



HAL
open science

Le bilan de médication à l'officine: étude pilote auprès de 41 pharmacies en vue de leur implantation en routine

Julie Joncourt

► To cite this version:

Julie Joncourt. Le bilan de médication à l'officine: étude pilote auprès de 41 pharmacies en vue de leur implantation en routine. Sciences pharmaceutiques. 2017. dumas-01957718

HAL Id: dumas-01957718

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01957718v1>

Submitted on 17 Dec 2018

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.

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il n'a pas été réévalué depuis la date de soutenance.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact au SID de Grenoble :
bump-theses@univ-grenoble-alpes.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

<http://www.cfcopies.com/juridique/droit-auteur>

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>



UNIVERSITÉ GRENOBLE ALPES
UFR DE PHARMACIE DE GRENOBLE

Année : 2017

**LE BILAN DE MEDICATION A L'OFFICINE : ÉTUDE PILOTE AUPRÈS DE 41
PHARMACIES EN VUE DE LEUR IMPLANTATION EN ROUTINE**

THÈSE
PRÉSENTÉE POUR L'OBTENTION DU TITRE DE DOCTEUR EN PHARMACIE

DIPLÔME D'ÉTAT

Julie JONCOURT

[Données à caractère personnel]

THÈSE SOUTENUE PUBLIQUEMENT À LA FACULTÉ DE PHARMACIE DE
GRENOBLE

Le : 18/12/2017

DEVANT LE JURY COMPOSÉ DE

Président du jury :

M. le Professeur Benoît ALLENET

Membres :

M. le Docteur Jean-Didier BARDET (Directeur de thèse)

M. le Docteur Olivier ROZAIRE

Mme le Docteur Christelle MOUCHOUX

Mme le Docteur Lucie DEGENEVE

L'UFR de Pharmacie de Grenoble n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions sont considérées comme propres à leurs auteurs.

ENSEIGNANTS A L'UFR DE PHARMACIE

STATUT	NOM	PRENOM	DEPARTEMENT*	LABORATOIRE
MCU	ALDEBERT	Delphine	D4	LAPM - UMR CNRS 5163
PU-PH	ALLENET	Benoit	D5	THEMAS TIMC-IMAG UMR CNRS 5525
PU	BAKRI	Aziz	D5	TIMC-IMAG CNRS UMR 5525
MCU	BATANDIER	Cécile	D1	LBFA - INSERM U1055
MCU-PH	BEDOUCHE	Pierrick	D5	THEMAS TIMC-IMAG UMR CNRS 5525
MCU	BELAIDI-CORSAT	Elise	D5	HP2 - INSERM U1042
MAST	BELLET	Béatrice	D5	-
ATER	BOUCHERLE	Benjamin	D2	DPM -UMR 5063 UJF CNRS
PU	BOUMENDJEL	Ahcène	D3	DPM -UMR 5063 UJF CNRS
DCE	BOURDIER	Guillaume	D5	
MCU	BOURGOIN	Sandrine	D1	IAB - CRI INSERM UJF U823
MCU	BRETON	Jean	D1	L.C.I.B. - UMR E3 CEA UJF
MCU	BRIANCON-MARJOLLET	Anne	D5	HP2 - INSERM U1042
MCU	BUDAYOVA SPANO	Monika	D4	IBS - UMR 5075 CEA CNRS UJF
PU	BURMEISTER	Wim	D4	UVHCI - UMI 3265 UJF EMBL CNRS
MCU-PH	BUSSER	Benoit	D1	IAB - CRI INSERM UJF U823
Professeur Emérite	CALOP	Jean	D5	-
MCU	CAVAILLES	Pierre	D1	LAPM - UMR 5163 CNRS UJF
AHU	CHANOINE	Sébastien	D5	THEMAS TIMC-IMAG UMR CNRS 5525
MCU	CHOISNARD	Luc	D2	DPM -UMR 5063 UJF CNRS
AHU	CHOVELON	Benoit	D2	DPM -UMR 5063 UJF CNRS
PU-PH	CORNET	Murielle	D4	THEREX - TIMC IMAG UMR 5525 CNRS UJF
PU-PH	DANEL	Vincent	D5	SMUR SAMU
PU	DECOUT	Jean-Luc	D2	DPM -UMR 5063 UJF CNRS
MCU	DELETRAZ- DELPORTE	Martine	D5	Equipe SIS -EAM 4128 UCB
MCU	DEMEILLIERS	Christine	D1	LBFA - INSERM U1055

STATUT	NOM	PRENOM	DEPARTEMENT*	LABORATOIRE
PU	DROUET	Christian	D4	AGIM - CNRS 3405
PU	DROUET	Emmanuel	D4	UVHCI - UMI 3265 UJF-EMBL- CNRS
MCU	DURMORT - MEUNIER	Claire	D1	I.B.S – UMR 5075 CEA UJF CNRS
PU-PH	FAURE	Patrice	D1	HP2- INSERM U1042
PRCE	FITE	Andrée	D6	-
AHU	GARNAUD	Cécile	D4	LAPM - UMR CNRS 5163
PRAG	GAUCHARD	Pierre-Alexis	D3	-
MCU-PH	GERMI	Raphaëlle	D4	UVHCI, UMI 3265 UJF-EMBL- CNRS
MCU	GEZE	Annabelle	D2	DPM –UMR 5063 UJF CNRS
MCU	GILLY	Catherine	D3	DPM –UMR 5063 UJF CNRS
PU	GODIN-RIBUOT	Diane	D5	HP2- INSERM U1042
PRCE	GOUBIER MATHYS	Laurence	D6	-
Professeure Émérite	GRILLOT	Renée	D4	-
MCU	GROSSET	Catherine	D2	DPM –UMR 5063 UJF CNRS
MCU	GUIEU	Valérie	D2	DPM –UMR 5063 UJF CNRS
MCU	HININGER-FAVIER	Isabelle	D1	LBFA - Inserm U1055
MCU	JOYEUX-FAURE	Marie	D5	HP2- INSERM U1042
MCU	KHALEF	Nawel	D5	TIMC-IMAG CNRS UMR 5525
ATER	KOTZKI	Sylvain	D5	HP2- INSERM U1042
MCU	KRIVOBOK	Serge	D3	LCBM, IRTSV CEA
PU	LENORMAND	Jean Luc	D1	THEREX, TIMC-IMAG
DCE	LUNVEN	Laurent		
DCE	MARILLIER	Mathieu		
PU	MARTIN	Donald	D1	TIMC-IMAG, UMR 5525 UJF CNRS
MCU	MELO DE LIMA	Christelle	D4	L.E.C.A – UMR CNRS 5553
PU	MOINARD	Christophe		LBFA - Inserm U1055
DCE	MONTEMAGNO	Christopher		
PU-PH	MOSSUZ	Pascal	D4	THEREX - TIMC-IMAG UMR 5525 CNRS
MCU	MOUHAMADOU	Bello	D3	L.E.C.A – UMR CNRS 5553
DCE	MOULIN	Sophie		
DCE	NGUYEN	Kim-Anh		
MCU	NICOLLE	Edwige	D3	DPM –UMR 5063 UJF CNRS
MCU	OUKACINE	Farid	D2	DPM –UMR 5063 UJF CNRS
MCU	PERES	Basile	D3	DPM- UJF/CNRS UMR 5063

D1 : Département « Mécanismes Biologiques des Maladies et des Traitements (DMBMT) »
D2 : Département « Bases Physicochimiques du Médicament »
D3 : Département « Origine, Obtention et Optimisation des Principes Actifs des Médicaments »
D4 : Département « Bases immunologiques, Hématologiques et Infectieuses des Maladies et Médicaments associés »
D5 : Département « Médicaments et Produits de Santé »
D6 : Département « Anglais »

Document mis à jour le 04/09/2017

STATUT	NOM	PRENOM	DEPARTEMENT*	LABORATOIRE
DCE	PERONNE	Lauralie		
DCE	PETIT	Pascal		
MCU	PEUCHMAUR	Marine	D3	DPM –UMR 5063 UJF CNRS
PU	PEYRIN	Éric	D2	DPM –UMR 5063 UJF CNRS
MCU	RACHIDI	Walid	D1	L.C.I.B - UMR E3 CEA/UJF
MCU	RAVELET	Corinne	D2	DPM –UMR 5063 UJF CNRS
PU	RIBUOT	Christophe	D5	HP2- INSERM U1042
PAST	RIEU	Isabelle	D5	-
Professeure Émérite	ROUSSEL	Anne -Marie	D1	-
PU-PH	SEVE	Michel	D1	CR INSERM / UJF U823 Institut Albert Bonniot
MCU	SOUARD	Florence	D3	DPM –UMR 5063 UJF CNRS
ATER	TAHMASEBI	Faezeh		TIMC-IMAG
MCU	TARBOURIECH	Nicolas	D4	UVHCI, UMR 3265 UJF-EMBL- CNRS
DCE	TODOROV	Zlatomir		
DCE	TRABOULSI	Wael		-
PAST	TROUILLER	Patrice	D5	-
DCE	VACHEZ	Yvan		
MCU	VANHAVERBEKE	Cécile	D2	DPM –UMR 5063 UJF CNRS
DCE	VERNET	Céline		
DCE	VRAGNIAU	Charles		
PU	WOUESSIDJEW	Denis	D2	DPM –UMR 5063 UJF CNRS

ATER : Attachés Temporaires d'Enseignement et de Recherches
 CHU : Centre Hospitalier Universitaire
 CIB : Centre d'Innovation en Biologie
 CRI : Centre de Recherche INSERM
 CNRS : Centre National de Recherche Scientifique
 DCE : Doctorants Contractuels Enseignement
 DPM : Département de Pharmacochimie Moléculaire et de Cognition et Ontogénèse »
 HP2 : Hypoxie Physiopathologie Respiratoire et Cardiovasculaire
 IAB : Institut Albert Bonniot,
 IBS : Institut de Biologie Structurale
 JR : Jean Roget
 LAPM : Laboratoire Adaptation et Pathogénèse des Microorganismes
 LBFA : Laboratoire Bioénergétique Fondamentale et Appliquée
 LCBM : Laboratoire Chimie et Biologie des Métaux
 LCIB : Laboratoire de Chimie Inorganique et Biologie
 LECA : Laboratoire d'Ecologie Alpine
 LR : Laboratoire des Radio pharmaceutiques

MCU : Maître de Conférences des Universités
 MCU-PH : Maître de Conférences des Universités et Praticiens Hospitaliers
 PAST : Professeur Associé à Temps Partiel
 PRAG : Professeur Agrégé
 PRCE : Professeur certifié affecté dans l'enseignement
 PU : Professeur des Universités
 PU-PH : Professeur des Universités et Praticiens Hospitaliers
 TIMC-IMAG : Laboratoire Technique de l'Imagerie, de la Modélisation
 UMR : Unité Mixte de Recherche
 UVHCI : Unit of Virus Host Cell Interactions

D1 : Département « Mécanismes Biologiques des Maladies et des Traitements (DMBMT) »
 D2 : Département « Bases Physicochimiques du Médicament »
 D3 : Département « Origine, Obtention et Optimisation des Principes Actifs des Médicaments »
 D4 : Département « Bases immunologiques, Hématologiques et Infectieuses des Maladies et Médicaments associés »
 D5 : Département « Médicaments et Produits de Santé »
 D6 : Département « Anglais »

Document mis à jour le 04/09/2017

REMERCIEMENTS

Au Président du jury

M. le Professeur Benoît Allenet

Veillez recevoir mes plus sincères remerciements pour me faire l'honneur et le plaisir de présider ce jury de thèse. Votre engagement dans l'enseignement de la pharmacie clinique et votre envie de le transmettre ont été le point de départ de ce travail. Merci également de m'avoir guidée au début de cette thèse.

Au Directeur de thèse

M. le Docteur Jean-Didier Bardet

Je tiens à te remercier pour ton accompagnement dans l'encadrement de ce travail. Merci pour tes nombreux conseils et ta disponibilité. Ton aide, ton implication et tes connaissances ont été précieuses pour permettre l'aboutissement de cette thèse.

Aux membres du jury

M. le Docteur Olivier Rozaire

Merci pour l'intérêt porté à mon travail et pour votre participation à ce jury.

Mme le Docteur Christelle Mouchoux

Merci d'avoir aimablement accepté de participer à mon jury de thèse malgré votre emploi du temps très chargé.

Mme le Docteur Lucie Degeneve

Merci d'avoir accepté de recevoir en stage l'étudiante Grenobloise que j'étais. Les six mois de stage dans votre officine ont été très enrichissants professionnellement. Merci aussi d'avoir accepté d'être membre de ce jury.

Aux participants de notre étude

Aux maîtres de stage et aux étudiants ayant contribué à la réalisation de cette étude, merci à vous.

Aux patients, merci d'avoir accepté la réalisation d'un bilan de médication.

~~~~~

*A toute l'équipe de la Grande Pharmacie de Montchat : Caroline, Gaëlle, Guillaume, Isabelle et Nathalie*

Merci pour votre professionnalisme et votre bonne humeur communicative.

~~~~~

Merci aux pharmacies m'ayant accueillie en stage et pour des jobs d'étudiants pendant mon parcours d'étudiante. J'ai beaucoup appris à votre contact.

A mes parents, Marie et Laurent.

A ma **Maman**. Tu veilles sur nous là-haut depuis bientôt 3 ans. Imagines-tu seulement combien tes petits mots me manquent et combien tes pensées continuent à m'accompagner chaque jour. J'aurais vraiment aimé que tu sois présente pour cette soutenance.

A mon **Papou**. Je serai toujours ta « petite fille à couettes ». Merci d'avoir toujours cru en moi, malgré mes projets souvent changeants et de ne pas trop me tenir rigueur de mon mauvais caractère.

A mes « petits » frères, **Pierre** et **Etienne**, aussi grands que moi depuis quelque temps déjà. Quand je parle de vous, on me répond toujours « mais ils ne changeront jamais tes frères ». Merci pour votre humour inimitable et votre douce bienveillance.

A **Céline**. Merci pour ces quelques bons moments déjà vécus ensemble. Beaucoup d'autres suivront... Et merci pour ta relecture attentive.

~~~~~

*A mes grands-parents.*

**Françoise** et **Yves**. Merci tout simplement d'avoir été là, discrets et indispensables, dans les bons moments comme dans les mauvais. Vous avez toujours su trouver les mots justes. Et un merci tout particulier pour les envois réguliers « d'objets tortue », qui viennent enrichir ma collection.

**Madeleine**. Merci pour tes coups de téléphone le soir après le boulot et pour les séjours à Gresse.

**Jean-Michel** et **Elisabeth**. Papi, merci pour ton assistance « SOS Papi » pendant mes années de lycée et toutes les cartes envoyées quand je vivais à Vienne. Elisabeth, merci pour toutes tes petites attentions.

~~~~~

A ma grand-tante, Josy.

Parce que tu portes à merveille le surnom que nous t'avions décerné enfant : « Super Josy ». Merci pour tous ces goûters autour d'une tasse de thé, à papoter sur tout et rien. Tu es la marraine bonne fée dont tout le monde peut rêver.

~~~~~

*A mes tantes, Anne et Jeanne.*

Merci mes taties chéries d'avoir toujours veillé sur moi comme des grandes sœurs. Merci aussi pour toutes vos idées farfelues et tous ces fous rires à Châtellerauld et ailleurs.

~~~~~

A mon arrière-grand-mère, Anne

Les séjours d'été passés ensemble à St-Siméon, avec Papi et toi, restent de précieux souvenirs d'enfance.

~~~~~

A toute ma famille. Merci pour votre soutien pendant ces six années d'étude, de m'avoir apporté le courage et l'envie de terminer ce cursus.

~~~~~

A ma « future » belle-famille.

Véronique. Merci pour votre tendresse et votre bienveillance. C'est toujours un plaisir de discuter avec vous.

Thierry. Merci pour votre humour imparable. Qui a dit que les médecins et les pharmaciens ne pouvaient pas s'entendre ?

Samuel. Merci de m'avoir laissé un peu de réseau pour que j'avance ma thèse à St-Martin ;) !

Ginette et **Sylvain**. Merci pour toutes vos petites attentions, et pour la crème de marrons !

Merci à tous de m'avoir si bien accueillie dans votre famille.

~~~~~

A mes amis, Cécile, Sonia, Margaux, Auréliane, Laura, Mathieu, François, Jean-Luc ... Et tous les autres. Merci pour ces moments inoubliables tous plus fous les uns que les autres. Et malheureusement pour vous (nous), de nombreuses photos serviront de preuve si besoin !

~~~~~

Et à toi **Aurélien**. Juste un *immense merci* pour tout.

Table des matières

REMERCIEMENTS.....	5
LISTE DES ABREVIATIONS	10
LISTE DES TABLEAUX.....	11
LISTE DES FIGURES.....	13
INTRODUCTION.....	14
PARTIE 1 : Etude pilote sur les bilans de médication à l'officine.....	18
1. Introduction	18
2. Méthode.....	19
2.1. Investigateurs de l'étude.....	19
2.2. Critères d'inclusion	20
2.3. Collecte de données.....	20
2.4. Analyse des données	20
3. Résultats	21
3.1. Caractéristiques des officines participantes	21
3.2. Caractéristiques socio-démographiques des patients.....	21
3.3. Caractéristiques de la thérapie médicamenteuse des patients	23
3.4. Analyse des informations issues des BM	24
3.4.1. Connaissances globales sur les médicaments.....	24
3.4.2. Gestion globale des médicaments	24
3.4.3. Effets indésirables rapportés	25
3.4.4. Besoins abordés à l'issue de l'entretien	25
3.5. Analyse des IP réalisées pendant les BM.....	26
4. Discussion	26
4.1. Biais et limites de l'étude.....	26
4.1.1. Biais de sélection.....	26
4.1.2. Biais d'information.....	27
4.2. Discussion des résultats	27
4.2.1. Croisement des sources d'information.....	27
4.2.2. Etude des informations issues des BM.....	28

5.	Conclusion.....	30
6.	Bibliographie.....	41
PARTIE 2 : Etude des indicateurs opérationnels du bilan de médication à l'officine		44
1.	Introduction	44
2.	Méthode.....	45
2.1.	Collecte de données.....	45
2.2.	Analyse des données	46
3.	Résultats	46
3.1.	Caractéristiques des officines participantes	46
3.2.	Analyse des indicateurs d'activité des BM.....	47
3.2.1.	Analyse du choix de la date et du lieu de rendez-vous	47
3.2.2.	Analyse des temps de travail du BM.....	48
4.	Discussion	49
4.1.	Biais et limites de l'étude.....	49
4.2.	Discussion des indicateurs opérationnels du BM	50
5.	Conclusion.....	52
6.	Bibliographie.....	66
PARTIE 3 : Etude de la satisfaction des différents acteurs du bilan de médication		67
1.	Introduction	67
2.	Méthode.....	68
2.1.	Collecte de données.....	69
2.2.	Analyse des données	70
3.	Résultats	70
3.1.	Caractéristiques des patients faisant l'objet d'un BM.....	70
3.2.	Caractéristiques des maîtres de stage accueillant les étudiants-stagiaires.....	70
3.3.	Analyse des indicateurs de satisfaction des patients.....	70
3.4.	Analyse des indicateurs de satisfaction des maîtres de stage et des étudiants-stagiaires.....	71
3.4.1.	Analyse des indicateurs de satisfaction des BM	71
3.4.2.	Analyse des indicateurs de satisfaction de l'étude	72

4. Discussion	72
4.1. Limites de l'étude	73
4.2. Discussion des résultats	73
4.2.1. Satisfaction des patients	73
4.2.2. Satisfaction des pharmaciens	75
5. Conclusion	76
6. Bibliographie	83
DISCUSSION GÉNÉRALE	86
1. Intérêt du BM pour la pratique du pharmacien officinal	86
2. Justification des critères d'inclusion des patients	87
3. Attentes des patients vis-à-vis des entretiens pharmaceutiques	89
4. Rémunération du BM et coût de revient pour le pharmacien titulaire	89
5. Solutions possibles aux freins formulés par les étudiants-stagiaires et maîtres de stage	91
6. Perspectives futures de développement du BM	92
CONCLUSION	94
Annexe 1 : Mode opératoire des BM	97
Annexe 2 : Cahier d'observation relatif au BM	99
Annexe 3 : Formulaire descriptif de la pharmacie	126
Annexe 4 : Formulaire d'activité	130
Annexe 5 : Questionnaire de satisfaction du maître de stage	132
Annexe 6 : Questionnaire de satisfaction de l'étudiant-stagiaire	135
BIBLIOGRAPHIE	138
SERMENT DE GALIEN	142

LISTE DES ABREVIATIONS

5AHU : 5^{ème} année hospitalo-universitaire.

AOD : Anticoagulants oraux d'action directe.

ATC : Anatomie thérapeutique clinique.

AVK : Antivitamines K.

BM : Bilan de médication.

DP : Dossier Pharmaceutique

HAS : Haute Autorité de Santé.

HPST : Hôpital Patient Santé Territoire.

IP : Intervention pharmaceutique.

J.O. : Journal officiel.

LGO : Logiciel de Gestion Officinale.

MSP : Mise en situation professionnelle.

ROSP : Rémunération sur objectifs de santé publique.

SFPC : Société française de pharmacie clinique

UNCAM : Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie.

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1. Caractéristiques qualitatives des pharmacies d'officines participantes (n = 41 pharmacies d'officines).....	32
Tableau 2. Caractéristiques quantitatives des pharmacies d'officines participantes (n = 41 pharmacies d'officines)	33
Tableau 3. Pathologies associées des patients ayant participé à un bilan de médication (n = 387 patients)	34
Tableau 4. Groupe de médicaments le plus souvent consommés par les patients	35
Tableau 5. Description des difficultés de formes galéniques rencontrées par les patients (n = 58).....	36
Tableau 6. Description des interrogations des patients à l'issue de (n = 196)	37
Tableau 7. Description des solutions apportées par les étudiants-stagiaires aux interrogations formulées par les patients à l'issue de l'entretien (n = 120).....	38
Tableau 8. Description des interventions pharmaceutiques menées par les étudiants-stagiaires d'après la codification de la SFPC (n = 283 interventions pharmaceutiques)	39
Tableau 9. Groupe de médicaments causant le plus souvent des interventions pharmaceutiques (n = 283 médicaments ayant causé des IP).....	40
Tableau 10. Caractéristiques qualitatives des pharmacies d'officines participantes (n = 41 pharmacies d'officines).....	54
Tableau 11. Caractéristiques quantitatives des pharmacies d'officines participantes (n = 41 pharmacies d'officines)	55
Tableau 12. Temps de travail moyen des différentes étapes de réalisation du bilan de médication (en minutes).....	56
Tableau 13. Évolution des durées de temps de travail des différentes étapes du bilan de médication en fonction de l'avancée de l'expérimentation (en minutes).....	57

Tableau 14. Comparaison des moyennes des temps de préparation et d'analyse des BM 1 et BM 10.....	58
Tableau 15. Comparaison des moyennes des temps d'entretien du BM réalisé à l'officine et au domicile.....	58
Tableau 16. Évolution des durées de temps de travail des différentes étapes du bilan de médication en fonction des conditions particulières de réalisation (en minutes).....	60
Tableau 17. Caractéristiques qualitatives des pharmacies d'officines ayant répondu au questionnaire de satisfaction (n = 34 pharmacies d'officine).....	77
Tableau 18. Caractéristiques quantitatives des pharmacies d'officines ayant répondu au questionnaire de satisfaction (n = 34 pharmacies d'officine).....	78
Tableau 19. Amélioration des connaissances du patient sur ses médicaments à l'issue de l'entretien (n = 382).....	79
Tableau 20. Évaluation de l'avis des maîtres de stage sur la pertinence des critères de recrutement des patients atteints de pathologie chronique (n = 34).....	80
Tableau 21. Évaluation de l'avis des étudiants-stagiaires sur la pertinence des critères de recrutement des patients atteints de pathologie chronique (n = 37).....	81
Tableau 22. Description des principaux freins rapportés par les maîtres de stage et étudiants-stagiaires vis-à-vis des BM et de l'étude.....	82

LISTE DES FIGURES

Figure 1. Suivi d'activité des étudiants-stagiaires	61
Figure 2. Fréquence du nombre d'entretiens en fonction du lieu de rendez-vous et de la personne l'ayant choisi (n = 387 entretiens)	62
Figure 3. Fréquence du nombre d'entretiens en fonction du jour de rendez-vous et de la personne l'ayant choisi (n = 387 entretiens)	63
Figure 4. Fréquence du nombre d'entretiens en fonction de l'heure de rendez-vous et de la personne l'ayant choisi (n = 387 entretiens)	64
Figure 5. Évolution des temps de travail en fonction de l'avancée de l'expérimentation	65

INTRODUCTION

Depuis les années 2000, la profession de pharmacien d'officine évolue d'une activité de dispensation au comptoir à une activité plus spécialisée de soins aux patients. Le rapport de la cour des comptes publié en septembre 2017 propose de désensibiliser la rémunération des acteurs de la distribution du prix des médicaments en fondant celle des pharmacies d'officine sur l'acte de dispensation au patient, indépendamment du nombre de boîtes vendues, et celle des grossistes répartiteurs sur le nombre de boîtes livrées aux officines. La rémunération réglementée de la dispensation devrait avoir pour assiette le nombre de patients auxquels des médicaments sont délivrés et non le nombre de boîtes, qui a un effet inflationniste [1].

En 2009, la loi HPST initie l'évolution réglementaire du métier de pharmacien d'officine. L'article 38 définit le pharmacien comme professionnel de santé et l'intègre pleinement dans le système de santé. Il énonce ses missions, dont la participation à l'éducation thérapeutique et aux actions d'accompagnement de patients [2]. L'Avenant n°1 à la Convention nationale pharmaceutique, signé en janvier 2013 par l'UNCAM et les syndicats représentatifs des pharmaciens d'officine, introduit les entretiens pharmaceutiques avec la mise en œuvre du dispositif d'accompagnement par le pharmacien des patients sous traitement chronique par AVK. L'Avenant n°8, en juin 2016, étend ces entretiens aux patients traités par AOD. Conjointement, en décembre 2014, l'Avenant n°4 permet la mise en place d'entretiens pharmaceutiques pour les patients asthmatiques [3].

L'instauration du bilan de médication à l'officine pour les patients âgés polymédiqués est la mesure phare de la dernière Convention nationale pharmaceutique. D'après l'Avenant n°11, signé le 20 juillet 2017, le BM est destiné aux personnes âgées de 65 ans et plus en ALD et aux personnes âgées de 75 ans polymédiquées pendant au moins 6 mois (à partir de 5 principes actifs). Une rémunération de 60 euros est prévue pour l'entretien initial, payée au premier

semestre de l'année N+1. Pour l'entretien de la seconde année, 30 euros seront versés si un nouveau traitement intervient et 20 euros en l'absence de nouveau médicament [4].

L'Avenant n°12, signé en novembre 2017, précise les modalités de l'accompagnement des patients et le guide mis à disposition des pharmaciens pour aider à la réalisation des différentes étapes du BM [5]. Ce support d'accompagnement a été validé au préalable par l'HAS [6].

Le BM évalue la quantité et la qualité des médicaments consommés par le patient en incluant ses habitudes de vie. Il repose sur la réalisation d'un bilan des médicaments, prescrits ou non, à un moment donné, et ce sans attendre un point de transition dans le parcours de soins du patient, comme pour la conciliation médicamenteuse qui s'effectue en cas d'hospitalisation [7].

Le BM s'adresse aux patients vivant encore au domicile ou dans un établissement spécialisé.

Le BM correspond à une mission d'accompagnement personnalisé du patient, l'expertise et les connaissances pharmacologiques du pharmacien sont mises à disposition du médecin et du patient pour sécuriser sa prescription et conforter ses choix thérapeutiques. Contrairement aux précédents entretiens pharmaceutiques conventionnés, le BM propose une approche globale de la personne sans passer par une approche par pathologie ou par médicament. Les objectifs du BM sont doubles : prévenir les risques d'iatrogénie médicamenteuse et améliorer l'adhésion aux traitements. La réalisation d'un BM revêt plusieurs intérêts pour la pratique officinale : une augmentation du nombre d'Interventions Pharmaceutiques formulées [8 ; 9], une diminution significative du nombre de problèmes liés à la thérapeutique [10 ; 11] et une diminution du nombre de médicaments prescrits [12 ; 13]. Le BM impacte également positivement le contrôle de pathologies chroniques telles que le diabète, l'hypertension artérielle et l'hypercholestérolémie via l'amélioration de critères cliniques intermédiaires tels que l'hémoglobine glyquée, la tension artérielle et la cholestérolémie [14].

En octobre 2017, le directeur général de l'Assurance maladie a annoncé ses attentes sur le niveau d'implication des officines. Il prévoit la réalisation de 20 BM par officine, soit un total

annuel de près de 400 000 BM [15]. A la signature de l'Avenant conventionnel, il est prévu une contribution de 39 millions d'euros programmés sur 3 ans pour la réalisation des BM [4].

A titre de comparaison, au 1^{er} juillet 2016, 242 583 entretiens AVK avaient été réalisés. Cela représentait 177 281 adhésions de patients. Le premier semestre 2016 n'enregistrait que 8 612 entretiens. Pour les entretiens destinés aux patients asthmatiques, le démarrage a été assez poussif. Fin mars 2015, 4 mois après leur lancement, seulement 1 441 entretiens avaient été réalisés. Au 1^{er} juillet 2016, on comptabilisait un total de 5 943 entretiens asthme [16]. Le montant annuel moyen de rémunérations des officines s'élève à 209,18 euros pour les entretiens AVK réalisés en 2016, à 165,55 euros pour les entretiens AOD et à 216,38 euros pour les entretiens asthme. Le nombre d'entretiens ayant effectivement conduit à une rémunération est faible : selon l'Assurance maladie, 70 % d'entre eux n'ont pas été payés aux pharmaciens. Parmi les explications avancées pour justifier ces non-paiements, on trouve : des dossiers n'ayant pas le nombre requis d'entretiens, des dossiers de patients considérés comme non chroniques ou non traités et des dossiers avec des numéros de Sécurité sociale invalides [17].

Les précédents entretiens ne semblent pas avoir trouvé leur place à l'officine. Le manque d'implication des pharmaciens officinaux peut s'expliquer majoritairement par des raisons pratiques et économiques : la démarche est chronophage et la rémunération différée est décrite comme insuffisante et inadaptée. La mise en œuvre du BM à l'officine nécessite de réorganiser les activités de la pharmacie pour pouvoir l'intégrer à l'activité quotidienne de dispensation. Et pour réussir son implantation, les pharmaciens officinaux comme les patients doivent voir un intérêt au BM et en être satisfaits.

L'objectif de notre étude est d'analyser la réalisation des BM en officine sous l'angle des interventions pharmaceutiques (IP), des indicateurs opérationnels et de la satisfaction des acteurs y ayant participé.

L'étude pilote sur les BM a été réalisée entre janvier et avril 2017 pendant le stage de pratique professionnelle des étudiants en 6^{ème} année de pharmacie filière officine de l'Université Grenoble Alpes. Les résultats sont en trois parties. Une première partie analysera le volume, la qualité et la nature des informations récupérées patients pendant les BM pour apprécier la plus-value pour les soins du patient via la codification d'IP, des déclarations de pharmacovigilance et une évaluation des connaissances sur les traitements. Une seconde partie traitera des indicateurs opérationnels du BM en vue de leur intégration dans l'organisation officinale. Une troisième partie s'intéressera à la satisfaction des différents acteurs participants au BM.

PARTIE 1 : Etude pilote sur les bilans de médication à l'officine

1. Introduction

Le modèle de medication review est déjà implanté dans de nombreux pays anglo-saxons. Le programme MedsCheck en Ontario est un exemple récent de programme gouvernemental rémunérant des pharmaciens pour des activités cliniques au Canada. Il existe également des programmes similaires aux États-Unis, au Royaume-Uni, en Nouvelle-Zélande et même en Suisse [1].

Le BM est un des outils de sécurisation de la prise en charge globale du patient, à disposition du pharmacien d'officine en ville. Le BM a un impact positif sur le contrôle des pathologies chroniques [2]. La réalisation d'un BM revêt plusieurs intérêts pour la pratique officinale : une augmentation du nombre d'Interventions Pharmaceutiques formulées [3 ; 4], une diminution significative du nombre de problèmes liés à la thérapeutique [5 ; 6] et une diminution du nombre de médicaments prescrits [7 ; 8]. Par le BM, le pharmacien d'officine identifie les aspects de la santé du patient pour lesquels une plus grande attention est nécessaire et peut répondre à ses préoccupations en ce qui concerne les médicaments. Le BM favorise également l'adhésion aux traitements [2 ; 9].

Après plusieurs projets régionaux visant à l'expérimenter, le BM est inscrit à l'Avenant 11 de la Convention nationale signé en juillet 2017 [10 ; 11]. Son développement est encouragé dans le cadre de l'élargissement des nouvelles missions des pharmaciens d'officine. Le BM sera rémunéré et concernera les personnes âgées de plus de 75 ans et celles de plus de 65 ans atteintes d'affection de longue durée et polymédiquées, soit prenant plus de 5 médicaments par jour [12]. Il suivra un processus formalisé détaillé dans le protocole d'accord : évaluation de l'adhésion médicamenteuse et de la tolérance du traitement, identification des interactions

médicamenteuses, rappel des conditions de prise et de bon usage des médicaments et information du ou des prescripteurs [13].

Dans le cadre de cette étude, les objectifs sont d'analyser le volume, la qualité et la nature des informations recueillies à l'issue de la réalisation des BM ainsi que d'évaluer les IP codifiées et les actions mises en œuvre par le pharmacien.

2. Méthode

2.1. Investigateurs de l'étude

L'étude a été menée sur une période de 4 mois du 01 janvier 2017 au 30 avril 2017. Pour être incluses dans l'étude, les officines devaient accueillir un étudiant-stagiaire de 6^{ème} année de pharmacie de l'Université Grenoble Alpes pour leur stage de pratique professionnelle.

Les étudiants en pharmacie de 6^{ème} année se sont formés au BM pendant leur stage en service clinique de 5AHU. A sa suite, ils doivent valider une Mise en Situation Professionnelle intégrant un bilan de médication, une conciliation médicamenteuse et une analyse pharmaceutique. Dans le cadre de l'étude, une formation complémentaire et spécifique leur a été dispensée en présentiel. L'objectif de la formation était de décrire le protocole de l'étude, la méthode de classification des IP selon l'outil de codification validé par la SFPC [14] et l'utilisation du cahier d'observation. Cette formation a eu lieu en novembre 2016 avant le début du stage et était animée par la responsable du projet et un pharmacien senior. Les étudiants en 6^{ème} année de pharmacie étaient chargés d'informer les équipes officinales qui les accueillaient pour le stage sur le protocole des BM, les critères d'inclusion des patients et la conduite de l'étude. Une réunion d'information et de présentation du projet aux maîtres de stage a eu lieu en janvier 2017.

Le kit de l'étude comprenait le mode opératoire des BM (Annexe 1), le cahier d'observation relatif au BM (Annexe 2) et un formulaire descriptif de la pharmacie (Annexe 3).

2.2. Critères d'inclusion

Pour réaliser un BM, le patient devait présenter les critères suivants : être suivi pour au moins une maladie chronique **et** :

- avoir au moins 65 ans ;
- ou prendre au moins 5 médicaments prescrits ;
- ou avoir au moins 1 médicament à marge thérapeutique étroite (MTE) prescrit ;
- ou avoir été hospitalisé durant les trois mois précédents

2.3. Collecte de données

Les étudiants en pharmacie de 6^{ème} année étaient également les collecteurs de données. Ils ont été chargés de remplir le cahier d'observation des bilans de médication au format Word® pouvant être extraits au format .csv. Ce cahier d'observation a été établi à partir du document d'aide à la réalisation d'un BM validé par la SFPC [15]. Étaient renseignés dans ce cahier : les données sociodémographiques du patient, les antécédents médicaux, les hospitalisations pendant l'année précédente, le recours en urgence au système de soins pendant l'année précédente, la liste des médicaments pris par le patient, la gestion et le ressenti des traitements ainsi que les IP effectuées par l'étudiant-stagiaire. Le questionnaire QUILAM a également été intégré au cahier d'observation [16]. Il était administré au patient lors de l'entretien pharmaceutique par l'étudiant-stagiaire pour évaluer son adhésion au traitement. Les résultats de cette partie ne seront pas développés dans cette étude.

Lors de l'exploitation des données, nous avons utilisé la base de données française Thériaque® pour reconnaître le numéro d'identification du médicament et attribuer le code anatomique thérapeutique chimique ATC à 7 chiffres selon le système de classification de l'Organisation mondiale de la santé.

2.4. Analyse des données

Pour assurer la cohérence et la validité des données, la codification de toutes les IP réalisées

ont fait l'objet d'une double vérification par la responsable du projet ainsi que par un pharmacien senior.

Une analyse descriptive a été réalisée sur l'ensemble des variables recueillies. Les variables qualitatives sont décrites en nombre et en fréquences. Les variables quantitatives sont décrites en moyenne (+/- écart type) ou en médiane.

3. Résultats

3.1. Caractéristiques des officines participantes

Pour la réalisation de cette étude pilote sur la faisabilité des BM à l'officine, nous avons inclus un échantillon de 41 officines accueillant les 39 étudiants en 6^{ème} année de pharmacie en filière officine de la faculté de pharmacie de Grenoble. Deux étudiants ont changé d'officine en cours de stage. Les caractéristiques des officines participantes sont retrouvées dans les Tableau 1 et Tableau 2. Parmi les 41 officines, 35 (85,4 %) sont situées en Rhône Alpes et 11 (26,8 %) sont localisées dans une commune comptant entre 100 000 et 200 000 habitants. La majorité des pharmacies (n = 27 ; 65,9 %), sont catégorisées comme pharmacie de quartier. Pour 21 (51,2 %) d'entre elles, le chiffre d'affaire annuel est supérieur à 1 600 000 euros. En moyenne, les pharmacies incluses enregistrent 194,2 passages quotidiens (SD = 85,58). Les équipes officinales sont composées en moyenne de 5,81 (SD = 3,33) employés. Les pharmacies sont connectées au Dossier Pharmaceutique pour 39 (95,1 %) d'entre elles et 18 (44 %) sont reliées au SISRA (6 officines ne sont pas concernées car situées hors Rhône-Alpes).

Sur 389 BM réalisés, 2 ne correspondaient pas aux critères d'inclusion des patients. Ils ont été retirés de l'étude lors de la vérification a posteriori des cas. L'analyse est donc réalisée sur 387 BM.

3.2. Caractéristiques socio-démographiques des patients

Sur les 387 patients ayant participé à l'étude, 210 sont des femmes (54,3 %) et 177 sont des hommes (45,7 %). Ils ont 71,1 (SD = 14,72) ans en moyenne, et sont âgés de 4 ans à 102 ans,

avec une médiane à 73 ans. Les patients vivent à domicile pour 372 (96,1 %) d'entre eux et 15 (3,9 %) sont en établissement, foyer logement ou EPHAD. De plus, 150 (38,8 %) bénéficient d'une aide complémentaire : une aide-ménagère pour 80 (20,7 %) d'entre eux, une infirmière à domicile pour 64 (16,5 %) ou un kinésithérapeute pour 62 (16,0 %) patients.

Concernant les critères d'inclusion des patients, 62 (16,0 %) patients répondent à au moins un critère, 178 (46,0 %) patients à au moins 2 critères, 128 (33,1 %) patients à au moins 3 critères et 19 (4,9 %) patients aux 4 critères. Dans le détail, 310 (80,1 %) patients ont au moins 65 ans. Ils prennent au moins 5 médicaments prescrits pour 337 (87,1 %) d'entre eux. Ils sont 179 (46,2 %) à avoir au moins 1 médicament à MTE prescrit. Parmi les patients, 52 (13,4 %) ont été hospitalisés durant les trois mois précédents.

A propos des allergies, 52 (13,4 %) des patients déclarent souffrir d'au moins une allergie médicamenteuse documentée. Les trois classes médicamenteuses les plus souvent citées sont les antibiotiques (n = 30 ; 41,6 % - dont 73,3 % de β -lactamines), les anti-inflammatoires non stéroïdiens (n = 8 ; 11,1 %) et les dérivés iodés (n = 7 ; 9,7 %).

Les pathologies associées les plus fréquemment retrouvées sont l'hypertension artérielle pour 254 (65,6 %) patients, l'hypercholestérolémie pour 148 (38,2 %) d'entre eux et le diabète non insulino-dépendant pour 116 (30 %) personnes (Tableau 3).

Une hospitalisation lors de l'année précédente concerne 100 (25,8 %) patients et 48 (12,4 %) d'entre eux ont eu recours au système de soins d'urgence pendant cette même année. Une modification du traitement a été réalisée dans les 3 derniers mois pour 194 (50,1 %) patients ayant participé aux BM. Ces changements récents dans la thérapeutique médicamenteuse, au nombre de 295, ont consisté en 111 (37,6 %) ajouts d'un ou plusieurs traitements, 61 (20,7 %) arrêts, en 58 (19,7%) diminutions ou augmentations des doses et en 56 (19,0 %) changements de médicament.

En ce qui concerne le statut vaccinal, 301 (77,8 %) des patients sont vaccinés contre le tétanos, 278 (71,8 %) contre la grippe et 164 (42,4 %) contre le pneumocoque. Parmi les patients, 60 (15,5 %) ignorent leur statut quant à la vaccination obligatoire contre le tétanos.

3.3. Caractéristiques de la thérapie médicamenteuse des patients

Les patients consomment en moyenne 9,36 (SD = 4,06) médicaments au quotidien répartis comme suit : 8,52 médicaments prescrits (SD = 3,84), 0,62 médicaments non prescrits (SD = 1,03), 0,13 compléments alimentaires (SD = 0,56), 0,08 produits de phytothérapie (SD = 0,42). Le Tableau 4 montre les groupes de médicaments ATC les plus souvent consommés par les patients. Les médicaments les plus consommés sont ceux du système cardiovasculaire à 856 (23,6 %) reprises, ceux des voies digestives et métabolisme dans 744 (20,5 %) cas et ceux du système nerveux dans 633 (17,4 %) autres cas.

Le BM est obtenu par le croisement de plusieurs sources d'informations. Au total, 3625 lignes thérapeutiques sont rapportées dans les BM. L'historique pharmaceutique retrouvé grâce au logiciel de la pharmacie a été sollicité pour 2638 (45,8 %) lignes de médicaments, l'entretien avec les patients pour 2546 (44,2 %) lignes et le dossier pharmaceutique du patient pour 572 (9,9 %) lignes. En revanche, la messagerie SISRA n'a jamais été utilisée. Lors de la prise de rendez-vous, les étudiants-stagiaires demandaient aux patients de rapporter leurs dernières analyses biologiques pour l'entretien. Ce fut le cas pour 217 (56,1 %) patients.

Plus spécifiquement, parmi les 572 lignes de médicaments pour lesquelles le dossier pharmaceutique a été cité, 554 (96,9 %) concernent des médicaments prescrits et 18 (3,1 %) des médicaments OTC. Concernant uniquement les 315 lignes de médicaments OTC, 418 sources d'informations ont été citées : l'entretien avec les patients pour 260 (62,2 %) lignes, l'historique pharmaceutique issu du logiciel de la pharmacie pour 140 (3,5 %) lignes et le dossier pharmaceutique pour 18 (4,3 %) lignes de médicaments.

3.4. Analyse des informations issues des BM

3.4.1. Connaissances globales sur les médicaments

Les étudiants-stagiaires évaluent avec les patients leurs connaissances globales sur leurs traitements. Pour 3173 (87,5 %) lignes, les patients connaissent le nom de leurs médicaments. Ils savent citer les indications de leurs traitements pour 3027 (83,5 %) lignes. Ils peuvent donner les posologies de leurs médicaments pour 3285 (90,6 %) lignes de traitements.

3.4.2. Gestion globale des médicaments

A propos de la gestion globale de leur traitement, 156 (40,3 %) patients utilisent un pilulier. Il est préparé par eux-mêmes pour 122 (78,2 %) d'entre eux. Parmi les patients, 342 (88,4 %) vont chercher eux-mêmes leurs médicaments à la pharmacie et 340 (88,9 %) gèrent seuls la prise de leurs traitements. Concernant la gestion du stock de médicaments, 44 (11,4 %) patients sont confrontés de temps en temps à un manque de traitement contre 46 (11,9 %) qui au contraire ont un stock excédentaire. Enfin, 53 (13,7 %) patients ont un stock de médicaments en commun avec des proches.

Ils sont 354 (91,5 %) patients à trouver que les horaires de prise de ceux-ci sont adaptés à leur mode de vie.

Les patients pensent prendre trop de médicaments pour 116 (29,9 %) d'entre eux. Au sujet de la préparation et de la prise des médicaments, 54 (14,1 %) patients rapportent avoir des difficultés liées à la forme galénique de certains de leurs médicaments (Tableau 5). Ces difficultés étaient liées à la voie orale dans 36 (62,1 %) cas, à la voie pulmonaire dans 7 (12,1 %) cas et à la voie oculaire dans 5 (8,6 %) autres cas. De plus 5 (6,6 %) patients se sont plaints de problèmes liés aux formes génériques (remplacement du princeps par le générique, génériques de laboratoires différents). Dans 6 (1,6 %) cas, les patients ont affirmé modifier eux-mêmes la forme galénique de leurs traitements (comprimés écrasés, gélules ouvertes).

3.4.3. Effets indésirables rapportés

Concernant les effets indésirables, 145 patients (soit 37,5 %) en décrivent avec leurs traitements habituels actuels. Les 3 effets secondaires les plus fréquemment rapportés sont des troubles du transit intestinal pour 30 (11,6 %) patients, une sédation pour 23 (8,9 %) d'eux et des crampes musculaires dans 17 (6,6 %) cas. Les classes médicamenteuses les plus souvent incriminées sont les anti-diabétiques oraux dans 23 (8,9 %) cas, les neuroleptiques typiques dans 20 (7,7 %) cas et les statines dans 15 (5,8 %) cas. Les étudiants-stagiaires ont été amenés à rédiger 9 déclarations de pharmacovigilance durant l'étude.

3.4.4. Besoins abordés à l'issue de l'entretien

Pendant les entretiens, 134 (34,6 %) patients ont posé 196 questions aux étudiants-stagiaires (Tableau 6). Les interrogations du patient portent sur les traitements habituels dans 162 (82,7 %) cas, sur les pathologies associées dans 12 (6,1 %) cas, sur les médicaments en général dans 12 (6,1 %) cas et sur leur mode de vie pour les 10 (5,1 %) questions restantes. Les principales questions sur les médicaments habituels concernent les modalités d'administration à 40 (20,4 %) reprises, les indications des traitements dans 34 (17,3 %) cas et les effets indésirables pour 27 (13,8 %) des interrogations.

Aux besoins particuliers abordés pendant l'entretien, 120 solutions ont pu être apportées (Tableau 7) : une orientation vers un autre professionnel de santé du parcours de soin dans 18 (15 %) cas, vers un professionnel paramédical dans 17 (14,2 %) autres cas ou vers une structure adaptée pour 18 (15 %) patients (centre spécifique ou association). Les étudiants-stagiaires ont également pu participer à la mise en place d'une aide complémentaire au domicile du patient. Dans ce cas, les 3 actions les plus fréquemment entreprises sont : 8 (6,7 %) recours à une aide-ménagère, 4 (3,3 %) aides pour le réaménagement du domicile et 3 (2,5 %) aides avec le passage d'une infirmière à domicile. Ils ont aussi réalisé des actions en lien direct avec l'activité pharmaceutique : 10 (8,3 %) plans de prise ont été réalisés, 3 (2,5 %) livraisons au domicile du

patient ont été organisées, 2 (1,3 %) piluliers ont été préparés et 4 (2,5 %) aides au sevrage tabagique ont été initiées.

3.5. Analyse des IP réalisées pendant les BM

Sur 387 BM réalisés, 183 (47,3 %) ont mené à 283 IP. Le détail de ces IP est développé dans le Tableau 8. Les problèmes les plus fréquemment cités sont : 65 (23,0 %) interactions médicamenteuses, 37 (13,1 %) monitorages à suivre et 32 (11,3 %) effets indésirables. Ces problèmes résultaient de 203 (70,0 %) prescriptions issues de médecins généralistes et de 71 (24,5 %) d'ordonnances de médecins spécialistes. L'intervention entreprise a été une amélioration des méthodes de dispensation et d'administration dans 73 (25,8 %) cas, un suivi thérapeutique pour 68 (24,0 %) d'entre eux et un arrêt ou refus de délivrer pour 47 (16,6 %) des problèmes rapportés. Concernant le devenir des IP, elles ont été acceptées par le patient (information du patient et prescripteur non contacté) pour 53 (54,1 %) d'entre elles et acceptées par le prescripteur dans 86 (30,4 %) cas. À contrario, l'intervention a été refusée par le prescripteur dans 21 (7,5 %) cas. Le Tableau 9 montre les groupes de médicaments causant le plus souvent des IP. On retrouve comme classes thérapeutiques les plus souvent impliquées : 67 (23,7 %) médicaments des voies digestives et métabolisme, 56 (19,8 %) médicaments du système cardiovasculaire, et 50 (17,7 %) médicaments du système nerveux.

4. Discussion

L'objectif de la méthode est d'analyser le volume, la qualité et la nature des informations récupérées à l'issue de la réalisation des BM.

4.1. Biais et limites de l'étude

4.1.1. Biais de sélection

Cette étude a été réalisée dans le cadre d'un stage universitaire. Ce contexte favorise la survenue d'un biais de sélection dans le recrutement des sujets. Les maîtres de stage et étudiants en 6^{ème} année étaient libres de proposer un BM à qui ils le souhaitaient : proposition systématique à

tous les patients répondants aux critères d'inclusion ou choix arbitraire. Les étudiants en 6^{ème} année ont effectué leur stage dans des pharmacies d'officine recevant régulièrement des stagiaires. Certains patients avaient déjà fait l'objet de plusieurs entretiens réalisés par d'autres étudiants-stagiaires au cours d'autres projets universitaires. Le patient pouvait dans ce cas être plus averti et éclairé sur les informations concernant ses traitements. Le maître de stage a également pu orienter le choix du stagiaire, selon le niveau de compréhension du patient ou la pertinence de sa prise en charge thérapeutique de ce dernier vis-à-vis des objectifs de l'étude. Les patients ont également pu accepter de faire l'objet d'un BM pour ne pas décevoir l'étudiant-stagiaire ou le maître de stage. L'étudiant-stagiaire a ainsi pu négliger des patients pour lesquels la réalisation d'un BM aurait pu être plus profitable.

4.1.2. Biais d'information

Il s'agissait de la première participation à une recherche en pratique pharmaceutiques pour les étudiants en 6^{ème} année. Un biais d'information peut être induit par des variations de compréhension et de méthode dépendantes de l'opérateur lors de la réalisation de l'entretien ou de la rédaction du cahier d'observation.

4.2. Discussion des résultats

4.2.1. Croisement des sources d'information

Le BM est obtenu par le croisement de plusieurs sources d'informations. Dans l'étude, le DP du patient a été sollicité pour moins de 10 % des médicaments cités alors que 95 % des officines participantes y étaient connectées. Pour près de 50 % des médicaments cités, l'étudiant-stagiaire a eu recours au logiciel de la pharmacie. Selon les chiffres publiés en octobre 2013 par l'Ordre national des Pharmaciens, un tiers des Français a ouvert un DP et 98 % des officines y sont raccordées [17]. Le DP regroupe les médicaments délivrés pendant les 4 derniers mois quelle que soit l'officine, contrairement à l'historique médicamenteux retrouvé dans le logiciel de la pharmacie. Le principal inconvénient du DP étant que les médicaments non prescrits n'y

apparaissent que si le patient présente sa carte vitale lors de leur délivrance. Le DP est un outil d'information fiable pour le BM et son utilisation paraît ici insuffisante. Elle peut être expliquée en partie par la réalisation d'un quart des BM au domicile du patient, sans possibilité d'accéder au DP. De plus, si le patient est fidèle à l'officine, la consultation du DP n'apporte pas d'informations supplémentaires par rapport à l'historique local issu du logiciel de gestion officinale (LGO).

Si près de la moitié des officines participantes étaient reliées à la messagerie sécurisée régionale SISRA, celle-ci n'a jamais été citée. Les messageries sécurisées à destination des professionnels de santé sont encore récentes mais leur utilisation tend à devenir systématique dans les prochaines années. Pour le moment, elles ont plus leur place dans la diffusion des BM que pour la recherche d'informations.

Un des axes de développement est l'utilisation du DMP à l'officine, notamment pour l'étape de la préparation des BM avec la collecte des informations (antécédents médicaux et bilans biologiques). En effet, le DMP peut être alimenté par de nombreux professionnels de santé et son accès est sécurisé [18].

4.2.2. Etude des informations issues des BM

À propos des effets indésirables, un tiers des patients de notre étude décrivent y être confrontés avec leurs traitements habituels actuels. L'évaluation de la tolérance est une demande importante des prescripteurs. En effet les patients ne parlent pas systématiquement de leurs effets indésirables à leur médecin traitant. Alors cette évaluation par le pharmacien d'officine apparaît être une piste très intéressante pour l'interprofessionnalité [19]. D'autre part, il a été constaté une sous notification des effets indésirables par les pharmaciens officinaux. Le temps nécessaire aux notifications et l'interruption des tâches associée sont parmi les raisons invoquées [20 ; 21]. Le BM correspond à un temps spécifique pouvant contrecarrer ces obstacles. Ce temps spécifique dédié et la réalisation des BM par des étudiants-stagiaires ayant

l'expérience de la 5AHU expliquent le fait qu'il y ait eu des déclarations de pharmacovigilance à l'issue des BM [22].

Concernant les IP rapportées par les étudiants-stagiaires à l'issue des BM, les problèmes liés à la thérapeutique qui ont été décrits sont différents de ceux décrits dans l'étude DOPI-OFFI [23]. Les 3 problèmes les plus fréquemment cités dans notre étude sont : les interactions médicamenteuses, le monitoring à suivre et les effets indésirables. Ces problèmes étaient respectivement en 7^{ème}, en 9^{ème} et en 10^{ème} position dans les résultats de l'étude DOPI-OFFI. En effet, les problèmes les plus souvent décrits dans l'étude DOPI-OFFI étaient : les prescriptions non conformes, les médicaments ou dispositifs non reçus par le patient et les problèmes de posologie. De même, les interventions proposées varient : amélioration des méthodes de dispensation, suivi thérapeutique et arrêt ou refus de délivrer dans nos travaux. Dans l'étude DOPI-OFFI, on retrouvait : le changement de médicament, l'amélioration des méthodes de dispensation et d'administration et l'adaptation posologique. Concernant le devenir des IP, les résultats sont similaires pour les deux études [23].

L'étude DOPI-OFFI considérait des IP réalisées au comptoir. Il s'agissait donc d'une sécurisation de la prescription médicamenteuse issue de l'analyse pharmaceutique de niveau 1, soit de la mise en sécurité du patient pour assurer la continuité des soins : vérification des posologies, gestion des médicaments en rupture « manque fabricant », vérification des ordonnances illisibles, etc. [24]... Dans notre étude ces problèmes sont supposés déjà gérés en amont lors de la délivrance des médicaments. On s'intéresse au BM et donc à une analyse pharmaceutique de niveau 3. L'opérateur recueille plus d'informations sur les antécédents médicaux, la gestion du traitement au quotidien et la gestion de la pathologie. La détection des interactions médicamenteuses permet surtout des IP se traduisant par une adaptation du plan de prise. Les IP confirment aussi que le BM est une prise en charge globale dans le cadre du suivi pharmaceutique.

La différence des IP entre ces 2 études confirme que ce sont deux facettes différentes et complémentaires du soin pharmaceutique. Le BM propose une prise en charge globale des patients et une compréhension plus complète de ses besoins.

Dans une étude réalisée en 2014, des étudiants en 6^{ème} année de pharmacie de l'Université d'Amiens ont mené des revues de médication auprès de 892 patients âgés de plus de 65 ans [25]. Cette étude visait à identifier les problèmes liés aux médicaments et à déterminer le nombre et le type d'IP établis à partir de la grille de codification de la SFPC [14 ; 25]. Elle a permis la description de 334 problèmes liés aux médicaments dont 259 IP. Les problèmes les plus fréquents sont : les interactions médicamenteuses, les médicaments contre-indiqués ou non conformes aux référentiels et les effets indésirables. Ces problèmes sont similaires à ceux rapportés dans notre étude, à l'exception des médicaments contre-indiqués ou non conformes aux référentiels, qui constituent le problème classé en 4^{ème} position dans notre étude. Cette analogie peut s'expliquer par le contexte de réalisation identique des IP : analyse à l'issue d'un entretien pris à distance de la dispensation. De même, les 3 groupes ATC de médicaments causant le plus souvent des IP sont comparables : médicaments du système cardiovasculaire, médicaments du système nerveux et médicaments des voies digestives et métabolisme.

5. Conclusion

Nous avons étudié le volume, la qualité et la nature des informations récupérées lors de la réalisation des 387 BM. Nous avons également évalué les IP codifiées et les actions mise en œuvre par le pharmacien d'officine à la suite du BM. Une évaluation de la tolérance aux traitements a pu être menée avec les patients, entraînant des déclarations de pharmacovigilance par les étudiants-stagiaires. Aux besoins particuliers abordés pendant l'entretien, des solutions ont pu être apportées telles que l'orientation vers une structure ou un professionnel adapté et une participation à la mise en place d'une aide complémentaire au domicile du patient. La réalisation des BM a permis la codification de 283 IP. Les problèmes les plus fréquemment

rapportés sont : les interactions médicamenteuses, le monitoring à suivre et les effets indésirables. Et les interventions les plus souvent envisagées sont : le suivi thérapeutique, l'amélioration des méthodes de dispensation et d'administration et l'arrêt ou refus de délivrer. Ces résultats permettent de confirmer l'intérêt du BM dans la sécurisation de la prise en charge pharmaceutique des patients à l'officine. De plus, la réalisation des BM peut être perçue comme le point de départ pour une prise charge globale en pharmacie clinique par le pharmacien d'officine. De prochaines études pourraient être envisagées pour évaluer la pertinence des IP.

Tableau 1. Caractéristiques qualitatives des pharmacies d'officines participantes (n = 41 pharmacies d'officines)

Caractéristique	n	(%)
Département de localisation		
Ardèche	2	(4,9)
Côte d'Or	1	(2,4)
Drôme	2	(4,9)
Isère	25	(61)
Rhône	2	(4,9)
Haute-Savoie	4	(9,8)
Guadeloupe	1	(2,4)
Martinique	1	(2,4)
Réunion	3	(7,3)
Taille de la commune de localisation		
< 5000 habitants	4	(9,8)
De 5000 à 10 000 habitants	9	(22)
De 10 000 à 20 000 habitants	9	(22)
De 20 000 à 50 000 habitants	3	(7,3)
De 50 000 à 100 000 habitants	3	(7,3)
De 100 000 à 200 000 habitants	11	(26,8)
De 200 000 à 2 000 000 habitants	2	(4,9)
Type de pharmacie		
Pharmacie de centre-ville	5	(12,2)
Pharmacie de quartier	27	(65,9)
Pharmacie de bourg	6	(14,6)
Pharmacie de centre commercial	1	(2,4)
Pharmacie en zone touristique	2	(4,9)
Chiffre d'affaire annuel		
< 700 000 €	1	(2,4)
De 700 000 € à 1 000 000 €	5	(12,2)
De 1 000 000 € à 1 300 000 €	6	(14,6)
De 1 300 000 € à 1 600 000 €	8	(19,5)
De 1 600 000 € à 1 900 000 €	6	(14,6)
De 1 900 000 € à 2 200 000 €	4	(9,8)
De 2 200 000 € à 2 400 000 €	3	(7,3)
> 2 400 000 €	8	(19,5)

Tableau 2. Caractéristiques quantitatives des pharmacies d'officines participantes (n = 41 pharmacies d'officines)

Caractéristique	Moyenne	Écart-type	Minimum	Maximum
Nombre moyen de passages quotidiens	194,2	85,58	70	500
Typologie du personnel officinal				
Nombre de titulaires	1,35	0,48	1	2
Nombre d'employés	5,81	3,33	1,5	19
Typologie des employés en équivalent temps plein				
Nombre de pharmaciens adjoints	1,44	0,91	0	4
Nombre de préparateurs	2,97	2,09	0,5	9
Nombre de déballeurs	0,19	0,42	0	1,5
Nombre de conseillers en parapharmacie	0,13	0,34	0	1
Nombre de personnels administratifs	0,25	0,48	0	2
Nombre d'étudiants en pharmacie salariés (hors stagiaires)	0,23	0,39	0	1
Nombre d'apprentis préparateurs	0,25	0,44	0	1

Tableau 3. Pathologies associées des patients ayant participé à un bilan de médication (n = 387 patients)

Pathologies	n	(%)
Cardiovasculaires		
Hypertension artérielle	254	(65,6)
Hypercholestérolémie	148	(38,2)
Fibrillation auriculaire ou flutter	70	(18,1)
IDM ou insuffisance coronarienne	64	(16,5)
Insuffisance cardiaque	47	(12,1)
Artériopathie des membres inférieurs	13	(3,4)
AVC avec ou sans séquelle	25	(6,5)
AIT	8	(2,1)
Psychiatriques		
Dépression	65	(16,8)
Trouble bipolaire	9	(2,3)
Trouble psychotique	12	(3,1)
Neurologiques		
Maladie de Parkinson	14	(3,6)
Epilepsie	7	(1,8)
Démence	7	(1,8)
Autres pathologies		
Insuffisance rénale	69	(17,8)
Cancer en cours d'évolution	15	(3,9)
Pathologie pulmonaire chronique	59	(15,2)
Dysthyroïdie	54	(14)
UGD < 2 mois et/ou RGO symptomatique	69	(17,8)
Ostéoporose fracturaire	26	(6,7)
Maladie auto-immune	33	(8,5)
Diabète insulino-dépendant*	5	(1,3)
Diabète non insulino-dépendant*	116	(30)

* Variables ajoutées à posteriori.

Tableau 4. Groupe de médicaments le plus souvent consommés par les patients

Groupes ATC	n	(%)	Médicaments les plus fréquents (n)
A	744	(20,5)	Médicaments du diabète (265), Médicaments des troubles de l'acidité (157), Vitamines (107)
B	283	(7,8)	Antithrombotiques (252), Préparations antianémiques (28), Substituts du sang et solutions de perfusion (3)
C	856	(23,6)	Médicaments agissant sur le système rénine-angiotensine (208), Hypolipidémiants (178), Béta-bloquants (160)
D	59	(1,6)	Emollients et protecteurs (16), Antifongiques à usage dermatologique (13), Antibiotiques et chimiothérapie à usage dermatologique (6)
G	72	(2,0)	Médicaments urologiques (58), Hormones sexuelles et modulateurs de la fonction génitale (13)
H	114	(3,1)	Médicaments de la thyroïde (71), Corticoïdes à usage systémique (35), Médicaments de l'équilibre calcique (4)
J	46	(1,3)	Antibactériens à usage systémique (24), Antiviraux à usage systémique (14), Vaccins (6)
L	54	(1,5)	Immunosuppresseurs (25), Antinéoplasiques (15), Thérapeutique endocrine (12)
M	136	(3,7)	Antigoutteux (38), Antiinflammatoires et antirhumatismaux (32), Médicaments pour le traitement des désordres osseux (24)
N	633	(17,4)	Analgésiques (283), Psycholeptiques (162), Psychoanaleptiques (86)
P	1	(0,03)	Antiprotozoaires (1)
R	256	(7,1)	Médicaments pour les syndromes obstructifs des voies aériennes (163), Antihistaminiques à usage systémique (53), Préparations pour le nez (25)
S	114	(3,1)	Médicaments ophtalmologiques (113)
V	21	(0,6)	Tous autres médicaments (20), Produits de contraste (1)
Z	243	(6,7)	OTC – Complément alimentaire sans CIP (139), Homéopathie (59), Phytothérapie – Aromathérapie (29)

Tableau 5. Description des difficultés de formes galéniques rencontrées par les patients (n = 58)

Difficulté(s) liée(s) à la voie...	n	(%)
Entérale		
- Sachets		
Modalités d'administration	5	(8,6)
- Gouttes-buvables		
Manipulation du compte-goutte	1	(1,7)
- Comprimés		
Troubles de la déglutition	18	(31,1)
Problèmes de sécabilité	10	(17,3)
Dysgueusie	2	(3,4)
Parentérale		
Injection sous-cutanée	5	(8,6)
Oculaire		
Instillation des collyres	5	(8,6)
Pulmonaire		
Utilisation des dispositifs d'inhalation	7	(12,1)
Difficultés liées à la forme « générique »	5	(8,6)

Tableau 6. Description des interrogations des patients à l'issue de (n = 196)

Interrogations	n	(%)
Mode de vie		
Habitudes alimentaires	10	(5,1)
Pathologie(s)	12	(6,1)
- Médicament(s) habituel(s)		
Indication(s)	34	(17,3)
Mécanisme(s) d'action	14	(7,1)
Posologie(s)	10	(5,1)
Modalités d'administration	40	(20,4)
Modalités de conservation	1	(0,5)
Conduite à tenir en cas d'oubli de prise	6	(3,1)
Effets indésirables	27	(13,8)
Interactions médicamenteuses	8	(4,1)
Formes galéniques	6	(3,1)
Suivi biologique	7	(3,6)
Changement récent dans les médicaments	9	(4,6)
- Médicaments en général		
Génériques	6	(3,1)
Conditions de prise en charge par l'Assurance maladie	3	(1,5)
Conditions de commercialisation d'un nouveau médicament	3	(1,5)

Tableau 7. Description des solutions apportées par les étudiants-stagiaires aux interrogations formulées par les patients à l'issue de l'entretien (n = 120)

Solutions proposées par l'étudiant-stagiaire	n	(%)
Orientation vers		
Médecin généraliste	7	(5,8)
Médecin spécialiste	11	(9,2)
Professionnel para-médical	17	(14,2)
Structure adaptée	18	(15)
Aide à la mise en place		
Aide-ménagère	8	(6,7)
Infirmière à domicile	2	(1,7)
Portage des repas	1	(0,8)
Téléalarme	2	(1,7)
Réaménagement du domicile	4	(3,3)
Actions en lien direct avec l'activité pharmaceutique		
Mesure de la tension artérielle	5	(4,2)
Ouverture d'un DP	3	(2,5)
Remise d'un carnet AVK	3	(2,5)
Remise d'un carnet de suivi des glycémies	6	(5)
Rédaction d'un plan de prise	10	(8,3)
Rédaction d'un « calendrier de la douleur »	1	(0,8)
Préparation d'un pilulier	2	(1,7)
Livraison au domicile des médicaments	3	(2,5)
Aide au sevrage tabagique	4	(3,3)
Réalisation d'un second entretien	4	(3,3)
Conseils complémentaires autour de problèmes spécifiques identifiés pendant l'entretien		
Insomnie	5	(4,2)
Incontinence urinaire	4	(3,3)

Tableau 8. Description des interventions pharmaceutiques menées par les étudiants-stagiaires d'après la codification de la SFPC (n = 283 interventions pharmaceutiques)

Codification de l'intervention pharmaceutique	n	(%)
1 - Problème		
1.1 Contre-indication/Non-conformité aux référentiels	29	(10,2)
1.2 Problème de posologie	18	(6,4)
1.3 Interaction médicamenteuse	65	(23,0)
1.4 Effet indésirable	32	(11,3)
1.5 Oubli de prescription	17	(6,0)
1.6 Médicament ou dispositif non reçu par le patient	22	(7,8)
1.7 Prescription d'un médicament non justifié	22	(7,8)
1.8 Redondance	13	(4,6)
1.9 Prescription non conforme	24	(8,5)
1.10 Pharmacodépendance	4	(1,4)
1.11 Monitoring à suivre	37	(13,1)
2 – Prescripteur		
2.1 Médecin généraliste	203	(70,0)
2.2 Médecin spécialiste	71	(24,5)
2.3 Médecin hospitalier	14	(4,8)
2.4 Sage-femme	0	(0)
2.5 Dentiste	2	(0,7)
2.6 Infirmier	0	(0)
3 – Intervention		
3.1 Adaptation posologique	30	(10,6)
3.2 Choix de la voie d'administration	0	(0)
3.3 Améliorer les méthodes de dispensation/d'administration	73	(25,8)
3.4 Suivi thérapeutique	68	(24,0)
3.5 Ajout (prescription nouvelle)	19	(6,7)
3.6 Changement de médicament	46	(16,3)
3.7 Arrêt ou refus de délivrer	47	(16,6)
4 – Ordonnance		
4.1 Classée	189	(73,8)
4.2 Transmise au prescripteur	67	(26,2)
5 – Devenir de l'intervention		
5.1 Acceptée par le prescripteur	86	(30,4)
5.2 Non acceptée par le prescripteur sans motif	3	(1,1)
5.3 Non acceptée par le prescripteur avec motif	18	(6,4)
5.4 Refus de délivrance avec appel prescripteur	3	(1,1)
5.5 Refus de délivrance sans appel prescripteur	0	(0)
5.6 Acceptation du patient (information du patient et prescripteur non contacté)	153	(54,1)
5.7 Non acceptation par le patient	20	(7,1)

Tableau 9. Groupe de médicaments causant le plus souvent des interventions pharmaceutiques
(n = 283 médicaments ayant causé des IP)

Groupes ATC	IP	(%)	Médicaments les plus fréquents (n)
A	67	(23,4)	Médicaments du diabète (26), Médicaments des troubles de l'acidité (26), Médicaments de la constipation (6)
B	26	(9,2)	Antithrombotiques (24), Préparations antianémiques (2)
C	56	(19,8)	Médicaments agissant sur le système rénine – angiotensine (18), Béta-bloquants (14), Diurétiques (8)
G	3	(1,1)	Médicaments urologiques (2), Hormones sexuelles et modulateurs de la fonction génitale (1)
H	9	(3,2)	Médicaments de la thyroïde (7), Corticoïdes à usage systémique (1), Médicaments de l'équilibre calcique (1)
J	9	(3,2)	Antibactériens à usage systémique (5), Vaccins (2), Antiviraux à usage systémique (1)
L	8	(2,8)	Immunosuppresseurs (6), Antinéoplasiques (1), Thérapeutique endocrine (1)
M	14	(5,0)	Antiinflammatoires et antirhumatismaux (5), Antigoutteux (4), Médicaments pour le traitement des désordres osseux (3)
N	50	(17,7)	Analgésiques (21), Psycholeptiques (14), Antiparkinsoniens (8)
R	25	(8,8)	Médicaments pour les syndromes obstructifs des voies aériennes (18), Antihistaminiques à usage systémique (4), Préparations pour le nez (3)
S	1	(0,4)	Médicaments ophtalmologiques (1)
V	4	(1,1)	
Z	11	(3,9)	OTC – Compléments alimentaire sans CIP (6), Phytothérapie – Aromathérapie (3)

6. Bibliographie

- [1]. [Sherilyn K. D. Houle](#), BSP, PhD, [Kelly A. Grindrod](#), BScPharm, ACPR, PharmD, MSc, [Trish Chatterley](#), MLIS, and [Ross T. Tsuyuki](#), BScPharm, PharmD, MSc, FCSHP, FACC. Paying pharmacists for patient care. A systematic review of remunerated pharmacy clinical care services.
- [2]. [Jokanovic N](#), [Tan EC](#), [Sudhakaran S](#), [Kirkpatrick CM](#), [Dooley MJ](#), [Ryan-Atwood TE](#), [Bell JS](#). Pharmacist-led medication review in community settings: An overview of systematic reviews. *Res Social Adm Pharm*. 2017 Jul - Aug;13(4):661-685.
- [3]. Bryant LJ, Coster G, Gamble GD, McCormick RN. The General Practitioner-Pharmacist Collaboration (GPPC) study: a randomised controlled trial of clinical medication reviews in community pharmacy. *Int J Pharm Pract*. 2011 Apr;19(2):94-105
- [4]. Kwint HF, Faber A, Gussekloo J, Bouvy ML. The contribution of patient interviews to the identification of drug-related problems in home medication review. *J Clin Pharm Ther*. 2012 Dec;37(6):674-80.
- [5]. Vinks TH, Egberts TC, de Lange TM, de Koning FH. Pharmacist-based medication review reduces potential drug-related problems in the elderly: the SMOG controlled trial. *Drugs Aging*. 2009;26(2):123-33
- [6]. Gerd Granas A, Battes I. The effect of pharmaceutical review of repeat prescriptions in general practice. *Int J Pharm Pract*. 1999; 7(4): 264-75
- [7]. Krass I, Smith C. Impact of medication regimen reviews performed by community pharmacists for ambulatory patients through liaison with general medical practitioner. *Int J Pharm Pract* . 2000 8(2): 111-20
- [8]. Lenaghan E, Holland R, Brooks A. Home-based medication review in a high risk elderly population in primary care--the POLYMED randomised controlled trial. *Age Ageing*. 2007 May;36(3):292-7.
- [9]. [Messerli M](#), [Blozik E](#), [Vriends N](#), [Hersberger KE](#). Impact of a community pharmacist-led medication review on medicines use in patients on polypharmacy--a prospective randomised controlled trial. *BMC Health Serv Res*. 2016 Apr 23;16:145.
- [10]. URPS, Union Régionale des Professionnels de Santé Pharmaciens Pays-de-la-Loire. La revue de médication en Mayenne. [En ligne]. <https://www.pays-de-la-loire.ars.sante.fr/system/files/2017-06/Pertinence-1erJuin2017-Atelier1-AGUILLEMINOT.pdf>. Consulté le 30 octobre 2017.

- [11]. URPS, Union Régionale des Professionnels de Santé Pharmaciens Occitanie. Bilan de médication : réunion d'informations. Réseau d'enseignement et d'innovation en pharmacie d'officine. [En ligne]. http://www.urpspharmaciens-occitanie.fr/wp-content/uploads/2017/03/prsentation_bilan-de-mdication-version-finale-pdf.pdf. Consulté le 30 octobre 2017.
- [12]. Assurance Maladie. Communiqué de presse : Accord sur un cadre renouvelé pour les pharmaciens [En ligne]. http://www.uspo.fr/wp-content/uploads/2017/07/2017-07-27-CNAM-Communique_signature_avenant_11_a_la_convention_pharmaceutique.pdf. Consulté le 30 octobre 2017.
- [13]. Protocole d'accord. UNCAM, UNCAMC, FSPF et USPO [En ligne]. https://www.profession-pharmacien.fr/files/Protocole_accord-Pharma-2017.pdf. Consulté le 30 octobre 2017.
- [14]. Vo TH, Bardet J-D, Charpiat B, Leyrissoux C, Gravoulet J, Allenet B, Conort O, Bedouch P and the SFPC community pharmacy group*. Validation of a tool for reporting pharmacists' interventions in everyday community pharmacy practice. *J Clin Pharm Therap. In press*
- [15]. SFPC, Société Française de Pharmacie Clinique. Bilan de médication : cahier d'observation. Rouen : SFPC. 2016
- [16]. Meslot, C. Étude des Facteurs et des Interventions basées sur le Planning dans les Comportements de Santé : Applications à l'Activité Physique et à l'Adhésion Médicamenteuse. Grenoble : COMUE Université Grenoble Alpes. 2016.
- [17]. Ordre National des Pharmaciens. DP, un outil professionnel au plus près des enjeux sanitaires actuels. [En ligne]. http://www.ordre.pharmacien.fr/content/download/113100/617659/version/2/file/J29_Dossier-DPOutilProfessionnelEnjeuxSanitaires.pdf. Consulté le 31 octobre 2017.
- [18]. DMP : Le Dossier Médical Partagé [En ligne]. <http://www.dmp.gouv.fr/professionnel-de-sante/le-dmp-en-pratique>. Consulté le 31 octobre 2017.
- [19]. Bardet JD ; L'exercice pharmaceutique en collaboration dans le contexte d'émergence des TIC ; Grenoble : COMUE Université Grenoble Alpes ; 2016
- [20]. Gavaza P, Brown CM, Lawson KA, Rascati KL, Wilson JP, Steinhardt M. Influence of attitudes on pharmacists' intention to report serious adverse drug events to the Food and Drug Administration. *Br J Clin Pharmacol*. 2011 Jul;72(1):143-52.

- [21]. Irujo M, [Beitia G](#), [Bes-Rastrollo M](#), [Figueiras A](#), [Hernández-Díaz S](#), [Lasheras B](#). Factors that influence under-reporting of suspected adverse drug reactions among community pharmacists in a Spanish region. [Drug Saf.](#) 2007;30(11):1073-82.
- [22]. [Yu YM](#), [Lee E](#), [Koo BS](#), [Jeong KH](#), [Choi KH](#), [Kang LK](#), [Lee MS](#), [Choi KH](#), [Oh JM](#), [Shin WG](#). Predictive Factors of Spontaneous Reporting of Adverse Drug Reactions among Community Pharmacists. [PLoS One.](#) 2016 May 18;11(5):e0155517.
- [23]. [Bardet JD](#), [Allenet B](#), [Provent AL](#), [Forget V](#), [Michiels Y](#), [Navas D](#), [Ballereau F](#), [Masseron S](#), [Bourdon O](#), [Rouch L](#), [Cestac P](#), [Gravoulet J](#), [Leyrissoux C](#), [Bosson JL](#), [Conort O](#), [Bedouch P](#) ; Interventions pharmaceutiques à l'officine : une étude multicentrique auprès de 274 pharmacies ; XVIe Congrès de la Société Française de Pharmacie Clinique ; Montpellier, 3 – 5 february 2016
- [24]. M, Groupe « Standardisation et valorisation des activités de pharmacie clinique » de la SFPC ; Recommandation de bonne pratique en pharmacie clinique. Analyse d'ordonnance et niveaux d'analyse pharmaceutique ; [Le Pharmacien Hospitalier et Clinicien](#) 2012;47:293-295
- [25]. [Rhalimi M](#), [Rausse A](#), [Housieaux E](#). Drug-related problems identified during geriatric medication review in the community pharmacy. [International Journal of Clinical Pharmacy](#) <https://doi.org/10.1007/s11096-017-0571-y>

PARTIE 2 : Etude des indicateurs opérationnels du bilan de médication à l'officine

1. Introduction

La réalisation d'entretiens pharmaceutiques est une composante indispensable de la nouvelle orientation du métier de pharmacien d'officine. En France, cette nouvelle mission est initiée par loi HPST de 2009 et son implantation est progressive.

Plusieurs Avenants successifs à la Convention nationale pharmaceutique ont fixé les modalités de mise en œuvre des dispositifs d'accompagnement à l'officine des patients sous traitement chronique : les entretiens AVK en 2013, les entretiens asthme en 2014 et les entretiens AOD en 2016 [1].

Ces entretiens pharmaceutiques, présentés comme un outil de santé publique permettant de minimiser le risque iatrogène et de favoriser l'adhésion des traitements par les patients, n'ont jamais réellement fonctionné auprès des pharmaciens officinaux. Le règlement des entretiens pharmaceutiques AVK s'est élevé à environ 3 millions d'euros en 2014, soit 136 euros par pharmacie, alors qu'une enveloppe budgétaire de 40 millions d'euros avait été attribuée lors des négociations entre l'Assurance maladie et les représentants syndicaux [2]. Le manque d'implication des pharmaciens officinaux s'explique principalement par des raisons économiques. La démarche est décrite comme chronophage et le règlement différé paraît inadapté.

Le BM prévu par l'Avenant n°11, signé en juillet 2017, permet de passer d'une approche par un médicament ou par une pathologie à une approche plus globale de la personne âgée. La mise en place du BM nécessite une évolution de l'organisation des activités de la pharmacie pour pouvoir l'intégrer à l'activité quotidienne de dispensation grâce à des données organisationnelles chiffrées. L'objectif de cette étude est donc d'évaluer le temps et les caractéristiques de réalisation des BM à l'officine.

2. Méthode

L'étude sur les indicateurs opérationnels du BM a été menée entre le 01 janvier 2017 et le 30 avril 2017 auprès de 41 officines participantes accueillant les 39 étudiants-stagiaires de 6^{ème} année de pharmacie en filière officine de l'Université Grenoble Alpes pour leur stage de pratique professionnelle. Deux étudiants ont changé d'officine en cours de stage.

Pour faire l'objet d'un BM, le patient devait présenter les critères suivants : être suivi pour au moins une maladie chronique **et** :

- avoir au moins 65 ans ;
- ou prendre au moins 5 médicaments prescrits ;
- ou avoir au moins 1 médicament à marge thérapeutique étroite (MTE) prescrit ;
- ou avoir été hospitalisé durant les trois mois précédents.

Le cahier d'observation relatif aux bilans médicamenteux (au format Word® pouvant être extraits au format .csv), un formulaire descriptif de la pharmacie et un formulaire d'activité sont respectivement présentés en Annexes 2, 3 et 4.

2.1. Collecte de données

La période d'observation a été divisée en 4 périodes de collecte de données : 2 BM devaient avoir été réalisés pour le 31 janvier 2017, 2 pour le 28 février 2017, 3 pour le 31 mars 2017 et 3 pour le 30 avril 2017.

Les étudiants en pharmacie de 6^{ème} année étaient également les collecteurs de données. Ils ont été chargés de remplir le cahier d'observation des bilans de médication. Ce cahier d'observation a été établi à partir du document d'aide à la réalisation d'un BM validé par la SFPC [3]. Des variables organisationnelles y ont été ajoutées : la date, l'heure et le lieu de l'entretien, la personne ayant déterminé le rendez-vous et le détail des temps de travail des différentes étapes du BM.

Les étudiants-stagiaires ont complété le formulaire d'activité (Annexe 4) en mai 2017, une fois les 10 BM réalisés. Ce document indiquait pour les 4 mois de l'étude : le nombre de patients pour qui le BM a été proposé, le nombre de rendez-vous pris, le nombre de rendez-vous annulés, le nombre de rendez-vous reportés et le nombre de BM effectivement réalisés. Dans une partie de texte libre, l'étudiant-stagiaire était invité à détailler les motifs d'annulations et de reports des rendez-vous.

2.2. Analyse des données

Une analyse descriptive a été réalisée sur l'ensemble des variables recueillies. Les variables qualitatives sont décrites en nombre et en fréquences. Les variables quantitatives sont décrites en moyenne (+/- écart type) ou en médiane.

Pour la comparaison des moyennes des indicateurs d'activité des BM, nous avons utilisé le T-test réalisé avec le logiciel R.

3. Résultats

Un BM a été proposé à 545 patients. Parmi ces patients, 431 (79,1 %) ont accepté et 389 (71,4 %) d'entre eux ont effectivement fait l'objet d'un entretien (Figure 1).

Sur 389 BM réalisés, 2 ne correspondaient pas aux critères d'inclusion des patients. Ils ont été retirés de l'étude lors de la vérification a posteriori des cas.

3.1. Caractéristiques des officines participantes

Les caractéristiques des officines participantes sont retrouvées dans le Tableau 10 et Tableau 11. Parmi les 41 officines, 35 (85,4 %) sont situées en Rhône Alpes et 11 (26,8 %) sont localisées dans une commune comptant entre 100 000 et 200 000 habitants. La majorité des pharmacies (n = 27 ; 65,9 %), sont catégorisées comme pharmacie de quartier. Pour 8 (19,5 %) d'entre elles, le chiffre d'affaire annuel est compris entre 1 300 000 € et 1 600 000 €. En moyenne, les pharmacies incluses enregistrent 194,2 passages quotidiens (SD = 85,58).

Les équipes officinales sont composées en moyenne de 1,35 (SD = 0,48) titulaires et 5,81 (SD = 3,33) employés (Tableau 11) dont 1,44 (SD = 0,91) pharmaciens adjoints en équivalent temps plein.

Concernant les officines participantes, 9 (22,5 %) sont adhérentes d'un ou plusieurs réseaux de soins. Et 8 (20,0 %) sont référentes d'un EPHAD ou ont signé une convention d'approvisionnement avec un de ces établissements. Les pharmacies ont mis en place des procédures d'assurance qualité pour 30 (75,0 %) d'entre elles.

3.2. Analyse des indicateurs d'activité des BM

3.2.1. Analyse du choix de la date et du lieu de rendez-vous

Sur les 387 BM, 107 (27,6 %) entretiens ont eu lieu au domicile du patient et 280 (72,4 %) à l'officine. Le domicile a été choisi par 204 (68,2 %) patients, 99 (70,7 %) étudiants-stagiaires et 78 (78,8 %) maîtres de stage (Figure 2). L'officine a été préférée par 95 (31,8 %) patients, 41 (29,3 %) et 21 (21,2 %) pharmaciens titulaires. L'entretien à l'officine est plus souvent plébiscité par tous : les patients et étudiants en 6^{ème} année et les maîtres de stage.

La distance moyenne du déplacement entre l'officine et le lieu de l'entretien est de 699,1 mètres (SD = 673,55). La distance parcourue varie entre 30 mètres et 35000 mètres. Les moyens de locomotion utilisés par les étudiants-stagiaires pour se rendre au domicile du patient sont : à pieds pour 63 (58,3 %) entretiens, la voiture pour 37 (34,3 %) d'entre eux, le vélo dans 5 (4,6 %) cas et les transports en commun pour 3 (2,8 %) trajets.

Sur les 387 entretiens, le jour de la semaine le plus sollicité est le mercredi avec 79 (20,4 %) entretiens (Figure 3). A l'inverse, le jour de la semaine le moins demandé est le samedi avec 14 (3,6 %) rendez-vous. Le mercredi est le jour privilégié par 65 (21,7 %) patients, le vendredi est le jour préféré par 34 (24,3 %) étudiants-stagiaires et le jeudi est le jour choisi par 26 (26,3 %) maîtres de stage. Pour tous, soit 12 (4 %) patients, 6 (4,3 %) étudiants en 6^{ème} année et aucun pharmacien titulaire, le samedi est le jour le moins demandé.

Deux créneaux horaires se détachent des autres : 131 (33,8 %) entretiens ont été réalisés entre 10h00 et 11h59 et 129 (33,2 %) d'entre eux ont eu lieu entre 14h00 et 15h59 (Figure 4). L'horaire le plus souvent demandé est 10h00 : 60 (15,5 %) rendez-vous pris sont à cette heure. L'heure de prise de rendez-vous la plus plébiscitée diffère selon la personne l'ayant choisi. La tranche horaire de 10h00 à 11h59 est celle préférée dans 102 (34,1 %) cas par les patients et dans 56 (40,0 %) cas par les étudiants-stagiaires. En revanche, le créneau horaire choisi majoritairement par 34 (34,3 %) maîtres de stages est celui entre 14h00 et 15h59. La tranche horaire de 18h00 à 20h00 est celle la moins demandée. Elle a été sollicitée par 11 (3,7 %) patients, 3 (2,1 %) étudiants-stagiaires et 3 (3,0 %) maîtres de stage.

3.2.2. Analyse des temps de travail du BM

La durée totale moyenne du BM complet est de 109,9 minutes (SD = 47,62) (Tableau 12). Le temps moyen de préparation de l'entretien est de 27,31 minutes (SD = 17,42), le temps moyen de déplacement de 10,4 minutes (SD = 5,42), la durée moyenne effective de l'entretien de 44 minutes (SD = 18,81), le temps moyen d'analyse de 33,5 minutes (SD = 22,85) et la durée moyenne de communication entre l'officine et le médecin de 9,3 minutes (SD = 4,61). Les temps moyens de déplacement (n = 99) et de communication entre l'officine et le médecin (n = 104) sont calculés à partir des BM pour lesquels ils ont effectivement été réalisés et en supprimant les valeurs extrêmes. Quant aux temps moyens de préparation (n = 384) et d'analyse (n = 381), les zéros ont également été supprimés pour le calcul.

Ces différentes moyennes ont été calculées à partir des durées de tous les BM, sans tenir compte de l'ordre de réalisation de ceux-ci. Ainsi le Tableau 13 montre l'évolution des durées de temps de travail des différentes étapes du BM en fonction de l'avancée de l'expérimentation. L'analyse des données des durées relatives aux BM indique que les BM 1 durent en moyenne 121,7 minutes (SD = 53,86) alors que les BM 10 durent en moyenne 88,6 minutes (SD = 37,64) (Figure 5). La différence entre les deux groupes, le groupe des temps de travail des BM 1 et

celui des temps de travail des BM 10, est significative (t-Test = 3,686, ddl = 37, $p < 0,001$).

L'analyse des étapes de réalisation des BM montrent une différence significative de temps moyens pour leur préparation et leur analyse (Test $t_{\text{preparation}} = 3,675$, ddl = 37, $p < 0,001$;

Test $t_{\text{analyse}} = 3,269$, ddl = 37, $p < 0,05$) (Tableau 14).

L'analyse des données des durées relatives aux BM indique que les BM à domicile durent en moyenne 50,3 minutes (SD = 21,93) alors que les BM à l'officine durent en moyenne 41,2 minutes (SD = 16,78). La différence entre les deux groupes est significative (Test $t = 3,895$, ddl = 155, $p < 0,001$) (Tableau 15). Six entretiens ont été effectués directement au comptoir, sans prise de rendez-vous à distance. Dans ce cas, le temps moyen de l'entretien est de 24,3 minutes (SD = 7,96) contre 44,0 minutes (SD = 18,76) avec le temps préparation nécessaire. Quand le patient est accompagné d'un aidant pour l'entretien, soit pour 28 BM, celui dure en moyenne 43,9 minutes (SD = 17,81) contre 43,6 minutes (SD = 18,19) quand il est seul sans tierce personne (Tableau 16).

4. Discussion

L'objectif de l'étude est d'évaluer le temps et l'organisation nécessaires à l'activité du BM pour étudier son implantation à l'officine. Cette étude semblerait être la première menée en France sur les indicateurs opérationnels des BM.

4.1. Biais et limites de l'étude

Les temps de travail présentés dans notre étude sont à pondérer par plusieurs biais. Les BM n'ont pas été réalisés par des pharmaciens seniors mais par des étudiants, sans doute plus formés à cet exercice grâce à la 5AHU. De plus, la réalisation des BM s'inscrit dans le cadre d'un stage universitaire. Les temps de travail ont sans doute été moins contraints que s'ils avaient été effectués par un pharmacien senior. Cela a pu mener à une surestimation des temps d'entretien et des temps d'analyse. De même, les étudiants-stagiaires étaient présents en complément de l'équipe officinale. Cela correspondait à une ressource supplémentaire, qui a

vraisemblablement pu permettre de réaliser des BM à des plages horaires d'affluence à la pharmacie, par exemple entre 10h00 et 12h00.

Concernant le moyen de déplacement utilisé pour se rendre au domicile du patient, la forte représentation des déplacements piétons peut s'expliquer car l'échantillon d'officines participantes est très urbain.

4.2. Discussion des indicateurs opérationnels du BM

Une pharmacie est une entreprise. La modification de ses services nécessite une réorganisation des ressources disponibles.

D'après l'étude, un tiers des rendez-vous pour l'entretien du BM est pris entre 10h00 et 12h00. Nous manquons de données sur les plages horaires de fortes affluences à l'officine. Mais en pratique, du retour des terrains d'expérimentation, il apparaîtrait que la plage horaire de 10h00 à 12h00 soit une période de forte activité pour la dispensation, à l'inverse du créneau horaire de 14h00 à 16h00 qui semblerait être une période d'activité plus calme. La plage horaire de la fin de matinée ne serait donc pas la plus adaptée. De même, il paraîtrait de manière empirique que le lundi, le vendredi et le samedi soient des jours de forte affluence, à l'opposé du jeudi qui serait une journée d'activité plus creuse pour l'officine. Concernant les réponses des patients et des maîtres de stage sur le choix de l'heure et de jour de rendez-vous, il apparaît que les patients choisissent les horaires où ils viennent habituellement à la pharmacie tandis que les maîtres de stage préfèrent les horaires où l'activité de dispensation est plus calme et où les pharmaciens sont libres.

D'après nos résultats, un quart des BM ont été effectués au domicile du patient. La réalisation du BM au domicile du patient nécessite de mobiliser du personnel officinal en dehors des locaux de la pharmacie. La durée de déplacement aller-retour jusqu'au lieu de l'entretien sera aussi à prendre en compte dans le temps d'indisponibilité du pharmacien au comptoir. Des frais annexes supplémentaires pourraient être à prévoir pour le titulaire, tels que des frais d'assurance

ou une indemnité kilométrique si le pharmacien réalisant l'entretien utilise son véhicule personnel ou une prise en charge des frais liés à l'usage des transports en commun. Néanmoins le déplacement au domicile du patient peut comporter de nombreux avantages comme mieux appréhender son mode de vie, visualiser son armoire à pharmacie et son pilulier s'il existe ou avoir accès à tous ses documents médicaux.

Pour organiser le planning des entretiens, plusieurs variables seront à prendre en compte. Il conviendra de s'assurer que le moment choisi ne perturbe pas la fluidité du service au comptoir pour ne pas impacter négativement la qualité perçue par la patientèle.

Dans la pratique, il sera nécessaire de croiser : la fréquentation moyenne de la pharmacie par tranche horaire à l'aide des histogrammes fournis par le logiciel informatique pour déterminer les créneaux les moins sollicités et les effectifs de personnel présents pour garantir une bonne gestion de la clientèle au comptoir tout en assurant des BM. Deux options seraient envisageables pour faciliter la mise en place des BM à l'officine : organiser des plages horaires dédiées ou engager de la ressource humaine spécifique. La création de plages horaires réservées nécessite de visualiser le flux de travail des pharmaciens sur une journée pour optimiser leurs tâches. Tandis que l'embauche de pharmacien supplémentaire représente un coût conséquent pour l'officine à la vue du temps nécessaire pour la réalisation d'un BM et la rémunération.

Pour le cas particulier des équipes officinales composées uniquement d'un pharmacien titulaire et d'un ou plusieurs préparateurs, la question de la faisabilité des BM est décisive. Un pharmacien titulaire est dans l'impossibilité de mener simultanément un BM et d'être au comptoir pour la dispensation. Une des solutions envisageables pour permettre au seul pharmacien diplômé de réaliser ces entretiens serait de les prévoir en dehors des heures d'ouverture de l'officine : le matin avant 9 heures ou l'après-midi entre 12h30 et 14h30 par exemple. L'accueil de patients pendant les heures de fermeture de l'officine implique de notifier cette possibilité dans le contrat d'assurance en responsabilité civile de la pharmacie.

Pour une organisation plus aisée, les BM seront sans doute menés sur rendez-vous. Le BM nécessitera d'être planifié car il demande un temps de préparation et d'analyse. De même, il pourra difficilement être proposé au fil de l'eau au vu du temps nécessaire pour le réaliser, ce serait au détriment de l'activité de dispensation. C'est une notion nouvelle pour le patient que de prendre rendez-vous avec son pharmacien, il n'est pas habitué à venir à l'officine dans un créneau horaire précis et imposé.

D'un point de vue pratique, certains logiciels pharmaceutiques proposent déjà un assistant de planification des rendez-vous. L'utilisation d'outils digitalisés comme la plateforme web Observia [4] pourra constituer une aide pour la mise en œuvre de ces nouveaux entretiens pharmaceutiques.

Pour pallier aux manques de données opérationnelles sur les périodes de forte affluence à l'officine, un des axes de travail possible serait de récupérer les statistiques d'activité de plusieurs officines de typologies différentes pour établir des comparaisons.

5. Conclusion

Dans notre étude, nous avons étudié les variables organisationnelles du BM : la date, l'heure et le lieu de l'entretien, la personne ayant déterminé le rendez-vous et le détail des temps de travail des différentes étapes. Nous avons également suivi le nombre de patients pour qui le BM a été proposé, le nombre de rendez-vous pris, le nombre de rendez-vous annulés, le nombre de rendez-vous reportés et le nombre de BM effectivement réalisés.

Les entretiens ont majoritairement été réalisés à l'officine et en fin de matinée. Nos résultats montrent que les temps de travail des différentes étapes du BM diminuent en fonction de l'avancée de l'expérimentation. Cette diminution est statistiquement significative pour les étapes de préparation et d'analyse. Cette évolution peut supposer un effet d'apprentissage. Concernant le suivi du nombre de patients, près d'1/5 de ceux à qui le BM a été proposé l'ont refusé.

De prochains travaux seront indispensables pour faciliter la mise en œuvre des BM à l'officine. Il sera nécessaire d'évaluer les périodes d'affluence et les tâches des différents acteurs de la pharmacie pour à terme repenser l'organisation du travail dans l'officine en intégrant les entretiens.

Tableau 10. Caractéristiques qualitatives des pharmacies d'officines participantes (n = 41 pharmacies d'officines)

Caractéristique	n	(%)
Département de localisation		
Ardèche	2	(4,9)
Côte d'Or	1	(2,4)
Drôme	2	(4,9)
Isère	25	(61)
Rhône	2	(4,9)
Haute-Savoie	4	(9,8)
Guadeloupe	1	(2,4)
Martinique	1	(2,4)
Réunion	3	(7,3)
Taille de la commune de localisation		
< 5000 habitants	4	(9,8)
De 5000 à 10 000 habitants	9	(22)
De 10 000 à 20 000 habitants	9	(22)
De 20 000 à 50 000 habitants	3	(7,3)
De 50 000 à 100 000 habitants	3	(7,3)
De 100 000 à 200 000 habitants	11	(26,8)
De 200 000 à 2 000 000 habitants	2	(4,9)
Type de pharmacie		
Pharmacie de centre-ville	5	(12,2)
Pharmacie de quartier	27	(65,9)
Pharmacie de bourg	6	(14,6)
Pharmacie de centre commercial	1	(2,4)
Pharmacie en zone touristique	2	(4,9)
Chiffre d'affaire annuel		
< 700 000 €	1	(2,4)
De 700 000 € à 1 000 000 €	5	(12,2)
De 1 000 000 € à 1 300 000 €	6	(14,6)
De 1 300 000 € à 1 600 000 €	8	(19,5)
De 1 600 000 € à 1 900 000 €	6	(14,6)
De 1 900 000 € à 2 200 000 €	4	(9,8)
De 2 200 000 € à 2 400 000 €	3	(7,3)
> 2 400 000 €	8	(19,5)

Tableau 11. Caractéristiques quantitatives des pharmacies d'officines participantes (n = 41 pharmacies d'officines)

Caractéristique	Moyenne	Écart-type	Minimum	Maximum
Nombre moyen de passages quotidiens	194,2	85,58	70	500
Typologie du personnel officinal				
Nombre de titulaires	1,35	0,48	1	2
Nombre d'employés	5,81	3,33	1,5	19
Typologie des employés en équivalent temps plein				
Nombre de pharmaciens adjoints	1,44	0,91	0	4
Nombre de préparateurs	2,97	2,09	0,5	9
Nombre de déballeurs	0,19	0,42	0	1,5
Nombre de conseillers en parapharmacie	0,13	0,34	0	1
Nombre de personnels administratifs	0,25	0,48	0	2
Nombre d'étudiants en pharmacie salariés (hors stagiaires)	0,23	0,39	0	1
Nombre d'apprentis préparateurs	0,25	0,44	0	1

Tableau 12. Temps de travail moyen des différentes étapes de réalisation du bilan de médication
(en minutes)

Étape du bilan de médication	Moyenne	Écart-type	Minimum	Maximum	Nombre de valeurs nulles
Préparation de l'entretien	27,31*	17,42*	5	120	3
Déplacement aller/retour	10,4**	5,42**	1	25	279
Effective d'entretien	44	18,81	10	160	0
Analyse	33,5*	22,85*	2	180	6
Communication officine - médecin	9,3**	4,61**	2	20	281
Durée totale	109,9	47,62	32	270	NC

* Calculs sans prendre en compte les zéros.

** Calculs sans prendre en compte les valeurs extrêmes et sans les zéros.

Tableau 13. Évolution des durées de temps de travail des différentes étapes du bilan de médication en fonction de l'avancée de l'expérimentation
(en minutes)

Bilan de médication	Préparation de l'entretien		Déplacement aller/retour		Effective de l'entretien		Analyse		Communication officine - médecin		Durée totale	
	Moyenne	<i>Ecart-type</i>	Moyenne	<i>Ecart-type</i>	Moyenne	<i>Ecart-type</i>	Moyenne	<i>Ecart-type</i>	Moyenne	<i>Ecart-type</i>	Moyenne	<i>Ecart-type</i>
n°1	35,1	(24,01)	3,6	(5,51)	44,1	(14,33)	37,0	(23,99)	1,9	(4,38)	121,7	(53,86)
n°2	36,0	(22,42)	3,1	(5,67)	42	(16,44)	39,5	(26,31)	2,4	(4,42)	123,1	(48,61)
n°3	33,0	(22,84)	3,8	(8,38)	41,7	(16,74)	38,0	(24,48)	3,2	(6,73)	119,6	(52,59)
n°4	29,6	(15,95)	4,6	(9,01)	41,1	(17,12)	38,9	(23,63)	3,5	(5,86)	117,7	(43,92)
n°5	26,1	(15,07)	5,0	(8,71)	46,7	(20,48)	33,8	(22,00)	3,0	(5,00)	114,6	(46,11)
n°6	24,4	(11,87)	3,7	(7,11)	47,3	(21,38)	33,7	(31,09)	3,1	(4,81)	113,4	(49,49)
n°7	22,8	(13,21)	2,8	(5,34)	43,1	(20,78)	29,3	(18,36)	3	(5,32)	101,2	(45,16)
n°8	20,6	(11,59)	3,3	(9,95)	49,7	(24,90)	28,4	(20,07)	2,0	(4,04)	104,1	(46,85)
n°9	22,5	(12,06)	1,6	(4,20)	41	(15,12)	27,2	(18,06)	2,1	(5,00)	94,3	(40,81)
n°10	20,7	(11,40)	2,4	(6,65)	39,0	(17,30)	23,9	(14,39)	2,7	(6,16)	88,6	(37,64)

Tableau 14. Comparaison des moyennes des temps de préparation et d'analyse des BM 1 et BM 10

	Paire	n	Moyenne des différences	Test t	p	significativité	
Préparation	BMO1 - BMO10	38	14.7368	3.6759378291743	0.00074733682851616	< 0.001	**
Analyse	BMO1 - BMO10	38	13.2368	3.2691391224215	0.0023353642403683	< 0.05	*
Total	BMO1 - BMO10	38	33.7368	3.6863110593881	0.00072546150808321	< 0.001	**

Tableau 15. Comparaison des moyennes des temps d'entretien du BM réalisé à l'officine et au domicile

	n	Moyenne des différences	Test t	p	significativité	
Domicile	107	50.345794392523	3.895245061885	0.00014542792791593	< 0.001	**
Officine	280	41.171428571429				

Tableau 16. Évolution des durées de temps de travail des différentes étapes du bilan de médication en fonction des conditions particulières de réalisation (en minutes)

Condition particulière	Préparation de l'entretien		Déplacement aller/retour		Effective de l'entretien		Analyse		Communication officine - médecin		Durée totale	
	Moyenne	<i>Ecart-type</i>	Moyenne	<i>Ecart-type</i>	Moyenne	<i>Ecart-type</i>	Moyenne	<i>Ecart-type</i>	Moyenne	<i>Ecart-type</i>	Moyenne	<i>Ecart-type</i>
Entretien à l'officine	24,9	(15,78)	0	(0)	41,2	(16,78)	32,0	(22,73)	2,8	(5,31)	100,9	(43,05)
Entretien au domicile	32,8	(20,38)	12,5	(8,93)	50,4	(21,93)	35,5	(23,86)	2,4	(4,91)	133,6	(50,79)
Entretien avec RDV à distance	27,5	(17,42)	3,5	(7,30)	44,0	(18,76)	32,9	(23,09)	2,6	(5,02)	110,4	(47,57)
Entretien directement au comptoir	5,8	(7,35)	0	(0)	24,3	(7,96)	31,2	(26,83)	9,2	(11,14)	70,5	(35,85)
Entretien avec un accompagnant	25	(10)	6,07	(7,09)	43,9	(17,81)	41,8	(18,92)	5,25	(5,17)	122	(39,07)
Entretien sans accompagnant	27,2	(17,80)	3,32	(7,20)	43,6	(18,19)	32,3	(22,77)	2,5	(5,08)	109,0	(46,98)

Figure 1. Suivi d'activité des étudiants-stagiaires

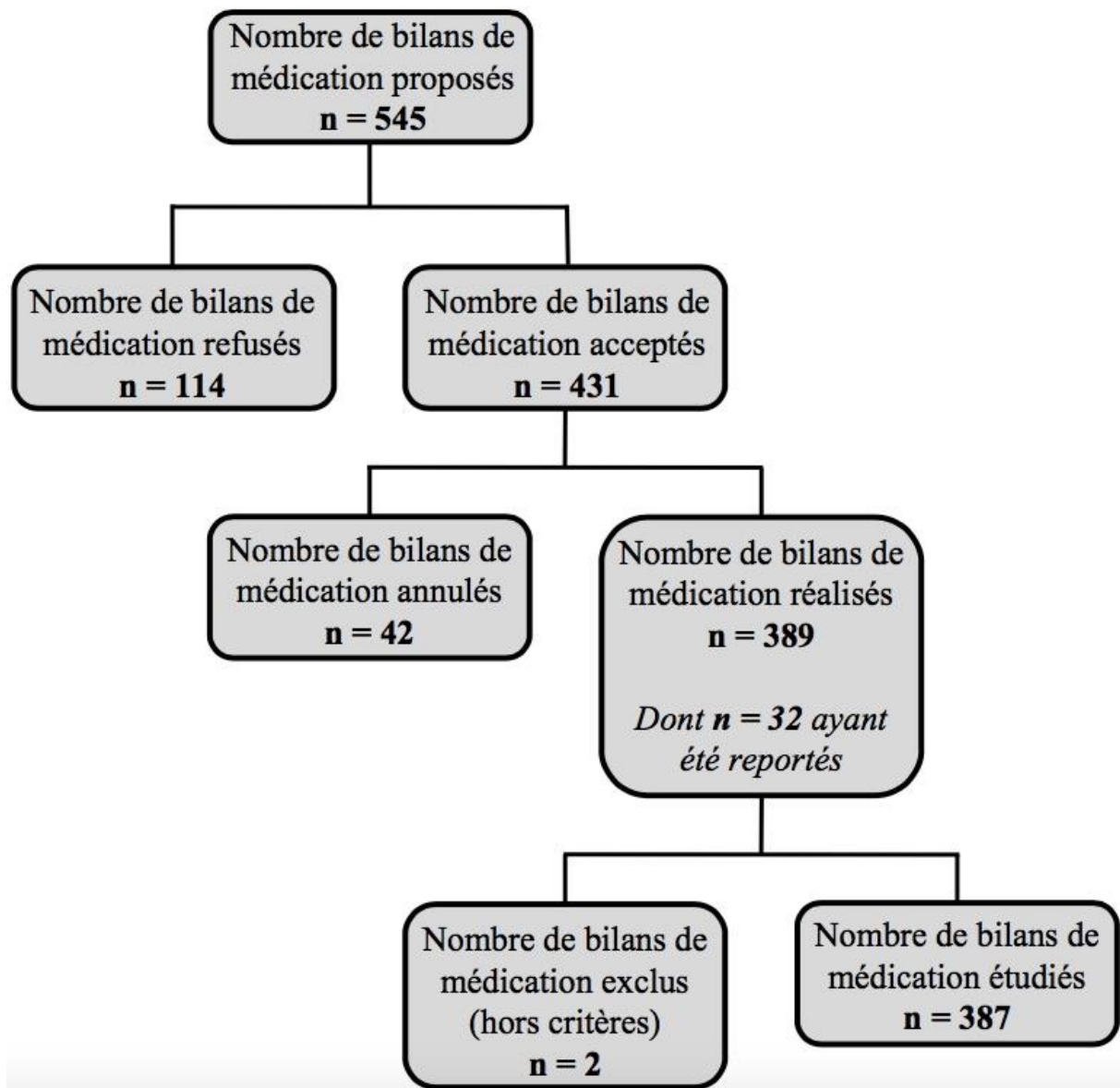


Figure 2. Fréquence du nombre d'entretiens en fonction du lieu de rendez-vous et de la personne l'ayant choisi (n = 387 entretiens)

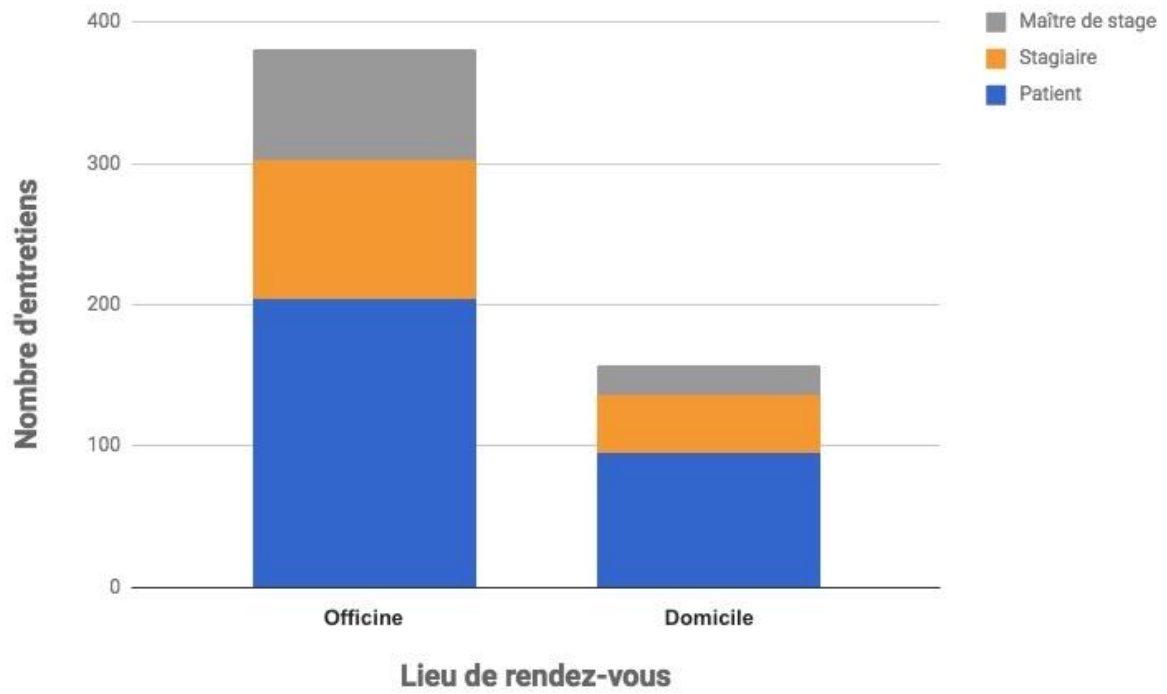


Figure 3. Fréquence du nombre d'entretiens en fonction du jour de rendez-vous et de la personne l'ayant choisi (n = 387 entretiens)

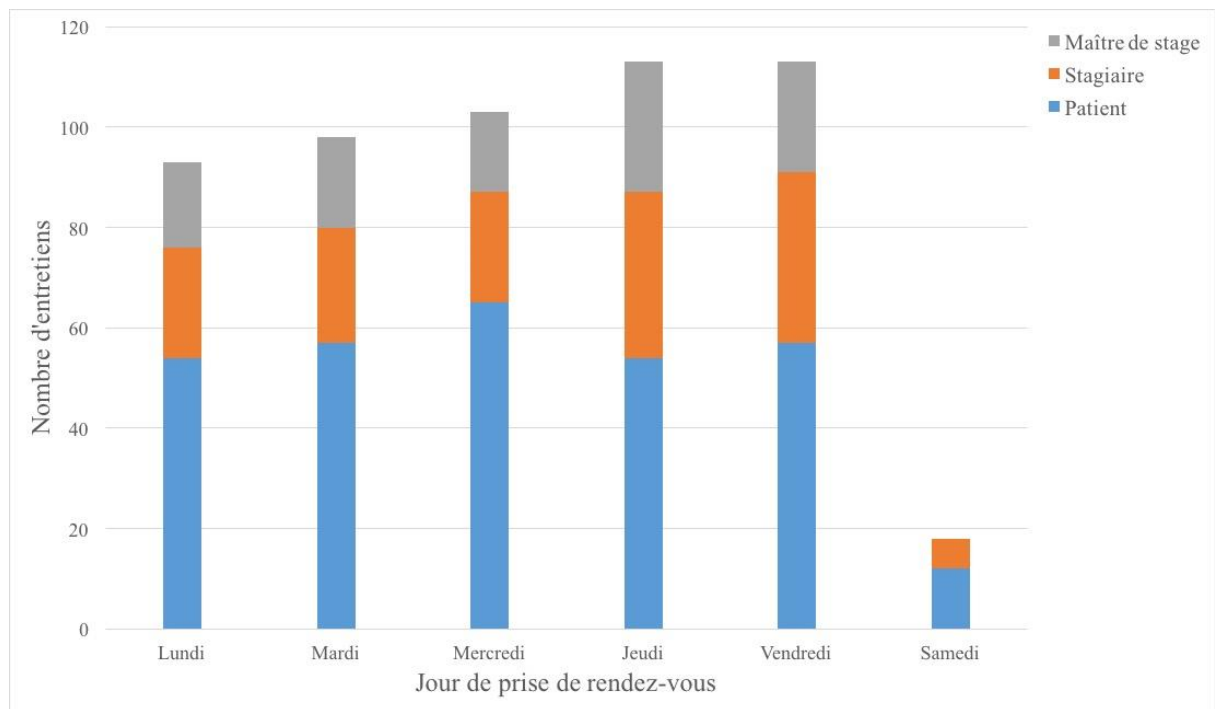


Figure 4. Fréquence du nombre d'entretiens en fonction de l'heure de rendez-vous et de la personne l'ayant choisi (n = 387 entretiens)

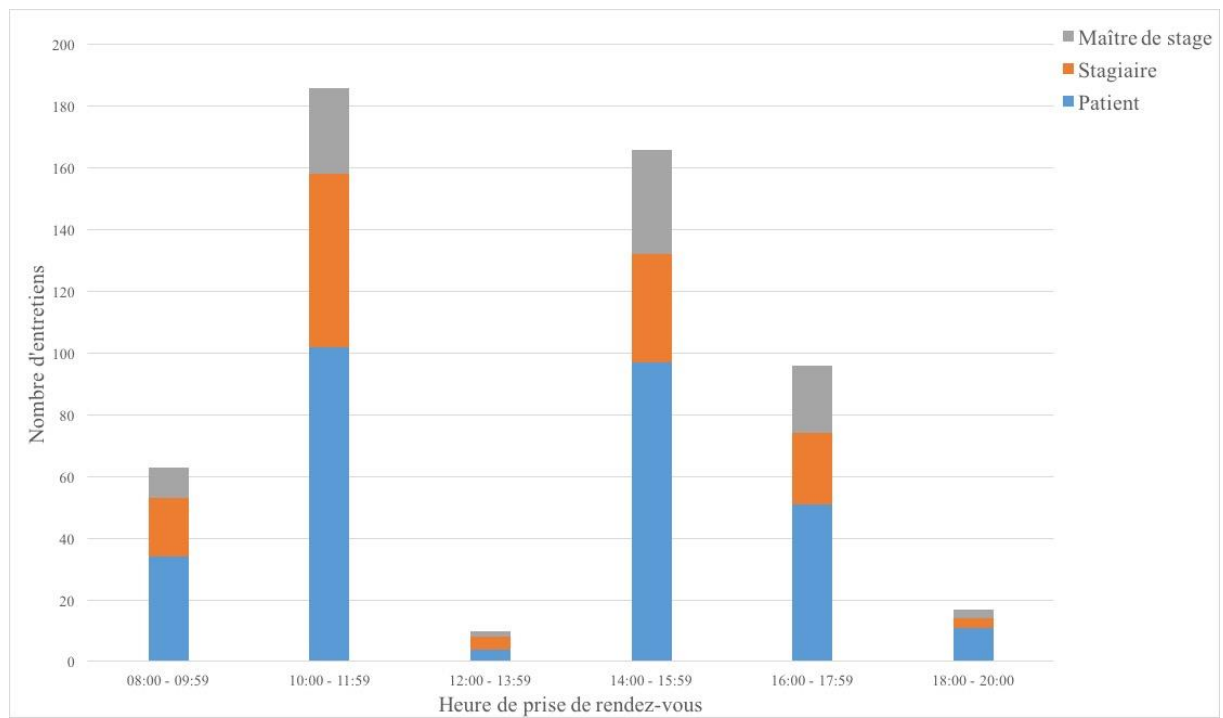
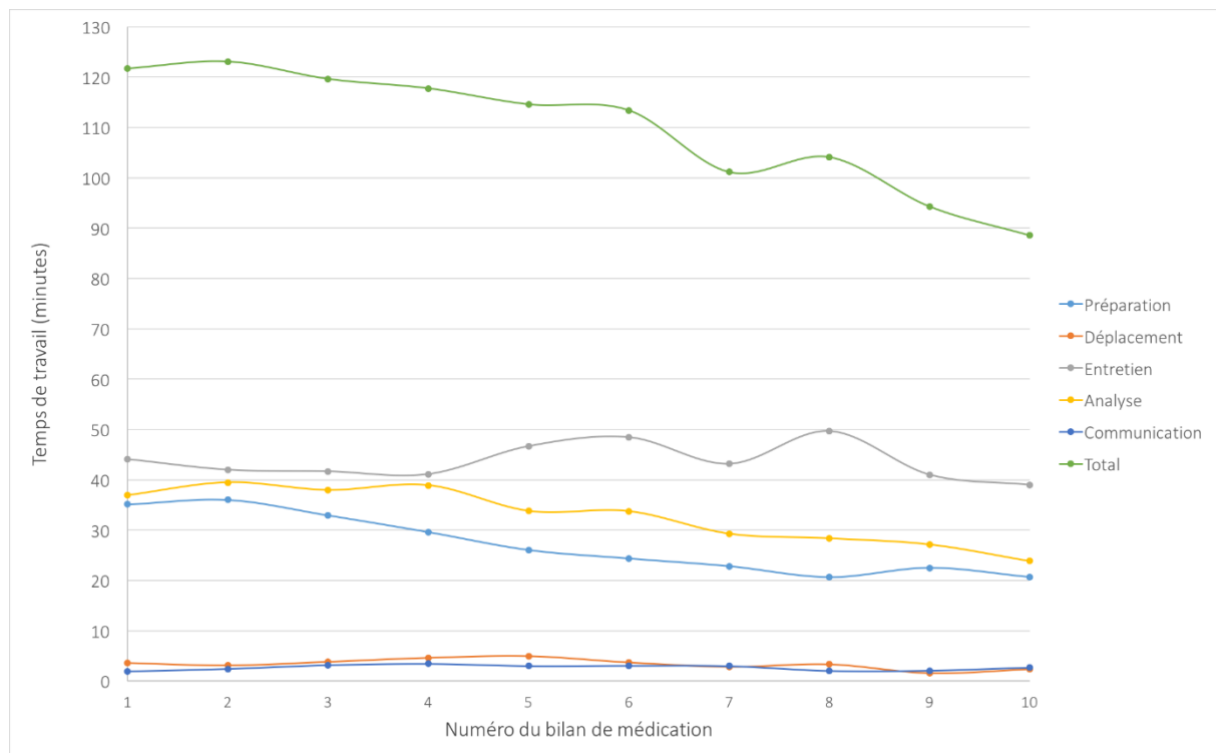


Figure 5. Évolution des temps de travail en fonction de l'avancée de l'expérimentation



6. Bibliographie

- [1]. Ameli. Avenants à la Convention Nationale. [En ligne]. <https://www.ameli.fr/rhone/pharmacien/textes-reference/textes-conventionnels/avenants>. Consulté le 1^{er} novembre 2017.
- [2]. Vandendriessche M. Le Moniteur des Pharmacies : AVK : les entretiens pharmaceutiques s'essoufflent. [En ligne]. <http://www.lemoniteurdespharmacies.fr/actu/actualites/actus-socio-professionnelles/150224-avk-les-entretiens-pharmaceutiques-s-essoufflent.html>. Consulté le 1^{er} novembre 2017.
- [3]. SFPC, Société Française de Pharmacie Clinique. Bilan de médication : cahier d'observation. Rouen : SFPC. 2016
- [4]. Observia. Plateforme d'aide à la gestion des entretiens. [En ligne]. <http://observia-group.com/fr/>. Consulté le 2 novembre 2017.

PARTIE 3 : Etude de la satisfaction des différents acteurs du bilan de médication

1. Introduction

Les entretiens pharmaceutiques permettent à la profession de pharmacien d'officine d'évoluer en garantissant une nouvelle approche dans la prise en charge des patients.

Malgré un engouement de départ à l'instauration de ces entretiens pharmaceutiques, les chiffres montrent que les pharmaciens officinaux ne s'y sont pas totalement impliqués.

Pour attirer davantage de pharmaciens dans le dispositif existant des entretiens pharmaceutiques, les partenaires conventionnels l'ont progressivement amélioré : élargissement aux patients sous AOD, rémunération complémentaire de 30 € par an et par patient pour le suivi, information ciblée des patients sur le contenu et les modalités d'accompagnement prévus par l'Assurance maladie [1].

Le BM permettra une prise en charge personnalisée et individualisée du patient, le pharmacien officinal conforte ainsi sa place d'acteur de santé public de proximité. Il marque le point de départ pour le suivi pharmaceutique en ville. Pour garantir son implantation, le BM nécessite d'être mis en valeur grâce à une communication optimisée. Les enjeux de cette nouvelle mission du pharmacien sont doubles : renforcer les aspects de conseil, prévention et éducation thérapeutique du patient et valoriser l'expertise du professionnel sur les médicaments. La mise en avant de ces compétences permet d'améliorer l'adhésion thérapeutique et renforcer l'observance. D'un point de vue sociétal, le BM contribue à diminuer les risques et les coûts liés à l'iatrogénie. Le BM revêt plusieurs intérêts pour la pratique officinale : une augmentation du nombre d'Interventions Pharmaceutiques formulées [2 ; 3], une diminution significative du nombre de problèmes liés à la thérapeutique [4 ; 5] et une diminution du nombre de médicaments prescrits [6 ; 7]. En Grande-Bretagne également, la réalisation d'entretiens pharmaceutiques a prouvé son efficacité en termes d'amélioration de l'adhésion médicamenteuse [8].

La satisfaction du patient et du dispensateur du service sont des indicateurs qui sont importants à prendre en compte pour l'évaluation d'un service en santé [9]. En effet, la satisfaction est une des composantes qui participe au choix de consommer ou non un bien ou un service. Lorsqu'un individu doit choisir entre deux alternatives de biens ou de services, il sélectionne celle qui lui procure la plus forte satisfaction [10].

La satisfaction est fondamentale pour l'implantation du BM. Ainsi, des patients satisfaits voudront bénéficier du service au long court. Cela consolidera et améliorera la relation patient – pharmacien. Cela serait également associé à une meilleure adhésion au traitement [11]. La satisfaction patient est aussi un bon indicateur de la qualité du service. Elle permettra de suivre l'évolution de qualité au fil du temps. La satisfaction peut être utilisée pour améliorer le service afin de mieux répondre aux besoins des patients, lever les obstacles et résoudre les problèmes éventuels [14]. De même, la satisfaction du pharmacien est un critère primordial pour assurer le maintien du service dans le temps. Le pharmacien propose le service du BM à ses patients et il attend d'en retirer une satisfaction renforcée et un sentiment de valorisation de son travail [11 ;12 ;13].

Le modèle économique de la pharmacie d'officine mute vers une économie de service. Les nouveaux services, tels que les BM, sont plus complexes en termes d'organisation, de réalisation et de suivi que l'acte de dispensation au comptoir. Ils répondent aux évolutions de l'organisation des soins de premiers recours. Il est impératif d'évaluer la satisfaction des patients et des pharmaciens vis-à-vis des BM dans le cadre de leur implantation afin d'en assurer le succès, la durabilité et la viabilité à long terme.

2. Méthode

Les 41 officines participantes accueillait 39 étudiants-stagiaires de 6^{ème} année de pharmacie en filière officine de l'Université Grenoble Alpes pour leur stage de pratique professionnelle. Deux étudiants ont changé d'officine en cours de stage.

Les étudiants-stagiaires ont réalisé 10 BM chacun. Pour faire l'objet d'un BM, le patient devait présenter les critères suivants : être suivi pour au moins une maladie chronique **et** :

- avoir au moins 65 ans ;
- ou prendre au moins 5 médicaments prescrits ;
- ou avoir au moins 1 médicament à marge thérapeutique étroite (MTE) prescrit ;
- ou avoir été hospitalisé durant les trois mois précédents

Les questionnaires de satisfaction ont été distribués aux patients, aux maîtres de stage et aux étudiants-stagiaires. L'étude a été conduite entre le 01 janvier 2017 et le 30 avril 2017.

2.1. Collecte de données

Un questionnaire de satisfaction était distribué à chaque patient à la fin de chaque entretien de BM (Annexe 2). Il est établi à partir du document d'aide à la réalisation d'un BM validé par la SFPC [15]. Ce questionnaire comprend une échelle de satisfaction concernant l'entretien. Il est constitué d'une série de questions relatives à la durée de l'entretien, à l'amélioration des connaissances générales sur les médicaments administrés (noms, indications, posologies et modalités de prises) et aux réponses aux questions du patient sur sa prise en charge thérapeutique.

Un questionnaire de satisfaction était également distribué aux étudiants-stagiaires et aux maîtres de stage (Annexe 5 et 6) à partir de mai 2017, une fois les 10 BM réalisés. Les 2 questionnaires contiennent une échelle de satisfaction globale relative aux BM en officine. Les questions portent sur la pertinence des critères de recrutement des patients, l'utilité des BM et leur place dans les nouvelles missions du pharmacien d'officine. Les étudiants-stagiaires et les maîtres de stage devaient également se prononcer sur la validité des documents mis à disposition pour l'étude. Une partie de réponse à texte libre leur permettait de décrire les principales difficultés rencontrées pendant la réalisation et la mise en place des BM et d'exprimer tout commentaire sur l'étude.

Dans ces 3 questionnaires, une échelle de Likert à 5 modalités permet de répondre aux questions.

2.2. Analyse des données

Une analyse descriptive a été réalisée sur l'ensemble des variables recueillies. Les variables qualitatives sont décrites en nombre et en fréquences. Les variables quantitatives sont décrites en moyenne (\pm écart type) ou en médiane.

3. Résultats

Sur les 387 patients ayant fait l'objet d'un BM, 382 (98,7 %) ont répondu au questionnaire de satisfaction. Parmi les 41 maîtres de stage ayant accueilli un étudiant-stagiaire, 34 (82,9 %) ont complété celui-ci. Sur les 39 étudiants-stagiaires ayant participé à l'expérimentation, 37 (94,9 %) y ont répondu.

3.1. Caractéristiques des patients faisant l'objet d'un BM

Sur les 382 patients ayant complété au questionnaire de satisfaction portant sur les BM à l'officine, 207 (54,2 %) sont des femmes. L'âge moyen est de 71,1 (SD = 14,68) ans.

3.2. Caractéristiques des maîtres de stage accueillant les étudiants-stagiaires

Parmi les 34 maîtres de stage ayant répondu au questionnaire de satisfaction, 21 (61,8 %) sont des femmes. L'âge moyen est de 53,1 (SD = 7,65) ans. Ils exercent en tant que pharmacien titulaire depuis 17,1 (SD = 6,86) années en moyenne. Pour 13 (38,2 %) d'entre eux, ils dirigent leur officine avec au moins un co-titulaire. Concernant la typologie des officines participantes, 23 (67,7 %) sont des pharmacies de quartier (Tableau 17 et Tableau 18).

3.3. Analyse des indicateurs de satisfaction des patients

Les patients estiment leur satisfaction globale concernant l'entretien à 8,71 (SD = 1,24). D'une manière générale, 275 (72,0 %) patients pensent que cet entretien est utile pour améliorer leur prise en charge pharmaceutique. Et 195 (51,0 %) trouvent que l'entretien les aidera à améliorer la gestion et la préparation de leurs médicaments.

L'entretien a paru trop court à 19 (5,0 %) d'entre eux et à l'inverse trop long à 20 (5,2 %) d'entre eux. Concernant l'amélioration de leurs connaissances à l'issue de l'entretien (Tableau 19), 222 (58,1 %) patients affirment mieux connaître les indications de leurs médicaments. Pour 281 (73,6 %) d'entre eux, l'entretien a aussi permis de répondre aux diverses questions qu'ils auraient pu avoir concernant leurs traitements.

Enfin, 2 (0,5 %) d'entre eux ont affirmé qu'il existait des points qu'ils auraient souhaité aborder au cours de l'entretien et qui ne l'ont pas été : des détails sur l'aspect social de la prise en charge et le soutien au malade pour l'un, des informations sur un traitement prenant en charge sa pathologie commercialisé dans d'autres pays européens pour l'autre.

3.4. Analyse des indicateurs de satisfaction des maîtres de stage et des étudiants-stagiaires

3.4.1. Analyse des indicateurs de satisfaction des BM

La satisfaction globale des maîtres de stage concernant l'expérience des BM en officine est de 7,08 (SD = 1,19). Pour les étudiants en 6^{ème} année, elle est de 6,81 (SD = 1,15). Ce type d'entretien a sa place dans les nouvelles missions du pharmacien d'officine pour 30 (88,2 %) maîtres de stage et 34 (91,9 %) étudiants-stagiaires.

Parmi les maîtres de stage, 14 (41,2 %) avaient déjà entendu parler des BM avant l'étude. De plus, 30 (88,2 %) encadrants et 33 (89,2 %) étudiants-stagiaires pensent que le modèle d'entretien proposé par la SFPC est utile pour améliorer l'accompagnement des patients.

Ils sont 26 (76,5 %) maîtres de stage à se dire être prêts à réaliser des BM dans leur officine. Parmi eux, 5 (19,2 %) émettent néanmoins des réserves. De même, 8 (23,5 %) encadrants affirment ne pas savoir encore quel sera leur choix. Les remarques les plus fréquentes freinant la mise en place des BM sont : des réticences sur la place des entretiens pharmaceutiques dans l'exercice officinal (n = 4), des objections sur la rémunération non représentative de l'investissement engagé (n = 3) et des craintes relatives à la charge administrative additionnelle (n = 3).

Parmi les étudiants-stagiaires, 35 (94,5 %) affirment être prêt à réaliser des BM dans leurs futures officines si les titulaires les proposent. Aucun étudiant-stagiaire affirme ne pas vouloir effectuer ces entretiens mais 2 émettent néanmoins des réserves. Un étudiant-stagiaire remarque que la structure actuelle de l'officine n'est pas adaptée à ce type d'entretien : mobilisation de personnel pour une activité chronophage et activité pénalisante pour la dispensation au comptoir. Et un autre affirme que le format actuel n'est pas adapté.

3.4.2. Analyse des indicateurs de satisfaction de l'étude

A propos des documents mis à disposition, 25 (73,5 %) encadrants et 21 (56,8 %) étudiants-stagiaires pensent qu'ils ont été pertinents pour la mise en place des BM.

Concernant la pertinence des critères de recrutement des patients atteints de pathologie chronique (Tableau 20 et Tableau 21), les maîtres de stage et étudiants en 6^{ème} années sont très majoritairement d'accord : 26 (76,5 %) encadrants et 26 (70,3 %) étudiants-stagiaires approuvent le critère de l'âge d'au moins 65 ans. Ils sont respectivement 29 (85,3 %) et 30 (81,1 %) à être d'accord avec le critère sur le nombre d'au moins 5 médicaments prescrits.

Néanmoins, 25 (73,5 %) maîtres de stage et 33 (89,2 %) étudiants-stagiaires rapportent avoir rencontré des difficultés pour la réalisation des BM (Tableau 22). Les difficultés les plus fréquemment rapportées sont le protocole chronophage et le recrutement des patients.

De plus, 10 (27 %) étudiants-stagiaires proposent des solutions d'amélioration du protocole pour optimiser la réalisation des BM : modification du format du cahier d'observation (n = 4), modification des critères d'inclusion des patients (n = 3), élaboration d'un document de synthèse destiné aux autres soignants du patient (n = 2) et mise en place d'entretiens de suivi complémentaires (n = 1).

4. Discussion

A notre connaissance, cette étude est une des premières en France. En plus d'une étude sur les critères « cliniques » intermédiaires, il y est envisagé une évaluation de l'implantation des BM

via une étude des indicateurs opérationnels organisationnels et de la satisfaction des principaux acteurs y participant.

4.1. Limites de l'étude

Les patients ont rempli leur questionnaire de satisfaction devant les étudiants-stagiaires, ce qui peut induire un biais de désirabilité sociale. En effet, le patient pouvait voir influencer à la hausse ses réponses par le sentiment de ne pas vouloir décevoir l'étudiant.

De même, l'étudiant ayant mené l'étude fait partie des étudiants-stagiaires ayant réalisé les entretiens. En complétant leur questionnaire de satisfaction, les étudiants en 6^{ème} année ont pu être aussi influencés par ce choix méthodologique puisque que la participation à l'étude faisait partie des travaux académiques à rendre.

Les questions des questionnaires de satisfaction sont inhérentes au travail de recherche, ce qui peut induire un biais. La difficulté est de mener de front le fait de réaliser un BM et le fait de participer à un travail de recherche, soit 2 apprentissages en un.

4.2. Discussion des résultats

4.2.1. Satisfaction des patients

D'après les résultats de notre étude, les patients sont satisfaits du BM dont ils ont fait l'objet : les deux tiers d'entre eux pensent que celui-ci a été utile pour améliorer leur prise en charge pharmaceutique et la moitié trouve que cet entretien les aidera à améliorer la gestion et la préparation de leurs médicaments. Une revue systématique de la littérature a comparé quels types de participation étaient demandés aux patients pendant le BM et quels étaient les effets de cette participation [19].

Dans une étude sur les motivations des patients à participer aux BM à domicile, Carter et al. [16] rapportent des retours positifs des patients ayant expérimenté un BM. Celui-ci leur a permis de recueillir des informations utiles sur les traitements pour mieux les gérer au quotidien, ce qui semble être la source principale de satisfaction [20]. Ce bénéfice répond aux inquiétudes du

patient et à leur besoin d'information. Ces derniers ont des craintes de faire des erreurs dans la gestion quotidienne des traitements et rapportaient des croyances sur le fait que de prendre plusieurs médicaments était dangereux. Pour ce qui est des sources d'informations plébiscitées, les patients ont une préférence pour les relations interpersonnelles et non de leur propre côté via des recherches informatiques personnelles [16 ; 17]. Ils sont en attente de nouvelles informations plus personnalisées et plus complètes que chez le médecin ou que celles reçues pendant les dispensations [17 ; 18]. Néanmoins dans 3 de ces études comparées, les patients font appel à l'autorité supérieure du médecin généraliste ou spécialiste pour discuter de leurs médicaments [20]. Ils ont aussi trouvé le pharmacien empathique et à l'écoute de leur besoin. Ils reconnaissent même que c'est une opportunité de pouvoir discuter de la non-adhésion avec un professionnel de santé. Et ce alors que ce n'est pas le cas avec leur médecin généraliste, à cause d'un problème de désirabilité sociale.

Parmi les autres bénéfices, à l'issue du BM, les patients décrivent une réassurance vis-à-vis de leurs médicaments et se sentent plus confiants dans le fait de les gérer [18]. Les patients se sentent pris en compte et écoutés et pour eux, le BM participe à améliorer la relation patient – pharmacien [17 ; 18]. Néanmoins, les patients craignent une détérioration de la relation entre médecin traitant et pharmacien et ne seraient pas prêts à réaliser un BM avec un pharmacien inconnu [17 ; 18]. Certains patients se plaignent également d'un problème de confidentialité à l'officine et n'auraient aucun problème avec le fait d'effectuer le BM à leur domicile. Cette option est perçue comme étant plus confortable et moins contraignante [17 ; 18].

Dans une étude étudiant les perceptions des patients suivant qu'ils aient testé ou non les BM, ceux ayant expérimenté le BM y trouvent les bénéfices suivant de manière significative : gestion plus aisée des médicaments au quotidien, moins d'inquiétude pour l'utilisation à long terme des médicaments, meilleure compréhension des traitements et augmentation de l'autonomie (vivre plus longtemps chez soi) [19]. De plus, ces patients ont moins ces craintes

de manière significative : ne pas être à l'aise avec le pharmacien chez soi ou avec un pharmacien inconnu, crainte de la réaction du médecin et craintes des compétences en communication du pharmacien [19] [17].

Le haut niveau de satisfaction des patients dans notre étude est encourageant. Ils confirment que le BM est une bonne voie pour l'évolution de l'activité pharmaceutique officinale. De par leur emploi du temps surchargé les médecins ont de moins en moins de temps à accorder à leurs patients. Le pharmacien est capable de répondre à cette demande d'écoute du patient en lui octroyant le temps et l'attention nécessaire pendant le BM. Et le BM a des effets bénéfiques sur la prise en charge du patient : connaissance et gestion des médicaments.

4.2.2. Satisfaction des pharmaciens

Dans notre étude les maîtres de stage et étudiants-stagiaires sont satisfaits quant à leur expérience des BM à l'officine. Ils trouvent majoritairement que ce type d'entretien a sa place dans les nouvelles missions du pharmacien d'officine et ils se disent prêts à réaliser des BM dans leur officine. Néanmoins ils sont confrontés à des difficultés pour leur mise en œuvre : rémunération, temps nécessaire et recrutement des patients. Même s'il est à noter que dans notre étude, les maîtres de stage n'ont pas directement réalisé les entretiens.

Le BM est une opportunité pour le développement du métier de pharmacien [17 ; 21]. De par son aspect chronophage, l'insertion du BM dans l'activité quotidienne de la pharmacie est une réelle question. Le BM est plus souvent perçu comme une activité accessoire, à effectuer en plus du travail de fond [17 ; 21]. La mise en œuvre du BM nécessite de se former à la pharmacothérapie. Cela demande un investissement de la part du pharmacien qui doit donc être motivé. Les pharmaciens ont parfois un sentiment d'isolement dans leur officine [17 ; 21].

Une étude sur la satisfaction des pharmaciens réalisant les entretiens AVK, publiée par l'Assurance maladie en mars 2015, a mené à des résultats comparables [22]. La place des entretiens pharmaceutiques est confortée dans les missions du pharmacien d'officine mais leur

mise en œuvre est limitée par la rémunération tardive et la démarche chronophage. En décembre 2014, 63 % des officines étaient actives dans le dispositif d'accompagnement des patients traités par AVK. Les pharmaciens accordaient une note de satisfaction de 6,8/10 à ces entretiens. Pour 87 % d'entre eux, ces derniers s'inscrivaient pleinement dans les missions de conseil et d'accompagnement du pharmacien et 92 % des pharmaciens ayant mené des entretiens souhaités que le dispositif soit reconduit [22].

Ces résultats de satisfaction des pharmaciens sont encourageants. Ils confirment que le BM a sa place dans les nouvelles missions à l'officine. Mais les pharmaciens sont en attentes de solutions pratiques et financières pour faciliter leur mise en œuvre.

5. Conclusion

Nous avons mené une étude de satisfaction des BM en officine auprès de 382 patients, 34 pharmaciens et 37 étudiants. Globalement, tous sont très satisfaits. Pour les pharmaciens, le BM a sa place dans les nouvelles missions à l'officine et ils se disent majoritairement prêts à en réaliser. Le principal obstacle à leur mise en œuvre à l'officine, d'après les pharmaciens, est leur rémunération inadaptée.

Ces résultats sont encourageants quant à l'implantation des BM en France. Une des perspectives d'évolution future des BM serait d'élargir les critères d'inclusion des patients à des sujets plus jeunes polymédiqués.

La réalisation des BM peut être une ouverture sur d'autres services qui pourraient être proposés à l'avenir au patient par le pharmacien d'officine comme par exemple l'extension de prescription ou l'ajustement de posologie.

Tableau 17. Caractéristiques qualitatives des pharmacies d'officines ayant répondu au questionnaire de satisfaction (n = 34 pharmacies d'officine)

Caractéristique	n	(%)
Département de localisation		
Ardèche	2	(5,9)
Côte d'Or	1	(2,9)
Drôme	1	(2,9)
Isère	21	(61,8)
Rhône	2	(5,9)
Haute-Savoie	3	(8,8)
Guadeloupe	1	(2,9)
Réunion	3	(8,8)
Taille de la commune de localisation		
< 5000 habitants	4	(11,8)
De 5000 à 10 000 habitants	6	(17,6)
De 10 000 à 20 000 habitants	9	(26,5)
De 20 000 à 50 000 habitants	2	(5,9)
De 50 000 à 100 000 habitants	2	(5,9)
De 100 000 à 200 000 habitants	9	(26,5)
De 200 000 à 2 000 000 habitants	2	(5,9)
Type de pharmacie		
Pharmacie de centre-ville	3	(8,8)
Pharmacie de quartier	23	(67,7)
Pharmacie de bourg	6	(17,6)
Pharmacie de centre commercial	1	(2,9)
Pharmacie en zone touristique	1	(2,9)
Chiffre d'affaire annuel		
De 700 000 € à 1 000 000 €	5	(14,7)
De 1 000 000 € à 1 300 000 €	6	(17,6)
De 1 300 000 € à 1 600 000 €	7	(20,6)
De 1 600 000 € à 1 900 000 €	4	(11,8)
De 1 900 000 € à 2 200 000 €	4	(11,8)
De 2 200 000 € à 2 400 000 €	1	(2,9)
> 2 400 000 €	7	(20,6)

Tableau 18. Caractéristiques quantitatives des pharmacies d'officines ayant répondu au questionnaire de satisfaction (n = 34 pharmacies d'officine)

Caractéristique	Moyenne	Écart-type	Minimum	Maximum
Nombre moyen de passages quotidiens	197	89,13	70	500
Typologie du personnel officinal				
Nombre de titulaires	1,35	0,48	1	2
Nombre d'employés	5,88	3,46	2	19
Typologie des employés en équivalent temps plein				
Nombre de pharmaciens adjoints	1,44	0,89	0	4
Nombre de préparateurs	3,01	2,06	0,5	9
Nombre de déballeurs	0,22	0,45	0	1,5
Nombre de conseillers en parapharmacie	0,13	0,33	0	1
Nombre de personnels administratifs	0,30	0,51	0	2
Nombre d'étudiants en pharmacie salariés (hors stagiaires)	0,20	0,38	0	1
Nombre d'apprentis préparateurs	0,24	0,43	0	1

Tableau 19. Amélioration des connaissances du patient sur ses médicaments à l'issue de l'entretien (n = 382)

Connaissances	n	(%)
Noms		
Tout à fait d'accord	62	(16,2)
D'accord	106	(27,7)
Sans avis	74	(19,4)
Pas d'accord	102	(26,6)
Pas du tout d'accord	39	(10,1)
Indications		
Tout à fait d'accord	65	(17)
D'accord	157	(41,1)
Sans avis	55	(14,4)
Pas d'accord	78	(20,3)
Pas du tout d'accord	28	(7,2)
Posologies		
Tout à fait d'accord	64	(16,7)
D'accord	106	(27,7)
Sans avis	77	(20,1)
Pas d'accord	100	(26,1)
Pas du tout d'accord	36	(9,4)
Modalités de prise		
Tout à fait d'accord	73	(19,1)
D'accord	161	(42,1)
Sans avis	63	(16,5)
Pas d'accord	62	(16,1)
Pas du tout d'accord	24	(6,2)

Tableau 20. Évaluation de l'avis des maîtres de stage sur la pertinence des critères de recrutement des patients atteints de pathologie chronique (n = 34)

Critère	n	(%)
Patient ayant plus de 65 ans		
Tout à fait d'accord	7	(20,6)
D'accord	19	(55,9)
Sans avis	4	(11,8)
Pas d'accord	4	(11,8)
Pas du tout d'accord	0	(0)
Patient ayant plus de 5 médicaments prescrits		
Tout à fait d'accord	11	(32,4)
D'accord	18	(52,9)
Sans avis	2	(5,9)
Pas d'accord	3	(8,8)
Pas du tout d'accord	0	(0)
Patient ayant au moins un médicament à MTE		
Tout à fait d'accord	12	(35,3)
D'accord	18	(52,9)
Sans avis	2	(5,9)
Pas d'accord	2	(5,9)
Pas du tout d'accord	0	(0)
Patient ayant été hospitalisé au cours des trois derniers mois dans le cadre de la pathologie chronique		
Tout à fait d'accord	10	(29,4)
D'accord	14	(41,2)
Sans avis	5	(14,7)
Pas d'accord	4	(11,8)
Pas du tout d'accord	1	(2,9)

Tableau 21. Évaluation de l'avis des étudiants-stagiaires sur la pertinence des critères de recrutement des patients atteints de pathologie chronique (n = 37)

Critère	n	(%)
Patient ayant plus de 65 ans		
Tout à fait d'accord	8	(21,6)
D'accord	18	(48,6)
Sans avis	1	(2,8)
Pas d'accord	10	(27)
Pas du tout d'accord	0	(0)
Patient ayant plus de 5 médicaments prescrits		
Tout à fait d'accord	11	(29,7)
D'accord	19	(51,4)
Sans avis	2	(5,4)
Pas d'accord	5	(13,5)
Pas du tout d'accord	0	(0)
Patient ayant au moins un médicament à MTE		
Tout à fait d'accord	10	(27)
D'accord	20	(54,1)
Sans avis	3	(8,1)
Pas d'accord	4	(10,8)
Pas du tout d'accord	0	(0)
Patient ayant été hospitalisé au cours des trois derniers mois dans le cadre de la pathologie chronique		
Tout à fait d'accord	10	(27)
D'accord	17	(45,9)
Sans avis	7	(19)
Pas d'accord	3	(8,1)
Pas du tout d'accord	0	(0)

Tableau 22. Description des principaux freins rapportés par les maîtres de stage et étudiants-stagiaires vis-à-vis des BM et de l'étude

	Maîtres de stage	Étudiants-stagiaires
BM	<ul style="list-style-type: none"> - Rémunération insuffisante et différée (n = 6) - Absence de cadre législatif pour BM au domicile du patient (n = 2) - Absence d'accès au dossier médical du patient (n = 2) 	<ul style="list-style-type: none"> - Difficultés de compréhension du patient (n = 7) - Problèmes dans la communication avec les autres soignants (n = 4) - Rémunération insuffisante (n = 2)
Etude	<ul style="list-style-type: none"> - Recrutement des patients (n = 13) - Protocole chronophage (n = 10) - Problème d'accès aux sources d'information (n = 3) 	<ul style="list-style-type: none"> - Protocole chronophage (n = 19) - Recrutement des patients (n = 16) - Difficultés d'accès aux sources d'information (n = 6)

6. Bibliographie

- [1]. Blanc A. Le Moniteur des Pharmacies : Les entretiens pharmaceutiques relancés. [En ligne]. <http://www.lemoniteurdespharmacies.fr/revues/le-moniteur-des-pharmacies/article/n-3111/les-entretiens-pharmaceutiques-relances.html>. Consulté le 2 novembre 2017.
- [2]. Bryant LJ, Coster G, Gamble GD, McCormick RN. The General Practitioner-Pharmacist Collaboration (GPPC) study: a randomised controlled trial of clinical medication reviews in community pharmacy. *Int J Pharm Pract.* 2011 Apr;19(2):94-105
- [3]. Kwint HF, Faber A, Gussekloo J, Bouvy ML. The contribution of patient interviews to the identification of drug-related problems in home medication review. *J Clin Pharm Ther.* 2012 Dec;37(6):674-80.
- [4]. Vinks TH, Egberts TC, de Lange TM, de Koning FH. Pharmacist-based medication review reduces potential drug-related problems in the elderly: the SMOG controlled trial. *Drugs Aging.* 2009;26(2):123-33
- [5]. Gerd Granas A, Battes I. The effect of pharmaceutical review of repeat prescriptions in general practice. *Int J Pharm Pract.* 1999; 7(4): 264-75
- [6]. Krass I, Smith C. Impact of medication regimen reviews performed by community pharmacists for ambulatory patients through liaison with general medical practitioner. *Int J Pharm Pract.* 2000 8(2): 111-20
- [7]. Lenaghan E, Holland R, Brooks A. Home-based medication review in a high risk elderly population in primary care--the POLYMED randomised controlled trial. *Age Ageing.* 2007 May;36(3):292-7.
- [8]. Houle SK, Grindrod KA, Chatterley T, Tsuyuki RT. Paying pharmacists for patient care: A systematic review of remunerated pharmacy clinical care services. *Can Pharm J (Ott).* 2014 Jul;147(4):209-32.

- [9]. Naik Panvelkar P, Saini B, Armour C. Measurement of patient satisfaction with community pharmacy services: a review. *Pharm World Sci.* 2009 Oct;31(5):525-37.
- [10]. Lancaster KJ. A new approach to consumer theory. *J Polit Econ.* 1966;74(2):132-57.
- [11]. Roberts A, Benrimoj S, Chen T, Williams K, Aslani P. Implementing cognitive services in community pharmacy: a review of facilitators used in practice change. *Int J Pharm Pract.* 2006;14(3):163-70.
- [12]. Lea VM, Corlett SA, Rodgers RM. Workload and its impact on community pharmacists' job satisfaction and stress: a review of the literature. *Int J Pharm Pract.* 2012 Aug;20(4):259-71
- [13]. Grindrod KA, Marra CA, Colley L, Tsuyuki RT, Lynd LD. Pharmacists' preferences for providing patient-centered services: a discrete choice experiment to guide health policy. *Ann Pharmacother.* 2010 Oct;44(10):1554-64.
- [14]. Ford RC, Bach SA, Fottler MD. Methods of measuring patient satisfaction in health care organizations. *Health Care Manag (Frederick).* 1997;22(2):74–89.
- [15]. SFPC, Société Française de Pharmacie Cinique. Bilan de médication : cahier d'observation. Rouen : SFPC. 2016
- [16]. Carter SR, Moles R, White L, Chen TF. Exploring patients' motivation to participate in Australia's Home Medicines Review program. *Int J Clin Pharm.* 2012 Aug;34(4):658-66.
- [17]. Bardet J-D. Les pratiques pharmaceutiques collaboratives en soins de premiers recours sans le contexte d'émergence des TIC. Grenoble : COMUE Grenoble Alpes, 2016.
- [18]. White L, Klinner C, Carter S. Consumer perspectives of the Australian Home Medicines Review Program: benefits and barriers. *Res Social Adm Pharm.* 2012 Jan-Feb;8(1):4-16.
- [19]. Carter SR, Chen TF, White L. Home medicines reviews: a quantitative study of the views of recipients and eligible non-recipients. *Int J Pharm Pract.* 2012 Aug;20(4):209-17.

- [20]. Willeboordse F, Hugtenburg JG, Schellevis FG, Elders PJM. Patient participation in medication reviews is desirable but not evidence-based : a systematic literature review. [Br J Clin Pharmacol](#). 2014 Dec; 78(6): 1201–1216.
- [21]. Bryant L, Coster G, McCormick R. Community pharmacist perceptions of clinical medication reviews. *J Prim Health Care*. 2010 Sep 1;2(3):234-42.
- [22]. Vandendriessche M. Le Moniteur des Pharmacies – Entretiens AVK : le satisfecit des pharmaciens et des patients. [En ligne]. <http://www.lemoniteurdespharmacies.fr/actu/actualites/actus-socio-professionnelles/150306-entretiens-avk-le-satisfecit-des-pharmaciens-et-des-patients.html>. Consulté le 2 novembre 2017.

DISCUSSION GÉNÉRALE

L'objectif de la méthode est d'évaluer plusieurs facteurs influençant la mise en œuvre et l'implantation des BM à l'officine. Les facteurs étudiés sont les informations récupérées auprès des patients pendant l'entretien, pour apprécier la plus-value pour les soins du patient via les IP, l'évaluation de la tolérance aux médicaments et une évaluation des connaissances sur les traitements. Les indicateurs opérationnels du BM et le niveau de satisfaction des patients et des pharmaciens ayant participé à l'expérimentation ont également été étudiés. L'installation du BM à l'officine nécessite de réorganiser les ressources humaines et économiques à disposition pour l'intégrer à l'activité quotidienne de dispensation et assurer sa durabilité et sa viabilité à long terme.

À notre connaissance, cette étude sur ces 3 axes semblerait être la première menée en France sur les indicateurs organisationnels des BM.

Une première partie analysera le volume, la qualité et la nature des informations récupérées patients pendant les BM pour apprécier la plus-value pour les soins du patient via la codification d'IP, des déclarations de pharmacovigilance et une évaluation des connaissances sur les traitements.

1. Intérêt du BM pour la pratique du pharmacien officinal

Le développement des entretiens pharmaceutiques est une piste de croissance pour l'entreprise officinale, l'objectif étant de déconnecter progressivement la rémunération du pharmacien du prix et du volume de dispensation des médicaments remboursables. Le BM pourrait permettre au pharmacien de revenir à son cœur de métier et promouvoir l'éducation thérapeutique du patient. De plus, le pharmacien est spécialiste du médicament et est placé au centre du parcours de soin. Les pharmaciens devraient saisir l'opportunité et s'investir dans les entretiens pharmaceutiques pour asseoir leur rôle de soignant de proximité.

Pour garantir le bon fonctionnement des BM, médecins et pharmaciens doivent coopérer pour optimiser leurs compétences. Le médecin traitant, bien que premier interlocuteur du patient, n'est pas toujours informé de tous les traitements prescrits par certains spécialistes, ni des médicaments pris par le patient en automédication. Le BM correspond à une mission d'accompagnement du patient, l'expertise et les connaissances pharmacologiques du pharmacien sont mises à disposition du médecin pour sécuriser sa prescription et conforter ses choix thérapeutiques.

De plus si le médecin informe son patient en amont en lui parlant de cette nouvelle mission du pharmacien, cela rendra plus facile le recrutement dans le cadre du protocole des BM et limitera le risque de confusion du « pharmacien qui se substitue au médecin » dans l'esprit du patient.

Pour prévenir les confusions, le pharmacien pourra anticiper et informer les médecins de la tenue du BM pour éviter qu'il l'apprenne par l'intermédiaire de leur patient.

De par son temps dédié et sa méthodologie, le BM permet de détecter des choses qui ne seraient pas appréciables autrement. Notre étude montre une nouvelle typologie des IP, une évaluation de la tolérance au traitement et des besoins du patient tels que la mise en œuvre d'une aide-ménagère ou l'instauration d'un pilulier.

2. Justification des critères d'inclusion des patients

La lutte contre l'iatrogénie médicamenteuse chez les sujets âgés est un des leviers pour la mise en place des BM à l'officine. Au-delà de son coût humain et économique très élevé, l'iatrogénie médicamenteuse cause plus de 115 000 hospitalisations par an [14].

Les critères d'inclusion de notre étude sont différents de ceux retenus par la sécurité sociale dans l'Avenant 11 à la Convention nationale. En plus de l'âge d'au moins 65 ans et du critère d'au moins 5 médicaments prescrits, nous avons retenu la prescription d'au moins un médicament à MTE et une hospitalisation dans les 3 derniers mois en rapport avec la (les)

pathologie(s) chronique(s). La polymédication, la prescription de médicament à MTE, la multiplication des prescripteurs et une hospitalisation récente sont autant de facteurs de risque d'iatrogénie chez le sujet âgé. Une attention particulière devra être portée à l'officine à ces autres catégories de patients.

Parmi les patients ayant fait l'objet d'un BM dans l'étude, 80 % d'entre eux avaient au moins 65 ans et près de 9 patients sur 10 avaient au moins 5 médicaments prescrits. Une étude menée par OpenHealth auprès de pharmacies d'officine à l'automne 2016 montrait que les patients de plus de 65 ans polymédiqués prenaient au moins 7 médicaments par jour. Et que ces patients consommaient en moyenne plus de 14 médicaments différents (prescrits et en automédication) au cours d'un trimestre [15]. Il semble alors pertinent d'inclure d'une part les patients de plus de 65 ans et d'autre part ceux prenant quotidiennement plus de 5 médicaments prescrits. D'autant que le risque de mésusage est majoré chez le sujet âgé.

La moitié des patients affirmait avoir eu une modification de leurs médicaments dans les 3 derniers mois. De plus, les patients étaient un quart à avoir été hospitalisés dans l'année précédant la réalisation du BM. Pour la moitié d'entre eux, cette hospitalisation récente avait eu lieu dans les 3 derniers mois. Une hospitalisation peut engendrer une réévaluation des pathologies et des traitements pouvant se traduire par une modification de l'ordonnance. Et le retour au domicile peut constituer un point de rupture dans la continuité des soins du patient. Un compte-rendu d'hospitalisation est fréquemment adressé au médecin traitant du patient à sa sortie. Des initiatives sont entreprises localement pour impliquer le pharmacien officinal à ce point de transition, comme la rédaction d'une synthèse pharmaceutique de la conciliation de sortie à l'intention du pharmacien référent au service gériatrie du CHU Grenoble Alpes [16]. Une modification dans les traitements peut être source de confusion et d'erreurs, tant pour le patient que pour les professionnels de santé l'entourant, ce qui peut justifier la réalisation d'un BM.

3. Attentes des patients vis-à-vis des entretiens pharmaceutiques

Le BM est plébiscité par les patients inclus de l'étude. Il semble répondre aux attentes de prise en charge pharmaceutique des patients atteints de pathologie chronique. Ces résultats sont similaires à ceux de l'enquête « Avenir Pharmacie ». C'est une étude nationale, menée à la demande de plusieurs acteurs de la sphère pharmaceutique et réalisée entre janvier et février 2017 auprès de 4 043 patients, 521 pharmaciens titulaires et 197 équipes officinales. Les résultats publiés permettent d'affirmer que les patients sont en demande d'un certain nombre de services supplémentaires proposés à l'officine qui les aideraient à être plus adhérents. Parmi ces nouveaux services, les deux tiers des patients sous traitement depuis au moins 3 mois seraient intéressés par un entretien de 15 minutes tous les trimestres pour les aider à mieux prendre leurs traitements. Et sous réserve que leur rémunération soit suffisante pour assurer la rentabilité de ce service, 90% des pharmaciens titulaires seraient prêt à effectuer ces entretiens pour réaliser un bilan des traitements et donner des conseils appropriés au patient à propos de sa prise en charge thérapeutique. De plus, en cas d'hospitalisation prévue, deux tiers des patients seraient aussi intéressés par un entretien de 15 minutes avec leur pharmacien pour préparer leur retour au domicile [17].

4. Rémunération du BM et coût de revient pour le pharmacien titulaire

La grille des salaires d'un pharmacien adjoint tient compte de l'ancienneté de sa pratique professionnelle et des responsabilités confiées [18]. La rémunération horaire brute varie de 17,42 euros pour un cadre muni du diplôme de pharmacien disposant de moins d'un an de pratique professionnelle (position I et échelon 1) au coefficient 400 à 34,84 euros brut pour les cadres occupant des fonctions hiérarchiquement supérieures et avec une valeur technique élevée (position III) au coefficient 800 [18 ; 19]. D'après une enquête de la FSPF menée en 2012, la majorité des pharmaciens adjoints sont rémunérés au coefficient 500, soit une rémunération

horaire brute à 21,775 euros [20] avec un coût global approximatif pour l'officine de 4 600 euros [21].

L'accord conclu le 25 avril 2017 entre les deux principaux syndicats de pharmaciens et l'Assurance maladie prévoit une rémunération du BM des patients âgés polymédiqués comme suit : 60 euros par patient pour la première année, 30 euros par patient en cas de prescription de nouveaux traitements et 20 euros en cas de continuité de traitements les années suivantes. Cette rémunération serait versée à la fin du premier trimestre de l'année N+1 [22].

Nous avons montré que la durée totale moyenne du BM complet est de 109,9 minutes (SD = 47,62).

La réalisation d'un BM nécessite un investissement conséquent de la part du pharmacien d'officine. La démarche du BM est chronophage selon plusieurs aspects : augmentation du temps de formation avec la formation à la conduite d'entretien pharmaceutique et la formation pharmacologique spécifique et durée nécessaire à la réalisation du BM dans sa globalité. En effet, il sera aussi nécessaire de former les équipes officinales à la pharmacie clinique appliquée à l'officine pour conforter la place de l'analyse et ne pas se contenter d'un entretien descriptif. Au-delà de la rémunération brute, le pharmacien titulaire devra intégrer à l'organisation officinale qu'un pharmacien monopolisé à la réalisation d'un BM ne sera pas disponible au comptoir pour l'activité de dispensation.

Le coût total du BM devra inclure ces frais de formation spécifiques en complément du coût salarial.

Certains organismes proposent déjà des formations dédiées au BM pour les patients âgés polymédiqués comme l'organisme PharmaGuideur® dans le Sud-Est dans le cadre du DPC [23] au prix de 340 euros pour une journée de 7 heures. Il est aussi possible de trouver des guides pratiques gratuits de recommandation pour la pratique des BM à l'officine avec des exemples de protocole [24].

S'il est difficile d'estimer l'amortissement des coûts de formation, le temps de formation correspond à un temps d'immobilisation pendant laquelle la masse salariale ne produit pas.

Une heure de rémunération d'un pharmacien adjoint au coefficient 500 revient environ à 32 euros/heure à son employeur en tenant compte des charges. Un BM complet durant en moyenne près de 1h50, cela équivaut à un coût salarial d'environ 59 euros pour le titulaire de l'officine. Or la rémunération prévue est de 60 euros/patient la première année, sans condition de durée. De plus, le titulaire doit aussi prendre en compte les autres charges fixes de l'entreprise officinale : le loyer, l'eau, l'électricité, le LGO, les frais d'assurance, etc. ...

La diminution significative des temps moyens de préparation et d'analyse des BM durant l'expérimentation indiquerait un effet d'apprentissage de la part des étudiants-stagiaires. Il est envisageable que ce phénomène soit retrouvé auprès des pharmaciens d'officine débutant les BM. Pour optimiser la durée du BM dans les officines comptant plusieurs pharmaciens, un des axes de réflexion serait de diversifier les compétences spécifiques jusqu'à avoir un pharmacien spécialiste d'une ou de plusieurs pathologies données.

Une pharmacie est une entreprise. Comme toute entreprise, la modification des services nécessite une réorganisation des ressources disponibles.

5. Solutions possibles aux freins formulés par les étudiants-stagiaires et maîtres de stage

L'intervalle des rémunérations pour le BM à l'international varie de 40 à 150 dollars pour un entretien initial et de 20 à 35 dollars pour un entretien de suivi, suivant les modalités de réalisation (officine, domicile, téléphone etc...) [25].

Les pharmaciens interrogés jugent la rémunération du BM inadaptée, ce qui constitue un frein à leur mise en place. Elle est aussi citée par les étudiants en 6^{ème} année. Une des perspectives envisageables, outre une augmentation de la rémunération prévue par l'avenant conventionnel, pourrait être de ne pas inclure la rémunération des BM dans la ROSP pour qu'ils ne soient pas

rémunérés tardivement à l'année N+1 ou prévoir une campagne d'information et des courriers incitatifs pour les patients concernés.

Les problèmes de l'accès aux sources d'information et du recrutement des patients ont également été évoqués par les maîtres de stage et les étudiants stagiaires. Pour garantir son bon fonctionnement, le BM nécessite une bonne relation médecin – pharmacien [26 ; 27]. Ces derniers doivent coopérer pour optimiser leurs compétences. La coopération doit permettre deux choses : aider le pharmacien à obtenir des informations sur le patient et augmenter le recrutement de patients [26] . Le médecin traitant, bien que premier interlocuteur du patient, n'est pas toujours informé de tous les traitements prescrits par certains spécialistes, ni des médicaments pris par le patient en automédication. Si le médecin informe son patient en amont en lui parlant de cette nouvelle mission du pharmacien, cela rendra plus facile le recrutement dans le cadre du protocole des BM et limitera le risque de confusion du « pharmacien qui se substitue au médecin » dans l'esprit du patient.

Pour optimiser le BM, un questionnaire simplifié devra être rédigé pour favoriser le dialogue et ne pas reproduire un formulaire uniquement basé sur des questions fermées. Une simplification des outils informatiques de gestion des entretiens pharmaceutiques pourra aussi s'avérer nécessaire. Notamment pour aider au recrutement des patients grâce à l'historique des dispensations retrouvé dans le logiciel de la pharmacie ou pour faciliter l'archivage électronique des questionnaires d'entretien et du consentement des patients.

6. Perspectives futures de développement du BM

Pour éviter de rencontrer les obstacles des précédents entretiens pharmaceutiques avec le lancement du BM et renforcer l'implication des pharmaciens officinaux, plusieurs axes de réflexion sont possibles : ne pas inclure leur rémunération dans la ROSP pour qu'ils ne soient

pas rémunérés tardivement à l'année N+1 ou prévoir une campagne d'information et des courriers incitatifs pour les patients concernés.

Une des perspectives d'évolution future des BM serait d'élargir les critères d'inclusion des patients. A titre d'exemple, un tiers des patients sous traitements antirétroviraux souhaiteraient qu'on leur propose un entretien pharmaceutique [28]. De même, l'étude DiabPharmObserv a montré que la réalisation d'un entretien pharmaceutique chez des patients atteints de diabète de type 2 entraînait une diminution de l'hémoglobine glyquée pour plus de deux tiers d'entre eux [29].

A l'avenir, il est possible que deux modèles d'officines se distinguent, en fonction des ressources humaines et économiques disponibles : des pharmacies de services pourraient émerger tandis que d'autres garderont un rôle unique de dispensation [30].

CONCLUSION

Le bilan des médicaments est une activité mise en place en France depuis 2010 dans les établissements de soins dans le cadre de la conciliation médicamenteuse. L'Avenant 11 à la Convention nationale pharmaceutique formalise l'application du BM en ville par les pharmaciens d'officine.

L'entretien du BM permet de récupérer des informations sur les connaissances globales du patient sur ses médicaments et leur gestion quotidienne.

Les objectifs de notre étude sont : l'analyse des BM quant aux IP et besoins des patients tant vis-à-vis des médicaments que sociaux, l'analyse des indicateurs opérationnels des BM et l'analyse du niveau de satisfaction des patients et des pharmaciens ayant participé.

Nous avons effectué une étude sur 387 BM réalisés dans 41 officines, entre janvier et avril 2017, afin d'évaluer plusieurs variables influençant leur implantation.

Le BM a permis la codification de 283 IP. Les problèmes les plus fréquemment rapportés sont : les interactions médicamenteuses, le monitoring à suivre et les effets indésirables. Et les interventions les plus souvent envisagées sont : l'amélioration des méthodes de dispensation et d'administration, le suivi thérapeutique et l'arrêt ou refus de délivrer. Les entretiens ont majoritairement eu lieu à l'officine et en fin de matinée. Le temps de travail des différentes étapes diminue en fonction de l'avancée de l'expérimentation, et ce de manière significative pour les étapes de préparation et d'analyse. Cela peut supposer un effet d'apprentissage. À propos du niveau de satisfaction des différents acteurs du BM, il est globalement très bon. La majorité des patients affirment avoir amélioré leurs connaissances sur leurs médicaments et leur gestion. Pour les pharmaciens, le BM a sa place dans les nouvelles missions à l'officine et ils sont prêts à en réaliser.

Notre étude apporte une première réponse sur l'intérêt du BM dans la sécurisation de la prise en charge des patients à l'officine. L'objectif a également été de proposer des ébauches de

solutions sur la réorganisation des ressources humaines et économiques pour intégrer le BM à l'activité quotidienne de dispensation.

Dans la pratique, pour faciliter l'organisation des BM, il sera nécessaire de croiser au cas par cas : la fréquentation moyenne de la pharmacie par tranche horaire pour définir les créneaux les moins sollicités et les effectifs de personnel présents pour garantir une bonne gestion de la clientèle au comptoir tout en assurant des BM.


La réalisation des BM étant le point d'entrée pour une prise charge globale en pharmacie clinique par le pharmacien d'officine, de prochains travaux seront nécessaires pour étudier les périodes d'affluence et définir les tâches des différents acteurs de la pharmacie. Il serait également intéressant d'étudier la pertinence des IP ou d'évaluer la motivation des pharmaciens officinaux.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Grenoble, le : 07/12/2017

LE DOYEN

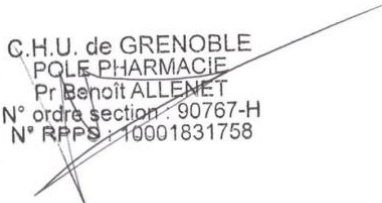
Pour la Présidente
et par délégation
Le Doyen de Pharmacie
Pr. Michel SÈVE



Pr. Michel SÈVE

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE

C.H.U. de GRENOBLE
POLE PHARMACIE
Pr Benoît ALLENET
N° ordre section : 90767-H
N° RPPS : 10001831758



Pr. Benoît ALLENET

ANNEXES

BILAN DE MEDICATION A L'OFFICINE

AVANT L'ENTRETIEN		
Repérage des patients	Cibler les patients	Critères d'inclusion. 1 maladie chronique + - 65 ans - 5 médicaments - 1 médicament MTE - Hospitalisation récente $\pm < 3$ mois) dans le cadre de la maladie chronique
	Expliquer l'objectif de l'entretien pharmaceutique	Pour rappel, l'objectif du bilan de médication est de faire le point sur leurs connaissances de l'ordonnance, leur façon de gérer les médicaments au quotidien (modalités de préparation et de prise, stockage), mais aussi évaluer leur observance, les effets indésirables éventuels et l'efficacité.
Prise de rendez-vous	Proposer un rendez-vous	Préciser au patient que l'entretien se déroulera sous forme de questions, pour une durée de 30 à 40 minutes environ.
	Remettre au patient une check-list	Documents qu'il devra préparer pour l'entretien : 1. Ordonnance(s) du médecin traitant 2. Ordonnance(s) du ou des médecins spécialistes 3. Bilan de biologie 4. Compte-rendu d'hospitalisation éventuel 5. Carnet de vaccination
	Lire la carte vitale	Pour accéder au dossier pharmaceutique et éditer la liste des dispensations des 4 derniers mois.
Préparation de l'entretien	Pré-remplir le tableau correspondant aux traitements médicamenteux	À l'aide du DP, du dossier local et de SISRA. Le tableau sera complété au fur et à mesure de l'entretien.
PENDANT L'ENTRETIEN		
Compléter les pages du formulaire	Compléter les différentes pages du formulaire	Remarque : Page 1 : Numéro d'identification. Le numéro correspond à vos initiales. Le numéro du patient sera attribué par ordre croissant en commençant par 01.
Réaliser le bilan médicamenteux	Compléter les pages du formulaire	Conseil : commencer par le questionnaire sur l'adhésion médicamenteuse.
Donner des conseils de bon usage du médicament	Au patient	Selon les informations qu'il vous donnera.

APRES L'ENTRETIEN		
Réaliser la synthèse	Des éventuels problèmes identifiés	
Codifier les interventions	Selon les critères de la SFPC	Le type d'intervention pharmaceutique sera ajouté dans le tableau de recueil des médicaments en face du médicament concerné.
Formaliser vos interventions		Formaliser vos remarques et les discuter avec le maître de stage. Le cas échéant ; précisez si l'intervention pharmaceutique est acceptée ou refusée par le médecin généraliste.



*Étude pilote sur
les bilans de médication en officine.*

Julie JONCOURT

Pr Benoît ALLENET
Dr Jean-Didier BARDET
Dr Béatrice BELLET

IDENTIFICATION BILAN DE MÉDICATION

NUMÉRO BMO :

(2 première lettres du nom de famille, 1ère lettre du prénom, numéro de l'entretien sur le format 01, 02, 03...)

Nom de l'étudiant :

Prénom de l'étudiant :

Date de réalisation :

(jour/mois/année)

Heure de début d'entretien :

(hh : mn)

Lieu de l'entretien :

- Domicile du patient
 Officine

Distance entre l'officine et le lieu de l'entretien : mètres

Moyen de locomotion utilisé pour se rendre au domicile du patient :

Choix du lieu : indiquez qui a choisi le lieu d'entretien

- Patient
 Stagiaire
 Maître de stage

Temps de travail (en minutes) :

Durée de préparation de l'entretien : mn

Durée de déplacements aller/retour : mn

Durée effective d'entretien : mn

Durée d'analyse : mn

Durée de communication officine – médecin : mn

Commentaires *(Ajouter un commentaire si besoin)*

CONTEXTE

PATIENT

⊗ Données sociodémographiques

1. **Sexe** (*1 seul choix possible*) :

- F
 M

2. **Âge** (*1 seul choix possible*) : ans

3. **IMC** (*1 seul choix possible*) : kg/m²

4. **Lieu d'habitation** (*1 seul choix possible*) :

- Domicile (habitation individuelle)
 Domicile (habitation collective)
 Foyer logement
 EHPAD
 Autre (précisez) :

5. **Mode d'habitation** (*1 seul choix possible*) :

- Seul(e)
 Avec conjoint
 Avec famille
 Autre (précisez) :

6. **Aides existantes** (*plusieurs choix possibles*) :

- Oui (si oui, précisez) Non Ne sait pas.

- | | | |
|-------------------|------------------------------|------------------------------|
| Aide-ménagère | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| IDE | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Kinésithérapeute | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Portage des repas | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Téléalarme | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Autre(s) | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |

Si oui, précisez :

⊗ **Résumé de l'entretien**

(Description détaillée de l'entretien – historique médicale, mode vie, problématiques du patient et qualité de l'échange)

--

⊗ Pathologies associées

1. Pathologies cardiovasculaires :

HTA	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne sait pas
Hypercholestérolémie	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne sait pas
Fibrillation auriculaire ou flutter	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne sait pas
IDM ou insuffisance coronarienne	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne sait pas
Insuffisance cardiaque	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne sait pas
Artériopathie des membres inférieurs	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne sait pas
AVC avec ou sans séquelle	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne sait pas
AIT	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne sait pas

2. Pathologies psychiatriques :

Dépression	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne sait pas
Trouble bipolaire	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne sait pas
Trouble psychotique	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne sait pas

3. Pathologies neurologiques :

Maladie de Parkinson	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne sait pas
Epilepsie	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne sait pas
Démence	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne sait pas

4. Autres pathologies :

Insuffisance rénale	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne sait pas
Cancer en cours d'évolution	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne sait pas
Pathologie pulmonaire chronique	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne sait pas
Dysthyroïdie	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne sait pas
UGD < 2 mois et/ou RGO symptomatique	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne sait pas
Ostéoporose fracturaire	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne sait pas
Maladie auto-immune	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne sait pas

Autres pathologies ? (Précisez)

5. Autres :

Chute au cours des 3 derniers mois	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne sait pas
Plainte du sommeil	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne sait pas
Somnolence en journée	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne sait pas
Perte de poids de + de 4,5 kg dans l'année	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne sait pas
Perte d'appétit	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne sait pas
Incontinence urinaire	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Ne sait pas

⊗ Hospitalisations - Urgences

Le patient a été hospitalisé(e) récemment (< 1 an) ? Oui Non

Si oui pouvez-vous nous donner les dates et les motifs de chaque hospitalisation ?

Hospitalisation 1 :

Date : (jour/mois/année)

Motif :

Hospitalisation 2 :

Date : (jour/mois/année)

Motif :

Hospitalisation 3 :

Date : (jour/mois/année)

Motif :

Hospitalisation 4 :

Date : (jour/mois/année)

Motif :

Avez-vous contacté votre médecin en urgence par rapport à la maladie pour laquelle vous êtes traité (< 1 an) ? Oui Non

Si oui pouvez-vous nous donner les dates et les motifs de chaque appel ?

Contact 1 :

Date : (jour/mois/année)

Motif :

Contact 2 :

Date : (jour/mois/année)

Motif :

Contact 3 :

Date : (jour/mois/année)

Motif :

⊗ Commentaires généraux (Ajouter un commentaire si besoin)

MÉDICAMENTS

1. Nombre de médicaments :

Prescrits :

Non prescrits (automédication, OTC) :

Compléments alimentaires :

Phytothérapie :

Totaux :



2. Bilan médicamenteux optimisé :

Les colonnes grisées « Oui/Non » renvoient aux connaissances du patient. Par exemple, le patient sait-il citer l'indication de ses traitements.

Les sources d'informations peuvent-être :

- *DP : le dossier pharmaceutique ;*
- *H : l'historique médicamenteux du patient, retrouvé grâce au logiciel de l'officine ;*
- *P : les informations recueillies auprès du patient ;*
- *S : la messagerie SISRA.*

	DCI / Dosage / Code CIP	O	N	Posologie / Moment de prise	O	N	Indication	O	N	Date de début de traitement	Sources d'information			
											DP	H	P	S
1	█ CIP7 : █	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	█	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	█	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	█	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	█ CIP7 : █	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	█	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	█	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	█	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	█ CIP7 : █	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	█	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	█	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	█	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	█ CIP7 : █	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	█	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	█	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	█	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	█ CIP7 : █	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	█	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	█	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	█	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	█ CIP7 : █	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	█	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	█	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	█	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	█ CIP7 : █	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	█	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	█	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	█	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	█ CIP7 : █	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	█	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	█	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	█	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	█ CIP7 : █	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	█	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	█	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	█	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	█ CIP7 : █	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	█	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	█	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	█	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	█ CIP7 : █	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	█	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	█	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	█	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	█ CIP7 : █	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	█	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	█	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	█	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	█ CIP7 : █	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	█	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	█	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	█	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	█ CIP7 : █	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	█	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	█	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	█	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	█	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	█	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	█	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	█	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	DCI / Dosage / Code CIP	O	N	Posologie / Moment de prise	O	N	Indication	O	N	Date de début de traitement	Sources d'information			
											DP	H	P	S
	CIP7 : █████													
16	█████ CIP7 : █████	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	█████	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	█████	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	█████	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17	█████ CIP7 : █████	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	█████	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	█████	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	█████	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18	█████ CIP7 : █████	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	█████	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	█████	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	█████	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19	█████ CIP7 : █████	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	█████	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	█████	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	█████	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20	█████ CIP7 : █████	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	█████	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	█████	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	█████	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21	█████ CIP7 : █████	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	█████	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	█████	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	█████	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22	█████ CIP7 : █████	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	█████	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	█████	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	█████	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23	█████ CIP7 : █████	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	█████	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	█████	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	█████	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24	█████ CIP7 : █████	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	█████	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	█████	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	█████	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25	█████ CIP7 : █████	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	█████	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	█████	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	█████	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(Médicaments sur prescription et OTC)

3. Changements récents dans la thérapeutique médicamenteuse :

Une modification du traitement a-t-elle été réalisée dans les 3 derniers mois ?

Oui Non

Si oui la(es)quelle(s) (cocher et préciser le nom et la dose du médicament) : *(Indiquer le nom du ou des médicaments impliqués et le motif pour chacun)*

Arrêt(s) :

Diminution ou augmentation des doses :

Changement de médicament(s) :

Ajout d'un ou plusieurs nouveaux médicaments :

Autre :

Commentaires :

4. Eléments pertinents de biologie : *(Indiquer le nom de l'analyse, la valeur biologique et le ou les médicaments concernés)*

5. Effets indésirables : *(Indiquer l'effet indésirable détecté ou décrit par le patient, ainsi que le ou les médicaments impliqués)*

Une déclaration de pharmacovigilance ou matériovigilance a été réalisée :

Oui Non

(Insérer la déclaration en pièce jointe)

6. Allergies médicamenteuses :

Oui Non Ne sait pas

Si oui, précisez :

7. Vaccinations :

Les vaccinations suivantes sont-elles à jour ?

Grippe Oui Non Ne sait pas
Tétanos Oui Non Ne sait pas
Pneumocoque Oui Non Ne sait pas

8. Gestion globale du traitement :

Le patient utilise-t-il un pilulier ? Oui Non

Si, est-il préparé par lui-même ? Oui Non

Le patient va t'il chercher lui-même ses médicaments à la pharmacie ?

Oui Non Non applicable

Le patient gère t'il seul la prise de ses traitements ?

Oui Non Non applicable

9. Prescription des médicaments :

Les horaires de prise de vos médicaments vous semblent-ils adaptés au mode de vie du patient ?

Oui Non Non applicable

Si non, précisez :

Le patient pense-t-il prendre trop de médicaments ?

Oui Non Non applicable

10. Gestion du stock de médicaments :

Est-ce qu'il arrive au patient de manquer de médicaments ?

Oui Non Non applicable

Est-il au contraire confronté à un stock de médicaments excédentaire ?

Oui Non Non applicable

Le patient possède-t-il un stock de médicaments en commun avec des proches ?

Oui Non Non applicable

11. Préparation et prise des médicaments :

Le patient a-t-il des difficultés liées à la forme de certains de vos médicaments (comprimés à avaler, gouttes à compter ?)

Oui Non Non applicable

Si oui, quel(s) médicament(s) posent problème et pourquoi ?

Y-a-t-il des médicaments que le patient écrase ou des gélules qu'il ouvre ?

Oui Non Non applicable

Si oui, le(s)quel(s) ?

12. Suivi du traitement :

Si certains de ses médicaments nécessitent un suivi par prise de sang, le patient rencontre-t'il des difficultés à la faire ?

Oui Non Non applicable

Si oui, le(s)quel(s) ?

13. Autre :

Le patient a-t-il des interrogations concernant ses médicaments abordées (ou non) lors de cet entretien ? *(Détaillez les questions relatives au traitement et / ou à la pathologie et posées par le patient. Détailler les actions que vous avez mises en œuvre)*

Le patient a-t-il des besoins particuliers abordés (ou non) lors de cet entretien ? *(Détaillez les besoins - thérapeutiques, sociaux, Détailler les actions que vous avez mises en œuvre)*

Indiquez toute autre remarque utile, ressortant de votre entretien avec le patient et valorisant la prise en charge pharmaceutique.



ADHESION AU TRAITEMENT (QUESTIONNAIRE QUILAM)

Première partie

Echelle de 0 à 100 (0 signifie que vous ne prenez jamais vos médicaments, et 100 que vous les prenez toujours, à l'heure et 0 la dose prescrites)

Indiquez le nombre défini par le patient :

Deuxième partie

Pour chaque question, cochez la réponse qui vous correspond le mieux de 1 à 7 (1 = pas du tout d'accord, 7 = Tout à fait d'accord)

	Pas du tout d'accord				Tout à fait d'accord		
	1	2	3	4	5	6	7
1. Les médecins utilisent trop de médicaments.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Je m'inquiète parfois à propos des effets à long terme de mon traitement.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Je suis parfois négligeant(e) dans la prise de mes médicaments	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Mon médecin (ou autre professionnel de santé) m'a expliqué comment traiter correctement ma maladie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Si les médecins passaient plus de temps avec les patients, ils prescriraient moins de médicaments.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Les remèdes naturels sont plus sûrs que les traitements médicaux.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Je suis globalement satisfait(e) de ce traitement.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Il m'arrive de diminuer ou d'arrêter de prendre mes médicaments sans le dire à mon médecin, parce que je me sens plus mal lorsque je les prends.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Il m'arrive de ne pas être à l'aise pour prendre mon médicament pour des raisons sociales (ex : j'étais avec des amis).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. J'ai des difficultés à gérer tous les médicaments que je dois prendre.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Il m'arrive de ne pas avoir mes médicaments avec moi au moment où je devais les prendre.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12. Je comprends les instructions données par les professionnels de santé sur la prise des médicaments.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Nous prenons les décisions ensemble avec mon médecin.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Il m'arrive d'oublier de faire renouveler mes prescriptions.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

INTERVENTIONS PHARMACEUTIQUES

PLAN DE SOINS PHARMACEUTIQUES

(à détailler pour chaque problème identifié)

PROBLEME N°1

Contexte : informations subjectives du patient ou données objectives recueillies

Analyse pharmaceutique : indiquer le problème

Plan

Intervention / alternative 1

Intervention / alternative 2

Suivi

CODIFICATION DE L'INTERVENTION PHARMACEUTIQUE N°1

Date :	Désignation du produit	Code CIP7 / ACL du produit
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
1 - PROBLEME (1 choix) : 1.1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Contre-indication / Non-conformité aux référentiels 1.2 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Problème de posologie 1.3 Interaction médicamenteuse <input type="checkbox"/> A prendre en compte <input type="checkbox"/> Précaution d'emploi <input type="checkbox"/> Association déconseillée <input type="checkbox"/> Association contre-indiquée <input type="checkbox"/> Publiée 1.4 <input type="checkbox"/> Effet indésirable 1.5 <input type="checkbox"/> Oubli de prescription 1.6 Médicament ou dispositif non reçu par le patient <input type="checkbox"/> Indisponibilité <input type="checkbox"/> Inobservance <input type="checkbox"/> Incompatibilité physico-chimique 1.7 <input type="checkbox"/> Prescription d'un médicament non justifié 1.8 <input type="checkbox"/> Redondance 1.9 Prescription non conforme <input type="checkbox"/> Support ou prescripteur <input type="checkbox"/> Manque d'information, de clarté <input type="checkbox"/> Voie d'administration inappropriée 1.10 <input type="checkbox"/> Pharmacodépendance 1.11 <input type="checkbox"/> Monitoring à suivre	2 - PRESCRIPTEUR : 2.1 <input type="checkbox"/> Médecin généraliste 2.2 <input type="checkbox"/> Médecin spécialiste 2.3 <input type="checkbox"/> Médecin hospitalier 2.4 <input type="checkbox"/> Sage-femme 2.5 <input type="checkbox"/> Dentiste 2.6 <input type="checkbox"/> Infirmier 3 - INTERVENTION (1 choix) 3.1 <input type="checkbox"/> Adaptation posologique 3.2 <input type="checkbox"/> Choix de la voie d'administration 3.3 <input type="checkbox"/> Améliorer les méthodes de dispensation /d'administration 3.4 <input type="checkbox"/> Suivi thérapeutique 3.5 <input type="checkbox"/> Ajout (prescription nouvelle) 3.6 <input type="checkbox"/> Changement de médicament 3.7 <input type="checkbox"/> Arrêt ou refus de délivrer	4 - ORDONNANCE : 4.1 <input type="checkbox"/> Classée 4.2 <input type="checkbox"/> Transmise au prescripteur 5 - DEVENIR DE L'INTERVENTION 5.1 <input type="checkbox"/> Acceptée par le prescripteur 5.2 <input type="checkbox"/> Non acceptée par le prescripteur sans motif 5.3 <input type="checkbox"/> Non acceptée par le prescripteur avec motif 5.4 <input type="checkbox"/> Refus de délivrance avec appel prescripteur 5.5 <input type="checkbox"/> Refus de délivrance sans appel prescripteur 5.6 <input type="checkbox"/> Acceptation du patient (information du patient et prescripteur non contacté) 5.7 <input type="checkbox"/> Non acceptation par le patient

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

Contexte

[REDACTED]

Problème

[REDACTED]

Intervention

[REDACTED]

PROBLEME N°2

Contexte : informations subjectives du patient ou données objectives recueillies

--

Analyse pharmaceutique : indiquer le problème

--

Plan

Intervention / alternative 1

--

Intervention / alternative 2

--

Suivi

--

CODIFICATION DE L'INTERVENTION PHARMACEUTIQUE N°2

Date :	Désignation du produit	Code CIP7 / ACL du produit
█	█	█
1 - PROBLEME (1 choix) : 1.1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Contre-indication / Non-conformité aux référentiels 1.2 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Problème de posologie 1.3 Interaction médicamenteuse <input type="checkbox"/> A prendre en compte <input type="checkbox"/> Précaution d'emploi <input type="checkbox"/> Association déconseillée <input type="checkbox"/> Association contre-indiquée <input type="checkbox"/> Publiée 1.4 <input type="checkbox"/> Effet indésirable 1.5 <input type="checkbox"/> Oubli de prescription 1.6 Médicament ou dispositif non reçu par le patient <input type="checkbox"/> Indisponibilité <input type="checkbox"/> Inobservance <input type="checkbox"/> Incompatibilité physico-chimique 1.7 <input type="checkbox"/> Prescription d'un médicament non justifié 1.8 <input type="checkbox"/> Redondance 1.9 Prescription non conforme <input type="checkbox"/> Support ou prescripteur <input type="checkbox"/> Manque d'information, de clarté <input type="checkbox"/> Voie d'administration inappropriée 1.10 <input type="checkbox"/> Pharmacodépendance 1.11 <input type="checkbox"/> Monitoring à suivre	2 - PRESCRIPTEUR : 2.1 <input type="checkbox"/> Médecin généraliste 2.2 <input type="checkbox"/> Médecin spécialiste 2.3 <input type="checkbox"/> Médecin hospitalier 2.4 <input type="checkbox"/> Sage-femme 2.5 <input type="checkbox"/> Dentiste 2.6 <input type="checkbox"/> Infirmier 3 - INTERVENTION (1 choix) 3.1 <input type="checkbox"/> Adaptation posologique 3.2 <input type="checkbox"/> Choix de la voie d'administration 3.3 <input type="checkbox"/> Améliorer les méthodes de dispensation /d'administration 3.4 <input type="checkbox"/> Suivi thérapeutique 3.5 <input type="checkbox"/> Ajout (prescription nouvelle) 3.6 <input type="checkbox"/> Changement de médicament 3.7 <input type="checkbox"/> Arrêt ou refus de délivrer	4 - ORDONNANCE : 4.1 <input type="checkbox"/> Classée 4.2 <input type="checkbox"/> Transmise au prescripteur 5 - DEVENIR DE L'INTERVENTION 5.1 <input type="checkbox"/> Acceptée par le prescripteur 5.2 <input type="checkbox"/> Non acceptée par le prescripteur sans motif 5.3 <input type="checkbox"/> Non acceptée par le prescripteur avec motif 5.4 <input type="checkbox"/> Refus de délivrance avec appel prescripteur 5.5 <input type="checkbox"/> Refus de délivrance sans appel prescripteur 5.6 <input type="checkbox"/> Acceptation du patient (information du patient et prescripteur non contacté) 5.7 <input type="checkbox"/> Non acceptation par le patient

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

Contexte

█

Problème

█

Intervention

█

PROBLEME N°3

Contexte : informations subjectives du patient ou données objectives recueillies

--

Analyse pharmaceutique : indiquer le problème

--

Plan

Intervention / alternative 1

--

Intervention / alternative 2

--

Suivi

--

CODIFICATION DE L'INTERVENTION PHARMACEUTIQUE N°3

Date :	Désignation du produit	Code CIP7 / ACL du produit
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
1 - PROBLEME (1 choix) : 1.1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Contre-indication / Non-conformité aux référentiels 1.2 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Problème de posologie 1.3 Interaction médicamenteuse <input type="checkbox"/> A prendre en compte <input type="checkbox"/> Précaution d'emploi <input type="checkbox"/> Association déconseillée <input type="checkbox"/> Association contre-indiquée <input type="checkbox"/> Publiée 1.4 <input type="checkbox"/> Effet indésirable 1.5 <input type="checkbox"/> Oubli de prescription 1.6 Médicament ou dispositif non reçu par le patient <input type="checkbox"/> Indisponibilité <input type="checkbox"/> Inobservance <input type="checkbox"/> Incompatibilité physico-chimique 1.7 <input type="checkbox"/> Prescription d'un médicament non justifié 1.8 <input type="checkbox"/> Redondance 1.9 Prescription non conforme <input type="checkbox"/> Support ou prescripteur <input type="checkbox"/> Manque d'information, de clarté <input type="checkbox"/> Voie d'administration inappropriée 1.10 <input type="checkbox"/> Pharmacodépendance 1.11 <input type="checkbox"/> Monitoring à suivre	2 - PRESCRIPTEUR : 2.1 <input type="checkbox"/> Médecin généraliste 2.2 <input type="checkbox"/> Médecin spécialiste 2.3 <input type="checkbox"/> Médecin hospitalier 2.4 <input type="checkbox"/> Sage-femme 2.5 <input type="checkbox"/> Dentiste 2.6 <input type="checkbox"/> Infirmier	4 - ORDONNANCE : 4.1 <input type="checkbox"/> Classée 4.2 <input type="checkbox"/> Transmise au prescripteur
	3 - INTERVENTION (1 choix) 3.1 <input type="checkbox"/> Adaptation posologique 3.2 <input type="checkbox"/> Choix de la voie d'administration 3.3 <input type="checkbox"/> Améliorer les méthodes de dispensation /d'administration 3.4 <input type="checkbox"/> Suivi thérapeutique 3.5 <input type="checkbox"/> Ajout (prescription nouvelle) 3.6 <input type="checkbox"/> Changement de médicament 3.7 <input type="checkbox"/> Arrêt ou refus de délivrer	5 - DEVENIR DE L'INTERVENTION 5.1 <input type="checkbox"/> Acceptée par le prescripteur 5.2 <input type="checkbox"/> Non acceptée par le prescripteur sans motif 5.3 <input type="checkbox"/> Non acceptée par le prescripteur avec motif 5.4 <input type="checkbox"/> Refus de délivrance avec appel prescripteur 5.5 <input type="checkbox"/> Refus de délivrance sans appel prescripteur 5.6 <input type="checkbox"/> Acceptation du patient (information du patient et prescripteur non contacté) 5.7 <input type="checkbox"/> Non acceptation par le patient

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

Contexte

[REDACTED]

Problème

[REDACTED]

Intervention

[REDACTED]

Problème n°4

Contexte : informations subjectives du patient ou données objectives recueillies

--

Analyse pharmaceutique : indiquer le problème

--

Plan

Intervention / alternative 1

--

Intervention / alternative 2

--

Suivi

--

CODIFICATION DE L'INTERVENTION PHARMACEUTIQUE N°4

Date :	Désignation du produit	Code CIP7 / ACL du produit
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
<p>1 - PROBLEME (1 choix) :</p> <p>1.1 <input type="checkbox"/> Contre-indication / Non-conformité aux référentiels</p> <p>1.2 <input type="checkbox"/> Problème de posologie</p> <p>1.3 Interaction médicamenteuse</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> A prendre en compte</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Précaution d'emploi</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Association déconseillée</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Association contre-indiquée</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Publiée</p> <p>1.4 <input type="checkbox"/> Effet indésirable</p> <p>1.5 <input type="checkbox"/> Oubli de prescription</p> <p>1.6 Médicament ou dispositif non reçu par le patient</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Indisponibilité</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Inobservance</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Incompatibilité physico-chimique</p> <p>1.7 <input type="checkbox"/> Prescription d'un médicament non justifié</p> <p>1.8 <input type="checkbox"/> Redondance</p> <p>1.9 Prescription non conforme</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Support ou prescripteur</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Manque d'information, de clarté</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Voie d'administration inappropriée</p> <p>1.10 <input type="checkbox"/> Pharmacodépendance</p> <p>1.11 <input type="checkbox"/> Monitoring à suivre</p>		
<p>2 - PRESCRIPTEUR :</p> <p>2.1 <input type="checkbox"/> Médecin généraliste</p> <p>2.2 <input type="checkbox"/> Médecin spécialiste</p> <p>2.3 <input type="checkbox"/> Médecin hospitalier</p> <p>2.4 <input type="checkbox"/> Sage-femme</p> <p>2.5 <input type="checkbox"/> Dentiste</p> <p>2.6 <input type="checkbox"/> Infirmier</p>		
<p>4 - ORDONNANCE :</p> <p>4.1 <input type="checkbox"/> Classée</p> <p>4.2 <input type="checkbox"/> Transmise au prescripteur</p>		
<p>3 - INTERVENTION (1 choix)</p> <p>3.1 <input type="checkbox"/> Adaptation posologique</p> <p>3.2 <input type="checkbox"/> Choix de la voie d'administration</p> <p>3.3 <input type="checkbox"/> Améliorer les méthodes de dispensation /d'administration</p> <p>3.4 <input type="checkbox"/> Suivi thérapeutique</p> <p>3.5 <input type="checkbox"/> Ajout (prescription nouvelle)</p> <p>3.6 <input type="checkbox"/> Changement de médicament</p> <p>3.7 <input type="checkbox"/> Arrêt ou refus de délivrer</p>		
<p>5 - DEVENIR DE L'INTERVENTION</p> <p>5.1 <input type="checkbox"/> Acceptée par le prescripteur</p> <p>5.2 <input type="checkbox"/> Non acceptée par le prescripteur sans motif</p> <p>5.3 <input type="checkbox"/> Non acceptée par le prescripteur avec motif</p> <p>5.4 <input type="checkbox"/> Refus de délivrance avec appel prescripteur</p> <p>5.5 <input type="checkbox"/> Refus de délivrance sans appel prescripteur</p> <p>5.6 <input type="checkbox"/> Acceptation du patient (information du patient et prescripteur non contacté)</p> <p>5.7 <input type="checkbox"/> Non acceptation par le patient</p>		

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

Contexte

[REDACTED]

Problème

[REDACTED]

Intervention

[REDACTED]

**Si besoin, insérer ici les plans de soins et fiches de codification de codification des IP.
Copier-coller les documents vierges donnés en sus du BMO**

**Insérer ici les ordonnances ANONYMISEES
Insérer à la suite tout autre document utile au BMO et à sa compréhension**

QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION DES PATIENTS VIS-A-VIS DU

BILAN DE MEDICATION

. Quelle est sur une échelle de 0 à 10 votre satisfaction globale concernant l'entretien que nous venons d'effectuer ? 1

. Cet entretien vous a-t-il paru trop long ?

Tout à fait d'accord D'accord Sans avis Pas d'accord Pas du tout d'accord

. Cet entretien vous a-t-il paru trop court ?

Tout à fait d'accord D'accord Sans avis Pas d'accord Pas du tout d'accord

. Pensez-vous, d'une manière générale, que cet entretien aura été utile pour améliorer votre prise charge pharmaceutique ?

Tout à fait d'accord D'accord Sans avis Pas d'accord Pas du tout d'accord

. Cet entretien vous a-t-il permis de mieux connaître le nom de vos médicaments ?

Tout à fait d'accord D'accord Sans avis Pas d'accord Pas du tout d'accord

. Cet entretien vous a-t-il permis de mieux connaître les indications de vos médicaments ?

Tout à fait d'accord D'accord Sans avis Pas d'accord Pas du tout d'accord

. Cet entretien vous a-t-il permis de mieux connaître les posologies ?

Tout à fait d'accord D'accord Sans avis Pas d'accord Pas du tout d'accord

. Cet entretien vous a-t-il permis de mieux connaître les modalités de prise de vos médicaments ?

Tout à fait d'accord D'accord Sans avis Pas d'accord Pas du tout d'accord

. Pensez-vous que cet entretien vous aidera à améliorer la gestion et la préparation de vos médicaments ?

Tout à fait d'accord D'accord Sans avis Pas d'accord Pas du tout d'accord

. Cet entretien a-t-il permis de répondre aux diverses questions que vous auriez pu avoir concernant votre traitement ?

Tout à fait d'accord D'accord Sans avis Pas d'accord Pas du tout d'accord

. Existe-t-il des points que vous auriez souhaité aborder au cours de cet entretien et qui ne l'ont pas été ?

Oui Non Ne sait pas

Si oui, lesquels ?

Annexe 3 : Formulaire descriptif de la pharmacie



*Étude pilote sur les bilans
de médication en officine.*

Julie JONCOURT

Pr Benoît ALLENET
Dr Jean-Didier BARDET
Dr Béatrice BELLET

IDENTIFICATION DE LA PHARMACIE

Nom de l'étudiant :

Prénom de l'étudiant :

1/ Département de localisation de la pharmacie d'officine (numéro)

2/ Taille de la commune de localisation de la pharmacie d'officine (1 seul choix possible)

1. Commune rurale
2. <5000 hab
3. De 5000 à 10 000 hab
4. De 10 000 à 20 000 hab
5. De 20 000 à 50 000 hab
6. De 50 000 à 100 000 hab
7. De 100 000 à 200 000 hab
8. De 200 000 à 2 000 000 hab
9. Agglomération parisienne

3/ Type de pharmacie (1 seul choix possible)

1. Pharmacie de centre-ville
2. Pharmacie de quartier
3. Pharmacie de quartier HLM
4. Pharmacie en zone urbaine sensible
5. Pharmacie de bourg
6. Pharmacie de centre commercial
7. Pharmacie en zone touristique

4/ Chiffre d'affaire annuel (1 seul choix possible)

1. < 700 000€
2. de 700 000€ à 1 000 000€
3. de 1 000 000 à 1 300 000€
4. de 1 300 000 à 1 600 000€
5. de 1 600 000€ à 1 900 000€
6. de 1 900 000 à 2 200 000€
7. de 2 200 000 à 2 400 000€
8. > 2 400 000€

5/ Estimation du nombre moyen de passages quotidiens

passages par jour

6/ Nombre de titulaires



7/ Nombre d'employés



8/ Typologie des employés *(en équivalent temps plein)*

- | | | |
|----|---|-----|
| 1. | Nombre de pharmaciens adjoints..... | ETP |
| 2. | Nombre de préparateurs..... | ETP |
| 3. | Nombre de déballeurs..... | ETP |
| 4. | Nombre de conseillers en parapharmacie..... | ETP |
| 5. | Nombre de personnels administratifs..... | ETP |
| 6. | Nombre d'étudiants en pharmacie salariés (hors stagiaires)..... | ETP |
| 7. | Nombre d'apprentis préparateurs..... | ETP |

9/ Connexion au DP

	Oui	Non
La pharmacie est connectée au Dossier Pharmaceutique.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10/ Connexion au SISRA

	Oui	Non
La pharmacie est connectée au SISRA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Non concerné <input type="checkbox"/>	

11/ Réseaux de soins

	Oui	Non
La pharmacie adhère à un ou plusieurs réseaux de soins.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si oui, le(s)quel(s) :

12/ Maison de santé pluriprofessionnelle

	Oui	Non
La pharmacie est membre d'une MSP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui :		
La pharmacie a accès au dossier du patient partagé au sein de la MSP.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Un pharmacien participe aux réunions pluriprofessionnelles.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui :		
à quelle fréquence : <input type="text"/>		
détailler son rôle : <input type="text"/>		

13/ EHPAD

	Oui	Non
La pharmacie es-elle référente d'un EHPAD ou a-t-elle signée une convention d'approvisionnement avec un EHPAD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

14/ Assurance qualité

	Oui	Non
La pharmacie a mis en place des procédures d'assurance qualité.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Il existe une traçabilité des appels aux médecins dans la pharmacie.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La pharmacie tient un dossier patient des entretiens pharmaceutiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La pharmacie est engagée dans une démarche de certification de type ISO 9001.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Annexe 4 : Formulaire d'activité



*Étude pilote sur les bilans
de médication en officine.*

Julie JONCOURT

Pr Benoît ALLENET
Dr Jean-Didier BARDET
Dr Béatrice BELLET

IDENTIFICATION DE L'ETUDIANT

Nom de l'étudiant :

Prénom de l'étudiant :

Mois	Nb de patients pour qui le BMO a été proposé	Nb de rendez-pris	Nb de rendez-vous annulés	Nb de rendez-vous reportés	Nb de BMO réalisés
Janvier					
Février					
Mars					
Avril					

Si un ou plusieurs rendez-vous ont été annulés ou reportés, détaillez-le ou les motifs :

⊗ **Date de rendu :**

- 31 janvier 2017 → 2 bilans de médications
- 28 février 2017 → 2 bilans de médications
- 31 mars 2017 → 3 bilans de médications
- 30 avril 2017 → 3 bilans de médications

⊗ **Inclusion des patients :**

- **Critères d'inclusion** (non cumulatifs) :
 - ≥ 1 maladie chronique +
 - ≥ 65 ans
 - ≥ 5 médicaments
 - ≥ 1 médicament MTE
 - Hospitalisation récente (< 3 mois) dans le cadre de la maladie chronique
- **Procédure de sélection des patients**

Proposition à tous les patients répondants aux critères de sélection

Sélection au libre choix du stagiaire et du maître de stage

Annexe 5 : Questionnaire de satisfaction du maître de stage



*Etude pilote sur
les bilans de médication en officine.*

Julie JONCOURT

Pr Benoît ALLENET
Dr Jean-Didier BARDET
Dr Béatrice BELLET

Protocole établi à partir du document de Bilan Médicamenteux Optimisé de l'UFR Pharmacie de Toulouse, Université Paul Sabatier Toulouse 3 et validé par la Société Française de Pharmacie clinique.

QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION VIS-A-VIS DU BILAN DE MEDICATION

MAITRE DE STAGE

. Quelle est sur une échelle de 0 à 10 votre satisfaction globale concernant cette étude sur les bilans de médication en officine ?

. Aviez-vous déjà entendu parler des bilans de médication en officine avant cette étude ?

Oui Non Ne sait pas.

. Pensez-vous que les critères de recrutement des patients atteints de pathologie chronique sont efficaces ?

- Patient ayant plus de 65 ans.

Tout à fait d'accord D'accord Sans avis Pas d'accord Pas du tout d'accord

- Patient ayant plus de 5 médicaments prescrits.

Tout à fait d'accord D'accord Sans avis Pas d'accord Pas du tout d'accord

- Patient ayant au moins un médicament à marge thérapeutique étroite.

Tout à fait d'accord D'accord Sans avis Pas d'accord Pas du tout d'accord

- Patient ayant été hospitalisé au cours des trois derniers mois dans le cadre de la pathologie chronique.

Tout à fait d'accord D'accord Sans avis Pas d'accord Pas du tout d'accord

. Pensez-vous que ce modèle d'entretien est utile pour améliorer la prise en charge pharmaceutique des patients ?

Indications des médicaments, posologies, modalités de prise, gestion, observance ...

Tout à fait d'accord D'accord Sans avis Pas d'accord Pas du tout d'accord

. Pensez-vous que les documents mis à disposition (*Protocole, Cahier d'observation...*) ont été pertinents pour la mise en place des bilans de médication ?

Tout à fait d'accord D'accord Sans avis Pas d'accord Pas du tout d'accord

. Quelles sont les principales difficultés que vous avez rencontrées pour la mise en place des bilans de médication à l'officine ?

. Trouvez-vous que ce type d'entretien pharmaceutique a sa place dans les nouvelles missions du pharmacien d'officine ?

Tout à fait d'accord D'accord Sans avis Pas d'accord Pas du tout d'accord

La nouvelle convention pharmaceutique prévoit la mise en place d'un bilan de médication rémunéré pour les patients âgés polymédiqués.

Le pharmacien touchera 60 € par patient la première année pour un entretien initial, une analyse des consommations en lien avec le médecin, un entretien conseil et un suivi de l'observance.

Pour les années suivantes, il touchera 30 € par patient en cas de prescription de nouveaux traitements, et 20 € en cas de continuité de traitement.

Source : Le Moniteur des pharmacies | Cahier 1 | N° 3176 | 6 mai 2017

. Seriez-vous prêt à réaliser des bilans de médication dans votre officine avec ce nouveau cadre ?

Oui Non Ne sait pas. Oui

Si non, pourquoi ?

Avez-vous des commentaires supplémentaires sur les bilans de médication dont vous souhaiteriez nous faire part ?

Annexe 6 : Questionnaire de satisfaction de l'étudiant-stagiaire



*Etude pilote sur
les bilans de médication en officine.*

Julie JONCOURT

Pr Benoît ALLENET
Dr Jean-Didier BARDET
Dr Béatrice BELLET

Protocole établi à partir du document de Bilan Médicamenteux Optimisé de l'UFR Pharmacie de Toulouse, Université Paul Sabatier Toulouse 3 et validé par la Société Française de Pharmacie clinique.

QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION VIS-A-VIS DU BILAN DE MEDICATION

ETUDIANT

. Quelle est sur une échelle de 0 à 10 votre satisfaction globale concernant cette étude sur les bilans de médication en officine ? 1

. Pensez-vous que les critères de recrutement des patients atteints de pathologie chronique sont efficaces ?

- Patient ayant plus de 65 ans.

Tout à fait d'accord D'accord Sans avis Pas d'accord Pas du tout d'accord

- Patient ayant plus de 5 médicaments prescrits.

Tout à fait d'accord D'accord Sans avis Pas d'accord Pas du tout d'accord

- Patient ayant au moins un médicament à marge thérapeutique étroite.

Tout à fait d'accord D'accord Sans avis Pas d'accord Pas du tout d'accord

- Patient ayant été hospitalisé au cours des trois derniers mois dans le cadre de la pathologie chronique.

Tout à fait d'accord D'accord Sans avis Pas d'accord Pas du tout d'accord

. Pensez-vous que ce modèle d'entretien est utile pour améliorer la prise en charge pharmaceutique des patients ?

Indications des médicaments, posologies, modalités de prise, gestion, observance ...

Tout à fait d'accord D'accord Sans avis Pas d'accord Pas du tout d'accord

. Pensez-vous que les documents mis à disposition (*Protocole, Cahier d'observation...*) ont été pertinents pour la réalisation des bilans de médication ?

Tout à fait d'accord D'accord Sans avis Pas d'accord Pas du tout d'accord

. Quelles sont les principales difficultés que vous avez rencontrées lors de la réalisation de vos bilans de médication (toutes étapes confondues) ?

. Trouvez-vous que ce type d'entretien pharmaceutique a sa place dans les nouvelles missions du pharmacien d'officine ?

- Tout à fait d'accord D'accord Sans avis Pas d'accord Pas du tout d'accord

. Seriez-vous prêt à réaliser ce type d'entretien pharmaceutique dans vos futures officines si le(s) titulaire(s) les proposent ?

- Oui Non Ne sait pas. Oui

Si non, pourquoi ?

Avez-vous des commentaires supplémentaires sur les bilans de médication dont vous souhaiteriez nous faire part ?

BIBLIOGRAPHIE

- [1]. Cour des comptes Chambres régionales & territoriales des comptes. Le rapport public annuel 2017 Tome I Les observations. [En ligne]. <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/174000097.pdf>. Consulté le 9 novembre 2017.
- [2]. Legifrance. Article 38. [En ligne]. https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2009/7/21/2009-879/jo/article_38. Consulté le 10 novembre 2017.
- [3]. Ameli. Avenants à la Convention nationale. [En ligne]. <https://www.ameli.fr/rhone/pharmacien/textes-reference/textes-conventionnels/avenants>. Consulté le 10 novembre 2017.
- [4]. USPO, Union des Syndicats de Pharmaciens d'Officine. Les principales avancées de l'Avenant n°11 à la Convention Pharmaceutique signé le 20 juillet 2017. [En ligne]. <http://www.uspo.fr/les-principales-avancees-de-lavenant-n11-a-la-convention-pharmaceutique-signe-le-20-juillet-2017/>. Consulté le 10 novembre 2017.
- [5]. USPO, Union des Syndicats de Pharmaciens d'Officine. Guide d'accompagnement des patients : le bilan partagé de médication chez le patient âgé polymédiqué. [En ligne]. <http://www.uspo.fr/wp-content/uploads/2017/11/Guide-daccompagnement-des-patients-annexe-avenant-12-sign%C3%A9-UNCAM.pdf>. Consulté le 28 novembre 2017.
- [6]. HAS, Haute Autorité de Santé. Avis n°2017.0082/AC/SA3P du 4 octobre 2017 du collège de la Haute Autorité de santé relatif aux supports d'accompagnement des patients âgés polymédiqués par les pharmaciens d'officine : le bilan de médication, convention entre l'UNCAM et les syndicats d'officinaux.
- [7]. SFPC, Société Française de Pharmacie Clinique. Fiche Mémo : Préconisations pour la pratique de conciliation des traitements médicamenteux, Décembre 2015. [En ligne]. <http://sfpc.eu/fr/item1/finish/34-documents-sfpc-public/1608-sfpc-memo-conciliation-v2016/0.html>. Consulté le 27 novembre 2017.
- [8]. Bryant LJ, Coster G, Gamble GD, McCormick RN. The General Practitioner-Pharmacist Collaboration (GPPC) study: a randomised controlled trial of clinical medication reviews in community pharmacy. *Int J Pharm Pract.* 2011 Apr;19(2):94-105
- [9]. Kwint HF, Faber A, Gussekloo J, Bouvy ML. The contribution of patient interviews to the identification of drug-related problems in home medication review. *J Clin Pharm Ther.* 2012 Dec;37(6):674-80.

- [10]. Vinks TH, Egberts TC, de Lange TM, de Koning FH. Pharmacist-based medication review reduces potential drug-related problems in the elderly: the SMOG controlled trial. *Drugs Aging*. 2009;26(2):123-33
- [11]. Gerd Granas A, Battes I. The effect of pharmaceutical review of repeat prescriptions in general practice. *Int J Pharm Pract*. 1999; 7(4): 264-75
- [12]. Krass I, Smith C. Impact of medication regimen reviews performed by community pharmacists for ambulatory patients through liaison with general medical practitioner. *Int J Pharm Pract* . 2000 8(2): 111-20
- [13]. Lenaghan E, Holland R, Brooks A. Home-based medication review in a high risk elderly population in primary care--the POLYMED randomised controlled trial. *Age Ageing*. 2007 May;36(3):292-7.
- [14]. [Jokanovic N](#), [Tan EC](#), [Sudhakaran S](#), [Kirkpatrick CM](#), [Dooley MJ](#), [Ryan-Atwood TE](#), [Bell JS](#). Pharmacist-led medication review in community settings: An overview of systematic reviews. *Res Social Adm Pharm*. 2017 Jul - Aug;13(4):661-685.
- [15]. Vandendriessche M. Le Moniteur des Pharmacies : La convention va encore bouger. [En ligne]. <http://www.lemoniteurdespharmacies.fr/revues/le-moniteur-des-pharmacies/article/n-3196/la-convention-va-encore-bouger.html>. Consulté le 10 novembre 2017.
- [16]. Lefort L. Le Moniteur des Pharmacies – Entretiens AVK et asthme : les chiffres. [En ligne]. <http://www.lemoniteurdespharmacies.fr/actu/actualites/actus-socio-professionnelles/160701-entretiens-avk-et-asthme-les-chiffres.html>. Cité le 2 novembre 2017.
- [17]. Micas C. Le Quotidien du Pharmacien – Entretiens pharmaceutiques : trop de rejets. [En ligne]. <https://www.lequotidiendupharmacien.fr/actualite-pharmaceutique/article/2017/11/06/entretiens-pharmaceutiques-trop-de-rejets-268887>. Consulté le 10 novembre 2017.
- [14]. Ameli.fr. Prévention de la iatrogénie médicamenteuse [En ligne]. <https://www.ameli.fr/rhone/medecin/exercice-liberal/memos/depistage-prevention/prevention-iatrogenie-medicamenteuse>. Consulté le 31 octobre 2017.
- [15]. Vandendriessche M. Le Moniteur des pharmacies. Polymédication des seniors : au cœur des bilans de médication en pharmacie. [En ligne]. <http://www.lemoniteurdespharmacies.fr/actu/actualites/actus-socio-professionnelles/polymedication-des-seniors-au-coeur-des-bilans-de-medication-en-pharmacie.html>. Consulté le 31 octobre 2017.

- [16]. Bellosguardo A.-B., Optimisation du parcours de soins des patients âgés : déploiement de la communication vers les pharmaciens d'officine des modifications thérapeutiques médicamenteuses réalisées en hospitalisation via le projet ZEPRA. Thèse de Pharmacie. Université Grenoble Alpes ; 2016, 155p.
- [17]. Enquête « Avenir Pharmacie » - 2017. [En ligne]. <https://avenir-pharmacie.com/avenir-pharmacie-2017/>. Consulté le 23 octobre 2017
- [18]. Legifrance. Classifications et salaires Convention collective nationale du 3 décembre 1997. [En ligne]. <https://www.legifrance.gouv.fr/affichIDCC.do?cidTexte=KALITEXT000005671156&idSectionTA=KALISCTA000005748238&idConvention=KALICONT000005635528&dateTexte=29990101>. Consulté le 19 octobre 2017.
- [19]. Le Moniteur des pharmacies : Grille des salaires pour les officines pharmacie. [En ligne]. <http://www.lemoniteurdespharmacies.fr/emploi/grille-des-salaires/consulter-la-grille.html>. Consulté le 19 octobre 2017.
- [20]. Le Quotidien du pharmacien : Combien gagnent les salariés des officines ? [En ligne] <https://www.lequotidiendupharmacien.fr/actualite/article/2012/04/30/combien-gagnent-les-salaries-des-officines-122141>. Consulté le 19 octobre 2017.
- [21]. Gestion de salaire SARL SETIS. Fiche de paie d'un pharmacien assistant. [En ligne]. <http://www.gestion-salaire.fr/photos>. Consulté le 25 octobre 2017.
- [22]. Tranthimy L. Le Moniteur des pharmacies : Bientôt une prime « observance ». [En ligne]. <http://www.lemoniteurdespharmacies.fr/revues/le-moniteur-des-pharmacies/article/n-3176/bientot-une-prime-observance.html>. Consulté le 19 octobre 2017.
- [23]. Pharmaguideur. Formation : Bilan de médication pour vos patients âgés polymédiqués. [En ligne]. <http://www.pharmaguideur.fr/bilan-de-medication-vos-patients-ages-polymediques/>. Consulté le 25 octobre 2017.

- [24]. CVAQ, Comité pour la Valorisation de l'Acte Officiel. Recommandation pour la pratique officinale : Protocole du bilan de médication à l'officine. [En ligne]. <http://www.cvaq.org/wp-content/uploads/2017/05/Reco-Bilan-de-me%CC%81dication.pdf>. Consulté le 25 octobre 2017.
- [25]. Houle SK, Grindrod KA, Chatterley T, Tsuyuki RT. Paying pharmacists for patient care: A systematic review of remunerated pharmacy clinical care services. *Can Pharm J (Ott)*. 2014 Jul;147(4):209-32.
- [26]. Carter SR, Moles R, White L, Chen TF. Exploring patients' motivation to participate in Australia's Home Medicines Review program. *Int J Clin Pharm*. 2012 Aug;34(4):658-66.
- [27]. Willeboordse F, Hugtenburg JG, Schellevis FG, Elders PJM. Patient participation in medication reviews is desirable but not evidence-based : a systematic literature review. *Br J Clin Pharmacol*. 2014 Dec; 78(6): 1201–1216.
- [28]. Drouadaine A. *Le Moniteur des Pharmacies*. Traitements antirétroviraux : un tiers des patients souhaiteraient un entretien pharmaceutique. [En ligne]. <http://www.lemoniteurdespharmacies.fr/revues/le-moniteur-des-pharmacies/article/n-3184/un-entretien-pharmaceutique-pour-les-personnes-vivant-avec-le-vih.html>. Consulté le 2 novembre 2017.
- [29]. Celtipharm. Pharmacien, un rôle-clé dans l'accompagnement du patient diabétique. [En ligne]. <http://www.celtipharm.com/Pages/Actualites/2017/03/Le-pharmacien-un-role-cle-dans-l-accompagnement-du-patient-diabetique.aspx>. Consulté le 2 novembre 2017.
- [30]. Rizos-Vignal F, Clausener M. *Le Moniteur des Pharmacies* : Les entretiens pharmaceutiques relancés. [En ligne]. <http://www.lemoniteurdespharmacies.fr/revues/le-moniteur-des-pharmacies/article/n-3080/entretiens-pharmaceutiques-faut-il-encore-y-croire.html>. Consulté le 2 novembre 2017.

*Faculté de Pharmacie,
Université Grenoble Alpes*



Serment de Galien



« Je jure en présence des Maîtres de la Faculté, des Conseillers de l'Ordre des Pharmaciens et de mes condisciples :

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

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

De ne jamais oublier ma responsabilité et mes devoirs envers le malade et sa dignité humaine ; en aucun cas, je ne consentirai à utiliser mes connaissances et mon état pour corrompre les mœurs et favoriser des actes criminels.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert(e) d'opprobre et méprisé(e) de mes confrères si j'y manque ».

BILANS DE MEDICATION À L'OFFICINE : ETUDE PILOTE AUPRES DE 41 PHARMACIES EN VUE DE LEUR IMPLANTATION EN ROUTINE

RÉSUMÉ :

L'Avenant 11 à la Convention nationale pharmaceutique signé en juillet 2017, prévoit le développement des bilans de médication (BM) destiné aux patients âgés polymédiqués à l'officine. Leur mise en œuvre nécessite de réorganiser les ressources humaines et économiques à disposition pour l'intégrer à l'activité quotidienne de dispensation et assurer sa durabilité et sa viabilité à long terme.

L'objectif de notre étude est d'analyser la réalisation des BM en officine sous l'angle des interventions pharmaceutiques (IP), des indicateurs opérationnels et de la satisfaction des acteurs y ayant participé.

Notre étude porte sur 387 BM réalisés dans 41 officines par 39 étudiants en 6^{ème} année de pharmacie de l'Université Grenoble Alpes, entre janvier et avril 2017. La réalisation des BM a mené à 283 IP. Les problèmes les plus fréquemment cités sont : les interactions médicamenteuses, le monitoring à suivre et les effets indésirables. Un tiers des patients déclarent être confrontés à des effets indésirables avec leurs traitements habituels, ce qui a permis la rédaction de 9 déclarations de pharmacovigilance. Pendant les entretiens, 196 questions supplémentaires ont été posées aux étudiants-stagiaires. La durée moyenne totale des différents temps de travail du BM est de 109,9 minutes (SD = 47,62). Les temps moyens de préparation et d'analyse sont significativement diminués entre le BM 1 et le BM 10. Les BM réalisés à l'officine sont significativement moins longs que ceux au domicile du patient. Globalement, tous les participants sont très satisfaits du BM. Ces résultats sont encourageants pour confirmer le point de départ du BM pour la prise charge globale du patient à l'officine.

MOTS CLÉS : Bilan de médication, Pharmacie d'officine, Interventions pharmaceutiques, Indicateurs organisationnels, Satisfaction.

FILIÈRE : Officine