



**HAL**  
open science

## Mise en place du bilan partagé de médication : avantages, inconvénients et rôles du pharmacien d'officine

Alice Renault

### ► To cite this version:

Alice Renault. Mise en place du bilan partagé de médication : avantages, inconvénients et rôles du pharmacien d'officine. Sciences pharmaceutiques. 2019. dumas-02456667

**HAL Id: dumas-02456667**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02456667>**

Submitted on 27 Jan 2020

**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.



# THÈSE

**Pour obtenir le diplôme d'état de Docteur en Pharmacie**

**Préparée au sein de l'Université de Caen Normandie**

**Mise en place du Bilan Partagé de Médication : Avantages, inconvénients et rôles du pharmacien d'officine**

**Présentée par  
Alice RENAULT**

**Soutenue publiquement le 07 Novembre 2019  
devant le jury composé de**

M. Michel BOULOUARD	Directeur de la faculté des Sciences Pharmaceutiques de Caen	Président du jury
Mme Christine GENIN-COSSIN	Pharmacien titulaire / Pharmacie du Griffon – 61200 Argentan	Examinateur
Mme Virginie PELLET	Pharmacien titulaire / Pharmacie Pellet Barthélémy Renouf – 50390 Saint Sauveur le Vicomte	Examinateur

Thèse dirigée par M. Michel Boulouard





**LISTE DES ENSEIGNANTS CHERCHEURS DE LA FACULTÉ DES SCIENCES  
PHARMACEUTIQUES**

Directeur de la Faculté des Sciences Pharmaceutiques  
Professeur Michel BOULOUARD

Assesseurs

Professeur Pascale SCHUMANN-BARD  
Professeur Anne-Sophie VOISIN-CHIRET

Directrice administrative  
Madame Sarah CHEMTOB

**PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS**

<b>BOULOUARD Michel</b>	Physiologie, Pharmacologie
<b>BUREAU Ronan</b>	Biophysique, Chémoinformatique
<b>COLLOT Valérie</b>	Pharmacognosie
<b>DALLEMAGNE Patrick</b>	Chimie médicinale
<b>DAUPHIN François</b>	Physiologie, Pharmacologie
<b>DELEPEE Raphaël</b>	Chimie analytique
<b>FABIS Frédéric</b>	Chimie organique
<b>FRERET Thomas</b>	Physiologie, Pharmacologie
<b>GARON David</b>	Botanique, Mycologie, Biotechnologies
<b>GAUDUCHON Pascal</b> Eméritat jusqu'au 31/08/2019	Biologie cellulaire
<b>GIARD Jean-Christophe</b>	Bactériologie, Virologie
<b>MALZERT-FREON Aurélie</b>	Pharmacie galénique
<b>RAULT Sylvain</b> Eméritat jusqu'au 31/08/2019	Chimie thérapeutique
<b>ROCHAIS Christophe</b>	Chimie organique
<b>SCHUMANN-BARD Pascale</b>	Physiologie, Pharmacologie
<b>SICHEL François</b>	Toxicologie
<b>SOPKOVA Jana</b>	Biophysique, Drug design
<b>VOISIN-CHIRET Anne-Sophie</b>	Chimie médicinale

## MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS

<b>ANDRE Véronique - HDR</b>	Biochimie, Toxicologie
<b>BOUET Valentine - HDR</b>	Physiologie, Pharmacologie
<b>CAILLY Thomas - HDR</b>	Chimie bio-inorganique, Chimie organique
<b>DENOYELLE Christophe - HDR</b>	Biologie cellulaire et moléculaire, Biochimie, Cancérologie
<b>DHALLUIN Anne</b>	Bactériologie, Virologie, Immunologie
<b>ELDIN de PECOULAS Philippe - HDR</b>	Parasitologie, Mycologie médicale
<b>GROO Anne-Claire</b>	Pharmacie galénique
<b>KIEFFER Charline</b>	Chimie médicinale
<b>KRIEGER Sophie (Praticien hospitalier) - HDR</b>	Biologie clinique
<b>LAPORTE-WOJCIK Catherine</b>	Chimie bio-inorganique
<b>LEBAILLY Pierre - HDR</b>	Santé publique
<b>LECHEVREL Mathilde - HDR</b>	Toxicologie
<b>LEGER Marianne</b>	Physiologie, Pharmacologie
<b>LEPAILLEUR Alban - HDR</b>	Modélisation moléculaire
<b>N'DIAYE Monique</b>	Parasitologie, Mycologie médicale, Biochimie clinique
<b>PAIZANIS Eleni</b>	Physiologie, Pharmacologie
<b>PEREIRA-ROSENFELD Maria de Fatima</b>	Chimie organique et thérapeutique
<b>POTTIER Ivannah</b>	Chimie et toxicologie analytiques
<b>PREVOST Virginie - HDR</b>	Chimie analytique, Nutrition, Education thérapeutique du patient
<b>QUINTIN Jérôme</b>	Pharmacognosie
<b>RIOULT Jean-Philippe</b>	Botanique, Mycologie, Biotechnologies
<b>SINCE Marc</b>	Chimie analytique
<b>VILLEDIEU Marie - HDR</b>	Biologie et thérapies innovantes des cancers

## PROFESSEUR AGRÉGÉ (PRAG)

<b>PRICOT Sophie</b>	Anglais
----------------------	---------

**PERSONNEL ASSOCIE A TEMPS PARTIEL (PAST)**

**SAINT-LORANT Guillaume**

Pharmacie clinique

**SEDILLO Patrick**

Pharmacie officinale

**RICHARD Estelle**

Pharmacie officinale

**Enseignants titulaires du Diplôme d'Etat de Docteur en Pharmacie**



# **REMERCIEMENTS**

## **À ma famille**

À mes parents qui m'ont toujours soutenu quoi qu'il arrive, je ne les remercierais jamais assez de m'avoir permis de réaliser le métier que je souhaitais faire dans les meilleures conditions possibles. Merci d'être les meilleurs parents qui puissent exister.

À ma sœur jumelle Louise qui m'a toujours poussé vers le haut, et sur qui je peux compter dans toutes les situations possibles.

À mes frères Paul et Julien. Merci d'être toujours là pour moi.

À mes grand-parents disparus, et ceux toujours présents. Je vous remercie pour tout cet amour au quotidien, et ce depuis toujours.

Je vous aime tous profondément.

## **À mes amies**

Merci à Mélanie et Alicia, mes deux binômes, qui m'ont aidé à traverser ces études avec leur gentillesse et leur présence. Ça a été un réel plaisir de passer toutes ces années avec vous. Vous êtes des personnes formidables et je garderais un merveilleux souvenir de la fac grâce à vous.

## **À Mme Genin-Cossin Christine**

Merci à Mme Genin-Cossin de m'avoir permis de travailler dans son officine et de m'avoir fait confiance. Au fil des années, j'ai pu découvrir votre gentillesse et votre implication sociale. C'est très plaisant de travailler pour quelqu'un qui se soucie à ce point des personnes.

## **À mon directeur de thèse**

Merci à M. Boulouard d'avoir accepté de traiter ce sujet avec moi, et de m'avoir aidé à mener ce mémoire à terme.



## Table des matières

LISTE DES ABRÉVIATIONS.....	1
LISTE DES FIGURES ET TABLEAUX.....	5
INDEX DES ILLUSTRATIONS.....	5
INDEX DES TABLEAUX.....	6
INTRODUCTION.....	6
CHAPITRE I : LE BILAN DE MÉDICATION VU PAR LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ.....	12
I. MISE EN PLACE DU BILAN PARTAGÉ DE MÉDICATION À L’OFFICINE.....	12
1. Espace De Confidentialité.....	12
2. Documents Et Questionnaires.....	14
A. Recueil d’information : Le patient.....	14
B. Recueil des traitements.....	16
C. Recueil de la perception des traitements par le patient.....	17
D. Questionnaire de Morisky.....	19
E. Dossier pharmaceutique (DP) et Dossier Médical Partagé (DMP).....	21
II. COMMUNICATION AUTOUR DU BILAN DE MÉDICATION.....	24
III. ORGANISATION DU DÉROULÉ DE L’ENTRETIEN.....	26
1. Entretien De Recueil.....	26
2. Analyse Des Traitements.....	31
A. Le patient.....	31
B. Le traitement.....	32
C. Les différents bilans biologiques.....	35
a. INR (International Normalized Ratio).....	35
b. Hémoglobine glyquée (HbA1c).....	37
c. Kaliémie.....	38
d. Tension artérielle et fréquence cardiaque.....	40
e. Fonction rénale.....	44
f. Fonction hépatique.....	48
D. Les différents outils à notre disposition pour réaliser l’analyse.....	53
a. La grille Stopp/Start.....	53
b. La liste de Laroche.....	54
c. Le guide PAPA.....	55
d. Le Thériaque.....	56
e. Le thésaurus des Interactions Médicamenteuses.....	57
f. Base de données sur les médicaments.....	57
g. Site GPR.....	59
E. Les solutions.....	61
3. Au Terme De L’analyse.....	62
4. Entretien Conseil.....	63
5. Entretien(s) Supplémentaire(s).....	64
6. Suivi De L’observance.....	64

IV. AVANTAGES POUR LES PHARMACIENS.....	65
1. Proximité Et Qualité De Délivrance.....	65
2. Diminution De La Iatrogénie.....	66
3. Coordination Des Soins.....	71
4. Ouverture De Dialogue.....	73
V. INCONVÉNIENTS POUR LES PHARMACIENS.....	74
CHAPITRE II : LE BILAN DE MÉDICATION VU PAR LES PATIENTS.....	76
I. CRITÈRES D'ADHÉSION POUR LE REMBOURSEMENT.....	76
II. ÂGE ET CONTRE-INDICATIONS / INTERACTIONS MÉDICAMENTEUSES.....	77
III. FORMALISER L'ADHÉSION.....	79
1. Présentation Du Dispositif Aux Patients.....	79
2. Les Barrières Rencontrées Lors De La Proposition Du Bilan De Médication.....	79
CHAPITRE III - ASPECTS ÉCONOMIQUES.....	82
I. AVANTAGES ÉCONOMIQUES POUR LES PHARMACIENS.....	87
1. Par Quel Organisme Est-on Rémunéré ?.....	88
2. Comment Transmettre Les Dossiers À L'organisme Payeur ?.....	88
3. Quel Est Le Délai De Rémunération Après Avoir Enregistré Un Bilan ?.....	89
4. Y'a T-il Un Minimum/maximum D'entretiens ?.....	89
II. AVANTAGES ÉCONOMIQUES POUR LA SOCIÉTÉ.....	90
CONCLUSION.....	94
BIBLIOGRAPHIE/SOURCES.....	96
ANNEXES.....	100
I. ANNEXE 1 : FICHES DE SUIVI.....	100
II. ANNEXE 2 : LISTE DES LOGICIELS DE GESTION OFFICINAL (LGO) VALIDÉS DP PAR LE CNOP .....	104
III. ANNEXE 3 : ATTESTATION PAPIER DE CRÉATION DU DOSSIER PHARMACEUTIQUE.....	105
IV. ANNEXE 4 : ADHÉSION PAPIER AU BILAN PARTAGÉ DE MÉDICATION.....	106
V. ANNEXE 5 : INDICE GLYCÉMIQUE DE CERTAINS ALIMENTS.....	107
VI. ANNEXE 6 : RELEVÉ D'AUTO-MESURE TENSIONNELLE.....	108
VII. ANNEXE 7 : CYP450, INDUCTEURS ET INHIBITEURS.....	109
VIII. ANNEXE 8 : BROCHURE À L'INTENTION DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES.....	110

IX. ANNEXE 9 : BASE DE DONNÉES PUBLIQUE DES MÉDICAMENTS.....	111
X. ANNEXE 10 : LISTE DES ALD ( AFFECTIONS DE LONGUE DURÉE ).....	112



# LISTE DES ABRÉVIATIONS

---

(Par ordre d'apparition)

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

BMP : Bilan de Médication Partagé

HAS : Haute Autorité de Santé

AVK : Anti-Vitamine K

AOD : Anticoagulants Oraux Directs

HMR : Home Medicines Review

MUR : Medicines Use Review

PMC : PolyMedication Check

CSP : Code de la Santé Publique

DP : Dossier Pharmaceutique

DMP : Dossier Médical Partagé

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

EI : Effet(s) indésirable(s)

PUI : Pharmacie(s) à Usage Intérieur

CNOP : Conseil Nationale de l'Ordre des Pharmaciens

INR : International Normalized Ratio

AINS : Anti-Inflammatoires Non Stéroïdiens

EDTA : Ethyl Diamine Tetra Acétique

EPO : Erythropoïétine

IEC : Inhibiteurs de l'Enzyme de Conversion

PAS : Pression Artérielle Systolique

PAD : Pression Artérielle Diastolique

FC : Fréquence Cardiaque

IMC : Indice de Masse Corporelle

INSERM : Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale

DFG : Débit de Filtration Glomérulaire

MDRD : Modification of Diet Renal Disease

CKD-EPI : Chronic Kidney Disease EPIdermiology collaboration

IR : Insuffisance Rénale

ARA2 : Antagonistes des Récepteurs de l'Angiotensine 2

IFN : Interférons

CYP450 : Cytochromes P450

ASAT : ASpartate Amino Transférase

ALAT : ALanine Amino Transférase

γGT : Gamma Glutamyl Transpeptidase

PAPA : Prescriptions médicamenteuses Adaptées aux Personnes Âgées

ANSM : Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé

EMA : European Medicines Agency

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

EFSA : European Food Safety Authority

OMEDIT : Observatoire des MÉdicaments, des Dispositifs médicaux et de l'Innovation Thérapeutique

SPFC : Société Française de Pharmacie Clinique

GPR : Guides de Prescription et Rein

NAPQI : N-Acétyl ParabenzoQuinone Imine

NAT : N-Acétyl Transférase

ALD : Affections de Longue Durée

CEPS : Comité Economique des Produits de Santé

TTC : Toutes Taxes Comprises

ONDAM : Objectif National des Dépenses de santé de l'Assurance Maladie

ASMR : Amélioration du Service Médical Rendu

PFHT : Prix Fabricant Hors Taxes

TFR : Tarif Forfaitaire de Responsabilité

FSPF : Fédération Syndicale des Pharmaciens de France

USPO : Union des Syndicats de Pharmaciens d'Officine

HDR : Honoraire de Dispensation à l'ordonnance

HDA : Honoraire de Dispensation lié à l'Âge

HDE : Honoraire de Dispensation des médicaments spécifiques

CNAMTS : Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

ROSP : Rémunération sur Objectifs de Santé Publique



# LISTE DES FIGURES ET TABLEAUX

---

## Index des illustrations

---

Illustration 1: Evolution de l'espérance de vie à la naissance.....	6
Illustration 2 : Écart d'espérance de vie entre les femmes et les hommes.....	6
Illustration 3: Signalétique.....	13
Illustration 4: Espace de confidentialité.....	13
Illustration 5: Avantages du Dossier Pharmaceutique.....	22
Illustration 6: Exemple d'affiche.....	24
Illustration 7: Affiche créée par l'Assurance Maladie.....	24
Illustration 8: Déroulé de l'entretien initial du bilan.....	26
Illustration 9: Liste des éléments à apporter le jour de l'entretien.....	27
Illustration 10: Lien permettant d'accéder au programme de bilan partagé de médication. .	28
Illustration 11: Création d'un patient dans le dispositif du bilan de médication.....	29
Illustration 12: Recueil de traitement.....	30
Illustration 13: Exemple de dispositif médical.....	33
Illustration 14: Exemple de chambre d'inhalation.....	34
Illustration 15: Corrélacion entre taux d'HbA1c et glycémie moyenne.....	37
Illustration 16: Schéma d'une hémoglobine.....	37
Illustration 17: Schéma d'un tensiomètre.....	40
Illustration 18: Pourcentage de CYP impliqué dans le métabolisme des médicaments.....	48
Illustration 19: Comparaison métabolisme du diazépam chez homme jeune vs jeune âgé....	49
Illustration 20: Valeurs usuelles du bilan hépatique.....	51
Illustration 21: Exemple recherche sur la grille STOPP - START.....	53
Illustration 22: Recherche grille STOPP - START.....	53
Illustration 23: Extrait de la liste de Laroche.....	54
Illustration 24: Extrait du guide PAPA (page 15).....	55
Illustration 25: Thériaque.....	56
Illustration 26: Thériaque.....	56
Illustration 27: Extrait du thésaurus des interactions médicamenteuses.....	57
Illustration 28: Extrait 1 du site GPR.....	59
Illustration 29: Extrait 2 du site GPR.....	59
Illustration 30: Renseignement de l'analyse sur le site.....	62
Illustration 31: Renseignement de l'entretien conseil sur le site.....	63
Illustration 32: Confiance des français envers les pharmaciens d'officine.....	65
Illustration 33: Dessin du millepertuis.....	66
Illustration 34: Dessin du pamplemousse.....	67
Illustration 35: Métabolisme toxique du paracétamol en cas de surdosage.....	68
Illustration 36: Marge thérapeutique étroite.....	68
Illustration 37: Profil de métabolisation en fonction du groupe ethnique.....	70
Illustration 38: Répartition des médecins généralistes sur le territoire français.....	71
Illustration 39: Evolution du nombre de médicaments prescrits en fonction de l'âge.....	77
Illustration 40: Evolution des prix des médicaments de 1999 à 2017.....	82
Illustration 41: Evolution des prix des médicaments de 1999 à 2017.....	82

Illustration 42: Nombre de pharmacies par région de janvier 2014 à Juin 2015.....	83
Illustration 43: Nombre de pharmacies en Métropole entre 2005 et 2015.....	83
Illustration 44: Tableau récapitulatif des rémunérations à l'acte pour les bilans de médication .....	88
Illustration 45: Dépliant sur la prévention concernant l'automédication (recto).....	91
Illustration 46: Dépliant sur la prévention concernant l'automédication (verso).....	91

## Index des tableaux

---

Tableau 1: Les bilans de médication à l'étranger.....	9
Tableau I.1: Questionnaire sur les habitudes de vie du patient.....	14
Tableau I.2: Questionnaire sur l'état physiopathologique du patient.....	15
Tableau I.3: Recueil des traitements.....	16
Tableau I.4: Questionnaire - recueil du ressenti du patient vis à vis de son traitement.....	17
Tableau I.5: Questionnaire - recueil du ressenti du patient vis à vis de son traitement (suite) .....	18
Tableau I.6: Questionnaire de Morisky.....	19
Tableau III.1: Mesures à prendre en cas de surdosage en Antivitamine K selon l'INR.....	36
Tableau III.2: Recommandations en fonction de la teneur en sel sous toutes ses formes.....	42
Tableau III.3: Valeurs normales de la fonction rénale.....	44
Tableau III.4: Degré d'insuffisance rénale en fonction du débit de filtration glomérulaire.....	45
Tableau III.5: Médicaments néphrotoxiques et mécanismes.....	46
Tableau IV- 1 : Décote des génériques entre 2002 et aujourd'hui.....	85

---

# INTRODUCTION

À ce jour, la prévalence des maladies chroniques augmente progressivement du fait de l'allongement de l'espérance de vie, et touche particulièrement les personnes âgées. En 2017, l'espérance de vie atteint pour les femmes 85,4 ans et pour les hommes 79,5 (contre respectivement 82,3 ans et 74,5 ans en 1997). On note également que l'écart entre les hommes et les femmes s'est réduit au fil des ans, puisqu'en 1992, il y avait 8,3 ans de différence, contre six ans en 2017. (Illustrations 1 et 2) <sup>1</sup>

Les différents facteurs contribuant à l'allongement de l'espérance de vie sont nettement corrélés par l'amélioration des conditions de vie, de travail, de l'hygiène de vie et des soins de santé.

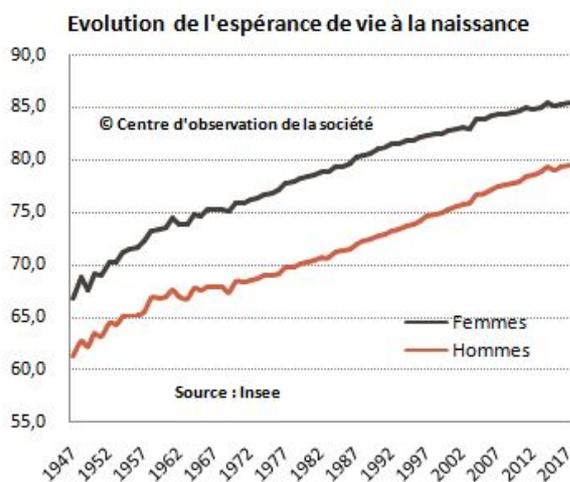


Illustration 1 : Evolution de l'espérance de vie à la naissance

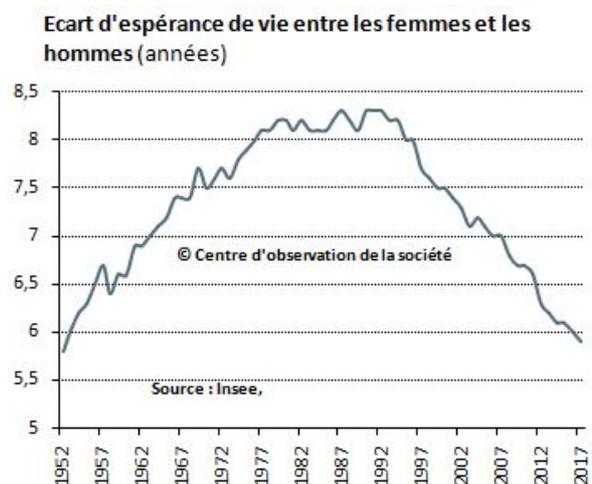


Illustration 2 : Écart d'espérance de vie entre les femmes et les hommes

La population de malades chroniques représente environ quinze millions d'individus en France, dont 3,9 millions sont concernés par la polymédication<sup>2</sup>. Le risque que ces personnes soient touchées par des problèmes d'interactions médicamenteuses est considérablement élevé, d'autant plus s'ils consultent plusieurs professionnels de santé. Ces interactions médicamenteuses peuvent conduire à des effets indésirables parfois graves et/ou mortels, appelés iatrogénie, pouvant conduire à une hospitalisation. On recense à l'heure actuelle environ 7500 décès par an et 3,4 % d'hospitalisations chez les patients de plus de 65 ans.<sup>3</sup>

1 <http://www.observationsociete.fr/population/evolution-esperance-de-vie.html>

2 Ministère des Solidarités et de la Santé. Stratégie nationale sport santé ; 2019

3 AMELI <https://www.ameli.fr/orne/medecin/exercice-liberal/memos/depistage-et-prevention/prevention-iatrogenie-medicamenteuse>

La iatrogénie médicamenteuse est définie comme tel par l’OMS (Organisation Mondiale de la Santé) : « *Toute réaction nocive et non recherchée à un médicament survenant à des doses utilisées chez l’homme à des fins de prophylaxie, de diagnostic et de traitement* ». <sup>4</sup>  
Il en existe 2 types :

- Type A : Effets résultant de l’action pharmacologique du médicament, **dose-dépendant**, potentiellement **évitables** (mauvais horaire, double dose, interaction avec un autre médicament)
- Type B : Réactions **inévitables** (effets indésirables, allergie, etc)

En partant de cette constatation, il a été décidé, par les autorités de santé, de donner une nouvelle mission aux pharmaciens qui permettrait d’éviter ces phénomènes devenant de plus en plus préoccupants : le **bilan partagé de médication**.

« Mais de quoi s’agit-il exactement ? »

Selon l’HAS, le Bilan de Médication Partagée (BMP) est une « *analyse critique structurée des médicaments du patient dans l’objectif d’établir un consensus avec le patient concernant son traitement, en ayant soin d’optimiser l’impact clinique des médicaments, de réduire le nombre des problèmes liés à la thérapeutique et de diminuer les surcoûts inutiles. Cette démarche impose de mettre en perspective le traitement du patient (issu du bilan médicamenteux) en regard de ses comorbidités, d’éventuels syndromes gériatriques, de ses souhaits, et d’outils d’évaluation pharmacologique, comme ceux de détection de médicaments potentiellement inappropriés* ». <sup>5</sup>

En outre, il s’agit d’un bilan complet reprenant la totalité des traitements utilisés par un patient, prenant en compte ceux prescrits par les différents médecins consultés (médecin traitant, spécialistes, etc), ainsi que les médicaments et compléments alimentaires en automédication (décrit comme une utilisation thérapeutique de médicaments par le patient sans avis médical). Celui – ci permet notamment de faire une liste exhaustive des multiples médicaments pris quotidiennement ou non par le patient, et de vérifier par la suite les interactions médicamenteuses entre ses différents traitements, s’il y en a.

4 Université de Lille 2. Lannoy Damien. Iatrogénie médicamenteuse. 2012

5 <http://pharmacie-clinique.fr/bilan-de-medication/>

Ce dispositif n'est pas fait au hasard puisqu'il est structuré autour de supports validés par la Haute autorité de Santé (HAS) contenant un guide d'accompagnement<sup>6</sup> (visible sur internet) et des fiches de suivi<sup>7</sup> (cf [annexe 1](#)), et se déroule sur plusieurs années, permettant d'accompagner le patient dans un processus de longue durée. Les missions du pharmacien dans l'accompagnement des malades chroniques à l'officine sont désormais complétées par les avenants n°11 et 12 de novembre 2017 de la convention pharmaceutique nationale.<sup>8</sup>

Ce bilan intervient dans un contexte particulier, puisqu'il existe déjà des entretiens pharmaceutiques qui ne tiennent compte que d'une pathologie en particulier. Ils concernent notamment les Antivitamines K (AVK), les Anticoagulants Oraux (AOD) et les corticoïdes inhalés pour patients asthmatiques, et ont été mis en place respectivement en Juin 2013 pour les AVK, en Décembre 2014 pour les patients asthmatiques et en Septembre 2016 pour les AOD.

Le bilan de médication, lui a été mis en place en Février 2018, permettant ainsi aux pharmaciens d'enregistrer ce dispositif sur internet, directement sur le site de l'Assurance maladie (<https://www.amelipro.fr>). Ce protocole supplémentaire permettra donc, à terme, de le proposer à un plus grand nombre de patients, l'objectif étant d'augmenter la qualité de l'observance de la population française et de diminuer les phénomènes d'interactions médicamenteuses, qui peuvent être généralement évitées.

Comme ce dispositif est récent, la question est aussi de savoir comment cela se déroule pour le professionnel de santé ainsi que pour le patient, qui va découvrir un nouvel aspect du métier de pharmacien. Après adhésion du patient, l'entretien se déroule sur rendez vous, avec un pharmacien, dans une pièce prévue à cet effet, qui en assure la confidentialité. Il se déroule en plusieurs étapes que nous détaillerons ultérieurement, comprenant deux ou trois phases avec le patient, et une phase d'analyse sans le patient.

6 USPO. Annexe de l'avenant 12. Guide d'accompagnement des patients. Le bilan partagé de médication chez le patient âgé polymédiqué ; 2017

7 AMELI. Guide interactif de l'accompagnement pharmaceutique ; 2019

8 AMELI. Textes conventionnels. Avenants de la convention nationale pharmaceutique ; 2019

Le bilan est particulièrement proposé chez les personnes âgées, puisqu'elles sont généralement polymédiquées. Or chez cette population, l'élimination des médicaments par voie rénale est plus lente car le rein fonctionne moins bien, et l'organisme est plus sensible et fragile. Ces modifications physiologiques entraînent une modification de l'action des médicaments et dans certains cas, leur toxicité peut en être augmentée. C'est pourquoi, la sécurité sociale permet un remboursement intégral de cet entretien pour une certaine catégorie de patients afin de mettre en place une prévention active des risques liés aux médicaments chez les personnes de plus de 65 ans (cf [chapitre 2 – critères d'adhésion](#)).

Ce dispositif a été expérimenté en région Pays de la Loire avant d'être généralisé à l'ensemble du territoire. Le système de santé français a pris pour exemple les pays l'ayant mis en place quelques années plus tôt, et servant de base pour définir les bénéfices apportés par celui-ci. En effet, les premiers pays qui en ont bénéficié sont : Le Royaume Uni, l'Australie, la Suisse et l'Italie depuis 2001.<sup>9</sup>

<b>Pays / Province</b>	<b>Nom du programme du bilan de médication</b>	<b>Caractéristiques</b>
Australie	<i>HMR / Home Medicines Review</i>	Depuis 2001 Réalisé au domicile du patient Rémunération : ~160€ (=250 dollars australiens) Pas de critère d'âge
Angleterre	<i>MUR / Medicines Use Review</i>	Depuis 2007 Rémunération : ~31€ (=28 livres) limité à 400/pharmacie/an Pas de critère d'âge
Ontario	<i>Medscheck</i>	
Suisse	<i>PMC / Polymedication Check</i>	Rémunération : 42€ Pour les patients asthmatiques
Italie	<i>I – M.U.R.</i>	

Tableau 1: Les bilans de médication à l'étranger

9 Ministry of Health ad long-term Care. MedsCheck, Pharmaceutical opinion and Pharmacy Smoking Cessation Program ; 2016

En Angleterre, neuf à dix mille pharmacies effectuent des bilans de médication, et trois millions de bilans sont réalisés par an.

Les critères d'éligibilité sont différents dans ces pays, comme par exemple l'âge en Angleterre, et cela peut très bien concerner des patients de moins de 65 ans. Les avantages qu'ont pu en tirer ces pays sont :

- Un risque d'hospitalisation en baisse (Par exemple, en Australie, cela représente 45 % pour les patients de plus de 65 ans)
- Une plus grande adhésion des patients à leur traitement (Progression de 35,4 %, trois mois après le bilan, et de 40 % après six mois)
- La reconnaissance du pharmacien en tant que professionnel de santé
- L'intégration par les prescripteurs des recommandations initiées par les pharmaciens suite à ces bilans (56 % en Angleterre, 54,4 % en Australie)<sup>10</sup>

De plus, les médecins ont l'air d'accepter les recommandations établies par le pharmacien à la suite de ses bilans, car la plupart d'entre eux adhèrent à leur conseil. Quatre facilitateurs d'une collaboration permettent d'améliorer cette adhésion : la proximité géographique, la perception réciproque de crédibilité, les perspectives partagées, la communication face à face ou à défaut électronique régulière, et proactive.

À travers cette thèse, nous verrons pas à pas la mise en place du bilan de médication à l'officine ; les avantages pour le patient, pour le pharmacien ainsi que pour la relation inter-professionnelle ; et les enjeux que cela peut avoir sur la santé publique et l'économie.

10 USPO. Cinq enseignement de publications scientifiques étrangères avant l'introduction des bilans de médication; 2018



# Chapitre I : Le bilan de médication vu par les professionnels de santé

---

Le bilan partagé de médication, actuellement mis en place dans les pharmacies qui le désirent, valorise l'activité du pharmacien d'officine puisqu'il permet d'accompagner activement le patient malade dans un objectif particulier qui est l'observance et la diminution de la iatrogénie. Il vient compléter 3 dispositifs pré-existants à la pharmacie d'officine (AVK, AOD, Asthmatiques).

## I. Mise en place du bilan partagé de médication à l'officine

La préparation et la mise en place du bilan à l'officine avant l'adhésion des patients à ce programme reste un point crucial pour le bon déroulement de ce dispositif à la pharmacie. Il est donc important de procéder par étape, afin de rendre cela le plus efficace et le plus agréable possible pour le patient.

### 1. Espace de confidentialité

En partant du principe que les entretiens pharmaceutiques étaient déjà effectués dans les officines, il est nécessaire de s'assurer qu'une salle est mise à disposition pour garantir la **confidentialité** de l'échange du début à la fin. Dans certains cas, il est donc essentiel de mettre en conformité les locaux, par rapport d'une part au Code de la Santé publique (CSP), et d'autre part au Code du Travail, au Code de la Construction et de l'Habitat, et au Code de l'Environnement. Cela régit donc certaines règles obligatoires ou optionnelles que nous allons détailler par la suite.

Dans un premier temps, son installation doit garantir un accès permanent au public, y compris les personnes ayant une déficience visuelle, motrice ou auditive ; dont les locaux doivent se trouver au sein de la pharmacie et non à l'extérieur. En effet, d'après l'Article R. 5125-9 du CSP, « *La superficie, l'aménagement, l'agencement et l'équipement des locaux sont adaptés aux activités et permettent le respect des bonnes pratiques mentionnées à l'article L. 5121-5* ». Ce qui engage le pharmacien titulaire ainsi que ses collaborateurs à respecter le secret professionnel conformément à l'article R. 4235-5 du CSP, la priorité générale étant la confidentialité de tout échange entre le professionnel de santé et son patient. Le pharmacien doit donc prévoir dans son officine un espace où il peut recevoir isolément les patients, et est adapté dès lors qu'il permet un dialogue entre le pharmacien et le patient en

toute discrétion.<sup>11 12</sup> (Illustrations 3 et 4).

De plus, la présence d'un poste informatique dans la salle est élémentaire pour la tenue d'un bilan de médication afin de consulter le Dossier Pharmaceutique (DP) du patient, ainsi que le Dossier Médical Partagé (DMP) pour pouvoir accéder à toutes les données (avec l'accord du patient) permettant de réaliser ce bilan dans des conditions optimales. À travers le DMP, nous pourrions ainsi retrouver les différentes analyses biologiques nécessaires à l'analyse approfondie du parcours médical du patient.



*Illustration 3: Signalétique*



*Illustration 4: Espace de confidentialité*

11 Ordre des pharmaciens. Recommandations pour l'aménagement des locaux de l'officine ; 2014

12 Legifrance. Arrêté du 28 novembre 2016 relatif aux bonnes pratiques de dispensation des médicaments dans les pharmacies d'officine, les pharmacies mutualistes et les pharmacies de secours minières, mentionnées à l'article L. 5121-5 du code de la santé publique ; 2016

## 2. Documents et questionnaires

Plusieurs documents seront nécessaires à l'élaboration de ce bilan. Dans un premier temps, et lorsque nous commençons à discuter avec le patient, un questionnaire avec des questions pré-éditées est fourni par l'Assurance maladie et validé par la Haute Autorité de Santé, sur lequel nous pourrions nous baser pour recueillir les réponses qui nous intéressent.

### A. Recueil d'information : Le patient

La première partie concerne le « **Patient** ». On le questionnera alors sur ses habitudes de vie, son environnement quotidien, son état physiologique, ses allergies, etc

QUESTIONS		RÉPONSES
<b>Habitudes de vie</b>	Vivez-vous seul à votre domicile, accompagné ou en institution ?	
	Quelqu'un vous aide t-il au quotidien ? Si oui, qui ?	
	Quelles sont vos habitudes alimentaires (combien de repas et quand?)	
	Suivez-vous un régime alimentaire particulier (sans sel...)?	
	Consommez-vous certains produits comme l'alcool, le pamplemousse ?	

*Tableau I.1: Questionnaire sur les habitudes de vie du patient*

Toutes ses données sont importantes à connaître, notamment pour connaître les habitudes du patient concernant la prise des médicaments. En effet, certains médicaments doivent être pris au cours d'un repas et au contraire pour d'autres en dehors du repas (pour une meilleure absorption, pour éviter certains effets indésirables, etc) Cela permet aussi de déceler les patients étant dénutris et/ou déshydratés, ce qui impacte l'état général du patient, mais aussi sur les effets des médicaments. Le mode de vie des patients permet donc de cerner les divers besoins (Aide à domicile, pilulier, conseils hygiéno-diététiques, ...).

<b>État physiologique</b>	Avez-vous une maladie rénale ou hépatique (insuffisance rénale, hépatique) ou tout autre antécédent identifié ?	<i>A cet endroit, nous pourrions avoir besoin des analyses biologiques du/de la patient/e</i>
	Avez-vous des problèmes de déglutition, de vision, de douleurs articulaires ?	
<b>Autres</b>	Souffrez-vous d'allergies ? Si oui, avez vous un carnet ?	

*Tableau I.2: Questionnaire sur l'état physiopathologique du patient*

La connaissance d'une insuffisance hépatique et/ou rénale est primordiale, car cela peut modifier la biodisponibilité des médicaments et donc impacter sur l'efficacité et la tolérance des médicaments (Points détaillés dans la partie « [Analyse des traitements](#) »)

De plus, certains problèmes physiopathologiques peuvent altérer la capacité du patient à prendre correctement ses médicaments (Déglutition avec gros comprimés ; Vision avec Ressemblance des boîtes de médicaments ; Douleurs articulaires si besoin de couper les comprimés, d'ouvrir certaines boites) ; C'est pourquoi il est nécessaire de repérer ses problèmes afin d'améliorer l'observance.

À travers ce premier questionnaire, nous allons pouvoir nous approprier les particularités du patient dans son environnement quotidien, qui se révèle important, car parfois en contradiction avec son traitement médicamenteux. Nous allons donc pouvoir vérifier si le traitement est adapté au patient, et mettre en place les actions à envisager. C'est une façon aussi d'enclencher une relation de confiance avec le patient, le dialogue permettant au patient de se confier sur son quotidien.

## B. Recueil des traitements

La deuxième partie concerne les **traitements** utilisés par le patient, recueillis de la façon la plus exhaustive possible, dans le tableau suivant :

Nom de tous les produits pris	Dosage	Forme	Fréquence / Posologie	Problème lié à la prise	Problème d'observance	EI* ?	Origine de la prise

*Tableau 1.3: Recueil des traitements*

\* EI : Effets indésirables

Ce tableau va permettre de regrouper les médicaments pris par le patient que l'on pourra en partie retrouver dans son historique, sur le dossier pharmaceutique, et d'après les dires du patient. On aura alors une vision d'ensemble de sa pharmacie à domicile. La liste des médicaments pris par le patient, à résumer avec eux, est une étape importante dans le bilan. Cela permet notamment de voir si le patient connaît son traitement. Or, un patient qui connaît ses médicaments, qui sait pourquoi il les prend et les conséquences sur sa santé (s'il les prend ou non), est un patient nettement plus observant et ayant une meilleure adhésion à son traitement.

De plus, il est nécessaire pour le patient de connaître les indications des médicaments qu'il prend ainsi que les effets indésirables, car cela peut entraîner des problèmes d'observance et donc avoir des répercussions néfastes pour le patient. Cela pourra donc entraîner des modifications de traitement par le prescripteur, ce qui améliorera donc la confiance du patient dans ses médicaments, puisque cela sera optimisé en fonction de ses besoins.

Certains effets indésirables peuvent être diminués, voire supprimés en changeant la méthode de prise des médicaments, c'est pourquoi notre aide est importante pour aider le patient à lutter contre cela.

### C. Recueil de la perception des traitements par le patient

Le **ressenti** des patients vis à vis de leur traitement sera renseigné dans le tableau suivant :

QUESTIONS		RÉPONSES
<b>Généralités</b>	Savez-vous à quoi servent ces médicaments ?	
	A quelle fréquence et quand prenez-vous vos médicaments ?	
<b>Autres traitements</b>	Prenez-vous d'autres produits par vous-même : aromathérapie, phytothérapie, médicaments en libre-accès ou sans ordonnance, crèmes, oligoéléments, vitamines, collyre, inhalations, compléments alimentaires, dispositifs médicaux... ?	
	Avez-vous pris des antibiotiques récemment ?	
<b>Modifications</b>	Avez-vous récemment arrêté ou modifié un traitement prescrit et pourquoi ?	
<b>Effets des traitements</b>	Ressentez-vous des effets particuliers liés à la prise de vos médicaments (sommolence, douleurs articulaires...) ?	
	Avez-vous déjà ressenti des effets indésirables liés à vos médicaments ? Si oui, comment luttez-vous contre ceux-ci ?	
	Prenez-vous un médicament qui nécessite un suivi particulier ? (antidiabétiques, anticoagulants...)	

*Tableau I.4: Questionnaire - recueil du ressenti du patient vis à vis de son traitement*

<b>Comment se passe la prise de vos médicaments ?</b>	A quel moment de la journée ? Avez-vous des rappels ?	
	Vous reste t-il des médicaments à la fin du mois ? Et pour d'autres au contraire êtes vous toujours en rupture ?	
	Avez-vous tendance à oublier certains de vos médicaments ?	
	Avez-vous certains médicaments en grande quantité chez vous ?	
	Vos médicaments sont-ils préparés par vous ou par quelqu'un d'autre ?	
	Êtes-vous aidé dans la prise de vos médicaments ?	
	Avez-vous des difficultés à prendre vos médicaments (sécheresse buccale, gélules trop grosses...) ?	
	Souhaitez-vous être aidé dans la prise de vos médicaments ?	

*Tableau I.5: Questionnaire - recueil du ressenti du patient vis à vis de son traitement (suite)*

Dans la plupart des cas, les patients ne sont pas enclins à prendre des médicaments tous les jours et n'y accordent pas beaucoup d'importance.

Dans d'autres cas, le respect de l'observance du traitement peut être compliqué en raison de situations pathologiques particulières affectant les performances mnésiques (Sénilité, démence de type Alzheimer, ...). Cela pose problème dans le sens où la dose peut ne pas avoir été administré, ou au contraire être prise plusieurs fois. Certains patients se voient prescrire des médicaments à marge thérapeutique étroite, et le non respect de la posologie peut s'avérer vraiment dangereux pour eux. C'est pourquoi, il est important de cerner la capacité du patient à s'occuper seul de son traitement.

## D. Questionnaire de Morisky

Ce questionnaire contient six questions à partir desquelles nous allons pouvoir noter l'observance du patient vis à vis de son traitement.

Dans le cas où le patient n'est pas ou peu observant, et à partir des réponses données, nous pourrions déterminer de façon claire pourquoi le patient prend mal son traitement, et trouver avec lui des solutions pour remédier à ce problème. Un patient non observant ne verra pas son état s'améliorer et le médecin ne pourra pas donc juger de l'efficacité du traitement qu'il lui a prescrit. C'est pourquoi, il sera nécessaire de lui proposer des aides, telles que des rappels programmés par exemple.

QUESTIONS	POINTS
Ce matin, avez-vous oublié de prendre vos médicaments ?	Oui (0) / Non (1)
Depuis la dernière consultation, avez vous été en panne de médicament ?	Oui (0) / Non (1)
Vous est-il arrivé de prendre votre traitement avec retard par rapport à l'heure habituelle ?	Oui (0) / Non (1)
Vous est-il arrivé de ne pas prendre votre traitement parce que, certains jours, votre mémoire vous fait défaut ?	Oui (0) / Non (1)
Vous est-il déjà arrivé de ne pas prendre votre traitement parce que, certains jours, vous avez l'impression que votre traitement vous fait plus de mal que de bien ?	Oui (0) / Non (1)
Pensez-vous que vous avez trop de comprimés à prendre ?	Oui (0) / Non (1)

Tableau I.6: Questionnaire de Morisky

Chaque réponse négative remporte 1 point.

Le score sera donné en fonction de ce schéma :

- Non observance : < ou égale à 3 points
- Faible observance : = 4 ou 5 points
- Bonne observance : = 6 points

Dans certains cas, il faut s'attendre à ce que le patient ne réponde pas correctement aux questions. Ce questionnaire peut entraîner un sentiment de jugement et la volonté de ne pas se faire accabler en répondant mal. Notre rôle est aussi de lui faire comprendre qu'il ne s'agit pas de nous donner les réponses que l'on attend, et surtout de ne pas le faire culpabiliser s'il prend mal son traitement.

Cette version est disponible en téléchargement ou de façon électronique avec un guide interactif visible sur le site de l'Assurance maladie.<sup>13</sup>

13 Assurance maladie. L'accompagnement pharmaceutique – Un patient chronique mieux pris en charge ; 2018

## E. Dossier pharmaceutique (DP) et Dossier Médical Partagé (DMP)

Le **Dossier Pharmaceutique** a été créé à partir de la loi du 30 Janvier 2007, et a été autorisé par le CNIL (Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés) le 2 Décembre 2008, et le décret a été publié le 15 Décembre 2008. Il s'agit d'un dossier électronique regroupant les différents médicaments qui ont été prescrits par un médecin ou conseillés par le pharmacien (sur présentation de la carte vitale) au cours des quatre derniers mois pour les médicaments classiques, vingt et un ans pour les vaccins (en Septembre 2016), et trois ans pour les médicaments biologiques (surveillance particulière).

Il est accessible depuis l'année 2012 aux Pharmacies à Usage Intérieur (PUI) dans le milieu hospitalier, et depuis 2016 aux médecins exerçant en établissement de santé. En Octobre 2019, il existe 38 462 245 dossiers pharmaceutiques actifs. 99,9 % (21 486) des officines sont connectées au dossier pharmaceutique contre 18,1 % (477) PUI.<sup>14</sup>



Lorsque le pharmacien consulte le DP, un symbole représenté par une croix verte, sur le logiciel (exemple avec le logiciel de gestion officinal LGPI), permet de différencier les médicaments délivrés par notre pharmacie de ceux délivrés dans toutes les autres pharmacies.

La liste des logiciels de gestion officinal validés par le CNOP (Conseil National de l'Ordre des Pharmaciens) pour renseigner le dossier pharmaceutique est visible en [annexe 2](#).

14 Ordre National des Pharmaciens. Qu'est ce que le Dossier Pharmaceutique ? - Site internet ; 2019

L'objectif de ce DP est évidemment de mieux sécuriser la délivrance des médicaments, avec différents points (*Illustration 5*)<sup>15</sup> :



*Illustration 5: Avantages du Dossier Pharmaceutique*

Source : <http://www.ordre.pharmacien.fr/Le-Dossier-Pharmaceutique/Qu'est-ce-que-le-DP>

Il faut savoir que le pharmacien ne peut créer le dossier pharmaceutique d'un patient qu'après accord explicite de celui-ci, formalisé ensuite par la signature d'une attestation papier (cf [annexe 3](#)) qui lui sera remise, confirmant ainsi sa création. Ce dossier électronique permettra, pour le bilan de médication, d'avoir accès aux médicaments qui ont été délivrés depuis quatre mois par toutes les pharmacies chez lesquelles le patient a présenté sa carte vitale.

- Le **Dossier Médical Partagé**, quant à lui, a été créé durant l'année 2016, et mis en service en Novembre 2018. Il permet de regrouper toutes les données de santé du patient (antécédents médicaux, historique de soins, résultats d'examens [analyses biologiques, radiologie, ...]). En janvier 2019, 42 % de ces dossiers ont été créés dans les pharmacies, 36 % d'entre eux par le patient lui-même sur le site [dmp.fr](http://dmp.fr), 18 % par les caisses d'assurance maladie, et 4 % par les professionnels de santé libéraux.<sup>16</sup> Contrairement au dossier pharmaceutique, seuls les médicaments remboursés y figurent, et n'apparaissent qu'après remboursement par les caisses. C'est pourquoi, ses deux outils sont complémentaires.

15 Ordre National des Pharmaciens. Qu'est ce que le Dossier Pharmaceutique ? - Site internet ; 2019

16 <https://www.mutualite.fr/actualites/deja-plus-de-35-millions-de-dmp-ouverts/>

Le pharmacien est indemnisé 1€ par DMP ouvert à partir de Janvier 2018. À terme, les données du DP vont venir alimenter le DMP.

Nous allons donc utiliser ses deux bases de données pour avoir une liste complète des **médicaments** (remboursés ou non, sur ordonnance ou non) pris par le patient, ainsi que les **analyses biologiques**, telles que la clairance de la créatinine (pour juger de l'état de fonctionnement du rein).

## II. Communication autour du bilan de médication

Pour faire connaître le dispositif à l'ensemble de la patientèle de la pharmacie, ainsi qu'au reste de la population, il est conseillé de communiquer activement par différents moyens.

Parmi ces moyens de communication, nous retrouvons :

- Les **flyers** : Format A5, ils peuvent être distribués à chaque client de la pharmacie.

Une technique qui a fait ses preuves consiste à placer les flyers dans les sacs au préalable. Dès lors que le client rentre chez lui et range ses boîtes de médicaments, il trouvera le flyer dans le sac et pourra en prendre connaissance tranquillement. Si jamais ce dispositif l'intéresse, il pourra donc nous demander plus d'informations la prochaine fois qu'il passera à la pharmacie.

Le but est de ne pas forcer le patient à y adhérer, mais de le laisser prendre cette décision, ce que je pense être la meilleure approche car le patient sera bien plus réceptif à cette démarche.

- Les **affiches** : Elles peuvent être exposées dans la pharmacie et placées à des endroits stratégiques afin de capter le regard du client. (*Illustrations 6 et 7<sup>17</sup>*)

Les affiches restent le moyen de communication le plus direct puisque que le client peut, en patientant, prendre connaissance des services proposés à la pharmacie. Cela permet parfois d'engager la conversation directement au comptoir et nous permet de présenter le sujet avec plus de facilité.

→ Le placement ? A hauteur des yeux, dans la file d'attente, en inter-comptoir



Illustration 6: Exemple d'affiche



Illustration 7: Affiche créée par l'Assurance Maladie

17 AMELI. Affiche de l'Assurance maladie sur les entretiens pharmaceutiques ; 2018

- Organiser des **journées** « Bilan de médication »

En mettant en place un planning avec des horaires de consultation dans la journée, cela permet de formaliser les entretiens, tels qu'ils apparaissent comme une consultation pharmaceutique.

Les patients auront alors l'impression de ne pas être seul à vouloir bénéficier de ce dispositif. L'effet de groupe peut être particulièrement intéressant et motivant.

- Faire des campagnes de communication sur les **réseaux sociaux**



A l'ère du numérique, les réseaux sociaux se révèlent extrêmement efficaces pour partager au maximum les informations que nous voulons relayer. Cela est d'autant plus efficace que chaque personne « suivant » le compte de la pharmacie peut partager une information avec ses « abonnés » qui ne sont pas forcément clients de la pharmacie.

En plus de faire connaître le dispositif par le plus grand nombre, cela permet aussi de fidéliser de nouveaux clients qui seraient intéressés par ce programme. Même si le public utilisant les réseaux sociaux est relativement jeune, chaque personne peut en parler à son entourage et en faire bénéficier à ses parents ou grands parents, par exemple. C'est aussi une façon de participer à l'amélioration de la santé de son entourage direct.

### III. Organisation du déroulé de l'entretien

Le bilan de médication est un accompagnement du patient structuré en plusieurs étapes.

En voici le déroulé schématisé : (Illustration 8)

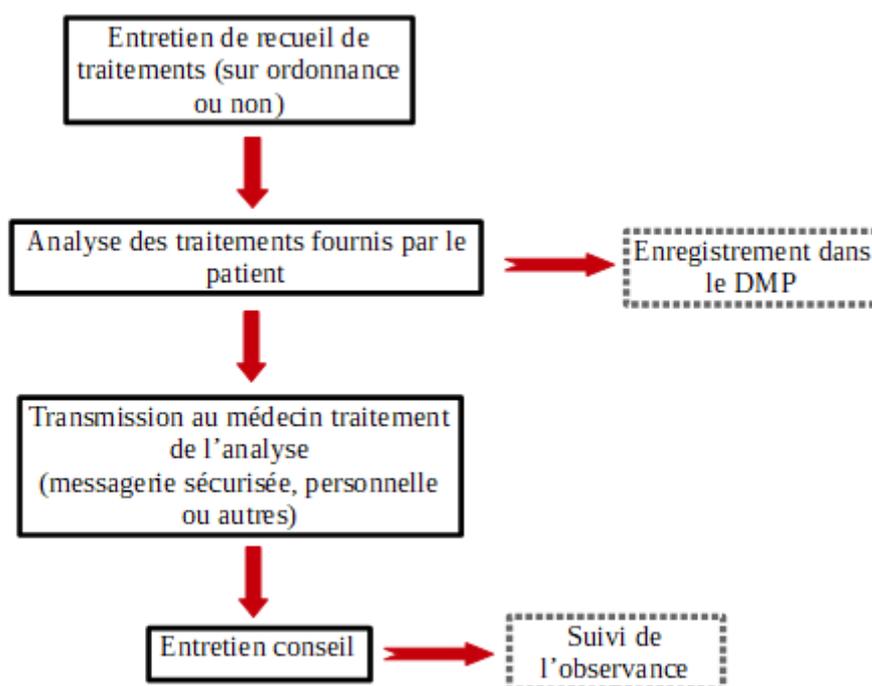


Illustration 8: Déroulé de l'entretien initial du bilan

#### 1. Entretien de recueil

L'entretien de recueil se déroule à T0, donc la première année du dispositif du bilan médical partagé. Il permettra d'expliquer au patient l'objectif de ce bilan, ainsi que son intérêt dans le cadre de l'amélioration de sa prise en charge, qui se fera en lien direct avec son médecin traitant.

Dans un premier temps, le pharmacien demandera à ce patient d'apporter, pour l'entretien, ses ordonnances et le cas échéant, les éventuelles analyses biologiques et le(s) diagnostic(s) établi(s) par le médecin prescripteur. La remise d'une fiche recensant l'ensemble des éléments à ramener au premier entretien est conseillée. (Illustration 9)<sup>18</sup>

18 AMELI. Guide interactif de l'accompagnement pharmaceutique ; 2019



### MÉMO DES ÉLÉMENTS À APPORTER POUR L'ENTRETIEN DE RECUEIL D'INFORMATION

1. Vos ordonnances ou vos traitements en cours.
2. Vos dernières analyses biologiques.
3. Tous les médicaments que vous prenez, prescrits ou non.



*Illustration 9: Liste des éléments à apporter le jour de l'entretien*

A la suite de l'accord du patient de participer à ce bilan de médication, il est nécessaire de formaliser cet accord. Pour cela, nous pouvons tout simplement nous connecter sur le site de l'Assurance Maladie (<https://www.amelipro.fr>) afin d'inscrire le patient au programme et d'imprimer le feuillet d'accord (cf [annexe 4](#)) qui sera signé par le patient et le pharmacien, dont chacun des deux parties en conservera une copie signée.

Pour cela, le pharmacien se connecte dans l'onglet professionnel du site en procédant de la façon suivante :

1. Première étape : Rechercher l'onglet correspondant au bilan de médication.

Nous trouverons ce lien sur la partie professionnelle du site, puis en se dirigeant dans l'onglet « conventions » dans le menu déroulant. (*Illustration 10*)



Illustration 10: Lien permettant d'accéder au programme de bilan partagé de médication

Source : <https://espacepro.ameli.fr/PortailPS/appmanager/portailps/professionnelsante>

## 2. Deuxième étape : Créer un patient

Créer un patient via son numéro de sécurité sociale et renseigner les données demandées. Ainsi il sera officiellement inscrit à ce dispositif. (*Illustration 11*)

NB : *L'inscription d'un patient est disponible depuis le 1<sup>er</sup> Février 2018.*

### ACCOMPAGNEMENT PATIENTS ADHÉRANT AU BILAN PARTAGÉ DE MÉDICATION

ADHÉSION Créée le : EN COURS DE CRÉATION

#### PHARMACIEN

**PHARMACIE**  
N° AM :  
Nom et prénom du pharmacien désigné N° RPPS

?  ?

#### PATIENT

**Patient** NIR  
Nom Prénom

Date de naissance Rang Régime d'affiliation  
 ?  1 Choisir ?

#### ACCORD DU PATIENT

Le patient donne son accord pour que le pharmacien porte à la connaissance de son médecin traitant son adhésion au dispositif d'accompagnement et prenne contact autant que de besoin avec lui. Il accepte également la collecte et le traitement des informations par l'assurance maladie

OUI  NON

Nom du médecin traitant :

Le patient peut décider à tout moment de sortir du dispositif d'accompagnement. Le patient ne peut pas solliciter son adhésion au dispositif d'accompagnement auprès de plusieurs pharmacies de façon concomitante.

Mon patient me donne mandat pour signer les présentes en son nom et pour son compte. J'accepte la [convention de preuve](#) et les conditions de transmission.

Conformément à la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée, le patient dispose d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition des données traitées. Ces droits s'exercent auprès du Directeur de la CPAM de rattachement.

ANNULER TRANSMETTRE

*Illustration 11: Création d'un patient dans le dispositif du bilan de médication*

<https://espacepro.ameli.fr/PortailPS/appmanager/portailps/professionnelsante>

Dans un second temps, nous procéderons au recensement de l'ensemble des traitements du patient (prescrits ou non), d'abord avec les données que nous avons pu recueillir de nous même grâce à l'historique médical et/ou au dossier pharmaceutique. Puis, nous compléterons avec le patient, pour avoir dans l'idéal une liste exhaustive de tout ce qu'il prend. On s'appuiera notamment sur le Dossier Pharmaceutique, s'il est ouvert et de l'historique du patient dans notre officine.

Il sera possible, selon l'accord du patient, d'accéder à ses résultats d'analyses biologiques, à son état physiopathologique, à ses antécédents pathologiques grâce au diagnostic établi par le médecin.

Ce recueil devra ensuite être renseigné sur le site de l'Assurance Maladie, tel que : (Illustration 12)

RECUEIL TRAITEMENT    ANALYSE - TRANSMISSION    ENTRETIEN CONSEIL

1

Date de l'entretien de recueil : 27/02/2019

Traitements. Vous pouvez ajouter jusqu'à 5 molécules au maximum :  
Vous n'avez pas besoin de saisir les médicaments remboursés (Hors ATU)

Type de traitement :	Nom de la molécule :	Nb de boîtes :
Non Remboursé	Acetylleucine	1
Choisissez		

AJOUTER

Conformément à la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée, le patient dispose d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition des données traitées. Ces droits s'exercent auprès du Directeur de la CPAM de rattachement.

TRANSMETTRE

Illustration 12: Recueil de traitement

Source : <https://espacepro.ameli.fr/PortailPS/appmanager/portailps/professionnelsante>

Contrairement au recueil papier, nous ne devons renseigner que les traitements pris sans ordonnance, donc non alimentés par la carte vitale. En effet, grâce au numéro de sécurité sociale du patient, les traitements prescrits et délivrés via la carte vitale sont directement importés sur le site internet.

## 2. Analyse des traitements

L'analyse des traitements s'effectue sans la présence du patient. Elle se fait à partir de l'ensemble des données recueillies pendant le recueil d'informations. Cela permet de formaliser ses conclusions à partir de la discussion avec le patient et permet d'établir des recommandations qui devront être intégrées au dossier médical partagé du patient, et transmises au médecin traitant, de préférence par messagerie sécurisée (comme il s'agit de données personnelles et médicales).

Afin d'optimiser l'analyse, il est possible de la compartimenter en plusieurs parties.

### A. Le patient

En se basant sur le premier questionnaire que nous avons rempli avec le patient, nous pouvons établir le profil du patient, qui sera donc l'édifice de l'analyse. On pourra donc en conclure sur l'état de santé du patient, les connaissances relatives à ses médicaments, s'il a besoin d'aide ou de soutien dans la prise de ses médicaments, sur ses capacités à comprendre, et finalement savoir s'il adhère bien à son traitement de manière générale.

En partant de ce postulat, nous pourrions donc nous intéresser ensuite au traitement à proprement parler.

## B. Le traitement

Dans un premier temps, et grâce au recueil des traitements, nous avons en notre possession la liste exhaustive (dans l'idéal) des médicaments utilisés par le patient. Afin d'analyser la compatibilité des traitements les uns avec les autres, le pharmacien bénéficie de plusieurs ressources qui pourront lui être très utiles. Il sera tout d'abord nécessaire de savoir s'il existe des contre-indications parmi les médicaments utilisés. En principe, cette analyse a déjà été réalisée, mais un double voire un triple contrôle est toujours possible, sinon nécessaire.

Plusieurs types d'interactions voire de contre-indications peuvent être possibles :

- Physiopathologiques : C'est à dire une incompatibilité entre un médicament prescrit ou non, et l'état pathologique du patient. Par exemple :
  - Une dénutrition entraînant une hyperprotidémie. Cela cause alors une diminution du transport et de la fixation des médicaments aux protéines plasmatiques, et donc un risque de surdosage des médicaments ;
  - Une perte musculaire et un gain de masse grasse entraîne alors une augmentation du volume de distribution des molécules lipophiles et donc un risque de surdosage et une augmentation des effets indésirables ;
  - Une diminution de la fonction rénale ;
  - Une modification de la perméabilité de la barrière hémato-encéphalique, générant une sensibilité plus importante aux médicaments agissant sur le système nerveux central.
- Médicamenteuses : C'est à dire une incompatibilité entre deux ou plusieurs médicaments prescrits ou non.

Comme c'est déjà le cas au comptoir, si une contre-indication est repérée, il faudra en faire part au médecin immédiatement afin de trouver une solution de remplacement.

De plus, le patient a pu nous indiquer, durant le premier entretien, les éventuels désagréments liés à la prise de son traitement. Il faudra donc s'assurer de savoir si le patient tolère bien son traitement et si cela n'est pas un frein à un suivi optimal de l'observance.

Nous pouvons donc lister plusieurs problèmes au moment de la prise des médicaments :

- Problème de **formulation galénique** :

Chez une personne âgée, le problème de la formulation galénique est récurrent et suggère donc une modification dans la forme du médicament.

Quelles formes posent problème et pourquoi ?

- ◆ Formes orales trop grosses :

En cas de problème de déglutition, le risque de fausse route devient important et cela peut être résolu en utilisant des formes effervescentes, des formes en sachets ou des gélules moins difficiles à avaler.

- ◆ Formes compte-gouttes :

Une erreur de dosage est fréquemment observée, car les personnes âgées ont souvent des problèmes de vision importants, et ont donc du mal à voir combien de gouttes ils ont mis.

- Problème de **présentation** :

- ◆ Flacon difficile à ouvrir :

Solution : Changement de support, ou proposition d'un dispositif médical adapté (*Illustration 13*)



**OUVRE TOUT 5 EN 1**

**SES ATOUTS :** Ergonomique avec une poignée antidérapante en caoutchouc injecté • Permet d'ouvrir : conserves, canettes, bocaux, bouteilles et bières

*Illustration 13: Exemple de dispositif médical*

*Tiré du catalogue du prestataire Handipharm*

- ◆ Coordination main-poumon difficile pour les formes à inhaler :

Utilisation d'une chambre d'inhalation (*Illustration 14*) ou les formes « Diskus » ne nécessitant pas une coordination main-poumon (donc de devoir inspirer la dose en même temps que d'enclencher sa distribution)



*Illustration 14: Exemple de chambre d'inhalation*

- **Problème d'effets secondaires** :

On rencontre de nombreux effets secondaires chez les personnes âgées pouvant les contraindre à arrêter leur traitement. Il y a un réel risque dans leur vie quotidienne, par exemple : polyurie (parfois nocturne), malaise, vertiges, hypotension, troubles digestifs...

Enfin, il sera nécessaire de savoir si le traitement est adapté en fonction de l'âge du patient. L'organisme de chaque être humain évolue avec le temps et devient moins performant. Il est donc utile de faire quelques modifications de dosage en fonction de l'état physiologique du patient. Plusieurs fonctions sont donc à vérifier et notamment la fonction rénale et la fonction hépatique, qui ont respectivement des rôles d'élimination et de métabolisation des médicaments.

En l'absence d'évaluation récente de la fonction rénale, il serait judicieux d'en avertir le médecin traitant, ou lui demander s'il a un bilan récent en sa possession.

On tient alors compte de différents bilans biologiques.

## C. Les différents bilans biologiques

### a. INR (International Normalized Ratio)

Délectable par prise de sang, cette unité permet de mesurer l'effet anticoagulant des Antivitamines K (AVK), idéalement réalisée tous les mois pour chaque patient dans un même laboratoire de préférence. L'INR doit être situé entre deux et trois, OU entre trois et quatre virgule cinq pour les porteurs de valves cardiaques ou en cas de valvulopathie. Or, il a été récemment montré que les valeurs cibles ne sont respectés que chez soixante pourcent des patients.<sup>19</sup>

Quel est donc le risque d'un INR en dehors de l'intervalle cible ?

Dans le cas où l'INR serait trop faible (donc inférieur à deux), cela expose à un risque thrombotique. Il sera alors nécessaire d'augmenter la dose d'anticoagulant d'un quart de comprimé à chaque prise jusqu'à l'obtention de la valeur cible. Parfois le patient peut avoir oublier une dose, il y aura donc une marche à suivre en fonction de l'heure à laquelle il s'en est rendu compte :

- ◆ S'il s'agit d'un oubli de moins de quatre heures par rapport à l'heure habituelle, il pourra donc prendre le comprimé oublié, et le notifier dans son carnet de surveillance.
- ◆ Il faudra donc l'informer de ne pas prendre une double dose dans la même journée, si l'oubli date de plus de quatre heures, et de reprendre son comprimé le lendemain à l'heure habituelle.

Dans le cas où l'INR serait trop élevé, cela expose donc à un risque hémorragique, il faudra alors diminuer les doses d'anticoagulant ; voire, si la valeur est vraiment trop élevée, utiliser un antidote (Vitamine K).

19 Faure et al., 2013, « L'automesure de l'International normalized ratio (INR) ».

Nous retrouvons ci-dessous les mesures à prendre en cas de surdosage en AVK.

INR mesuré	INR cible (entre 2 et 3)	INR cible (entre 2,5 et 4,5)
INR < 4	X	X
4 < INR < 6	Saut d'une prise Pas d'apport en vitamine K	X
6 < INR < 10	Arrêt du traitement par AVK Apport de 1 à 2mg de vitamine K par voie orale	Saut d'une prise Apport éventuel de 1 à 2mg de vitamine K par voie orale
INR > 10	Arrêt du traitement Apport de 5mg de vitamine K par voie orale	Hospitalisation

Tableau III.1: Mesures à prendre en cas de surdosage en Antivitamine K selon l'INR

Il sera aussi nécessaire d'informer le patient sur les règles hygiéno-diététiques vis à vis de ce traitement, puisque certains aliments contiennent des taux relativement importants de vitamine K tels que : Chou frisé, épinards bouillis et crus, Feuilles de navet, de pissenlit ou de betterave, Brocoli cuit, Laitue mesclun, Scarole, Laitue frisée et rouge, Asperges, Persil frais, Laitue Boston et romaine, Chou, Kiwi, Haricots verts.

D'autre part, certains médicaments sont incompatibles avec les AVK, et il faudra être particulièrement vigilants à l'automédication (par exemple AINS [Anti-Inflammatoires Non Stéroïdiens], Gaulthérie [Huile essentielle anti-inflammatoire], certains antibiotiques [car les bactéries présentes dans la flore intestinale synthétisent de la vitamine K, donc ici une diminution de la production de vitamine K] etc)

### b. Hémoglobine glyquée (HbA1c)

Elle-même dosée par bilan sanguin (prélèvement sanguin sur anticoagulant [héparine, EDTA]), elle permet une estimation facile de la glycémie moyenne sur les deux derniers mois. La teneur en hémoglobine glyquée (HbA1c) s'exprime en % de l'hémoglobine (Hb) globale, et son taux peut être corrélé à la proportion de sucre se trouvant dans le sang.<sup>20</sup> (*Illustration 15*)

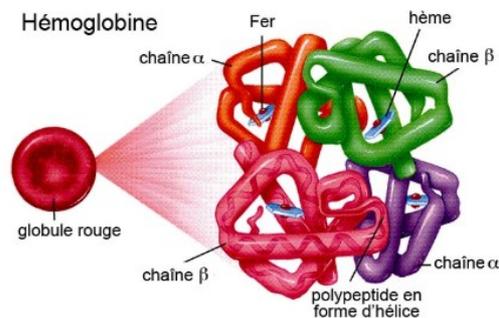
**Tableau 1** Corrélation approximative entre le taux d'HbA<sub>1c</sub> et la glycémie moyenne\*<sup>6</sup>  
\* Cette corrélation n'est valable que pour des méthodes de dosage alignées sur la méthode utilisée dans l'étude DCCT!  
\*\* Pour des HbA<sub>1c</sub> entre 6-9%, l'intervalle de 95% de confiance est de  $\pm 3,8$  mmol/l.

Valeur HbA <sub>1c</sub>	Glycémie plasmatique moyenne**
6%	7,5 mmol/l
7%	9,5 mmol/l
8%	11,5 mmol/l
9%	13,5 mmol/l
10%	15,5 mmol/l
11%	17,5 mmol/l
12%	19,5 mmol/l

*Illustration 15: Corrélation entre taux d'HbA1c et glycémie moyenne*

Source : <https://www.revmed.ch/RMS/2006/RMS-68/31392>

L'hémoglobine glyquée est une partie de l'hémoglobine qui capte le sucre dans le sang quand il se trouve en grande quantité. C'est une hémoglobine qui résulte d'un processus de fixation du glucose sur l'acide aminé valine de l'une des deux chaînes polypeptidiques bêta de la molécule. (*Illustration 16*)



*Illustration 16: Schéma d'une hémoglobine*

Un taux sanguin inférieur à 6 % représente un taux normal. Chez un diabétique, ce taux doit se trouver aux alentours de 6,5 %.

Il est impossible d'interpréter ce résultat dans certaines situations, telles que : hémolyse, hémorragie, traitement à base d'érythropoïétine (EPO), insuffisance rénale grave, hémoglobinopathies, ou transfusion sanguine.

Selon le profil du patient, il y aura différents objectifs, même si, de manière générale, le taux doit être inférieur à 7 %. Nous devons alors dans un premier temps savoir à quel niveau il en était à la dernière prise de sang pour ajuster nos conseils.

S'il s'agit d'un diabète de type II, les premières recommandations, en cas de taux d'hémoglobine glyquée élevé, sont les règles hygiéno-diététiques :

- ◆ Privilégier des aliments à indice glycémique bas (*cf annexe 5*). Selon l'étude « T.M. Wolever, C. Mehling, J.L. Chiasson, in: Diabetologia, 51 (2008), pp. 1607-1615 », seul un régime comportant des aliments à faible indice glycémique permettrait de conserver une sécrétion d'insuline suffisante.
- ◆ Pratiquer une activité physique régulière environ vingt à trente minutes par jour de préférence.

### *c. Kaliémie*

Le potassium intervient dans de nombreux processus cellulaires au sein de l'organisme et notamment dans le maintien de la pression osmotique cellulaire. Il peut être nécessaire d'en avoir une estimation, à travers un bilan électrolytique sanguin, pour rechercher un trouble de l'hydratation ou un déséquilibre sanguin, pour évaluer la fonction rénale et cardiaque.

Sa valeur usuelle est de 3,5 à 4,5 mmol/L.<sup>21</sup>

Il est important de vérifier les interactions chez les personnes polymédiquées puisque de nombreux médicaments peuvent avoir une action sur la kaliémie. Parmi ceux pouvant induire une hyperkaliémie, se trouvent :

- Les diurétiques épargneurs de K<sup>+</sup> ;
- Les Anti-inflammatoires Non Stéroïdiens (AINS) ;
- Les Inhibiteurs de l'Enzyme de Conversion (IEC) ;
- L'association sulfaméthoxazole + triméthoprim : Bactrim® ;
- Les Pénicillines ;
- La supplémentation potassique (ex : spécialité Diffu-K®).

21 Caquet, 2008, Potassium sanguin (kaliémie)

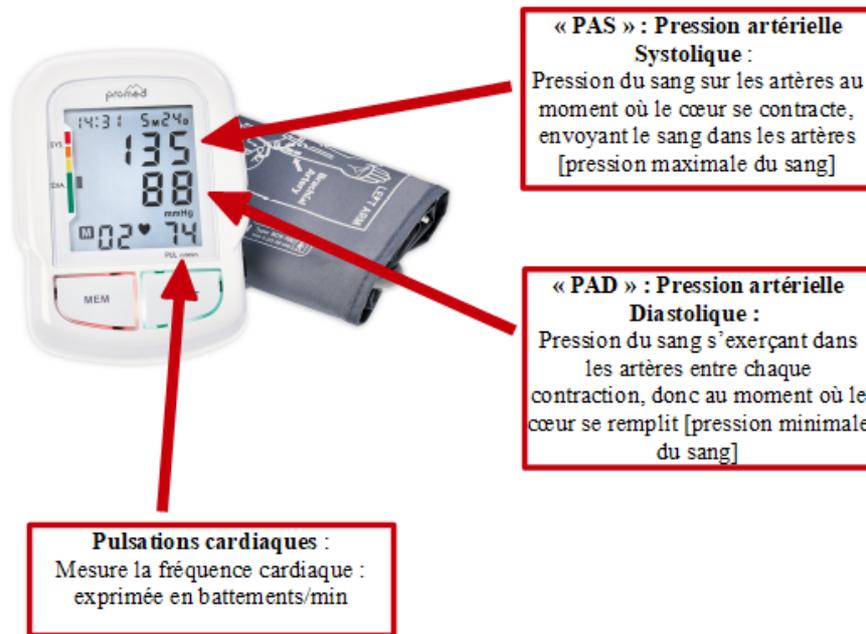
Parmi ceux pouvant induire une hypokaliémie, se trouvent :

- Les agonistes des récepteurs bêta-adrénergiques (salbutamol, indacatérol, dobutamine) ;
- Les antifongiques azolés (itraconazole, fluconazole, voriconazole,...) ;
- Les corticoïdes (bétaméthasone, cortisone, dexaméthasone, methylprednisolone, prednisolone, prednisone, triamcinolone, ...) ;
- Les diurétiques de l'anse (furosémide) ;
- Les diurétiques thiazidiques (hydrochlorothiazide, indapamide, ...) ;
- Les immunosuppresseurs (tacrolimus, sirolimus) ;
- Les laxatifs (en utilisation prolongée) ;
- Les plantes : Boldoflorine, Bourdaine, Cascara, Réglisse, Ricin, Séné.

#### d. Tension artérielle et fréquence cardiaque

La tension artérielle correspond à la pression du sang circulant dans les artères, et est mesurée en mmHg (mm de mercure). La mesure de la tension artérielle se fait à l'aide d'un tensiomètre (brassard préférentiellement ou au poignet, moins fiable). (*Illustration 17*)

Trois valeurs sont alors retenues : la Pression Artérielle Systolique (PAS), la Pression artérielle Diastolique (PAD) et la Fréquence cardiaque (FC).



*Illustration 17: Schéma d'un tensiomètre*

Les valeurs usuelles d'une tension artérielle normale sont :

- ◆ inférieures à 140/90 mmHg lorsque la tension est mesurée chez le médecin, généralement plus élevée, due au syndrome de la « blouse blanche ».
- ◆ inférieures à 135/85 mmHg quand elle est réalisée en ambulatoire (hors cabinet médical)

L'objectif tensionnel peut être différent selon l'état physiologique du patient. Par exemple s'il est diabétique ou insuffisant rénal, les normes seront plutôt de l'ordre de 130/80mmHg.

Il est nécessaire de prendre quelques minutes de repos avant de réaliser la mesure de tension, car l'activité physique augmente de façon physiologique le résultat. La tension variant tout au long de la journée, et afin de la relever à domicile, il sera indiqué de la prendre selon un schéma précis :

- Trois mesures consécutives le matin avant le petit déjeuner ;
- Trois mesures consécutives le soir entre le dîner et le coucher ;
- Pendant trois jours de suite (cf [annexe 6](#))

L'hypertension artérielle correspond à une augmentation anormale de la pression sur la paroi des artères, et donc à une élévation de la pression artérielle systolique (> 140 mmHg) et à une élévation de la pression diastolique (> 90 mmHg). Elle est dite chronique lorsque les mesures (deux mesures consécutives au repos avec cinq minutes d'écart) sont constatées lors de trois consultations successives sur une période de trois à six mois.

Elle peut être sans cause précise, donc dite « essentielle » OU « secondaire », due à des maladies précises et identifiables (maladie rénale, maladie des glandes rénales, prise de certains médicaments [corticoïdes, antidépresseurs, AINS, vasoconstricteurs nasaux d'utilisation prolongée, œstrogènes...], consommation de toxiques [cannabis]).

De manière générale, l'hypertension artérielle est découverte à la prise de tension, et ne comporte pas de symptômes particuliers. Cela dit, quelques symptômes peuvent orienter sur une tension artérielle plus élevée que d'habitude :

- Céphalées de tension : maux de tête « en casque », principalement à l'arrière du crâne, non accentuée par l'activité physique, d'intensité légère à modérée, sans nausées/vomissements ;
- Fatigue, nervosité, insomnie ;
- Parfois accompagné de saignement de nez.

Des recommandations hygiéno-diététiques peuvent être apportées pour éviter la prise de médicaments et réduire la tension artérielle de manière naturelle. Parmi ces conseils, nous retrouvons :

- La **limitation de la consommation de sel.**

On recommande alors de ne pas dépasser cinq grammes de sel par jour<sup>22</sup> (l'équivalent d'une petite cuillère). En effet, le sel entraîne une rétention d'eau, ce qui fait augmenter la

22 Programme National Nutrition Santé « Manger Bouger », Recommandations – Les produits salés et le sel ; 2019

pression artérielle. Il est nécessaire de savoir que notre consommation de sel est contenue dans 80 % des cas directement dans les aliments que nous consommons, et pour 20 % des cas ce que nous rajoutons nous-même.<sup>23</sup>

Quelques astuces sont à prendre en compte pour limiter cette consommation :

- Vérifier les étiquettes des produits alimentaires, car le sel peut être nommé de façon différente → « Chlorure de sodium » OU « Teneur en sodium ». Le sodium étant le constituant chimique du sel, la proportion est différente. En effet, 1 g de sodium équivaut à 2,5g de sel !

<b>Teneur en « chlorure de sodium »</b>	<b>Teneur en « sodium »</b>	<b>Recommandation</b>
< ou égal à 0,3 g / 100g	< 0,1 g / 100g	À consommer préférentiellement
Compris entre 0,3g et 1,5g / 100g	Compris entre 0,1 et 0,6 g / 100g	À consommer modérément
> 1,5g / 100g	> 0,6 g / 100g	À éviter

Tableau III.2: Recommandations en fonction de la teneur en sel sous toutes ses formes

Si le tableau de valeur nutritionnelle n'est pas visible, il faudra consulter la liste des ingrédients. Plus le sel se positionne en haut de la liste, plus la préparation en contient.

- De nombreux aliments contiennent une proportion élevée en sel, tels que : les fromages, la charcuterie, les poissons fumés, le réglisse, les sauces sojas, les cubes culinaires, la moutarde, les plats industriels, ... A éviter donc.
- Pour remplacer le sel dans l'alimentation, il sera intéressant d'utiliser des épices (curry, paprika), des herbes aromatiques (persil, basilic, coriandre,... ), ou du jus de citron, pour relever le goût du plat.
- Privilégier le sel iodé.
- Si malgré tout, il s'agit de plats préparés, privilégier plutôt les plats portant le logo Nutri-score A et B.

- **Diminuer le poids corporel**

S'il y a surcharge pondérale : Agir sur l'IMC (IMC [Indice de Masse Corporelle] dont l'objectif sera inférieur à 25kg/m<sup>2</sup>) ou diminution du poids initial de 10 %.

23 Passeport santé (site internet) – Réduire sa consommation de sel ; 2010

- **La pratique d'une activité physique régulière**

Il est recommandé de dépenser au moins deux mille calories par semaine, en réalisant une activité de trente minutes, au moins trois fois par semaine, quotidiennement de préférence.

- **Limiter la consommation d'alcool**

Pour les hommes, la norme sera de trois verres de vin maximum par jour, tandis qu'elle sera de deux verres de vin maximum par jour chez les femmes. L'idéal étant de ne pas en consommer,

- Adopter un **régime alimentaire** riche en fruits et légumes, et pauvres en graisses saturées. Le régime méditerranéen étant le plus conseillé.

- **L'arrêt du tabac**



Dans le cas où une insuffisance rénale est détectée, il sera nécessaire d'adapter les posologies de certains médicaments. L'efficacité du rein diminue avec l'âge, or 5 à 10 % de la population française, selon l'INSERM (Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale), est concernée par cette diminution de fonction.<sup>24</sup>

En pratique, il est demandé aux patients un recueil des urines sur 24h afin de doser la créatinine dans les urines (créatininurie), et un dosage sanguin (créatininémie), dont nous pouvons retrouver les valeurs normales dans le tableau ci-dessous :<sup>25</sup>

	<b>Hommes</b>	<b>Femmes</b>
<b>Créatininémie</b> (µmol/L)	60 – 115	50 – 105
<b>Créatininurie</b> (mmol/24h)	10 – 18	9 - 12

Tableau III.3: Valeurs normales de la fonction rénale

Nous pouvons évaluer la fonction rénale de deux façons différentes, et reposant chacune sur le DFG ou Débit de Filtration Glomérulaire :

◆ Formule de **Cockcroft et Gault**

$$\text{Cl créatinine [ml/min]} = \frac{(140 - \text{âge}) \times \text{poids [kg]} \times 1,23}{\text{Créatininémie [µmol/L]}}$$

homme

$$\text{Cl créatinine [ml/min]} = \frac{(140 - \text{âge}) \times \text{poids [kg]} \times 1,04}{\text{Créatininémie [µmol/L]}}$$

femme

Néanmoins, cette formule reste peu fiable chez les personnes présentant un IMC > 30, et chez les patients de plus de 65 ans (ce qui est inutilisable dans le cadre du bilan de médication)

◆ Formule **MDRD** (ou Modification of Diet in Renal Disease)

$$\text{DFG [ml/min/1,73m}^2\text{]} = 175 \times (\text{créatininémie} \times 0,0113)^{1,154} \times \text{âge}^{0,203}$$

(x 0,742 pour une femme ; x1,212 pour un Afro-américain)

Cette formule est précise pour les personnes dont le DFG est proche de 40, mais ne l'est plus pour celle dont le DFG est compris entre 60 et 120.

24 INSERM, Dossier sur l'insuffisance rénale ; 2017

25 Leriverend, Annaix, et Faure, « La fonction rénale, une donnée essentielle »; 2016

◆ Équation **CKD – EPI** (ou Chronic Kidney Disease EPIde miology collaboration) :

Elle est la formule la plus fiable et celle recommandée par la HAS. Son unité est en ml/min/1,73m<sup>2</sup>

$$\text{DFG} = 141 \times \min(\text{créatininémie/k})^2 \times \max(\text{créatininémie/k})^{-1,209} \times 0,993^{\text{âge}}$$

(x 1,108 pour une femme ; 1,159 pour un Afro-américain)

En fonction du résultat du DFG, nous pouvons établir la fonction rénale et déterminer s'il y a ou non insuffisance rénale

DFG (ml/min/1,73m <sup>2</sup> )	STADE
30 < DFG < 60	IR (insuffisance rénale) chronique modérée
15 < DFG < 30	IR chronique sévère
< 15	IR chronique terminale

Tableau III.4: Degré d'insuffisance rénale en fonction du débit de filtration glomérulaire

Cependant, ces calculs ne sont pas fiables chez tout le monde, comme les patients ayant un IMC inférieur à 18,5, chez les patients dénutris, chez les patients ayant une alimentation pauvre en protéines.

Cette insuffisance rénale peut être dangereuse dans plusieurs cas, tels que : <sup>26 27</sup>

- Association à des **médicaments néphrotoxiques**

Les insuffisances rénales aiguës médicamenteuses sont principalement dues à certains antibiotiques, aux AINS, et aux produits de contraste.

26 Cochat et Dubourg, « Rein et médicaments » ; 2004

27 AMMPPU. Dossier Rein et Médicament ; 2004

Médicaments	Mécanismes
AINS(++), IEC, Ciclosporine, Tacrolimus, ARA2	Hypoperfusion rénale
Aminosides, Produits de contraste iodé(++), Ciclosporine	Toxicité tubulaire directe
Fibrates, statines	Toxicité tubulaire indirecte par rhabdomyolyse
Quinine, Rifampicine(++)	Toxicité tubulaire indirecte par hémolyse
Indinavir, Aciclovir	Toxicité tubulaire indirecte par cristallurie
Lithium	Toxicité tubulo-interstitielle
AINS, Béta-lactamines(++), rifampicine, ciprofloxacine(++), allopurinol	Toxicité immuno-allergique
AINS, D-pénicillamine(++), IFN	Glomérulopathie allergique
Ciclosporine, Clopidogrel	Microangiopathie thrombotique
Béta-bloquants, Ergotamine	Fibrose rétropéritonéale

Tableau III.5: Médicaments néphrotoxiques et mécanismes

- Association à des **médicaments hyperkaliémiants**, dont l'insuffisance rénale aggrave l'état, et par extension à une augmentation du risque de troubles du rythme cardiaque.  
→ Entre autres : AINS [célécoxib, ibuprofène, indométacine, naproxène, piroxicam], Sartans, DiffuK®, Spironolactone, Eplerénone, Amiloride, IEC, Tacrolimus, Ciclosporine, Pénicillines, Association de sulfaméthoxazole + triméthoprim [Bactrim®]
- Association à des médicaments dont l'**élimination** se fait majoritairement par le **rein**, donc risque de surdosage et/ou d'augmentation des effets indésirables.

Il s'agit principalement des molécules hydrophiles présentant un poids moléculaire inférieur à 500 daltons. Les médicaments non ioniques, lipophiles, ayant un poids moléculaire supérieur à 500 daltons, et ceux fortement liés aux protéines plasmatiques sont, eux, métabolisés par le foie (parfois par les poumons ou la peau). Ensuite ces molécules deviennent plus hydrophiles et peuvent être éliminés

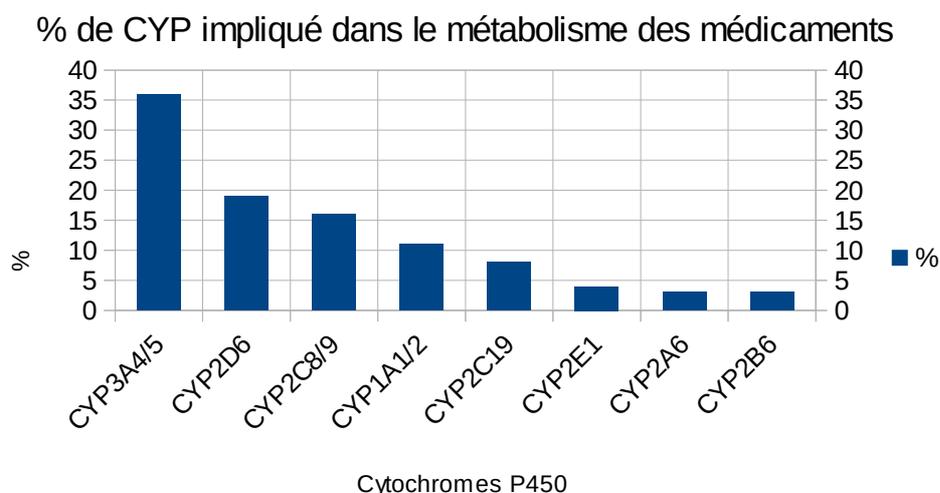
par le rein.

- Association à des **médicaments à marge thérapeutique étroite**  
→ AVK, digoxine, ...
- Facteurs **liés au patient** : Insuffisance rénale pré-existante, Déshydratation, Déplétion sodée, Insuffisance cardiaque, Syndrome néphrotique, Cirrhose, Pyélonéphrite, Obstruction urétérale, Rein unique.



Un bilan hépatique peut être intéressant à explorer dans le cadre d'un bilan de médication chez une personne âgée.

En effet, la majorité des médicaments sont métabolisés par le foie, et plus particulièrement par les cytochromes P450. Ce sont des enzymes permettant la métabolisation de substrats, et plus particulièrement médicamenteux. Ils existent plusieurs familles de CYP (1, 2, 3 et 4), et sous familles (exemples : 1A, 2C, 2D, 3A). Les Cytochromes P450 intervenant dans le métabolisme des médicaments sont les suivants (*Illustration 18*) :<sup>28</sup>



*Illustration 18: Pourcentage de CYP impliqué dans le métabolisme des médicaments*

Les médicaments peuvent modifier l'activité de ces enzymes, ce qui peut donc donner lieu à des interactions importantes (*cf annexe 7*). De ce fait, une augmentation de l'activité enzymatique donnera lieu à une diminution de l'efficacité du médicament, puisque cela augmente le métabolisme de celui-ci, et donc son élimination de l'organisme.

Ex : Échec de contraception, Rejet de greffe, Déséquilibre d'un traitement anticoagulant

A l'inverse, une diminution de l'activité enzymatique ralentira le métabolisme des médicaments, augmentera les concentrations plasmatiques du médicament, et donc augmentera les effets indésirables et la toxicité de celui-ci.

Ex : Rhabdomyolyse avec statines, Ergotisme si ergotamine, ...

28 <https://docplayer.fr/17203574-Metabolisme-des-medicaments.html>

Comment sont métabolisés les médicaments ?

Deux phases sont nécessaires pour la transformation d'un médicament en substrat actif,

- Phase I : Formation d'un groupement fonctionnel grâce au système enzymatique représenté notamment par les cytochromes P450. Or avec le vieillissement, la capacité du foie à métaboliser, via ce système enzymatique, diminue de 30 %, ce qui entraîne une augmentation des concentrations plasmatiques du médicament et des demi-vies prolongées. (*Illustration 19*)

L'illustration 19 ci-dessous synthétise les différences de pharmacocinétique du diazépam observées chez un adulte jeune et un homme âgé, respectivement.

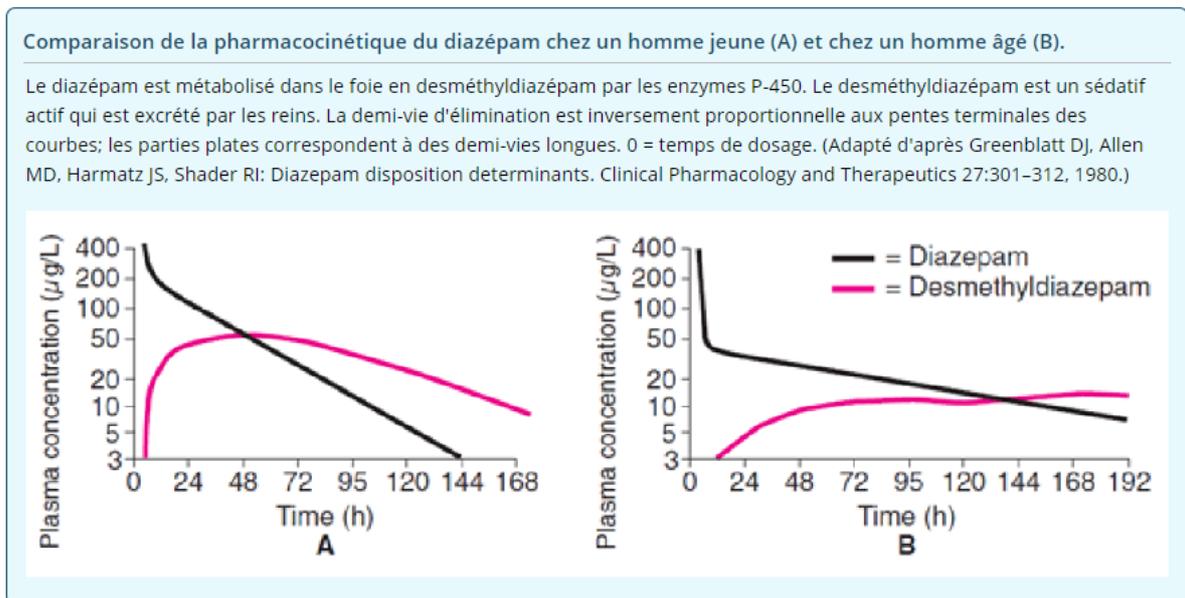


Illustration 19: Comparaison métabolisme du diazépam chez homme jeune vs homme âgé

Source : <https://www.msmanuals.com/fr/professional/pharmacologie-clinique/pharmacocin%C3%A9tique/revue-g%C3%A9n%C3%A9rale-de-la-pharmacocin%C3%A9tique>

- Phase II : Conjugaison avec un substrat endogène. Cette phase II permet notamment de créer des métabolites plus faciles à excréter par le rein.

Elle correspond soit à la glucuroconjugaison (la plus fréquente), ; soit à l'acétylation (impliqué dans les phénotypes lents ou rapides), soit à la sulfoconjugaison. Elle a lieu dans le système enzymatique microsomal hépatique. Le vieillissement n'affecte pas ces systèmes.

NB. : Un médicament peut, par exemple, ne passer que par la phase II, sans passer par la phase I.

## Comment explorer la fonction hépatique ?

A travers un bilan sanguin, nous pouvons explorer les différentes fonctions du foie, afin de mettre en évidence une atteinte hépatique, s'il y en a une. Ce bilan se reposera sur le dosage de certaines substances et enzymes, telles que :

- Transaminases : ASAT [aspartate aminotransférase] ou ALAT [alanine aminotransférase]. Ces enzymes sont des marqueurs de lésions cellulaires lorsqu'elles sont libérées dans la circulation.
  - **ASAT** → Se trouve de manière prépondérante au niveau du foie donc l'augmentation de sa concentration sérique signe une atteinte hépatocellulaire ;
  - **ALAT** → Moins spécifique, se retrouve dans le foie, mais aussi dans le pancréas, les reins, les muscles squelettiques, le cerveau, les leucocytes, les érythrocytes et la muscle cardiaque
- Gamma-glutamyl transpeptidases ( $\gamma$ GT) : Marqueurs de la cholestase hépatique, dans le cas où il n'y a pas d'autres facteurs d'augmentation de sa concentration sérique, tels que : consommation d'alcool, diabète, infarctus, insuffisance rénale, broncho-pneumonie chronique obstructive, et la prise de certains médicaments.
- Phosphatases alcalines : Marqueurs de la cholestase
- Bilirubine : C'est un pigment biliaire provenant de la destruction de l'hémoglobine, donc des globules rouges, et particulièrement de l'hémoglobine dans la rate. Elle est éliminée par le foie. C'est elle qui donne sa couleur jaunâtre à la bile.

Nous retrouvons les valeurs normales de référence de ces substances dans le tableau ci-dessous, nous permettant de conclure sur l'état du foie. (*Illustration 20*)<sup>29</sup>

#### Valeurs normales de référence du bilan hépatique

- Aspartate aminotransférase (ASAT), alanine aminotransférase (ALAT) : 5-35 UI/L.
- Bilirubine conjuguée : < 5 µmol/L (< 4 mg/L).
- Bilirubine non conjuguée : < 15 µmol/L.
- Bilirubine totale : < 17 µmol/L (< 10 mg/L).
- Gamma-glutamyl transpeptidase (γGT) : 8-35 UI/L.
- Phosphatase alcaline : 30-100 UI/L.

*Illustration 20: Valeurs usuelles du bilan hépatique*

Quels médicaments peuvent modifier les marqueurs hépatiques ?

De nombreux médicaments peuvent modifier les paramètres hépatiques, avec des mécanismes différents. En voici une liste relativement complète, regroupant des médicaments de traitement aiguë comme de traitement chronique, tels que :

- Les Antalgiques : Paracétamol, AINS
- L'Amiodarone, les inhibiteurs calciques
- Les Anticoagulants et anti-agrégants plaquettaires (fluindione, rivaroxaban, dabigatran, clopidogrel, prasugrel)
- Les Hypocholestérolémiantes (statines, ézétimibe, acide nicotinique)
- Les Antibiotiques (cyclines, amoxicilline + acide clavulanique, céphalosporines, macrolides, nitrofurantoïne, aminosides, sulfaméthoxazole + triméthoprime, isoniazide, rifampicine)
- Les Antirétroviraux
- Les Antifongiques
- L'Isotrétinoïne
- Les Hypoglycémiantes oraux (sulfamides, acarbose, glitazones, répaglinide)
- Les Immunosuppresseurs (ciclosporine, azathioprine, méthotrexate, ...)
- Les Antiépileptiques (carbamazépine, acide valproïque, phénytoïne, gabapentine, lamotrigine, levetiracétam)

29 Berthélémy, « Le bilan hépatique » ; 2015.

- Les Antiparkinsoniens (entacapone, tolcapone)
- Les Antidépresseurs (miansérine, mirtazapine, duloxétine,...)
- Le Montélukast
- Les Antigoutteux (allopurinol, fébuxostat, probénécide)

Cela concerne aussi les plantes médicinales, telles que : Consoude, Petit chêne, Chélidoine, Thé vert, Séné, Bourrache, etc. ; car elles ne sont pas exemptes d'effets parfois néfastes sur l'organisme.

Le cas échéant, et si la fonction rénale ou hépatique le suggère, il faudra procéder et proposer une adaptation posologique des médicaments.

De plus, dans le cas où le médicament utilisé par le patient nécessite une surveillance particulière, tel que les médicaments à marge thérapeutique étroite, ou les anticoagulants par exemple, il sera nécessaire que les bilans biologiques soient effectués de manière rapprochée afin d'éviter au maximum toute survenue d'effets indésirables.

## D. Les différents outils à notre disposition pour réaliser l'analyse

De nombreux outils sont disponibles afin d'analyser les données que nous avons pu recueillir grâce au premier entretien avec le patient.

### a. La grille Stopp/Start

Cet outil permet de vérifier les incompatibilités entre les médicaments et les états physiopathologiques. Il permet aussi de nous donner une idée des classes de médicaments dont la prescription est recommandée en première intention en fonction de chaque état pathologique. (Illustrations 21 et 22)<sup>30</sup>



Illustration 22: Recherche grille STOPP - START

**Résultats STOPP-START**

STOPP D : Système nerveux central et psychotropes

- **D9** : Un neuroleptique chez un patient présentant des symptômes psycho-comportementaux associés à une démence, à moins que ces symptômes soient sévères et que l'approche non pharmacologique ait échoué – (risque accru de thrombose cérébrale et de décès)  
**(métopimazine)**
- **D10** : Un neuroleptique pour insomnies (à moins qu'elles ne soient dues à une psychose ou une démence) – (risques de confusion, d'hypotension, d'effets secondaires extrapyramidaux, de chutes)  
**(métopimazine)**

STOPP K : Médicaments associés à un risque accru de chute chez les patients âgés

- **K2** : Un neuroleptique dans tous les cas – (effet sédatif, dyspraxie de la marche, symptômes extrapyramidaux)  
**(métopimazine)**

START A : Système cardiovasculaire

- **A4** : Un antihypertenseur, en présence d'une hypertension artérielle persistante, traitée ou non, (systolique > 160 mmHg et/ou diastolique > 90 mmHg). Pour les patients diabétiques, les seuils de 140 mmHg pour la systolique et de 90 mmHg pour la diastolique sont préférés. La réalité de cette hypertension est à vérifier par automesure (ou Mapa) – (réduction de la morbi-mortalité cardiovasculaire)  
**(HTA persistante)**

Illustration 21: Exemple recherche sur la grille STOPP - START

Le symbole « STOPP » correspond à une incompatibilité entre un médicament et une pathologie, ou entre deux médicaments et l'effet que cela peut entraîner.

Le symbole « START » correspond au type de classe pharmacologique qui doit être prescrite pour une pathologie donnée.

*NB : Il a été créé par Dr Anne Frey-Geoffret dans le cadre d'une thèse en médecine.*

30 <http://stopstart.free.fr/>

## b. La liste de Laroche

La liste de Laroche a été établie par un ensemble d'experts, et plus particulièrement par un pharmacologue nommé M.-L. Laroche.<sup>31</sup> Elle correspond à la liste des médicaments potentiellement inappropriés, c'est à dire à des médicaments dont le rapport bénéfice/risque est défavorable. Ils doivent être prescrits seulement en deuxième, voire en troisième intention, et doivent être évités chez les personnes âgées de plus de 75 ans.

Cette liste propose notamment des alternatives thérapeutiques pouvant être prescrits pour cette classe d'âge. (Illustration 23)

	Critères	Exemples de spécialités	Raisons	Alternatives thérapeutiques
<b>Critères avec un rapport bénéfice/risque défavorable</b>				
<b>Médicaments ayant des propriétés anticholinergiques</b>				
6	Hypnotiques aux propriétés anticholinergiques : doxylamine, acéprométazine en association, alimémazine	DONORMYL, LIDENE, NOCTRAN, MEPRONIZINE, THERALENE	Effets anticholinergiques et effets négatifs sur la cognition	Hypnotiques benzodiazépines ou apparentés à demi-vie courte ou intermédiaire, à dose inférieure ou égale à la moitié de la dose proposée chez l'adulte jeune
7	Anti-histaminiques H1 : prométhazine, méquitazine, alimémazine, carbinoxamine, hydroxyzine, bromphéniramine, dexchlorphéniramine, dexchlorphéniramine-bétaméthasone, cyproheptadine, buclizine	PHENERGAN, PRIMALAN, QUITADRILL, THERALENE, SIROP TEYSSÉDRE, ALLERGEFON, ATARAX, DIMEGAN, POLARAMINE, CELESTAMINE, PERIACTINE, APHILAN	Effets anticholinergiques, somnolences, vertiges	Cétirizine, desloratadine, loratadine
8	Antispasmodiques avec des propriétés anticholinergiques : oxybutynine, tolterodine, solifénacine	DITROPAN, DRIPTANE, DETRUSITOL, VESICARE	Effets anticholinergiques, doivent être évités dans la mesure du possible	Trospium ou autre médicaments avec moins d'effet anticholinergique
9	Association de médicaments ayant des propriétés anti-cholinergiques		Association dangereuse chez les personnes âgées	Pas d'association
<b>Anxiolytiques, Hypnotiques</b>				
10	Benzodiazépines et apparentés à longue demi-vie (é. 20 heures) : bromazépam, diazépam, chlordiazépoxide, prazépam, clobazam, nordazépam, loflazépate, nitrazépam, flunitrazépam, clorazépate, clorazépate-acépromazine, acéprométazine, estazolam	LEXOMIL, VALIUM, NOVAZAM Gé, LIBRAX, LYSANXIA, URBANYL, NORDAZ, VICTAN, MOGADON, ROHYPNOL, TRANXENE, NOCTRAN, NUCTALON	Action plus marquée des benzodiazépines à longue demi-vie avec l'âge : augmentation du risque d'effets indésirables (somnolence, chute...)	Benzodiazépines ou apparentés à demi-vie courte ou intermédiaire, à dose inférieure ou égale à la moitié de la dose proposée chez l'adulte jeune

Service de Pharmacologie-Toxicologie-Centre de Régional de Pharmacovigilance - Hôpital Dupuytren - CHU de Limoges - 87042 LIMOGES Cedex  
Service de Soins de Suite Gériatriques — Hôpital Rebeyro — CHU de Limoges — 87042 LIMOGES Cedex

Illustration 23: Extrait de la liste de Laroche

Source : [http://www.hjd.asso.fr/sites/default/files/G%C3%A9n%C3%A9rale\\_Sant%C3%A9\\_liste\\_LAROCHE\\_m%C3%A9dicaments-inappropri%C3%A9s\\_06-2007.pdf](http://www.hjd.asso.fr/sites/default/files/G%C3%A9n%C3%A9rale_Sant%C3%A9_liste_LAROCHE_m%C3%A9dicaments-inappropri%C3%A9s_06-2007.pdf)

31 M.L. Laroche, Médicaments potentiellement inappropriés aux personnes âgées : intérêt d'une liste adaptée à la pratique médicale française ; 2008

### c. Le guide PAPA

Le sigle « PAPA » signifie : Prescriptions médicamenteuses Adaptées aux Personnes Âgées. Il a été conçu par la Société française de gériatrie et gérontologie.

Il comprend quarante deux fiches de prescription adaptée aux personnes âgées de plus de 75 ans, (extrait en Illustration 24). Il permet, au cas par cas, de déterminer le traitement le plus adapté et les moyens thérapeutiques disponibles, et dans le cas inverse les traitements à éviter. (Illustration 24)<sup>32</sup>

1 - CARDIOLOGIE • FIBRILLATION ATRIALE

- ✓ La prescription des anticoagulants nécessite une évaluation des fonctions cognitives.
- ✓ Il existe un schéma validé d'initiation de la Warfarine en gériatrie.

Le schéma de prescription de la Warfarine rappelé dans le tableau ci-dessous est recommandé.

Jour	INR	Posologie quotidienne de warfarine
J0 (1 <sup>re</sup> prise)	Ne pas faire	4 mg
J1 (2 <sup>e</sup> prise)	Ne pas faire	4 mg
J2 (3 <sup>e</sup> prise)	Ne pas faire	4 mg
J3	INR < 1,3	5 mg
	1,3 ≤ INR < 1,5	4 mg
	1,5 ≤ INR < 1,7	3 mg
	1,7 ≤ INR < 1,9	2 mg
	1,9 ≤ INR < 2,5	1 mg
	INR > 2,5	Arrêt et mesure quotidienne de l'INR jusqu'à INR < 2,5 puis 1 mg
J6±1	INR ≤ 1,6	Augmenter la posologie de 1 mg/j
	1,6 < INR ≤ 2,5	Maintenir la même posologie
	2,5 < INR ≤ 3,5	Réduire la posologie de 1 mg/jour
	si poso. warfarine ≥ 2mg	Maintenir la posologie à 1 mg par jour
	si poso. warfarine = 1mg	Clé gestion des surdosages (HAS 2008)
	INR > 3,5	

- ✓ La prescription des anticoagulants oraux directs (AOD) chez le sujet âgé nécessite l'utilisation de posologies adaptées à la fonction rénale calculée selon la formule de Cockcroft. Après 80 ans, il faut utiliser les faibles posologies :
  - Dabigatran : 110 mg x2/jour
  - Rivaroxaban 15 mg/jour
  - Apixaban 2,5 mg x2/jour
  - Edoxaban 30 mg/jour
- ✓ Pour l'instant les données des études avec les AOD concernent peu les patients polypathologiques de plus de 85 ans.
- ✓ Possibilité de tests d'hémostase spécialisés en cas de geste invasif urgent, d'accident hémorragique ou thrombotique.
- ✓ La stratégie du ralentissement de la fréquence cardiaque doit être privilégiée.

**⊖ Ce qui doit impérativement être évité ou proscrit (rapport bénéfice/risque faible)**

- ✓ La restauration d'un rythme sinusal ne justifie pas l'arrêt du traitement anticoagulant.
- ✓ Éviter de prescrire de l'aspirine comme traitement de fond de la FA.
- ✓ Éviter l'association anticoagulant + aspirine + clopidogrel plus de 4 semaines.
- ✓ Éviter la bithérapie anticoagulant + antiplaquettaire sauf si stent ou SCA (éviter alors un traitement de plus de 12 mois).
- ✓ L'emploi des antiarythmiques doit être prudent du fait des cardiopathies sous-jacentes, des anomalies métaboliques fréquentes et d'un plus grand risque d'interaction médicamenteuse et de bradycardie.

Illustration 24: Extrait du guide PAPA (page 15)

32 <https://www.editions-frison-roche.com/produit/334/9782876715820/prescriptions-medicamenteuses-adaptees-aux-personnes-agees/preview?escape=false#lg=1&slide=6>

## d. Le Thériaque

Cet outil permet de définir les interactions entre les médicaments choisis, et propose de les classer en fonction du type de contre-indication (Contre indication, Association déconseillée, Précaution d'emploi, A prendre en compte). (Illustrations 25 et 26)

C'est un outil très pratique qui explique notamment pourquoi certaines associations sont contre-indiquées.

Le site internet est libre d'accès et simple à utiliser.

Mise à jour de la base le 01/03/2019

Bienvenue AliceRnlit

ACCUEIL | RECHERCHER | LISTES PRATIQUES | RECOMMANDATIONS | ANALYSE | INFORMATIONS UTILES | ACTUALITES | NOS OFFRES | QUI SOMMES-NOUS

thériaque

Saisissez une spécialité, une substance active, une classe pharmacothérapeutique, un critère clinique, un générique... pour accéder à une information complète

RECHERCHE SIMPLE | RECHERCHE AVANCÉE | RECHERCHE PHYTO

Afficher les spécialités supprimées (NSFP)

Sélectionnez un mode de recherche: Recherche rapide

Précisez votre recherche: Médicament ou substance active

La réalisation et la diffusion de Thériaque, banque de données sur tous les médicaments disponibles en France, est assurée par le CNHIM, Centre National Hospitalier d'Information sur le Médicament. Pour tout contact: [tbl.theriaque@orange.fr](mailto:tbl.theriaque@orange.fr)

Mentions légales | HONORIFIQUE CERTIFIÉ 14/7419 | Ce site respecte les principes de la charte d'Accessibilité Numérique. Site certifié en partenariat avec la Haute Autorité de Santé (HAS). Vérifiez ici.

Page générée en 0.0344 seconde(s)

Illustration 25: Thériaque

Source : [http://www.theriaque.org/apps/interaction/itr\\_ordonnance.php](http://www.theriaque.org/apps/interaction/itr_ordonnance.php)

Profil patient activé  Oui  Non

SUJET AGE FEMININ

Allergie: POLLENS

Pathologie: INSUFFISANCE RENALE

Apport alimentaire significatif

Spécialité(s) prescrite(s)

Alerte(s) patient(s)

- 0 HYPERSENSIBILITE
- 6 CONTRE-INDICATION
- 7 MISE EN GARDE, PRECAUTION D'EMPLOI

Interaction(s) médicamenteuse(s) cliniquement significative(s)

TOUTES LES INFOS

- 2 INFO(S) GENERALE(S)
- 0 CONTRE INDICATION(S)
- 0 ASSOCIATION(S) DECONSEILLEE(S)
- 4 PRECAUTION(S) D'EMPLOI
- 1 A PRENDRE EN COMPTE

Interaction(s) alimentaire(s)

- 0 CONTRE-INDICATION
- 0 MISE EN GARDE, PRECAUTION D'EMPLOI

Redondance(s)

- 0 REDONDANCE

6 CONTRE-INDICATION liée(s) au profil patient : INSUFFISANCE RENALE

- VALSARTAN BGA 80MG CPR
- INSUFFISANCE RENALE CHRONIQUE
- INSUFFISANCE RENALE SEVERE
- INSUFFISANCE RENALE CHRONIQUE
- INSUFFISANCE RENALE MODEREE
- INSUFFISANCE RENALE CHRONIQUE
- TRT PAR ALISKIREN
- INSUFFISANCE RENALE CHRONIQUE
- TRT PAR PLUSIEURS MEDIC DU SYSTEME RENINE
- ANGIOTENSINE ALDOSTERONE
- ROSUVASTATINE BGA 20MG CPR
- INSUFFISANCE RENALE CHRONIQUE
- INSUFFISANCE RENALE SEVERE
- INSUFFISANCE RENALE CHRONIQUE
- INSUFFISANCE RENALE MODEREE

Illustration 26: Thériaque

Source : [http://www.theriaque.org/apps/interaction/itr\\_ordonnance.php](http://www.theriaque.org/apps/interaction/itr_ordonnance.php)

### e. Le thésaurus des Interactions Médicamenteuses

Cet outil se trouve sur le site de l'ANSM. Il permet, comme le Thériaque, de lister les interactions médicamenteuses entre certains médicaments, tout en notifiant leur degré d'incompatibilité. (*Illustration 27*)

<b>DABIGATRAN</b>		
Voir aussi : anticoagulants oraux		
<b>+ AMIODARONE</b>		
	Augmentation des concentrations plasmatiques de dabigatran, avec majoration du risque de saignement.	<b>Précaution d'emploi</b> Dans l'indication post-chirurgicale : surveillance clinique et adaptation de la posologie du dabigatran si nécessaire, sans excéder 150 mg/j.
<b>+ ANTICONVULSIVANTS INDUCTEURS ENZYMATIQUES</b>		
	Diminution des concentrations plasmatiques de dabigatran, avec risque de diminution de l'effet thérapeutique.	<b>Association DECONSEILLÉE</b>
<b>+ CICLOSPORINE</b>		
	Augmentation de plus du double des concentrations plasmatiques de dabigatran, avec majoration du risque de saignement.	<b>CONTRE-INDICATION</b>
<b>+ DRONEDARONE</b>		
	Doublement des concentrations plasmatiques de dabigatran, avec majoration du risque de saignement.	<b>CONTRE-INDICATION</b>
<b>+ GLÉCAPRÉVIR + PIBRENTASVIR</b>		
	Doublement des concentrations plasmatiques de dabigatran, avec majoration du risque de saignements.	<b>CONTRE-INDICATION</b>
<b>+ ITRACONAZOLE</b>		
	Augmentation de plus du double des concentrations plasmatiques de dabigatran, avec majoration du risque de saignement.	<b>CONTRE-INDICATION</b>
<b>+ KETOCONAZOLE</b>		
	Augmentation de plus du double des concentrations plasmatiques de dabigatran, avec majoration du risque de saignement.	<b>CONTRE-INDICATION</b>

*Illustration 27: Extrait du thésaurus des interactions médicamenteuses*

Source :

[https://ansm.sante.fr/var/ansm\\_site/storage/original/application/0002510e4ab3a9c13793a1fdc0d4c955.pdf](https://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/0002510e4ab3a9c13793a1fdc0d4c955.pdf)

### f. Base de données sur les médicaments

Voici différentes bases de données permettant de se renseigner sur les médicaments (Indication, Effets indésirables, Contre-indications, Posologie, etc) :

- VIDAL ;
- Eureka Santé ;
- <https://medicaments.gouv.fr> ;
- ANSM (Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé), EMA (European Medicines Agency), ANSES (Agence Nationale de Sécurité Sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail), EFSA (European Food Safety Authority) ;
- HAS ;

- OMEDIT (Observatoire des MEdicaments, Dispositifs médicaux et de l'Innovation Thérapeutique) : Fiches pratiques sur le bon usage des médicaments (ouverture des gélules, écrasement des comprimés, etc.) ;
- SFPC (Société Française de Pharmacie Clinique) : Liste nationale de médicaments par voie orale concernant l'écrasement des comprimés et l'ouverture des gélules.

Sur ce site, nous pouvons retrouver un calculateur du DFG (Débit de Filtration Glomérulaire), qui permet de déterminer l'état du rein, et propose même les adaptations posologiques en fonction du résultat trouvé grâce au calcul. (*Illustrations 28 et 29*)

The screenshot shows the 'Estimation de la fonction rénale chez l'adulte' form on the GPR website. It includes input fields for Age, Sex (Homme/Femme), Ethnicity (Afro-Américain/Non Afro-Américain), Creatinine level (with units  $\mu\text{mol/l}$ ,  $\text{mg/l}$ ,  $\text{mg/dl}$ ), Weight (kg), and Height (cm). A yellow 'CALCULER' button is at the bottom. A 'Consulter les références' button is also present.

Illustration 28: Extrait 1 du site GPR

Source : <http://sitegpr.com/fr>

The screenshot shows the 'Rein - adaptation posologique' section. A search bar contains 'Previscan' and 'Fluindione'. Below, the drug 'FLUINDIONE' is listed. A question 'Votre patient est-il ?' is followed by four buttons: 'NON DIALYSÉ' (with a sub-note 'Veuillez saisir le DFG (ml/min)'), 'EN HÉMODIALYSE', 'EN DIALYSE PÉRITONÉALE CONTINUE AMBULATOIRE', and 'HDVVC'.

Illustration 29: Extrait 2 du site GPR

Source : <http://sitegpr.com/fr>

Pour chaque médicament, le site nous donne les effets secondaires probables en cas d'insuffisance rénale si la dose n'est pas adaptée en fonction de la clairance de la créatinine du patient. La fonction rénale peut être évaluée par différents calculs, comme vu précédemment :

- Formule de Cockroft : Cette formule détermine la clairance de la créatinine ;
- Formule MDRD/CKD-EPI : Cette formule détermine le débit de filtration glomérulaire ;
- Formule EPI-CKD : Cette formule détermine le débit de filtration glomérulaire.

On la classe selon différents degrés :

- Fonction rénale normale si  $\text{Clcr} > 90 \text{ ml/min}$
- Insuffisance rénale légère si  $\text{Clcr}$  comprise entre 60 et 89  $\text{ml/min}$
- Insuffisance rénale modérée si  $\text{Clcr}$  comprise entre 30 et 59  $\text{ml/min}$
- Insuffisance rénale sévère si  $\text{Clcr}$  comprise entre 15 et 29  $\text{ml/min}$
- Insuffisance rénale terminale si  $\text{Clcr} < 15 \text{ ml/min}$

Pour les personnes âgées de plus de 75 ans, ces calculs ne sont pas encore totalement opérationnels, mais cela donne une bonne idée de la fonction rénale. Les formules utilisées pour adapter les posologies, à ce jour, est la formule de Cockcroft et Gault et/ ou l'équation CKD-EPI.

## E. Les solutions

Les solutions à apporter, au cas par cas, servira de base pour transmettre la conclusion du bilan au médecin. En effet, cela regroupera, pour chaque médicament, les problèmes rencontrés par le patient, et les solutions que nous avons pu lui apporter pour que la prise de ces médicaments devienne moins contraignante, et ainsi améliorer l'adhésion du patient à son traitement.

Le but de cette analyse est donc de préconiser des changements avec notamment des modifications de forme galénique, d'alerter sur la rupture de consommations de certains médicaments, de notifier une mauvaise observance, et de renseigner la survenue d'effets indésirables suite à la prise de certains médicaments. Le pharmacien pourra donc compléter la fiche de transmission avant de l'envoyer au médecin traitant, et de l'enregistrer dans le dossier médical partagé, si celui-ci est créé.

Si le médecin traitant est favorable à ce type de démarche, cela permettra d'échanger avec celui-ci sur les éléments du bilan partagé de médication. Le médecin pourra donc donner son avis sur les recommandations susceptibles d'impacter sur ses prescriptions.

### 3. Au terme de l'analyse

Cette analyse devra aussi être renseignée sur le site de l'Assurance maladie, tel que :  
(Illustration 30)

The screenshot shows a web interface for patient accompaniment. At the top, the title is 'ACCOMPAGNEMENT PATIENTS ADHÉRANT AU BILAN PARTAGÉ DE MÉDICATION'. Below this, there are two main sections. The left section contains a patient profile area with a person icon, 'Date de naissance :', 'Rang :', 'NIR :', and 'Régime d'affiliation :'. The right section is titled 'ADHÉSION CRÉÉE LE' and includes a question mark icon, a PDF icon, and two buttons: 'MODIFIER L'ADHÉSION' and 'ARRÊTER/CHANGER LE TRAITEMENT'. Below these sections is a navigation bar with three tabs: 'RECUEIL TRAITEMENT', 'ANALYSE - TRANSMISSION' (which is highlighted in blue and has a '2' in a circle above it), and 'ENTRETIEN CONSEIL'. The main form area contains several fields: 'Date d'analyse :', 'Prénom et nom du médecin traitant :', 'Date d'envoi :', and 'Mode de transmission :'. There are also radio buttons for 'Enregistrement dans le DMP :' with options 'Oui' and 'Non'. At the bottom, there are 'PRÉCÉDENT' and 'TRANSMETTRE' buttons. A small text block at the bottom of the form mentions the 'Loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978'.

Illustration 30: Renseignement de l'analyse sur le site

Source : <https://www.amelipro.fr>

Cette partie comporte donc la rédaction de l'analyse du traitement, et enfin l'envoi au médecin traitant si besoin.

#### 4. Entretien conseil

Cet entretien permet au pharmacien de faire part des conclusions de son analyse et de l'échange avec son médecin traitant si celui ci a été concluant. Il pourra de ce fait lui délivrer les conseils adaptés que ce soit en terme de prise des traitements, mais aussi au bon usage des médicaments.

Il permet aussi de vérifier le suivi de l'observance, notamment en s'assurant que le patient a suivi les conseils établis pendant le recueil de traitements. À cela, le pharmacien pourra se permettre de proposer et de remettre un plan de prise, accompagné de conseils hygiéno-diététiques adaptés en fonction des traitements, mais aussi de l'état physiopathologique du patient.

Le pharmacien pourra, dans un deuxième temps, alerter sur l'automédication, certains patients ayant tendance à penser que les médicaments vendus en libre service les rendent inoffensifs (exemple du Paracétamol).

Après cet entretien, le site de l'Assurance maladie devra être renseigné de cette façon :  
(Illustration 31)

ACCOMPAGNEMENT PATIENTS ADHÉRANT AU BILAN PARTAGÉ DE MÉDICATION

Date de naissance : - Rang :  
NIR : - Régime d'affiliation :

ADHÉSION CRÉÉE LE ? PDF

MODIFIER L'ADHÉSION ARRÊTER/CHANGER LE TRAITEMENT

RECUEIL TRAITEMENT ANALYSE - TRANSMISSION **ENTRETIEN CONSEIL** 3

Le 1er entretien de suivi que vous réalisez avec votre patient dans le cadre de cet accompagnement est un entretien conseil.  
Les entretiens suivants seront de type observance.

Afficher les entretiens observance

AJOUTER UN ENTRETIEN

PRÉCÉDENT

RETOUR A LA LISTE DES PATIENTS

Illustration 31: Renseignement de l'entretien conseil sur le site

Source : <https://www.amelipro.fr>

## 5. Entretien(s) supplémentaire(s)

En cas de prescription d'un ou de plusieurs nouveaux médicaments, le pharmacien pourra procéder à un nouvel entretien. Cela aura pour but d'actualiser l'analyse initiale et d'organiser un nouvel entretien conseil afin d'assurer le suivi de l'observance avec l'inclusion de ses nouveaux traitements.

## 6. Suivi de l'observance

Concernant le suivi de l'observance, un questionnaire a été mis en place en utilisant la base du questionnaire de Girerd. Cela permet de comparer les données regroupées lors du premier entretien, afin de savoir si le patient suit son traitement de façon plus assidue. Cette étape permettra au pharmacien de savoir si le bilan de médication est nécessaire pour améliorer l'observance des traitements, auprès de la population malade.

Une comparaison des résultats pourra donc être réalisée et classé selon cette liste :

- Bonne observance dans les deux entretiens → L'adhésion du patient à son traitement est effective ;
- Observance améliorée par rapport au premier entretien → L'adhésion du patient à son traitement est effective ;
- Observance diminuée par rapport au premier entretien → Il y a alors nécessité de s'entretenir avec le patient pour déterminer la raison de la non-adhésion et de proposer un plan d'action avec le médecin traitant.

## IV. Avantages pour les pharmaciens

Ces nouvelles missions présentent de nombreux avantages pour les pharmaciens d'officine, que nous allons détailler par la suite.

### 1. Proximité et qualité de délivrance

Les pharmaciens sont les professionnels de santé les plus accessibles au public. Il suffit simplement de pousser la porte d'une officine pour bénéficier d'un conseil sur un problème de santé, ce qui fait du pharmacien l'interlocuteur de premier recours dans la santé.

Selon le baromètre du Groupe Pasteur Mutualité sur la confiance des Français à l'égard des professionnels de santé, 92% des patients ont confiance en leur pharmacien en 2013, en hausse de 6 % par rapport à l'année 2011. D'autres données sont renseignées, et notamment celles présentées dans l'*Illustration 32* suivante :<sup>33</sup>

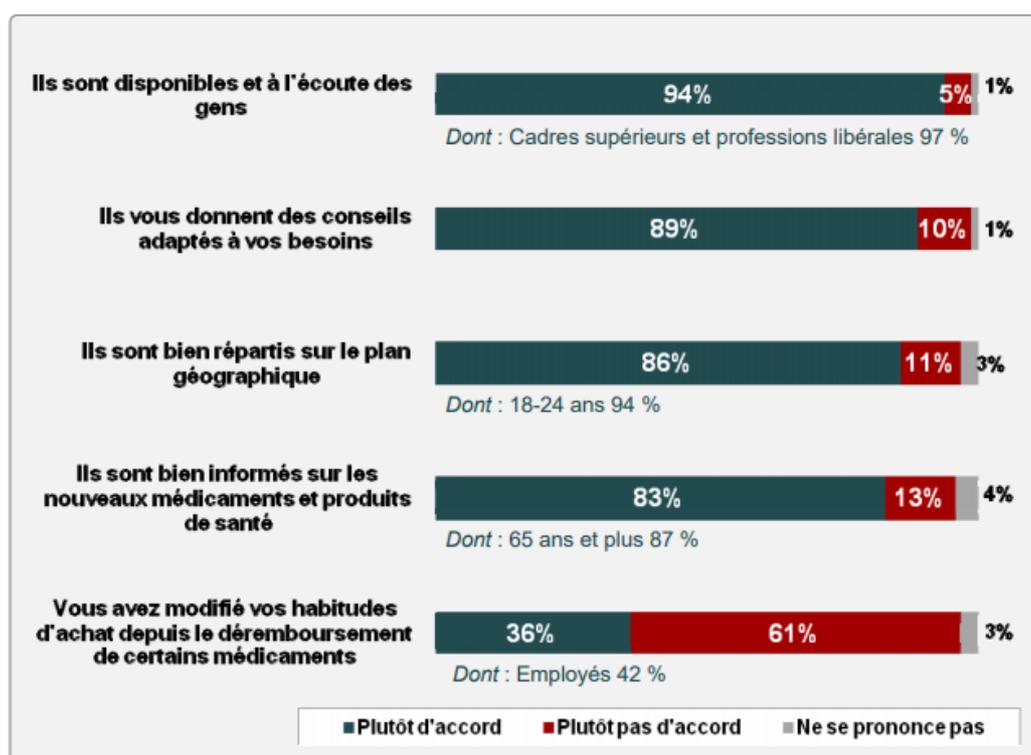


Illustration 32: Confiance des français envers les pharmaciens d'officine

Source : Baromètre 2013 du Groupe Pasteur Mutualité sur la confiance des Français à l'égard des professionnels de santé

33 <https://www.pharmateam.fr/actualites/2-le-quotidien-du-pharmacien-92-des-francais-font-confiance-a-leur-pharmacien.html>

## 2. Diminution de la iatrogénie

La iatrogénie médicamenteuse est une des principales causes du développement de ce dispositif. Elle peut être due à plusieurs facteurs :

- Un non respect des contre-indications physiopathologiques.

C'est à dire l'utilisation de médicaments qui ne respectent pas les conditions physiologiques du patient, dues notamment à une pathologie intrinsèque au patient.

- Une interaction entre les médicaments et les plantes médicamenteuses.

En effet, une bonne partie de la population pense que les plantes, étant un traitement « naturel », ne représentent aucun danger pour la santé et n'est encore moins une contre indication avec leur traitement.

Or nous pouvons citer deux produits qui sont de parfaits exemples de contre-indications avec certains médicaments :

- Le millepertuis : Du latin *Hypericum perforatum* L, et de la famille des Hypericaceae, cette plante (*Illustration 33*) est communément utilisée dans le traitement des manifestations dépressives légères et transitoires. Cependant, il existe beaucoup d'interactions médicamenteuses dues à son activité **inducteur enzymatique** sur le cytochrome P450.

De par cette propriété, cela peut diminuer l'efficacité de certains médicaments (ex : inhibiteur de protéases, inhibiteurs non nucléosidiques de la transcriptase inverse, ciclosporine, tacrolimus, digoxine, anti-épileptiques, anticoagulants oraux, théophylline, contraceptifs oraux).

D'autre part, un arrêt brutal du millepertuis peut conduire à une augmentation des concentrations plasmatiques de ces médicaments, due à la suppression de son effet inducteur.



*Illustration 33: Dessin du millepertuis*

- Le jus de pamplemousse : Du latin *Citrus maxima* et appartenant à la famille des Rutaceae, le pamplemousse (*Illustration 34*) contient un principe actif ayant un effet **inhibiteur enzymatique**. En effet, les furocoumarines contenues dans le pamplemousse sont responsables de cet effet « irréversible-suicide » sur l'enzyme du métabolisme aux niveaux intestinal et hépatique (cytochrome P<sub>450</sub> 3A4), l'inhibition étant dose-dépendante, et interviendrait environ quatre heures après l'ingestion de 200ml de jus de pamplemousse. Suite à l'ingestion de ce jus, l'inhibition peut durer jusqu'à trois jours, c'est à dire le temps nécessaire à la fabrication de nouvelles enzymes intestinales et hépatiques.



*Illustration 34: Dessin du pamplemousse*

Le principe d'une inhibition enzymatique résulte d'une molécule (ici la furocoumarine) qui empêche un substrat de se fixer sur son récepteur et bloque donc son site de liaison. Dans le cas du pamplemousse, l'inhibition ne peut pas être levée, et l'enzyme bloquée (cytochrome P<sub>450</sub> 3A4) va donc se « suicider »/ Elle mettra alors du temps à se refabriquer, d'où une perte d'activité du médicament pris par le patient.

Un nombre important de médicaments (environ 50 %) sont métabolisés par le cytochrome P<sub>450</sub> 3A4, et comprennent notamment certains antiarythmiques, les benzodiazépines, certains antibiotiques, les inhibiteurs calciques, les hypolipémiants, les statines (simvastatine<sup>++</sup> ; pravastatine et fluvastatine non métabolisés par ce CYP) etc...)

On observe alors une concentration sanguine des médicaments bien plus élevée, le temps d'élimination est bien plus long, donc les effets indésirables sont plus fréquents.

- Un surdosage des médicaments (volontaire ou non)

En effet, pour certains patients, plus la dose est élevée, plus le médicament est efficace. Ils ne voient donc pas le problème de doubler la dose si nécessaire. Cela se vérifie notamment pour les antidouleurs et encore plus pour ceux en vente libre.

D'autre part, ce surdosage peut être involontaire, dû à une redondance de principes actifs. Nous pouvons prendre un exemple très simple, comme le paracétamol qui est contenu dans plusieurs spécialités (Doliprane®, Dafalgan®, Efferalgan®, Ixprim®, Izalgi®, Lamaline®).

En effet, le paracétamol, à dose thérapeutique, est métabolisé par le foie par glucuro- et sulfo-conjugaison en métabolites non toxiques. S'il y a surdosage de paracétamol, il existe alors une deuxième voie de métabolisation produisant un métabolite toxique

appelé N-Acétyl-Parabenzoinone-Imine (ou NAPQI). S'il n'y a pas suffisamment de glutathion pour neutraliser ce substrat toxique, cela induira une cytolysé hépatique. (Illustration 35)

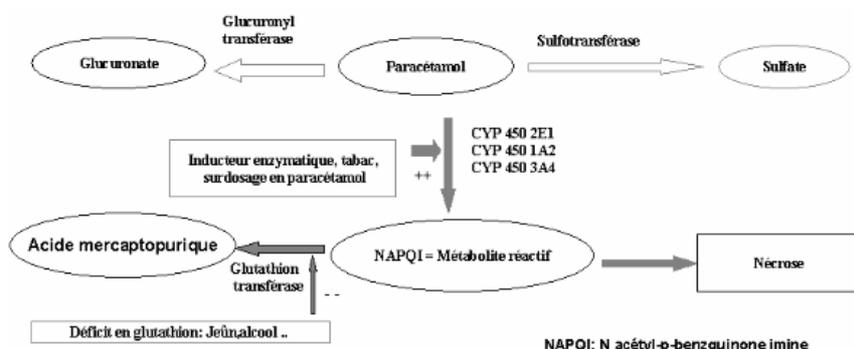


Illustration 35: Métabolisme toxique du paracétamol en cas de surdosage

Source : <https://docplayer.fr/17203574-Metabolisme-des-medicaments.html>

C'est pourquoi, à chaque délivrance, il est de notre devoir de rappeler les posologies maximales, ainsi que les traitements pouvant être redondants et donc potentiellement dangereux.

Pour finir, il est important de faire attention aux médicaments à marge thérapeutique étroite, dont l'utilisation doit être surveillée de près. Cela signifie que la dose thérapeutique et la dose toxique est très proche, et que toute variation, même légère, de sa concentration peut entraîner des effets indésirables potentiellement graves.

(Illustration 36)

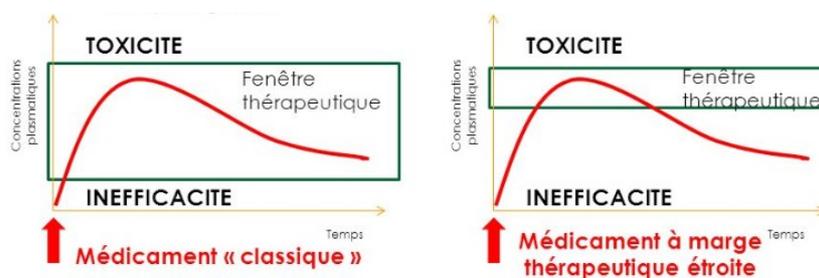


Illustration 36: Marge thérapeutique étroite

Source : <http://docplayer.fr/53514185-Les-interactions-medicamenteuses.html>

C'est pourquoi, notre mission est d'informer les patients à propos de ces médicaments, notamment de :

- respecter les doses prescrites par le médecin ;
- de prendre les médicaments à la **même heure** chaque jour ;
- de bien suivre les recommandations d'alimentation ;
- et de réaliser régulièrement les analyses biologiques prescrites par le médecin.

En respectant tous ces conseils et en l'appliquant à chaque personne se présentant au comptoir ou participant à un bilan de médication, la iatrogénie médicamenteuse est censée diminuer significativement car les patients peuvent s'approprier leur traitement, et comprendre les enjeux thérapeutiques sur leur santé afin d'optimiser la prise des médicaments..

Cela permet aussi de répondre aux interrogations des patients sur leurs médicaments, ce qu'ils ne peuvent pas toujours faire lorsqu'ils sont en consultation avec leur médecin, ou au comptoir par manque de temps. En outre, on pourra aussi observer une autonomie supplémentaire des patients fragilisés, qui connaîtront mieux leur traitement, et peuvent reconnaître par eux mêmes les signes spécifiques de surdosage ou d'inefficacité d'un médicament.

- L'état physiopathologique du patient (Idiosyncrasie, métabolisme rapide ou lent)

Chaque personne étant individuellement différente, les variations génétiques du métabolisme des xénobiotiques sont aussi à prendre en compte, puisqu'ils existent dans la population des métaboliseurs / acétyleurs « rapides » ou « lents ». Le polymorphisme du gène NAT2 [N-Acétyltransférase] (agissant principalement au niveau du foie) engendre l'existence de phénotype « acétyleur lent » ou « rapide », ce qui entraîne une variabilité interindividuelle dans la réponse aux médicaments. (Illustration 37)

Le phénotype « acétyleur lent » correspond donc à une réduction de la vitesse de N-acétylation du médicament dans le foie, et donc expose à un problème d'hypersensibilité vis à vis de certains médicaments.

Au contraire, le phénotype « acétyleur rapide » expose à un risque d'insuffisance thérapeutique, car le médicament est trop rapidement éliminé.

Groupes ethniques (n)	Allèles "acétyleurs rapides"	Allèles "acétyleurs lents"			
		G191A Arg <sup>64</sup> ↓ Gln	T341C Ile <sup>114</sup> ↓ Thr	G590A Arg <sup>197</sup> ↓ Gln	G857A Gly <sup>286</sup> ↓ Glu
	<35 %		>29 %		<5 %
Caucasiens-Américains (421)	0,240	0	0,430	0,310	0,020
Caucasiens-Européens (434)	0,263	0	0,455	0,264	0,018
Indiens (61)	0,257	0	0,330	0,380	0,033
Africains-Américains (214)	0,347	0,083	0,295	0,230	0,045
Africains natifs Gabonais (52)	0,270	0,086	0,404	0,221	0,019
Dogon (50)	0,250	0,050	0,300	0,370	0,030
Hispano-Américains (148)	0,403	0,007	0,275	0,180	0,135
Amérindiens Ngawbé (71)	0,740	0	0,021	0	0,239
Emberà (101)	0,653	0	0,104	0,035	0,208
Coréens (85)	0,681	0,011	0,018	0,180	0,110
Japonais (224)	0,671	0	0,014	0,220	0,095
Chinois (254)	0,532	0	0,051	0,296	0,121
Philippins (100)	0,395	0	0,065	0,360	0,180
Polynésiens (25)	0,600	0	0,040	0,340	0,020
Inuits (90)	0,789	0	0,016	0,156	0,010
	>50 %		<7 %		>9 %

Illustration 37: Profil de métabolisation en fonction du groupe ethnique

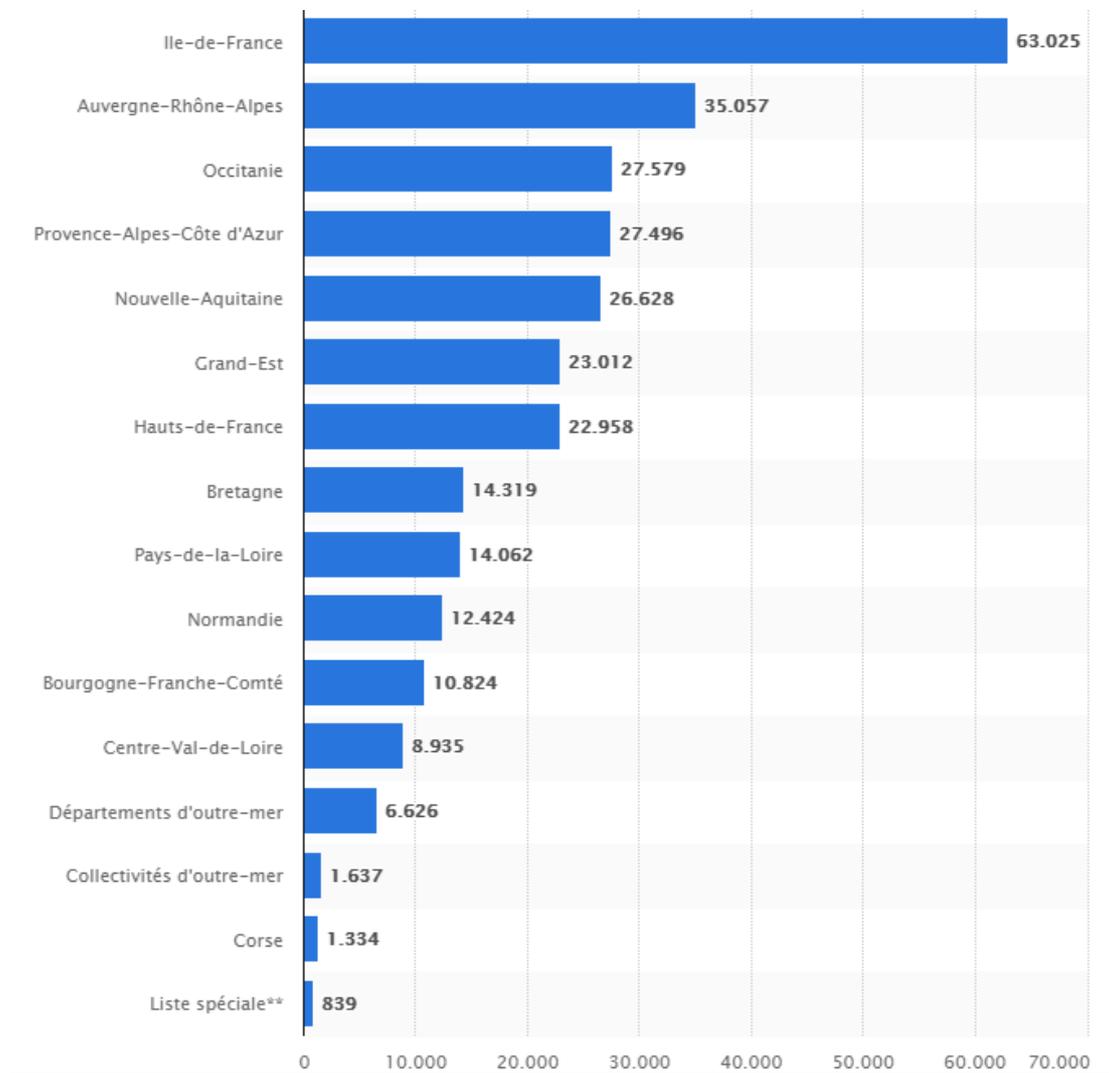
Source : INSERM. 1998. Les arylamines N-acétyltransférases : du polymorphisme génétique à la susceptibilité aux xénobiotiques

### 3. Coordination des soins

L'avis des autres professionnels de santé sur la nouvelle mission des pharmaciens est cruciale, puisqu'il s'agit notamment de formaliser la coopération inter-professionnelle.

Les nouvelles conditions de travail des médecins d'aujourd'hui tendent à rendre les consultations moins longues qu'auparavant, car le maillage médical est imparfait, en particulier dans les villages, et dans certaines régions en particulier.

Ci-dessous, le graphique en barre nous montre la répartition des médecins généralistes sur le territoire français. (*Illustration 38*)<sup>34</sup>



*Illustration 38: Répartition des médecins généralistes sur le territoire français*

34 <https://fr.statista.com/statistiques/500382/nombre-medecins-region-france/>

Cette disparité entre les régions peut créer des tensions, notamment au niveau des prises de rendez-vous, dont les délais d'obtention peuvent parfois atteindre plusieurs semaines.

Le principe du bilan permet, entre autre, d'aider les médecins dans leur prescription, de faciliter la communication soignant-soigné en augmentant les chances d'aborder certains points qui n'ont jamais ou peu été traités lors des consultations.

Cela dit, il est nécessaire que cette nouvelle mission accordée aux pharmaciens soit acceptée par les médecins, ne donnant pas l'impression que nous voulons nous substituer dans leur travail. C'est pourquoi, la communication entre pharmaciens et médecins généralistes (dans un premier temps) est importante. Pour cela, différents moyens peuvent être apportés.

Au moment de commencer les bilans, l'information au travers d'un dépliant (*cf [annexe 8](#)*) envoyé aux différents cabinets expliquant le procédé peut être une solution assez simple et qui ne prend que peu de temps pour les médecins. Une fois informés, cette initiative sera certainement mieux perçue par le corps médical, et mieux accueillie lorsque les premières analyses seront envoyées.

#### 4. Ouverture de dialogue

Le pharmacien, à travers les bilans, peut alors déterminer les besoins des patients en fonction des contraintes de vie observées.

En effectuant les bilans au domicile du patient, il est alors possible d'une part de faire un point sur les médicaments présents dans la « pharmacie » de celui-ci : Éliminer les risques de surconsommation de médicaments (par exemple, le reste d'un traitement antibiotique utilisé pour une pathologie aiguë, que l'on pourra récupérer pour éviter au patient d'en prendre sans avis médical) ; Mettre au recyclage (Cyclamed) les médicaments périmés, etc. Le pharmacien pourra aussi informer sur les posologies à respecter concernant les médicaments sans risque potentiel restants au domicile.

D'autre part, le professionnel de santé sera capable de notifier les aides à apporter en terme de dispositifs médicaux en fonction des difficultés du patient au quotidien : par exemple, un tabouret de douche pour faciliter la toilette, ... L'information est primordiale dans ces cas là, car le patient ne sait pas toujours que cela existe. Tous ces dispositifs médicaux permettent au patient de rester le plus longtemps possible au domicile en augmentant son autonomie dans les gestes du quotidien, et d'éviter le risque d'hospitalisation en diminuant les facteurs de risque.

Dans tous les cas, cette prise en charge globale du patient valorisera le métier de pharmacien, qui sera alors au centre du parcours de soin des patients âgés et polymédiqués.

## V. Inconvénients pour les pharmaciens

Afin de réaliser les bilans de médication au sein de l'officine, il convient de se mettre d'accord avec l'équipe pour choisir le meilleur moment de la journée permettant d'accueillir un patient. Malgré cela, nous ne pouvons pas prévoir quelle sera l'affluence des patients dans une journée, outre la tendance observée sur plusieurs années (les marchés dans les villes et villages, les événements bloquant temporairement et partiellement l'accès à la pharmacie, etc.).

Afin d'éviter une attente trop longue pour les autres patients, qui est un critère de qualité et d'appréciation très important, la présence d'une équipe au complet reste une valeur sûre pendant l'absence d'un pharmacien au comptoir. Pour ce faire, il sera nécessaire d'informer les patients participant à ces bilans que cela se fait sur rendez-vous afin de bloquer un horaire où tous ces critères sont réunis et faciliter le travail de l'équipe présente ce jour.

Il faut aussi savoir que ce travail ne peut être réalisé que par des pharmaciens inscrits à l'Ordre. Ce faisant, les étudiants en pharmacie, ainsi que les étudiants en 6<sup>e</sup> année validée peuvent y participer, mais ne pas les réaliser seuls. Cependant, il est tout à fait possible pour toute l'équipe d'identifier les patients éligibles, d'informer sur ce dispositif, de distribuer les informations, de participer au recrutement des patients avec prise de rendez vous et d'aider au recueil des données. Dans l'idéal, un même pharmacien devra réaliser de bout en bout le bilan pour un même patient, ce qui constituera un suivi non négligeable et une confiance accrue pour le patient.

La connaissance du bilan de médication par les médecins n'est pas encore tout à fait effective. C'est pourquoi, il est parfois difficile pour les pharmaciens de communiquer avec eux afin de leur dire que nous avons réalisé ce bilan et qu'il serait bénéfique pour eux, comme pour le patient, qu'ils consultent notre conclusion. Certains médecins peuvent voir cela comme une intrusion dans l'exercice de leur profession puisque nous donnons en quelque sorte notre avis sur leur prescription. Il conviendra à chaque pharmacien de faire comprendre au médecin qu'il ne s'agit en aucun cas de faire leur métier à leur place, mais d'apporter une aide supplémentaire à la prescription de médicaments.

En effet, certains patients ont peur ou ne pensent pas à parler de certaines choses à leur médecin (comme la formulation galénique des médicaments, le nombre de médicaments à prendre dans la journée), ce qui peut parfois entraîner un manque d'observance.



# Chapitre II : Le bilan de médication vu par les patients

---

Les patients n'étant pas aussi informés que les professionnels de santé sur les médicaments, les mécanismes d'action, les interactions et contre-indications, la réalisation de ce bilan permet donc une éducation thérapeutique du patient sur l'ensemble de son traitement, mais aussi sur les habitudes de vie au quotidien, notamment sur les règles hygiéno-diététiques. Ces bilans ont donc été mis en place afin d'éduquer les patients les plus fragiles, c'est pourquoi ils sont plutôt indiqués pour une certaine population de malade.

## I. Critères d'adhésion pour le remboursement

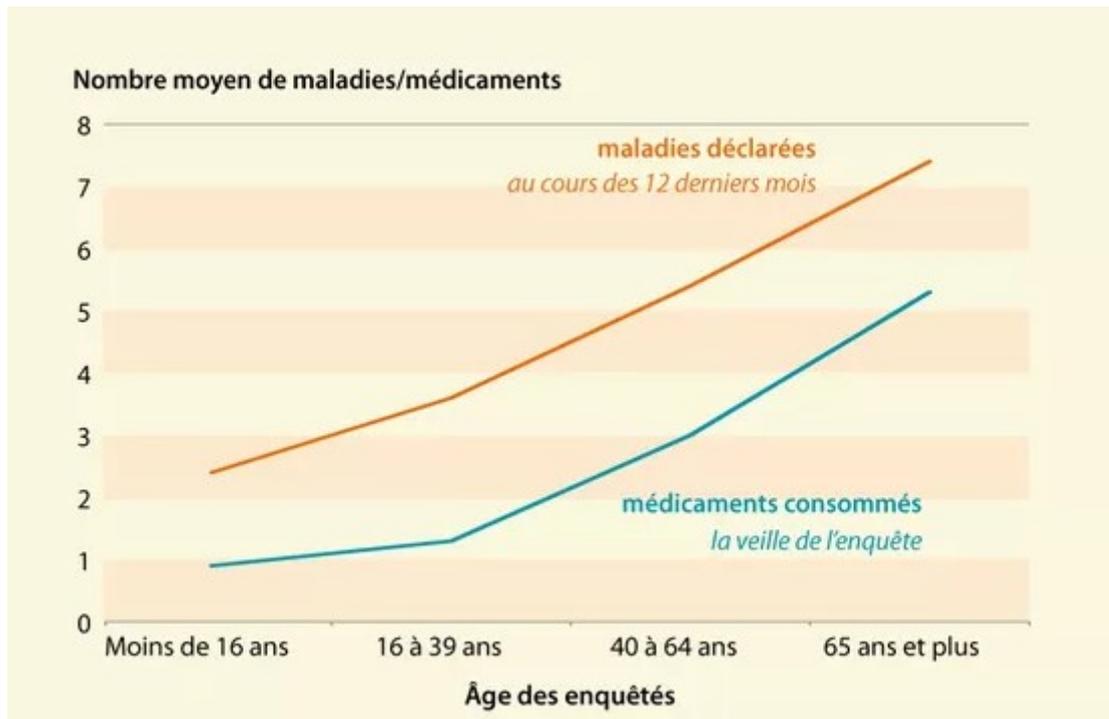
Le bilan de médication est proposé à chaque personne ayant un traitement chronique. Malgré cela, certains critères sont nécessaires pour prétendre au remboursement par la sécurité sociale. Parmi ces critères, nous avons :

- **L'âge**   
Le/La patient/e devra être âgé d'au moins **75 ans** ou de **65 ans** et plus avec une ou plusieurs affections de longue durée (**ALD**) [*cf annexe 9 pour la liste des ALD*]
- **La polymédication**  
Le/La patient/e devra avoir au moins 5 médicaments avec des principes actifs différents prescrits par son médecin sur son ordonnance (Que les médicaments soient prescrit en ALD ou non).  
Il est important de savoir que dans les médicaments présentant deux principes actifs (par exemple : TemeritDuo® = Association de Nebivolol + Hydrochlorothiazide), les deux principes actifs sont pris en compte.
- **La chronicité**  
Les traitements sur ordonnance devront être prescrits pour une durée supérieure ou égale à 6 mois, prouvant que c'est un traitement de long cours et qu'il ne s'agit pas d'une prise temporaire.

## II. Âge et Contre-indications / Interactions médicamenteuses

En partant du postulat que les personnes âgées de plus de 75 ans prennent en moyenne quatre médicaments par jour, le phénomène de iatrogénie a de grosses conséquences sur la santé ainsi que sur l'économie de la santé.

En effet, nous observons une augmentation du risque de contre-indications et d'interactions médicamenteuses proportionnellement avec l'âge. (*Illustration 39*)



*Illustration 39: Evolution du nombre de médicaments prescrits en fonction de l'âge*

Source : <https://www.irdes.fr/EspacePresse/GraphiquesDuMois/LeGraphiqueDuMoisOctobre10.html>

D'après le graphique, nous pouvons constater que plus l'âge augmente, plus le nombre de pathologies augmente et, par conséquent le nombre de médicaments consommés. En effet, il faut savoir que le corps humain vieillit dès la naissance. On comprend donc que le vieillissement des différents organes et des systèmes de l'organisme est inéluctable. Il est donc assez logique qu'au vu du nombre de pathologies, plus le nombre de médicaments utilisés chez une personne lambda augmente, plus le risque d'interactions médicamenteuses est élevé.

Qu'est ce qu'une interaction médicamenteuse ?

C'est une réaction qui résulte de l'administration concomitante ou successive de deux ou plusieurs médicaments chez un même patient et dans laquelle l'une des substances absorbées affecte l'activité thérapeutique d'un (ou plusieurs) médicament(s) administré(s).

Deux types d'effets peuvent apparaître :

- Interaction synergique : Augmentation de l'activité du médicament pour une même dose ;
- Interaction antagoniste : Réduction ou abolition de l'efficacité du traitement.

Dans tous les cas, ces deux effets sont importants à rapporter, puisque dans certains cas cela peut augmenter les effets indésirables des médicaments utilisés, d'autant plus s'il s'agit de médicaments à marge thérapeutique étroite (ex : AVK, colchicine, hormones thyroïdiennes, etc). Or toute variation de la concentration de ce type de médicament dans l'organisme, même légère, peut entraîner des effets indésirables potentiellement graves, car la dose minimale efficace est très proche de sa dose maximale tolérable par l'organisme.

C'est pourquoi, il est plutôt dans l'intérêt du patient que certaines associations de médicaments n'aient pas lieu, afin de garantir une santé optimale malgré la prise de plusieurs traitements.

### III. Formaliser l'adhésion

#### 1. Présentation du dispositif aux patients

Différentes méthodes sont possibles et sont à utiliser en fonction de la personnalité du patient à qui nous le proposons. Par exemple, si nous voyons un patient qui rencontre des difficultés à prendre son traitement, et qui ne comprend pas vraiment pourquoi le médecin lui a prescrit un tel traitement, il est bon d'utiliser une formule lui proposant de l'aider à comprendre son traitement au travers d'une discussion.

D'un autre côté, si nous rencontrons un patient qui connaît bien son traitement, mais qui a tout de même des difficultés à le prendre, c'est que le problème vient d'ailleurs. Dans ce cas là, il serait préférable de lui présenter ce type de bilan comme une façon d'améliorer la prise de ces médicaments au travers de méthodes plus ou moins vérifiées.

Nous sommes confrontés à plusieurs situations au comptoir, et il est toujours mieux d'adapter son discours en fonction de la personne que nous avons en face de nous. Dans un sens, cette attitude sera d'autant mieux accueillie par le patient, puisqu'il aura une impression de prise en charge personnalisée, ce qui est tout à fait le but de cette démarche.

#### 2. Les barrières rencontrées lors de la proposition du bilan de médication

De nombreux patients sont réticents à accepter ce bilan. Selon les connaissances du patient, il y aurait plusieurs raisons à cela :

- Le **manque de temps**. En effet, lorsque nous proposons cet entretien, nous annonçons en général vingt à trente minutes. Dans l'idéal, si on devait se formater seulement au questionnaire apporté par la Haute Autorité de Santé, cela durerait effectivement trente minutes maximum. En réalité, ces entretiens durent au minimum une heure, puisque cela relève plutôt d'une discussion qui amène le patient à se livrer sur ses impressions, à se confier sur son quotidien, et parfois à dévier légèrement du sujet initial.

De plus, formaliser cet entretien sous forme de rendez-vous peut être rédhibitoire pour certains patients.

Dans tous les cas, il ne faut pas les forcer à y participer. S'ils n'ont pas le temps d'y réfléchir sur l'instant, nous pouvons leur proposer de revenir à un autre moment, en leur laissant un support.

- **L'impression d'être jugé.** Certains patients n'acceptent pas cet entretien, de peur d'être jugé sur leur capacité à gérer leur traitement. La plupart des patients à qui j'ai proposé cela m'ont dit qu'ils n'en avaient pas besoin et qu'ils ne voyaient pas l'intérêt malgré mes explications. Ils pensent, pour la plupart d'entre eux, que leur médecin leur a tout expliqué et ne pas avoir besoin de connaissances supplémentaires sur leur traitement.

Certaines formulations peuvent être mal accueillies, c'est pourquoi il est important de réfléchir aux éléments de langage que nous utilisons, afin de faire comprendre aux patients que c'est dans leur intérêt d'y participer.

Par exemple, certaines expressions peuvent être utiles pour démarrer une discussion sur le bilan :

- « Vous posez-vous des questions sur votre traitement ? »
- « Vous arrive t-il d'oublier votre traitement ? »
- « Les pharmaciens peuvent vous accompagner dans la compréhension de votre traitement. »
- « Cela est pris en charge par la sécurité sociale, vous n'avez rien à payer. »
- « Si vous le souhaitez, nous pouvons prendre rendez vous à un moment où vous aurez le temps. »

- **Le manque de confiance** envers les pharmaciens. Si certains patients ont une totale confiance en leur pharmacien, pour d'autres c'est loin d'être le cas. En effet, l'impression d'avoir à faire à de simples « épiciers » qui leur délivre juste leur médicament sur « ordre » du médecin nous placent dans une position parfois difficile à gérer.

Il sera donc nécessaire de partager, par exemple, notre expérience du bilan de médication et des avancées avec d'autres patients pour montrer le bénéfice de ce dispositif. Il est possible aussi d'évoquer la complémentarité avec le médecin, en leur montrant que nous pouvons approfondir les explications données par le médecin.

C'est par ailleurs la raison pour laquelle ce type de dispositif nous apporte une crédibilité supplémentaire dans le maillage médico-professionnel.

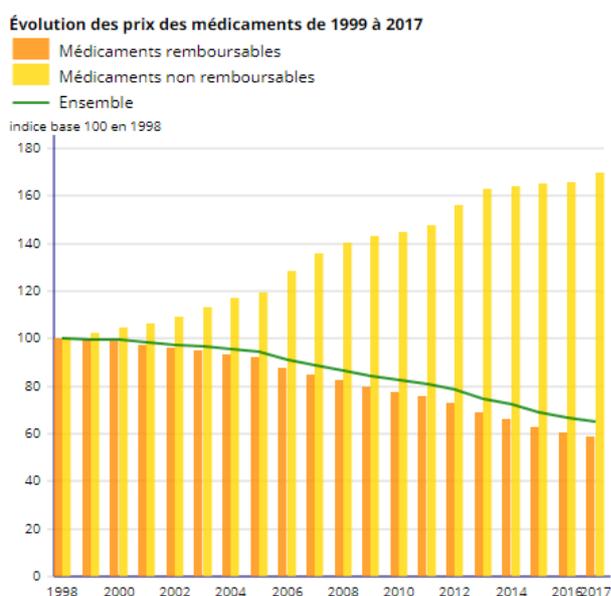
- **La récupération des traitements par une tiers personne.** En effet, de nombreux patients délèguent la récupération de leur traitement à une personne de leur entourage (conjoint, aide soignante, infirmière, ...), et ne viennent donc pas eux mêmes à la pharmacie. Dans ce cas, il est plus difficile de convaincre la personne concernée. C'est pourquoi il faudra informer l'aidant de l'existence de ce service, et pourquoi pas lui proposer d'appeler le patient pour lui donner un complément d'information si cela

l'intéresse.

Il est aussi fortement recommandé d'en discuter lors de la livraison à domicile des médicaments et/ou de dispositifs médicaux.

# Chapitre III - Aspects économiques

Depuis la baisse des prix massive des médicaments remboursés (plus spécialement sur les génériques) (*Illustrations 40 et 41*) enclenchée par le gouvernement pour réduire la dette de la sécurité sociale, certaines pharmacies peinent à s'en sortir. Entre 1990 et 2016, l'indice du coût de la vie a augmenté de près de 48,7 % tandis que les prix publics des médicaments ont baissé de 30,6 %, dont les médicaments remboursables de 39,7 %.



*Illustration 40: Evolution des prix des médicaments de 1999 à 2017*

Source : INSEE. *Tableau de l'économie française – Données de santé ; 2019*

	Médicaments remboursables	Médicaments non remboursables	Ensemble
1998	100,0	100,0	100,0
1999	99,5	102,4	99,8
2000	98,8	104,7	99,4
2001	97,5	106,3	98,3
2002	96,0	109,4	97,2
2003	95,2	113,3	96,7
2004	93,6	117,3	95,6
2005	92,2	119,2	94,4
2006	87,7	128,7	91,0
2007	84,7	135,9	88,7
2008	82,4	140,5	86,7
2009	79,9	143,0	84,5
2010	77,8	144,8	82,6
2011	76,0	147,8	81,0
2012	72,8	156,4	78,4
2013	69,0	162,9	75,0
2014	66,1	163,9	72,2
2015	63,1	165,1	69,3
2016	60,8	165,9	67,0
2017	58,9	170,0	65,2

*Illustration 41: Evolution des prix des médicaments de 1999 à 2017*

Source : INSEE. *Tableau de l'économie française – Données de santé ; 2019*

En effet, de 2005 à 2015, ce sont près de neuf cents pharmacies qui ont fermé (représentant environ 4 % des pharmacies de la métropole française), ce qui menace le principe de maillage territorial.<sup>35</sup>

35 <https://www.pourquidocteur.fr/Articles/Question-d-actu/12746-Fermeture-des-pharmacies-la-carte-des-regions-les-plus-touchees>

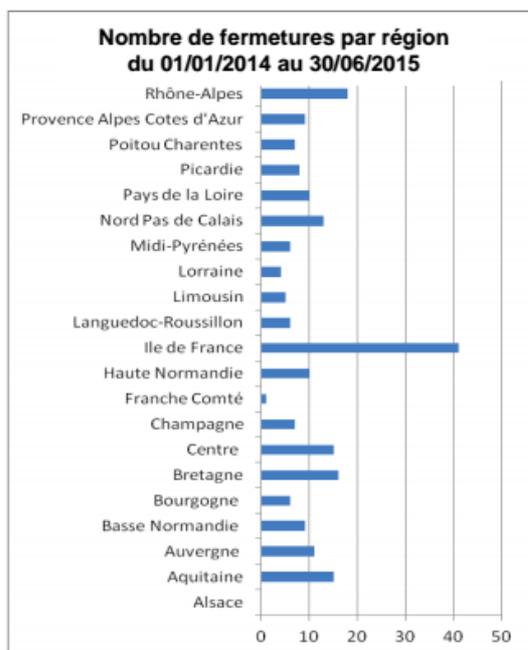


Illustration 42: Nombre de pharmacies par région de janvier 2014 à Juin 2015

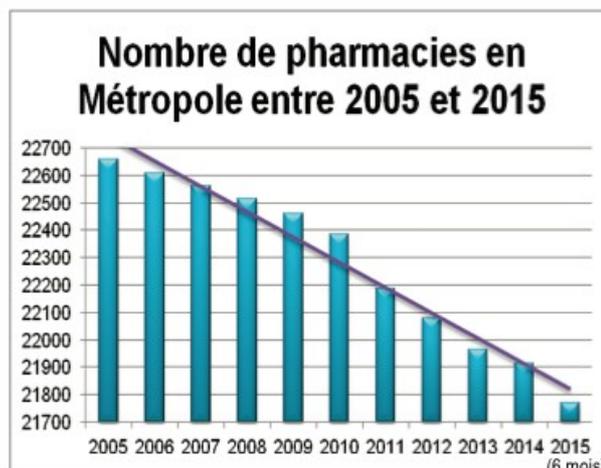


Illustration 43: Nombre de pharmacies en Métropole entre 2005 et 2015

En 2015, 7 pharmacies sur 10 ayant un chiffre d'affaires inférieur à 1 million d'euros, ont fermé ; Et une pharmacie ferme tous les deux jours, soit définitivement (Liquidation : 9 % ; Fermeture sèche : 43%), soit pour se regrouper avec d'autres pharmacies pour faire face à ces difficultés (31%). De nombreuses régions sont concernées, et notamment L'Île de France, étant la région la plus peuplée. De manière générale, l'Ouest de la France est plus touchée que l'Est. On remarque aussi que les communes de moins de 7000 habitants sont beaucoup représentées par ces fermetures.<sup>36</sup> (Illustrations 42 et 43)<sup>37</sup>

La décision de baisse de prix est gérée par le CEPS (Comité Économique des Produits de Santé) qui est un organisme interministériel chargé de fixer les prix TTC (par boîte) des médicaments remboursables par les régimes obligatoires de sécurité sociale ; et a été actée dans le cadre de l'ONDAM (Objectif National des Dépenses de l'Assurance Maladie), qui devait réaliser une économie de 1,7 milliards d'euros (montant basé sur les baisses de prix prévues sur les médicaments et les génériques).<sup>38</sup>

36 <http://www.lepharmaciendefrance.fr/actualite-web/pres-100-fermetures-six-mois>

37 <https://www.pourquoidoctor.fr/Articles/Question-d-actu/12746-Fermeture-des-pharmacies-la-carte-des-regions-les-plus-touchees>

38 [https://www.lemonde.fr/societe/article/2005/09/23/le-gouvernement-veut-economiser-1-7-milliard-sur-les-medicaments\\_692145\\_3224.html](https://www.lemonde.fr/societe/article/2005/09/23/le-gouvernement-veut-economiser-1-7-milliard-sur-les-medicaments_692145_3224.html)

Comment est fixé un prix ?

Plusieurs critères sont retenus, tels que :

- l'ASMR (Amélioration du Service Médical Rendu) délivrée par la commission de la transparence de l'HAS, qui compare le médicament concerné avec d'autres médicaments déjà commercialisés dans la même classe. Ce critère est coté de 1 à 5, de « amélioration majeure » à « Absence d'amélioration » ;
- Le prix des médicaments à même visée thérapeutique ;
- Le volume des ventes prévu ou constaté.

Ce prix est accordé pendant 5 ans renouvelable(s). Pour un médicament ayant un ASMR de 1, 2, 3 et une partie de 4, le prix fixé pendant cinq ans ne sera pas plus bas que les prix constatés dans les pays européens voisins (Royaume Uni, Allemagne, Italie, et Espagne). Par ailleurs, ces prix sont visibles sur le site « Base de données publique des médicaments » (*cf annexe 10*).<sup>39</sup>

De nouvelles normes ont été mises en place quant au prix des génériques, mais aussi des princeps. En effet, la différence de prix entre princeps et génériques est réglementé. Les Prix Fabricant Hors Taxes (PFHT) des médicaments sont fixés en concertation entre le laboratoire fabricant et le CEPS (donc l'État). A défaut d'accord, c'est le CEPS qui décide du prix unilatéralement. Le PFHT des génériques correspond à 60 % du prix du princeps, et est réduit de 7 % supplémentaire après 18 mois. Dans le même temps, le prix du princeps diminue de 20 % à la commercialisation du générique.<sup>40</sup>

39 LEEM. Le prix des médicaments remboursables en France ; 2019

40 LEEM. L'économie du médicament ; 2012

Cette décote n'a pas toujours été de 60 %, comme nous pouvons le constater dans le tableau suivant :<sup>41</sup>

<b>Année</b>	<b>Décote des génériques par rapport au princeps</b>
2002	30 %
2006	40 %
2009	50 %
2012	55 %
2016 – Aujourd'hui	60 %

*Tableau IV- 1 : Décote des génériques entre 2002 et aujourd'hui*

De plus, un TFR (Tarif Forfaitaire de Responsabilité) peut être appliqué à un princeps si le taux de substitution est inférieur à 80 %. Cependant, depuis le mois de Juin 2019, le CEPS renonce à la mise sur TFR programmée et fixe une limite d'écart de prix pour ne pas faire tomber l'argument économique de substitution. Donc si la différence de prix entre princeps et génériques est :<sup>42</sup>

- Supérieure ou égale à 25 % : L'écart de prix sera réduit à 20 % ;
- Comprise entre 5 et 25 % : L'écart de prix sera réduit à 5 % ;
- Inférieure à 5 % : Aucune évolution de prix, l'écart de prix est maintenu.

Comme dit précédemment, de nombreuses pharmacies ont dû fermer ou se regrouper pour ne pas faire faillite. Ces difficultés ont amené les syndicats des pharmacies (FSPF et USPO) à signer de nouvelles conventions permettant une meilleure rémunération des pharmaciens :

- Convention Mai 2012 : Signée par les différents syndicats, elle a permis de revaloriser le rôle du pharmacien dans le parcours de soin, en incluant notamment la création d'un honoraire de dispensation (basée sur la vérification de la validité de l'ordonnance, l'admissibilité des renouvellements, l'adéquation de la posologie prescrite, le contrôle des interactions, et les conseils aux patients)
- Convention Janvier 2018 : Signée par l'USPO, elle a permis de trouver de nouvelles rémunérations, et de faire évoluer le métier avec de nouvelles missions, pour contrer la diminution du prix et des volumes des médicaments remboursés.

41 Le pharmacien de France. Vers une baisse de prix généralisée ; 2016

42 AMELI. Enjeux autour du médicament générique ; 2018

- Convention Janvier 2019 découlant des avenants 11 et 12 à la convention pharmaceutique : Depuis le 1<sup>er</sup> Janvier 2019, 3 nouveaux honoraires ont été créés : L'honoraire de dispensation à l'ordonnance (HDR : 0,50€ HT), L'honoraire de dispensation lié à l'âge : personnes âgées et jeunes enfants (HDA : 0,50€ HT, passant à 1,58€ en Janvier 2020) et l'honoraire de dispensation des médicaments spécifiques (HDE : 2,04€ HT, passant à 3,57€ en Janvier 2020)<sup>43</sup>

*Le remboursement de ces honoraires est pris en charge à 70 % par l'Assurance maladie et à 30 % par les complémentaires santé du patient s'il en a une.*

Entre 2018 et 2020, la marge commerciale devrait être réduite de 1,2 milliards d'euros, mais grâce à la nouvelle réforme, cela devrait être compensé par 1,415 milliards d'euros en honoraires. En effet, la rémunération dépend donc moins du prix des médicaments et du volume vendu, mais plus des honoraires attribuées aux pharmaciens.

Dans un premier temps, en Janvier 2015, cet honoraire permettait d'être rémunéré de 0,82€ TTC par boîte mensuelle vendue, de 2,21€ TTC par boîte trimestrielle, et de 0,51€ TTC par ordonnance complexe facturée (Plus de 5 médicaments chroniques) qui s'ajoute à l'honoraire à la boîte. L'honoraire à la boîte étant remboursé à hauteur de 65 % par la sécurité sociale, et le reste par les complémentaires santé ; tandis que l'honoraire d'ordonnance complexe est remboursée à 100 % par la sécurité sociale.

Depuis l'année 2016, l'honoraire à la boîte a évolué : 1,02€ TTC par boîte mensuelle vendue, et 2,76€ TTC par boîte trimestrielle vendue, le taux de remboursement n'ayant pas changé.<sup>44</sup>

43 AMELI. Honoraires de dispensation et transfert de marge ; 2019

44 AMELI. Honoraires de dispensation et transfert de marge ; 2019

## I. Avantages économiques pour les pharmaciens

Le bilan partagé de médication est une nouvelle mission du pharmacien qui a été acté le 21 novembre 2017 à travers l'avenant 12 de la convention pharmaceutique et a été négocié avec la CNAMTS (Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés). Les bilans de médication bénéficient donc d'une rémunération pour le pharmacien d'officine à partir du mois de Janvier 2018.

Comme vu précédemment, des critères ont été mis en place concernant la rémunération de cet acte, à savoir le fait que le patient doit avoir plus de 75 ans et plus de cinq médicaments chroniques (supérieur à six mois d'utilisation) ou plus de 65 ans avec au moins une ALD.

Pour cela, le pharmacien sera rémunéré de la façon suivante (Cf *Illustration 44*) :<sup>45</sup>

- Soixante euros par patient la première année. Cette rémunération comprend l'entretien de recueil d'information, l'analyse des informations, l'entretien conseil et le suivi de l'observance
- Vingt ou trente euros les années suivantes en fonction de la modification de l'ordonnance par le médecin.
  - La rémunération de trente euros comprend une nouvelle analyse des traitements suite à une modification de traitements, un entretien conseil et un suivi de l'observance ;
  - Tandis que la rémunération de vingt euros comprend deux suivis de l'observance dans l'année dans le cas où il n'y a pas eu de modification dans le traitement du patient.

Bien entendu, les pharmaciens peuvent procéder à ces bilans pour des patients ne réunissant pas ces critères, néanmoins ils ne seront pas rémunérés par les caisses d'assurance maladie pour cet acte, mais par le patient lui-même (environ vingt euros).

45 AMELI. Textes conventionnels de la convention nationale pharmaceutique ; 2019

	Entretien de recueil d'information	Analyse des traitements	Entretien conseil	Suivi de l'observance	Rémunération
Présence du patient	OUI	NON	OUI	OUI	
<b>BILAN PARTAGÉ DE MÉDICATION</b>					
1 <sup>ère</sup> année	X	X	X	X	60 €
Années suivantes en cas de changement de traitement		X	X	X	30 €
Années suivantes sans changement de traitement				Le pharmacien réalise deux suivis de l'observance dans l'année	20 €
<b>BILAN PARTAGÉ DE MÉDICATION – CAS DÉROGATOIRE LE PATIENT DÉCÈDE</b>					
1 <sup>ère</sup> année	X	X			60 €
<b>BILAN PARTAGÉ DE MÉDICATION – CAS DÉROGATOIRE ADHÉSION DU PATIENT AU 2<sup>nd</sup> SEMESTRE</b>					
1 <sup>ère</sup> année	X	X	Peut être réalisé l'année suivante	Peut être réalisé l'année suivante	60 €
Années suivantes en cas de changement de traitement		X	Peut être réalisé l'année suivante	Peut être réalisé l'année suivante	30 €
Années suivantes sans changement de traitement				Le pharmacien réalise un suivi seul suivi de l'observance. Le second devra être réalisé l'année suivante	20 €

Illustration 44: Tableau récapitulatif des rémunérations à l'acte pour les bilans de médication

Source : [https://www.uspo.fr/wp-content/uploads/2018/02/2018-01-Officine\\_Avenir\\_n17.pdf](https://www.uspo.fr/wp-content/uploads/2018/02/2018-01-Officine_Avenir_n17.pdf)

## 1. Par quel organisme est-on rémunéré ?

C'est l'assurance maladie qui rémunère ce dispositif. En effet, les versements se font à la fin du mois de mars, sur la base des étapes qui ont été réalisées dans l'année écoulée pour chaque patient. La rémunération est garantie en cas de décès du patient, même si celui-ci n'a pas participé à toutes les étapes préconisées.

## 2. Comment transmettre les dossiers à l'organisme payeur ?

Les dossiers sont transmis via le site de l'Assurance maladie. Ce site permet, comme vu précédemment, d'inscrire le patient au dispositif et de transmettre les données à l'assurance maladie. Ils doivent être transmis au plus tard avant le 31 décembre de chaque année.

Chaque dossier (papier ou électronique) doit être conservé pendant dix ans, et doit pouvoir être mis à disposition de l'Assurance maladie à n'importe quel moment, dont les contrôles peuvent être réalisés soit par les médecins-conseils, soit par les pharmaciens-conseils des caisses d'assurance maladie.

### **3. Quel est le délai de rémunération après avoir enregistré un bilan ?**

Pour le moment, tous les bilans terminés sont rémunérés au mois de Mars de l'année suivante. Mais les syndicats demandent à ce que les rémunérations soient faites immédiatement après un bilan finalisé.

### **4. Y'a t-il un minimum/maximum d'entretiens ?**

Il n'y a pas de minimum ou de maximum à respecter. Cependant, compte tenu de la population concernée par ces bilans, cela représente environ 180 patients par pharmacie. Des objectifs ont été fixés au lancement de ce dispositif par les signataires de la convention : vingt bilans par an, c'est à dire un à deux bilans par mois.

En partant de l'hypothèse que chaque pharmacie réalise ces 180 bilans de patients éligibles, cela représente une marge potentielle de 11 000€ la première année, et jusqu'à 400€ de l'heure la deuxième année (en réalisant les deux suivis d'observance dans l'année, sans changement de traitement).

A ce jour, il y a eu 27 000 bilans réalisés à travers la France. Or, l'objectif de la sécurité sociale était de 400 000 bilans.<sup>46</sup>

46 <https://www.bilan-de-medication.fr/>

## II. Avantages économiques pour la société

Il n'y a certainement pas assez de recul, cette année, pour déterminer le bien-fondé d'une telle démarche proposée par les pharmaciens, puisque les bilans n'ont commencé qu'au début de l'année 2017. Cependant, il est tout de même important de souligner que les patients ayant participé ressortent mieux informés sur leur traitement chronique, ainsi que sur les médicaments pouvant être utilisés en auto-médication.

En effet, l'automédication reste un problème de santé publique conséquent, malgré le fait que ce genre de médicament ne se vend à ce jour qu'en officine, donc sur conseil d'un professionnel de santé. Selon une étude récente du service de pharmacologie du CHU de Bordeaux, les victimes d'un effet indésirable d'un médicament pris en automédication représentent trois cas sur mille patients en médecine générale, et 56 % d'entre eux le sont à cause d'un médicament disponible seulement sur ordonnance. Cela veut donc dire que ces patients se sont probablement servis dans la pharmacie familiale, et ont réutilisé un médicament initialement prescrit. En effet la plupart des patients ne relisent pas l'ordonnance, ou ne demandent pas conseil à leur médecin ou leur pharmacien, pourtant l'un des professionnels de santé le plus accessible.<sup>47</sup>

De plus, les accidents dus à une automédication aboutissant à une hospitalisation représentent plus d'un tiers de ces cas, soit à peu près 5,5 hospitalisations sur 10 000. Au total, les accidents liés à un médicament représentent 3,6 % des hospitalisations. C'est pourquoi, le rôle du pharmacien et de son conseil est primordial au moment de la vente de médicaments en automédication, et peut permettre d'éviter ce type de problème.

Les outils d'information sont également indispensables afin de diffuser la bonne parole. On peut retrouver en officine des documents permettant de prévenir sur les dangers de l'automédication et des conseils pratiques à appliquer.

47 Le Figaro – Nuisance de l'automédication ; 2008

En voici un exemple : (Illustrations 45 et 46)



Illustration 45: Dépliant sur la prévention concernant l'automédication (recto)

Source : <https://framework.agevillage.com/documents/pdfs/brochureautomedication.pdf>

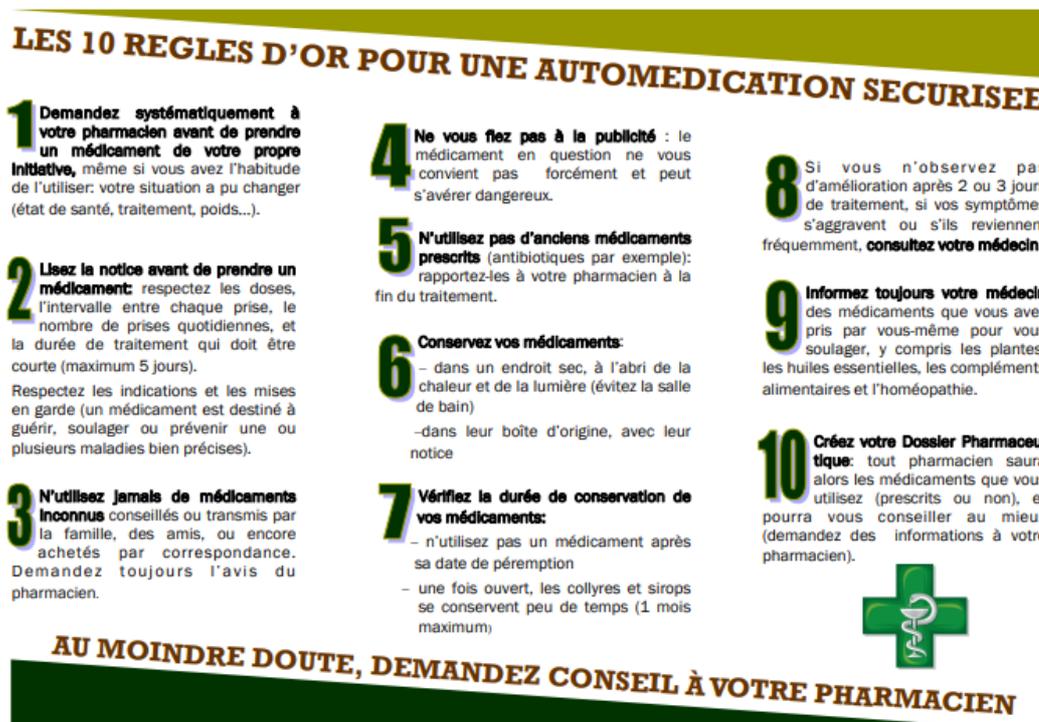


Illustration 46: Dépliant sur la prévention concernant l'automédication (verso)

Source : <https://framework.agevillage.com/documents/pdfs/brochureautomedication.pdf>

Des conseils qui s'appliquent évidemment à tout le monde, mais plus particulièrement aux personnes âgées, puisque souvent polymédiquées, et donc plus souvent concernées par ces accidents.



# Conclusion

---

La mise en place des bilans de médication se fait donc relativement bien dans les officines, à condition d'avoir des locaux adaptés pour accueillir les patients dans les meilleures conditions et en toute confidentialité, ainsi qu'une équipe officinale efficiente. De nombreuses normes sont à respecter, ce qui n'est pas forcément évident dans les plus petites officines qui se voient contraintes d'aménager les locaux en regard des nouvelles missions qui sont attribuées aux pharmaciens d'officine.

Néanmoins, les bilans de médication apportent de nombreux avantages que ce soit pour le corps médical, comme pour les patients.

En effet, ce dispositif permet notamment pour le patient de bénéficier d'un suivi et d'une prise en charge personnalisés particulièrement appréciés de manière générale. A l'issue des bilans, il est alors attendu une diminution des risques iatrogènes suite à une adaptation des traitements mais aussi grâce à une meilleure compréhension du patient vis à vis de son traitement. Il s'agira pour le pharmacien de s'intéresser de manière approfondie aux habitudes de chaque patient individuellement et d'adapter la prise de son traitement à ses contraintes de vie. Ces bilans concernent notamment les patients âgés de plus de 65 ans, les plus à risque puisque le plus souvent polymédiqués. Tous ces éléments vont optimiser la dépendance du patient dans la prise de ces médicaments et donc augmenter l'adhésion et l'observance conformément à la prescription médicale.

Concernant les pharmaciens, ces bilans de médication s'inscrivent dans une démarche visant à valoriser le métier en lui attribuant de nouvelles missions. Ces missions sont basées sur la ROSP (Rémunération sur Objectifs de Système de Santé) permettant aux pharmaciens d'être rémunérés à l'acte pour ces nouvelles attributions. Cela contribuera notamment à améliorer la qualité du système de santé français tout en diminuant le déficit de la sécurité sociale et le nombre d'hospitalisations dues aux accidents iatrogènes ; mais aussi en ce qui concerne le gaspillage des médicaments puisqu'il y aura un meilleur rendement dans leur utilisation.

Ces bilans ne sont donc remboursés que pour les patients dont les critères d'adhésion sont réunis. Cependant, il est tout à fait possible de le proposer aux personnes plus jeunes puisque de nombreux patients âgés de moins de 65 ans ont un traitement chronique.

Pour cela, nous pouvons, par exemple, nous baser sur l'outil « Bilan de Prévention Santé » réalisé par Pharmonweb et Medvir proposant un outil de synthèse de facteurs de risque en fonction des habitudes de vie et des pathologies des patients, via un questionnaire à

remplir. Cela permettra notamment d'enclencher le dialogue avec les patients afin de leur proposer un suivi d'accompagnement thérapeutique en fonction des facteurs de risque établis par le bilan numérique, quelque soit l'âge du patient.

# BIBLIOGRAPHIE/SOURCES

---

## **Bibliographie :**

- Haute Autorité de santé (HAS). Recommandations Modalités d'arrêt des benzodiazépines et médicaments apparentés chez le patient âgé - recommandation pour la pratique clinique. Site internet : HAS. Paris ; 2007.
- Haute Autorité de santé (HAS). Améliorer la prescription des psychotropes chez le sujet âgé Site internet : HAS. Paris ; 2007.
- Ministère des Solidarités et de la Santé. Stratégie nationale sport santé ; 2019
- Université de Lille 2. Lannoy Damien. Iatrogénie médicamenteuse. 2012
- USPO. Annexe de l'avenant 12. Guide d'accompagnement des patients. Le bilan partagé de médication chez le patient âgé polymédiqué ; 2017
- AMELI. Guide interactif de l'accompagnement pharmaceutique ; 2019
- AMELI. Textes conventionnels. Avenants de la convention nationale pharmaceutique ; 2019
- Ministry of Health ad long-term Care. MedsCheck, Pharmaceutical opinion and Pharmacy Smoking Cessation Program ; 2016
- USPO. Cinq enseignement de publications scientifiques étrangères avant l'introduction des bilans de médication; 2018
- Ordre des pharmaciens. Recommandations pour l'aménagement des locaux de l'officine ; 2014
- Legifrance. Arrêté du 28 novembre 2016 relatif aux bonnes pratiques de dispensation des médicaments dans les pharmacies d'officine, les pharmacies mutualistes et les pharmacies de secours minières, mentionnées à l'article L. 5121-5 du code de la santé publique ; 2016
- Assurance maladie. L'accompagnement pharmaceutique – Un patient chronique mieux pris en charge ; 2018
- Ordre National des Pharmaciens. Qu'est ce que le Dossier Pharmaceutique ? - Site internet ; 2019
- Faure et al., 2013, « L'automesure de l'International normalized ratio (INR) ».
- Caquet, « Potassium sanguin (kaliémie) ; 2008
- Programme National Nutrition Santé « Manger Bouger » , Recommandations – Les produits salés et le sel ; 2019

- INSERM, Dossier sur l'insuffisance rénale ; 2017
- Lriverend, Annaix, et Faure, « La fonction rénale, une donnée essentielle » ; 2016
- Cochat et Dubourg, « Rein et médicaments » ; 2004
- AMMPPU. Dossier Rein et Médicament ; 2004
- Berthélémy, « Le bilan hépatique » ; 2015.
- M.L. Laroche, Médicaments potentiellement inappropriés aux personnes âgées : intérêt d'une liste adaptée à la pratique médicale française ; 2008
- INSERM. Déloménie C. 1998. Les arylamines N-acétyltransférases : du polymorphisme génétique à la susceptibilité aux xénobiotiques
- INSEE. Tableau de l'économie française – Données de santé ; 2019
- LEEM. Le prix des médicaments remboursables en France ; 2019
- LEEM. L'économie du médicament ; 2012

### Sources Internet :

- <https://www.ameli.fr/orne/pharmacien/actualites/lancement-des-negociations-avec-les-pharmaciens>
- <http://www.ordre.pharmacien.fr/content/download/75149/480993/version/8/file/Recommandations+pour+l%27am%C3%A9nagement+des+locaux+-+janvier+2014.pdf>
- <http://www.observationsociete.fr/population/evolution-esperance-de-vie.html>
- <http://www.observationsociete.fr/population/evolution-esperance-de-vie.html>
- <http://www.ordre.pharmacien.fr/Le-Dossier-Pharmaceutique/Sa-genese-et-son-evolution>
- <https://www.ameli.fr/orne/medecin/exercice-liberal/memos/depistage-et-prevention/prevention-iatrogenie-medicamenteuse>
- Passeport santé (site internet) – Réduire sa consommation de sel ; 2010
- <https://docplayer.fr/17203574-Metabolisme-des-medicaments.html>
- <https://www.msdmanuals.com/fr/professional/pharmacologie-clinique/pharmacocin%C3%A9tique/revue-g%C3%A9n%C3%A9rale-de-la-pharmacocin%C3%A9tique>
- <http://stopstart.free.fr/>
- <https://www.editions-frison-roche.com/produit/334/9782876715820/prescriptions-medicamenteuses-adaptees-aux-personnes-agees/preview?escape=false#lg=1&slide=6>
- [http://www.theriaque.org/apps/interaction/itr\\_ordonnance.php](http://www.theriaque.org/apps/interaction/itr_ordonnance.php)
- [https://ansm.sante.fr/var/ansm\\_site/storage/original/application/0002510e4ab3a9c1379](https://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/0002510e4ab3a9c1379)

[3a1fdc0d4c955.pdf](#)

- <http://sitegpr.com/fr>
- <https://www.pharmateam.fr/actualites/2-le-quotidien-du-pharmacien-92-des-francais-font-confiance-a-leur-pharmacien.html>
- Le pharmacien de France. Vers une baisse de prix généralisée ; 2016
- AMELI. Enjeux autour du médicament générique ; 2018
- AMELI. Honoraires de dispensation et transfert de marge ; 2019
- <https://www.bilan-de-medication.fr/>
- Le Figaro – Nuisance de l'automédication ; 2008
- <https://www.pharmonweb.fr/prevention-bilan-sante>



# Annexes

## I. Annexe 1 : Fiches de suivi

Nom :  
 Prénom :  
 Age :  
 Poids :  
 Adresse :  
 Médecin traitant :

Date : 8

### Fiche de recueil des informations (1/4) : le patient

Questions	Réponses
<b>Ses habitudes de vie :</b>	Vivez-vous seul(e) à votre domicile, accompagné(e) ou en institution ?
	Quelqu'un vous aide-t-il au quotidien ? Si oui qui ?
	Quelles sont vos habitudes alimentaires (combien de repas et quand) ?
	Suivez-vous un régime alimentaire particulier (sans sel ...) ?
	Consommez-vous certains produits comme l'alcool, le pamplemousse ?
<b>Son état physiologique</b>	Avez-vous une maladie rénale ou hépatique (insuffisance rénale, hépatique) ou tout autre antécédent identifié ?
	Avez-vous vous des problèmes de déglutition, de vision, des douleurs articulaires... ?
<b>Autres</b>	Souffrez-vous d'allergies (avez-vous un carnet par exemple) ?

### Fiche de recueil des informations (2/4) : les traitements

Nom de tous les produits pris	dosage	forme	Fréquence / posologie	Problème lié à la prise (forme galénique)	Problème d'observance (oubli)	Survenue d'effets indésirables	Origine de la prise (spécialité du prescripteur ou auto médication)

### Fiche de recueil des informations (3/4) : les traitements

	Questions	Réponses
<b>Généralités</b>	Savez-vous à quoi servent ces médicaments	
	A quelle fréquence et quand prenez-vous vos médicaments ?	
<b>Autres traitements</b>	Prenez-vous d'autres produits par vous-même : aromathérapie, phytothérapie, médicaments en libre-accès ou sans ordonnance, crèmes, oligoéléments, vitamines, collyre, inhalations, compléments alimentaires, dispositifs médicaux...	
	Avez-vous pris des antibiotiques récemment ?	
<b>Modifications</b>	Avez-vous récemment arrêté ou modifié un traitement prescrit et pourquoi ?	
<b>Effets des traitements</b>	Ressentez-vous des effets particuliers liés à la prise de vos médicaments (sommolence, douleurs articulaires) ?	
	Avez-vous déjà ressentis des effets indésirables liés à vos médicaments ? si oui comment luttez-vous contre ceux-ci ?	
	Prenez-vous un médicament qui nécessite un suivi particulier ? : antidiabétiques, anticoagulant...	
<b>Comment se passe la prise de vos médicaments ?</b>	A quel moment de la journée ? Avez-vous des rappels ?	
	Vous reste-il des médicaments à la fin du mois ? et pour d'autres au contraire êtes-vous toujours en rupture ?	
	Avez-vous tendance à oublier certains de vos médicaments ?	
	Avez-vous certains médicaments en grande quantité chez vous ?	
	Vos médicaments sont-ils préparés par vous ou quelqu'un d'autre ?	
	Etes-vous aidé(e) dans la prise de vos médicaments ?	
	Avez-vous des difficultés à prendre vos médicaments (sécheresse buccale, gélules trop grosses...) ?	
Souhaitez-vous être aidé dans la prise de vos médicaments ?		

### Fiche de recueil des informations – questionnaire de Morisky (4/4) : les traitements

	Questions	Réponses
<b>Comment se passe la prise de vos médicaments ?</b> Evaluation de l'observance : questionnaire de Morisky	Ce matin avez-vous oublié de prendre votre médicament ?	
	Depuis la dernière consultation avez-vous été en panne de médicament ?	
	Vous est-il arrivé de prendre votre traitement avec retard par rapport à l'heure habituelle ?	
	Vous est-il arrivé de ne pas prendre votre traitement parce que, certains jours, votre mémoire vous fait défaut ?	
	Vous est-il arrivé de ne pas prendre votre traitement parce que, certains jours, vous avez l'impression que votre traitement vous fait plus de mal que de bien ?	
	Pensez-vous que vous avez trop de comprimés à prendre ?	

Rappel : chaque réponse positive vaut un point. L'observance est appréciée comme suit :

- Bonne observance : score = 6
- Faible observance : score = 4 ou 5
- Non observance : score ≤ 3

Autres éléments :



Nom :  
 Prénom :  
 Age :  
 Poids :  
 Adresse :  
 Médecin traitant :  
 Pharmacien :

Date :

### Plan de prise / posologie des médicaments prescrits

Médicaments	dosage	forme	Horaire de prise				Durée de traitements	Explications	Commentaires
			matin	midi	soir	coucher			

Recommandations concernant les médicaments non prescrits :

Nom :  
 Prénom :  
 Age :  
 Poids :  
 Adresse :  
 Médecin traitant :  
 Pharmacien :

Date :

### Suivi de l'observance – questionnaire de MORISKY

Evaluation de l'observance :	Oui ou non
Ce matin avez-vous oublié de prendre votre médicament ?	
Depuis la dernière consultation avez-vous été en panne de médicament ?	
Vous est-il arrivé de prendre votre traitement avec retard par rapport à l'heure habituelle ?	
Vous est-il arrivé de ne pas prendre votre traitement parce que, certains jours, votre mémoire vous fait défaut ?	
Vous est-il arrivé de ne pas prendre votre traitement parce que, certains jours, vous avez l'impression que votre traitement vous fait plus de mal que de bien ?	
Pensez-vous que vous avez trop de comprimés à prendre ?	

Score de Morisky pour rappel, chaque réponse positive vaut un point. L'observance est appréciée comme suit :

- Bonne observance : score = 6
- Faible observance : score = 4 ou 5
- Non observance : score  $\leq$  3

Recommandations générales liées à l'état du patient :

## II. Annexe 2 : Liste des logiciels de gestion officinal (LGO) validés DP par le CNOP

Professionnel de santé	Editeur	Logiciel	Version minimale	Palier DP	DP-Ruptures intégré*
Pharmacien d'officine	Alliadis	Alliance Premium	200.12	1.4	Non
	Alliadis	Premium	3.00B03	1.4	Non
	Alliadis (Aspline)	Périphar	1.65	1.4	Non
	Alliadis (FG Informatique)	Opus	DP V1.4	1.4	Non
	C.E.P.I Soft	PharmaVitale	1.40.3	1.4	Non
	Caduciel	Caduciel V8	6.2.112	1.4	Non
	CIAM	Esculape	5.2	1.4	Non
	EveryS	Winpharma	8.3.68	1.6	Oui
	Infosoft	Crystal	02.22.264	1.4	Non
	Isipharm	Léo	1.68	1.6	Oui
	Julien Misiak	Gestion pharmacie	1.0	2.2	Non
	La Source Informatique	PharmaLand	9.009	1.5	Non
	MSI2000	ActiPharm	1.05	1.4	Non
	Pharmagest	LGPI	2.5.2	1.6	Oui
	Pharmagest	CIP Primoris	6.76r4	1.4	Non
	Pharmavision	Logiphar	200.12	1.4	Non
	Vindilis	Vindilis	V2.7 R4	2.1	Non
	Visiosoft	VisioPharm	3.2	1.4	Non
Pharmacien hospitalier	Computer Engineering	Pharma	4.5	1.3	Non
	SIB	Génois	6	2.1	Non
Médecin hospitalier**	Evolucare	Opesim	2F1A	2.1	Non
	Waresysteme	Waresysteme DP	1.1.0	2.2	Non

### **III. Annexe 3 : Attestation papier de création du Dossier Pharmaceutique**

*Les informations personnelles du patient recueillies sur cette attestation sont traitées par cette pharmacie pour les besoins de sa gestion administrative et du suivi du patient. Conformément à la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée en 2004 relatif à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, le patient bénéficie d'un droit d'accès, d'opposition, de rectification et de suppression des informations personnelles le concernant, qu'il peut exercer en s'adressant auprès de cette pharmacie.*

*En revanche, les informations personnelles du patient contenues dans le Dossier pharmaceutique sont sous la responsabilité du CNOP, en sa qualité de responsable de traitement, et traitées par son hébergeur aux fins de gestion du DP. Conformément à la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée en 2004 relatif à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, le patient bénéficie également d'un droit d'accès, d'opposition, de rectification et de suppression de ces données personnelles, qu'il peut exercer en s'adressant auprès du CNOP - Direction des Technologies en Santé – 4 avenue Ruysdaël, TSA 90014, 75379 PARIS CEDEX 08.*

DP-ACRE-090915

## IV. Annexe 4 : Adhésion papier au bilan partagé de médication

	Edité le : _____
<b>Accompagnement des patients adhérant au bilan partagé de médication</b>	
<b>ADHÉSION</b> <span style="float: right;">Créée le : _____</span>	
<b>PHARMACIEN</b>	
	PHARMACIE N° AM : _____ Nom et prénom du pharmacien désigné _____ N° RPPS _____
<b>PATIENT</b>	
	Patient _____ NIR _____ Date de naissance _____ Rang _____ Régime d'affiliation _____
<b>ACCORD DU PATIENT</b>	
Le patient donne son accord pour que le pharmacien porte à la connaissance de son médecin traitant son adhésion au dispositif d'accompagnement et prenne contact autant que de besoin avec lui. Il accepte également la collecte et le traitement des informations par l'assurance maladie.	
<input checked="" type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Nom du médecin traitant : _____	
Le patient peut décider à tout moment de sortir du dispositif d'accompagnement. Le patient ne peut pas solliciter son adhésion au dispositif d'accompagnement auprès de plusieurs pharmaciens de façon concomitante.	
<input checked="" type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Mon patient me donne mandat pour signer les présentes en son nom et pour son compte. J'accepte la convention de preuve et les conditions de transmission.	
Conformément à la loi informatique et Liberté du 6 Janvier 1978 modifiée, le patient dispose d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition des données traitées. Ces droits s'exercent auprès du directeur de la CPAM de rattachement.	
Date d'adhésion : _____	Fait en 2 exemplaires
Signature du pharmacien _____	Signature du patient _____

---

Accompagnement Bilan Partagé de Médication page 1 / 1

## V. Annexe 5 : Indice glycémique de certains aliments

### Indices glycémiques des aliments

Indices glycémiques faibles (< 39)	Indices glycémiques moyens (40 à 59)	Indices glycémiques élevés (>60)
Haricot coco, haricot mange-tout, coco plat, cocos, pois mange tout	Lactose	Muesli (avec sucre, miel...)
15	40	65
Haricots blancs, noirs ou rouges	35 Litchi (fruit frais)	50 Navet (cuit)
35	50	85
Haricots verts	30 Macaronis (blé dur)	50 Nouilles
30	50	70
Jus de citron (sans sucre)	20 Mangue (fruit frais)	50 Nouilles/vermicelle chinois (riz)
20	55	65
Jus de tomate	35 Moutarde (avec sucre ajouté)	55 Pain au chocolat ou au lait
35	50	65
Lait de soja	30 Muesli (sans sucre)	50 Pain bis (au levain), au seigle, complet
30	45	65
Lait (écrémé ou non)	30 Noix de coco	45 Pain blanc
30	55	90
Lentilles	30 Pâte à tartiner	55 Pain de mie ou hamburger
30	40	85
Mais ancestral (indien)	35 Pain 100% intégral au levain pur	40 Pain azyme
35	50	70
Clémentines	30 Pain au quinoa (environ 65 % de quinoa)	50 Pastèque
30	40	75
Mandarines	30 Pain azyme (farine intégrale)	40 Pizza
30	45	60
Moutarde	35 Pain de Kamut	45 Polenta, semoule de maïs
35	45	70
Navet (cru)	30 Pain grillé, farine intégrale sans sucre	45 Pomme de terre en flocons (instantanée)
30	55	90
Oignons	15 Papaye (fruit frais)	55 Pomme de terre en purée
15	50	80
Olives	15 Patates douces	50 Pommes de terre au four
15	50	95
Oranges (fruit frais)	35 Pâtes complètes (blé entier)	50 Pommes de terre cuites à l'eau/vapeur
35	40	70
Pain Essène (de céréales germées)	35 Pâtes intégrales, al dente	40 Pommes de terre frites
35	25	95
Pamplemousse (fruit frais)	25 Pêches (boîte, au sirop)	55 Pop corn (sans sucre)
25	40	85
Pêches (fruit frais)	35 Pepino, poire-melion	40 Porridge, bouillie de flocons d'avoine
35	45	60
Petits pois (frais), pois chiches, fafanel	35 Petits pois (boîte)	45 Potiron
35	40	75
Poireaux	15 Pruneaux	40 Poudre chocolatée (sucrée)
15	45	60
Poivrons	15 Raisin (fruit frais)	45 Raisins secs
15	45	65
Pomme (compote)	35 Riz basmati complet	45 Raviolis
35	50	70
Pomme, poire (fruit frais)	35 Riz basmati long	50 Risotto
35	50	70
Prunés (fruit frais)	35 Riz complet brun	50 Riz à cuisson rapide (précuit)
35	55	85
Radis	15 Riz rouge	55 Riz au lait (sucré)
15	40	75
Ratatouille	20 Sablé (farine intégrale, sans sucre)	40 Riz blanc standard
20	40	70
Riz sauvage	35 Sarrasin, blé noir (intégral; farine ou pain)	40 Riz de Camargue
35	45	60
Salade (laitue, scarole, frisée, mâche, etc.)	15 Sauce tomate, coulis de tomate (avec sucre)	45 Riz long, riz parfumé (jasmin...)
15	45	60
Salsifis	30 Seigle (intégral; farine ou pain)	45 Riz soufflé, galettes de riz
30	35	85
Sauce tomate, coulis de tomate (sans sucre)	35 Sorbet (sans sucre)	40 Semoule, couscous
35	40	60
Tofu (soja)	15 Spaghettis al dente (cuits 5 minutes)	40 Sirop d'érable
15	55	65
Tomates	30 Spaghettis blancs bien cuits	55 Sirop de glucose, de blé, de riz
30	50	100
Tomates séchées	35 Surimi	50 Sodas
35	5	70
Vinaigre	5 Sushi	55 Sorbet (sucré)
5	15	65
Yaourt édulcoré	15 Tagliatelles (bien cuites)	55 Sucre blanc (saccharose), roux, complet, intégral
15	35	70
Yaourt, yoghourt, yogourt (nature)	35 Topinambour	50 Tacos
35	50	70

## VI. Annexe 6 : Relevé d'auto-mesure tensionnelle

### RELEVÉ D'AUTOMESURE TENSIONNELLE

3 mesures consécutives (à quelques minutes d'intervalle) le matin avant le petit déjeuner  
 3 mesures consécutives (à quelques minutes d'intervalle) le soir entre le dîner et le coucher  
 3 jours de suite

Inscrire **tous les chiffres** qui apparaissent sur l'écran du tensiomètre

Jour 1	Matin			Soir		
	systolique	diastolique	pouls	systolique	diastolique	pouls
Mesure 1	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Mesure 2	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Mesure 3	_____	_____	_____	_____	_____	_____

Jour 2	Matin			Soir		
	systolique	diastolique	pouls	systolique	diastolique	pouls
Mesure 1	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Mesure 2	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Mesure 3	_____	_____	_____	_____	_____	_____

Jour 3	Matin			Soir		
	systolique	diastolique	pouls	systolique	diastolique	pouls
Mesure 1	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Mesure 2	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Mesure 3	_____	_____	_____	_____	_____	_____

MOYENNE SYSTOLIQUE	MOYENNE DIASTOLIQUE	Autotensiomètre	
		Marque : .....Modèle : ..... <input type="checkbox"/> poignet <input type="checkbox"/> bras	

## VII. Annexe 7 : CYP450, inducteurs et inhibiteurs

CYP	Principes actifs (substrats)	Inhibiteurs	Inducteurs
1A2	<ul style="list-style-type: none"> <li>• clozapine*</li> <li>• ropirinole</li> <li>• méthadone*</li> <li>• théophylline*</li> <li>• caféine</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• fluvoxamine</li> <li>• énoxacine, ciprofloxacine</li> </ul>	Induction du CYP1A2 : <ul style="list-style-type: none"> <li>• tabac</li> </ul> Induction des CYP 2C/3A (CYP2D6 non inductible) : <ul style="list-style-type: none"> <li>• millepertuis</li> <li>• anticonvulsivants (carbamazépine, phénobarbital, phénytoïne, oxcarbazépine...)</li> <li>• anti-infectieux (rifampicine, rifabutine, éfavirenz, névirapine, <i>griséofulvine</i> )</li> </ul>
2C8	<ul style="list-style-type: none"> <li>• paclitaxel</li> <li>• répaglinide</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• gemfibrozil</li> <li>• clopidogrel</li> <li>• triméthoprime</li> </ul>	
2C9	<ul style="list-style-type: none"> <li>• antivitamines K* (warfarine, acénocoumarol, fluindione)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• miconazole</li> </ul>	
2C19	<ul style="list-style-type: none"> <li>• phénytoïne*</li> <li>• diazépam</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• voriconazole</li> <li>• ticlopidine</li> </ul>	
2D6	<ul style="list-style-type: none"> <li>• tamoxifène</li> <li>• <i>métoprolol dans l'insuffisance cardiaque</i></li> <li>• <i>flécaïnide, propafénone</i></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• fluoxétine, paroxétine</li> <li>• divers (bupropion quinidine, terbinafine, cinacalcet)</li> </ul>	
3A4	<ul style="list-style-type: none"> <li>• rivaroxaban, apixaban</li> <li>• inhibiteurs de la tyrosine kynase</li> <li>• pimozide</li> <li>• immunosuppresseurs* (ciclosporine, tacrolimus, sirolimus, everolimus, temsirolimus)</li> <li>• IPDE5 (sildénafil, tadalafil, vardénafil)</li> <li>• ergotamine, <i>dihydroergotamine</i></li> <li>• amiodarone, disopyramide</li> <li>• midazolam, alprazolam, zolpidem, zopiclone</li> <li>• simvastatine, atorvastatine</li> <li>• vinca-alkaloïdes cytotoxiques, ifosfamide</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• inhibiteurs de protéases boostés par ritonavir</li> <li>• cobicistat</li> <li>• antifongiques azolés (kétoconazole, itraconazole, fluconazole, posaconazole)</li> <li>• macrolides (érythromycine, clarithromycine, télichromycine, josamycine)</li> <li>• amiodarone</li> <li>• diltiazem, vérapamil</li> <li>• pamplemousse (jus ou fruit)</li> </ul>	

## VIII. Annexe 8 : Brochure à l'intention des médecins généralistes

Brochure face interne :

Le Bilan de Médication ? En résumé	Critères d'inclusion pour une prise en charge ?	Déroulement de l'entretien
<ul style="list-style-type: none"><li>→ Entretien sous forme de <b>questionnaire</b> (vie quotidienne, prise de médicaments) réalisé par un <u>pharmacien</u></li><li>→ Évaluation de l'<b>observance</b>, de la <b>tolérance</b> des traitements et de l'apparition d'<b>effets indésirables</b></li><li>→ <b>Recueil</b> de tous les traitements : Prescrits, Automédication</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>→ Patients de plus de <b>65 ans</b> bénéficiant d'au moins une <b>affection de longue durée</b></li><li>→ Patients de plus de <b>75 ans</b> présentant un traitement <b>chronique</b> (&gt; 6mois) d'au moins <b>5 principes actifs</b></li><li>→ Prise en charge <b>intégrale</b></li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>→ <b>1<sup>ère</sup> étape : Recueil d'informations</b> (totalité des traitements prescrits, pris en automédication ; recueil fourni par les proches ou par le dossier pharmaceutique)</li><li>→ <b>2<sup>ème</sup> étape : Analyse des traitements et de l'état physiologique du patient</b> (dont la conclusion est transmise au médecin traitant)</li><li>→ <b>3<sup>ème</sup> étape : Entretien conseil</b> afin de vérifier le suivi</li></ul>
✻	✻	✻

Brochure face externe :

A savoir		Brochure
<ul style="list-style-type: none"><li>→ <b>Durée</b> : Entre 20 minutes à 1 heure</li><li>→ S'inscrit dans d'autres <b>missions</b>, telles que les entretiens AVK, AOD, Asthme</li></ul>	<p>Pour une coopération <b>inter-professionnelle</b></p>  <p>Et une amélioration de l'<b>observance</b> du patient</p>	 <p><b>BILAN PARTAGÉ DE MÉDICATION</b></p>
✻	✻	✻

## IX. Annexe 9 : Base de données publique des médicaments



MINISTÈRE  
DES SOLIDARITÉS  
ET DE LA SANTÉ

# BASE DE DONNÉES PUBLIQUE DES MÉDICAMENTS



Visiter [\[medicaments.gouv.fr\]](http://medicaments.gouv.fr)

Accueil | Glossaire | Aide Dernière mise à jour le 05/09/2019

La base de données publique des médicaments permet au grand public et aux professionnels de santé d'accéder à des données et documents de référence sur les médicaments commercialisés ou ayant été commercialisés durant les trois dernières années en France.

Cette base de données administratives et scientifiques sur les traitements et le bon usage des produits de santé est mise en œuvre par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM), en liaison avec la Haute Autorité de santé (HAS) et l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM), sous l'égide du ministère des Affaires sociales et de la santé.

Utilisez le formulaire ci-dessous pour accéder aux informations officielles sur les médicaments :

Rechercher par médicament dont le nom

  Commence par  Contient

Rechercher par substance active dont le nom

  Commence par  Contient

Rechercher par pathologie dont le nom

  Commence par  Contient

L'ensemble des pathologies n'est actuellement pas disponible dans la base de données. Celle-ci sera complétée ultérieurement.

[Liste des pathologies disponibles](#)

Médicaments commençant par  
A|B|C|D|E|F|G|H|I|J|K|L|M|N|O|P|Q|R|S|T|U|V|W|X|Y|Z|0-9

## X. Annexe 10 : Liste des ALD ( Affections de Longue Durée )

### ALD 30

- accident vasculaire cérébral invalidant ;
- insuffisances médullaires et autres cytopénies chroniques ;
- artériopathies chroniques avec manifestations ischémiques ;
- bilharziose compliquée ;
- insuffisance cardiaque grave, troubles du rythme graves, cardiopathies valvulaires graves, cardiopathies congénitales graves ;
- maladies chroniques actives du foie et cirrhoses ;
- déficit immunitaire primitif grave nécessitant un traitement prolongé, infection par le virus de l'immuno-déficience humaine (VIH) ;
- diabète de type 1 et diabète de type 2 ;
- formes graves des affections neurologiques et musculaires (dont myopathie), épilepsie grave ;
- hémoglobinopathies, hémolyses, chroniques constitutionnelles et acquises sévères ;
- hémophilies et affections constitutionnelles de l'hémostase graves ;
- maladie coronaire ;
- insuffisance respiratoire chronique grave ;
- maladie d'Alzheimer et autres démences (2)(3) ;
- maladie de Parkinson (3) ;
- maladies métaboliques héréditaires nécessitant un traitement prolongé spécialisé ;
- mucoviscidose ;
- néphropathie chronique grave et syndrome néphrotique primitif ;
- paraplégie ;
- vascularites, lupus érythémateux systémique, sclérodermie systémique ;
- polyarthrite rhumatoïde évolutive ;
- affections psychiatriques de longue durée ;
- rectocolite hémorragique et maladie de Crohn évolutives ;
- sclérose en plaques (3) ;
- scoliose idiopathique structurale évolutive (dont l'angle est égal ou supérieur à 25 degrés) jusqu'à maturation rachidienne ;
- spondylarthrite grave ;
- suites de transplantation d'organe ;
- tuberculose active, lèpre ;
- tumeur maligne, affection maligne du tissu lymphatique ou hématopoïétique.





UNIVERSITÉ  
CAEN  
NORMANDIE

U.F.R. Santé

Faculté des Sciences Pharmaceutiques

VU, LE PRÉSIDENT DU JURY

CAEN, LE

VU, LE DIRECTEUR DE LA FACULTÉ

DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES

CAEN, LE

**L'université n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses et mémoires. Ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.**

**TITRE**

Mise en place du Bilan Partagé de Médication : Avantages, inconvénients et rôles du pharmacien d'officine

**Résumé**

La prévalence des maladies chroniques augmente progressivement du fait de l'allongement de l'espérance de vie, et touche particulièrement les personnes âgées. Les différents facteurs contribuant à l'allongement de l'espérance de vie sont nettement corrélés par l'amélioration des conditions de vie, de travail, de l'hygiène de vie et des soins de santé. La population de malades chroniques représente environ 15 millions d'individus en France, dont 3,9 millions sont concernés par la polymédication. Le risque que ces personnes soient touchées par des problèmes d'interactions médicamenteuses est considérablement élevé, pouvant entraîner des effets indésirables parfois graves et/ou mortels, appelés iatrogénie, pouvant conduire à une hospitalisation. Le Bilan de Médication Partagée est un suivi personnalisé et une analyse des médicaments du patient (prescription et hors prescription) dans l'objectif d'optimiser l'observance des médicaments, de réduire le nombre des problèmes liés à la thérapeutique et de diminuer les surcoûts inutiles. Ces bilans sont un réel avantage pour les patients, pour les pharmaciens, ainsi que pour la santé publique. La mise en place de ces bilans à l'officine est régi par différents critères (local, population concernée, relation inter-professionnelle, transmission aux caisses d'assurance maladie) et documents officiels (questionnaire d'accompagnement thérapeutique).

**TITLE**

Establishing of polymedication check : advantages, disadvantages and roles of the pharmacist

**Summary**

The prevalence of chronic diseases is gradually increasing as a result of the rising life expectancy, and particularly affects the elderly. The various factors contributing to the rising life expectancy are clearly correlated with the improvement of living, working, lifestyle and health care conditions. The population of chronic patients represents about 15 million people in France, 3,9 million of them are involved in polypharmacy. The risk of drug interactions for these patients is considerably high, which can lead to serious and/or fatal adverse effects, called iatrogenic, and therefore to hospitalization. The Polymedication Check is a personalized follow-up and analysis of the patient's medicines (prescription and non-prescription) with the aim of optimizing medication compliance, and reducing the number of problems related to therapy and useless additional costs. These reports are a real benefit for patients, pharmacists, as well as for public health. The establishment of these reports at the pharmacy is governed by various criteria (privacy room, population concerned, inter-professional relationship, transmission to health insurance funds) and official documents (therapeutic support survey)

**Mots-clés**

Bilan ; Éducation ; Accompagnement ; Officine ; Entretien ; Traitement chronique ; Analyse ; Suivi personnalisé