HAL
open science

Le bilan partagé de médication pharmaceutique : contexte, mise en place et retour d'expérimentation sur 250 sujets âgés

Yasmine Khayat

To cite this version:

Yasmine Khayat. Le bilan partagé de médication pharmaceutique : contexte, mise en place et retour d'expérimentation sur 250 sujets âgés. Sciences pharmaceutiques. 2019. dumas-02492226

HAL Id: dumas-02492226

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02492226v1

Submitted on 26 Feb 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.

Université de Picardie Jules Verne - U.F.R DE PHARMACIE
Année Universitaire 2018/2019

THESE
POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE

Soutenue publiquement le 11 avril 2019
par Mademoiselle KHAYAT Yasmine

Le Bilan Partagé de Médication pharmaceutique : contexte, mise en place et retour d'expérimentation sur 250 sujets âgés

JURY :
Président : Monsieur le Docteur Michel BRAZIER
Assesseur : Madame le Docteur Khadija El MOUTRIBI

Directeurs de thèse :
Madame le Docteur Aurélie TERRIER-LENGLET
Monsieur le Docteur Eric HOUSIEAUX

Thèse n°

REMERCIEMENTS

Mes remerciements s'adressent tout particulièrement,

A Madame Aurélie Terrier-lenglet, pour votre disponibilité, vos conseils et votre accompagnement tout au long de mon travail qui n'aurait pu aboutir sans votre aide précieuse.

A Monsieur Eric Housieaux, merci de m'avoir proposé ce sujet et de nous avoir enseigné toutes ces années la profession de pharmacien avec bienveillance et toujours dans la bonne humeur.

A Monsieur Michel Brazier, d'avoir spontanément accepté de présider le Jury de ma thèse et de me faire l'honneur d'être présent ce jour**.**

A Madame Khadija El Moutribi, qui m'a accueillie lors de mon premier stage officinal en 2009 lorsque je n'avais que 15 ans. Merci de m'avoir transmis tes connaissances et ton expérience.

A mes parents pour leur patience, leur éducation, leur amour et pour leur soutien inconditionnel durant ces années. Merci de m'avoir permis de travailler à mon rythme en toute sérénité. Je vous remercie d'avoir fait en sorte que je ne manque de rien. Vous êtes des modèles de réussite pour moi. Je suis consciente de la chance que j'ai de vous avoir. Je vous aime fort.

A mes grands-parents, pour leur amour et leur profonde gentillesse. Merci pour les valeurs morales que vous m'avez inculqué et vos encouragements constants. J'espère vous rendre fiers.

A Sophia et Samy, ma fraterie. Merci pour votre présence et votre soutien. Je vous souhaite beaucoup de réussite dans votre vie. Je vous aime.

A mes tantes. Vous êtes la plus belle équipe de tatas qui existe. Merci pour tous ces moments de rire et de folie. Je remercie chacune d'entre vous pour vos conseils et votre amour.

A mes cousins et à toute ma famille, pour votre présence, votre soutien inconditionnel et l'affection qu'on se porte tous.

A mes amis. A ceux que je connais depuis la tendre enfance. A ceux avec qui j'ai obtenu ma première année de médecine et avec qui j'ai « survécu » toutes ces périodes d'examens. A ceux avec qui j'ai voyagé. A ceux que j'ai rencontré par le hasard de la vie. A ceux qui m'ont permis de décompresser ces derniers mois. Merci pour tous ces moments partagés ensembles. Merci pour votre amitié.

J'aimerais remercier les étudiants de ma promotion qui ont réalisé ces bilans de médication m'ayant permis de produire ce travail.

Je tiens également à remercier toutes les personnes que j'ai côtoyé professionnellement au cours de mes stages et de mes expériences professionnelles : l'équipe de la pharmacie des Trois rois, la pharmacie de Bruyère-sur-oise, la pharmacie du Petit Ivry et les équipes de l'hôpital de Doullens

TABLE DES MATIERES

LISTE DES FIGURES 8
LISTE DES TABLEAUX 9
LISTE DES ANNEXES 9
ABREVIATIONS 10

I- INTRODUCTION 12
1. **Vieillissement population** 13
2. **La iatrogénie médicamenteuse** 14
2.1 Définition de la iatrogénie 14
2.2 Prévalence de la iatrogénie 15
2.3 Iatrogénie médicamenteuse : facteurs de risques et de gravité 16
2.3.1 Polypathologie et polymédication 16
2.3.1.1 Définitions 16
2.3.1.2 Prévalence de la polymédication et de la polypathologie 17
2.3.2 Les problèmes d'observance 18
2.3.3 L'automédication : définition, prévalence et risques 19
2.4 Prévention de la iatrogénie 21
2.4.1 Campagnes de sensibilisation 21
2.4.2 Adopter le réflexe iatrogène 22
2.4.3 Prescriptions médicamenteuses en gériatrie : overuse, misuse, underuse, ... 23
2.4.3.1 L'excès de traitement : l'overuse 23
2.4.3.1.1 La déprescription 23
2.4.3.2 La prescription inappropriée : le misuse 24
2.4.3.2.1 Les dispositifs permettant la détection des MPI 24
2.4.3.2.1.1 Les critères implicites 24
2.4.3.2.1.2 Les critères explicites 25

2.4.3.3 L'insuffisance de traitement : l'underuse 26

3. **Evolution du métier de pharmacien** 27
3.1 Evolutions 27
3.2 L'avis des Français.....27
3.3 Loi Hôpital patients santé territoires 28
4. **Le Bilan partagé de médication en France : concept et mise en place** 29
4.1 Concept et contexte législatif.....29
4.2 Les étapes du BPM.....30
4.2.1 Le recrutement des patients.....30
4.2.2 Premier entretien : recueil d'informations 32
4.2.3 Analyse des traitements 34
4.2.3.1 Les supports de l'analyse 35
4.2.3.2 Intervention pharmaceutique : définition et législation 36
4.2.4 Contact/Echange avec le médecin traitant 36
4.2.5 L'entretien conseil.....37
4.2.6 Le suivi d'observance 37
4.3 Les objectifs du bilan partagé de médication 38
4.3.1 Pour le patient 38
4.3.2 Pour les professionnels de santé.....38
4.3.3 Pour le système de santé 39
4.4 Modalités de rémunération des bilans partagés de médication.....39
4.5 Modalités d'adhésion sur la plateforme de l'assurance maladie.....40

II- RETOUR D'EXPERIMENTATION DES BILANS PARTAGÉS DE MÉDICATION 41
1. Matériel et méthode.....41
1.1 Design de l'étude.....41
1.2 Population de l'étude.....41

1.2.1 Critères d'inclusion.....41
1.2.2 Critères d'exclusion.....42
1.3 Lieux de l'expérimentation 42
1.4 Durée de l'expérimentation.....42
1.5 Préparation à l'entretien 42
1.6 Déroulement du bilan partagé de médication.....43
1.7 Informatisation des résultats 43
1.7.1 Tests statistiques.....43
1.7.2 Données générales et démographiques de la population 43
1.7.3 Les interventions pharmaceutiques relevées.....44
1.7.3.1 Critères et codifications 45
1.7.3.1.1 Problème relevé 45
1.7.3.1.2 Interventions pharmaceutiques.....45
1.7.3.1.3 Familles médicamenteuses (ATC) 46
1.7.3.1.4 Devenir des IP 46
2 Résultats 47
2.1 Caractéristiques individuelles des patients 47
2.1.1 Données générales 47
2.1.2 Gestion des traitements et pathologies.....48
2.1.2.1 L'observance 49
2.1.2.2 Nombre d'ordonnance(s) en cours 50
2.1.2.3 Principales classes thérapeutiques prescrites...51
2.1.3 Données cliniques et biologiques.....52
2.1.4 Contact avec le médecin traitant 53
2.2 Les interventions pharmaceutiques 54
2.2.1 Les IP les plus relevées 54
2.2.1.1 Les classes médicamenteuses les plus imputées56
2.2.1.2 Propositions d'IP.....57
2.2.1.3 Devenir des IP.....58

2.2.2 Les médicaments potentiellement inappropriés 58
2.2.2.1 Les MPI relevés par classe médicamenteuse 58
2.2.2.2 Le devenir des MPI 60
2.2.3 Les 3 IP les plus relevées 60
2.2.3.1 Les inhibiteurs de la pompe à protons 60
2.2.3.2 Les vaccins 61
2.2.3.3 Les benzodiazépines 61
3. Discussion 61
3.1 Population étudiée 62
3.2 Observance 62
3.3 Le traitement 63
3.3.1 Gestion du traitement et nombre d'ordonnances 63
3.3.2 Polymédication et hyperpolymédication.....64
3.3.3 Les classes médicamenteuses 64
3.4 Automédication 65
3.5 Les interventions pharmaceutiques retrouvées 66
3.5.1 Les médicaments potentiellement inappropriés 66
3.5.2 Les effets indésirables médicamenteux 67
3.5.3 La prescription de benzodiazépines 67
3.5.4 La prescription d'inhibiteurs de la pompe à protons 68
3.5.5 Les indications non traitées.....69
3.6 Préconisations.....69
3.7 Devenir des IP 69
4. Conclusion 70

ANNEXES 72
BIBLIOGRAPHIE 88

LISTES DES FIGURES

Figure 1. Évolution de la population de la France de 1990 à 2070

Figure 2. Prévalence des EI médicamenteux chez les sujets âgés (unité de pharmacovigilance de l' ANSM: 1995-2005)

Figure 3. Nombre moyen de maladies déclarées par personne et par tranche d'âge

Figure 4. Le réflexe iatrogénique (HAS)

Figure 5. Schéma chronologique du déroulement des BPM

Figure 6. Critères d'éligibilité au BPM

Figure 7. Rémunération des BPM (USPO)

Figure 8. Score de GIRERD (197)

Figure 9. Nombre d'ordonnance(s) en cours

Figure 10. Les classes thérapeutiques (ATC) les plus prescrites

Figure 11. Proportion des différents moyens de contacter le médecin traitant

Figure 12. Proportion des types d'IP par problème relevé

Figure 13. Proportion des types d'IP par problème relevé (en %)

Figure 14. Les classes médicamenteuses responsables d' EI médicamenteux

Figure 15. Propositions d'interventions pharmaceutiques

Figure 16 : Devenir des interventions pharmaceutiques

Figure 17 : Répartition des MPI relevés par classe ATC

Figure 18 : Les MPI les plus imputés

Figure 19 : Le devenir des IP concernant les MPI

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Données générales et démographiques de la population.

Tableau 2 : Gestion du traitement, antécédents et observance

Tableau 3 : Données cliniques et biologiques de la population

Tableau 4 : Contact avec le médecin traitant

LISTE DES ANNEXES

Annexe 1. Brochure d'informations sur les BPM de l'Assurance maladie

Annexe 2. Fiche de rendez-vous

Annexe 3. Fiche de recueil d'informations (SFPC)

Annexe 4. Questionnaire de GIRERD

Annexe 5. Perception des traitements

Annexe 6. Interventions pharmaceutiques transmises au médecin traitant

Annexe 7. Procédure d'adhésion des patients sur le portail de l'assurance maladie

Annexe 8. Fiche de bon usage des IPP per os chez la personne âgée

ABREVIATIONS

A.I.M Accident iatrogène médicamenteux

A.L.D Affection longue durée

A.M Assurance maladie

A.M.M Autorisation de mise sur le marché

A.N.S.M Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé

A.T.C Anatomique thérapeutique chimique

B.P.M Bilan partagé de médication

C.N.A.M Caisse nationale d'assurance maladie

D.P Dossier pharmaceutique

E.H.P.A.D Etablissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

E.I. Effet indésirable

F.S.P.F Fédération des Syndicats Pharmaceutiques de France

G.P.R Guides de prescription et rein

H.A.S Haute autorité de santé

H.P.S.T Hôpital patient santé territoire

I.M Interaction médicamenteuse

I.M.C Indice de masse corporelle

I.N.S.E.E Institut national de la statistique et des études économiques

I.P Intervention pharmaceutique

I.P.P Inhibiteur de la pompe à protons

L.E.E.M Les entreprises du médicament

M.A.I Medication appropriateness index

M.P.I Médicament potentiellement inapproprié

M.P.R Medication possession ratio

O.M.S Organisation mondiale de la santé

P.A.P.A Prescriptions médicamenteuses adaptées aux personnes âgées

P.M.F Prescription médicale facultative

P.M.O Prescription médicale obligatoire

R.C.P Résumés des caractéristiques du produit

S.F.P.C Société Française de Pharmacologie Clinique

S.T.A.R.T Screening Tool to Alert doctors to Right Treatment

S.T.O.P.P Screening Tool of Older Person’s Prescriptions

U.S.P.O Union des syndicats de pharmaciens d'officine

I- INTRODUCTION

La population gériatrique connaît un vieillissement biologique inévitable qui apparaît à un âge plus ou moins avancé selon les individus. La défaillance d'organes se traduit par l'apparition de plusieurs pathologies parfois chroniques. En effet, la polypathologie devient beaucoup plus fréquente dans les classes d'âges les plus élevées et entraine parfois un recours à la polymédication. Au fut et à mesure que les maladies chroniques se révèlent, les prescriptions au long cours s'additionnent. Celle-ci entraine une augmentation du risque iatrogène, et bien qu'elle puisse être légitime, elle demande à être revue régulièrement afin de ne pas être dans une situation potentiellement inappropriée.

L'enjeu pour cette population âgée est d'optimiser leur prise en charge en améliorant la surveillance clinique et biologique afin d'éviter des évènements indésirables. Pour cela, le renforcement de la qualité de prescription ainsi que l'amélioration de la communication entre prescripteurs et pharmaciens sont primordiaux.

Face à ces problématiques, le **bilan partagé de médication** (BPM) est un nouvel outil mis en place qui va dans le sens d'une meilleure coordination des soins entre pharmaciens et médecins traitants. Le pharmacien d'officine mène plusieurs entretiens avec le patient âgé et établi une analyse critique structurée des traitements qu'il transmet au médecin traitant. Il s'agit d'obtenir un consensus afin d'améliorer le suivi thérapeutique, l'adhésion au traitement et ainsi la qualité de vie du patient. Cet outil a également pour objectifs d'améliorer l'observance et de lutter contre la iatrogénie en ville. Il repose sur les compétences du pharmacien et lui permet d'avoir un rôle qui évolue dans le parcours de soins.

Nous verrons dans un premier temps le contexte ayant incité à la mise en place du BPM dans le système de santé. Nous détaillerons ensuite son concept ainsi que sa mise en place concrète dans une officine. En deuxième partie, nous exposerons l'expérimentation de ce nouveau dispositif chez 250 sujets âgés et les différentes interventions pharmaceutiques relevées.

1. Vieillissement de la population

D'après l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE), les projections de la France métropolitaine pour 2050 montrent qu'un habitant sur 3 sera âgé de 60 ans ou plus contre un sur cinq en 2005. En 2013, les plus de 65 ans représentaient 18% de la population. Cette proportion serait de 26% en 2040 et atteindrait 29% en 2070. Soit deux fois plus de personnes de 75 ans ou plus qu'en 2013. (1) (figure 1)

Année	Population au 1er janvier (en milliers)	Proportion (en %) des					Solde naturel(en milliers)	Solde migratoire(en milliers)
		0-19 ans	20-59 ans	60-64 ans	65-74 ans	75 ans ou +		
1990	57 996	27,9	53,2	5,1	7,1	6,7	258,7	77
2000	60 508	25,8	53,9	4,5	8,7	7,1	266,8	72
2010	64 613	24,8	52,6	6,0	7,8	8,8	281,6	39
2013	**65 779**	**24,6**	**51,6**	**6,3**	**8,5**	**9,0**	**245,4**	**70**
2020	67 819	24,4	49,4	6,1	10,8	9,3	195,1	70
2025	69 093	23,7	48,3	6,2	11,0	10,8	172,1	70
2030	70 281	23,0	47,4	6,2	11,2	12,2	162,2	70
2035	71 418	22,4	46,5	6,2	11,4	13,5	147,2	70
2040	72 451	22,3	46,1	5,6	11,5	14,6	117,6	70
2050	74 025	22,3	44,9	5,7	10,8	16,4	59,9	70
2060	75 210	21,7	44,9	5,5	10,7	17,2	42,8	70
2070	**76 448**	**21,3**	**44,2**	**5,8**	**10,8**	**17,9**	**68,2***	**70**

Figure 1 : Évolution de la population de la France de 1990 à 2070

Cette population âgée provient de la génération du *baby-boom* qui aura plus de 65 ans en 2040.

Le nombre de personnes de 65 ans et plus augmenterait nettement plus que la population générale (+1,5% en moyenne par an entre 2013 et 2050 versus + 0,3%) et compterait 20 millions de personnes au 1er janvier 2050, dont 12,1 millions de 75 ans et plus (2). La hausse de cette population âgée est à anticiper.

En effet, ces personnes âgées peuvent être polypathologiques et donc polymédiquées. C'est dans ce contexte que les pharmaciens se voient proposer de nouvelles missions pour répondre à ces enjeux médico-sociaux.

2. La iatrogénie médicamenteuse

2.1 Définition de la iatrogénie

« Iatrogénie » vient du grec *iatros*, qui signifie « médecin » et *genesis*, qui signifie « création » : l'ensemble des affections liées à la prescription médicale.

La iatrogénie médicamenteuse, quant à elle, est l'ensemble des affections liées à la prescription médicale et comprend donc toutes les réactions nocives liées aux médicaments, que ceux-ci soient bien utilisés (effet indésirable) ou non (erreur médicamenteuse), ou oubliés (SFPC).

Selon l'organisation mondiale de la santé (OMS) ce sont « tous les effets nocifs, involontaires et indésirables d'un médicament, se produisant aux posologies normalement utilisées chez l'Homme, à des fins prophylactiques, diagnostiques et thérapeutiques, ou pour des modifications des fonctions physiologiques ». Selon la haute autorité de santé (HAS), ce sont « les conséquences indésirables ou négatives sur l'état de santé individuel ou collectif de tout acte ou mesures pratiquées ou prescrites par un professionnel habilité et qui vise à préserver, améliorer ou rétablir la santé ».C'est un problème de santé public important qui touche particulièrement les personnes âgées ; celles-ci étant atteintes de plusieurs maladies chroniques, sont souvent polymédiquées et sont dès lors, d'autant plus susceptibles de subir un accident iatrogène. On parle notamment d'accident iatrogène médicamenteux (AIM).

Chez ces patients, le défi est de répondre aux besoins thérapeutiques en optimisant les prescriptions afin de limiter le risque de survenue d'effets indésirables (EI). Il s'agit d'adopter un « réflexe iatrogénique » : penser iatrogénie en cas de nouveau symptôme ou majoration d'un symptôme existant.

2.2 Prévalence de la iatrogénie

Selon la HAS et l'Assurance maladie (AM), 283 000 AIM sont déclarés par an. La population des personnes âgées de 65 ans et plus, hospitalisée pour iatrogénie, représentait plus de 115 000 patients en 2011. Le nombre de décès à l'hôpital était de 7 457 par an (3).

La iatrogénie est deux fois plus fréquente après 65 ans (figure 2) d'après l'agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM).

Tranches d'âge	% population française	% effets indésirables médicamenteux	% décès
0-64 ans	83.9	59.1	50.7
65-79 ans	12.4	26.0	32.3
>80 ans	3.7	14.9	17.0
Total	100	100	100

Figure 2 : Prévalence des EI médicamenteux chez les sujets âgés (unité de pharmacovigilance de l' ANSM : 1995-2005)

« La iatrogénie médicamenteuse serait responsable d'une hospitalisation sur dix chez le sujet âgé de plus de 65 ans et près de 20% des hospitalisations des octogénaires ».

Trente à soixante pour cent des EI médicamenteux sont prévisibles et évitables. Ils sont dans la majorité des cas dus à une erreur thérapeutique (4). La part d'accidents iatrogènes médicamenteux (AIM) considérés comme évitables représente 27.6% (5).

Il s'agit de connaitre les facteurs de risque à la iatrogénie afin de mettre en place les outils nécessaires pour éviter ces AIM. Les stratégies de prévention doivent cibler la prescription, le suivi thérapeutique ainsi que l'observance des patients vis à vis de leurs traitements.

2.3 Iatrogénie médicamenteuse : facteurs de risques et de gravité

Il existe des facteurs de risque à la iatrogénie. Le vieillissement est un facteur de risque majeur qui n'est pas évitable. En effet, l'organisme subit des modifications physiologiques et cinétiques qui ont des conséquences sur de nombreux médicaments et sur leur administration. Il y a également des risques sociaux et environnementaux qui influent sur la iatrogénie : l'isolement, la dépendance et les changements de mode de vie.

Il existe de nombreux autres facteurs de risques qui sont considérés comme évitables. Dans le contexte des BPM, il s'agit notamment de lutter contre par exemple une mauvaise utilisation des médicaments : l'automédication inappropriée, les risques liés à la polymédication, la prise de MPI et les problèmes d'observance. Il faut être vigilant avec cette population, qui est fragile et peu représentée dans les essais thérapeutiques.

2.3.1 Polypathologie et polymédication

Les notions de polymédication et polypathologie sont liées à la iatrogénie. Les personnes âgées, étant souvent atteintes de plusieurs pathologies chroniques, se voient parfois cumuler plusieurs traitements simultanément. Ceci multiplie les risques d'interactions médicamenteuses (IM) iatrogènes et d'EI.

2.3.1.1 Définitions

Selon l'OMS, la polymédication est définie comme "l'administration de nombreux médicaments de façon simultanée ou l'administration d'un nombre excessif de médicaments".
Il n'y a pas de nombre seuil de médicament à partir duquel on peut parler de polymédication. A l'international, on parle de « polypharmacie ».

Le terme polypathologie ne possède pas de définition consensuelle.
Selon l'OMS : « par maladies chroniques, on entend des problèmes de santé qui nécessitent des soins sur le long terme (pendant un certain nombre d'années ou de décennies) et qui comprennent par exemple : le diabète, les maladies cardio-vasculaires, l'asthme, la broncho-pneumopathie chronique obstructive, le cancer, le virus de l'immunodéficience humaine, la dépression et les incapacités physiques. Il existe de multiples autres affections chroniques mais leur point commun est qu'elles

retentissent systématiquement sur les dimensions sociale, psychologique et économique de la vie du malade. »

La coordination des soins est d'autant plus compliquée que les patients consultent plusieurs médecins (généraliste et spécialistes) et ont donc plusieurs ordonnances pouvant se chevaucher.

2.3.1.2 Prévalence de la polymédication et de la polypathologie

L'Institut de recherche et de documentation en économie de la santé a réalisé en 2008 une enquête nommée « l'enquête santé et protection sociale ». Celle-ci a sélectionné un échantillon de 16 000 personnes et a réparti la morbidité par tranches d'âge : <16 ans, 16-39 ans, 40-64 ans et >65 ans selon la figure 3 ci-dessous (6).

Tranches d'âge	Nombre moyen de maladies déclarées
< 16 ans	0.8
[16-39] ans	1.7
[40-64] ans	3.4
> 65 ans	6.0

Figure 3 : Nombre moyen de maladies déclarées par personne et par tranche d'âge

Les personnes de plus de 65 ans déclarent en moyenne six maladies. Malgré le fait qu'il n'y ait pas ici de distinction entre maladie chronique et aiguë, on peut tout de même noter qu'à partir de 65 ans il y a quasiment une multiplication par deux du nombre de maladies. Il existe donc un cumul d'intervenants et de recommandations médicales qui augmentent les situations à risques. La corrélation entre polymédication et IM (7), EI (7), chutes (8) et décès (9) est bien démontrée par les études. Chaque nouvelle spécialité ajoutée à l'ordonnance majorerait les EI de 12 à 18% (10).

Une étude (11) menée par OpenHealth pendant trois mois entre le 1er septembre et le 30 novembre 2016 sur près de 155 000 personnes dites « polymédiquées » âgées de 65 ans et plus, via 2 600 officines de ville montrent les résultats suivants :

- en moyenne les patients étaient suivis par 2.6 médecins prescripteurs différents
- en moyenne ils étaient traités par 14.4 médicaments différents en 3 mois
- près de 9 patients polymédiqués sur 10 étaient confrontés en continu à plus de 3 associations médicamenteuses à risques

2.3.2 Les problèmes d'observance

L'observance, est, selon l'OMS, « la mesure avec laquelle les comportements d'une personne devant prendre un médicament, suivre un régime alimentaire et/ou changer de mode de vie correspond aux recommandations convenues avec un professionnel de santé ».

Selon elle, « l'observance insuffisante est la raison principale pour laquelle les patients ne retirent pas tous les bienfaits qu'ils pourraient attendre de leurs médicaments. Elle entraine des complications médicales et psychosociales, diminue la qualité de vie des patients, augmente la probabilité de développer des pharmacorésistances et provoque un gaspillage des ressources ». L'OMS considère que ce phénomène « empêche les systèmes de santé d'atteindre leurs objectifs ».

Hippocrate disait déjà : « de toutes les maladies, la présence d'esprit et la bonne volonté à prendre ce qui est administré annoncent un avenir heureux et le contraire est mauvais signe ».

Dans une définition plus large, on parle d'adhésion thérapeutique.

Selon un sondage (12) mené en 2015 à la demande du LEEM (les entreprises du médicament) par l'institut français des séniors (3 173 personnes de plus de 50 ans), 19% reconnaissent qu'il leur arrive d'oublier leur médicament, 16% d'arrêter un médicament de leur propre initiative, 2% de se tromper dans les doses ou de les confondre.

D'après l'OMS, dans les pays développés, seulement 50% des patients atteints de maladies chroniques sont observants (13).

L'observance est un point-clé aussi bien pour permettre le succès d'un traitement que pour éviter de mettre en danger un patient en cas de non-observance. En effet, la mauvaise observance serait responsable d'un million de journées d'hospitalisation et de 8 000 décès par an en France (14). Ces conséquences ont un coût pour la société : on estime celui-ci à 9 milliards d'euros par an en France (15). La non-observance est un facteur de risque des problèmes liés à la prescription d'après cette étude (16).

Pour une prise en charge efficace, la prescription seule n'est pas suffisante. Il s'agit d'expliquer, de questionner, d'être à l'écoute, et d'accompagner le patient afin d'avoir une adhérence optimale.

Le pharmacien d'officine a un rôle de dépistage précoce de l'inobservance lors des renouvellements d'ordonnances. Il s'agit de rechercher les obstacles à une bonne observance qui peuvent être multiples et de plusieurs origines chez les personnes âgées (déficit visuel, auditif, cognitif, une mauvaise compréhension…).

2.3.3 L'automédication : définition, prévalence et risques

La définition proposée par le conseil de l'Ordre des médecins est : « l'utilisation, hors prescription médicale, par des personnes pour elles-mêmes ou pour leurs proches et de leur propre initiative, de médicaments considérés comme tels et ayant reçu l'autorisation de mise sur le marché (AMM) avec la possibilité d'assistance et de conseils de la part des pharmaciens. »

La prise de médicaments hors prescription est une pratique très généralisée en France. En effet, d'après une étude menée par les laboratoires Pierre Fabre et l'institut Ipsos, (17) 80% des Français ont acheté des médicaments sans ordonnance dans les douze derniers mois et 1 Français sur 2 (52%) y a eu recours 3 fois au moins sur les 12 derniers mois. D'après le collège national des enseignants de gériatrie, un tiers des patients âgés auraient recours à l'automédication (18).

La prise en automédication est à l'initiative du consommateur. Elle nécessite une description au pharmacien des symptômes ressentis par le patient selon ses propres connaissances, facultés d'observation et de perception.

Le fait que la délivrance ne requiert pas de prescription ne signifie pas qu'il n'y a pas de risque pour le patient ou que le médicament est sans danger. Ce qui est souvent supposé par les patients. Certes, les médicaments à prescription médicale facultative (PMF) doivent avoir fait preuve d'une utilisation sans risque pour la santé pour être mis sur le marché ; mais les résultats des études ne prennent pas en compte l'usage détourné ou inadapté de ceux-ci que ce soit par rapport à la dose consommée ou aux médicaments avec lesquels ils sont associés.

Plusieurs problèmes se présentent lors de l'automédication :

- le patient peut mal identifier ses symptômes (19)

  Ces problèmes peuvent être évités si le pharmacien questionne correctement le patient sur les raisons de son achat (20)
- le patient peut sous-estimer son affection et prendre en automédication un médicament qui peut masquer les symptômes d'une maladie plus sévère sous-jacente (21)
- le patient peut, en plus de sa prescription, prendre sans en avoir connaissance un médicament ayant la même composition que le médicament à prescription médicale obligatoire (PMO) et subir un surdosage. En effet, il ne prévient pas forcément son médecin traitant de sa consommation hors prescription pour plusieurs raisons : par oubli, par mauvais jugement ou même par culpabilité.

Le dossier pharmaceutique (DP) est un outil indispensable permettant de vérifier que les symptômes mentionnés par le patient ne sont pas un EI de son éventuel traitement chronique. Il permet également de vérifier l'absence d'IM avec les éventuels traitements en cours. Cependant, celui-ci n'est pas toujours disponible. Il ne peut être ouvert sans l'accord libre et éclairé du patient

L'association de plusieurs médicaments n'est jamais sans risque. Il faut limiter au maximum l'automédication chez la personne âgée. Il s'agit également de sensibiliser les patients face à ces pratiques. Si jugée nécessaire, l'automédication doit rester brève et nécessiter une consultation médicale en cas de non-amélioration des symptômes après quarante-huit heures.

2.4 Prévention de la iatrogénie médicamenteuse

2.4.1 Campagnes de sensibilisation

En juin 2015, une campagne de lutte contre la iatrogénie chez les personnes âgées avait été mise en place par LEEM afin de sensibiliser les patients et les professionnels de santé sur le bon usage du médicament. Ce programme s'inscrivait dans le cadre des mesures de lutte contre la iatrogénie définies par le ministère de la santé lors de la fixation de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (22).
En 2016, la deuxième étape était de modifier les comportements avec la création du « collectif du bon usage du médicament » (23). Il s'agissait de poursuivre la sensibilisation, sécuriser la prescription, renforcer le conseil pharmaceutique, encourager la collaboration entre médecins traitants et pharmaciens d'officine, faire évoluer les pratiques des équipes de soins au sein des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) et faciliter le recours à l'expertise gériatrique.

En mars 2018, lors de la journée du bon usage du médicament, la ministre de la santé Mme Buzyn a exposé sa stratégie pour les cinq années à venir afin de lutter contre la iatrogénie (24). Il s'agira de renforcer la prévention avec des outils tels que la préparation des doses à administrer et la dispensation à l'unité de certains antibiotiques. Elle a également insisté sur la nécessité d'avoir recours aux outils de pharmacovigilance avec notamment le portail de signalement (25) en ligne depuis mars 2017. Il s'agira également d'améliorer la coordination des soins entre la ville et l'hôpital et d'améliorer la pertinence des prescriptions grâce à la rémunération sur objectifs de santé publique.

2.4.2 Adopter le réflexe iatrogène

D'après la HAS, en cas de nouveau symptôme chez le patient âgé, il s'agit d'avoir le « réflexe iatrogénique » (figure 4).

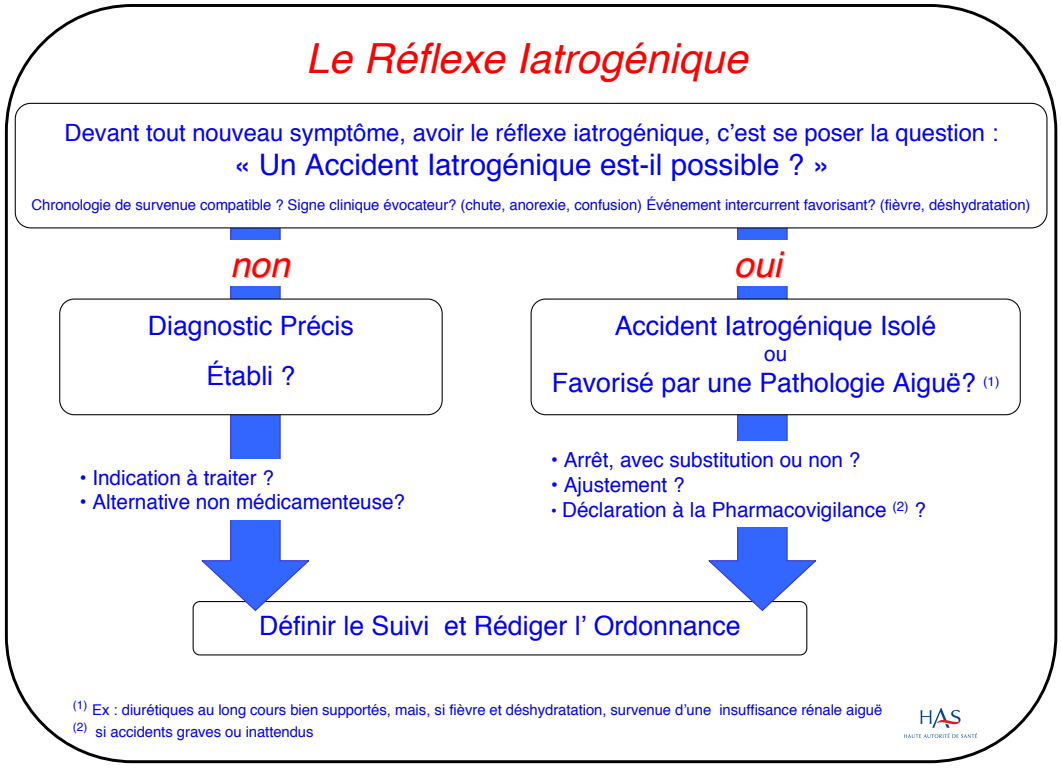


Figure 4 : Le réflexe iatrogénique (HAS)

Les signaux d'alerte iatrogénique peuvent être les suivants : des troubles de la vision, urinaires, digestifs, une perte de poids, une diminution de l'appétit, des pertes de mémoire, des vertiges, des troubles de l'équilibre, la chute, les palpitations …

La HAS a également mis à disposition un certain nombre d'arbres décisionnels (26) afin d'aider les prescripteurs à faire le bon choix de prescription selon les plaintes fréquentes des patients âgés : « sommeil », « plainte anxieuse », dépression caractérisée » …

Le site internet « réflexe iatrogénie » (27) créée en 2016 par LEEM regroupe un certain nombre de services pour garantir le bon usage du médicament. On y retrouve les informations essentielles sur la iatrogénie médicamenteuse avec des documents destinés au grand public. Le site propose également des offres de formations dans le cadre du développement professionnel continu.

2.4.3 Prescriptions médicamenteuses en gériatrie : overuse, misuse, underuse

Lors de la rédaction de l'ordonnance destinée à une personne âgée, il faut en permanence ré-évaluer le rapport bénéfice/risque des médicaments. . La polymédication, souvent inévitable diminue la qualité de l'observance et augmente le risque d'IM. .

Selon le guide « Prescrire » des IM 2011, « on parle d'IM lorsque l'administration simultanée de deux médicaments, ou plus, conduit à potentialiser ou à opposer les effets désirés ou indésirables d'au moins un de ces médicaments ». L'ANSM développe et décrit quatre niveaux de contraintes : contre-indication, association déconseillée, précaution d'emploi et à prendre en compte (28). Toutes les IM n'ont donc pas de conséquences graves, leurs effets sont parfois même recherchés. Il s'agit néanmoins de les repérer afin d'éviter le risque d'AIM.

Il faut privilégier les schémas thérapeutiques simples et effectuer des suivis thérapeutiques réguliers afin d'éviter les problèmes liés à la prescription. Plusieurs modalités de prescription sous-optimale chez le sujet âgé ont été décrites : l'excès de traitement « overuse », la prescription inappropriée « misuse » et l'insuffisance de traitement « underuse ».

2.4.3.1 L'excès de traitement : l'overuse

Overuse : c'est l'excès de traitement

C'est la prescription de médicaments n'ayant pas d'indication valide ou d'efficacité démontrée. Dans ce cas, il faut savoir ré-évaluer la pertinence du traitement et si c'est nécessaire déprescrire.

La déprescription est un processus planifié de réduction ou d'arrêt de médicaments qui n'ont plus d'intérêt et/ou sont nuisibles pour améliorer la qualité de vie des patients.

C'est un moyen de lutter contre la polymédication (29) et donc la iatrogénie. Elle doit se faire en partenariat avec le patient. En effet, il peut être un frein à celle-ci souvent par angoisse du changement. Dans une étude, (30) 50% des patients accepteraient des propositions de déprescription, 14.3% refuseraient et 35.7 % hésiteraient.

Le site internet « deprescribing.org » a été créé par une pharmacienne et un médecin regroupant des algorithmes de déprescriptions (31) afin d'aider les professionnels de santé à réduire les médicaments de façon sécuritaire.
Il existe également un certain nombre d'outils validés permettant de repérer les MPI et proposant éventuellement des alternatives thérapeutiques et notamment la déprescription.

2.4.3.2 La prescription inappropriée : le misuse

Misuse : c'est le mésusage ; la prescription inappropriée

C'est l'utilisation de médicaments indiqués mais mal prescrits. La balance-risque est défavorable. Ces MPI ne sont pas des contre-indications, ce sont des médicaments aux rapports bénéfices-risques défavorables pour la personne âgée ; et bien que leur indication soit légitime, le prescripteur est amené à opter pour une alternative thérapeutique.

Des outils pour détecter ces MPI ont été développés. On distingue ceux qui se basent sur des modalités de repérages implicites et explicites.

2.4.3.2.1.1 Les critères implicites

Le modèle implicite nécessite un point de vue global avec une analyse patient par patient : analyse de leurs traitements, les comorbidités et leur environnement. Ce n'est pas une analyse standardisée contrairement aux listes de critères explicites.

Le « medication appropriateness index » (MAI) est l'outil basé sur des critères implicites le plus répandu (32). Il est fondé sur une liste de dix questions avec pour chaque réponse une échelle sur trois points : « 1» pour approprié, « 2 » marginalement approprié et « 3 » inapproprié. Le score maximal de l'échelle est de 18. Si le patient est traité par plusieurs médicaments, il faut refaire le questionnaire pour chacun d'entre eux et cumuler le score.

Le MAI est une technique chronophage qui n'apporte pas de recommandation de prescription.

2.4.3.2.1.2 Les critères explicites

Les modalités de repérage explicites se basent sur des listes standardisées de critères rigides applicables à tout individu.

La liste de Beers (33) fut la première développée aux Etats-Unis en 1991 pour les patients en maison de retraite. Les 30 critères de Beers ont fait consensus auprès d'un groupe d'experts et la liste a ensuite subi des mises à jour en 1997, 2003 et en 2012. Le Canada a également proposé sa propre liste (34) en introduisant des notions d'interactions médicament/médicament et maladie/médicament.

Ces listes sont largement utilisées dans le monde mais sont mal adaptées à la situation française (35) : certains médicaments ne sont pas commercialisés et les pratiques médicales ne sont pas similaires.

Une liste de MPI adaptée à la France a donc été proposée en 2007 : la liste de Laroche (36). Elle contient 34 critères dont 29 médicaments ou classes médicamenteuses potentiellement inappropriées et 5 situations cliniques spécifiques (constipation chronique, démence, incontinence urinaire, glaucome par fermeture de l'angle et hypertrophie bénigne de la prostate). Vingt-cinq critères correspondent à un rapport bénéfice/risque défavorable, un critère à une efficacité discutable et huit critères à un rapport bénéfice/risque défavorable et une efficacité discutable. Une étude publiée a détaillé la méthodologie de sa conception (37).

Cependant, alors que les listes nord-américaines proposent des recommandations dès l'âge de 65 ans, la liste de Laroche elle, s'appuie sur une définition de l'âge gériatrique à 75 ans.

Le dispositif Screening Tool of Older Person's Prescriptions (STOPP) and Screening Tool to Alert doctors to Right Treatment (START) a été développé en 2008 (mis à jour en 2014) (38) par 18 experts gériatres et ou pharmacologues cliniciens en Irlande. Il comporte 87 critères :

- 65 STOPP : correspondant aux MPI (misuse)
- 22 START : défaut de prescriptions médicamenteuses (underuse)

Le dispositif START and STOPP est à destiné des patients de 65 ans et plus. Ses avantages sont sa fonctionnalité et sa rapidité. Cependant, l'échelle ne propose pas d'alternatives thérapeutiques contrairement à la liste de Laroche.

Une deuxième version adaptée à la langue française a été publiée en 2015 par un groupe d'experts francophones Belges, Canadiens, Français et Suisses (39).

Face à cette population âgée croissante et ces enjeux de santé publique, le métier de pharmacien d'officine évolue avec de nouvelles missions et activités visant à développer son rôle dans la prise en charge de la santé des patients.

2.4.3.3 L'insuffisance de traitement : l'underuse

- **Underuse** : c'est l'insuffisance de traitement

Il y a absence d'instauration de traitement efficace chez des patients ayant une ou plusieurs pathologies pour lesquelles certaines classes médicamenteuses ont démontré leur efficacité.

3 Evolution du métier de pharmacien

3.1 Vers de nouvelles perspectives du métier et de la rémunération

Le vieillissement de la population, les diminutions du budget destiné à la santé par les services publics et l'évolution des modes de consommation entrainent des changements du modèle de rémunération officinale classique.

Avec l'évolution des pratiques, les revenus des pharmaciens sont progressivement moins basés sur le prix des médicaments et plus sur de nouvelles missions de service public qui viennent compenser la perte de ces marges.

Cette rémunération, déconnectée du prix du médicament, est destinée à valoriser l'acte de dispensation qui comprend : l'analyse pharmaceutique de l'ordonnance, les conseils aux patients, la préparation éventuelle des doses à administrer…

3.2 Avis des Français

Selon une enquête (40) réalisée sur 982 Français de plus de 18 ans, à la question « les pharmaciens devraient-ils jouer un plus grand rôle dans la prise en charge de la santé et du suivi des patients ? » : 65% des 65 ans et plus répondent oui ; 76% de ceux ayant une affection longue durée (ALD) répondent oui. Cette enquête montre aussi que « le pharmacien apparaît comme un interlocuteur santé incontournable ». Les Français le sollicitent avant de voir leur médecin et souhaitent faciliter l'échange avec lui.

Dans une étude (41) menée en 2016 par l'institut CSA (Consumer Science Analytics) auprès de 1009 personnes et 402 pharmaciens titulaires intitulée « regards croisés sur la pharmacie et son évolution », 89 % de ces professionnels de la santé et 79 % des Français pensent que « les compétences et les missions du métier doivent évoluer pour répondre toujours mieux aux attentes des patients ».

3.3 Loi Hôpital patients santé territoires

Depuis la publication au Journal officiel de la loi (42) Hôpital, Patients, Santé, Territoires le 22 juillet 2009 visant à moderniser le système de santé, le métier de pharmacien d'officine a évolué. Il s'est vu attribuer de nouvelles missions de service public :
« Les pharmaciens

- 1°) contribuent aux soins de premier recours définis à l'article L. 1411-11 ;
- 2°) participent à la coopération entre professionnels de santé ;
- 3°) participent à la mission de service public de la permanence des soins ;
- 4°) concourent aux actions de veille et de protection sanitaire organisées par les autorités de santé
- 5°) peuvent participer à l'éducation thérapeutique et aux actions d'accompagnement de patients
- 6°) peuvent assurer la fonction de pharmacien référant pour un établissement...
- 7°) peuvent être désignés comme correspondants au sein de l'équipe de soins par le patient.

  À ce titre, ils peuvent, à la demande du médecin ou avec son accord, renouveler périodiquement des traitements chroniques, ajuster, au besoin, leur posologie et effectuer des BPM destinés à en optimiser les effets ;

- 8°) peuvent proposer des conseils et prestations destinés à favoriser l'amélioration ou le maintien de l'état de santé des personnes ».

Suite à cela, la convention nationale des pharmaciens (43) a été signée le 4 avril 2012 entre l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) et les syndicats représentatifs des pharmaciens : la fédération des syndicats pharmaceutiques de France (FSPF) et l'union des syndicats de pharmaciens d'officine (USPO).

Depuis l'adoption de cette convention, 12 avenants sont venus compléter le texte initial (44).
Ces mesures ont pour ambition de faire évoluer le métier de pharmacien et de revaloriser son rôle en faisant progresser la santé publique.

4 Le bilan partagé de médication en France : concept et mise en place

4.1 Concept et contexte législatif

L'avenant 12 (45) à la convention nationale pharmaceutique a été signé le 21 novembre 2017 entre l' UNCAM, la FSPF et l'USPO. Publié au Journal officiel le 16 mars 2018, il est entré en vigueur le 17 mars 2018.

Cet avenant fixe les modalités de mise en œuvre du BPM ; dispositif d'accompagnement destiné aux patients âgés polymédiqués, conformément aux dispositions de l'article 28.5 de la convention nationale, issu de l'avenant n° 11 (46) signé le 20 juillet 2017.

Il vient ainsi compléter les trois dispositifs consacrés aux patients sous anti-vitamine K, sous anticoagulants oraux d'action directe et aux patients asthmatiques.

La population cible représente 3.9 millions de patients soit 150 patients par officine.

Le BPM est un nouveau dispositif que le pharmacien d'officine peut proposer aux patients âgés polymédiqués. Il ne se limite pas à une analyse pharmaceutique, c'est une analyse holistique du mode de vie du patient permettant d'évaluer les conditions d'utilisation des médicaments afin de lutter contre la iatrogénie en ville. Il est par définition « partagé » car il est réalisé en collaboration avec le médecin traitant (47) .

Le patient est libre de participer ou non au dispositif et a le choix de la pharmacie qui réalisera son BPM. Celui-ci est révocable, c'est-à-dire qu'il peut à tout moment choisir de ne plus y participer.

4.2 Les étapes du BPM

Ce bilan est structuré et se déroule en plusieurs étapes distinctes schématisées sur la figure 5.

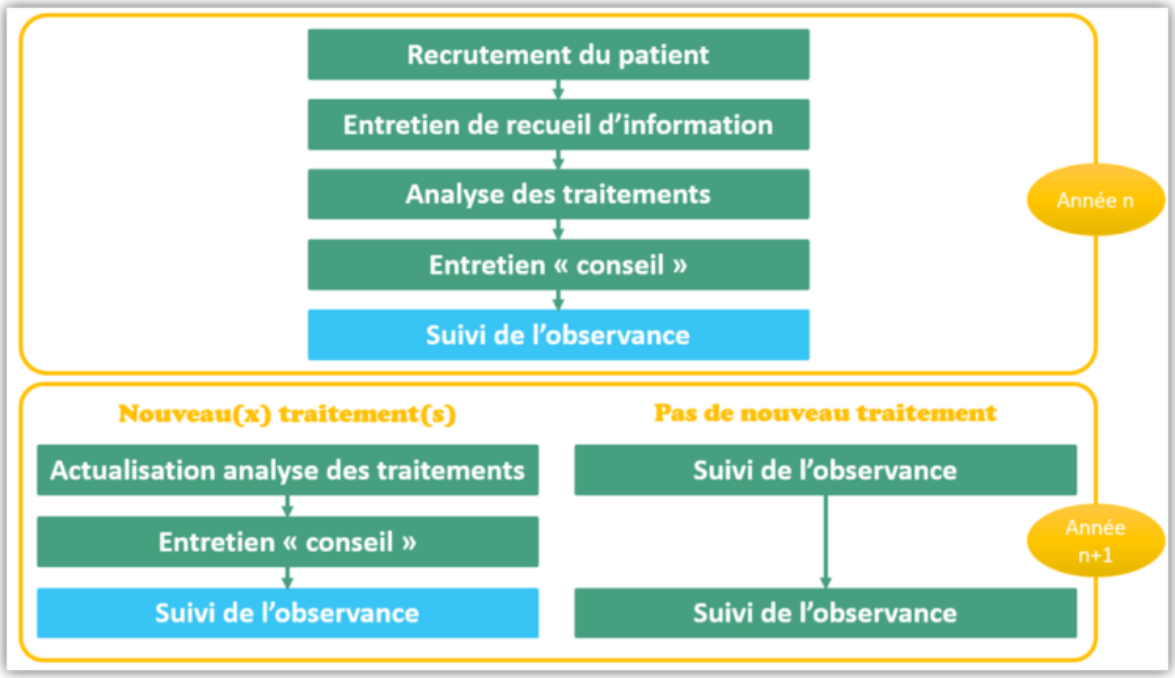


Figure 5 : Schéma chronologique du déroulement des BPM

4.2.1 Le recrutement des patients

Les critères d'éligibilité au BPM sont présentés dans la figure 6.

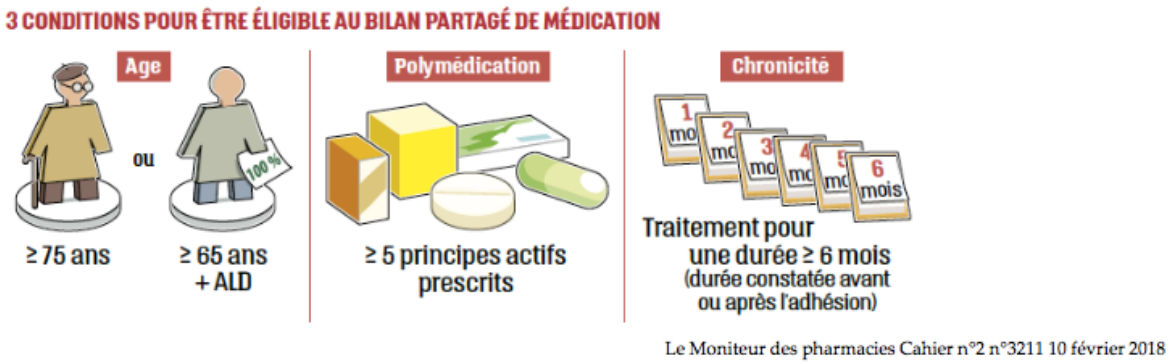


Figure 6 : Critères d'éligibilité au BPM

L'ensemble de l'équipe officinale peut recruter les patients. En revanche, seul le pharmacien inscrit à l'ordre des pharmaciens (titulaire ou adjoint) peut effectuer les entretiens. Les préparateurs en pharmacie peuvent participer au recrutement, au recueil des données et à l'ensemble de la mise en place. Les étudiants en 6e année de pharmacie peuvent, lors du stage de pratique professionnelle, participer à toutes les étapes du BPM accompagnés d'un pharmacien, mais ils ne peuvent pas les réaliser seuls.

Afin de faciliter le recrutement des patients éligibles, il faut communiquer avec la patientèle de la pharmacie pour les tenir au courant du dispositif à l'aide de brochures, d'affiches (Annexe 1)…

Les logiciels d'aide à la dispensation permettent maintenant de faciliter l'identification de cette population cible avec un système de notification après l'insertion de la carte vitale, lorsque tous les critères d'éligibilités sont présents.

Lorsque le patient est éligible, on peut alors lui proposer le dispositif :

Il faut faire particulièrement attention au langage utilisé et rassurer le patient. Il ne s'agit pas de les forcer !

L'USPO propose certaines tournures de phrases pour s'adresser au patient (48) *:*

« Est-ce qu'il vous arrive d'oublier vos traitements ? », « Est-ce que vous vous posez des questions sur votre traitement ? », « Les pharmaciens peuvent vous accompagner dans la compréhension de votre traitement », « C'est un échange sur les médicaments et la façon de les prendre », « C'est pris en charge. Vous ne paierez rien », « Souhaitez-vous en parler tout de suite ou prendre rendez-vous ? ».

Lorsque le patient est intéressé, on peut lui expliquer en quoi consiste ce service qui est pris en charge par l'AM et fixer un rendez-vous. Il faut alors lui demander d'apporter le maximum de documents : l'ensemble de ses ordonnances (datant de moins d'un an), la carte vitale, les éventuels résultats d'analyses biologiques, le carnet de vaccination, compte rendus d'hospitalisation, piluliers, boîtes de médicaments … La remise d'une « fiche » recensant l'ensemble des éléments à apporter est conseillée (Annexe 2).

L'adhésion doit ensuite être formalisée sur la plateforme de l'AM. L'interface a été ouverte en mars 2018.

Préparer l'entretien :

En amont, le pharmacien consulte l'historique de dispensation et le DP (s'il est ouvert) par le biais de la carte vitale. Il peut imprimer les données qu'il a à disposition comme documents supplémentaires pour son analyse après l'entretien de recueil d'informations.

4.2.2 Premier entretien : recueil d'informations

Ce premier entretien dure 20 à 30 minutes. Il peut se dérouler dans l'espace de confidentialité de la pharmacie, au domicile du patient ou dans des structures telles que les EHPAD, les foyers d'accueil médicalisés ou les maisons d'accueil spécialisées.

Les objectifs de ce premier entretien sont les suivants : expliquer au patient l'intérêt du processus, recueillir les informations générales (nom, prénom, âge, poids, taille…) ; faire le recensement de l'ensemble des traitements du patient prescrits et éventuellement pris en automédication ; récolter un maximum d'informations concernant le mode de vie (observance, habitudes, EI, …) afin de pouvoir effectuer une analyse la plus complète possible. Il s'agit également d'évaluer la perception des traitements (ce que le patient sait et pense) et les modalités de prise. Il faut également évaluer l'observance et comprendre les raisons de la non-observance (galénique, EI, oubli…).

Pour structurer cet entretien, le pharmacien peut s'aider des fiches mises en ligne par l'USPO (49) ou des questionnaires validés par la HAS publiés au journal officiel (50).

Les points abordés :

- Informations générales du patient : nom prénom, âge, poids, taille, milieu de vie (rural ou urbain), nom et coordonnées du médecin traitant. (Annexe 3)

- S'intéresser au patient :

  - habitudes de vie : aide à domicile, nombre de repas, consommation d'alcool, régime alimentaire particulier …
  - mode de vie : seul, en famille, en couple, à domicile ou en institution
  - l'état physiologique : dénutrition, fragilité, incontinence, troubles du sommeil, troubles de la vision, douleurs articulaires
  - autres : douleurs, allergies, perte d'appétit, chute dans les trois derniers mois …

Ceci peut permettre de déceler des problèmes et/ou des besoins particuliers (aide à domicile, piluliers …). Il s'agit d'aborder l'entretien avec empathie et de poser des questions ouvertes.

- S'intéresser au traitement : (Annexe 3)

  - recueil des médicaments pris en PMO : demander au patient toutes les ordonnances en cours
  - recueil des médicaments pris en PMF et automédication : questionner sur la prise éventuelle de phytothérapie et d'homéopathie
    « Prenez-vous d'autres produits par vous–même : aromathérapie, phytothérapie, médicaments en libre accès ? »

  - estimer les connaissances : interroger sur les indications de chaque médicament, modalités de prises, conditions concrètes de leurs utilisations
  - faire le point sur la gestion du stock de médicaments afin de réduire le gaspillage et la confusion : boîtes non utilisées car changement de dosage, antibiotiques en trop après un traitement...
  - évaluation de l'observance par le questionnaire de GIRERD (Annexe 4)
  - détecter d'éventuels problèmes liés à la galénique : questionner le patient sur sa déglutition.

- S’intéresser à sa perception du traitement (Annexe 5)

« Pensez-vous trop prendre de médicaments ? », « Avez-vous déjà ressenti des EI liés à vos médicaments ? Si oui comment luttez-vous contre ceux-ci ? »

Un patient qui connaît son traitement, sa maladie est plus observant et a une meilleure adhésion. C’est la notion d’ « empowerment ». Il s’agit de rendre le patient autonome et responsable de sa santé.

« L'empowerment est un processus de transformation personnelle par lequel les patients renforcent leur capacité à prendre effectivement soin d'eux-mêmes et de leur santé, et pas seulement de leur maladie et de leur traitement comme décrit le plus souvent dans la littérature médicale ». (Aujoulat I.)

4.2.3 Analyse des traitements

Cette étape se fait sans la présence du patient. Le pharmacien, grâce à l’ensemble des données récoltées précédemment va pouvoir effectuer une analyse globale des traitements.

Les objectifs sont multiples :

- vérifier les indications de chaque médicament
- vérifier que chaque indication est traitée
- vérifier le respect des objectifs thérapeutiques
- vérifier les ordonnances :
  - posologies : en prenant en compte les fonctions rénales et éventuellement le surpoids du patient
  - IM
  - contre-indications
- détecter les MPI
- identifier des points d’optimisation : mise en place et gestion des traitements, accompagnement de l’adhésion, amélioration de l’observance …

4.2.3.1 Les supports de l'analyse :

L'ensemble de ces outils et documents sont à disposition des pharmaciens pour les aider à mener à bien leur analyse pharmaceutique :

- Score de GIRERD : (Annexe 4) c'est un test permettant d'évaluer l'observance.
- Liste des médicaments écrasables de la Société française de pharmacologie clinique (SFPC) (51)
- Guide des prescriptions médicamenteuses adaptées aux personnes âgées (PAPA) : guide rédigé par la société française de gériatrie et de gérontologie regroupant 42 fiches de « bonne prescription médicamenteuse » adaptées aux personnes âgées de 75 ans et plus (52).
- Liste LAROCHE des médicaments inappropriés (36)
- L'outil STOPP and START (38)
- Pratique des BPM de la SFPC
- Site GPR (Guides de prescription et rein) adaptation posologique chez l'IR (53)
- Adaptation posologique chez l'obèse (54)
- Les échelles de calcul de la charge anticholinergique (55)
- Thésaurus des IM (28)
- Le site de la HAS publie régulièrement des guides et recommandations (56)
- Base de données publique des médicaments (57). Le site du ministère regroupe les résumés des caractéristiques du produit (RCP), notices et données sur les médicaments disposant d'une AMM.
- Les fiches RCP des médicaments

Le pharmacien formule ensuite ses conclusions et ses préconisations. Il rédige une synthèse de cette analyse qu'il transmet au médecin traitant.

4.2.3.2 Intervention pharmaceutique : définition et législation

Depuis l'arrêté du 28 novembre 2016 (58), « le pharmacien peut, s'il le juge nécessaire, évaluer le choix d'une molécule (en fonction des recommandations pour la pratique clinique, du profil patient, des EI liés à chaque molécule notamment) et propose, le cas échéant, un traitement mieux adapté au prescripteur qui peut établir une nouvelle ordonnance ou donner son accord au pharmacien pour qu'il délivre un autre médicament ».

S'il identifie un problème il peut rédiger ce qu'on appelle une intervention pharmaceutique (IP) (Annexe 6). Elle est « conseillée lorsque le pharmacien identifie un problème mettant en jeu l'efficacité ou la sécurité du traitement. Elle permet la formalisation écrite de l'analyse pharmaceutique et sa transmission éventuelle au prescripteur ».

4.2.4 Contact avec le médecin traitant

Au préalable, il s'agit d'informer les médecins traitants de ce nouveau dispositif en organisant éventuellement une réunion avec les prescripteurs habituels de l'officine ou en les contactant par courrier ou par téléphone. Les BPM sont maintenant mis en place depuis plus d'un an et une bonne partie des prescripteurs est au courant du processus. Il est néanmoins préférable de s'en assurer.

Il est important de mettre en place un système de communication pratique et sécurisé avec le médecin traitant. Il est possible d'échanger via messagerie sécurisée, téléphone ou même de vive voix selon les préférences communes. Il faut travailler de manière coordonnée dans l'intérêt du patient.

Après l'analyse, c'est au pharmacien d'évaluer la nécessité de contacter le médecin traitant. Il n'est pas obligatoire d'échanger avec le médecin traitant s'il n'y a pas de problème particulier relevé.

4.2.5 L'Entretien conseil

Cette étape se fait lors du renouvellement de l'ordonnance, et dure en moyenne 10 à 15 minutes.

Les objectifs sont :

- faire part au patient des conclusions qui ont suivi de l'analyse
- lui expliquer les adaptations validées par le médecin traitant
- établir une liste de points d'amélioration et fixer des objectifs
- optimiser les prises de médicaments
- répondre aux interrogations du patient sur le traitement ou leur maladie
- aider le patient dans l'appropriation et l'adhésion à son traitement
- délivrer des fiches conseils spécifiques afin d'améliorer le bon usage
- insister sur les mesures hygiéno-diététiques
- délivrer un plan de prise selon les RCP
- si nécessaire, inviter le patient à consulter son médecin traitant

4.2.6 Suivi d'observance

Cet entretien se déroule dans l'espace de confidentialité de la pharmacie.
Les objectifs sont les suivants :

- il s'agit de remplir le questionnaire de suivi de l'observance et le comparer au précédent rempli lors du premier entretien pour évaluer l'efficacité du processus
- le but est de faire le point de ce qui a été amélioré suite au BPM et sur les éventuels points d'amélioration.
- repérer les obstacles et proposer des solutions
- fixer de nouveaux objectifs
- répondre aux interrogations du patient sur le traitement ou leur maladie

Cet entretien permet également de vérifier que le prescripteur a tenu compte des propositions de modifications et mesurer l'impact sur le patient.

La deuxième année, s'il y a eu modification de traitement, on reproduit le même schéma que la première année : entretien de recueil, analyse des traitements, entretien conseil et suivi d'observance. S'il n'y a pas eu de changement, on refait 2 suivis de l'observance des traitements. (figure 5)

4.3 Objectifs du bilan partagé de médication

4.3.1 Pour le patient

Il s'agit de répondre aux interrogations du patient et de faire le point sur les connaissances qu'il a de sa maladie et de son traitement. Le BPM permet d'optimiser la gestion des traitements (plan de posologie, agenda, pilulier) afin d'améliorer son observance. Le but est de ralentir la transition vers la dépendance et la perte d'autonomie. Il s'agit également de fortifier ses relations avec son médecin traitant et son pharmacien.
Le BPM a pour ambition d'améliorer sa santé et sa qualité de vie par l'adhésion thérapeutique.

4.3.2 Pour le système de santé

D'après une étude d'IMS (Information medical statistics Health) (15), la non-observance serait à l'origine de plus d'un million de journées d'hospitalisation et un coût de 9 milliards d'euros dépensés chaque année qui pourrait être évitée. Les BPM ont pour but d'améliorer l'observance et de diminuer la iatrogénie chez les personnes âgées. Ceci permettrait de faire des économies. En effet, en 2018, d'après l'AM, « la moitié de la croissance des dépenses de santé est due à l'accroissement de la population et à son vieillissement » (59).

L'objectif du dispositif est également de réduire le gaspillage de médicaments. D'après un rapport de Cyclamed (60), en 2015, 12 108 tonnes de comprimés ont été récupérées auprès des pharmacies.

4.3.3 Pour les professionnels de santé

Pour le pharmacien, le but est de motiver le patient et d'être à l'écoute. Ceci permet de renforcer le lien soignant – patient et d'établir une relation de confiance. Les BPM permettent également d'améliorer le contact avec les médecins traitants qui peuvent s'appuyer sur leurs confrères. Grâce à cette nouvelle mission le pharmacien d'officine valorise sa profession et son rôle dans le système de soins.

Il y a également une rémunération à la clé.

4.4 Modalités de rémunération des bilans partagés de médication

Pour être rémunéré, le pharmacien doit réaliser l'ensemble des étapes sur une année civile.
La rémunération se fait au plus tard au mois de mars de chaque année.

La première année, le pharmacien touche 60 euros pour l'adhésion s'il réalise au moins les deux premières étapes : le recueil et l'analyse. L'entretien conseil et le suivi d'observance pourront être réalisés l'année suivante lorsque l'adhésion intervient au cours du second semestre. Il faut s'assurer que le patient n'a pas déjà entamé un BPM dans une autre officine car un patient éligible est limité à une seule officine.
L'année suivante, s'il y a eu modification de traitement, il touche 30 euros, sinon 20 euros.

Deux dérogations sont envisagées :

- lorsque le patient décède
- lorsque l'adhésion ou la prise en compte du changement de traitement intervient au second semestre

La figure 7 résume les modalités de rémunération du BPM.

	Entretien de recueil d'information	Analyse des traitements	Entretien conseil	Suivi de l'observance	Rémunération
Présence du patient	OUI	NON	OUI	OUI	
BILAN PARTAGÉ DE MÉDICATION					
1ère 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 €
BILAN PARTAGÉ DE MÉDICATION – CAS DÉROGATOIRE LE PATIENT DÉCÈDE					
1ère année	X	X			60 €
BILAN PARTAGÉ DE MÉDICATION – CAS DÉROGATOIRE ADHÉSION DU PATIENT AU 2rd SEMESTRE					
1ère 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 €

Figure 7. Rémunération des BPM (USPO)

4.5 Modalités d'adhésion sur la plateforme de l'assurance maladie

L'adhésion peut se faire après le recrutement, ou plus tard au moment de l'entretien conseil. Elle se fait sur le site de l'AM « AmeliPro » dans l'onglet « convention pharmaciens ». Il faut ensuite cliquer sur « bilan de médication » ; puis, « créer une nouvelle adhésion ». Ceci donne accès à un formulaire à remplir avec les informations du pharmacien désigné et du patient adhérent. La dernière rubrique « accord de l'adhérent » permet au patient de donner son consentement éclairé pour intégrer le dispositif. On peut ensuite imprimer le formulaire, qu'il faut faire signer et remettre au patient. Le pharmacien doit également conserver un exemplaire. L'annexe 7 décrit la procédure à réaliser.

II- Retour d'expérimentation des bilans partagés de médication

A l'université Picardie Jules Verne, lors du stage de pratique professionnelle de sixième année de pharmacie de janvier à juin 2018, chaque étudiant (n=50) était tenu de réaliser 5 BPM et de rédiger un mémoire sur le processus et les résultats obtenus.

L'objectif principal de cette étude est de faire une compilation des résultats obtenus après le déploiement du dispositif.
Les objectifs secondaires ont été :

- obtenir un descriptif de la population concernée par le BPM au sein des officines
- observer les principales IP réalisées au cours de ce BPM

1. Matériel et méthode

1.1 Design de l'étude

L'étude est rétrospective et a été réalisée à partir des données collectées par les étudiants de 6ème année en filière officine de la promotion 2017/2018 au cours de leur 6 mois de stage officinal.

1.2 Population de l'étude

1.2.1 Critères d'inclusion

Les critères d'inclusion sont ceux du BPM :

- les patients de **plus de 65 ans** + **ALD** + **≥ 5 molécules** pour une durée consécutive **≥ 6 mois**
- les patients de **plus de 75 ans** + **≥ 5 molécules** pour une durée consécutive **≥ 6 mois**
- les patients ayant donné leur consentement libre et éclairé (remettre le document d'information de l'AM)
- les patients pouvant s'exprimer de façon suffisante à l'oral ou à l'écrit pour répondre au questionnaire

1.2.2 Critères d'exclusion

Les critères d'exclusion étaient les suivants :

- pas d'accord du patient
- la présence de troubles cognitifs
- les patients en EHPAD

1.3 Lieux de l'expérimentation

Les patients ont été recrutés dans les officines avec un maître de stage. Les 50 étudiants étaient répartis dans 50 officines : 49 officines des Hauts de France et 1 officine en Ile de France.

1.4 Durée de l'expérimentation

L'étude s'est déroulée pendant la durée du stage : entre janvier et juin 2018. Plus précisément, les entretiens ont eu lieu entre les mois de février et mai 2018.

1.5 Préparation à l'entretien

L'étudiant a pu préparer l'entretien en amont grâce aux données dont il disposait (DP, historiques).
Il a fallu prévenir les médecins traitants du dispositif et leur expliquer son fonctionnement.
Etant donné que nous avions débuté les BPM avant que la Sécurité sociale ne publie les documents d'accompagnement nécessaires, les étudiants ont soit utilisé leurs propres questionnaires, ou utilisé ceux de la SFPC :

- données sur le patient (Annexe 3)
- informations sur la perception du traitement (Annexe 5)
- bilan d'observance grâce au questionnaire de GIRERD (Annexe 4)

1.6 Déroulement du bilan partagé de médication

Les étapes de l'entretien conseil et de l'analyse se déroulent comme mentionné partie I.4.2.
Avec l'aide du pharmacien, l'étudiant a analysé les données obtenues et rédigé un courrier au médecin traitant avec ses éventuelles préconisations. Il a pu se servir du tableau (Annexe 6) pour synthétiser son analyse.
Il a effectué ce processus à 5 reprises pour les 5 patients qu'il a sélectionné. Un mémoire a été rédigé à la fin du stage pratique.

1.7 Informatisation des résultats

Les données ont été collectées dans 2 fichiers Excel.

1.7.1 Tests statistiques

Les données sont représentées pour les variables continues par une moyenne et un écart type, avec les minimums et maximums. Pour les variables binaires, les résultats sont donnés en nombre et pourcentage.

1.7.2 Données générales et démographiques de la population

L'ensemble des données collectées sont : la date de l'entretien conseil, le nombre d'ordonnances en cours, le sexe, l'âge, l'indice de masse corporelle (IMC), le poids, le mode de vie (seul, avec conjoint, avec famille, autre) ; le lieu de vie (à domicile, maison de retraite, autre) ; l'autonomie sur la gestion du traitement (seul ou via une tierce personne) ; le score de GIRERD (de 0 à 6) ; la pratique de l'automédication, la présence d'antécédents ; la présence de pathologies cardiovasculaires (hypertension artérielle, hypercholestérolémie, fibrillation auriculaire, flutter, infarctus du myocarde, insuffisance coronarienne, insuffisance cardiaque, artériopathie des membres inférieurs, accident vasculaire cérébral avec ou sans séquelle, accident ischémique transitoire ou diabète) ; la présence de démence ; la présence de pathologies psychiatriques (dépression, troubles bipolaires, troubles psychotiques) ; la présence de pathologies neurologiques (maladie de Parkinson,

épilepsie, démence) ; la présence de troubles du sommeil et de troubles de la déglutition, le nombre de prise(s) par jour ; la présence des paramètres biologiques (clairance, kaliémie) ; s'il y a eu ou non une perte de poids de plus de 4,5 kg dans l'année ; s'il y a eu contact avec le médecin traitant ; le type de contact (courrier, appel, mél, autre) ; s'il y a eu une réponse du médecin traitant ; le nombre d'IP réalisée(s), si la vaccination est à jour et si le patient possède une allergie médicamenteuse.

Certains étudiants n'ont pas utilisé le questionnaire de GIRERD. Ils ont « estimé » l'observance du patient en lui posant des questions et ont simplement noté « bonne » ou « mauvaise observance » ; dans ce cas, le score moyen de la catégorie correspondante a été relevé.

On considère la vaccination à jour si le vaccin combiné diphtérie, tétanos, poliomyélite est à jour.

1.7.3 Les interventions pharmaceutiques relevées

Seules les IP accompagnées d'une préconisation sont relevées.

Pour chaque IP, on complète les informations suivantes :

- la date de l'entretien conseil correspondant
- le problème relevé par l'étudiant pour un médicament donné (cf 1.7.3.1.1)
- la proposition de l'IP (cf 1.7.3.1.2)
- le nom commercial du médicament
- la dénomination commune internationale
- la famille du médicament (classification anatomique thérapeutique chimique (ATC)) (cf 1.7.3.1.3)
- le devenir de l'intervention après préconisation au médecin traitant (cf 1.7.3.1.4)

1.7.3.1 Critères et codification

1.7.3.1.1 Problèmes liés à la thérapetique relevés

Les problèmes relevés par les étudiants ont été classifiés en différentes catégories :

- 1b : Contre-indication
- 1.2 : Non conformité au consensus → exemple : un asthmatique qui prend un bêta-bloquant
- 2 : Indication non traitée → exemple : patient non vacciné
- 3 : Posologie insuffisante
- 4 : Posologie excessive
- 5 : Médicaments non indiqués
- 5.3 : Redondance pharmacologique
- 6 : IM
- 7 : EI
- 8 : Voie et/ou administration inappropriée
- 8.2 : Méthode d'administration non adéquate
- 8.3 : Mauvais choix de galénique
- 9.2 : Problème d'observance
- 10 : Monitorage à suivre → exemple : une donnée biologique à surveiller particulièrement

1.7.3.1.2 Interventions pharmaceutiques

Les IP relevées sont différenciées en 7 catégories différentes :

- Ajout d'un médicament
- Arrêt du médicament
- Substitution/échange
- Choix de la voie d'administration
- Suivi thérapeutique
- Optimisation de l'administration
- Adaptation posologique

1.7.3.1.3 Familles médicamenteuses (ATC)

Chaque médicament imputé est répertorié selon la classification ATC ainsi :

- A : Voie digestive/métabolisme
- B : Sang/organes hématopoïétiques
- C : Système cardiovasculaire
- D : Médicaments dermatologiques
- G : Système génito-urinaire / Hormones sexuelles
- H : Hormones systémiques
- J : Anti-infectieux systémiques
- L : Antinéoplasiques/Immunomodulateurs
- M : Muscle et squelette
- N : Système nerveux
- P : Antiparasitaires, insecticides
- R : Système respiratoire
- S : Organes sensoriels
- V : Divers

1.7.3.1.4 Devenir de l'intervention

Suite à la transmission au médecin traitant, le devenir des IP est répertorié en 3 catégories différentes :

- **Acceptée** → Si le médecin traitant accepte l'IP
  Même si la préconisation proposée n'est pas adoptée on considère que l'IP est acceptée
  Exemple : Si l'étudiant a proposé de remplacer une benzodiazépine à demi-vie longue pour une à demi-vie courte et que le médecin traitant a décidé d'arrêter le médicament, on a considéré l'intervention comme acceptée.
- **Non acceptée** → si le médecin refuse l'IP
- **Non renseigné** → si le médecin n'a pas répondu ou si l'étudiant n'a pas noté la réponse du médecin

Nous pouvons préciser que nous n'avons pas vérifié si le médecin a bien effectué la modification : qu'il l'ait accepté ou refusé.

2. Résultats

2.1 Caractéristiques individuelles des patients

2.1.1 Données générales

Le nombre total de patients inclus dans cette expérimentation est de 250. L'âge médian est de 78 ± 7.3 ans avec un intervalle entre 65 ans pour le patient le plus jeune et 97 ans pour le plus âgé. Au total, 54.8% des patients sont de sexe féminin. L'IMC moyen est de 28.1. Les sujets vivent principalement à domicile (79% sur les 197 patients pour lesquels nous avons la donnée) ; 49,6% des patients vivent avec leur conjoint et 42.4% vivent seuls. Les données générales et démographiques de la population sont résumées dans le tableau 1.

		N
Age moyen, en année	77.6 ± 7.3 [65 – 97]	250
Age médian	78 [71-84]	250
Genre, homme	113 (45.2%)	250
Poids moy en kg	76.8 ± 16.8	94
IMC	28.1 ± 5.2	166
Lieu d'habitation		205
domicile	197 (79%)	
Maison de retraite	7 (3%)	
Autre	1 (0.4%)	
Mode de vie		236
seul	106 (42.4%)	
avec conjoint	117 (49.6%)	
avec famille	13	

Tableau 1 : Données générales et démographiques de la population.

2.1.2 Gestion des traitements et pathologies

Au total, 76% des patients gèrent seuls leurs traitements : 227 patients ont une ou plusieurs pathologie(s) cardiovasculaire(s) soit 98% ; 85 patients sont diabétiques soit 36.6% ; 80 ont une ou plusieurs pathologie(s) psychiatrique(s) soit 34.5% : 39 patients sont anxieux, 22 sont dépressifs, 18 souffrent d'un syndrome anxio-dépressif et un patient est bipolaire. Ces données sont résumées dans le tableau n°2.

		N
Gestion du traitement (seul)		193
Oui	146 (76%)	
Non	47	
Antécédents		232
pathologies cardiovasculaires	227 (98%)	
diabète	85	
pathologies psychiatriques	80	
pathologies neurologiques	30	
Nombre de médicament prescrit par patient		250
Nombre moyen	9.27 ± 2.96 [4 – 18]	
Nombre médian	9 [7 – 11]	
Hyperpolymédication ≥ 10	104 (**41.6%)**	
Nombre de prise par jour	12.61 ± 5.03 **[4-33]**	250
Nombre d'ordonnance en cours moyenne	1.49 ± 0.84 [1-7]	250
Automédication	94 (58%)	163
Score de GIRERD	0 :105/1 :36/2 :30/3 :15/4 :3/5 :7/6 :1	197

Tableau 2 : Gestion du traitement, antécédents et observance

Trente patients ont une ou plusieurs pathologie(s) neurologique(s) : 12 sont traités pour des douleurs neuropathiques, 4 sont épileptiques, 5 ont la maladie de Parkinson, 5 patients sont déments, un patient souffre de la sclérose en plaque, un souffre de la maladie d'Huntington, un patient est traité pour de la schizophrénie et un patient a le syndrome des jambes sans repos.

Concernant les prescriptions : les patients ont en moyenne 9 médicaments prescrits en cours avec un intervalle entre 4 au minimum et 19 médicaments par jour. La proportion de patients hyperpolymédiqués est de 41.6%, c'est-à-dire qu'ils ont au moins 10 médicaments prescrits par jour. Le nombre de prise(s) par jour moyen est de 12.3 avec un intervalle entre 4 et 33 prises par jour. En moyenne, les patients ont 1.5 ordonnances en cours.

A la question « avez-vous parfois recours à l'automédication ? », 58% des patients répondent positivement. Les exemples cités sont surtout le doliprane et la phytothérapie (curcuma, harpagophytum, valeriane, passiflore…) ; certains patients prennent également de l'homéopathie et quelques-uns de la doxylamine.

2.1.2.1 L'observance :

L'observance a été évaluée selon le questionnaire de GIRERD :

- bonne observance (score de 0) : si le patient n'a aucun « oui » au questionnaire
- minime problème d'observance (score de 1 ou 2)
- problème d'observance (score ≥3)

La figure 8 permet de visualiser la répartition statistique des scores de GIRERD.

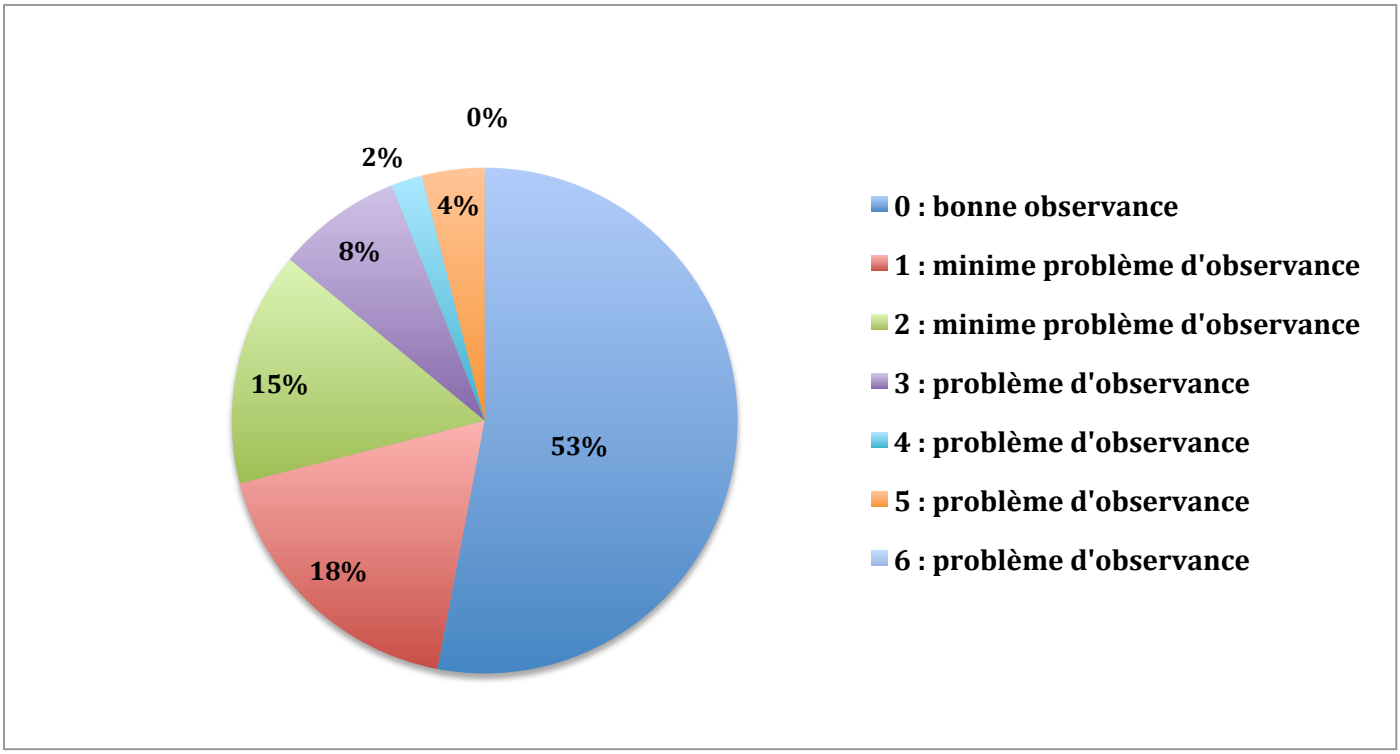


Figure 8 : Score de GIRERD (197)

Parmi les 197 patients pour lesquels nous disposons de la donnée : 53% des patients n'ont pas de problème d'observance, 33% ont un minime problème d'observance et 14% (regroupant les scores de 4, 5 et 6) ont un problème d'observance.

2.1.2.2 Nombre d'ordonnance(s) en cours

Soixante-neuf pour cent des patients ont une ordonnance en cours, 21% en ont 2, 7% en ont 3, 2% en ont 4 et 1% ont 5 ordonnances en cours. La figure 9 permet de visualiser la répartition statistique du nombre d'ordonnance(s) en cours.

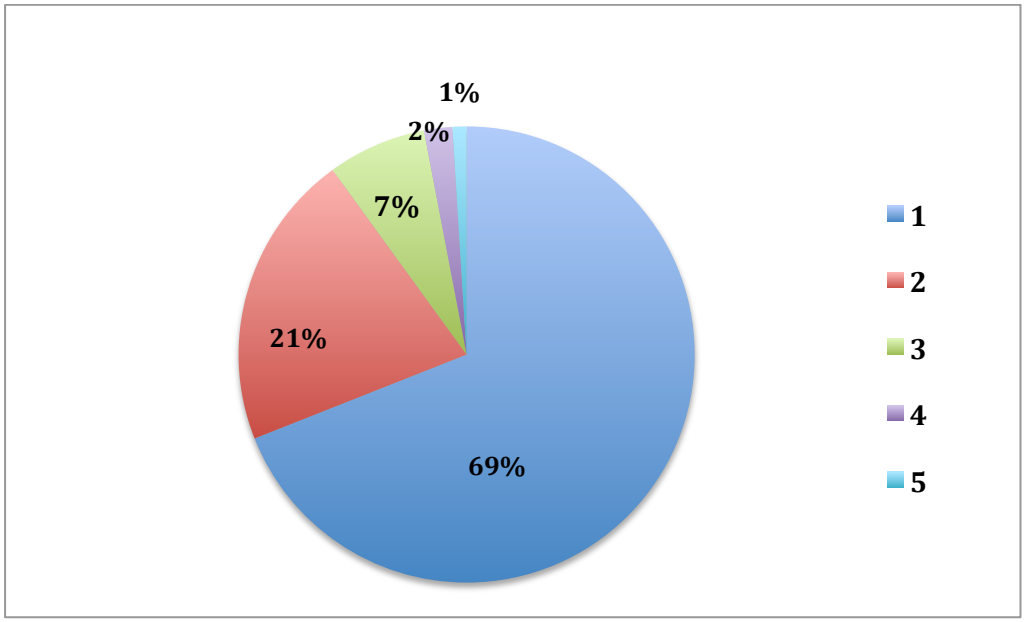


Figure 9 : Nombre d'ordonnance(s) en cours

2.1.2.3 Principales classes thérapeutiques prescrites

Dans l'ordre décroissant les classes de médicaments les plus prescrites (figure 10) sont le système cardiovasculaire (29%) qui représente quasiment un tiers des prescriptions, le système digestif et métabolisme (20%), le système nerveux (19%), le sang et organes hématopoïétiques (12%), le système respiratoire (4%), les hormones systémiques à l'exclusion des hormones sexuelles et des insulines (4%), le système musculo-squelettique (4%), le système génito-urinaire et hormones sexuelles (3%), les organes sensoriels (2%), les antinéoplasiques et agents immunomodulants (1%), les anti-infectieux (usage systémique) (1%) et la dermatologie (1%).

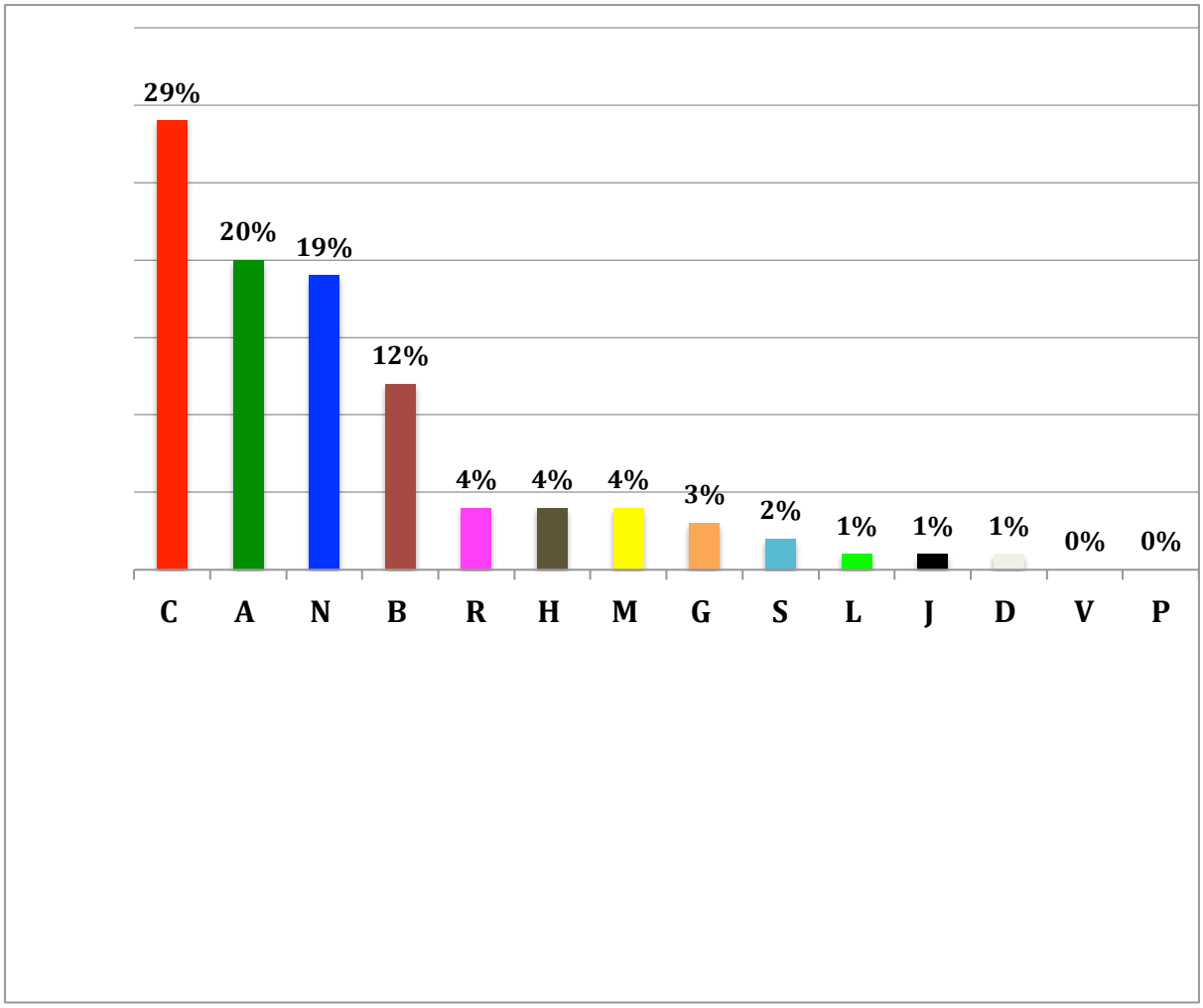


Figure 10 : Les classes thérapeutiques (ATC) les plus prescrites

C : système cardiovasculaire
N : système nerveux
R : système respiratoire
M : système musculo-squelettique
S : organes sensoriels
J : anti-infectieux (usage systémique)
V : divers

A : système digestif et métabolisme
B : sang et organes hématopoïétiques
H : hormones systémiques
G : système génito-urinaire et hormones sexuelles
L : antinéoplasiques et agents immunomodulants
D : dermatologie
P : antiparasitaires, insecticides et répulsifs

2.1.3 Données cliniques et biologiques

On retrouve une allergie médicamenteuse chez 28% des patients (iode, tramadol et antibiotiques sont les plus mentionnés). Soixante-dix pour cent des patients sont à jour dans leur calendrier vaccinal (diphtérie, tétanos et poliomyélite). Les taux de vaccination sont de 76% contre le tétanos, 21% contre le pneumocoque et 75% contre la grippe durant l'hiver 2018.
Nous avons réussi à avoir les données biologiques de 89% des patients. Les 11% restants avaient soit oublié de les apporter ou n'avaient pas de bilan biologique récent.

Nous avons la kaliémie que chez 48 patients soit chez 19% des patients interrogés. Chez ceux-ci, la valeur moyenne est de 4.45mmol/L.

Dix-huit patients sur 73 répondent « oui » à la question « avez-vous eu une perte de poids de plus de 4,5 kg dans l'année ? ».
On retrouve des troubles du sommeil chez 59% des patients et 0.9% se plaignent de troubles déglutition. Les données cliniques et biologiques sont résumées sur le tableau 3.

		N
Allergie médicamenteuse	24 (28%)	86
Vaccination à jour	103 (70%)	148
Grippe	151 (75%)	201
Tétanos	108 (76%)	143
Pneumocoque	15 (21%)	70
Biologie	222 (89%)	250
MDRD	70.54 ± 21.04	161
CKD-epi	70.13 ± 17.28	105
Cokcroft-Gault	68.56 ± 27.03	100
Kaliémie	4.45 ± 0.62	48
Perte de poids	18	73
Troubles du sommeil	95 (59%)	160
Troubles de la déglutition	14 (0.9%)	115

Tableau 3 : Données cliniques et biologiques de la population

2.1.4 Contact avec le médecin traitant

Le tableau 4 résume la proportion et le type de contact avec les médecins traitants. Un étudiant n'a pas pu le contacter c'est pourquoi N est de 245. La part des étudiants ayant obtenu une réponse du médecin traitant à leur intervention est de 72%.
Chaque étudiant a contacté les médecins traitants de manière différente : la majorité (61%) a décidé de communiquer par courrier, 23% par téléphone, 11% par email et 5% par d'autres moyens (figure 11).

		N
Contact avec le médecin traitant	225	245
Réponse	143 (72%)	199
		N
Type de contact		195
Courrier	118 (61%)	
Téléphone	45 (23%)	
Email	22 (11%)	
Autre	10 (5%)	

Tableau 4 : Contact avec le médecin traitant

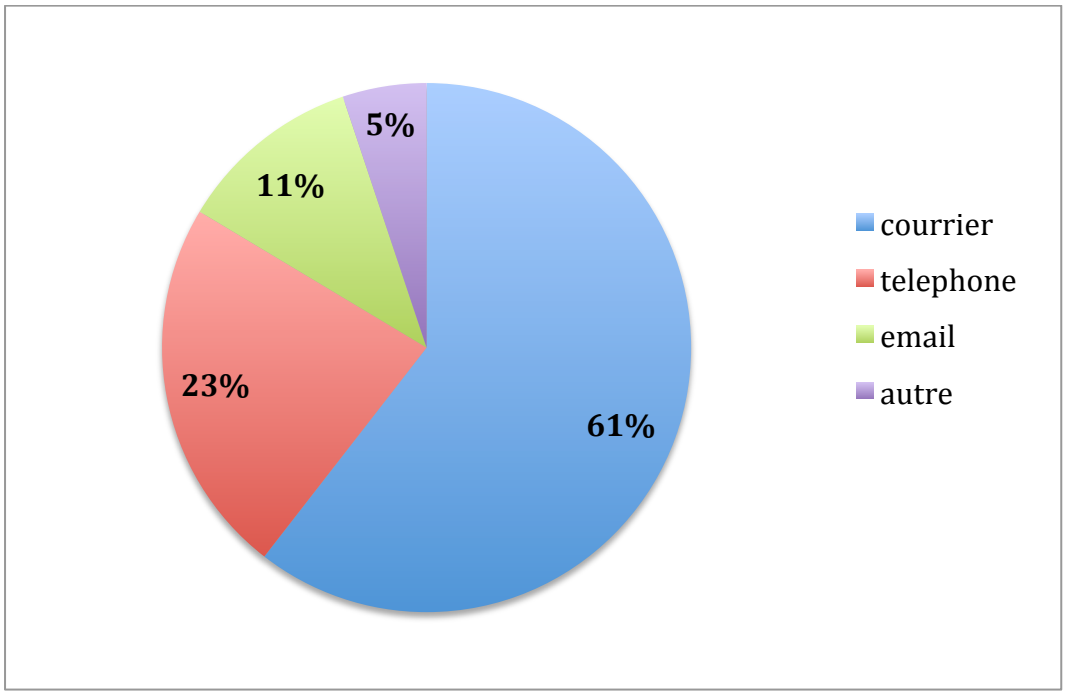


Figure 11 : Proportion des différents moyens de contacter le médecin traitant

2.2 Les interventions pharmaceutiques

2.2.1 Les IP les plus relevées

Sur les 250 patients, 430 IP ont été déclarées par les étudiants. Trente-sept IP ont été faites par rapport au débit de filtration glomérulaire, 7 concernent la kaliémie et 93 IP relèvent d'une prescription de MPI. Les figures 12 et 13 permettent de visualiser la proportion des types d'IP par problème relevé.

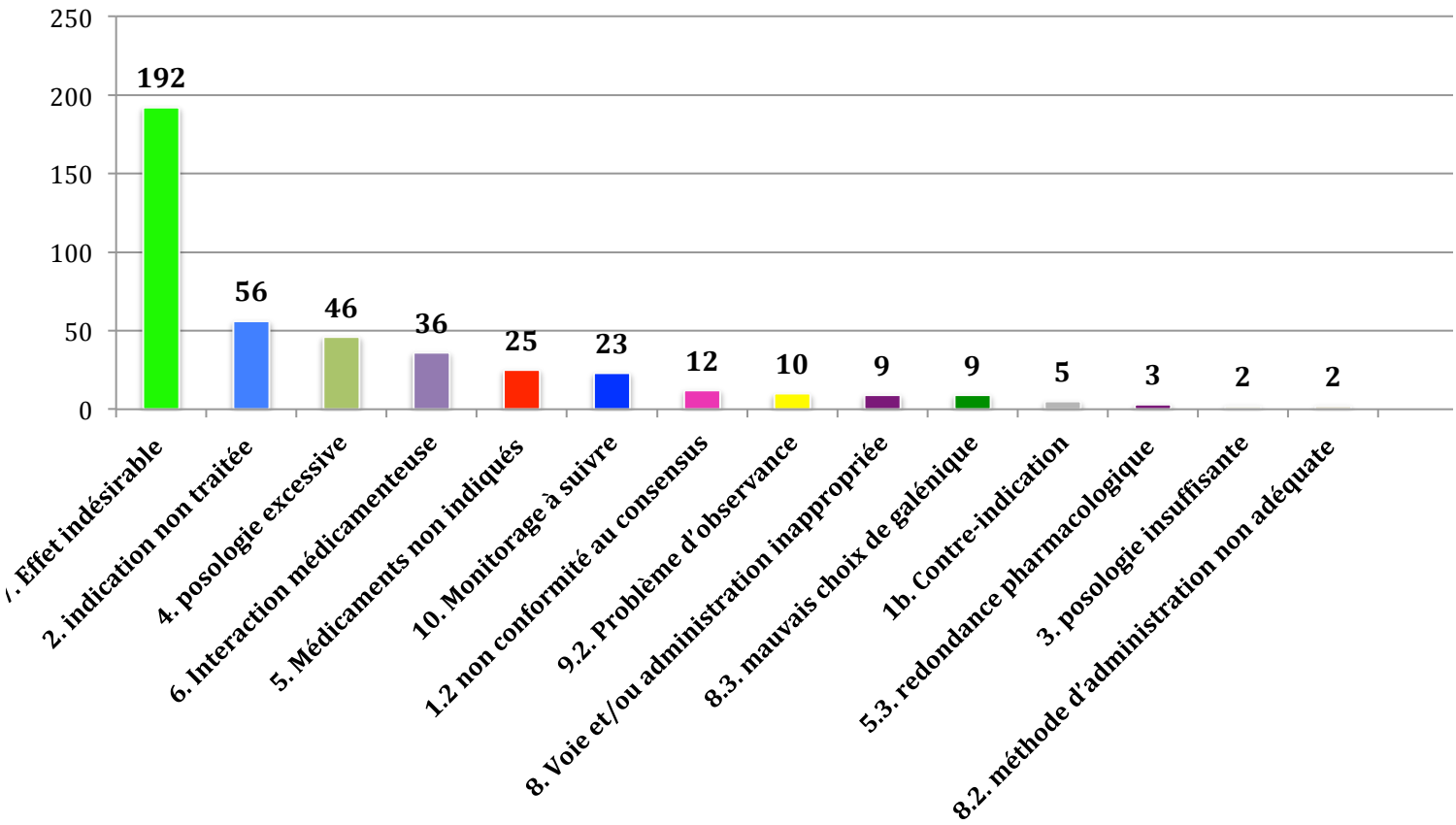


Figure 12 : Proportion des types d'IP par problème relevé

Dans l'ordre décroissant, les IP les plus fréquentes sont : EI (n=192), indication non traitée (n=56), posologie excessive (n=46), interaction médicamenteuse (n=36), médicaments non indiqués (n=25), monitorage à suivre (n=23), non-conformité au consensus (n=12), problème d'observance (n=10), voie et/ou administration inappropriée (n=9), mauvais choix de galénique (n=9), contre-indication (n=5), redondance pharmacologique (n=3), posologie insuffisante (n=2) et méthode d'administration non adéquate (n=2).

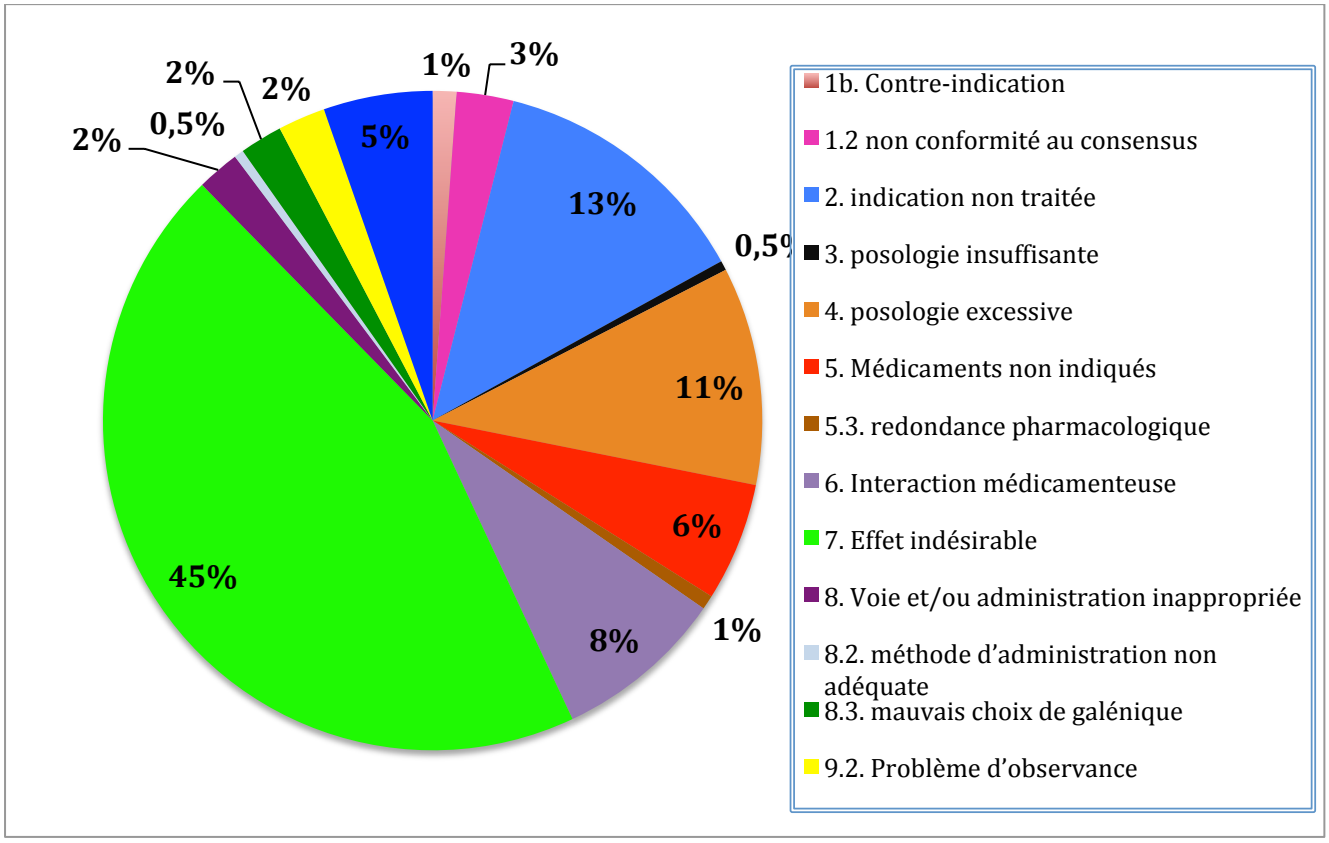


Figure 13 : Proportion des types d'IP par problème relevé (en %)

Quarante-cinq pour cent des IP sont des EI ; l'indication non traitée représente 13% des IP ; la posologie excessive, 11% ; l'IM, 8% ; la non indication, 6% ; le monitorage à suivre, 5% ; la non-conformité au consensus, 3% ; le problème d'observance, 2% ; la voie et/ou l'administration inappropriée, 2% ; le mauvais choix de galénique, 2% et la contre indication représente 1% des IP.

2.2.1.1 Les classes médicamenteuses les plus imputées

La classe médicamenteuse la plus responsable d'EI médicamenteux est le système cardiovasculaire (14). Les médicaments les plus imputés sont : la rilménidine à 11 reprises, les statines (n=8), les bêta-bloquants (n=7) et le furosémide (n=4).

Les médicaments du système nerveux représentent la deuxième classe médicamenteuse responsable d'EI avec le zopiclone (n=14) en première position, le bromazepam (n=13), l'hydroxyzine (n=7) puis l'alprazolam (n=4). Pour la classe « voie digestive/metabolisme », on retrouve les inhibiteurs de la pompe à protons (IPP) imputés dans 25 cas. La quatrième classe retrouvée est le « système génito-urinaire/hormones sexuelles » avec l'oxybutynine imputée 9 fois.

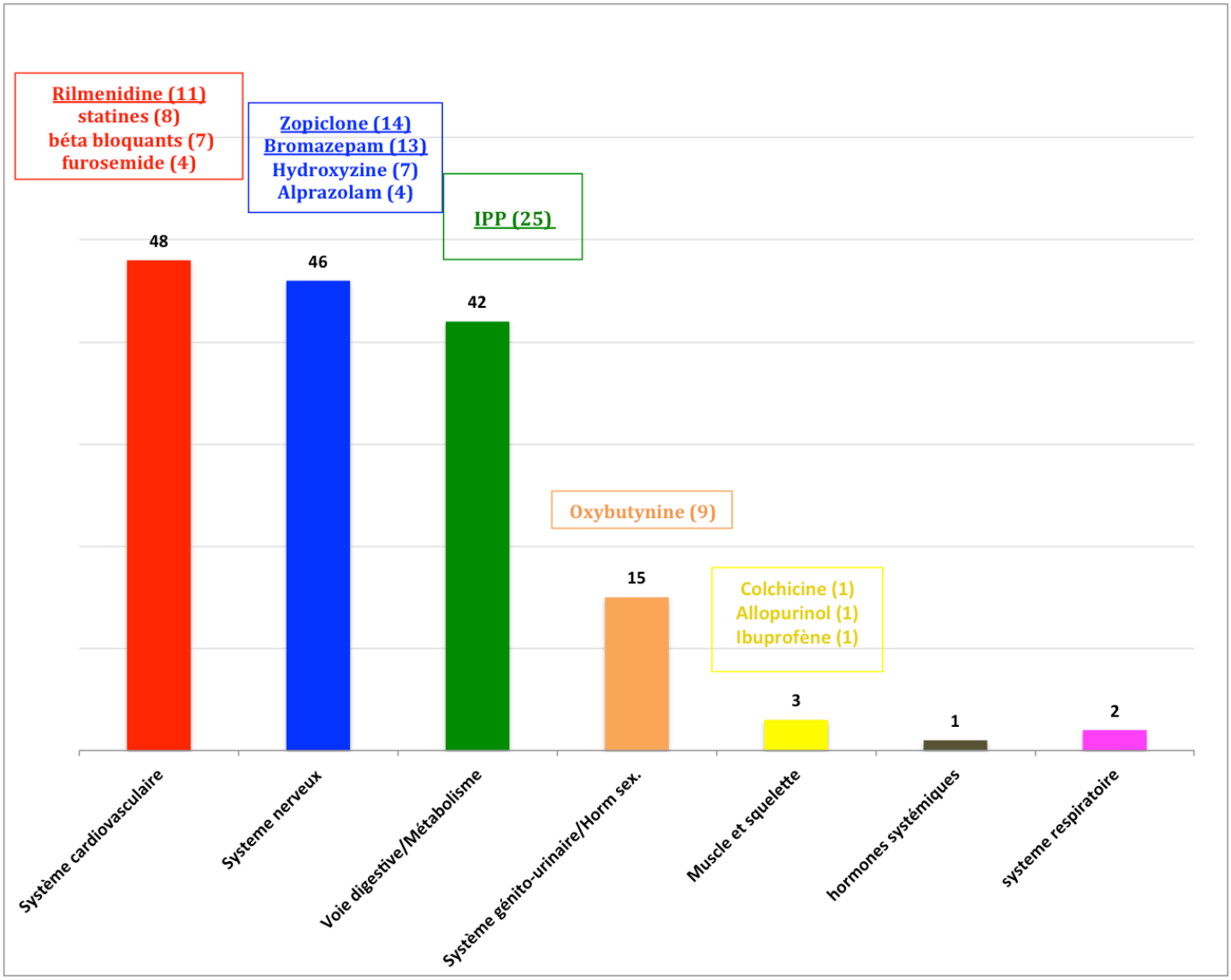


Figure 14 : Les classes médicamenteuses responsables d' EI médicamenteux

2.2.1.2 Propositions d'IP

Les propositions d'IP les plus retrouvées sont le suivi thérapeutique (n=125), substitution/échange (n=120), l'adaptation posologique (n=88), l'arrêt du médicament (n=80), l'ajout (n=11) et l'optimisation de l'administration (n=6). La répartition des propositions d'IP est visualisable sur la figure 15.

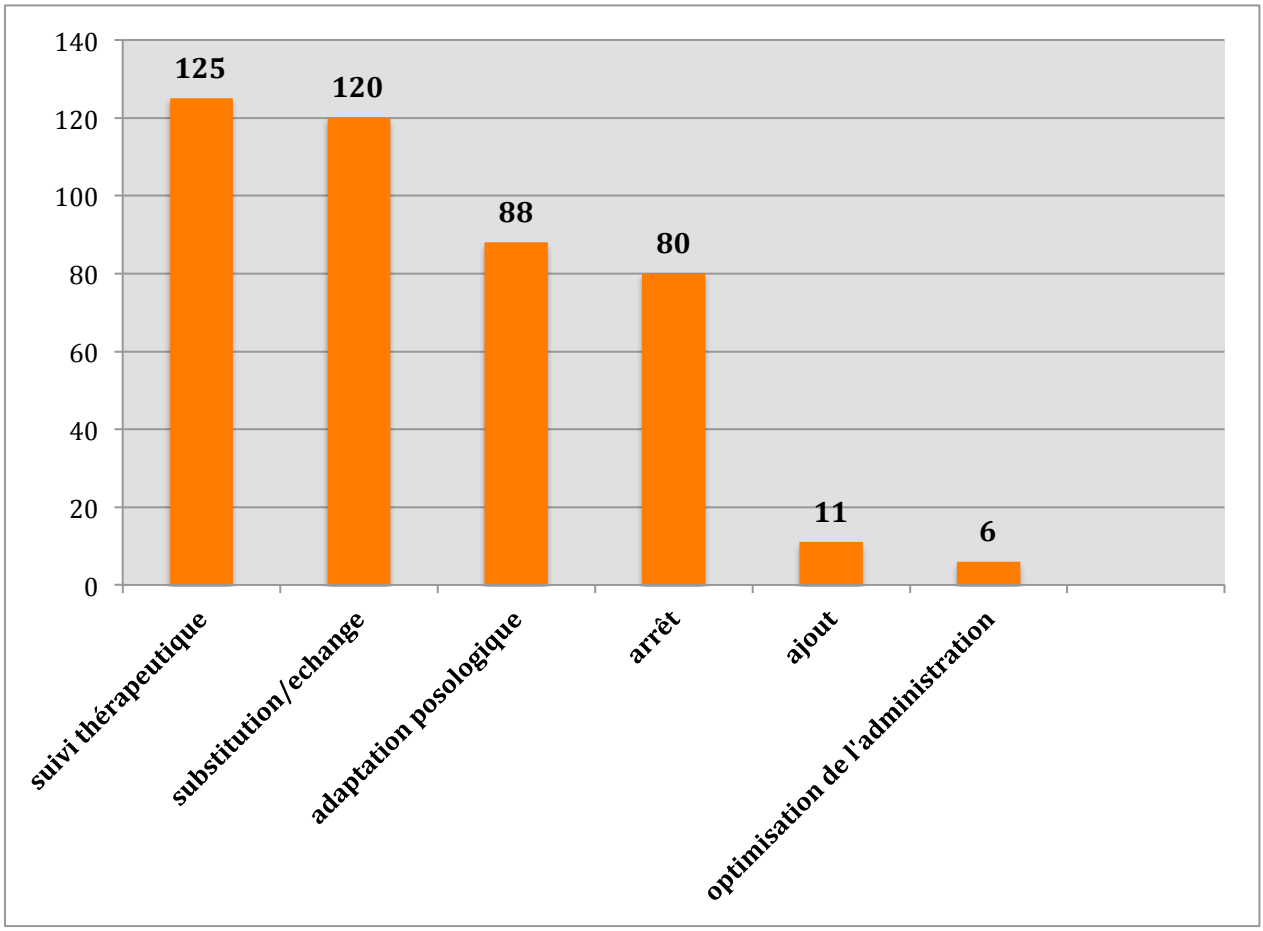


Figure 15 : Propositions d'interventions pharmaceutiques

2.2.1.3 Devenir des IP

Une fois le problème relevé et l'IP faite, l'étudiant a contacté le médecin traitant. La figure 16 répartit le devenir des IP en 3 catégories : acceptée, non acceptée et non renseignée. Dans 46% des cas nous n'avons pas de donnée : soit le médecin traitant n'a pas répondu ou l'étudiant n'a pas noté l'information. Les IP ont été acceptées dans 34% des cas, 20% ont été refusées et 46% sont non renseignées.

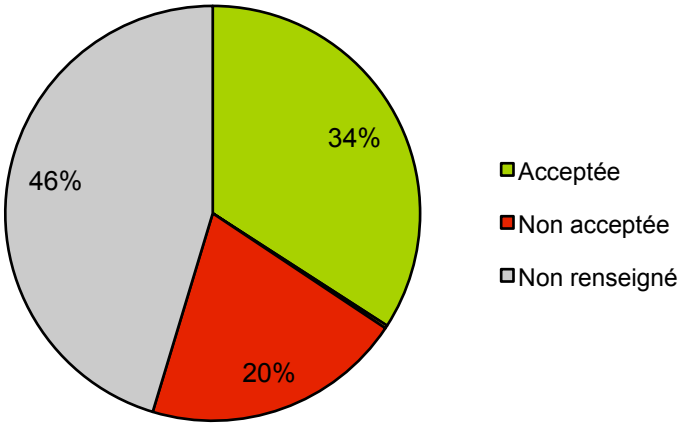


Figure 16 : Devenir des interventions pharmaceutiques

2.2.2 Les Médicaments potentiellement inappropriés

2.2.2.1 Les MPI relevés par classe médicamenteuse

Parmi les 93 IP concernant des MPI, 66 cas concernent le système nerveux, 11 le système cardiovasculaire, 11 le système génito-urinaire/hormones sexuelles, 3 cas concernent la voie digestive/métabolisme, 1 cas pour la classe « muscle/squelette » et 1 cas pour le système respiratoire. La répartition des MPI par classe ATC peut être visualisée sur la figure 17.

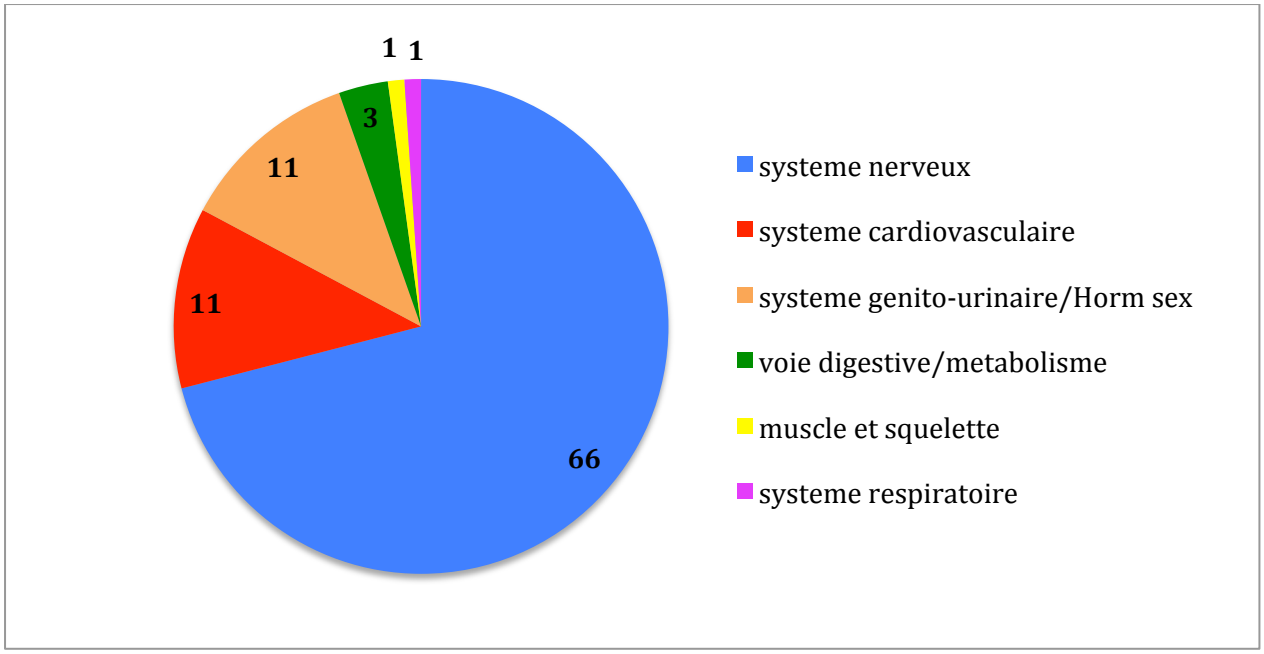


Figure 17 : Répartition des MPI relevés par classe ATC

Les molécules les plus retrouvées dans les IP (figure 18) concernant les MPI sont dans l'ordre décroissant : zopiclone (n=15), bromazepam (n=12), oxybutynine (n=9), rilménidine (n=9), hydroxyzine (n=8), alprazolam (n=5), zolpidem (n=4) et amitriptyline (n=3).

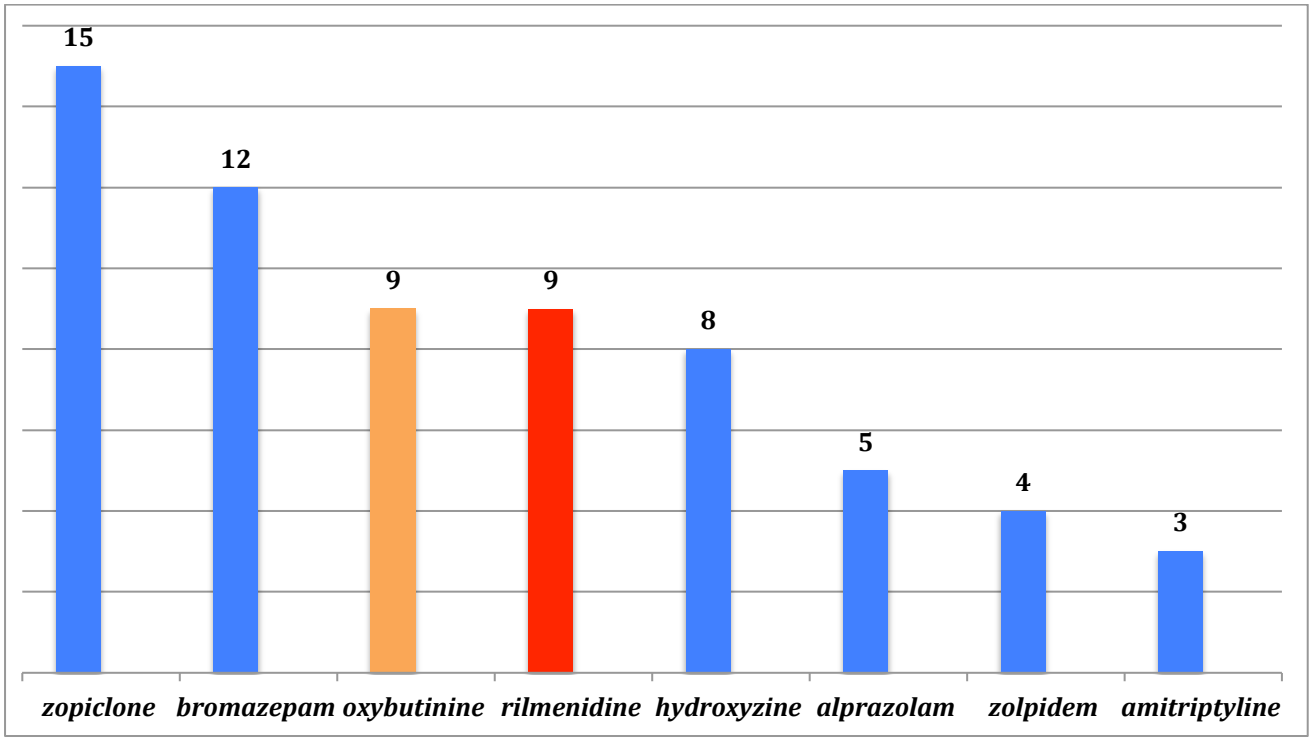


Figure 18 : Les MPI les plus imputés

2.2.2.2 Le devenir des MPI

Trente-neuf pour cent, soit un peu plus d'un tiers des IP concernant les MPI ont été acceptées par le médecin traitant et 22% ont été refusées. Nous n'avons pas la donnée pour 39% d'entre elles. La figure 19 représente la proportion du devenir des IP concernant les MPI.

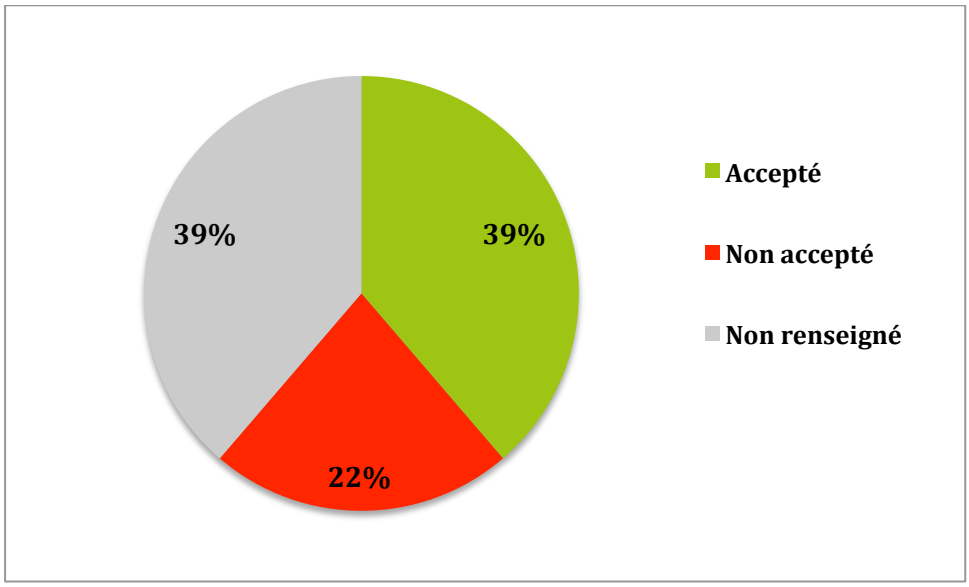


Figure 19 : Le devenir des IP concernant les MPI

2.2.3 Les 3 IP les plus relevées

Les 3 IP qui ressortent le plus souvent concernent en premier lieu les benzodiazépines avec 56 cas pour des problèmes d'EI de posologie excessive et de non indication. Les IPP sont retrouvés à 47 reprises pour EI, IM et non indication et les vaccins ont été relevés 43 fois.

2.2.3.1 Les inhibiteurs de la pompe à protons

Les IP relevées pour les IPP sont : EI (n=25), IM (n=10), médicaments non indiqués (n=8), non conformité au consensus (n=1) et une posologie excessive (n=3).

Ces 47 IP sont acceptées (n=16 soit 34%), non acceptées (n=9 soit 19%) ou non renseignées (n=22 soit 47%).

2.2.3.2 Les vaccins

Les 43 IP concernant les vaccins sont toutes pour une indication non traitée. Dix-huit d'entre elles ont été acceptées par les médecins traitants. Il y a eu 5 refus : dans 2 cas le vaccin avait déjà été fait (l'étudiant n'avait pas toujours le carnet de vaccination à disposition et prenait le patient au mot).
Pour les 20 cas restants, le devenir de l'IP est non renseigné.

2.2.3.3 Les benzodiazépines

Les 56 IP concernant les benzodiazépines sont majoritairement imputées pour un EI (n=49 soit 87.5%). Les autres problèmes relevés sont la posologie excessive (n=5) et la non-indication (n=2). Vingt IP ont été acceptées par les médecins traitants, 12 refusées et 24 non renseignées.

3. Discussion

Les étudiants de sixième année ont permis d'être un levier à la réalisation des BPM dans les officines où ils réalisaient leur stage de pratique professionnelle.
Cette mise en place n'a pas été évidente. Il a fallu une bonne organisation au sein de l'équipe officinale. Les différentes étapes du dispositif doivent être standardisées le plus possible afin d'être efficace et ne pas perdre trop de temps notamment pour l'étape de l'analyse qui est l'une des plus chronophage.
Cette étude permet d'obtenir des premiers résultats sur un échantillon de 250 patients suite à l'instauration de cette nouvelle mission.

3.1 Population étudiée

L'âge médian retrouvé dans cette étude est de 78 ans ce qui est assez jeune pour une population gériatrique. En effet, les patients recrutés étaient ceux qui se présentaient spontanément à l'officine, assez autonomes pour venir récupérer leurs traitements. Peu de BPM ont été réalisés au domicile du patient et les patients résidant dans les EHPAD ont été exclus de l'expérimentation.

3.2 Observance

Selon le questionnaire GIRERD l'observance a été évaluée comme bonne pour 53% des patients ; 33% ont un problème d'observance minime et 14% ont un problème d'observance. Nous obtenons un meilleur résultat qu'une étude menée en région parisienne (61) sur 1206 patients qui retrouve un score de 0 pour seulement 29.19% de ses patients, 56.88% ont un problème d'observance minime et 13.92% ont une mauvaise observance.

Le test de GIRERD est une méthode d'évaluation de l'observance qualifiée d'autoquestionnaire. C'est une méthode standard utilisée fréquemment car : elle est non invasive, rapide, de faible coût … Il y a néanmoins un certain nombre d'inconvénients : les patients font appel à leur mémoire, il n'y a pas de données quantitatives et la précision est faible (62). Il est basé sur des données déclaratives.
Bien qu'étant un moyen rapide et pratique dans un contexte d'entretien à l'officine, il y a généralement une tendance à la surestimation (63).

Afin d'obtenir des résultats assez fiables, il s'agit de bien s'exprimer lors de la réalisation du questionnaire : « la formulation des questions est très importante, il doit y être porté un soin particulier (ne rien suggérer, ne pas culpabiliser...), car la qualité des données recueillies dépendra de la qualité du questionnaire » (64).

Dans la littérature d'autres méthodes non invasives sont retrouvées pour évaluer l'adhésion thérapeutique, comme par exemple le ratio de possession de médicament (MPR) qui se définit par la quantité de médicaments consommés sur une période de temps donnée. Celui-ci permet de déterminer le pourcentage de jours de traitement couverts par les délivrances.

Cette méthode surestime également l'observance puisque plus le patient renouvelle tôt son traitement,

plus l'observance sera meilleure, la valeur du numérateur étant plus élevée. Le résultat est également surestimé si le patient arrête le traitement avant échéance, la valeur au dénominateur étant plus petite.

L'avantage de l'utilisation de cet indice qui se base sur des données est qu'il permet de contourner les biais d'informations notamment de désirabilité sociale. D'après Karve et al., il s'agit d'une méthode ayant une bonne validité prédictive (65).

Lorsqu'il s'agit de comparer les différentes méthodes, l'étude de Hein et al (66) montre que lorsque le patient estime seul sa prise par rapport à l'évaluation via le MPR, il est retrouvé des résultats divergents et les auteurs concluent que ces deux techniques ne sont pas totalement fiables, le seul moyen reste de témoigner en direct de la prise du médicament par le patient ce qui n'est pas réaliste dans un contexte de pharmacie de ville.

De manière générale, on peut se demander si une bonne observance se limite seulement à la prise de médicaments et ne considère pas le suivi médical dans son intégralité : rendez-vous médicaux, bilans biologiques …

3.3 Le traitement

3.3.1 Gestion du traitement et nombre d'ordonnances

Le pourcentage de patients gérant seuls leurs traitements est de 76%, ce qui est un taux inferieur à une étude menée à Toulouse sur 483 patients qui obtenait un taux de 85% (67). Ceci s'explique par la moyenne d'âge des patients de cette expérimentation et par leur autonomie. Un patient qui se déplace pour récupérer son traitement a en général les capacités nécessaires pour le gérer seul.

Nos 250 patients ont 364 ordonnances en cours, soit en moyenne 1.5 par personne. Soixante-neuf pour cent des patients ont une ordonnance en cours, 21% en ont 2, 7% en ont 3, 2% en ont 4 et 1% ont 5 ordonnances en cours.
En général, les patients possèdent l'ordonnance de leur généraliste et une ordonnance d'un spécialiste. Les spécialistes délivrent des ordonnances pour une durée plus longue que les généralistes.

3.3.2 Polymédication et hyperpolymédication

Le nombre médian de médicaments prescrits par patient est de 9 avec un intervalle entre 7 et 11 médicaments. Le nombre de prises moyen est de 12.61 par jour avec un intervalle entre 4 et 33 prises.

Ce nombre est élevé et ne prend pas en compte l'automédication potentielle. Ces résultats coïncident avec les données retrouvées dans la littérature : une étude menée aux Pays-Bas sur 155 patients âgés de plus de 65 ans traités par au moins 5 médicaments trouve un nombre médian similaire de 9 médicaments par patient (68) ; en France on retrouve un nombre moyen de 8.4 médicaments chez des patients de plus de 65 ans (67). Selon la HAS, le seuil de risque lié à la "polymédication" est à 5 médicaments par jour (4).

Le taux de patients hyperpolymédiqués est de 41,6%, c'est-à-dire prenant au moins 10 médicaments par jour ce qui est bien inférieur à une étude (61) menée sur 1206 patients en France qui a obtenu un taux de 78,03%. Ceci peut s'expliquer par le fait que cette étude n'a sélectionné que des patients de plus de 75 ans. Dans la littérature, autre étude retrouve 30% d'hyperpolymédication (67). Celle-ci définie l'hyperpolymédication à un taux supérieur ou égal à 9 médicaments par jour. En effet il n'y a pas de consensus médical sur la définition.

Le nombre de médicaments prescrits par jour est un facteur de risque de problème lié à la prescription et donc d'iatrogénie médicamenteuse (16) d'après cette étude menée sur 892 patients âgés en France.

3.3.3 Les classes médicamenteuses

Les classes de médicaments les plus prescrites concernent le système cardiovasculaire (29%), le système digestif et métabolisme (20%), le système nerveux (19%), le sang et organes hématopoïétiques (12%), le système respiratoire (4%), les hormones systémiques à l'exclusion des hormones sexuelles et des insulines (4%), le système musculo-squelettique (4%), le système génito-urinaire et hormones sexuelles (3%), les organes sensoriels (2%), les antinéoplasiques et agents immunomodulants (1%) et la dermatologie (1%).

Le système cardiovasculaire représente quasiment un tiers des prescriptions. Ceci est en accord avec les antécédents retrouvés (tableau 2) : 98% des patients ont une ou plusieurs pathologie(s) cardiovasculaire(s). Cette donnée concorde également avec un rapport de la HAS (4) sur la consommation médicamenteuse chez le sujet âgé qui est dominée par les médicaments à visée cardiovasculaire.

3.4 Automédication

Sur les 163 patients ayant répondu à la question, 58% disent avoir recours à l'automédication. Le pourcentage de personnes âgées ayant recours à l'automédication est variable d'une étude à l'autre, il peut aller de 31% à 80% dans les différentes études consultées (61-63-65).

Cinquante-huit pour cent est probablement un chiffre sous-estimé. En effet, certains patients ne saisissent pas totalement la notion d'automédication : il est arrivé que des patients répondent « non » à la question « avez-vous parfois recours à l'automédication ? », et qu'après explication du terme, le patient soit revenu sur sa réponse. Cette nuance de perception sur l'automédication est également soulevé dans les résultats de cette thèse qui porte sur l'automédication de la personne âgée (19). Ceci pose plusieurs problèmes : le patient n'informe pas toujours son médecin traitant de cette prise de médicament(s) hors prescription et ne pense pas à la possibilité d'IM avec d'autres traitements.

Le médicament retrouvé en majorité (n=30) est le paracetamol. Trois personnes consomment régulièrement en automédication de l'ibuprofène.

On retrouve la phytothérapie qui est surtout utilisée pour améliorer le sommeil et à visée sédative (valeriane, balotte, passiflore), mais aussi pour les troubles du rhumatisme (curcuma, harpagophytum). Les patients ont également recours à l'homéopathie (n=13) en automédication.

Dans cette expérimentation, 5 patients ont recours à la doxylamine en automédication. Elle fait partie des MPI par ses propriétés anticholinergiques et ses effets négatifs sur la cognition. Elle expose notamment à un risque de chute nocturne chez la personne âgée ayant l'habitude de se lever la nuit et elle est contre indiquée s'il y a risque de rétention des urines (adénome de la prostate).

Certains mentionnent la prise de vitamines en supplémentation (n=6). On retrouve de l'automédication pour les inconforts intestinaux : macrogol (n=3), citrate de bétaine (n=1) ; et pour les maux saisonniers : sprays et sirops pour la gorge...

Une part de l'automédication peut être vérifiée via le DP s'il est ouvert et si le pharmacien ou le préparateur a demandé la carte vitale lors de l'achat. Ceci est indispensable afin de vérifier l'absence d'interactions avec le traitement en cours.

3.5 Les interventions pharmaceutiques retrouvées

On a retrouvé 430 IP sur les 250 patients soit une moyenne de 1.7 IP par patient. Ce qui est supérieur à une étude réalisée en 2017 (16) retrouvant 259 IP pour 892 patients âgés de plus de 65 ans soit 0.3 IP par patient.

L'IP la plus retrouvée sont les EI à 45%, 13% indication non traitée, 11% pour une posologie excessive, 8% IM, 6% médicaments non indiqués, 5% monitorage à suivre, 3% non-conformité au consensus, 2% problème d'observance, 2% voie et/ou administration inappropriée, 2% un mauvais choix de galénique, et 1% contre indication.

3.5.1 Les médicaments potentiellement inappropriés

En se référant à la liste de Laroche, parmi les 430 IP retrouvées chez les 250 patients, 93 IP relèvent d'une prescription de MPI soit un taux de 37%. Ce résultat est assez similaire à une étude sur 248 patients âgés qui obtient un taux de 45.2% (69).

Parmi ces 93 IP, 49%, proviennent d'une prescription de benzodiazépines 20% de médicaments anticholinergiques et 9% proviennent d'une prescription d'antihypertenseurs centraux. Au total dans cette étude, 12,7% des ordonnances contenaient un médicament de la famille des benzodiazépines. Dans l'étude de Bourcier et al. menée dans les officines en France sur la qualité des prescriptions chez la personne âgée le pourcentage de benzodiazépine retrouvé est un peu plus faible (8.54%) (61) .

Les molécules les plus imputées sont le zopiclone (15 cas soit 15,5%), le bromazepam (n=12), l'oxybutynine (n=9), la rilménidine (n=9), l'hydroxyzine (n=8), l'alprazolam (n=5), le zolpidem (n=4) et l'amitriptyline (n=3).
D'après la liste de Laroche le zopiclone et le zolpidem sont considérés comme MPI si leur posologie dépasse respectivement 3.75mg et 5mg par jour. Cette notion n'a pas pu être vérifiée pour tous les cas.

Le taux d'IP acceptées par les médecins traitants est de 39% et 22% ont été refusées. Les justifications du refus sont : « le patient tolère bien le médicament » ou notamment pour les benzodiazépines que « le patient ne veut pas l'arrêter ». Les médecins traitants nous ont également mentionné avoir tenté des arrêts qui ont été non fructueux.

3.5.2 Les effets indésirables médicamenteux

Les trois classes médicamenteuses (ATC) les plus imputées pour des EI sont le système cardiovasculaire, le système nerveux et la voie digestive/métabolisme. Ceci peut s'expliquer car ce sont également les classes de médicaments les plus prescrites.

Les médicaments qui ressortent à de nombreuses reprises (figure 14) sont la rilmenidine (n=11), le zopiclone (n=14), le bromazepam (n=13), les IPP (n=25) et l'oxybutynine (n=9).

La rilmenidine, le bromazepam et l'oxybutynine sont des MPI pour la population gériatrique (36).

En effet, la rilmenidine entraine un effet sédatif central et des risques d'hypotension, de bradycardie et de syncope. Les alternatives à son utilisation sont tout autres antihypertenseurs sauf les inhibiteurs des canaux calciques à libération immédiate et la réserpine.

L'oxybutinine est un MPI pour ses effets anticholinergiques. Les alternatives thérapeutiques sont le trospium ou autre médicament avec moins d'effet anticholinergique.

3.5.3 La prescription de benzodiazépines

La France est le deuxième pays derrière l'Espagne ayant la plus forte consommation de benzodiazépines. Près de 13.4% de la population française en a consommé au moins une fois une 2015 (70).
Chez la personne âgée, cette consommation n'est pas sans risque. En effet, la consommation chronique de benzodiazépines chez les personnes âgées majore le risque de chutes de 47% (71) et donc potentiellement de fractures associées ; de déclin cognitif (72) et de perte de mémoire (73).

Le guide PAPA ainsi que la liste de Laroche recommandent d'utiliser chez le sujet âgé uniquement des benzodiazépines à demi-vie courte et à dose inférieure à la moitié de la dose proposée chez l'adulte jeune. Cette prescription doit être d'une durée la plus courte possible et ne doit pas dépasser 12 semaines.

Parmi les 56 IP relevées concernant les benzodiazépines, 20 propositions ont été acceptées par les médecins traitants, 12 refusées et 24 non renseignées. Certains médecins traitants ont mentionné la difficulté d'arrêter ces traitements. Le refus de baisse de posologie ou d'arrêt vient souvent des patients eux-mêmes, trop attachés au médicament. En effet, il existe une accoutumance psychologique chez le patient qui a intégré la prise du médicament dans sa routine et ne comprend pas l'arrêt d'un traitement pris depuis longtemps. L'accoutumance physique avec les risques d'apparition de symptômes de sevrage est aussi un frein à la déprescription des benzodiazépines. La HAS a rédigé un guide de recommandations avec les modalités d'arrêt des benzodiazépines pour aider les médecins traitants (74).

3.5.4 La prescription d'inhibiteurs de la pompe à protons

La prescription d'IPP est un problème visible lors de cette étude.
On retrouve 47 IP les concernant soit 10.9% des interventions. Les problèmes relevés sont : EI (n=25), IM (n=10), médicaments non indiqués (n=8), posologie excessive pour l'indication (n=3) et non conformité au consensus (n=1).

Certains patients ont mentionné prendre des IPP pour dyspepsie. Or, d'après les recommandations du bon usage du médicament publié par la HAS (75), la dyspepsie fonctionnelle en l'absence de reflux gastro-oesophagien associés n'est pas une indication.

Les IM relevées sont toutes avec des antiagrégants plaquettaires : avec le clopidogrel (n=8), avec l'acetylsalicylate de lysine (n=1) et l'association clopidogrel/aspirine (n=1).

D'après le rapport de 2017 de l'Omedit, (Annexe 8), bien que l'association clopidogrel/IPP (28) diminue fortement les complications hémorragiques gastro-intestinales, ceux-ci sont également liés à une augmentation de 30% du risque de fracture. Cette association ne doit pas être systématique chez la personne âgée.
Ces 47 IP sont acceptées à 34% (n=16), refusées à 19% (n=9) ou non renseignées à 47% (n=22). Lorsque les médecins traitants ont refusé l'IP, leur justification était que le patient était équilibré.

3.5.5 Les indications non traitées

Treize pour cent des IP représentaient une absence de thérapeutique pour une indication valide, nécessitant un ajout de médicament. C'est l' « underuse ». Parmi celles-ci on retrouve la vaccination (n=43 soit 76.8%), la supplémentation en vitamine D (n=2) et en calcium (n=2) …

La nécessité de supplémentation en vitamine D est très probablement sous estimée.

Ici, 41 patients n'étaient probablement pas à jour pour leur vaccination contre la diphtérie, le tétanos et la poliomyélite. Dix-huit de ces interventions ont été acceptées par les médecins traitants. Certains patients n'apportaient pas leurs carnets de vaccination et faisaient appel à leur mémoire, il est donc possible que ce nombre soit en réalité plus faible.
Ce vaccin doit être administré à l'âge de 65 ans et plus puis tous les 10 ans.
Ceci est sans compter les vaccins en recommandation générale : grippe saisonnière (à réaliser chaque année) et zona (pour les personnes entre 65 et 74 ans).

3.6 Préconisations

Les IP les plus retrouvées sont le suivi thérapeutique (n=125 soit 29%), substitution/échange du médicament (n=120 soit 28%), l'adaptation posologique (n=88 soit 20%), l'arrêt du médicament (n=80 soit 19%), l'ajout (n=11 soit 3%) et l'optimisation de l'administration (n=6 soit 1%).

3.7 Le devenir des IP

Le médecin traitant a accepté les IP et la préconisation de l'étudiant dans 34% des cas et refusé dans 20% des cas. Le devenir de l'IP est « non renseigné » dans 46% des cas ce qui est regrettable.

Ceci peut s'expliquer par plusieurs raisons : le médecin traitant n'a pas forcément refusé l'IP, parfois l'étudiant n'a pas eu de retour du médecin traitant mais il a pu remarquer que le changement avait été effectué lors du renouvellement ; certains médecins traitants n'ont pas accepté le concept du dispositif malgré leurs rôles à jouer dans ce BPM ; le moyen de communication entre la

pharmacie et les médecins traitants n'est pour le moment pas standardisé ou mis en place de manière à avoir une réponse rapide et concise ; le fait que 61% des étudiants aient communiqué par courrier explique également ce taux de réponses, par manque de temps des médecins traitants.

4. Conclusion

Dans le contexte du vieillissement de la population française, la prise en charge des personnes âgées est un enjeu majeur de santé publique. Le BPM est un dispositif innovant qui a été exploré lors de cette thèse. Il s'agissait de faire une compilation des résultats obtenus sur les données récupérées de 250 patients dans le but d'observer les principales IP réalisées au cours de ceux-ci.

Les résultats montrent que l'observance (évaluée à l'aide du questionnaire de GIRERD) est bonne chez la moitié des patients. Il existe une polymédication certaine avec un nombre moyen de médicaments prescrits de 9 et une moyenne de 12 prises par jour. De plus, 42% sont hyperpolymédiqués (> à 10 médicaments/jour) et de nombreux patients prennent des MPI. Le BPM a donc toute sa place pour améliorer ces résultats.

Il aurait été intéressant d'avoir les données sur les autres étapes du BPM tel que le bilan d'observance afin d'évaluer l'impact du dispositif sur celle-ci.

La simplification des ordonnances, la communication entre les soignants et l'éducation thérapeutique des patients sont des points indispensables afin de permettre une meilleure adhérence thérapeutique et un bon usage du médicament.

Les pharmaciens entament des formations et les patients sont sensibilisés sur l'existence du BPM. Charge maintenant au pharmacien de s'impliquer dans cette nouvelle mission qu'il ne faut pas négliger. Elle lui permet de promouvoir ses compétences pharmacologiques et d'affirmer son rôle dans le parcours de soins dans une ère où la vente de médicaments en ligne et l'abolition du monopole des pharmacies sont des sujets fréquemment abordés.

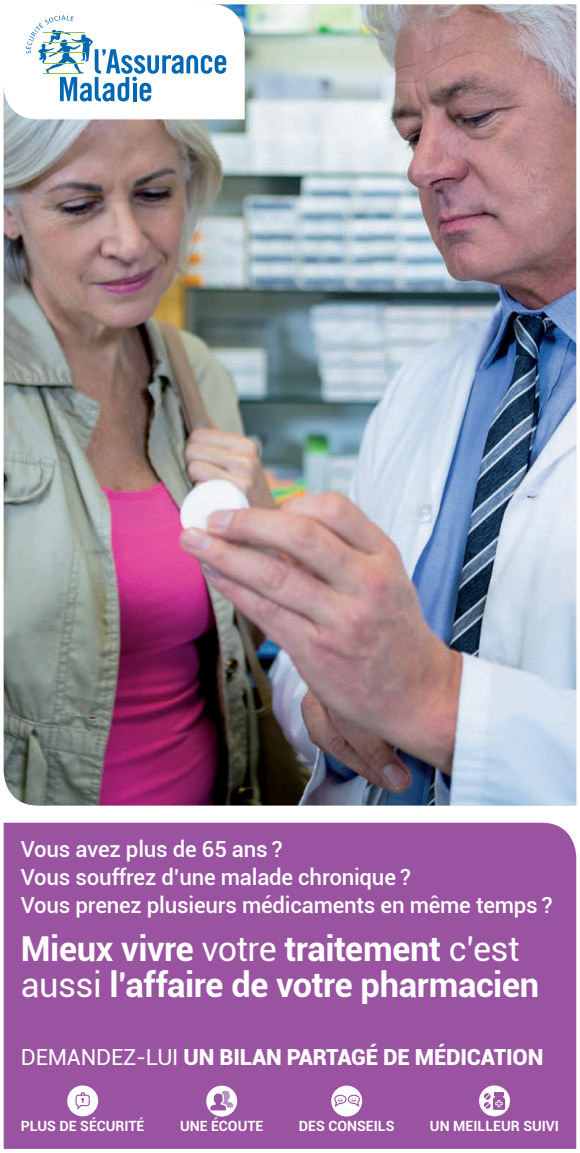
Il s'agit bien d'une démarche à bénéfices aussi bien collectifs que personnels.

Ce dispositif est déjà développé dans de nombreux pays : Australie, Etats-Unis, Royaume-Uni, … L'officine française est également capable de diversifier son activité au-delà de la dispensation. D'ailleurs, les étudiants ayant participé à cette expérimentation se sont montrés motivés face à cette nouvelle pratique plus clinique, qui correspond davantage aux études de pharmacie. Il faut donc se lancer dans cette tâche !

D’autres problématiques se profilent déjà, comme trouver des moyens de partager des informations sur les patients entre soignants de manière sécurisée ; mettre en place un espace de confidentialité adéquat ; uniformiser le processus du BPM pour rendre les tâches moins chronophages … A plus grande échelle, le partage d’informations médicales de manière digitale est en plein développement avec la « E-santé » ; la notion de conciliation médicamenteuse ville-hôpital ainsi que le déploiement du dossier médical partagé sont des thématiques en pleine expansion qui vont permettre d’améliorer le suivis des patients.

ANNEXES

ANNEXE 1 : brochure d'informations sur les BPM de l'Assurance maladie



ANNEXE 2 : Fiche de rendez-vous

Fiche de rendez-vous « Bilan partagé de médication »

Rendez-vous le :
Heure :

Documents à apporter lors de l'entretien : Ordonnances de moins d'un an, boîtes de médicaments, piluliers déjà préparés, médicaments ou produits de santé achetés ou pris occasionnellement ces derniers mois, analyses biologiques récentes, comptes rendus d'hospitalisation, carnet de vaccination et la carte vitale.

ANNEXE 3 : fiche de recueil d'informations (SFPC)

BILAN DE MEDICATION

SFPC
Société française de pharmacie clinique

Nom : ……

Né(e) le : ……

Prénom : ……

Age : ……..

Poids (kg) : ……..

Sexe : □ F □ M

Mode de vie : □ Seul(e)
□ Avec conjoint
□ Avec famille
□ Autre: ……..

Lieu de vie : □ Domicile (habitation individuelle)
□ Domicile (habitation collective)
□ Foyer logement
□ EHPAD
□ Autre: ……..

Date de l'entretien : ……..

Visite : □ Bilan initial
□ Réévaluation n°……

Contexte: □ Sortie d'hospitalisation
□ A la demande du médecin traitant
□ Doute sur l'observance
□ Polymédication
□ Autre :……

Aides existantes :

Aide-ménagère	□ Oui	□ Non	□ Ne sait pas
IDE	□ Oui	□ Non	□ Ne sait pas
Kinésithérapeute	□ Oui	□ Non	□ Ne sait pas
Portage des repas	□ Oui	□ Non	□ Ne sait pas
Téléalarme	□ Oui	□ Non	□ Ne sait pas
Autre	□ Oui	□ Non	□ Ne sait pas

Précisez :…….. ……..

Nom et coordonnées du médecin traitant :

……
……

Nom et coordonnées du (des) médecin(s) spécialiste(s) :

……
……

Nom et coordonnées de l'infirmier(e) à domicile :

……
……

Nom et coordonnées de l'aidant principal :

……
……

Antécédents et Comorbidités

Pathologies cardiovasculaires :

HTA	□ Oui	□ Non	□ Ne sait pas
Hypercholestérolémie	□ Oui	□ Non	□ Ne sait pas
Fibrillation auriculaire ou flutter	□ Oui	□ Non	□ Ne sait pas
IDM ou insuffisance coronarienne	□ Oui	□ Non	□ Ne sait pas
Insuffisance cardiaque	□ Oui	□ Non	□ Ne sait pas
Artériopathie des membres inférieurs	□ Oui	□ Non	□ Ne sait pas
AVC avec ou sans séquelle	□ Oui	□ Non	□ Ne sait pas
Accident Ischémique Transitoire	□ Oui	□ Non	□ Ne sait pas
Diabète	□ Oui	□ Non	□ Ne sait pas

Pathologies psychiatriques :

Dépression	□ Oui	□ Non	□ Ne sait pas
Trouble bipolaire	□ Oui	□ Non	□ Ne sait pas
Trouble psychotique	□ Oui	□ Non	□ Ne sait pas

Pathologies neurologiques :

Maladie de Parkinson	□ Oui	□ Non	□ Ne sait pas
Epilepsie	□ Oui	□ Non	□ Ne sait pas
Démence	□ Oui	□ Non	□ Ne sait pas

Autres pathologies :

Insuffisance rénale	□ Oui	□ Non	□ Ne sait pas
Cancer en cours d'évolution	□ Oui	□ Non	□ Ne sait pas
Pathologie pulmonaire chronique	□ Oui	□ Non	□ Ne sait pas
Dysthyroïdie	□ Oui	□ Non	□ Ne sait pas
UGD < 2 mois et/ou RGO symptomatique	□ Oui	□ Non	□ Ne sait pas
Ostéoporose fracturaire	□ Oui	□ Non	□ Ne sait pas
Maladie de système (Horton, PR, Goujerot)	□ Oui	□ Non	□ Ne sait pas

Autres pathologies ? (précisez)

.....

.....

Autres :

Chute au cours des 3 derniers mois	□ Oui	□ Non	□ Ne sait pas
Plainte du sommeil	□ Oui	□ Non	□ Ne sait pas
Somnolence en journée	□ Oui	□ Non	□ Ne sait pas
Perte de poids de + de 4.5 kg dans l'année	□ Oui	□ Non	□ Ne sait pas
Perte d'appétit	□ Oui	□ Non	□ Ne sait pas
Incontinence urinaire	□ Oui	□ Non	□ Ne sait pas

Traitements médicamenteux

DCI / Dosage	OUI	NON	Posologie Moment de prise	OUI	NON	Indication	OUI	NON	Date de début du traitement (jjmmaaaa)	Biologie ou éléments d'efficacité ou d'effets indésirables en lien avec le médicament
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										
11										
12										
13										
14										

Nombre de médicaments : ……..

Allergies médicamenteuses : □ oui □ non □ ne sait pas
Si oui, précisez :
.....
.....

Vaccinations :
Etes-vous à jour des vaccinations suivantes ?

Grippe	□ oui	□ non	□ ne sait pas
Tétanos	□ oui	□ non	□ ne sait pas
Pneumocoque	□ oui	□ non	□ ne sait pas

Gestion globale du traitement :
Utilisez-vous un pilulier ? □ oui □ non

Si oui, est-ce vous qui le préparez ? □ oui □ non

Allez-vous chercher vous-mêmes vos médicaments à la pharmacie ? □ oui □ non □ non applicable

Gérez-vous la prise de vos traitements seuls ? □ oui □ non □ non applicable

Prescription des médicaments :
Les horaires de prise de vos médicaments sont-ils adaptés à votre mode de vie ?
□ oui □ non □ ne sait pas
Si non, précisez :
.....
.....
Pensez-vous que vous prenez trop de médicaments ? □ oui □ non □ ne sait pas

Gestion du stock de médicaments :
Vous arrive-t-il de manquer de médicaments ? □ oui □ non □ ne sait pas
Avez-vous au contraire un stock de médicaments excédentaire ? □ oui □ non □ ne sait pas
Possédez-vous un stock de médicaments en commun avec vos proches ? □ oui □ non □ non applicable

Préparation et prise des médicaments :
Avez-vous des difficultés liées à la forme de certains de vos médicaments (comprimés à avaler, gouttes à compter ?) □ oui □ non □ ne sait pas
Si oui, quel(s) médicament(s) vous posent problème et pourquoi ?
.....
.....
.....
.....

Si oui, ces difficultés sont-elles expliquées par
Un déficit moteur à la main prédominante □ oui □ non
Un déficit visuel retentissant sur la vie quotidienne □ oui □ non

Y-a-t-il des médicaments que vous écrasez ou des gélules que vous ouvrez ?
□ oui □ non □ non applicable
Si oui, le(s)quel(s) ?
.....
.....
.....

Vous arrive-t-il d'oublier de prendre vos médicaments ? □ oui □ non □ non applicable
Si oui, lesquels et pourquoi ?
.....
.....
.....

Pendant les 2 dernières semaines, y a-t-il eu des jours où vous n'avez pas pris vos médicaments ?
□ oui □ non

Lorsque vous voyagez ou vous quittez votre domicile, vous arrive-t-il d'oublier d'emporter vos médicaments ? □ oui □ non

Avez-vous pris vos médicaments hier ? □ oui □ non

Quand vous vous sentez mieux, vous arrive-t-il d'arrêter de prendre vos médicaments ?
□ oui □ non

Si vous vous sentez plus mal en prenant vos médicaments, arrêtez-vous de les prendre ?
□ oui □ non

Avez-vous des difficultés pour vous rappeler qu'il faut prendre vos médicaments chaque jour?
□ oui □ non

Utilité des médicaments :
Pensez-vous que certains de vos médicaments ne sont pas utiles ? □ oui □ non □ ne sait pas
Si oui, le(s)quel(s) ?
.....
.....
.....

Effets secondaires :
Pensez-vous avoir déjà eu des effets secondaires suite à la prise de médicaments ?
□ oui □ non □ ne sait pas
Si oui, quel(s) effet(s) secondaire(s) avec quel(s) médicament(s) ?
.....
.....
.....

Suivi du traitement :

Si certains de vos médicaments nécessitent un suivi par prise de sang, rencontrez-vous des difficultés à la faire ? □ oui □ non □ non applicable

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

.....

.....

Automédication :

Avez-vous parfois recours à la prise de médicaments sans prescription ? □ oui □ non □ ne sait pas

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

.....

.....

Avez-vous déjà diminué ou augmenté les doses de certains médicaments de votre propre initiative ?

□ oui □ non □ ne sait pas

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

.....

.....

Autre :

Avez-vous des besoins particuliers ou des interrogations concernant vos médicaments non abordés lors de cet entretien?

.....

.....

Perception du traitement :

Pensez-vous que les médicaments peuvent améliorer votre santé ? □ oui □ non □ non applicable

---

ANNEXE 4 : questionnaire de GIRERD

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

Interprétation (Profil d'observance) : Si aucun OUI : bonne observance ; Si 1 ou 2 OUI : minime problème d'observance ; Si 3 OUI ou plus : problème d'observance.

ANNEXE 5 : perception des traitements

Nom du patient : **PERCEPTION DES TRAITEMENTS 1**

QUESTIONS		REPONSES
Généralités	Savez-vous à qui servent vos médicaments ?	
	A quelle fréquence et quand prenez-vous vos médicaments ?	
Autres traitements	Prenez-vous d'autres produits par vous –même : aromathérapie, phytothérapie, médicaments en libre accès?	
	Avez-vous pris des antibiotiques récemment ?	
Modifications	Avez-vous récemment arrêté ou modifié un traitement prescrit et pourquoi ?	
Effets des traitements	Ressentez-vous des effets particuliers liés à la prise de vos médicaments (somnolence, 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 nécessitant un suivi particulier ? anticoagulant, antidiabétique…	
Vaccinations	Etes-vous à jour des vaccinations suivantes : Grippe Tétanos Pneumocoque	

Nom du patient : **PERCEPTION DES TRAITEMENTS 2**

QUESTIONS		REPONSES
Comment se passe la prise de vos médicaments ?	A quel moment de la journée ? Avez-vous des rappels ?	
	Utilisez-vous un pilulier ? Si oui est-ce vous qui le préparez ?	
	Vous reste t'il des médicaments en fin de mois ? Et pour d'autres, au contraire, êtes-vous toujours en rupture ? Avez-vous un stock de médicaments en commun avec vos proches ?	
	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 dans la prise de vos médicaments ?	
	Avez-vous des difficultés à prendre vos médicaments (gélules trop grosses, sécheresse buccale…)	
	Souhaitez-vous être aidé dans la prise de vos médicaments ?	
	Pensez-vous que vous prenez trop de médicaments ?	

ANNEXE 6 : interventions pharmaceutiques transmises au médecin traitant

Interventions pharmaceutiques transmises au médecin généraliste

	Interventions pharmaceutiques destinées au médecin	Interventions pharmaceutiques destinées au patient	IP acceptée par le médecin	
			oui	non
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				

Version n°1 du 30-11-2016 Page 7

ANNEXE 7 : Procédure d'adhésion des patients sur le portail de l'assurance maladie

Pharmacie X	Date de rédaction : 20/04/18 Rédigé par : KHAYAT Yasmine Validé par : l'équipe officinale après concertation le 01/01/18	Version 1 Page 1/5

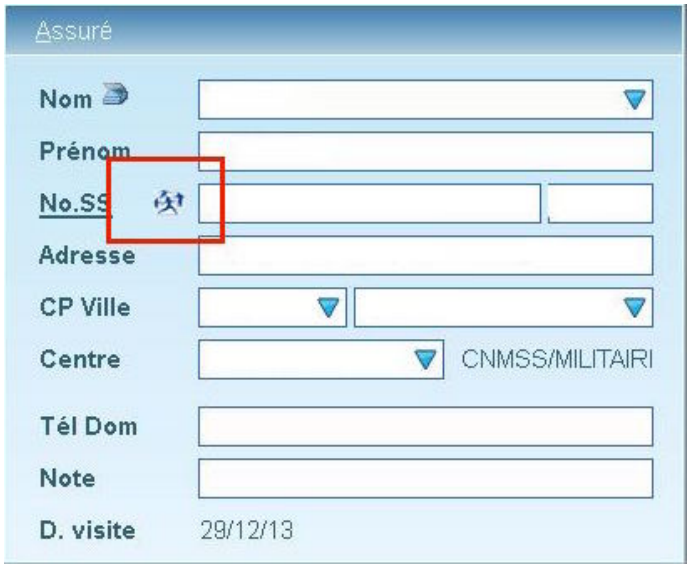
ADHÉSION AUX BILANS DE MÉDICATION SUR LE PORTAIL DE LA CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE MALADIE (CNAM)

Personnes responsables	Personnes concernées
L'ensemble de l'équipe officinale est responsable du recrutement des patients	- Patients âgés de plus de 65 ans, ALD et au moins 5 médicaments - Patients âgés de plus de 75 ans avec au moins 5 médicaments - Ayant accepté la proposition de bilan de médication

Objectif : intégrer informatiquement les patients éligibles aux bilans de médication au portail de la CNAM
Lieu : à l'officine en back office
Quand : à n'importe quel moment

Méthode

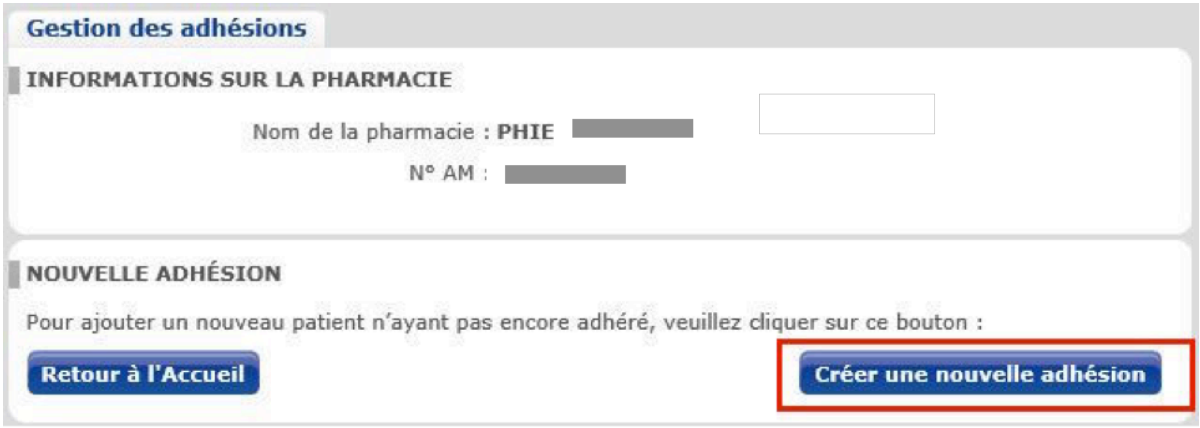
- ouvrir WINPHARMA :
- aller sur la fiche patient
- cliquer sur le bouton Améli (une nouvelle page s'ouvre automatiquement)



- cliquer sur « Convention pharmaciens » (une nouvelle page s'ouvre automatiquement)

- cliquer sur « Bilan de médication »

- cliquer sur « Créer une nouvelle adhésion »



- remplir le formulaire d'adhésion

Accompagnement des patients adhérents au dispositif : Bilan de médication

Adhésion au dispositif d'accompagnement

INFORMATIONS DU PHARMACIEN DÉSIGNÉ

Nom de la pharmacie * :

N° d'identification AM * :

Nom et prénom du pharmacien désigné * :

Pharmacien en charge de l'accompagnement.
En cas d'absence du pharmacien initialement désigné, l'accompagnement sera assuré par un pharmacien de l'officine.

N° RPPS * :

INFORMATIONS DU PATIENT ADHÉRENT

Nom * :

Prénom * :

Date de naissance * : jj/mm/aaaa

Cet accompagnement concerne les patients de 65 ans et plus avec ALD ou les patients de 75 ans et plus.

Rang de naissance * : (choisissez)

N° d'immatriculation * :

Régime d'affiliation * : (choisissez)

Reporter le code figurant sur la carte Vitale ou sur l'attestation papier.

INFORMATIONS SUR LE TRAITEMENT

Date de recueil : jj/mm/aaaa

Type de médicaments : (choisissez)

Ajouter

ANALYSE

Date d'analyse : jj/mm/aaaa

TRANSMISSION

Nom du médecin traitant * :

Date d'envoi au médecin traitant : jj/mm/aaaa

Mode de Transmission : ○ Messagerie sécurisée
○ Messagerie personnelle
○ Autre

Enregistrement dans le DMP : ○ Oui ○ Non

ACCORD DE L'ADHÉRENT

En adhérant au dispositif le patient donne son accord pour que le pharmacien porte à la connaissance de son médecin traitant et/ou prescripteur du traitement, son adhésion au dispositif et prenne contact autant que de besoin avec lui.

◉ OUI ○ NON

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

Le bulletin d'adhésion doit être renseigné complètement et transmis avant le 31 décembre de l'année en cours pour obtenir votre rémunération.

Voir la convention de preuve

☐ **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 la transmission et j'ai pris connaissance des textes applicables.**

Retour à la liste **Transmettre**

- Imprimer le bulletin d'adhésion en un exemplaire

ANNEXE 8 : fiche de bon usage des IPP per os chez la personne âgée

OMéDIT Centre-Val de Loire
Observatoire des Médicaments Dispositifs médicaux Innovations Thérapeutiques

FICHE DE BONNE PRATIQUE & BON USAGE

Commission Gériatrie

Mise à jour : Mai 2017

LES IPP *PER OS* CHEZ LA PERSONNE ÂGÉE

Validation Comité stratégique : Juin 2016

CONTEXTE

- Les excès de prescriptions des Inhibiteurs de la Pompe à Proton (IPP) dans la population gériatrique sont estimés entre 25% et 86% selon les études[1;2;3].
- Les IPP au long cours sont responsables d'effets indésirables potentiellement graves : fracture ostéoporotique, carence en vitamine B12, hyponatrémie, hypomagnésémie, infection gastro-intestinale en particulier à *Clostridium difficile*, atteintes rénales et pneumonie[1;4;6].
- L'arrêt d'un traitement par IPP donné plus de 8 semaines consécutives peut s'accompagner d'un **effet rebond** lié à la sécrétion d'acidité gastrique : il nécessite un arrêt progressif[4;6].
- Les interactions médicamenteuses doivent être prises en compte chez un sujet polymédiqué[10] (ex : avec le clopidogrel, citalopram, la digoxine, des antifongiques azolés, ibrutinib, pazopanib, vitamine B12 (cyanocobalamine)…)
- La prise d'IPP en automédication peut aussi être source d'effet indésirable.

INDICATIONS RECOMMANDEES DES IPP[5] ET DOSES QUOTIDIENNES

	Durée du traitement	Pantoprazole	Lansoprazole	Oméprazole	Esoméprazole	Rabéprazole
Reflux gastro-œsophagien (RGO) et œsophagite par reflux						
Traitement symptomatique du reflux gastroœsophagien sans œsophagite	**4 semaines, puis** éventuellement traitement d'entretien (**à long terme**, si rechute fréquente ou précoce)	Dose standard	Dose standard Dose forte si réponse insuffisante	Dose standard Dose forte si réponse insuffisante	Dose standard	Dose standard
Cicatrisation de l'oesophagite par RGO	**4 semaines** à 8 semaines (si sévère)	Dose forte Dose standard en cas d'œsophagite **légère**	Dose forte	Dose forte Double dose en cas d'œsophagite sévère résistante après 4 semaines	Dose forte	Dose forte
Prévention des récidives d'œsophagite par RGO	**au long cours**	Dose forte	Dose minimale efficace**	Dose minimale efficace**	Dose standard	Dose minimale efficace**
Lésions gastroduodénales dues aux AINS						
Prévention des lésions gastroduodénales dues aux AINS chez les sujets à risques*	**Jusqu'à la fin du traitement par AINS**	Dose standard	Dose standard	Dose standard	Dose standard	
Traitement des lésions dues aux AINS	**4 à 8 semaines**		Dose forte	Dose forte	Dose standard	
Ulcère gastrique et duodénal						
Eradication d'*Helicobacter pylori* (non compliqué), en association à l'antibiothérapie	**7 jours**	Dose forte x 2	Dose forte x 2	Dose forte x 2	Dose standard x 2	Dose forte x 2
Eradication d'*Helicobacter pylori* compliquée°°, en association à l'antibiothérapie	**3 à 7 semaines (selon les symptômes)**	Dose forte	Dose forte	Dose forte	Dose forte	Dose forte
Traitement de l'ulcère gastrique évolutif sans infection à *H. pylori*	**4 à 8 semaines**	Dose forte	Dose forte	Dose forte 4 à 6 semaines		Dose forte 6 à 12 semaines
Traitement de l'ulcère duodénal évolutif sans infection à H. pylori	**4 semaines**	Dose forte	Dose forte 2 semaines si cicatrisation complète	Dose forte		Dose forte 4 à 8 semaines
Traitement d'entretien de l'ulcère duodénal	**au long cours**			Dose minimale efficace**		
Syndrome de Zollinger-Ellison	**Selon les besoins cliniques**	Dose forte x 2	Dose forte	Dose forte x3 en 1 prise	Dose forte x 2	Dose forte x3 en 1 prise

** Eradication *H.pylori* compliquée = avec un ulcère duodénal compliqué d'une hémorragie ou perforation ; ou associé à un traitement par AINS, corticoïdes ou antiagrégant ; ou avec un ulcère gastrique.

- Correspondance de dose entre IPP :

Pantoprazole	(Eupantol®, Inipomp®, Pantozol Control®, génériques)	20 mg	40 mg
Lansoprazole	(Lanzor®, Ogast®, Ogastoro®, génériques)	15 mg	30 mg
Oméprazole	(Mopral®, Zoltum®, génériques)	10 mg	20 mg
Esoméprazole	(Inexium®, génériques)	20 mg	40 mg
Rabéprazole	(Pariet®, génériques)	10 mg	20 mg

Dose standard* (= 1/2 dose)
Dose forte* (= pleine dose)
Spécialité ne disposant pas de l'AMM pour cette indication

- Pour une même indication il y a une **bioéquivalence** entre les DCI (même efficacité et même tolérance d'une DCI à l'autre) -> s'assurer de la correspondance de dose entre les différents IPP.

BIBLIOGRAPHIE

1. Nathalie blanpain, Buisson G. Projections de population à l'horizon 2070 [Internet]. INSEE. 2016 [cité 20 nov 2018]. Disponible sur: https://www.insee.fr/fr/statistiques/2496228

2. Desrivierre David. D'ici 2050, la population augmenterait dans toutes les régions de métropole [Internet]. INSEE. 2017 [cité 20 nov 2019]. Disponible sur: https://www.insee.fr/fr/statistiques/2867738

3. Prévention de la iatrogénie médicamenteuse [Internet]. 2019 [cité 20 nov 2019]. Disponible sur: https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/memos/depistage-et-prevention/prevention-iatrogenie-medicamenteuse

4. Legrain S, et al. Consommation Médicamenteuse chez le Sujet Agé. HAS. 2005;16.

5. Gurwitz JH, Field TS, Harrold LR, Rothschild J, Debellis K, Seger AC, et al. Incidence and preventability of adverse drug events among older persons in the ambulatory setting. JAMA. 25 mars 2003;289(9):1107-16.

6. Pape AL, Sermet C. La polypathologie des personnes âgées, quelle prise en charge à domicile ? 1997 août p. 37.

7. Field TS, Gurwitz JH, Harrold LR, Rothschild J, DeBellis KR, Seger AC, et al. Risk Factors for Adverse Drug Events Among Older Adults in the Ambulatory Setting. J AM GERIATR SOC. 19 juill 2004;52(8):1349-54.

8. Neutel CI, Perry S, Maxwell C. Medication use and risk of falls. Pharmacoepidemiol Drug Saf. mars 2002;11(2):97-104.

9. Jyrkkä J, Enlund H, Korhonen MJ, Sulkava R, Hartikainen S. Polypharmacy Status as an Indicator of Mortality in an Elderly Population. Drugs Aging. 12 janv 2009;26(12):1039-48.

10. Calderón-Larrañaga A, Poblador-Plou B, González-Rubio F, Gimeno-Feliu LA, Abad-Díez JM, Prados-Torres A. Multimorbidity, polypharmacy, referrals, and adverse drug events: are we doing things well? Br J Gen Pract. 1 déc 2012;62(605):6.

11. Réviser les ordonnances à rallonge chez les seniors pour limiter les risques [Internet]. 2017 sept [cité 10 nov 2018]. Disponible sur: https://www.santeclair.fr/web/sites/santeclair.fr/files/170921_dp_polymedicationsenior-limiterrisques_0.pdf

12. Errard P, Cnockaert X, Cogneau J, Wolf C. "Médicaments... et si on changeait de comportement ? » [Internet]. les entreprises du médicament. 2015 [cité 20 déc 2018]. Disponible sur: https://www.leem.org/sites/default/files/Dossier%20consolidé.pdf

13. Sabaté E, World Health Organization, éditeurs. Adherence to long-term therapies : evidence for action. Geneva: World Health Organization; 2003. 198 p.

14. fondation concorde. L'observance des traitements : Un défi aux politiques de santé – Fondation Concorde [Internet]. 2014 mars [cité 19 mars 2019]. Disponible sur: https://www.fondationconcorde.com/lobservance-des-traitements/

15. Améliorer l'observance, traiter mieux et moins cher [Internet]. le cercle de réflexion de l'industrie pharmaceutique. 2014 [cité 10 févr 2019]. Disponible sur: https://lecrip.org/wp-content/uploads/2014/11/BrochureObservance-imprim1.pdf

16. Rhalimi M, Rauss A, Housieaux E. Drug-related problems identified during geriatric medication review in the community pharmacy. Int J Clin Pharm. févr 2018;40(1):109-18.

17. Ipsos public affaire, Pierre Fabre. Etude consumer health care [Internet]. 2016 juin. Disponible sur: https://www.ipsos.com/sites/default/files/files-fr-fr/doc_associe/201701_presentationipsos.pdf

18. Collège National des Enseignants de Gériatrie. Le vieillissement humain [Internet]. 2018. Disponible sur: http://campus.cerimes.fr/geriatrie/poly-geriatrie.pdf

19. Charbonnier A. L'automédication chez le sujet âgé: enquête auprès de personnes âgées et de pharmaciens d'officine, dans le Nord-Ouest de la France [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Nantes. Unité de Formation et de Recherche de Sciences Pharmaceutiques et Biologiques; 2013.

20. Ahed Assaly, Durr Sophie, Schneiter Deborah, Triolet Jeanne. Immersion en Communauté. 2008 juin.

21. Le Collège national de Pharmacologie Médicale [Internet]. 3e éd. Collège National de Pharmacologie Médicale Collège National des Enseignants de Thérapeutique; 2018 [cité 19 mars 2019]. Disponible sur: https://pharmacomedicale.org/le-cnpm

22. « Médicaments… et si on changeait de comportement ? » [Internet]. 2015 [cité 10 févr 2019]. Disponible sur: https://www.leem.org/sites/default/files/Dossier%20consolidé.pdf

23. Bou S, et al., Vergeau JC. Le « Collectif Bon Usage du médicament » en action ! 2016;14.

24. Buzyn A. Discours d'Agnès Buzyn - Journée du bon usage du médicament [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2019 [cité 15 févr 2019]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/presse/discours/article/discours-d-agnes-buzyn-journee-du-bon-usage-du-medicament-le-jeudi-22-mars-2018

25. Signalement-sante.gouv.fr [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2019 [cité 5 mars 2019]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/signalement-sante-gouv-fr/

26. Prévention de la iatrogénie médicamenteuse [Internet]. 2019 [cité 19 mars 2019]. Disponible sur: https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/memos/depistage-et-prevention/prevention-iatrogenie-medicamenteuse

27. Réflèxe iatrogénie [Internet]. 2019 [cité 19 mars 2019]. Disponible sur: http://reflexeiatrogenie.com/

28. Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé. Interactions médicamenteuses - ANSM Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé [Internet]. 2019 [cité 19 mars 2019]. Disponible sur: https://www.ansm.sante.fr/Dossiers/Interactions-medicamenteuses/Interactions-medicamenteuses/(offset)/0

29. Garfinkel D, Ilhan B, Bahat G. Routine deprescribing of chronic medications to combat polypharmacy. Ther Adv Drug Saf. déc 2015;6(6):212-33.

30. Crest guilluy Marine. La déprescription : les patients sont-ils prêts? Université Paris Descartes; 2012.

31. Algorithmes pour la déprescription [Internet]. Deprescribing.org. [cité 19 mars 2019]. Disponible sur: https://deprescribing.org/fr/ressources-pour-les-patients-et-les-prestataires-de-soins-de-sante/deprescribing-algorithms/

32. Hanlon JT, Schmader KE. The Medication Appropriateness Index at 20: Where it Started, Where it has been and Where it May be Going. Drugs Aging. 30 nov 2013;30(11):12.

33. American Geriatrics Society 2012 Beers Criteria Update Expert Panel. American Geriatrics Society updated Beers Criteria for potentially inappropriate medication use in older adults. J Am Geriatr Soc. 1 avr 2012;60(4):616-31.

34. McLeod PJ, Huang AR, Tamblyn RM, Gayton DC. Defining inappropriate practices in prescribing for elderly people: a national consensus panel. Can Med Assoc J. 1 févr 1997;156(3):385-91.

35. Fialová D, Topinková E, Gambassi G, Finne-Soveri H, Jónsson PV, Carpenter I, et al. Potentially inappropriate medication use among elderly home care patients in Europe. J Am Med Assoc. 16 mars 2005;293(11):1348-58.

36. Laroche M-L, Bouthier F, Merle L, Charmes J-P. Médicaments potentiellement inappropriés aux personnes âgées : intérêt d'une liste adaptée à la pratique médicale française. Rev Médecine Interne. 23 sept 2008;30(7):592-601.

37. Laroche M-L, Charmes J-P, Merle L. Potentially inappropriate medications in the elderly: a French consensus panel list. Eur J Clin Pharmacol. août 2007;63(8):725-31.

38. Lang PO, Dramé M, Guignard B, Mahmoudi R, Payot I, Latour J, et al. Les critères STOPP/START.v2 : adaptation en langue française. NPG Neurol - Psychiatr - Gériatrie. déc 2015;15(90):323-36.

39. Lang PO, Boland, Benoit., Dalleur O. Prescription médicamenteuse inappropriée : les nouveaux critères STOPP/START. Rev Médicale Suisse. 11 nov 2015;11:2115-23.

40. ODOXA. Jusqu'où ira la pharmacie ? [Internet]. 2018 mars. Disponible sur: http://www.ocp.fr/docs/data/actualites/fichiers/21.pdf

41. CSA. « Regards croisés » sur l"évolution du métier de pharmacien [Internet]. OCP; 2016 [cité 10 oct 2018]. Disponible sur: https://www.csa.eu/media/1512/infographie-ocp_enquête-csa_211116.pdf

42. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. 2009-879 juill 21, 2009.

43. Arrêté du 4 mai 2012 portant approbation de la convention nationale organisant les rapports entre les pharmaciens titulaires d'officine et l'assurance maladie [Internet]. mai 4, 2012. Disponible sur: https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/5319/document/convention-pharmaciens-titulaires-officine_journal-officiel.pdf

44. Avenants [Internet]. nov 21, 2017. Disponible sur: https://www.ameli.fr/pharmacien/textes-reference/textes-conventionnels/avenants

45. Avenant 12 [Internet]. nov 21, 2017. Disponible sur: https://www.uspo.fr/wp-content/uploads/2017/11/avenant-12-signé-UNCAM-USPO.pdf

46. Avenant 11 [Internet]. juill 20, 2017. Disponible sur: https://www.uspo.fr/wp-content/uploads/2017/07/2017-77-Avenant-11-Convention-Pharmaceutique-signé.pdf

47. SFPC. Préconisations pour la pratique des bilans partagés de médication [Internet]. 2017 [cité 14 févr 2019]. Disponible sur: http://sfpc.eu/fr/item1/finish/34-documents-sfpc-public/1734-memo-sfpc-bilan-partage-de-medication-dec-2017.html/0

48. USPO. Bilans de médication - entretiens pharmaceutiques. Officines Avenir. 17 janv 2018;19.

49. Bilan de médication - Fiches de suivi du patient, document support pour mener le bilan de médication [Internet]. USPO Bourgogne Franche-Comté. 2018 [cité 19 mars 2019]. Disponible sur: https://uspo-bourgogne-franche-comte.fr/bilan-de-medication-fiches-de-suivi-du-patient-document-support-pour-mener-le-bilan-de-medication/

50. Version électronique authentifiée publiée au JO n° 0063 du 16/03/2018 | Legifrance [Internet]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/jo_pdf.do?id=JORFTEXT000036711358

51. OMEDIT NORMANDIE. Liste des médicaments écrasables [Internet]. 2017 [cité 10 oct 2018]. Disponible sur: http://www.omedit-normandie.fr/media-files/10910/medicaments-ecrasables-omedit-normandie-janvier-2018.pdf

52. Hanon O, Jeandel C, et al. Guide de Prescriptions médicamenteuses Adaptées aux Personnes Agées. Frison roche. 2017. 151 p.

53. Le bon usage clinique du médicament [Internet]. SiteGPR. [cité 19 mars 2019]. Disponible sur: https://sitegpr.com/fr/

54. Juste M. Adaptations posologiques chez le patient obèse normorénal. Centre hospitalier d'Epernay; 2019.

55. Carnahan RM, Lund BC, Perry PJ, Pollock BG, Culp KR. The Anticholinergic Drug Scale as a measure of drug-related anticholinergic burden: associations with serum anticholinergic activity. J Clin Pharmacol. déc 2006;46(12):1481-6.

56. Haute Autorité de Santé - HAS [Internet]. [cité 19 mars 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/

57. Base de données publique des médicaments [Internet]. [cité 19 mars 2019]. Disponible sur: http://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr/

58. 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 | Legifrance [Internet]. nov 28, 2016. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2016/11/28/AFSP1633476A/jo

59. sécurité sociale. Annexe 7 Objectif national de dépenses d'assurance maladie et dépenses de santé [Internet]. 2018 [cité 20 févr 2019]. Disponible sur: http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/annexe_7_plfss_2018_vdef.pdf

60. Les chiffres de la collecte 2015 [Internet]. Cyclamed. 2015 [cité 19 mars 2019]. Disponible sur: https://www.cyclamed.org/les-chiffres-de-la-collecte-2015-5575/

61. Bourcier E, Mille F, Brunier V, Korb-Savoldelli V, Lafortune C, Buyse M, et al. Quality of prescribing in community-dwelling elderly patients in France: an observational study in community pharmacies. Int J Clin Pharm [Internet]. 14 sept 2017 [cité 19 mars 2019]; Disponible sur: https://www.researchgate.net/publication/319703448_Quality_of_prescribing_in_community-dwelling_elderly_patients_in_France_an_observational_study_in_community_pharmacies

62. Stirratt MJ, Dunbar-Jacob J, Crane HM, Simoni JM, Czajkowski S, Hilliard ME, et al. Self-report measures of medication adherence behavior: recommendations on optimal use. Transl Behav Med. déc 2015;5(4):470-82.

63. Holzemer W, Corless I, Nokes K, Turner J, Brown M, Powell-Cope G, et al. Predictors of self-reported adherence in persons living with HIV disease. Aids Patient Care STDS. 13 mars 1999;13(3):185-97.

64. Costagliola D, Barberousse C. Comment mesurer l'observance ? Agence Natl Rech Sur Sida. déc 2001;33-42.

65. Karve S, Cleves MA, Helm M, Hudson TJ, West DS, Martin BC. An empirical basis for standardizing adherence measures derived from administrative claims data among diabetic patients. Med Care. nov 2008;46(11):1125-33.

66. Hein AM, Rosdahl JA, Bosworth HB, Woolson SL, Olsen MK, Kirshner MA, et al. The Relationship of Self-Report and Medication Possession With Glaucoma Medication Administration Success. J Glaucoma. mars 2019;28(3):e46-8.

67. Desbarats A. Bilan de médication à l'officine et prescriptions potentiellement inappropriées : concordance entre analyse officinale et analyse de l'équipe référente pharmacie clinique gériatrie [Internet] [exercice]. Université Toulouse III - Paul Sabatier; 2017 [cité 19 mars 2019]. Disponible sur: http://thesesante.ups-tlse.fr/2046/

68. Kwint HF, Faber A, Gussekloo J, Bouvy ML. The contribution of patient interviews to the identification of drug-related problems in home medication review. J Clin Pharm Ther. déc 2012;37(6):674-80.

69. Zeenny R, Wakim S, Kuyumjian Y-M. Potentially inappropriate medications use in community-based aged patients: a cross-sectional study using 2012 Beers criteria. Clin Intervetions Aging. 2017;12:65-73.

70. Benard A, Bllioti de Gage S, Canarelli T, Cavalié P, Khodor C, Collin C, et al. Etat des lieux de la consommation des benzodiazépines [Internet]. 2017 avr [cité 19 mars 2019]. Disponible sur: https://ansm.sante.fr/S-informer/Points-d-information-Points-d-information/Etat-des-lieux-de-la-consommation-des-benzodiazepines-Point-d-Information

71. Landi F, Onder G, Cesari M, Barillaro C, Russo A, Bernabei R, et al. Psychotropic medications and risk for falls among community-dwelling frail older people: an observational study. - PubMed - NCBI. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. mai 2005;60(5):622-6.

72. Paterniti S, Dufouil C, Alpérovitch A. Long-Term Benzodiazepine Use and Cognitive Decline in the Elderly: The Epidemiology of Vascular Aging Study. J Clin Psychopharmacol. juin 2002;22(3):285.

73. Madhusoodanan S, Bogunovic OJ. Safety of benzodiazepines in the geriatric population. Expert Opin Drug Saf. 1 sept 2004;3(5):485-93.

74. HAS. Modalités d'arrêt des benzodiazépines et médicaments apparentés chez le patient âgé [Internet]. HAS; 2017 [cité 20 févr 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/recommandations_bzd_-_version_finale_2008.pdf

75. HAS. Bon usage du médicament - Les inhibiteurs de la pompe à protons chez l'adulte [Internet]. HAS; 2009 [cité 22 févr 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-06/ipp_adulte_juin_2009.pdf

KHAYAT Yasmine Année 2019

Le Bilan Partagé de Médication pharmaceutique : contexte, mise en place et retour d'expérimentation sur 250 sujets âgés

Université de Picardie Jules Verne

Contexte : Le vieillissement de la population française et la hausse des maladies chroniques entrainent une augmentation de la iatrogénie médicamenteuse chez les personnes âgées. Le bilan partagé de médication (BPM) est un nouveau dispositif mis en place dans les officines permettant d'améliorer la prise en charge des patients âgés polymédiqués. **Objectifs :** Expliquer le concept et le contexte de la mise en place du BPM ; expérimenter le dispositif sur 250 sujets âgés. Faire un descriptif des patients et exposer les interventions pharmaceutiques relevées. **Matériel et méthodes :** L'expérimentation a été réalisée de manière rétrospective entre janvier et juin 2018 par les 50 étudiants en sixième année officine de la promotion 2018/2019 de l'Université de Picardie Jules Verne. Chaque étudiant a suivi 5 patients (soit 250 patients parmi 50 officines) de plus de 75 ans traités par au moins 5 molécules ou des patients de plus de 65 ans avec au moins une affection de longue durée et traités par au moins 5 molécules. Ces patients doivent recevoir ces traitements pendant une durée consécutive d'au moins 6 mois. Pour réaliser les entretiens des questionnaires spécifiques ont été utilisés et les données de ces entretiens ont été collectées et informatisées sur Excel. **Résultats :** L'âge médian est de 78 ans, 98% des patients souffrent de pathologies cardiovasculaires. Les patients ont en moyenne 9 médicaments prescrits [min =4 et max =19] par jour. La proportion de patients hyperpolymédiqués est de 41.6%, c'est-à-dire qu'ils ont au moins 10 médicaments prescrits par jour. Le nombre de prise(s) par jour moyen est de 12.3 [min =4 et max =33]. Parmi les 197 patients pour lesquels nous disposons de la donnée : 53% des patients n'ont pas de problème d'observance. Au total ; 430 IP ont été déclarées par les étudiants. Trente-sept IP ont été faites par rapport au débit de filtration glomérulaire, 7 concernent la kaliémie et 93 IP relèvent d'une prescription de MPI. Les MPI les plus retrouvés sont : zopiclone (n=15), bromazepam (n=12), oxybutynine (n=9), rilménidine (n=9), hydroxyzine (n=8), alprazolam (n=5), zolpidem (n=4) et amitriptyline (n=3). Les 3 IP les plus retrouvées concernent les benzodiazépines (n=56), les IPP (n=47) et les vaccins (n=43). Les IP ont été acceptées dans 34% des cas, 20% ont été refusées et 46% sont non renseignées. **Conclusion :** Cette étude a permis d'évaluer l'impact du BPM sur les prises en charge médicamenteuse des personnes âgées. Une collaboration avec le prescripteur semble primordiale pour améliorer ce nouveau dispositif.

MOTS-CLES : pharmacien, officine, bilan partagé de médication, sujets âgés, médicament potentiellement inapproprié, iatrogénie médicamenteuse, intervention pharmaceutique

---

Membres du Jury
Président : Mr Michel BRAZIER
Membres : Mme Aurélie TERRIER-LENGLET, Mr Eric HOUSIEAUX