



HAL
open science

Simulation en santé : positionnement dans l'acquisition des compétences en pharmacie clinique

Marina Orloff

► **To cite this version:**

Marina Orloff. Simulation en santé : positionnement dans l'acquisition des compétences en pharmacie clinique. Sciences pharmaceutiques. 2017. dumas-01615197

HAL Id: dumas-01615197

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01615197>

Submitted on 12 Oct 2017

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

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

**MÉMOIRE DU DIPLÔME D'ÉTUDES SPECIALISÉES
DE PHARMACIE HOSPITALIERE PRATIQUE ET RECHERCHE**

Soutenu le 05 Octobre 2017

Par Mlle Marina ORLOFF
Né(e) le 04 Janvier 1990

Conformément aux dispositions de l'Arrêté du 04 octobre 1988
tenant lieu de

THÈSE

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

----oOo----

**SIMULATION EN SANTE :
POSITIONNEMENT DANS L'ACQUISITION DES COMPETENCES
EN PHARMACIE CLINIQUE**

----oOo----

JURY :

Président : Monsieur le Professeur Stéphane Honoré
Membres : Monsieur le Docteur Rémy Collomp
Monsieur le Professeur Bertrand Décaudin
Monsieur le Professeur Rémi Varin

**MEMOIRE DU DIPLÔME D'ÉTUDES SPECIALISÉES DE
PHARMACIE HOSPITALIERE PRATIQUE ET RECHERCHE**

Soutenu le 05 Octobre 2017

Par Mlle Marina ORLOFF
Né(e) le 04 Janvier 1990

Conformément aux dispositions de l'Arrêté du 04 octobre 1988
tenant lieu de

THÈSE

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

----oOo----

SIMULATION EN SANTE :
POSITIONNEMENT DANS L'ACQUISITION DES COMPETENCES
EN PHARMACIE CLINIQUE

----oOo----

JURY :

Président : Monsieur le Professeur Stéphane Honoré
Membres : Monsieur le Docteur Rémy Collomp
Monsieur le Professeur Bertrand Décaudin
Monsieur le Professeur Rémi Varin

27 Boulevard Jean Moulin – 13385 MARSEILLE Cedex 05

Tel. : 04 91 83 55 00 – Fax : 04 91 80 26 12

ADMINISTRATION :

| | |
|---|--|
| <i>Doyen :</i> | Mme Françoise DIGNAT-GEORGE |
| <i>Vice-Doyens :</i> | M. Jean-Paul BORG, M. Philippe CHARPIOT, M. Pascal RATHELOT |
| <i>Chargés de Mission :</i> | M. David BERGE-LEFRANC, M. François DEVRED, Mme Caroline DUCROS, Mme Pascale BARBIER |
| <i>Conseiller du Doyen :</i> | M. Patrice VANELLE |
| <i>Doyens honoraires :</i> | M. Jacques REYNAUD, M. Pierre TIMON-DAVID, M. Patrice VANELLE |
| <i>Professeurs émérites :</i> | M. José SAMPOL, M. Jean-Pierre REYNIER |
| <i>Professeurs honoraires :</i> | M. Guy BALANSARD, M. Jacques BARBE, M. Yves BARRA, Mme Claudette BRIAND, M. Jacques CATALIN, Mme Andrée CREMIEUX, M. Aimé CREVAT, M. Bernard CRISTAU, M. Gérard DUMENIL, M. Alain DURAND, Mme Danielle GARÇON, M. Maurice JALFRE, M. Joseph JOACHIM, M. Maurice LANZA, M. José MALDONADO, M. Patrick REGLI, M. Jean-Claude SARI, |
| <i>Chef des Services Administratifs :</i> | Mme Florence GAUREL |
| <i>Chef de Cabinet :</i> | Mme Sandrine NOURIAN |
| <i>Responsable de la Scolarité :</i> | Mme Myriam TORRE |

DEPARTEMENT BIO-INGENIERIE PHARMACEUTIQUE

Responsable : Professeur Philippe PICCERELLE

PROFESSEURS

BIOPHYSIQUE

M. Vincent PEYROT
M. Hervé KOVACIC

GENIE GENETIQUE ET BIOINGENIERIE

M. Christophe DUBOIS

PHARMACIE GALENIQUE, PHARMACOTECHNIE INDUSTRIELLE,
BIOPHARMACIE ET COSMETIQUE

M. Philippe PICCERELLE

MAITRES DE CONFERENCES

BIOPHYSIQUE

M. Robert GILLI
Mme Odile RIMET-GASPARINI
Mme Pascale BARBIER
M. François DEVRED
Mme Manon CARRE
M. Gilles BREUZARD
Mme Alessandra
PAGANO

GENIE GENETIQUE ET BIOTECHNOLOGIE

M. Eric SEREE-PACHA
Mme Véronique REY-BOURGAREL

PHARMACIE GALENIQUE, PHARMACOTECHNIE INDUSTRIELLE,
BIOPHARMACIE ET COSMETOLOGIE

M. Pascal PRINDERRE
M. Emmanuel CAUTURE
Mme Véronique ANDRIEU
Mme Marie-Pierre
SAVELLI

NUTRITION ET DIETETIQUE

M. Léopold TCHIAKPE

A.H.U.

CULTURE ET THERAPIE CELLULAIRE

M. Jérémy MAGALON

ENSEIGNANTS CONTRACTUELS

ANGLAIS

Mme Caroline MONTET

DEPARTEMENT BIOLOGIE PHARMACEUTIQUE

Responsable : Professeur Philippe CHARPIOT

PROFESSEURS

BIOCHIMIE FONDAMENTALE, MOLECULAIRE ET CLINIQUE

M. Philippe CHARPIOT

BIOLOGIE CELLULAIRE

M. Jean-Paul BORG

HEMATOLOGIE ET IMMUNOLOGIE

Mme Françoise DIGNAT-
GEORGE Mme Laurence CAMOIN
Mme Florence SABATIER-MALATERRE

MICROBIOLOGIE

M. Jean-Marc ROLAIN
M. Philippe COLSON

PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE MEDICALE, HYGIENE
ET ZOOLOGIE

Mme Nadine AZAS-KREDER

MAITRES DE CONFERENCES

BIOCHIMIE FONDAMENTALE, MOLECULAIRE ET CLINIQUE

Mme Dominique JOURDHEUIL-RAHMANI
M. Thierry AUGIER
M. Edouard LAMY
Mme Alexandrine BERTAUD
Mme Claire CERINI
Mme Edwige TELLIER
M. Stéphane POITEVIN

HEMATOLOGIE ET IMMUNOLOGIE

Mme Nathalie BARDIN
Mme Dominique ARNOUX
Mme Aurélie LEROYER
M. Romaric LACROIX

MICROBIOLOGIE

Mme Michèle LAGET
M. Michel DE MEO
Mme Anne DAVIN-REGLI
Mme Véronique ROUX
M. Fadi BITTAR
Mme Isabelle PAGNIER
Mme Sophie EDOUARD

PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE MEDICALE, HYGIENE
ET ZOOLOGIE

Mme Carole DI GIORGIO
M. Aurélien DUMETRE
Mme Magali CASANOVA
Mme Anita COHEN

BIOLOGIE CELLULAIRE

Mme Anne-Catherine LOUHMEAU

A.H.U.

HEMATOLOGIE ET IMMUNOLOGIE

Mme Sylvie COINTE

DEPARTEMENT CHIMIE PHARMACEUTIQUE

Responsable : Professeur Patrice VANELLE

PROFESSEURS

CHIMIE ANALYTIQUE, QUALITOLOGIE ET NUTRITION

M. Henri PORTUGAL
Mme Catherine BADENS

CHIMIE PHYSIQUE – PREVENTION DES RISQUES ET
NUISANCES TECHNOLOGIQUES

M. Philippe GALLICE

CHIMIE MINERALE ET STRUCTURALE
– CHIMIE THERAPEUTIQUE

M. Pascal RATHELOT
M. Maxime CROZET

CHIMIE ORGANIQUE PHARMACEUTIQUE

M. Patrice VANELLE
M. Thierry TERME

PHARMACOGNOSIE, ETHNOPHARMACOLOGIE, HOMEOPATHIE

Mme Evelyne OLLIVIER

PROFESSEURS ASSOCIES A TEMPS PARTIEL (P.A.S.T.)GESTION PHARMACEUTIQUE,
PHARMACOECONOMIE ET ETHIQUE

M. Jean-Pierre CALISSI

MAITRES DE CONFERENCES

BOTANIQUE ET CRYPTOLOGIE, BIOLOGIE CELLULAIRE

Mme Anne FAVEL
Mme Joëlle MOULIN-TRAFFORT

CHIMIE ANALYTIQUE, QUALITOLOGIE ET NUTRITION

Mme Elisabeth SCHREIBER-DETURMENY
Mme Catherine DEFOORT
M. Alain NICOLAY
Mme Estelle WOLFF
Mme Elise LOMBARDCHIMIE PHYSIQUE – PREVENTION DES RISQUES ET
NUISANCES TECHNOLOGIQUESM. David BERGE-LEFRANC
M. Pierre REBOUILLON

CHIMIE THERAPEUTIQUE

Mme Catherine DIANA
Mme Sandrine FRANCO-ALIBERT
Mme Caroline DUCROS
M. Marc MONTANACHIMIE ORGANIQUE
PHARMACEUTIQUE HYDROLOGIEM. Armand GELLIS
M. Christophe CURTI
Mme Julie BROGGI
M. Nicolas PRIMAS
M. Cédric SPITZ
M. Sébastien REDON

PHARMACOGNOSIE, ETHNOPHARMACOLOGIE, HOMEOPATHIE

M. Riad ELIAS
Mme Valérie MAHIOU-LEDDER
Mme Sok Siya BUN
Mme Béatrice BAGHDIKIAN**MAITRES DE CONFERENCE ASSOCIES A TEMPS PARTIEL (M.A.S.T.)**

CHIMIE ANALYTIQUE, QUALITOLOGIE ET NUTRITION

Mme Anne-Marie PENET-LOREC

CHIMIE PHYSIQUE – PREVENTION DES RISQUES ET
NUISANCES TECHNOLOGIQUES

M. Thierry ATHUYT

DROIT ET ECONOMIE DE LA PHARMACIE

M. Marc LAMBERT

DROIT ET COMMUNICATION PHARMACEUTIQUES A
L'OFFICINE ET GESTION DE LA PHARMAFAC

M. Philippe BESSON

AHU

CHIMIE ORGANIQUE PHARMACEUTIQUE

Mme Manon ROCHE

ATER

CHIMIE ANALYTIQUE

Mme Camille DESGROUAS

DEPARTEMENT MEDICAMENT ET SECURITE SANITAIRE

Responsable : Professeur Benjamin GUILLET

PROFESSEURS

| | |
|--------------------------------------|-------------------------|
| PHARMACIE CLINIQUE | Mme Diane BRAGUER |
| PHARMACODYNAMIE | M. Benjamin GUILLET |
| TOXICOCINETIQUE ET PHARMACOCINETIQUE | M. Athanassios ILIADIS |
| TOXICOLOGIE GENERALE | M. Bruno LACARELLE |
| TOXICOLOGIE DE L'ENVIRONNEMENT | Mme Frédérique GRIMALDI |

MAITRES DE CONFERENCES

| | |
|--|---|
| PHARMACODYNAMIE | Mme Suzanne MOUTERDE-MONJANEL |
| PHYSIOLOGIE | Mme Sylviane LORTET Mme Emmanuelle MANOS-SAMPOL |
| TOXICOCINETIQUE ET PHARMACOCINETIQUE | M. Hot BUN M. Joseph CICCOLINI Mme Raphaëlle FANCIULLINO |
| TOXICOLOGIE GENERALE ET PHARMACIE CLINIQUE | M. Pierre-Henri VILLARD M. Stéphane HONORÉ Mme Caroline SOLAS-CHESNEAU Mme Marie-Anne ESTEVE |

A.H.U.

| | |
|-----------------|----------------------|
| PHARMACODYNAMIE | M. Philippe GARRIGUE |
|-----------------|----------------------|

ATER

| | |
|-----------------|---|
| PHARMACODYNAMIE | M. Guillaume HACHE Mme Ahlel BOUHLEL |
|-----------------|---|

| |
|--|
| CHARGES D'ENSEIGNEMENT A LA FACULTE |
|--|

Mme Nathalie AUSIAS, Pharmacien Praticien hospitalier
M. Pierre BERTAULT-PERES, Pharmacien Praticien hospitalier
Mme Martine BUES-CHARBIT, Pharmacien-Praticien hospitalier
M. Gérard CARLES, Pharmacien-Praticien hospitalier
Mme Nicole FRANCOIS, Pharmacien-Praticien hospitalier
Mme Sophie GENSOLLEN, Pharmacien-Praticien hospitalier
Mme Christine PENOT-RAGON, Pharmacien-Praticien hospitalier
M. Stéphane PICHON, Pharmacien titulaire
M. Alain RAGON, Pharmacien-Praticien hospitalier
M. Badr Eddine TEHHANI, Pharmacien – Praticien hospitalier

Mise à jour le 1^{er} décembre 2015

REMERCIEMENTS

Aux membres du jury

A Monsieur le Professeur Stéphane Honoré,

de bien vouloir m'accorder l'honneur de présider ce jury. Veuillez trouver ici le témoignage de mon profond respect et de mes sincères remerciements.

A mon directeur de thèse, Monsieur le Docteur Rémy Collomp,

pour m'avoir accueillie au CHU de Nice durant cette année d'internat et pour m'avoir initiée à la simulation via ce sujet de thèse, aussi passionnant qu'enrichissant. Merci infiniment Rémy, pour tout le temps que tu as pu m'accorder, pour ton aide et tes précieux conseils. Merci de ton soutien et de ta présence tout au long de ce travail. Sois assuré de toute ma reconnaissance et de mon profond respect. Au plaisir de continuer à travailler avec toi.

A Monsieur le Professeur Bertrand Décaudin,

pour avoir accepté de prendre part au jury et de juger ce travail. Veuillez recevoir l'expression de mes sincères remerciements.

A Monsieur le Professeur Rémi Varin,

pour l'honneur de vous compter dans mon jury. Merci d'avoir accepté de juger ce travail. Soyez assuré de tout mon respect et de ma gratitude.

Aux groupes de travail de la SFPC, *pour avoir accepté d'apporter leur aide et leur expertise à ce travail.*

Un grand merci également aux participants aux Journées de formation de la SFPC de Juin 2107, qui ont bien voulu prendre part à ce projet en partageant leur expérience professionnelle ; merci également aux pharmaciens et internes du GHT06. Sans leur participation, ce projet n'aurait pas abouti.

A tous mes collègues rencontrés pendant ces quatre années d'internat, merci de m'avoir fait découvrir la pharmacie hospitalière et de m'avoir toujours si bien accueillie.

Par ordre d'apparition, un grand merci :

*A l'équipe du CHI de **Fréjus-Saint-Raphaël**, pour votre gentillesse et votre bienveillance à mon égard lors de mes premiers pas en tant qu'interne.*

*A l'équipe marseillaise d'**Oncopharma Timone**, où j'ai découvert le monde passionnant des chimiothérapies. Merci pour toutes ces rigolades avec Bertrand et mes trois super co-internes : Lou, Juliette et Audrey. Merci à Lou pour notre complicité, ma plus belle rencontre marseillaise.*

*A l'équipe de la **Conception de l'APHM**, merci pour cette bonne ambiance de travail et ce stage formateur. **Albert**, merci de tout cœur pour tes conseils avisés, toute l'aide et le soutien que tu m'as apporté. Merci pour ta gentillesse, ta bonne humeur et les bons moments passés ensemble avec nos guitares.*

*A l'équipe du **CH d'Antibes**, pour le superbe été passé à vos côtés. Je me suis sentie parmi vous comme au sein d'une famille et y ai fait des rencontres formidables.*

*A l'équipe du **CH de Cannes**, un véritable bonheur d'avoir passé ces six mois avec vous, tant sur le plan professionnel que sur le plan personnel. Un immense merci à chacun de vous pour ce que vous m'avez apporté.*

*A l'équipe de la **Clinique Plein Ciel à Mougins**, et à madame Roubaud pour sa gentillesse et toute la confiance qu'elle a pu m'accorder durant ce stage.*

*Enfin, à l'équipe de l'**Archet** avec qui j'ai passé cette dernière année d'internat. Merci à l'équipe de la dispensation **Laulau, Steph, Thomas et Nico**. Plus que des collègues de travail, des amis, qui ont pris soin de moi et m'ont fait évoluer.*

Merci à tous ceux qui ont fait partie de mon parcours professionnel pendant ces quatre ans. J'ai tout appris à vos côtés, vous m'avez fait prendre confiance en moi. Grâce à vous j'ai pu grandir, progresser et me dépasser.

*A **mes amis de Montpellier**, merci pour ces super années pharma et ces soirées mémorables ! Merci à **Jacky et Flo**, mes copines qui pendant 5 ans m'ont entouré d'un soutien indéfectible. Même si la vie nous a séparées, je ne vous oublie pas.*

*Merci à **Claire**, ma Choue, ma meilleure amie depuis plus de dix ans. Merci d'être ce que tu es et de me permettre d'être ce que je suis. Tu as une place unique dans mon cœur.*

*A **Alexis**, merci pour ton soutien, ta patience et tout l'amour que tu m'apportes.*

A ma famille : mes frères, mes deux grand-mères. Et surtout à ma mère et à Bruno. Merci d'être toujours là, quoi qu'il arrive, de me supporter, de me soutenir, de me rassurer. Vous êtes pour moi un modèle de positivité et de volonté. Merci également de m'avoir transmis votre passion de la danse, qui m'a véritablement changée.

Enfin, merci à tous ceux qui ont fait de moi la personne indépendante et volontaire que je suis aujourd'hui. Aimés ou pas, vous m'avez permis de trouver ce que je voulais être dans la vie, mais surtout ce que je ne voulais pas être.

Cette thèse représente l'accomplissement d'années de travail et de sacrifices, mais également le début d'une nouvelle vie.

Je la dédie à mon grand-père, parti cette année, qui me manque, et qui, je le sais, aurait été très fier de moi à cet instant. C'est sur tes conseils que je me suis dirigée vers la pharmacie. Merci de m'avoir inculqué cette valeur du travail et cette volonté de réussir.

**« L'UNIVERSITE N'ENTEND DONNER AUCUNE APPROBATION, NI
IMPROBATION AUX OPINIONS EMISES DANS LES THESES. CES OPINIONS
DOIVENT ETRE CONSIDEREES COMME PROPRES A LEUR AUTEUR. »**

SOMMAIRE

| | |
|--|----|
| REMERCIEMENTS | 8 |
| SOMMAIRE | 12 |
| LISTE DES ABREVIATIONS | 17 |
| LISTE DES FIGURES ET DES TABLEAUX | 21 |
| INTRODUCTION | 24 |
| PARTIE I. LA FORMATION EN PHARMACIE CLINIQUE : QUELLES METHODES D'APPRENTISSAGE DISPONIBLES ? | 26 |
| <u>I. LA PHARMACIE CLINIQUE : UNE DISCIPLINE EN PLEINE EVOLUTION</u> | 27 |
| <i>1. Définitions</i> | 27 |
| a) La pharmacie clinique..... | 27 |
| i. Définition, intérêt | 28 |
| ii. Historique | 31 |
| b) L'analyse pharmaceutique des prescriptions médicamenteuses | 33 |
| c) L'intervention pharmaceutique | 37 |
| d) La Conciliation des Traitements Médicamenteux | 39 |
| i. Définition | 41 |
| ii. Conciliation médicamenteuse à l'admission | 43 |
| iii. Conciliation médicamenteuse de sortie ou de transfert..... | 49 |
| e) Le bilan de médication..... | 51 |
| f) L'entretien pharmaceutique | 56 |
| g) L'éducation thérapeutique du patient..... | 57 |
| h) Organisation dans notre établissement..... | 61 |
| <i>2. Les évolutions de la pharmacie clinique</i> | 61 |
| a) Etat des lieux de la pharmacie clinique en France | 62 |

| | | |
|------------|---|-----------|
| b) | Vers un nouveau modèle de pharmacie clinique | 63 |
| i. | Le déploiement de la pharmacie clinique : mesures d'accompagnement | 63 |
| ii. | Les activités de la SFPC | 66 |
| iii. | Le lien ville-hôpital | 67 |
| c) | La problématique de la formation : un frein au déploiement de la pharmacie clinique | 69 |
| II. | <u>LES APPROCHES PEDAGOGIQUES</u> | 71 |
| 1. | <i>Formation et compétences</i> | 71 |
| 2. | <i>L'enseignement présentiel traditionnel</i> | 74 |
| 3. | <i>Le e-learning</i> | 76 |
| 4. | <i>Le Massive Open Online Course (MOOC)</i> | 79 |
| 5. | <i>La simulation</i> | 81 |
| a) | Définition | 81 |
| b) | Contexte d'apparition | 81 |
| c) | Les enjeux de la simulation en santé | 82 |
| i. | Apprentissage actif | 82 |
| ii. | Gestion des risques | 85 |
| iii. | Ethique et déontologie | 86 |
| d) | Les limites de la simulation en santé | 87 |
| e) | Différentes techniques de simulation en santé | 89 |
| i. | Expérimentation animale | 89 |
| ii. | Simulation humaine | 90 |
| iii. | Simulation synthétique | 91 |
| iv. | Simulation hybride | 93 |
| v. | Simulation électronique | 93 |

| | |
|---|------------|
| f) Etat des lieux..... | 94 |
| i. La simulation en Amérique du Nord..... | 95 |
| ii. La simulation en Europe | 96 |
| iii. La simulation en France | 96 |
| iv. Simulation en pharmacie..... | 97 |
| PARTIE II. MATERIELS ET METHODES | 102 |
| <u>I. CREATION D'UN PROGRAMME DE SIMULATION.....</u> | <u>103</u> |
| 1. <i>Bonnes pratiques de simulation.....</i> | <i>103</i> |
| 2. <i>Déroulé d'une séance de simulation</i> | <i>104</i> |
| a) Briefing | 105 |
| b) Déroulement du scénario | 105 |
| c) Débriefing | 105 |
| d) Evaluation de la séance..... | 107 |
| <u>II. ANALYSE DE LA SITUATION</u> | <u>108</u> |
| 1. <i>Participants à l'étude</i> | <i>108</i> |
| 2. <i>Identification des axes prioritaires du programme de simulation</i> | <i>108</i> |
| a) Actes de pharmacie clinique : retour d'expérience..... | 108 |
| b) Place de la simulation | 109 |
| 3. <i>Conception du programme</i> | <i>112</i> |
| a) Objectif général..... | 113 |
| b) Elaboration d'une grille de simulation harmonisée | 113 |
| c) Elaboration des scénarios..... | 114 |
| d) Evaluation du programme de simulation | 114 |
| PARTIE III. RESULTATS | 116 |
| <u>I. ANALYSE DE LA SITUATION</u> | <u>117</u> |
| 1. <i>Participants à l'étude</i> | <i>117</i> |

| | |
|---|-----|
| 2. <i>Actes de Pharmacie clinique</i> | 118 |
| a) Répartition..... | 118 |
| b) Fréquence de survenue d'un problème | 120 |
| c) Identification du problème | 121 |
| i. Compétences techniques | 122 |
| ii. Compétences non techniques | 123 |
| d) Retour d'expérience dans la pratique de la pharmacie clinique : situations-problèmes..... | 124 |
| 3. <i>Place de la simulation</i> | 127 |
| a) Acquisition de compétences | 127 |
| b) Pluriprofessionnalisme..... | 129 |
| c) Réalisation d'une « bibliothèque » de vidéos d'entraînement | 130 |
| <u>II. DEGAGEMENT DES OBJECTIFS GENERAUX, DES THEMES ET OBJECTIFS PEDAGOGIQUES</u> | 132 |
| <u>III. REDACTION DES SCENARIOS</u> | 133 |
| 1. <i>Conception de la grille de simulation</i> | 133 |
| 2. <i>Module 1 : Réalisation d'un entretien d'admission</i> | 137 |
| 3. <i>Module 2 : Réalisation d'une conciliation des traitements médicamenteux</i> | 142 |
| 4. <i>Module 3 : Réalisation d'un bilan de médication</i> | 147 |
| 5. <i>Module 4 : Réalisation d'un entretien pharmaceutique</i> | 152 |
| 6. <i>Module 5 : Réalisation d'une séance d'éducation thérapeutique du patient</i> | 156 |
| 7. <i>Elaboration des scénarios</i> | 160 |
| a) Scénario 1- Réalisation d'une conciliation des traitements médicamenteux : échanges avec le médecin | 160 |
| b) Scénario 2 : Réalisation d'un entretien pharmaceutique avec un patient chronique atteint d'hypertension artérielle (HTA)..... | 168 |

| | |
|---|-----|
| <u>IV. EVALUATION DU PROGRAMME DE SIMULATION</u> | 172 |
| 1. <i>Conception du mode d'évaluation</i> | 172 |
| 2. <i>Réalisation des grilles d'évaluation du programme</i> | 172 |
| a) Questionnaire de satisfaction et d'évaluation du programme de simulation | 172 |
| b) Questionnaire de taux de transfert de compétences | 176 |
| i. Auto-évaluation de l'apprenant..... | 176 |
| ii. Evaluation de l'apprenant en situation réelle | 177 |
| PARTIE IV. DISCUSSION | 181 |
| PARTIE V. CONCLUSION - PERSPECTIVES | 189 |
| ANNEXES | 193 |
| BIBLIOGRAPHIE | 210 |

LISTE DES ABREVIATIONS

ACPE : Accreditation Council for Pharmacy Education

ACRM : Anesthesia Crisis Ressources Management

AHU : Année Hospitalo-Universitaire

AIPAT : Accompagner et Informer le PATient chronique

ALD : Affection de Longue Durée

AMM : Autorisation de Mise sur le Marché

ANEPC : Association Nationale des Enseignants en Pharmacie Clinique

AOD : Anticoagulant Oral Direct

APPEX : Association pour la Promotion des Pharmacies EXpérimentales

ARS : Agence Régionale de Santé

ASIP : Agence des Systèmes d'Information Partagés

AVK : Anti-Vitamine K

BM : Bilan de Médication

BMO : Bilan Médicamenteux Optimisé

CBU : Contrat de Bon Usage

CH : Centre Hospitalier

CHRU : Centre Hospitalier Régional Universitaire

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CLOM : Cours en Ligne Ouvert et Massif

CME : Commission Médicale d'Etablissement

CRES : Comité Régional d'Education pour la Santé

CRM : Crew Ressource Management

CSP : Code de la Santé Publique

CTM : Conciliation des Traitements Médicamenteux

DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins

DGS : Direction Générale de la Santé

DI : Divergence Intentionnelle

DMP : Dossier Médical Personnel

DNI : Divergence Non Intentionnelle

DP : Dossier Pharmaceutique

DPC : Développement Professionnel Continu

DU : Diplôme Universitaire

EFP : Européenne de Formation pour les Pharmaciens

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

EIG : Evènement Indésirable Grave

EIM : Evènement Iatrogène Médicamenteux

EM : Erreur Médicamenteuse

ENEIS : Enquête Nationale sur les Evènements Indésirables liés aux Soins

EP : Entretien Pharmaceutique

EPP : Evaluation des Pratiques Professionnelles

ES : Etablissement de Santé

ETP : Education Thérapeutique du Patient

EVER : Environnement Virtuel pour l'Enseignement et la Recherche

FAQSV : Fonds d'Aide Qualité Soins de Ville

FFOD : Forum Français de la Formation Ouverte et à Distance

FIR : Fonds d'Intervention Régional

FLOT : Formation en Ligne Ouverte à Tous

GIVRE : Groupe pour l'Innovation, la Valorisation et la Réflexion sur les Enseignements

GHT : Groupement Hospitalier de Territoire

HTA : Hypertension artérielle

HAS : Haute Autorité de Santé

HPST : Hôpital, Patients, Santé, Territoire

ICO : Institut de Cancérologie de l'Ouest

IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales

IP : Intervention Pharmaceutique

MIS : Médicament Info Service

MMAS : Morisky Medication Adherence Scale

MOCA : Maintenance of Certification in Anesthesiology

MOOC : Massive Open Online Course

OMA : Ordonnance Médicale à l'Admission

OMÉDIT : Observatoire des Médicaments, des Dispositifs Médicaux et des Innovations Thérapeutiques

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PA : Pédagogie Active

PACA: Provence Alpes Côte d'Azur

PEARLS: Promoting Excellence And Reflective Learning in Simulation

PECM : Prise En Charge Médicamenteuse

PNSP : Programme National pour la Sécurité du Patient

PPI : Prescription Potentiellement Inappropriée

PPS : Plan de Soins Personnalisé

PROFFItEROLE : Pratiques OFFicinales et jeux de ROLE

PUI : Pharmacie à Usage Intérieur

RCP : Réunion de Concertation Pluridisciplinaire

REIPO : Réseau d'Enseignement et d'Innovation pour la Pharmacie d'Officine

RMM : Revue de Morbi-Mortalité

RMO : Références Médicales Opposables

SFPC : Société Française de Pharmacie Clinique

SOAP : Subjective, Objective, Assessment, Plan

SPF : Service Public Fédéral

STP : Suivi Thérapeutique Pharmacologique

UNCAM : Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie

URC : Unité de Reconstitution des Chimiothérapies

URPS : Union Régionale des Professionnels de Santé

LISTE DES FIGURES ET DES TABLEAUX

- Figure 1.** Algorithme simplifié de validation d'une ordonnance proposé par J. Calop
- Figure 2.** Interface Internet Act-IP[®] accessible librement sur le site de la SFPC
- Figure 3.** Evaluation des impacts d'une intervention pharmaceutique par l'échelle CLEO[®]
- Figure 4.** Conciliation médicamenteuse proactive/rétroactive – Fiche technique SFPC 2014
- Figure 5.** Conciliation des traitements médicamenteux: arbre décisionnel. D'après un schéma initial d'Edith Dufay, CH de Lunéville, Mai 2012
- Figure 6.** Outil « Bilan de médication » validé par la SFPC
- Figure 7.** Comment s'intègre l'ETP à la stratégie thérapeutique- Recommandations ETP HAS 2007
- Figure 8.** Représentation des objectifs définis par l'appel à projet DGOS 2016 s'articulant autour du parcours de soins du patient
- Figure 9.** Boudreault H. L'évolution du être au savoir-être. Université du Québec à Montréal. 2002
- Figure 10.** Le cône d'apprentissage adapté des travaux d'E. Dale
- Figure 11.** Les différents champs de la simulation en santé, Chiniara G, 2007
- Figure 12.** Exemple d'une pharmacie expérimentale, Faculté de Pharmacie de Montpellier
- Figure 13.** Les étapes d'une séance de simulation
- Figure 14.** Modèle de Kirkpatrick
- Figure 15.** Répartition des établissements de rattachement des participants à l'enquête
- Figure 16.** Fréquence de réalisation de la Conciliation des Traitements Médicamenteux
- Figure 17.** Fréquence de réalisation du Bilan de Médication
- Figure 18.** Fréquence de réalisation de l'Entretien Pharmaceutique
- Figure 19.** Fréquence de réalisation de l'Education Thérapeutique du Patient
- Figure 20.** Fréquence de réalisation des activités de pharmacie clinique

Figure 21. Fréquence de survenue d'un problème dans la réalisation des actes de pharmacie clinique

Figure 22. Nature et occurrence des problèmes rencontrés dans la réalisation des actes de pharmacie clinique

Figure 23. Fréquence de survenue des problèmes liés à des compétences techniques pour chaque acte de pharmacie clinique

Figure 24. Fréquence et nature des difficultés de communication ou de réalisation pratique rencontrées dans les activités de pharmacie clinique

Figure 25. Situations problématiques de pharmacie clinique par thème et par acteur concerné

Figure 26. Evaluation du caractère adapté de la simulation comme méthode d'apprentissage en pharmacie clinique

Figure 27. Evaluation de l'utilité de la simulation dans l'amélioration des différents types de compétences

Figure 28. Utilité de la simulation en pharmacie clinique à l'échelle pluriprofessionnelle et professionnels concernés

Figure 29. Utilité de la réalisation d'une bibliothèque de vidéos d'entraînement à la pharmacie clinique

Figure 30. Les différents champs d'évaluation de programme de formation Pharmacie clinique

Figure 31. Méthodologie d'élaboration d'un programme pédagogique intégrant la simulation. Projet MULTISIM, Rapport final d'activité. R.Collomp, Juillet 2017

Figure 32. Représentation du continuum de formation à la pharmacie clinique

Figure 33. Positionnement de la simulation au sein du programme de formation

Tableau 1. Différents niveaux d'analyse des prescriptions selon la SFPC

Tableau 2. Trame entretien du patient à l'admission – Inspiré de la trame entretien patient de la HAS, 2015

Tableau 3. Questionnaire sur l'intérêt de la simulation en santé pour l'acquisition de compétences en Pharmacie clinique

Tableau 4. Récapitulatif des situations-problèmes identifiées dans les questionnaires

Tableau 5. Trame descriptive d'un module de simulation

Tableau 6. Module de simulation « Entretien d'admission »

Tableau 7. Module de simulation « Conciliation des traitements médicamenteux »

Tableau 8. Module de simulation « Bilan de médication »

Tableau 9. Module de simulation « Entretien pharmaceutique »

Tableau 10. Module de simulation « Education thérapeutique du patient »

Tableau 11. Questionnaire de satisfaction et d'évaluation du programme de simulation

Tableau 12. Questionnaire d'autoévaluation : taux de transfert de compétences en pharmacie clinique

Tableau 13. Cartographie des compétences requises pour les actes définis dans le modèle 2017 de pharmacie clinique

INTRODUCTION

La pharmacie clinique est une discipline actuellement en pleine évolution. Alors qu'elle est largement développée dans certains pays anglo-saxons, son intégration à la prise en charge des patients reste récente et hétérogène en France.

La complexité croissante des traitements médicamenteux, l'augmentation de leur coût, ainsi que la croissance du nombre d'hospitalisations liées à une iatrogénie médicamenteuse, amènent à un développement des activités cliniques du pharmacien, centrées sur le patient et menées en étroite collaboration avec les équipes médicales et soignantes. En tant que spécialiste du médicament au sein des professions de santé, le pharmacien clinicien utilise ses connaissances et son expérience dans un but d'optimisation de la prise en charge thérapeutique du patient et de sécurisation de la prescription, cela sous des contraintes de maîtrise de coûts médicamenteux et de respect du cadre réglementaire et médico-légal.

De nombreuses études montrent la pertinence de l'intégration du pharmacien dans une équipe soignante. Le déploiement des activités de pharmacie clinique dans les services de soins, initié à plus grande échelle depuis 2013, a pour finalité l'amélioration de la qualité de vie du patient, la réduction de la morbidité et de la mortalité tout en tenant compte des contraintes économiques. L'intégration de cette discipline dans les missions obligatoires du pharmacien hospitalier nécessite une description des pratiques actuelles ainsi que la définition d'axes de travail.

L'apparition de récentes évolutions définissant un nouveau modèle de pharmacie clinique met en relief une nécessité de formation, que ce soit pour les futurs ou jeunes pharmaciens dans l'optique d'une formation initiale, mais également en formation continue pour les professionnels de santé dans un but de réactualisation des connaissances et d'harmonisation des pratiques.

De nombreux modèles d'apprentissage existent, de la formation universitaire classique aux nouvelles méthodes de pédagogie active comme le e-learning ou encore la simulation. Cette dernière, développée depuis quelques années, a montré son intérêt dans l'acquisition de compétences techniques et non techniques. La formation par la simulation repose sur la théorie de l'apprentissage par l'expérience, en permettant d'aborder sereinement des situations cliniques standardisées et en consolidant les compétences professionnelles. Dans ce contexte, la simulation apparaît comme une méthode de choix, en particulier pour acquérir des compétences relationnelles et améliorer le travail d'équipe. Elle trouve sa place aussi bien

dans le cadre de la formation initiale, de la formation continue ou du Développement Professionnel Continu (DPC) à la pratique de la pharmacie clinique.

Dans un premier temps, nous définirons la pharmacie clinique et ferons un point sur les avancées et le nouveau modèle émergent de la discipline.

Dans un second temps, face à la nécessité de formation des professionnels de santé à cette discipline, nous passerons en revue l'ensemble des méthodes d'apprentissage disponibles.

Nous nous demanderons ensuite quelle est la place de la simulation en santé, méthode d'apprentissage novatrice, dans l'enseignement de la pharmacie clinique aux professionnels de santé.

Enfin, après avoir identifié les axes de formation prioritaires, nous présenterons l'élaboration d'un programme de formation intégrant la simulation, destiné à la formation initiale et continue des professionnels de santé à la pharmacie clinique.

PARTIE I

LA FORMATION EN PHARMACIE CLINIQUE : QUELLES METHODES D'APPRENTISSAGE DISPONIBLES ?

I. LA PHARMACIE CLINIQUE : UNE DISCIPLINE EN PLEINE EVOLUTION

1. *Définitions*

a) La pharmacie clinique

La notion de risque est présente tout au long du parcours de soins du patient. Le parcours de soins ne s'arrête pas à la seule hospitalisation, mais se définit comme l'ensemble des étapes que le patient va suivre tout au long de la trajectoire déterminée par sa maladie et par la spécificité de sa situation(1). La prise en charge thérapeutique représente une continuité prenant en compte les modifications de l'état de santé et d'autonomie du patient, ses changements d'environnement ainsi que les différents professionnels de santé engagés dans sa prise en charge.

Il s'agit d'offrir le bon niveau de soins en évitant la survenue d'un Evènement Indésirable Grave (EIG). Un EIG peut résulter d'une erreur médicamenteuse, on l'appelle alors Evènement Iatrogène Médicamenteux (EIM). C'est un évènement le plus souvent évitable, conséquence d'un dysfonctionnement non intentionnel dans l'organisation de la prise en charge médicamenteuse du patient. Toutes les Erreurs Médicamenteuses (EM) n'ont pas de traduction clinique et ne sont donc pas qualifiées de graves. Toutefois, 5 à 7% des hospitalisations sont causées par une iatrogénie, pouvant mener au décès ou à une incapacité majeure.

Selon l'Enquête Nationale sur les Evènements Indésirables liés aux Soins (ENEIS) menée en 2004, un EIG sur deux est une erreur médicamenteuse. 1,5% des hospitalisations sont dues à un EIG lié au médicament, et près de 50% des EIG durant l'hospitalisation sont liés aux médicaments. Cette étude montre également que 1/3 de ces EIM sont évitables(2). L'étude ENEIS 2 menée en 2009 montre que la fréquence des EIG survenus pendant l'hospitalisation est de 6,2 pour 1 000 jours d'hospitalisation. De plus, 4,5 % des séjours sont causés par un EIG, dont 2,6 % par un EIG évitable. Parmi ceux-ci, 1,1% sont liés aux produits de santé(3). La iatrogénie constitue un problème de santé publique majeur. Le pharmacien apparaît alors comme un acteur clé dans le parcours de soins du patient pour la sécurisation de la Prise En Charge Médicamenteuse (PECM), notamment grâce au développement des activités de pharmacie clinique.

Cette discipline fait désormais partie intégrante des stratégies de terrain visant améliorer la qualité et la sécurité de la prise en charge médicamenteuse du patient.

i. Définition, intérêt

Pharmacie clinique, du grec *klinos* qui signifie le lit, désigne littéralement la « pharmacie au lit du patient ». La notion de pharmacie clinique a été définie par Charles Walton en 1961, à l'université du Kentucky : « La pharmacie clinique concerne l'utilisation optimale du jugement et des connaissances pharmaceutiques et biomédicales du pharmacien dans le but d'améliorer l'efficacité, la sécurité et la précision selon laquelle les médicaments doivent être utilisés dans le traitement des patients. »(4) En 2016, la Société Française de Pharmacie Clinique en donne une définition réactualisée : c'est « une 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'efficacité du recours aux produits de santé. Le pharmacien exerce en collaboration avec les autres professionnels impliqués, le patient et les aidants. »

La pharmacie clinique est née et surtout pratiquée à l'hôpital, mais trouve également toute sa place en pharmacie d'officine aux vues du lien étroit existant entre le pharmacien officinal et le patient.

Il s'agit d'une approche pluridisciplinaire centrée sur le patient. L'ensemble des activités qu'elle comporte concourt d'une part, à la maîtrise de la iatrogénie médicamenteuse et au bon usage des produits de santé conformément à l'arrêté RETEX du 6 avril 2011(5), d'autre part à l'évaluation de la pertinence et de l'efficacité des traitements, et enfin à la sécurisation du parcours du patient à chaque point de transition : entre la ville et l'hôpital, entre les différentes structures, ou au sein d'une même structure. Le coût global de prise en charge s'en trouve diminué. En effet, une part non négligeable des dépenses de santé peut être redistribuée par l'économie réalisée en évitant la iatropathologie.

Sur le terrain, il s'agit d'optimiser les choix thérapeutiques, la dispensation ainsi que l'administration des médicaments au patient. Les rôles du pharmacien clinicien sont nombreux : il aide au choix de la stratégie thérapeutique, à sa mise en place de façon sûre et efficace, ainsi qu'au suivi du patient. Il réalise l'analyse pharmaceutique des prescriptions médicamenteuses, ainsi que la conciliation des traitements médicamenteux du patient à chaque point de transition du parcours de santé. Il participe à l'élaboration de protocoles médicamenteux et aide au choix des médicaments en tenant compte du rapport bénéfices/risques, mais également coût/efficacité. Il évalue les prescriptions hors Autorisation de Mise sur le Marché (AMM). Le pharmacien clinicien diffuse toute information ciblée aux

prescripteurs sur les nouveautés thérapeutiques, les conférences de consensus, les protocoles médicamenteux, les Références Médicales Opposables (RMO) ainsi que le coût des thérapeutiques. Il participe aux visites médicales, aux staffs, aux Réunions de Concertations Pluridisciplinaires (RCP) et aux Revues de Morbi-Mortalité (RMM). Enfin, il intervient directement auprès du patient, par une activité de conseil et d'information, voire d'éducation : proposition de plans de prises, mises en garde, précautions d'emploi, observance(6). Il est l'élément charnière qui développe les relations ville-hôpital.

L'identification des parcours de soins à risque est primordiale afin de cibler les actions de pharmacie clinique : les parcours comportant de nombreuses interfaces, les thérapeutiques particulièrement complexes et/ou coûteuses sont à privilégier. Les actions du pharmacien hospitalier pour améliorer la prise en charge médicamenteuse doivent donc s'orienter vers les patients, services ou médicaments à risque. C'est par l'identification des facteurs de risque que les patients à risque iatrogène élevé peuvent être repérés. Une étude montre que le taux d'interventions pharmaceutiques est significativement plus élevé chez les patients présentant au moins un facteur de risque (30,4% vs 9,5%)(7). Les facteurs biologiques et cliniques permettent donc d'identifier les prescriptions à haut risque iatrogène.

L'évaluation de l'impact de la présence de pharmaciens cliniciens dans les services de soins est primordiale ; elle permet de valoriser le travail accompli et de convaincre de la nécessité de déployer la pharmacie clinique dans les établissements de soins. Pour cela, des indicateurs d'impact doivent être définis. L'enjeu est d'observer et de décrire les actions mises en œuvre, de les modéliser et de les évaluer.

La pharmacie clinique a un triple impact. Clinique, dans un premier temps : elle est directement liée à une diminution des événements iatrogènes, de la morbidité et de la mortalité(8)(9)(10). Economique ensuite, par une diminution des coûts directs en agissant sur les médicaments prescrits ; une diminution des coûts indirects en évitant la survenue d'effets indésirables ; et enfin en limitant la durée de séjour(11)(12). L'impact est également mesurable via le degré de satisfaction du patient(13).

La pharmacie clinique présente également un intérêt direct pour les professionnels de santé. Pour le médecin, elle constitue une aide à assurer la continuité des traitements, c'est également un support à la prescription ainsi qu'au suivi du patient. Le pharmacien clinicien fournit des réponses aux questions éventuelles du médecin concernant la thérapeutique. Le gain de temps apporté par l'activité de pharmacie clinique est indéniable. Pour l'équipe infirmière, le pharmacien clinicien est un support en ce qui concerne les modalités

d'administration : dilutions, compatibilités, stabilité. Il fournit des informations concernant les moments d'administration, les possibilités de couper ou broyer les formes orales, les différentes voies d'administration possibles. Il est également un support pour le conseil au patient.

Ainsi, cette discipline d'apparition récente s'impose peu à peu comme incontournable au sein d'une équipe de soins dans la prise en charge multidisciplinaire du patient.

ii. Historique

La pharmacie clinique est une discipline relativement récente, dont les premières bases ont vu le jour en 1950 aux Etats-Unis, à l'université du Michigan. Au début des années 1960, des travaux de synthèse sont réalisés à l'université du Kentucky par David Burkholder, Paul Parker et Charles Walton, suite à des procès intentés aux médecins par des patients du fait d'erreurs thérapeutiques et/ou iatrogènes(14). Les pharmaciens hospitaliers américains sont progressivement intégrés aux équipes médicales dans les services de soins et participent aux visites médicales(15).

La pharmacie clinique se développe ensuite au Québec à partir de 1975, essentiellement en milieu hospitalier, où les compétences du pharmacien en matière de pharmacocinétique et de Suivi Thérapeutique Pharmacologique (STP) sont mises à profit auprès du médecin et du patient dans le but de réduire la iatrogénie médicamenteuse.

La discipline se développe parallèlement en Angleterre. Un nouveau système de prescription et de dispensation est mis en place. Les pharmaciens sont intégrés dans les services de soins aux visites médicales, avec comme objectif la prévention d'effets secondaires et d'interactions médicamenteuses(16).

En France, une première définition de la pharmacie clinique n'est proposée que bien plus tard, en 1983 : « utilisation, dans le seul intérêt du patient, des connaissances pharmaceutiques et biologiques ». Inspirés par le modèle québécois, des pharmaciens hospitaliers et universitaires français souhaitent appliquer la pharmacie clinique en France. Les 3 réformes des études pharmaceutiques ont peu à peu permis l'émergence de la discipline.

En novembre 1962, le stage de première année est supprimé et les filières spécialisées apparaissent en 5^{ème} année: officine, industrie, internat.

En 1978, la réforme Bohuon initie les stages hospitaliers de 6 semaines en 4^{ème} année. En 1984, la réforme Laustriat-Puisieux crée la 5^{ème} Année Hospitalo-Universitaire (AHU) et la 6^{ème} année de formation professionnelle. Elle introduit également l'enseignement de la pharmacie clinique et de la biologie clinique(6)(17).

C'est notamment grâce à la mise en place de la 5^{ème} année AHU que commence à se développer les premières activités de pharmacie clinique. En effet, elle prévoit un autre exercice de la pharmacie, en mettant l'étudiant en relation directe avec l'ensemble des professionnels de santé ainsi qu'avec le patient. Elle permet au futur pharmacien d'acquérir les connaissances théoriques, pratiques, comportementales et de communication nécessaires pour développer un lien avec le patient mais également intervenir et s'impliquer dans la relation avec le médecin et les différents membres de l'équipe soignante. Cette intégration des étudiants dans les services cliniques représente le point de départ des activités de pharmacie clinique dans de nombreux établissements. La France est actuellement le seul pays européen où la 5^{ème} année AHU est obligatoire. La mise en place de l'internat et du diplôme des études spécialisées par l'arrêté du 31 octobre 2008 vise notamment à améliorer la qualité de la formation et des actes professionnels(18).

La pharmacie clinique reste néanmoins en France une discipline principalement universitaire et son implantation dans le milieu professionnel est encore faible en comparaison aux pays nord-américains. Elle tend cependant à se développer depuis quelques années en milieu hospitalier ainsi qu'en milieu officinal.

La Société Française de Pharmacie Clinique (SFPC), née en 1983, est la principale société savante du monde pharmaceutique hospitalier français. Elle œuvre pour la promotion de la pharmacie clinique, par tous les moyens de formation et d'information disponibles. Tous les trois mois est publié le *Pharmacien Hospitalier et Clinicien*, journal associant articles originaux, synthèses bibliographiques, lettres de rédaction approuvées par le comité de lecture. Elle est composée de 9 groupes de travail (Conciliation, Gériatrie, Gestion des Risques, Standardisation et Valorisation des Activités de Pharmacie Clinique, etc...) qui présentent leurs travaux tous les deux ans lors d'un congrès. La SFPC met également à disposition de l'ensemble des pharmaciens de nombreux outils et recommandations utiles à la pratique de la pharmacie clinique. Elle propose en 2017 un nouveau modèle de pharmacie clinique, représentant un gradient d'accès à l'information et à l'analyse approfondie, construit en 3 niveaux progressifs : la dispensation, le bilan de médication et le plan pharmaceutique personnalisé, processus innovant en cours de formalisation.

Actuellement, les pharmaciens hospitaliers sont en cours de déploiement dans les services cliniques, néanmoins le contexte économique difficile explique une réticence de la part des établissements à investir dans le personnel pharmaceutique nécessaire au développement de la discipline.

b) L'analyse pharmaceutique des prescriptions médicamenteuses

Depuis la publication de l'arrêté relatif aux modalités de prescription, de dispensation et d'administration des médicaments en établissement de santé (ES) du 9 août 1991(19), remplacé par l'arrêté du 31 Mars 1999(20) puis l'arrêté du 6 avril 2011(5), l'analyse pharmaceutique des prescriptions médicamenteuses est devenue réglementaire en France dans les établissements de santé.

Le groupe de travail de la SFPC « Standardisation et valorisation des activités de pharmacie clinique » donne une définition de l'analyse pharmaceutique des prescriptions médicamenteuses. Il s'agit d'une « expertise structurée et continue des thérapeutiques du patient, de leur modalités d'utilisation et des connaissances et pratiques du patient. »(21)

Elle fait partie intégrante de l'acte de dispensation du médicament, qui comprend également la mise à disposition des informations et les conseils nécessaires au bon usage du médicament et des produits de santé, avec éventuellement la préparation des doses à administrer.

L'analyse des prescriptions est réalisée par le pharmacien ou l'interne en pharmacie ayant reçu délégation. Ce processus consiste en une analyse des prescriptions se déroulant en 3 parties: analyse réglementaire, pharmaco-thérapeutique et clinique, l'objectif final étant l'identification, la résolution et la prévention d'éventuels problèmes liés à la prise de médicaments.

L'analyse réglementaire consiste en une vérification par le pharmacien de la conformité de l'ordonnance à la réglementation : identification du patient, du prescripteur, date, informations complètes sur le médicament prescrit.

L'analyse pharmaco-thérapeutique vise à vérifier la sécurité, la qualité et l'efficacité de la prescription. Il s'agit de vérifier la cohérence des prescriptions, l'absence de contre-indications, le respect des posologies (doses, durées et rythme d'administration) en tenant compte des caractéristiques physiopathologiques du patient. On recherche également des éventuelles redondances pharmaco-thérapeutiques, des incompatibilités physico-chimiques, des interactions médicamenteuses. Les précautions d'emploi, les mises en garde et les effets indésirables potentiels doivent également être notifiés.

Le troisième volet désigne l'analyse clinique. Elle consiste en une mise en relation des données pharmaco-thérapeutiques avec les informations cliniques du patient, notamment son historique médicamenteux, ses données biologiques, ses antécédents. Elle permet une adaptation des thérapeutiques à la physiopathologie du patient, en tenant compte des objectifs

thérapeutiques définis par le médecin. Les recommandations formulées par le pharmacien doivent également tenir compte du type de prise en charge thérapeutique du patient : curatif, préventif ou palliatif.

Toutes les prescriptions réalisées dans un ES ne bénéficient pas systématiquement d'une analyse pharmaceutique, compte tenu des contraintes en terme de temps et de ressources humaines. Les établissements doivent s'organiser pour garantir a minima une validation pharmaceutique des médicaments à risque. Selon le Contrat de Bon Usage (CBU) 2014-2018 signé entre les Agences Régionales de Santé (ARS) (qui sont en charge de la mise en place de la politique de santé régionale), les établissements de santé et les organismes d'Assurance Maladie, les objectifs visent à augmenter le nombre de lits d'hospitalisation bénéficiant d'une analyse pharmaceutique de la prescription complète du patient.

Différentes méthodes sont proposées pour l'analyse de prescriptions. Certaines sont basées sur l'utilisation de logiciels, de check-list ou de tables. Les plus connues sont la méthode SOAP (Subjective, Objective, Assessment, Plan), la méthode canadienne « les soins pharmaceutiques » et la méthode par résolution de problèmes.

La méthode par résolution de problème pharmaceutique est la technique d'analyse considérée comme étant la plus rigoureuse et la mieux construite. L'identification des problèmes, par comparaison à un référentiel, permet de définir des éléments d'amélioration potentielle. Elle vise l'identification des problèmes actuels, la résolution de ces problèmes, ainsi que la prévention d'apparition de nouveaux problèmes.

En France, la méthode de l'Association Nationale des Enseignants en Pharmacie Clinique (ANPEC) est privilégiée, avec l'utilisation d'algorithmes de validation d'ordonnances. L'objectif de ces algorithmes est d'identifier les risques liés aux problèmes médicamenteux, d'apprécier ces risques et d'en réaliser une gestion pharmaceutique.

Jean Calop propose en 1997 sous forme de schéma, un algorithme de validation de l'ordonnance. Il reprend les différents items structurant la méthode de résolution par problèmes(6) (Figure 1).

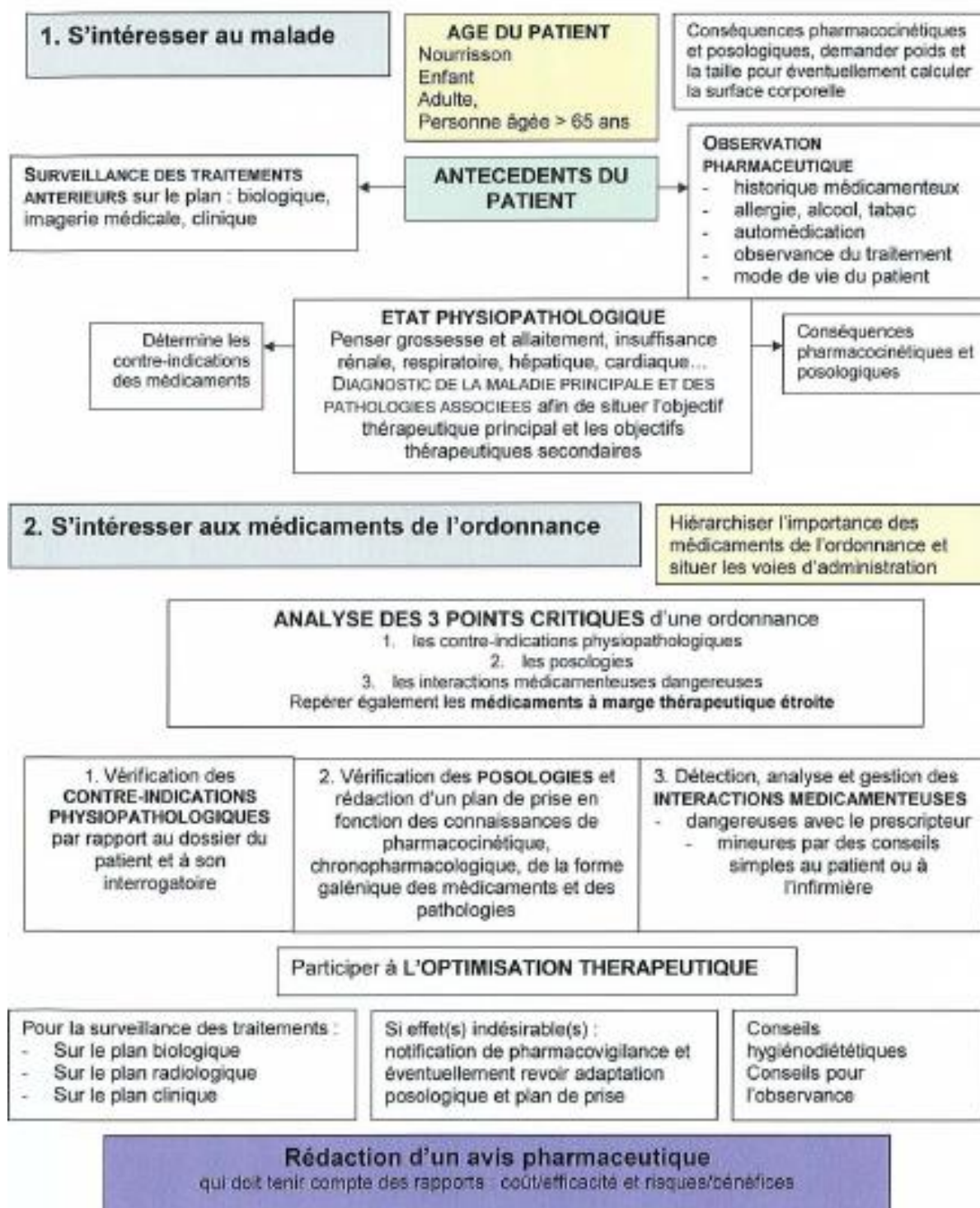


Figure 1. Algorithme simplifié de validation d'une ordonnance proposé par J.Calop

Jusqu'en 2016, plusieurs niveaux d'analyse pharmaceutique étaient définis par la SFPC en fonction de la profondeur du processus (Tableau 1). Trois niveaux sont à distinguer :

1^{er} niveau d'analyse: revue des prescriptions

Elle est réalisée au sein de la Pharmacie à Usage Intérieur (PUI), avec la prescription complète à disposition. Le niveau 1 est le niveau minimal exigé par la réglementation(22). Il consiste en une analyse réglementaire de l'ordonnance, complétée d'une analyse pharmacothérapeutique minimale. L'objectif est d'assurer la sécurité du patient.

2^{ème} niveau d'analyse: analyse documentée

Il s'agit du niveau préconisé par les normes de références telles que la Haute Autorité de Santé (HAS) et celle du CBU. Elle peut être réalisée dans le service de soins comme au sein de la PUI, mais nécessite une documentation complémentaire (dossier patient, résultats biologiques...). En plus de l'analyse règlementaire, l'analyse pharmacothérapeutique réalisée est couplée aux caractéristiques physiopathologiques du patient. Une collaboration active entre différents professionnels de santé permet l'optimisation thérapeutique.

3^{ème} niveau d'analyse: analyse avec présence dans l'unité de soins et suivi clinique

Elle est systématiquement réalisée dans le service de soins. Le pharmacien part de la situation clinique du patient et collecte les différentes données venant de la prescription, des documentations complémentaires et de l'entretien avec le patient. Une synthèse des données objectives et subjectives concernant les pathologies et les médicaments du patient est réalisée. C'est une intervention réalisée dans un contexte pluridisciplinaire, en partenariat avec l'équipe soignante et tracée dans le dossier du patient. Elle est centrée sur ce dernier et prend en compte ses besoins propres.

L'analyse pharmaceutique de niveau 3 va de pair avec les activités de conciliation médicamenteuse, de conseil et d'éducation thérapeutique, toujours dans le but d'assurer une continuité dans la prise en charge du patient.

| Type | Contexte | Contenu | Éléments requis |
|--|---|--|--|
| Analyse niveau 1: Revue de prescription | Patient connu, sans point d'intérêt clinique nouveau | Choix et disponibilité des produits de santé, posologies, contre-indications et interactions principales. | Ensemble des prescriptions, renseignements de base sur le patient |
| Analyse niveau 2: Revue des thérapeutiques | Patient connu, situation en évolution | Choix et disponibilité des produits de santé, posologies, contre-indications et interactions principales. Adaptations posologiques, liens avec résultats biologiques, événements traceurs. | Ensemble des prescriptions, renseignements patient, données biologiques. |
| Analyse niveau 3: Suivi pharmaceutique | Nouvelle admission d'un patient, évolution en cours et issues non établies | Choix et disponibilité des produits de santé, posologies, contre-indications et interactions principales. Adaptations posologiques, liens avec résultats biologiques, événements traceurs. Respect des objectifs thérapeutiques, monitoring thérapeutique, observance. Liens avec conciliation, conseil et éducation thérapeutique. | Ensemble des prescriptions, renseignements et dossier patient, données biologiques, historique médicamenteux, objectifs thérapeutiques. |

Tableau 1. Les différents niveaux d'analyse pharmaceutique- Groupe de travail SFPC 2012

L'analyse pharmaceutique peut être suivie de la formulation d'un ou plusieurs avis pharmaceutique(s).

c) L'intervention pharmaceutique

L'intervention pharmaceutique (IP) est définie comme « toute action initiée par le pharmacien qui induit directement une modification de la prise en charge du patient. »(23) Elle met à disposition du prescripteur des éléments pouvant modifier ou améliorer l'efficacité, la sécurité ou le coût du traitement. Cependant, toute proposition du pharmacien est soumise à la validation du médecin, qui reste libre de sa prescription. L'IP, réalisée à l'officine ou à l'hôpital, fait partie intégrante de l'activité de pharmacie clinique et de l'acte de dispensation du pharmacien(24)(25). Elle peut être communiquée au prescripteur oralement (de vive-voix ou par téléphone), par écrit dans le dossier médical du patient ou encore par le biais du logiciel de prescription. Il s'agit de préciser la nature du problème identifié, l'argumentaire ainsi qu'une proposition éventuelle de modification.

La traçabilité des IP est indispensable, dans un souci juridique mais également dans le but de quantifier et valoriser la pertinence de l'activité de pharmacie clinique.

Des outils élaborés par la SFPC dans le cadre du groupe de travail « Standardisation et valorisation des activités de pharmacie clinique » en 2004 permettent d'uniformiser les pratiques d'analyse de prescription et d'IP. Il s'agit d'une fiche permettant la codification des IP, en classifiant la nature du problème, le type d'intervention, la classe du médicament concerné et enfin le devenir de l'intervention (Annexe 1). Elle s'accompagne de tableaux d'aide à la codification des problèmes détectés par l'analyse pharmaceutique (Annexes 2 et 3). En 2006, cet outil a été développé sous la forme d'un site internet Act-IP[®], dans le but d'élargir et de faciliter son utilisation. La saisie des IP se fait directement sur le site selon la codification SFPC (Figure 2). Leur recueil dans la base de données rend possible leur analyse ainsi que la mise en place d'un observatoire national des pratiques d'IP.

Figure 2. Interface Internet Act-IP[®] accessible librement sur le site de la SFPC

L'impact des interventions pharmaceutiques a fait l'objet de nombreux travaux de recherche. Il a été démontré, d'une part en termes de qualité de soins : l'impact clinique sur la gravité de l'EIM en comparaison à une non-intervention du pharmacien est significatif. D'autre part, en termes de maîtrise des dépenses médicamenteuses : l'impact économique est démontré par une réduction des coûts de traitement ou de journées d'hospitalisation. L'étude de Guignon montre que 79% des interventions d'un pharmacien clinicien améliorent la prise en charge du patient, parmi lesquelles 22% ont une conséquence clinique(10).

Face à l'absence d'outils d'évaluation adaptés à la pratique française, la SFPC a développé en 2016 l'échelle CLEO[®], un outil multidimensionnel intégré à Act-IP[®], permettant de coter l'impact des IP réalisées en prenant en compte trois dimensions: clinique, économique et organisationnelle (Figure 3). L'outil est actuellement testé dans plusieurs hôpitaux français et en cours de traduction et de validation en allemand.

1. Impact clinique

| Score | Impact | Définition: L'impact clinique est évalué selon le scénario prévu le plus probable avec ou sans l'IP, et non pas le pire/meilleur scénario |
|-------|---------------|--|
| -1C | Nuisible | L'IP peut conduire à des résultats défavorables concernant l'état clinique, la connaissance, la satisfaction, l'adhésion médicamenteuse et/ou la qualité de vie du patient. |
| 0C | Nul | L'IP n'a pas d'influence sur le patient concernant l'état clinique, la connaissance, la satisfaction, l'adhésion médicamenteuse et/ou la qualité de vie du patient. |
| 1C | Mineur | L'IP améliore la connaissance, la satisfaction, l'adhésion médicamenteuse, et/ou la qualité de vie sans empêcher un dommage OU l'IP peut empêcher un dommage qui ne requiert pas d'une surveillance/traitement |
| 2C | Moyen | L'IP empêche un dommage (avéré ou potentiel) qui requiert une surveillance accrue ou un traitement, mais n'entraîne pas ou n'allonge pas un séjour hospitalier du patient. |
| 3C | Majeur | L'IP empêche un dommage temporaire (avéré ou potentiel) qui entraîne ou allonge un séjour hospitalier OU un dommage permanent (avéré ou potentiel) avec ou sans hospitalisation du patient. |
| 4C | Vital | L'IP empêche un accident potentiellement fatal/un soin intensif du patient. |
| ND | Non-déterminé | Les informations disponibles ne permettent pas de déterminer l'impact clinique. |

- ❖ **Dommage:** dommage corporel - altération des *capacités physiques* et *psychiques* survenant au décours d'un accident ou d'une maladie.
- ❖ **Dommage temporaire:** dommage *réversible*.
- ❖ **Dommage permanent:** dommage *irréversible*.
- ❖ **Qualité de vie:** fonction *physique* (autonomie, capacités physiques, capacités à réaliser les tâches de la vie quotidienne...), *psychologique* (anxiété, dépression, émotivité...), *sociale* (rapport à l'environnement familial, amical ou professionnel, engagement dans des relations personnelles, participation aux activités sociales et de loisirs...) et *somatique* (symptômes liés à la maladie).
- ❖ **Surveillance:** *Suivi clinique (physiologique ou psychologique), biologique* pertinent.
- ❖ **Traitement:** *Changement* de thérapie ou *ajout* d'un traitement médical/chirurgical supplémentaire.

2. Impact économique

| Score | Impact | Définition |
|-------|----------------------|---|
| -1E | Augmentation du coût | L'IP augmente le coût de la prise en charge médicamenteuse du patient. |
| 0E | Pas de changement | L'IP ne modifie pas le coût de la prise en charge médicamenteuse du patient. |
| 1E | Réduction du coût | L'IP économise le coût de la prise en charge médicamenteuse du patient. |
| ND | Non-déterminé | Les informations disponibles ne permettent pas de déterminer l'impact économique. |

- + Le **coût de la prise en charge médicamenteuse** contient deux éléments principaux:
 - *Le coût des médicaments*
 - *Le coût de surveillance de la prise en charge médicamenteuse (par exemple, suivi clinique, cinétique, biologique...).*
- + Le **coût de la prise en charge médicamenteuse** se base sur le **coût financier de l'hôpital**.

3. Impact organisationnel

| Score | Impact | Définition |
|-------|---------------|--|
| -1O | Défavorable | L'IP diminue la qualité du processus des soins. |
| 0O | Nul | L'IP ne change pas la qualité du processus des soins. |
| 1O | Favorable | L'IP augmente la qualité du processus des soins. |
| ND | Non-déterminé | Les informations disponibles ne permettent pas de déterminer l'impact organisationnel. |

- + L'impact organisationnel est codé selon **l'impact global sur la qualité du processus des soins selon la perspective des personnels soignants** (eg. *économies de temps ; amélioration de sécurité, de connaissance, de satisfaction au travail des personnels soignants ; facilitation des tâches professionnelles ou du travail d'équipe, de continuité des soins ; etc.*)

Figure 3. Evaluation des impacts d'une intervention pharmaceutique par l'échelle CLEO[®]

d) La Conciliation des Traitements Médicamenteux

La Conciliation des Traitements Médicamenteux (CTM) ou conciliation médicamenteuse est une démarche innovante faisant partie des stratégies de terrain qui visent la sécurisation du parcours de soins du patient. Il s'agit d'un processus interactif et pluri-professionnel qui

s'inscrit dans une démarche de prévention et d'interception des EM(26)(27) et contribue à la continuité de la prise en charge du patient dans son parcours de soins.

La CTM s'est développée dans le cadre du projet international de l'OMS « High 5s Agir pour la sécurité des patients » lancé en 2006 et réunissant 8 pays : l'Australie, l'Allemagne, les Pays-Bas, le Canada, les Etats-Unis, Singapour, la République de Trinité-et-Tobago, la France. Ce projet international vise à réduire, de façon pérenne et quantifiable, des problèmes majeurs liés à la sécurité des patients.

En France, cette initiative est coordonnée par la HAS et engagée depuis 2009. L'un des axes de travail est « la sécurité de la prescription médicamenteuse aux points de transition du parcours de soins ».

Le Manuel de Certification V2010 stipule que la continuité de la prise en charge médicamenteuse en ES nécessite la prise en compte du traitement personnel du patient à l'admission, une documentation exhaustive du traitement médicamenteux lors des transferts et à la sortie et une coordination efficace avec les professionnels de ville. Le Manuel de Certification V2014 utilise la méthode du « patient traceur », tout au long de laquelle chaque étape du parcours patient est investiguée.

La CTM apparaît alors comme une activité contributive à l'amélioration de la qualité et la sécurité de la prise en charge médicamenteuse.

Les acteurs impliqués sont les professionnels de santé, les patients mais également leur entourage ainsi que les aidants. La CTM est réalisée en ES à trois moments clés : à l'admission, lors du transfert dans un autre service ou ES, et à la sortie.

De nombreuses études montrent le bénéfice de la CTM. Pour 30 à 70% des patients hospitalisés, on retrouve des écarts entre leur traitement habituel et l'ordonnance établie à leur admission dans le service de soins(28). Ces écarts sont dus à une mauvaise transmission des informations entre les professionnels de soins de ville et les hospitaliers.

Une grande partie des EM (46%) survient à l'admission et à la sortie du patient hospitalisé(29). Toutes les EM ne sont pas graves, cependant 3 études ont montré que respectivement 5,7%, 6,3% et 11,7% des EM interceptées par la conciliation auraient pu avoir des conséquences majeures, critiques ou catastrophiques pour le patient(30)(31)(32). L'étude d'Edith Dufay met en évidence 5,2% d'EM majeures et 18,8% d'EM significatives. Parmi toutes celles relevées, 5,2% auraient pu engendrer un EIG et 4,2% des patients auraient pu subir un EIG(33). Le rapport d'expérimentation Med'Rec de la HAS menée par 9 établissements de santé français montre que pour un patient concilié, on retrouve en moyenne

lors de son admission une EM mais également un changement de traitement non documenté(34). Cette étude rapporte 5,7% d'EM graves interceptées et 100% d'EM corrigées suite à une intervention pharmaceutique.

Les données internationales confirment également l'impact clinique de la CTM. Selon 3 études, elle a permis la diminution du recours à l'hospitalisation à 30 jours de la sortie de respectivement 30,5%, 36% et 29,3% des patients conciliés(35)(36)(37). L'étude américaine MARQUIS met en évidence 2 EM par patient concilié, dont 0,9% d'EM graves interceptées, et 75% d'EM corrigées suite à une intervention pharmaceutique. De plus, elle évalue le retour sur investissement de la conciliation dans les pratiques hospitalières : les économies réalisées sont significatives dans le sens d'un bénéfice pour la collectivité(38).

i. Définition

En accord avec celle donnée par la SFPC en 2015 dans sa fiche mémo « Préconisation pour la pratique de la conciliation des traitements médicamenteux »(39), une définition de la CTM est donnée en mars 2015 par le collège de la HAS suite à l'expérimentation Med'Rec(34).

« La conciliation des traitements médicamenteux est un processus formalisé qui prend en compte, lors d'une nouvelle prescription, tous les médicaments pris et à prendre par le patient. Elle associe le patient et repose sur le partage d'informations et sur une coordination pluri professionnelle.

Elle prévient ou corrige les erreurs médicamenteuses en favorisant la transmission d'informations complètes et exactes sur les médicaments du patient entre professionnels de santé aux points de transition que sont l'admission, la sortie et les transferts.

Encore appelée « conciliation médicamenteuse », terme consacré par l'usage. »

Cette définition est reprise en décembre 2016 dans le guide de la HAS sur la démarche de conciliation des traitements médicamenteux en ES, rédigée par un groupe d'experts pluri-professionnel associant les patients.(28)

La CTM est une pratique rigoureuse et standardisée, structurée autour d'un ensemble de recommandations. Ses deux principaux objectifs sont :

- la réduction des erreurs médicamenteuses (exemple : interruption inappropriée à l'admission dans les services des traitements habituels, modification erronée des doses, modalités d'administration ou formes galéniques, redondance de principes actifs, ajout injustifié de médicaments, absence de reprise du traitement habituel du patient à sa sortie)

- la diminution de la ré-hospitalisation non programmée par l'action combinée de la CTM et d'autres programmes tels que l'accompagnement thérapeutique du patient à sa sortie(35)(40)(41). D'une part, elle prévient ou corrige les EM liées aux défauts d'informations entre professionnels de santé. D'autre part, elle renforce le processus de réévaluation des traitements en cours. Enfin, elle contribue à la maîtrise des dépenses de santé en permettant une diminution des coûts associés à la iatrogénie médicamenteuse.

La CTM est une pratique impliquant un lien étroit entre les différents professionnels de santé, dont les modalités de partage doivent être formalisées.

On distingue deux types de conciliation médicamenteuse (Figure 4).

- La conciliation est dite proactive lorsque la liste des médicaments pris à domicile est établie avant la rédaction de la première prescription à l'admission. Cette méthode permet la prévention des erreurs médicamenteuses, c'est le processus à privilégier.
- La conciliation est dite rétroactive lorsque le bilan médicamenteux est établi après la rédaction de la première prescription à l'admission. Ce processus permet l'interception des erreurs médicamenteuses et doit être engagé le plus tôt possible après l'admission du patient.

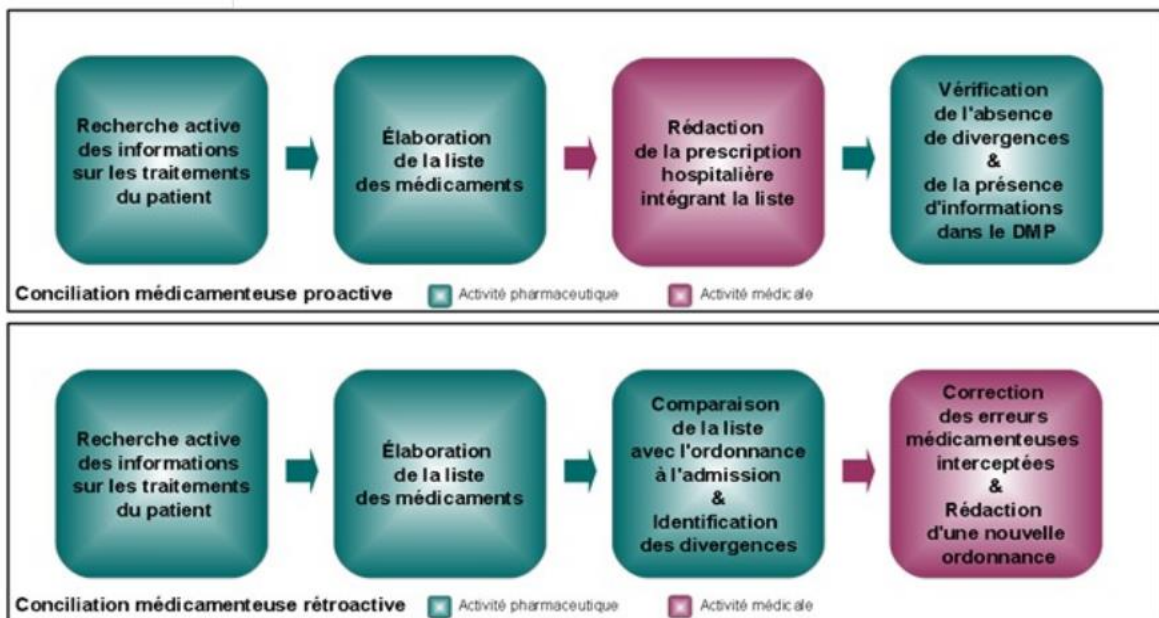


Figure 4. Conciliation médicamenteuse proactive/rétroactive – Fiche technique SFPC 2014

En lien avec les problèmes de ressources pharmaceutiques disponibles, la CTM nécessite le plus souvent d'établir une priorisation en fonction de l'organisation de l'établissement. Elle peut être réalisée selon différents critères : la pathologie, l'âge, les critères sociaux ou cognitifs, le service de soins, le mode d'entrée ou encore les thérapeutiques. Selon l'enquête de la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS), les populations le plus souvent prioritaires sont les personnes de plus de 65 ans et les patients polymédiqués(41).

Etant définie comme une activité contributive de la sécurisation de la prise en charge globale du patient, elle est particulièrement indiquée pour des situations à risque et des populations de patients à risque.

ii. Conciliation médicamenteuse à l'admission

- Recueil d'informations sur la thérapeutique du patient

La phase de recueil vise à connaître, à chaque point de transition, les médicaments du patient pris ou à prendre et dans un second temps à formaliser ces informations en tenant compte de l'historique médicamenteux, de l'observance et de l'automédication.

Cette étape est réalisable par tout professionnel de santé : médecin ou pharmacien (praticien, interne ou externe), sage-femme, chirurgien-dentiste, infirmier, préparateur en pharmacie.

Afin d'obtenir l'exhaustivité du traitement du patient avec toutes ses caractéristiques (dosages, posologies, durées de traitement), la CTM impose de croiser au minimum 3 sources d'information.

Les sources d'information disponibles sont nombreuses :

- entretien avec le patient
- entretien avec les proches ou aidants
- entretien avec le pharmacien d'officine
- entretien avec le médecin traitant
- lettre du médecin traitant
- Dossier Pharmaceutique (DP)
- médicaments apportés par le patient
- liste des médicaments du patient
- ordonnances apportées par le patient
- fiche de liaison d'un autre ES ou médico-social

- entretien ou lettre du médecin spécialiste
- entretien avec l'infirmier à domicile
- fiche de liaison avec le service de soins à domicile
- dossier patient d'une précédente hospitalisation
- dossier de consultation pré-anesthésique
- logiciel d'aide à la prescription

Les premières sources consultées sont généralement le dossier patient, le patient-lui même ainsi que les professionnels de ville : médecin traitant, pharmacien d'officine. Ces trois sources, complémentaires et facilement accessibles, ne dispensent pas de consulter les autres sources disponibles en cas de doute.

Consultation du dossier patient

Il retrace l'anamnèse du patient: motif d'hospitalisation, origine (domicile, EHPAD, transfert d'un autre service), caractéristiques physiopathologiques, antécédents médicaux et chirurgicaux, pathologies actives et comorbidités, données biologiques, allergies éventuelles. Le dossier patient constitue également une première source d'informations concernant le traitement habituel du patient.

Entretien avec le personnel soignant

Avant l'entretien avec le patient, il est primordial de consulter le médecin hospitalier afin de faire un premier bilan et de connaître les points à investiguer.

Il est également utile de consulter l'infirmier afin de vérifier si le patient est interrogeable et disponible pour l'entretien, mais également pour se renseigner sur les éventuels traitements personnels.

Entretien avec le patient et/ou ses proches

L'entretien patient se déroule selon une trame prédéfinie. L'entrevue doit être structurée de manière à ne pas omettre de points à aborder. Il est préférable de mener l'entretien au moment opportun pour le patient, lorsque celui-ci est disponible et vigilant. Les informations à recueillir sont définies au préalable. Il est important d'insister sur les médicaments particuliers et/ou à risque, tels que les antibiotiques, anticancéreux per os, anticoagulants, insuline ; mais également les médicaments autre que formes orales tels que les collyres, les crèmes, les

patches, les suppositoires. Les fréquences de prise de certains médicaments doivent également être vérifiées : formes à libération prolongée, prises hebdomadaires (méthotrexate, EPO).

Enfin, les compétences comportementales et relationnelles sont primordiales et de nombreux critères relatifs à la communication doivent être pris en compte.

Les étapes à respecter par ordre chronologique sont proposées dans le tableau ci-dessous, dont les items sont inspirés d'un document source de l'HAS(42).

| Trame Entretien du patient à l'admission |
|---|
| ✓ Se présenter : nom, profession |
| ✓ Vérifier que le patient est réceptif |
| ✓ Mettre en confiance |
| ✓ Expliquer les objectifs de l'entretien et préciser la durée |
| ✓ Demander au patient de décliner son identité |
| ✓ Demander les coordonnées du pharmacien d'officine, du médecin traitant et éventuellement du médecin spécialiste |
| ✓ Recueillir la liste des médicaments réellement pris, le dosage et la posologie |
| ✓ Demander s'il existe une automédication (notamment phytothérapie, homéopathie, compléments alimentaires, vitamines) |
| ✓ Rechercher l'existence d'allergies et d'effets indésirables |
| ✓ Rechercher l'existence d'une éventuelle non-observance, investiguer l'adhésion thérapeutique (Test de Morisky ou MMAS-4) (Annexe 3) |
| ✓ Recueillir les critères pour le score de Trivalle s'il s'agit d'une personne âgée. Les facteurs de risque à rechercher sont: le nombre de médicaments supérieur ou égal à 7, la prise de neuroleptique et un traitement anticoagulant récent (inférieur à 3 mois)(43) |
| ✓ Donner des conseils de bon usage si besoin |
| ✓ Faire reformuler les conseils de bon usage |
| ✓ Faire une synthèse |
| ✓ Poser des questions ouvertes, répondre aux éventuelles questions sur la prise en charge médicamenteuse |
| ✓ Remercier et conclure |

Tableau 2. Trame entretien du patient à l'admission – Inspiré de la trame entretien patient de la HAS, 2015

Entretien avec le pharmacien d'officine

L'appel du pharmacien d'officine permet dans un premier temps de confirmer les prescriptions médicamenteuses en cours. Il fournit également des renseignements sur une éventuelle modification récente du traitement médicamenteux chronique, sur l'existence d'une antibiothérapie récente (3 derniers mois). C'est enfin la source la plus fiable pour vérifier l'existence d'une éventuelle automédication.

Entretien avec le médecin traitant

L'appel au médecin traitant permet de confirmer le traitement médicamenteux habituel du patient et de recevoir une justification clinico-biologique de l'instauration de ces traitements.

L'ensemble des informations recueillies sont enregistrées sur un support standardisé, qui constitue un niveau de preuve de la réalisation de la CTM pour un patient donné.

Les outils utilisés varient d'un établissement à l'autre. Il tient à chacun d'utiliser les outils déjà existants (fiches de conciliation d'entrée et de sortie⁽⁴⁴⁾⁽⁴⁵⁾) et trame d'entretien patient proposés par la HAS⁽⁴²⁾ ou d'élaborer son propre support.

La réalisation de ces actes nécessite des connaissances techniques, en lien avec la méthodologie du processus de conciliation, mais également des compétences de communication, aux vues des nombreux échanges nécessaires entre les différents acteurs, que ce soit patients ou autres professionnels de santé.

- Formalisation du BMO et identification des divergences avec l'ordonnance médicale à l'admission

La synthèse des informations recueillies nécessite une expertise ; elle doit être réalisée par un membre de l'équipe pharmaceutique (pharmacien, interne en pharmacie et sous contrôle, externe en pharmacie). Tout prescripteur est également en mesure d'effectuer cette séquence. Les informations recueillies à partir des différentes sources sont croisées et recoupées, puis résumées et rédigées sous la forme d'un Bilan Médicamenteux Optimisé (BMO). Il représente la liste exhaustive et complète des médicaments pris ou à prendre par le patient, qu'ils soient prescrits par le médecin traitant ou spécialiste, ou pris par le patient en automédication⁽⁴⁶⁾. Le recoupement d'au moins 3 sources d'informations est nécessaire pour garantir la fiabilité du BMO.

Pour chaque ligne de médicament est renseigné le principe actif, le dosage, la forme galénique, la posologie, la voie d'administration. Le BMO est tracé dans le dossier du patient ou sur le logiciel d'aide à la prescription. Certains logiciels de prescription permettent une importation par les prescripteurs du BMO, qui peut être alors directement exploité.

Après cette phase de synthèse des informations, il s'agit d'attester de la fiabilité de ce bilan avant de le diffuser. La méthode utilisée doit être validée, et la cohérence du bilan final doit être vérifiée. La signature du responsable sur le support atteste de la validité du BMO : cette validation est donc de la responsabilité du pharmacien. Le bilan médicamenteux, une fois validé, fait figure de socle exploitable par tout professionnel de santé intervenant dans le parcours de soins du patient, et assure une qualité constante des informations communiquées. Il apparaît sur la fiche de conciliation des traitements à tout point de transition dans la prise en charge du patient. L'analyse pharmaceutique est indissociable de la réalisation et de la validation du bilan médicamenteux.

Les éventuelles divergences entre le BMO et l'ordonnance médicale à l'admission (OMA) sont identifiées. L'OMA est la prescription rédigée à l'admission du patient dans l'établissement, par le médecin le prenant en charge. Cette ordonnance inclut généralement les médicaments pris habituellement par le patient avant son admission, ainsi que ceux instaurés à l'entrée.

- Entretien collaboratif avec le médecin

La dernière séquence de la CTM consiste à partager et exploiter le BMO, via un échange collaboratif entre médecin et pharmacien. Les modalités de cet échange dépendent du caractère proactif ou rétroactif du processus de CTM.

En cas de CTM proactive, le BMO est établi avant toute prescription par le médecin hospitalier. Il peut donc être pris en compte et exploité lors de la rédaction de l'ordonnance. Les changements décidés doivent être documentés.

En cas de CTM rétroactive, le BMO est établi après la prescription, à laquelle il est alors comparé. Il peut engendrer une nouvelle prescription. Chaque changement apporté à l'ordonnance initiale doit être documenté.

L'échange collaboratif entre le médecin et le pharmacien permet alors de discuter les divergences repérées. Celles-ci sont qualifiées de Divergences Intentionnelles (DI) ou de Divergences Non Intentionnelles (DNI).

Une DI correspond à une modification volontaire du traitement du patient, et est susceptible d'être à l'origine de confusions ou d'erreurs médicamenteuses durant l'hospitalisation. Une DI doit être documentée dans le dossier patient.

Une DNI correspond à une modification de traitement involontaire. Elle représente alors une erreur médicamenteuse qualifiée de mineure, significative ou majeure et peut conduire à un EIM. Face à une DNI identifiée, la prescription doit être modifiée.

Cet entretien représente également l'occasion de discuter avec le prescripteur des autres points critiques identifiés: adhésion thérapeutique, automédication à risque...

Les divergences et autres informations notifiées par le pharmacien sont prises en compte et à l'issue de l'échange collaboratif, le traitement médicamenteux du patient est révisé et éventuellement modifié par le médecin dans un but d'optimisation.

La conciliation proprement dite est donc définie par la rédaction d'une ordonnance prenant en compte le bilan médicamenteux (CTM proactive) ou par la correction des divergences suivie d'une nouvelle prescription (CTM rétroactive).

Ces divergences sont tracées sous forme d'IP dans la fiche de CTM. Le bilan médicamenteux est archivé dans le dossier médical du patient et est réutilisé lors de la conciliation de sortie ou de transfert du patient hospitalisé. Il est également accessible à tout autre professionnel de santé acteur de la prise en charge du patient. Il est alors possible pour celui-ci d'avoir connaissance en temps réel du traitement médicamenteux du patient ainsi que des raisons de son éventuelle évolution. Le risque de discontinuité dans le parcours de soins du patient s'en trouve fortement réduit.

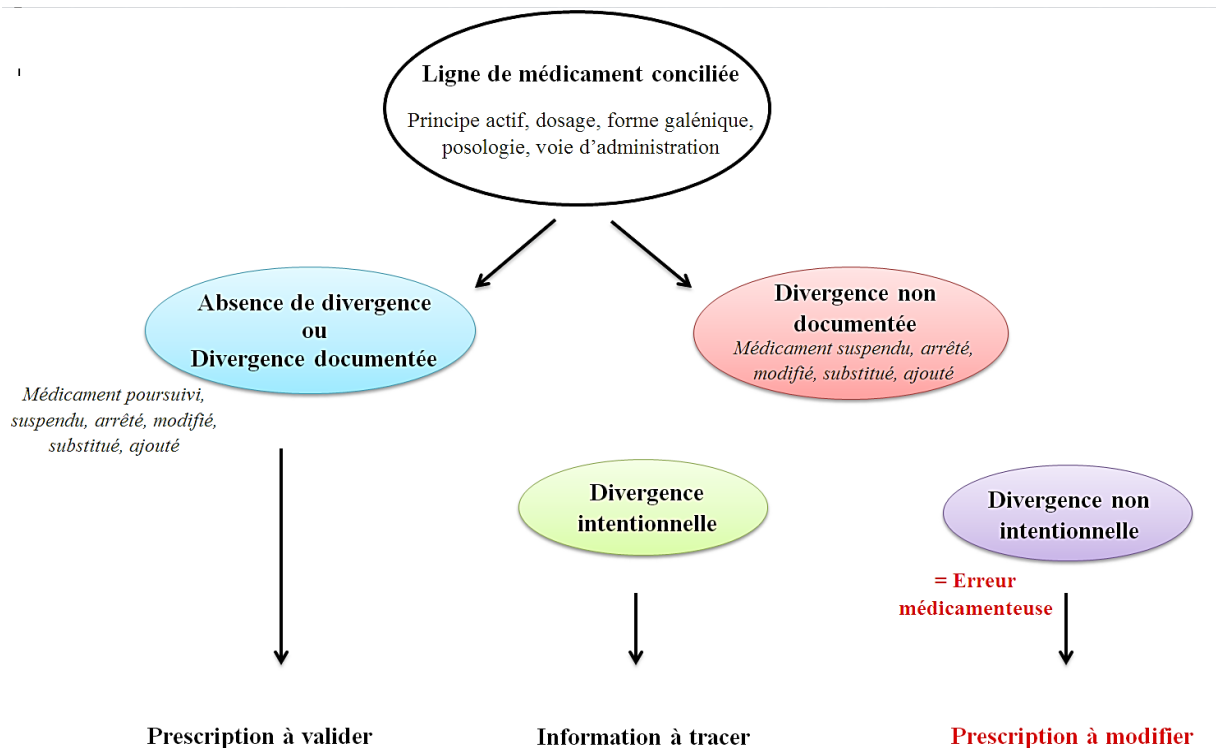


Figure 5. Conciliation des traitements médicamenteux: arbre décisionnel. D'après un schéma initial d'Edith Dufay, CH de Lunéville, Mai 2012

iii. Conciliation Médicamenteuse de sortie ou de transfert

La CTM de sortie est un processus garantissant la continuité du traitement médicamenteux lors du retour à domicile du patient hospitalisé. Elle permet la transmission d'une information juste et validée relative au traitement global du patient vers différents professionnels de santé.

La CTM de sortie ou de transfert se déroule en 3 étapes :

- Recherche d'informations sur les médicaments du patient

Les données issues du BMO fait à l'admission du patient, des traitements en cours et potentiellement du courrier et de l'ordonnance médicale de sortie, sont collectées.

- Formalisation du bilan médicamenteux associé à des informations thérapeutiques

La liste exhaustive et complète des traitements à poursuivre à la sortie du patient est formalisée et les modifications éventuelles apportées au traitement pendant l'hospitalisation sont mentionnées et justifiées. Toutes les informations susceptibles de faciliter la compréhension du traitement en cours d'hospitalisation peuvent y être apportées. Le bilan de sortie définit la stratégie thérapeutique médicamenteuse du patient.

- Rédaction de la prescription de sortie avec transmission sécurisée de l'information

La fiche de conciliation de sortie facilite la rédaction de l'ordonnance de sortie. Elle est ensuite transmise, accompagnée de la lettre de liaison du médecin et du courrier de conciliation de sortie, à différents professionnels de santé. Le médecin traitant tout d'abord : en plus de lui transmettre les informations relatives à l'évolution du patient durant l'hospitalisation, elle clarifie la prescription de sortie et lui permet d'intégrer à sa nouvelle prescription les modifications apportées au traitement pendant l'hospitalisation.

Ces informations sont également transmises au pharmacien d'officine, en lui permettant d'optimiser son acte de dispensation.

Enfin, elles sont accessibles à tout autre professionnel de santé intervenant dans la prise en charge du patient. La diffusion se fait via la fiche de conciliation de sortie ou le courrier de conciliation de sortie. Le décret du 20 Juillet 2016 relatif à la lettre de liaison à la sortie, atteste que celle-ci doit intégrer notamment toutes les informations concernant les traitements prescrits, ceux arrêtés ainsi que le motif de cet arrêt. La fiche de conciliation de sortie peut servir à la compléter. Cette lettre de liaison est remise au patient à sa sortie et est transmise à son médecin traitant(47). Ainsi, ces éléments jouent un rôle primordial dans le décloisonnement ville-hôpital.

Le partage et l'exploitation du bilan médicamenteux concerne également le patient et son entourage. Les changements opérés dans le traitement habituel ainsi que les raisons lui sont expliqués au cours d'un entretien. Cette information peut être dispensée par le médecin, le pharmacien, mais également par l'infirmière, le préparateur en pharmacie ou tout autre professionnel de santé ayant une connaissance des produits de santé. La HAS met à

disposition des outils facilitant la transmission de ces informations au patient : fiche d'information et plan de prise journalier sur les médicaments à prendre au domicile(48).

Cette démarche a pour but de renforcer le bon usage du médicament par le patient et de faciliter la poursuite de son traitement à domicile.

e) Le bilan de médication

Le bilan de médication, également nommé revue de médication, est une activité de pharmacie clinique apparue en 2016, pratiquée en soins primaires comme en milieu hospitalier. La HAS le définit comme « une analyse critique structurée des médicaments du patient dans l'objectif d'obtenir un consensus avec le patient concernant son traitement, en ayant soin d'optimiser l'impact clinique des médicaments, de réduire le nombre de problèmes liés à la thérapeutique et de diminuer les surcoûts inutiles. »

Le bilan de médication fait l'objet d'un processus formalisé, permettant de réaliser la synthèse des traitements d'un patient en intégrant son anamnèse clinique et pharmaceutique, dans le but d'optimiser la prise en charge thérapeutique. Il permet d'identifier périodiquement (au moins un fois tous les deux ans) le risque iatrogène de l'ensemble des traitements pris par le patient. L'une des étapes du bilan de médication comprend un entretien structuré avec le patient réalisé par un pharmacien à la suite d'une discussion avec le médecin traitant. Cet entretien vise à recueillir des informations sur l'observance, la perception des traitements, les modalités des prises ainsi que les éventuels effets indésirables, mais également sur les habitudes de vie. Cela conduit à l'établissement d'un diagnostic éducatif pharmaceutique, base de l'élaboration d'un plan d'accompagnement et de suivi. Il permet d'une part d'impliquer le patient dans sa prise en charge thérapeutique à travers un temps d'écoute et de dialogue dédié, l'absence de jugement étant un prérequis absolu de cette pratique. D'autre part, il vise à améliorer le bon usage du médicament, via la dispensation de conseils adaptés, l'amélioration de l'adhésion au traitement ou encore de la gestion du stock de médicaments. Ainsi, le médecin traitant qui se voit adresser une synthèse claire et argumentée des points d'amélioration possibles du traitement, peut optimiser l'impact de sa prescription médicale. La finalité attendue du bilan de médication est la réduction du risque de iatrogénie, l'amélioration de l'adhésion du patient à son traitement, l'optimisation de l'impact des prescriptions médicamenteuses et enfin, la réduction du gaspillage de médicaments. Cela permet également de renforcer la collaboration entre médecins et pharmaciens. En effet, le

processus repose sur un partage d'informations ainsi qu'une coordination pluriprofessionnelle.

D'après la convention nationale pharmaceutique signée en juillet 2017, la population ciblée de façon prioritaire pour bénéficier d'un bilan de médication est représentée par les patients âgés d'au moins 65 ans en Affection de Longue Durée (ALD) ou de plus de 75 ans, ayant au moins 5 médicaments prescrits au long court. Cette population à risque représente en France environ 3,9 millions de personnes. Au-delà de ces critères, il est possible pour le pharmacien de proposer un bilan de médication s'il estime que le patient y est éligible : sortie d'hospitalisation, nouveau diagnostic impliquant la prescription de nouveaux médicaments, prescription de médicaments à marge thérapeutique étroite, événement conduisant à se poser des questions sur l'observance, comme par exemple une venue irrégulière du patient à la pharmacie ou un retour de nombreuses boîtes de médicaments non-utilisées. Ce processus permet également de cibler les patients nécessitant un plan pharmaceutique personnalisé.

La rémunération perçue dans le cadre de la convention par les pharmaciens d'officine est de 60 euros. La réalisation du bilan de médication pour un patient donné nécessite le consentement éclairé de celui-ci. Médecins et pharmaciens peuvent formaliser leur coopération dans le cadre du bilan de médication par un protocole d'accord. Ce dernier, avant d'être applicable, est soumis à avis de la HAS puis à acceptation de l'ARS. Néanmoins, cette démarche n'est pas obligatoire car elle ne rentre pas dans le cadre des protocoles de coopération tels que définis de manière limitative par l'article 51 de la loi Hôpital Santé Patient Territoire (HPST). En effet, il ne s'agit pas de transfert d'actes entre deux professionnels de santé ; de plus le bilan de médication entre dans le cadre des compétences réglementaires déjà reconnues aux pharmaciens d'officine.

Le bilan de médication fait partie des nouvelles missions du pharmacien d'officine dans plusieurs pays anglo-saxons tels que la Grande Bretagne, l'Australie, les Etats-Unis ou encore l'Allemagne et la Suisse. En France, la profession de pharmacien d'officine connaît également une véritable mutation. En effet, le maillage territorial qu'ils constituent ainsi que leur proximité avec les patients en font des acteurs de santé privilégiés pour le développement de ces nouvelles activités.

La loi HPST stipule que le pharmacien d'officine est habilité à réaliser des bilans de médication dans le cadre d'un protocole et avec l'accord du médecin(49). Le Décret du 5 avril 2011 fixe les conditions d'application du bilan de médication : « Un bilan de médication comprend l'évaluation de l'observance et de la tolérance du traitement ainsi que tous les

éléments prévus avec le médecin pour le suivi du patient. Dans ce bilan, le pharmacien recense les effets indésirables et identifie les interactions avec d'autres traitements en cours dont il a connaissance. Il s'assure du bon déroulement des prestations associées. »(50)

Le bilan de médication fait également partie des nouvelles missions des PUI et tend à s'intégrer aux activités de pharmacie clinique, en accord avec le nouveau modèle, dans les établissements de santé.

Le bilan de médication peut faire l'objet d'une prescription médicale du médecin traitant dans le cadre d'un plan de soins personnalisé (PPS), ou être déclenché par un pharmacien formé. Le repérage des patients est une étape primordiale, il s'axe soit sur la prévention en ciblant les patients à risque ou se veut curatif lorsqu'il cible des patients présentant déjà des événements iatrogènes ou une hospitalisation récente.

Le bilan de médication se déroule en 4 étapes.

La première étape consiste en un recueil de données. Dans un premier temps, le pharmacien identifie la totalité des médicaments pris par le patient grâce à des sources telles que le DP, le Dossier Médical Personnel (DMP) et l'historique de dispensation : il s'agit donc d'une première étape de conciliation médicamenteuse. Le pharmacien collecte ensuite les données cliniques et biologiques ainsi que les indications dans le DMP ou auprès du médecin traitant, l'objectif étant de corréler un à un chaque médicament prescrit et faire le point sur l'« overuse », l'« underuse » ou le « misuse ».

Cette étape de collecte des données comprend également un entretien structuré avec le patient. Lors de la programmation du rendez-vous, le pharmacien remet au patient la liste des documents à apporter : ordonnance(s) du médecin traitant et/ou du/de(s) médecin(s) spécialiste(s), les boîtes de médicaments ou pilulier, les bilans de biologie, un éventuel compte-rendu d'hospitalisation et le carnet de vaccination. L'entretien dure environ 30 minutes et peut se dérouler au domicile, à l'officine dans un espace de confidentialité ou encore au cours d'une hospitalisation. Le patient doit être mis au courant des objectifs du bilan et de la collaboration mise en œuvre avec son médecin traitant. L'entretien vise à évaluer la connaissance du patient de ses traitements (doses, posologies et indications), apprécier les conditions de prise des médicaments et la gestion du traitement (données d'observance, utilisation d'un pilulier, aide à la prise des médicaments, difficultés liés à la forme galénique ou au packaging, nécessité d'ouverture de gélules ou d'écrasement de comprimés), détecter une éventuelle automédication. Les notions d'efficacité et de tolérance

sont également abordées. Enfin, l'entretien permet une mise au point sur la gestion du stock de médicaments, dans le but de réduire le gaspillage.

La deuxième étape est une évaluation de l'ensemble des données recueillies. Le pharmacien réalise une analyse pharmaceutique et clinique afin d'optimiser la prescription médicamenteuse. Cette analyse vise la détection des Prescriptions Potentiellement Inappropriées (PPI), l'identification des interactions médicamenteuses et des contre-indications, la vérification du respect des objectifs thérapeutiques. A l'issue de cette étape, le pharmacien rédige une synthèse écrite et argumentée de ses IP qui est transmise au médecin. Le bilan de médication peut conduire le pharmacien à ajuster la posologie du traitement, dans la limite des posologies minimales et maximales fixées par le médecin et inscrites au protocole. Le pharmacien est tenu de mentionner le renouvellement de la prescription sur l'ordonnance. En cas d'ajustement de la posologie, une feuille annexée à l'ordonnance précise le médicament concerné ainsi que la nouvelle posologie. Ces documents sont transmis au médecin, en privilégiant la messagerie sécurisée de santé (exemple : Medimail).

La troisième étape est un processus de mise en œuvre : les IP sont soumises à validation par le médecin traitant, et en cas d'acceptation de celles-ci, elles entraînent une réévaluation de la prise en charge médicamenteuse, par concertation entre le médecin, le pharmacien et éventuellement le médecin spécialiste. Une nouvelle prescription est alors rédigée. A l'issue de ces modifications, le pharmacien mène un nouvel entretien avec le patient et/ou ses aidants. Il s'agit d'un entretien conseil au cours duquel les conclusions de l'analyse et de l'échange avec le médecin sont communiquées au patient. Des conseils de bon usage du médicament lui sont également délivrés, accompagnés éventuellement de fiches explicatives ou de modes d'utilisation de médicaments ou dispositifs médicaux.

Enfin, la quatrième étape propose la planification d'un bilan de médication de suivi à 6 à 12 mois, afin de réaliser un suivi de l'observance.

Le bilan de médication est une initiative soutenue par la SFPC, qui œuvre depuis 2015 pour son déploiement en soins primaires comme en milieu hospitalier. Elle propose des documents supports mis à disposition des professionnels de santé : un référentiel de pratiques professionnelles officinales en France intégrant le bilan de médication ainsi qu'un outil « Bilan de médication » validé en 2016, permettant de structurer l'entretien pharmaceutique (Figure 6).

| BILAN DE MEDICATION | | SFPC Société Française de Pharmacie Clinique | |
|--|---|--|--|
| Nom : | Né(e) le : | | |
| Prénom : | Age : | | |
| Poids (kg) : | Sexe : <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M | | |
| Mode de vie : <input type="checkbox"/> Seul(e) <input type="checkbox"/> Avec conjoint <input type="checkbox"/> Avec famille <input type="checkbox"/> Autre: | Lieu de vie : <input type="checkbox"/> Domicile (habitation individuelle) <input type="checkbox"/> Domicile (habitation collective) <input type="checkbox"/> Foyer logement <input type="checkbox"/> EHPAD <input type="checkbox"/> Autre: | | |
| Date de l'entretien : | Contexte: <input type="checkbox"/> Sortie d'hospitalisation <input type="checkbox"/> A la demande du médecin traitant <input type="checkbox"/> Doute sur l'observance <input type="checkbox"/> Polymédication <input type="checkbox"/> Autre: | | |
| Visite : <input type="checkbox"/> Bilan initial <input type="checkbox"/> Réévaluation n° | | | |
| Aides existantes : | | | |
| Aide-ménagère | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas | | |
| IDE | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas | | |
| Kinésithérapeute | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas | | |
| Portage des repas | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas | | |
| Téléalarme | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas | | |
| Autre | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas | | |
| Précisez : | | | |
| Nom et coordonnées du médecin traitant : | | | |
| | | | |
| Nom et coordonnées du (des) médecin(s) spécialiste(s) : | | | |
| | | | |
| Nom et coordonnées de l'infirmier(e) à domicile : | | | |
| | | | |
| Nom et coordonnées de l'aïdant principal : | | | |
| | | | |
| Version n°1 du 20/11/2016 | | Page 4 | |

Figure 6. Outil « Bilan de médication » validé par la SFPC

Dans l'attente des recommandations officielles de la HAS, la SFPC a publié en Septembre 2017 une Fiche Mémo, « Préconisations pour la pratique des bilans de médicaments », un guide destiné aux pharmaciens souhaitant instaurer le bilan de médication dans leur ES ou leur officine(51).

De plus, en janvier 2017, le groupe de travail Gériatrie de la SFPC a mis en place un module de formation e-learning visant à encourager les pharmaciens d'officine à pratiquer des bilans de médication chez les patients âgés. Ce module prévoit environ 3 heures de formation pour mettre à jour les compétences des officinaux sur la prise en charge médicamenteuse chez la personne âgée et donner les outils et la méthodologie nécessaires à la pratique.

f) L'entretien pharmaceutique

L'entretien pharmaceutique (EP) est un temps d'échange confidentiel et gratuit entre le pharmacien et le patient. Il concerne aussi bien les pharmaciens exerçant en ville que ceux exerçant à l'hôpital. Il a pour but d'accompagner le patient de manière personnalisée dans le cadre de la prise de son traitement et de le conseiller afin de l'aider à mieux vivre sa maladie et de faciliter son quotidien.

L'entretien pharmaceutique a été introduit par la convention nationale organisant les rapports entre les titulaires d'officine et l'Assurance Maladie. Elle est signée entre l'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie (UNCAM) et les trois syndicats représentatifs des pharmaciens d'officine : la Fédération des syndicats pharmaceutiques de France, l'Union des syndicats de pharmaciens d'officine et l'Union nationale des pharmacies de France. La nouvelle convention nationale signée le 4 avril 2012(52) prévoit d'améliorer la qualité de la dispensation, notamment par l'accompagnement des maladies chroniques via les entretiens pharmaceutiques.

La convention nationale pharmaceutique définit la finalité de l'accompagnement du patient par le pharmacien comme étant « de garantir les meilleures conditions d'initiation, de suivi, d'observance et d'évaluation du traitement ». Ainsi, l'entretien pharmaceutique représente l'un des moyens principaux dont disposent les pharmaciens pour assurer une prise en charge personnalisée et optimale du patient (article 10-2 de la convention nationale). Il permet de :

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

Les modalités de l'entretien pharmaceutique (durée, fréquence, contenu) sont définies par voies d'avenants à la convention. L'avenant n°1 prévoit l'accompagnement des patients sous Anti-Vitamine K (AVK)(53), l'avenant n°4 prévoit l'accompagnement des patients asthmatiques et traités au long cours par corticoïdes inhalés(54). Enfin l'avenant n°8 prévoit l'accompagnement des patients sous Anticoagulants Oraux Directs (AOD) et le suivi de l'observance pour les accompagnements toute thématique confondue, s'inscrivant dans la durée au-delà de l'année d'adhésion au dispositif. Le dispositif d'accompagnement comprend

désormais 2 entretiens pharmaceutiques minimum la première année de l'adhésion du patient, puis au moins un entretien pharmaceutique les années suivantes, complété par au moins deux évaluations de l'observance(54).

Ainsi, les pharmaciens ont la possibilité de proposer des entretiens pharmaceutiques aux patients chroniques traités depuis plus de 6 mois par anticoagulants oraux (AVK ou AOD) et par corticoïdes inhalés. Ils sont tenus de réaliser au moins deux entretiens pharmaceutiques la première année et au moins un entretien les années suivantes, complété par au moins deux suivis de l'observance. Dans ce cadre, ils sont rémunérés de 40€ pour 2 entretiens la première année, puis 30€ pour un entretien la deuxième année.

Après la première année, le degré de suivi à mettre en place pour le patient doit être déterminé selon le résultat de l'évaluation de l'observance et de la bonne compréhension par le patient de sa maladie. Un bilan plus adapté lui est alors proposé.

Malheureusement, les entretiens pharmaceutiques ont du mal à se démocratiser. Face aux difficultés rencontrées pour leur déploiement, l'assurance maladie compte sur une campagne de communication auprès des pharmaciens mais également du grand public. Dans le but d'augmenter le nombre de patients inclus, il est également question de renforcer le recueil du consentement.

L'entretien pharmaceutique s'axe sur le patient, en permettant de passer de la prise en charge d'une maladie à celle d'un malade. C'est un véritable enjeu de santé publique car il permet d'améliorer l'observance des traitements et leur efficacité. Enfin, il fait évoluer le rôle du pharmacien et ainsi que la perception de la profession.

g) L'éducation thérapeutique du patient

Actuellement, le patient est insuffisamment considéré comme utile et « utilisable » par le système de santé. Pourtant, il constitue une ressource majeure pour contribuer à la qualité et à la sécurité de son parcours de soins. Par l'information, la formation et l'éducation sur sa maladie et ses traitements, le patient est alors mis au centre pour devenir acteur de sa propre santé.

Selon l'OMS, « l'éducation thérapeutique du patient (ETP) est un processus continu, intégré dans les soins et centré sur le patient. Il comprend des activités organisées de sensibilisation, d'information, d'apprentissage et d'accompagnement psychosocial concernant la maladie, le

traitement prescrit, les soins, l'hospitalisation et les autres institutions de soins concernées et les comportements de santé et de maladie du patient.

Il vise à aider le patient et ses proches à comprendre la maladie et le traitement, coopérer avec les soignants, vivre le plus sainement possible et maintenir ou améliorer la qualité de vie. L'éducation devrait rendre le patient capable d'acquérir et maintenir les ressources nécessaires pour gérer de manière optimale sa vie avec la maladie. » (55)

L'ETP est donc complémentaire du traitement et des soins, elle tient compte des besoins spécifiques du patient, des comorbidités et des vulnérabilités psycho-sociales. Elle contribue à l'amélioration de la santé du patient et de sa qualité de vie ainsi que celle de ses proches.

Deux dimensions sont à prioriser dans un programme d'éducation thérapeutique. Dans un premier temps, l'objectif est l'acquisition par le patient de compétences d'autosoins et de sécurisation de sa propre vie. Dans un deuxième temps, elle vise à lui faire acquérir ou mobiliser chez lui des capacités d'adaptation, en s'appuyant sur son vécu et son expérience antérieure.

L'article 84 de la loi HPST du 21 juillet 2009 intègre l'ETP dans le Code de la Santé Publique (CSP). Elle est définie comme faisant partie intégrante du parcours de soins du patient et ayant pour finalité de rendre le patient plus autonome en facilitant son adhésion aux traitements prescrits et en améliorant sa qualité de vie(56).

L'ETP se décline en programmes ainsi qu'en actions d'accompagnement. Elle implique une collaboration étroite entre professionnels de santé d'une part, et entre patient et professionnels de santé d'autre part. Un programme d'ETP est composé d'une équipe pluridisciplinaire, dans laquelle le patient ou des associations de patients ont toute leur importance.

L'ETP s'inscrit particulièrement dans la prise en charge de pathologies chroniques. En effet, elle favorise la réduction de la iatrogénie, des complications ainsi que la diminution du nombre et de la durée des hospitalisations ; elle constitue donc un véritable enjeu de santé publique. Néanmoins, les programmes d'ETP peuvent également viser toute situation médicale relevant de l'aigu ou de l'urgence (par exemple, signes d'alerte de l'hypoglycémie ou de l'hyperglycémie chez le diabétique, ou encore d'une décompensation cardiaque chez le patient insuffisant cardiaque). Il s'agit dans ce cas de préparer le patient à la situation, de l'accompagner et de l'aider à gérer au quotidien les exigences et contraintes qu'imposent sa maladie et son traitement.

Une ETP initiale peut être destinée à tout type de patient : adulte, adolescent, enfant et parents ; mais également ainsi qu'à son entourage et aux aidants. Une ETP de suivi régulier ou approfondi peut être proposée dans le cadre de certaines pathologies chroniques.

Le pharmacien hospitalier et officinal est habilité à participer, mais également à animer des séances d'éducation thérapeutique. Pour cela, un niveau de formation de 40 heures minimum est requis.

Les compétences spécifiques du pharmacien sont sollicitées ; ses missions concernent essentiellement l'explication de la pathologie et des thérapeutiques, l'information et la promotion de la prévention et du dépistage, la promotion du bon usage des médicaments (organisation pratique, manipulation...), l'information au sujet d'éventuels effets indésirables et leur signalement possible à la pharmacovigilance.

Avant la mise en place du programme, la méthode ainsi que les outils pédagogiques utilisés doivent être définis. Ils favorisent la mémorisation à court terme du patient et facilitent le passage du court au long terme. Ces dispositifs constituent des ressources sur lesquelles peuvent s'appuyer le patient, mais également l'éducateur. Ils peuvent être simplement une aide à l'éducation ou encore être remis au patient. L'évaluation de l'acquisition des connaissances est primordiale pour mesurer l'impact des séances ; elle se fait via des outils d'évaluation adaptés. Les dispositifs utilisés peuvent être créés spécifiquement pour le programme ou repris à partir d'outils déjà existants validés et brevetés.

Les programmes d'ETP se déroulent dans des lieux accessibles au patient : à l'hôpital ou en ville, nécessitant une coordination ville-hôpital. Ils sont mis en œuvre localement par les ARS en fonction des objectifs définis par la politique nationale de santé et répondent aux critères définis par un cahier des charges national décrit dans l'arrêté du 2 août 2010(57). L'autorisation de l'ARS étant délivrée pour une durée de 4 ans, une auto-évaluation annuelle de l'activité et du programme doit être réalisée ainsi qu'une évaluation quadriennale.

La loi HPST a confié à la HAS une mission d'évaluation des programmes d'ETP. Cette dernière, dans un but d'aide à la mise en place et d'amélioration de la qualité de ces programmes, propose de nombreux dispositifs : des documents pour la mise en œuvre de l'ETP (Figure 7), des documents méthodologiques pour l'élaboration des programmes d'ETP, des documents méthodologiques pour leur évaluation et leur amélioration et enfin des documents destinés aux patients.

COMMENT S'INTÈGRE L'ETP A LA STRATÉGIE THÉRAPEUTIQUE

L'ETP est considérée comme intégrée à la prise en charge thérapeutique :

- si elle est réellement complémentaire et indissociable des traitements et des soins, du soulagement des symptômes en particulier de la douleur, et de la prévention des complications ;
- si elle tient compte des besoins spécifiques, des comorbidités, des vulnérabilités psychologiques et sociales et des priorités définies avec le patient.

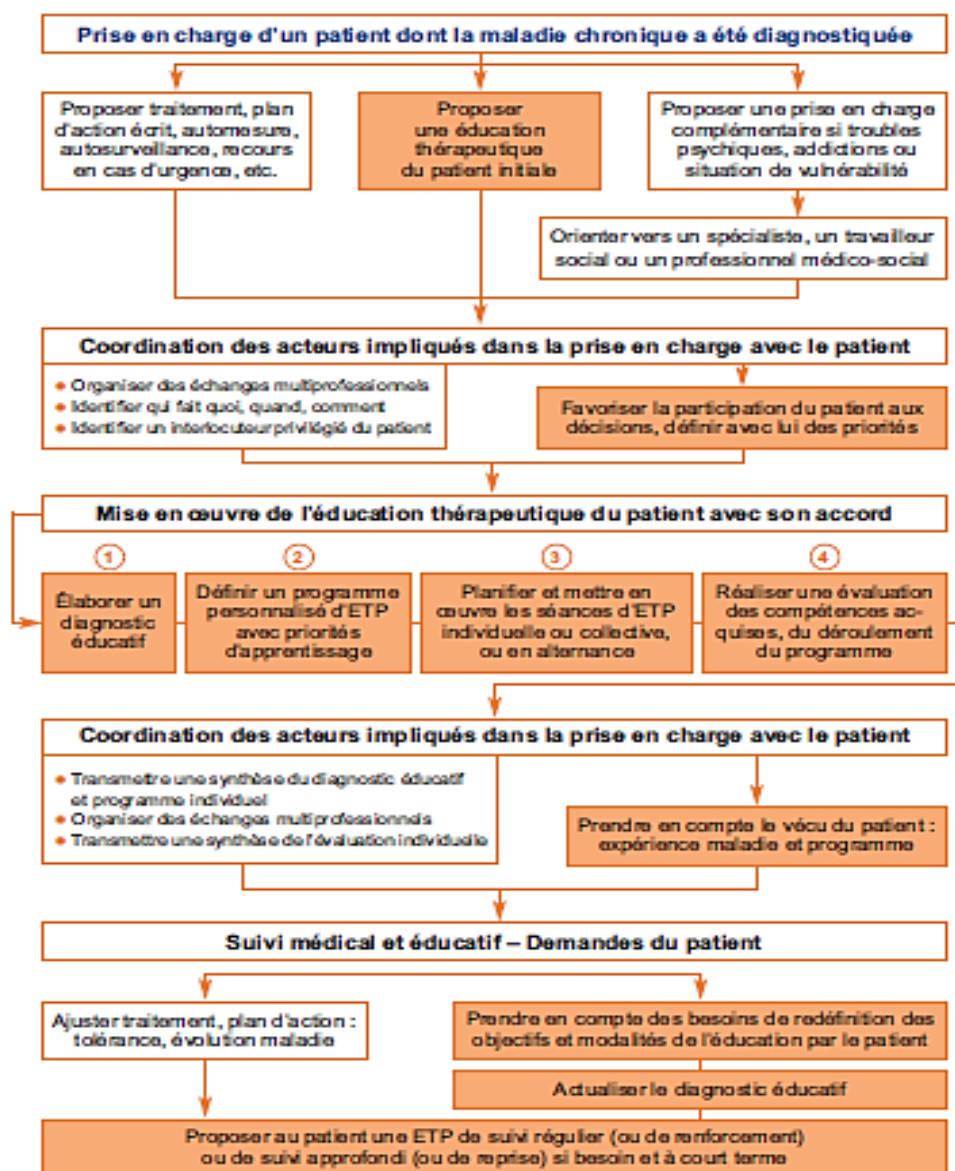


Figure 7. Comment s'intègre l'ETP à la stratégie thérapeutique - Recommandations ETP HAS 2007(58)

h) Organisation dans notre établissement

Au Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Nice, une démarche de pharmacie clinique a été mise en place depuis 2016 dans les services de gériatrie et réanimation grâce à la présence à temps partiel d'un pharmacien ou d'un interne en pharmacie dans le service. Elle a été étendue progressivement à trois autres services: les services de médecine interne, de chirurgie digestive et des urgences.

Les principales activités de pharmacie clinique réalisées dans ces unités de soins sont une analyse pharmaceutique des prescriptions de niveau 3 ainsi que la traçabilité des interventions pharmaceutiques, la conciliation médicamenteuse à l'admission et à la sortie, l'éducation thérapeutique de patient. Les pharmaciens et internes en pharmacie peuvent également réaliser un entretien avec le patient avant sa sortie, via le déploiement du projet AIPAT (Accompagner et Informer le PATient chronique), qui consiste à proposer au patient un plan de prise journalier (Annexe 7) et une explication des objectifs thérapeutiques de chaque médicament sous la forme innovante et interactive d'un jeu de carte.

Une fiche de recueil d'informations (motif d'hospitalisation, antécédents, pathologies actives, données biologiques, allergies...) et de suivi de conciliation a été élaborée pour un recueil manuscrit des données collectées dans le service de soins (dossier patient, entretiens avec la personnel soignant et le patient) (Annexe 4). Les pharmaciens disposent également d'une grille de recueil des médicaments par sources d'informations, inspirée de la grille de la HAS (Annexe 5), ainsi que d'une fiche destinée à la formalisation de la conciliation médicamenteuse d'entrée et de sortie (Annexe 6).

2. Les évolutions de la pharmacie clinique

Dans le but de sécuriser la prise en charge médicamenteuse et limiter les EIM, les pharmaciens sont, depuis 2013, en cours de déploiement dans les services hospitaliers.

La DGOS, organisation gouvernementale, s'associe aux sociétés savantes pour définir un nouveau modèle de pharmacie clinique qu'elle appelle à développer en s'appuyant sur la publication de guides, de préconisations et sur la mise à disposition d'outils et de formations.

a) Etat des lieux de la pharmacie clinique en France

L'un des acteurs clés dans le parcours de soins du patient est le pharmacien, grâce notamment au développement des activités de pharmacie clinique, telles que la CTM et l'analyse pharmaceutique des prescriptions. Ces activités ont pris récemment une dimension réglementaire. L'arrêté RETEX du 6 avril 2011(5) relatif au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse et aux médicaments dans les établissements de santé, reprenant les dispositions de l'arrêté du 31 Mars 1999(20), rappelle le rôle du pharmacien conformément à l'article R4235-48 du CSP. De même, le rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS)(59) publié en Mai 2011, recommande le déploiement des ressources pharmaceutiques au service des patients, en mettant en œuvre le plus largement possible l'analyse pharmaceutique et en développant les activités de pharmacie clinique dans les établissements. Ces évolutions législatives appellent alors à une réorganisation des ressources pharmaceutiques dans les établissements de santé. Cependant, dans un contexte économique tendu, cette réorganisation semble difficile car elle nécessite le recrutement de personnel pharmaceutique supplémentaire. Aux Etats-Unis, il a été largement démontré que la présence d'un pharmacien dans les services de soins avait un impact clinique et économique positif. En France, cependant, les études restent relativement rares et beaucoup d'établissements de santé restent réticents face au manque de preuve de retour sur investissement.

La mise en place des activités de pharmacie clinique passe par une réorganisation du processus de la prise en charge médicamenteuse. Le bénéfice de cette activité pour l'établissement, dans le cadre de la politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, doit être démontré auprès de la Commission Médicale d'Etablissement (CME) et de la direction dans chaque établissement. Un appui institutionnel contribue à inscrire la mise en place de la démarche et le déploiement de la pharmacie clinique dans la durée. Ces activités doivent ainsi être envisagées dans le cadre d'une démarche globale visant à sécuriser la prise en charge médicamenteuse dans l'ensemble des secteurs de soins, en impliquant les directions des établissements ainsi que l'ensemble des professionnels de santé médicaux et para médicaux.

L'implication des pharmaciens dans le parcours de soins du patient nécessite une nouvelle répartition des activités entre les différents professionnels. La pharmacie clinique représente un bénéfice réel pour l'ensemble de l'équipe soignante. Un gain de temps découle de cette activité(34), cependant elle représente également une charge de travail non négligeable pour

l'équipe pharmaceutique, qui doit être prise en compte. Le temps nécessaire à ces activités doit être évalué et réparti autour des ressources actuellement disponibles, l'objectif étant d'en faire bénéficier le maximum de patients. L'activité de conciliation notamment, très chronophage, est réalisée depuis longtemps dans les établissements de santé par différents membres de l'équipe soignante, mais de façon désorganisée et non rigoureuse, pour un résultat médiocre(60)(61)(62).

En France, les objectifs fixés au moment de l'émergence de la discipline, sont loin d'être atteints. Les pratiques des pharmaciens hospitaliers en matière de pharmacie clinique restent peu décrites et peu d'études sont disponibles à ce sujet.

De plus, les moyens disponibles pour amorcer cette pratique sont très limités. Actuellement, on décompte 1 pharmacien sénior pour 150 à 200 lits d'hospitalisation. De surcroît, le degré d'expertise peut être remis en question car l'activité est souvent pratiquée par des internes en pharmacie peu encadrés et dont la formation n'est pas standardisée(63).

Le déploiement des activités de pharmacie clinique passe par leur formalisation et pour cela, il est nécessaire de générer des actions et de les décrire. L'enjeu est de démontrer par des actions concrètes, la nécessité de la présence des pharmaciens au sein des unités de soins, aussi bien d'un point de vue clinique qu'économique. Dans certains établissements, l'ouverture de postes de pharmaciens cliniciens à temps plein dans des services cliniques montrent la volonté d'amorcer ce processus.

Il reste à convaincre plus encore les administrations hospitalières de l'efficacité et de la valeur ajoutée de la pharmacie clinique.

b) Vers un nouveau modèle de Pharmacie clinique

i. Le déploiement de la pharmacie clinique : mesures d'accompagnement

Le déploiement national de la pharmacie clinique en ES est une démarche soutenue par le ministère de la santé, la DGOS et la HAS.

En 2015, le déploiement de la conciliation médicamenteuse a fait l'objet d'une enquête nationale menée par la DGOS auprès de 2537 établissements de santé. Cette enquête vise à établir un état des lieux de la mise en place de la conciliation médicamenteuse et à identifier les besoins des acteurs afin d'impulser son déploiement.

Selon cette enquête, environ 90% des ES réalisent une activité de pharmacie clinique. Néanmoins, seulement 22% déclarent avoir déjà fait de la conciliation médicamenteuse. 58% des ES réalisent des activités d'accompagnement thérapeutique et 47% d'éducation thérapeutique(41). L'impact positif de la CTM a été souligné : la plupart des ES déclare que la mise en place de la CTM représente une sécurisation de la prise en charge, mais également un renforcement du lien entre les professionnels de santé, que ce soit à l'hôpital, en ville ou dans d'autres structures, en favorisant la collaboration pluridisciplinaire et le travail en équipe. La CTM est également citée comme favorisant la qualité de la prise en charge, via une optimisation des prescriptions, une baisse de la consommation des médicaments, une diminution des ré-hospitalisations. L'enquête met en exergue une réelle volonté de la part de certains ES de s'engager au travers de leur programme d'actions en matière de qualité et de sécurité des soins. Les freins au déploiement de la CTM mis en relief par l'étude sont : un manque de disponibilité de professionnels (94%), un manque d'outils (81%), des systèmes d'information/logiciels métier inadaptés (78%), une méthodologie complexe à mettre en place (75%) et enfin un manque de formation aussi bien initiale que continue (74%). Il ressort ainsi de cet état des lieux, des besoins d'évaluation et d'impulsion de la pharmacie clinique, mais également d'accompagnement notamment en matière de formation des professionnels.

Dans ce contexte, des accompagnements nationaux et régionaux de professionnels sont proposés par la HAS, la DGOS et la SFPC.

Dans le cadre du projet High 5s(64), auquel 9 ES français ont participé, la HAS a publié en septembre 2015 un rapport d'expérimentation(34) puis un guide d'accompagnement de la mise en œuvre de la conciliation médicamenteuse en ES en décembre 2016(28).

Selon la circulaire n°SG/2015/152 du 28 avril 2015 relative aux modalités de mise en œuvre de Fonds d'Intervention Régional (FIR), un accompagnement visant à impulser les pratiques de CTM doit être initié, notamment via l'instauration de mesures de déploiement mais également de formations(65).

Pour répondre à ces besoins, la DGOS, en février 2016, a lancé un appel à projet visant l'accompagnement financier de 10 ES pour l'impulsion ou la consolidation des activités de pharmacie clinique, portant sur la prise en charge par des médicaments et/ou des dispositifs médicaux, et évalué sur la base d'indicateurs qualitatifs et médico-économiques.

Cet appel à projet s'articule autour du parcours de soins du patient. Il a pour objectifs :

1. La continuité des soins
2. La sécurisation de la prise en charge thérapeutique aux points de transition

3. L'amélioration de la pertinence et de l'efficacité de l'acte de prescription et des stratégies thérapeutiques
4. L'accompagnement du patient et/ou de son entourage visant à le/les rendre plus autonome(s) dans la prise en charge du traitement

Pour cela, le programme d'action suivant est décliné en 3 volets : formation (CTM, analyse pharmaceutique), outils (guide, préconisations, fiches patients, mise en place de Médicament Info Service), évaluation (Figure 8).

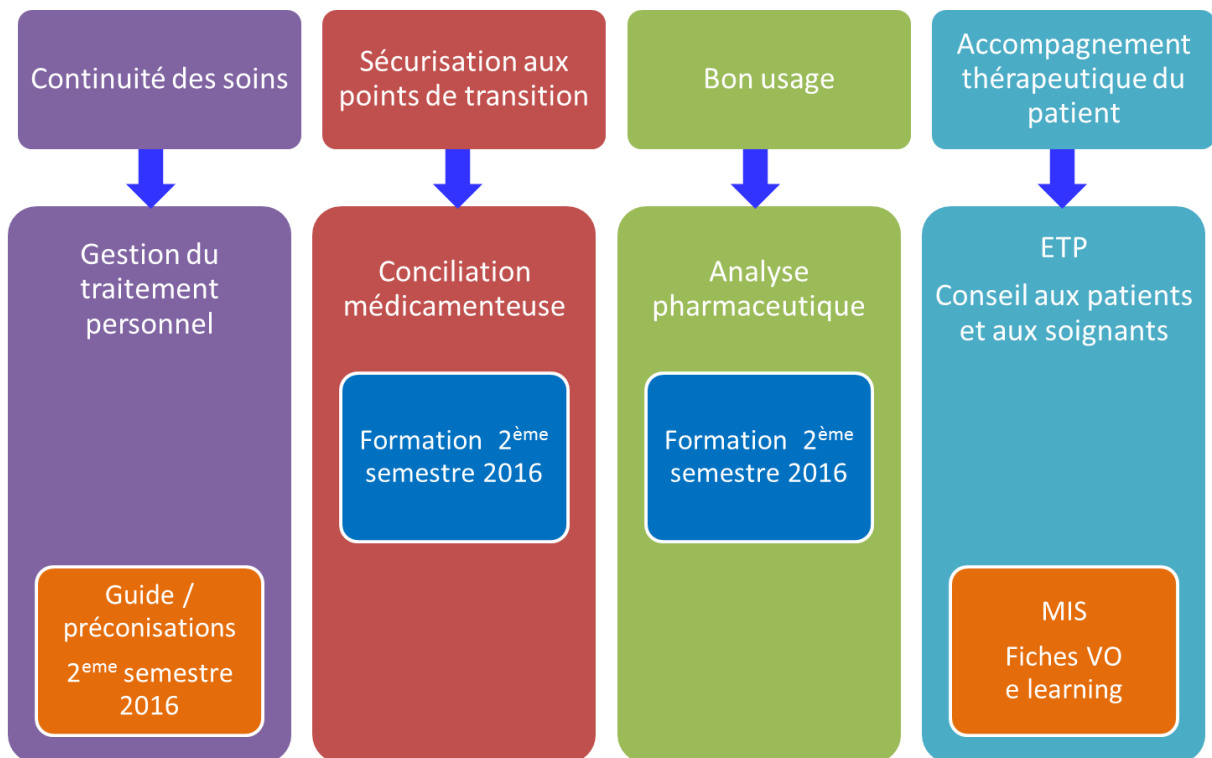


Figure 8. Représentation des objectifs définis par l'appel à projet DGOS 2016 s'articulant autour du parcours de soins du patient

Un accompagnement au niveau régional est également mis en œuvre, via les ARS, travaillant en étroite collaboration avec des structures d'appui et d'expertises tels que les Observatoires des Médicaments, des Dispositifs Médicaux et des Innovations Thérapeutiques (OMÉDIT). Ainsi, ils exercent un relais de proximité auprès des ES et des professionnels de santé, dans le but de promouvoir la qualité et la sécurité des soins.

ii. Les activités de la SFPC

La SFPC est associée aux travaux de la DGOS visant à mesurer le déploiement des pratiques de conciliation des traitements médicamenteux, mais également à reconnaître et à accompagner ce déploiement. En 2013, elle valide une Fiche méthode fondée sur les travaux de ses membres, médecins et pharmaciens, ayant intégré l'expérimentation des High'5s de l'OMS. En décembre 2015, elle propose une Fiche Mémo de préconisations pour la pratique de conciliation des traitements médicamenteux. Cette fiche, fondée également sur les données de la littérature nationale et internationale, vise à proposer un cadre professionnel aux équipes pharmaceutiques, médicales et soignantes initiant ou déployant la démarche de conciliation(39). Elle a également participé à la relecture du guide de la HAS sur la conciliation des traitements médicamenteux.

Un programme de recherche à l'initiative de la SFPC a été lancé récemment afin de valoriser la pharmacie clinique. Dans un premier temps, l'outil de codification des interventions pharmaceutique a été mis à disposition des pharmaciens hospitaliers (Act-ip)(66) et permet dans l'immédiat de générer une épidémiologie des pratiques sur le plan national. Les premières données recueillies rapportent une grande disparité dans les pratiques(67). C'est dans ce contexte que la SFPC propose, via les OMÉDIT notamment, des formations sous forme d'e-learning et de séances présentielles à la conciliation médicamenteuse, FORMACONCIL[®], dans le but de disposer d'un socle commun de compétences et plus largement, d'encadrer les dynamiques régionales de déploiement, en cohérence avec les travaux de la HAS.

Un modèle réactualisé de pharmacie clinique est en cours de développement. Présenté lors des Journées de formation de la SFPC en juin 2017, ce modèle représente un gradient d'accès à l'information et à l'analyse approfondie, en distinguant 3 niveaux : la dispensation, le bilan de médication et le plan pharmaceutique personnalisé. Ce dernier processus, non formalisé à ce jour, a été discuté lors d'un séminaire de travail visant à faire émerger un cadre de pratique de plan pharmaceutique personnalisé. En pratique, il englobe l'analyse pharmaceutique, la dispensation de conseils de bon usage du médicament et des produits de santé, la réalisation d'entretiens pharmaceutiques ciblés et de plans de prise construits avec le patient.

iii. Le lien ville-hôpital

Les activités de pharmacie clinique sont en pleine évolution grâce notamment aux réseaux de santé et à la volonté de renforcement du lien ville-hôpital.

La nouvelle méthode de travail consiste à mettre en place un continuum de pharmacie clinique tout au long du parcours de soins du patient, en faisant converger 3 axes : médicaments à risque, patients à risque et organisations à risque. Leur identification au niveau des parcours de soins permet la mise en exergue de ceux présentant le plus de risques en regard de la prise en charge médicamenteuse et ainsi de pouvoir cibler les actions de pharmacie clinique.

Dans cette optique, le lien ville-hôpital est un élément clé qu'il est nécessaire de renforcer et de simplifier. Les actions facilitant la coordination et les échanges d'information entre les acteurs impliqués à l'hôpital et les professionnels de ville sont encouragées.

Dans ce contexte, le réseau PH@RE, un réseau de pharmaciens ville-hôpital dans le 06, œuvre pour le renforcement de ce lien. Créé en septembre 2004, il réunit essentiellement des pharmaciens hospitaliers et officinaux, mais également des préparateurs, des médecins, des infirmiers et des patients. Il s'agit du 1^{er} et de l'unique réseau de pharmaciens financé dans le cadre des Fonds d'Aide Qualité Soins de Ville (FAQSV). Le réseau PH@RE vise l'optimisation de la prise en charge thérapeutique via la promotion du bon usage des médicaments. Pour cela, il élabore et diffuse des informations théoriques et pratiques auprès des professionnels de santé et des patients et organise des sessions de formation pour les professionnels de santé ainsi que des séances d'éducation auprès des patients.

Il vise également à renforcer le lien ville-hôpital, en favorisant l'établissement de relations structurées, cordonnées et suivies entre les professionnels de santé de la ville et de l'hôpital, les différentes structures du département dans le domaine thérapeutique et les patients.

Au lancement du réseau, les premières actions visaient à sécuriser et encadrer la sortie de médicaments des réserves hospitalières. Dans ce contexte a été élaborée une lettre de liaison, transmise au patient par le pharmacien hospitalier avant sa sortie, puis au pharmacien d'officine lors des délivrances suivantes en ville.

Actuellement, les actions du réseau PH@RE s'articulent autour de projets de santé publique sur les thèmes santé environnement, technologies innovantes et éducation thérapeutique. Le réseau organise également régulièrement des soirées de formation continue dispensées par des professionnels de santé hospitaliers. Il s'agit de soirées à thèmes évoquant des sujets

d'actualité concernant aussi bien les hospitaliers que les officinaux(68). Une journée de formation annuelle destinée aux pharmaciens hospitaliers (publics, privés) de la région Provence Alpes Côte d'Azur (PACA) complète le dispositif. La 9^{ème} édition s'est déroulée en septembre 2017.

Un des projets supportés par le réseau est le dispositif AIPAT (Accompagner et Informer le PATient chronique sur ses médicaments), élaboré en collaboration avec le groupe de travail multidisciplinaire « Information du patient et prise en charge médicamenteuse » du Centre Hospitalier (CH) de Cannes et des usagers via les associations de patients membres de l'espace des usagers du CH de Cannes. Il s'agit d'un dispositif d'accompagnement et d'information mis en place de manière collaborative avec le patient chronique sur ses traitements médicamenteux, à l'aide d'outils interactifs, simples et validés. Il permet d'améliorer l'adhésion thérapeutique et de réduire le risque iatrogène pour le patient par une meilleure connaissance de son traitement.

Toujours dans l'optique de renforcer le lien ville-Hôpital, plusieurs réseaux de pharmaciens officinaux se sont développés ces dernières années. Les réseaux Union Régionale de Professionnels de Santé (URPS) Pharmaciens, créés par la loi HPST, font le lien entre les pharmaciens officinaux et les ARS. Ils œuvrent pour replacer la santé publique au centre du métier du pharmacien d'officine, en expérimentant des thèmes tels que l'ETP, le bilan de médication, le suivi des maladies chroniques et la coordination des soins.

De même, le Réseau d'Enseignement et d'Innovation pour la Pharmacie d'Officine (REIPO), créé en juin 2015, a pour objectif de renforcer le lien pharmaciens-médecins mais également de développer le lien ville-hôpital et le maillage territorial notamment pour la prise en charge des personnes âgées, en s'appuyant sur des outils tels que les bilans de médication.

Le patient à domicile doit également pouvoir être accompagné et disposer d'outils d'informations adaptés visant une réduction du risque iatrogène. C'est dans ce contexte qu'a été récemment mis en place, sous l'égide du RésOMÉDIT et la SFPC, Médicament Info Service (MIS), un réseau régional de centres d'informations dédiés aux produits de santé. Un service téléphonique de questions/réponses, ouvert dans 4 régions de France (PACA, Rhône-Alpes, Bretagne et Haute-Normandie) dispense des informations fiables, actualisées mais également personnalisées et adaptées aux patients ainsi qu'aux professionnels de santé, sur le bon usage des médicaments et dispositifs médicaux.

c) La problématique de la formation : un frein au déploiement de la pharmacie clinique

La réforme des études pharmaceutiques vise à améliorer la qualité des actes professionnels. Le régime des études de pharmacie a été revu en 2003 par la Commission nationale pédagogique, qui prévoit des évolutions pédagogiques dans les textes réglementaires(69).

En effet, l'enseignement universitaire traditionnel apparaît comme trop rigide et peu propice à l'expression individuelle et de groupe. Ces évolutions prévoient le développement d'enseignements coordonnés et de tutorats, mais aussi de stages d'application en milieu professionnel, dans le but de mieux appréhender la différence entre l'enseignement théorique et la réalité du terrain au contact des professionnels de santé et des patients(63).

Dans le contexte actuel d'évolution de la pharmacie, la formation des étudiants doit cibler l'acquisition de compétences pratiques basées sur leurs connaissances scientifiques et pharmaceutiques. Elle doit leur permettre de se familiariser avec la démarche médicale de diagnostic et de traitement ainsi qu'avec l'observation médicale. Il est demandé de savoir réaliser une analyse rapide, en situation, de la thérapeutique d'un patient. Le pharmacien a un rôle de diffusion d'informations sur le bon usage du médicament et des dispositifs médicaux, mais également d'informations d'ordre économique. C'est pourquoi la capacité à communiquer avec le patient mais également avec les professionnels de santé, est primordiale. La formation des étudiants doit donc inclure des sciences sociales et comportementales afin de s'orienter vers un véritable exercice de la pharmacie clinique.

L'intégration d'une base théorique reste requise : connaissances en physiopathologie, principales stratégies de traitements, pharmacothérapie. Mais ces connaissances sont à manier de façon pertinente et rationnelle. Le pharmacien doit être en mesure d'effectuer une analyse des traitements médicamenteux de manière structurée et critique, également d'émettre dans son environnement professionnel des propositions liées à la thérapeutique.

L'amélioration de la qualité de la formation des étudiants et des actes professionnels est prévue dans le cursus de l'internat en pharmacie. En effet, l'interne doit valider différentes unités d'enseignements ainsi que des stages agréés pour la pharmacie hospitalière, dont un des agréments est intitulé « pharmacie clinique et dispensation ». Il est également possible de compléter cette formation par de nombreux Diplômes Universitaires (DU) de pharmacie clinique. Il existe des DU spécialisés dans cette discipline : Gériatrie et pharmacie clinique, Pharmacie clinique oncologique ou encore Pratiques avancées en pharmacie clinique.

En sortant du cadre étudiant, au sein même des ES, le manque de formation a été cité comme étant un frein au déploiement des activités de pharmacie clinique telles que la CTM(41). La pratique de la pharmacie clinique ne s'improvise pas et nécessite des prérequis, aussi bien pour les compétences techniques (théorie), que pour les compétences non techniques (communication, travail d'équipe). Ainsi le personnel dédié doit être formé à la démarche.

La DGOS, par la délégation d'un financement dans le cadre du FIR 2015, a appelé les ES à se former à la pratique de cette discipline. Aucun outil national particulier n'est préconisé, toutefois des formations sont proposées par la SFPC, telles que FORMACONCIL[®], mise à disposition des OMÉDIT pour un déploiement au niveau régional. Cette formation à la CTM est proposée à un public multidisciplinaire : pharmaciens, médecins, sages-femmes, cadres de santé et personnel paramédical ; et répond aux exigences d'un programme de Développement Professionnel Continu (DPC). Elle couple différentes approches pédagogiques : une journée présentielle de formation, un module d'e-learning, et une évaluation formative à distance ainsi qu'un retour d'expérience.

La participation à un programme d'ETP ou le rôle de coordonnateur d'un programme nécessite 40 heures de formation spécifique. Quinze formations de ce type sont disponibles en France. Des DU forment également à la pratique de l'ETP.

Par exemple, le Comité Régional d'Education pour la Santé (CRES) PACA propose de nombreuses formations, notamment à l'ETP : « Mettre en place une démarche d'éducation thérapeutique », « la coordination en éducation thérapeutique », mais également des formations à l'entretien motivationnel et aux compétences psychosociales.

Les études françaises concernant les stratégies pédagogiques et leurs conséquences en termes de pratiques sont rares. Un manque évident de recherche en pédagogie dans le domaine pharmaceutique ainsi qu'un retard méthodologique important sur les référentiels de pratiques et sur les stratégies d'évaluation sont à souligner.

Il s'agit de mettre en œuvre des méthodes d'apprentissage validées issues de la pédagogie active, accompagnées d'outils d'évaluation standardisés des méthodes d'enseignement. Il n'existe actuellement aucune formation structurée et standardisée à la pharmacie clinique.

Compte tenu des évolutions récentes et de l'émergence d'un nouveau modèle de la discipline, la formation des professionnels de santé amenés à la pratiquer apparaît comme une nécessité. L'objectif est d'offrir une formation initiale reconnue en pharmacie clinique aux jeunes ou futurs pharmaciens, mais également d'assurer une formation continue, en approfondissant connaissances théoriques et compétences pratiques et en renforçant la qualification des

pharmaciens. Il est nécessaire de mettre à disposition des professionnels des outils utiles à la pratique quotidienne, mais également de standardiser les pratiques et de valoriser leur travail. Plusieurs approches pédagogiques sont disponibles et complémentaires dans la formation du pharmacien à la pratique de la pharmacie clinique.

II. LES APPROCHES PEDAGOGIQUES

1. *Formation et compétences*

La formation prépare les professionnels à l'exercice de leur métier et s'adapte aux besoins, elle est obligatoire pour exercer une activité professionnelle. Initiale puis continue, elle a pour but l'acquisition, l'amélioration ou la confortation des compétences. L'article L6111-1 du Code du travail stipule que la formation professionnelle tout au long de la vie constitue une obligation nationale(70). De nombreuses méthodes ou techniques de formation sont disponibles, dont le choix dépend de plusieurs facteurs d'apprentissage: l'activité de l'apprenant, sa motivation, sa connaissance des objectifs, sa maîtrise des prérequis. Le choix dépend également du contenu de la formation, des conditions et contraintes que la méthode impose au formateur. Enfin, le public à former, les objectifs visés ainsi que les contraintes liés à l'organisation de la formation sont des éléments importants à prendre en compte.

La compétence se définit comme une capacité avérée d'utiliser les connaissances, les aptitudes et les capacités personnelles, sociales et/ou méthodologiques dans des situations de travail(71). Jean Tardif la définit comme un savoir agir complexe prenant appui sur la mobilisation et la combinaison efficaces d'une variété de ressources internes et externes à l'intérieur d'une famille de situations(72).

Une compétence se décline en 3 dimensions : la connaissance (le savoir), la pratique (le savoir-faire) et les attitudes (le savoir-être) (Figure 9). Un professionnel compétent est capable d'intégrer ces trois notions en faisant preuve d'autonomie, d'adaptation, de responsabilité mais également de création(73).



Figure 9. L'évolution du être au savoir-être – Boudreault H. - Université du Québec à Montréal. 2002

Le savoir, ou connaissance, désigne l'ensemble des connaissances acquises par l'apprentissage ou l'expérience. Il renvoie à l'enseignement de matières demandant une base pratique et factuelle. Les connaissances permettent de comprendre un problème ou une situation donnée. Utilisable et communicable, le savoir peut s'enrichir comme se dégrader. Dans le domaine pharmaceutique, il correspond par exemple aux connaissances en physiopathologie, en pharmacothérapie, en bactériologie ou encore en galénique. Il s'acquiert par les discours d'experts, mais également via les échanges avec d'autres personnes, les situations vécues, observées ou simulées et est maintenu par la mémoire(74).

Le savoir-faire, ou habileté, englobe toutes les méthodes permettant une application pratique. Il s'agit de la capacité de mettre en œuvre ses connaissances et son expérience dans le cadre de situations variées faisant appel à un large panel de savoirs.

Enfin, le savoir-être désigne l'acquisition de comportements adaptés à une situation donnée. Il nécessite de dominer ses réactions émotionnelles pour se comporter de manière adéquate face à une situation donnée. Ce savoir s'acquiert par l'histoire personnelle d'un individu et son expérience. En pharmacie clinique, le savoir-être est primordial pour se comporter de façon adaptée face à un patient à qui l'on explique la pathologie et le traitement, ou face à un médecin avec lequel on discute de ses choix thérapeutiques. Il faut par exemple savoir faire preuve de diplomatie, de rigueur ou de discrétion.

Chacune de ces dimensions du savoir demande une bonne maîtrise du ou des niveaux précédents, afin de parvenir à une maîtrise complète de la chaîne jusqu'au savoir-être.

La formation professionnelle en pharmacie englobe l'acquisition et l'enrichissement en connaissances pharmaceutiques et cliniques ainsi que le développement des savoir-faire et des comportements. Mais elle nécessite également de combiner tous ces éléments. Les compétences sont développées essentiellement dans des situations professionnelles, nécessitant l'organisation des connaissances, des savoir-faire et des comportements dans une situation donnée.

Concrètement, l'acquisition d'une compétence est à décomposer en trois étapes. Dans un premier temps, l'apprenant observe ou vit une situation donnée. Dans un second temps, il en réalise l'analyse en faisant appel à des connaissances précédemment acquises. Dans un troisième temps, l'apprenant est capable de transposer ces comportements acquis à d'autres situations.

Il est important de différencier compétences techniques, rattachées aux connaissances théoriques, et compétences non techniques. Parmi celles-ci, plusieurs aspects sont à distinguer : les compétences non techniques individuelles d'une part, qui relèvent du comportement même de l'individu lors de la réalisation d'un acte. Ces aptitudes comprennent la communication avec autrui, la prise de décision, les capacités d'analyse et de maîtrise de la situation, la gestion du stress ainsi que la connaissance de soi-même et de ses limites. D'autre part, les compétences non techniques collectives concernent le travail en équipe ou le leadership. Enfin, un dernier axe concerne l'aspect organisationnel.

L'enseignement supérieur ne se limite plus seulement à l'acquisition de connaissances, il s'axe de plus en plus sur le développement des compétences. En effet, la participation des étudiants est devenue une condition inhérente à toute intervention éducative. La transmission d'information est certes une activité indispensable, toutefois l'apprenant doit également devenir acteur dans la construction de son savoir. Il s'agit de pouvoir mobiliser les résultats d'apprentissage dans des situations réelles. Le transfert des connaissances ainsi que l'acquisition de compétences dépendent du contexte d'enseignement et de la nature de traitement de l'information au moment de l'apprentissage.

On distingue deux types de pédagogies, présentant chacune avantages et inconvénients :

- la pédagogie « traditionnelle », centrée sur les savoirs à transmettre et sur l'enseignant qui les transmet

- la pédagogie « active », centrée, elle, sur l'étudiant dans sa globalité ainsi que sur son aptitude à construire son propre savoir.

La pédagogie active (PA) est une méthode d'apprentissage par l'expérience, « apprendre en faisant ». Elle est orientée vers l'individu, tient compte de ses expériences et de ses acquis. L'apprenant est impliqué dans des situations où il utilise ses compétences et peut ainsi les faire évoluer au cours de la formation. Il construit lui-même des compétences utilisables dans des situations réelles. Ainsi, les techniques de PA consistent à rendre l'apprenant acteur de sa propre formation, tandis que l'enseignant se met en retrait. Il s'agit donc de méthodes interactives inspirées du vécu.

Il est important qu'il y ait cohérence entre outils, méthodes et objectifs. En effet, les outils (notamment technologiques) ne permettent pas à eux seuls, l'intégration de l'apprentissage, qui nécessite également une pédagogie de bonne qualité.

Il existe différentes approches pédagogiques: traditionnelle ou moderne, chacune permettant de tirer parti des enseignements théoriques et pratiques. L'acquisition des trois dimensions de la compétence, savoir, savoir-faire et savoir-être, fait appel à plusieurs méthodes de pédagogies, différentes mais complémentaires les unes des autres.

2. L'enseignement présentiel traditionnel

Il y a quelques années, la formation présentielle était la seule formation possible et digne de ce nom. Il s'agit d'un mode formation « de face » dans lequel les formateurs et les apprenants sont présents et en interaction pédagogique. Cette approche a pour objectif premier l'acquisition des bases théoriques.

Ce mode de pédagogie est centré sur les savoirs à transmettre et sur l'enseignant qui les transmet, elle consiste à expliquer la théorie, suivie d'exercices d'application. Il s'agit de cours basés sur l'écoute, la lecture et la restitution de connaissances par l'étudiant.

Plusieurs avantages sont à mettre en avant pour ce type de formation : elle astreint l'étudiant à une obligation de suivi complet de la formation, lui fournit un cadre et une organisation prédéfinie. En effet, pour beaucoup d'étudiants, une autonomie totale peut constituer un obstacle lors d'une formation, ainsi qu'une source d'éparpillement ou de confusion. Le contact direct avec l'enseignant et les autres apprenants représente un réel bénéfice, permettant l'échange et le partage entre les individus. Le caractère prestigieux de certains

cours, dispensés dans de grandes écoles ou par un enseignant renommé, peut également être mis en avant.

Toutefois, les enseignements en grands groupes comme les cours magistraux présentent des problèmes identifiés de manière récurrente.

L'enseignant conçoit le cours et en présente le contenu à travers un discours qui est le sien et selon la progression qu'il juge adéquate, en occupant la place centrale. Souvent, l'activité de l'enseignant est réduite à une simple lecture, soutenue par la présentation des contenus par rétroprojection. C'est un exposé transmissif des contenus d'enseignement et d'apprentissage, générant parfois un manque de clarté et une difficulté pour les étudiants à cerner l'objectif du cours. Il en ressort également une anonymisation de l'interaction enseignant-étudiant, générant une inertie des étudiants qui assistent généralement au cours de manière passive du fait de ce manque d'interactions, avec le risque qu'ils se sentent peu impliqués et peu responsables de leur apprentissage(75)(76).

Lors d'un cours magistral en grand auditoire, il est de plus en plus difficile pour l'étudiant de prendre la parole. En effet, il a été démontré que la taille de l'auditoire affecte la qualité des processus d'enseignement. Plus l'auditoire est important, plus le niveau cognitif reste superficiel, ne favorisant pas la mise en œuvre des capacités d'analyse et d'évaluation de l'information des étudiants(77). Cette approche théorique favorise le conditionnement de l'apprenant et la stagnation de ses connaissances. De plus, elle est peu rentable au niveau de la mémorisation des connaissances.

Il ressort également de la formation en présentiel un manque de conseils dispensés aux étudiants pour améliorer leurs performances ; de plus ils disposent de peu d'informations et de repères sur leur progrès.

Enfin, les étudiants au sein d'un cours magistral sont considérés comme une masse homogène. Il est difficile de gérer la diversité, le cours est le même pour tous et il n'y a pas d'individualisation possible(78).

Des inconvénients ressortent également d'un point de vue logistique : la formation présentielle implique un planning de formation fixe, des horaires non variables qui doivent être respectés pour que la formation soit validée. Les cours dispensés dans un centre de formation demandent des déplacements et induisent donc des frais supplémentaires. Ces formations peuvent avoir un coût important, du fait de la mobilisation d'intervenants, la réservation de salles et de matériels, le transport des apprenants, ainsi que la restauration ou l'hébergement.

L'enseignement présentiel traditionnel est certes une activité indispensable pour l'acquisition des connaissances fondamentales de base, mais il semble toutefois insuffisant à lui-seul pour le développement de connaissances transférables et d'un savoir mobilisable dans de nouvelles situations.

En pharmacie, les cours magistraux dispensés à la faculté représentent majoritairement la formation initiale des futurs pharmaciens. De nombreux DU comme par exemple le DU de pharmacie clinique, sont accessibles aux internes ou aux professionnels en exercice et sont généralement dispensés selon un mode de formation présentiel.

3. Le e-learning

L'e-learning fait partie des méthodes d'enseignement à distance. Le « e » de e-learning est l'abréviation de « électronique » ; « Learning » est traduit par apprentissage. Le e-learning désigne donc l'« apprentissage électronique », plus communément « apprentissage en ligne ». Le e-learning est donc une méthodologie d'apprentissage basée sur la mise à disposition de contenu de formation par le biais d'un support électronique (cd-rom, dvd, internet, plateforme de formation, etc...)

Un groupe de travail de la Communauté européenne sur les nouveaux dispositifs de formation le définit en 2001 comme « l'utilisation de nouvelles technologies multimédias de l'Internet pour améliorer la qualité de l'apprentissage en facilitant d'une part l'accès à des ressources et à des services, et d'autre part les échanges et la collaboration à distance. » Une autre définition est donnée par le centre de recherche et d'expertise en e-learning de l'université de Liège : c'est un « apprentissage en ligne centré sur le développement des compétences par l'apprenant et structuré par les interactions avec le tuteur et les pairs. »(79)

La méthodologie de l'apprentissage n'est plus basée sur le contenu, mais sur l'activité de l'apprenant. Le e-learning place l'apprenant au centre du dispositif, il est acteur de sa formation. Le parcours de formation peut être individualisé, personnalisé et ajusté suivant les compétences et les objectifs pédagogiques prédéfinis. Elle permet un reporting précis des formations et une analyse automatisée des résultats grâce au tracking. Les supports de formation sont pérennes mais également actualisables, garantissant un contenu de qualité.

Différents supports d'apprentissage sont disponibles sur la plate-forme, permettant une adaptation à chaque apprenant. Ces outils sont élaborés de manière à ce que la prise en main soit rapide et intuitive. Le e-learning permet également un apprentissage collaboratif et

dynamique. En effet, les modules proposés sur les plateformes facilitent le travail collaboratif, la co-création, les interactions, les échanges via des forums, des messageries ou chats. Ce système interactif est disponible à tout moment sur internet, offrant une grande souplesse d'utilisation : la formation est flexible et adaptable selon les disponibilités de l'apprenant. Il peut gérer ses temps de connexion et de formation, choisir les moments qu'il juge les plus propices. Une séquence peut être suspendue puis reprise à distance. De plus, l'enregistrement des cours est généralement possible. Ainsi, chaque apprenant est libre d'y revenir si besoin et de retravailler sur ce qui n'est pas acquis. Il peut réaliser la formation à son propre rythme, indépendamment des autres apprenants. Chacun peut choisir son mode d'apprentissage: visuel, auditif...le multimédia permet une réelle adaptation. Une auto-évaluation est possible en cours et en fin de cursus ; l'apprenant peut réaliser le suivi personnel de son avancement et obtenir un bilan des résultats obtenus.

La mise à disposition d'informations via un support électronique permet de toucher un très grand nombre de personnes, dans différentes langues et différents pays. Cette formation de masse est capable de générer un nombre d'apprenants illimité.

De plus, le caractère pratique de ces formations à distance est souligné : en effet, il suffit d'une connexion internet et d'un poste informatique pour faire du e-learning. Ce type de formation représente une réalisation d'économies par rapport à un enseignement de type présentiel car il n'est pas restreint par des contraintes géographiques. Il représente un gain de temps important mais également un coût réduit. C'est un facteur d'égalité, puisqu'il est accessible à tous. La formation e-learning détient ainsi de nombreux atouts. Cependant, le système possède également ses limites.

Dans un premier temps, l'absence de contact direct entre apprenants et enseignants peut être un facteur limitant. Malgré l'existence du tutorat et des forums, l'apprenant est seul devant les cours à assimiler. De plus, ce dernier n'a pas de cadre de travail imposé et doit donc gérer son autonomie. Le e-learning demande le déploiement de toute sa motivation et son implication, ainsi que d'importants efforts de concentration.

L'appréhension existante de l'outil informatique et la réticence vis-à-vis des nouvelles technologies peuvent également constituer un obstacle à l'instauration du e-learning.

Même si cela permet une économie sur les contraintes logistiques d'une formation présentielle, la formation e-learning représente malgré tout un investissement en matériel informatique et en logiciels pour les responsables de la formation.

Quatre grands formats de e-learning sont à distinguer :

- les formations en ligne, réalisées entièrement à distance via Internet
- les formations mixtes combinant une formation en ligne et une formation présentielle
- les formations informelles en situation de travail, visant à répondre aux besoins du professionnel de santé dans l'exercice de ses fonctions
- les cours en ligne ouverts à tous (Massive Online Open Course = MOOC) visant une diffusion du savoir à grande échelle.

Le e-learning a donc toute sa place dans la formation initiale des professionnels de santé, pour l'acquisition de compétences, mais également dans la formation continue. En effet, ces derniers doivent se former régulièrement aux vues des évolutions permanentes, de l'apparition de nouvelles techniques et de nouveaux médicaments. Des acteurs privés dans ce secteur proposent de nombreux modules de e-learning pour les professionnels de la santé et du médico-social. L'ASIP Santé (Agence française de la Santé numérique) a par exemple mis en place une plateforme de e-learning pour la formation des médecins à l'utilisation du DMP(80). L'Européenne de Formation pour les Pharmaciens (EFP) propose un catalogue de formations e-learning destinées à tout type de professionnels de santé : médecins, pharmaciens officinaux et hospitaliers, infirmiers, préparateurs en pharmacie. Deux modules de pharmacie clinique pratique sont disponibles : Soins pharmaceutiques, historiques médicamenteux et ETP et Plan de soins pharmaceutique à l'hôpital(81).

L'OMÉDIT Bretagne répertorie quant à elle les différents e-learning et films proposés par les OMÉDIT sur les recommandations de bonnes pratiques et les « Never Events », comme par exemple les ajustements de doses d'insuline ou encore la prévention des erreurs liées à l'injection de potassium(82).

En pratique, il est fortement recommandé d'associer des séances présentielles aux modules d'e-learning. Ces derniers étant parfaitement adaptés à des apports théoriques, les séances présentielles bénéficient alors de temps supplémentaire consacré aux échanges interactifs et de pratiques.

4. *Le Massive Open Online Course (MOOC)*

Le MOOC est une forme de e-learning. En français, il signifie Formation en Ligne Ouverte à Tous (FLOT), appelé aussi Cours en Ligne Ouvert et Massif (CLOM).

Le Forum Français de la Formation Ouverte et à Distance (FFOD) le définit comme « une formation en ligne ouverte à tous, centrée sur la transmission de savoirs ou sur des interactions d'apprentissage. Elle est séquencée en fonction d'objectifs pédagogiques énoncés. Les apprenants bénéficient de contenus numérisés (pouvant aller jusqu'à la certification) souvent sous forme de vidéos en ligne et d'activités collaboratives, ainsi que de conseils et de consignes variables.»(83)

Concrètement, il s'agit d'un support de cours filmé scénarisé, reposant sur l'élaboration d'un scénario pédagogique et la production de ressources scénarisées, publiées ensuite sur une plateforme d'apprentissage. Le tout est couplé à un accompagnement par animations du cours et des activités, avec une évaluation. Différents espaces d'interactions entre les étudiants sont disponibles : forums, salles de discussion virtuelles, etc...

L'un des principes fondamentaux du MOOC est l'utilisation de ressources éducatives libres, définies par l'Unesco comme étant « des matériaux d'enseignement, d'apprentissage ou de recherche appartenant au domaine public ou publiés avec une licence de propriété intellectuelle permettant leur utilisation, adaptation et distribution à titre gratuit ».

Le MOOC représente donc un programme pédagogique dans lequel les technologies de l'information et de la communication sont intégrées, dans une démarche de démocratisation de l'accès aux savoirs. Via le MOOC, la formation est en ligne, accessible gratuitement et sans discrimination via le Web. Il permet l'accès à un panel large de cours ainsi que la mobilisation d'un public très large(84).

Le deuxième principe fondateur du MOOC est la notion de communauté collaborative. En effet, il combine un ensemble de médias sociaux afin d'intégrer l'apprenant aux activités pédagogiques. Il induit la collaboration d'un public hétérogène et géographiquement dispersé autour d'un sujet commun inhérent au MOOC. Les apprenants communiquent entre eux via un dispositif conversationnel, généralement un forum. Tous ces outils assurent donc le partage, l'échange et l'interaction entre les participants(85).

Le MOOC est une session de formation limitée par une durée et une temporalité. Des activités d'apprentissage sont organisées par les équipes pédagogiques pour fixer les objectifs de la formation. Des thématiques d'enseignements hebdomadaires sont proposées aux participants.

Les enseignements et le numérique sont harmonisés grâce à différents outils : généralement, des vidéos sont combinées à des contenus en ligne et un quizz permet de valider chaque module de formation(86).

Le premier MOOC a été initié en 2008 par George Siemens et Stephen Downes. En 2012, ils en proposent une classification(87). On distingue deux types de MOOC :

- les xMOOC, issus des cours traditionnels. L'objectif est la validation des compétences acquises avec la délivrance d'un certificat de réussite. Il s'agit d'un modèle pédagogique classique, comprenant des cours, des exercices et un contrôle des connaissances acquises. C'est l'enseignant qui définit la cohérence du cours et les objectifs d'apprentissage. Les interactions ont lieu via un forum sur le site du cours. Le modèle est de type disciplinaire, lié à un cours universitaire.

-les cMOOC, issus de l'approche connectiviste et pour lesquels les objectifs d'apprentissage sont ouverts. Ceux-ci sont définis par chaque participant pour lui-même. L'apprentissage ne se limite pas à suivre le cours, mais à naviguer et établir des connexions. Ce sont les apprenants qui en créent en grande partie le contenu. Ils se fondent sur la théorie de la connectivité ainsi que sur une pédagogie ouverte, s'appuyant sur des réseaux de contenus et d'individus(88). Les ressources sont abondantes car agrégées par les participants. La formation est définie par une thématique centrale mais le domaine d'apprentissage reste ouvert et interdisciplinaire. L'évaluation de l'apprentissage est une auto-évaluation réalisée par chaque apprenant sur lui-même.

Des perspectives sont à envisager concernant la formation professionnelle, dans la mesure où il a été constaté que les étudiants représentent moins de 15% des participants à un MOOC, la proportion restante étant des adultes déjà actifs.

En pharmacie, la SFPC travaille actuellement sur la réalisation d'un MOOC de pharmacie clinique et participe activement à la réalisation d'un MOOC axé sur la sécurité du patient.

La Faculté de médecine de Montréal a développé un MOOC sur le processus de raisonnement clinique, adapté à tous les professionnels de santé : médecins, pharmaciens, dentistes, infirmiers, vétérinaires.

5. *La simulation*

a) Définition

La simulation en santé est une méthode pédagogique basée sur l'apprentissage par l'expérience et la pratique réflexive. Elle s'adresse à tous les professionnels de santé et peut être utilisée aussi bien en formation initiale qu'en formation continue. Elle consiste à reproduire une situation du milieu professionnel, simplifiée mais réaliste. Le contexte de travail est recréé au plus près de la réalité, en fonction de l'objectif d'enseignement ou d'évaluation.

La simulation en santé est définie comme « l'utilisation d'un matériel comme un mannequin ou un simulateur procédural, de la réalité virtuelle ou d'un patient standardisé, pour reproduire des situations ou des environnements de soins, pour enseigner des procédures diagnostiques et thérapeutiques et permettre de répéter des processus, des situations cliniques ou des prises de décision par un professionnel de santé ou une équipe de professionnels. »(89)

b) Contexte d'apparition

La formation par simulation s'est développée initialement dans différents secteurs d'activités techniques complexes à haut risque, comme l'aéronautique, l'aérospatiale et l'industrie nucléaire, que l'on considère aujourd'hui comme activités ultra-sûres.

Le modèle conceptuel est celui de l'aviation. Les simulateurs de vol sont apparus au début du XX^{ème} siècle. La simulation sert aujourd'hui d'outil d'évaluation et de qualification des pilotes. Elle est imposée par les règlements internationaux comme outil de formation continue et d'entraînement obligatoire aux procédures et pannes. Ainsi, la simulation représente une méthode de choix pour travailler sur la gestion des ressources lors des situations de crises et l'apprentissage du travail en équipe, désigné par l'appellation Crew Resource Management (CRM).

Le concept de simulation en santé a vu le jour avec le développement des enseignements sur cadavre, les premiers en France remontant au XVIII^{ème} siècle. En 1739, Angélique du Coudray, sage-femme, est la première à utiliser un mannequin en chiffons pour former les sages-femmes à l'accouchement(90). Des mannequins de plus en plus sophistiqués sont élaborés. De 1910 au milieu des années 1970, des mannequins de bois sont utilisés auprès des

élèves infirmiers dans le cadre de l'apprentissage des soins de nursing. A la fin des années 1960, le premier modèle de mannequin pilotable par ordinateur, le « Sim-One » est mis au point(91). Il faut attendre la fin du XX^{ème} siècle pour la création de vrais simulateurs haute fidélité(92). C'est ainsi qu'apparaissent les simulateurs synthétiques, puis avec l'évolution des technologies, les simulateurs électroniques avec une interface humaine ou exclusivement pilotés par ordinateur.

A la fin des années 1980, le Dr Gaba et son équipe, face à des dysfonctionnements importants dans les services d'anesthésie lors des situations de crises impliquant particulièrement des compétences non techniques, s'inspirent du modèle de CRM développé dans l'aéronautique pour mettre en place un programme de formation au sein du service : Anesthesia Crisis Ressources Management (ACRM), transposé par la suite à d'autres disciplines médicales et largement exploité de nos jours lors de la formation par simulation des équipes d'anesthésie, de chirurgie et de réanimation notamment(93).

c) Les enjeux de la simulation en santé

i. Apprentissage actif

La simulation est un outil pédagogique innovant, consistant à reproduire une situation professionnelle et à interpréter les rôles qui y sont relatifs. Chaque participant se voit attribuer un rôle avec un scénario précis, des objectifs à atteindre et des ressources afin d'y parvenir.

De plus en plus, la simulation est intégrée dans les programmes de formation initiale et continue, en complément des approches pédagogiques « classiques » basées essentiellement sur l'enseignement théorique. De façon complémentaire, la simulation ajoute à la formation la notion de compétences techniques et non techniques, ce qui constitue un apport considérable au processus d'apprentissage et justifie l'essor important que connaît aujourd'hui cette méthode pédagogique.

La formation par simulation repose sur la théorie de l'apprentissage par l'expérience.

Elle incite à la mise en pratique des savoirs, l'acquisition de savoir-faire et l'adoption d'attitudes découlant de l'enseignement préalablement reçu. L'étudiant est placé au cœur du processus d'apprentissage par son implication personnelle. La simulation est donc une méthode de formation basée sur les expériences antérieures, la pratique réflexive et le feedback. Dans le monde médical, la compétence est aujourd'hui représentée comme la mise

en œuvre de choix, de combinaison et d'organisation d'éléments acquis antérieurement(94). Les apprenants sont placés dans une situation dont la résolution passe nécessairement par l'utilisation d'acquis antérieurs. Ils « pratiquent » au lieu de simplement décrire ou expliquer. C'est ce qui explique l'efficacité de cette méthode, qui favorise, par son caractère actif, l'acquisition des connaissances et la mémorisation d'informations, ainsi que le décrit le cône d'apprentissage d'Edgar Dale(95) (Figure 10).

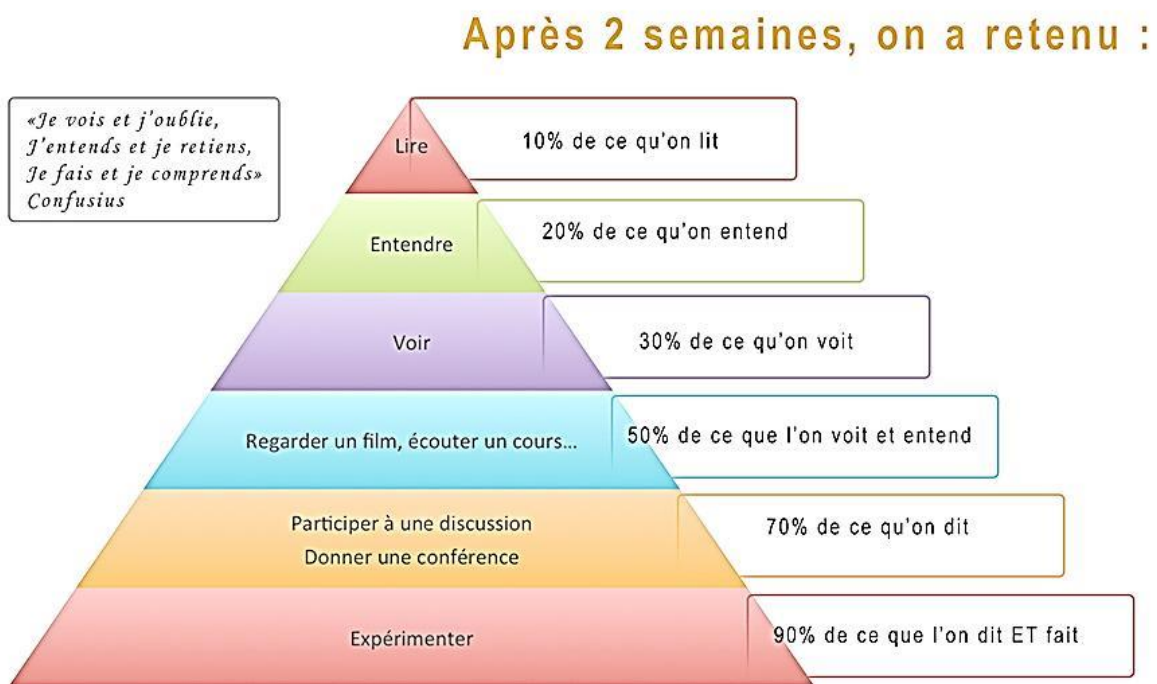


Figure 10. Le cône d'apprentissage adapté des travaux d'E. Dale

Les techniques de simulation permettent de proposer une participation active dans des scénarios réalistes, conçus pour préparer les étudiants à la pratique clinique et consolider les compétences des professionnels en exercice.

Les séances vont permettre le développement et l'acquisition de savoirs procéduraux et techniques, l'entraînement à la gestion des ressources en situation de crise, et à la prise en charge d'évènements indésirables. Ces acquis sont alors transposables à des situations réelles. La pratique s'apprend par la résolution de problèmes concrets, observés sur le terrain en situation de travail. La simulation va permettre de créer des situations/problèmes induisant une interactivité maximale(96). Il s'agit d'un apprentissage dans l'action, avec une situation professionnelle placée au centre de la réflexion.

L'apprenant va être poussé à mobiliser ses connaissances cliniques, thérapeutiques et techniques pour résoudre un problème, ce qui favorise l'apprentissage de compétences et de comportements. Par conséquent, en plus des connaissances apportées, qui s'ajoutent ou rappellent celles déjà acquises via l'enseignement théorique, la simulation permet d'explorer les deux autres aspects de la compétence que sont le savoir-faire (compétences techniques) et le savoir-être (compétences non techniques)(97).

L'efficacité de la simulation en santé pour l'acquisition et l'amélioration des connaissances, des compétences et des comportements a été démontrée.

D'une part, elle a montré son utilité pour la formation à des gestes et des procédures. Plusieurs revues ont mis en évidence l'intérêt de la simulation par réalité virtuelle pour l'enseignement de gestes chirurgicaux(98). En anesthésie, les simulateurs permettent aux médecins de s'entraîner à des gestes comme la mise en place de cathéter centraux et de cathéter de péridurale(100)(100). Une méta-analyse montre que le temps nécessaire à la formation est réduit grâce à l'entraînement des gestes par la simulation(101).

D'autre part, elle permet de s'entraîner à la gestion de situations inhabituelles ou à risque pour le patient. En répétant ces scénarios jusqu'à maîtrise totale, l'apprenant améliore ses capacités à faire face à ces situations. La bonne interaction entre les différents professionnels, en particulier lors de situations critiques, peut être entraînée par simulation, avec des séances de débriefing collectif contribuant à l'évolution de la performance des équipes(93)(102).

La simulation est également un outil indispensable à la formation initiale des étudiants en santé, en complément de la pratique hospitalière. En effet, elle permet de pallier aux limites que présentent les stages hospitaliers comme l'hétérogénéité des pratiques et le manque d'encadrement. Elle met à disposition des étudiants un terrain d'apprentissage de situations cliniques et de raisonnement médical, sans aucun risque pour le patient. Les étudiants sont confrontés, avant la prise en charge de patients réels, à des situations qu'ils auront l'occasion d'affronter, mais également à des situations complexes et rares, génératrices de stress(103)(104)(105).

La simulation favorise l'apprentissage par l'erreur, reposant sur une pratique réflexive de l'apprenant durant la séance de simulation, mais également lors de la séance de débriefing, une étape primordiale dans le processus d'apprentissage. Elle permet de prendre du recul par rapport à la situation vécue, reconstituer les événements indésirables et les comprendre. Sans sanctionner l'erreur, la séance de débriefing fait analyser à l'apprenant ses propres actions et l'aide à porter un autre regard sur lui-même. A l'issue de la séance, l'apprenant doit avoir

intégré les actions d'amélioration à mettre en œuvre afin d'optimiser sa pratique sur le terrain(106).

ii. Gestion des risques

La simulation en santé s'est développée dans le cadre d'une politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, dont la défaillance a été pointée du doigt suite à la publication du rapport « To Err is Human » aux Etats-Unis en 1999, selon lequel 4 à 16% des patients sont impactés par des effets indésirables liés aux soins et dont la majorité est liée à des erreurs humaines (manque de communication ou d'encadrement, interruption des tâches...). Le rapport dénombre 90 000 décès dus à des erreurs médicales(107). En France, les études ENEIS, publiées successivement en 2004 puis en 2009, font globalement état des mêmes résultats. Les événements les plus graves et les plus fréquents sont représentés par des dysfonctionnements du circuit des produits de santé dont la plupart sont évitables. Les facteurs favorisant de ces EIG sont identifiés comme étant notamment des facteurs humains et organisationnels : manque de communication, interruption de tâches, mauvaise organisation de l'équipe(108). Il existe ainsi des formations visant à travailler sur la prédisposition de l'être humain à commettre des erreurs. C'est le cas du DPC, « Apprendre de ses erreurs », proposé par l'Institut de Cancérologie de l'Ouest (ICO).

La simulation apparaît être une méthode particulièrement adaptée pour répondre à ces problématiques, à savoir agir activement sur les facteurs humains dans les secteurs à risque que sont la médecine et la pharmacie. Elle touche le travail en équipe : approche collective, communication, culture, mais également l'organisation : supervision, management.

Un usage de la simulation durant la formation permet d'éviter de devoir réaliser sur le patient des gestes que l'on ne maîtrise pas encore. La simulation permet à l'étudiant de s'entraîner à la réalisation d'un acte en toute sécurité, tant pour lui que pour le patient, avant de passer au réel, selon le principe : « jamais la première fois sur le patient »(109). Il est possible de répéter des scénarios autant de fois que nécessaire jusqu'à acquisition complète des compétences demandées. Cela permet d'identifier les facteurs comportementaux impactant la qualité des soins et les lacunes existantes dans la pratique actuelle. Des compétences d'amélioration des pratiques peuvent alors être travaillées durant les séances de simulation(110).

Toujours dans une optique de sécurité pour le patient, les séances de simulation visent d'une part l'amélioration des connaissances médicales et techniques et d'autre part la maîtrise des facteurs humains en s'entraînant au travail en équipe, à la communication et au leadership.

La simulation répond aux recommandations diffusées dans le 3^{ème} axe du Programme National pour la Sécurité du Patient (PNSP) 2013-2017 par la HAS, la Direction Générale de la Santé (DGS) et la DGOS. Cet axe vise « l'amélioration de la culture de sécurité par la mise en place de formations à la sécurité des soins et le recours à des méthodes pédagogiques innovantes comme la simulation en santé ». Il est recommandé de « faire de la simulation en santé sous ses différentes formes une méthode prioritaire, en formation initiale et continue, pour faire progresser la sécurité »(111). Dans cette même optique, la Conférence Nationale de Santé, via ses mesures 9 et 10, est en faveur de l'inscription des instituts de formation dans une démarche d'innovation en lien avec les universités et la généralisation des outils numériques dans les formation de santé(112).

La simulation est reconnue comme méthode de DPC depuis 2011 et la HAS recommande de l'intégrer à ces programmes comme outil de gestion des risques. Elle permet ainsi l'amélioration continue des performances individuelles et collectives et une évaluation périodique des pratiques. En décembre 2012, la HAS publie un guide qui y est consacré : « Guide de bonnes pratiques en matière de simulation en santé »(106), dans le but de promouvoir son développement, faciliter sa mise en place et permettre sa structuration, suivi en mai 2015 d'un « Guide pour l'évaluation des infrastructures de simulation en santé »(113), destiné aux infrastructures de simulation dans un but d'auto-évaluation et d'amélioration de la qualité des pratiques.

iii. Ethique et déontologie

Le Guide de Bonnes Pratiques en matière de simulation en santé de la HAS contient une charte de déontologie conçue pour garantir une approche respectueuse des apprenants, formateurs et personnes associées dans le rôle de patients standardisés dans le cadre de sessions de simulation(106). Elle intègre plusieurs éléments :

- l'intégrité physique des « patients standardisés », s'ils interviennent dans le jeu de rôle, doit être respectée, ainsi que leur vécu psychologique.

- le droit à l'image doit être soumis à un accord écrit des participants. L'enregistrement ne doit jamais porter atteinte à la dignité.
- la confidentialité du déroulement des séances doit être garantie.
- les programmes de simulation doivent être établis dans le respect des différents textes et codes de déontologie respectifs des types d'apprenants.
- la gestion des conflits d'intérêt avec les partenaires privés doivent être prévus par la gouvernance de l'infrastructure.

Ainsi, l'éthique dans le domaine de la simulation en santé peut être évoquée à plusieurs niveaux. Du point de vue du patient dans un premier temps : en effet, la simulation présente l'avantage de fournir un entraînement aux professionnels de santé, qui peuvent « faire des erreurs » sans conséquences et améliorer leurs pratiques. La simulation apporte une sécurité de soins pour le patient grâce aux compétences acquises lors des séances(114).

L'éthique est également à appréhender vis-à-vis des apprenants. Les séances de simulation peuvent se révéler anxiogènes et génératrices de stress. L'apprenant, dans certaines situations telles que la mort non programmée d'un simulateur, peut se trouver psychologiquement atteint. Il s'agit d'adopter un juste milieu. Le scénario doit représenter un équilibre judicieux entre un réalisme permettant d'obtenir l'adhésion de l'apprenant et d'augmenter sa charge émotionnelle, et la limitation du retentissement psychologique, nuisible sur le plan pédagogique(115).

Enfin, l'enseignant est également concerné par l'éthique. Il est formé pour ne jamais juger un apprenant, ne jamais l'humilier ni interrompre un scénario qui tourne mal. Aucun abus de pouvoir ne doit être exercé. L'enseignant se doit de conserver une position d'indépendance et de respecter le secret professionnel.

d) Les limites de la simulation en santé

La simulation est certes une méthode d'apprentissage reconnue dont les nombreux avantages sont indéniables. Il existe cependant des limites freinant son développement.

La principale limite relevée est la génération de coûts importants que nécessite la mise en place de ces parcours de formation virtuels. En effet, l'acquisition de matériel, son entretien et les éventuelles opérations de maintenance nécessitent des dépenses importantes. Il est également nécessaire de prendre en compte la location ou l'entretien des locaux de simulation. Il est possible de limiter certains coûts par la mutualisation des moyens ou en

réalisant les scénarios sur le lieu de travail (simulation in situ). Néanmoins, des locaux spécifiquement dédiés à la simulation sont généralement nécessaires et permettent de disposer de matériel audiovisuel adapté. De plus, la simulation nécessite un dégagement de temps de formation pour les apprenants. Les moyens humains employés génèrent des dépenses non négligeables, notamment via la rémunération des formateurs. Ces derniers doivent être suffisamment formés et qualifiés pour pouvoir enseigner la simulation(116). Plusieurs formations sont disponibles en France (Nice, Paris, Dijon, Brest, etc...). La rémunération de personnes extérieures formées pour représenter des patients standardisés rentre aussi dans les dépenses de certaines séances de simulation.

Paradoxalement, même si elle reste une activité très coûteuse, la simulation permet de réduire indirectement certains coûts. Par exemple, des études démontrent que l'utilisation de simulateurs chirurgicaux et notamment coelioscopiques, permettent de réduire le temps opératoire de 17 à 50% et donc le coût associé(117)(118). Cependant, un manque de données de la littérature est à déplorer concernant l'impact de la simulation sur la réduction des risques médicaux et des surcoûts liés aux complications et aux prolongations d'hospitalisation.

Un autre aspect de la simulation est souligné, il s'agit du caractère anxiogène et générateur de stress pour les apprenants lors de la mise en situation. L'appréhension de se savoir observé et/ou filmé est souvent évoquée. C'est pourquoi la phase de briefing apparaît comme étant primordiale pour rassurer les participants, leur rappeler l'absence de jugement et le caractère non sanctionnant de la formation. De même, le débriefing prend toute son importance pour repositionner les acquis et difficultés éventuelles.

Enfin, les scénarios de simulation peuvent parfois manquer de réalisme. Certes, les progrès technologiques permettent de mettre en œuvre des techniques de plus en plus perfectionnées, avec des mannequins haute-fidélité et des scénarios au plus près de la réalité. En effet, la réalité virtuelle ou augmentée propose une simulation plus immersive. Néanmoins, ces techniques ne permettent pas de remplacer l'expérience auprès d'un patient réel. En effet, toutes les variations du corps humain et les signes cliniques ne peuvent être reproduits. La complexité du système que l'on cherche à reproduire ne permet pas de remplacer la formation au lit du malade. De plus, la simulation ne peut pas préparer l'apprenant à toutes les situations à risque qu'il est susceptible de rencontrer au cours de sa carrière professionnelle.

Enfin, l'insuffisance de l'offre et sa mauvaise répartition sur le territoire français empêchent la mise à disposition de la simulation au plus grand nombre et notamment aux professionnels extrahospitaliers.

e) Différentes techniques de simulation en santé

Un grand nombre de techniques de simulation sont aujourd'hui disponibles, et peuvent être associées dans les scénarios pédagogiques. On distingue quatre grandes catégories : l'expérimentation animale, la simulation humaine, la simulation synthétique, la simulation électronique(119) (Figure 11).

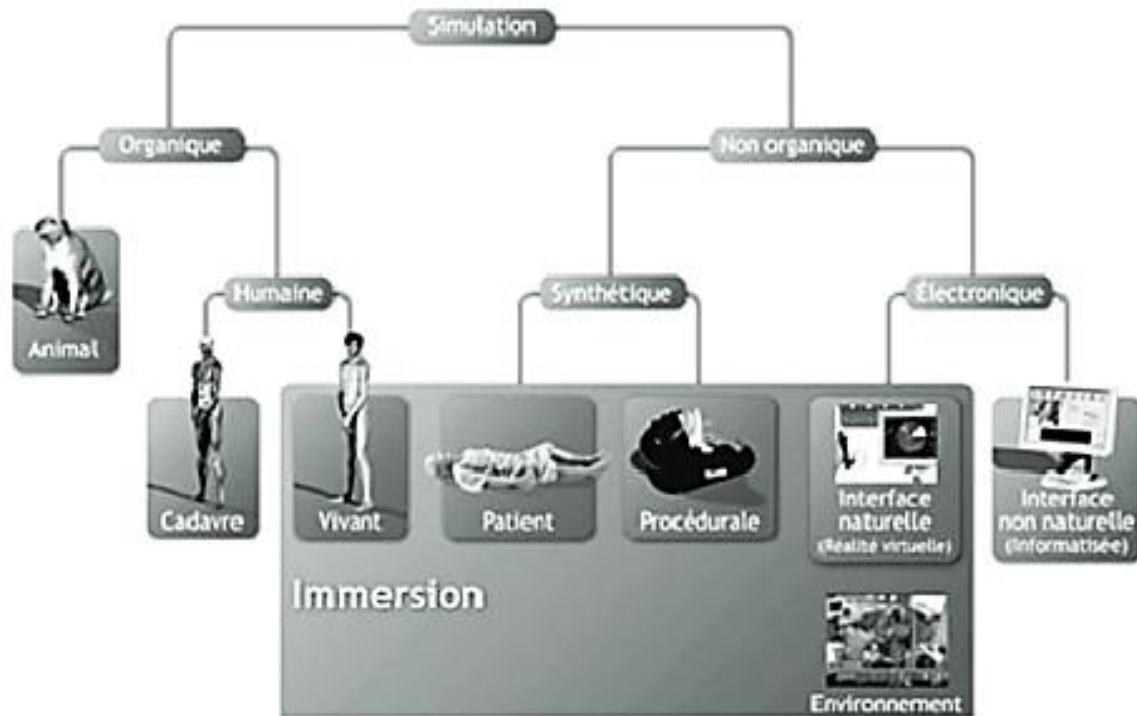


Figure 11. Les différents champs de la simulation en santé – Chiniara G, 2007

i. Expérimentation animale

Le cadre spécifique d'autorisation de pratique d'expériences sur les animaux est fixé par le décret n°2001-464 du 29 mai 2001(120). L'expérimentation animale consiste à l'utilisation d'animaux comme substitut afin de mieux comprendre la physiologie d'un organisme et ses réponses à différents facteurs ou substances et à le rapprocher du modèle humain. Dans le domaine de la santé, l'expérimentation animale permet de s'exercer à la pratique de gestes chirurgicaux simples tels que des sutures, ou plus complexes comme par exemple l'apprentissage à la technique de cœlioscopie sur le cochon. Cette méthode peu coûteuse, permet également de s'entraîner à la manipulation de matériel chirurgical. Ce type

d'apprentissage présente cependant des limites d'un point de vue logistique et éthique. De plus, l'anatomie animale ne peut pas toujours être extrapolée à l'homme, limitant l'apprentissage à certaines compétences techniques.

ii. Simulation humaine

Utilisation de cadavre

Le cadavre est très utilisé en chirurgie, en anesthésie-réanimation ainsi qu'en médecine d'urgence. C'est une technique peu coûteuse qui permet l'entraînement à des gestes plus ou moins invasifs, mais également la formation aux nouvelles techniques ou matériaux. La simulation peut se faire sur cadavre frais, technique de moins en moins utilisée du fait du risque lié à l'exposition aux liquides biologiques ; ou sur cadavre embaumé grâce à une méthode de conservation. De nombreuses techniques ont été expérimentées au fil des années, la plus utilisée actuellement étant la méthode de Thiel. Elle permet de conserver la souplesse des tissus et de reproduire les caractéristiques biomécaniques du vivant(121)(122).

Les évolutions récentes permettent de travailler sur des modèles cadavériques humains « réanimés ». Il s'agit de cadavres réchauffés de -22°C à 37°C , associés à un dispositif de circulation pulsatile et un dispositif de ventilation. Les capacités d'adaptation hémodynamique ou ventilatoire rendent alors possible la reproduction de situations de bloc opératoire de manière hautement réaliste, dans le cadre de scénarios. L'université de Poitiers a déposé un brevet en novembre 2015 pour son SimLife[®], seul modèle actuellement existant au monde et utilisé par ses étudiants en chirurgie depuis septembre 2016(123).

Patient standardisé

La technique du patient standardisé est apparue aux Etats-Unis en 1963, à l'initiative du neurologue Howard Barrows, qui forme des patients bien portants à des jeux de rôles pour l'apprentissage de ses internes(124). Il s'agit de patients ou acteurs sains volontaires, sélectionnés et formés sur la base d'un scénario prédéfini, pour simuler l'histoire, les symptômes et l'attitude d'une personne malade. On les appelle « standardisés » car plusieurs personnes peuvent être entraînées à simuler le même patient. Les signes cliniques, le langage corporel, les réactions émotionnelles ainsi que la personnalité d'un vrai patient sont simulés

au plus près de la réalité, permettant à l'étudiant de mettre en pratique ses connaissances sans porter préjudice à un patient réel(125).

Cette technique favorise l'apprentissage ou la consolidation de compétences techniques, par l'entraînement comme par l'exemple simulation d'un examen clinique ou d'un interrogatoire médical(126). Elle permet également le développement de compétences comportementales et de communication, en restituant de manière fidèle la dimension émotionnelle et relationnelle existante dans la relation patient-soignant. L'étudiant peut s'entraîner notamment à l'annonce d'un diagnostic ou d'informations complexes à un patient.

Malgré les avantages pédagogiques et éthiques que présente cette méthode, certaines limites sont à souligner. En effet, tous les signes cliniques ne peuvent pas être simulés, comme par exemple le souffle cardiaque. Ensuite, les examens douloureux ne peuvent être pratiqués sur le patient, et certains gestes répétés peuvent être risqués ou douloureux. Enfin, la rémunération éventuelle des patients standardisés est un facteur à prendre en compte.

Jeux de rôles

Les jeux de rôle mettent en scène plusieurs apprenants qui interprètent un rôle fictif plus ou moins déterminé, en improvisant le dialogue. Cela permet de simuler une situation vraisemblable et en partie imprévisible, dans un environnement fictif spécifique(106). Cette technique permet de travailler sur les pratiques relationnelles en s'appuyant sur le vécu personnel et professionnel de chacun. Les comportements des différents intervenants sont analysés. L'inconvénient de cette méthode de simulation est l'absence de vrais patients et la manque de réalisme que cela implique.

iii. Simulation synthétique

La simulation synthétique implique l'utilisation de mannequins imitant tout ou partie du corps humain. Le niveau de réalisme du mannequin dépend des objectifs pédagogiques fixés et va du mannequin basse fidélité au mannequin haute fidélité. Ce dernier est couplé à une interface informatique permettant de mimer des réponses physiologiques en fonction de l'action des apprenants.

Les avancées technologiques permettent de proposer des mannequins de plus en plus perfectionnés, offrant la possibilité de travailler sur un large panel de compétences, techniques

comme non techniques. Néanmoins cette méthode s'avère très coûteuse, autant pour l'acquisition des mannequins que pour la maintenance. De plus, ces simulateurs ne permettent pas de recréer parfaitement le réalisme tissulaire du corps humain, ni ses variations anatomiques. Il existe trois grands types de simulation synthétique :

La simulation procédurale

La simulation procédurale permet un apprentissage par la répétition de gestes d'une procédure, le plus souvent technique. Les simulateurs procéduraux basse fidélité reproduisent une partie précise du corps humain pour l'entraînement à des gestes techniques tels qu'un bras pour la pose d'une perfusion ou la réalisation de sutures, un arbre bronchique pour une endoscopie, une tête d'intubation pour apprendre à maîtriser des intubations difficiles.

L'apprentissage de gestes plus complexes de haute technicité est possible grâce aux simulateurs procéduraux haute-fidélité. Ces derniers sont capables de reproduire des signaux visuels, sonores et tactiles. De plus, ils sont équipés de capteurs de pression et de position permettant de simuler une image virtuelle en trois dimensions, une interface virtuelle connectée permet ainsi de vérifier la bonne réalisation du geste. Les novices comme les praticiens expérimentés peuvent s'entraîner à des gestes complexes comme la coronarographie ou l'endoscopie digestive.

Simulateur patient

Un simulateur patient est un mannequin corps entier grandeur nature. En fonction des objectifs pédagogiques, ils sont plus ou moins sophistiqués. Ils sont capables de reproduire les réponses physiologiques et les structures anatomiques d'un patient(127). Les simulateurs basse-fidélité sont employés pour l'entraînement au travail en équipe et aux situations d'urgence. Les simulateurs haute fidélité sont pilotés par ordinateur mais présentent également des réponses automatisées déclenchées par l'action des apprenants. Ils sont ainsi capables de parler, respirer, répondre à toutes sorte de stimuli. L'état clinique et les constantes vitales peuvent varier sous contrôle du formateur. Il permet une immersion clinique dans une salle de réanimation ou un bloc opératoire au plus proche de la réalité.

iv. Simulation hybride

La simulation hybride associe plusieurs techniques de simulation. Le plus souvent, elle désigne la combinaison d'un patient standardisé et d'une partie de mannequin. Par exemple, utiliser un bras pour s'entraîner à la pose d'une perfusion chez un patient standardisé permet, en plus de l'apprentissage de gestes techniques, d'être confronté au ressenti du patient.

v. Simulation électronique

La réalité virtuelle ou réalité augmentée

La réalité virtuelle exploite l'informatique ainsi que des interfaces comportementales dans le but de simuler dans un monde virtuel le comportement d'entités 3D via un écran d'ordinateur. Ainsi, le ou les apprenants sont en immersion pseudo-naturelle en temps réel, par l'intermédiaire de canaux sensori-moteurs. Cette méthode est utilisée pour la simulation de situations complexes ou l'étude de concepts, illustrés de manière plus concrète par des modèles informatiques. La simulation par réalité augmentée est recommandée aux Etats-Unis pour l'apprentissage des procédures endovasculaires(128). A l'université de Bâle, en Suisse, un modèle de réalité virtuelle simulant un corps humain permet un entraînement à des gestes chirurgicaux d'une extrême précision(129).

Par ailleurs, une application de réalité virtuelle a été développée à l'université de Chicago pour les étudiants en médecine. Elle vise à mettre en exergue le ressenti des personnes âgées au cours d'un diagnostic et ainsi de sensibiliser les étudiants à la dimension émotionnelle(130).

Ainsi, cette technique de formation disponible sur une durée illimitée, permet de s'entraîner aux gestes techniques comme aux compétences relationnelles, sans dommage pour le patient.

Environnement 3D et serious games

Il s'agit d'une application informatique, dont l'objectif est de combiner à la fois des aspects sérieux (serious) tels que, de manière non exhaustive, l'enseignement, l'apprentissage, la communication ou encore l'information, avec des ressorts ludiques issus du jeu vidéo (game). Une telle association s'écarte donc du simple divertissement(131).

L'environnement 3D et les serious games présentent un réalisme comparable aux environnements des jeux vidéo les plus performants. Les apprenants se retrouvent en immersion totale dans une situation mise en scène, la diversité des situations qu'il est possible de créer se déclinant à l'infini. Le coût de création de ces environnements virtuels est très élevé mais les serious games sont de plus en plus intégrés dans la formation médicale. En France, la société Interaction Healthcare a créé un module 3D en temps réel dédié aux cardiologues et aux urgentistes pour la formation à la prise en charge de patients en situation d'urgence cardiaque (SIMUrgences®)(132).

Les serious games occupent une place grandissante dans l'enseignement en pharmacie clinique. L'université Paris Descartes a mis en place la Pharmacie Bourquelot en 2012, un serious games destiné à la formation initiale des étudiants de la 3^{ème} à la 6^{ème} année en filière officine. Il s'agit d'une pharmacie virtuelle accueillant différents profils de patients. L'étudiant le prend en charge en suivant quatre étapes : accueil du patient, stratégie thérapeutique, optimisation du traitement et suivi du patient. Un tuteur virtuel est présent tout au long de la séance. Il y a également des exercices permettant de mettre en pratique les connaissances théoriques ainsi que des vidéos de démonstration abordant les méthodes de communication avec le patient(133).

f) Etat des lieux

Il est établi que les méthodes de simulation sont en plein développement pour la formation initiale et continue des professions médicales et paramédicales, malgré le manque de description dans la littérature. En 2002, une enquête internationale rapporte que 77% des centres de simulation répondeurs interviennent dans la formation initiale et 85% dans la formation continue. La majorité d'entre eux ne réalisent pas d'évaluation des compétences. La principale limite citée par les répondeurs est l'insuffisance de ressources financières et humaines(134). Dans différentes disciplines médicales telles que l'anesthésie-réanimation, la chirurgie ou la psychiatrie, de nombreuses études décrivent la simulation comme une méthode efficace d'enseignement, d'évaluation et de recherche, en formation initiale comme en formation continue. Cependant, la validité des travaux n'est pas toujours fiable. En effet, il a été souligné dans plusieurs revues de la littérature que la méthodologie employée dans ces travaux est peu rigoureuse, avec notamment des techniques non standardisées, de petits échantillons de participants ainsi qu'un manque de double aveugle(98)(135). Il en ressort une

nécessité d'harmoniser les pratiques et de réaliser des études multicentriques randomisées avec des protocoles communs. Des études de coût doivent également être menées.

i. La simulation en Amérique du Nord

La simulation est un outil pédagogique à part entière dans le monde de la santé aux Etats-Unis et au Canada. Elle est intégrée de façon routinière à l'enseignement initial des professions médicales et paramédicales. La plupart des établissements de formation ont mis en place un programme de simulation, sans pour autant disposer d'un centre de simulation. La majorité des centres de simulation se trouve au sein des hôpitaux, constituant alors une vitrine attractive et une promotion de l'excellence pour les étudiants ainsi que pour les patients. L'optimisation des ressources est un enjeu majeur, faisant de la coordination en réseaux des différents centres de simulation une priorité. C'est le cas du Canada avec la création du « Network of Excellence in Simulation for Clinical Teaching and Learning ».

Dans les centres de simulation, les activités sont multiples. L'enseignement pour la formation initiale se trouve être la mission première, cependant les programmes de formation continue se développent, avec un enseignement de compétences techniques mais également comportementales. Le personnel soignant est formé par des simulateurs à l'utilisation de nouveaux matériaux ou de nouvelles techniques chirurgicales. L'étude des facteurs humains est également intégrée aux programmes d'enseignement, en ciblant l'acquisition de compétences non techniques telles que la communication et le travail en équipe(136).

Les formations dispensées par les centres de simulation ainsi que les formateurs sont accrédités par des organismes spécifiques. Ces organismes sont multiples aux Etats-Unis (société internationale de simulation en santé, société américaine des chirurgiens, société américaine des anesthésistes, etc...). Au Canada en revanche, seul le Collège Royal délivre les accréditations. Une fois accrédités, les centres de simulation peuvent dispenser des formations certificatives ou re-certificatives. Par exemple, les anesthésistes américains ont obligation de revalider périodiquement leurs compétences via le programme de simulation MOCA (Maintenance Of Certification in Anesthesiology). Le financement des programmes et centres de simulation est principalement public. L'autofinancement des centres est en partie possible grâce aux programmes re-certificatifs. Alors qu'aux Etats-Unis, les centres privés prédominent, au Canada se crée des partenariats entre centres privés et publics.

ii. La simulation en Europe

La simulation en Europe se distingue par une implantation plus récente et hétérogène qu'en Amérique du Nord. Le rapport de la HAS analyse l'activité de la simulation en Europe au travers d'une étude ciblant neuf établissements européens (huit publics, un privé) situés dans sept pays : l'Allemagne, le Danemark, l'Espagne, l'Italie, la Norvège, la Suisse et le Royaume-Uni.

La simulation est utilisée pour la formation continue principalement, mais aussi pour la formation initiale. De nombreuses disciplines médicales sont concernées : médecine générale, pédiatrie, anesthésie, réanimation, chirurgie, obstétrique, cardiologie. La simulation est également ouverte à d'autres professions, tels que les pompiers, la police ou les ambulanciers. Une activité de recherche croissante est soulignée. De nombreuses publications sur la simulation abordent des thématiques telles que la gestion de situations de crises, l'intérêt de la simulation pour améliorer la sécurité des soins, les facteurs humains ou la formation aux soins infirmiers.

Les centres sont financés principalement par les régions, les fonds privés de l'industrie notamment pharmaceutique, les centres hospitaliers et dans une moindre mesure, par les clients externes à l'hôpital et à l'université. Ces sources de financement permettent d'équiper de manière adaptée les structures de simulation, par exemple avec l'utilisation du SimBabyTM, un simulateur perfectionné de patient pédiatrique ou encore du SimMan[®], simulateur patient conçu pour l'enseignement spécialisé aux soins intensifs et à la réanimation.

iii. La simulation en France

La simulation en santé est une activité émergente en France. On recense actuellement 41 centres de simulation sur le territoire, avec une prépondérance en région parisienne(137). La simulation couvre toute les disciplines, en priorisant les spécialités à risque que sont la médecine d'urgence/SAMU, la néonatalogie, l'obstétrique, l'anesthésie, la réanimation. Les soins infirmiers sont également concernés, avec une formation aux compétences techniques. Néanmoins, les matériels et équipements sont encore peu nombreux et peu diversifiés dans les centres français qui, par exemple, n'utilisent pratiquement pas les environnements virtuels 3D. Les pratiques souffrent d'un manque de standardisation, avec une structuration et une gouvernance souvent mal définies. Un manque de ressources humaines est également

souligné, malgré l'expertise des formateurs grâce aux formations diplômantes de qualité existantes. Enfin, les limites financières constituent un frein majeur au développement de la simulation sur le territoire français. En effet, les financements sont généralement insuffisants pour créer ou maintenir en activité une structure. Les formations proposées par les centres ne permettent pas leur auto-financement. De plus, le manque de moyens et de structuration limite grandement les activités de recherche. Depuis 2014, la Société Francophone de Simulation en Santé (SoFraSimS), développe une approche multidisciplinaire de la simulation et est à l'origine de plusieurs rapports publiés par la HAS.

iv. Simulation en pharmacie

La simulation en santé se développe progressivement dans le domaine de la pharmacie, mais reste encore modeste en comparaison à l'essor que connaît la simulation en médecine ou en soins infirmiers. Dans l'enseignement pharmaceutique, elle concerne des thèmes tels que l'analyse de prescriptions, la communication, le conseil, la sécurité du patient ou encore l'examen clinique.

Aux Etats-Unis, le diplôme de pharmacie a été modifié en 2007 par l'Agence Nationale pour l'Accréditation des Programmes en Pharmacie (ACPE : Accreditation Council for Pharmacy Education), qui prévoit l'intégration d'au moins 300 heures de formation pratique par simulation durant les trois premières années des études pharmaceutiques. Ainsi, la pratique de la pharmacie par simulation doit représenter au moins 5% du programme de formation(138). En 2013, la simulation était intégrée dans les programmes de formation de plus de 80% des universités de pharmacie, par l'utilisation d'un patient standardisé ou de la simulation haute fidélité(139).

La législation française pousse à une évolution de la pédagogie vers le numérique et la mise en situation. L'article L-611-8 du Code de l'Education spécifie que les établissements d'enseignement supérieur doivent « rendre disponible, pour les formations dont les méthodes pédagogiques le permettent, leurs enseignements sous forme numérique. »(140)

De plus, selon l'article 7 de l'arrêté du 8 avril 2013 relatif au régime des études en vue du diplôme d'Etat de docteur en pharmacie, « la formation fait appel aux technologies de l'information et de la communication appliquées à l'enseignement, à des techniques de mises en situation ; elle est dispensée sur site ou en partie à distance. »(141)

L'intégration de la simulation aux programmes d'éducation des étudiants en pharmacie est encouragée dans de nombreuses publications, qui mettent notamment en avant son utilité dans le développement de compétences techniques et l'amélioration de la collaboration interdisciplinaire des équipes de soins(142). L'impact positif de la simulation sur l'apprentissage des compétences cliniques et thérapeutiques en pharmacie a en effet été démontré à plusieurs reprises. Par exemple, l'utilisation d'un mannequin haute fidélité, pour l'apprentissage de la gestion d'une crise d'exacerbation de l'asthme auprès de 27 étudiants en 4^{ème} année de pharmacie, montre des résultats post-test significativement supérieurs aux résultats pré-test. Les étudiants considèrent la simulation plus efficace que la formation théorique classique(143).

Simulation en pharmacie officinale

En France, les facultés de sciences pharmaceutiques ont vu progressivement se développer depuis quelques années la simulation dans le cadre d'analyse pharmaceutique d'ordonnances en officine ou la réalisation de cas-comptoir de rétrocession. Elles utilisent principalement la méthode du patient standardisé ou des jeux de rôles pour l'entraînement des étudiants en pharmacie. Ainsi, les pharmacies expérimentales se sont progressivement implantées au sein des facultés de pharmacie, grâce à l'Association pour la Promotion des Pharmacies EXpérimentales (APPEX), créée en 1997. Dix-huit universités sur 24 en étaient déjà dotées en 2014, comme par exemple à la faculté de Rennes ou celle de Montpellier (Figure 12). Elles permettent aux étudiants de s'approprier et de mettre en application leurs connaissances théoriques en pharmacie clinique et en conseil, notamment dans les domaines de la cosmétologie, l'orthopédie ou la phytothérapie, mais aussi en législation. Les pharmacies expérimentales fournissent aux étudiants un environnement sécurisant où il leur est possible de travailler également des compétences non techniques telles que la communication avec le patient ou les autres professionnels de santé. Les étudiants peuvent alors se familiariser avec le milieu officinal dans le but de se préparer à leurs futurs stages et à plus long terme, à l'exercice de leur profession.



Figure 12. Exemple d'une pharmacie expérimentale, Faculté de Pharmacie de Montpellier

Les pharmacies expérimentales, physiquement présentes dans les facultés, se différencient des officines virtuelles, qui elles aussi, font peu à peu leur apparition dans le monde de l'enseignement pharmaceutique français. Par exemple, l'université de Strasbourg a développé Pharma3D, une officine virtuelle en trois dimensions modélisée dans l'Environnement Virtuel pour l'Enseignement et la Recherche (EVER). Ce dispositif est une plateforme numérique permettant des mises en situation de l'étudiant via des scénarios pédagogiques et contribue ainsi à la formation des étudiants au métier de pharmacien officinal. La faculté de pharmacie de Nancy a, elle, inauguré en septembre 2015 Offi'Sim, un centre de e-pédagogie. Les postes-comptoirs virtuels permettent aux étudiants, via des serious games, de s'entraîner à l'accueil du patient, de découvrir l'utilisation d'objets connectés tels que pilulier électronique ou cardiofréquence-mètre et de participer à des entretiens pharmaceutiques filmés sur des maladies chroniques telles que l'asthme ou le diabète.

Ces officines virtuelles représentent également une plateforme de centralisation d'une multitude de ressources multimédia, comme les principaux logiciels utilisés en officine, leur permettant de s'entraîner à la facturation d'ordonnances ; et de liens électroniques vers des sites professionnels et institutionnels.

Le groupe GIVRE (Groupe pour l'Innovation, la Valorisation et la Réflexion sur les Enseignements) a développé le projet PROFFiteROLE (PRatiques OFFicinales et jeux de ROLE) à la Faculté de Pharmacie de Lille. Il s'agit d'un programme d'enseignement mixte destiné aux étudiants de 5^{ème} et 6^{ème} année en filière officine, couplant jeu vidéo et mises en situation. Cet apprentissage présentiel et à distance en e-learning par le biais de la plateforme « e-caducee », vise à accroître les compétences professionnelles en pratique officinale par des mises en situation au comptoir(144).

L'apprentissage à l'éducation thérapeutique du patient utilise également la simulation virtuelle. Elle permet à l'apprenant de perfectionner ses connaissances mais également de prendre de l'assurance vis-à-vis de leur mise en pratique(145).

Simulation en pharmacie hospitalière

La simulation en santé intéresse de plus en plus la pharmacie hospitalière. Plusieurs établissements hospitaliers se tournent vers la simulation dans le domaine de la prise en charge médicamenteuse, aussi bien pour la formation que pour la gestion des risques et la maîtrise des facteurs humains et organisationnels. Les PUI du CHRU de Lille, de l'Hôpital Foch, des Hôpitaux Universitaires de Genève et du CHU de Nice se sont regroupées dans le cadre du Projet Simu 4 Cancérologie. Ce dernier utilise la simulation dans le circuit du médicament en cancérologie, pour sécuriser la préparation des chimiothérapies, la dispensation des médicaments, la préparation et l'administration par les soignants. La simulation en pharmacotechnie est utilisée pour l'apprentissage de gestes techniques en formation initiale mais également pour la qualification périodique et pour la formation continue, en s'axant sur le travail en équipe et la gestion de situations critiques. Enfin, la simulation est expérimentée pour la sécurisation des processus. Le CHU de Lyon Sud a réalisé une étude prospective publiée en 2015, sur l'impact de l'utilisation de la simulation comme méthode de formation des préparateurs en pharmacie au sein de son Unité de Reconstitution des Chimiothérapies (URC). Cette étude met en avant une meilleure détection des erreurs par les préparateurs après formation par simulation et une diminution significative du nombre d'erreurs entraînant un risque de mortalité pour le patient(146). Le CHU de Nice s'intéresse à la simulation comme méthode de gestion des risques dans les domaines de la radiopharmacie et du secteur de reconstitution des chimiothérapies, en travaillant sur l'élaboration de modules de simulation pour la formation initiale et continue des professionnels.

Le service de pharmacie du CHU de Nice est porteur du projet MULTISIM (2014-1017) dans le cadre du PNSP sous l'égide de l'ARS PACA. Ce projet vise la mise en place d'une plateforme multimodale de simulation visant les pratiques professionnelles quotidiennes, dont le volet travail en équipe.

PARTIE II

MATERIELS ET METHODES

I. CREATION D'UN PROGRAMME DE SIMULATION

1. *Bonnes pratiques de simulation*

Le Guide de Bonnes Pratiques en matière de simulation de la HAS décrit le processus d'élaboration d'un programme de simulation, dans le but d'en encadrer, d'en organiser et d'en promouvoir la pratique(106). La simulation en santé peut être pratiquée dans un centre spécifiquement dédié (faculté ou hôpital), ce qui en facilite le déroulement mais où le réalisme n'est pas toujours garanti. Elle peut également se dérouler au sein d'un service de soins (simulation in situ). D'organisation plus difficile, elle permet néanmoins aux apprenants d'évoluer dans les conditions réelles. Enfin, il est possible de mener une séance de simulation lors d'ateliers délocalisés. La place de la simulation dans un programme pédagogique doit être évaluée en fonction d'une plus-value pédagogique par rapport aux autres méthodes existantes (cours théoriques, e-learning...).

Quatre grandes étapes construisent le processus de simulation :

- l'analyse de la situation : il s'agit de décrire les problématiques identifiées et d'analyser les potentiels axes d'amélioration ainsi que leurs critères d'évaluation
- la conception du programme : des objectifs pédagogiques sont définis à partir des problématiques et des besoins identifiés. Ils peuvent concerner des compétences techniques ou non techniques et viser l'amélioration des connaissances, du savoir-faire et des comportements au sein de la pratique professionnelle.
- la mise en place du programme : elle vise à choisir les approches et les techniques qui seront employées pour atteindre les objectifs définis. Les scénarios sont rédigés selon un plan-type formalisé. Chacun doit décrire :
 - la population d'apprenants ciblée
 - les objectifs pédagogiques et leurs éléments d'évaluation
 - les équipements et le matériel nécessaires en fonction du réalisme souhaité
 - les moyens humains nécessaires
 - le déroulement de la séance : durée, nombre de formateurs et d'apprenants, briefing, déroulement du scénario, débriefing
 - les modalités d'évaluation des apprenants
 - les points majeurs du débriefing
 - les références bibliographiques

- l'évaluation du programme : il permet d'analyser les difficultés rencontrées et les points positifs soulignés lors de la mise en place du programme de simulation, afin d'en dégager des points d'amélioration.

Les formateurs doivent avoir suivi une formation spécifique à la simulation : diplôme universitaire ou autre formation reconnue officiellement. Ils doivent également avoir acquis une expérience pédagogique solide afin de pouvoir construire et guider le scénario de manière adaptée.

2. Déroulé d'une séance de simulation

Quelle que soit la technique de simulation choisie, une séance est construite en trois temps : briefing, déroulement du scénario, débriefing (Figure 13).

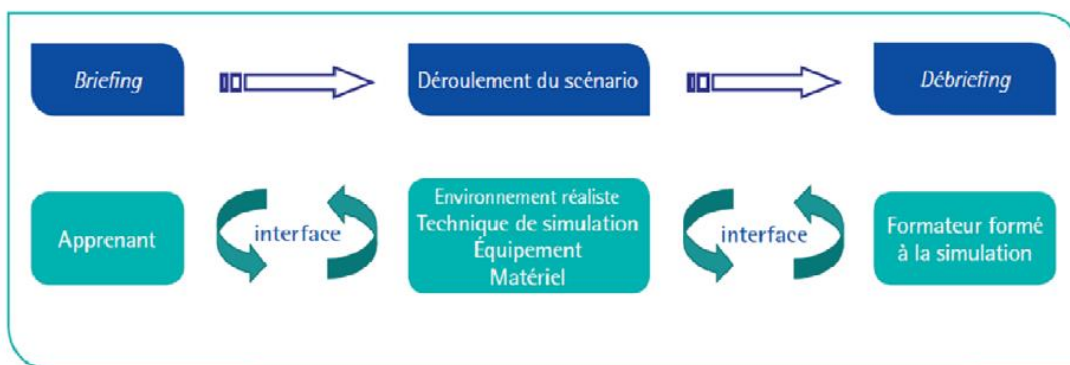


Figure 13. Les étapes d'une séance de simulation(147)

La séance peut, de manière optionnelle, être précédée d'un pré-test : il s'agit d'une évaluation réalisée en présentiel ou non, permettant d'évaluer les connaissances de base de l'apprenant en lien avec la thématique de la séance de simulation. Les résultats permettront, d'une part, de pouvoir ajuster si besoin la séance, et d'autre part de comparer, par une évaluation post-test identique, les acquis après la séance.

Un temps d'évaluation suivant la séance est généralement prévu, ainsi qu'une évaluation à distance.

a) Briefing

Cette étape d'introduction est primordiale, elle vise à instaurer un climat d'apprentissage favorable et à mettre les apprenants à l'aise. Il leur est rappelé l'absence de jugement porté par les formateurs et les participants. Le briefing leur permet de se familiariser avec le matériel et l'environnement dans lequel ils vont évoluer. Le formateur commence par expliquer les objectifs pédagogiques de l'exercice simulé. Il présente le contexte et les spécificités de l'environnement, du matériel disponible et du simulateur. Chaque participant se voit attribuer un rôle qui lui est décrit au cours de la remise du scénario. Enfin, la notion éthique doit être abordée : le formateur rappelle la charte déontologique et précise que la confidentialité et la « sécurité affective » doivent être garanties.

b) Déroulement du scénario

Le scénario préalablement établi permet d'immerger l'apprenant dans une situation au plus près de la réalité, tout en lui laissant un espace d'improvisation. Cela va lui permettre de mobiliser ses connaissances et ses compétences comme en situation réelle. L'évolution du scénario est guidée par le formateur en fonction des réactions des apprenants. Ceux-ci sont en permanence immergés en situation de résolution de problèmes, grâce aux ajustements du scénario par le formateur. Son rôle est d'intervenir dans le scénario ou de réorienter les apprenants s'ils sont bloqués dans une situation ou se dirigent vers un échec, comme par exemple la mort non programmée du mannequin simulateur. La séance n'excède pas en général une durée de 20 minutes afin de garder un niveau de concentration suffisant de la part des apprenants. L'enregistrement vidéo, utilisé dans certains cas, est très utile pour la restitution lors du débriefing.

c) Débriefing

Le débriefing est une étape indispensable du processus d'apprentissage dans le cadre de la simulation. Il vise l'observation des comportements adoptés durant la séance et leur auto-évaluation. Trois phases sont à distinguer dans un débriefing : une première phase descriptive, une seconde d'analyse, puis une phase finale de synthèse. Le déroulé du débriefing est adapté

aux apprenants. Leur participation active, guidée par le formateur, est nécessaire dans le processus d'apprentissage.

Lors de la phase descriptive, le formateur rappelle les objectifs du scénario, du déroulement de la session de débriefing, ainsi que les attentes : auto-évaluation individuelle et évaluation de la performance d'équipe. Les apprenants sont amenés à partager leur ressenti et leur point de vue. Le formateur les invite par des questions simples et ouvertes à verbaliser leurs actions entreprises ou non durant la séance, les causes et les motivations de celles-ci. Les participants s'approprient plus facilement les connaissances du fait de l'auto-confrontation.

Lors de la phase d'analyse, généralement la plus longue, le déroulé de la séance est repris en détail et de façon approfondie, en soulignant et en analysant les éventuelles erreurs survenues dans le scénario. Il s'agit d'identifier la façon dont il est possible de transposer les acquis de la séance de simulation dans la vie réelle. Le formateur peut revenir sur certains passages, en les rappelant oralement ou en faisant appel à l'enregistrement vidéo si celui-ci a été utilisé. Les points positifs sont valorisés, les points négatifs sont discutés de façon collective afin d'y trouver des solutions et des axes d'amélioration. Les critiques doivent être constructives, sans jamais viser des personnes mais plutôt des actions.

Enfin, la phase de synthèse récapitule les objectifs et les points essentiels abordés durant la séance. Elle vise essentiellement à donner un feedback aux apprenants sur la session dans son ensemble, passer en revue et valoriser les acquis. Le formateur peut demander aux participants la manière dont ils agiraient à présent si la même situation survenait.

Les pratiques existantes sont diversifiées en matière de débriefing, néanmoins des recommandations de bonnes pratiques ont été publiées. Un script a été élaboré par les auteurs à partir des différentes pratiques de débriefing retrouvées dans la littérature. Celui-ci constitue un guide pour choisir la stratégie la plus adaptée à la conduite du débriefing, en fonction du temps disponible, du type de compétences mises en jeu, de l'expérience des apprenants et du formateur. De plus, un outil nommé Promoting Excellence And Reflective Learning in Simulation (PEARLS) et élaboré par les docteurs Eppich et Cheng, vise à donner un cadre et faciliter la conduite du débriefing.

d) Evaluation de la séance

Il est nécessaire d'intégrer une phase d'évaluation à tout programme de simulation, afin de mesurer l'acquisition des compétences et de s'assurer que les objectifs ont été atteints.

Le modèle de Kirkpatrick (Figure 14) est applicable à l'évaluation d'un programme de simulation(148). Il évalue selon 4 niveaux complémentaires :

⇒ le premier niveau mesure le degré de satisfaction de l'apprenant. Il est lié à sa perception concernant l'appréciation globale de la formation, la qualité de l'organisation, de l'animation, des supports de formation et la pertinence des sujets abordés.

⇒ le second niveau apprécie l'acquisition des connaissances et des compétences par les apprenants et permet d'évaluer l'atteinte des objectifs fixés. Pour cela peuvent être employés des questionnaires ou exercices, une auto-évaluation de l'apprenant, un entretien ou encore la réalisation d'un scénario avec observation par les pairs.

⇒ le troisième niveau s'attache à évaluer le niveau de transfert des compétences et le changement des pratiques. Il s'agit d'une évaluation à distance de la formation, permettant de mesurer la pérennité des acquis.

⇒ le quatrième niveau vise à mesurer les répercussions de la formation et du changement des comportements à l'échelle de l'organisme. Grâce à des indicateurs définis, il permet d'évaluer l'impact du programme sur la prise en charge du patient ainsi que sur l'organisation globale du secteur.

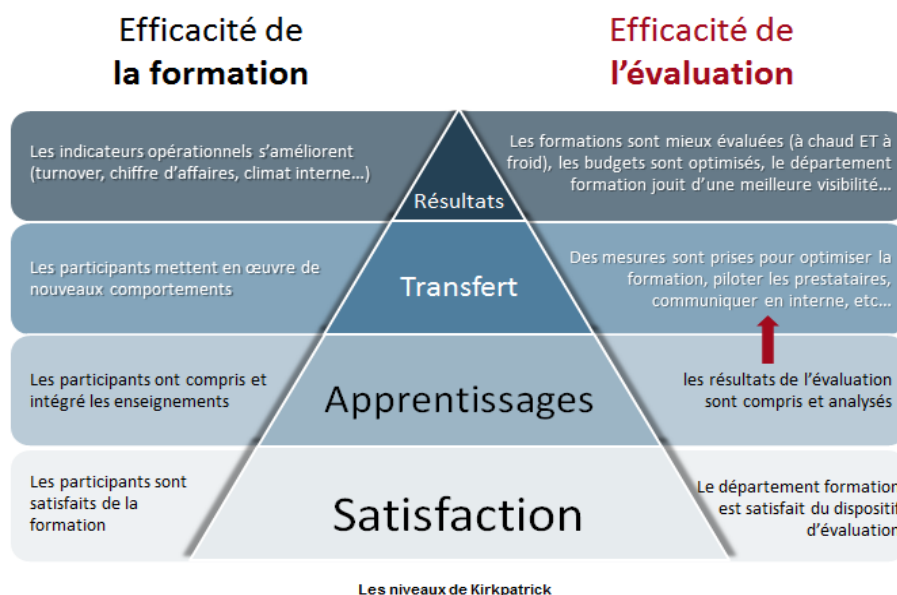


Figure 14. Modèle d'évaluation de Kirkpatrick

II. ANALYSE DE LA SITUATION

1. *Participants à l'étude*

L'étude est menée parmi les participants aux journées de formation de la SFPC qui se sont déroulées les 8 et 9 Juin 2017 à la faculté de pharmacie Paris Descartes. Cette population est composée de pharmaciens hospitaliers, de pharmaciens officinaux, d'internes en pharmacie et de pharmaciens industriels français, belges et suisses. Ces professionnels sont représentatifs du mouvement de déploiement de la pharmacie clinique et fortement impliqués dans la mise en place et/ou la pratique de cette discipline dans leurs établissements. L'enquête est également menée parmi les pharmaciens et internes en pharmacie faisant partie du Groupement Hospitalier de Territoire (GHT) du 06 réunissant notamment le CHU de Nice, les CH de Cannes, d'Antibes, de Grasse et de Menton.

2. *Identification des axes prioritaires du programme de simulation*

Dans le but d'identifier et de décrire les problématiques rencontrées lors de la pratique quotidienne de la pharmacie clinique, afin de déterminer les axes de travail prioritaires sur lesquels orienter notre programme de simulation, nous avons élaboré un questionnaire (Tableau 3) divisé en deux parties : une première partie axée sur les actes de pharmacie clinique et les situations-problèmes rencontrées, une deuxième partie sur la place de la simulation comme méthode de formation en pharmacie clinique, en complément d'autres méthodes d'apprentissage comme la formation présentielle ou le e-learning. Notre objectif est d'élaborer un continuum pédagogique pour l'acquisition des compétences en pharmacie clinique.

a) Actes de pharmacie clinique : retour d'expérience

La première partie du questionnaire vise, dans un premier temps, à décrire la répartition des actes de pharmacie clinique réalisés parmi une population représentative de pharmaciens. Quatre actes sont distingués : la conciliation des traitements médicamenteux (CTM), le bilan de médication (BM), l'entretien pharmaceutique (EP) et l'éducation thérapeutique du patient

(ETP). La fréquence de réalisation de chaque acte est cotée sur une échelle de fréquence d'activité : aucune, ponctuelle, régulière, continue.

Dans un deuxième temps, nous cherchons à identifier et décrire les problèmes éventuellement rencontrés dans la pratique quotidienne de ces quatre actes de pharmacie clinique. Le but est d'identifier le ou les actes, parmi la CTM, le BM, l'EP et l'ETP, pour lesquels les professionnels qui les pratiquent rencontrent régulièrement des obstacles ou des difficultés. Une fois la fréquence de survenue d'un problème établie pour chacun des actes, il s'agit d'identifier le type de problème. Nous avons identifié deux grandes classes de difficultés : difficultés concernant les fondamentaux et les connaissances théoriques (compétences techniques) et difficultés de communication et de réalisation pratique (compétences non techniques individuelles et collectives).

Les difficultés liées à un défaut de connaissances théoriques sont cotées sur une échelle de fréquence de 0 à 5.

Concernant les difficultés de communication ou de réalisation pratique, il s'agit de les décrire : concernent-elles le patient ? le médecin hospitalier ? le pharmacien d'officine ? le médecin traitant ou spécialiste ? Les différents défauts identifiés sont alors à coter sur une échelle de fréquence : jamais, rarement, parfois, souvent.

Dans un dernier temps, le questionnaire invite chaque répondant à citer des exemples concrets de situations-problèmes, que lui ou ses collaborateurs ont rencontré dans leur établissement de soins, au décours de leur activité routinière de pharmacie clinique. Cela nous permet d'identifier les thèmes à cibler pour que les scénarios de simulation élaborés correspondent aux besoins.

b) Place de la simulation

La seconde partie du questionnaire cherche à démontrer l'intérêt que peut représenter la simulation en santé comme méthode d'acquisition de compétences en pharmacie clinique : acquisition de compétences non techniques collectives et individuelles, en complément des approches déjà disponibles, comme le e-learning pour l'apport de connaissances théoriques.

Il s'agit de déterminer si la simulation représente dans ce cadre une méthode adaptée pour les professionnels interrogés. Par une échelle de cotation de 0 (pas d'utilité) à 3 (utilité majeure), nous pouvons déterminer dans quelle mesure la simulation peut aider à la pratique de la pharmacie clinique pour l'acquisition de nouvelles compétences, pour l'amélioration des

compétences, pour les compétences techniques et pour les compétences non techniques telles que la communication, le travail d'équipe et la réalisation pratique des actes (organisation/coordination entre professionnels de santé).

Ensuite, nous cherchons à déterminer si la simulation est exploitable uniquement au niveau pharmaceutique (pharmaciens seniors, internes, externes, préparateurs en pharmacie) ou s'il est possible d'organiser des séances à l'échelle pluriprofessionnelle. Nous voulons également déterminer dans quelles situations cette configuration serait intéressante.

Enfin, une dernière question est soulevée : celle du degré d'utilité d'une « bibliothèque » de vidéos réalisées lors des séances de simulation, accessible pour l'entraînement des professionnels de santé à diverses situations problématiques en pharmacie clinique.

Nom : _____ **Fonction :** _____ **Adresse mail :** _____

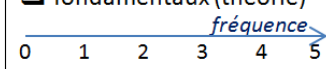
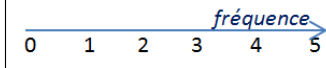
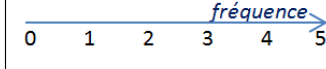
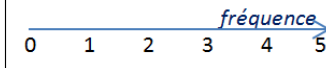
Prénom : _____ **Etablissement :** _____

Bonjour,

Nous réalisons actuellement un travail sur la simulation comme méthode de formation initiale et continue des professionnels de santé vis-à-vis de la Pharmacie clinique. Notre objectif est l'élaboration de scénarios de simulation en complément des méthodes d'apprentissage déjà disponibles (présentiel, e-learning type FormaConcil). Dans ce contexte, nous cherchons à identifier les situations problématiques rencontrées sur le terrain et les thèmes à cibler. C'est pourquoi nous sollicitons votre expérience professionnelle et votre avis afin que les scénarios élaborés correspondent au mieux aux besoins. Merci de répondre à ce questionnaire et de le rendre jeudi à la fin de la journée.

Les résultats vous seront communiqués. Merci d'indiquer également si vous acceptez de faire partie du groupe de relecture et de test des scénarios de simulation élaborés suite à cette enquête.

1) Les actes de Pharmacie clinique

| ACTES | ACTIVITE | PROBLEMES | Type de problèmes |
|--------------------------------------|--|---|---|
| ⇒ Conciliation médicamenteuse | <input type="checkbox"/> aucune <input type="checkbox"/> ponctuelle <input type="checkbox"/> régulière <input type="checkbox"/> continue | <input type="checkbox"/> jamais <input type="checkbox"/> rarement <input type="checkbox"/> parfois <input type="checkbox"/> souvent | <input type="checkbox"/> fondamentaux (théorie) <div style="text-align: center;">  </div> <input type="checkbox"/> communication, réel pratique |
| ⇒ Bilan de médication | <input type="checkbox"/> aucune <input type="checkbox"/> ponctuelle <input type="checkbox"/> régulière <input type="checkbox"/> continue | <input type="checkbox"/> jamais <input type="checkbox"/> rarement <input type="checkbox"/> parfois <input type="checkbox"/> souvent | <input type="checkbox"/> fondamentaux <div style="text-align: center;">  </div> <input type="checkbox"/> communication, réel pratique |
| ⇒ Entretien pharmaceutique | <input type="checkbox"/> aucune <input type="checkbox"/> ponctuelle <input type="checkbox"/> régulière <input type="checkbox"/> continue | <input type="checkbox"/> jamais <input type="checkbox"/> rarement <input type="checkbox"/> parfois <input type="checkbox"/> souvent | <input type="checkbox"/> fondamentaux <div style="text-align: center;">  </div> <input type="checkbox"/> communication, réel pratique |
| ⇒ Education thérapeutique du patient | <input type="checkbox"/> aucune <input type="checkbox"/> ponctuelle <input type="checkbox"/> régulière <input type="checkbox"/> continue | <input type="checkbox"/> jamais <input type="checkbox"/> rarement <input type="checkbox"/> parfois <input type="checkbox"/> souvent | <input type="checkbox"/> fondamentaux <div style="text-align: center;">  </div> <input type="checkbox"/> communication, réel pratique |

2) Concernant les difficultés de communication ou réalisations pratiques éventuellement rencontrées, concernent-elles :

- | | | | | |
|-----------------------------------|---------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| ✓ le patient | <input type="checkbox"/> Jamais | <input type="checkbox"/> Rarement | <input type="checkbox"/> Parfois | <input type="checkbox"/> Souvent |
| ✓ le médecin hospitalier | <input type="checkbox"/> Jamais | <input type="checkbox"/> Rarement | <input type="checkbox"/> Parfois | <input type="checkbox"/> Souvent |
| ✓ le pharmacien d'officine | <input type="checkbox"/> Jamais | <input type="checkbox"/> Rarement | <input type="checkbox"/> Parfois | <input type="checkbox"/> Souvent |
| ✓ le médecin traitant/spécialiste | <input type="checkbox"/> Jamais | <input type="checkbox"/> Rarement | <input type="checkbox"/> Parfois | <input type="checkbox"/> Souvent |

3) Pouvez-vous citer 3 exemples de situations-problèmes que vous ou vos collègues avez pu rencontrer dans votre pratique de la Pharmacie clinique ?

(exemple : J'ai appelé le pharmacien d'officine pour obtenir la liste des traitements d'un patient dont je réalisais la conciliation médicamenteuse d'entrée, celui-ci a refusé de me répondre en évoquant la confidentialité)

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Place de la simulation

Le principe est de préparer des scénarios type mise en situation/jeux de rôles afin de s'entraîner en équipe (compétences « non techniques ») avant la réalisation des actes. La simulation est adaptée aux juniors comme aux professionnels en exercice, en complément des approches déjà disponibles, comme le e-learning pour l'apport de connaissances théoriques.

4) Pensez-vous que dans le cadre de l'acquisition des compétences en pharmacie clinique, la simulation soit une méthode d'apprentissage adaptée à l'enseignement de la Pharmacie clinique, en complément d'autres méthodes pédagogiques déjà disponibles?

- Inadaptée Peu adaptée Adaptée Très adaptée

5) Dans quelle mesure pensez-vous que la simulation puisse aider à la pratique de la Pharmacie clinique ?

0 : pas d'utilité 3 : utilité majeure

- Acquisition de nouvelles compétences : 0 1 2 3
- Consolidation de compétences : 0 1 2 3
- Compétences techniques : 0 1 2 3
- Compétences non techniques (communication, travail d'équipe) 0 1 2 3

6) Vis-à-vis de la pharmacie clinique, imaginez-vous la simulation uniquement au niveau pharmaceutique (pharmacien et préparateur) ou pensez-vous qu'elle est exploitable à l'échelle pluriprofessionnelle ? Si oui, merci de proposer des exemples de situations.

.....
.....

7) La réalisation d'une « bibliothèque » de vidéos d'entraînement accessible vous semble-t-il utile ?

- Inutile Peu utile Assez utile Très utile

8) Acceptez-vous de faire partie du groupe de relecture et de test des scénarios de simulation élaborés suite à cette enquête?

- Oui Non

Merci de votre participation

Tableau 3. Questionnaire sur l'intérêt de la simulation en santé pour l'acquisition de compétences en Pharmacie clinique

3. *Conception du programme*

a) Objectif général

L'objectif principal de ce programme de formation basé sur la simulation et appliqué à la pharmacie clinique, est d'élaborer et de mettre en pratique des modules adaptés à chacun des actes de pharmacie clinique définis dans le modèle 2017 de la SFPC.

Les objectifs opérationnels de ce programme se définissent en deux temps : d'une part, il s'agit de positionner les modules de simulation élaborés au niveau du continuum de formation proposé par la SFPC. D'autre part, nous visons une harmonisation structurée des modules de formation par simulation, afin de pouvoir capitaliser un retour d'expérience collectif.

De nouveaux axes prioritaires de formation ciblant les compétences techniques et non techniques seront tout d'abord définis, grâce notamment aux résultats de l'enquête réalisée parmi les participants aux Journées de formation de la SFPC de juin 2017. Dans un second temps, sur la base d'une grille unique de simulation transposable, un programme de simulation décliné en plusieurs modules sera construit et mis en place. Chaque module déclinera un acte de pharmacie clinique : entretien d'admission, conciliation des traitements médicamenteux, bilan de médication, entretien pharmaceutique et éducation thérapeutique du patient; il sera construit de façon à cibler les points essentiels relevés dans l'enquête précédemment citée.

Ce nouveau programme nous permettra de disposer, en complément de modules d'e-learning, d'un plan de formation des juniors comme des séniors à la pratique de la pharmacie clinique, notamment sur les compétences non techniques pour lesquelles il n'existe pas de programme formalisé. Ce programme sera proposé pour test aux participants à l'étude menée puis, après validation, diffusé de manière plus large.

b) Elaboration d'une grille de simulation harmonisée

Avant d'exploiter notre analyse des situations à risque au travers de scénarios de simulation, l'objectif est d'élaborer la grille de simulation qui servira de support à ces différents modules et scénarios. Cette grille harmonisée sera élaborée conformément aux exigences de la HAS en matière de bonnes pratiques de simulation et s'inspirera de la trame proposée dans le cadre du

projet MULTISIM-STEAM[®] mené par le CHU de Nice, en collaboration avec le groupe de travail Simulation de la SFPC. Celle-ci a été élaborée dans le cadre d'un projet labellisé ARS PACA lié au PNSP et a été testée lors d'un atelier au congrès Hopipharm 2017. Cette grille est transposable à tous les scénarios; l'objectif étant de définir, pour une situation à risque donnée, les objectifs d'apprentissage, les compétences requises pour atteindre ces objectifs, ainsi que les critères d'évaluation de ces compétences. Ces critères d'évaluation seront soumis pour validation aux groupes de travail de la SFPC.

L'objectif est d'élaborer une grille de simulation par module adaptée à la réalisation des différents actes de pharmacie clinique : un entretien d'admission, une conciliation médicamenteuse, un bilan de médication, un entretien pharmaceutique, une séance d'éducation thérapeutique du patient. Les différentes parties de la grille sont adaptables en fonction du scénario choisi. Les objectifs pédagogiques et d'apprentissage visent à ce que l'apprenant, à l'issue de la séance de simulation, ait acquis les connaissances et les compétences nécessaires pour réaliser l'acte de pharmacie clinique concerné, selon la méthodologie définie dans les bonnes pratiques des sociétés savantes et de la HAS.

c) Elaboration des scénarios

Les situations à risque identifiées dans notre enquête nous permettent de proposer des scénarios de simulation basés sur les actes de pharmacie clinique définis. Les situations proposées mènent à la mise en œuvre de compétences, à travers lesquelles les objectifs pédagogiques seront atteints. Les scénarios réalisés proposent des cas de complexité croissante, l'acquisition des compétences pour l'un permettant de passer au niveau suivant.

d) Evaluation du programme de simulation

Tout programme de simulation nécessite d'établir des modalités d'évaluation. Elles montrent ainsi qu'il s'inscrit dans un processus d'apprentissage permettant l'acquisition de savoir, de savoir-faire et de savoir être. L'évaluation du programme de simulation vise, d'une part, à vérifier l'acquisition des compétences par les apprenants, d'autre part à valider la pertinence de la formation et à l'adapter si besoin. Enfin, elle permet de mesurer l'impact de la formation sur les pratiques en générant un retour d'expérience.

Notre programme de formation sera évalué sur la base du modèle de Kirkpatrick. Il sera présenté et testé lors de l'atelier du congrès SFPC en février 2018, ainsi qu'aux participants à l'enquête ayant accepté de faire partie du groupe de relecture et de test des scénarios.

PARTIE III

RESULTATS

I. ANALYSE DE LA SITUATION

1. *Participants à l'étude*

Parmi 156 personnes sollicitées pour répondre au questionnaire (participants aux Journées de formation de la SFPC des 8 et 9 Juin 2017 et pharmaciens membres du GHT regroupant notamment le CHU de Nice et les CH de Cannes, Antibes, Grasse et Menton), 60 personnes ont répondu à l'enquête, soit 38% de participation. Il s'agit de pharmaciens ou d'internes en pharmacie ; la répartition de leur établissement de rattachement est représentée dans le diagramme ci-dessous :

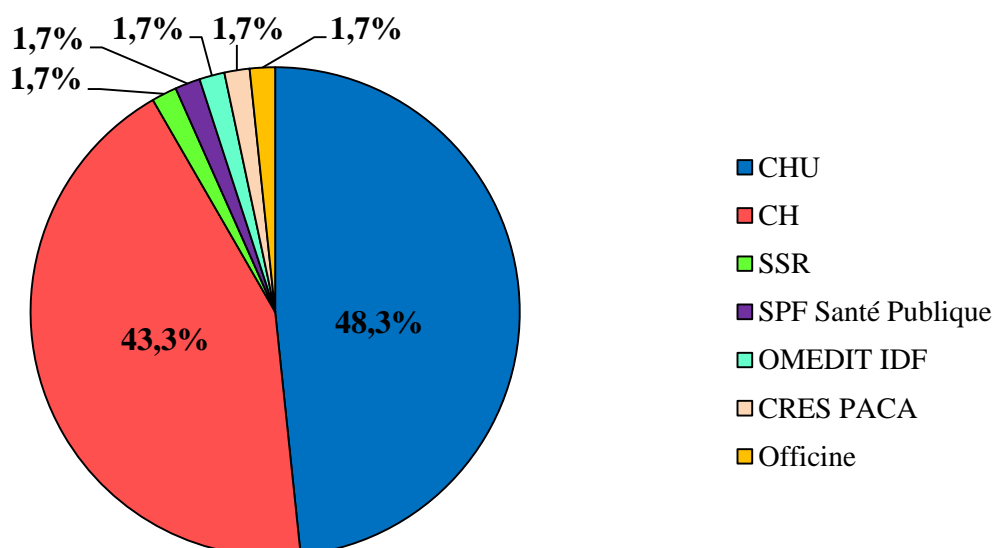


Figure 15. Répartition des établissements de rattachement des participants à l'enquête

La répartition des répondants est homogène entre CHU (48,3%) et CH (43,3%), établissements où la pratique de la pharmacie clinique se fait de plus en plus courante. La pertinence des réponses est appuyée par l'expérience en ce domaine pour la majorité des répondants. Les autres répondants proviennent, en part égale, d'un établissement de Soins de Suites et Réadaptation, du SPF (Service Public Fédéral) Santé Publique belge, de l'OMÉDIT Ile-de-France, du CRES PACA (Comité Régional d'Education pour la Santé) et enfin d'une pharmacie d'officine. La population est donc représentative de l'ensemble des pharmaciens, compte tenu de la diversité des ressources humaines disponibles.

2. Actes de Pharmacie clinique

a) Répartition

Quatre actes de pharmacie clinique sont distingués, selon le modèle 2017 de la SFPC : la Conciliation des Traitements Médicamenteux (CTM), le Bilan de Médication (BM), l'Entretien Pharmaceutique (EP) et l'Education Thérapeutique du Patient (ETP). Les graphiques ci-dessous déclinent la fréquence de réalisation de chaque acte dans la population de répondants :

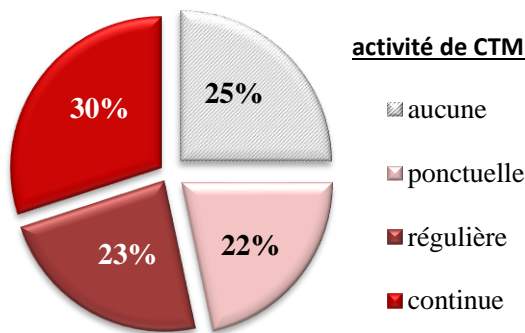


Figure 16. Fréquence de réalisation de la conciliation des traitements

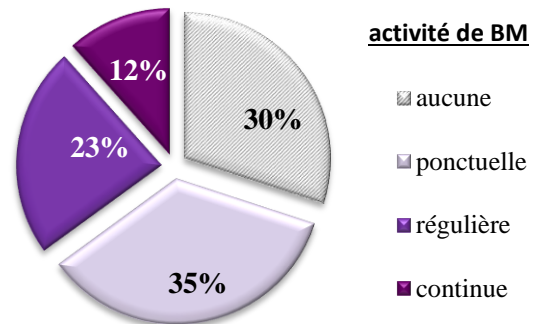


Figure 17. Fréquence de réalisation du bilan de médication

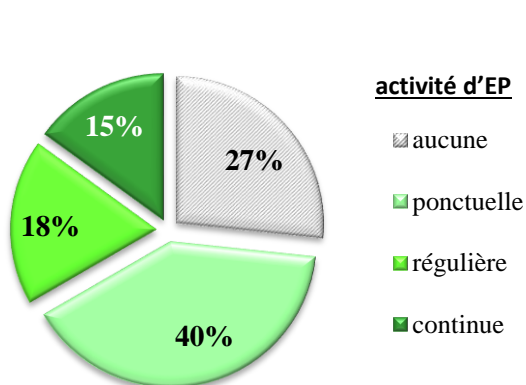


Figure 18. Fréquence de réalisation de l'entretien pharmaceutique

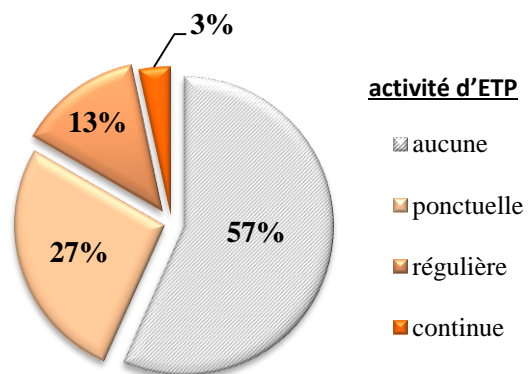


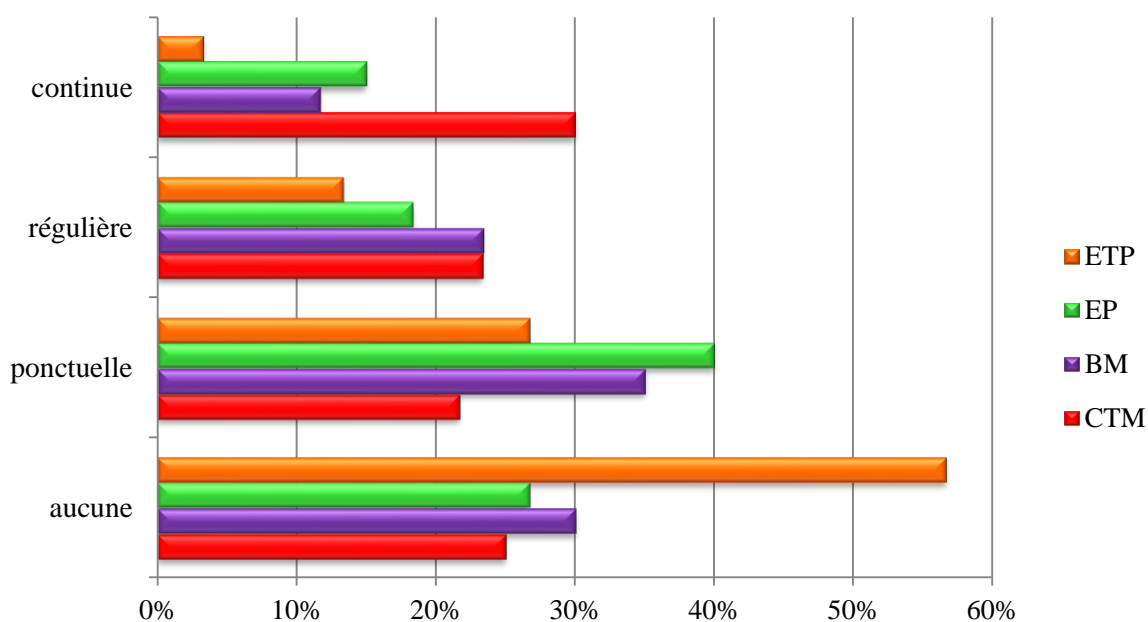
Figure 19. Fréquence de réalisation de l'éducation thérapeutique du patient

Environ un quart des personnes interrogées n'ont aucune activité de CTM, de BM et d'EP dans leur établissement. L'ETP se révèle être l'activité la moins démocratisée car plus de la moitié des personnes ne la pratique jamais, et seulement 3% la pratiquent de façon continue.

Cela s'explique par le manque de ressources humaines mais également la difficulté d'obtention de financement des programmes d'ETP.

Les activités de CTM, de BM et d'EP sont présentes dans la majorité des établissements mais aucun degré d'occurrence ne prédomine pour l'ensemble des activités. Un peu plus du quart des répondants pratique la CTM de manière continue (30%). Les activités de BM et d'EP sont surtout pratiquées de manière ponctuelle (respectivement 35% et 40%).

Le diagramme ci-dessous regroupe les différentes activités en fonction de leur fréquence de réalisation :



| Activité | CTM | BM | EP | ETP |
|------------|-----|-----|-----|-----|
| non | 25% | 30% | 27% | 57% |
| oui | 75% | 70% | 74% | 43% |
| ponctuelle | 22% | 35% | 40% | 27% |
| régulière | 23% | 23% | 18% | 13% |
| continue | 30% | 12% | 15% | 3% |

Figure 20. Fréquence de réalisation des activités de pharmacie clinique

Ce graphique confirme le caractère peu répondu de l'activité d'ETP dans les établissements. La CTM est quant à elle l'activité la plus démocratisée. La pratique du BM et de l'EP est majoritairement ponctuelle.

b) Fréquence de survenue d'un problème

Parmi la population réalisant l'acte de pharmacie clinique concerné, la fréquence de survenue d'un obstacle ou d'un problème, tout type confondu, est notifiée dans le diagramme suivant :

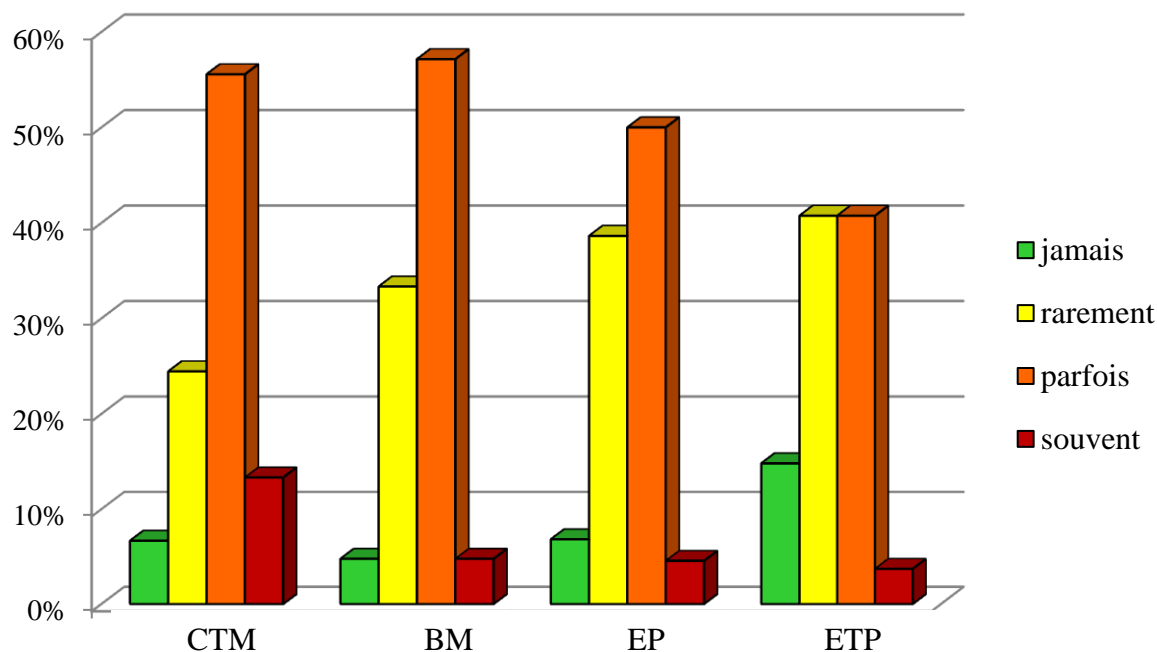


Figure 21. Fréquence de survenue d'un problème dans la réalisation des actes de pharmacie clinique

L'ETP représente l'acte de pharmacie clinique rapportant le moins de dysfonctionnements (« jamais » de problème dans 15% des cas). La majorité des personnes déclarent rencontrer un problème « rarement » ou « parfois » en proportions égales (41%). Ce résultat est cohérent par le fait d'une nécessité de formation et de qualification, tant sur l'aspect théorique que sur les capacités de communication du personnel intervenant ou animant des séances d'ETP. Pour toutes les activités, plus de la moitié des pharmaciens déclare rencontrer « parfois » des

difficultés. 15% rencontrent « souvent » un obstacle dans la pratique de la CTM, qui représente donc l'acte posant majoritairement souci.

c) Identification du problème

Le digramme présenté ci-dessous caractérise, pour chaque acte de pharmacie clinique, la nature des problèmes rencontrés et leur occurrence: mise en cause de compétences techniques (fondamentaux, connaissances théoriques) ou mise en cause de compétences non techniques (communication, travail d'équipe, réalisation pratique).

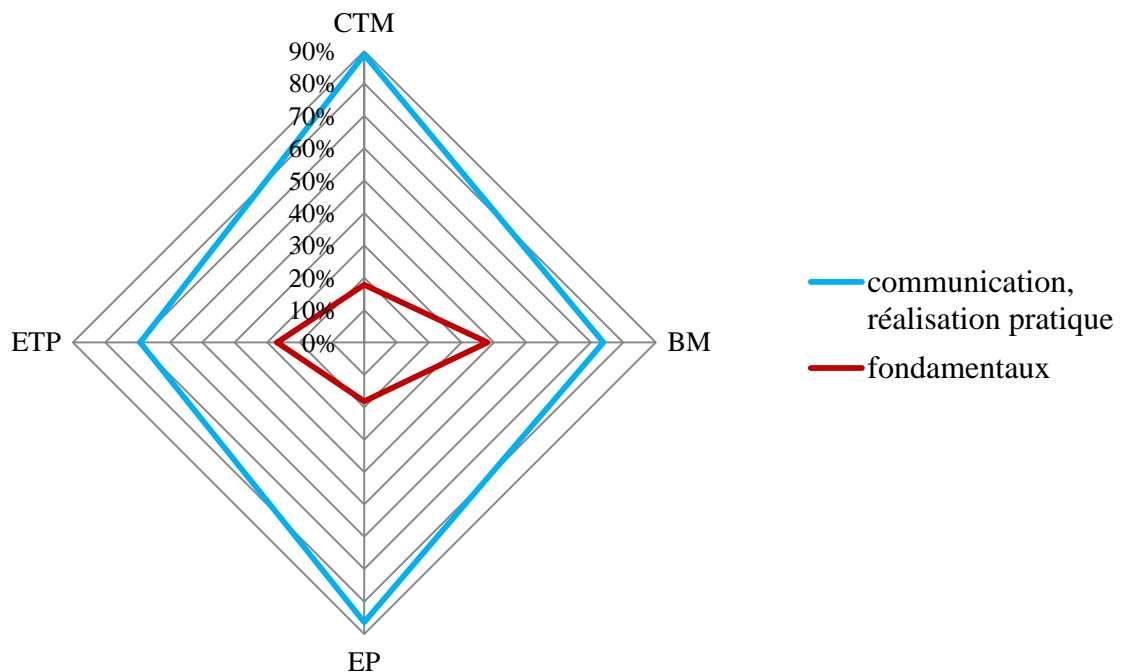


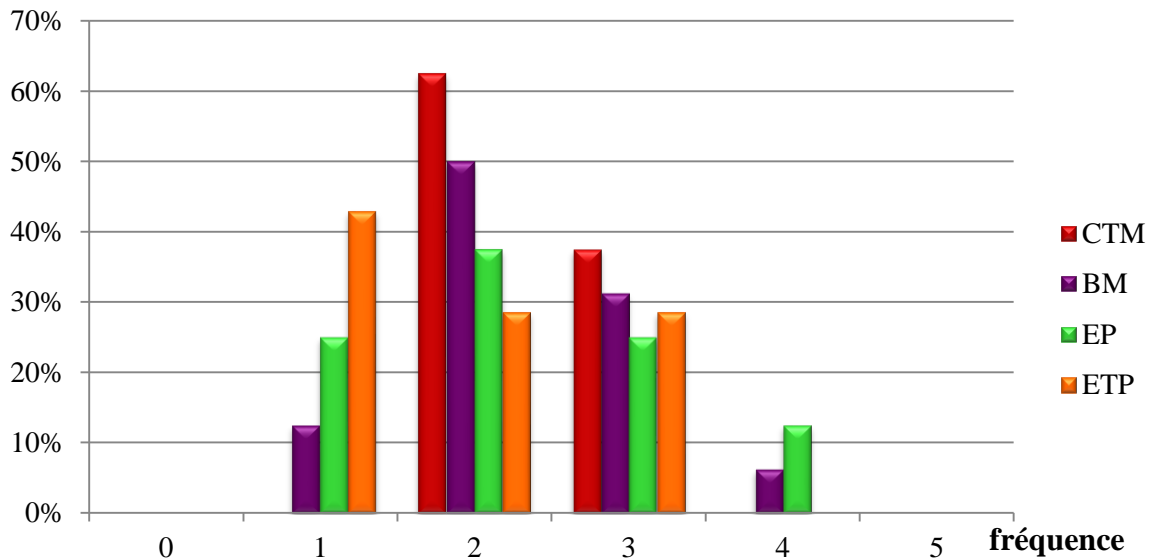
Figure 22. Nature et occurrence des problèmes rencontrés dans la réalisation des actes de pharmacie clinique

Il apparaît clairement que pour chaque acte de pharmacie clinique, bien que les difficultés dues à des connaissances théoriques existent, les problèmes de communication et de

réalisation pratique sont prédominants. Les difficultés touchant aux connaissances théoriques sont rencontrés lors du BM principalement (38%) ainsi que pour la réalisation de séances d’ETP (27%).

i. Compétences techniques

Les problèmes ayant trait à des compétences techniques tels que fondamentaux/connaissances théoriques ont été cotés sur une échelle de fréquence de 0 à 5. Ils sont représentés pour chacune des activités de pharmacie clinique dans le diagramme suivant :



| Fréquence | CTM | BM | EP | ETP |
|-----------|-----|-----|-----|-----|
| 0 | 0% | 0% | 0% | 0% |
| 1 | 0% | 13% | 25% | 43% |
| 2 | 63% | 50% | 38% | 29% |
| 3 | 38% | 31% | 25% | 29% |
| 4 | 0% | 6% | 13% | 0% |
| 5 | 0% | 0% | 0% | 0% |

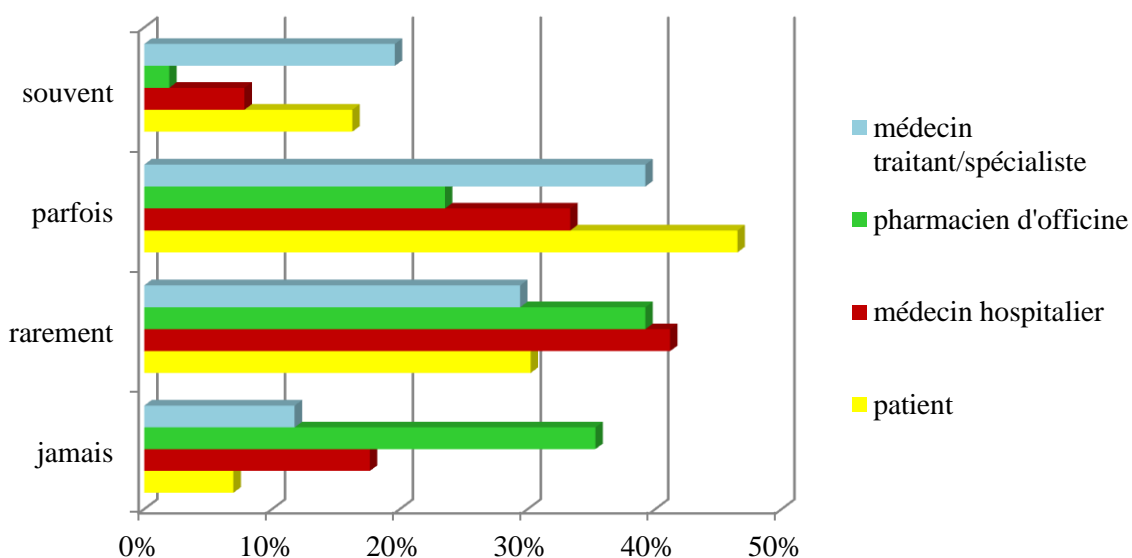
Figure 23. Fréquence de survenue des problèmes liés à des compétences techniques pour chaque acte de pharmacie clinique

Parmi les personnes rencontrant des défauts de fondamentaux, la CTM, le BM et l’EP sont concernés en majorité, avec une fréquence moyenne (fréquence 2). Ces défauts apparaissent

moins fréquents pour l'ETP (fréquence 1 en majorité), alors que paradoxalement, et d'après les résultats précédents, plus de personnes sont concernées par les problèmes de fondamentaux pour l'ETP que pour la CTM ou l'EP.

ii. Compétences non techniques

En moyenne 80% des personnes interrogées rencontrent des difficultés de communication ou de réalisation pratique, toute activité confondue. Ces difficultés sont rencontrées lors d'échanges ou de prise de contact avec le patient, le médecin hospitalier, le pharmacien d'officine ou encore le médecin généraliste ou spécialiste, selon les fréquences déclinées ci-dessous :



| problème communication | patient | médecin hospitalier | pharmacien d'officine | médecin traitant/spécialiste |
|------------------------|---------|---------------------|-----------------------|------------------------------|
| jamais | 7% | 18% | 35% | 12% |
| rarement | 30% | 41% | 39% | 29% |
| parfois | 47% | 33% | 24% | 39% |
| souvent | 16% | 8% | 2% | 20% |

Figure 24. Fréquence et nature des difficultés de communication ou de réalisation pratique rencontrées dans les activités de pharmacie clinique

Le pharmacien d'officine est l'interlocuteur posant le moins de problèmes de communication : « jamais » dans 35% des cas, « rarement » dans 39% des cas.

Presque la moitié des répondants rencontrent « parfois » des problèmes de communication avec le patient, 16% en rencontrent « souvent ». Le médecin traitant et/ou spécialiste pose également des problèmes de communication vis-à-vis du pharmacien : « souvent » dans 20% des cas. Enfin, concernant le médecin hospitalier, des problèmes de communication sont « rarement » rencontrés (41%) ou « parfois » dans 33% des cas.

On en conclut que parmi les acteurs intervenant dans les situations de pharmacie clinique, le patient est l'interlocuteur avec lequel nous rencontrons le plus de difficultés de communication, suivi de près par le médecin traitant et/ou le médecin spécialiste.

d) Retour d'expérience dans la pratique de la pharmacie clinique : situations-problèmes

Il a été demandé aux répondants du questionnaire de citer 3 situations concrètes, rencontrées par eux-mêmes ou leurs collègues, au décours de la pratique d'un acte de pharmacie clinique, et leur ayant causé des difficultés. L'objectif est de repérer de façon plus précise les points sensibles à cibler dans le programme de simulation. L'ensemble des situations citées a fait l'objet d'un classement par thèmes, dont la répartition est présentée ci-dessous :

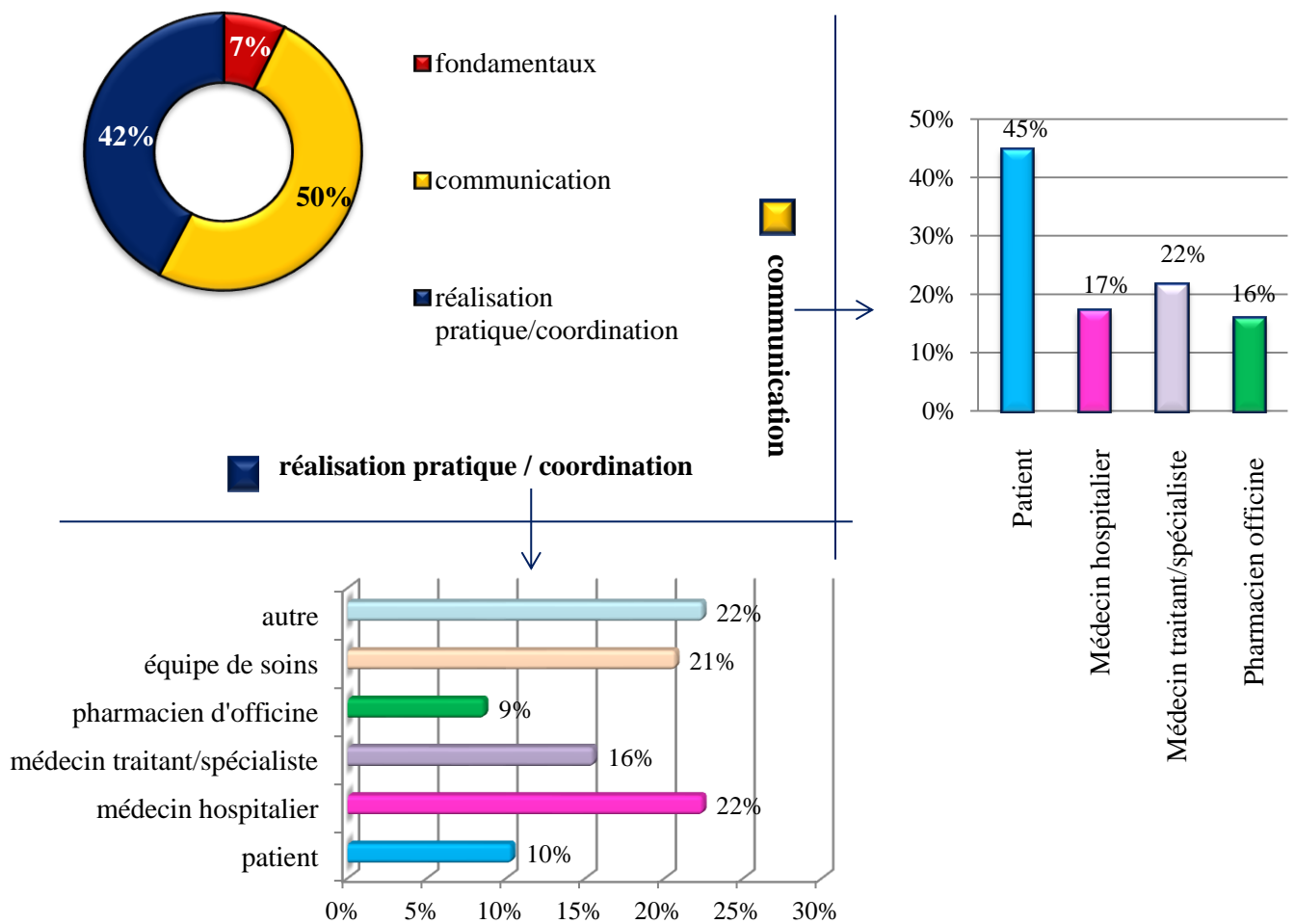


Figure 25. Situations problématiques de pharmacie clinique par thème et par acteur concerné

Peu d'exemples concernant un manque de connaissances théoriques ont été donnés (7%). La moitié des répondants ont cité un problème de communication (50%), la majorité des situations concernant le patient (45%), puis le médecin de ville (médecin traitant ou spécialiste - 22%), ce qui corrobore les résultats présentés précédemment. De nombreux exemples concernant une difficulté de réalisation pratique et d'organisation ont été également cités (42%). La coopération avec le médecin hospitalier est souvent mise en cause (22% des cas) puis celle avec l'équipe de soins de manière globale (21%).

Le tableau en annexe 8 répertorie l'ensemble des situations-problèmes citées dans les questionnaires.

Parmi les difficultés de communication rencontrées avec le patient, plusieurs situations récurrentes sont citées : la barrière de la langue, les troubles cognitifs, un patient non coopérant ou encore la difficulté à recadrer l'entretien ou à se centrer sur les objectifs.

La communication avec le médecin hospitalier se révèle quelquefois problématique : manque de sensibilisation du médecin à l'intérêt de la CTM et plus globalement, à la démarche de pharmacie clinique, les interventions pharmaceutiques n'étant pas toujours prises en compte.

En ville, le problème de confidentialité est souvent évoqué et explique la réticence des médecins généralistes, spécialistes et des pharmaciens d'officine à communiquer des informations concernant un patient par voie téléphonique.

Vis-à-vis des médecins généralistes et spécialistes, il est mis en évidence la difficulté d'obtenir une modification de traitement, soit instauré par ce médecin de façon chronique, soit instauré par un autre médecin. Les médecins libéraux semblent également peu sensibilisés à l'intérêt de la démarche de pharmacie clinique.

La communication entre pharmacien de ville et pharmacien hospitalier pose quelquefois problème : manque de sensibilisation à la démarche et méfiance vis-à-vis des internes, étudiants ou préparateurs.

Les problèmes de réalisation pratique interfèrent de manière régulière dans la mise en œuvre des actes de pharmacie clinique.

Une absence de coordination entre les équipes hospitalières est évoquée, par exemple recherche de la même information par le médecin du service et le pharmacien clinicien, impliquant une perte de temps pour les deux parties mais également pour le médecin généraliste ou spécialiste qui est contacté deux fois ou encore pour le patient qui est interrogé plusieurs fois sur la même thématique.

La difficulté de réalisation de la CTM de sortie est également mise en avant, de par le manque de coordination entre le service de soins et le pharmacien. La sortie du patient est organisée et l'ordonnance de sortie rédigée sans information systématique du pharmacien. Le manque de disponibilité des différents interlocuteurs, en ville comme à l'hôpital, est également cité.

Concernant le patient, les difficultés relevées sont : moment de l'entretien pas toujours opportun, difficulté à obtenir des sources d'information pour réaliser un BMO.

Un manque de transmission d'informations (conciliation de sortie par exemple) au médecin de ville peut également être mis en avant.

On souligne enfin le caractère chronophage et fastidieux de l'activité de recueil d'information, le manque de ressources humaines pharmaceutiques, l'absence d'accès au DP et la non-intégration d'un module de CTM aux logiciels de prescription.

Un manque de connaissances théoriques a été cité dans certains cas, notamment concernant les connaissances cliniques, pharmaceutiques mais également la méthodologie à adopter pour mener un entretien pharmaceutique, un bilan de médication ou réaliser un BMO.

Les situations citées seront utilisées pour l'élaboration des scénarios de simulation, qui permettront ainsi de s'entraîner à réagir face aux problèmes régulièrement rencontrés dans la pratique de la pharmacie clinique.

3. Place de la simulation

a) Acquisition de compétences

Le graphique ci-dessous décline l'avis des répondants sur l'utilité de la simulation comme méthode d'apprentissage en pharmacie clinique, en complément des autres approches pédagogiques disponibles :

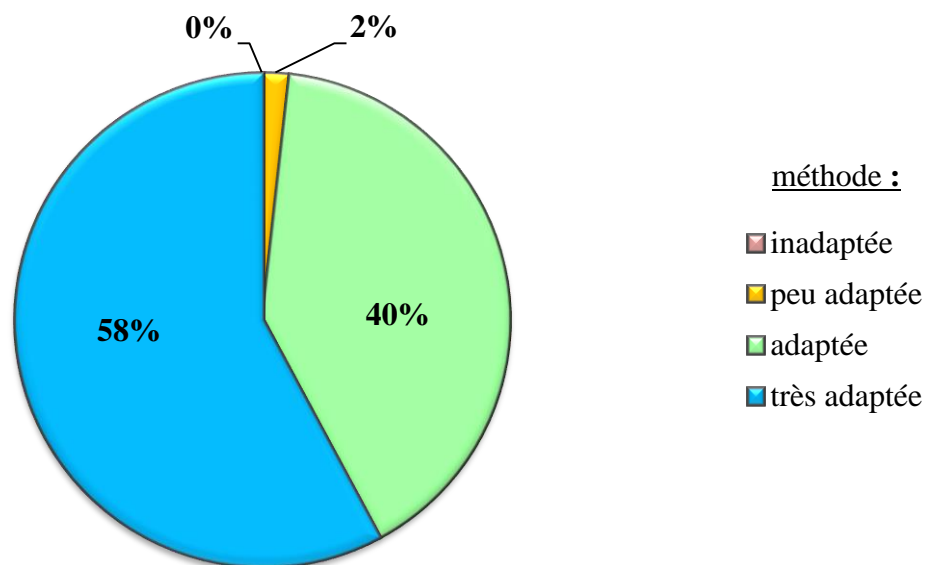
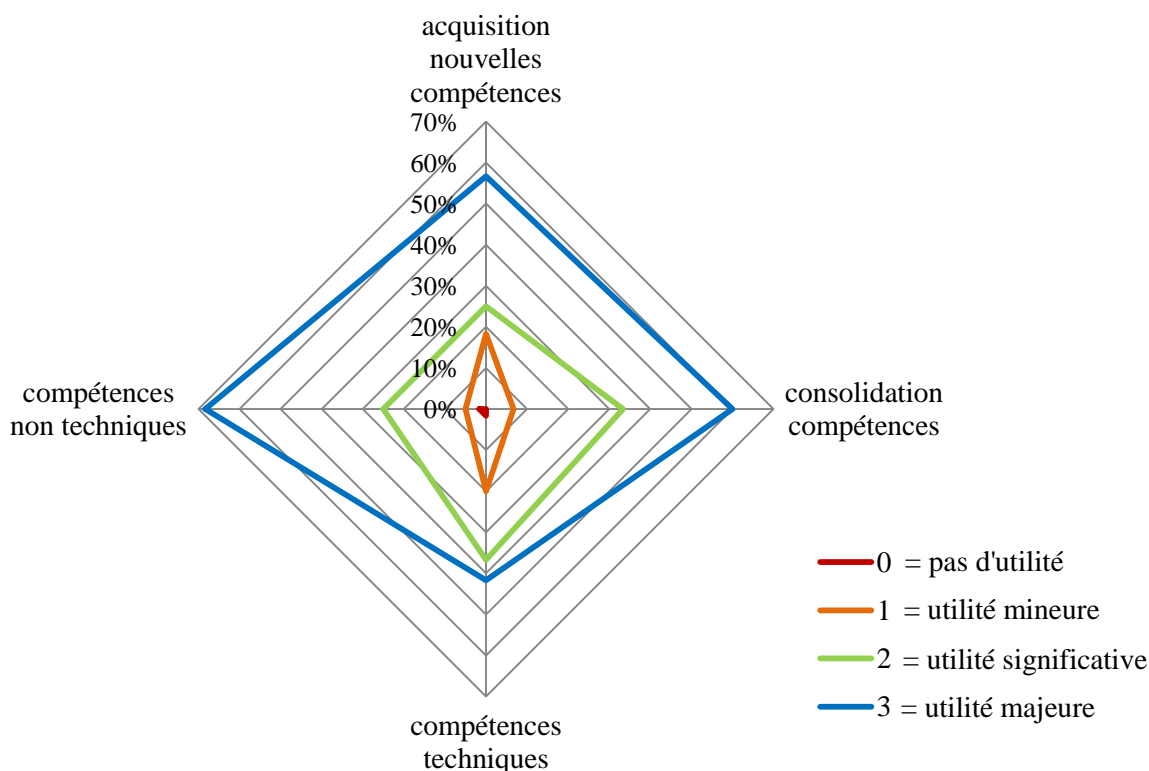


Figure 26. Evaluation du caractère adapté de la simulation comme méthode d'apprentissage en pharmacie clinique

Plus de la moitié des répondants considère que la simulation est une méthode « très adaptée » dans le cadre d'acquisition de compétences en pharmacie clinique, 40% pensent qu'il s'agit d'une méthode « adaptée ».

L'utilité de la simulation a été évaluée dans l'acquisition de nouvelles compétences et la consolidation de compétences, ainsi que pour l'apprentissage de compétences techniques et non techniques. Les résultats sont présentés ci-dessous :



| Utilité | Acquisition de nouvelles compétences | Consolidation des compétences | Compétences techniques | Compétences non techniques |
|---------|--------------------------------------|-------------------------------|------------------------|----------------------------|
| 0 | 0% | 0% | 2% | 2% |
| 1 | 18% | 7% | 20% | 5% |
| 2 | 25% | 33% | 37% | 25% |
| 3 | 57% | 60% | 42% | 68% |

Figure 27. Evaluation de l'utilité de la simulation dans l'amélioration des différents types de compétences

Plus de la moitié des pharmaciens répondants pensent que la simulation présente une « utilité majeure » pour l'acquisition de nouvelles compétences et la consolidation des compétences.

Pour 70% d'entre eux, la simulation apporte une utilité majeure pour les compétences non techniques, le constat étant plus nuancé mais toujours majoritairement positif concernant les compétences techniques, avec une utilité majeure pour moins de la moitié d'entre eux (42%). La simulation en pharmacie clinique apparaît alors comme une méthode d'apprentissage attractive, pour la formation initiale comme continue et particulièrement pour l'acquisition ou l'amélioration des compétences non techniques individuelles et collectives telles que la communication, le travail d'équipe ou encore les modalités de réalisation pratique et d'organisation.

b) Pluriprofessionnalisme

Les actes de pharmacie clinique font intervenir différents acteurs autour du patient, avec lesquels le pharmacien interagit quotidiennement. Dans ce contexte, les répondants aux questionnaires ont été sollicités pour donner leur avis sur la possibilité et l'intérêt de l'exploitation de la simulation au niveau pluriprofessionnel, en faisant participer au programme de formation d'autres professionnels de santé du secteur médical ou paramédical. Dans ce dernier cas, il leur a été demandé de citer un exemple de situation intéressante à explorer à cette échelle. Ces situations ont été classées puis interprétées dans la Figure 28:

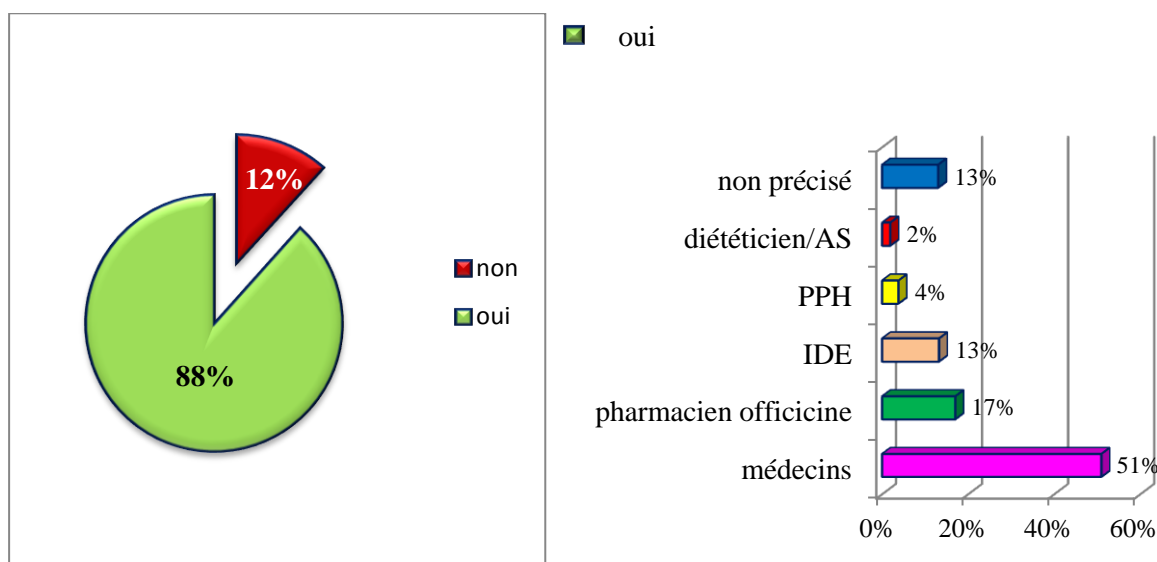


Figure 28. Utilité de la simulation en pharmacie clinique à l'échelle pluriprofessionnelle et professionnels concernés

La majorité des professionnels interrogés pensent qu'il serait intéressant d'exploiter la simulation au-delà du niveau pharmaceutique, à l'échelle de l'ensemble des professionnels de santé intervenant dans le circuit de pharmacie clinique. La moitié des répondants citent une participation des médecins aux séances de simulation (51%). En effet, ils pensent que cela permettrait, d'une part, de sensibiliser ceux-ci à l'impact positif de la pharmacie clinique, mais également de faciliter les échanges entre médecins et pharmaciens. Le bénéfice escompté concerne donc particulièrement l'amélioration des compétences non techniques telles que la communication et le travail en équipe. Le pharmacien d'officine est également cité (17%) pour participer à des séances de simulation, visant une coopération entre pharmacien hospitalier et pharmacien officinal dans le cadre de la conciliation des traitements médicamenteux, comme pour la réalisation de bilans de médication ou d'entretiens pharmaceutiques. Les infirmiers (IDE) sont également sollicités dans 13% des cas, notamment pour la réalisation de séances d'éducation thérapeutique du patient en collaboration avec le pharmacien, et dans le cadre de la conciliation des traitements médicamenteux. Les préparateurs en pharmacie hospitalière (PPH) sont cités (4%), notamment pour l'aide du pharmacien à la réalisation de la conciliation médicamenteuse, dans la phase de collecte des données. Dans 2% des cas, on retrouve les diététiciens et aides-soignants (AS) dans le cadre de réunions multidisciplinaires autour du patient et d'éducation thérapeutique.

c) Réalisation d'une « bibliothèque » de vidéos d'entraînement

Il est possible d'utiliser du matériel audiovisuel afin de filmer les séances de simulation et de sélectionner certaines scènes. Dans ce contexte, le degré d'utilité de la réalisation d'une « bibliothèque » de vidéos accessible pour l'entraînement des professionnels à diverses situations problématiques en pharmacie clinique, a été évalué :

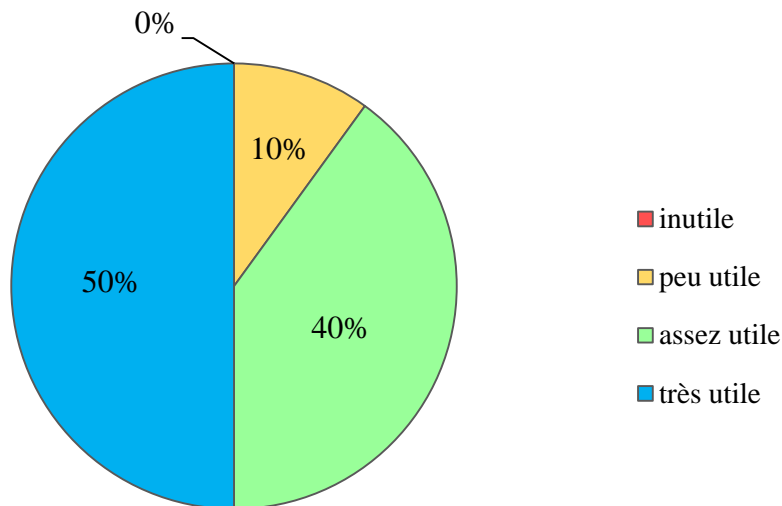


Figure 29. Utilité de la réalisation d'une bibliothèque de vidéos d'entraînement à la pharmacie clinique

L'accès à une bibliothèque de vidéos d'entraînement paraît très utile pour la moitié des répondants et utile pour 40% d'entre eux.

Ainsi, il paraît intéressant de filmer les séances de simulation et d'en sélectionner des séquences afin d'alimenter une bibliothèque de vidéos accessible aux professionnels ayant participé au programme de simulation. Ces séquences d'intérêt, répertoriées par thème, permettront aux apprenants de revenir spécifiquement sur les situations qui leur posent ou qui leur ont posé problème, principalement sur le plan des compétences non techniques telles que la communication et le travail en équipe.

II. DEGAGEMENT DES OBJECTIFS GENERAUX, DES THEMES ET OBJECTIFS PEDAGOGIQUES

| | Situations-problèmes | CTM | BM | EP | ETP | |
|--|--|---|----|----|-----|---|
| Compétences non techniques individuelles : communication | Barrière de la langue | × | | | | |
| | Patient mal ou non informé sur son diagnostic / déni | × | | | × | |
| | Patient non ou peu coopérant, en retrait, peu communicant | × | × | × | × | |
| | Patient dément / troubles cognitifs | × | | | | |
| | Patient bavard, difficile à recadrer | × | × | × | × | |
| | Intérêt de la démarche de pharmacie clinique non saisi par le patient | × | | × | | |
| | Intérêt de la démarche de pharmacie clinique non saisie par le MH | × | | × | | |
| | Difficulté de restitution au médecin hospitalier | × | | | | |
| | Interventions pharmaceutiques non prises en compte ou rejetées | × | × | | | |
| | Difficulté d'intégration du pharmacien dans l'équipe de soins | × | | | × | |
| | Refus de transmission d'informations par le MT/spé (confidentialité) | × | × | | | |
| | Difficulté d'entraîner la modification justifiée d'une prescription si traitement au long court ou prescrit par un autre médecin | × | × | | | |
| | MT/spé peu sensibilisé/opposé à la démarche de pharmacie clinique | × | × | | | |
| | Refus de transmission d'informations par le pharmacien d'officine car confidentialité | × | | | | |
| | Compétences non techniques collectives et organisationnelles | Méfiance du pharmacien d'officine vis-à-vis des PPH ou pharmacien hospitalier non titulaire | × | | | |
| Réticence du ph. d'officine à consacrer du temps non rémunéré | | × | | | | |
| Difficulté d'obtention d'information/documents patient | | × | × | | | |
| Difficulté à rencontrer les proches/aidants du patient | | × | | | | |
| Difficulté à se coordonner avec le service pour la sortie du patient | | × | | | | |
| Double appel du professionnel de ville par médecin et pharmacien hospitalier | | × | | | | |
| Absence d'interlocuteur disponible pour résolution d'un problème médicamenteux | | × | | | | |
| Patient suivi par 2 officines ou plus | | × | × | | | |
| Difficulté de transmission des docs de sortie aux prof. de ville | | × | | | | |
| Rupture dans la continuité des actes de pharmacie clinique | | × | | × | | |
| Caractère chronophage du recueil d'informations | | × | × | | | |
| Comp. techniques | | Manque de connaissance cliniques/médicales | | | × | × |
| | | Manque de connaissances pharmacothérapeutiques | × | | × | × |
| | | Manque de méthodologie | × | × | × | × |

Tableau 4. Récapitulatif des situations-problèmes identifiées dans les questionnaires

Les réponses aux questionnaires ainsi que les exemples concrets de situations problématiques régulièrement rencontrées permettent, de façon complémentaire, d'affiner les résultats de la recherche. Plusieurs points critiques peuvent alors être mis en avant et ciblés pour l'élaboration du programme de simulation : les difficultés de communication (compétences non techniques individuelles), celles d'organisation, de réalisation pratique et de travail en équipe (compétence non techniques collectives) et enfin le manque de bases théoriques (compétences techniques). Ces problématiques sont retrouvées pour chacun des quatre actes de pharmacie clinique.

Les modules qui seront réalisés traiteront des problématiques identifiées et pour un même acte de pharmacie clinique, seront transposables d'une situation à l'autre. Ils seront donc applicables dans tous les établissements de santé ou les pharmacies d'officine pratiquant la pharmacie clinique. Les scénarios seront adaptables, l'objectif étant de pouvoir fournir un scénario pour chaque situation à risque identifiée.

III. REDACTION DES SCENARIOS

1. *Conception de la grille de simulation*

La grille de simulation va constituer une base harmonisée pour les modules qui seront par la suite élaborés pour chacun des actes de pharmacie clinique précédemment définis. Elle est élaborée d'après un document source élaboré dans le cadre du projet MULTISIM et a été validée par la SFPC.

Elle est construite en plusieurs parties : la première partie donne le nom du scénario et définit le parcours patient ainsi que le processus concerné. Dans un deuxième temps, il s'agit de décrire brièvement la situation à risque ayant inspiré le scénario. Une partie consacrée aux prérequis permet de préciser les compétences et connaissances nécessaires pour aborder le module.

La partie suivante regroupe les objectifs d'apprentissage d'une part, c'est-à-dire les compétences individuelles et/ou collectives à acquérir dans le cadre de la situation à risque et les objectifs pédagogiques d'autre part, à savoir les objectifs à atteindre en situation de formation. On y retrouve également les acquisitions attendues, exprimées par des actions observables et évaluables. Elles permettent d'affirmer qu'à l'issue du module, l'apprenant

doit connaître un ou des principes définis et être capable de réaliser un ou des exercices définis.

Les objectifs à atteindre distinguent quatre axes : les connaissances techniques (savoir et savoir-faire requis), les compétences non techniques individuelles (savoir-être), le travail d'équipe et l'organisation. Pour chaque axe, il s'agit de définir dans un premier temps les objectifs à atteindre. A chaque objectif, correspond une ou des compétences à acquérir, basées sur les bonnes pratiques définies par les sociétés savantes et la HAS. Enfin, pour chaque compétence est définie un ou des critères d'évaluation, utilisés lors de la séance de simulation. Ces critères d'évaluation seront soumis pour validation aux groupes de travail de la SFPC, garantissant une expertise et une formalisation.

La quatrième partie décrit le déroulé de la séance de simulation. Il s'agit de définir le lieu (centre de simulation, simulation in situ...), la durée (temps nécessaire à la séance de simulation dans sa globalité, en incluant le briefing, le déroulé du scénario puis le débriefing). Les événements rythmant le scénario sont ensuite mentionnés : il s'agit des situations correspondant à des occasions de mise en œuvre des compétences ciblées. Les actions attendues représentent les actes et comportements attendus face à ces événements. Enfin, cette partie comprend les modalités d'évaluation des apprenants, définies en fonction des acquisitions et des actions attendues, puis précise la nature du document de clôture remis aux participants (en général, une synthèse avec les messages à transmettre et les axes d'amélioration proposés).

La partie suivante concerne la phase pré et post-séance. Dans cette partie, on définit les points majeurs du briefing : il s'agit généralement d'un rappel de la déontologie, à savoir le maintien de l'intégrité physique et le respect des participants conformément à la charte, une confirmation des prérequis, une explication sur le déroulement de la séance de simulation ainsi que les objectifs, principaux et secondaires et enfin, la remise du scénario.

Les points majeurs du débriefing sont ensuite passés en revue. Celui est toujours divisé en trois phases successives : la phase descriptive, la phase analytique, la phase de synthèse. Cette partie de la grille vise à définir les points précis sur lesquels les participants doivent être amenés à réfléchir, ainsi que les bénéfices/risques à mettre en avant. On définit également le ou les points sur lesquels on cherche à mobiliser l'apprenant et la manière de l'amener à reconsidérer ses pratiques au quotidien.

L'avant dernière partie mentionne les cibles, à savoir la population d'apprenants ciblée (profession, service...), et le positionnement du programme dans le parcours professionnel : est-il suivi dans le cadre d'une formation initiale, d'une formation continue, d'un DPC, d'une

Evaluation des Pratiques Professionnelles (EPP), d'un changement d'affectation, ou encore d'une reprise de fonction après une interruption significative.

Dans la dernière partie de la grille sont précisées les ressources nécessaires : ressources humaines d'une part (nécessaires au bon déroulement du scénario, à la maintenance notamment du matériel audio-visuel, les perturbateurs éventuels...) et ressources matérielles d'autre part (matériel et locaux nécessaires à la séance) ainsi que la préparation de la salle.

Cette grille de simulation, élaborée conformément aux spécifications de la HAS dans son Guide de Bonnes Pratiques en matière de simulation, est transposable d'une discipline à l'autre et d'un établissement à l'autre. En effet, les items de compétences et d'évaluation identiques permettront aux différents sites de reprendre leur situation locale, la finalité étant de pouvoir comparer les différents établissements entre eux et d'envisager des projets multicentriques.

| | | | |
|--|------------------|--------------------|------------------------------|
| NOM / CODE DU SCENARIO | | | |
| Parcours patient | | | |
| Processus | | | |
| Situation à risque | | | |
| Descriptif de la situation | | | |
| Prérequis | | | |
| Objectifs d'apprentissage et pédagogiques de la simulation / objectifs attendus | | | |
| | OBJECTIFS | COMPETENCES | CRITERES D'EVALUATION |
| Connaissances techniques | | | |
| Compétences non techniques individuelles | | | |
| Travail d'équipe | | | |
| Organisation | | | |
| Déroulé de la séance | | | |
| Lieu | | | |
| Durée | | | |
| Evènements | | | |
| Actions attendues | | | |
| Modalités d'évaluation des apprenants | | | |
| Document de clôture remis aux participants | | | |
| Pré/post séance | | | |
| Points majeurs du briefing | | | |
| Points majeurs du débriefing | | | |
| Cibles | | | |
| Population d'apprenants ciblée | | | |
| Positionnement dans le parcours professionnel | | | |
| Ressources | | | |
| Ressources humaines nécessaires | | | |
| Ressources matérielles nécessaires | | | |

Tableau 5. Trame descriptive d'un module de simulation

2. Module 1 : Réalisation d'un entretien d'admission

L'entretien d'admission est généralement intégré à la conciliation des traitements médicamenteux, cependant il représente un acte de pharmacie clinique à part entière. Il permet un premier recueil d'informations auprès des différentes sources que sont le patient, son entourage, le médecin traitant ou spécialiste ou encore le pharmacien d'officine.

Il nous est apparu qu'il était difficile, au sein de gros établissements, de concilier les patients de manière exhaustive et qu'un entretien d'admission seul permettait déjà d'obtenir des données pertinentes et exploitables. C'est pourquoi nous avons ajouté un module consacré à cet acte dans notre programme de simulation.

La grille de simulation « Entretien d'admission » définit dans un premier temps les objectifs à atteindre à l'issue du module, c'est-à-dire les actes à savoir pratiquer. Parmi ces actes, on distingue ceux rattachés aux compétences techniques, ceux relevant des compétences non techniques individuelles, et enfin les compétences non techniques collectives comme le travail d'équipe ainsi que l'aspect organisationnel.

Les prérequis nécessaires à la réalisation d'un entretien d'admission sont les connaissances théoriques fondamentales de recherche et de recueil d'information ainsi que les bases de communication. Il semble également primordial d'avoir une connaissance globale des pathologies et traitements, mais également d'être familiarisé avec l'environnement médical et infirmier.

Le module « Entretien d'admission » vise, d'un point de vue technique, à savoir réaliser un recueil de données sur le patient et ses traitements, nécessitant des compétences d'investigation et de recueil d'information. Les données recueillies doivent être synthétisées et priorisées pour une exploitation pertinente. Enfin, l'ensemble doit être tracé et valorisé. Des critères d'évaluation rattachés à ces compétences sont proposés et en cours de validation par les groupes de travail de la SFPC. L'évaluation doit tenir compte à notre sens des différentes sources utilisées : il s'agit d'utiliser au minimum trois sources différentes et de hiérarchiser la consultation de chacune d'entre elle. Les sources consultées doivent être pertinentes. L'évaluation prend également en compte les médicaments recherchés, ainsi que la pertinence du travail final. En effet, la synthèse réalisée à l'issue de l'exploitation des données doit être juste, précise et exhaustive.

Les compétences individuelles non techniques concernent essentiellement la communication avec le patient : écoute active, interrogatoire par des questions ouvertes, attitude basée sur l'échange et la communication d'information, témoignage d'empathie et mise en confiance. Les compétences de communication entre professionnels de santé sont également visées. Les critères d'évaluation des capacités de communication proposés ont été classés sous forme de grille (Annexe 10), inspirée d'un document source élaboré sous l'égide de l'APPEX et de la SFPC. L'apprenant doit également être capable de réaliser une analyse globale de la situation du patient. Enfin, il est nécessaire de savoir structurer un entretien avec le patient, en ayant connaissance des informations à obtenir: l'apprenant doit pouvoir si besoin recentrer l'entretien en recadrant un patient bavard, ou au contraire encourager un patient non communiquant au partage d'information.

Ce module « Entretien d'admission » prend en compte un troisième aspect, le travail d'équipe : d'une part au sein de l'équipe pharmaceutique, dans le cas où plusieurs membres de l'équipe interviennent; d'autre part avec les autres professionnels de santé : médecins et officinaux prenant en charge le patient. Il est également nécessaire de respecter la hiérarchie fonctionnelle : l'apprenant doit avoir connaissance des actes qu'il est habilité à pratiquer. Il doit savoir situer son rôle au sein de l'équipe hospitalière. Les critères d'évaluation définis sont : la communication en équipe, conformément aux recommandations de la HAS, ainsi que la prise de décision en équipe.

La partie organisationnelle de ce module concerne la coordination entre les différents acteurs d'une part. D'autre part, l'apprenant doit être capable de prioriser et sélectionner de manière pertinente les patients éligibles à un entretien d'admission. Pour cela, il s'agit d'identifier des critères d'inclusion et d'exclusion en fonction de l'établissement et du service de soins concerné. Les critères d'évaluation tiennent compte du type de patient sélectionné. Le temps nécessaire à l'apprenant pour mener l'entretien est évalué. Enfin, une dernière compétence organisationnelle est évaluée : la capacité à intégrer les modalités de réalisation de l'entretien à la pratique quotidienne. L'apprenant doit savoir organiser et planifier la réalisation de l'acte en tenant compte de son activité routinière.

Les items concernant le déroulé de la séance (lieu, durée, événements et actions attendues, modalités d'évaluation) sont à définir en fonction du scénario, et proposés dans la grille ci-

dessous. Le document de clôture remis aux participants est une synthèse avec les messages à transmettre ainsi que les axes d'amélioration proposés à l'issue de la séance de simulation.

La partie pré et post séance concerne le briefing et le débriefing dont les items sont à définir en fonction du déroulé de la séance.

Ce module « entretien d'admission » cible le personnel pharmaceutique : pharmaciens séniors (Praticiens Hospitaliers) et juniors (pharmaciens assistants), internes et externes en pharmacie, préparateurs en pharmacie. Dans le cadre d'un déploiement à l'échelle pluriprofessionnelle, ce module est également adapté à d'autres professionnels de santé du secteur médical ou paramédical. Ce module se positionne dans le cadre de la formation initiale, de la formation continue et du DPC.

Les ressources humaines et matérielles sont à définir en fonction du scénario.

| | | | |
|---|--|---|--|
| NOM/CODE DU SCENARIO | Réalisation d'un entretien d'admission | | |
| Parcours patient | Pharmacie clinique | | |
| Processus | Entretien d'admission | | |
| Situation à risque | | | |
| Descriptif de la situation | | | |
| Prérequis | <ul style="list-style-type: none"> ♦ connaissances théoriques liées aux modalités de recueil d'information et de communication ♦ connaissance globale des maladies, traitements, de l'environnement médical et infirmier | | |
| Objectifs d'apprentissage et pédagogiques de la simulation et objectifs attendus | | | |
| | OBJECTIFS | COMPETENCES | CRITERES D'EVALUATION |
| Compétences techniques | <ul style="list-style-type: none"> ♦ recueil de données sur les médicaments du patient, modalités de prises et observance | <ul style="list-style-type: none"> ♦ investiguer, recueillir et gérer des données ♦ synthétiser et prioriser les données recueillies ♦ tracer et valoriser | <ul style="list-style-type: none"> ♦ différentes sources utilisées ♦ médicaments recherchés ♦ pertinence du travail final |
| Compétences non techniques individuelles | <ul style="list-style-type: none"> ♦ entretien patient/entourage ♦ entretien médecin traitant/spécialiste ♦ entretien pharmacien d'officine | <ul style="list-style-type: none"> ♦ communiquer avec le patient ♦ communiquer avec un professionnel de santé ♦ réaliser une analyse globale de la situation du patient ♦ savoir structurer un entretien | <ul style="list-style-type: none"> ♦ cf grille d'évaluation (annexe 10) |
| Travail d'équipe | <ul style="list-style-type: none"> ♦ avec médecin/équipe de soins ♦ avec professionnels de ville ♦ entre membres de l'équipe pharmaceutique | <ul style="list-style-type: none"> ♦ communiquer ♦ se coordonner entre professionnels ♦ respecter la hiérarchie/situer son rôle dans l'équipe hospitalière | <ul style="list-style-type: none"> ♦ communication en équipe (référentiel HAS) ♦ décision en équipe |
| Organisation | <ul style="list-style-type: none"> ♦ gestion du temps ♦ coordination service de soins/pharmacien ♦ priorisation patients ♦ planification de l'acte | <ul style="list-style-type: none"> ♦ maîtriser la durée de l'acte ♦ se coordonner entre professionnels ♦ identifier critères inclusion/exclusion, prioriser ♦ intégrer les modalités de réalisation de l'acte à la pratique quotidienne | <ul style="list-style-type: none"> ♦ temps réalisé ♦ patient sélectionné ♦ planning réalisé |

| Déroulé de la séance | |
|---|---|
| Lieu | Simulation in situ (service de soins ou pharmacie) / chambre de patient reconstituée |
| Durée | ½ journée |
| Evènements | |
| Actions attendues | |
| Modalités d'évaluation des apprenants | Grille d'évaluation individuelle |
| Document de clôture remis aux participants | <ul style="list-style-type: none"> ♦ Synthèse avec les messages à transmettre ♦ Axes d'amélioration proposés |
| Pré/post séance | |
| Points majeurs du briefing | <ul style="list-style-type: none"> ♦ Rappel de la déontologie : intégrité physique et respect des participants conformément à la charte ♦ Confirmation des prérequis ♦ Explication sur le déroulement de la simulation et l'objectif ♦ Remise du scénario |
| Points majeurs du débriefing | <ul style="list-style-type: none"> ♦ Etape d'analyse (<i>grille standard, ressenti des participants</i>) ♦ Etape descriptive (<i>spécifique du scénario, en cours d'élaboration</i>) ♦ Etape de synthèse (<i>en fonction du déroulé, en lien avec la connaissance des fondamentaux</i>) |
| Cibles | |
| Population d'apprenants ciblée | <ul style="list-style-type: none"> ♦ Pharmaciens Praticiens Hospitaliers ♦ Pharmaciens assistants ♦ Internes en pharmacie ♦ Autres professionnels (si déploiement à l'échelle pluriprofessionnelle : médical/paramédical) ♦ Externes en pharmacie ♦ Préparateurs en pharmacie |
| Positionnement dans le parcours professionnel | <ul style="list-style-type: none"> ♦ Formation initiale ♦ Formation continue ♦ DPC |
| Ressources | |
| Ressources humaines nécessaires | <ul style="list-style-type: none"> ♦ Acteurs jouant les différentes sources d'information ♦ Acteur jouant le rôle du patient ou patient standardisé ♦ Facilitateur/perturbateur |
| Ressources matérielles nécessaires | <ul style="list-style-type: none"> ♦ Bureau ♦ Caméras ♦ Matériel nécessaire à la réalisation des tâches demandées selon la version du scénario ♦ (Dossier Pharmaceutique) |

Tableau 6. Module de simulation « Entretien d'admission »

3. *Module 2 : Réalisation d'une conciliation des traitements médicamenteux*

La grille de simulation « Conciliation des traitements médicamenteux » définit dans un premier temps les objectifs à atteindre à l'issue du module, c'est-à-dire les actes à savoir réaliser lors d'une conciliation, selon la méthodologie définie par les bonnes pratiques rédigées par la HAS(28) et par la SFPC(39).

Il est recommandé d'avoir préalablement suivi le module e-learning FORMACONCIL[®], qui apporte les fondamentaux liés aux compétences techniques. D'autres prérequis sont nécessaires tels que les capacités d'analyse pharmaceutique ainsi que des connaissances cliniques et pharmacothérapeutiques, plus ou moins spécifiques en fonction du scénario.

Les compétences définies sont inspirées d'un document source issue du CHRU de Lille et de l'Institut de Pharmacie (Annexe 9). Il s'agit d'une grille d'observation utilisée pour les étudiants lors de mises en situation professionnelle de conciliation médicamenteuse.

D'un point de vue technique, les objectifs du module sont inspirés du référentiel de la HAS et visent : la connaissance des étapes successives d'une CTM, la prise en compte de tous les médicaments pris et à prendre par le patient, la prévention et la correction des EM ainsi que la transmission d'informations complètes et exactes entre professionnels de santé aux points de transition que sont l'entrée du patient, la sortie ou le transfert d'un service à un autre.

L'apprenant doit acquérir des compétences techniques telles que la recherche et le recueil d'informations, la réalisation et la formalisation d'un BMO, l'identification des divergences. La gestion des documents issus de la CTM fait partie des compétences visées : il s'agit des modalités de formalisation et d'archivage du BMO, de validation médicale et de traçabilité de toutes ces étapes, avec un but de transmission et de valorisation. Il s'agit également de savoir prioriser et synthétiser de façon pertinente les messages à transmettre, en particulier lors de la restitution au médecin. Les critères d'évaluation proposés ici sont les différentes sources d'information utilisées (3 au minimum), les médicaments recherchés, le BMO réalisé ainsi que les divergences identifiées. Les supports formalisés Grille de recueil BMO (Annexe 5) et Fiches de CTM (Annexe 6) peuvent être utilisés par l'apprenant au cours de la séance et pris en compte pour l'évaluation, de même de la fiche de recueil de données sur le patient (Annexe 4). En effet, la pertinence du travail final est évaluée via ces documents.

Les objectifs du module concernant les compétences non techniques sont de savoir conduire un entretien avec le patient et/ou son entourage dans le but de recueillir la liste de ses

médicaments ainsi que les données d'observance. Les compétences requises à l'issue du module sont celles d'une communication adaptée avec le patient ou son entourage. De plus, il est nécessaire de savoir structurer un entretien. La communication entre professionnels de santé fait également partie des objectifs à atteindre : appel des professionnels de ville d'une part (médecin généraliste, médecin spécialiste, pharmacien d'officine) afin de recueillir la liste des traitements du patient. Il s'agit alors de se présenter et d'expliquer la démarche de manière claire et concise, d'en expliquer si besoin l'intérêt de manière convaincante, de mettre en confiance le professionnel de santé avant de le questionner. D'autre part, la restitution de la conciliation au médecin hospitalier, nécessite des compétences de communication adaptées, comprenant un langage professionnel approprié, une exploitation de ses connaissances cliniques et pharmacothérapeutiques afin d'appuyer sa légitimité. Il s'agit également de faire preuve de diplomatie en cas de questionnement ou de remise en cause d'une des prescriptions du médecin. Les critères d'évaluations sont répertoriés dans la grille en annexe 10.

Le travail d'équipe entre pharmaciens et équipe de soins, médecins notamment, fait partie des objectifs du module, ainsi que le travail d'équipe entre pharmacien hospitalier et professionnels de ville (médecin généraliste, médecin spécialiste, pharmacien d'officine). Il faut également citer le travail d'équipe entre membres de l'équipe pharmaceutique, dans le cas où plusieurs membres sont impliqués (exemple : externe en pharmacie pour le recueil des données, interne en pharmacie et/ou pharmacien pour la formalisation du BMO et la réalisation de la CTM). Dans ce contexte, il est primordial de respecter la hiérarchie et de savoir situer son rôle au sein de l'équipe hospitalière. En effet, l'habilitation ou non à réaliser certains actes est définie en fonction du statut. Par exemple, le rôle du préparateur ou de l'externe en pharmacie ne doit pas excéder le recueil d'information. Les critères d'évaluation définis sont : la communication en équipe, conformément aux recommandations de la HAS, ainsi que la prise de décision en équipe.

La CTM nécessite une organisation rigoureuse ; il est important de considérer la priorisation des patients conciliés, et pour cela prendre en compte des critères d'inclusion et d'exclusion pour sélectionner les patients, définis en fonction de l'établissement et du service de soins. Le temps nécessaire à l'apprenant pour réaliser l'acte demandé dans le scénario est également évalué. Enfin, l'intégration des modalités de réalisation de l'acte à la pratique quotidienne est prise en compte, en évaluant notamment les capacités de gestion de planning de l'apprenant.

Les items concernant le déroulé de la séance (lieu, durée, évènements et action attendues, modalités d'évaluation) sont à définir en fonction du scénario. Le document de clôture remis aux participants est une synthèse avec les messages à transmettre ainsi que les axes d'amélioration proposés à l'issue de la séance de simulation.

La partie pré et post séance concerne le briefing, et le débriefing ; elle est à définir en fonction du déroulé de la séance.

Ce module CTM cible le personnel pharmaceutique : pharmaciens séniors (Praticiens Hospitaliers) et juniors (pharmaciens assistants), internes et externes en pharmacie, préparateurs en pharmacie pour le recueil de données et l'entretien d'admission. D'autres professionnels de santé du secteur médical ou paramédical sont concernés dans le cas d'une formation à l'échelle pluriprofessionnelle.

Ce module se positionne dans le cadre de la formation initiale, de la formation continue et du DPC.

Les ressources humaines et matérielles sont à définir en fonction du scénario.

| | | | |
|---|--|--|--|
| NOM / CODE DU SCENARIO | Réalisation d'une conciliation des traitements médicamenteux | | |
| Parcours patient | Pharmacie clinique | | |
| Processus | Conciliation des traitements médicamenteux | | |
| Situation à risque | | | |
| Descriptif de la situation | | | |
| Prérequis | <ul style="list-style-type: none"> ♦ module de formation FORMACONCIL® ♦ analyse pharmaceutique de prescriptions ou non prescriptions potentielles ♦ connaissances cliniques et pharmacothérapeutiques | | |
| Objectifs d'apprentissage et pédagogiques de la simulation et objectifs attendus | | | |
| | OBJECTIFS | COMPETENCES | CRITERES D'EVALUATION |
| Compétences techniques | <ul style="list-style-type: none"> ♦ connaissance des étapes successives ♦ prise en compte de tous les médicaments pris ou à prendre par le patient ♦ prévention et correction des erreurs médicamenteuses ♦ transmission d'informations complètes et exactes aux points de transition (entrée/sortie/transfert) | <ul style="list-style-type: none"> ♦ investiguer et recueillir les informations ♦ synthétiser les informations sous forme de BMO ♦ identifier et résoudre les divergences ♦ gérer les données et documents issus de la CTM ♦ tracer et valoriser ♦ synthétiser et prioriser les messages à transmettre | <ul style="list-style-type: none"> ♦ différentes sources utilisées ♦ médicaments recherchés ♦ BMO réalisé ♦ divergences identifiées ♦ pertinence du travail final |
| Compétences non techniques individuelles | <ul style="list-style-type: none"> ♦ entretien patient/aidant ♦ appel du médecin traitant / spécialiste ♦ appel du pharmacien d'officine ♦ restitution au médecin hospitalier | <ul style="list-style-type: none"> ♦ communiquer avec patient ♦ communiquer entre professionnels ♦ réaliser une analyse globale de la situation du patient ♦ savoir structurer un entretien | <ul style="list-style-type: none"> ♦ cf grille d'évaluation (annexe 10) |
| Travail d'équipe | <ul style="list-style-type: none"> ♦ avec médecin/équipe de soins ♦ avec professionnels de ville ♦ entre membres de l'équipe pharmaceutique | <ul style="list-style-type: none"> ♦ communiquer ♦ se coordonner entre professionnels ♦ respecter la hiérarchie/situer son rôle dans l'équipe hospitalière | <ul style="list-style-type: none"> ♦ communication en équipe (référentiel HAS) ♦ décision en équipe |
| Organisation | <ul style="list-style-type: none"> ♦ gestion du temps ♦ coordination service de soins/pharmacien ♦ priorisation patients ♦ planification de l'acte | <ul style="list-style-type: none"> ♦ maîtrise de la durée de l'acte ♦ se coordonner entre professionnels ♦ identifier les critères d'inclusion/exclusion, prioriser ♦ intégrer les modalités de réalisation de l'acte à la pratique quotidienne | <ul style="list-style-type: none"> ♦ temps réalisé ♦ patient(s) sélectionné(s) pour la CTM ♦ planning réalisé |

| Déroulé de la séance | |
|---|--|
| Lieu | Simulation in situ (service de soins ou pharmacie) / chambre de patient reconstituée |
| Durée | ½ journée |
| Evènements | |
| Actions attendues | |
| Modalités d'évaluation des apprenants | Grille d'évaluation individuelle |
| Document de clôture remis aux participants | <ul style="list-style-type: none"> ♦ Synthèse avec les messages à transmettre ♦ Axes d'amélioration proposés |
| Pré/post séance | |
| Points majeurs du briefing | <ul style="list-style-type: none"> ♦ Rappel de la déontologie : intégrité physique et respect des participants conformément à la charte ♦ Confirmation des prérequis ♦ Explication sur le déroulement de la simulation et l'objectif ♦ Remise du scénario |
| Points majeurs du débriefing | <ul style="list-style-type: none"> ♦ Etape d'analyse (<i>grille standard, ressenti des participants</i>) ♦ Etape descriptive (<i>spécifique du scénario, en cours d'élaboration</i>) ♦ Etape de synthèse (<i>en fonction du déroulé, en lien avec les connaissances des fondamentaux</i>) |
| Cibles | |
| Population d'apprenants ciblée | <ul style="list-style-type: none"> ♦ Pharmaciens Praticiens Hospitalier ♦ Pharmaciens assistants ♦ Internes en pharmacie ♦ Autres professionnels (si déploiement à l'échelle pluriprofessionnelle : médical/paramédical) ♦ Externes en pharmacie ♦ (Préparateurs en pharmacie) <p style="text-align: right;"><i>pour recueil de données, entretien admission</i></p> |
| Positionnement dans le parcours professionnel | <ul style="list-style-type: none"> ♦ Formation initiale ♦ Formation continue ♦ DPC |
| Ressources | |
| Ressources humaines nécessaires | <ul style="list-style-type: none"> ♦ Acteurs jouant les différentes sources d'information ou réelles si simulation multidisciplinaire: médecins, membres équipe soignante, professionnels de ville ♦ Acteur jouant le rôle du patient ou patient standardisé ♦ Facilitateur/perturbateur |
| Ressources matérielles nécessaires | <ul style="list-style-type: none"> ♦ Service de soins, chambre de patient ♦ Caméras ♦ Matériel nécessaire à la réalisation des tâches demandées selon la version du scénario ♦ (Dossier Pharmaceutique) |

Tableau 7. Module de simulation « Conciliation des traitements médicamenteux »

4. Module 3 : Réalisation d'un bilan de médication

La grille de simulation « Bilan de médication » définit dans un premier temps les objectifs à atteindre à l'issue du module, selon les recommandations de bonnes pratiques de la SFPC(51).

Il est fortement recommandé d'avoir suivi au préalable les modules de formation e-learning FORMACONCIL® et Bilan de Médication. Des compétences de bases sont également nécessaires telles que des capacités d'investigation, de recueil et de gestion des données, des connaissances cliniques et pharmacothérapeutiques en lien avec le scénario proposé, et enfin des capacités d'analyse de prescriptions et de non prescriptions potentiellement nécessaires.

D'un point de vue technique, les objectifs du module sont inspirés des référentiels de bonnes pratiques et visent : l'amélioration du bon usage des médicaments, la détection des problèmes liés aux médicaments, la délivrance de recommandations en lien avec l'utilisation des produits de santé et l'amélioration des résultats en matière de santé. Il s'agit également de connaître les étapes successives d'un bilan de médication.

Les compétences techniques à acquérir sont nombreuses. L'apprenant doit être capable d'établir un diagnostic éducatif, et pour cela : évaluer la compréhension du patient de son traitement, apprécier les conditions de prises notamment en évaluant les données d'observance et les éventuelles difficultés galéniques rencontrées par le patient. Il doit favoriser l'amélioration de la gestion du stock de médicaments du patient, afin d'éviter le gaspillage. Il s'agit également d'évaluer la perception qu'a le patient de son traitement, notamment concernant l'efficacité et la tolérance (effets indésirables à rechercher), détecter une éventuelle automédication. Enfin, il est nécessaire de savoir synthétiser et prioriser les messages à transmettre, tant au patient qu'au médecin traitant lors de la restitution, puis dans un dernier temps tracer et valoriser l'ensemble de ce travail. Les critères d'évaluation proposés sont les différentes sources utilisées, les médicaments recherchés, les informations relatives aux faits (modalités de prise, automédication, observance) et au ressenti du patient. Enfin, la synthèse finale proposée est prise en compte.

Les objectifs du module concernant les compétences non techniques visent la capacité à conduire un entretien avec le patient. Pour cela, il est nécessaire de développer des compétences de communication adaptée: une écoute active ; favorisant la mise en confiance et l'expression de l'interlocuteur. Il s'agit de l'interroger par des questions ouvertes, reformuler

ses propos, témoigner de l'empathie, se montrer neutre et bienveillant. Il est également important de savoir communiquer des informations de manière appropriée et éviter les attitudes pouvant favoriser la résistance chez le patient, par exemple en insistant sur l'intérêt scientifique du traitement, ou encore en mettant le patient face à ses contradictions et lui demander d'être cohérent dans ses choix. Enfin, l'entretien doit être structuré et cadré.

La communication entre professionnels de santé fait également partie des objectifs à atteindre : le bilan de médication nécessite une collaboration étroite entre le médecin et le pharmacien lors des différentes étapes du bilan de médication, de la préparation de l'entretien à la transmission de la synthèse. Les interventions pharmaceutiques, notamment les propositions de modification de prescription, doivent être faites de manière claire et diplomatique. Les critères d'évaluation des compétences de communication sont répertoriés dans la grille d'évaluation de compétences non techniques individuelles en annexe 10.

Enfin, les capacités d'analyse globale de la situation du patient font partie des compétences non techniques individuelles requises.

Le travail d'équipe entre pharmacien et médecins est essentiel, leur collaboration facilitant la réalisation du bilan de médication et optimisant la prise en charge du patient. Le travail d'équipe au sein de l'équipe pharmaceutique peut également être évalué, si plusieurs membres de l'équipe pharmaceutique interviennent. Chacun doit respecter la hiérarchie fonctionnelle (habilitation à réaliser un acte) et situer son rôle au sein de l'équipe intervenant dans le bilan de médication. Les critères d'évaluation définis sont : la communication en équipe, conformément aux recommandations de la HAS, ainsi que la prise de décision en équipe.

D'un point de vue organisationnel, il est nécessaire de savoir prioriser de manière pertinente les patients bénéficiant du bilan de médication. Pour cela, des critères d'inclusion et d'exclusion doivent être définis. Le temps réalisé pour mener l'acte est un critère organisationnel également pris en compte. Enfin, la capacité d'intégration des modalités de réalisation de l'acte à la pratique quotidienne est évaluée.

Les items concernant le déroulé de la séance (lieu, durée, évènements et actions attendues, modalités d'évaluation) sont à définir en fonction du scénario. Le document de clôture remis aux participants est une synthèse avec les messages à transmettre ainsi que les axes d'amélioration proposés à l'issue de la séance de simulation.

La partie pré et post séance concerne le briefing, construit toujours de la même manière, et le débriefing à définir en fonction du déroulé de la séance.

Ce module BM cible le personnel pharmaceutique : pharmaciens séniors (Praticiens Hospitaliers) et juniors (pharmaciens assistants), internes et externes en pharmacie, pharmaciens officinaux et autres professionnels médicaux et paramédicaux en cas de réalisation du module à l'échelle pluriprofessionnelle.

Les ressources matérielles et humaines sont à définir en fonction du scénario.

| | | | |
|---|---|---|---|
| NOM / CODE DU SCENARIO | Réalisation d'un bilan de médication | | |
| Parcours patient | Pharmacie clinique | | |
| Processus | Bilan de médication | | |
| Situation à risque | | | |
| Descriptif de la situation | | | |
| Prérequis | <ul style="list-style-type: none"> ♦ module de formation e-learning « Bilan de médication » ♦ module de formation FORMACONCIL® ♦ investigation, recueil et gestion de données ♦ connaissances cliniques et pharmaco-thérapeutiques ♦ analyse pharmaceutique de prescriptions et de non prescriptions potentiellement nécessaires | | |
| Objectifs d'apprentissage et pédagogiques de la simulation et objectifs attendus | | | |
| | OBJECTIFS | COMPETENCES | CRITERES D'EVALUATION |
| Compétences techniques | <ul style="list-style-type: none"> ♦ connaissance des étapes successives ♦ amélioration du bon usage des médicaments ♦ détection des problèmes liés aux médicaments ♦ délivrance de recommandations ♦ amélioration les résultats en matière de santé | <ul style="list-style-type: none"> ♦ évaluer la compréhension du patient de son traitement ♦ apprécier les conditions de prise (observance, difficultés galéniques) ♦ améliorer la gestion de stock de médicaments du patient ♦ évaluer la perception du patient tolérance/efficacité ♦ détecter une éventuelle automédication ♦ synthétiser et prioriser les messages à transmettre ♦ tracer et valoriser | <ul style="list-style-type: none"> ♦ différents sources utilisées ♦ médicaments recherchés ♦ informations recherchées relatives aux faits et au ressenti du patient ♦ pertinence du travail final |
| Compétences non techniques individuelles | <ul style="list-style-type: none"> ♦ entretien patient ♦ préparation de l'entretien/ transmission de la synthèse au médecin traitant | <ul style="list-style-type: none"> ♦ communiquer avec patient ♦ communiquer entre professionnels ♦ réaliser une analyse globale de la situation du patient ♦ savoir structurer un entretien | <ul style="list-style-type: none"> ♦ cf grille d'évaluation (annexe 10) |
| Travail d'équipe | <ul style="list-style-type: none"> ♦ avec médecin ♦ au sein de l'équipe pharmaceutique | <ul style="list-style-type: none"> ♦ communiquer ♦ se coordonner entre professionnels de santé ♦ respecter la hiérarchie/situer son rôle au sein de l'équipe | <ul style="list-style-type: none"> ♦ communication en équipe (référentiel HAS) ♦ décision en équipe |
| Organisation | <ul style="list-style-type: none"> ♦ gestion du temps ♦ priorisation des patients ♦ planification de l'acte | <ul style="list-style-type: none"> ♦ maîtrise de la durée de l'acte ♦ identifier les critères d'inclusion/exclusion, prioriser ♦ intégrer les modalités de réalisation de l'acte à la pratique quotidienne | <ul style="list-style-type: none"> ♦ temps réalisé ♦ patient sélectionné ♦ planning réalisé |

| Déroulé de la séance | |
|---|--|
| Lieu | Bureau réel ou reconstitué, officine virtuelle |
| Durée | ½ journée |
| Evènements | |
| Actions attendues | |
| Modalités d'évaluation des apprenants | Grille d'évaluation individuelle |
| Document de clôture remis aux participants | <ul style="list-style-type: none"> ♦ Synthèse avec les messages à transmettre ♦ Axes d'amélioration proposés |
| Pré/post séance | |
| Points majeurs du briefing | <ul style="list-style-type: none"> ♦ Rappel de la déontologie : intégrité physique et respect des participants conformément à la charte ♦ Confirmation des prérequis ♦ Explication sur le déroulement de la simulation et l'objectif ♦ Remise du scénario |
| Points majeurs du débriefing | <ul style="list-style-type: none"> ♦ Etape d'analyse (<i>grille standard, ressenti des participants</i>) ♦ Etape descriptive (<i>spécifique du scénario, en cours d'élaboration</i>) ♦ Etape de synthèse (<i>en fonction du déroulé, en lien avec les connaissances théoriques</i>) |
| Cibles | |
| Population d'apprenants ciblée | <ul style="list-style-type: none"> ♦ Pharmaciens praticien hospitaliers ♦ Pharmaciens assistants ♦ Internes en pharmacie ♦ Externes en pharmacie ♦ Autres professionnels (si déploiement à l'échelle pluriprofessionnelle : médical/paramédical) |
| Positionnement dans le parcours professionnel | <ul style="list-style-type: none"> ♦ Formation initiale ♦ Formation continue ♦ DPC |
| Ressources | |
| Ressources humaines nécessaires | <ul style="list-style-type: none"> ♦ Acteurs jouant les différentes sources d'information ou réelles si simulation multidisciplinaires ♦ Acteur jouant le rôle du patient ou patient standardisé ♦ Facilitateur/perturbateur |
| Ressources matérielles nécessaires | <ul style="list-style-type: none"> ♦ Bureau ♦ Caméras ♦ Matériel nécessaire à la réalisation des tâches demandées selon la version du scénario |

Tableau 8. Module de simulation « Bilan de médication »

5. *Module 4 : Réalisation d'un entretien pharmaceutique*

La grille de simulation « Entretien pharmaceutique » définit dans un premier temps les objectifs à atteindre à l'issue du module, selon la méthodologie recommandée par les bonnes pratiques de la HAS.

La réalisation de ce module nécessite au préalable des connaissances cliniques et pharmacothérapeutiques ainsi que les connaissances théoriques en lien avec la réalisation d'un entretien pharmaceutique. La réalisation d'un module e-learning sur l'entretien pharmaceutique est préconisé, afin d'acquérir au préalable les bases théoriques concernant les objectifs et les modalités de cet acte pharmaceutique.

D'un point de vue technique, les objectifs du module sont au nombre de trois : savoir établir un diagnostic éducatif pharmaceutique dans un premier temps. L'apprenant l'établit en se basant sur les connaissances du patient, mais également sur ses actes et ses opinions vis-à-vis de sa pathologie et de son traitement. Dans un deuxième temps, l'apprenant doit savoir délivrer les informations adaptées au patient sur sa pathologie et sur ses traitements ; enfin il doit savoir évaluer l'adhésion et l'observance du patient, pour ensuite pouvoir mettre en place des stratégies visant à les améliorer. Les compétences définies pour atteindre ces objectifs sont la maîtrise des techniques et outils pédagogiques. Il s'agit d'exploiter de façon adaptés les documents supports : plan de prise AIPAT, fiche de suivi du patient. L'apprenant doit savoir synthétiser et prioriser les messages à transmettre, au patient comme au médecin lors de la restitution. Enfin, il est important d'acquérir les compétences liées aux modalités de traçabilité et de valorisation de ce travail. Les critères d'évaluation proposés sont liés à l'exploitation de documents supports, ainsi qu'à la synthèse réalisée.

Concernant les compétences non techniques, les objectifs du module visent la capacité à mener et structurer un entretien avec le patient avec le but de l'accompagner dans le suivi de son traitement, pour qu'il le comprenne, se l'approprie et y adhère. La communication avec un professionnel de santé est également une notion à acquérir, l'objectif étant de pouvoir réaliser une synthèse de l'entretien au médecin traitant du patient.

Pour cela, il est nécessaire de développer des compétences de communication adaptées au patient et au professionnel de santé, l'évaluation de ces compétences se basant sur les critères de la grille en annexe 10.

Un travail d'équipe entre les différents membres de l'équipe pharmaceutique si plusieurs d'entre eux participent à la démarche doit être mis en place. Chacun doit pouvoir situer son rôle au sein de l'équipe et se positionner en fonction de la hiérarchie. Une collaboration entre médecins et pharmaciens permet, à la suite de l'entretien, d'optimiser la prise en charge du patient. Les critères d'évaluation définis sont : la communication en équipe, conformément aux recommandations de la HAS, ainsi que la prise de décision en équipe.

D'un point de vue organisationnel, le temps réalisé pour mener l'entretien est un critère pris en compte. L'apprenant doit s'adapter aux situations proposées sans se laisser dépasser par le temps. Il est également important d'être capable de prioriser les patients de façon pertinente, en sélectionnant les patients éligibles à l'entretien pharmaceutique selon des critères d'inclusion et d'exclusion définis en fonction du contexte. Dans un dernier temps, l'apprenant doit pouvoir intégrer les modalités de réalisation de l'acte à sa pratique quotidienne, en gérant son planning de manière adaptée.

Les items concernant le déroulé de la séance (lieu, durée, événements et actions attendues, modalités d'évaluation) sont à définir en fonction du scénario. Le document de clôture remis aux participants est une synthèse avec les messages à transmettre ainsi que les axes d'amélioration proposés à l'issue de la séance de simulation.

La partie pré et post séance concerne le briefing, construit toujours de la même manière, et le débriefing, qui est à définir en fonction du déroulé de la séance.

Ce module EP cible le personnel pharmaceutique : pharmaciens séniors (Praticiens Hospitaliers) et juniors (pharmaciens assistants), hospitaliers, internes et externes en pharmacie. Cela concerne également les pharmaciens officinaux, ainsi que d'autres professionnels de santé tels que les médecins ou les IDE en cas de déploiement du programme à l'échelle pluriprofessionnelle. Ce module peut être exploité dans le cadre de la formation initiale, de la formation continue et du DPC.

Les ressources humaines et matérielles sont à définir en fonction du scénario.

| | | | |
|---|--|---|--|
| NOM / CODE DU SCENARIO | Réalisation d'un entretien pharmaceutique | | |
| Parcours patient | Pharmacie clinique | | |
| Processus | Entretien pharmaceutique | | |
| Situation à risque | | | |
| Descriptif de la situation | | | |
| Prérequis | <ul style="list-style-type: none"> ♦ module de formation e-learning à l'entretien pharmaceutique ♦ connaissances cliniques et pharmacothérapeutiques | | |
| Objectifs d'apprentissage et pédagogiques de la simulation et objectifs attendus | | | |
| | OBJECTIFS | COMPETENCES | CRITERES D'EVALUATION |
| Compétences techniques | <ul style="list-style-type: none"> ♦ établissement d'un diagnostic éducatif pharmaceutique ♦ information du patient sur sa maladie et ses traitements ♦ évaluation/ amélioration adhésion /observance | <ul style="list-style-type: none"> ♦ maîtriser les techniques et outils pédagogiques (<i>élaboration documents supports : plan de prise AIPAT, fiche de suivi</i>) ♦ synthétiser et prioriser les messages à transmettre ♦ tracer et valoriser | <ul style="list-style-type: none"> ♦ exploitation de documents support ♦ pertinence du travail final |
| Compétences non techniques individuelles | <ul style="list-style-type: none"> ♦ entretien motivationnel patient ♦ restitution au médecin | <ul style="list-style-type: none"> ♦ communiquer avec patient ♦ réaliser une analyse globale de la situation du patient ♦ communiquer avec le médecin ♦ savoir structurer un entretien | <ul style="list-style-type: none"> ♦ cf grille d'évaluation (annexe 10) |
| Travail d'équipe | <ul style="list-style-type: none"> ♦ collaboration au sein de l'équipe pharmaceutique ♦ collaboration avec le médecin traitant | <ul style="list-style-type: none"> ♦ se coordonner entre professionnels ♦ communiquer entre professionnels de santé ♦ respecter la hiérarchie/son rôle au sein de l'équipe | <ul style="list-style-type: none"> ♦ communication en équipe (référentiel HAS) ♦ décision en équipe |
| Organisation | <ul style="list-style-type: none"> ♦ gestion du temps ♦ priorisation/sélection des patients ♦ planification de l'acte | <ul style="list-style-type: none"> ♦ maîtrise de la durée de l'acte ♦ identifier les critères d'inclusion/exclusion, prioriser ♦ intégrer les modalités de réalisation de l'acte à la pratique quotidienne | <ul style="list-style-type: none"> ♦ temps réalisé ♦ patient sélectionné ♦ planning réalisé |

| Déroulé de la séance | |
|---|---|
| Lieu | Bureau réel ou reconstitué |
| Durée | ½ journée |
| Evènements | |
| Actions attendues | |
| Modalités d'évaluation des apprenants | Grille d'évaluation individuelle |
| Document de clôture remis aux participants | <ul style="list-style-type: none"> ♦ Synthèse avec les messages à transmettre ♦ Axes d'amélioration proposés |
| Pré/post séance | |
| Points majeurs du briefing | <ul style="list-style-type: none"> ♦ Rappel de la déontologie : intégrité physique et respect des participants conformément à la charte ♦ Confirmation des prérequis ♦ Explication sur le déroulement de la simulation et l'objectif ♦ Remise du scénario |
| Points majeurs du débriefing | <ul style="list-style-type: none"> ♦ Etape d'analyse (<i>grille standard, ressenti des participants</i>) ♦ Etape descriptive (<i>spécifique du scénario, en cours d'élaboration</i>) ♦ Etape de synthèse (<i>en fonction du déroulé, en lien avec les connaissances des fondamentaux</i>) |
| Cibles | |
| Population d'apprenants ciblée | <ul style="list-style-type: none"> ♦ Pharmaciens Praticiens Hospitaliers ♦ Pharmaciens officinaux ♦ Pharmaciens assistants ♦ Internes en pharmacie ♦ Externe en pharmacie ♦ Autres professionnels (si déploiement à l'échelle pluriprofessionnelle : médical/paramédical) |
| Positionnement dans le parcours professionnel | <ul style="list-style-type: none"> ♦ Formation initiale ♦ Formation continue ♦ DPC |
| Ressources | |
| Ressources humaines nécessaires | <ul style="list-style-type: none"> ♦ Acteur jouant le rôle du patient ou patient standardisé ♦ Facilitateur/perturbateur |
| Ressources matérielles nécessaires | <ul style="list-style-type: none"> ♦ Bureau ♦ Caméras ♦ Matériel nécessaire à la réalisation des tâches demandées selon la version du scénario |

Tableau 9. Module de simulation « Entretien pharmaceutique »

6. *Module 5 : Réalisation d'une séance d'éducation thérapeutique du patient*

La grille de simulation « Education thérapeutique du patient » définit dans un premier temps les objectifs à atteindre à l'issue du module, selon la méthodologie définis dans les bonnes pratiques éditées par la HAS.

L'ETP peut être définie de manière large : elle peut se dérouler sous forme d'un atelier individuel, mené par un ou deux professionnels de santé en binôme (par exemple un pharmacien et une infirmière) ; ou encore sous forme d'un atelier collectif animé par un ou plusieurs professionnels de santé. L'ETP peut être considérée du point de vue de l'animateur, du formateur ou encore du coordonnateur du programme. Autant de configurations différentes à envisager pour ce module ETP. C'est pourquoi nous prenons ici un exemple de séance d'ETP , adaptable à une séance d'éducation individuelle comme à un atelier collectif, mené par un professionnel de santé comme animé de façon multidisciplinaire.

Les prérequis nécessaire à ce module sont la réalisation des 40 heures de formation à l'ETP, à suivre au préalable ou parallèlement au programme de formation, dans le but d'acquérir au préalable les connaissances théoriques liées au processus d'ETP (objectifs, modalités). Des connaissances cliniques et pharmacothérapeutiques spécifiques sont également nécessaires avant de suivre ce module ETP.

D'un point de vue technique, les objectifs du module sont les suivants : savoir informer le patient sur sa pathologie et sa thérapeutique, réaliser un diagnostic éducatif pharmaceutique, favoriser l'amélioration de l'adaptation du patient à sa maladie, faire pratiquer au patient les techniques et les gestes d'urgence, et enfin réaliser une évaluation individuelle. Pour atteindre ces objectifs, le module ETP vise l'acquisition des compétences suivantes : savoir utiliser des méthodes participatives d'apprentissage ainsi que des outils pédagogiques, savoir évaluer les compétences du patient, et tracer et valoriser le travail réalisé. L'apprenant est évalué sur les documents et outils pédagogiques utilisés et modalités d'utilisation, ainsi que sur la synthèse finale réalisée.

Les objectifs du module concernant les compétences non techniques visent à savoir conduire un entretien motivationnel avec le patient et/ou à animer un atelier d'éducation thérapeutique constitué de plusieurs patients. Les compétences à travailler dans ce module sont donc les capacités de communication avec le patient telles que détaillées dans les modules précédents,

ainsi que celles à structurer un entretien ou un atelier. Ce module nécessite également de connaître les techniques visant à favoriser l'interactivité et les apprentissages mutuels.

Les objectifs ayant trait au travail d'équipe visent dans ce module à renforcer la cohésion au sein des différents professionnels de santé constituant l'équipe ETP, pour une prise en charge optimale du patient. L'apprenant doit être capable de délimiter sa zone de compétence et son rôle dans la séance, parmi les autres professionnels de santé. Les critères d'évaluation définis sont : la communication en équipe, conformément aux recommandations de la HAS, ainsi que la prise de décision en équipe.

D'un point de vue organisationnel, l'apprenant doit maîtriser la durée de la séance et s'adapter aux situations sans être dépassé par le temps. Il s'agit également de sélectionner de manière adaptée les patients éligibles à l'ETP. Enfin, la gestion du planning pour organiser l'intégration de l'acte à la pratique quotidienne est prise en compte dans l'évaluation.

Les items concernant de la séance (lieu, durée, événements et actions attendues, modalités d'évaluation) sont à définir en fonction du scénario. Le document de clôture remis aux participants est une synthèse avec les messages à transmettre ainsi que les axes d'amélioration proposés à l'issue de la séance de simulation.

La partie pré et post séance concerne le briefing, construit toujours de la même manière, et le débriefing, dont les différentes parties sont à définir en fonction du déroulé de la séance.

Ce module ETP cible le personnel pharmaceutique : pharmaciens seniors (Praticiens Hospitaliers) et juniors (pharmaciens assistants), hospitaliers et officinaux, internes et externes en pharmacie mais également autres professionnels de santé médicaux et paramédicaux dans le cas d'une exploitation du module à l'échelle pluriprofessionnelle.

Ce module est adapté dans le cadre de la formation initiale, de la formation continue et du DPC.

Les ressources humaines et matérielles sont à définir en fonction du scénario.

| | | | |
|---|--|---|--|
| NOM / CODE DU SCENARIO | Réalisation d'une séance d'éducation thérapeutique du patient | | |
| Parcours patient | Pharmacie clinique | | |
| Processus | Education thérapeutique du patient | | |
| Situation à risque | | | |
| Descriptif de la situation | | | |
| Prérequis | <ul style="list-style-type: none"> ♦ 40h de formation préalables ou en parallèle ♦ connaissances cliniques et pharmacothérapeutiques en lien avec le scénario | | |
| Objectifs d'apprentissage et pédagogiques de la simulation et objectifs attendus | | | |
| | OBJECTIFS | COMPETENCES | CRITERES D'EVALUATION |
| Compétences techniques | <ul style="list-style-type: none"> ♦ information du patient sur sa pathologie ♦ information du patient sur sa thérapeutique ♦ réalisation d'un diagnostic éducatif pharmaceutique ♦ amélioration de l'adaptation du patient à sa maladie ♦ pratique des techniques et gestes d'urgence ♦ réalisation d'une évaluation individuelle | <ul style="list-style-type: none"> ♦ utiliser des méthodes participatives d'apprentissage et des outils pédagogiques ♦ évaluer les compétences du patient ♦ synthétiser et prioriser les messages à transmettre ♦ tracer et valoriser | <ul style="list-style-type: none"> ♦ documents et outils pédagogiques utilisés, modalités d'exploitation ♦ pertinence du travail final |
| Compétences non techniques individuelles | <ul style="list-style-type: none"> ♦ entretien motivationnel du patient ♦ animation d'un atelier | <ul style="list-style-type: none"> ♦ communiquer avec le patient ♦ favoriser l'interactivité et les apprentissages mutuels ♦ savoir structurer un entretien/atelier | <ul style="list-style-type: none"> ♦ cf grille d'évaluation (annexe 10) |
| Travail d'équipe | <ul style="list-style-type: none"> ♦ équipe ETP (professionnels de santé, patients experts) | <ul style="list-style-type: none"> ♦ communiquer ♦ se coordonner entre professionnels ♦ délimiter sa zone de compétence/ son rôle au sein de l'équipe | <ul style="list-style-type: none"> ♦ communication en équipe (référentiel HAS) ♦ décision en équipe |
| Organisation | <ul style="list-style-type: none"> ♦ gestion du temps ♦ sélectionner/prioriser les patients ♦ planification de l'acte | <ul style="list-style-type: none"> ♦ maîtrise de la durée de l'acte ♦ identifier les critères d'inclusion/exclusion, prioriser ♦ intégrer les modalités de réalisation de l'acte à la pratique quotidienne | <ul style="list-style-type: none"> ♦ temps réalisé ♦ patient(s) sélectionné(s) ♦ planning réalisé |

| Déroulé de la séance | |
|---|--|
| Lieu | Espace dédié (bureau, salle) réel ou reconstitué |
| Durée | ½ journée |
| Evènements | |
| Actions attendues | |
| Modalités d'évaluation des apprenants | Grille d'évaluation individuelle |
| Document de clôture remis aux participants | <ul style="list-style-type: none"> ♦ Synthèse avec les messages à transmettre ♦ Axes d'amélioration proposés |
| Pré/post séance | |
| Points majeurs du briefing | <ul style="list-style-type: none"> ♦ Rappel de la déontologie : intégrité physique et respect des participants conformément à la charte ♦ Confirmation des prérequis ♦ Explication sur le déroulement de la simulation et l'objectif ♦ Remise du scénario |
| Points majeurs du débriefing | <ul style="list-style-type: none"> ♦ Etape d'analyse (<i>grille standard, ressenti des participants</i>) ♦ Etape descriptive (<i>spécifique du scénario, en cours d'élaboration</i>) ♦ Etape de synthèse (<i>en fonction du déroulé, en lien avec les connaissances des fondamentaux</i>) |
| Cibles | |
| Population d'apprenants ciblée | <ul style="list-style-type: none"> ♦ Pharmaciens Praticiens Hospitaliers ♦ Internes en pharmacie ♦ Pharmaciens assistants ♦ Externe en pharmacie ♦ Autres professionnels de santé (si déploiement à l'échelle pluriprofessionnelle : médical/paramédical) |
| Positionnement dans le parcours professionnel | <ul style="list-style-type: none"> ♦ Formation initiale ♦ Formation continue ♦ DPC |
| Ressources | |
| Ressources humaines nécessaires | <ul style="list-style-type: none"> ♦ Acteur(s) jouant les autres membres de l'équipe d'ETP ou réelles si simulation multidisciplinaire ♦ Acteur(s) jouant le rôle du patient ou patient standardisé ♦ Facilitateur/perturbateur |
| Ressources matérielles nécessaires | <ul style="list-style-type: none"> ♦ Bureau ♦ (Dossier Pharmaceutique) ♦ Caméras ♦ Micros ♦ Matériel nécessaire à la réalisation des tâches demandées selon la version du scénario |

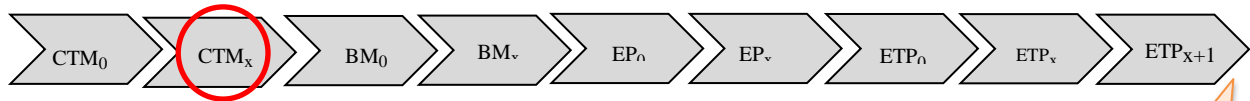
Tableau 10. Module de simulation « Education thérapeutique du patient »

7. *Elaboration des scénarios*

- a) Scénario 1- Réalisation d'une conciliation des traitements médicamenteux : échanges avec le médecin

L'acte de conciliation des traitements médicamenteux est, selon notre étude, l'acte de pharmacie clinique le plus réalisé dans les établissements de soins mais également celui pour lequel le plus de problèmes a été rapporté. La majorité des items rapportés dans le Tableau 4 sont rencontrés au décours de la pratique de la CTM. L'identification des situations à risque par notre étude nous permet de proposer un scénario sur la base du module 1 : Réalisation d'une conciliation des traitements médicamenteux, axé sur la communication entre professionnels de santé et le travail d'équipe. De nombreuses situations-problèmes citées ont en effet mis en évidence des difficultés relationnelles entre professionnels de santé dans le cadre de la CTM, notamment lors des échanges avec le médecin traitant/spécialiste du patient, mais également avec le médecin hospitalier. Le scénario 1 concerne les échanges avec le médecin généraliste (version A) et le médecin hospitalier (version B) dans le cadre d'une CTM.

Scénario 1 : « Réalisation d'une conciliation des traitements médicamenteux : échanges avec le médecin »

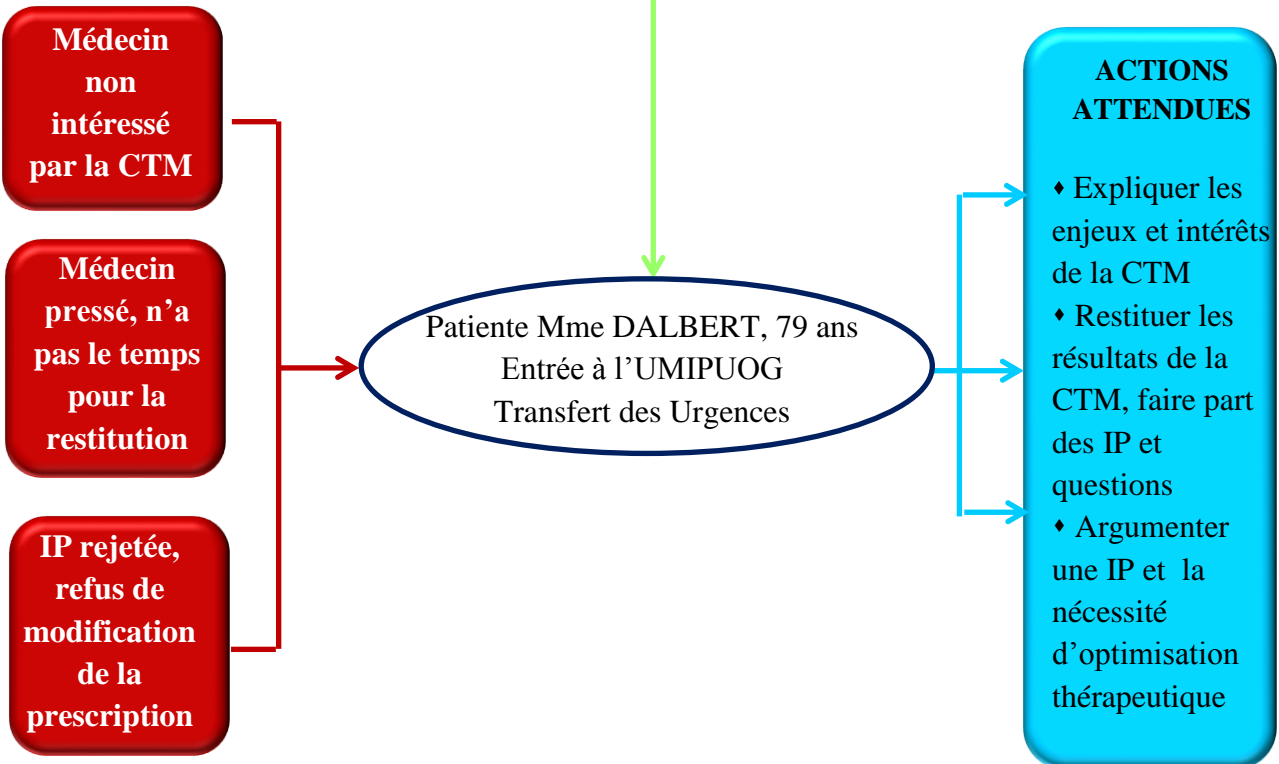
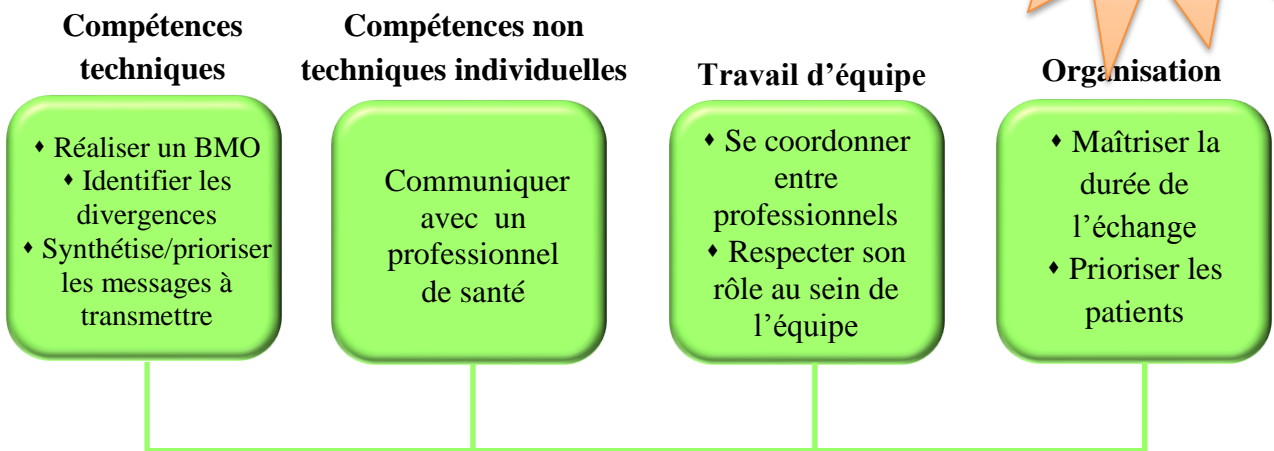


OBJECTIFS D'APPRENTISSAGE

- **Savoir mener une CTM**
- **Savoir communiquer avec un professionnel de santé**

PRE-REQUIS

- ♦ Connaissances cliniques pharmaco thérapeutiques
- ♦ Analyse pharmaceutique.
- ♦ FORMACONCIL®



SITUATIONS

Objectifs

- ⇒ Réaliser une synthèse des résultats de la conciliation au médecin
- ⇒ Savoir régler un litige concernant le traitement du patient

Contexte

Entrée d'une patiente, Mme DALBERT Ghislaine, dans le service de l'UMIPUOG (Unité de Médecine Interne Post-Urgence à Orientation Gériatrique) le lundi à 17H.

- ♦ Patiente adressée par le service des Urgences
- ♦ Entrée faite par l'interne de garde : examen clinique, reprise du traitement habituel noté dans le compte-rendu des urgences, prescription informatisée

La patiente

Mme DALBERT, 79 ans, est admise aux Urgences pour altération de l'état général persistante et nausées consécutives à la prise d'antibiotique (amoxicilline), prescrit par le médecin traitant quelques jours plus tôt pour le traitement d'une bronchite aiguë. Aux Urgences, on découvre un état de déshydratation, une insuffisance rénale aiguë d'allure fonctionnelle et un déséquilibre du diabète. Après correction de la déshydratation et de l'hyperglycémie, la patiente est transférée dans le service de l'UMIPUOG pour suite de la prise en charge.

Antécédents médicaux : Diabète de type 2, hypertension artérielle, tabagisme 40 paquets/année non sevré

Antécédents chirurgicaux : Opération du canal carpien en décembre 2016, prothèse totale de hanche gauche et droite, ostéotomie tibiale droite.

Prescription à l'entrée dans le service

| Médicament | Matin | Midi | Soir | Couché |
|----------------------------------|----------------|----------------|----------------|------------|
| Répaglinide 1 mg | | | 1 comprimé | |
| Fénofibrate 67 mg | | | 1 gélule | |
| Imovane [®] 7,5 mg | | | | 1 comprimé |
| Séresta [®] 10 mg | ½ comprimé | ½ comprimé | 1 comprimé | |
| Primpéran [®] 10 mg inj | 1 injection SC | 1 injection SC | 1 injection SC | |
| Inexium [®] 40 mg | | | 1 comprimé | |

- ♦ Mardi matin, vous, pharmacien hospitalier, participez comme tous les matins au staff infirmiers/médecins de l'UMIPUOG. Les premières informations recueillies sur la patiente

vous permettent de la considérer comme conciliable. Elle présente des troubles anxieux de l'humeur de type dépressif dans un contexte familial anxiogène, d'où l'instauration de Séresta[®] à l'entrée.

♦ Après la fin du staff, vous débutez la conciliation médicamenteuse de Mme Dalbert : vous consultez le dossier médical et réalisez l'entretien d'admission de la patiente. Puis vous appelez le pharmacien d'officine.

Informations recueillies dans le dossier patient

- Traitement habituel

| Médicament | Matin | Midi | Soir | Couché |
|----------------------------------|------------|------------|------------|--------|
| Novonorm [®] 1 mg | 1 comprimé | 1 comprimé | 1 comprimé | |
| Cokenzen [®] 16/12,5 mg | 1 comprimé | | 1 comprimé | |
| Fénofibrate 67 mg | | | 1 gélule | |
| Inexium [®] 40 mg | | | 1 comprimé | |

- Traitement instauré par médecin traitant sur bronchite aigue : Clamoxyl 1g, 1 comprimé matin, midi et soir. La patiente a stoppé son traitement à 48H face à une fatigue et des nausées persistantes.

Informations recueillies lors de l'entretien d'admission avec la patiente

- Patiente autonome, vit à domicile
- La patiente déclare prendre 1 gélule de Fénofibrate 67 mg 3 fois par jour, et 1 comprimé de Novonorm[®] 1 mg le soir
⇒ confusion entre les deux spécialités, mauvaise observance (ce qui explique le déséquilibre du diabète à l'entrée)
- La patiente prend de l'Inexium[®] 40 mg le soir depuis des années, ne sait plus pourquoi.

Informations données par le pharmacien d'officine

- Médicaments délivrés habituellement sur ordonnance

| Médicament | Matin | Midi | Soir | Couché |
|----------------------------------|------------|------------|------------|--------|
| Novonorm [®] 1 mg | 1 comprimé | 1 comprimé | 1 comprimé | |
| Cokenzen [®] 16/12,5 mg | 1 comprimé | | | |
| Fénofibrate 67 mg | | | 1 gélule | |
| Inexium [®] 40 mg | | | 1 comprimé | |

Réalisation du BMO, comparaison avec l'OMA ⇒ Identification des divergences

| BMO | | OMA | | |
|----------------------------------|-----------|------------------------|-----------|---|
| Mdt/dosage/forme | Posologie | Mdt/dosage/forme | Posologie | |
| Répaglinide 1 mg | 1-1-1 | Répaglinide 1 mg | 0-0-1 | X X X X X X X DIVERGENCES / IP |
| Cokenzen [®] 16/12,5 mg | 1-0-0 | | | |
| Fénofibrate 67 mg | 0-0-1 | Fénofibrate 67 mg | 0-0-1 | |
| Inexium [®] 40 mg | 0-0-1 | Inexium 40 mg | 0-0-1 | |
| | | Imovane 7,5 mg | 0-0-0-1 | |
| | | Séresta 10 mg | 1/2-1/2-1 | |
| | | Primpéran 10 mg inj SC | 1-1-1 | |

Déroulement du scénario

Version A : appel du médecin traitant

Etat initial

Vous ne connaissez pas le médecin généraliste. Vous l'appellez, vous présentez et expliquez l'objet de votre appel.

Celui-ci vous répond, agacé : « Cela fait deux fois en deux jours que l'on m'appelle au sujet de cette patiente. Le service a déjà toutes les informations nécessaires, je ne vois pas l'intérêt de vous les répéter. Depuis quand les pharmaciens s'occupent-ils de cela ? »

1^{ère} situation

Le médecin traitant constate une désorganisation entre vous et le service de soins (double appel). De plus il ne voit pas l'intérêt de la démarche de conciliation.

Action attendue

Expliquer et convaincre le médecin généraliste de l'enjeu et de l'intérêt de la démarche de conciliation médicamenteuse, mettre en avant le rôle du pharmacien dans ce contexte.

Evolution

Le médecin traitant accepte de coopérer. Il sort le dossier de la patiente et vous donne la liste de ses traitements habituels en cours :

| Médicament | Matin | Midi | Soir | Couché |
|----------------------------------|------------|------------|------------|--------|
| Novonorm [®] 1 mg | 1 comprimé | 1 comprimé | 1 comprimé | |
| Cokenzen [®] 16/12,5 mg | 1 comprimé | | | |
| Fénofibrate 67 mg | | | 1 gélule | |
| Inexium [®] 40 mg | | | 1 comprimé | |

2^{ème} situation

Selon vous, plusieurs prescriptions sont potentiellement inappropriées :

- Le Fénofibrate 67 mg, habituellement prescrit chez l'insuffisant rénal (antécédent non mentionné dans le dossier médical)
- L'Inexium[®] 40 mg, dont l'indication est à réévaluer, ainsi que le dosage et l'heure de prise non optimale (efficacité supérieure le matin)

Action attendue

Demander au médecin des informations complémentaires, questionner en utilisant un langage adapté et en faisant preuve de diplomatie.

Evolution

Le médecin traitant vous répond que la patiente se plaignait d'un reflux gastro-œsophagien il y a quelques années et que l'Inexium[®] la soulage au long court. Quant au Fénofibrate, il s'agit d'une prescription du cardiologue qu'il reconduit à chaque visite, ce n'est pas à lui de la modifier et il n'en sait pas plus.

Préparation logistique

Lieux : Bureau réel ou reconstitué

Matériel : Téléphone, papier, stylo, support BMO et ordonnance d'admission de la patiente, scénario

Acteur : Médecin généraliste

Etat initial

En fin d'après-midi, vous entrez dans le bureau médical, à la recherche du médecin en charge de la patiente, que vous côtoyez régulièrement dans le service. Il est assis à son bureau et dicte un compte rendu de sortie. Vous attendez qu'il termine, le saluez et lui expliquez brièvement la raison de votre venue. Celui-ci vous répond :

« Oui bien sûr, il faut qu'on voie ça ensemble, seulement là j'ai encore 3 patients à voir et pas encore fini mes compte-rendu. On n'a pas d'interne aujourd'hui... »

1ère situation

Le médecin est réceptif mais il est pressé et a peu de temps à vous consacrer.

Action attendue

Argumenter en faveur de l'intérêt de conclure rapidement la conciliation. Proposer éventuellement une organisation en fonction des plannings de chacun.

Evolution

Vous faites une synthèse au médecin de la conciliation réalisée dans la journée: sources d'informations, BMO, divergences observées avec l'OMA.

2^{ème} situation

Vous devez informer le médecin des divergences observées, le questionner et lui faire part de vos avis pharmaceutiques :

⇒ La posologie du Répaglinide est erronée

⇒ Le Cokenzen[®] 16/12,5mg n'a pas été reconduit à la sortie des urgences. Cette spécialité n'est pas référencée à l'hôpital mais des équivalences de classe sont disponibles

⇒ Le dosage du Fénofibrate est à réévaluer

⇒ L'indication de l'Inexium[®] est à réévaluer, ainsi que le dosage et l'horaire de prise

⇒ La posologie de l'Imovane[®] est inadaptée chez cette patiente âgée, pour qui une demi-dose est recommandée

⇒ Le Primpéran[®] est prescrit de manière systématique. Ce médicament présente des effets anticholinergiques, mal tolérés chez la personne âgée.

Action attendue

Communiquer de façon adaptée avec le professionnel de santé : fournir des explications claires et concises, utiliser un vocabulaire médical/pharmaceutique, questionner et formuler les avis pharmaceutiques avec diplomatie.

Evolution

Le médecin accepte une partie des IP, il corrige ses prescriptions : posologie du Répaglinide 1 mg 1 comprimé 3 fois par jour, prescription conditionnelle de Primpéran[®] (si nausées), Cokenzen[®] substitué par une association Esidrex[®] + Valsartan. Il refuse de réévaluer la prescription de Fénofibrate, qui est celle du cardiologue, ainsi que celle d'Imovane[®], dont il juge la posologie adaptée.

3^{ème} situation

Certaines de vos interventions pharmaceutiques sont rejetées, le médecin refuse de modifier la prescription.

Action attendue

Argumenter ses IP et la nécessité d'optimisation thérapeutique.

Le médecin, après discussion, accepte de revoir le traitement et dit qu'il modifiera la prescription.

Préparation logistique

Lieux : Bureau médical réel ou reconstitué

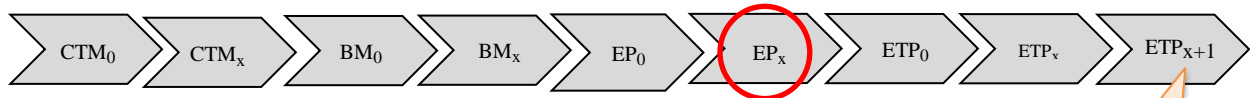
Matériel : Papier, stylo, supports BMO et CTM, ordinateur avec logiciel de prescription, résultats de laboratoire, chariots contenant les dossiers patient, téléphone, scénario

Acteur : Médecin

b) Scénario 2 : Réalisation d'un entretien pharmaceutique avec un patient chronique atteint d'hypertension artérielle (HTA)

Les difficultés mises en évidence par notre enquête pour l'acte d'entretien pharmaceutique concernent des défauts de connaissances fondamentales, et essentiellement des difficultés de communication avec le patient. Nous avons choisi d'axer ce scénario sur le déroulement d'un entretien pharmaceutique à l'officine (transposable à l'hôpital) avec un patient atteint d'une pathologie chronique répandue, l'HTA.

Scénario 2 « Réalisation d'un entretien pharmaceutique avec un patient chronique HTA »

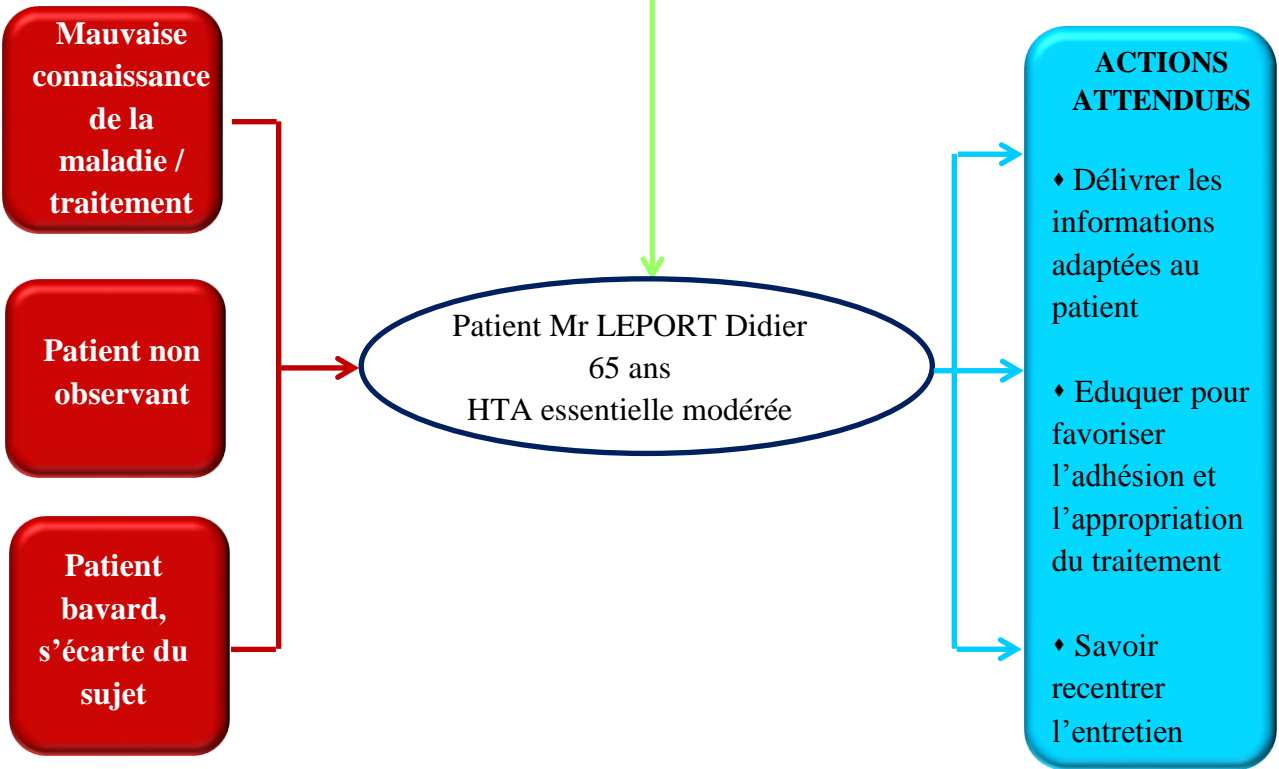
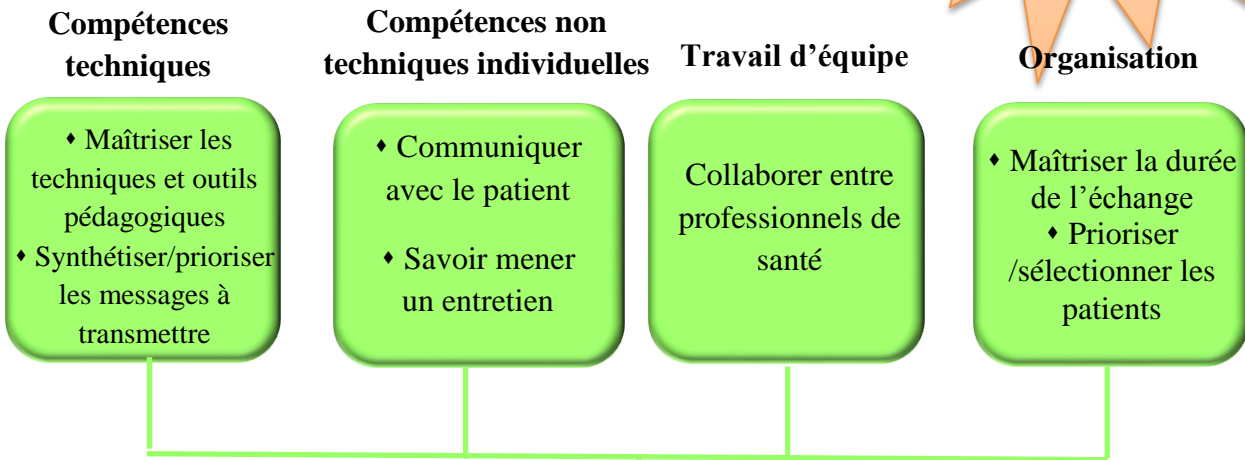


OBJECTIFS D'APPRENTISSAGE

- **Savoir mener un entretien pharmaceutique**
- **Savoir communiquer avec le patient**

PRE-REQUIS

- ♦ Connaissances cliniques pharmaco thérapeutiques maladies cardio- vasculaires
- ♦ E-learning entretien pharmaceutique



SITUATIONS

Objectifs

- ⇒ Savoir mener un entretien pharmaceutique
- ⇒ Savoir communiquer avec le patient

Contexte

Mr LEPORT Didier, 65 ans, est atteint d'une hypertension artérielle essentielle modérée découverte il y a cinq ans. Il suit un traitement antihypertenseur et essaie d'appliquer les mesures hygiéno-diététiques préconisées par son cardiologue. Cependant, ces contraintes sont de plus en plus pesantes pour lui ; il suit les recommandations de façon moins scrupuleuse. Vous êtes pharmacien d'officine et vous remarquez une discontinuité dans ses venues à la pharmacie. Lorsqu'il vient prendre sa tension, celle-ci est trop élevée. Vous soupçonnez une mal-observance de son traitement et lui proposez un entretien pharmaceutique, qu'il accepte.

Le patient

Antécédents médicaux/comorbidités : surpoids, dyslipidémie, tabagisme sevré depuis 3 ans, hyperthyroïdie

Traitement en cours

| Médicament | Matin | Midi | Soir |
|--------------------------------|-------------------|----------|------|
| Renitec [®] 20 mg | 1 comprimé | | |
| Lercanidipine 10 mg | 1 comprimé | | |
| Lodoz [®] 2,5/6,25 mg | 1 comprimé | | |
| Kardégic [®] 75 mg | | 1 sachet | |
| Eupantol [®] 20 mg | 1 comprimé | | |
| Lévothyrox [®] 75 µg | 1 comprimé à jeun | | |

Déroulement du scénario

Etat initial

Vous débutez l'entretien en posant des questions ouvertes pour évaluer les connaissances du patient sur l'HTA et ses traitements, dans le but de cerner ses besoins et pouvoir définir ensuite les compétences à acquérir pour lui.

Le patient répond, concernant ses traitements : « C'est ma femme qui me les prépare, elle les connaît bien mieux que moi. Franchement, s'y retrouver parmi tous ces noms barbares... Autant de pilules pour une petite hausse de tension, je trouve cela exagéré. »

1^{ère} situation

En discutant avec le patient vous vous rendez compte qu'il a des connaissances très vagues sur sa maladie et semble la prendre à la légère. Il ne connaît pas ses traitements et s'appuie beaucoup sur l'aide de son épouse.

Action attendue

Informé et échangé avec le patient sur l'HTA et les possibles pathologies associées, les conséquences et les complications éventuelles, ainsi que sur les traitements. Faire le point avec lui sur son ordonnance.

Evolution

Une fois les explications données, vous évaluez l'observance de votre patient.

Celui-ci avoue que quand sa femme n'est pas là, il oublie souvent ses médicaments.

2^{ème} situation

Le patient n'est pas observant.

Action attendue

Améliorer l'adhésion thérapeutique et l'appropriation de son traitement en tenant compte de ses besoins et habitudes de vie.

Evolution

Le patient, mis en confiance et heureux de l'écoute attentive que vous lui accordez, se met à vous parler de sa jeunesse et de ses enfants.

3^{ème} situation

Le patient s'éparpille, vous vous éloignez des objectifs pédagogiques et le temps d'entretien est bientôt écoulé.

Action attendue

Recadrer le patient avec tact et recentrer l'entretien pharmaceutique.

Préparation logistique

Lieux : Bureau

Matériel : Papier, stylo, ordonnance du patient, questionnaire d'évaluation de l'observance, téléphone, appareil d'automesure tensionnelle, scénario

Acteur : personne jouant le rôle du patient ou patient standardisé

IV. EVALUATION DU PROGRAMME DE SIMULATION

En parallèle des évaluations individuelles et collectives des apprenants lors des séances de simulation, un programme de simulation doit être lui-même évalué.

1. Conception du mode d'évaluation

Les modalités d'évaluation de notre programme de simulation est défini selon le modèle de Kirkpatrick. Il vise à valider la pertinence de la formation et à l'adapter si besoin, mais également à mesurer l'impact de la formation sur les pratiques en générant un retour d'expérience.

L'évaluation de notre programme de formation se décline donc en trois axes :

- une enquête de satisfaction et d'évaluation est distribuée à chaque apprenant à l'issue de la séance. Ce questionnaire permet, si besoin, d'améliorer le contenu pédagogique et d'adapter la formation.
- un questionnaire d'impact, à remplir à distance de la formation par l'apprenant, en guise d'auto-évaluation. Il permet de vérifier que les compétences ont été comprises et intégrées.
- Une évaluation externe réalisée par l'observation de l'apprenant en conditions réelles. Elle permet de mesurer les répercussions de la formation sur l'amélioration des compétences et la modification des comportements dans la pratique quotidienne.

Dans ce contexte, il s'agit de définir des indicateurs adaptés.

2. Réalisation des grilles d'évaluation du programme

a) Questionnaire de satisfaction et d'évaluation du programme de simulation

Il vise à recueillir, « à chaud », le ressenti des apprenants juste après leur participation au module de simulation, et ainsi déterminer leur niveau de satisfaction. Les données recueillies dans ce cadre ne permettent pas toujours une mesure objective de la qualité du dispositif; néanmoins, la perception qu'ont eue les apprenants de la séance est utile pour valider la pertinence du programme. Cela permet également d'améliorer le contenu pédagogique et d'adapter la formation si besoin. Les apprenants sont questionnés sur leur appréciation

globale de la formation, la qualité de l'organisation et de l'animation, les supports de formation, la pertinence des sujets abordés.

Un questionnaire de satisfaction adapté à notre programme de simulation a été élaboré. (Tableau 11). Il sera rempli par chaque apprenant lors d'un temps dédié, immédiatement après la séance de simulation.

Date : **Module :** **Scénario :**

Vous venez de participer à un programme de simulation sur les actes de pharmacie clinique. Nous souhaitons connaître votre degré de satisfaction et vos éventuelles remarques, afin d'adapter et d'améliorer la qualité de notre formation. Merci de répondre aux questions ci-dessous.

De non satisfaisant (1) à très satisfaisant (4)

Comment évaluez-vous... **1** **2** **3** **4**

1. PEDAGOGIE

La pertinence des thèmes abordés

Le niveau de difficulté, compte tenu de votre expérience

L'utilité de cette formation pour vous, concernant l'amélioration :

✓ de votre raisonnement clinique

✓ de votre approche relationnelle

✓ de votre pratique professionnelle globale

La compétence de(s) formateur(s)

2. MOYENS

Les supports de formation (scénarios, documents de synthèse)

La salle et le matériel mis à votre disposition

Comment évaluez-vous... 1 2 3 4

3. ORGANISATION

L'accueil et la planification de la session de formation

Le temps dédié à chaque session (briefing, déroulé du scénario, débriefing...)

La taille du groupe

Si non adapté, pourquoi ?.....

4. RELATIONNEL

L'ambiance générale

Le niveau de motivation, d'attention et de participation de l'ensemble des apprenants

Les relations entre apprenants

Les relations avec le(s) formateur(s)

Non Assez peu Pas tout à fait Oui

5. EVALUATION GLOBALE

Pensez-vous avoir comblé des lacunes ?

Avez-vous atteint vos objectifs ?

Globalement, avez-vous trouvé la formation satisfaisante ?

Pensez-vous qu'il faille poursuivre ces séances de simulation ?

Remarques :

.....

.....

.....

Merci de votre participation

Tableau 11. Questionnaire de satisfaction et d'évaluation du programme de simulation

b) Questionnaire de taux de transfert de compétences

Notre objectif est d'évaluer de façon différée l'impact du programme de formation sur l'amélioration des compétences. Cela permet d'une part, d'apprécier l'efficacité de la formation vis-à-vis des apprenants, d'autre part d'évaluer le degré de transfert des connaissances et compétences acquises en formation dans la situation professionnelle. Pour cela, il est nécessaire d'identifier, au préalable, les compétences à améliorer ou à acquérir à l'issue de la formation. De plus, les pratiques professionnelles attendues doivent être définies, ainsi que des critères et des indicateurs permettant de s'assurer de la conformité des pratiques. Le support de formation est constitué du e-learning, qui vise l'apport de connaissances théoriques, et des scénarios de simulation permettant d'intégrer les compétences non techniques. Après test du programme de formation à un atelier du congrès de la SFPC en février 2018, et par les volontaires ayant participé à l'enquête, le questionnaire d'impact élaboré (Tableau 12) sera distribué à distance (quelques mois) aux participants afin de recueillir les premières données d'impact.

Notre travail portant spécifiquement sur la mise en place du programme de simulation, il serait intéressant de distinguer deux groupes : l'un n'ayant suivi que le e-learning, l'autre ayant suivi l'intégralité du programme comprenant le e-learning et la simulation. La comparaison des résultats du questionnaire d'impact entre les deux bras permettrait de mettre en évidence l'impact spécifique de la simulation.

Deux niveaux d'évaluation d'impact du programme sont à distinguer : auto-évaluation par l'apprenant et évaluation externe de l'apprenant sur le terrain.

i. Auto-évaluation de l'apprenant

Le deuxième niveau d'évaluation du modèle de Kirkpatrick consiste en une auto-évaluation par l'apprenant lui-même, à distance de la formation. Il rend compte de son expérience professionnelle à la suite de l'enseignement reçu. Ce type d'évaluation permet une vérification de l'intégration et de la mise en pratique des compétences rattachées aux objectifs pédagogiques.

ii. Evaluation de l'apprenant en situation réelle

Ce troisième niveau d'évaluation correspond à une observation de l'apprenant par un responsable ou un référent. L'apprenant va être évalué in situ dans le service de soins, dans le cadre de sa pratique quotidienne de l'acte pharmaceutique considéré. Ce type d'évaluation permet, par l'observation des apprenants dans une situation réelle, d'évaluer la mise en œuvre de nouveaux comportements induite par la formation suivie. La grille de simulation peut être réutilisée, en adaptant si besoin les items aux contraintes éventuelles in situ.

Ce type d'évaluation peut être exploitée de manière ponctuelle mais également pour des évaluations périodiques annuelles dans le cadre d'une formation continue.

**PROGRAMME DE FORMATION PHARMACIE CLINIQUE
TRANSFERT DE COMPETENCES :
QUESTIONNAIRE D'AUTO-EVALUATION**

Vous avez participé il y a quelques mois à un programme de formation sur les actes de pharmacie clinique. A distance, nous souhaitons connaître l'impact de cette formation sur vos pratiques. Merci de répondre aux questions ci-dessous.

Date :

| Contenu de la formation suivie | |
|--|-------------|
| <input type="checkbox"/> e-learning | module(s) : |
| <input type="checkbox"/> simulation | module(s) : |

Et /
Ou

1) Quel(s) objectif(s) vous étiez-vous fixé(s) à l'issue du programme de formation ?

.....

2) Pensez-vous l'(les) avoir atteint(s) ? OUI NON

Si oui, comment ?.....

Si non, pourquoi ?

3) La formation a-t-elle fait évoluer vos pratiques ? OUI NON

Si oui, en quoi ?.....

Si non, pourquoi ?

4) Avez-vous intégré les compétences ciblées durant la formation à votre pratique routinière de la pharmacie clinique ?

OUI NON

5) Si oui, lesquelles ?

| | |
|---|--|
| <i>Compétences techniques</i> | <input type="checkbox"/> investigation, recueil, gestion de données et de documents <input type="checkbox"/> analyse pharmaceutique de prescription/non prescriptions <input type="checkbox"/> connaissances cliniques et/ou pharmacothérapeutiques <input type="checkbox"/> évaluation des compétences du patient <input type="checkbox"/> maîtrise d'outils pédagogiques <input type="checkbox"/> synthèse et priorisation des messages à transmettre <input type="checkbox"/> traçabilité et valorisation |
| <i>Compétences non techniques individuelles</i> | <input type="checkbox"/> communication avec le médecin <input type="checkbox"/> communication avec le patient/aidants <input type="checkbox"/> analyse globale de la situation du patient / adaptation aux besoins |
| <i>Travail d'équipe</i> | <input type="checkbox"/> avec le médecin <input type="checkbox"/> avec le patient <input type="checkbox"/> équipe pharmaceutique <input type="checkbox"/> autre:..... |
| <i>Organisation</i> | <input type="checkbox"/> gestion du temps <input type="checkbox"/> priorisation des patients |

6) Pouvez-vous citer une situation où ce qui a été vu en formation s'est révélé très utile ?

.....

7) Avez-vous rencontré des situations difficiles qu'il aurait été souhaitable de voir en formation ? Si oui, la(les)quelle(s) ?.....

.....

8) Avez-vous rencontré des difficultés lors de la mise en pratique des connaissances/compétences acquises ? Si oui, quelles sont-elles ?.....

.....

9) Sur 10, à quelle note évalueriez-vous :

- ▶ Vos connaissances en matière de pharmacie clinique ? (méthodologie) /10
- ▶ Vos compétences en matière de communication et de travail en équipe ? /10
- ▶ Le bénéfice de cette formation sur vos pratiques ? /10

Merci de votre participation

Tableau 12. Questionnaire d'impact du programme de formation aux actes de pharmacie clinique

Notre proposition d'outil d'évaluation couvre ainsi les trois premiers niveaux du modèle de Kirkpatrick et se veut donc complet (Figure 31). Le quatrième niveau manquant évalue les répercussions de la formation sur le changement des comportements à l'échelle de l'établissement ou du groupement d'établissements. Grâce à des indicateurs définis, il permet d'évaluer l'impact du programme sur la prise en charge du patient ainsi que sur l'organisation globale de la structure.

Ce niveau sera exploité une fois notre programme validé et mis en place.

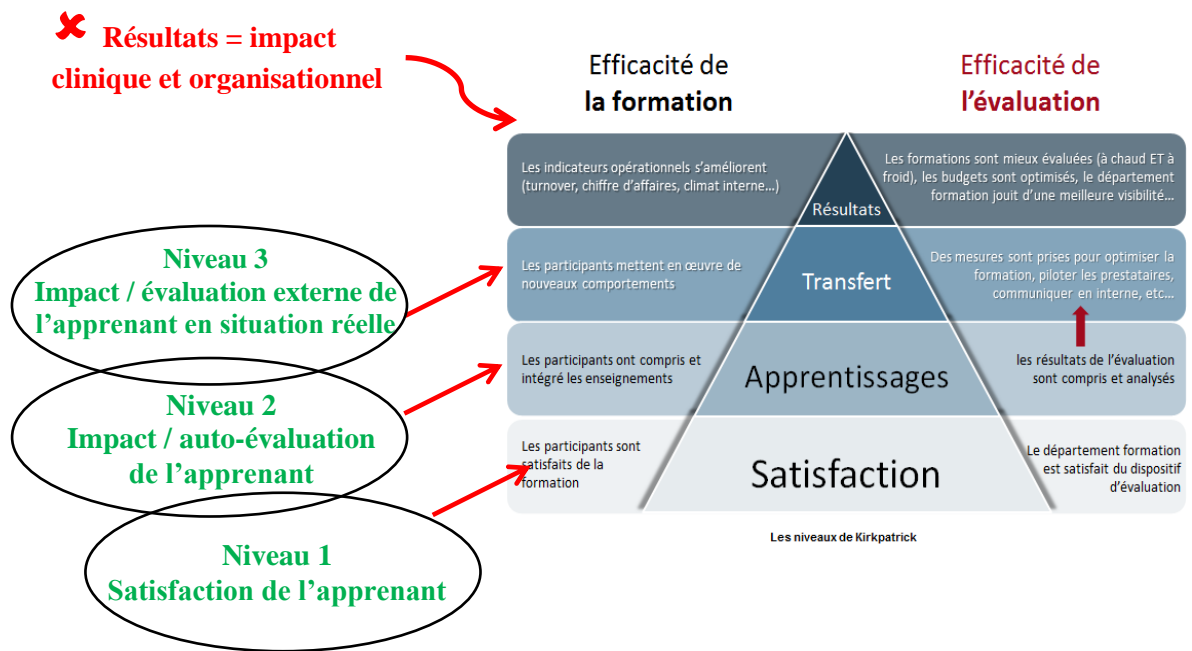


Figure 31. Les différents champs d'évaluation du programme de formation Pharmacie clinique

PARTIE IV
DISCUSSION

La méthodologie positionnant la simulation en santé dans un continuum pédagogique nécessite la réalisation de plusieurs étapes :

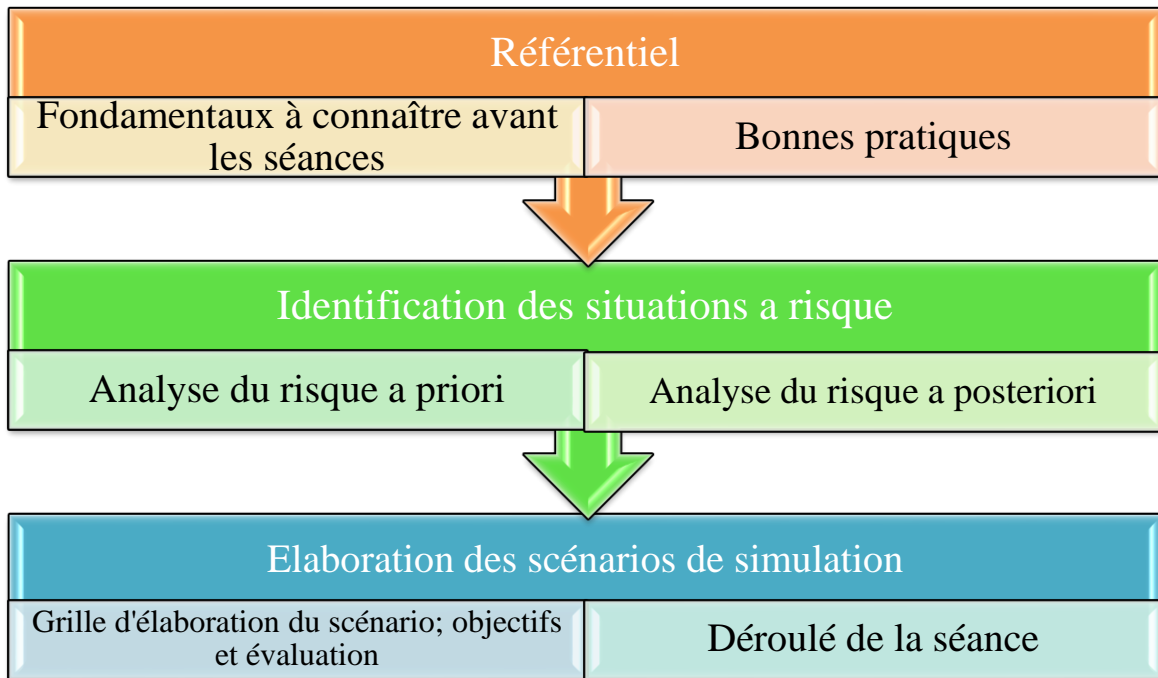


Figure 31. Méthodologie d'élaboration d'un programme pédagogique intégrant la simulation. Projet MULTISIM, Rapport final d'activité. R.Collomp, Juillet 2017

Les objectifs de ce travail se définissent en deux temps : d'une part, il s'agit de positionner les modules de simulation élaborés au niveau du continuum de formation proposé par la SFPC.

D'autre part, nous visons une harmonisation structurée des modules de formation par simulation, afin de pouvoir capitaliser un retour d'expérience collectif.

Le programme de formation élaboré se construit ainsi sur la base de trois niveaux complémentaires. Il se base tout d'abord sur un référentiel constitué par les bonnes pratiques ainsi que les fondamentaux à connaître avant les séances, dispensés notamment par les modules de formation e-learning. Il s'agit dans un deuxième temps d'identifier les situations à risque qui serviront de base pour l'élaboration des scénarios de simulation. Cette dernière étape consiste à élaborer une grille de simulation et à définir les objectifs et les modalités d'évaluation, avant de passer au déroulé de la séance.

Notre programme de simulation est basé sur les référentiels de bonnes pratiques de la HAS et de la SFPC, sources légitimes et validées, nous permettant de construire ce programme sur des bases pertinentes.

Au travers de ce travail, nous avons ensuite cherché à identifier les situations à risque régulièrement rencontrées dans la réalisation courante des actes de pharmacie clinique. Notre enquête nous a permis de dresser un état des lieux des pratiques: répartition des actes, difficultés éventuelles et fréquence de survenue. Parmi les quatre actes de pharmacie clinique définis par le modèle SFPC, l'étude a révélé essentiellement des difficultés sur le plan des compétences non techniques individuelles, avec majoritairement des problèmes de communication. Les compétences individuelles collectives telles que le travail en équipe ont également été mises en cause, ainsi que les problèmes d'organisation et de réalisation pratique. Enfin, dans une moindre mesure, sont cités des défauts de connaissances théoriques. Cette enquête a permis d'identifier les situations problématiques récurrentes dans la pratique de la pharmacie clinique ; situations pour lesquelles il serait utile d'être formé et entraîné sur la manière d'agir et de réagir.

La deuxième partie de l'enquête nous a permis d'évaluer l'avis des participants sur la simulation dans le cadre de notre projet de formation en pharmacie clinique. Il en ressort majoritairement un enthousiasme pour ce nouveau mode de formation. La simulation est jugée comme particulièrement adaptée et apportant une utilité majeure pour l'acquisition et la consolidation de compétences ; les compétences non techniques étant citées en première intention.

Notre étude, menée parmi les participants des journées de formation SFPC 2017, présente un biais relatif car l'effectif interrogé est constitué d'un ensemble de personnes intéressées par la thématique (impliqués ou souhaitant s'impliquer dans une démarche de pharmacie clinique au sein de leur établissement). Cependant, le questionnaire a également été diffusé à une population tout venant représentée par des pharmaciens et internes en pharmacie membres du GHT 06. On peut donc considérer cette étude comme non biaisée car réalisée sur un échantillon représentatif de l'ensemble des pharmaciens.

Notre grille de simulation est inspirée de la trame MULTISIM et a été revalidée par la SFPC. Elle sert de base commune pour l'élaboration du programme de simulation ciblant, à travers 5 modules représentant respectivement cinq actes de pharmacie clinique imbriqués les uns dans les autres (entretien d'admission, conciliation des traitements médicamenteux, bilan de médication, entretien pharmaceutique, éducation thérapeutique du patient), les situations susceptibles de mettre l'apprenant en difficulté.

Nous avons réalisé, pour chaque module, une cartographie des compétences nécessaires, en se basant sur les bonnes pratiques des sociétés savantes ainsi que sur les recommandations de la HAS. Pour chaque compétence, nous avons proposé des critères d'évaluation, soumis aux groupes de travail de la SFPC pour validation. Les modules de simulation sont donc en cours de finalisation. Les critères d'évaluation liés aux compétences techniques seront testés sur le groupe volontaire. Quant aux critères d'évaluation liés aux compétences non techniques, ils sont en cours de réflexion et feront l'objet d'une évaluation au niveau national. Notre but est de proposer un thésaurus de compétences, chacune rattachée à un ou plusieurs critères d'évaluation. Cet ensemble reste identique et applicable quel que soit le scénario.

L'objectif final est d'obtenir des critères applicables de manière transversale et pluridisciplinaire. Différentes sociétés savantes, pour chaque discipline, permettent l'apport de compétences techniques via des formations, comme la SFPC en pharmacie clinique (FORMACONCIL[®]), ou la SFAR en anesthésie-réanimation. Le déploiement de la simulation en santé est porté par la société savante SoFraSimS ou par des projets tels que MULTISIM au CHU de Nice. Par la mise en place de critères d'évaluation liés à des compétences, applicables à l'ensemble des métiers, l'objectif est d'amorcer au niveau national une proposition de module global et transversal liant plusieurs disciplines via la simulation.

Les scénarios proposés ont été élaborés en fonction des situations à risque identifiées dans notre enquête. Ils seront diffusés dans un premier temps aux pharmaciens du GHT 06 ainsi qu'aux participants aux Journées de formation SFPC ayant accepté de faire partie du groupe test. Ils seront également testés lors d'un atelier au congrès de la SFPC en février 2018. Les tests nous permettront de les adapter et les améliorer, pour en proposer in fine une version validée. Ils pourront ensuite être diffusés de manière plus large à tous les professionnels de santé souhaitant se former à la pharmacie clinique via la simulation.

La possibilité d'utiliser du matériel audiovisuel afin de filmer les séances de simulation rend possible la réalisation d'une bibliothèque de vidéos constituée de séquences d'intérêt sélectionnées par thème. Ces vidéos d'entraînement accessibles aux professionnels leur permettraient de revenir sur des notions non ou insuffisamment acquises, afin de consolider le bénéfice des séances de simulation.

Notre programme de formation fait l'objet d'une évaluation globale, conçue selon le modèle de Kirkpatrick. Il s'agit d'un programme complet couvrant les trois premiers niveaux d'évaluation: degré de satisfaction, auto-évaluation des apprenants et évaluation externe par

un référent en situation réelle. Ce programme d'évaluation permettra de valider la pertinence de notre programme, d'en adapter et d'en améliorer le contenu pédagogique, mais également d'en mesurer l'impact sur la modification des comportements et plus largement sur la prise en charge du patient.

A l'issue de ce travail, nous disposons ainsi de grilles de simulation harmonisées et transposables rendant possible les comparaisons entre les établissements via la mise en œuvre de projets multicentriques.

Les compétences requises pour chacun des actes de pharmacie cliniques sont récapitulées dans le tableau 13.

| | Entretien d'admission | Conciliation médicamenteuse | Bilan de médication | Entretien pharmaceutique | Éducation thérapeutique |
|---|---|--|--|---|---|
| Compétences techniques | <ul style="list-style-type: none"> investiguer et recueillir les données synthétiser et prioriser les données recueillies tracer et valoriser | <ul style="list-style-type: none"> investiguer et recueillir les données synthétiser les informations sous forme de BMO tracer et valoriser synthétiser et prioriser les messages à transmettre identifier et résoudre les divergences gérer les documents issus de la CTM | <ul style="list-style-type: none"> investiguer et recueillir les données tracer et valoriser synthétiser et prioriser les messages à transmettre évaluer la compréhension du patient de son traitement apprécier les conditions de prise (observance, difficultés galéniques) améliorer la gestion de stock de médicaments du patient évaluer la perception du patient tolérance/efficacité détecter une éventuelle automédication | <ul style="list-style-type: none"> tracer et valoriser synthétiser et prioriser les messages à transmettre maîtriser les techniques et outils pédagogiques élaboration documents supports : plan de prise AAPA, fiche de suivi) | <ul style="list-style-type: none"> tracer et valoriser synthétiser et prioriser les messages à transmettre utiliser des méthodes participatives d'apprentissage et des outils pédagogiques évaluer les compétences du patient |
| Compétences non techniques individuelles | <ul style="list-style-type: none"> communiquer avec le patient communiquer entre professionnels de santé réaliser une analyse globale de la situation du patient savoir structurer un entretien | <ul style="list-style-type: none"> communiquer avec le patient communiquer entre professionnels de santé réaliser une analyse globale de la situation du patient savoir structurer un entretien | <ul style="list-style-type: none"> communiquer avec le patient communiquer entre professionnels de santé réaliser une analyse globale de la situation du patient savoir structurer un entretien | <ul style="list-style-type: none"> communiquer avec le patient communiquer entre professionnels de santé réaliser une analyse globale de la situation du patient savoir structurer un entretien | <ul style="list-style-type: none"> communiquer avec le patient savoir structurer un entretien/ atelier favorisation de l'interactivité et des apprentissages mutuels |
| Travail d'équipe | <ul style="list-style-type: none"> se coordonner entre professionnels de santé situer son rôle au sein de l'équipe hospitalière | <ul style="list-style-type: none"> se coordonner entre professionnels de santé situer son rôle au sein de l'équipe hospitalière | <ul style="list-style-type: none"> se coordonner entre professionnels de santé situer son rôle au sein de l'équipe | <ul style="list-style-type: none"> se coordonner entre professionnels de santé situer son rôle au sein de l'équipe | <ul style="list-style-type: none"> se coordonner entre professionnels de santé situer son rôle au sein de l'équipe |
| Organisation | <ul style="list-style-type: none"> maintiendra la durée de l'acte prioriser les patients intégrer les modalités de réalisation de l'acte à la pratique quotidienne | <ul style="list-style-type: none"> maintiendra la durée de l'acte prioriser les patients intégrer les modalités de réalisation de l'acte à la pratique quotidienne | <ul style="list-style-type: none"> maintiendra la durée de l'acte prioriser les patients intégrer les modalités de réalisation de l'acte à la pratique quotidienne | <ul style="list-style-type: none"> maintiendra la durée de l'acte prioriser les patients intégrer les modalités de réalisation de l'acte à la pratique quotidienne | <ul style="list-style-type: none"> maintiendra la durée de l'acte prioriser les patients intégrer les modalités de réalisation de l'acte à la pratique quotidienne |

Tableau 13. Cartographie des compétences requises pour les actes définis dans le modèle SFPC 2017 de pharmacie clinique

De nombreuses redondances peuvent être mises en évidence de prime abord entre les différents modules. Ceci est lié au fait que chaque grille ait été élaborée volontairement pour être utilisable de manière individuelle et autonome, et peut donc être exploitée comme une fiche outil pour un acte donné. Ces redondances concernent essentiellement les compétences non techniques individuelles ainsi que le travail en équipe et l'aspect organisationnel. En effet, certaines compétences demandées pour un entretien d'admission sont également demandées pour réaliser une conciliation médicamenteuse, et retrouvées lors d'un bilan de médication, etc... Cependant, chaque acte est imbriqué l'un dans l'autre et l'ensemble représente un continuum de compétences (Figure 32). Le suivi du continuum de formation du début à la fin permet, à chaque module, d'acquérir au fur et à mesure des compétences supplémentaires, et en parallèle de revoir celles demandées dans le module précédent. Nous proposons ainsi un vrai programme de simulation global et complet, pour lequel nous recommandons de suivre le cheminement croissant des 5 modules afin d'acquérir progressivement les différentes compétences complémentaires les unes des autres, et permettant in fine une formation globale en pharmacie clinique.

Ce programme est néanmoins ajustable pour chaque apprenant avec des modules adaptés à leur pratique professionnelle. Par exemple, un préparateur en pharmacie suivra le module « Entretien d'admission », alors qu'un pharmacien officinal suivra les modules « Bilan de médication » et « Entretien pharmaceutique ». Le module « Conciliation des traitements médicamenteux » est tout à fait adapté pour un interne en pharmacie en stage sur un poste de pharmacie clinique, qui pourra suivre au préalable le module « Entretien d'admission » lui fournissant les prérequis nécessaires.

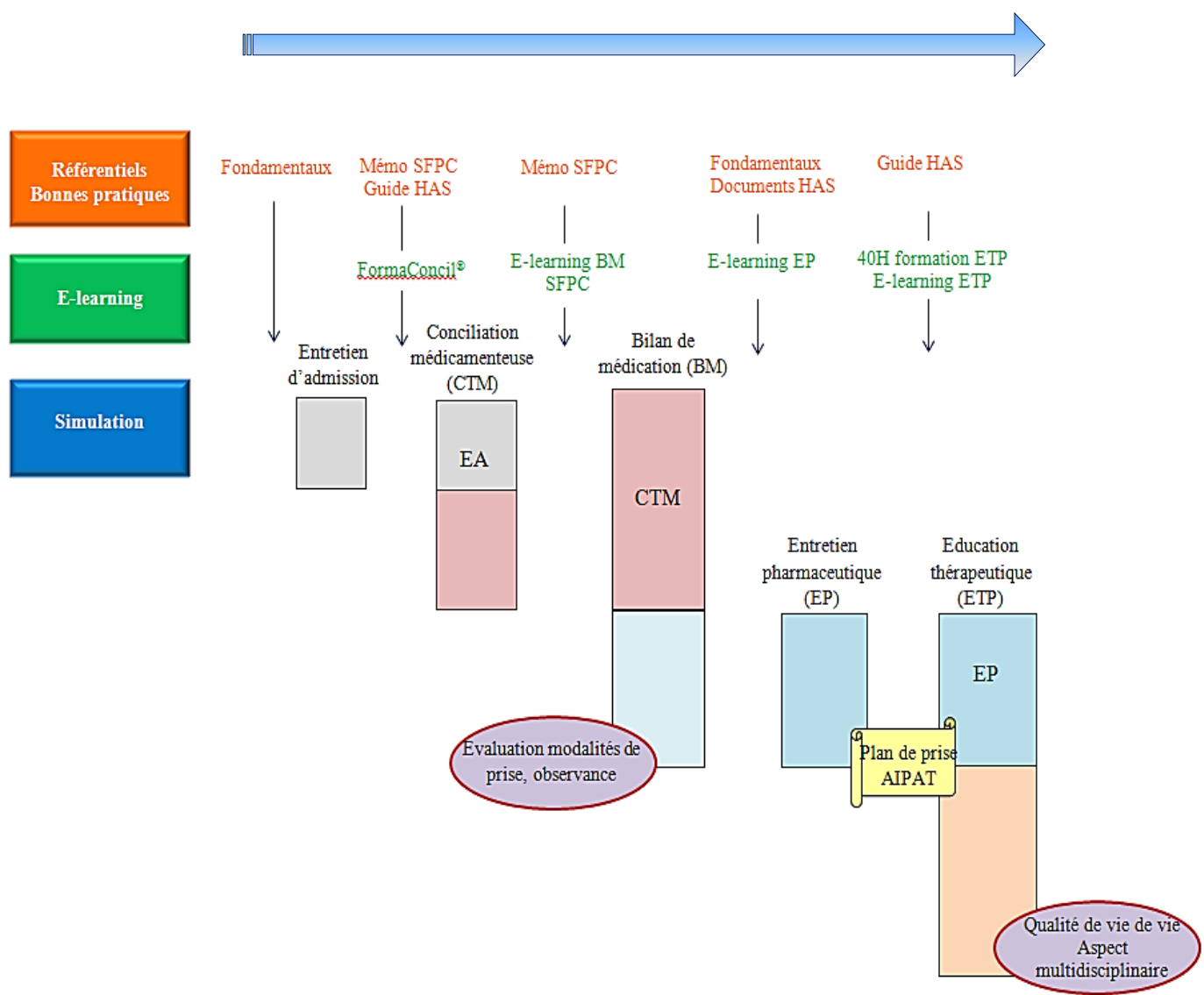


Figure 32. Continuum pédagogique ciblant l'acquisition des compétences en pharmacie clinique

PARTIE V

CONCLUSION - PERSPECTIVES

La pharmacie clinique est une discipline universitaire relativement récente en plein essor, se développant progressivement en milieu hospitalier ainsi qu'en milieu officinal. Ses préceptes reposent sur les exigences croissantes d'amélioration de la qualité et de la sécurité de prise en charge médicamenteuse du patient. Le pharmacien, de par son expertise dans les domaines pharmacologique, pharmacothérapeutique et pharmacoéconomique, apparaît comme un acteur clé dans le parcours de soins du patient, travaillant en étroite collaboration avec les équipes médicales et paramédicales. L'impact de l'intégration du pharmacien dans ce parcours de soins, à l'hôpital comme en ville, a été mis en évidence dans de nombreuses études, tant sur le plan clinique que sur le plan économique, mais également vis-à-vis du niveau de satisfaction du patient.

En 2017, la SFPC a proposé un nouveau modèle de pharmacie clinique, défini par un gradient d'accès à l'information et à l'analyse approfondie, construit sous forme de continuum en 3 niveaux progressifs : la dispensation, le bilan de médication et le plan pharmaceutique personnalisé, processus innovant en cours de formalisation.

Cette nouvelle définition de la pharmacie clinique à travers des actes précis, met en exergue une nécessité de formation aux aspects méthodologiques et comportementaux. Les professionnels amenés à pratiquer ces actes ne suivent en général pas de cursus formalisé s'y rattachant. Il en ressort une hétérogénéité dans les pratiques. Il est donc nécessaire de proposer un mode de formation initiale à ce nouveau modèle de pharmacie clinique, adapté aux futurs ou aux jeunes pharmaciens, mais également une formation continue, permettant aux pharmaciens séniors de réactualiser leurs compétences.

Dans ce contexte, nous nous sommes demandés quelles étaient les méthodes d'apprentissage les plus adaptées à ce type de formation. La formation universitaire classique reste indispensable pour l'acquisition des connaissances théoriques. Les nouvelles méthodes de pédagogies actives, telles que le e-learning ou le MOOC, sont également d'un intérêt grandissant pour remplir ce type d'objectif.

Une autre approche de pédagogie active, la simulation, a démontré son intérêt pour travailler sur les compétences techniques et non techniques dans le domaine de la santé. Cette méthode de formation innovante et interactive apparaît particulièrement adaptée comme entraînement à des situations problématiques concrètes par des mises en situation.

L'élaboration d'un programme de simulation nous a donc paru pertinente dans ce contexte, avec pour objectif l'amélioration des compétences techniques et non techniques individuelles

et collectives, en lien et sous forme de continuum avec les autres approches pédagogiques déjà existantes.

L'enquête menée dans le cadre de ce travail a permis d'identifier les situations problématiques récurrentes dans la pratique de la pharmacie clinique ; situations pour lesquelles il serait utile d'être formé et entraîné sur la manière d'agir et de réagir. C'est à partir de cette cartographie et en ciblant les situations critiques, que nous avons élaboré notre programme de simulation.

Ce programme a pour vocation d'être exploité dans le cadre de la formation initiale des futurs ou jeunes pharmaciens, mais également dans le cadre de la formation continue des séniors, dans tout établissement de santé mais également à l'officine. Il permettra d'homogénéiser les pratiques en matière de pharmacie clinique et de pouvoir compter sur des équipes formées de pharmaciens cliniciens, entraînés sur la base de mises en situation concrètes.

Il apparaît pertinent d'exploiter notre programme de simulation de manière plus large, au-delà du niveau pharmaceutique, à l'échelle de l'ensemble des professionnels de santé intervenant dans les actes de pharmacie clinique, tels que les médecins hospitaliers, les professionnels de ville, les infirmiers ou les préparateurs en pharmacie. Ce projet permettrait de sensibiliser l'ensemble des professionnels à la démarche de pharmacie clinique, pour mieux les y intégrer, faciliter l'aspect relationnel et s'entraîner à la communication ainsi qu'au travail d'équipe. De plus, la réflexion en cours sur des critères d'évaluation de compétences transversaux, permettra l'élaboration d'un module global rattachant plusieurs disciplines (pharmacie, anesthésie-réanimation...) et exploitable au niveau national.

Notre programme de simulation, sous forme d'une bibliothèque de scénarios de simulation, se positionne au sein d'une approche pédagogique globale, complétant ainsi un continuum harmonisé de formation. Le modèle pédagogique développé se base sur les bonnes pratiques diffusées par les sociétés savantes (Bonnes Pratiques de pharmacie clinique, Bonnes Pratiques de simulation), ainsi que sur des référentiels d'actes pharmaceutiques (Fiches Mémo de la SFPC). Ces référentiels, couplés aux modules e-learning, permettent l'acquisition de connaissances théoriques (« savoir ») ainsi que de compétences techniques (« savoir-faire »). Notre travail d'approche par la simulation vise, de manière complémentaire, la mise en pratique des compétences techniques, mais également l'acquisition des compétences non techniques (« savoir-être ») individuelles comme collectives. La scénarisation de nos séances

de simulation va de pair avec les modules d'e-learning ; elle est alimentée par notre cartographie des situations à risque. Enfin, complétant ce continuum, l'approche par serious games, à ce jour encore partiellement exploitée, présente la perspective d'illustration individuelle et collective de compétences.

L'étape du débriefing, à l'issue de la séance de la simulation, permettra si besoin de rediriger l'apprenant vers le e-learning en ciblant les notions non ou insuffisamment acquises. D'autre part, le débriefing nous permettra d'adapter et d'améliorer la scénarisation des séances de simulation. Enfin, il sera utile pour une réévaluation globale de l'ensemble du programme pédagogique, en remodelant et en adaptant les supports théoriques tels que le e-learning (Figure 33).

Un retour d'expérience à distance nous permettra dans un dernier temps de mesurer, via des indicateurs opérationnels, l'impact de notre programme sur l'amélioration des compétences en pharmacie clinique et plus largement sur la prise en charge du patient.

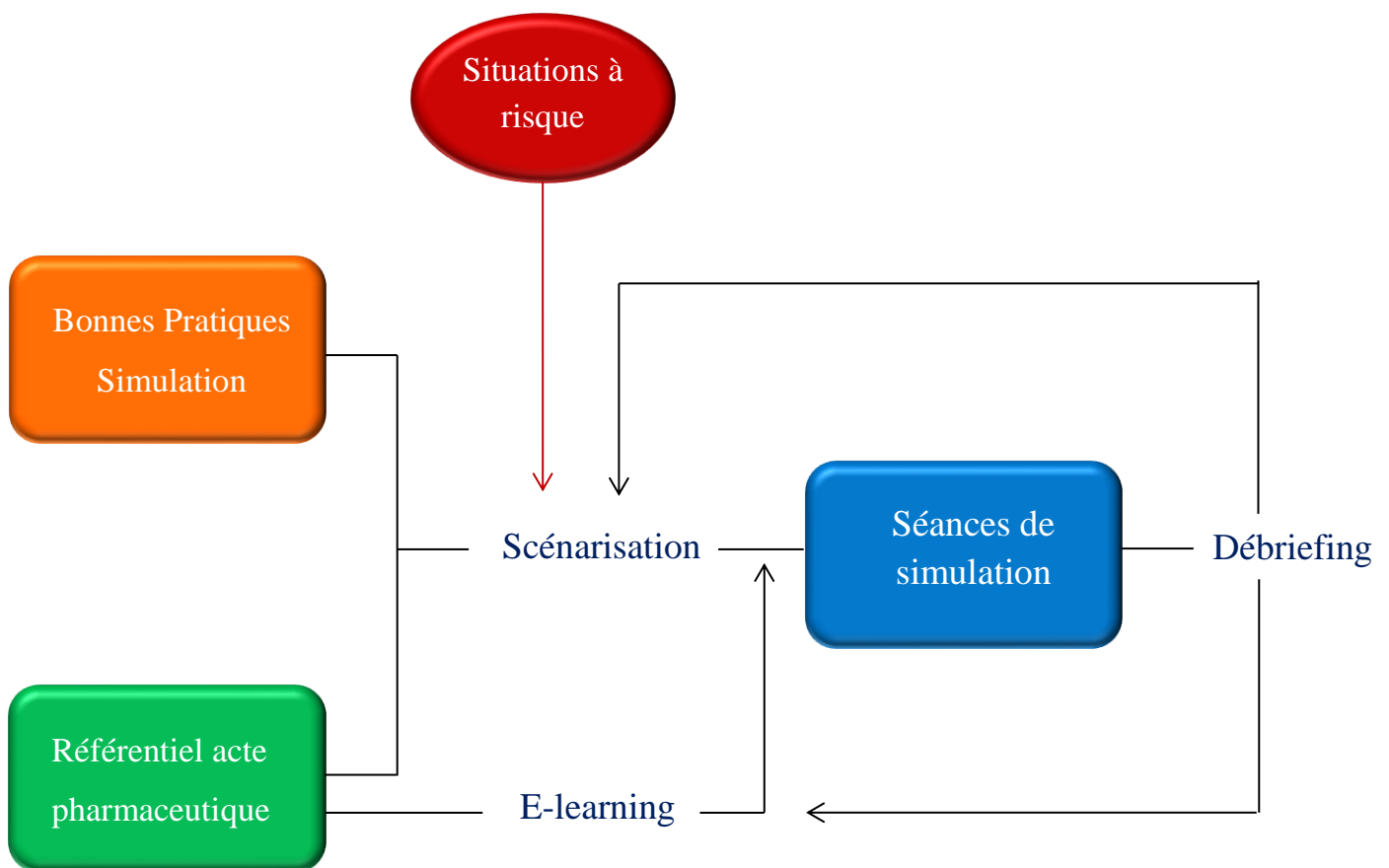


Figure 33. Positionnement de la simulation au sein du programme de formation

ANNEXES

- Annexe 1.** Fiche de codification d'intervention pharmaceutique élaborée par le groupe de travail « Standardisation et valorisation des activités de pharmacie clinique »
- Annexe 2.** Description des problèmes liés à la thérapeutique médicamenteuse – Elaboré par le groupe de travail « Standardisation et valorisation des activités de pharmacie clinique »
- Annexe 3.** Questionnaire de Morisky ou MMAS-4
- Annexe 4.** Fiche pharmacie clinique de recueil de données et de suivi de conciliation élaborée au CHU de Nice – Exemple du service de Médecine Interne
- Annexe 5.** Fiche de recueil Bilan Médical Optimisé
- Annexe 6.** Fiches de conciliation des traitements médicamenteux
- Annexe 7.** Plan de prise AIPAT
- Annexe 8.** Liste des situations-problèmes citées en exemple dans les questionnaires
- Annexe 9.** Grille d'observation – Mise en situation professionnelle : Conciliation Médicamenteuse. CHRU de Lille, Institut de Pharmacie
- Annexe 10.** Grille d'évaluation des compétences non techniques individuelles

ANNEXE 1

FICHE D'INTERVENTION PHARMACEUTIQUE

☞ DATE : / / ☞ N° FICHE :

☑ N° CENTRE :

IDENTITE PATIENT :

Nom :

Prénom :

Age : ans / Poids : Kg

Sexe : M F

1- PROBLEME (1 choix) :

- 1 Non conformité aux référentiels / contre-indication
- 2 Indication non traitée
- 3 Sous-dosage
- 4 Surdosage
- 5 Médicament non indiqué
- 6 Interaction
 - A prendre en compte
 - Précaution d'emploi
 - Association déconseillée
 - Association contre-indiquée
 - Publiée (= hors GTIAM de l'AFSSAPS)
- 7 Effet indésirable
- 8 Voie/administration inappropriée
- 9 Traitement non reçu
- 10 Monitoring à suivre

2- INTERVENTION (1 choix) :

- 1 Ajout (prescription nouvelle)
- 2 Arrêt
- 3 Substitution/Echange
- 4 Choix de la voie d'administration
- 5 Suivi thérapeutique
- 6 Optimisation modalités d'administration
- 7 Adaptation posologique

SERVICE D'HOSPITALISATION :

- Psychiatrie
- Séjour Court (MCO)
- Séjour Long
- Soins de Suite et Réadaptation

DCI MEDICAMENT :

3- FAMILLE MEDICAMENT (ATC) :

- A Voie digestives /Métabolisme
- B Sang /Organes hématopoïétiques
- C Système cardiovasculaire
- D Médicaments dermatologiques
- G Système génito-urinaire/Hormones Sex.
- H Hormones systémiques
- J Anti-infectieux systémiques
- L Antinéoplasiques/Immunomodulateurs
- M Muscle et squelette
- N Système nerveux
- P Antiparasitaires, insecticides
- R Système respiratoire
- S Organes sensoriels
- V Divers

4- DEVENIR DE L'INTERVENTION :

- Acceptée
- Non acceptée
- Non renseigné

DETAILS ⇒ S'il y a lieu, préciser : Dosage, posologie, rythme d'administration des médicaments ; Eléments pertinents en relation avec le problème dépisté ; Constantes biologiques perturbées ou concentration d'un médicament dans liquides biologiques (+ normales du laboratoire) ; Décrire précisément l'intervention pharmaceutique.

Contextes

Problème

Intervention

ANNEXE 2

- 4. L'identification des problèmes liés à la thérapeutique médicamenteuse se fait au vu de l'ensemble des prescriptions (sous forme ou non d'ordonnance), et en fonction des données cliniques disponibles sur le patient.
- 5. Un seul choix : Si la situation thérapeutique du patient fait émerger plusieurs problèmes, remplir autant de fiches que de problèmes.
- 7. Se poser la question : Ce patient développe ou est susceptible de développer un symptôme clinique lié à OU il existe un problème lié à la thérapeutique médicamenteuse nécessitant une intervention pour éviter une mobilisation inutile de ressources.

| | PROBLEME LIE A | DESCRIPTION |
|------|--|--|
| L.1 | Non conformité aux référentiels ou Contre-indication | <ul style="list-style-type: none"> - <i>Non conformité du choix du médicament au livret thérapeutique :</i> Il existe un équivalent au livret thérapeutique. - <i>Non conformité du choix du médicament aux différents consensus :</i> Un autre médicament est tout aussi efficace et moins coûteux ou moins toxique pour ce patient conformément aux consensus ou recommandations ou référentiels. - <i>Il existe une contre-indication à l'usage de ce médicament :</i> Par exemple, le patient présente un terrain qui contre-indique le médicament prescrit : asthme et bêtabloquant. |
| L.2 | Indication non traitée | <ul style="list-style-type: none"> - <i>Absence de thérapeutique pour une indication médicale valide.</i> - <i>Un médicament n'a pas été prescrit après un transfert.</i> - <i>Le patient n'a pas bénéficié d'une prescription de prophylaxie ou de prémédication.</i> - <i>Un médicament synergique ou correcteur devrait être associé.</i> |
| L.3 | Sous-dosage | <ul style="list-style-type: none"> - <i>Posologie infra-thérapeutique :</i> le médicament est utilisé à une dose trop faible pour ce patient (dose par période de temps). - <i>La durée de traitement est anormalement raccourcie</i> (Ex : antibiotique prescrit sur 5 jours au lieu de 10 jours) |
| L.4 | Surdosage | <ul style="list-style-type: none"> - <i>Posologie supra-thérapeutique :</i> <ul style="list-style-type: none"> . Le médicament est utilisé à une dose trop élevée pour ce patient. . Il existe une accumulation du médicament. - <i>Un même principe actif est prescrit plusieurs fois sur l'ordonnance</i> (Ex : Doliprane® et Di-antalvic®). |
| L.5 | Médicament non indiqué | <ul style="list-style-type: none"> - <i>Un médicament est prescrit sans indication justifiée.</i> - <i>Un médicament est prescrit sur une durée trop longue sans risque de surdosage</i> (Ex : antibiothérapie sur 15 jours). - <i>Prescriptions de deux médicaments à principe actif différent mais appartenant à la même classe thérapeutique créant une redondance pharmacologique</i> (Ex : Josir® et Natral®). |
| L.6 | Interaction | <ul style="list-style-type: none"> - <i>Un médicament du traitement interfère avec un autre médicament et peut induire une réponse pharmacologique exagérée ou insuffisante.</i> - <i>D'après le GTIAM de l'AFSSAPS :</i> Association à prendre en compte (selon la pertinence clinique), Précaution d'emploi, Association déconseillée, Association contre-indiquée. - <i>Interaction publiée mais non validées par le GTIAM de l'AFSSAPS</i> (préciser les références bibliographiques). |
| L.7 | Effet indésirable | <ul style="list-style-type: none"> - <i>Le patient présente un effet indésirable alors que le médicament est administré à la bonne posologie.</i> Il peut s'agir d'un effet clinique ou biologique, cinétique. |
| L.8 | Voie et/ou administration inappropriée | <ul style="list-style-type: none"> - <i>Le médicament choisi est correct mais la voie d'administration n'est pas adaptée :</i> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Autre voie plus efficace, ou moins coûteuse à efficacité équivalente</i> - <i>La méthode d'administration n'est pas adéquate</i> (reconstitution, dilution, manipulation, durée). - <i>Mauvais choix de galénique.</i> - <i>Libellé incomplet</i> (absence de dosage...) - <i>Plan de prise non optimal</i> (répartition horaire et moment). |
| L.9 | Traitement non reçu | <ul style="list-style-type: none"> - <i>Incompatibilité physico-chimique entre plusieurs médicaments injectables :</i> risque de précipitation entre des médicaments incompatibles en cours d'administration par perfusion. - <i>Problème d'observance.</i> |
| L.10 | Monitoring à suivre | <ul style="list-style-type: none"> - <i>Le patient ne bénéficie pas d'un suivi approprié ou suffisant pour son traitement :</i> suivi biologique ou cinétique ou clinique (glycémie, ECG, tension artérielle, mesure de concentration d'un médicament...) |

Elaboré par le groupe de travail SI-PC "Standardisation et valorisation des activités de pharmacie clinique". Juin 2004 et Copyright 2004. Version 1

ANNEXE 3

Questionnaire de Morisky sur le respect du traitement (4 questions)

(Cochez une seule réponse par question)

- | | <i>Oui</i> | <i>Non</i> |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. Vous arrive-t-il d'oublier de prendre votre traitement pour (nom de la maladie) ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Avez-vous parfois du mal à vous rappeler de prendre votre traitement pour (nom de la maladie) ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Quand vous vous sentez mieux, vous arrive-t-il d'arrêter de prendre votre traitement pour (nom de la maladie) ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Si vous vous sentez moins bien lorsque vous prenez votre traitement pour (nom de la maladie), arrêtez-vous parfois de le prendre ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

CALCUL DU SCORE

Le MMAS est un questionnaire générique d'évaluation de l'observance thérapeutique rempli par les patients, dans lequel le nom du problème de santé concerné (hypertension artérielle, diabète, cholestérol, sida, contraception, etc.) remplace « nom de la maladie ». Ce questionnaire comporte quatre questions, dont le barème est de 0 pour « Oui » et 1 pour « Non ». Les points pour chaque question sont additionnés pour obtenir un score compris entre 0 et 4.

ANNEXE 4



Fiche pharmacie clinique- Service Médecine Interne

Hôpital l'Archet – CHU de Nice

Date:

Pharmacien:

| Création | MàJ | Vérification |
|-----------|-----------|--------------|
| [12/2016] | [01/2017] | |

Patient

UF :

Date d'entrée:

Nom:
Sexe : H F
Coordonnées:

Prénom:
Age :

Médecin/interne responsable:
Médecin traitant:

Officine:

Médecin(s) spécialiste(s):

PARCOURS PATIENT

MH:

Arrivée de :

- Domicile
- Maison de retraite
- Transfert / UF :

BILAN A L'ENTREE

Poids :
Taille :
SC :

Antécédents :

Traitement habituel/d'entrée:

Mode de vie:

Allergies :

Automédication:

HOSPITALISATION

Diagnostic:

Evolution clinique/biologique/bactériologique:

THERAPEUTIQUE

Bilan médicamenteux d'entrée

Patient concilié :

Oui Non

Cf fiche de conciliation

Avis pharmaceutique d'entrée :

Médicaments inappropriés :

Posologies inadaptées au patient :

CCL de la conciliation :

Evolution thérapeutique

Evolution traitement:

Intervention Pharmaceutique

(Selon recommandations SFPC)

1- PROBLEME (1 choix) :

- 1 Non conformité aux référentiels / contre-indication
- 2 Indication non traitée
- 3 Sous-dosage
- 4 Surdosage
- 5 Médicament non indiqué
- 6 Interaction (A prendre en compte, Précaution d'emploi, Association déconseillée, Association contre-indiquée Publiée (= hors GTIAM de l'AFSSAPS)
- 7 Effet indésirable
- 8 Voie/administration inappropriée
- 9 Traitement non reçu
- 10 Monitoring à suivre

2- INTERVENTION (1 choix) :

- 1 Ajout (prescription nouvelle)
- 2 Arrêt
- 3 Substitution/Echange
- 4 Choix de la voie d'administration
- 5 Suivi thérapeutique
- 6 Optimisation modalités d'administration
- 7 Adaptation posologique

4- DEVENIR DE L'INTERVENTION :

- A - Acceptée
 NA - Non acceptée
 NR - Non renseigné

3- FAMILLE MEDICAMENT (ATC) :

- A - Voie digestives /Métabolisme
 B - Sang /Organes hématopoïétiques
 C - Système cardiovasculaire
 D - Médicaments dermatologiques
 G - Système génito-urinaire/Hormones Sex.
 H - Hormones systémiques
 J - Anti-infectieux systémiques
 L - Antinéoplasiques/Immunomodulateurs
 M - Muscle et squelette
 N - Système nerveux
 P - Antiparasitaires, insecticides
 R - Système respiratoire
 S - Organes sensoriels
 V - Divers

| Traitement instauré | | Description | IP | | | |
|---------------------|-----------|-------------|-------------|-----------------|--------|----------------|
| Nom, Forme, Dosage | Posologie | | 1. PROBLEME | 2. INTERVENTION | 3. ATC | 4. ACCEPTATION |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

Commentaires:

Bilan médicamenteux de sortie

Patient concilié :

Oui Non


Cf fiche de conciliation

Entretien AIPAT réalisé :

Oui Non

Avis pharmaceutique de sortie :

ANNEXE 5

|  Fiche de BMO Bilan Médicamenteux Optimisé | | | | Date: | Réalisé par: | | |
|--|-----------|--------------------|-----------------|-----------------|------------------------------|-----------------|-----------|
| Nom: | | Date de Naissance: | Moi(x) d'Hospi: | | | | |
| Prénom: | | Sexe: | ATCD: | | | | |
| N° épisode: | | Poids: | Allergies: | | | | |
| Source : | | Source : | Source : | | Bilan Médicamenteux Optimisé | | |
| Date: | | Date: | Date: | | | | |
| Coordonnées : | | | Coordonnées : | | Coordonnées : | | |
| Coordonnées : | | | Coordonnées : | | | | |
| Médidosageforme | Posologie | Médidosageforme | Posologie | Médidosageforme | Posologie | Médidosageforme | Posologie |
| 1 | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | |
| 11 | | | | | | | |
| 12 | | | | | | | |
| 13 | | | | | | | |
| 14 | | | | | | | |
| 15 | | | | | | | |
| 16 | | | | | | | |
| Sources possibles : | | | | Commentaires: | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

ANNEXE 6



FICHE DE CONCILIATION D'ENTREE

Date: _____

| | | | |
|--------------|---------------------|-----------------|---------------------------|
| Nom : | Date de Naissance : | Date d'entrée : | Motif d'hospitalisation : |
| Prénom : | Sexe : | Service : | ATCD : |
| N° épisode : | Poids : | UF : | Allergies : |

| BMO (Bilan médicamenteux optimisé) | OMA (Ordonnance à l'admission) | | Correct / Equivalent / Divergent | DDI <small>divergence interconale documentée / DDM Equival documentée / DDI Equival interconale</small> | Processus de CTM | | IP | EM |
|------------------------------------|--------------------------------|------------------|--|---|------------------|-----------|----|----|
| | Date : | Statut | | | Date : | Posologie | | |
| Mdt/dosage/forme | Posologie | Mdt/dosage/forme | Posologie | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

| | |
|-----------------------------|------------------------|
| Nombre de lignes BMO : | Nombre de lignes OMA : |
| Validation pharmaceutique : | Validation médicale : |
| Sources possibles : | |

FICHE DE CONCILIATION DE SORTIE

| | |
|-----------------------------|--|
| Nom : | |
| Prénom | |
| né le | |
| sortie le | |
| Entretien patient réalisé : | |

| Traitement avant l'hospitalisation | | Statut | Traitement à la sortie d'hospitalisation | | Commentaires |
|------------------------------------|-----------|--------|--|-----------|--------------|
| Nom/Dosage/Forme | Posologie | | Nom/Dosage/Forme | Posologie | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

Signature du pharmacien hospitalier :

Signature du médecin hospitalier :

Commentaires:

ANNEXE 7



« Mes médicaments »

« Les médicaments ne marchent pas chez les patients qui ne les prennent pas »
 Everett KOOP

Document d'information à destination des patients
 et d'échanges avec les professionnels de santé

| NOM: | | Répartition journalière des prises | | | | | | | | | |
|--------------------|--|------------------------------------|----------------------------------|-------|---------|----------------|------|------------|---------|------|--|
| DATE DE NAISSANCE: | | Initié à l'hôpital Médicament | Traitement ponctuel posologie | Durée | matinée | | | après-midi | | soir | |
| A quoi ça sert ? | | | | | lever | petit déjeuner | midi | dîner | coucher | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |

ANNEXE 8

| | | |
|--|---------|--|
| Compétences non techniques individuelles : communication | Patient | patient ayant des difficultés de compréhension de la langue française* |
| | | initiation chimiothérapie orale chez un patient pour lequel le diagnostic de cancer / stade métastatique n'est pas clairement acquis |
| | | suit de chimiothérapie orale chez un patient ne voulant pas se traiter |
| | | entretien pharmaceutique chimiothérapie IV chez un patient très angoissé |
| | | remise en cause par un patient souffrant de troubles psychiatriques de l'utilité de son traitement (évoque l'incompétence du psychiatre) |
| | | une patiente en séjour dans le service de gériatrie a été surprise en train de prendre de sa propre initiative des gélules de Tramadol provenant de ses proches (traitement stoppé à l'admission). Depuis que ce traitement est arrêté, la patiente est non coopérante et demande à mourir |
| | | conciliation médicamenteuse à l'entrée d'un patient peu coopératif, expliquant que des médecins (internes, externes...) étaient déjà venus lui poser des questions à ce sujet |
| | | conciliation médicamenteuse de patients âgés ayant des troubles cognitifs (démence, maladie d'Alzheimer) : entretien non réalisable, famille ou aidant peu disponibles* |
| | | difficulté à convaincre un patient d'arrêter son IPP ou sa benzodiazépine alors qu'il le prend depuis plus d'un an |
| | | difficulté à mener un entretien patient : manque de technique pour recadrer l'entretien (recentrer un patient bavard ou au contraire obtenir des informations précises), utilisation d'un langage simple, questionner sans orienter la réponse du patient* |
| | | patient ne comprenant pas l'intérêt de voir un pharmacien dans son parcours de soins à l'hôpital |
| | | patient âgé refusant l'arrêt à l'hôpital de son/ses traitements habituels par le gériatre, et demande la réinstauration à son médecin généraliste |
| | | patient refusant de s'exprimer ou non communiquant (exemple : patient dément ou psychiatrique), non coopérant ou peu impliqués (rétention volontaire d'informations)* |
| | | patient autonome à domicile mais sourd et muet, difficulté à réaliser l'entretien pharmaceutique sur les anticoagulants |
| | | entretien patient dans le cadre de la conciliation médicamenteuse de sortie: le patient apprécie le récapitulatif des modifications de son traitement, mais refuse la fiche de liaison patient. Préfère explications et notes sur son ordonnance habituelle |
| | | déni de la maladie de la part d'un patient participant à l'atelier d'éducation thérapeutique |

| | | |
|---------------|---------------------|---|
| Communication | Médecin hospitalier | médecin hospitalier ne comprenant pas l'intérêt de la démarche de conciliation médicamenteuse/pharmacie clinique* |
| | | difficulté à convaincre un médecin récalcitrant de l'intérêt pour le patient à arrêter un médicament dont la balance B/R est défavorable, ou un traitement chronique instauré depuis longtemps, le médicament ayant été prescrit par un autre médecin |
| | | difficulté de restitution de la conciliation et peu de prise en compte par le prescripteur des interventions pharmaceutiques (problème non traité ou absence d'investigations supplémentaires)* |
| | | lors de la synthèse d'un bilan avec un médecin, difficulté à lui faire comprendre la nature inappropriée de la prescription d'un des médicaments |
| | | difficulté d'intégration des jeunes pharmaciens dans une équipe urgentiste |
| | | problèmes de disponibilité de certains médecins pour répondre aux questions du pharmacien (internes+/- séniors), reprise systématique du traitement habituel sans investigations supplémentaires* |
| | | impossibilité ou difficulté d'obtenir des précisions à propos de dosages par le médecin prescripteur/dosage inhabituel aux vues du poids du patient |
| | | participation aux staffs de médecine interne chaque matin pour identifier les patients éligibles à la CTM ; réponse souvent donnée par les médecins : « pas d'utilité de concilier ce patient, nous avons déjà toutes les ordonnances » |
| | | double appel du médecin traitant : contacté par les médecins du service et par le pharmacien pour demande des mêmes informations, manque de communication entre médecins hospitaliers/pharmaciens* |

| | | |
|---|-----------------------------------|--|
| Compétences non techniques individuelles : communication | Médecin généraliste / spécialiste | appel d'un médecin traitant/spécialiste ne souhaitant pas communiquer les traitements d'une de ses patientes, évoquant la confidentialité* |
| | | médecin généraliste d'une maison de repos prescrivant de façon quasi systématique du méprobamate à ses patients. Après discussions sur le caractère inapproprié de cette molécule chez le sujet âgé, refus de celui-ci de mettre en cause cette prescription |
| | | médecin traitant non coopérant : pas de réponse aux interventions pharmaceutiques ou réponse inadaptée |
| | | médecin traitant refusant de modifier la prescription d'un médecin hospitalier comprenant une contre-indication pharmaceutique absolue |
| | | dans le cadre d'une revue de médication, appel du médecin traitant pour évaluer sa satisfaction sur cette nouvelle démarche. Celui-ci s'en est offusqué, la trouvant déplacée (rôle du MT, contrôle et jugement de son travail) |
| | | difficulté d'obtenir de la part du médecin traitant une modification de traitement chronique (initiée à l'hôpital)* |
| | | peu de temps généralement accordé par le médecin traitant lors des appels téléphoniques* |
| | | contact d'un médecin spécialiste pour confirmer l'indication d'un traitement : sensation de remise en cause des décisions du professionnel de santé de ville |
| | | intérêt et utilité de la CTM non perçue par le médecin de ville, qui n'accepte donc pas toujours de communiquer les informations demandées |

| | | |
|---------------|-----------------------|---|
| communication | Pharmacien d'officine | pharmacien d'officine refusant de dispenser des informations sur le patient, invoquant la confidentialité* |
| | | lors de l'appel de l'officine, pharmacien peu disponible, réticence à prendre du temps (non rémunéré) pour répondre aux sollicitations du pharmacien hospitalier, évocation de l'existence du Dossier Pharmaceutique* |
| | | refus du pharmacien d'officine de communiquer le traitement habituel du patient car non titulaire |
| | | refus de communiquer les traitements d'un patient par l'officine car appel provenant d'un PPH |

| | | |
|-------------------------------------|-----------------|---|
| Organisation / réalisation pratique | Equipe de soins | difficulté d'obtenir de la part des services de soins l'ordonnance d'entrée du patient |
| | | impossibilité de rencontrer la famille (lorsque le patient n'est pas en état de communiquer), pas de coopération entre service soins et pharmacie (information sur la présence de la famille) |
| | | difficulté de planification des entretiens pharmaceutiques* |
| | | difficulté d'intégration/d'articulation du pharmacien dans équipes de soins (ex : urgentistes, équipes mobiles spécialisées)* |
| | | CTM de sortie : difficultés à être au courant en amont de la sortie des patients si le pharmacien n'est pas dans le service ou en lien très étroit avec celui-ci (organisation sortie patient), prescription de sortie faite par le médecin sans en informer le pharmacien* |
| | | difficultés à joindre les services ou médecin au sein d'une même institution* |
| | | difficultés à coordonner l'action auprès des patients dans le service |

| | | |
|-------------------------------------|-------------------------------|--|
| Organisation / réalisation pratique | Médecin hospitalier / interne | difficulté à avoir un retour rapide lorsqu'une divergence est observée lors de la conciliation |
| | | appel du médecin traitant dans le cadre d'une CTM d'entrée ; réponse de celui-ci, agacé : a déjà eu un appel de l'interne en médecine pour lui donner ces informations* |
| | | entretien patient pour une CTM à l'entrée, patient peu coopératif, expliquant que des médecins (internes, externes...) étaient déjà venus lui poser des questions à ce sujet |
| | | le chirurgien et l'anesthésiste se renvoient la balle pour la résolution d'un problème médicamenteux |
| | | pas d'interlocuteur (ex samedi après-midi) pour résolution d'un problème médicamenteux Ex : Lovenox 4000uix2/j chez un patient de 80kg : curatif, préventif ? |
| | | lors de la conciliation de sortie, difficulté à obtenir les documents nécessaires dans un temps convenable* |
| | | médecin hospitalier non joignable |
| | | difficulté à libérer du temps médical pour faire le bilan des médicaments ensemble à l'hôpital (exemple : chirurgiens, anesthésistes)* |

| | |
|---------|---|
| Patient | moment de l'entretien patient non adapté (moment du repas) |
| | patient arrivé dans le service sans traitement et sans ordonnance |
| | patients ne se présentant pas en séance d'ETP (problème d'autonomie ?) |
| | difficulté à connaître la pharmacie d'officine quand le patient est ininterrogeable, manque d'autres sources d'informations, aidant ou famille non joignable* |

| | |
|-----------------------|--|
| Pharmacien d'officine | manque de temps du pharmacien d'officine, peu disponible lors des appels téléphoniques* |
| | temps parfois nécessaire pour recueillir les prescriptions auprès des officines retardant la conciliation et l'avis multidisciplinaire rendu |
| | patient suivi par 2 officines ou plus (difficulté d'obtenir une information exhaustive) |
| | difficulté de joindre le pharmacien d'officine afin de transmettre des instructions de prescription de sortie du patient |
| | outil de sécurisation de la transmission de l'information entre pharmacien de ville et d'hôpital encore peu développé |

| | |
|-----------------------------------|--|
| Médecin généraliste / spécialiste | difficulté à joindre le médecin traitant ou spécialiste (par exemple, médecin en visite ou non présent à temps plein au cabinet)* |
| | appel du médecin traitant pour modifier le traitement de fond du patient (antihypertenseur) car interaction avec sa chimio orale. Réponse: « voyez avec le cardiologue » |
| | impossibilité ou difficulté d'obtenir des précisions à propos de dosages par le médecin prescripteur |
| | appel d'un médecin traitant non informatisé qui ne connaît pas par cœur les traitements de son patient |
| | médecin traitant ne recevant pas les retours des conciliations de sortie (qui sont envoyées avec les comptes rendu d'hospitalisation) |

| | |
|--------|--|
| autres | logiciel de prescription d'ordonnance de sortie peu optimisé pour la CTM de sortie |
| | données biologiques manquantes pour effectuer le bilan de médication, nécessité de plusieurs allers-retours chronophages |
| | rupture dans continuité de pharmacie clinique car absences pharmaciens (manque de ressources humaines)* |
| | manque d'interface entre le logiciel de rétrocession et le DP |
| | caractère chronophage du recueil d'informations sur le traitement chronique |

| | |
|--|---|
| | problèmes de moyens/temps (pas d'étudiants ni d'internes). Nécessité de mobilisation des PPH (moyens constants) |
| | sous financement des activités d'ETP |
| | nombreuses sources d'information discordantes dans la conciliation |
| | plusieurs appels téléphoniques à passer pour arriver à joindre la bonne personne |
| | aucun module de conciliation médicamenteuse au sein des Systèmes d'Information utilisés pour la prescription médicamenteuse |
| | difficulté d'obtenir des données complètes sur un traitement personnel complet dans le dossier de consultation d'anesthésie |
| | CTM : coordonnées des professionnels pas toujours disponibles |

| | | |
|------------------------|--|---|
| Compétences techniques | Fondamentaux/ connaissances théoriques | non repérage de problèmes pharmacothérapeutiques à la lecture du bilan de médication (ex : interactions PK, doses...) |
| | | pharmacie clinique en réanimation, manque de connaissances théoriques (habitudes de service pas toujours en accord avec les référentiels) |
| | | difficulté à conduire un entretien pharmaceutique bien calibré* |
| | | mauvaise évaluation de la gestion des prises probable (internes/externes au 1 ^{er} plan), le bilan de médication n'apportant pas beaucoup d'actions à engager par la suite |
| | | proposition de conduite à tenir si détection d'une situation iatrogène |
| | | gestion des interactions avec la phytothérapie |
| | | non maîtrise des entretiens patient pour la CTM + EP (formation aux entretiens motivationnels) |
| | | hétérogénéité de pratiques entre pharmaciens |
| | | nécessité de montrer une compétence vis-à-vis de certaines pratiques médicales (acceptabilité des IP) |
| | | nécessité de prise en compte de l'état post-opératoire dans le MBO (relais IV-per os, reprise immédiate ou non de certains médicaments en post-op) |

* situation citée au moins deux fois

ANNEXE 9

| | | |
|---|--|---|
| CHRU de Lille Pôle S3P Institut de Pharmacie | FICHE D'ENREGISTREMENT GRILLE D'OBSERVATION MISE EN SITUATION PROFESSIONNELLE | FE/PHA/CLIC/CONCIL02 V01 Date : 08/01/2016 |
|---|--|---|

| | |
|---------------------------|--|
| Date | |
| Étudiant | |
| Situation observée | |
| Observateur | |

| | Acquis | Acquis partiellement | Non acquis | Non applicable |
|--|--------|----------------------|------------|----------------|
| Consultation dossier médical patient - Identifier le motif d'hospitalisation les antécédents - Repérer toutes les « informations traitement » disponibles - Consulter les paramètres biologiques d'intérêt - Consulter l'OMA si aucune « information traitement » retrouvée | | | | |
| Entretien patient (ou aidant) - Savoir identifier les situations d'impossibilité de CMA - Savoir introduire son entretien : maîtriser la prise de contact/justification de l'entretien - Respecter les conditions d'entretien (assis, télé et radio éteints, patient seul ou accompagné d'un proche si patient OK) - Adapter le vocabulaire à la situation/vocabulaire correct/audibilité/clarité - Mener l'entretien avec des questions ouvertes - Maîtriser l'entretien (vivacité d'esprit, réactions rapides, fluidité) - Adapter les savoirs et savoir-faire à la situation - Récupérer des données exhaustives (nom, dosage, posologie) - Demander (accord oral) au patient/aidant pour appeler pharmacien - Savoir prendre congés - Savoir-être global lors de l'entretien | | | | |
| Entretien avec pharmacien d'officine - Maîtriser la prise de contact/justification de l'appel - Adapter le vocabulaire à la situation/vocabulaire correct/audibilité/clarité - Récupérer l'ensemble des données sur 3 à 4 mois - Récupérer des données exhaustives (nom, dosage, posologie) | | | | |
| Analyse préliminaire des divergences - Utiliser a minima de 3 sources - Consulter l'OMA - Maîtriser les différences entre divergence intentionnelle et non intentionnelle - Maîtriser les différences entre divergence intentionnelle documentée et non documentée | | | | |
| Discussion avec le prescripteur - Choisir le moment opportun - Résoudre les divergences | | | | |
| Document source - Compléter correctement le document et de façon exhaustive | | | | |

| |
|--|
| Commentaires ☐ Nouvelle mise en situation professionnelle requise |
|--|

ANNEXE 10



PROGRAMME DE SIMULATION PHARMACIE CLINIQUE GRILLE D'ÉVALUATION Compétences non techniques individuelles : communication



Date :

Module :

Scénario :

| CRITERES D'EVALUATION | Acquis | A améliorer | Non acquis | Remarques |
|---|--------|-------------|------------|-----------|
| PRESENTATION | | | | |
| Regard / Sourire | | | | |
| Mise en confiance | | | | |
| Position du corps | | | | |
| Gestes | | | | |
| Débit oral | | | | |
| ECOUTE | | | | |
| Ecoute active | | | | |
| Empathie | | | | |
| Respect du patient | | | | |
| Regarde l'interlocuteur | | | | |
| Adaptation de son attitude à celle de l'interlocuteur | | | | |
| EXPRESSION ORALE | | | | |
| Répartition du temps de parole | | | | |
| Questions ouvertes | | | | |
| Reformulations / vérification de la compréhension | | | | |
| Explications | | | | |
| Réalisation de synthèses | | | | |
| Adaptation du niveau de langage | | | | |

BIBLIOGRAPHIE

1. Agences Régionales de Santé. Lexique des parcours des A à Z. 2016 janvier.
2. Les événements indésirables graves liés aux soins. Étude ENEIS 2004. [consulté le 22 avril 2017]. Disponible sur: <http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er398fiches.pdf>
3. Enquête Nationale sur les Événements Indésirables graves associés aux Soins (ENEIS) Description des résultats 2009 Rapport final. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques DREES. Septembre 2011. [consulté le 22 avril 2017]. Disponible sur: <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/serieetud110.pdf>
4. Calop J, Limat S, Fernandez C, Aulagner G. Pharmacie clinique et thérapeutique. 4ème Edition. Elsevier Masson; 2012.
5. Arrêté du 6 avril 2011 relatif au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse et aux médicaments dans les établissements de santé. Légifrance [consulté le 17 avril 2017]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2011/4/6/ETSH1109848A/jo>
6. Calop J, Brion F. Guide pédagogique des fonctions hospitalières de Pharmacie clinique à l'usage des étudiants en cinquième année hospitalo-universitaire. 2ème édition. Association nationale des enseignants de pharmacie clinique.
7. Leroy B, Coquet E, Bourdelin M, Renzullo C et al. Pharmaceutical analysis of high-risks prescriptions: Should we be going there? Pharm Hosp Clin. 2016;51:6-12.
8. Chedru V, Juste M. Evaluation médicale de l'impact clinique des interventions pharmaceutiques. J Pharm Clin. 1997;16:254-8.
9. Grain F, Brudieu E, Guimier C, Calop J. Analyse des erreurs de prescription et de l'activité de pharmacie clinique dans une unité de soins informatisée. J Pharm Clin. 1999;18(1):56-7.
10. Guignon AM, Grain F, Allenet B, Brudieu E et al. Evaluation de l'impact clinique des opinions pharmaceutiques dans un service de médecine spécialisée. J Pharm Clin. 2001;20(2):118-23.
11. Kausch C, Tan Sean P, Boelle PY. Impact économique et intégration d'un pharmacien clinicien dans un service de chirurgie digestive. J Pharm Clin. 2005;24:90-7.
12. Coursier S, Bontemps H, Brantus JF, Allenet B. Impact économique des interventions pharmaceutiques: quelle problématique? Illustration en service de Rhumatologie. J Pharm Belg. 2008;63:103-8.

13. Schumock GT, Butler MG, Meek PD, Vermeulen LC et al. Evidence of the economic benefit of clinical pharmacy services: 1996-2000. *Pharmacotherapy*. 2003;23(1):113-32.
14. Miller RR. History of clinical pharmacy and clinical pharmacology. *J Clin Pharmacol*. 1981;21(4):195-7.
15. Angaran DM, Bonal J, Eide G, Koda-Kimble MA et al. Clinical pharmacy: looking 20 years back... looking 20 years forward. *Pharmacotherapy*. 2000;20(10 Pt 2):235S-42S.
16. Barrett, C. The practice of clinical pharmacy in Britain. *Jonkers*. 1977;295-9.
17. Calop J. La pharmacie clinique: Pourquoi? Comment? Paris: Ellipses; 1985.
18. Arrêté du 31 octobre 2008 réglementant les diplômes d'études spécialisées de pharmacie.
19. Arrêté du 9 août 1991 portant application de l'article R. 5203 du code de la santé publique dans les établissements mentionnés à l'article L. 577 du même code.
20. Arrêté du 31 mars 1999 relatif à la prescription, à la dispensation et à l'administration des médicaments soumis à la réglementation des substances vénéneuses dans les établissements de santé, les syndicats interhospitaliers et les établissements médico-sociaux disposant d'une pharmacie à usage intérieur mentionnés à l'article L. 595-1 du code de la santé publique.
21. Méthode d'analyse d'ordonnance. SFPC [consulté le 22 avril 2017]. Disponible sur: <http://sfpc.eu/fr/item1/finish/34-documents-sfpc-public/432-sfprecommandationbppharmaciecliniqueanalyseordonnancessept12/0.html>
22. Article R4235-48. Code de la santé publique.
23. Dooley MJ, Allen KM, Doecke CJ, Galbraith KJ et al. A prospective multicentre study of pharmacist initiated changes to drug therapy and patient management in acute care government funded hospitals. *Br J Clin Pharmacol*. 2004;57(4):513-21.
24. Lepage H, Mergerlin F, Simon G. Pour l'introduction de la notion d'opinion pharmaceutique. Proposition de réflexion. 1998;(358):93-101.
25. Megerlin F. L'acte pharmaceutique. Réflexions juridiques pour une refondation intellectuelle et éthique. *Les Nouvelles Pharmaceutique*. 2002;375:273-81.
26. ASHP. Medication Reconciliation Handbook. 2006.
27. American Society of Health-System Pharmacists. ASHP statement on the pharmacist's role in medication reconciliation. *Am J Health-Syst Pharm*. 2013;70:453-6.

28. Guide de conciliation des traitements médicamenteux en établissement de sante. HAS, décembre 2016. [consulté le 19 mars 2017]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2017-01/dir1/guide_conciliation_des_traitements_medicamenteux_en_etablissement_de_sant_e.pdf
29. Institute for Healthcare Improvement. 100K Lives Prevent Adverse Drug Event (Medication Reconciliation). 2009.
30. Cornish PL, Knowles SR, Marchesano R, Tam V et al. Unintended medication discrepancies at the time of hospital admission. Arch Intern Med. 2005;165(4):424-9.
31. Pippins JR, Gandhi TK, Hamann C, Ndumele CD et al. Classifying and predicting errors of inpatient medication reconciliation. J Gen Intern Med. 2008;23(9):1414-22.
32. Gleason KM, McDaniel MR, Feinglass J, Baker DW et al. Results of the medications at transitions and clinical handoffs (MATCH) study: an analysis of medication reconciliation errors and risk factors at hospital admission. J Gen Intern Med. 2010;25(5):441-7.
33. Dufay E, Morice S, Dony A, Baum T et al. The clinical impact of medication reconciliation on admission to a French hospital: a prospective observational study. Eur J Hosp Pharm. 2015;ejhpharm-2015-000745.
34. Rapport d'expérimentation sur la mise en œuvre de la conciliation des traitements médicamenteux par neuf établissements de santé français. Initiative des High 5s. Médication Reconciliation. Septembre 2015.
Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-11/rapport_dexpermentation_sur_la_mise_en_oeuvre_conciliation_des_traitements_medicamenteux_par_9_es.pdf
35. Jack BW, Chetty VK, Anthony D, Greenwald JL et al. A reengineered hospital discharge program to decrease rehospitalization. Ann Intern Med. 2009;150(3):178-87.
36. Phatak A, Prusi R, Ward B, Hansen LO et al. Impact of pharmacist involvement in the transitional care of high-risk patients through medication reconciliation, medication education, and postdischarge call-backs (IPITCH Study). J Hosp Med. 2016;11(1):39-44.
37. Dufay E. Programme Med'Rec Médication Reconciliation des High 5s. CH de Lunéville, octobre 2016.
38. Marquis Manual 2011. Society of Hospital Medicine. [consulté le 23 mars 2017].
Disponible sur:

http://tools.hospitalmedicine.org/resource_rooms/imp_guides/MARQUIS/Marquis_Mannual2011.pdf

39. Préconisation pour la pratique de conciliation des traitements médicamenteux. Fiche Mémo SFPC, décembre 2015. [consulté le 7 mai 2017]. Disponible sur: <http://www.sdpdm56.com/medias/files/sfpc-memo-conciliation.pdf>
40. Rennke S, Nguyen OK, Shoeb MH, Magan Y et al. Hospital-initiated transitional care interventions as a patient safety strategy: a systematic review. *Ann Intern Med.* 2013;158(5 Pt 2):433-40.
41. DGOS. La conciliation médicamenteuse: enquête sur son déploiement nationale. Ministère des Affaires sociales et de la Santé. 2016 [consulté le 23 avril 2017]. Disponible sur: <http://social-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/qualite-des-soins-et-pratiques/qualite/la-conciliation-medicamenteuse/article/la-conciliation-medicamenteuse-enquete-sur-son-deploiement-nationale>
42. Guide d'entretien du patient à l'admission en établissement de santé pour l'obtention du bilan médicamenteux optimisé. Rapport d'expérimentation du projet Med'Rec, annexe 3. [consulté le 19 mars 2017]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-11/annexe_3_guide_dentretien_du_patient_a_ladmission_en_etablissement_de_sante_pour_lobtention.pdf
43. Trivalle C, Ducimetière P. Effets indésirables des médicaments: score de risque en gériatrie. *NPG.* 2013;13:101-6
44. Fiche de recueil des informations par source pour concilier. Rapport d'expérimentation du projet Med'Rec, annexe 2. [consulté le 19 mars 2017]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-11/annexe_2_fiche_de_recueil_des_informations_par_source_pour_concilier.pdf
45. Fiche de conciliation des traitements à l'admission (FCT) - Rapport d'expérimentation du projet Med'Rec, annexe 4. [consulté le 19 mars 2017]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-11/annexe_4_fiche_de_conciliation_des_traitements_a_ladmission_fct.pdf
46. Mode opératoire de la conciliation des traitements médicamenteux à l'admission - Rapport d'expérimentation du projet Med'Rec, annexe 1. [consulté le 1 mai 2017]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-11/annexe_1_mode_operatoire_de_la_conciliation_des_traitements_medicamenteux_a_ladmission.pdf
47. Décret n° 2016-995 du 20 juillet 2016 relatif aux lettres de liaison. Légifrance. [consulté le 3 avril 2017]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2016/7/20/AFSH1612283D/jo/texte>

48. Exemple de plan de posologie des médicaments en sortie d'hospitalisation. Omédit Aquitaine. [consulté le 19 mars 2017]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2017-01/dir1/exemple_de_plan_de_posologie_des_medicaments_en_sortie_dhospitalisation_omedit_aquitaine.pdf
49. Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires - Article 38. Légifrance. [consulté le 27 mai 2017]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2009/7/21/2009-879/jo/article_38
50. Décret n° 2011-375 du 5 avril 2011 relatif aux missions des pharmaciens d'officine correspondants. Légifrance. [consulté le 27 mai 2017]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2011/4/5/ETSH1105776D/jo>
51. Préconisations pour la pratique des bilans de médication. Fiche Mémo SFPC, septembre 2017.
52. Arrêté du 4 mai 2012 portant approbation de la convention nationale organisant les rapports entre les pharmaciens titulaires d'officine et l'assurance maladie.
53. Arrêté du 24 juin 2013 portant approbation de l'avenant n° 1 à la convention nationale du 4 avril 2012 organisant les rapports entre les pharmaciens titulaires d'officine et l'assurance maladie relatif à l'accompagnement des patients chroniques sous anticoagulants oraux.
54. Arrêté du 28 novembre 2014 portant approbation des avenants nos 3, 4 et 5 à la convention nationale du 4 mai 2012 organisant les rapports entre les pharmaciens titulaires d'officine et l'assurance maladie.
55. OMS-Europe. Therapeutic Patient Education. Continuing education programmes for health care providers in the field of chronic disease. 1996.
56. Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. 2009-879 juillet, 2009.
57. Arrêté du 2 août 2010 relatif au cahier des charges des programmes d'éducation thérapeutique du patient et à la composition du dossier de demande de leur autorisation. Légifrance. [consulté le 4 avril 2017]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2010/8/2/SASP1017423A/jo>
58. Education thérapeutique du patient: définition, finalités et organisation. Recommandations HAS, juin 2007. [consulté le 4 avril 2017]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/etp_-_definition_finalites_-_recommandations_juin_2007.pdf

59. Le circuit du médicament à l'hôpital - IGAS - Inspection générale des affaires sociales. 2011. [consulté le 17 avril 2017]. Disponible sur: <http://www.igas.gouv.fr/spip.php?article232>
60. Caglar S, Henneman PL, Blank FS, Smithline HA et al. Emergency department medication lists are not accurate. *J Emerg Med.* 2011;40(6):613-6.
61. Barillet M, Lobbedez T, Cohen D, Ollivier C. Conciliation médicamenteuse lors d'une hospitalisation en France: Participation des externes en pharmacie. *Pharmactuel.* 2012;45(4):284-90.
62. Doerper S, Morice S, Pinney D, Dony A et al. La conciliation des traitements médicamenteux: logigramme d'une démarche efficace pour prévenir ou intercepter les erreurs médicamenteuses à l'admission du patient hospitalisé. *Pharm Hosp Clin.* 2013;48(3):153-60.
63. Planus C, Charpiat B, Allenet B, Calop J. Référentiels pédagogiques en pharmacie et impact sur les pratiques professionnels: revue de la littérature. *J Pharm Clin.* 2008;27:113-9.
64. Haute Autorité de Santé. L'initiative OMS High 5s. [consulté le 17 avril 2017]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/r_1498429/fr/l-initiative-oms-high-5s
65. Circulaire n° SG/2015/152 du 28 avril 2015 relative aux modalités de mise en œuvre du fonds d'intervention régional en 2015. [consulté le 23 avril 2017]. Disponible sur: http://circulaires.legifrance.gouv.fr/pdf/2015/05/cir_39566.pdf
66. Allenet B, Bedouch P, Rose F-X, Escofier L et al. Validation of an instrument for the documentation of clinical pharmacists' interventions. *Pharm World Sci PWS.* 2006;28(4):181-8.
67. Bedouch P, Charpiat B, Conort O, Rose F-X, Escofier L, Juste M, et al. Assessment of clinical pharmacists' interventions in French hospitals: results of a multicenter study. *Ann Pharmacother.* 2008;42(7):1095-103.
68. Présentation du réseau Phare. CHU de Nice. [consulté le 2 mai 2017]. Disponible sur: http://pharemed.com/index.php?option=com_content&view=category&layout=blog&id=81&Itemid=335
69. Arrêté du 17 juillet 1987 relatif au régime des études en vue du diplôme d'Etat de docteur en pharmacie. Légifrance. [consulté le 5 février 2017]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000006057650&dateTexte=20150831>
70. Article L6111-1. Code du travail.

71. Manuel de pédagogie universitaire. Université Saint-Joseph de Beyrouth. [consulté le 8 mai 2017]. Disponible sur: <https://www.usj.edu.lb/intranet/actu/pdf/3211.pdf>
72. Tardif J. L'Évaluation des compétences. Documenter le parcours de développement. .Chenelière. [consulté le 8 mai 2017]. Disponible sur: <https://www.cheneliere.ca/918-livre-l-evaluation-des-competences.html>
73. Le Boterf G. De la compétence: essai sur un attracteur étrange, Paris, Les Éditions d'organisation. Form Empl. 1995;49(1):116.
74. Meirieu P. Apprendre...oui, mais comment? Editions ESF. 1988.
75. Cantillon P. Teaching large groups. BMJ. 2003;326(7386):437.
76. Brown G, Manogue M. AMEE Medical Education Guide No. 22: Refreshing lecturing: a guide for lecturers. Med Teach. 2001;23(3):231-44.
77. Mahler S, Neumann L, Tamir P. The class-size effect upon activity and cognitive dimensions of lessons in higher education. Assess Eval High Education. 1986;11:43-59.
78. Gibbs G, Jenkins A. Teaching Large Classes in Higher Education: How to maintain quality with reduced resources. Kogan Page, London, 1992.
79. LabSET - Laboratoire de soutien aux Synergies Education-Technologie. Université de Liège. [consulté le 20 mai 2017]. Disponible sur: <http://www.labset.ulg.ac.be/portail/>
80. ASIP Santé - ComDMP - Fiches pratiques DMP « Comment ça marche? » - esante.gouv.fr, le portail de l'ASIP Santé [consulté le 20 mai 2017]. Disponible sur: <http://esante.gouv.fr/services/espace-collaboratif/asip-sante-comdmp-fiches-pratiques-dmp-comment-ca-marche-240712>
81. E-Learning - Européenne de Formation pour les Pharmaciens (EFP). [consulté le 26 juin 2017]. Disponible sur: <http://www.efp-online.fr/formation/e-learning>
82. E-Learning et films - Site OMEDIT Bretagne. [consulté le 2 septembre 2017]. Disponible sur: <http://www.omedibretagne.fr/lrportal/accueil/boite-outils/modules-de-e-learning>
83. Termes de la formation ouverte et à distance proposés par le Forum français de la formation ouverte et à distance (FFFOD) au groupe AFNOR X50SFGT6-Terminologie. [consulté le 20 mai 2017]. Disponible sur: <http://www.fffod.org/media/201406-TerminologieFOAD.pdf>
84. Tahiri JS, Bennani S, Khalidi M. MOOC un espace de travail collaboratif mature: enjeux du taux de réussite. [consulté 8 mai 2017]. Disponible sur: http://rime.emi.ac.ma/ressources_num%C3%A9riques/Meriem/MOOC%20un%20espa

[ce%20de%20travail%20collaboratif%20matureEnjeux%20du%20taux%20de%20r%C3%A9ussite.pdf](#)

85. Quelques leçons du Mooc Archinfo 2015. Introduction à l'architecture de l'information. [consulté le 8 mai 2017]. Disponible sur: <https://archinfo01.hypotheses.org/1623>
86. Le scénarisation pédagogique des MOOCS. Rencontres nationales sur la e-formation. Bachelet R, novembre 2014. [consulté le 6 avril 2017]. Disponible sur: http://www.ente.developpement-durable.gouv.fr/IMG/pdf/MOOCGdP6emeRencontresFOLENTE25112014_cle1b3edf.pdf
87. A learning theory for the digital age. [consulté le 6 avril 2017]. Disponible sur: http://www.ingedewaard.net/papers/connectivism/2005_siemens_ALearningTheoryForTheDigitalAge.pdf
88. Kaplan AM, Haenlein M. Higher education and the digital revolution: About MOOCs, SPOCs, social media, and the Cookie Monster. *Bus Horiz.* 2016;59(4):441-50.
89. America's authentic Government Information. H.R. 855 To amend the public health service act to authorize medical simulation enhancement programs, and for other purposes. 111th Congress 1st session.
90. La simulation en santé en formation initiale, quels enjeux pour le directeur des soins en charge d'un Institut de Formation en Soins Infirmiers. [consulté le 20 mai 2017]. Disponible sur: <http://documentation.ehesp.fr/memoires/2014/ds/appelshaeuser.pdf>
91. Sim One, le premier mannequin HF en vidéo. Centre de Simulation en Santé - Angers [consulté le 20 mai 2017]. Disponible sur: <https://cesar49.wordpress.com/2011/08/01/sim-one-en-video/>
92. Baron GL, Paulard I. La simulation haute fidélité en santé: un outil didactique prometteur? Université Paris Descartes. [consulté le 20 mai 2017]. Disponible sur: <http://www.adjectif.net/spip/spip.php?article107>
93. Bruppacher HR, Alam SK, LeBlanc VR, Latter D et al. Simulation-based training improves physicians' performance in patient care in high-stakes clinical setting of cardiac surgery. *Anesthesiol J Am Soc Anesthesiol.* 2010;112(4):985-92.
94. Boet S. Etude de l'intérêt de l'auto évaluation dans l'enseignement par simulation [Mémoire de Master 2 de recherche à distance francophone]. Université de Rouen; 2010.
95. Dale E. Audio-visual methods in teaching. New York, Dryden Press. 1954

96. Pastré P. Apprendre par la simulation. De l'analyse du travail aux apprentissages professionnels. Octares Editions. 2005 [consulté le 21 mai 2017]. Disponible sur: <http://www.octares.com/formation/99-apprendre-par-la-simulation.html>
97. Textes adoptés le 26 septembre 2006 au Parlement européen. Compétences clés pour l'éducation et la formation tout au long de la vie. [consulté le 28 mai 2017]. Disponible sur: <http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=-//EP//TEXT+TA+P6-TA-2006-0365+0+DOC+XML+V0//FR#title2>
98. Piromchai P, Avery A, Laopaiboon M, Kennedy G et al. Virtual reality training for improving the skills needed for performing surgery of the ear, nose or throat. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015;(9):CD010198.
99. Britt RC, Novosel TJ, Britt LD, Sullivan M. The impact of central line simulation before the ICU experience. *Am J Surg.* 2009;(197):533-6.
100. Friedman Z, Siddiqui N, Katznelson R, Devito I et al. Clinical impact of epidural anesthesia simulation on short- and long-term learning curve: High- versus low-fidelity model training. *Reg Anesth Pain Med.* 2009;34(3):229-32.
101. Haque S, Srinivasan S. A meta-analysis of the training effectiveness of virtual reality surgical simulators. *IEEE Trans Inf Technol Biomed.* 2006;1(10):51-8.
102. Savoldelli GL, Naik VN, Park J, Joo HS et al. Value of debriefing during simulated crisis management: oral versus video-assisted oral feedback. *Anesthesiology.* 2006;105(2):279-85.
103. Vanpee D, Frenay M, Godin V, Bédard D. Ce que la perspective de l'apprentissage et de l'enseignement contextualisés authentiques peut apporter pour optimiser la qualité pédagogique des stages d'externat. *Pédagogie Médicale.* 2009;10(4):253-66.
104. Daelmans H, Hoogenboom R, Donker A, Scherpbier A et al. Effectiveness of clinical rotations as a learning environment for achieving competences. *Med Teach.* 2004;26(4):305-12.
105. Remmen R, Denekens J, Scherpbier A, Hermann I et al. An evaluation study of the didactic quality of clerkships. *Med Educ.* 2000;34(6):460-4.
106. Guide de bonnes pratiques en matière de simulation en santé. HAS. Décembre 2012. [consulté le 20 mai 2017]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-01/guide_bonnes_pratiques_simulation_sante_guide.pdf
107. Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America; editors: Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS. *To err is human: Building a safer health*

- system. Washington (DC): National Academies Press (US); 2000. [consulté le 17 septembre 2017]. Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK225182/>
108. Les évènements indésirables graves associés aux soins observés dans les établissements de santé. Résultats des enquêtes nationales menées en 2009 et 2004. Dossiers solidarité et santé DREES, n°17 2010. [consulté le 23 avril 2017]. Disponible sur: <http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/article201017.pdf>
 109. Issenberg SB, McGaghie WC, Hart IR, Mayer JW et al. Simulation technology for health care professional skills training and assessment. *JAMA*. 1999;282(9):861-6.
 110. Naik VN, Brien SE. Review article: simulation: a means to address and improve patient safety. *Can J Anaesth J Can Anesth*. 2013;60(2):192-200.
 111. Programme national pour la sécurité des patients 2013/2017 [consulté le 28 mai 2017]. Disponible sur: http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/programme_national_pour_la_securite_des_patients_2013-2017-2.pdf
 112. Grande conférence de la santé. Accompagner le progrès en santé: nouveaux enjeux professionnels. Conseil économique et environnemental 2016.
 113. Guide pour l'évaluation des infrastructures de simulation en santé. HAS, mai 2015. [consulté le 10 juin 2017]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-07/guide_pour_levaulation_des_infrastrures_de_simulation_en_sante_2015-07-21_11-26-51_939.pdf
 114. Ziv A, Wolpe PR, Small SD, Glick S. Simulation-based medical education: an ethical imperative. *Acad Med J Assoc Am Med Coll*. 2003;78(8):783-8.
 115. Corvetto MA, Taekman JM. To die or not to die? A review of simulated death. *Simul Healthc J Soc Simul Healthc*. 2013;8(1):8-12.
 116. Okuda Y, Bryson EO, DeMaria S Jr. The utility of simulation in medical education: what is the evidence? *Mt Sinai J Med*. 2009;4(76):330-43.
 117. Larsen CR, Oestergaard J, Ottesen BS, Soerensen JL. The efficacy of virtual reality simulation training in laparoscopy: a systematic review of randomized trials. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2012;91(9):1015-28.
 118. Laguna MP, de Reijke TM, Wijkstra H, de la Rosette J. Training in laparoscopic urology. *Curr Opin Urol*. 2006;16(2):65-70.

119. Chiniara G. Simulation médicale pour acquisition des compétences en anesthésie. Congrès national d'anesthésie et de réanimation 2007. Conférences d'actualisation, p. 041-049 2007 Elsevier Masson SAS.
120. Décret n°2001-464 du 29 mai 2001 modifiant le décret n°87-848 du 19 octobre 1987 pris pour l'application de l'article 454 du code pénal et du troisième alinéa de l'article 276 du code rural et relatif aux expériences pratiquées sur les animaux. 2001-464 mai, 2001.
121. Hassan S, Eisma R, Malhas A, Soames R et al. Surgical simulation flexor tendon repair using Thiel cadavers: a comparison with formalin embalmed cadavers and porcine models. *J Hand Surg Eur Vol.* 2015;40(3):246-9.
122. Eisma R, Lamb C, Soames RW. From formalin to Thiel embalming: What changes? One anatomy department's experiences. *Clin Anat N Y N.* 2013;26(5):564-71.
123. Université de Poitiers - Faculté de médecine et de pharmacie - SIMLIFE. [consulté le 3 juin 2017]. Disponible sur: <http://medphar.univ-poitiers.fr/acces-rapides/laboratoire-d-anatomie/simlife/>
124. Barrows HS, Abrahamson S. The programmed patient: a technique for appraising student performance in clinical neurology. *J Med Educ.* 1964;39:802-5.
125. Programme du patient standardisé. Manuel d'orientation pour les patients simulés. Hôpital fribourgeois. 2011. [consulté le 3 juin 2017]. Disponible sur: <http://www.unifr.ch/clinical-skills/assets/files/Patients%20simules/guide%20ps%202011f.pdf>
126. Duvivier RJ, van Dalen J, Muijtjens AM, Moulaert VRMP et al. The role of deliberate practice in the acquisition of clinical skills. *BMC Med Educ.* 2011;11:101.
127. Fritz PZ, Gray T, Flanagan B. Review of mannequin-based high-fidelity simulation in emergency medicine. *Emerg Med Australas.* 2008;20(1):1-9.
128. Reznick RK, MacRae H. Teaching surgical skills--changes in the wind. *N Engl J Med.* 2006;355(25):2664-9.
129. Virtual reality in medicine: new opportunities for diagnostics and surgical planning. University of Basel. [consulté le 3 juin 2017]. Disponible sur: <https://www.unibas.ch/en/News-Events/News/Uni-Research/Virtual-Reality-in-Medicine.html>
130. We Are Alfred. College of applied health sciences. 2016 [consulté le 3 juin 2017]. Disponible sur: <https://ahs.uic.edu/biomedical-health-information-sciences/news/we-are-alfred/>

131. Alvarez J. Du jeu vidéo au serious game: approches culturelle, pragmatique et formelle. Université de Toulouse; 2007.
132. Simurgence Archives [consulté le 3 juin 2017]. Disponible sur: <http://www.serious-game.fr/tag/simurgence/>
133. Pharmacie Bourquelot: Serious Game et patient asthmatique. SEGAMED Nice 2012. [consulté le 25 juin 2017]. Disponible sur: https://www.canal-u.tv/video/canal_u_medecine/segamed_nice_2012_pharmacie_bourquelot_serious_game_et_patient_asthmatique.10482
134. Morgan PJ, Cleave-Hogg DM. Cost and resource implications of undergraduate simulator-based education. *Can J Anaesth.* 2001;48(8):827-8.
135. Nagendran M, Gurusamy KS, Aggarwal R, Loizidou M et al. Virtual reality training for surgical trainees in laparoscopic surgery. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013;(8):CD006575.
136. Flin R, Maran N. Identifying and training non-technical skills for teams in acute medicine. *Qual Saf Health Care.* 2004;13 Suppl 1:i80-4.
137. Liste des centres de simulation en France. Octobre 2016. [consulté 10 juin 2017]. Disponible sur: <http://www.sofrasims.fr/medias/files/copie-de-copie-de-liste-centres-de-simulation-en-france-oct-2016.pdf>
138. Accreditation council for pharmacy education accreditation standards and guidelines for the professional program in pharmacy leading to the doctor of pharmacy degree. ACPE, 2007. [consulté le 24 juin 2017]. Disponible sur: https://www.acpe-accredit.org/pdf/S2007Guidelines2.0_ChangesIdentifiedInRed.pdf
139. Vyas D, Bray BS, Wilson MN. Use of simulation-based teaching methodologies in US colleges and schools of pharmacy. *Am J Pharm Educ.* 2013;77(3):53.
140. Article L611-8. Code de l'éducation.
141. Arrêté du 8 avril 2013 relatif au régime des études en vue du diplôme d'Etat de docteur en pharmacie.
142. Kane-Gill SL, Smithburger PL. Transitioning Knowledge Gained From Simulation to Pharmacy Practice. *Am J Pharm Educ.* 2011;75(10):210.
143. Vyas D, Wombwell E, Russell E. High-fidelity patient simulation series to supplement introductory pharmacy practice experiences. *Am J Pharm Educ.* 2010;74(9):169.
144. Présentation Proffiterole. Givre - Faculté de pharmacie de Lille. [consulté le 24 juin 2017]. Disponible sur: <http://pharmacie.univ-lille2.fr/innovations-pedagogiques/enseignements-hybrides/pratique-officinale.html>

145. Battaglia, Jessica N.; Kieser, Mara A et al. An online virtual-patient program to teach pharmacists and pharmacy students: How to provide diabetes-specific medication therapy management. 2012;76(7)1-8.
146. Sarfati L, Ranchon F, Vantard N et al. SIMMEON-Prep study: SIMulation of Medication Errors in ONcology: prevention of antineoplastic preparation errors. Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics. 2015;40(1):55-62.
147. Vidal-Gomel C, Fauquet-Alekhine P, Guibert S. Réflexion et apport théorique sur la pratique des formateurs et de la simulation. Améliorer les pratiques professionnelles par simulation. 2011, Toulouse: Octares Editions.
148. Kirkpatrick DL, Kirkpatrick JD. Evaluating Training Programs. The four levels. 3ème Edition. Berrett-Koehler Publishers. 2009.

SERMENT DE GALIEN

Je jure, en présence de mes maîtres de la Faculté, des conseillers de l'Ordre des pharmaciens et de mes condisciples :

- ❖ D'honorer ceux qui m'ont instruit dans les préceptes de mon art et de leur témoigner ma reconnaissance en restant fidèle à leur enseignement.*
- ❖ D'exercer, dans l'intérêt de la santé publique, ma profession avec conscience et de respecter non seulement la législation en vigueur, mais aussi les règles de l'honneur, de la probité et du désintéressement.*
- ❖ De ne jamais oublier ma responsabilité et mes devoirs envers le malade et sa dignité humaine, de respecter le secret professionnel.*
- ❖ En aucun cas, je ne consentirai à utiliser mes connaissances et mon état pour corrompre les mœurs et favoriser des actes criminels.*

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

Que je sois couvert d'opprobre, méprisé de mes confrères, si j'y manque.

RESUME

La pharmacie clinique est une discipline actuellement en pleine évolution. L'impact clinique et économique de l'intégration du pharmacien dans les services de soins a été démontré dans de nombreuses études. L'émergence récente d'un nouveau modèle de pharmacie clinique met néanmoins en relief une nécessité de formation initiale mais également continue. De nombreux modèles d'apprentissage existent, notamment de nouvelles méthodes de pédagogies actives telles que le e-learning ou la simulation. Cette dernière a montré son intérêt dans l'acquisition des compétences techniques et non techniques.

L'objectif de ce travail est l'élaboration d'un programme de simulation ciblant l'acquisition des compétences en pharmacie clinique et s'inscrivant dans un continuum de formation intégrant d'autres méthodes pédagogiques telles que le e-learning.

Une enquête, menée parmi les participants aux Journées de formation de la SFPC 2017 ainsi que les pharmaciens membres du GHT 06, a permis de déterminer les situations problématiques régulièrement rencontrées dans la pratique courante de la pharmacie clinique. Après avoir dégagé les thèmes à cibler et les objectifs pédagogiques, 5 modules de simulation ont été élaborés, axés respectivement sur la conciliation des traitements médicamenteux, l'entretien d'admission, le bilan de médication, l'entretien pharmaceutique et l'éducation thérapeutique du patient. Les scénarios seront testés par des volontaires parmi les répondants à l'enquête puis diffusés après validation. L'évaluation du programme de simulation permettra d'en adapter le contenu et d'en mesurer l'impact sur l'acquisition et l'amélioration des compétences en pharmacie clinique.

MOTS-CLES : pharmacie clinique, simulation, formation

Nom-Prénom : ORLOFF Marina

Titre: SIMULATION EN SANTE : POSITIONNEMENT DANS
L'ACQUISITION DES COMPETENCES EN PHARMACIE CLINIQUE

Résumé :

La pharmacie clinique est une discipline actuellement en pleine évolution. L'impact clinique et économique de l'intégration du pharmacien dans les services de soins a été démontré dans de nombreuses études. L'émergence récente d'un nouveau modèle de pharmacie clinique met néanmoins en relief une nécessité de formation initiale mais également continue. De nombreux modèles d'apprentissage existent, notamment de nouvelles méthodes de pédagogies actives telles que le e-learning ou la simulation. Cette dernière a montré son intérêt dans l'acquisition des compétences techniques et non techniques.

L'objectif de ce travail est l'élaboration d'un programme de simulation ciblant l'acquisition des compétences en pharmacie clinique et s'inscrivant dans un continuum de formation intégrant d'autres méthodes pédagogiques telles que le e-learning.

Une enquête, menée parmi les participants aux Journées de formation de la SFPC 2017 ainsi que les pharmaciens membres du GHT 06, a permis de déterminer les situations problématiques régulièrement rencontrées dans la pratique courante de la pharmacie clinique. Après avoir dégagé les thèmes à cibler et les objectifs pédagogiques, 5 modules de simulation ont été élaborés, axés respectivement sur la conciliation des traitements médicamenteux, l'entretien d'admission, le bilan de médication, l'entretien pharmaceutique et l'éducation thérapeutique du patient. Les scénarios seront testés par des volontaires parmi les répondants à l'enquête puis diffusés après validation. L'évaluation du programme de simulation permettra d'en adapter le contenu et d'en mesurer l'impact sur l'acquisition et l'amélioration des compétences en pharmacie clinique.

MOTS-CLES : pharmacie clinique, simulation, formation

Directeur de thèse : Docteur Rémy COLLOMP