



HAL
open science

Le rôle pro-actif du pharmacien d'officine dans les structures médico-sociales de proximité: exemple des EHPAD (Établissements Hébergeant des Personnes Âgées Dépendantes)

Julie Douge

► **To cite this version:**

Julie Douge. Le rôle pro-actif du pharmacien d'officine dans les structures médico-sociales de proximité: exemple des EHPAD (Établissements Hébergeant des Personnes Âgées Dépendantes). Sciences du Vivant [q-bio]. 2020. dumas-02529259

HAL Id: dumas-02529259

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02529259>

Submitted on 2 Apr 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.

U.F.R DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES

Année 2020

Thèse n°39

THESE POUR L'OBTENTION DU
DIPLOME D'ETAT de DOCTEUR EN PHARMACIE

Présentée et soutenue publiquement

Par DOUGE Julie

Née le 15 avril 1992 à Bezons

Le 23 mars 2020 à Bordeaux

**LE ROLE PRO-ACTIF DU PHARMACIEN D'OFFICINE DANS
LES STRUCTURES MEDICO-SOCIALES DE PROXIMITE :
EXEMPLE DES EHPAD (Etablissements Hébergeant des
Personnes Agées Dépendantes)**

Sous la direction de Françoise AMOUROUX

Membres du jury :

Madame AULOIS-GRIOT Marine	Professeur des Universités	Présidente
Madame AMOUROUX Françoise	Pharmacien d'officine	Directrice
Madame SANCHEZ-LARGEOIS Marie-Pierre	Pharmacien inspecteur ARS NA	Juge

Titre : Le rôle pro-actif du pharmacien d'officine dans les structures médico-sociales de proximité : exemple des EHPAD (Etablissements Hébergeant des Personnes Agées Dépendantes)

Résumé : Les personnes âgées de 65 ans et plus représentent la population la plus exposée à une situation de polyopathie. En réponse à cela, une polymédication est souvent mise en place chez les séniors. Le risque principal d'une quantité élevée de médicaments est alors la iatrogénie médicamenteuse, qui devient un enjeu de santé publique pour cette population. Nous avons étudié la place du pharmacien d'officine dans la sécurisation du circuit du médicament dans les Etablissements Hébergeant des Personnes Agées Dépendantes (EHPAD). La loi Hôpital, Patient, Santé, Territoires de 2009 propose la mise en place de la mission de « pharmacien référent » pour des pharmaciens d'officine qui souhaitent s'investir dans des EHPAD sans pharmacie à usage intérieur. Ainsi, le pharmacien, expert du médicament, intervient dans toutes les étapes du circuit du médicament allant de la prescription avec la mise en place de la liste préférentielle à l'administration avec les recommandations sur les gélules à ne pas ouvrir. Cependant, les textes de loi encadrant cette mission et sa rémunération tardent à voir le jour, ce qui peut expliquer l'investissement modéré des pharmaciens d'officine dans ce rôle de « pharmacien référent » au sein des EHPAD.

Mots clés : Personne âgée, EHPAD, pharmacien, référent, iatrogénie, polyopathie, polymédication, médicament.

Title : The proactive role of the dispensary pharmacist in medico-social structures : example of sheltered homes for elderly dependant persons.

Abstract : Sixty-five years old and more people represent the most exposed population to polyopathy. To fight against that, a polypharmacy is usually set up. The main risk of a high quantity of medication is a drug iatrogenism which becomes a public health challenge for this population. We studied the role of the pharmacist through the security drug flow into sheltered homes for elderly dependant persons. The 2009 Hospital, Patients, Health and Territories law purposes the establishment of a "referral pharmacist" for pharmacists who can get involved in sheltered homes that don't have an internal pharmacy. Furthermore, the pharmacist, who is a drug expert, is involved during the whole process, from the prescription with establishment of preferential list, to the administration and advises about pills which must not be opened. However, legal texts supervising the mission and its earns are slow to emerge which can explain why pharmacists are barely involved as "referral pharmacists" within sheltered homes for elderly dependant persons.

Keywords : Old people, Sheltered Homes for Elderly Dependand Persons EHPAD, pharmacist, referent, iatrogenic, polyopathie, polypharmacy, drug.

REMERCIEMENTS

En premier lieu, je tiens à remercier **mon jury**,

A Madame Marine AULOIS-GRIOT, pour avoir accepté d'être la présidente de cette thèse.

A Madame Françoise AMOUROUX, ma directrice, pour son soutien et son engagement dans la rédaction de ma thèse, malgré ma présence entrecoupée.

A Madame Marie-Pierre SANCHEZ-LARGEAIS, celle qui a été le premier témoin de ma passerelle vers l'officine. Merci de votre gentillesse et de votre accueil au sein de votre groupe de réflexion à l'ARS.

Ensuite, je tiens à remercier **ma famille**,

A mes parents, Jean Claude et Christine, pour leur patience et leur soutien pendant ma longue rédaction. Merci de m'avoir donné la chance de faire des études de pharmacie. Merci de m'avoir soutenu dans les moments difficiles et d'avoir toujours été présents pour fêter mes réussites. Merci de votre amour, de votre éducation et d'avoir fait de moi la femme que je suis devenue aujourd'hui. Je vous aime.

A mon frère et ma sœur, mes jumeaux, les petits, Claire et Florian. Vous êtes mes alliés, quelles que soit les épreuves de la vie.

A ma grand-mère, notre Quartier Général, pour tout ces moments passés à jouer et à se détendre.

Je tiens à remercier **mes amis**,

A Elodie, qui m'a si souvent hébergée et écoutée. Merci pour tous tes conseils et ton soutien.

A toutes les Tartines : Alicia, Hélène, Anne, Claire, Céline, Lénie, Lisa, Julie ainsi que Sophie, Laetitia, Alexia, Aude, Marina et Claire.

A Mélodie, pour s'être investie autant dans la rédaction de ce travail, pour sa relecture et ses commentaires afin que j'en sois fière toute ma vie.

A l'ACEPB, pour m'avoir intégrée dans leurs rangs, fait découvrir toutes ces activités dans lesquelles je n'aurais jamais osé m'impliquer toute seule.

Je tiens aussi à remercier tous ceux qui ont participé à faire de moi **la pharmacienne que je suis devenue**,

A Monsieur Pierre-Marie LAHET et son équipe, pour avoir fait de mes premiers pas en pharmacie une expérience agréable. Merci de votre aide et de votre présence lorsque je débutais.

Aux professeurs de l'U.F.R de pharmacie de Bordeaux pour la qualité de la formation que j'ai reçue.

A Monsieur Joël Salace, qui a cru en moi lorsque j'étais dans l'incertitude.

Enfin, je tiens à remercier mon mari, Chérif. Ton amour et ton sens de la vie sont ce qu'il y a de plus précieux pour moi. Merci de m'avoir préparé le café toutes ces fois où je me suis levée si tôt.

TABLE DES MATIERES

CHAPITRE I – LA PRISE EN CHARGE DE LA PERSONNE AGÉE EN EHPAD19

I. FONCTIONNEMENT D'UN EHPAD 20

1. Définition et statut juridique20

A. De la maison de retraite à l'EHPAD, une évolution de la réforme 20

B. Définition réglementaire et statut juridique 21

C. Evaluation de la perte d'autonomie par le GIR (Groupe Iso-Ressource) 22

D. Evaluation des besoins en soins requis par le référentiel PATHOS 24

2. Système de tarification des EHPAD26

A. Une organisation régie par des contrats 26

a. L'ancien modèle : la convention tripartite 26

b. Le nouveau modèle : le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) 27

B. Une tarification en trois parties 29

a. Un forfait global relatif aux soins 29

b. Un forfait global relatif à la dépendance 31

c. Un tarif journalier relatif aux prestations d'hébergement 31

3. Prise en charge financière du médicament33

II. MIEUX PRENDRE EN COMPTE LA PLACE DU RESIDENT AU SEIN DE L'EHPAD . 36

1. Les outils de la loi 200236

A. Le projet d'établissement 36

B. Le projet de vie personnalisé (PVP) 37

a. Définition réglementaire 37

b. Les acteurs du projet de vie personnalisé (38) 39

c. Les différentes étapes de l'élaboration du projet de vie (38) 40

C. L'évaluation interne et externe 41

a. L'évaluation interne 41

b. L'évaluation externe 42

2. Les orientations de demain : le Plan Solidarité Grand Age43

A. Du plan Vieillesse et Solidarité au Plan Solidarité Grand Age 43

B. Mode de financement du Plan Solidarité Grand Age 44

C. Les axes du Plan Solidarité Grand Age 44

a. Inventer la maison de retraite de demain 45

b. Les principales idées des quatre autres axes 47

III. LES VULNERABILITES DU SUJET AGE ET LA NECESSITE DE SECURISER SA PRISE EN CHARGE MEDICAMENTEUSE	49
1. Définition de la personne âgée.....	49
2. Modifications physiologiques qui influent sur le devenir du médicament dans l'organisme	50
A. Modifications pharmacocinétiques	50
B. Modifications pharmacodynamiques	51
3. La polymédication en gériatrie.....	53
A. Etat des lieux.....	53
B. Les causes de la polymédication.....	53
a. La polypathologie	53
b. Les difficultés de la prescription.....	54
c. Le manque de données scientifiques	58
4. Des problèmes spécifiques liés à la prise en charge de la personne âgée.....	58
A. Les problèmes d'acceptation de la perte d'autonomie	59
B. Les problèmes d'adhésion au traitement	59
C. Les difficultés de prise du traitement	60
5. Nécessité d'une approche globale, exemple du projet PAERPA	61
A. Définition.....	61
B. Engagement des EHPAD dans l'expérimentation PAERPA (61)	62
C. La création du PPS (Plan Personnalisé de Santé)	62

CHAPITRE II – L'INTEGRATION DU PHARMACIEN REFERENT DANS LA PRISE EN CHARGE DE LA PERSONNE AGEE EN EHPAD.....65

I. UN ENJEU MAJEUR : LIMITER LA IATROGENIE MEDICAMENTEUSE EN EHPAD	66
1. La iatrogénie médicamenteuse	66
a. Définition et épidémiologie.....	66
b. Les facteurs de risque chez le sujet âgé.....	67
2. Une multiplicité d'acteurs	68
A. Les dispositions réglementaires concernant la gestion du médicament	68
B. Le résident et ses proches	69
a. Le résident.....	69
b. La famille du résident.....	70
c. La personne de confiance	70
C. Les acteurs salariés de l'EHPAD	71
a. Le médecin coordonnateur	71

b.	L'infirmier et l'aide-soignant	72
c.	Les aidants pour la prise dans le cadre des actes de la vie courante	73
D.	Les acteurs libéraux.....	74
a.	Le médecin traitant.....	74
b.	Le pharmacien d'officine.....	74
E.	Les autres acteurs	76
3.	Une vigilance nécessaire sur la prescription pour les personnes âgées.....	77
A.	Principes généraux de la prescription.....	77
B.	Les spécificités de la prescription	78
II.	VERS UN RENFORCEMENT DES COMPETENCES DANS LA LUTTE CONTRE LA	
IATROGENIE	79	
1.	Le pharmacien référent.....	79
A.	Pharmacien référent en EHPAD.....	79
B.	Une autre définition émergente.....	80
2.	Contexte réglementaire.....	80
A.	Article L5125-1-1A du Code de la Santé Publique	80
B.	Article L5126-6-1 du Code de la Santé Publique	81
C.	Les textes en attente.....	81
a.	Le décret d'application concernant le pharmacien référent	81
b.	La convention type EHPAD-Officine	82
3.	Le pharmacien référent : une mission en cours d'élaboration.....	82
A.	Définition de l'expérimentation de l'IGAS	82
B.	Convention type EHPAD/Officine proposée pour l'expérimentation	83
a.	Les missions décrites en rapport avec le circuit du médicament	83
b.	Qualité, gestion des risques	84
C.	Résultats de l'expérimentation	84
D.	Difficultés rencontrées	85
E.	Réflexion sur une forme de rémunération	86
4.	Les difficultés inhérentes à la mission de pharmacien référent	86
A.	Implication limitée des pouvoirs publics.....	86
B.	La concurrence concernant la PDA.....	87
III.	LA GESTION DU CIRCUIT DU MEDICAMENT : APPORTS DU PHARMACIEN	
REFERENT	88	
1.	Prescription.....	88
A.	La traçabilité de la prescription	88
a.	Standardisation du support de prescription	88
b.	Partage des informations	90

B.	Participation à une diminution des lignes de prescription	91
a.	Réévaluation régulière des prescriptions	91
b.	Appui de la décision de non prescription	91
C.	Réalisation de la liste des médicaments à utiliser préférentiellement	92
a.	Définition.....	92
b.	Documents et référentiels à disposition des EHPAD.....	92
c.	Apport du pharmacien référent dans la création, l'utilisation et la mise à jour de la liste.....	94
D.	La conciliation médicamenteuse	95
E.	Réalisation de protocoles thérapeutiques	96
a.	La dénutrition	97
b.	Adaptation des traitements a la fonction rénale	99
c.	Gestion de la douleur.....	99
d.	Soin des escarres	100
e.	Déshydratation	101
f.	Bon usage des antibiotiques	102
F.	Autres outils.....	104
2.	Dispensation	106
A.	Modalités de transmission des prescriptions des résidents vers l'officine	106
a.	Contrôle de la conformité des ordonnances et des règles de dispensation	106
b.	Sécurisation des modes de transmission des prescriptions	106
c.	Gestion des stocks personnels des résidents.....	107
B.	Analyse pharmaceutique.....	107
a.	La répartition des rôles entre le pharmacien référent et le pharmacien dispensateur.....	107
b.	Les étapes de l'analyse pharmaceutique.....	108
C.	Le Bilan partagé de Médication.....	109
a.	Mise en pratique des avenants n°11 et n°12	109
b.	Les nouveautés de l'avenant n°19.....	112
D.	Approvisionnement	113
3.	Stockage.....	114
A.	Gestion des locaux	114
B.	Rangement des médicaments individuels	115
C.	La dotation pour besoins urgents.....	115
D.	Les médicaments stupéfiants	116
E.	Les produits thermosensibles.....	117
F.	Les médicaments à risque	119
G.	Les Dispositifs Médicaux	120
H.	Les Médicaments Non Utilisés et les périmés.....	121

a.	Les Médicaments Non Utilisés (MNU).....	121
b.	Les périmés.....	121
4.	Préparation des traitements	123
A.	Points de vigilance	123
B.	Organisation des conditions de préparation des médicaments	123
C.	Cas particuliers.....	124
a.	L'écrasement des comprimés.....	124
b.	Les formes multidoses	125
c.	Les formes non sécables	126
d.	Les dispositifs doseurs	126
D.	Protocole en cas de modification du traitement.....	126
5.	Distribution et administration.....	127
A.	Gestion des médicaments par le résident	127
B.	Gestion des médicaments par le personnel.....	128
C.	La sécurisation idéale de l'administration	129
6.	Surveillance thérapeutique.....	131
A.	Enregistrement de l'administration.....	131
B.	La surveillance thérapeutique	131
C.	La pharmacovigilance et la gestion des risques	132
IV.	INTEGRATION DU PHARMACIEN AU SEIN DE L'EHPAD	134
1.	Inscription dans le projet d'établissement.....	134
A.	Membre de la commission de coordination gériatrique	134
B.	Participation à l'élaboration des projets de vie personnalisés	135
C.	Participation à la démarche qualité et gestion des risques en EHPAD.....	136
2.	Inscription dans une démarche de prévention	138
A.	L'éducation thérapeutique.....	138
B.	La vaccination	139
a.	Recommandations vaccinales chez la personne âgée.....	140
b.	Surveillance par le pharmacien de la mise à jour du calendrier vaccinal chez les personnes âgées en EHPAD : Carnet de vaccination électronique.....	141
c.	Vaccination contre la grippe par le pharmacien	142
d.	Vaccination du personnel contre la grippe	145
C.	Les TROD (Tests Rapides d'Orientation Diagnostique).....	146
a.	TROD Grippe.....	147
b.	TROD Angine.....	148
D.	Participation à des expérimentations.....	149
3.	Le pharmacien référent : un acteur dans la facilitation de l'accès aux soins.....	151

A. La télémédecine.....	151
B. Intérêt de la télémédecine.....	151
C. Focus sur la téléconsultation.....	152
D. Mise en œuvre en EHPAD.....	154
E. Focus sur la télé-expertise.....	155
CONCLUSION.....	158
Bibliographie.....	160
ANNEXE 1 : Grille nationale AGGIR.....	172
ANNEXE 2 : GRILLE PATHOS.....	173
ANNEXE 3 : Annexe de l'arrêté du 30 mai 2008 fixant la liste du petit matériel médical compris dans le forfait soins ...	175
ANNEXE 4 : Prise en charge de la douleur chronique chez la personne agee – OMEDIT 2018.....	176
ANNEXE 5 : Prévention de la douleur induite par les soins chez le patient adulte – OMEDIT 2012.....	178
ANNEXE 6 : Guide d'accompagnement des patients : le bilan partagé de médication chez le patient âgé polymédiqué.....	180
ANNEXE 7 : Questionnaire d'évaluation de l'observance Assurance Maladie.....	195
ANNEXE 8 : Extrait du bulletin n°71 d'octobre 2016 de l'ANSM.....	196
ANNEXE 9 : Promotion des TROD grippe, expérimentation régionale ARS Nouvelle Aquitaine.....	199

TABLE DES FIGURES

Figure 1 : Exemple d'un algorithme pathos en fonction de 3 états pathologiques (15).....	25
Figure 2 : Exemples de modifications pharmacodynamiques chez la personne âgée et impact sur l'utilisation des médicaments	52
Figure 3 : Classification des principales molécules concernées par les problématiques de la prescription (49)	57
Figure 4 : Recommandations vaccinales chez la personne âgée de plus de 65 ans (151) .	140
Figure 5 : Etapes de la création d'un CVE	141
Figure 6 : Gestion des CVE sur le long terme	142
Figure 7 : Tableau présentant la possibilité de facturation de la téléconsultation en EHPAD (162)	154
Figure 8 : Exemple d'organisation d'une demande d'avis cardiologique pour un patient en EHPAD (162).....	155

LISTE DES ABREVIATIONS

ACS : Aide pour une Complémentaire Santé

AGGIR : Autonomie, Gérontologie, Groupe Iso-Ressource

AINS : Anti-Inflammatoire Non Stéroïdien

ALD : Affection Longue Durée

AM : Assurance Maladie

AMI : Alerte Maitrise Iatrogénie

AMM : Autorisation de Mise sur le Marché

AMPc : Adénosine MonoPhosphate Cyclique

ANESM : Agence Nationale de l'Evaluation et de la qualité des Etablissements Sociaux et Médico-sociaux

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

APA : Allocation Personnalisée d'Autonomie

AR : A Renouveler

ARS : Agence Régionale de Santé

AS : Aide Soignant

ASMR : Amélioration du Service Médical Rendu

ATU : Autorisation Temporaire d'Utilisation

BM : Bilan de Médication

BMP : Bilan de Médication Partagé

CASF : Code de l'Action Sociale et des Familles

CCG : Commission de Coordination Gériatrique

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CMU : Couverture Maladie Universelle

CMU-c : Couverture Maladie Universelle complémentaire

CNAM : Caisse Nationale d'Assurance Maladie

CNO : Compléments Nutritionnels Oraux

CNSA : Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie

CPOM : Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens

CSG : Contribution Sociale Généralisée

CSP : Code de la Santé Publique

CSS : Code de la Sécurité Sociale

CVE : Carnet de Vaccination Electronique

DASRI : Déchets d'Activité de Soins à Risques Infectieux

DCI : Dénomination Commune Internationale

DDASS : Direction Départementale de l'Action Sanitaire et Sociale

DG : Directeur Général

DGS : Direction Générale de la Santé

DMP : Dossier Médical Partagé

DP : Dossier Pharmaceutique

DPC : Développement Professionnel Continu

EHPAD : Etablissement Hébergeant des Personnes Agées Dépendantes

EPRD : Etat Prévisionnel des Recettes et des Dépenses

ETP : Education Thérapeutique

FIFO : First In First Out

FSPF : Fédération des Syndicats Pharmaceutiques de France

GIR : Groupe Iso-Ressource

GMPS : GIR Moyen Pondéré Soins

HAD : Hospitalisation à Domicile

HAS : Haute Autorité de Santé

HCSP : Haut Conseil de la Santé Publique

HPST : Hopital, Patients, Santé, Territoire

HT : Hors Taxe

HTA : Hypertension Artérielle

IC : Insuffisance Cardiaque

IDE : Infirmier Diplômé d'Etat

IEC : Inhibiteur de l'Enzyme de Conversion

IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales

IHI : Institute for Healthcare Improvement

IM : Intra Musculaire

IMC : Indice de Masse Corporelle

INED : Institut National d'Etudes Démographiques

INR : International Normalized Ratio

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

IR : Insuffisance Rénale

IV : Intra Veineuse

JO : Journal Officiel

LPP : Liste des Produits et Prestations

MDRD : Modification of Diet in Renal Disease

MIS : Médicament Info Service

MNU : Médicaments Non Utilisés

OMEDIT : Observatoire des Médicaments, Dispositifs médicaux et Innovations Thérapeutiques

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PA : Personne Agée

PACA : Provence Alpes Côte d'Azur

PAERPA : Personnes Agées en Risque de Perte d'Autonomie

PDA : Préparation des Doses à Administrer

PDF : Portable Document Format

PEC : Prise en Charge

PMSA : Prescription Médicamenteuse chez le Sujet Agé

PPS : Plan Personnalisé de Santé

PRS : Projet Régional de Santé

PUI : Pharmacie à Usage Intérieur

PVP : Projet de Vie Personnalisé

QSP : Quantité Suffisante Pour

ROSP : Rémunération sur Objectifs de Santé Publique

SC : Sous Cutané

SFGG : Société Française de Gériatrie et Gérontologie

SFPC : Société Française de Pharmacie Clinique

SMR : Service Médical Rendu

SROMS : Schéma Régional d'Organisation Médico-Sociale

SSIAD : Services de Soins Infirmiers à Domicile

TROD : Test Rapide d'Orientation Diagnostique

TTC : Toute Taxe Comprise

USLD : Unité de Soin Longue Durée

USPO : Union des Syndicats de Pharmaciens d'Officine

VGP : Vaccination Grippe Pharmacien

VO : Voie Orale

INTRODUCTION

Chaque année, l'espérance de vie s'accroît d'un trimestre. Elle dépasse désormais 80 ans. Ainsi, la France fait partie des pays aux plus faibles taux de mortalité aux âges élevés : de 200 en 1950, l'augmentation du nombre de centenaires en France est prévue à 160 000 en 2050 (1). C'est une chance pour chacun d'entre nous et un enrichissement pour toute la société.

Cependant, même si les données épidémiologiques montrent que la majorité des personnes vieillissent dans de bonnes conditions de santé et d'autonomie, les personnes de plus de 65 ans apparaissent comme la population la plus exposée à une situation de polyopathie. Cette population en croissance représente un peu plus de 9 millions d'individus (2).

Un enjeu majeur est alors apparu depuis plusieurs années : comment soigner sans nuire ? La prise en charge des personnes âgées doit être réalisée en tenant compte des problématiques suivantes : la perte de chance liée à l'abstention thérapeutique d'une part, et la iatrogénie médicamenteuse d'autre part.

Presque tous les hommes meurent de leurs remèdes, et non pas de leurs maladies.

Molière

Extrait de *Le malade imaginaire*

La polymédication des personnes âgées pose notamment des difficultés dues au risque iatrogénique accru par la vulnérabilité accrue de cette population aux effets indésirables des médicaments. En effet, l'avancée en âge s'accompagne de modifications pharmacocinétiques, pharmacodynamiques et physiques. A cela, peut s'associer une augmentation des morbidités liée au processus du vieillissement. Ainsi, prévenir la iatrogénie médicamenteuse est un enjeu majeur de santé publique.

Cette iatrogénie médicamenteuse serait, par ailleurs, responsable de plus de 10% des hospitalisations chez les sujets âgés, et de près de 20% chez les octogénaires alors que 30 à 60% des effets indésirables des médicaments seraient prévisibles et évitables (3).

Dans ce contexte, la sécurisation du médicament apparaît comme un enjeu important de qualité des soins dans les EHPAD (Etablissement d'Hébergement Pour Personnes Agées Dépendantes).

D'une part, ces établissements ont connu de fortes mutations ces dernières années avec une médicalisation et une dépendance de plus en plus forte des résidents en raison d'une entrée tardive en institution. Ainsi, le Plan solidarité grand âge, la réforme des EHPAD et la mobilisation des professionnels ont permis d'améliorer considérablement la qualité de la prise en charge des personnes âgées au sein des établissements.

D'autre part, le circuit du médicament est complexe dans ces établissements. Il fait intervenir un grand nombre de professionnels, salariés de la structure ou libéraux. La sécurisation du circuit relève alors d'une démarche pluridisciplinaire qui doit fédérer l'ensemble des professionnels de santé intervenant et être soutenue par la direction de l'établissement.

La loi Hôpital, Santé, Patient et Territoire (loi HPST) de 2009 mentionne pour la première fois le terme de « pharmacien référent » dans son article 38 (4). Le but est d'apporter les connaissances du pharmacien en termes de clinique, logistique, accompagnement, formation et communication tout en agissant en étroite collaboration avec les médecins coordonnateurs, l'équipe pluriprofessionnelle et la direction de l'EHPAD.

En effet, le pharmacien d'officine est un des acteurs qui connaît le mieux les personnes âgées. Sa proximité et disponibilité lui permettent d'appréhender les problèmes de la personne âgée et lorsque cette dernière est placée en institution, il peut travailler en collaboration avec les autres personnes du corps de santé afin d'optimiser et sécuriser sa prise en charge, certes médicamenteuse mais aussi globale.

Nous avons pour objectif de montrer la plus-value en termes économique, sociétal et social de l'intervention d'un pharmacien référent de proximité au sein des EHPAD dépourvus de Pharmacie à Usage Intérieur (PUI).

Pourquoi ce sujet ?

Les pouvoirs publics ont à cœur d'élargir les missions du pharmacien. Malheureusement, celles-ci sont parfois peu ou non pratiquées, soit pour des raisons financières, soit parce que le pharmacien éprouve des difficultés à les mettre en place sur le terrain. Le but de ce travail est de faire un point sur une mission en particulier, celle de « pharmacien référent » entre les difficultés et besoins des acteurs de terrain, ce que disent la loi et les textes et l'expérience de ceux qui ont essayé.

L'objectif est aussi d'encourager les pharmaciens à se battre pour l'évolution de leur métier en élargissant leur cadre d'exercice. En effet, toutes les autres nouvelles missions confiées au pharmacien concernent essentiellement son activité au cœur de l'officine dans une relation étroite avec le patient et le médecin traitant. Dans le cadre de la mission de pharmacien référent, l'enjeu est de s'inscrire de manière plus globale dans le parcours de soins du patient. Il s'agit alors d'instaurer une collaboration active avec de nouveaux acteurs : les proches du patient, les professionnels de santé concernés par la prise en charge, les bénévoles, mais également les personnels administratifs. Ces nouvelles missions dépassent donc le cadre habituel de l'officine et requièrent de favoriser l'ouverture vers l'extérieur en s'intégrant dans l'organisation d'une structure d'hébergement.

Dans un premier temps, nous allons présenter les spécificités et les contraintes inhérentes à la prise en charge des personnes âgées au sein des EHPAD. Pour cela, nous étudierons les modalités d'organisation et de fonctionnement de ces structures d'accueil avant de présenter les mesures mises en œuvre pour favoriser la place de la personne âgée en tant qu'acteur de soins. Nous poursuivrons avec la nécessité de personnaliser leur prise en charge eu égard aux vulnérabilités générées par le grand âge.

Dans une deuxième partie, nous allons aborder la problématique de la prise en charge médicamenteuse de la personne âgée sous l'angle du risque de iatrogénie engendré par un circuit du médicament complexe. Nous tenterons alors de démontrer la plus-value de la présence d'un pharmacien référent dont nous analyserons les statuts et les missions telles qu'elles sont définies à ce jour.

CHAPITRE I – LA PRISE EN CHARGE DE LA PERSONNE AGÉE EN EHPAD

I. FONCTIONNEMENT D'UN EHPAD

1. DEFINITION ET STATUT JURIDIQUE

A. DE LA MAISON DE RETRAITE A L'EHPAD, UNE EVOLUTION DE LA REFORME

Jusqu'en 1999, différents types de structures pour les personnes âgées existaient : les foyers logements, les maisons de retraite avec ou sans section de cure médicale, les Unités de Soins Longue Durée (USLD) (5).

Les maisons de retraite avaient plutôt vocation à accueillir des personnes âgées encore relativement autonomes. Ainsi, les personnes âgées présentant des pathologies sévères et chroniques, avec un niveau de dépendance élevé, étaient prises en charge au sein des sections de cure médicale ou dans les USLD. Ces derniers étaient des services hospitaliers offrant un suivi médical journalier. La prise en charge de la dépendance entraînait donc pleinement dans le champ sanitaire.

La tarification des maisons de retraite et des USLD était établie sur la base d'un tarif réparti entre un forfait hébergement et un forfait soins. Cependant, aucune homogénéité n'existait dans les modalités de prise en charge, aussi les prestations offertes restaient floues pour les résidents et les familles.

En 1999, une première réforme de tarification, dont l'objectif est d'améliorer la prise en charge des personnes hébergées et d'homogénéiser les statuts des établissements, donne naissance aux EHPAD. La prise en charge de la dépendance bascule alors dans le champ du médico-social. Le décret du 26 avril 1999 (6) impose l'obligation pour les structures accueillant des personnes âgées de signer une convention pluriannuelle tripartite avec le Conseil Général et la Direction Départementale de l'Action Sanitaire et Sociale (DDASS). En signant cette convention, les maisons de retraite changent d'appellation et s'engagent à accueillir des personnes âgées présentant un niveau de dépendance plus important. Désormais, le budget alloué revêt trois aspects en tenant compte du niveau de dépendance des résidents. La prise en charge financière de la dépendance, jusqu'alors fondue dans les tarifs soins et hébergement, est individualisée avec l'apparition d'un forfait dépendance.

Pour éviter les abus des établissements, tentés de prendre en charge des personnes fortement dépendantes dans le but d'obtenir des moyens supplémentaires alors qu'ils ne disposent pas de ressources adaptées, un arrêté est pris le 26 avril 1999 (7). Il fixe le contenu du cahier des charges de la convention tripartite pluriannuelle pour que celle-ci « *définisse les conditions de fonctionnement de l'établissement tant au plan financier qu'à celui de la qualité de la prise en charge des personnes et des soins qui sont prodigués à ces dernières, en accordant une attention particulière au niveau de formation du personnel d'accueil et préciser les objectifs d'évaluation de l'établissement et les modalités de son évaluation* ». Cela introduit également un nouvel acteur, le médecin coordonnateur compétent en gériatrie pour « *garantir une meilleure qualité de prise en charge gériatrique et une maîtrise adaptée des dépenses de santé. Avec l'équipe soignante, il définit les priorités de soins et facilite la coordination avec les autres professionnels, notamment les médecins libéraux. Il contribue à une bonne organisation de la permanence des soins et à la formation gériatrique continue du personnel.* »

Cette action des pouvoirs publics montre la volonté collective d'introduire une démarche d'amélioration dans la prise en charge des personnes âgées ainsi qu'une maîtrise des dépenses de santé au sein des EHPAD. Cette évolution va se poursuivre jusqu'à nos jours avec une volonté de plus en plus accentuée du respect de la personne et de son bien-être.

B. DEFINITION REGLEMENTAIRE ET STATUT JURIDIQUE

Selon l'alinéa 6° de l'article L312-1 du Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF) (8), les établissements médico-sociaux sont « *des établissements ou des services qui accueillent des personnes âgées ou qui leur apportent à domicile une assistance dans les actes quotidiens de la vie, des prestations de soins ou une aide à l'insertion sociale* ».

Selon les articles L313-12 (9) et D313-15 (10) du CASF, les Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) sont des établissements qui accueillent une proportion de personnes âgées dépendantes :

- Classées dans les GIR (Groupe Iso-Ressource) 1 à 3 supérieure à 15%

Ou

- Classées dans les GIR 1 à 2 supérieure à 10% de la capacité autorisée.

Les EHPAD sont donc des établissements médico-sociaux qui accueillent des personnes âgées dépendantes ou non mais dont le niveau de dépendance et le pourcentage de personnes dépendantes conditionnent le statut. Les établissements dont la capacité est inférieure à ces seuils sont des petites unités de vie qui ne sont pas soumises aux modalités de tarification des prestations remboursables aux assurés sociaux.

Au niveau juridique, les EHPAD peuvent relever de trois statuts différents (11) :

- **Public** : autonomes ou gérés par un établissement sanitaire ou une collectivité locale
- **Privé non lucratif** : gérés par des organismes tels que des caisses de retraite, des mutuelles, des associations...
- **Privé à caractère commercial** : gérés par des entreprises – grands groupes privés nationaux ou entreprises familiales.

C. EVALUATION DE LA PERTE D'AUTONOMIE PAR LE GIR (GROUPE ISO-RESSOURCE)

Comme nous l'avons vu précédemment, l'évaluation des résidents en Groupe Iso-Ressource et leur nombre, conditionne le statut de l'établissement médico-social ainsi que ses modalités de tarification. Ainsi, nous allons définir ce qu'est le GIR et selon quelles modalités les résidents sont classés.

Selon l'article R314-170-1 du CASF (12), l'évaluation de la perte d'autonomie des personnes hébergées dans un établissement donne lieu à un classement de chaque personne dans l'un des six groupes de la grille nationale, dits « Groupes Iso-Ressources » (GIR), par le biais d'une cotation en points, dits « points GIR », en tenant compte de l'état de la personne et de l'effort de prévention nécessaire.

Le GIR correspond donc au niveau de perte d'autonomie d'une personne âgée, calculé à partir de l'évaluation réalisée à l'aide de la grille Autonomie, Gérontologie, Groupe Iso-Ressources (AGGIR) (Annexe 1). La grille est composée de 10 variables discriminantes et de 7 variables illustratives. Il existe 6 niveaux de GIR. Le GIR 1 est le niveau de perte d'autonomie le plus fort et le GIR 6 est le niveau de perte d'autonomie le plus faible. Au sein des EHPAD, l'équipe soignante évalue les GIR, sous la responsabilité du médecin coordonnateur, à partir de la grille. Cette évaluation conditionne l'allocation des ressources de l'établissement. Elle doit être transmise aux tutelles à périodicité définie.

Le GIR 1 concerne les personnes confinées au lit, dont les facultés mentales sont gravement altérées, et qui ont besoin d'une présence continue d'intervenants. Cela inclut les personnes en fin de vie.

Le GIR 2 rassemble deux catégories de personnes. D'une part, les personnes confinées au lit ou au fauteuil, dont les facultés mentales ne sont pas totalement altérées, et qui ont besoin d'une prise en charge pour la plupart des activités de la vie courante. D'autre part les personnes qui ont des fonctions mentales altérées, mais qui ont conservé leur capacité à se déplacer.

Le GIR 3 concerne les personnes ayant conservé leurs facultés mentales mais qui ont besoin plusieurs fois par jour d'aide pour leurs soins corporels.

Le GIR 4 est attribué à deux catégories de personnes. D'abord aux personnes ne faisant pas leurs transferts seules (par exemple se lever seul du fauteuil) mais qui, une fois levées, peuvent se déplacer à l'intérieur du logement. Elles peuvent parfois être aidées pour la toilette et pour s'habiller. Ensuite, cela concerne les personnes n'ayant pas de problème pour se déplacer mais devant être aidées pour les activités corporelles et pour la préparation des repas.

Pour bénéficier de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) en établissement, il faut être classé en GIR 1, 2, 3 ou 4 (13). Les personnes évaluées en GIR 5 ou en GIR 6 ne peuvent pas bénéficier de l'APA. Elles peuvent cependant prétendre à une aide de leur caisse de retraite en en faisant la demande.

Le GIR 5 définit les personnes qui peuvent avoir besoin d'une aide ponctuelle pour la toilette et les activités domestiques : préparation des repas, ménage...

Le GIR 6 inclut les personnes autonomes pour tous les actes importants de la vie courante.

Au cours du séjour, le GIR va être réévalué annuellement ou en fonction de l'évolution de la situation du résident afin de permettre le réajustement des aides pour le résident.

D. EVALUATION DES BESOINS EN SOINS REQUIS PAR LE REFERENTIEL PATHOS

Pathos est un outil qui permet la photographie des pathologies d'un patient et des soins requis un jour donné. L'évaluation repose sur l'extrapolation des besoins en soins un jour donné à des besoins comparables chaque jour de l'année (14). A l'instar du GIR, le référentiel pathos permet d'établir une vision du type de résidents accueillis par l'établissement et dont les profils vont conditionner les ressources du budget soins alloués par l'assurance maladie.

Le médecin coordonnateur a pour rôle de repérer les différents états pathologiques du patient afin de comptabiliser tout ce dont souffre la personne le jour de l'évaluation. En effet, l'outil pathos rassemble un thésaurus de 50 états pathologiques qui représentent la très grande majorité des situations cliniques rencontrées en gériatrie.

Chaque état pathologique est identifié par son profil de stratégie thérapeutique, ce qui permet d'évaluer ensuite les soins requis, c'est-à-dire le soin utile qui devrait être effectué pour chaque état pathologique selon les recommandations de bonnes pratiques cliniques de la Société Française de Gériatrie et Gérontologie (SFGG) ou de la Haute Autorité de Santé (HAS).

Lorsque l'ensemble des états pathologiques caractérisés par un profil de soins ont été saisis chez un malade donné (Annexe 2), un jour donné, l'algorithme de pathos mesure les niveaux de soins requis pour chaque état pathologique permettant d'établir un profil de soins. Il en existe 12 différents, qui déterminent la quantité de mobilisation nécessaire des ressources.

Par ressources, on entend l'intervention potentielle des huit « acteurs » de soins que sont le médecin généraliste, le psychiatre, l'infirmier, les rééducateurs (kinésithérapeute, ergothérapeute, orthophoniste, ...), la psychothérapie (psychologue, psychomoteur), la biologie, l'imagerie et la pharmacie. Le niveau de soins, pour les professionnels, correspond au temps requis près du malade. Pathos est un outil analytique qui globalise les huit types de ressources à mobiliser en un indicateur unique.

Pour mieux appréhender l'outil pathos face à une situation clinique, nous avons présenté en figure 1 l'exemple d'un patient ayant trois états pathologiques définis : un diabète, un antécédent d'accident vasculaire cérébral, ainsi que la présence d'une escarre. L'algorithme évalue ainsi le niveau global de mobilisation de ressources dans les différents postes de consommation de soins nécessaires à la prise en charge de qualité du patient ainsi que leur ventilation.

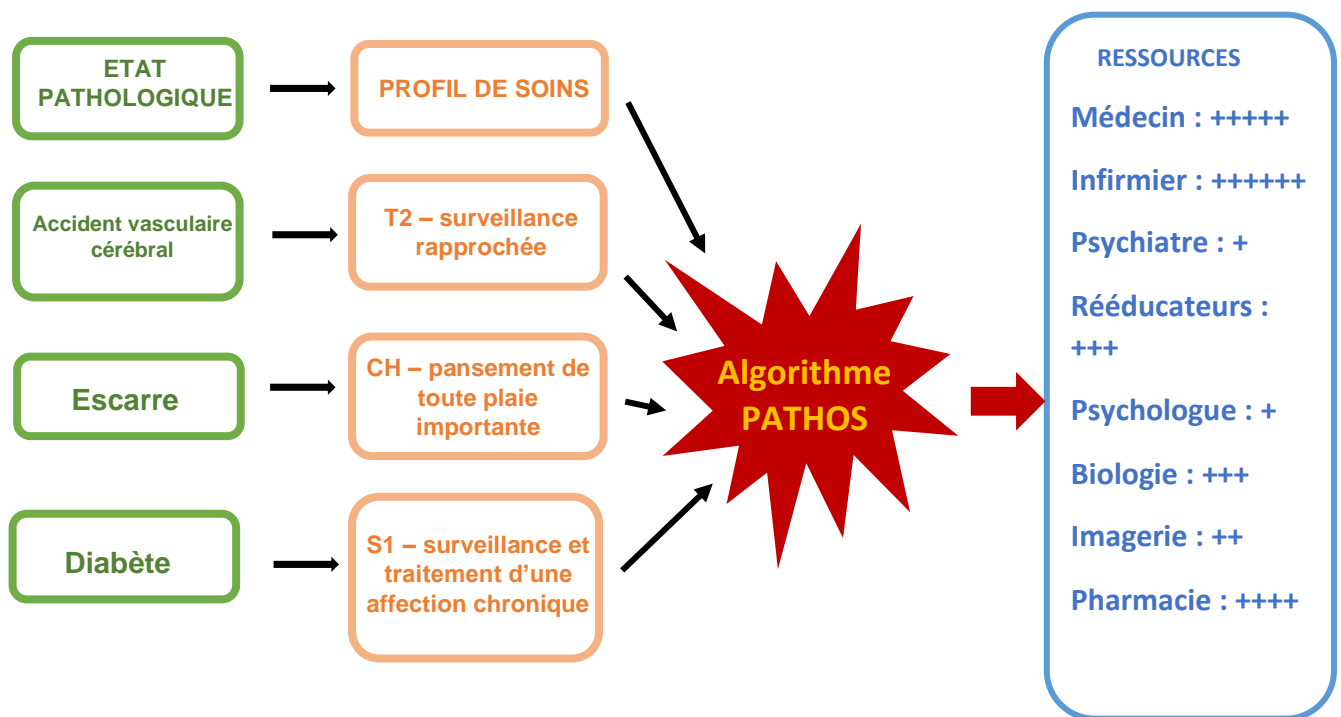


FIGURE 1 : EXEMPLE D’UN ALGORITHME PATHOS EN FONCTION DE 3 ETATS PATHOLOGIQUES (15)

L’ensemble de ces divers éléments permet de :

- Prendre en compte la polypathologie en saisissant l’ensemble des états pathologiques présentés par une population de personnes âgées.
- Caractériser les états pathologiques par un profil de soins déterminant les ressources à mobiliser en soins nécessaires médicaux et techniques
- Déterminer un indicateur par ressource mobilisée dans chacun des huit secteurs de soins concernés.

Une bonne utilisation de ces outils d’évaluation suppose une formation. La CNSA (Caisse Nationale de Solidarité pour l’Autonomie) et les ARS (Agence Régionale de Santé) mettent en place des formations assurées par un médecin de l’ARS et un médecin gériatre formateur.

2. **SYSTEME DE TARIFICATION DES EHPAD**

A. **UNE ORGANISATION REGIE PAR DES CONTRATS**

a. **L'ANCIEN MODELE : LA CONVENTION TRIPARTITE**

Selon l'article L313-12 du CASF (9), le directeur de l'EHPAD autorisé à délivrer des soins de longue durée, établit une convention pluriannuelle avec le président du Conseil Départemental et le directeur général de l'Agence Régionale de Santé (ARS) pour une durée de cinq ans. L'implication de ces trois acteurs permet ainsi de qualifier la convention de « tripartite ». La signature de ce contrat autorise l'établissement à bénéficier de financements en contrepartie de ses engagements.

Les engagements concernent les conditions de fonctionnement de l'établissement tant sur le plan financier que sur le plan de la qualité de la prise en charge des personnes et des soins qui sont prodigués aux résidents. Cela précise également les axes stratégiques d'évolution de l'établissement et les modalités de son évaluation.

Deux modèles de convention tripartite se côtoient :

- La convention tripartite initiale : il s'agit de la première convention tripartite signée par l'établissement lors de la mise en place de cet outil, ou de la convention d'ouverture d'un nouvel établissement.
- Le renouvellement de la convention tripartite, convention dite de « deuxième génération ».

Toutes les conventions sont bâties selon le schéma suivant :

- ✓ **Présentation de l'établissement** : fiche d'identité, capacité autorisée, données relatives à son activité, données financières, données relatives au niveau de dépendance et besoins en soins médico-techniques des personnes accueillies.
- ✓ **Etat des lieux / Diagnostic partagé** : par les différents signataires de la convention tripartite, au vu des visites de l'établissement par les autorités (notamment analyse de l'atteinte des objectifs de la précédente convention tripartite).

- ✓ **Engagements / Objectifs de l'EHPAD** pour la période de couverture de la convention tripartite, en matière de gouvernance, de gestion, de qualité de l'accompagnement des personnes et de mise en œuvre des politiques publiques.
- ✓ **La démarche d'évaluation** interne et externe.
- ✓ **Les modalités de mise en œuvre des engagements / objectifs** de l'établissement, au travers de fiches actions.
- ✓ **Les dispositions financières et les moyens** : option tarifaire retenue, effectifs, ...
- ✓ **Les modalités d'évaluation du dispositif conventionnel.**

b. LE NOUVEAU MODELE : LE CONTRAT PLURIANNUEL D'OBJECTIFS ET DE MOYENS (CPOM)

Depuis le 1^{er} janvier 2017, les conventions tripartites pluriannuelles sont progressivement substituées par des Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens (CPOM) programmés sur une durée de cinq ans (15). La programmation est telle que le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens prend immédiatement la suite de la convention tripartite échuë, dans la mesure du possible. A défaut de cette possibilité, un avenant à la convention tripartite permet de prolonger d'une année la validité de cette dernière.

A la différence des conventions tripartites pluriannuelles qui étaient signées par établissement, le CPOM couvre l'ensemble des EHPAD d'un même gestionnaire relevant d'un même ressort départemental ou régional. La trame du contrat est établie par les ARS au niveau régional pour tenir compte des spécificités de chaque département. Elle tient compte à la fois des orientations du SROMS (Schéma Régional d'Organisation Médico-Sociale) de l'ARS et du schéma départemental en faveur des personnes âgées du Conseil Départemental.

Le CPOM devient le document unique, ce qui représente une source de simplification administrative. Il constitue :

- L'outil de déclinaison opérationnelle des objectifs du Projet Régional de Santé (PRS),
- Le document d'amélioration continue de la qualité en référence aux instances publiques,
- Le vecteur de promotion des démarches accomplies en matière d'efficience des organisations.

Les axes du CPOM doivent concerner l'organisation de la qualité de la prise en charge et l'adaptation de l'offre aux besoins des résidents, l'ouverture de l'EHPAD dans son environnement, la personnalisation de l'accompagnement, l'expression et la participation individuelle et collective des résidents, la garantie des droits et la politique de prévention et de gestion des risques.

En effet, le CPOM doit permettre de mieux répondre aux enjeux d'accompagnement des usagers en introduisant une logique décloisonnée d'activités multiples et complémentaires, un support de dialogue entre les acteurs, ainsi que des parcours et des partenariats renforcés. Tout ceci représente les conditions de l'amélioration de la qualité de la prise en charge et d'un accès à la santé et à l'autonomie facilité.

Le CPOM prévoit une modulation des financements en fonction de l'atteinte des objectifs d'activité de l'établissement définis dans le contrat (décret du 27 juin 2018) (16).

Si l'activité réalisée est inférieure aux objectifs définis dans le contrat, et sous réserve de circonstances particulières justifiant tout ou partie de cette sous-activité, le financement de la structure peut être revu à la baisse. Le pourcentage d'abattement de la dotation globale ou du forfait global est défini par établissement. Il est égal à la moitié de la différence entre l'objectif d'activité fixé dans le contrat et le taux d'activité effectivement constaté. Les modalités de calcul de l'activité réalisée sont fixées dans le contrat : elles peuvent être définies par le taux d'occupation, la file active des personnes accompagnées ou le nombre de prestations réalisées (17).

L'article 58 de la loi d'adaptation de la société au vieillissement (18) crée les conditions d'un pilotage par les ressources (et non plus par les dépenses) en prévoyant le passage à un financement forfaitaire. L'Etat Prévisionnel des Recettes et des Dépenses (EPRD) se caractérise par une inversion de la logique antérieure : la prévision des produits détermine dorénavant celle des charges. L'EPRD établit également un lien étroit entre l'exploitation et le cycle de l'investissement dans une optique pluriannuelle.

Avant la conclusion du CPOM, l'évaluation de la perte d'autonomie des personnes hébergées dans l'établissement (GIR) ainsi que l'évaluation de leurs besoins en soins requis (PATHOS) sont réalisées de façon simultanée. Cette même action sera à nouveau effectuée au cours de la troisième année du même contrat.

B. UNE TARIFICATION EN TROIS PARTIES

Le contrat d'objectifs et de moyens définit une tarification en trois parties (19) :

a. UN FORFAIT GLOBAL RELATIF AUX SOINS

Le montant de cette enveloppe est déterminée à la fois par le degré d'autonomie des résidents accueillis dans l'établissement (mesuré par la grille AGGIR en Annexe 1) et par les soins médico-techniques requis par les résidents compte tenu de leurs pathologies (mesurés par l'outil pathos en Annexe 2) (20) . Le montant du forfait global de soins est arrêté annuellement par le directeur général de l'ARS. Il correspond aux soins et prestations délivrés aux résidents affiliés à un régime obligatoire de base de sécurité sociale auxquels on ajoute les tarifs journaliers correspondant aux soins et prestations délivrés aux autres résidents. Le forfait global relatif aux soins est versé à l'établissement par l'assurance maladie. Il n'y a donc pas de reste à charge pour le résident.

Le tarif soins est fonction de l'option tarifaire appliquée à l'établissement, selon deux modalités possibles, à savoir, un tarif partiel ou un tarif global.

Le tarif partiel comprend, d'après l'article R314-166 du CASF (21) et l'arrêté du 26 avril 1999 (22) :

- Les rémunérations et les charges sociales et fiscales relatives au médecin coordonnateur et aux médecins salariés exerçant dans l'établissement
- Les rémunérations et les charges sociales et fiscales relatives aux auxiliaires médicaux salariés de l'établissement
- Les charges correspondant aux rémunérations des infirmiers libéraux intervenant dans l'établissement
- Les rémunérations et les charges sociales et fiscales relatives aux aides-soignants et aux aides médico-psychologiques
- Le petit matériel dont la liste figure en annexe de l'arrêté du 30 mai 2008 (Annexe 3).

L'option de tarif global comprend l'intégralité des dépenses de fonctionnement de l'établissement relatives aux soins, il convient donc d'ajouter à la liste précédente :

- Les charges correspondant aux dépenses de rémunération et de prescriptions des médecins généralistes libéraux intervenant dans l'établissement
- Les charges correspondant aux dépenses de rémunération des auxiliaires médicaux libéraux
- Les examens de biologie et de radiologie autres que ceux inclus dans les dispositions prévues à la rubrique f de l'annexe III du décret n°99-316 du 26 avril 1999 (6).

Selon l'article R314-167 du CASF (23), ce tarif ne comprend pas :

- Les soins dispensés par un autre établissement de santé
- Les séjours ou soins pour dialyse péritonéale, suppléances aux insuffisants rénaux et insuffisants respiratoires chroniques
- Les interventions en psychiatrie
- Les soins dentaires réalisés en établissement de santé ou en cabinet de ville
- Les examens médicaux qui nécessitent des équipements matériels lourds
- Les honoraires des médecins spécialistes libéraux
- Les transports sanitaires
- Les dispositifs médicaux qui ne sont pas inscrits dans la liste
- Les médicaments inscrits sur la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables aux assurés sociaux mentionnée à l'article L162-17 du Code de la Sécurité Sociale (CSS) (24).

Ces dépenses non comprises dans le tarif soins restent à la charge du résident et les règles de remboursement de ces dépenses de soins sont alors les mêmes que s'il vivait à son domicile.

b. UN FORFAIT GLOBAL RELATIF A LA DEPENDANCE

Ce tarif recouvre l'intégralité des prestations d'aide et de surveillance nécessaires à l'accomplissement des actes de la vie courante. Il existe trois niveaux de tarif dépendance répartis entre les GIR 1&2, les GIR 3&4 et les GIR 5&6. Plus le résident est dépendant, plus le tarif dépendance est élevé.

Quel que soit son degré de dépendance, tout résident hébergé en EHPAD doit acquitter un même montant minimum au titre de la dépendance, lequel est égal au tarif dépendance de l'établissement applicable aux personnes les moins dépendantes (GIR 5&6), communément appelé « *Ticket Modérateur* ».

Seuls les groupes GIR 1 à 4 permettent l'attribution de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA). Ainsi, déduction faite du ticket modérateur, le solde du montant du tarif dépendance dû par le résident peut être pris en charge par l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA), pour autant que le bénéficiaire en ait fait la demande. Une majoration peut en outre être appliquée à cette participation du résident, en fonction de ses ressources.

Ce budget « dépendance » est utilisé pour les prestations d'aide et de surveillance des personnes âgées en perte d'autonomie (aides-soignants, psychologues, ...) (25).

c. UN TARIF JOURNALIER RELATIF AUX PRESTATIONS D'HEBERGEMENT

Il est fixé par le président du Conseil Départemental. Ce tarif est à la charge du résident ou de ses obligés alimentaires et, le cas échéant, du Conseil Départemental, dans le cadre de l'aide sociale accordée à titre subsidiaire. Les dépenses intégrées dans les forfaits de soins et de dépendance ne peuvent pas être comprises dans ce tarif, le tarif hébergement est donc identique, pour un lieu de vie individuel équivalent, pour tous les résidents d'un même établissement. Une liste, établie par décret (26), fixe le « socle de prestations » qui correspond à l'ensemble des prestations délivrées obligatoirement par l'EHPAD :

- Prestations d'administration

Celles-ci comprennent la réalisation du contrat de séjour et toute la gestion administrative de l'ensemble du séjour, notamment les services administratifs permettant l'accès aux droits pour des dossiers de Couverture Maladie Universelle (CMU), la Couverture Maladie Universelle complémentaire (CMU-c), l'aide sociale à l'hébergement ou l'allocation logement.

- Prestations d'accueil hôtelier

Cette partie concerne la mise à disposition d'une chambre et de locaux collectifs, l'accès à une salle de bain comprenant a minima un lavabo, une douche et des toilettes, la fourniture d'électricité, d'eau, de gaz, d'éclairage et de chauffage, l'entretien et le nettoyage de la chambre et des parties communes, la maintenance générale du bâtiment (intérieur et espaces verts), la mise à disposition du matériel nécessaire pour recevoir la télévision et installer le téléphone, l'accès à internet.

- Prestations de restauration

Cette prestation comprend le service de trois repas par jour, d'un goûter et d'une collation nocturne à chaque résident.

- Prestations de blanchissage

Il s'agit de la fourniture et de l'installation du linge de lit et du linge de toilette, son renouvellement et son entretien.

- Prestations d'animation de la vie sociale

Ces dernières consistent en l'accès à des animations collectives dans l'enceinte de l'établissement et l'organisation d'activités extérieures.

Au niveau de la tarification, le CPOM comporte une tarification forfaitaire « à la ressource » calculée en fonction de l'appréciation de l'évaluation de la perte d'autonomie et de l'évaluation des besoins en soins requis des résidents de chaque EHPAD. La mise en œuvre de cette réforme de la tarification a vocation à répondre aux enjeux de la prise en charge des personnes en situation de perte d'autonomie en allouant le juste niveau de ressources au regard des caractéristiques des personnes hébergées et accompagnées.

Depuis 2016, les EHPAD transmettent les tarifs pratiqués à la CNSA. Ainsi, ces prix alimentent l'annuaire du portail pour-les-personnes-agees.gouv.fr (25), qui affiche les prix hébergement et les tarifs dépendances pratiqués par chaque EHPAD. Ainsi, les personnes à la recherche d'un EHPAD peuvent comparer les prix affichés par les établissements, ainsi que leur reste à charge grâce à deux outils : un comparateur des prix des maisons de retraite et un comparateur des restes à charge.

3. **PRISE EN CHARGE FINANCIERE DU MEDICAMENT**

Au niveau de l'approvisionnement du médicament, les EHPAD peuvent être dotés d'une Pharmacie à Usage Intérieur (PUI) ou non. Dans le premier cas, c'est la PUI qui se charge de l'approvisionnement et de la gestion de l'ensemble du circuit du médicament de l'établissement. En l'absence de PUI, ce qui est le cas des EHPAD étudiés dans ce document, ce sont les pharmacies d'officine qui se chargent de l'approvisionnement du médicament pour les résidents.

Selon l'article R5126-115 du CSP (27), « *Les pharmaciens d'officine peuvent dispenser au sein des EHPAD les médicaments sous réserve qu'ils aient fait l'objet d'une prescription médicale.* » Cependant, le médicament, fourni par la pharmacie d'officine sur prescription médicale n'est pas compris dans le forfait soins de l'EHPAD. Il est facturé directement à la caisse d'assurance maladie du résident lors de la délivrance. Cette action se réalise à l'aide de la carte vitale du patient, via le « tiers payant » qui permet à ce dernier de ne pas avancer la partie prise en charge. Cela implique que les droits du résident soient ouverts et à jour. Ces démarches administratives sont gérées par l'EHPAD et comprises dans le forfait soins.

Pour permettre le remboursement du médicament, la prescription doit être faite dans le cadre des indications thérapeutiques ouvrant droit à la prise en charge, et les médicaments doivent figurer sur la « Liste des médicaments remboursables aux assurés sociaux », fixée par arrêté ministériel (28).

La sécurité sociale classe les médicaments en cinq catégories pour leur tarification. En fonction de leur Service Médical Rendu (SMR) et de leur Amélioration du Service Médical Rendu (ASMR), les médicaments peuvent (29) :

- Être pris en charge à 100% : PH1
- Être pris en charge à 65% : PH7
- Être pris en charge à 30% : PH4
- Être pris en charge à 15% : PH2
- Non remboursé par la sécurité sociale : PHN, le prix du médicament reste donc à la charge du résident.

En ce qui concerne l'approvisionnement de l'EHPAD, la délivrance en générique avec l'application du « tiers payant » constitue la pratique majoritaire. Les princeps ne sont délivrés que sur mention expresse de « non substituable » sur l'ordonnance ou en l'absence de générique. Depuis le 1^{er} janvier 2020, la mention « non substituable » doit être justifiée par l'une des trois situations médicales suivantes pour bénéficier du « tiers payant » (30) :

- MTE : prescription de médicaments à marge thérapeutique étroite dont la liste précise est fixée par arrêté ministériel (31).
- EFG : prescription chez l'enfant de moins de 6 ans en l'absence de forme galénique adéquate
- CIF : prescription pour un patient présentant une contre-indication formelle à un excipient à effet notoire présent dans tous les génériques disponibles, excepté le princeps.

En cas de refus d'un générique et en l'absence d'une ordonnance conforme, le patient doit payer le prix du médicament en totalité et ne sera remboursé que sur la base du prix du générique le plus cher. Ainsi, si le prix du princeps est supérieur au prix du générique, le patient aura un reste à charge correspondant au différentiel entre les deux.

Concernant la substitution, en accord avec l'Assurance Maladie, il convient d'assurer la stabilité de la dispensation auprès des personnes âgées de plus de 75 ans, sur un certain nombre de molécules utilisées dans le traitement des pathologies chroniques : diabète de type 2, hypercholestérolémie, HTA, cardiologie, ... Cette action rentre dans le cadre de la protection des personnes âgées pour qui un changement de conditionnement ou de forme galénique pourrait entraîner des risques potentiels de confusion. Suivant ce même objectif, le pharmacien peut choisir de ne pas effectuer de substitution s'il estime que le changement peut influencer sur le bon suivi du traitement dispensé au patient (32).

Le remboursement de la part restante peut être assurée par la mutuelle complémentaire du résident s'il en possède une ou la CMU-c. Ces assurances complémentaires peuvent rembourser tout ou partie de la somme restante en fonction du contrat souscrit.

Il existe une exception concernant les EHPAD ayant signé la convention tripartite avant le 5 mars 2002. Dans ce cas, les médicaments sont intégrés dans le forfait soins (33) et facturés à l'EHPAD lors de la délivrance. La caisse d'assurance maladie individuelle de chaque résident n'intervient plus dans le processus lors de la délivrance des médicaments.

En ce qui concerne les dispositifs médicaux, la liste comprise dans le forfait soins sera directement prise en charge par l'EHPAD. Pour les dispositifs qui ne figurent pas dans la liste, cela dépend de leur statut. S'ils font partie des dispositifs remboursés, ils seront directement facturés à l'assurance maladie du résident par la pharmacie. S'ils ne sont pas remboursés, ils seront à la charge du résident.

II. MIEUX PRENDRE EN COMPTE LA PLACE DU RESIDENT AU SEIN DE L'EHPAD

Devant la vulnérabilité des personnes âgées, la nécessité de les protéger est apparue indispensable en leur proposant un accompagnement de qualité. La protection, la possibilité d'exercer ses droits et ses devoirs, de disposer de l'information qui le concerne, se sont imposés progressivement comme des besoins évidents du résident.

1. LES OUTILS DE LA LOI 2002

La loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 (34) rénovant l'action sociale et médico-sociale définit les droits fondamentaux des personnes incluant la participation de l'utilisateur et de son entourage à la conception et à la mise en œuvre de sa prise en charge. Elle définit des modalités concrètes d'exercice de ces droits en créant ou en rénovant divers outils. Nous abordons ci-dessous une partie de ces outils afin de porter un éclairage sur les nécessaires articulations entre les droits des résidents et la qualité de leur prise en charge.

A. LE PROJET D'ETABLISSEMENT

Il s'agit d'un document de référence rendu obligatoire par la loi n°2002-2 (34). L'article L.311 – 8 du CASF (35) stipule que « *Pour chaque établissement ou service social ou médico-social, il est élaboré un projet d'établissement ou de service, qui définit ses objectifs, notamment en matière de coordination, de coopération et d'évaluation des activités et de la qualité des prestations, ainsi que ses modalités d'organisation et de fonctionnement.* »

Il définit le cadre des références de l'établissement à tous les niveaux : philosophiques, morales, éthiques, humaines. Il précise les missions et les orientations de l'établissement en deux parties :

- Une partie diagnostic de l'existant
- Une partie prospective précisant les objectifs de l'établissement et les moyens requis.

Le projet d'établissement intègre différentes thématiques que sont :

- L'évolution de la place du résident en tant qu'acteur de son propre parcours
- Les nouveaux modes de coopération dans le sens où l'accompagnement est le résultat d'articulations entre différents services, organismes, réseaux...
- L'impact des nouvelles gouvernances (le CPOM par exemple) qui induisent des mutualisations de moyens
- L'ouverture géographique de la structure sur l'environnement pour le maintien de la socialisation des résidents
- Les nouveaux modes d'encadrement garants de la bienveillance

Ce document vise à répondre aux besoins et aux attentes des personnes accueillies et de garantir pour chacune d'elle un accompagnement de qualité. Il s'inscrit dans la durée et correspond à une dynamique. Il est autant un outil de management et de communication que de positionnement et de négociation auprès des autorités. L'ensemble des acteurs et des partenaires doit être impliqué et participer à son élaboration. Par ailleurs, il vient en soutien des pratiques professionnelles et accompagne le changement.

Le projet d'établissement est établi pour cinq ans et permet de formaliser les principales orientations stratégiques de la structure. Elles peuvent être révisées en fonction notamment de l'évolution des besoins et des attentes des résidents ainsi que du rapport d'activité. Ces orientations sont liées au contexte (implantation, territoire, etc...).

B. LE PROJET DE VIE PERSONNALISE (PVP)

a. DEFINITION REGLEMENTAIRE

La loi du 2 janvier 2002 (34) pose l'obligation légale pour tous les établissements sociaux et médico-sociaux de réaliser un projet personnalisé pour chaque résident.

L'arrêté du 13 août 2004 (36) qui fixe le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle, mentionne un « projet personnalisé » pour chaque résident présentant une détérioration intellectuelle, afin de déterminer les activités visant à maintenir ses capacités relationnelles.

Dans la majorité des cas, les résidents qui intègrent un EHPAD sont en situation de vulnérabilité sur plusieurs plans. En effet, l'entrée en institution bien qu'acceptée par la personne âgée, résulte le plus souvent d'une impossibilité du maintien à domicile pour des raisons médicales, mais aussi sociales et familiales. L'admission en EHPAD va, la plupart du temps, répondre d'un besoin de sécurité pour la personne âgée. La pathologie, couplée à la perte d'autonomie entraîne des difficultés à exécuter tous les actes de la vie quotidienne malgré les aides en place au domicile. La personne âgée, et de plus en plus âgée aujourd'hui lors de l'admission, va devoir se résigner à quitter tout ce qui représentait sa vie, son domicile, son voisinage, ses liens sociaux, et ce, de manière définitive pour terminer sa vie en institution. Il s'agit d'une rupture définitive.

Ainsi, la construction du projet de vie a vocation à répondre à différents enjeux :

- Il doit témoigner explicitement de la prise en compte des attentes et des besoins de la personne qu'il s'agit de faire émerger. Ces attentes correspondent à des souhaits, désirs et envies. Elles ne sont pas toujours clairement formulées. Elles peuvent être latentes, simplement ressenties, explicites ou implicites mais elles existent toujours, même quand la personne est dans l'incapacité de les exprimer. Elles peuvent aussi être différentes voire complémentaires des besoins identifiés par les professionnels et les proches.
- Il induit l'individualisation et la singularité de chaque accompagnement en prenant en compte les habitudes de vie de la personne âgée. Cette personnalisation de l'accompagnement va se décliner en une programmation de prestations et/ou d'activités individuelles ou collectives en cohérence qu'il faut concilier avec les contraintes organisationnelles et les ressources du lieu d'accueil.
- Il permet d'inclure différents volets plus spécifiques articulés entre le volet social et le volet médical afin de proposer une prise en charge globale. Il s'agit d'une co-construction dynamique entre la personne (et/ou son représentant légal) et tous les professionnels.

Parce qu'il tient compte du parcours de vie, du parcours de soins, et du parcours d'accompagnement de la personne, le projet de vie personnalisé va permettre dans un premier temps de faciliter l'adaptation du résident au sein de la structure, puis de lui proposer un accompagnement de qualité respectueux et adapté à sa singularité.

A noter que le projet personnalisé est un document différent du contrat de séjour. Les deux documents, restent cependant des obligations pour l'établissement. Le projet de vie personnalisé est réévalué et adapté dès lors que la personne accueillie le demande ou qu'un changement est observé (perte d'autonomie, diminution des activités, etc...) et a minima une fois par an.

b. LES ACTEURS DU PROJET DE VIE PERSONNALISE (37)

Parce qu'il s'agit d'une démarche dynamique et participative, plusieurs acteurs sont impliqués dans la réalisation du PVP, dont :

Le résident : sa participation et son implication la plus forte possible sont recherchées au travers de la validation des propositions réalisées par les professionnels.

Les proches : en accord avec le résident et s'ils existent

Le référent du projet personnalisé : Il s'agit de l'interlocuteur privilégié mais non exclusif du résident et de ses proches. Il établit une relation singulière dans laquelle il veille à la mise en œuvre effective du projet du résident. Il assure le relais entre les équipes et les proches en permettant une fluidité du parcours. Le référent est un professionnel de l'EHPAD.

Le coordonnateur des projets personnalisés : Il assure la mise en œuvre du déploiement des projets personnalisés dont les référents ont la responsabilité. Il est le garant du respect des différentes échéances. Il peut s'agir soit d'un cadre (directeur, médecin coordonnateur, infirmier coordonnateur), soit d'un professionnel à qui a été délégué la fonction (psychologue, animateur, ...). Il a pour mission de piloter les réunions de co-construction et de synthèse ainsi que les réévaluations du projet personnalisé.

Un représentant de chaque catégorie professionnelle de l'EHPAD impliqué dans la prise en charge du résident.

Tous les partenaires associés à la prise en charge, que sont les bénévoles et services civiques, les professionnels libéraux, les services d'aide à la personne...

c. LES DIFFERENTES ETAPES DE L'ELABORATION DU PROJET DE VIE (37)

Que l'entrée en EHPAD soit préparée ou qu'elle intervienne en urgence, les premiers contacts avec le nouvel arrivant sont déterminants. Ce sont eux qui vont permettre d'établir une confiance et un bien être du résident pour la suite de son séjour. Le personnel référent désigné est systématiquement présent le jour de l'arrivée du nouveau résident. Il assure son accueil, la présentation de l'équipe, la visite des lieux et se renseigne sur ses habitudes de vie pour favoriser une personnalisation de la procédure. Cela constitue la première étape du PVP.

La deuxième étape consiste en l'organisation de réunions pluridisciplinaires, dans un premier temps, sans la présence du résident, pour permettre à tous les professionnels de bénéficier du même niveau d'information et de dégager des lignes directrices claires dans l'accompagnement proposé. Cette analyse doublée des propositions d'accompagnement sera soumise à des échanges avec le résident en vue de sa validation.

La suite consiste en la mise en œuvre réelle du projet personnalisé dans les 3 à 5 mois suivant l'entrée. Il doit être ancré dans la vie de la personne, axé sur le maintien de l'autonomie et des liens sociaux. Il doit maintenir l'estime de soi, et établir des actions de prévention en santé.

Le suivi et actualisation du projet personnalisé constituent la dernière étape, par l'évaluation de la satisfaction du résident et l'actualisation au moins une fois par an en fonction des changements de situation ou de la demande de la personne.

La mise en œuvre des projets de vie personnalisés au sein des EHPAD a donc vocation à favoriser la juste compréhension du besoin de chacun des résidents. Elle assure la qualité et la sécurisation de l'accompagnement dans une démarche collaborative.

C. L'ÉVALUATION INTERNE ET EXTERNE

Depuis 1999, les EHPAD sont engagés dans une démarche d'amélioration continue de leurs prestations aux résidents au travers de la réalisation de l'auto-évaluation et du suivi de l'engagement qualité pris dans le cadre du CPOM.

Cependant, cette démarche d'auto-évaluation portait principalement sur la réalisation des activités mises en place dans l'établissement.

Les évaluations interne et externe, introduites par l'article 22 de la loi 2002-2 (34), demandent d'aller plus loin en portant une appréciation sur les actions mises en place et leurs effets pour la population de l'EHPAD.

Ainsi, la réalisation de ces deux démarches doivent porter sur les mêmes champs et rester complémentaires.

a. L'ÉVALUATION INTERNE

L'évaluation interne est réalisée par l'établissement sur la base d'un référentiel qu'il construit à partir des recommandations de bonnes pratiques. Cette évaluation doit permettre de faire régulièrement le point sur l'action menée, de vérifier son adéquation par rapport aux projets de l'établissement et aux besoins des résidents afin d'identifier les points forts et faibles.

Elle analyse les processus mis en œuvre, l'organisation et les effets des actions pour les personnes accompagnées. Elle s'appuie sur une analyse documentaire, l'observation des pratiques et le recueil du point de vue des différents acteurs. Il s'agit d'une démarche collective et participative qui nécessite d'impliquer l'ensemble des professionnels et de partager leur vision avec celle des personnes accompagnées et de leurs proches.

À l'issue de ce diagnostic partagé, les points à valoriser sont mis en avant et les éléments d'amélioration précisés. Un plan d'amélioration continue de la qualité de l'accompagnement est élaboré. Il doit être suivi et communiqué régulièrement aux professionnels et aux personnes accompagnées.

En conformité avec la circulaire du 21 octobre 2011 (38) relative à l'évaluation des activités et de la qualité des prestations délivrées dans les établissements et services sociaux et médico sociaux, cinq axes centrés sur les résidents doivent être investigués :

- La garantie des droits individuels et collectifs ;
- La prévention des risques liés à la santé ;
- Le maintien des capacités dans les actes de la vie quotidienne et l'accompagnement de la situation de dépendance ;
- La personnalisation de l'accompagnement ;
- L'accompagnement de fin de vie.

Les établissements transmettent à l'ARS les résultats de leur évaluation interne tous les 5 ans.

b. L'EVALUATION EXTERNE

L'évaluation externe porte une appréciation sur les conditions de la mise en œuvre de l'évaluation interne et les actions d'amélioration déployées au regard d'une part, des missions imparties et d'autre part des besoins et attentes des populations accueillies. Elle est définie dans le décret n° 2007-975 du 15 mai 2007 (39) qui en fixe le cadre. Elle doit être effectuée par un prestataire choisi par les responsables de l'EHPAD parmi une liste d'organismes "habilités" par la Haute Autorité de Santé suivant un cahier des charges arrêté par décret.

Depuis 2019, en réponse à la loi n°2019-774 du 24 juillet 2019 (40), la HAS s'est vue confier la responsabilité de la procédure d'évaluation des établissements sociaux et médico-sociaux dont font partie les EHPAD. Ainsi, elle a pour mission d'élaborer le nouveau dispositif d'évaluation de ces structures, ainsi que le nouveau cahier des charges d'habilitation des organismes en charge des évaluations. Un décret, à paraître en 2021, doit déterminer les modalités de publication des rapports d'évaluation, ainsi que le rythme de ces évaluations.

Au delà de leurs caractères obligatoires, ces évaluations sont une étape importante du processus global d'amélioration continue de la qualité des prestations et des activités. Elles s'articulent, de ce fait, avec toutes les autres démarches déployées au sein de l'établissement : le projet d'établissement, le renouvellement du CPOM, la rédaction de procédure, la gestion des risques et des évènements indésirables

Ainsi, l'évaluation doit être envisagée comme un outil de pilotage, de management, de dialogue portant sur le cœur de métier de l'établissement.

2. LES ORIENTATIONS DE DEMAIN : LE PLAN SOLIDARITE GRAND AGE

A. DU PLAN VIEILLISSEMENT ET SOLIDARITE AU PLAN SOLIDARITE GRAND AGE

Le plan Vieillesse et Solidarité mis en place à partir de novembre 2003 et programmé sur quatre ans après le drame de la canicule de 2003, a permis d'accroître nettement le nombre de places d'accueil en établissement et d'améliorer la prise en charge des personnes âgées dépendantes. Entre 2004 et 2005, les 10 000 places en EHPAD prévues par le plan sur quatre ans sont financées. Cela conduit le gouvernement à en créer 10 000 supplémentaires entre 2006 et 2007 (41).

Avec le Plan Solidarité Grand Age, le gouvernement poursuit l'effort de création de places en établissement. Ainsi, 851,3 millions d'euros ont été alloués depuis 2007, ce qui a conduit à atteindre l'objectif au 31 décembre 2017 de 40 033 places créées en Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) dans le cadre de l'hébergement permanent (42).

Pour la médicalisation des établissements pour personnes âgées dépendantes, depuis le début du plan, entre 2007 et 2016, 1,925 milliard d'euros ont également été alloués pour renforcer le nombre de personnels soignants qui accompagnent les personnes âgées en EHPAD. Le but est l'amélioration des taux d'encadrement, le développement de l'offre de services de soins infirmiers à domicile (SSIAD), de structures d'accueil de jour et d'hébergement temporaire pour offrir des solutions de répit aux aidants.

B. MODE DE FINANCEMENT DU PLAN SOLIDARITE GRAND AGE

La loi du 30 juin 2004 (43) a posé le principe d'une prise en charge collective de la dépendance et instauré la Journée de Solidarité. 1,2 milliard d'euros peuvent ainsi être mobilisés chaque année en faveur des personnes âgées. Cela permet de consolider le financement de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA), de créer de nouvelles places, etc... C'est grâce à cet effort des français que les objectifs du Plan Vieillesse et Solidarité ont été atteints dès la fin 2005, avec 2 ans d'avance et qu'un doublement du nombre de créations de places a pu être décidé.

La loi a également créé la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA), qui gère les crédits issus de la Journée de Solidarité, sous le contrôle de la Cour des Comptes : c'est une garantie de transparence dans l'utilisation des sommes engagées (41).

La CNSA verse ces crédits aux ARS qui les redistribuent aux établissements ayant signé un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) et en fonction des besoins en soins de leurs résidents mesurés par le référentiel pathos (42).

C. LES AXES DU PLAN SOLIDARITE GRAND AGE

Cinq grands axes ont été ciblés pour le Plan Solidarité Grand Age (41) :

- Le libre choix du domicile
- Inventer la maison de retraite de demain
- Adapter l'hôpital aux personnes âgées
- Assurer pour l'avenir le financement solidaire de la dépendance
- Insuffler une nouvelle dynamique à la recherche et à la prévention

a. INVENTER LA MAISON DE RETRAITE DE DEMAIN

Il s'agit dans cet axe d'améliorer la prise en charge globale de la personne âgée en EHPAD, tant lors de son entrée que pendant son séjour. Cela inclut également la gestion de la structure.

- Eviter les ruptures de prise en charge entre le domicile et la maison de retraite :

L'entrée en institution constitue un choc qui peut accélérer la perte d'autonomie. Le but est donc d'assurer une transition douce, adaptée au souhait du résident. Pour cela, il est proposé la création de places d'accueil de jour et de places d'hébergement temporaire, permettant d'apporter temporairement des soins lourds en maison de retraite pour éviter l'hospitalisation.

- Augmenter le personnel soignant auprès des personnes âgées :

Cela est conditionné par la prise en compte de divers éléments. L'évaluation du niveau de dépendance chaque année et des besoins en soins permet d'ajuster régulièrement les effectifs soignants. L'animation n'est plus intégralement facturée au résident, ainsi l'augmentation du budget permet de renforcer la présence de paramédicaux ainsi que la création de « conventions de prestations de soins » avec eux. L'objectif est également d'augmenter la présence d'un professionnel pour un résident dans le cas des personnes les plus dépendantes.

- Mettre en œuvre un plan de recrutement et de formation des métiers du grand âge :

Pour ce qui concerne le recrutement, il s'agit de maintenir les flux de formation initiale pour les IDE (Infirmier Diplômé d'Etat) et les AS (Aide-Soignant) à un niveau élevé, de renforcer les possibilités de formation en alternance pour ces métiers, et d'ouvrir les métiers de la filière médico-sociale à la validation des acquis de l'expérience. Il convient de favoriser les coopérations entre établissements pour recruter certains métiers (ergothérapeute, kinésithérapeute, psychologue) et enrichir les carrières de direction.

Il faut bâtir des passerelles entre les différents diplômes pour rendre les métiers médico-sociaux plus attractifs et autoriser ces métiers à être pratiqués indifféremment en établissement et à domicile.

Le développement de l'animation dans les établissements doit être approfondi en reconnaissant les diplômes correspondants et en facilitant le recrutement en recourant aux contrats aidés.

- Lutter contre la maltraitance (41) :

Cela passe par trois angles d'analyse.

En premier lieu, il convient de renforcer les procédures de signalement et de contrôle. Pour cela, on propose la création d'un numéro et d'un dispositif national d'écoute et de traitement des situations de maltraitance. Cela peut être renforcé par la mise en place d'un programme d'inspection garantissant la visite régulière des établissements et leur contrôle dans une période de 10 ans.

Le deuxième élément est conditionné par le développement de la prévention. Cette partie concerne d'abord le personnel avec la nomination d'un « sage » chargé de défendre les personnes vulnérables et la réalisation d'un contrôle strict des embauches. Dans la pratique quotidienne, la mise en place d'un dispositif de prévention des risques d'épuisement du personnel est à étudier pour éviter les « dérapages » dus à la fatigue et au manque de temps. L'autre élément concerne la mise en place d'un système qualité en réalisant une auto-évaluation dans tous les établissements dans un délai d'un an, et l'inscription dans le projet d'établissement d'un volet concernant la politique de lutte contre la maltraitance.

Enfin, le renforcement des sanctions et le suivi des mesures de correction est essentiel pour apporter une réponse concrète au problème de la maltraitance des personnes âgées. Il est important qu'il soit possible d'accélérer les fermetures d'établissement en cas de difficultés majeures et d'installer dans les départements un comité de prévention et de lutte contre la maltraitance aux compétences renforcées.

- Développer une démarche qualité et une culture d'évaluation :

Il convient de prévoir une démarche qualité dans tout projet d'établissement. Cela passe par le développement de la démarche qualité lors du renouvellement des conventions ainsi que par la création d'habitudes d'évaluations internes sans crainte de sanctions dues à de mauvais résultats. Il faut soutenir une politique de labellisation « qualité » par les grandes fédérations du secteur et créer une agence d'évaluation avec des moyens renforcés.

- Maitriser le prix payé par les personnes âgées :

Il faut inciter les établissements à se moderniser en faisant bénéficier les résidents des subventions à l'investissement, bâtir une politique fiscale neutre pour la prise en charge des personnes âgées.

- Poursuivre l'effort de création de places dans toute la France :

L'objectif est de créer chaque année 5000 places en établissement.

b. LES PRINCIPALES IDEES DES QUATRE AUTRES AXES

- Resserrer les liens entre le domicile, la maison de retraite et l'hôpital :

Il faut systématiser les conventions entre les différents partenaires (services de gériatrie, EHPAD, services de soins à domicile), poursuivre le développement des réseaux de santé « personnes âgées », informer en temps réel les personnes âgées, leurs familles et les professionnels de santé sur les places disponibles dans les services hospitaliers, les EHPAD, etc...

- Assurer le financement solidaire de la dépendance pour l'avenir

Le rapport de Madame GISSEROT du 20 mars 2007 (44) propose trois scénarios face à la croissance prévisible de 1% par an en moyenne jusqu'en 2040 du nombre de personnes dépendantes :

- Le premier concerne l'APA. Il est proposé de le recentrer sur les personnes les moins aisées et les plus dépendantes, en renvoyant les autres vers des assurances privées.
- Le deuxième est d'accepter une hausse des prélèvements obligatoires en augmentant les dépenses publiques de 3 à 5% par an par redéploiement (assurance-maladie) et en harmonisant la CSG (Contribution Sociale Généralisée) (en mettant les retraités à contribution).
- Le troisième est d'accentuer la socialisation du risque dépendance en réduisant les restes à charge laissés par l'APA, ce qui suppose une augmentation des dépenses publiques de plus de 5% par an.

En effet, l'APA ne permet pas à elle seule de répondre au défi de la dépendance des personnes âgées, même si sa création a permis à la France de se mettre au niveau de l'Allemagne et du Royaume Uni.

- Promouvoir une politique de prévention des maladies liées au vieillissement

Une politique de prévention pour corriger les facteurs de risque d'entrée dans la dépendance doit être mise en place avec une consultation gratuite de prévention aux plus de 70 ans. Cette consultation est réalisée par un médecin généraliste formé afin de détecter les facteurs susceptibles de conduire à la dépendance : troubles de l'équilibre, troubles de la mémoire, ostéoporose, dénutrition, isolement, dépression, chutes, incontinence.

Il faut faciliter la compensation des handicaps existants, le maintien de l'activité et la prévention de l'accueil en institution. Dans le cadre du Programme National « Bien Vieillir », le financement des projets et des initiatives locales qui valorisent l'activités physique, les pratiques alimentaires saines et le lien entre les générations est promu.

- Promouvoir la gériatrie universitaire

Il est indispensable d'augmenter le nombre d'enseignements en gériatrie pour mettre cette discipline au cœur du cursus des professions en santé, tant pour assurer la formation à la qualité des soins que pour sensibiliser les jeunes à l'importance et la complexité que représentent la polyopathie et la polymédication des personnes âgées.

III. LES VULNERABILITES DU SUJET AGE ET LA NECESSITE DE SECURISER SA PRISE EN CHARGE MEDICAMENTEUSE

1. DEFINITION DE LA PERSONNE AGEE

Selon l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé), le terme de personne âgée concerne tout individu de plus de 65 ans. Cependant, la HAS (Haute Autorité de Santé) décrit la personne âgée comme toute personne de plus de 75 ans ou toute personne polyopathologique de plus de 65 ans.

En effet, c'est autour de l'âge de 75 ans que la santé se dégrade durablement et que des vulnérabilités plus ou moins importantes apparaissent. La vie sociale est moins intense, des processus de retrait commencent à s'observer. Au-delà de 85 ans, le risque de perte d'autonomie pour les activités de la vie quotidienne s'accroît très fortement.

Ainsi, le concept de « personne âgée » revêt d'autres dimensions que l'âge. Il est nécessaire de prendre également en compte les déterminants socio-environnementaux et l'âge physiologique. Le vieillissement correspond alors à l'ensemble des processus physiologiques intrinsèques et des facteurs extrinsèques aboutissant à une modification de l'état et du fonctionnement de l'organisme.

Selon les projections de population de l'INSEE (Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques) (45), si les tendances démographiques se maintiennent, un habitant sur 4 aura plus de 65 ans en 2040 contre 1 sur 5 en 2018 (46). Cette forte augmentation est inéluctable et correspond à l'arrivée dans cette classe d'âge de toutes les générations issues du baby-boom.

D'autre part, dans une étude de l'INED (Institut National d'Etudes Démographiques) (47), l'espérance de vie sans incapacité diminue. Il s'agit du nombre d'années que peut espérer vivre une personne sans être limitée dans ses activités quotidiennes. Cette tendance pourrait s'expliquer par une plus grande survie des personnes qui ont des maladies et limitations fonctionnelles.

Les personnes âgées constituent alors une population spécifique en raison de la survenue fréquente de polyopathologies, et, pour les plus âgées d'entre elles, de l'existence d'une fragilité physique, psychique ou socio-économique associée à un risque de perte d'autonomie et de dépendance.

2. **MODIFICATIONS PHYSIOLOGIQUES QUI INFLUENT SUR LE DEVENIR DU MEDICAMENT DANS L'ORGANISME**

A. **MODIFICATIONS PHARMACOCINETIQUES**

La pharmacocinétique est l'étude du devenir du médicament dans l'organisme. Elle est détaillée en quatre phases qui peuvent toutes être potentiellement modifiées avec l'âge :

- **L'absorption** est ralentie, ce qui allonge le temps nécessaire pour atteindre la concentration maximale en principe actif (T_{max}).
- **Le transport et la distribution** des médicaments dans les différents compartiments de l'organisme sont modifiés par le changement de la composition corporelle. En effet, la masse musculaire diminue au profit de la masse grasse. Le taux de protéines plasmatiques diminue augmentant ainsi la fraction libre des médicaments (partie active).
- **La métabolisation** des médicaments est altérée par la diminution de la fonction hépatique.
- **L'élimination**, voie majeure d'excrétion des médicaments, est un des paramètres subissant les plus grandes variations avec l'âge. La fonction rénale nécessite donc d'être sous étroite surveillance.

Ainsi, le calcul de la fonction rénale permet d'extrapoler la capacité d'élimination des médicaments. Lorsque celle-ci est altérée, l'élimination des médicaments diminue, ce qui augmente leur concentration dans l'organisme et donc leur toxicité. Deux formules sont habituellement utilisées pour calculer l'estimation de la clairance de la créatinine qui est très proche du débit de filtration glomérulaire. Il s'agit de la formule MDRD (utilisable pour les poids extrêmes) ainsi que de la formule de Cockcroft. Cependant, cette dernière sous-estime le débit de filtration glomérulaire des sujets âgés par la diminution de la proportion masse musculaire/masse grasse due à l'âge et/ou à la dénutrition.

Une diminution de la clairance de la créatinine observée chez de nombreuses personnes âgées montre la nécessité d'une adaptation posologique des médicaments dans la majorité des cas.

B. MODIFICATIONS PHARMACODYNAMIQUES

L'organisme vieillissant entraîne une variation du rapport bénéfice/risque des médicaments par des modifications pharmacodynamiques.

La pharmacodynamie définit l'action du médicament sur l'organisme, autrement dit la capacité des organes cibles à répondre aux médicaments (48). L'altération due à la vieillesse concerne à la fois certains organes, certains systèmes de régulation de l'homéostasie mais également les systèmes d'adaptation au stress. Le nombre des récepteurs des principes actifs diminue, ainsi leur régulation et les voies de signalisation qui en découlent deviennent moins efficaces. Ceci aboutit alors à une augmentation de la sensibilité aux médicaments sans même qu'il y ait de modification de leur pharmacocinétique avec des risques d'altérations organiques et fonctionnelles en cascade.

Ainsi, il est possible d'établir un prévisionnel des répercussions de ces modifications pharmacodynamiques sur les effets des médicaments (Figure 2) et ainsi d'en sécuriser l'utilisation chez les personnes âgées.

Exemples de modifications pharmacodynamiques chez la personne âgée	Répercussions de ces effets sur l'utilisation des médicaments
Augmentation de la rigidité vasculaire et baisse de la sensibilité des barorécepteurs	Sensibilité aux hypotensions orthostatiques lors de la prise de traitements antihypertenseurs, de neuroleptiques
Altération des mécanismes de régulation de la température corporelle	Majoration du risque d'hypothermie et/ou d'hyperthermie avec certains médicaments tels que les neuroleptiques
Diminution de la sécrétion gastrique et de la vitesse de vidange gastrique	Allongement de la durée du séjour gastrique des médicaments et une potentialisation d'une éventuelle toxicité locale (comme pour les AINS)
Altération de la régulation de la glycémie	Majoration du risque de survenue d'hypoglycémie avec l'insuline, les sulfamides hypoglycémifiants, les β -bloquants
Altération de l'innervation parasympathique	Hausse de la gravité des effets indésirables des anticholinergiques (risque élevé d'occlusion intestinale, tachycardie...)
Augmentation de la sensibilité du système nerveux central	Potentialisation des effets dépresseurs centraux des benzodiazépines
Altération des voies de signalisation et diminution de la concentration d'AMPc	Atténuation de la réponse aux agonistes beta-adrénergiques et aux β -bloquants
Diminution du nombre de récepteurs dopaminergiques et des concentrations de dopamine dans le cerveau	Augmentation du risque de survenue de syndrome pseudo-parkinsonien lors de la prise de neuroleptiques
Diminution des concentrations d'agonistes endogènes aux récepteurs opioïdes (augmentation de la sensibilité des récepteurs)	Sensibilisation accrue aux effets des analgésiques morphiniques

FIGURE 2 : EXEMPLES DE MODIFICATIONS PHARMACODYNAMIQUES CHEZ LA PERSONNE AGÉE ET IMPACT SUR L'UTILISATION DES MÉDICAMENTS

3. LA POLYMEDICATION EN GERIATRIE

A. ETAT DES LIEUX

La consommation médicamenteuse augmente avec l'âge. En France, les plus de 60 ans consomment plus de 40% des médicaments et les plus de 80 ans représentent 11,9% des dépenses médicales (49).

Cette consommation médicamenteuse introduit la notion de polymédication. Elle est définie comme la prise régulière de plusieurs médicaments nécessaires au traitement de plusieurs maladies chroniques. Elle apparaît dans les années 1990s avec essentiellement les médicaments cardiovasculaires, les anti-diabétiques et les collyres, notamment les bêtabloquants.

Selon une enquête sur la consommation médicamenteuse des sujets âgés vivant à domicile, en moyenne, les 65-74 ans consomment 3,3 médicaments différents par jour, contre 4 pour les 75-84 ans et 4,6 pour les 85 ans et plus (49).

L'enquête PAQUID (50) pour les personnes vivant en institution montre que celles-ci consomment plus de médicaments que celles vivant au domicile : 5,2 médicaments en moyenne par jour, dont 56% prennent plus de 4 médicaments tout âge confondu.

Cette polymédication est multifactorielle, liée à la fois à l'aspect pathologique, au vécu du patient, au manque de données scientifiques, mais aussi à la relation spécifique entre le médecin et son patient.

B. LES CAUSES DE LA POLYMEDICATION

a. LA POLYPATHOLOGIE

La prévalence des maladies chroniques augmente régulièrement en raison de l'allongement de l'espérance de vie. Avec l'avancée en âge, la présence simultanée de plusieurs maladies chroniques devient la règle.

Ainsi, dans l'article R. 322-6 du CSS (51), créé par décret n°2008-1440 du 22 décembre 2008 publié au JO du 30 décembre 2008, le terme « polypathologie » est employé lorsqu'un patient est atteint de plusieurs affections caractérisées, entraînant un état pathologique invalidant et nécessitant des soins continus d'une durée prévisible supérieure à 6 mois. Il s'agit de l'Affection Longue Durée (ALD) (32).

L'étude Barnett de 2012 montre que la prévalence de la polyopathie augmente avec l'âge : 65% des sujets de 65 à 84 ans ont au moins 2 affections chroniques. Au-delà de 85 ans, cette prévalence atteint 80 % (soit 3,62 pathologies) (52).

Cette polyopathie expose les personnes âgées à une polymédication et à un risque accru de iatrogénie ; elle a ainsi été associée à une moins bonne qualité de vie, un risque augmenté de dépendance fonctionnelle et d'utilisation du système de soins.

Si certaines pathologies sont spécifiques du sujet âgé, d'autres sont ne le sont pas, mais leur fréquence ou leur gravité sont augmentées chez lui (fracture du col du fémur, infections respiratoires, épisodes dépressifs majeurs, chutes, ...). Il s'agit donc de mener des démarches de prévention afin de limiter le risque de morbidité ou la mise en place de traitements lourds.

b. LES DIFFICULTES DE LA PRESCRIPTION

L'excès de traitement (« *overuse* ») est souvent constaté chez les personnes âgées et se voit favorisé notamment par la confusion entre manifestations normales du vieillissement et celles de certains états pathologiques. Il s'agit de l'utilisation de médicaments prescrits en l'absence d'indication (l'indication n'a jamais existé ou n'existe plus), ou qui n'ont pas prouvé leur efficacité (SMR insuffisant) (53). De surcroit, la présence de plusieurs prescripteurs (médecins généralistes, spécialistes) peut conduire à des cascades thérapeutiques et à des ordonnances cumulatives.

Cet « excès de traitement » montre tout d'abord l'importance d'avoir une démarche diagnostique précise avant de prescrire. Le médecin traitant est le principal prescripteur chez les sujets âgés, qui ont moins souvent recours aux spécialistes que les sujets plus jeunes. Cependant, la thérapeutique gériatrique n'est pas une priorité de la formation médicale initiale et continue.

Ainsi, faire un diagnostic est souvent difficile chez le sujet âgé du fait des signes propres au vieillissement, de la symptomatologie atypique des maladies ou de la diminution de l'autonomie. De ce fait, la prescription est trop souvent symptomatique et les diagnostics imprécis.

Il est également indispensable que les prescripteurs réfléchissent à une réévaluation régulière de la polymédication des sujets âgés ainsi qu'à l'accompagnement de l'arrêt des traitements devenus dangereux ou inutiles, afin que cet arrêt puisse s'inscrire dans les faits et la durée.

Deux autres types de problématiques autour de la prescription médicamenteuse chez le sujet âgé ont été décrites :

- L'insuffisance de traitement : « *underuse* »
- La prescription inappropriée : « *misuse* »

L'insuffisance de traitement est définie comme l'absence d'instauration d'un traitement efficace chez les sujets ayant une pathologie pour laquelle une ou plusieurs classes médicamenteuses ont démontré leur efficacité. Une diminution du nombre de médicaments pris chez la personne âgée peut inclure des médicaments essentiels, ce qui induit une aggravation de l'état de santé des patients avec une augmentation des hospitalisations. Ainsi, une réduction à l'aveugle de la polymédication du sujet âgé n'est pas souhaitable (53).

La prescription inappropriée est l'utilisation de médicaments dont les risques dépassent les bénéfices attendus. Il s'agit de la prescription d'un médicament non indiqué, au mauvais dosage, avec le risque d'éventuelles interactions médicamenteuses ou contre-indications, une durée de traitement inappropriée, etc...Le premier à avoir réfléchi à ce concept est Beers, qui a établi, dès 1991, pour les personnes âgées en maison de retraite, une liste de médicaments dont la prescription n'est pas souhaitée. Elle contient des médicaments ne devant pas être prescrits quel que soit l'état clinique du patient, et des médicaments contre-indiqués en présence de comorbidités définies. Cette liste a été progressivement actualisée. Bien qu'utilisée au niveau international pour évaluer la qualité de la prescription, elle a été également critiquée. En effet, il apparaît que, chez certains patients, certains médicaments proscrits par la liste ont un meilleur rapport bénéfice/risque et qu'il n'est donc pas logique de les interdire. Cette liste n'a d'ailleurs jamais été proposée par Beers et ses collaborateurs pour une utilisation individuelle (53).

D'autres listes peuvent également être retenues pour repérer les médicaments appropriés chez les personnes âgées. Parmi celles-ci, on retrouve les critères START and STOPP de 2008 (54), les recommandations pour prévenir la iatrogénie chez le sujet âgé publiées par l'ANSM en 2005 (55) ou la liste de Laroche en 2007 (56) qui a été la première à proposer des alternatives thérapeutiques plus sûres ou plus efficaces et à tenir compte de la redondance médicamenteuse. Dans tous les cas, l'âge ne contre indique généralement pas un traitement médicamenteux mais impose d'en adapter les objectifs et les modalités.

Le gérontopôle de Toulouse a répertorié les médicaments les plus souvent concernés par ces problématiques (Figure 3), ce qui peut représenter une aide précieuse pour cibler les patients et les situations les plus à risque.

Problématique de la prescription	Molécule concernée	Cause
Excès de traitement	Benzodiazépines	Trop souvent prescrites au long court pour insomnie ou dépression
	Neuroleptiques	Prescription excessive hors indication AMM (Autorisation de Mise sur le Marché) (en EHPAD notamment)
	Oméprazole	Souvent prescrit hors AMM
	Simvastatine	Pas de preuve d'efficacité après 75 ans
	Ginkgo biloba	SMR insuffisant
Insuffisance de traitement	Anticoagulants oraux	Prescrits dans la FA non valvulaire pour la prévention du risque thromboembolique
	IEC	Prescrits dans l'IC avec dysfonction systolique
	Antiagrégants plaquettaires et β-bloquants	Prescrits dans l'insuffisance coronaire
	Antidépresseurs	Prescrits dans la dépression
Prescription inappropriée	Anticholinergiques	Prescrits chez le sujet âgé parkinsonien
	Biguanides	Prescrits chez le diabétique âgé avec IR chronique avancée

FIGURE 3 : CLASSIFICATION DES PRINCIPALES MOLECULES CONCERNEES PAR LES PROBLEMATIQUES DE LA PRESCRIPTION (49)

Une étude française qui a enregistré les effets indésirables médicamenteux lors de l'admission en service de gériatrie chez des sujets âgés de 70 ans et plus, suggère que la plupart d'entre eux pourraient être réduits en supprimant les facteurs de risque lors de la prescription d'un médicament (principalement les interactions médicamenteuses et les posologies trop élevées) mais également en renforçant la surveillance des médicaments quand un épisode aigu survient (57).

c. LE MANQUE DE DONNEES SCIENTIFIQUES

Le dernier point important concernant la consommation médicamenteuse en gériatrie est le manque de données scientifiques sur la pharmacologie et les effets indésirables des traitements chez les personnes âgées du fait que ces dernières ne soient pas intégrées dans les essais cliniques. L'exemple dans le domaine de l'oncologie est marquant puisque 30 à 35% de tous les cancers concernent les plus de 75 ans mais seulement 10% de cette population est incluse dans les essais thérapeutiques (49).

Les sujets polypathologiques, polymédiqués et âgés de plus de 75 ans sont donc le plus souvent exclus des essais cliniques alors qu'ils seront les principaux consommateurs de ces médicaments dans la vie courante. Les essais n'étant pas représentatifs de la population pour qui les médicaments sont prescrits, il est difficile pour le prescripteur d'extrapoler les résultats à la pratique médicale courante. Ces éléments doivent inciter tout prescripteur à être beaucoup plus vigilant lors de la prescription d'un nouveau médicament chez le sujet âgé d'autant que le contrôle de l'observance et du bon usage des molécules est strict pendant l'essai, ce qui engendre un profil des effets indésirables souvent mal évalué et des effets du médicament administré à la personne âgée partiellement connus au moment de sa mise sur le marché (53).

4. DES PROBLEMES SPECIFIQUES LIES A LA PRISE EN CHARGE DE LA PERSONNE AGE

L'optimisation de la médication en gériatrie passe par la prise en compte des contraintes pharmacologiques ainsi que par la conciliation des traitements médicamenteux. La considération de l'état somatique du patient âgé (poids, nutrition, fonction rénale, etc...) et des médicaments consommés en automédication est donc essentielle. Cependant, cela ne suffit pas à appréhender l'ensemble des difficultés de la prise en charge des patients âgés.

A. LES PROBLEMES D'ACCEPTATION DE LA PERTE D'AUTONOMIE

Les problématiques de prise en charge d'un sujet âgé sont en premier lieu liées au patient lui-même :

- Diminution de ses capacités physiques (réduction de la mobilité, baisse de l'activité)
- Difficultés de communication (déficit auditif, troubles visuels)
- Survenue de troubles cognitifs ou de l'humeur (difficultés de mémorisation, démence, dépression, apparition d'un syndrome de glissement, mauvaise compréhension des informations données, manque d'adhésion au traitement)

L'apparition de ces troubles est vécue de manière spécifique par chaque individu en fonction de sa personnalité ou de son histoire, en rendant l'acceptation plus ou moins longue et douloureuse. Pour les professionnels, ces éléments conditionnent également la prise en charge et les soins doivent être centrés sur le patient dans une approche collaborative.

Prendre en charge une personne âgée polypathologique est donc complexe de par la coexistence de pathologies chroniques et la présence de troubles psychologiques et sociaux fréquemment associés.

B. LES PROBLEMES D'ADHESION AU TRAITEMENT

Nous employons aujourd'hui le terme « d'adhésion au traitement » en remplacement de la notion d'observance. En effet, celui-ci est controversé car il traduit une relation unidirectionnelle entre le patient et son médecin. L'adhésion au traitement reconnaît une autonomie du patient et requiert son accord quant aux recommandations des professionnels de santé.

Cependant, l'observance au traitement est un comportement complexe, difficile à mesurer et très mal évalué (53). Il apparaît cependant que la sévérité de la maladie améliorerait l'observance des traitements par le ressenti direct des patients de leurs symptômes lors d'une dégradation de leur état. Aussi, une meilleure connaissance du schéma thérapeutique améliorerait l'observance alors qu'une meilleure connaissance des effets indésirables pourrait la diminuer. Enfin les prescriptions réalisées par les spécialistes conduiraient à une meilleure observance que celles des généralistes. Ici, nous sommes face à une population dont la majorité des prescriptions proviennent du médecin traitant, ce qui pourrait expliquer en partie une difficulté d'adhésion.

Il a également pu être constaté que l'âge en soi n'est pas un facteur de mauvaise observance. C'est la polymédication, ainsi que certaines comorbidités qui sont des facteurs de risque de mauvaise observance, comme la dépression, les troubles cognitifs mais également l'HTA du fait de son caractère asymptomatique. Le défaut d'observance est souvent intentionnel chez le sujet âgé, mais sans doute moins que chez l'adulte jeune, en raison du rôle plus important des oublis.

Les données actuelles de la littérature soulignent qu'il faut combiner plusieurs stratégies pour améliorer l'observance du traitement médicamenteux chez le sujet âgé. Ces stratégies ne doivent pas être standardisées, mais doivent prendre en compte les croyances du patient, ses préférences et ses habitudes de vie. Les traitements doivent être revus dans leur globalité afin de diminuer le nombre de médicaments inutiles. Les schémas thérapeutiques doivent être simplifiés, le packaging adapté (53).

C. LES DIFFICULTES DE PRISE DU TRAITEMENT

Les troubles de la déglutition et les troubles psycho-comportementaux des personnes âgées peuvent être la source de difficultés pour l'administration des traitements. En effet, la prise de certains médicaments, de par leur forme galénique (comprimés de grande taille par exemple) peut être difficile. Il est parfois nécessaire d'en adapter la forme pour faciliter la prise. Ces problématiques requièrent de la part du personnel soignant une analyse individualisée de la capacité de chaque résident en vue d'une adaptation constante des pratiques susceptible de favoriser les risques d'erreurs de préparation et de iatrogénie.

Lorsqu'il s'agit de formes solides, l'écrasement des comprimés par le personnel soignant est la pratique la plus courante. Or, la majorité des médicaments ont une forme galénique qui contre-indique l'écrasement, c'est le cas pour les formes à libération prolongée ou modifiée, les formes gastro-résistantes, les comprimés sublinguaux, etc... Une investigation doit être menée systématiquement pour vérifier la possibilité de modification de la galénique (par écrasement ou broyage) ou à défaut, adapter la forme pharmaceutique par une autre (poudre, suspension buvable...). Pour cela, l'OMEDIT de Haute Normandie propose, par exemple, une liste de recommandations concernant l'écrasement ou l'ouverture des formes orales solides (58).

5. **NECESSITE D'UNE APPROCHE GLOBALE, EXEMPLE DU PROJET PAERPA**

A. **DEFINITION**

PAERPA (Personnes Agées En Risque de Perte d'Autonomie) est une expérimentation nationale qui a pour objectif d'améliorer la prise en charge des personnes âgées de 75 ans et plus, en mettant fin aux difficultés ou ruptures dans leur prise en charge. En partant des besoins de la personne et de ses aidants, les actions mises en œuvre visent à mieux coordonner les différents intervenants en ville (59).

Le projet est donc d'accompagner les professionnels de santé en ville, au bénéfice des patients et de leur entourage, qui s'organisent pour :

- Pérenniser un maintien à domicile de qualité
- Eviter un recours excessif à l'hospitalisation souvent dommageable pour l'autonomie des personnes âgées
- Faciliter le retour à domicile après hospitalisation

Le dispositif PAERPA est expérimenté sur 9 territoires de 2014 à 2017 sur la base d'un cahier des charges national.

Des actions innovantes et diversifiées ont été mises en place dans ce projet au service du maintien de l'autonomie des personnes âgées :

- Prévenir la perte d'autonomie par repérage précoce, favoriser l'éducation thérapeutique du patient en ambulatoire, réaliser un bilan diagnostic par un kinésithérapeute pour prévenir les chutes, constituer des équipes de soutien aux aidants
- Eviter les hospitalisations inadéquates en réalisant des téléconsultations depuis les EHPAD (cardiologie, dermatologie, ophtalmologie)
- Assurer le suivi à domicile, par les EHPAD, des personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer (couple aidant-aidé)
- Mieux préparer le retour à domicile ou en institution en cas d'hospitalisation par des chambres d'hébergement relais en urgence en EHPAD
- Diffuser et accompagner le bon usage du médicament en EHPAD en lien avec les médecins traitants
- Développer des systèmes d'information partagés

B. ENGAGEMENT DES EHPAD DANS L'EXPERIMENTATION PAERPA (60)

Afin de s'inscrire dans le projet PAERPA, les EHPAD volontaires, ont du intégrer les objectifs suivants dans leurs organisations respectives :

- Faciliter la saisie des informations par les médecins traitants et autres intervenants libéraux dans le dossier de soins de l'EHPAD (ordinateurs portables, formations aux logiciels de l'EHPAD, collaboration de l'infirmier) ;
- Mettre en place une évaluation gériatrique standardisée en faisant appel à l'expertise gériatrique de l'établissement de santé du territoire (équipe mobile gériatrique, réseau, hôpital de jour) pour le repérage des fragilités et mettre en œuvre les actions permettant d'éviter la perte d'autonomie ;
- Mettre en place les conditions d'accès aux soins infirmiers par la mise en œuvre d'une astreinte de nuit et de week-end ;
- Tendre vers la signature de contrats portant sur les conditions particulières d'exercice avec les professionnels libéraux intervenant dans l'établissement ;
- Tenir deux fois par an la réunion de la Commission de Coordination Gériatrique. La politique du médicament doit y être systématiquement abordée de manière à prévenir les risques iatrogéniques ;
- Prévoir dans le projet d'établissement un objectif d'accessibilité à l'HAD.

C. LA CREATION DU PPS (PLAN PERSONNALISE DE SANTE)

Dans le cadre du PAERPA, la HAS a élaboré un modèle de Plan Personnalisé de Santé (PPS), à la demande du Ministère des Affaires Sociales et de la Santé (61). Il s'agit d'un support, accessible et adaptable par tous les professionnels, contenant le plan d'action concernant les personnes âgées en situation de fragilité et/ou atteintes d'une ou plusieurs maladies chroniques. Le but est de créer une démarche formalisée entre acteurs de proximité, dans laquelle chacun peut informer le groupe des spécificités de son action.

L'objectif est de favoriser la prise en charge en équipe pluriprofessionnelle dans un cadre de coopération non hiérarchique. Ce plan d'action fait suite à une évaluation globale de la situation médicale, psychologique et sociale de la personne afin d'identifier les situations à problèmes. Il débouche sur un suivi et une réévaluation (61).

L'utilisation du PPS montre un enrichissement de la prise en charge, une vigilance accrue des professionnels avec, par conséquent une prise en charge plus globale du patient. Le croisement des regards des différentes compétences professionnelles mène plus facilement à une réflexion et au questionnement concernant les pratiques habituelles et permet ainsi des ajustements.

Cependant, la démarche PAERPA avant inclusion est difficile à expliquer aux patients ainsi qu'aux familles. D'autant plus que les professionnels doivent s'affranchir des représentations contraignantes du cadre pour réunir les intervenants surbookés ou remplir les éléments administratifs.

L'expérimentation PAERPA vise donc à réduire les ruptures dans les parcours de santé des personnes âgées et à faciliter l'aide des aidants naturels, avec le double objectif de mieux soigner et mieux accompagner tout en limitant les dépenses.

CONCLUSION

Les questions du vieillissement et de la dépendance sont un défi pour l'avenir de notre pays.

L'enjeu est de mettre en place des organisations proposant un accompagnement efficace des professionnels et une réponse adaptée aux besoins des patients. Dans ce contexte, les EHPAD ont pour mission de favoriser la qualité de vie des personnes âgées fragiles et vulnérables par le biais d'une prise en charge globale comprenant les soins, l'hébergement, la restauration et l'animation sociale. Ils signent une convention avec le conseil départemental et l'Agence Régionale de Santé qui financent une partie de leurs activités moyennant un engagement dans la qualité des prises en charge de leurs résidents.

Dans un cadre budgétaire et tarifaire très contraint, l'objectif est de prévenir, de soigner et d'accompagner de manière globale et continue les personnes âgées dans une perspective de bienveillance, de qualité et de sécurité. Toute la difficulté est de définir des stratégies d'accompagnement qui engendreront le maximum d'effets bénéfiques tout en limitant les effets indésirables, tâche d'autant plus délicate lorsqu'il s'agit de patients polypathologiques et polymédiqués.

Le médicament est certes une chance pour le sujet âgé, mais sa prescription n'est pas dénuée de risque. Le but est de mieux maîtriser le risque de iatrogénie médicamenteuse. Ainsi, en France, la loi de santé publique du 9 août 2004 (62) a retenu dans ses objectifs prioritaires l'amélioration de la prescription médicamenteuse chez le sujet âgé.

**CHAPITRE II – L'INTEGRATION DU PHARMACIEN REFERENT
DANS LA PRISE EN CHARGE DE LA PERSONNE AGEE EN
EHPAD**

I. UN ENJEU MAJEUR : LIMITER LA IATROGENIE MEDICAMENTEUSE EN EHPAD

1. LA IATROGENIE MEDICAMENTEUSE

a. DEFINITION ET EPIDEMIOLOGIE

La iatrogénie vient du grec « iatros » qui signifie « médecin » et de « genes » qui signifie « engendrer ». Ainsi, il est possible de la définir comme un effet indésirable et/ou une interaction médicamenteuse ayant potentiellement des conséquences sur la santé d'un individu, imputable au médicament, à tous les professionnels de santé (médecins, pharmaciens, infirmiers,...) ou au patient lui-même dans le cadre de l'automédication (48).

Au niveau national, l'ANSM est en charge de piloter le réseau de pharmacovigilance. Il s'agit de la mise en place de centres régionaux chargés du recueil, du traitement et de la transmission des informations concernant les effets indésirables susceptibles d'être dus aux médicaments. Cependant, chez le sujet âgé, la iatrogénie médicamenteuse est mal recensée ces centres pour plusieurs raisons (53):

- Les médicaments incriminés sont anciens et bien connus, ce qui n'incite pas le prescripteur à déclarer l'effet indésirable (exemple de l'hyponatrémie sous thiazide ou du syndrome confusionnel sous antalgique de palier 2)
- L'imputabilité est souvent difficile à percevoir pour les cliniciens en raison de comorbidités et de polymédication (exemple de l'adynamie sous digitalique)

La iatrogénie médicamenteuse a un coût humain et économique très élevé chez le sujet âgé. Elle est responsable de plus de 10% des hospitalisations chez les sujets âgés, et de près de 20% chez les octogénaires (53).

b. LES FACTEURS DE RISQUE CHEZ LE SUJET AGE

Divers facteurs augmentent le risque iatrogénique chez le sujet âgé. On en distingue trois catégories (53) :

- Ceux liés au sujet : modifications pharmacocinétiques et pharmacodynamiques liées au grand âge, polypathologie, démence, insuffisance rénale (IR), dénutrition, troubles locomoteurs, déficit sensoriel...
- Ceux liés au traitement : polymédication, médicaments à marge thérapeutique étroite, certaines formes galéniques comme les gouttes...
- Les évènements intercurrents aigus qui peuvent bouleverser l'équilibre d'un traitement

Parmi eux, l'âge et la polymédication représentent des facteurs de gravité de la iatrogénie médicamenteuse.

En effet, les pathologies iatrogènes peuvent avoir des conséquences plus graves chez le sujet âgé :

- L'hypotension orthostatique peut entraîner une chute traumatique avec fracture et immobilisation
- La déshydratation secondaire à la prise de diurétiques peut être responsable d'une intoxication digitalique
- La présentation des effets indésirables, souvent atypiques, peut entraîner un retard diagnostique important

La polymédication est, chez le sujet âgé, habituelle et souvent légitime. Les effets indésirables médicamenteux mis en évidence sont le plus souvent liés aux médicaments du système cardiovasculaire (43,7%) et aux psychotropes (31,1%) (53). Or, près des trois quarts des médicaments prescrits aux personnes âgées sont représentés par les traitements à visée cardiovasculaire, les psychotropes et les antalgiques. L'analyse pharmaceutique des prescriptions médicamenteuses dans cette population devrait être une activité quotidienne pour aboutir à des propositions argumentées dans le cadre d'interventions pharmaceutiques en cas de non respect des recommandations. L'impact de cette analyse a pour but une réduction de la iatrogénie médicamenteuse ainsi qu'une réduction des coûts.

Cependant, chaque individu est exposé de manière inégale au risque iatrogène :

- Le vieillissement est hétérogène entraînant des modifications pharmacocinétiques et pharmacodynamiques variables
- Les catégories de médicaments prescrits entraînent une action différente (marge thérapeutique étroite, association de plusieurs médicaments ayant une même propriété pharmacologique, ...)
- La tolérance face au risque iatrogène dépend des comorbidités : polypathologie, dénutrition, etc...

Toutefois, une partie non négligeable de cette iatrogénie grave serait évitable.

2. *UNE MULTIPLICITE D'ACTEURS*

Les directions des établissements se sont longtemps désintéressées de la gestion du médicament, le considérant uniquement comme une activité logistique. Cependant, la sécurisation du médicament doit aujourd'hui faire partie intégrante du projet d'établissement comme élément central de la politique qualité et gestion des risques des établissements médico-sociaux. En effet, il a été démontré que les erreurs liées au médicament sont la principale cause de la dégradation de la prise en charge du résident et entraînent une augmentation des coûts pour les instances publiques (prescriptions supplémentaires, hospitalisations, etc...).

A. LES DISPOSITIONS REGLEMENTAIRES CONCERNANT LA GESTION DU MEDICAMENT

Il n'existe pas de dispositif réglementaire réglant la question de la gestion du médicament en EHPAD dans sa globalité (5). Toutefois, des textes existent sur des questions particulières qu'il nous est possible de transposer au domaine de l'EHPAD. A titre d'exemple, le décret et l'arrêté du 31 mars 1999 (63) relatif à la prescription, la dispensation et l'administration des médicaments soumis à la réglementation des substances vénéneuses règlent la question dans ce domaine quelle que soit la structure et peuvent donc s'appliquer aux EHPAD.

Par ailleurs, il existe des référentiels de bonnes pratiques, fournis par les pouvoirs publics, qui touchent plus particulièrement la question du médicament dans le secteur des EHPAD. Il est possible de s'appuyer sur le guide des « Bonnes pratiques de soins en établissement d'hébergement pour personnes âgées » publié par le Ministère de la santé en octobre 2007

(1) ou le document « Médicaments en EHPAD » publié par l'ARS Aquitaine en septembre 2015 (64).

Des outils d'évaluation sont également disponibles. Parmi eux, il est possible de trouver le guide d'autoévaluation ANGELIQUE (65) ou l'outil Interdiag Médicament (66) publié par l'ANAP. La HAS a également publié en mai 2013 un outil de sécurisation et d'auto-évaluation de l'administration des médicaments (67).

La prise en charge médicamenteuse en EHPAD est un processus complexe dans la mesure où il fait intervenir une multitude de professionnels intervenant de manière interdépendante et ce, auprès de patients très vulnérables.

B. LE RESIDENT ET SES PROCHES

a. LE RESIDENT

Le respect de la dignité de chaque résident, de ses choix, de sa volonté et de son autonomie constitue un enjeu de première importance dans la qualité de la prise en charge en EHPAD.

Pourtant, dans un même établissement, l'aptitude des résidents à gérer leurs médicaments et leur désir de s'en charger apparaît sous des formes différentes. Tous les cas de figures peuvent se présenter : de l'autonomie réelle à l'incapacité totale, de la volonté de garder la maîtrise de son traitement à son désintérêt. L'organisation générale du médicament doit permettre et faciliter la prise en compte de ces singularités sans pour autant ignorer les contraintes réglementaires, la sécurité et l'intérêt du résident. Ainsi, peuvent se côtoyer des résidents totalement aptes à gérer leur traitement, d'autres qui pourraient mais qui ne le veulent pas, d'autres qui le voudraient mais n'en semblent pas capables. Les capacités du résident en la matière doivent donc faire l'objet d'une évaluation par les professionnels en accord avec le médecin traitant et le médecin coordonnateur.

D'autre part, le lien qu'entretient chaque résident avec son traitement est spécifique et une ignorance de ce fait peut conduire à un rejet de traitement ou à une surconsommation. Il appartient alors à l'établissement de définir les orientations stratégiques sur le rôle du résident dans sa prise en charge afin de concilier les impératifs de maintien de l'autonomie et de sécurité.

b. LA FAMILLE DU RESIDENT

Par ailleurs, le maintien du lien familial et social du résident avec sa famille est largement favorisé au sein des structures d'hébergement. En effet, les établissements sont encouragés à associer les proches de la personne âgée au sein de la vie institutionnelle dans une optique de maintien des capacités. De fait, ces derniers, en fonction de leur degré d'implication peuvent être amenés à intervenir dans la gestion des médicaments, notamment au travers de leur lien avec le pharmacien d'officine.

En effet, si la pharmacie choisie par le résident n'assure pas l'approvisionnement au sein de la structure, la famille du résident, mandatée par celui-ci, peut acheminer les médicaments depuis l'officine jusqu'à l'EHPAD.

c. LA PERSONNE DE CONFIANCE

Le résident a la possibilité de désigner une personne de confiance qui pourra, selon les cas, être sollicitée concernant sa prise en charge thérapeutique. En effet, d'après l'article L.1111-6 du CSP (68), la personne de confiance peut être un parent, un proche ou le médecin traitant. La désignation se fait par écrit et est cosignée par la personne désignée. Elle est révisable et révocable à tout moment.

Le rôle de la personne de confiance est d'accompagner le résident dans ses démarches et dans ses consultations médicales pour l'aider dans ses décisions. Ainsi, c'est elle qui est consultée et apte à prendre des décisions lorsque le résident est hors d'état d'exprimer ses volontés.

La loi n°2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement (18) est venue consacrer une nouvelle catégorie de personne de confiance, spécifique au secteur médico-social. Ses nouvelles missions sont :

- Donner son avis et être consultée au cas où la personne intéressée rencontre des difficultés dans la connaissance et la compréhension de ses droits,
- Accompagner le résident lors de la réalisation de l'entretien préalable à la signature du contrat de séjour,
- Consentir aux échanges d'informations ou s'y opposer lorsque la personne concernée est hors d'état de le faire,

- Accompagner le résident dans le cadre de la mise en place d'un projet d'accompagnement personnalisé comprenant un projet de soins et un projet de vie adapté à ses besoins.

Ces spécificités de la personne âgée sont autant de risques potentiels touchant la gestion du médicament qui viennent s'ajouter aux risques inhérents au processus dans sa globalité.

C. LES ACTEURS SALARIES DE L'EHPAD

Pour assurer leurs missions, outre le directeur et le personnel administratif, les EHPAD disposent d'une équipe pluridisciplinaire comprenant, au moins, un médecin coordonnateur, un professionnel infirmier titulaire du diplôme d'Etat, des aides-soignants, des aides médicopsychologiques, des accompagnants éducatifs et sociaux et des personnels psycho-éducatifs.

a. LE MEDECIN COORDONNATEUR

Le médecin coordonnateur est un acteur central des EHPAD. En effet, d'après l'article D312-156 du CASF (69), la présence d'un médecin coordonnateur est obligatoire dans tout établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes. Il doit être spécialisé en gériatrie (70) et ses missions sont décrites à l'article D312-158 du CASF (71) :

- Elabore le projet de soins, coordonne et évalue sa mise en œuvre
- Préside la commission de coordination gériatrique
- Donne un avis sur les admissions des personnes à accueillir en fonction de la compatibilité de leur état de santé avec les capacités de soins de l'institution
- Evaluate le GIR et le pathos
- Veille à l'application des bonnes pratiques gériatriques
- Elabore une liste des médicaments à utiliser préférentiellement
- Contribue à la mise en œuvre d'une politique de formation
- Elabore un dossier type de soins
- Etablit un rapport annuel d'activité médicale
- Collabore à la mise en œuvre de réseaux gérontologiques coordonnés
- Veille à la mise en place de mesures utiles à la prévention et la surveillance des risques

Le treizième alinéa souligne une possibilité de prescription : « *Réalise des prescriptions médicales pour les résidents de l'établissement au sein duquel il exerce ses fonctions de coordonnateur en cas de situation d'urgence ou de risques vitaux ainsi que lors de la survenue de risques exceptionnels ou collectifs nécessitant une organisation adaptée des soins. Les médecins traitants des résidents concernés sont dans tous les cas informés des prescriptions réalisées* ».

Le médecin coordonnateur exerce donc un rôle de garant dans la gestion médicamenteuse des résidents, sans pour autant intervenir à toutes les étapes. Sa collaboration effective avec l'ensemble des acteurs est essentielle à la sécurisation de la prise en charge médicamenteuse.

b. L'INFIRMIER ET L'AIDE-SOIGNANT

Selon l'article R.4311-2 du CSP (72), le rôle de l'infirmier est de « *contribuer à la mise en œuvre des traitements en participant à la surveillance clinique et à l'application des prescriptions médicales contenues, le cas échéant, dans des protocoles établis à l'initiative du ou des médecins prescripteurs* ».

Au sein des EHPAD, l'infirmier est régulièrement en charge de la préparation des doses à administrer et de l'administration des traitements.

La préparation des traitements consiste à disposer dans un récipient (pilulier ou autre contenant) la juste quantité de médicament à administrer à un moment précis au patient. Elle s'effectue à partir de la prescription nominative du patient avec les médicaments stockés dans sa boîte nominative.

A ce jour, il n'existe ni définition précise, ni texte de loi réglementant la préparation des doses à administrer. Cette notion est simplement mentionnée dans l'article R. 4235-48 du CSP (73) qui décrit l'acte de dispensation du médicament, comme « *la préparation éventuelle des doses à administrer* ».

L'administration d'un traitement consiste à faire prendre le bon médicament à la bonne personne, à la bonne posologie, au bon moment et par la bonne voie selon la règle des 5B (74). L'infirmier assure l'administration des médicaments « *soit en application d'une prescription médicale qui, sauf urgence, est écrite, qualitative et quantitative, datée et signée, soit en application, d'un protocole écrit, qualitatif et quantitatif, préalablement établi,*

daté et signé par un médecin » (75). Il doit vérifier la prise effective des traitements, surveiller les effets et assurer l'éducation du patient.

Cette mission peut être déléguée à des aides-soignants par l'infirmier. Cependant, ce dernier reste responsable de l'acte que va assurer l'aide-soignant (76). Cela conditionne d'organiser la collaboration avec les aides-soignants en transmettant les instructions nécessaires à la bonne administration, en suivant les informations relatives aux soins, notamment dans le dossier patient et en s'assurant de la bonne compréhension de l'aide-soignant, ainsi que de ses compétences.

Toutefois, toute administration de médicament exigeant un acte technique (injections, aérosols, ...) doit être réalisée exclusivement par un infirmier. Il reste seul responsable de toute la transmission des informations au médecin et au pharmacien si nécessaire.

c. LES AIDANTS POUR LA PRISE DANS LE CADRE DES ACTES DE LA VIE COURANTE

Pour autant, dans la loi HPST de 2009 (4), l'aide à la prise des médicaments dans les institutions comme les EHPAD peut constituer une modalité d'accompagnement de la personne dans les actes de sa vie courante, si celle-ci « *ne dispose pas d'une autonomie suffisante pour prendre seule le traitement prescrit par un médecin à l'exclusion de tout autre* ». Ainsi, cette loi autorise toute personne chargée de l'aide aux actes de la vie courante à assurer l'aide à la prise des médicaments, cela inclut donc tout aidant suffisamment informé. Cette disposition est cependant encadrée par certaines conditions qui doivent toutes être réunies :

- Cela ne concerne que les médicaments prescrits
- Cela concerne les médicaments dont le mode de prise, compte tenu de leur nature, ne présente ni difficulté particulière d'administration, ni apprentissage spécifique
- A condition que la prescription ne vise pas expressément l'intervention d'auxiliaires médicaux
- Que les médicaments aient été préparés par le personnel infirmier

Il n'est donc pas rare en EHPAD que l'administration des traitements soit effectuée par du personnel non soignant, ce qui peut être source d'interactions ou d'erreurs.

Considérant la nécessité de sécuriser le circuit du médicament dans ces structures, il apparaît plus judicieux de réaliser des procédures dans lesquelles l'administration et l'aide à la prise des médicaments ne sont confiées qu'au personnel soignant (IDE et AS). Cela diminue le nombre de personnes impliquées dans l'acte, et facilite la traçabilité et la maîtrise de l'information. Dans les cas où il serait nécessaire d'impliquer une autre personne, lorsque l'aide à la prise du médicament est considérée comme un acte de la vie courante, il convient d'informer et de former cette personne au protocole mis en place par la structure, notamment en terme de traçabilité et de transmission de l'information auprès des équipes soignantes.

D. LES ACTEURS LIBERAUX

a. LE MEDECIN TRAITANT

Lorsqu'un résident entre en EHPAD, il conserve le choix de son médecin traitant. Si celui-ci accepte, il continue d'effectuer son suivi médical par des visites au sein de la structure et assure la grande majorité des prescriptions (77). Dans les cas où le médecin traitant n'aurait pas la capacité de continuer son suivi, il appartient au résident, à sa famille, le cas échéant au personnel de l'EHPAD de trouver un nouveau médecin traitant qui effectuera la suite de la prise en charge.

Les médecins traitants peuvent être nombreux à intervenir dans l'EHPAD et bien que de passage, il est nécessaire de les impliquer dans l'organisation. Leur collaboration est essentielle pour que l'utilisation des outils mis en place soit optimale. En effet, la prescription, dont il sont les principaux acteurs, constitue un point sensible du circuit du médicament et est entourée de divers outils ayant pour but de la sécuriser. Une bonne communication, verbale ou écrite avec eux, permet de fluidifier le circuit, notamment lors de la présence de médecins remplaçants.

b. LE PHARMACIEN D'OFFICINE

La fourniture de médicaments aux résidents d'un EHPAD sans pharmacie à usage intérieur est assurée par une ou plusieurs pharmacies. Selon l'article L.5126-6-1 du CSP (78), le patient garde en effet le libre choix de sa pharmacie d'officine, ce qui oblige celle-ci à la signature d'une convention avec l'établissement d'hébergement.

Malgré la distance entre le pharmacien et le résident (celui-ci ne se déplace plus à l'officine) celui-ci « *doit assurer dans son intégralité l'acte de dispensation* » selon l'article R4235-48 du CSP (73), « *en associant à sa délivrance :*

- 1° *L'analyse pharmaceutique de l'ordonnance médicale si elle existe*
- 2° *La préparation éventuelle des doses à administrer*
- 3° *La mise à disposition des informations et les conseils nécessaires au bon usage du médicament.*

Il a un devoir particulier de conseil lorsqu'il est amené à délivrer un médicament qui ne requiert pas une prescription médicale. Il doit, par des conseils appropriés et dans le domaine de ses compétences, participer au soutien apporté au patient. »

Ainsi, l'approvisionnement en médicaments pour l'EHPAD peut être réalisée selon deux schémas.

La pharmacie peut se charger d'acheminer les médicaments, dans ce cas, il s'agit de la dispensation à domicile. En effet, l'EHPAD est considéré comme un substitut du domicile. Selon l'article R5125-51 du CSP (79), les personnes autorisées à effectuer la dispensation sont :

- Le pharmacien titulaire ou son gérant
- Le remplaçant du titulaire de l'officine
- Le pharmacien adjoint
- Un étudiant en pharmacien régulièrement inscrit en 3^{ème} année d'étude ayant préalablement effectué son premier stage officinal
- Un préparateur en pharmacie

Les rayonnistes, secrétaires, ou tout autre personnel exerçant dans l'officine ne sont pas habilités à réaliser la dispensation à domicile. Selon les Bonnes Pratiques de Dispensation (80), le pharmacien veille à ce que les instructions nécessaires à une bonne observance et compréhension de la prescription par le patient soient données préalablement à la personne qui assure le transport et que celle-ci soit en capacité de les comprendre et de les transmettre au résident ou aux soignants.

A certaines occasions, la pharmacie peut avoir recours à un prestataire extérieur. Dans ce cas, il s'agit d'une livraison à domicile. Le prestataire ne fait que transporter le paquet d'un endroit à un autre. Il n'est pas obligatoirement spécialisé dans le domaine de la santé. Le

paquet doit être scellé et porter les nom, prénom et adresse du patient (article L.5125-25 du CSP) (81). Il doit également être opaque et sa fermeture doit permettre au destinataire de s'assurer qu'il n'a pas été ouvert par un tiers (article R. 5125-47 du CSP) (82).

Dans le cas où la PDA serait réalisée par la pharmacie, c'est au pharmacien titulaire, au pharmacien adjoint ou au préparateur en pharmacie sous le contrôle effectif du pharmacien d'effectuer cette tâche. Les étudiants en pharmacie à partir de la troisième année d'études et sous le contrôle effectif du pharmacien peuvent également réaliser la PDA (83).

Il peut arriver que ce soit le pharmacien ou le préparateur sous contrôle effectif du pharmacien qui vienne effectuer cette tâche au sein de l'établissement si la convention a été écrite en ce sens.

E. LES AUTRES ACTEURS

Par ailleurs, le résident est susceptible de consulter des médecins spécialistes ou des praticiens hospitaliers en dehors de la structure de l'EHPAD. Ces professionnels n'ont pas d'accès direct au dossier du résident et leurs prescriptions ne s'incrémentent donc pas dans le logiciel de l'EHPAD. Cela peut, dans ces cas, augmenter considérablement le nombre de prescripteurs impliqués ainsi que le nombre et la forme des prescriptions.

La gestion du médicament en EHPAD fait donc intervenir de multiples professionnels qui ont des cultures différentes et dont les logiques ne sont pas forcément en adéquation.

Les directeurs doivent alors jouer un rôle d'impulsion forte dans l'amélioration de la gestion du médicament en déterminant les responsabilités de chacun. En effet, le défaut de coordination entre les différents acteurs du circuit du médicament est un risque majeur susceptible d'engendrer des erreurs aux interfaces. Les établissements sont invités à envisager la démarche de sécurisation du médicament comme levier d'amélioration de la qualité de la prise en charge globale des résidents dépassant largement la prise en charge médicale.

L'organisation de la prise en charge, la coordination, la communication, la formation des acteurs, l'information des professionnels et des résidents sont autant de facteurs de risque à maîtriser pour éviter la iatrogénie médicamenteuse.

3. *UNE VIGILANCE NECESSAIRE SUR LA PRESCRIPTION POUR LES PERSONNES AGEES*

A. PRINCIPES GENERAUX DE LA PRESCRIPTION

Les principes généraux de prescription s'appliquent à tous les prescripteurs intervenant auprès des résidents de l'EHPAD.

Conformément à l'article R5132-3 du Code de la Santé Publique (84), la prescription de tout médicament, doit être individuelle, nominative et lisible et doit comporter a minima :

- L'identification et les coordonnées du prescripteur
- La date de rédaction de l'ordonnance
- L'identification du patient
- La dénomination du produit prescrit avec sa posologie, son mode d'emploi ou sa formule détaillée s'il s'agit d'une préparation
- La durée de traitement et le nombre de renouvellements si nécessaire.

Le prescripteur doit, par ailleurs, signer immédiatement sous la dernière ligne de prescription pour éviter les ajouts de produits par quelque personne que ce soit (85).

Certains médicaments font cependant l'objet de règles plus spécifiques.

En ce qui concerne les médicaments relevant des listes I et II des substances vénéneuses, la prescription doit être rédigée sur une ordonnance (84) et peut être effectuée pour une durée de traitement égale à douze mois maximum.

Dans le cas des médicaments classés comme stupéfiants, l'ordonnance doit être « sécurisée » et la durée de traitement est de vingt huit jours maximum. La délivrance peut être fractionnée pour certaines molécules ou « délivrée en une seule fois » sur mention expresse du prescripteur. Le nom de la spécialité, le dosage, le nombre d'unités thérapeutiques par prise ou le nombre d'unités de prise ainsi que la durée de traitement doivent être écrits en toutes lettres.

Pour les prescriptions relevant d'une Affection Longue Durée (ALD), l'ordonnance utilisée est spécifique, elle est dite bizona. Sa partie supérieure est réservée aux traitements en rapport avec l'ALD et prise en charge à 100% sur la base du tarif de la sécurité sociale.

B. LES SPECIFICITES DE LA PRESCRIPTION

La prescription chez le sujet âgé représente le facteur principal sur lequel agir pour diminuer le risque iatrogène. Ainsi, la HAS a lancé le programme PMSA (Prescription Médicamenteuse chez le Sujet Agé) (86) depuis 2006 dont les objectifs sont d'améliorer la prescription dans toutes ses dimensions et de maîtriser le risque iatrogénique. Il est ainsi possible d'identifier quelques règles pour améliorer la prescription :

- Absence de prescription sans analyse diagnostique : il est important de ne pas céder à la tentation de répondre à une plainte par un traitement symptomatique car l'apparition d'un nouveau symptôme peut être d'origine iatrogène.
- Optimisation du rapport bénéfice/risque : il est essentiel de préciser, par rapport à une pathologie définie, les objectifs du traitement compte-tenu de l'âge physiologique du patient et des comorbidités.
- Etablissement de « priorités thérapeutiques » : en effet, les priorités ne sont pas toujours les mêmes pour le médecin (concerné par les pathologies qui mettent en jeu le pronostic vital) et le patient (obsédé par les symptômes qui diminuent sa qualité de vie quotidienne). Il y a donc la nécessité d'une confiance et d'un accord entre les deux parties pour éviter le risque d'automédication et d'inobservance du traitement.
- Appréciation de l'aptitude du patient à comprendre son traitement et à prendre correctement ses médicaments.
- Choix d'une classe médicamenteuse adaptée
- Choix d'une posologie adaptée

Un programme spécifique a été mis en place par la HAS, il s'agit du programme AMI (Alerte Maitrise Iatrogénie) Alzheimer dont l'objectif est de limiter la prescription de neuroleptiques dans la maladie d'Alzheimer. En effet, les troubles du comportement perturbateurs (cris, agressivité, déambulation...) de cette maladie constituent une situation fréquente de prescription des neuroleptiques. Cependant, les études ont montré que les neuroleptiques représentent une mauvaise réponse clinique à ces situations difficiles alors qu'il existe des alternatives. Le programme AMI a pour but de fournir des outils et de guider les professionnels dans la prescription ou l'abstention de prescription des neuroleptiques chez les patients atteints d'Alzheimer (87).

II. VERS UN RENFORCEMENT DES COMPETENCES DANS LA LUTTE CONTRE LA IATROGENIE

1. LE PHARMACIEN REFERENT

A. PHARMACIEN REFERENT EN EHPAD

Les pharmaciens déclarent être très attachés à la qualité de professionnels de santé. Dans cette logique, la loi Hôpital, Patients, Santé, Territoires (HPST) adoptée en 2009 a été bien accueillie par la profession dans la mesure où son article 38 (4) vise à étendre les missions de santé des pharmaciens. En effet, l'objectif est de favoriser la coopération entre les professionnels de santé afin d'offrir à tous l'accès à des soins de qualité. Le pharmacien se trouve au centre du circuit du médicament entre la prescription et l'administration. Il est donc important qu'il puisse collaborer avec les autres acteurs du circuit. C'est la première fois que la notion de pharmacien référent a été mentionnée.

Il convient tout d'abord de distinguer le pharmacien référent du pharmacien dispensateur. En effet, ces deux fonctions peuvent être cumulables par un même pharmacien ou non.

Dans le cas du pharmacien dispensateur, cela concerne chaque résident individuellement (ou son représentant légal) qui conserve le libre choix de son pharmacien selon l'article L5126-6-1 du CSP (78).

Le pharmacien référent lui, est unique pour la totalité de la structure. Il intervient au sein d'une équipe pluri disciplinaire et apporte toute son expertise dans le domaine du médicament et du dispositif médical (88). Cela confère au pharmacien référent un large champ d'action, dont nous allons essayer de détailler les missions, sans toutefois préciser son degré d'implication et d'adaptation dans les particularités de sa fonction au sein d'un EHPAD.

B. UNE AUTRE DEFINITION EMERGENTE

Nous tenons à préciser que le terme de « *pharmacien référent* » a également été employé dans le cadre d'un nouveau rôle. Il s'agit de « *pharmacien référent du patient* ». Cette nouvelle notion du pharmacien référent mentionnée dans le rapport IGAS de 2016 sur la régulation du réseau des pharmacies d'officine (89) est à distinguer de la notion de référent en EHPAD où le pharmacien est référent pour toute la structure.

L'idée consiste ici à ce que les patients, sur la base du volontariat, puissent, suivant leur libre choix, désigner à l'assurance maladie ainsi qu'à leur médecin traitant, un pharmacien référent. Cela permettrait au médecin de transmettre, par voie dématérialisée, les ordonnances au pharmacien désigné qui pourrait ainsi préparer les médicaments et les faire parvenir au patient sans que ce dernier n'ait eu à se déplacer jusqu'à l'officine. Une telle mesure est particulièrement pertinente dans les territoires éloignés des officines et pourrait être un support concret de dialogue des actions engagées ces dernières années conduisant à tisser un lien plus étroit entre les pharmaciens et les patients.

Cette définition est à rapprocher de celle de « *pharmacien correspondant* ». Défini dans l'alinéa n°7 de l'article L5125-1-1A du CSP (90), faisant l'objet du décret d'application n°2011-375 du 5 avril 2011 (91) puis réactualisé dans l'avenant 19, il s'agit de l'identification d'un pharmacien par le patient, qui, dans le cadre d'un exercice coordonné, peut renouveler des traitements chroniques ou ajuster leur posologie selon les Bonnes Pratiques de Dispensation (80). Pour cela, le médecin traitant et le pharmacien correspondant sont signataires d'un projet de santé.

2. CONTEXTE REGLEMENTAIRE

A. ARTICLE L5125-1-1A DU CODE DE LA SANTE PUBLIQUE

L'article L5125-1-1A du Code de la Santé publique (90) décrit les missions et activités des officines. Cet article contient 9 alinéas, un dixième est apparu au 1^{er} janvier 2020. L'alinéa n°6 établit que le pharmacien d'officine « *peut assurer la fonction de pharmacien référent* » puis décrit les différents établissements dans lesquels ce cas de figure est possible. Il s'agit de structures citées à l'article L313-12 du CASF (9) dont les EHPAD font partie et qui ont conclu un Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens.

B. ARTICLE L5126-6-1 DU CODE DE LA SANTE PUBLIQUE

L'article L5126-6-1 du CSP (78) reprend la notion de pharmacien référent dans sa description des conventions relatives à la fourniture en médicaments des personnes hébergées en EHPAD. Cet article précise que la signature d'une convention « *désigne un pharmacien d'officine référent pour l'établissement* » en précisant cette fois quelques-unes des missions qui peuvent incomber à ce pharmacien :

- « *Le pharmacien concourt à la bonne gestion et au bon usage des médicaments destinés aux résidents.* »
- « *Il collabore avec les médecins traitants et le médecin coordonnateur à l'élaboration de la liste des médicaments à utiliser préférentiellement dans chaque classe pharmaco-thérapeutique.* »

C. LES TEXTES EN ATTENTE

a. LE DECRET D'APPLICATION CONCERNANT LE PHARMACIEN REFERENT

Dans l'article L5125-1-1A du CSP, un décret d'application existe pour les alinéas 7, 8, 9 et 10 qui mentionnent respectivement le pharmacien correspondant, les prestations destinées à favoriser le maintien de l'état de santé, la vaccination et la délivrance de médicaments pour certaines pathologies chroniques dans le cadre d'un exercice coordonné. Cependant, aucun décret n'est paru pour encadrer le statut du pharmacien référent, ses missions, sa formation et sa rémunération.

C'est l'absence de ce texte qui freine la généralisation de la mission de pharmacien référent dans les EHPAD. En effet, il s'agit du document principal qui permettrait d'encadrer cette pratique. Son rôle est de fournir l'ensemble des éléments pratiques permettant la mise en œuvre de cette activité. Cela regroupe :

- La formation nécessaire pour exercer en EHPAD
- Les missions et le champ d'action au sein de la structure,
- La légitimité et le degré d'implication du référent dans la politique de l'EHPAD
- La forme de rémunération.

Toute la difficulté de ce travail a ainsi été de recenser les différents domaines dans lesquels le pharmacien référent pourrait avoir un rôle, non pas pour se substituer à ce décret mais pour illustrer la plus-value de cette mission et l'importance de la développer.

b. LA CONVENTION TYPE EHPAD-OFFICINE

Dans l'article L5126-6-1 du CSP (78), il était prévu qu'un arrêté définirait le modèle de convention-type devant être obligatoirement signé entre les EHPAD qui ne disposent pas de PUI et un ou plusieurs pharmaciens titulaires d'officine. Cet arrêté, toujours pas publié, devait également renforcer le rôle du pharmacien référent au sein de l'EHPAD en lien avec le médecin coordonnateur et l'équipe soignante. L'objectif étant de créer un partenariat qui permettrait de renforcer la sécurité de la dispensation pharmaceutique.

3. LE PHARMACIEN REFERENT : UNE MISSION EN COURS D'ELABORATION

Le manque de précisions des textes officiels pour réglementer et organiser la pratique du pharmacien référent n'encourage pas l'investissement des professionnels dans cette pratique.

Malgré tout, certains pharmaciens se sont investis dans cette mission. Ainsi, dans les cahiers de l'Ordre national des pharmaciens, il est possible de retrouver le témoignage de Pierre-Marie Pelamourgues, pharmacien référent depuis 2009, qui dit « *La fonction de pharmacien référent est passionnante mais chronophage. Elle devrait être mieux reconnue, notamment sur le plan financier* » (92) ; A travers cette phrase, nous remarquons que l'absence de texte présente deux problèmes principaux :

- L'organisation du temps entre les activités de référent et de dispensateur
- La rémunération

En effet, le temps de présence d'un pharmacien référent est rarement évalué et son action est bénévole. Cependant, l'IGAS (Inspection Générale des Affaires Sociales) a mené une action en 2010 dans laquelle le rôle et le financement d'un pharmacien référent ont pu être expérimenté et analysé.

A. DEFINITION DE L'EXPERIMENTATION DE L'IGAS

L'IGAS a mené une expérimentation sur la réintégration des médicaments dans le forfait soins des EHPAD en 2010. Cette expérimentation a été réalisée pour répondre aux directives de la loi 2008.1330 du 17 décembre 2008 de financement de la sécurité sociale (93) qui cherche des solutions pour la gestion des dépenses de médicaments et leur prise en charge dans les établissements accueillant des personnes âgées ne disposant pas de PUI.

Le rapport, daté de 2012, a été rédigé sur la base d'une comparaison entre les EHPAD expérimentateurs dans lesquels un pharmacien référent était inclus et un groupe d'EHPAD miroirs. Des missions précises ont été attribuées au pharmacien référent, ainsi qu'un forfait de rémunération égal à 0,35€ par jour et par résident.

B. CONVENTION TYPE EHPAD/OFFICINE PROPOSEE POUR L'EXPERIMENTATION

Lors de l'expérimentation, une circulaire (94) a été publiée par le Ministère de la Santé pour standardiser les pratiques dans les différents EHPAD participants. Une convention type a alors été créée dans laquelle les missions du pharmacien référent ont été définies. Nous avons repéré deux champs d'action principaux : le circuit du médicament et la qualité, gestion des risques.

a. LES MISSIONS DECRITES EN RAPPORT AVEC LE CIRCUIT DU MEDICAMENT

Le pharmacien référent participe à l'élaboration de :

- La liste des médicaments à utiliser préférentiellement pour chaque classe pharmacothérapeutique
- La liste des médicaments pour soins urgents ainsi qu'à leur gestion.

Il définit les modalités et les procédures de dispensation des médicaments au sein de l'EHPAD.

Au sein de l'établissement, il organise le contrôle de la date de péremption des médicaments et de la bonne conservation des médicaments thermosensibles. Il supervise également la récupération des médicaments non utilisés en vue de leur élimination.

La livraison de médicament en cas d'urgence s'effectue selon une procédure écrite élaborée et mise en place par le personnel soignant, sous l'autorité du pharmacien référent.

Il participe à la sécurisation du circuit du médicament et à son éventuelle informatisation au sein de l'établissement en lien avec le représentant légal de l'établissement et le médecin coordonnateur.

b. QUALITE, GESTION DES RISQUES

Le pharmacien référent est inscrit à l'ordre des pharmaciens. Ses coordonnées sont transmises aux pharmaciens signataires de la convention.

L'équipe soignante doit respecter ses consignes portant sur l'ensemble du circuit du médicament et son bon usage, notamment les précautions d'emploi, les conditions d'administration, de stockage et de conservation des médicaments.

Le pharmacien référent, en lien avec les pharmaciens signataires et le médecin coordonnateur, doit mettre en œuvre toute mesure utile lors des alertes sanitaires et des retraits de lots de médicaments. Il participe aux réunions de coordination « soins » menées par le médecin coordonnateur au moins une fois par an.

Enfin, le pharmacien référent veille au respect par le ou les pharmaciens signataires des dispositions de la présente convention.

Ce texte montre une implication théorique forte du pharmacien référent dans les activités de l'EHPAD, ainsi qu'une légitimité de celui-ci sur tous les sujets qui touchent au médicament ou à sa gestion.

C. RESULTATS DE L'EXPERIMENTATION

Même si cette expérimentation n'avait pas pour but d'analyser l'intérêt de la présence d'un pharmacien référent au sein d'un EHPAD, les conclusions du rapport (95) sur cette expérimentation nous apportent cependant des éléments de réponse qui permettent de comprendre l'état actuel des textes concernant celui-ci. La conclusion du rapport ne plaide pas pour une généralisation de l'intégration des médicaments dans les forfaits soins. Cependant, cette expérimentation a été bénéfique sur un plan qualitatif dans le sens où elle a montré une amélioration des pratiques en matière d'organisation du circuit du médicament, de sécurité de la chaîne du médicament, de traçabilité et à la mise en œuvre de projets de soins plus intégrés, domaines dans lesquels le pharmacien référent est impliqué.

Deux éléments sont ressortis de cette expérimentation.

Tout d'abord, la présence du pharmacien référent n'a pas montré une diminution significative de la dépense des médicaments. En effet, dans les établissements expérimentateurs, le coût des médicaments est de 5€ par patient et par jour (4,65€ pour les consommateurs et 0,35€ pour le pharmacien référent) contre 4,87€ dans les établissements miroirs.

D'autre part, la consommation moyenne de médicaments par jour et par résident est de 7,56 molécules dans les EHPAD expérimentateurs contre 6,67 dans les miroirs. Là encore, la présence du pharmacien référent n'est pas en faveur d'une diminution de lignes sur les ordonnances.

D. DIFFICULTES RENCONTREES

Il convient cependant de manier ces chiffres avec grande précaution compte tenu des biais possibles quant au recueil des données, que ce soit en terme de durée de l'expérimentation ou de l'action réelle qu'ont pu avoir les pharmaciens référents ainsi que leur légitimité dans cette expérimentation.

En effet, la FSPF (Fédération des Syndicats Pharmaceutiques de France) après avoir recueilli les commentaires des pharmaciens ayant participé à l'expérimentation dévoile que de nombreuses EHPAD ont opposé un refus total au paiement de la rémunération du pharmacien référent alors même que la dotation de soins distinguait le coût du médicament de celui du pharmacien référent. Pour justifier cette décision, certains directeurs ont interdit l'accès du pharmacien à leurs locaux.

En page 3 du pré-rapport, on retrouve la phrase « *Force est de constater que l'expérimentation nous apprend peu sur les relations EHPAD/officine, le rôle effectif du pharmacien référent, les progrès accomplis de la chaîne du médicament* ». Justement parce que les pharmaciens n'ont pas pu exercer leur rôle dans l'expérimentation, il est difficile d'évaluer les points positifs de leur action. Cela montre la difficulté de la mise en place de cette mission qui nécessite une adaptation de la part de tous les acteurs impliqués. En effet, une réorganisation complète du circuit doit être réalisée avec l'introduction d'un nouvel acteur dans l'établissement. D'autre part, cela entraîne des contraintes budgétaires nouvelles qui obligent les directeurs d'établissements à revoir leurs objectifs. Ce n'est qu'à plus long terme que l'intervention du pharmacien référent dans les EHPAD, par une gestion adaptée du médicament aux pathologies de chaque résident, réaliserait des économies pour l'établissement.

E. REFLEXION SUR UNE FORME DE REMUNERATION

Lors de cette expérimentation s'est alors posée la question d'une rémunération forfaitaire pour cette activité de pharmacien référent. La rémunération des services rendus peut difficilement emprunter la forme d'un forfait global du type des 0,35€. En effet, ce caractère global est ambigu et prête à confusion. S'il s'agit de rémunérer la seule fonction de conseil, c'est généreux. S'il s'agit de compenser la charge de la PDA, un tel montant peut s'avérer juste voire insuffisant.

Dans ces circonstances, une approche pragmatique pourrait consister à autoriser les établissements à rémunérer des services conseils individualisables comme la participation à l'élaboration, la tenue et l'actualisation de la liste préférentielle, des actions de formations auprès du personnel, la réduction des stocks, le temps de présence dans l'EHPAD, les relations avec le médecin coordonnateur, le suivi thérapeutique, la sécurisation du circuit du médicament et des dispositifs médicaux, le repérage des incohérences ou des doublons de prescriptions, l'identification d'effets indésirables. Il serait également possible de rechercher, avec les acteurs concernés, les bonnes lignes de partage des gains de productivité liés à la PDA par l'officine ou de partage des charges de l'automatisation. L'auteur du rapport propose la réalisation d'une convention type, autonome de la convention EHPAD/officine et spécifique pour la mission de pharmacien référent.

Rappelons qu'en pratique, chaque EHPAD devrait avoir conclu une convention avec un pharmacien référent conformément aux termes de l'article L. 5126-6-1 du CSP (78). A ce jour, force est de constater que tel n'est pas le cas, les pharmaciens ne pouvant assumer gratuitement les fonctions y afférent. Pour que les actions concertées du médecin coordonnateur et du pharmacien référent puissent être effectives, il convient donc que la rétribution du pharmacien référent ait une base légale.

4. *LES DIFFICULTES INHERENTES A LA MISSION DE PHARMACIEN REFERENT*

A. IMPLICATION LIMITEE DES POUVOIRS PUBLICS

Les pharmaciens considèrent les limites des initiatives prises par les pouvoirs publics pour conforter ce rôle de professionnels de santé. En effet, peu d'actions ont été menées pour la prévention des risques iatrogènes, la PDA ou la sensibilisation des prescripteurs dans le cadre de la mission de référent. Cela s'ajoute aux difficultés rencontrées lors des autres missions évoquées dans la loi HPST (4) telles que les ROSP (Rémunération sur Objectifs de

Santé Publique) (peu mises en œuvre au début), les entretiens asthme (trop complexes avec des rémunérations trop tardives), ou la vaccination (opposition forte des médecins).

De manière générale, les pharmaciens estiment assurer diverses missions de santé publique pour lesquelles ils ne sont pas rémunérés (soins de premier recours, éducation thérapeutique des patients, ...). Rien ne permet de retracer les interventions en santé des pharmaciens autre que la délivrance de médicaments et les quelques actes donnant lieu à une rémunération spécifique. Un effort doit être fait en ce sens, comme l'enregistrement des interventions des pharmaciens auprès des médecins lors du contrôle des ordonnances par exemple.

Ce ressenti d'abandon par les pouvoirs publics ne concerne donc pas uniquement la mission de pharmacien référent, elle s'inscrit dans une dynamique plus globale en relation avec la majorité des nouvelles missions.

B. LA CONCURRENCE CONCERNANT LA PDA

La concurrence des PUI et des officines se spécialisant dans les PDA pour les EHPAD inquiète. En effet, de fortes craintes existent que l'approvisionnement des EHPAD soit détourné des officines de proximité auprès desquelles ces derniers se fournissent généralement. Les résidents de l'EHPAD ont un droit fondamental au libre choix de leurs professionnels de santé : toutefois, en l'absence d'expression du choix par le patient, l'EHPAD peut se substituer à lui et déterminer auprès de quelle pharmacie il s'approvisionnera en médicaments. Traditionnellement la pharmacie la plus proche était retenue, ce qui contribuait au maintien d'une présence officinale pour l'ensemble des populations résidant à proximité. Cependant, le développement à la fois des PUI dans les EHPAD et des officines se spécialisant dans la PDA risque de capter le marché d'EHPAD malgré leur éloignement géographique.

III. LA GESTION DU CIRCUIT DU MEDICAMENT : APPORTS DU PHARMACIEN REFERENT

Le circuit du médicament désigne le « processus de la prise en charge thérapeutique médicamenteuse d'un patient, hospitalisé dans un établissement de santé, résident d'un établissement médico-social ou en soins ambulatoires. Ce processus interdisciplinaire est constitué par les étapes de prescription, de dispensation, d'administration et de suivi thérapeutique, et comprend le traitement de l'information » (96).

Nous allons étudier, pour chaque étape, les points sur lesquels le pharmacien référent pourrait agir pour sécuriser la prise en charge médicamenteuse du résident, tout en s'intégrant dans la dynamique globale de la structure. Nous avons choisi de citer sans différenciation les missions traçables et donc pouvant être soumises à une rémunération si les textes évoluaient en ce sens, et les missions s'inscrivant dans un cadre plus global d'intégration qui ne sont pas toujours quantifiables, que ce soit en terme de durée ou de finalité d'action.

1. PRESCRIPTION

La prescription est le point de départ du circuit du médicament. De sa qualité, dépend celle des autres étapes dans la mesure où elle structure le travail de l'ensemble des acteurs.

A. LA TRAÇABILITE DE LA PRESCRIPTION

a. STANDARDISATION DU SUPPORT DE PRESCRIPTION

En EHPAD, la tendance s'oriente vers l'informatisation non seulement de la prescription mais également du dossier médical complet. En effet, une dématérialisation complète de toutes les informations concernant le patient permet un regroupement des données à l'intérieur d'un support unique.

Il convient de sensibiliser les prescripteurs à l'utilisation de l'outil de prescription informatisé qui sécurise la prise en charge du résident. Le rôle du pharmacien référent est donc de s'assurer de la mise en place au sein de l'établissement dans lequel il intervient, d'un outil

d'aide à la prescription intégré au logiciel de l'EHPAD. Cela conditionne une vigilance particulière sur deux points :

- L'accès au logiciel de prescription et à la session du prescripteur doivent être protégés. Pour ce faire, il convient de mettre en place un identifiant et un mot de passe dédié et confidentiel à chaque prescripteur sans oublier les médecins remplaçants.
- Il est nécessaire que le logiciel de prescription soit couplé à une base de données mise à jour régulièrement, afin de constituer une aide efficace. En effet, les bases de données officielles, fournies par l'ANSM, l'HAS et les sociétés savantes, comportent une fonction d'alerte qui oblige le prescripteur à une vigilance sur son ordonnance si cette dernière comporte une incohérence. Cependant, il convient de garder une analyse critique sur les modifications proposées qui ne correspondent pas toujours aux recommandations gériatriques (49).

L'intérêt d'un support unique est de limiter les imprécisions relevées sur certaines prescriptions. En effet, les oublis les plus courants sont des absences de dosage ou des absences de durée de traitement. Cela conduit alors le personnel soignant ou le pharmacien à différentes actions qui pourraient être évitées :

- Recontacter le prescripteur
- Donner le plus petit dosage possible ou le plus petit conditionnement possible au risque que cela ne corresponde pas au souhait du médecin.

Le support unique doit répondre aux obligations réglementaires de la prescription et de la traçabilité de l'administration. Il est préférable de disposer d'un support différent pour chaque voie d'administration. Cela facilite le suivi thérapeutique et la diminution du risque d'erreurs médicamenteuses. Sur ces supports, il est également essentiel de standardiser les consignes rédactionnelles notamment avec la rédaction en Dénomination Commune Internationale (DCI), l'utilisation de la liste des médicaments à utiliser préférentiellement ou l'aide de protocoles thérapeutiques.

L'informatisation du système, bien que diminutrice du nombre d'erreurs médicamenteuses, suppose la formation du personnel impliqué. En effet, un mésusage du logiciel peut entraîner des risques tout aussi importants que la rédaction d'une ordonnance manuscrite. Les erreurs de saisie ou de sélection dans le menu déroulant sont fréquentes. Il convient de sensibiliser

le médecin traitant à une utilisation rigoureuse du logiciel avec une vérification systématique des informations sélectionnées.

A noter que conformément aux règles de prescriptions, les prescriptions de stupéfiants et de médicaments d'exception, bien qu'intégrés dans le support de prescription unique doivent néanmoins faire l'objet de prescription manuscrite. Le pharmacien référent doit veiller à cette réalisation pour éviter un retard de délivrance.

b. PARTAGE DES INFORMATIONS

Une vigilance particulière doit être portée par le pharmacien référent pour s'assurer que le médecin traitant prend en compte dans sa prescription les traitements intercurrents possiblement prescrits en dehors de la structure par des spécialistes. En effet, il n'est pas toujours aisé pour cet acteur libéral d'avoir connaissance des modifications thérapeutiques potentielles effectuées par des confrères. Ce travail de collaboration entre le pharmacien référent et le médecin traitant constitue une protection contre les risques de confusion dans les différents traitements du résident.

A terme, la solution consiste en la mise en œuvre du dossier informatisé consultable à distance 24h/24 à tout professionnel de santé qui en aurait l'autorisation d'accès (49). Cela permet une réactivité dans la prescription en cas d'urgence et une continuité dans la prise en charge médicamenteuse par l'accès aux informations et à la prescription pour les spécialistes.

Dans le cadre de la continuité du parcours patient, les informations contenues dans le dossier du résident pourraient alimenter le DMP mis en place par la Caisse Nationale d'Assurance Maladie depuis 2016. Il s'agit d'un « *dossier médical numérique destiné à favoriser la prévention, la qualité, la continuité et la prise en charge coordonnées des soins des patients* » (97). Le DMP peut être créé par tout bénéficiaire de l'assurance maladie, sa consultation et son alimentation se réalisent par voie numérique soit depuis un site internet, soit à partir de logiciels respectant les référentiels d'interopérabilités de sécurité concernant les données de santé. Il convient de rappeler que le Dossier Médical Partagé ne se substitue pas au dossier médical tenu par l'EHPAD dans le cadre de la prise en charge de ses résidents (98). Il est cependant consultable et modifiable par tout médecin intervenant dans la prise en charge du résident sous réserve de l'accord de ce dernier (99).

B. PARTICIPATION A UNE DIMINUTION DES LIGNES DE PRESCRIPTION

a. REEVALUATION REGULIERE DES PRESCRIPTIONS

Les prescriptions doivent être réévaluées régulièrement pour diminuer le risque de iatrogénie médicamenteuse. Selon le rapport Verger de 2013 (49), le nombre de lignes sur une ordonnance ne reflète pas sa qualité et des molécules mal prescrites entraînent une augmentation de l'attention devant être portée à la personne âgée, donc une surcharge de travail pour l'équipe et une augmentation des risques de iatrogénie. Ce rapport souligne également la difficulté de la position du médecin tiraillé entre les contraintes économiques du système de santé qui plaide une diminution des prescriptions et les attentes des patients qui souhaiteraient obtenir un médicament en réponse à chaque symptôme qu'ils dénoncent. La personne âgée ne fait pas exception à ce type de situations. Il appartient au pharmacien référent, en lien avec le médecin coordonnateur, de s'assurer que chaque molécule prescrite, présente un bénéfice supérieur au risque pour le patient.

Ainsi, la signature de l'avenant n°19 propose la mise en place d'une « intervention pharmaceutique » qui permettrait de prévenir le médecin lorsque le pharmacien référent identifie une molécule dont la prescription ne serait plus appropriée. Cette nouvelle mesure a pour objectif une dispensation adaptée aux besoins thérapeutiques du patient, en s'assurant de la bonne observance des traitements prescrits. Son but est de garantir la délivrance de la quantité pertinente de médicaments nécessaires au traitement prescrit. Cette action menée par le pharmacien référent pourrait concourir à une diminution des lignes de prescription pour les résidents des EHPAD.

b. APPUI DE LA DECISION DE NON PRESCRIPTION

A contrario, le résultat de son analyse peut conduire le médecin à un choix de non prescription. Le pharmacien, expert du médicament, a toute sa place à trouver auprès du prescripteur dans ces situations, en participant à l'éducation du patient sur l'utilisation de méthodes alternatives au médicament. Toujours d'après le rapport Verger (49), il existe des méthodes pour éviter la sur-prescription de médicaments et la première consiste à effectuer de la prévention. Le but est de favoriser les bonnes règles hygiéno-diététiques pour éviter certains troubles comme la dénutrition ou la constipation et de maintenir l'exercice physique pour améliorer l'autonomie et limiter les chutes. Concernant les troubles du comportement chez les personnes atteintes de démence, la prévention consiste dans l'organisation de

l'environnement : des soignants calmes et rassurants, une autorisation de déambulation, une organisation du travail permettant de revenir plus tard en cas de refus des soins, la mise en place d'activités et d'animations (1).

Le pharmacien référent a toute sa place dans ce schéma de prise en charge non médicamenteuse dans le sens où l'alinéa 8 de l'article L5125-1-1A du CSP (90) précise qu'ils « (...) *peuvent proposer des conseils et prestations destinés à favoriser l'amélioration ou le maintien de l'état de santé des personnes.* »

C. REALISATION DE LA LISTE DES MEDICAMENTS A UTILISER PREFERENTIELLEMENT

a. DEFINITION

Le livret thérapeutique est défini par la Société Française de Pharmacie Clinique comme « *la liste des produits pharmaceutiques référencés dans l'établissement de santé, établie par la commission du médicament et des dispositifs médicaux* » (100).

Pour les EHPAD, ce livret thérapeutique ou liste des médicaments à utiliser préférentiellement, est élaboré par le médecin coordonnateur et le pharmacien référent puis validé après consultation de la commission de coordination gériatrique (101). Il contient la liste des médicaments, par classe médicamenteuse, à utiliser préférentiellement dans la structure et est mis à disposition des professionnels de santé qui interviennent dans l'établissement sous forme papier ou sous forme dématérialisée (intégrée au logiciel de l'EHPAD).

Lorsque cette liste existe, les médecins intervenants dans l'établissement doivent s'engager à établir leurs prescriptions en utilisant essentiellement les molécules présentes sur celle-ci (102). En effet, le livret thérapeutique tient compte d'une part des recommandations gériatriques actuelles en terme de prise en charge médicamenteuse et d'autre part de la galénique des médicaments (possibilité d'écrasement des comprimés ou d'ouverture des gélules...).

b. DOCUMENTS ET REFERENTIELS A DISPOSITION DES EHPAD

Divers documents et référentiels ont été publiés et mis à disposition des EHPAD par les instances publiques depuis plusieurs années. Cependant, selon une enquête menée par l'ARS Bourgogne en 2013 (103), ce type d'outil de prescription n'est pas encore une pratique

courante. En effet, seulement 33% des EHPAD possèdent un livret thérapeutique et 60% d'entre eux affirment qu'il est respecté « la plupart du temps » pour les prescriptions. L'expérimentation a aussi mis en évidence les freins à la réalisation du livret thérapeutique. Dans 30% des cas, c'est la liberté de prescription des médecins traitants qui entraîne un refus de ceux-ci de participer à l'élaboration de la liste ou de prescrire selon celle fournie.

En réponse à cette enquête, l'Agence Régionale de Santé de Bourgogne va donc mettre à disposition des EHPAD une liste préférentielle de médicaments très complète et téléchargeable directement en version modifiable sur son site internet en mai 2013 (104). Cela s'inscrit dans sa démarche de prévention du risque iatrogénique en facilitant l'accès des établissements à de nouveaux outils.

En 2006, la HAS avait publié un guide d'évaluation et d'amélioration des pratiques pour « Prescrire chez le sujet âgé » (105). Le but était de déterminer les étapes clés du processus de prescription et de lister les outils à disposition des prescripteurs pour optimiser ces prescriptions.

En 2014, sur les recommandations du rapport Verger (49), la Commission Sécurisation du Circuit du Médicament en EHPAD de l'OMEDIT Pays de la Loire a réalisé un guide méthodologique précis (106) pour guider les EHPAD dans la création d'une liste préférentielle de médicaments. On y retrouve la définition de la liste préférentielle de médicaments, les obligations réglementaires et les critères de sélection des différentes molécules. L'objectif était de fournir une trame précise pour encourager les établissements souhaitant s'engager dans un processus de réalisation de la liste préférentielle.

En 2016, l'OMEDIT Centre-Val de Loire a également créé une liste de médicaments (107), inspirée de la liste de Laroche, et validée par une commission gériatrique, que l'on retrouve dans un format un peu différent de celle de l'ARS de Bourgogne.

Il est donc possible de trouver un panel de documents concernant la réalisation d'un livret thérapeutique en EHPAD, allant du guide méthodologique à la liste complète. Cette multitude d'outils a été publiée dans le but de soutenir toutes les démarches de création et d'utilisation d'une liste préférentielle de médicaments.

c. APPORT DU PHARMACIEN REFERENT DANS LA CREATION, L'UTILISATION ET LA MISE A JOUR DE LA LISTE

La mise en forme de la liste préférentielle constitue une des activités la plus souvent citée dans la mission de pharmacien référent. Elle est citée dans l'article L5126-6-1 du CSP (78) sur les conventions signées entre les EHPAD et les pharmacies d'officine, dans les missions du médecin coordonnateur à l'article D312-158 du CASF (71) et reprise dans les missions de la convention type issue de l'expérimentation de l'IGAS (94).

Ainsi, afin de faciliter sa mise en œuvre, les freins à sa création et à son utilisation doivent être identifiés et levés.

Les prescripteurs ont des habitudes de prescription auxquelles ils sont attachés. Pour s'assurer de son utilisation optimale, le contenu de la liste doit prendre en compte les habitudes de prescription des différents médecins, ce qui ne la rend ni exhaustive, ni opposable. D'autre part, le pharmacien référent devra systématiquement prendre en compte les molécules usuellement prescrites par tout nouveau médecin intervenant au sein de l'EHPAD. Ainsi, cette liste ne peut être figée, elle doit être évolutive en fonction des besoins, des demandes des médecins et des recommandations de bonnes pratiques. Elle est donc unique pour chaque établissement et modifiable à tout moment en fonction des besoins de l'EHPAD.

Par ailleurs, lorsque le prescripteur veut prescrire un médicament qui ne figure pas dans la liste, il lui faut la possibilité de trouver une équivalence thérapeutique. Cela concerne également les adaptations de posologies. Il s'agit donc d'ajouter un livret des équivalents thérapeutiques à la liste (67) afin de mettre en correspondance les médicaments déjà présents avec les autres molécules existantes et notamment celles que les prescripteurs de l'établissement ont l'habitude d'utiliser. Ces équivalences ne peuvent pas être intégrées de manière automatique, il convient que le pharmacien référent les personnalise pour chaque établissement en lien avec les médecins prescripteurs, le médecin coordonnateur et en regard des recommandations de bonnes pratiques.

Enfin, la diffusion de la liste représente un point critique de l'organisation. En effet, il est primordial de s'assurer que la liste soit connue et accessible facilement par toute personne qui en aurait le besoin, en particulier les différents médecins traitants. Des actions de communication auprès de tous les prescripteurs intervenant au sein de l'EHPAD doivent être menées par le pharmacien référent afin d'en favoriser l'adhésion et l'utilisation.

On peut donc imaginer que, lors de l'évolution des textes, les travaux engendrés par la création, la mise à jour et la diffusion de cette liste feront l'objet de rémunération. Il s'agit d'une mission relativement mesurable et quantifiable. Cependant, il ne faut pas oublier que la liste n'est pas le seul fait du pharmacien. C'est une réflexion menée en collaboration étroite avec les autres acteurs pour que chacun y trouve une amélioration positive.

L'objectif de la création de cette liste au sein des EHPAD est multiple. Si elle contient des informations spécifiques pour la gériatrie comme la possibilité d'écrasement des comprimés, elle favorise la sécurisation de la prescription médicale en limitant le risque de survenue d'effets indésirables. Par ailleurs, en précisant les alternatives thérapeutiques, elle contribue à améliorer l'organisation dans la préparation et l'administration des médicaments.

Cependant, pour la HAS, l'élaboration d'une liste préférentielle ne présente pas un intérêt important car elle ne contribue pas à l'amélioration des pratiques de prescription et n'est donc pas à privilégier dans ce cadre (49). De plus, il a été démontré qu'elle ne permettait pas d'éviter les accidents iatrogènes les plus graves et pose la question de l'équité d'accès aux médicaments pour les patients en EHPAD par rapport aux autres.

D. LA CONCILIATION MEDICAMENTEUSE

La conciliation médicamenteuse est un processus formalisé qui prend en compte, lors d'une nouvelle prescription, tous les médicaments et/ou compléments alimentaires pris et à prendre par le patient (108). Cette activité a donc pour but de prévenir ou de corriger les erreurs médicamenteuses, potentiellement iatrogènes, en favorisant la transmission d'informations complètes et exactes sur la prise des médicaments du patient entre professionnels de santé aux points de transition de son parcours de soins que sont l'admission, la sortie et les transferts. Elle associe le patient et repose sur le partage d'informations et sur une coordination pluri-professionnelle.

Elle oblige une étape de réévaluation des traitements en cours du patient, ce qui apparaît indispensable pour renforcer la sécurité de la prise en charge, essentiellement lors de pathologies chroniques. D'autre part, elle contribue à la maîtrise des dépenses de santé par la diminution des coûts associée à la iatrogénie médicamenteuse.

La conciliation comporte 3 étapes : la recherche active d'informations, la réalisation du bilan médicamenteux, l'actualisation de la prescription et du dossier patient. L'informatisation de

l'ensemble des processus de conciliation doit être effectuée pour éviter les retranscriptions et rendre le processus efficient.

Le pharmacien est amené à s'impliquer dans les différentes étapes de la conciliation après avoir été préalablement formé. Il lui revient prioritairement d'organiser et de mettre en œuvre les activités de conciliation dans l'établissement en s'appuyant sur l'équipe soignante sans exclure les autres professionnels de santé ou se dédouaner des systèmes d'information existants ou accessibles.

La mise en œuvre de la conciliation des traitements médicamenteux s'appuie sur une réorganisation du processus de prise en charge médicamenteuse. Le pharmacien référent, peut être le principal acteur de ce changement de par son rôle dans le circuit du médicament. Etant un projet transversal, il est indispensable d'institutionnaliser la mise en œuvre de la conciliation en la priorisant auprès de la commission de coordination gériatrique.

E. REALISATION DE PROTOCOLES THERAPEUTIQUES

Dans certaines situations particulières, les résidents présentent des troubles (du fait de leur âge ou de leur état) qui nécessitent des précautions de prescriptions spécifiques.

On entend par protocole thérapeutique médicamenteux un document formalisé et rédigé par le médecin coordonnateur et le pharmacien référent qui contribue au bon usage du médicament. Il constitue un référentiel validé qui sécurise les professionnels de santé et les patients par la standardisation des pratiques professionnelles (109). Il décrit la place du médicament au sein d'une stratégie thérapeutique en regard d'une pathologie déterminée. Pour les infirmiers, il établit les modalités d'une conduite à tenir ou d'actes à mettre en œuvre dans certaines situations précises. L'application de ce protocole permet, dans le cadre de besoins urgents, d'administrer des traitements en l'absence de prescription médicale initiale.

La Société Française de Gériatrie et de Gérontologie, dans une volonté de soutien à ces pratiques en EHPAD, s'investit dans la publication de documents types.

En collaboration avec le Conseil National Professionnel de Gériatrie, elle a élaboré un guide intitulé « Prescriptions médicamenteuses Adaptées aux Personnes Agées » (110) qui regroupe quarante-deux fiches relatives à des situations fréquemment rencontrées telles que l'insomnie, la douleur ou la dépression. Il est disponible à l'achat sur internet ou en librairie.

En 2007, associée à la Direction Générale de la Santé et de l'Action Sociale, la Société Française de Gériatrie et de Gérologie a réalisé un document présentant des recommandations sur les bonnes pratiques de soins en établissement d'hébergement pour personnes âgées. Ces fiches, disponibles sur internet (1) regroupent des thèmes variés sur les troubles et difficultés que peuvent présenter les personnes âgées en institution.

Le pharmacien référent axera sa priorité sur certains troubles que l'on retrouve fréquemment et qui doivent être gérés d'une manière standardisée pour éviter l'aggravation. Des protocoles thérapeutiques doivent être rédigés, disponibles et appliqués au sein de la structure pour une prise en charge optimale.

Le pharmacien référent peut être lui-même vigilant à l'identification de ces patients et proposer aux prescripteurs des fiches pratiques pour adapter les médicaments aux différents troubles.

Nous allons détailler les situations dans lesquelles il est important d'effectuer un repérage de la fragilité des patients.

a. LA DENUTRITION

Chez la personne âgée, la dénutrition peut être de causes multiples alliant :

- Des facteurs psycho-socio-environnementaux,
- Des affections aiguës ou chroniques avec une polymédication au long cours,
- Des troubles bucco-dentaires ou de la déglutition,
- Des régimes restrictifs
- Des troubles neurologiques ou psychiatriques +/- une démence
- Une dépendance

La dénutrition est souvent sous diagnostiquée, et de ce fait, n'est pas toujours correctement prise en charge alors même qu'elle va participer à l'aggravation de la dépendance par les comorbidités qu'elle entraîne (111).

Il est pourtant possible d'agir directement sur certains de ces facteurs de risque en mettant en place des mesures de prévention. Le pharmacien référent peut alors s'investir, auprès des autres professionnels de santé, dans le pilotage de cette action, pour cibler les résidents les plus à risque et élaborer un protocole de dépistage et de prise en charge de la dénutrition.

Le trouble de la déglutition est retrouvé chez une grande majorité de patients âgés. Dans ces cas, le pharmacien veille à proposer l'adaptation des formes galéniques des traitements avec l'utilisation de comprimés orodispersibles, de formes sirop ou de sachets. C'est à lui de connaître les différentes formes pharmaceutiques existant sur le marché ou d'en faire la recherche et de mettre l'information à disposition des prescripteurs et des administrateurs.

L'hygiène bucco-dentaire est un élément essentiel de lutte contre la dénutrition. Les douleurs, les candidoses orales et l'hyposialie qui diminuent l'envie de s'alimenter, sont des symptômes à traiter.

En institution, les recommandations de bonnes pratiques conduisent au dépistage de la dénutrition une fois par mois pour tous les résidents (112), notamment au travers de la surveillance du poids, de l'indice de masse corporelle, de la biologie et des prises alimentaires.

En terme de prise en charge nutritionnelle, il est possible de mettre en place certaines modalités comme l'augmentation des prises alimentaires dans la journée ou l'éviction d'une période nocturne de jeûne supérieure à 12 heures. Il convient de privilégier les produits riches en protéines (poudre de lait, lait concentré entier, fromage râpé, œufs, crème fraîche, beurre fondu...). Le facteur le plus important dans la lutte contre la dénutrition est la capacité à faire manger le patient naturellement sans l'alarmer sur son état et lui répéter sans cesse qu'il faut se nourrir. Dans ce but, l'environnement doit être favorable avec une bonne organisation d'aide au repas et l'adaptation aux goûts des patients. Une attention toute particulière doit être portée à ses demandes et ses envies afin de favoriser l'alimentation plaisir.

En plus des prises alimentaires classiques, le pharmacien référent peut intervenir dans certains cas et sous surveillance médicale avec la mise en place de compléments nutritionnels oraux (CNO). Ce sont des mélanges nutritifs complets, hyperénergétiques et/ou hyperprotéinés administrables par voie orale. Ils appartiennent à la catégorie des aliments diététiques destinés à des fins médicales spéciales (113). La prise doit être effectuée à distance des repas de manière à éviter la phase d'anorexie post prandiale. La forme (crème, liquide, jus, biscuits, petits pains) et le goût (sucré, salé, fruits, chocolat) doivent être adaptés aux capacités et aux envies du patient. Avec la multitude de marques et de formes présentes sur le marché, le pharmacien peut conseiller l'établissement sur le choix son panel pour s'assurer d'avoir une diversité pour les résidents. Cela permet d'éviter une difficulté de prise ou une lassitude.

b. ADAPTATION DES TRAITEMENTS A LA FONCTION RENALE

D'après une étude réalisée au CHU de Grenoble en 2012 (114), 100% des sujets âgés de plus de 75 ans présentent au moins un médicament dans leur ordonnance qui nécessite une adaptation des posologies à la fonction rénale. De ce fait, dans cette population, une évaluation de la fonction rénale par calcul de la clairance de la créatinine (formule de Cockcroft ou MDRD) est indispensable avant toute prescription. Le pharmacien référent doit cibler les médicaments qui nécessitent impérativement un bilan rénal avant prescription, élaborer une liste et la diffuser auprès des prescripteurs. Les médicaments à élimination rénale doivent être prescrits en fonction de la valeur de la clairance de la créatinine. C'est le suivi de l'évolution du débit de filtration glomérulaire qui est un bon indicateur de l'état rénal du patient, une tendance de courbe. En effet, l'interprétation d'une seule valeur, qu'elle soit haute ou basse, n'est pas significative.

Il convient néanmoins de rester prudent sur l'interprétation des formules qui peuvent entraîner des erreurs d'estimation en cas de sujet maigre (surdosage si $IMC < 18,5\text{kg/m}^3$) ou sujet obèse (sous-dosage si $IMC > 30\text{kg/m}^3$) ou d'IR qui sous estime la valeur avec la formule de Cockcroft et qui surestime la valeur avec la formule MDRD.

Les recommandations HAS de 2012 encouragent l'abandon de la formule de Cockcroft et Gault, cependant la créatinémie doit être réalisée toujours au sein du même laboratoire. Il existe également des sites en ligne qui permettent de calculer directement les formules en entrant les données du patient.

L'Omédit Val de Loire propose en 2017 un tableau des principaux médicaments à adapter à la fonction rénale en gériatrie (115). Le pharmacien référent doit donc être le garant de la surveillance de ces médicaments et être apte à identifier les adaptations nécessaires en fonction de la balance bénéfice/risque qu'une telle prescription pourrait représenter pour le patient.

c. GESTION DE LA DOULEUR

La douleur est fréquente chez le sujet âgé et souvent peu exprimée spontanément. En EHPAD, il est pourtant essentiel de la rechercher en évaluant systématiquement tout signe douloureux de manière à la prendre en charge au plus tôt. Il convient de distinguer les différents types de douleur par une auto-évaluation lorsque le patient en est capable ou une hétéro-évaluation lorsque cela est nécessaire. Le pharmacien référent doit savoir distinguer le type et l'origine de la douleur ressentie par le patient pour garantir la pertinence du

traitement. En effet, la bientraitance des résidents passe par le soulagement de la douleur. Pour cela, il convient d'être à l'écoute de toutes les formes de manifestation de la douleur pour trouver l'action qui le soulagera le mieux, que ce soit de manière médicamenteuse ou non médicamenteuse.

La douleur nociceptive doit être traitée avec des antalgiques de palier I, II ou III en suivant les recommandations appropriées. Une fiche de bon usage de l'Omédit Centre Val de Loire publiée en avril 2018 (Annexe 4) détaille les recommandations en vigueur. Il faut cependant être vigilant à la prévention des effets indésirables, notamment aux risques de constipation et de somnolence qui peuvent survenir lors d'un traitement morphinique. Il est important de prendre en charge systématiquement ces effets indésirables chez la personne âgée et la prescription d'un laxatif adapté doit figurer sur le protocole thérapeutique de la prise en charge de la douleur.

Les douleurs neuropathiques sont gérées en majorité par quatre molécules, deux antiépileptiques (Gabapentine et Prégabaline) et deux antidépresseurs (Amitriptyline et Duloxétine). Pour les antidépresseurs, qui sont à utiliser prudemment chez le sujet âgé, les AMM pour le traitement des douleurs neuropathiques sont très strictes et restrictives. Les posologies des antiépileptiques doivent quant à elles, être adaptées à la fonction rénale des patients.

En ce qui concerne la gestion de la douleur induite par les soins, la prise en charge analgésique doit être anticipée. Les antalgiques de palier I, II ou III peuvent être utilisés et associés si besoin. Un tableau détaillant le délai et la durée d'action des molécules utilisables a été publié en 2012 par l'Omédit de la région Centre (Annexe 5). Cela permet d'aider au choix de la molécule en fonction de l'acte à réaliser.

d. SOIN DES ESCARRES

L'escarre est une nécrose cutanée due à la compression des tissus mous entre une saillie osseuse et une surface dure. La présence d'une escarre altère considérablement la qualité de vie du résident, entraînant des douleurs, un risque d'immobilité forcée et des soins contraignants.

Des mesures de prévention peuvent être mises en œuvre en lien avec les facteurs de risque.

L'ARS Ile de France a créé une campagne « Sauve ma peau » ayant pour but de sensibiliser au risque d'escarre en institution. Avant d'atteindre le stade d'escarre proprement dit avec

une lésion nécessitant des soins infirmiers, des mesures de prévention peuvent être mises en place après identification du niveau de risque. La surveillance de l'état cutané quotidien est primordiale pour détecter les lésions au plus tôt. L'alimentation et l'hydratation sont également des facteurs impliqués dans le risque d'escarre. En effet, une dénutrition et une déshydratation majorent le risque d'escarre. Enfin l'immobilité est le risque majoritaire dans l'évolution de l'escarre. Il convient de mobiliser les personnes régulièrement de manière à modifier les points d'appui. En institution, il est possible d'utiliser des supports adaptés tels que des matelas ou des coussins spécifiques. Un protocole peut être élaboré par le pharmacien référent pour cibler le matériel biomédical à adapter en fonction du niveau de risque.

Une fois constituée, l'escarre évolue en plusieurs stades qu'il convient d'identifier et de traiter individuellement. Il existe des pansements spécifiques adaptés à chaque phase. Il est important de mettre à disposition du personnel un tableau de correspondance pour que chaque stade de l'escarre soit traité selon les recommandations (118).

e. DESHYDRATATION

L'organisme du sujet âgé retient moins bien l'eau et le sel que celui de l'adulte. La déshydratation est donc une situation qui peut survenir rapidement. Deux types de déshydratation peuvent se produire :

- Une perte d'eau et de sel causée par la prise de diurétiques, faisant suite à des troubles digestifs (diarrhée, vomissements) ou du fait d'ulcères suintants
- Une perte d'eau pure causée par une chaleur excessive (locaux mal isolés en été ou surchauffés en hiver), une fièvre, le diabète insipide médicamenteux (lithium, vancomycine)

La déshydratation n'est donc pas une situation qui peut survenir uniquement en cas de canicule. Il faut la prendre en compte tout au long de l'année. Cependant, la canicule est un facteur de risque supplémentaire pour lequel il convient de mettre en place des mesures additives.

Le pharmacien référent peut s'investir dans la mise en place du plan canicule au travers du repérage des résidents à risque du fait de leur traitement.

Au quotidien, il peut intervenir dans la surveillance de la prise de diurétiques chez les personnes âgées. En effet, l'analyse pharmaceutique du traitement peut conduire à

supprimer les traitements diurétiques non indispensables et suspendre temporairement leur utilisation en cas de troubles digestifs.

Lors de situations à haut risque de déshydratation, il est possible de pratiquer l'hypodermolyse (1). Il s'agit de perfuser préventivement le patient la nuit par voie sous cutanée avec un sérum salé et/ou du glucose 5%.

Pour des situations plus graves, dans lesquelles la réhydratation doit être réalisée par voie intraveineuse, le choix de la solution dépend de la natrémie du patient. La réhydratation se réalise de manière progressive sur 24 heures.

Dans ces prises en charge, le pharmacien référent peut être une source de conseil sur les méthodes et produits à utiliser.

f. BON USAGE DES ANTIBIOTIQUES

Le rôle du pharmacien référent se décline en trois axes dans le bon usage des antibiotiques :

- S'assurer que l'infection est documentée et que l'usage de l'antibiotique est requis.

En effet, toute infection n'est pas bactérienne et toute infection bactérienne ne justifie pas obligatoirement un traitement antibiotique (116). A l'heure actuelle, il est préférable d'utiliser les antibiotiques avec prudence et de limiter leur prise aux infections dont l'origine bactérienne est documentée ou probable et pour lesquelles les autres mesures thérapeutiques ne suffisent pas. La réalisation d'un antibiogramme, avant la prise d'une antibiothérapie est recommandée. Le pharmacien référent doit sensibiliser les prescripteurs à en faire la demande.

- S'assurer de la prise de l'antibiotique selon les recommandations pour éviter la survenue des résistances.

Le bon usage des antibiotiques a pour but principal de limiter l'extension des résistances bactériennes. Lorsqu'une antibiothérapie est engagée, il convient de respecter les posologies et les modalités d'administration susceptibles d'assurer des concentrations d'antibiotiques appropriées au site de l'infection. En effet, le sous-dosage d'un antibiotique favorise l'émergence de résistances bactériennes. D'autre part, une antibiothérapie prolongée favorise également la sélection de souches résistantes. Il faut donc privilégier les traitements courts avec réévaluation à 72h et transmission des résultats au médecin.

- S'assurer de la bonne compatibilité entre l'antibiotique et l'état du patient, prévenir et surveiller l'apparition des effets indésirables.

Parmi les spécificités chez les personnes âgées, il est utile de remarquer que :

- ✓ L'utilisation de l'acide fusidique en application cutanée en monothérapie est à éviter car cela expose à un risque élevé de sélection des résistances.
- ✓ Pour la nitrofurantoïne, il existe une contre-indication en cas d'insuffisance rénale avec une clairance de la créatinine inférieure à 60 ml/min et le risque de pneumopathies, de neuropathies périphériques et de réactions allergiques est élevé. Il est préférable d'utiliser un autre antibiotique.
- ✓ Enfin pour les fluoroquinolones, l'utilisation en traitement probabiliste n'est pas recommandée si cette classe a été utilisée au cours des 6 derniers mois. D'autre part, il est nécessaire d'effectuer une adaptation de la posologie en cas d'insuffisance rénale pour trois molécules (ofloxacin, lévofloxacin et ciprofloxacine). La surveillance des effets indésirables doit être assidue à cause de la fréquence élevée chez les personnes âgées de tendinopathies, de troubles neuro-psychiques et d'allongement de l'espace QT.

L'Omédit Centre Val de Loire a mis à disposition un document (116) dans lequel sont détaillées les situations ne nécessitant pas d'antibiothérapie par voie générale en 1^{ère} intention, les adaptations de posologies d'antibiotiques en cas d'insuffisance rénale, les principales interactions médicamenteuses avec les antibiotiques ainsi que les effets iatrogènes fréquents.

Enfin, les bactéries multi-résistantes (BMR) du tractus urinaire ou intestinal sont de plus en plus fréquentes et sont à présent retrouvées en milieu communautaire alors qu'elles étaient présentes presque exclusivement en milieu hospitalier il y a quelques années. Dans ce contexte, les autorités ont mis en place la ligne Antibiotel pour aider les prescripteurs dans la prise en charge de ces infections à BMR. En effet, la simple lecture de l'antibiogramme ne suffit pas à choisir l'antibiotique le plus approprié, l'avis thérapeutique d'un infectiologue est maintenant recommandé.

F. AUTRES OUTILS

Pour que les médicaments correspondent au mieux aux besoins des résidents tout en conservant un rapport bénéfice/risque adapté à leur situation, divers outils sont à disposition des professionnels pour les aider dans le choix des molécules et les alternatives possibles quant à leur utilisation. Le pharmacien référent peut consulter ces outils pour renforcer ses connaissances dans l'objectif de la sécurisation de la prise en charge des résidents.

MIS, Médicament Info Service (117) est un service régional d'information sur les médicaments et les dispositifs médicaux. Il s'agit d'un dispositif expérimental et collaboratif mené par les observatoires du médicament et la Société Française de Pharmacie Clinique. Quatre régions participent au projet depuis 2015 : la Bretagne, la Haute Normandie, la région Rhône Alpes et la région PACA.

L'objectif est de fournir, selon un mode de questions/réponses des informations pratiques, fiables, actualisées et indépendantes à tous les professionnels de santé et aux patients. Lors d'une interrogation sur une ligne de prescription ou sur une possibilité d'administration, le professionnel de santé contacte la plateforme qui s'engage alors à lui fournir un élément de réponse dans les plus brefs délais. Cet outil peut être utilisé dans toutes les étapes du circuit du médicament allant de la prescription, à l'administration en passant par le stockage ou la préparation des traitements. Il s'agit là de fournir une aide concrète sur des questions spécifiques et de manière personnalisée. Une base de données regroupe toutes les réponses et propose des newsletters sur les questions les plus fréquemment posées.

MedEHPAD (118) est une application disponible sur les appareils téléphoniques ou sur tablettes qui contient une liste préférentielle de médicaments destinée particulièrement aux personnes âgées. Elle contient deux types d'informations : une partie sur la préparation et l'administration des molécules (écrasage, broyage, liquide de prise) ainsi qu'une partie relative à la prescription sur les alternatives thérapeutiques ou sur l'adaptation posologique. Il s'agit d'un outil qui peut être pratique en mobilité.

Mémo-benzo (119) est une fiche produite par l'Assurance Maladie qui rappelle les recommandations de prescription des benzodiazépines chez les patients âgés de 75 ans et plus.

Antibioclic (120) est un outil d'aide à la prescription des antibiotiques pour un bon usage de ceux-ci dans le but de minimiser les résistances.

La liste Start and Stopp (54) est désormais disponible en version deux qui est une version en ligne. Il s'agit de compléter les médicaments impliqués et la ou les pathologies du patient, puis l'outil analyse les traitements qui peuvent convenir pour une personne âgée (Start) et les molécules qu'il est préférable d'arrêter ou de remplacer (Stopp).

La liste de Laroche (56) est une liste de médicaments potentiellement inappropriés chez la personne âgée. Disponible sur internet depuis 2008, elle permet de faire un état des lieux des médicaments à éviter dans la prescription gériatrique. Elle propose également une alternative thérapeutique appropriée lorsque celle-ci existe.

Un guide sur la prise en charge de la personne âgée hospitalisée a été réalisé au CHU de Grenoble en 2012 (114). On peut y retrouver différents tableaux utiles pour la prescription chez la personne âgée et la détection de la iatrogénie médicamenteuse :

- Les médicaments inappropriés chez les personnes âgées en fonction du terrain,
- Une liste des médicaments à marge thérapeutique étroite fréquemment prescrits en gériatrie
- Une liste des principaux effets indésirables chez la personne âgée associés aux médicaments en cause
- Un tableau sur les principales interactions médicamenteuses rencontrées chez la personne âgée.

Il s'agit là d'un outil transversal qui peut également être mis à disposition des infirmiers pour la surveillance thérapeutique et les précautions d'administration.

2. **DISPENSATION**

A. **MODALITES DE TRANSMISSION DES PRESCRIPTIONS DES RESIDENTS VERS L'OFFICINE**

a. **CONTROLE DE LA CONFORMITE DES ORDONNANCES ET DES REGLES DE DISPENSATION**

Le pharmacien référent doit s'assurer de faire appliquer les règles de prescription et de délivrance des médicaments. Il doit être particulièrement attentif aux médicaments qui nécessitent des ordonnances particulières tels que les médicaments d'exception, les médicaments stupéfiants ou les médicaments à prescription initiale hospitalière. Il est nécessaire de connaître les réglementations pour que la dispensation puisse se réaliser dans des conditions optimales et avec la meilleure efficacité possible. En effet, la réalisation d'une ordonnance qui n'entre pas dans le cadre légal entraîne un retard de délivrance et donc d'administration au patient. L'effet thérapeutique n'est pas optimal et la qualité de vie du patient en attente de son traitement peut en être dégradée. Pour connaître les règles de prescription ou de renouvellement, le pharmacien référent peut consulter le site internet de l'Ordre national des pharmaciens, « Meddispar » (121) qui permet de rechercher, à partir du nom du médicament, l'ensemble de la réglementation concernant sa prescription ou sa dispensation.

D'autre part, le pharmacien référent doit être vigilant au respect des AMM des produits à délivrer. En effet, le remboursement de certaines spécialités dépend de l'indication pour laquelle elles sont prescrites. En fonction de son budget, le patient, n'est pas toujours en mesure de se procurer tous les traitements. Le rôle du pharmacien référent devient alors de participer à la réflexion permettant de trouver avec lui le traitement qui conviendrait le mieux en tenant compte de ses ressources.

b. **SECURISATION DES MODES DE TRANSMISSION DES PRESCRIPTIONS**

Les bonnes pratiques de dispensation (80) excluent les bons de commande ou autre document similaire. Dans ce cadre, le pharmacien référent doit s'assurer que la procédure de transmission des originaux des documents de prescription vers les pharmacies dispensatrices soit effective. Cette procédure doit comprendre les modalités de réajustement dans les cas où l'original de l'ordonnance n'est pas transmis. En effet, l'ordonnance doit faire l'objet de mentions obligatoires portées par la pharmacie.

D'autre part, la loi du 6 janvier 1978 concernant la protection des données personnelles (122), prévoit la transmission des ordonnances uniquement par Messagerie Sécurisée de Santé (MSS). Ceci abolit l'utilisation d'une messagerie classique, ainsi que l'utilisation du fax qui entraîne souvent des problèmes de lisibilité. Cela conditionne cependant le fait que l'EHPAD, ainsi que toutes les pharmacies d'officine qui collaborent avec lui, se dotent d'une MSS et forment leur personnel.

Le pharmacien référent peut piloter la mise en place de ce système de communication et s'assurer de son utilisation par l'ensemble des acteurs. Dans les cas où le fax reste la seule option pour la transmission, il convient de s'assurer de la lisibilité de la prescription. Pour cela, il est possible d'établir des règles d'écriture qui consisteraient à ne pas écrire dans les marges ou les extrémités de l'ordonnance pour assurer une transmission totale de l'information (67).

c. GESTION DES STOCKS PERSONNELS DES RESIDENTS

Avant toute délivrance de traitement par la pharmacie d'officine pour un résident, le pharmacien référent doit tenir compte des quantités de médicaments non consommés et transmettre ces informations au pharmacien dispensateur. En effet, cela évite à la fois un surstock et une surfacturation à la sécurité sociale, notamment dans le cadre du traitement des affections chroniques, qui nécessitent un renouvellement des molécules. Par ailleurs, les recommandations de bonnes pratiques abondent dans le sens d'une gestion optimisée de ces stocks afin de limiter les erreurs de préparation et d'administration des traitements. Cette collaboration permet une dispensation plus sécurisée par le pharmacien d'officine.

B. ANALYSE PHARMACEUTIQUE

a. LA REPARTITION DES ROLES ENTRE LE PHARMACIEN REFERENT ET LE PHARMACIEN DISPENSATEUR

Le pharmacien référent doit avoir un rôle fondamental dans l'analyse pharmaceutique des ordonnances avant la transmission de celles-ci vers la pharmacie. En effet, les pharmaciens d'officine disent ne pas avoir le temps d'analyser systématiquement en détail les ordonnances de chaque résident. Ils déclarent les recevoir de manière groupée avec la contrainte d'un temps de dispensation restreint qu'il faut intégrer à la gestion quotidienne de l'officine. L'intervention du pharmacien référent peut ainsi optimiser la sécurisation de la dispensation.

La convention, signée entre le pharmacien d'officine et l'EHPAD doit permettre d'établir les responsabilités et les rôles de chacun dans l'analyse pharmaceutique. Ainsi, il peut être écrit que le pharmacien référent, la plupart du temps salarié de l'officine ayant signé la convention, se chargera de l'analyse pharmaceutique.

Les deux parties (le pharmacien d'officine et le pharmacien référent) doivent appréhender ce dispositif comme une entraide nécessaire et efficace quant à la qualité et à la sécurité de la dispensation. Cela implique une confiance mutuelle et une rigueur dans le travail pour chacune des parties.

b. LES ETAPES DE L'ANALYSE PHARMACEUTIQUE

Pour être correctement effectuée, l'analyse pharmaceutique comprend deux étapes (84) et doit être effectuée selon les règles de bonnes pratiques de dispensation (80) :

- L'analyse réglementaire de la conformité de l'ordonnance selon les règles de prescriptions détaillées dans la partie I de ce chapitre
- L'analyse pharmaco-thérapeutique

D'après la SFPC, cette dernière consiste en une analyse du choix des médicaments, des posologies et des interactions en considérant les recommandations cliniques, le profil du patient ainsi qu'un équilibre pharmaco-économique (123). Il s'agit de porter une attention particulière à l'analyse des médicaments à risque.

Pour aider dans l'analyse de l'ordonnance, il est possible d'utiliser l'outil collaboratif PIMCheck (124). Il s'agit d'une application disponible sur internet réalisée par un ensemble de médecins et pharmaciens et destinée à faciliter la prescription dans les services de médecine interne. On peut y trouver les recommandations par médicament et par pathologie qui peuvent être applicables à la personne âgée. Cela ne se substitue pas à l'analyse propre du pharmacien, mais cela peut l'aider dans ses choix.

Dans tous les cas, si une modification a lieu après analyse pharmaceutique et information du prescripteur, elle doit être intégrée dans le logiciel de l'EHPAD (49). Cela permet d'éviter une re-prescription de cette erreur, par le même prescripteur ou un autre, en intégrant directement sur le dossier informatique du patient les informations liées à cette modification.

L'analyse pharmaceutique passe également par une recherche systématique dans l'historique de délivrance du patient. Cette action a plusieurs buts :

- Vérifier que tout changement de molécule ou de dosage est intentionnel dans la nouvelle prescription. Cela permet de créer un niveau de vérification supplémentaire dans le processus du circuit du médicament. Dans le cas où une modification est détectée, il s'agit de savoir si c'est une volonté propre du prescripteur ou si c'est une erreur de prescription
- Assurer une constance dans les produits délivrés : toujours la même marque, toujours la même forme de comprimé
- Ne pas faire de renouvellements trop rapprochés pour, d'une part, participer à l'effort d'économie de la sécurité sociale et d'autre part, éviter un surstock pour le patient.

En effet, le pharmacien est le garant des règles de renouvellement et de remboursement établies par le système payeur qu'est la sécurité sociale.

- En cas d'absence de dosage sur une ordonnance, rechercher dans l'historique du patient le dosage habituel pour reproduire le schéma en cas de traitement chronique.

C. LE BILAN PARTAGE DE MEDICATION

La Haute Autorité de Santé définit le bilan partagé de médication comme « *une analyse critique structurée des médicaments du patient dans l'objectif d'établir un consensus avec le patient concernant son traitement, en ayant soin d'optimiser l'impact clinique des médicaments, de réduire le nombre de problèmes liés à la thérapeutique et de diminuer les surcoûts inutiles. Cette démarche impose de mettre en perspective le traitement du patient (issu du bilan médicamenteux) en regard de ses comorbidités, d'éventuels syndromes gériatriques, de ses souhaits, et d'outils d'évaluation pharmacologique comme ceux de détection de médicaments potentiellement inappropriés* ».

a. MISE EN PRATIQUE DES AVENANTS N°11 ET N°12

Les détails de la mise en pratique du bilan partagé de médication en officine sont présentés dans les avenants n°11 et 12 de la convention nationale des pharmaciens titulaires d'officine qui a été publiée au Journal Officiel le 16 mars 2018.

L'avenant n° 11 (125) fixe les principes de ce nouveau volet de l'accompagnement pharmaceutique des patients. L'avenant n° 12 (126) en définit les modalités concrètes de mise en œuvre.

Les partenaires signataires de l'avenant (Assurance Maladie, FSPF (Fédération des Syndicats Pharmaceutiques de France) et USPO (Union des Syndicats de Pharmaciens d'Officine)) ont élaboré des supports validés par la HAS et des outils électroniques pour aider les pharmaciens à s'approprier cette nouvelle mission. Il s'agit notamment d'un guide d'accompagnement à la réalisation des bilans de médication contenant des fiches supports pouvant être utilisées par les pharmaciens (Annexe 6). Des fiches de suivi en ligne sont également disponibles sur le site Ameli de l'assurance maladie (127).

Le bilan partagé de médication doit permettre de prendre en compte tous les médicaments et/ou compléments alimentaires, avec ou sans prescription, pris et à prendre par le patient à des fins d'analyse permettant ainsi de formaliser des conclusions qui seront communiquées au patient et à son médecin.

Les patients éligibles à ce dispositif doivent réunir différents critères :

- Être âgé d'au moins 65 ans avec une ALD (Affection de Longue Durée) ou être âgé de plus de 75 ans ;
- Disposer d'une prescription avec cinq principes actifs minimum au moment de l'inclusion (les ATU (Autorisation Temporaire d'Utilisation) et les médicaments non remboursés sont compris à condition qu'ils soient prescrits) ;
- Être sous traitement chronique, c'est à dire pour une durée consécutive d'au moins 6 mois (durée constatée avant ou après l'adhésion au dispositif).

Lors de l'entrée dans le dispositif, le pharmacien doit recueillir le consentement éclairé de l'assuré (ou de sa personne de confiance s'il n'est pas en capacité de le faire) pour son intégration ainsi que son accord pour accéder en son nom en ligne au formulaire d'adhésion.

Le bilan prend la forme d'une phase d'analyse effectuée par le pharmacien seul, intercalée entre deux entretiens avec le patient.

Lors du premier entretien, il s'agit de recueillir l'ensemble des informations concernant le patient :

- Les prescriptions (médecin traitant, spécialistes, ordonnances hospitalières) ;
- Tout médicament, dispositif médical ou complément alimentaire pris en automédication ;
- Les analyses biologiques récentes ;
- Le recueil des habitudes de vie susceptibles d'influencer la prise de ses médicaments (consommation de jus de pamplemousse au petit déjeuner par exemple) et à la connaissance globale de son traitement ;
- Le vécu du patient par rapport à sa maladie, à ses traitements pour cibler ses besoins personnels.

Au terme de son analyse pharmaceutique, le pharmacien propose au patient un entretien conseil pour lui rapporter les conclusions tirées de sa réflexion. Cet échange a pour but de donner au patient des conseils de bon usage sur la prise de ses médicaments ainsi que de l'informer sur un éventuel changement de thérapeutique pour lequel le médecin aurait donné son accord.

La création d'un plan de posologie à fournir au patient est fortement recommandée. C'est à partir de cet outil que le traitement est préparé, il doit donc être constamment mis à jour.

Le pharmacien réalise ensuite une transmission de ses conclusions au médecin traitant ainsi qu'un enregistrement de son bilan sur le DMP du patient et sur le site de l'assurance maladie « Amelipro ». C'est à partir de ces éléments qu'il sera rémunéré.

Pour obtenir l'intégralité de la rémunération inhérente à la réalisation des bilans de médication, les pharmaciens sont tenus de réaliser des entretiens pour évaluer l'adhésion du patient à son traitement et donc coter son observance. Ceux-ci sont réalisés à l'aide du questionnaire de GIRERD (Annexe 7).

b. LES NOUVEAUTES DE L'AVENANT N°19

La signature de l'avenant n°19 à la convention nationale le 19 novembre 2019 (128) prévoit de nouvelles mesures pour l'année 2020. Parmi celles-ci, nous retrouvons l'élargissement de la population éligible au bilan de médication. En effet, le critère d'âge de 65 ans reste inchangé, mais le critère ALD n'est plus une obligation. Toute personne âgée de 65 ans et plus présentant un traitement de plus de cinq principes actifs prescrits sur une durée consécutive de six mois ou plus sera éligible à la réalisation d'un bilan de médication.

Pourtant lancé depuis le 1^{er} janvier 2018, le bilan partagé de médication auprès des personnes âgées polymédiquées est peu effectif en EHPAD.

Ainsi, afin de faciliter l'accès des résidents au bilan de médication, l'avenant n°19 propose une expérimentation pendant deux ans avec la réalisation de bilans de médication dans ces établissements. En effet, les résidents des EHPAD sont particulièrement concernés par les enjeux de la iatrogénie médicamenteuse et cela offre au pharmacien référent la possibilité de s'investir dans les missions actuelles au profit de la sécurisation du traitement de ses patients.

Les critères d'éligibilité à l'expérimentation pour les résidents d'EHPAD restent les mêmes que pour la population générale. Le pharmacien référent peut alors réaliser ce bilan partagé avec l'aide de l'équipe de soins intervenant auprès du patient, les aidants et le médecin coordonnateur.

L'évaluation de ce dispositif au terme d'une période de deux ans pourra conduire à des évolutions du bilan partagé de médication dans le contexte particulier de l'EHPAD au sein duquel différentes professions entourent le patient dont parfois les aidants.

Pour réaliser les bilans de médication, les pharmaciens, et particulièrement le pharmacien référent, a besoin de se déplacer auprès des résidents dans l'enceinte de l'établissement. Il est par exemple possible de télécharger l'application Observia (129) sur une tablette ou un ordinateur. Il s'agit d'un outil digital pour préparer, organiser les entretiens avec les patients, ainsi que suivre l'évolution. Tous les documents utiles peuvent ainsi être regroupés sur l'application pour faciliter les démarches administratives.

Il est également possible d'utiliser l'application Synapse Medicine (130) en version gratuite (un BMP par jour) ou en version payante (quantité illimitée). Il s'agit d'une application qui permet de réaliser plusieurs actions :

- Une analyse d'ordonnance basée sur le terrain clinique du patient et renseignée à partir de sources officielles : interactions médicamenteuses, effets indésirables, médicaments inappropriés ;
- Un assistant virtuel auquel il est possible de poser des questions sur les médicaments telles que la posologie, le mode d'administration ou les contre-indications, pour obtenir une réponse fiable et constamment actualisée ;
- La réalisation du bilan partagé de médication en format PDF, car l'application renseigne automatiquement les principales informations pharmaceutiques pour une diffusion simplifiée aux organismes de santé et/ou au médecin traitant ;
- Une recherche de monographie sur les médicaments dont les informations sont synthétisées et contextualisées par Synapse en fonction des particularités cliniques.

A l'instar de la liste des médicaments à utiliser préférentiellement, le bilan de médication constitue un acte mesurable et facturable qui peut être intégré dans les rémunérations du pharmacien référent dans le cadre d'une évolution des textes. Formalisé pour le pharmacien d'officine, l'adaptation du processus en faveur du pharmacien référent permettrait d'en adapter la réalisation et la rémunération.

D. APPROVISIONNEMENT

Le pharmacien référent doit s'assurer que les médicaments dispensés soient pris en charge dans des conditions de sécurité satisfaisantes. Le transport se fait à l'aide de contenants protégeant les sachets nominatifs de toute dégradation. Les paquets sont scellés et les coordonnées des résidents inscrits dessus doivent rester confidentielles. Les médicaments doivent être remis à l'EHPAD sans stockage intermédiaire.

Les produits devant être conservés à une température spécifique sont conditionnés dans un sachet réfrigéré permettant d'assurer les conditions de maintien de la chaîne du froid. Le transporteur veille à garder les produits réfrigérés le moins longtemps possible hors de leur enceinte, ainsi il les prend en dernier lors de la sortie de la pharmacie et les livre en premier à l'EHPAD.

Il convient d'établir au sein de la structure des règles de réception des médicaments qui garantissent les critères d'hygiène et de sécurité. La réception doit être réalisée par des personnes habilitées et identifiées au sein de l'EHPAD (131). Il est nécessaire de contrôler l'adéquation entre les médicaments délivrés et les médicaments prescrits pour limiter le risque d'erreur, ainsi que de tracer cet acte pour éviter les litiges.

Ainsi, il n'existe pas de contact entre le résident et le personnel de l'officine si celle-ci achemine le traitement de différentes personnes en même temps. Le pharmacien référent a donc un rôle de « personne relais » entre les officinaux et le résident pour que ce dernier puisse garder un lien avec un expert du médicament.

3. STOCKAGE

A. GESTION DES LOCAUX

Conformément aux recommandations de bonnes pratiques, au sein de l'EHPAD, les médicaments doivent être rangés dans un espace dédié et sécurisé (3). Ces locaux doivent disposer d'un système de fermeture en limitant l'accès aux seules personnes autorisées.

Pour ce faire, il est possible de mettre en place un système de clef ou de code d'accès. Dans les deux cas, la détention des clefs ou la transmission des codes d'accès doit faire l'objet d'une procédure écrite. Compte tenu du contexte particulier des EHPAD où de multiples acteurs sont amenés à intervenir dans ces locaux, dont des professionnels libéraux, il est indispensable de se poser la question sur les avantages et les inconvénients de chaque procédé.

Pour un système à clef, il faut étudier l'utilité du nombre de clefs et la transmission de celles-ci aux différentes équipes. Au sein du personnel paramédical, seuls les infirmiers sont habilités à disposer de la clef du local des médicaments. Concernant les autres intervenants, se pose la question de l'accès pour les différentes pharmacies, le médecin coordonnateur, le pharmacien référent, le personnel d'entretien. Le principal risque du système à clef étant une perte des clefs.

Pour le système à code, il est nécessaire de communiquer la combinaison à toutes les personnes susceptibles d'en avoir besoin. Les principaux risques du système à code consistent en des allers et venues non contrôlés de personnel non habilité ou pas en service ainsi qu'une diffusion trop large du code.

B. RANGEMENT DES MEDICAMENTS INDIVIDUELS

Le pharmacien référent est responsable de l'organisation du stockage des médicaments au sein de l'établissement.

Il doit assurer le maintien de la traçabilité des informations indispensables à la conservation des médicaments. Pour ce faire, il doit abolir le regroupement de comprimés issus de différentes boîtes dans une seule boîte. Il doit vérifier et assurer la conservation de toutes les molécules dans leurs boîtes d'origine et le regroupement des médicaments d'un même patient dans un casier individuel.

Lors de la réception et du rangement, le turn over des boîtes doit se réaliser selon la méthode FIFO (First In First Out), c'est-à-dire l'utilisation prioritaire des produits ayant une date limite de péremption la plus proche (131). Ces casiers doivent être identifiés aux noms, prénoms et dates de naissance des résidents. Afin de prévenir les erreurs d'identité de patients, il est souhaitable d'y adjoindre la photographie du résident ainsi que le nom de jeune fille s'il y a homonymie.

C. LA DOTATION POUR BESOINS URGENTS

D'après l'article R5126-108 du CSP (132), toute structure sans PUI peut posséder une dotation, c'est-à-dire un stock de médicaments d'urgence adaptés qualitativement et quantitativement aux besoins de la structure afin de veiller à la continuité des traitements (« stock tampon ») et de prendre en charge les urgences en dehors des heures d'ouverture de la pharmacie (chariot d'urgence).

Ce stock doit faire l'objet de l'élaboration d'une liste, mise à jour annuellement, élaborée par un médecin en collaboration avec le pharmacien référent. Il ne s'agit pas obligatoirement du médecin coordonnateur, cela peut être un des médecins attachés à l'établissement. Le renouvellement de ce stock est effectué par une pharmacie d'officine sur demande de la structure. Le « stock tampon » de la dotation pour besoins urgents doit également contenir une liste de dispositifs médicaux à détenir en permanence.

Il convient d'aménager l'espace pour que le rangement de cette dotation soit clair et non source d'erreurs. Cela peut être dans une armoire contenant des casiers par exemple. Dans ce cas, chaque casier contient un seul médicament dans un seul dosage. Il s'agit de limiter

le nombre de molécules semblables et les dosages. Une procédure de gestion du stockage doit être réalisée et un référent peut être nommé.

L'informatisation du système peut permettre de faciliter la gestion du stock et le travail des infirmiers. En effet, il existe des armoires électroniques dont les casiers ne s'ouvrent qu'après identification claire du besoin. Il existe aussi un système à double casier qui permet l'utilisation du 2^{ème} casier lorsque le premier est vide et ce, le temps que durera le réapprovisionnement du premier.

Il est recommandé de supprimer de la dotation les médicaments à risque tels que les électrolytes concentrés (67) dont la concentration est supérieure à 0,9% (chlorure de potassium, phosphate de potassium, chlorure de sodium), les conditionnements à dose élevée d'héparine, les conditionnements à dose élevée pour les formes fractionnées. Pour ceux qui resteraient dans la dotation, il convient de les identifier clairement et de s'assurer de la présence de leurs antidotes. Il est interdit de réintégrer les stocks de médicaments non utilisés par les résidents dans le stock de la dotation (131).

D. LES MEDICAMENTS STUPEFIANTS

A l'heure actuelle, pour les EHPAD sans pharmacie à usage intérieur, la prise en charge des médicaments stupéfiants est régie par la convention qui lie l'établissement avec la pharmacie d'officine (133). Le pharmacien référent, de par ses qualifications, doit assumer la responsabilité de la gestion de ces produits sensibles.

Les médicaments stupéfiants sont stockés dans un dispositif de rangement séparé, non visible directement et fermé à clef ou disposant d'un mode de fermeture assurant la même sécurité (digicode, ...) (134). La clef, lorsqu'elle existe, doit être non identifiée, rangée dans un endroit précis connu des infirmiers uniquement.

Il n'est pas autorisé qu'un produit stupéfiant destiné à un patient particulier soit conservé avec ses autres médicaments dans sa boîte individuelle. Il est nécessaire de constituer une deuxième boîte individuelle qui contiendra uniquement le médicament stupéfiant du patient et qui sera rangé dans l'armoire des stupéfiants. Il est possible de coller une étiquette de rappel sur la boîte principale du patient pour ne pas oublier d'administrer le stupéfiant en même temps que le reste du traitement.

Tout vol ou détournement de médicaments classés comme stupéfiants doit être signalé sans délai aux autorités de police, à l'ARS et à l'ANSM (135).

Ces médicaments doivent faire l'objet d'une vigilance particulière avec un suivi rigoureux des variations de stocks et des utilisations. Compte tenu du nombre élevé de personnes impliquées dans le circuit des stupéfiants en EHPAD (pharmacien d'officine, infirmiers, patient, médecin traitant, médecin coordonnateur, ...), la tenue d'un cahier des entrées et des sorties de stupéfiants est nécessaire. Il convient d'y écrire les quantités dispensées et les dates d'arrivées à l'EHPAD, ainsi que les quantités administrées et les dates d'administration.

Il peut arriver qu'un patient ne termine pas un traitement à base de stupéfiants, il y aura donc des médicaments stupéfiants en stock. Dans ce cas, il convient d'agir de la même manière qu'avec la délivrance de stupéfiants pour un patient à domicile, c'est-à-dire effectuer un retour des doses non utilisées à la pharmacie d'officine. Le pharmacien référent pourrait prendre en charge ces retours pour les mener à destruction dans l'officine où il exerce. Pour ce faire, dans l'armoire des stupéfiants, il est possible de mettre une boîte spécifique identifiée comme telle dans laquelle les infirmiers stockeraient les doses non utilisées le temps que le pharmacien référent les récupère.

E. LES PRODUITS THERMOSENSIBLES

Les médicaments thermosensibles doivent être conservés dans une enceinte réfrigérée dédiée. Cela ne concerne donc pas les réfrigérateurs ménagers. On ne doit y retrouver à l'intérieur que des médicaments thermosensibles. La nourriture, boissons ou autres produits doivent en effet être stockés dans une enceinte distincte.

La capacité de stockage de l'enceinte doit être adaptée à la quantité de produits que l'on souhaite y mettre. Il convient de répartir les boîtes de manière homogène pour permettre une libre circulation de l'air. En cas de stockage d'une grande quantité d'un même produit, il ne faut donc pas les empiler jusqu'à bloquer toute l'étagère. Il est plus sûr de les répartir sur la surface. Pour garantir de bonnes conditions de conservation des médicaments, il peut donc être nécessaire de fractionner les réceptions de commandes de certains médicaments thermosensibles (exemple du vaccin antigrippe).

Les produits thermosensibles ne doivent pas être en contact avec les parois pour éviter le risque de congélation et il est impératif de retirer les emballages tertiaires (cartons, films plastiques...) avant de les introduire dans l'enceinte (136).

De la même manière que pour les produits stupéfiants, les médicaments thermosensibles des patients doivent être rangés dans des casiers individualisés à l'intérieur de l'enceinte pour ne pas être confondus ou mélangés et une étiquette de rappel peut être apposée sur la boîte principale de rangement des médicaments du patient.

L'enceinte réfrigérée doit être convenablement entretenue par un nettoyage régulier et un dégivrage lorsque cela s'avère nécessaire. Le nettoyage doit être la responsabilité de toute personne qui utilise l'enceinte. En effet, si un produit venait à se répandre dans l'enceinte entre deux nettoyages, il serait nécessaire d'effectuer un nettoyage supplémentaire pour ne pas laisser le produit contaminer éventuellement le reste du stock.

La température de l'enceinte réfrigérée doit être comprise entre + 2°C et + 8°C. Toute température inférieure ou égale à 0°C est délétère, et particulièrement pour les vaccins et les insulines (137). Les températures doivent être relevées quotidiennement et enregistrées sur un document dédié. Pour pallier une éventuelle variation de température entre deux relevés, il convient de posséder un dispositif de contrôle de température qui permette d'enregistrer les minima et maxima atteints sur une période donnée. Dans la plupart des cas, les altérations des produits thermosensibles par variation de température sont non détectables visuellement. Le pharmacien référent peut mettre en place une conduite à tenir automatique en cas de dépassement des seuils de température. Cela peut se faire sous la forme d'une procédure et/ou d'une formation du personnel. Il est important de sensibiliser tout le personnel pour éviter l'administration de produits dont la température aurait été dépassée à un moment donné. L'idéal est un système d'enregistrement en continu qui permet de connaître les variations à chaque instant.

L'enceinte thermostatique ne doit pas être placée à proximité d'une source de chaleur, ni exposée directement aux rayons du soleil. Elle doit être écartée du mur pour assurer une bonne circulation de l'air et le condenseur (grille arrière) doit être nettoyé régulièrement (dépoussiérage). La prise de courant de l'enceinte doit être identifiée et porter la mention « ne pas débrancher ». De même, le disjoncteur correspondant doit être clairement signalé et « protégé » (136).

Le pharmacien référent doit être le garant de la gestion de l'enceinte thermosensible. C'est à lui de s'assurer de la mise en place et du suivi des protocoles d'utilisation de ce matériel et c'est à lui également de gérer les produits qui sont à l'intérieur.

F. LES MEDICAMENTS A RISQUE

En France, l'arrêté du 6 avril 2011 (138), relatif au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse et aux médicaments dans les établissements de santé, définit les médicaments à risque comme des « *médicaments requérant une sécurisation de la prescription, de la dispensation, de la détention, du stockage, de l'administration et un suivi thérapeutique approprié, fondés sur le respect des données de référence afin d'éviter les erreurs pouvant avoir des conséquences graves sur la santé du patient (exemples : anticoagulants, antiarythmiques, agonistes adrénergiques IV, digitaliques IV, insuline, anticancéreux, solutions d'électrolytes concentrées..).* Il s'agit le plus souvent de médicaments à marge thérapeutique étroite. »

La campagne « 5 Millions lives » lancée par l'Institute for Healthcare Improvement (IHI) (37) cible 4 familles de médicaments : les anticoagulants, les narcotiques et opiacés, les insulines et les sédatifs comme les médicaments les plus à risque.

L'OMS a répertorié l'erreur de concentration du chlorure de potassium parmi les 9 erreurs à prévenir dans le domaine de la lutte contre les événements iatrogènes.

Face à ces constatations, il revient au pharmacien référent de mettre en place des mesures d'identification et de prévention du risque iatrogénique. Pour cela, le signalement de ces médicaments à risque dans le livret thérapeutique et dans le stock physique peut se faire par la présence d'un symbole unique de danger qui attire l'attention et la vigilance. Le pharmacien référent doit également limiter le nombre de concentrations disponibles dans la dotation et s'assurer que la préparation des médicaments à risque soit effectuée par un pharmacien ou favorise le prêt à l'emploi.

Une diminution du risque de confusion peut être anticipée avec la mise à disposition, par le pharmacien référent, d'une liste de médicaments ayant une dénomination ou une présentation similaire.

Enfin, l'administration de ces médicaments impose un suivi des patients par la mesure de valeurs biologiques (INR, kaliémie, glycémie...). Ainsi, la présence du symbole de danger rappelle au personnel soignant la nécessité de vérifier la capacité du patient à prendre le traitement et ce, depuis le local de stockage.

G. LES DISPOSITIFS MEDICAUX

Depuis le 1^{er} aout 2008, certains dispositifs médicaux sont couverts par le forfait de soins des EHPAD sans PUI. Ils sont répertoriés dans l'arrêté du 30 mai 2008 (Annexe 3). La liste de ce matériel est alors facturée à l'EHPAD et non pas au résident. Certains des dispositifs médicaux de la liste sont inscrits sur la LPP (Liste des Produits et Prestations), ils devront donc être facturés au tarif indiqué, sans dépassement de prix. Parmi eux figurent les Compléments Nutritionnels Oraux (CNO), le pharmacien référent pourrait ainsi en assurer la gestion au sein de l'EHPAD.

Tout dispositif qui ne figure pas sur cette liste est alors soit à la charge propre du résident, soit facturable au résident via la sécurité sociale.

En ce qui concerne l'obtention de ces dispositifs, plusieurs cas peuvent se présenter. L'une des solutions est d'avoir recours à un prestataire agréé extérieur qui propose le matériel en location à l'EHPAD. Une autre solution pour la structure est de posséder son propre matériel pour gérer ses demandes. Enfin, il est possible de faire appel à une pharmacie d'officine qui possède son propre stock ou qui traite elle-même avec un prestataire.

Le choix de l'une ou l'autre des solutions résulte d'une étude financière et de possibilités offertes à l'EHPAD. Il n'est pas de notre ressort ici d'effectuer une étude comparative des différentes possibilités. En effet, nous essayons de déterminer le rôle du pharmacien référent dans la démarche qui aura été choisie par l'EHPAD.

Dans tous les cas, le pharmacien référent peut avoir un rôle central dans la prévention des risques liés à l'utilisation du matériel. Tout matériel acheté ou en location doit être révisé au moins une fois par an pour contrôler son intégrité et son bon fonctionnement. Cela permet d'éviter la survenue d'incidents ou d'accidents liés à un matériel défectueux et soulager le travail et la confiance des professionnels de santé et des patients qui utilisent au quotidien ce matériel. La maintenance doit donc être régulière et effectuée par du personnel habilité. Le pharmacien référent peut se charger de la gestion de cette activité par la traçabilité du matériel présent et des interventions qui ont été menées dessus.

Dans les cas où le pharmacien référent en aurait la possibilité, il pourrait également être en charge du choix des différents matériels et des négociations avec les prestataires.

H. LES MÉDICAMENTS NON UTILISÉS ET LES PÉRIMÉS

Le pharmacien référent doit prendre une place importante dans l'élimination des médicaments de telle sorte que l'établissement ne dispose pas d'un stock sans autorisation. Pour cette dernière étape du circuit du médicament, il est de la responsabilité du pharmacien référent de s'impliquer dans la gestion de ces produits et la mise en place et l'application des procédures adaptées au sein de l'EHPAD.

a. LES MÉDICAMENTS NON UTILISÉS (MNU)

Les médicaments non utilisés (MNU) rassemblent les médicaments non administrés soit par refus du patient, soit par changement de traitement, ainsi que les médicaments restants à la suite d'un décès, d'une sortie ou d'un séjour du résident à l'hôpital. Une démarche structurée, pilotée par le pharmacien référent, doit être appliquée pour assurer la gestion de ces produits. L'organisation du retrait de ces médicaments est fonction des différentes situations. S'il s'agit d'un changement de traitement, c'est l'infirmier qui prépare le traitement qui retire la boîte de médicaments du casier individuel du résident. S'il s'agit du départ du résident, l'ensemble de son casier est mis de côté pour être jeté.

Il est interdit de réintégrer les MNU dans le stock d'urgence. Ceux-ci doivent obligatoirement être restitués à la pharmacie pour destruction ou être placés dans un carton Cyclamed. Si le protocole est de les restituer à la pharmacie, il appartient au pharmacien référent de dédier un lieu de stockage spécifique, clairement identifié et connu de tous les professionnels. Le délai de retrait, sous sa responsabilité, doit être le plus court possible et effectué à intervalles réguliers. Ceci dans le but, d'une part de ne pas encombrer l'espace, d'autre part, d'éviter le risque d'utilisation de ces produits à d'autres fins. Un protocole doit être mis en place en ce sens.

b. LES PÉRIMÉS

En ce qui concerne les médicaments périmés de la dotation, une vérification, sous le contrôle du pharmacien référent, doit être effectuée a minima mensuellement et doit être tracée. Les produits doivent être retirés au moins un mois avant leur date de péremption de manière à ne pas avoir de risque de détenir un périmé entre deux vérifications. De la même manière que pour les MNU, les médicaments périmés doivent être placés dans un carton Cyclamed ou mis de côté pour être restitués à la pharmacie.

En théorie, dans les casiers individuels des résidents, il n'y a pas de périmés. En effet, les boîtes sont délivrées en juste nombre par la pharmacie pour le mois et les médicaments administrés par les infirmiers durant ce même mois. Pour plus de sécurité, il est tout de même recommandé de vérifier les dates de péremption sur les boîtes lors de la préparation des traitements par les infirmiers.

En ce qui concerne les personnes autonomes qui gèrent leur traitement elles-mêmes, le pharmacien référent lui-même ou un personnel habilité effectue un contrôle mensuel des boîtes pour repérer et récupérer les boîtes dont la péremption est datée au mois suivant.

La filière Cyclamed a pour mission de collecter les médicaments à usage humain et d'en sécuriser l'élimination afin de préserver l'environnement et la santé publique. La collecte se réalise à l'aide de cartons « Cyclamed » prévus à cet effet (139). La gestion de ces cartons doit résulter d'une organisation permettant leur remplissage et leur évacuation dans les meilleures conditions. Le pharmacien référent est le garant de cette démarche.

Il convient d'être prudent car un tri préalable doit être effectué avant d'utiliser la filière Cyclamed. En effet, les emballages en carton et les notices en papier doivent être jetés dans le tri sélectif public. D'autre part, la filière Cyclamed ne prend pas en charge les produits de parapharmacie, les compléments alimentaires, les produits cosmétiques, ni les dispositifs médicaux. Ceux-ci doivent être éliminés via la filière des déchets ménagers. Le pharmacien doit afficher la liste des produits pouvant être placés dans le carton. En effet, la filière Cyclamed a mis en place une page (140) pour faciliter le tri.

Une attention toute particulière doit être portée aux produits stupéfiants qui ne doivent pas être placés dans le carton Cyclamed. Ceux-ci doivent obligatoirement être rapportés à la pharmacie pour suivre un cycle de destruction sécurisée. Ce circuit est également sous la responsabilité du pharmacien référent et doit faire l'objet d'un protocole strict.

Les Déchets d'Activité de Soins à Risques Infectieux (DASRI) se rapportant à tout matériel qui possède une aiguille ou un objet coupant ou tranchant doivent être placés dans une boîte à aiguilles sécurisée délivrée gratuitement par l'éco-organisme DASTRI. Ces boîtes ne doivent en aucun cas être placées dans le carton Cyclamed. Elles doivent être stockées à part pour être éliminées selon les filières réglementaires spécifiques, dont le pharmacien référent peut prendre la charge.

4. PREPARATION DES TRAITEMENTS

A. POINTS DE VIGILANCE

La PDA ou Préparation des Doses à Administrer consiste à modifier le conditionnement de spécialités pharmaceutiques (déconditionnement, reconditionnement, surconditionnement) en vue de leur répartition pour une aide à la prise des médicaments. Elle peut être manuelle ou automatisée et réalisée par la pharmacie ou au sein de l'EHPAD.

Quoiqu'il en soit, la préparation des médicaments constitue une étape délicate, à fort risque d'erreur et durant laquelle il convient d'être vigilant sur deux points en priorité.

D'une part, il faut tenir compte de la forme galénique des médicaments et veiller à ne pas les altérer. Dans l'idéal, il est recommandé de ne pas retirer les médicaments de leur conditionnement primaire pour des raisons d'hygiène, de qualité de conservation et de sécurité sanitaire. Cela évite ainsi de mettre en contact les substances des différents produits, ce qui pourrait les altérer.

Les médicaments thermosensibles ne sont pas préparés à l'avance et ne sont pas stockés avec les autres traitements. Il est nécessaire de porter une attention particulière aux produits qui seraient sensibles à la lumière ou à l'air (formes effervescentes).

L'autre point de vigilance est l'identification du résident sur le pilulier ou autre contenant utilisé. A minima, il est indispensable d'inscrire le nom et prénom du patient. D'autres informations peuvent être rajoutées pour compléter cette identification comme le numéro de la chambre, la date de naissance ou la photographie, surtout en cas d'homonymies.

B. ORGANISATION DES CONDITIONS DE PREPARATION DES MEDICAMENTS

Il est préférable qu'un seul infirmier se charge de l'ensemble des préparations et si possible, qu'il les administre. Il est indispensable qu'il ne soit pas dérangé pendant toute la durée des préparations. Le pharmacien référent peut donc établir un protocole au sein de l'établissement pour que l'ensemble de l'équipe sache qui prépare, où et quand. Il est possible de mettre une pancarte « ne pas déranger » ou de faire porter une chasuble identifiée à la personne qui prépare. L'organisation du travail doit être établie de telle sorte que la préparation des traitements soit réalisée à un moment où la charge de travail pour l'équipe est la moins importante de manière à limiter le risque d'interruption pour celui qui prépare et la surcharge de travail pour les autres.

La préparation des traitements doit être centralisée dans une seule pièce. Dans ce lieu, il convient au pharmacien référent de mettre à disposition des équipes toutes les procédures utiles au bon respect des règles d'hygiène, d'élimination des déchets, de conservation des traitements... (67)

Ainsi, le pharmacien référent veille à la bonne réalisation de la PDA. Pour cela, il s'assure de la traçabilité des médicaments par un étiquetage approprié, de leur bonne conservation, et de leur correcte préparation dans des conditionnements adaptés et identifiables.

C. CAS PARTICULIERS

a. L'ÉCRASEMENT DES COMPRIMÉS

Les troubles de la déglutition constituent la difficulté principale à l'administration des traitements par voie orale, et plus particulièrement, l'administration des comprimés. En effet, le risque de « fausse route » ou d'étouffement est important. Cela entraîne une inquiétude chez les patients qui refusent de prendre les comprimés ou qui ne parviennent pas à les avaler. Cela entraîne également une inquiétude chez le personnel soignant qui redoute la « fausse route » ou les conséquences de la non prise du traitement. La solution la plus couramment utilisée en institution est donc l'écrasement des comprimés.

Cependant, cela n'est pas sans risque. Certaines molécules ne se prêtent pas à l'écrasement et peuvent devenir toxiques à la fois pour le personnel mais aussi pour le résident. En effet, même si le personnel porte un équipement approprié (gants, masque), l'écrasement peut entraîner la dispersion de composés volatiles très fins qui peuvent s'avérer toxiques. Il est donc recommandé d'étudier la possibilité d'écrasement avant de s'engager dans cette procédure. Cette opération doit systématiquement être évaluée et autorisée par le médecin en concertation avec le pharmacien référent. Celui-ci peut mettre en place une procédure indiquant les différentes étapes à respecter lorsqu'il y a nécessité d'écraser des comprimés.

1. Informer le médecin et le pharmacien référent
2. Rechercher une alternative galénique (solution buvable, comprimé orodispersible ou effervescent) ou une alternative thérapeutique (principe actif équivalent avec une forme galénique adaptée) grâce aux listes mises à disposition par le pharmacien référent (116)
3. En cas d'absence d'alternative thérapeutique, vérifier que le médicament est écrasable grâce aux listes mises à disposition par le pharmacien référent (58)

4. Utiliser du matériel sécurisé : broyeur-écraseur mécanique. L'usage d'un mortier est à proscrire.
5. Ecraser les médicaments un à un et les administrer immédiatement. On ne stocke pas un médicament écrasé en attente d'une administration ultérieure. C'est un procédé qui se fait extemporanément.
6. Bien nettoyer le matériel utilisé pour l'écrasement afin d'éviter une contamination croisée.

Des listes de recommandations peuvent également être établies par le pharmacien référent concernant les liquides susceptibles d'être utilisés avec les médicaments écrasés. Cela prend en compte les besoins du résident au niveau nutritionnel et physique, ses goûts ainsi que les incompatibilités pharmacocinétiques (67) :

- Troubles de la déglutition : utilisation de lait fermenté, eau gélifiée, ou jus de fruit
- Liste des médicaments à ne pas diluer dans le lait, les jus de fruits, le Coca Cola

Enfin, il est possible d'apposer des étiquettes d'autorisation de broyage sur les tiroirs de médicaments ou d'autorisation d'ouverture des gélules.

b. LES FORMES MULTIDOSES

Ce sont des formes destinées à être utilisées plusieurs fois par le même résident. Elles doivent être réservées à un seul résident. Dans ce cas, le pharmacien référent s'assure qu'une procédure décrivant les bonnes pratiques existe et qu'elle stipule les conditions de conservation de ces traitements, à savoir l'apposition des nom et prénom du résident sur le conditionnement ainsi que la date d'ouverture et la durée d'utilisation pour assurer une durée d'utilisation optimale (131).

Une liste des durées de conservation après ouverture des formes multi doses, adaptée aux médicaments utilisés dans l'EHPAD doit être mise à disposition du personnel soignant et régulièrement mise à jour par le pharmacien référent. Il convient de porter une attention particulière aux collyres conditionnés en flacon dont la durée de prescription est souvent longue (au moins un mois) et dont la durée d'utilisation après ouverture ne doit pas dépasser 15 jours. Dans ce cas, il faut être vigilant au fait d'utiliser deux flacons par mois. Cette vigilance s'effectue à plusieurs niveaux : tant au niveau de la pharmacie dispensatrice qui doit délivrer 2 flacons, qu'au niveau des infirmiers qui préparent le traitement qui doivent s'assurer de dater les ouvertures de ces flacons.

c. LES FORMES NON SECABLES

Il revient au pharmacien référent de rechercher un autre dosage, une autre forme pharmaceutique ou une autre spécialité équivalente qui serait plus appropriée à l'administration. D'une manière générale, leur division doit être évitée. Une exception peut être faite avec beaucoup de précaution pour les comprimés en utilisant un « coupe comprimé ». L'utilisation de cet outil doit être rigoureux pour assurer une division équitable.

d. LES DISPOSITIFS DOSEURS

Certaines spécialités contiennent un dispositif permettant de faciliter leur administration. Il s'agit de cuillères, pipettes, etc. L'utilisation de cet outil doit être réservé au seul résident pour lequel il a été prescrit et avec la seule spécialité avec laquelle il a été fourni. Un protocole d'utilisation doit être élaboré par le pharmacien référent en ce sens. L'identification de cet objet au nom du résident et de la spécialité concernée est essentielle. D'autre part, une attention particulière doit être portée à leur entretien. Ils doivent être nettoyés entre chaque prise et stockés dans des conditions d'hygiène favorables.

D. PROTCOLE EN CAS DE MODIFICATION DU TRAITEMENT

En cas de modification de traitement par le prescripteur, la conduite à tenir doit être adaptée au mode de préparation choisi. En effet, la procédure n'est pas la même si le pilulier est préparé par la pharmacie et livré à l'EHPAD ou si le pilulier est préparé par les infirmiers de l'EHPAD.

Le changement peut intervenir lors du renouvellement de la prescription habituelle après utilisation de l'ensemble des boites de médicaments ou de l'utilisation complète du pilulier livré. Ceci constitue la situation la plus simple dans laquelle une nouvelle molécule avec de nouvelles posologies sera dispensée par la pharmacie et stockée avec le reste du traitement dans le casier individuel du résident. Dans les cas où la pharmacie prépare les piluliers, c'est elle qui se charge de procéder à la modification.

Dans les cas où la modification du traitement intervient dans l'intervalle entre deux prescriptions habituelles, la transmission à la pharmacie dispensatrice doit s'effectuer extemporanément et dans les mêmes conditions de sécurité et de confidentialité que pour

les autres prescriptions. Il convient de retirer la ou les molécules correspondant au traitement stoppé à la fois dans les piluliers déjà en cours, mais également dans le casier individuel du patient. Le ou les médicaments nouvellement prescrits doivent être ajoutés dans le casier individuel et intégré dans le pilulier. Le pharmacien référent doit réaliser une procédure en ce sens, que cela concerne la gestion d'un ajout ou le retrait d'une molécule dans un pilulier en cours. Lorsque la pharmacie constitue le pilulier avant livraison, il convient d'établir avec elle une procédure de refabrication.

Pour garantir l'efficacité du système, le circuit doit être défini pour que chaque acteur connaisse son rôle et que leur collaboration soit organisée afin d'éviter les potentielles erreurs.

Une procédure doit également être rédigée pour la gestion des ajouts de médicaments en dehors des heures d'ouverture de la pharmacie, intervalle pendant lequel cette dernière ne sera pas en mesure de délivrer le produit. Il est alors possible d'utiliser le stock d'urgence prévu à cet effet par le médecin coordonnateur et le pharmacien référent (83). Un ajout manuel de cette sorte doit être agréé par le contrôle d'un second opérateur pour limiter les risques d'erreur.

Toute modification doit être tracée dans la fiche de traitement.

5. *DISTRIBUTION ET ADMINISTRATION*

A. GESTION DES MEDICAMENTS PAR LE RESIDENT

La plupart du temps, l'équipe soignante aide le résident dans la gestion de son traitement, il s'agit du cas le plus fréquemment rencontré en institution. Cependant, dans le cadre du maintien de l'autonomie de la personne, il peut arriver que le résident gère seul ses médicaments. Cette décision de le laisser gérer tout ou partie de son traitement est prise suite à une conciliation entre le résident, le médecin traitant, l'équipe soignante et le pharmacien référent. Les modalités de gestion sont définies au cas par cas, mais dans tous les cas, les soignants ainsi que le pharmacien doivent veiller à la bonne compréhension des traitements par le résident et assurer la qualité du stockage dans sa chambre. Il devient alors nécessaire de porter une attention particulière à la délivrance de ses traitements pour ne pas le perturber, notamment en l'informant de tout changement de présentation d'un médicament qu'il a l'habitude de prendre. Le pharmacien référent peut alors établir, en collaboration avec le résident, un plan de posologie pour lui faciliter la prise du traitement.

B. GESTION DES MEDICAMENTS PAR LE PERSONNEL

Nous rappelons que l'administration peut être effectuée soit par le personnel soignant (IDE, AS, aides médico-psychologiques), soit par les personnes chargées de l'aide à la vie courante, ce qui constitue une aide à la prise. Pour ces dernières, seule la prise est considérée. Cela ne concerne pas la distribution, l'attribution ou l'organisation des médicaments.

Dans tous les cas, une bonne administration se déroule selon la règle des « 5B ». Nous allons détailler les points sur lesquels le pharmacien référent peut intervenir pour la sécuriser (67).

« Le Bon patient »

- Vérifier l'identité du patient lors de chaque administration : reconnaissance de la personne par le soignant, présentation du patient lui-même, photographie, bracelet d'identification...
- Etablir une procédure de reconnaissance en cas d'homonymie : date de naissance systématique, signe spécifique de reconnaissance...

« Le Bon médicament »

- Lecture attentive de l'étiquette du médicament
- Savoir reconnaître les médicaments à risque d'homonymie (Annexe 8)

« La Bonne dose »

- Connaître les doses habituelles du patient et du médicament
- Double vérification du calcul de toute dose adaptée ou diluée

« La Bonne voie »

- Connaître les abréviations des voies d'administration
- Connaître les incompatibilités des voies et de médicaments
- Etablir une procédure pour l'administration des spécialités nécessitant une effraction cutanée (SC, IM, IV...)

« Le Bon moment »

- Connaître les médicaments qui ont des contraintes spécifiques d'administration
- Trouver le « bon moment du patient »

La présence d'un pharmacien référent au sein d'une institution favorise un contact individualisé et privilégié avec le patient sur la prise de ses médicaments. En effet, cela permet au patient de rencontrer le pharmacien (ce qui ne se produit généralement pas lors de l'acheminement par la pharmacie d'officine) et de pouvoir ainsi dialoguer avec lui sur ses médicaments. Ces échanges peuvent s'avérer très utiles, notamment lors de la première dispensation d'une molécule. Il s'agit, pour le pharmacien référent, d'être à la disposition des patients pour écouter et comprendre leurs difficultés, établir un dialogue ainsi qu'une relation de confiance. Le pharmacien référent peut alors dispenser des explications et des conseils sur la manière de prendre un traitement, alerter sur les effets indésirables et les risques potentiels.

Le pharmacien référent, outre sa relation avec le résident, peut encourager le questionnement des professionnels sur des problématiques liées notamment à l'administration des traitements. Cette démarche, qui permet une remise en question des pratiques professionnelles prend part à la sécurisation du médicament.

C. LA SECURISATION IDEALE DE L'ADMINISTRATION

Dans le cadre de pratiques professionnelles idéales, l'administration des traitements serait contrôlée et tracée informatiquement en temps réel. Il s'agit en effet, de vérifier à la fois, la bonne correspondance entre le médicament administré et le médicament prescrit et la bonne correspondance entre le nom du patient sur l'ordonnance et la personne physique à qui l'on administre le traitement.

D'après les propositions du rapport Verger (49), la mise en pratique se rapporterait à une prescription informatisée avec capacité du logiciel à reconnaître les génériques d'un princeps. D'autre part, le médicament serait doté d'un code barre ou d'un datamatrix reconnu par le logiciel au moment de la prise. Le personnel effectuerait l'administration à l'aide d'un outil connecté qui permettrait à la fois de reconnaître le médicament et d'identifier le patient, soit par une identification visuelle (nom, prénom, photographie), soit par une identification informatique (bracelet électronique par exemple).

Cette possibilité de traçabilité informatisée de l'administration est couplée avec l'idée de la prescription informatisée qui n'est pas encore mise en place, ni utilisable dans toutes les

structures. Nous proposons cependant de lister certains points sur lesquels il conviendrait d'être vigilant pour la mise en place d'une telle administration :

- La reconnaissance de chaque médicament marqué par un code barre ou un datamatrix reconnu par un logiciel au moment de la prise pose la question du déconditionnement des traitements pour la préparation des piluliers. En effet, si les formes galéniques sont sorties de leur conditionnement à l'avance, il devient impossible pour le logiciel de les reconnaître. Une PDA informatisée pourrait résoudre ce problème à condition que celle-ci soit performante et reliée entre les professionnels qui réalisent la PDA (pharmacie, EHPAD,...) et les professionnels qui effectuent l'administration.
- La vérification de chaque molécule de manière informatique avant administration nécessite la présence de matériel et de manipulation informatique. Dans le cas d'administration d'une ordonnance comportant une dizaine de lignes, la procédure est chronophage et empiète sur le temps relationnel de l'infirmier avec le résident.
- L'utilisation d'un objet connecté pose la question des problèmes des coûts de fourniture, de formation du personnel, du rangement et de la surveillance d'un tel matériel. Il faut également établir des procédures en cas de vol, panne et maintenance qui peuvent augmenter le temps passé par le personnel soignant à gérer ces désagréments.
- La possibilité de mettre un bracelet électronique au patient entraîne la question de la restriction de liberté du patient ainsi que de la perte ou de la casse du bracelet.

Le pharmacien référent peut devenir un acteur pro-actif de la mise en place de ce protocole innovant pour guider les soignants dans l'adaptation des pratiques face à ces changements.

6. SURVEILLANCE THERAPEUTIQUE

A. ENREGISTREMENT DE L'ADMINISTRATION

Dans les EHPAD sans PUI, il n'existe pas de réglementation spécifique pour l'enregistrement de l'administration des médicaments. Cependant, tous les référentiels et grilles d'autoévaluation émis par les sociétés savantes concernant la gestion du circuit du médicament encouragent la pratique de la traçabilité de l'administration en temps réel.

Ainsi, dans le cadre du suivi thérapeutique, des éléments minimum d'information sur les médicaments administrés doivent pouvoir être retrouvés. Il s'agit, pour chaque résident, de ses nom et prénom, de la date et de l'heure d'administration, de la molécule concernée, de l'identité du personnel ayant administré, mais également de tout incident d'administration rencontré (non prise du traitement par exemple).

Il s'agit de standardiser cet enregistrement à tous les patients pour toutes les administrations. Ce document de traçabilité doit être relié à celui de la prescription pour coordonner les informations.

B. LA SURVEILLANCE THERAPEUTIQUE

Elle est fondée sur l'observation clinique et l'analyse des paramètres biologiques afin de déceler tout signe potentiellement révélateur d'une anomalie. Elle permet également de s'assurer de l'efficacité thérapeutique du médicament prescrit. Elle peut être réalisée par le médecin, l'infirmier et le pharmacien référent.

Cette surveillance est indispensable pour amener les professionnels à réagir face à tout évènement anormal, même mineur, pouvant avoir des conséquences pour le résident. Elle peut, en effet, conduire à la réévaluation d'un traitement. Il convient que le pharmacien référent sensibilise les soignants au fait que tout symptôme clinique peut être l'expression d'un effet indésirable médicamenteux et de toujours penser aux médicaments en cas d'altération rapide et inexplicée de l'état clinique d'un résident. La surveillance thérapeutique a pour but d'observer les effets du médicament sur les symptômes, ainsi que de déceler les effets indésirables potentiels. Le pharmacien référent peut établir un protocole et mettre en place des mesures organisationnelles pour assurer la traçabilité des mesures prises et la gestion des conséquences sur le résident.

C. LA PHARMACOVIGILANCE ET LA GESTION DES RISQUES

La pharmacovigilance a pour objet la surveillance, l'évaluation, la prévention et la gestion du risque d'effet indésirable résultant de l'utilisation des médicaments et produits mentionnés à l'article L. 5121-1 du CSP (141).

Légalement, les médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes et pharmaciens sont dans l'obligation de déclarer au centre régional de pharmacovigilance tout effet indésirable grave dont ils auraient connaissance. Les autres professionnels de santé, infirmiers et aides-soignants ont seulement la possibilité de le faire (142). Pour ce qui est des EHPAD, ce sont donc le médecin coordonnateur et le pharmacien référent qui sont en charge de ce type de déclarations auprès du centre régional.

Pour ce faire, il importe de mettre en place un protocole et des fiches de déclaration d'évènements indésirables graves en interne. Il incombe, avant tout, au pharmacien en lien avec le médecin coordonnateur, de sensibiliser toutes les équipes à l'importance de connaître, repérer et déclarer tous les effets indésirables.

Le pharmacien référent se chargerait ensuite de le déclarer officiellement au centre régional de pharmacovigilance via le portail de signalement (143) ainsi qu'au médecin traitant et à l'ensemble des professionnels de santé.

Outre les déclarations externes pré-citées, le pharmacien se doit de signaler au prescripteur des effets indésirables potentiels, des contre-indications, des interactions médicamenteuses qu'il aurait repérés lors d'analyses d'ordonnances ou lors de visites auprès des résidents. Cela inclut aussi un signalement qui lui aurait été transmis par un infirmier, un aide-soignant ou un résident lui-même.

De plus, la surveillance des alertes sanitaires concernant les médicaments et les retraits de lots de médicaments entre dans le champ de compétences du pharmacien référent. En effet, dans une structure sans PUI, les alertes ne peuvent provenir que des pharmacies d'officine qui vérifient leurs stocks mais ne pensent pas toujours à alerter sur les médicaments déjà délivrés. En conséquence, tout médicament dispensé en EHPAD peut perdre sa capacité à être repéré en cas de rappel ou de retrait de lot. C'est à cette étape que le pharmacien référent peut exercer son rôle en diffusant de toute alerte dont il aurait connaissance. En effet, de par son rôle dans une officine, il aura connaissance de toutes les alertes par le logiciel professionnel. En relation avec le médecin coordonnateur, il peut alors permettre la mise en place de procédures et l'organisation des retraits de lots au sein de l'EHPAD.

Le partage des informations importantes concernant un résident entre les différents professionnels de santé intervenants auprès de lui, est garant de la qualité et de la sécurité de sa prise en charge. Cela peut être réalisé par la création d'un « comité de suivi thérapeutique » regroupant différents corps de métiers.

Le circuit du médicament en EHPAD, parce qu'il est un processus de soins pluri-professionnel, est au cœur des enjeux financiers et de sécurité des résidents. La sécurisation de ce circuit nécessite une adhésion et une participation de tous les acteurs avec l'obligation de s'interroger sur des pratiques encore cloisonnées. Il importe donc de porter un regard transversal sur l'organisation de ce circuit afin d'en identifier les points de vigilance et de mettre en place, dans le cadre d'une réflexion collective, des plans d'amélioration. Le pharmacien référent, parce qu'expert du médicament, peut participer activement dans la réponse à porter à cette obligation de qualité, de sécurité et d'efficacité.

IV. INTEGRATION DU PHARMACIEN AU SEIN DE L'EHPAD

D'une manière générale, les EHPAD sont engagés dans une démarche de décloisonnement de leur activité afin de concilier les réalités économiques et les enjeux de qualité et de sécurité de la prise en charge des résidents. Il est majeur de déterminer les modalités de collaboration avec les intervenants médicaux et paramédicaux libéraux. En effet, les processus de prise en charge globale des résidents relèvent de disciplines et de compétences intriquées dont il faut sécuriser les interfaces. Dans cet esprit, la place du pharmacien référent doit se situer à un niveau de participation plus large que le seul circuit du médicament. Nous abordons ci-dessous trois champs possibles d'intervention du pharmacien référent dans une logique de coopération tant avec les professionnels des structures qu'avec les acteurs libéraux.

1. *INSCRIPTION DANS LE PROJET D'ETABLISSEMENT*

A. MEMBRE DE LA COMMISSION DE COORDINATION GERIATRIQUE

Conformément à l'article D. 312-158 du CASF (71) relatif aux missions du médecin coordonnateur, les EHPAD doivent réunir la commission de coordination gériatrique (CCG) au minimum deux fois par an. La CCG est une des mesures issues du rapport « *13 Mesures pour une meilleure prise en soin des résidents en EHPAD : missions, valorisation du métier de médecin coordonnateur et relations des EHPAD avec les professionnels libéraux, en vue d'améliorer la qualité de la prise en charge des résidents* » de décembre 2009 (144). La mesure 3 de ce rapport préconise « *la création d'une CCG au sein de l'EHPAD, présidée par le médecin coordonnateur* ».

La commission de coordination gériatrique, présidée par le médecin coordonnateur, réunit l'ensemble des corps de métiers salariés et libéraux de l'établissement ainsi qu'un représentant du conseil de la vie sociale de l'établissement. Le pharmacien référent, lorsqu'il existe, a donc une place légitime lors de cette réunion.

Cette commission est consultée sur de multiples sujets tels que le projet de soins de l'établissement, la politique du médicament, le rapport annuel d'activité médicale, la politique de formation des professionnels ou l'inscription de l'établissement dans un partenariat avec les structures sanitaires et médico-sociales

Dans une enquête réalisée par l'ANESM (Agence Nationale de l'Evaluation et de la qualité des établissements Sociaux et Médico-sociaux) en 2017 (145), la politique du médicament est abordée dans 83% des CCG, les enjeux concernant le médicament sont donc majeurs et justifient de la place qui peut être allouée au pharmacien référent.

Le rôle spécifique du pharmacien référent dans la politique du médicament de l'EHPAD nécessite notamment d'être validé en vue d'instaurer un esprit d'équipe et une dynamique de collaboration entre lui et les autres professionnels. En effet, disposant d'une vision globale du circuit du médicament, il est le lien entre les prescripteurs et les pharmaciens d'officine.

Les réunions de cette commission sont l'occasion de partages d'expérience sur des problèmes de coordination dans la prise en soins d'un résident, sur des besoins de sensibilisation (médicaments, contention, procédure face à une épidémie), mais aussi sur la validation de documents, notamment la liste des médicaments à utiliser préférentiellement, de procédures ou protocoles mettant en jeu une pluridisciplinarité.

Cette commission a donc vocation à être un lieu d'échanges et de réflexion partagés entre les professionnels salariés et libéraux, dont les médecins traitants, au bénéfice de la qualité de l'accompagnement des résidents au sein de chaque établissement. Cet échange est d'autant plus indispensable au regard de l'évolution de la population accueillie en EHPAD. Les résidents sont de plus en plus âgés et de plus en plus dépendants. Cette évolution impacte sur les besoins en soins et en accompagnement au sein de ces établissements. Pour autant, 6 ans après la parution de l'arrêté du 5 septembre 2011 (146), les CCG peinent à se mettre en place.

B. PARTICIPATION A L'ELABORATION DES PROJETS DE VIE PERSONNALISES

Les objectifs définis dans les projets de vie personnalisés des résidents constituent le socle de leur prise en charge globale au sein des EHPAD. La démarche d'élaboration de cet outil de pilotage de la prise en soins du résident prend en compte les besoins des résidents sur le plan tant physique, que psychique.

La polymédication des résidents peut justifier à elle seule de la présence du pharmacien référent à la démarche d'élaboration des projets de vie personnalisés des résidents. En effet, outre les capacités du résident, ses besoins et ses attentes, doivent être recherchées les mesures à mettre en œuvre pour améliorer sa qualité de vie. L'expertise du pharmacien référent dans le domaine du médicament doit pouvoir porter un éclairage sur certains

troubles du résident. En effet, dans le cadre de l'évaluation de la situation de chaque personne, doivent être recherchées les causes, souvent non évidentes, de l'apparition de certains symptômes comme les chutes plus fréquentes, une fatigue inexplicée, une agressivité ou un repli sur soi. Ces troubles doivent être analysés en lien avec ses thérapeutiques.

D'autre part, l'évaluation de la capacité du résident à gérer ses traitements, les raisons d'une potentielle non adhésion au traitement ou un refus de prendre ses médicaments sont des situations qui relèvent d'une analyse pluridisciplinaire dont le pharmacien est un acteur légitime.

Enfin, son rôle d'acteur de santé publique dans le conseil et la prévention en santé est un atout majeur pour favoriser une prise en charge non médicamenteuse à chaque fois que cela est possible.

C. PARTICIPATION A LA DEMARCHE QUALITE ET GESTION DES RISQUES EN EHPAD

Démarche qualité, gestion des risques et évaluation des pratiques professionnelles constituent des approches complémentaires et souvent imbriquées. Elles ont pour objectif la maîtrise simultanée de plusieurs aspects de la délivrance des soins, tels que la sécurité, l'accessibilité, l'acceptabilité, le caractère approprié, la continuité, la délivrance au bon moment, l'efficacité ainsi que l'efficience.

Par ailleurs, le risque fait partie de toute activité humaine, *a fortiori* dans un domaine complexe et en constante évolution comme celui de la prise en charge de la personne âgée en EHPAD. Pour faire face à la polypathologie et à la dépendance, les professionnels de santé mettent en œuvre des soins préventifs et curatifs dont l'objectif est d'apporter un bénéfice aux résidents. Cependant, ces actions et les organisations qui en découlent peuvent avoir des conséquences négatives correspondants à des risques insuffisamment maîtrisés. La démarche de gestion des risques qu'engagent les établissements vise à les réduire jusqu'à un niveau jugé acceptable par la mise en œuvre d'actions d'amélioration.

Nous l'avons vu, le circuit du médicament est un des processus présentant une multitude de risques pour le résident, étant donné les interactions entre les différents professionnels, mais également le risque généré par le médicament lui-même.

La prise en compte et la gestion de ces risques passent par une démarche structurée qui pourrait être pilotée par le pharmacien référent et intégrée dans la démarche de gestion des risques globale de l'établissement. Toutefois, pour que cette dynamique soit efficace, elle impose nécessairement une approche intégrée comprenant le développement d'une culture positive de l'erreur, la communication, la formation qui constituent des leviers essentiels. Cette démarche comporte quatre étapes essentielles :

Repérer et identifier les risques dans le circuit du médicament. La méthode consiste à cartographier les défaillances susceptibles d'intervenir aux différentes étapes du processus. Les agences nationales et réseaux qualité mettent à disposition des outils de ce type, tel Interdiag (66) par exemple. Ce travail doit être réalisé par un groupe pluriprofessionnel afin de porter un regard le plus objectif possible sur le circuit.

Analyser ces risques, c'est à dire les évaluer pour en déterminer les causes et les conséquences.

Traiter les risques jugés non acceptables, c'est à dire imaginer les solutions susceptibles d'empêcher la survenue des événements indésirables redoutés ou à défaut d'en limiter les conséquences.

Assurer le suivi et l'évaluation de la démarche et mettre en place un retour d'expérience, c'est-à-dire un partage entre professionnels des actions retenues dans le cadre de l'amélioration de la sécurisation du circuit du médicament. Pour être efficace, cette démarche de gestion des risques doit être intégrée au quotidien dans la gestion de la structure.

L'élaboration de ce plan d'actions peut constituer pour le pharmacien référent une feuille de route pour la mise en œuvre d'interventions ciblées dans la démarche de sécurisation du circuit du médicament. En effet, son action au travers de l'élaboration de procédures, de la mise en œuvre d'audits, de la réalisation d'évaluations des pratiques professionnelles, de la dispensation de formations à destination des professionnels de l'EHPAD doivent contribuer à développer une culture sécurité.

2. **INSCRIPTION DANS UNE DEMARCHE DE PREVENTION**

A. **L'EDUCATION THERAPEUTIQUE**

L'éducation thérapeutique (ETP) n'est pas une discipline récente. Nous avons retenu la définition publiée dans la traduction française du rapport de l'OMS-Europe en 1998 (147). L'ETP « *vise à aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique. Elle fait partie intégrante et de façon permanente de la prise en charge du patient. Elle comprend des activités organisées, y compris un soutien psychosocial, conçues pour rendre les patients conscients et informés de leur maladie, des soins, de l'organisation et des procédures hospitalières, et des comportements liés à la santé et à la maladie. Ceci a pour but de les aider (ainsi que leurs familles) à comprendre leur maladie et leur traitement, collaborer ensemble et assumer leurs responsabilités dans leur propre prise en charge, dans le but de les aider à maintenir et améliorer leur qualité de vie. »*

L'ETP peut être proposée à tout patient souffrant d'une maladie chronique, quel que soit son âge et sa situation, mais également à son entourage incluant les parents, les enfants, les personnes de confiance, les aidants, les amis, etc... Il s'agit de toute personne qui pourrait avoir besoin d'acquérir des compétences pour la gestion de la maladie du patient, sous réserve de l'accord de ce dernier.

Le pharmacien référent peut proposer et guider un résident ou l'un de ses proches vers une stratégie d'éducation thérapeutique. Cependant, la réalisation de l'ETP nécessite d'avoir été formé et l'intégration dans une équipe composée de professionnels avec des compétences diverses.

La démarche se compose de quatre étapes (148):

- La première est l'identification des besoins du résident concernant sa maladie
- La deuxième consiste à étudier, avec le patient, les compétences à acquérir pour la gestion de sa maladie et à négocier avec lui les priorités pour établir un programme d'ETP
- La troisième étape consiste à choisir les contenus des différentes séances d'ETP : les sujets à aborder, les techniques à apprendre, l'intégration des proches
- Enfin la dernière étape est celle de l'évaluation des compétences acquises par le résident et les changements mis en œuvre dans sa vie quotidienne

L'éducation thérapeutique ne se résume donc pas à la délivrance d'une information sur un support. Il est nécessaire de placer le patient au centre du dispositif, de passer du temps avec lui pour le comprendre. Le professionnel n'est là qu'en tant qu'accompagnant. Le patient doit prendre les décisions et chercher des solutions. Le but est de guider sa réflexion à chaque étape du programme.

L'intégralité du programme d'ETP doit être tracé pour suivre les évolutions. Cela inclut donc l'éducation thérapeutique dans la liste des missions qui pourraient donner accès à une rémunération fixe pour le pharmacien référent. Cependant, les séances doivent être fluides et spontanées et ne peuvent se résumer au remplissage d'un document. Il s'agit là d'une compétence relationnelle que doit acquérir le professionnel de santé. En effet, il est nécessaire d'étudier et de connaître le dossier du patient en amont des séances pour pouvoir interagir avec lui plus facilement.

Dans une dynamique de maintien de l'autonomie des résidents, il apparaît opportun de leur proposer des démarches d'ETP. Pour autant, il faudra tenir compte de leurs déficits qu'ils soient visuels, auditifs ou cognitifs.

B. LA VACCINATION

La vaccination est un procédé qui consiste en l'administration d'une suspension de micro-organismes inactivés ou atténués dans le but de provoquer l'immunité en stimulant la production d'anticorps (149).

Dans le cas qui nous concerne, la vaccination chez la personne âgée peut induire plusieurs activités pour le pharmacien référent. En effet, le pharmacien peut, dans un premier temps, effectuer le suivi du calendrier vaccinal des résidents de l'EHPAD. Cela passe d'une part, par la recherche des anciennes vaccinations et par la création d'un carnet de vaccination électronique. Dans un second temps, il peut participer à la sensibilisation des professionnels concernant la vaccination contre la grippe saisonnière.

En effet, le risque épidémique en EHPAD est important. La forte promiscuité des résidents et des personnels par la fréquence des contacts et des soins ou la présence de visiteurs, associée à la fragilité de cette population, favorise la propagation rapide des épidémies.

Dans ce contexte, des dispositifs de surveillance doivent être mis en place pour permettre l'identification précoce des épisodes épidémiques, promouvoir l'application immédiate des mesures de contrôle et signaler les cas.

a. RECOMMANDATIONS VACCINALES CHEZ LA PERSONNE AGÉE

Nous allons présenter ici les recommandations vaccinales actuelles pour les personnes âgées de plus de 65 ans (figure 4). Ces recommandations concernent les vaccins pour des pathologies qui présentent un risque important pour cette population dont le système immunitaire est moins efficace et qui sont donc devenues fragiles. Du fait de leur gravité et de leur risque pour la collectivité, les pathologies respiratoires y occupent une place prédominante.

Vaccins	Schéma vaccinal
Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite	Vaccination obligatoire Rappel à 65, 75, 85 ans
Grippe	1 dose annuelle
Zona	1 dose unique Recommandé chez les adultes âgés de 65 à 74 ans révolus Vaccin vivant atténué contre-indiqué chez les personnes immunodéprimées
Pneumocoque	Chez les adultes à risque élevé d'infection invasive à pneumocoque <ul style="list-style-type: none"> → Si non vaccinés antérieurement : 1 dose de VPC13 puis 1 dose de VP23 huit semaines plus tard → Si vaccinés depuis plus d'un an avec VP23 : 1 dose de VPC13 puis 1 dose de VP23 cinq ans après le dernier VP23 → Si déjà vaccinés avec le schéma VPC13-VP23 : 1 dose de VP23 cinq ans après le dernier VP23
Coqueluche acellulaire (ca)	1 dose de dTcaPolio tous les 10 ans (Attention : Délai minimal d'un mois entre 1 dose de dTPolio et 1 dose de dTcaPolio)
Hépatite A	Pour les personnes exposées à un risque : <ul style="list-style-type: none"> → 2 doses à 0 et 6 mois d'intervalle → Si la personne est née avant 1945, recherche d'anticorps témoins d'une immunité ancienne avec une sérologie

FIGURE 4 : RECOMMANDATIONS VACCINALES CHEZ LA PERSONNE AGÉE DE PLUS DE 65 ANS (151)

b. SURVEILLANCE PAR LE PHARMACIEN DE LA MISE A JOUR DU CALENDRIER VACCINAL CHEZ LES PERSONNES AGEES EN EHPAD : CARNET DE VACCINATION ELECTRONIQUE

Les personnes âgées possèdent souvent un carnet de santé avec une liste de vaccins qui n'est pas à jour. En effet, lorsqu'ils ne l'ont pas égaré, le carnet est rarement présenté au médecin qui ne peut pas le compléter.

Dans l'objectif d'améliorer le suivi de la vaccination chez la personne âgée, le pharmacien référent pourrait, avec le consentement du patient, ouvrir pour lui un carnet de vaccination électronique et répertorier l'ensemble des vaccinations dispensées et identifier le besoin de rappels. (150). L'objectif, in fine, est de protéger cette population face au risque d'infection pour éviter des hospitalisations, néfastes pour elle ou une dégradation de l'état pathologique en lien avec les multiples comorbidités.

Toutefois, la création d'un carnet de vaccination peut être un travail long et fastidieux qui peut représenter un frein pour le pharmacien référent.

Dans un premier temps, il s'agit de répertorier les vaccins reçus par le patient et les dates des injections. Le pharmacien peut consulter le Dossier Pharmaceutique (DP) et le Dossier Médical Partagé lorsqu'ils existent. Accessible uniquement avec la carte vitale du patient, le DP garde en mémoire les dispensations de vaccins pendant 21 ans. La figure 5 illustre les étapes de la création d'un CVE.

PHASE INITIALE		
<i>Création des CVE</i>		
1	<u>Répertorier les vaccinations reçues par le patient</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Aller voir le <i>patient</i> : Demande du carnet de santé, du carnet de vaccination, autre document • Rencontrer <i>la famille</i> : Demande du carnet de santé, du carnet de vaccination, autre document • Récupérer <i>la carte vitale</i> : Consultation du DP ou du DMP
2	<u>Créer le CVE</u>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Procédure</i> de création du CVE sur mesvaccins.net (avec document d'accord du patient) • Remise au patient de <i>ses codes et du code partage</i>
3	<u>Information des médecins</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Note de service, procédure • Mise à disposition des codes de partage

FIGURE 5 : ETAPES DE LA CREATION D'UN CVE

La récolte de ces informations peut s'avérer répétitive et compliquée pour certains patients. Nous proposons donc à un pharmacien référent qui souhaiterait s'investir dans cette mission de créer les carnets de vaccination électroniques selon un échéancier qui peut durer plusieurs mois. Par exemple, avec l'ouverture de deux carnets de vaccination par mois. Cependant, à terme, l'ouverture du CVE devrait devenir systématique à chaque entrée de résident dans l'établissement (Figure 6).

SUR LE LONG TERME		
1	<u>Création systématique du CVE pour chaque nouvelle entrée de patient</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Demander au <i>patient</i> : Carnet de santé, carnet de vaccination, autre document • Demander à la <i>famille</i> : Carnet de santé, carnet de vaccination, autre document • Consulter le DP ou le DMP sur <i>la carte vitale</i>
2	<u>Alimentation du CVE lors de chaque vaccination</u>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Document interne à l'établissement</i> sur lequel les médecins notent les vaccinations effectuées et le remplissage ou non du CVE • Si le médecin n'a pas rempli le CVE, le pharmacien s'en chargera • <i>Mise à disposition des codes de partage</i> et de la procédure de remplissage du CVE • Information des infirmiers qui surveilleront aussi le remplissage du document
3	<u>En cas de décès du patient</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Clôture du CVE

FIGURE 6 : GESTION DES CVE SUR LE LONG TERME

c. VACCINATION CONTRE LA GRIPPE PAR LE PHARMACIEN

Historique

Dans les années 1930, l'américain Jonas Salk met au point le premier vaccin contre la grippe grâce à des virus atténués cultivés sur un liquide purifié issu d'œuf de poule. Ce vaccin sera utilisé pour protéger les soldats américains combattant en Europe à la fin de la Seconde Guerre mondiale (155).

Aujourd'hui, le vaccin contre la grippe saisonnière est composé de 2 souches de type A et 2 souches de type B pour l'hémisphère Nord. Cette composition est revue chaque année et publiée en février pour la campagne suivante en raison de la variabilité et de la capacité

importante de mutation du virus (156). Ainsi, malgré un degré d'incertitude quant à l'efficacité du vaccin sur le virus de l'année, la vaccination contre la grippe génère malgré tout une protection qui permet d'atténuer les conséquences de la grippe et diminuer les complications pour les populations fragiles.

En effet, chaque année, entre 1 et 6 millions de personnes contractent la grippe en France (157). Pendant la saison 2017-2018, 12 982 décès ont été attribués à la grippe saisonnière dont 85% chez les personnes de 75 ans et plus (158).

D'autre part, entre le 1er novembre 2018 (début de la saison épidémique 2018-2019) et le 20 mars 2019, 1833 patients ont été admis en réanimation avec des formes sévères dont 52% étaient des patients âgés de 65 ans et plus dont seulement 36% d'entre eux étaient vaccinés (159). Cela montre l'importance du maintien voire de l'augmentation de la couverture vaccinale pour diminuer ces chiffres.

Expérimentation de la vaccination contre la grippe par le pharmacien d'officine

Alors que les objectifs de santé publique sont fixés à 75% pour la population à risque, la couverture vaccinale contre la grippe saisonnière en France reste en dessous de 50%. Afin d'augmenter la proportion de personnes vaccinées et d'atteindre l'objectif, l'article 66 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2017 (160) pose le cadre d'une expérimentation de vaccination contre la grippe saisonnière par les pharmaciens d'officine.

L'expérimentation était limitée à quatre régions : l'Auvergne Rhône-Alpes et la Nouvelle Aquitaine pour la campagne 2017-2018 puis les Hauts-de-France et l'Occitanie ont été rajoutés pour la campagne 2018-2019. Seuls les pharmaciens d'officine inscrits à l'Ordre (titulaires ou adjoints) et volontaires peuvent se former pour la vaccination dans l'établissement dans lequel ils exercent (161) (162) (160).

L'expérimentation concernait à la base une petite proportion d'individus ciblée par des recommandations vaccinales. Le pharmacien ne pouvait donc pas vacciner tous les demandeurs. Lors de la campagne 2018-2019, la liste de la population cible a été élargie aux primo-vaccinants, aux personnes immuno-déprimées ainsi qu'à celles présentant des troubles de la coagulation.

Pour la campagne 2019-2020, devant le succès de l'expérimentation, la Ministre de la santé a décidé de généraliser la vaccination antigrippale à l'ensemble de la France. Ainsi, tous les pharmaciens formés peuvent vacciner les personnes majeures visées par les

recommandations vaccinales : les personnes âgées de 65 ans et plus, les personnes à risque de grippe sévère ou compliquée comme les femmes enceintes, les personnes atteintes de certaines pathologies (affections broncho-pulmonaires chroniques, insuffisances cardiaques graves, diabète, ...). Sont exclues du dispositif les personnes présentant des antécédents de réaction allergique sévère à l'ovalbumine ou à une vaccination antérieure (163).

Evolution vers une vaccination des résidents par le pharmacien référent ?

Les personnes âgées étant particulièrement sensibles au virus de la grippe, cela peut rapidement entraîner chez elles des complications respiratoires graves nécessitant une hospitalisation. Dans l'objectif de réduire ce nombre de complications, le pharmacien référent pourrait effectuer systématiquement la vaccination contre la grippe saisonnière de tous les résidents de l'EHPAD pour laquelle il est référent, sous réserve que ces derniers aient donné leur accord. Cela constituerait une mesure de prévention des risques qui pourrait s'inscrire dans sa mission de référent.

Cependant, même si la population que représentent les résidents des EHPAD entre dans le cadre réglementaire de la vaccination par le pharmacien, celui-ci ne peut, à ce jour, pas les vacciner. En effet, dans le décret d'application, seule la pharmacie d'officine dans laquelle le pharmacien exerce est citée (164). Dans l'hypothèse d'une évolution de la réglementation, il serait nécessaire de s'assurer que les locaux dans lesquels le pharmacien vaccinerait soient adaptés.

L'espace de confidentialité pour réaliser l'entretien préalable et l'injection pourrait, si les textes évoluent, être remplacé par la chambre du résident dans laquelle il sera nécessaire de trouver un endroit pour l'injection (table, chaise, lit) ainsi qu'un point d'eau pour le lavage des mains.

D'autre part, l'EHPAD doit posséder :

- Une enceinte réfrigérée pour le stockage des vaccins
- Le matériel nécessaire pour l'injection
- Une trousse de première urgence
- Le nécessaire pour éliminer les déchets d'activité à risque infectieux (DASRI)

Le pharmacien devrait enregistrer dans le dossier patient toutes les informations administratives sur le vaccin qu'il administre. Il devrait également remplir le carnet de santé, le carnet de vaccination ou le dossier médicale partagé (s'il existe) de la personne vaccinée.

Un honoraire de vaccination a, été créé par arrêté du 2 septembre 2019 (165) portant approbation de l'avenant n°16 à la convention nationale. La facturation du vaccin antigrippal est alors réalisable directement à l'assurance maladie, via l'honoraire de vaccination dont le code acte est VGP (Vaccination Grippe par le Pharmacien) et la présentation d'un bon de prise en charge. Ainsi, avec l'évolution des textes, l'acte de vaccination représente un élément quantifiable et mesurable qui peut apparaître dans la liste des missions rémunérées pour le pharmacien référent.

d. VACCINATION DU PERSONNEL CONTRE LA GRIPPE

Les professionnels de santé présentent un risque accru de contracter une infection et de la transmettre. Ainsi, lorsque l'infection peut être prévenue par un vaccin, la vaccination du professionnel de santé est justifiée afin de le protéger mais aussi de protéger le résident, sujet particulièrement fragile.

Le décret n°2006-1260 du 14 octobre 2006 (166) a suspendu l'obligation vaccinale contre la grippe prévue à l'article L. 3111-4 du CSP (167) pour les professionnels de santé, à la suite de l'avis de HCSP du 19 mai 2006 recommandant cette suspension (168). Même si le risque épidémique en EHPAD est élevé, les professionnels de santé sont donc libres d'intégrer ou non ce dispositif de prévention. Malgré les campagnes de sensibilisation à la vaccination émises depuis deux ans par le ministère de la santé, seuls 24% des professionnels sont vaccinés contre la grippe contre 70% des résidents.

Pourtant, les professionnels de santé décrivent des arguments en faveur de la vaccination :

La protection des autres avec une perception altruiste pour éviter la transmission aux patients, aux résidents, à la famille, à un proche à risque. Il s'agit là d'une perception émergente depuis quelques années

- Une prise de conscience de la sévérité de la maladie
- Une conscience professionnelle, une lutte contre l'absentéisme au cœur de l'épidémie, au moment où les collègues et les malades ont le plus besoin des professionnels de santé
- Pour suivre les recommandations officielles

Des études ont montré que les stratégies vaccinales pour les professionnels de santé sont hétérogènes en Europe et dans le monde. Cette hétérogénéité contribue probablement à une hésitation à la vaccination. Une harmonisation des recommandations pourrait être bénéfique. Ainsi, une action commune a été lancée par l'Union Européenne pendant trois ans (août 2018-juillet 2021) et est pilotée par la France (169). L'objectif est de créer une plateforme numérique commune pour partager des outils permettant de renforcer les réponses nationales aux défis de la vaccination et de favoriser une coopération européenne durable contre les maladies évitables par la vaccination.

Ainsi, le pharmacien référent pourrait s'inscrire dans ces stratégies de sensibilisation en encourageant les autres professionnels de santé à se faire vacciner ainsi qu'en s'assurant de la mise en place des mesures de prévention contre la grippe.

C. LES TROD (TESTS RAPIDES D'ORIENTATION DIAGNOSTIQUE)

Le plan national 2011-2016 d'alerte sur les antibiotiques a pour objectif de préserver leur efficacité. Il préconise notamment l'utilisation par les professionnels de santé du test oropharyngé d'orientation diagnostique des angines à streptocoque du groupe A (TROD angine) et du test nasopharyngé d'orientation diagnostique de la grippe (TROD grippe). En effet, il s'agit de réduire les risques infectieux chez les patients tout au long du parcours de soins, par la détection du type de micro-organisme (bactérie ou virus) à l'origine de la maladie et par l'instauration de mesures cliniques adaptées au résultat obtenu. Ces tests contribuent ainsi au bon usage des antibiotiques car ils permettent d'éviter la mise en place d'un traitement antibiotique lorsque celui-ci n'est pas nécessaire (infection virale).

L'article L. 6211-3 du CSP précise que : « ne constitue pas un examen de biologie médicale un test, un recueil et un traitement de signaux biologiques, à visée de dépistage, d'orientation diagnostique ou d'adaptation thérapeutique immédiate » (170). Ces tests ne sont donc pas des examens de biologie médicale et leur réglementation est fondée en premier lieu sur une limitation du périmètre qui en précise la liste exhaustive et limitative. Cette limitation détermine également les catégories de personnes qui peuvent réaliser ces tests, recueil et traitements de signaux biologiques ainsi que leurs indications cliniques restrictives.

Ainsi, par l'arrêté du 1er août 2016 (171), les pharmaciens d'officine sont autorisés à réaliser 3 sortes de tests :

- Test capillaire d'évaluation de la glycémie dans le cadre des campagnes de prévention
- Test oropharyngé d'orientation diagnostique des angines à streptocoque du groupe A
- Test nasopharyngé d'orientation diagnostique de la grippe

Cependant, de la même manière que pour la réglementation concernant la vaccination, une notion de lieu est mentionnée pour la pratique des TROD par le pharmacien. Les TROD doivent en effet être effectués « dans un espace de confidentialité ».

Ainsi, à l'inverse de la vaccination, nous pouvons penser que cette notion sous entend que l'existence d'un tel espace dans l'enceinte de l'EHPAD autorise le pharmacien à y réaliser les TROD.

a. TROD GRIPPE

Le pharmacien référent participe à l'élaboration de la campagne de lutte contre la grippe annuelle, dans l'intérêt des résidents, du personnel soignant et non soignant, des familles et des intervenants extérieurs.

Au cours de la période hivernale 2018-2019 (du 1er janvier au 1er avril 2019), l'ARS Nouvelle-Aquitaine a mené une expérimentation sur l'utilisation des TROD Grippe auprès de 379 EHPAD volontaires de la région Nouvelle-Aquitaine. Il s'agit pour l'ARS de prévenir les épidémies et d'éviter les hospitalisations des personnes âgées. Pour cela, dans le cadre de l'expérimentation, l'ARS a alloué un budget de 200 euros aux EHPAD s'inscrivant dans cette démarche volontaire, pour l'achat de dispositifs TROD grippe.

L'objectif est de permettre aux EHPAD de diagnostiquer de façon rapide et fiable la grippe chez les résidents présentant des symptômes d'infection respiratoire aiguë. En effet, la réalisation du test sur place permet d'obtenir des résultats immédiats et de compléter les précautions déjà mises en place (prévention vaccinale des résidents et des professionnels, mesures d'hygiène standard ; mesures barrières autour des cas...) pour éviter la diffusion et la transmission du virus et donc la survenue d'une épidémie.

En effet, les résidents en EHPAD sont particulièrement vulnérables vis à vis de la grippe, et le mode d'hébergement collectif rend difficile la gestion du risque épidémique lié à ce virus. L'utilisation précoce des TROD pour dépister les virus grippaux aide à réduire l'incertitude

clinique, favorise la mise en place des mesures de contrôle adaptées, oriente la décision d'utiliser ou non des antibiotiques ou des antiviraux, ou de poursuivre ou non des investigations.

Dans son instruction du 8 janvier 2016 (172) relative aux mesures de prévention et de contrôle de la grippe saisonnière, la Direction Générale de la Santé recommande l'utilisation des TROD en EHPAD. Il est essentiel de réaliser les tests dès les tous premiers symptômes (dans les 48 premières heures). Ainsi, lors de cas groupés, il est indiqué de réaliser ces examens dès le 2ème cas suspect et sur les résidents présentant les symptômes les plus récents. En effet, le TROD est une méthode de détection rapide de la protéine NP de la nucléocapside du virus par immuno chromatographie qui permet un résultat rapide en moins de 20 minutes au lit du malade. Cependant, ces tests ne sont indiqués qu'en collectivités en périodes épidémiques : ils ne présentent aucun intérêt en dehors de ces indications (172).

Les résultats de l'expérimentation TROD 2018-2019 sont encourageants (Annexe 9). En effet, près de la moitié des EHPAD ont utilisé les TROD grippe qu'elles avaient achetés. Dans 95% d'entre elles, un test s'est révélé positif dès le premier épisode grippal.

Aussi, l'ARS Nouvelle Aquitaine a décidé, pour la saison hivernale 2019-2020, de généraliser le dispositif incitatif et de l'étendre à l'ensemble des EHPAD de la région. Le principe reste le même avec un budget de 200 euros alloué pour chaque EHPAD dans le cadre de l'achat de TROD grippe.

b. TROD ANGINE

10% des prescriptions d'antibiotiques correspondent à un traitement pour angine alors que 80% des angines sont dues à des virus, et ne nécessitent donc pas d'antibiotiques (151).

Un TROD permettant de différencier rapidement et efficacement les angines virales des angines bactériennes existe. Ces tests, autorisés initialement par l'arrêté du 11 juin 2013, puis annulés pour les pharmaciens le 8 avril 2015, ont finalement été rétablis par un arrêté entré en vigueur le 1^{er} août 2016 (152). Fourni gratuitement aux médecins par les caisses d'assurance maladie, il reste à la charge du pharmacien.

Le constat a été fait que ces tests sont peu réalisés par les généralistes et les pédiatres alors que des études montrent que la balance coût-efficacité est viable. Des études pilotes ont été réalisées dans les pharmacies d'officine et ont montré l'intérêt de la réalisation des TROD angine par les pharmaciens (153).

Grâce à cela, l'avenant n°18 à la convention nationale signé le 18 septembre 2019, assure le remboursement à 70% par l'assurance maladie des TROD angine en pharmacie depuis le 1^{er} janvier 2020.

L'objectif est d'accompagner l'évolution des missions de santé publique des pharmaciens et de soutenir la diversification du périmètre d'activité de l'exercice pharmaceutique.

Cela nous amène à nous interroger sur l'évolution qu'une telle mesure peut avoir sur les missions potentielles du pharmacien référent. En effet, que ce soit le TROD grippe ou le TROD angine, il s'agit là d'un acte facilement identifiable et quantifiable qui pourrait faire partie de la rémunération du pharmacien référent.

D'autre part, la mission du pharmacien référent dans ce domaine est double. D'une part, il peut sensibiliser les médecins à réaliser les TROD angine auprès de ses patients avant la prescription systématique d'un antibiotique. D'autre part, l'évolution des textes, pourrait l'autoriser, dans le cadre de ses missions, à réaliser les TROD dès qu'il détecte un cas suspect.

D. PARTICIPATION A DES EXPERIMENTATIONS

De nombreuses expérimentations sont proposées aux EHPAD en vue d'optimiser la prise en charge médicamenteuse des personnes âgées. La participation à ces études requiert des compétences et des disponibilités difficiles à obtenir en EHPAD. Pourtant, l'intégration dans ce type de travaux présente plusieurs intérêts dont la sensibilisation de l'ensemble des acteurs à une problématique donnée sur le médicament. Le pharmacien référent pourrait inscrire l'EHPAD dans ces dynamiques d'analyse des pratiques afin de maintenir une démarche d'amélioration continue de la qualité. Nous citons l'étude DemAsCH, exemple d'un travail qui pourrait être déployé au niveau national.

Il s'agit d'une étude réalisée au sein des EHPAD du groupe Korian (154) lancée en octobre 2017 avec pour objectif d'évaluer l'impact d'un programme d'optimisation thérapeutique collaboratif sur le taux de prescriptions potentiellement inappropriés d'anticholinergiques.

En effet, les médicaments anticholinergiques entraînent de nombreux effets indésirables tels que confusion, désorientation, rétention urinaire, constipation, ... Plusieurs médicaments ont été identifiés pour leurs propriétés anticholinergiques « masquées » au sein de plusieurs classes : anxiolytiques, antipsychotiques, antidépresseurs, antihistaminiques... Chez les sujets âgés, ils déclenchent ou majorent des troubles déjà présents, ces derniers étant plus

sensibles à l'effet cumulatif de l'association de plusieurs médicaments à propriété anticholinergique.

L'étude DemAsCH a été réalisée au sein de 33 établissements du Groupe Korian sur une durée de 18 mois. D'un côté 10 établissements dans lesquels des outils d'identification des médicaments anticholinergiques et des propositions d'alternatives ont été mis en place et pilotés par les médecins coordonnateurs. De l'autre, 23 établissements témoins dans lesquels aucune communication, ni aucune action particulière n'a été réalisée.

Les outils utilisés étaient :

- Une brochure de sensibilisation sur les anticholinergiques
- Le livret Korian du médicament pour un bon usage chez la personne âgée
- Un outil informatique d'identification des médicaments anticholinergiques avec proposition d'alternatives thérapeutiques
- Des affiches de sensibilisation.

Les résultats, publiés le 10 janvier 2020, soulignent d'abord une méthode approuvée par les médecins coordonnateurs qui se sont positionnés comme des partenaires pour les médecins traitants, en les aidant à démasquer les anticholinergiques. La méthode a créé un dialogue interprofessionnel renforcé entre les médecins et pharmaciens, ainsi qu'une meilleure vigilance de la part de tous les acteurs.

Les conclusions de l'étude ont montré une baisse significative de 14% des prescriptions de médicaments anticholinergiques dans le groupe d'intervention comparé au groupe témoin. Cela a ainsi évité des prescriptions potentiellement inappropriées chez 3 résidents sur 100.

L'exemple de ce programme montre l'intérêt de la participation des EHPAD à des expérimentations, qui au-delà d'améliorer les pratiques, implique l'ensemble des acteurs du circuit du médicament.

Le souhait est alors d'étendre cette technique de sensibilisation à l'ensemble des EHPAD du groupe Korian puis à l'ensemble des EHPAD du territoire pour une sensibilisation majeure au risque d'utilisation des anticholinergiques chez les personnes âgées.

3. **LE PHARMACIEN REFERENT : UN ACTEUR DANS LA FACILITATION DE L'ACCES AUX SOINS**

A. **LA TELEMEDECINE**

La télémédecine représente aujourd'hui une nouveauté pour les patients. Pourtant, elle a été définie pour la première fois dans l'article 78 de la loi HPST de 2009 (4). Selon l'article L.6316-1 du CSP (155), la télémédecine est « une forme de pratique médicale à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication ». Le décret n°2010-1229 du 19 octobre 2010 (156) en définit les cinq actes :

- **La téléconsultation** : il s'agit d'une consultation médicale à distance. Le patient et le médecin échangent en direct via des technologies de l'information et de la communication.
- **La télé-expertise** permet à un médecin de demander l'avis d'un confrère sur la prise en charge d'un patient via une messagerie sécurisée ou une solution de télémédecine.
- **La télésurveillance** donne la possibilité à un professionnel médical d'interpréter à distance des données recueillies sur le lieu de vie du patient.
- **La téléassistance** propose à un professionnel médical d'assister à distance un autre professionnel de santé au cours de la réalisation d'un acte.
- **La régulation médicale** : il s'agit de la réponse médicale apportée dans le cadre de l'activité des centres 15.

B. **INTERET DE LA TELEMEDECINE**

La télémédecine représente une autre manière de se soigner, avec les mêmes exigences de qualité et de sécurité que des actes classiques. Elle fait évoluer la prise en charge des patients pour répondre à des défis tels que le vieillissement de la population, le suivi approfondi des maladies chroniques ou les difficultés d'accès aux soins.

Elle n'a pas pour objectif de remplacer les actes médicaux en présentiel mais elle leur est complémentaire. En ce sens, elle s'intègre au parcours de soins en répondant aux priorités et aux besoins de la population et des professionnels de santé.

L'article 36 de la loi n°2013-1203 du 23 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale pour 2014 (157) prévoyait des expérimentations sur le déploiement de la télémédecine en ville et dans les structures médico-sociales pour une durée de quatre ans dans des régions pilotes. Ces expérimentations ont été étendues en 2017 à l'ensemble du territoire et aux établissements de santé. Ainsi, après dix ans d'expérimentation, la télémédecine est en plein essor.

C. FOCUS SUR LA TELECONSULTATION

Il s'agit d'une consultation réalisée à distance par un médecin généraliste ou un spécialiste par vidéotransmission avec le patient. Cette consultation rentre donc dans le cadre d'un acte médical et d'une action synchrone (le patient et le médecin communiquent en temps réel).

Durant cette téléconsultation, le patient peut :

- Être chez lui, seul ou accompagné d'un autre professionnel de santé.
- Se trouver dans un lieu dédié équipé vers lequel il est orienté à proximité de chez lui.

Le choix du lieu de la téléconsultation et de l'accompagnement ou non du patient se fera en fonction de son état de santé et du motif de la téléconsultation.

Le patient consulte le médecin via un ordinateur, une tablette ou un smartphone équipés d'une webcam et reliés à internet. Certaines consultations nécessiteront de disposer d'appareils de mesures facilitant le diagnostic et donc la présence d'un professionnel équipé ou le déplacement dans un lieu dédié. Le recours à la téléconsultation relève de la décision du médecin qui doit juger de la pertinence d'une prise en charge médicale à distance plutôt qu'en face à face.

A l'issue d'une téléconsultation, le médecin établit, si nécessaire, une prescription qui peut être transmise au patient par voie postale ou voie électronique.

Depuis le 15 septembre 2018 (158), tous les assurés peuvent bénéficier d'une téléconsultation et tous les médecins peuvent recourir à ce type de consultation quelle que soit leur spécialité et quel que soit leur mode (salarie ou libéral) et leur lieu d'exercice (cabinet de ville, maison de santé, hopital, clinique, ...)

Pour être prise en charge par l'assurance maladie :

- La téléconsultation doit obligatoirement être mise en œuvre par vidéotransmission.
- Elle doit s'inscrire dans le respect du parcours de soins coordonné et résulter de l'orientation initiale du médecin traitant.
- Le patient doit être connu du médecin traitant ou spécialiste qui réalise la téléconsultation. Pour cela, il doit avoir bénéficié d'au moins une consultation physique au cours des 12 derniers mois précédant la téléconsultation. Dans le cas inverse, sauf exception, la téléconsultation ne sera pas remboursée.

Sont exemptés du critère d'orientation par le médecin traitant :

- Les patients de moins de 16 ans
- Les spécialités médicales d'accès direct (gynécologie, ophtalmologie, stomatologie, chirurgie orale ou maxillo-faciale, psychiatrie, pédiatrie)
- Les situations d'urgence
- Les patients n'ayant pas de médecin traitant désigné ou lorsque ce dernier n'est pas disponible dans un délai compatible avec son état de santé.

L'avenant n°6 à la convention nationale, approuvé par un arrêté du 1^{er} août 2018 (159), fixe les tarifs des actes de téléconsultation et de télé-expertise et en prévoit le cadre de mise en œuvre. Une téléconsultation est facturée au même tarif qu'une consultation classique en face à face : 25€ pour un médecin généraliste et 30€ pour un médecin spécialiste.

Elle est également prise en charge comme une consultation classique : 70% remboursés par l'AM et 30% remboursés par la complémentaire. La prise en charge est à 100% pour les soins concernant des ALD. (158)

Comme pour toute consultation, le tiers payant est appliqué, dans son intégralité si le patient est en ALD, en situation de maternité, bénéficiaire de la CMU-C ou de l'ACS.

D. MISE EN ŒUVRE EN EHPAD

Grâce à la téléconsultation, les résidents des EHPAD, souvent fragiles et peu mobiles, peuvent consulter des spécialistes sans avoir à se déplacer dans le cadre de soins programmés ou dans une situation d'urgence. L'équipe soignante de l'EHPAD accompagne alors le patient et aide à la mise en place de la téléconsultation (Figure 8). Ce système est moins traumatisant pour les résidents qui n'ont alors pas à subir un parcours de soins long et compliqué. Le personnel de l'EHPAD est présent tout au long du processus pour préparer les documents, détailler les symptômes en cas de troubles de la mémoire, assister le résident avec les appareils électroniques et écouter les recommandations du médecin.

Pour les patients résidant en EHPAD, il est possible de déroger aux deux principes que sont l'orientation par le médecin traitant et la connaissance préalable du patient, et ce, quel que soit le mode d'exercice du médecin (160).

En ce qui concerne la tarification des téléconsultations en EHPAD, cela dépend du forfait choisi par l'établissement. Nous détaillons cela dans le tableau ci-dessous :

	EHPAD en tarif global	EHPAD en tarif partiel
Médecins spécialistes en médecine générale et spécialistes en gériatrie	Non facturable à l'assurance maladie car compris dans le forfait soin	Facturable à l'assurance maladie
Autres médecins spécialistes	Facturable à l'assurance maladie	Facturable à l'assurance maladie

FIGURE 7 : TABLEAU PRESENTANT LA POSSIBILITE DE FACTURATION DE LA TELECONSULTATION EN EHPAD (162)

Si le pharmacien référent assiste le patient lors de la téléconsultation, il peut être rémunéré directement par l'assurance maladie en fonction du nombre de téléconsultations réalisées.

Trois montants sont déjà prévus :

- 200 euros pour 1 à 20 téléconsultations par an
- 300 euros pour 21 à 30 téléconsultations par an
- 400 euros à partir de 30 téléconsultations par an (158).

La téléconsultation représente une opportunité pour le pharmacien référent de s'investir au plus près de l'activité de prescription tant pour agir sur la limitation des lignes de prescription que pour lutter contre la iatrogénie médicamenteuse.

Les deux spécialités répondant le plus fortement aux besoins des résidents sont à ce jour la dermatologie et la cardiologie. Nous présentons ci-dessous (figure 8) l'exemple d'un parcours de consultation cardiologique.



FIGURE 8 : EXEMPLE D'ORGANISATION D'UNE DEMANDE D'AVIS CARDIOLOGIQUE POUR UN PATIENT EN EHPAD (162)

En plus de l'outil logiciel et des équipements classiques permettant la vidéo-transmission, d'autres équipements peuvent être utilisés lors des téléconsultations : un ECG connecté, un appareil de mesure de la tension artérielle connecté, un saturomètre connecté.

E. FOCUS SUR LA TELE-EXPERTISE

Elle permet à un médecin de demander l'avis d'un confrère sur la prise en charge d'un patient via une messagerie sécurisée ou une solution de télé-médecine. A partir de février 2019, elle est prise en charge par l'assurance maladie. (158)

Elle peut impliquer un médecin généraliste et un spécialiste ou bien deux médecins spécialistes qui ont besoin d'échanger sur un diagnostic, une lecture d'analyses ou la pertinence d'examen complémentaires afin de décider du traitement le plus adapté.

Dans un premier temps, et jusqu'à la fin de l'année 2020, la télé-expertise concernera les patients (158):

- En ALD
- Atteints de maladies rares
- Résidant en zones dites sous denses et dès lors qu'ils n'ont pas de médecin traitant ou rencontrent des difficultés à consulter rapidement
- Résidant en EHPAD
- En Prison

Contrairement à la téléconsultation, la télé-expertise n'exige pas un échange par vidéo-transmission. C'est un échange en direct ou en différé entre deux médecins, via une messagerie sécurisée de santé ou une solution de télémédecine. La télé-expertise permet d'examiner le dossier d'un patient, en disposant des données médicales utiles transmises au confrère.

Les médecins qui auront recours à la télé-expertise seront rémunérés par l'Assurance Maladie mais cet acte n'est pas facturé au patient concerné.

La téléconsultation représente alors une réponse à des problématiques actuelles comme les déserts médicaux ou la perte d'autonomie des personnes âgées. Elle favorise un accès aux soins plus rapide et une mise en relation avec des spécialistes facilitée en apportant également une aide logistique grâce à la collaboration de différents professionnels.

CONCLUSION

La présence d'un pharmacien référent encourage différentes évolutions au sein des EHPAD.

Elle permet, en premier lieu, la redéfinition et la formalisation des rapports avec les officines. En effet, la relation directe avec un confrère encourage les pharmaciens d'officine qui savent que leur interlocuteur est conscient de leurs enjeux et de leurs difficultés.

D'autre part, l'implication forte des pharmaciens référents participants aux instances de l'EHPAD leur donne une bonne vision des problématiques de la structure. Ils peuvent ainsi être en relais des pharmaciens dispensateurs, permettant ainsi de les impliquer et les soutenir dans leur mission.

La présence du pharmacien référent favorise un travail en trinôme : médecin coordonnateur, pharmacien référent et cadre infirmier. La collaboration d'un représentant de chaque corps professionnel permet de gérer au mieux la répartition des tâches en adéquation avec les compétences et les contraintes de chacun. Leurs interventions coordonnées apportent une plus-value dans la lutte contre la iatrogénie et la consommation élevée de certains médicaments, ainsi que dans la gestion de l'ensemble des procédures, dans l'organisation et le choix des formations.

Le pharmacien étant l'expert du médicament, il veille à une gestion optimisée des médicaments. Cette gestion amène de fait, une diminution voire une disparition des stocks tampons par la mise en œuvre d'une organisation efficiente de ces produits.

Enfin, le pharmacien référent intervient auprès des résidents. Sa présence garantit un lien de proximité et permet de mettre en place un suivi personnalisé des soins et des traitements, avec édition de fiches d'alerte patients, en cas de nouveau traitement, nouvelle pathologie, complications ou incidents divers, et de progresser de ce fait dans la prévention de la iatrogénie.

CONCLUSION

Face au vieillissement de la population, la prise en charge de nos séniors s'organise, notamment autour de la question de la dépendance. Malgré les efforts de santé publique pour développer et prolonger le maintien à domicile aussi longtemps que possible, le nombre de personnes âgées intégrant un EHPAD ne cesse d'augmenter ces dernières années. Si l'EHPAD est alors considéré comme un substitut du domicile, les réformes débutées en 1999 et tendant à la médicalisation ont conduit à le recentrer sur son cœur de métier : la prise en charge de la personne dans sa globalité. Parce qu'elle constitue un processus de soins transversal, la sécurisation de la prise en charge médicamenteuse est aujourd'hui au cœur des enjeux financiers et mérite une attention particulière au sein des EHPAD par une prise en compte dans le projet d'établissement.

La problématique de la iatrogénie médicamenteuse est particulièrement importante chez les personnes âgées. Ceci s'explique par la fragilité et la variabilité de leurs profils physiopathologiques, mais aussi par la polymédication. De plus, le défaut d'études cliniques réalisées sur cette population oblige les praticiens à extrapoler les données recueillies chez le sujet plus jeune. Le pharmacien a un rôle essentiel à jouer dans la prévention de ce risque iatrogène à travers l'application du concept des soins pharmaceutiques.

Par son statut d'expert du médicament, la mission du pharmacien référent auprès des EHPAD se décline en différents axes. D'une part, son rôle dans la prise en charge médicamenteuse et la prévention des risques. La dispensation permet de détecter les erreurs de prescription mais aussi de garantir que l'administration soit effectuée dans des conditions optimales. Son rôle de veille doit encourager une réduction de la consommation de médicaments par une plus stricte application des règles hygiéno-diététiques.

D'autre part, sa présence en tant que référent d'une structure permet la coopération avec les autres professionnels de santé. Il doit faire en sorte que le rôle des pharmaciens d'officine ne se limite pas aux actes techniques de PDA et à la simple « livraison » des médicaments. A l'intérieur de la structure, le pharmacien référent peut avoir un rôle de formateur pour le personnel soignant sur la bonne utilisation des médicaments, ou un rôle de conseiller sur la remontée d'informations concernant l'état du résident (troubles de déglutition, constipation, etc...). En effet, c'est lui qui est le plus à même d'informer sur les règles de bon usage et de fournir les explications les plus adaptées relatives aux conséquences de la consommation de médicaments.

Enfin, le pharmacien se doit de garder à l'esprit la singularité des patients qui restent avant tout des personnes. La personnalisation de la prise en charge et l'individualisation des soins doivent rester au cœur de ses préoccupations.

Les principaux facteurs limitant l'engagement dans ces missions sont le manque de temps, l'absence de rémunération ou le manque d'information. Pour la mission de pharmacien référent, une valorisation financière des fonctions est une action qui pourrait être menée pour améliorer l'engagement des pharmaciens dans ce domaine.

Ces travaux nous ont permis de percevoir que le champ d'action du pharmacien référent est large et complexe. Celui-ci peut intervenir dans toutes les étapes du circuit du médicament qui représente un élément central dans la prise en charge du résident et dans l'organisation de l'EHPAD. Cependant, des freins restent identifiés face à cette mission comme la rémunération financière ou le descriptif strict des tâches à la charge du pharmacien.

Il nous appartient de prendre conscience que cette mission de pharmacien référent présente un réel bénéfice dans le contexte actuel. En effet, les professionnels des EHPAD expriment de plus en plus leurs difficultés quant à leur surcharge de travail et leurs inquiétudes pour maintenir et favoriser la qualité de la prise en charge des résidents. Dans cette conjoncture, où il est pourtant essentiel de garantir la sécurité des personnes âgées, la présence d'un pharmacien peut permettre de renforcer la vigilance sur des processus clé de la prise en soins des résidents. L'intérêt des jeunes face à cette problématique peut encourager l'engagement des pouvoirs publics et des associations de pharmaciens dans une dynamique d'évolution et d'ouverture du rôle des officinaux qui se doivent de faire évoluer leurs missions vers des pratiques de prévention, de collaboration et d'expertise.

D'autre part, la signature de l'avenant n°20, qui portera sur la dispensation adaptée, sera de s'assurer de la délivrance de la juste quantité de médicament nécessaire à la prise du traitement pour éviter les abus et les mésusages. Cela reposera sur un partage d'économie entre l'assurance maladie et le pharmacien. Ainsi, le pharmacien référent pourrait à nouveau trouver sa place dans ces structures où le nombre de médicaments pris par les résidents est le plus élevé de la population.

BIBLIOGRAPHIE

1. DGS/DGAS/SFGG - Les bonnes pratiques de soins en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes - Oct 2007 [Internet]. [cité 9 mai 2019]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ehpad-2.pdf>
2. Guide d'accompagnement des patients - Le bilan partagé de médication chez le patient âgé polymédiqué - 2017 [Internet]. [cité 20 mars 2019]. Disponible sur: <https://www.uspo.fr/wp-content/uploads/2017/11/Guide-daccompagnement-des-patients-annexe-avenant-12-sign%C3%A9-UNCAM.pdf>
3. ARS Rhône-Alpes - Sécurisation du circuit du médicament en Etablissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) sans pharmacie à usage intérieur - Avril 2014 [Internet]. [cité 7 mars 2019]. Disponible sur: https://www.bourgogne-franche-comte.ars.sante.fr/sites/default/files/2017-01/securisation_du_circuit_du_medicament_en_EHPAD_.pdf
4. Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires [Internet]. 2009-879 juill 21, 2009. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/>
5. Viale MC. - EHESP - Maîtrise et sécurisation du circuit du médicament en Etablissement d'hébergement pour Personnes Agées Dépendantes : un enjeu pour le directeur - 2009 [Internet]. [cité 27 mars 2019]. Disponible sur: <https://documentation.ehesp.fr/memoires/2009/dessms/viale.pdf>
6. Décret n°99-316 du 26 avril 1999 relatif aux modalités de tarification et de financement des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes [Internet]. 99-316 avr 26, 1999. Disponible sur: <https://legifrance.gouv.fr/>
7. Arrêté du 26 avril 1999 fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle prévue à l'article 5-1 de la loi no 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales [Internet]. Disponible sur: <https://legifrance.gouv.fr/>
8. Code de l'action sociale et des familles - Article L312-1 [Internet]. Code de l'action sociale et des familles. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/>
9. Code de l'action sociale et des familles - Article L313-12 [Internet]. Code de l'action sociale et des familles. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/>
10. Code de l'action sociale et des familles - Article D313-15 [Internet]. Code de l'action sociale et des familles. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/>
11. Les différents statuts juridiques des établissements [Internet]. Le site des aidants. [cité 5 janv 2020]. Disponible sur: <https://lesitedesaidants.fr/aider-un-proche-age/informations-et-demarches/Structures-d-accueil/Les-differents-statuts-juridiques-des-etablissements.htm?s=253e95842a800693>
12. Code de l'action sociale et des familles - Article R314-170-1 [Internet]. Code de l'action sociale et des familles. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/>

13. Qu'est-ce que le GIR ? [Internet]. Pour les personnes âgées - CNSA. 2019 [cité 6 mai 2019]. Disponible sur: <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/actualites/quest-ce-que-le-gir>
14. Ducoudray JM. Guide de formation Pathos - Formation 2018-2019. 2018.
15. Arrêté du 3 mars 2017 fixant le contenu du cahier des charges du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens prévu au IV ter de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles [Internet]. Disponible sur: <https://legifrance.gouv.fr/>
16. Décret n° 2018-519 du 27 juin 2018 relatif à la modulation des tarifs des établissements et services sociaux et médico-sociaux en fonction de l'activité et à l'affectation de leurs résultats [Internet]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/>
17. Réforme de la contractualisation [Internet]. CNSA. 2019 [cité 2 juill 2019]. Disponible sur: <https://www.cnsa.fr/grands-chantiers/reforme-de-la-contractualisation>
18. Loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement [Internet]. 2015-1776 déc 28, 2015. Disponible sur: <https://legifrance.gouv.fr/>
19. Code de l'action sociale et des familles - Article L314-2 [Internet]. Code de l'action sociale et des familles. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/>
20. Les soins en EHPAD : AGGIR-PATHOS [Internet]. CNSA. 2019 [cité 2 juill 2019]. Disponible sur: <https://www.cnsa.fr/outils-methodes-et-territoires/organisation-de-loffre/les-soins-en-ehpad-aggir-pathos>
21. Code de l'action sociale et des familles - Article R314-166 [Internet]. Code de l'action sociale et des familles. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/>
22. Arrêté du 26 avril 1999 relatif à la composition du tarif journalier afférent aux soins, résultant du droit d'option tarifaire mentionné à l'article 9 du décret n° 99-316 du 26 avril 1999 relatif aux modalités de tarification et de financement des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes [Internet]. Disponible sur: <https://legifrance.gouv.fr/>
23. Code de l'action sociale et des familles - Article R314-167 [Internet]. Code de l'action sociale et des familles. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/>
24. Code de la sécurité sociale - Article L162-17 [Internet]. Code de la sécurité sociale. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/>
25. Réforme de la tarification en EHPAD [Internet]. CNSA. 2019 [cité 2 juill 2019]. Disponible sur: <https://www.cnsa.fr/grands-chantiers/reforme-de-la-tarification-en-ehpad>
26. Décret n° 2015-1868 du 30 décembre 2015 relatif à la liste des prestations minimales d'hébergement délivrées par les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes [Internet]. 2015-1868 déc 30, 2015. Disponible sur: <https://legifrance.gouv.fr/>
27. Code de la santé publique - Article R5126-115 [Internet]. Code de la santé publique. Disponible sur: <https://legifrance.gouv.fr/>

28. Arrêté du 21 juin 2019 modifiant la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables aux assurés sociaux [Internet]. Disponible sur: <https://legifrance.gouv.fr/>
29. Assurance Maladie - Le pharmacien et les honoraires de dispensation [Internet]. [cité 20 mai 2019]. Disponible sur: https://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/Pharmacien_honoraires_dispensation_01.pdf
30. Mention « non substituable » : des changements au 1er janvier 2020 [Internet]. Ameli. 2019 [cité 3 janv 2020]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/medecin/actualites/mention-non-substituable-des-changements-au-1er-janvier-2020>
31. Arrêté du 12 novembre 2019 précisant, en application de l'article L. 5125-23 du code de la santé publique, les situations médicales dans lesquelles peut être exclue la substitution à la spécialité prescrite d'une spécialité du même groupe générique [Internet]. Disponible sur: <https://legifrance.gouv.fr/>
32. Règles de dispensation et de substitution des médicaments génériques [Internet]. Ameli. 2018 [cité 20 mai 2019]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/prescription-prise-charge/medicaments-generiques/regle-dispensation-substitution-medicaments-generiques>
33. CPAM Maine et Loire - Prestations comprises dans le forfait soin des EHPAD - Juin 2011 [Internet]. [cité 9 mai 2019]. Disponible sur: https://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/7-Memento_EHPAD_Forfait_de_soins.pdf
34. Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale [Internet]. 2002-2 janv 2, 2002. Disponible sur: <https://legifrance.gouv.fr/>
35. Code de l'action sociale et des familles - Article L311-8 [Internet]. Code de l'action sociale et des familles. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/>
36. Arrêté du 13 août 2004 modifiant l'arrêté du 26 avril 1999 fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle prévu à l'article 5-1 de la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médicosociales [Internet]. Disponible sur: <https://legifrance.gouv.fr/>
37. ANESM - Fiche repère - Le projet personnalisé : une dynamique du parcours d'accompagnement (volet EHPAD) [Internet]. [cité 12 juin 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2018-10/fiche-repere-projet_personnalise_ehpad.pdf
38. Circulaire n° DGCS/SD5C/2011/398 du 21 octobre 2011 relative à l'évaluation des activités et de la qualité des prestations délivrées dans les établissements et services sociaux et médicosociaux. [Internet]. [cité 7 mars 2020]. Disponible sur: https://bdoc.ofdt.fr/doc_num.php?explnum_id=14331
39. Décret n° 2007-975 du 15 mai 2007 fixant le contenu du cahier des charges pour l'évaluation des activités et de la qualité des prestations des établissements et services sociaux et médico-sociaux. 2007-975 mai 15, 2007.

40. Loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé [Internet]. 2019-774 juill 24, 2019. Disponible sur: <https://legifrance.gouv.fr/>
41. Bas P. - Ministère délégué à la Sécurité Sociale, aux Personnes Agées, aux Personnes handicapées et à la Famille - Plan Solidarité - Grand Age - Juin 2006 [Internet]. [cité 21 mai 2019]. Disponible sur: https://www.cnsa.fr/documentation/plan_solidarite_grand_age_2008.pdf
42. Plan Solidarité grand âge : Qu'est-ce que c'est ? [Internet]. CNSA. 2019 [cité 21 mai 2019]. Disponible sur: <https://www.cnsa.fr/grands-chantiers/strategie-et-plans-nationaux/plan-solidarite-grand-age>
43. Loi n° 2004-626 du 30 juin 2004 relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées [Internet]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/>
44. Le rapport Gisserot sur le financement de la dépendance [Internet]. AgeVillage. [cité 10 juin 2019]. Disponible sur: <http://www.agevillage.com/actualite-195-1-dependance.html>
45. La population des régions en 2040 [Internet]. INSEE. 2010 [cité 3 janv 2020]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1280900>
46. Population par âge – Tableaux de l'économie française [Internet]. INSEE. 2018 [cité 16 oct 2019]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3303333?sommaire=3353488#consulter>
47. La durée de vie en France [Internet]. Ined - Institut national d'études démographiques. 2018 [cité 3 janv 2020]. Disponible sur: <https://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/memos-demo/focus/la-duree-de-vie-en-france/>
48. Rouch L. - Prescription médicamenteuse du sujet âgé - Toulouse - Mai 2016 [Internet]. [cité 23 oct 2019]. Disponible sur: [http://www.medecine.ups-tlse.fr/capacite/geriatrie/2016/TD%20PRESCRIPTION%20MEDICAMENTEUSE%20SUJ ET%20AGE-%20ORDONNANCES%20ET%20DOSSIERS%20PATIENTS-%20LAURE%20ROUCH.pdf](http://www.medecine.ups-tlse.fr/capacite/geriatrie/2016/TD%20PRESCRIPTION%20MEDICAMENTEUSE%20SUJ%20ET%20AGE-%20ORDONNANCES%20ET%20DOSSIERS%20PATIENTS-%20LAURE%20ROUCH.pdf)
49. Verger P. La politique du médicament en EHPAD [Internet]. 2013 déc [cité 7 mars 2019] p. 125. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Politiquedu_medicament_en_EHPAD_final.pdf
50. Masson E. W24 - L'étude Paquid, 1988-2001 [Internet]. EM-Consulte. [cité 3 janv 2020]. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/104077/w24-l-etude-paquid-1988-2001>
51. Code de la sécurité sociale - Article R322-6 [Internet]. Code de la sécurité sociale. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/>
52. HAS - Note méthodologique et de synthèse documentaire - Prendre en charge une personne âgée polypathologique en soins primaires - Mars 2015 [Internet]. [cité 16 oct 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-04/note_methodologique_polypathologie_de_la_personne_agee.pdf
53. Legrain S. Consommation Médicamenteuse chez le Sujet Agé. HAS; 2005 p. 16.

54. STOPP/START [Internet]. STOPP-START. [cité 1 avr 2019]. Disponible sur: <http://stopstart.free.fr/>
55. Prévenir la iatrogénèse médicamenteuse chez le sujet âgé. Afssaps; 2005 juin p. 12.
56. 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. La Revue de Médecine Interne. juill 2009;30(7):592-601.
57. Preventable and Non-Preventable Risk Factors [Internet]. Medscape. [cité 17 oct 2019]. Disponible sur: <http://www.medscape.com/viewarticle/441229>
58. Omédit Normandie - Liste des médicaments écrasables - 2019 [Internet]. [cité 17 janv 2020]. Disponible sur: <http://www.omedit-normandie.fr/media-files/18723/medicaments-eccrasables-2019-mise-a-jour-.pdf>
59. PAERPA : Parcours de santé des aînés - Ville de Bordeaux [Internet]. ARS Nouvelle Aquitaine. 2017 [cité 16 oct 2019]. Disponible sur: <http://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/paerpa-parcours-de-sante-des-aines-ville-de-bordeaux>
60. Qu'est ce que PAERPA ? [Internet]. Paerpa Paris. [cité 16 oct 2019]. Disponible sur: <https://www.paerpa-paris.fr/le-paerpa/quest-ce-que-le-paerpa>
61. Plan personnalisé de santé (PPS) PAERPA [Internet]. Haute Autorité de Santé. 2015 [cité 23 oct 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1638463/fr/plan-personnalise-de-sante-pps-paerpa
62. Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique. 2004-806 août 9, 2004.
63. Arrêté du 31 mars 1999 relatif à la prescription, à la dispensation et à l'administration des médicaments soumis à la réglementation des substances vénéneuses dans les établissements de santé, les syndicats interhospitaliers et les établissements médico-sociaux disposant d'une pharmacie à usage intérieur mentionnés à l'article L. 595-1 du code de la santé publique [Internet]. Disponible sur: <https://legifrance.gouv.fr/>
64. ARS Aquitaine - Médicaments en EHPAD - Sept 2015 [Internet]. [cité 11 mars 2019]. Disponible sur: https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/sites/default/files/2017-01/Pharma_Etab_BP_Medicaments_EHPAD.pdf
65. Outil ANGELIQUE [Internet]. Soignant en E.H.P.A.D. 2019 [cité 3 janv 2020]. Disponible sur: <https://www.soignantenehpad.fr/pages/referentiel/l-outil-angelique.html>
66. ANAP -Evaluer et gérer les risques liés à la prise en charge médicamenteuse en établissement de santé [Internet]. [cité 8 mars 2020]. Disponible sur: <https://www.anap.fr/ressources/outils/detail/actualites/evaluer-et-gerer-les-risques-lies-a-la-prise-en-charge-medicamenteuse-en-etablissement-de-sante/>
67. HAS - Outils de sécurisation et d'auto-évaluation de l'administration des médicaments - Mai 2013 [Internet]. [cité 14 mars 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-11/guide_outil_securisation_autoevalusation_medicaments_complet_2011-11-17_10-49-21_885.pdf

68. Code de la santé publique - Article L1111-6 [Internet]. Code de la santé publique. Disponible sur: <https://legifrance.gouv.fr/>
69. Code de l'action sociale et des familles - Article D312-156 [Internet]. Code de l'action sociale et des familles. Disponible sur: <https://legifrance.gouv.fr/>
70. Code de l'action sociale et des familles - Article D312-157 [Internet]. Code de l'action sociale et des familles. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/>
71. Code de l'action sociale et des familles - Article D312-158 [Internet]. Code de l'action sociale et des familles. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/>
72. Code de la santé publique - Article R4311-2 [Internet]. Code de la santé publique. Disponible sur: <https://legifrance.gouv.fr/>
73. Code de la santé publique - Article R4235-48 [Internet]. Code de la santé publique. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/>
74. Sécurisation et autoévaluation de l'administration des médicaments : La règle des 5B [Internet]. HAS. [cité 12 mars 2019]. Disponible sur: <https://www.has-sante.fr/guide/SITE/5B.htm>
75. Code de la santé publique - Article R4311-7 [Internet]. Code de la santé publique. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/>
76. Code de la santé publique - Article R4312-14 [Internet]. Code de la santé publique. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/>
77. Code de la santé publique - Article L1110-8 [Internet]. Code de la santé publique. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/>
78. Code de la santé publique - Article L5126-6-1 [Internet]. Code de la santé publique. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/>
79. Code de la santé publique - Article R5125-51 [Internet]. Code de la santé publique. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/>
80. Ordre National des Pharmaciens - Bonnes Pratiques de Dispensation des Médicaments - Décembre 2016 [Internet]. [cité 20 févr 2020]. Disponible sur: <http://www.ordre.pharmacien.fr/content/download/307371/1558583/version/2/file/Bonnes+pratiques+de+dispensation-Vweb.pdf>
81. Code de la santé publique - Article L5125-25 [Internet]. Code de la santé publique. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/>
82. Code de la santé publique - Article R5125-47 [Internet]. Code de la santé publique. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/>
83. ARS Provence-Alpes Côte d'Azur - Guide pour la préparation des doses à administrer (PDA) en Ehpad et autres établissements médico-sociaux - 2017 [Internet]. [cité 12 mars 2019]. Disponible sur: <https://www.paca.ars.sante.fr/sites/default/files/2017-04/Guide-Ehpad-V7.pdf>

84. Code de la santé publique - Article R5132-3 [Internet]. Code de la santé publique. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/>
85. Code de la santé publique - Article R5132-4 [Internet]. Code de la santé publique. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/>
86. Prescription Médicamenteuse chez le Sujet Agé (PMSA) - Programme Pilote 2006-2013 [Internet]. Haute Autorité de Santé. 2011 [cité 30 déc 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_675707/fr/prescription-medicamenteuse-chez-le-sujet-age-pmsa-programme-pilote-2006-2013
87. Le programme AMI (Alerte Maîtrise Iatrogénie) Alzheimer - Programme Pilote [Internet]. Haute Autorité de Santé. 2012 [cité 30 déc 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_891528/fr/le-programme-ami-alerte-maitrise-iatrogenie-alzheimer-programme-pilote
88. Rôle du pharmacien référent et organisation du circuit du médicament dans les EHPAD sans PUI [Internet]. [cité 7 oct 2019]. Disponible sur: <https://docplayer.fr/27924879-Role-du-pharmacien-referent-et-organisation-du-circuit-du-medicament-dans-les-ehpad-sans-pui.html>
89. Le Gall O, Jaouen V. La régulation du réseau des pharmacies d'officine. Inspection Générale des Finances; 2016 oct p. 356. Report No.: 2016-M-016.
90. Code de la santé publique - Article L5125-1-1 A [Internet]. Code de la santé publique. Disponible sur: <https://legifrance.gouv.fr/>
91. Décret n° 2011-375 du 5 avril 2011 relatif aux missions des pharmaciens d'officine correspondants [Internet]. 2011-375 avr 5, 2011. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/>
92. Les cahiers de l'Ordre National des Pharmaciens - Coopération interprofessionnelle - Décloisonner pour améliorer le parcours de soins : 10 exemples concrets [Internet]. [cité 7 oct 2019]. Disponible sur: <http://www.ordre.pharmacien.fr/content/download/303084/1547370/version/11/file/Cahier+th%C3%A9matique+10+-+La+coop%C3%A9ration+interprofessionnelle.pdf>
93. Loi n° 2008-1330 du 17 décembre 2008 de financement de la sécurité sociale pour 2009 [Internet]. 2008-1330 déc 17, 2008. Disponible sur: <https://legifrance.gouv.fr/>
94. DGAS/CNAMTS - Circulaire n° 2009-340 du 10 novembre 2009 relative à l'expérimentation de la réintégration des médicaments dans les dotations de soins des établissements ne disposant pas de PUI [Internet]. [cité 5 mars 2020]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2010/10-01/ste_20100001_0100_0068.pdf
95. Thierry M. - IGAS - Evaluation de l'expérimentation de l'intégration des médicaments dans le forfait soins des EHPAD - Nov 2012 [Internet]. [cité 12 oct 2019]. Disponible sur: <https://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/124000680.pdf>
96. Société française de pharmacie clinique. Dictionnaire français de l'erreur médicamenteuse [Internet]. Paris: Société française de pharmacie clinique; 2006 [cité 6 mai 2019]. 72 p. Disponible sur: <http://sfpc.eu/fr/item1/finish/34-documents-sfpc-public/425-dictionnairesfpcem/0.html>

97. Code de la santé publique - Article R1111-26 [Internet]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/>
98. Code de la santé publique - Article R1111-28 [Internet]. Code de la santé publique. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/>
99. Code de la santé publique - Article L1111-16 [Internet]. Code de la santé publique. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/>
100. Mise en place d'un livret thérapeutique en ligne : Retour d'expérience après 26 mois d'utilisation dans un CHU. [Internet]. BDSP. 2016 [cité 11 mars 2019]. Disponible sur: <http://www.bdsp.ehesp.fr/Base/505399/>
101. Code de la santé publique - Article L5126-10 [Internet]. Code de la santé publique. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/>
102. Arrêté du 30 décembre 2010 fixant les modèles de contrats types devant être signés par les professionnels de santé exerçant à titre libéral et intervenant au même titre dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes [Internet]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/>
103. Frerot M, Guilloteau A, Millot I, Benoit. Le circuit du médicament dans les EHPAD de Bourgogne [Internet]. ARS Bourgogne. 2013 [cité 11 mars 2019]. Disponible sur: <https://www.orsbfc.org/publication/le-circuit-du-medicament-dans-les-etablissements-dhebergement-pour-personnes-agees-dependantes-ehpad-de-bourgogne/>
104. Dupont H, Philippe L, Lang AS. Liste préférentielle de médicaments en EHPAD [Internet]. ARS Bourgogne. 2013 [cité 11 mars 2019]. Disponible sur: https://www.bourgogne-franche-comte.ars.sante.fr/sites/default/files/2017-01/Liste_preferentielle_medicaments_ehpad.pdf
105. HAS - Prescrire chez le sujet âgé [Internet]. [cité 11 mars 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/traceur_has_fichesynt_h_sujetage.pdf
106. Omédit Pays de la Loire - Guide méthodologique pour la création d'une liste préférentielle de médicaments en EHPAD - Juin 2014 [Internet]. [cité 5 janv 2020]. Disponible sur: <http://www.omedit-paysdelaloire.fr/files/00/02/47/00024705-65115437d4cdf1fb9d6e0b08d5440a6f/omedit-guidemethodo-lpm-v-def.pdf>
107. Médicaments potentiellement appropriés chez les personnes âgées de 75 ans et plus [Internet]. Omédit Centre -Val de Loire. 2019 [cité 5 janv 2020]. Disponible sur: http://www.omedit-centre.fr/portail/pratiques-et-usages,573,1235.html?TSC_mode=catalog&TSC_source=search&TSC_T=Parcours%20patient&TSC_ST=EHPAD%20-%20G%C3%A9riatrie
108. Collomp R. Préconisations pour la pratique de conciliation des traitements médicamenteux [Internet]. Société Française de Pharmacie Clinique (SFPC); 2015 déc [cité 25 mars 2019] p. 16. Disponible sur: <http://sfpc.eu/fr/groupe-travail/conciliation-medicamenteuse.html>
109. Dony A. Une amélioration de la sécurité thérapeutique au centre hospitalier de Lunéville [Internet]. [Nancy]: Henri Poincaré; 2010 [cité 25 mars 2019]. Disponible sur: http://docnum.univ-lorraine.fr/public/SCDPHA_T_2010_DONY_ALEXANDRE.pdf

110. Société Française de Gériatrie et Gérologie. Guide PAPA [Internet]. Société Française de Gériatrie et Gérologie (SFGG). 2015 [cité 7 mars 2019]. Disponible sur: <https://sfgg.org/actualites/guide-papa-coupon-pour-obtenir-le-guide/>
111. Darul A. - Dénutrition des personnes âgées en EHPAD: Etude au sein d'établissements du Tarn et Garonne - Juin 2014 [Internet]. [cité 11 mars 2019]. Disponible sur: <http://thesesante.ups-tlse.fr/456/1/2014TOU32028.pdf>
112. Stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée [Internet]. HAS. 2007 [cité 2 avr 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_546549/strategie-de-prise-en-charge-en-cas-de-denutrition-protéino-energetique-chez-la-personne-agee
113. Code de la santé publique - Article L5137-1 [Internet]. Code de la santé publique. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/>
114. Gibert P. Optimisation de la prise en charge médicamenteuse chez la personne âgée hospitalisée: diffusion d'un guide local et évaluation de la qualité de la prescription par mesure de la conformité des posologies à la fonction rénale. Grenoble; 2012.
115. Omedit Centre Val de Loire. Estimation de la fonction rénale en gériatrie et adaptation posologique [Internet]. 2017 [cité 3 avr 2019]. Disponible sur: <http://www.omedit-centre.fr/portail/accueil,568,847.html?&args=Y29tcF9pZD00NTcmYWN0aW9uPWRIIdGFpbCZpZD05NzkmfA%3D%3D>
116. Guide de Bon Usage du Médicament en Gériatrie : S'engager pour la prévention de la iatrogénie en EHPAD [Internet]. ARS Lorraine. 2015 [cité 9 avr 2019]. Disponible sur: <https://www.omedit-grand-est.ars.sante.fr/system/files/2017-07/Guide%20bon%20usage%20du%20médicament%20en%20gériatrie.pdf>
117. Médicaments Info Service : Contactez-nous [Internet]. OMEDIT Bretagne. 2016 [cité 25 mars 2019]. Disponible sur: <http://www.omeditbretagne.fr/lrportal/accueil/medicament/medicament-info-service>
118. Liste préférentielle de médicaments adaptés au sujet âgé en EHPAD [Internet]. medEHPAD. 2015 [cité 25 mars 2019]. Disponible sur: <http://medehpad.fr/medehpad/>
119. Assurance Maladie - Mémobenzo - Choix d'une benzodiazépine chez le sujet âgé de plus de 65 ans et pathologique ou après 75 ans [Internet]. [cité 25 mars 2019]. Disponible sur: https://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/lettre-medecins-n18-memo-benzo.pdf
120. Antibioclic : Antibiothérapie rationnelle en soins primaires [Internet]. Antibioclic. [cité 25 mars 2019]. Disponible sur: <https://antibioclic.com/>
121. Médicaments à dispensation particulière à l'officine [Internet]. Meddispar. [cité 30 avr 2019]. Disponible sur: <http://www.meddispar.fr/>
122. Loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés [Internet]. Disponible sur: <https://legifrance.gouv.fr/>
123. Analyse pharmaceutique : méthodes et outils [Internet]. Omedit Grand Est. Disponible sur: <https://www.omedit-grand-est.ars.sante.fr/system/files/2018-11/Analyse-pharmaceutique-methodes-outils%20Om%C3%A9dit%20Basse%20Normandie.pdf>

124. PIM-Check - Potentially Inappropriate Medication - Patients in the Internal Medicine Unit [Internet]. Hopitaux Universitaires Genève. 2016 [cité 20 mars 2019]. Disponible sur: <http://www.pimcheck.com/>
125. Avenant n°11 à la convention nationale organisant les rapports entre les pharmaciens titulaires d'officine et l'assurance maladie [Internet]. [cité 20 mars 2019]. Disponible sur: <https://www.uspo.fr/wp-content/uploads/2017/07/2017-77-Avenant-11-Convention-Pharmaceutique-sign%C3%A9.pdf>
126. Avenant n°12 à la convention nationale organisant les rapports entre les pharmaciens titulaires d'officine et l'assurance maladie [Internet]. [cité 20 mars 2019]. Disponible sur: <https://www.uspo.fr/wp-content/uploads/2017/11/avenant-12-sign%C3%A9-UNCAM-USPO.pdf>
127. Accompagnement des patients chroniques [Internet]. Ameli. [cité 20 mars 2019]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/pharmacien/exercice-professionnel/services-patients/accompagnement-patients-chroniques>
128. CNAM. Signature Avenant 19 à la convention nationale des pharmaciens [Internet]. Ameli.fr. 2019 [cité 6 févr 2020]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/espace-presse/communiques-et-dossiers-de-presse/les-derniers-communiques-de-la-caisse-nationale/detail-d-un-communiqué/3833.php>
129. Accueil - Observia [Internet]. Observia. [cité 10 févr 2020]. Disponible sur: <https://observia-group.com/fr/>
130. L'IA dédiée au bon usage du médicament [Internet]. Synapse Medicine. [cité 10 févr 2020]. Disponible sur: <https://synapse-medicine.com/fr/>
131. Omédit Normandie - Sécurisation du circuit des médicaments et des dispositifs médicaux en EHPAD [Internet]. [cité 25 mars 2019]. Disponible sur: <http://www.omedit-normandie.fr/media-files/5792/securisation-du-circuit-du-medicament-v2-sans-film-marie.pdf>
132. Code de la santé publique - Article R5126-108 [Internet]. Code de la santé publique. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/>
133. Code de la santé publique - Article R5126-107 [Internet]. Code de la santé publique. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/>
134. ARS Auvergne Rhône-Alpes - Guide régional - Le circuit du médicament en EHPAD - Sept 2017 [Internet]. [cité 11 mars 2019]. Disponible sur: https://www.auvergne-rhone-alpes.ars.sante.fr/system/files/2017-09/2017_Guide_circuit_medicament_EHPAD%20Mise%20%C3%A0%20jour%20Sept.%202017.pdf
135. Code de la santé publique - Article R5132-80 [Internet]. Code de la santé publique. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/>
136. Recommandations de gestion des produits de santé soumis à la chaîne du froid entre +2°C et +8°C à l'officine [Internet]. Meddispar. 2009 [cité 11 mars 2019]. Disponible sur: <http://www.meddispar.fr/Media/Files/Rubriques/Recommandations-de-gestion-des-produits-de-sante-soumis-a-la-chaine-du-froid-entre-2-C-et-8-C-a-l-officine-Decembre-2009>

137. Gestion des stupéfiants en Ehpad [Internet]. Weka. [cité 11 mars 2019]. Disponible sur: <https://www.weka.fr/action-sociale/dossier-pratique/accueil-des-personnes-agees-en-etablissement-dt56/gestion-des-stupefiants-en-ehpad-10931/>
138. Arrêté du 6 avril 2011 relatif au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse et aux médicaments dans les établissements de santé [Internet]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/>
139. Le réflexe Cycamed - Découvrez l'association Cyclamed [Internet]. Cyclamed. [cité 9 avr 2019]. Disponible sur: <https://www.cyclamed.org/cyclamed/a-propos/>
140. Le réflexe Cyclamed - Bien identifier les médicaments [Internet]. Cyclamed. [cité 9 avr 2019]. Disponible sur: <https://www.cyclamed.org/comment-trier/identification/>
141. Code de la santé publique - Article L5121-22 [Internet]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/>
142. Code de la santé publique - Article R5121-161 [Internet]. Code de la santé publique. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/>
143. Portail de signalement des événements sanitaires indésirables [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. [cité 18 févr 2020]. Disponible sur: https://signalement.social-sante.gouv.fr/psig_ihm_utilisateurs/index.html#/accueil
144. Maubourguet N. 13 mesures pour une meilleure prise en soin des résidents en EHPAD : missions, valorisation du métier de médecin coordonnateur et relations des EHPAD avec les professionnels libéraux, en vue d'améliorer la qualité de la prise en charge des résidents : rapport de mission remis à Madame Nora Berra, secrétaire d'Etat aux aînés. [Internet]. BDSP; 2009 [cité 12 oct 2019] p. 126. Disponible sur: <http://bdsp-ehesp.inist.fr/vibad/index.php?action=getRecordDetail&idt=414410>
145. ANESM - Rapport d'activité 2017 [Internet]. [cité 4 janv 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-07/anesm_rapport_activite_2017.pdf
146. Arrêté du 5 septembre 2011 relatif à la commission de coordination gériatrique mentionnée au 3° de l'article D. 312-158 du code de l'action sociale et des familles et modifiant l'arrêté du 30 décembre 2010 fixant les modèles de contrats types devant être signés par les professionnels de santé exerçant à titre libéral et intervenant au même titre dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes [Internet]. Disponible sur: <https://legifrance.gouv.fr/>
147. OMS - Education thérapeutique du patient - Programmes de formation continue pour personnel de soins - 1998 [Internet]. [cité 17 avr 2019]. Disponible sur: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/145296/E93849.pdf
148. HAS - Guide méthodologique - Structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient dans le champ des maladies chroniques - Juin 2007 [Internet]. [cité 17 avr 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/etp_-_guide_version_finale_2_pdf.pdf
149. OMS - Vaccins [Internet]. WHO. [cité 11 mars 2019]. Disponible sur: <https://www.who.int/topics/vaccines/fr/>

150. Lancement du carnet de vaccination électronique intelligent et partagé [Internet]. Mesvaccins.net. 2011 [cité 11 mars 2019]. Disponible sur: <https://www.mesvaccins.net/web/news/1414-lancement-du-carnet-de-vaccination-electronique-intelligent-et-partage-de-mesvaccins-net>
151. Dicom L. Faciliter l'accès pour tous aux Tests Rapides d'Orientation Diagnostique (TROD) pour l'angine [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2019 [cité 1 oct 2019]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/strategie-nationale-de-sante/priorite-prevention-rester-en-bonne-sante-tout-au-long-de-sa-vie-11031/priorite-prevention-les-mesures-phares-detaillees/article/faciliter-l-acces-pour-tous-aux-tests-rapides-d-orientation-diagnostique-trod>
152. Arrêté du 1er août 2016 déterminant la liste des tests, recueils et traitements de signaux biologiques qui ne constituent pas un examen de biologie médicale, les catégories de personnes pouvant les réaliser et les conditions de réalisation de certains de ces tests, recueils et traitements de signaux biologiques [Internet]. Disponible sur: <https://legifrance.gouv.fr>
153. Académie Nationale de Pharmacie - Rapport - Autotests-TROD : Rôle du pharmacien d'officine - Déc 2017 [Internet]. [cité 1 oct 2019]. Disponible sur: https://www.acadpharm.org/dos_public/Rapport_autotests_TROD_VF9_2018.03.22.pdf
154. Fondation Korian - Etude DemAsCH : Améliorer la qualité des prescriptions en maison de retraite [Internet]. Korian Foundation For Ageing Well. [cité 10 févr 2020]. Disponible sur: <https://www.fondation-korian.com/en/node/610>
155. Code de la santé publique - Article L6316-1 [Internet]. Code de la santé publique. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/>
156. Décret n° 2010-1229 du 19 octobre 2010 relatif à la télémédecine [Internet]. 2010-1229 oct 19, 2010. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/>
157. Loi n° 2013-1203 du 23 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale pour 2014 [Internet]. 2013-1203 déc 23, 2013. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/>
158. Télémédecine : qu'est-ce que la téléconsultation et la télé-expertise ? [Internet]. Pour les personnes âgées - CNSA. 2019 [cité 8 févr 2020]. Disponible sur: <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/dossiers/telemedecine-quest-ce-que-la-teleconsultation-et-la-tele-expertise>
159. Arrêté du 1er août 2018 portant approbation de l'avenant n° 6 à la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie signée le 25 août 2016 [Internet]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/>
160. DGOS - Facturation des téléconsultations et téléexpertises en établissement de santé - Décembre 2019 [Internet]. [cité 8 févr 2020]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide_facturation_tlm_en_etablissement_de_sante.pdf

ANNEXE 1 : GRILLE NATIONALE AGGIR

GRILLE NATIONALE AGGIR



IDENTIFICATION DE LA PERSONNE EXAMINÉE

Nom : _____ Prénom : _____

Numéro d'immatriculation :

Adresse : _____

Code Postal : Commune : _____

SITUATION AU REGARD DES ACTES ESSENTIELS ET ORDINAIRES DE LA VIE

VARIABLES DISCRIMINANTES - AUTONOMIE PHYSIQUE ET PSYCHIQUE	
COHÉRENCE : converser et / ou se comporter de façon sensée	
ORIENTATION : se repérer dans le temps, les moments de la journée et dans les lieux	
TOILETTE : concerne l'hygiène corporelle	Haut
	Bas
HABILLAGE : s'habiller, se déshabiller, se présenter	Haut
	Moyen
	Bas
ALIMENTATION : manger les aliments préparés	Se servir
	Manger
ÉLIMINATION : assumer l'hygiène de l'élimination urinaire et fécale	Urinaire
	Fécale
TRANSFERT : se lever, se coucher, s'asseoir	
DÉPLACEMENT À L'INTÉRIEUR : avec ou sans canne, déambulateur, fauteuil roulant...	
DÉPLACEMENT À L'EXTÉRIEUR : à partir de la porte d'entrée sans moyen de transport	
COMMUNICATION À DISTANCE : utiliser les moyens de communication, téléphone, sonnette, alarme ...	
VARIABLES ILLUSTRATIVES - AUTONOMIE DOMESTIQUE ET SOCIALE	
GESTION : gérer ses propres affaires, son budget, ses biens	
CUISINE : préparer ses repas et les conditionner pour être servis	
MÉNAGE : effectuer l'ensemble des travaux ménagers	
TRANSPORT : prendre et / ou commander un moyen de transport	
ACHATS : acquisition directe ou par correspondance	
SUIVI DU TRAITEMENT : se conformer à l'ordonnance du médecin	
ACTIVITÉS DE TEMPS LIBRE : activités sportives, culturelles, sociales, de loisirs ou de passe-temps	

- A : fait seul, totalement, habituellement, correctement
 B : fait partiellement, non habituellement, non correctement
 C : ne fait pas.

A _____, le _____

Signature et cachet du praticien

ATTENTION

Ce document doit être joint, sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la caisse primaire d'assurance maladie, à l'attestation d'incapacité à accomplir les actes ordinaires de la vie

Modèle S 2402

ANNEXE 2 : GRILLE PATHOS



Version 3 - 2003

FICHE INDIVIDUELLE Annexe 2 :

IDENTIFICATION

NOM :

Prénom :

Échelon local

Étude

Numéro

Défini par le système informatique

PATHOLOGIES Entourez, à gauche le numéro de l'état pathologique présent et cochez la case - *une seule* - du profil correspondant à cet état pathologique

ÉTATS PATHOLOGIQUES

PROFILS

Affections cardio-vasculaires

	T1	T2	P1	P2	R1	R2	CH	DG	M1	M2	S1	S0
01 Insuffisance cardiaque	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
02 Coronaropathie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03 Hypertension artérielle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04 Troubles du rythme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05 Phlébites	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
06 Embolie et thrombose artérielle, amputation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
07 Artériopathies chroniques		<input type="checkbox"/>							<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
08 Hypotension orthostatique											<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Affections neuro-psychiatriques

	T1	T2	P1	P2	R1	R2	CH	DG	M1	M2	S1	S0
09 Malaises, vertiges, P d C, chutes				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 Accidents vasculaires cérébraux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 Comitialité focale et généralisée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12 Syndrome parkinsonien					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13 Syndrome confusionnel aigu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>			

	T1	T2	P1	P2	R1	R2	CH	DG	M1	M2	S1	S0
14 Troubles chroniques du comportement				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							<input type="checkbox"/>
15 Etats dépressifs			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							<input type="checkbox"/>
16 Etats anxieux			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>
17 Psychose, délires, hallucinations	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								<input type="checkbox"/>
18 Syndrome démentiel			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Affections broncho-pulmonaires

	T1	T2	P1	P2	R1	R2	CH	DG	M1	M2	S1	S0
19 Broncho-pleuro-pneumopathies	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20 Insuffisance respiratoire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21 Embolies pulmonaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	

Pathologies infectieuses

	T1	T2	P1	P2	R1	R2	CH	DG	M1	M2	S1	S0
22 Syndromes infectieux généraux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	
23 Syndromes infectieux locaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>	
24 Infections urinaires basses								<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Affections dermatologiques

	T1	T2	P1	P2	R1	R2	CH	DG	M1	M2	S1	S0
25 Escarres								<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	
26 Autres lésions cutanées								<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	

Affections ostéo-articulaires

	T1	T2	P1	P2	R1	R2	CH	DG	M1	M2	S1	S0
27 Pathologie de la hanche	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28 Pathologie de l'épaule	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29 Pathologie vertébro-discale	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30 Autres pathologies osseuses	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31 Polyarthrite et pathologies articulaires	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Affections gastro-entérologiques

	T1	T2	P1	P2	R1	R2	CH	DG	M1	M2	S1	S0
32 Syndromes digestifs hauts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33 Syndromes abdominaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34 Affection hépatique, biliaire, pancréatique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35 Dénutrition		<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Affections endocriniennes

	T1	T2	P1	P2	R1	R2	CH	DG	M1	M2	S1	S0
36 Diabète	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>									<input type="checkbox"/>	
37 Dysthyroïdie		<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
38 Troubles de l'hydratation		<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	

Affections uro-néphrologiques

	T1	T2	P1	P2	R1	R2	CH	DG	M1	M2	S1	S0
39 Rétention urinaire		<input type="checkbox"/>							<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
40 Insuffisance rénale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41 Incontinence					<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Autres domaines

	T1	T2	P1	P2	R1	R2	CH	DG	M1	M2	S1	S0
42 Anémies	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43 Etats cancéreux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44 Hémopathies malignes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45 Syndrome inflammatoire, fièvre inexpliquée									<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46 Pathologies oculaires évolutives		<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47 Etat grabataire et troubles de la marche					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>	
48 Etat terminal									<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

	T1	T2	P1	P2	R1	R2	CH	DG	M1	M2	S1	S0
49 Autres pathologies	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

En clair

50 Aucune pathologie pertinente à retenir	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------

ANNEXE 3 : ANNEXE DE L'ARRETE DU 30 MAI 2008 FIXANT LA LISTE DU PETIT MATERIEL MEDICAL COMPRIS DANS LE FORFAIT SOINS

ANNEXE

LISTE DES DISPOSITIFS MÉDICAUX COMPRIS DANS LE TARIF AFFÉRENT AUX SOINS PRÉVU À L'ARTICLE R. 314-161 DU CODE DE L'ACTION SOCIALE ET DES FAMILLES EN APPLICATION DE L'ARTICLE R. 314-162 ET SOUS LES CONDITIONS POSÉES À L'ARTICLE L. 314-8 DU MÊME CODE
Les dispositifs médicaux cités dans la présente annexe et inscrits en outre sur la liste des produits et prestations remboursables mentionnée à l'[article L. 165-1 du code de la sécurité sociale](#) doivent respecter les spécifications techniques prévues, le cas échéant, par ladite liste.

I.-Petit matériel et fournitures médicales

Abaisse-langue sauf si le matériel est compris dans la rémunération de l'acte.
Accessoires pour électrocardiogramme sauf si le matériel est compris dans la rémunération de l'acte.
Crachoir.
Doigtier sauf si le matériel est compris dans la rémunération de l'acte.
Fil à sutures sauf si le matériel est compris dans la rémunération de l'acte.
Gant stérile sauf si le matériel est compris dans la rémunération de l'acte.
Garrot sauf si le matériel est compris dans la rémunération de l'acte.
Masque.
Bande de crêpe et de contention.
Articles pour pansements.
Dispositif médical pour autocontrôle (urine, sang).
Nutriment pour supplémentation orale et nutriment pour supplémentation entérale.
Sondes naso-gastriques ou naso-entérale.
Dispositif médical pour incontinence urinaire à l'exclusion des stomies.
Sonde vésicale pour hétérosondage intermittent.
Seringue et aiguille sauf si le matériel est compris dans la rémunération de l'acte.

II. — Matériel médical amortissable

Armoire de pharmacie.
Aspirateur à mucosité.
Chariot de soins et / ou de préparation de médicaments.
Container pour stockage des déchets médicaux.
Electrocardiographe.
Matériel nécessaire pour sutures et pansements tel que pince de Péan, pince Kocher, ciseaux.
Matériel lié au fonctionnement d'une pharmacie à usage intérieur, lorsqu'elle existe, nécessaire à l'exercice des missions définies à l'[article L. 595-2 du code de la santé publique](#).
Pèse-personne ou chaise-balance.
Pompe pour nutrition entérale.
Négatoscope.
Otoscope.
Stérilisateur.
Stéthoscope et tensiomètre y compris les tensiomètres électriques.
Table d'examen.
Thermomètre électronique.
Appareil générateur d'aérosol et nébuliseur associé.
Appareil de mesure pour glycémie.
Matériels de perfusion périphérique et leurs accessoires (pied à sérum, potence, panier de perfusion).
Béquille et canne anglaise.
Déambulateur.
Fauteuil roulant à pousser ou manuel non affecté à un résident particulier pour un handicap particulier.
Siège pouvant être adapté sur un châssis à roulettes.
Lit médical et accessoires.
Soulève-malade mécanique ou électrique.
Matelas simple, matelas ou surmatelas d'aide à la prévention d'escarres et accessoires de protection du matelas ou surmatelas.
Compresseur pour surmatelas pneumatique à pression alternée.
Coussin d'aide à la prévention d'escarres.
Chaise percée avec accoudoirs.
Appareil de verticalisation.

ANNEXE 4 : PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR CHRONIQUE CHEZ LA PERSONNE AGEÉ – OMEDIT 2018

PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR CHRONIQUE CHEZ LA PERSONNE AGEÉ

Mise à jour : Avril 2018

GENERALITES

- La douleur est fréquente chez la personne âgée et peu exprimée spontanément.
- Evaluer la douleur doit être un réflexe. Deux types d'évaluation possibles : auto-évaluation, à privilégier autant que possible (ex : EVS) et hétéro-évaluation (ex : Doloplus[®] dans la douleur chronique)¹. Aucune échelle n'est parfaite, la bonne échelle est celle que l'équipe a choisie, pour laquelle elle est formée et qu'elle pratique régulièrement, et celle que le patient comprend.
- Prévenir la douleur induite par un acte de soin².
- Identifier le mécanisme de la douleur (nociceptif, neuropathique, mixte) pour donner le traitement adapté.
- Ne pas attendre pour soulager la douleur.
- Adapter le traitement médicamenteux aux fonctions rénales, hépatiques et au poids du patient.
- Privilégier les molécules à élimination rapide et faibles effets secondaires.
- Privilégier la voie orale autant que possible.
- Débuter à posologie minimale avec adaptation lente et progressive.
- Passer d'un palier au palier supérieur si la douleur est insuffisamment soulagée à dose optimale.
- Les antalgiques de palier II et III peuvent être associés à ceux de palier I car leur action est synergique.
- Rechercher et prévenir les effets secondaires.
- Répéter et tracer l'évaluation de la douleur dans le dossier médical (informatisé) du patient.

TRAITEMENT MEDICAMENTEUX

Douleurs nociceptives

Palier I : Privilégier le paracétamol, par voie orale.

Posologie initiale : 500 mg/prise, maximum 3 g/jour (jusqu'à 1 g toutes les 8 heures).

⚠ Attention aux associations contenant du paracétamol pour le calcul de la dose journalière.

Si insuffisamment efficace, passer au palier II.

Palier II : Privilégier les associations :

→ 1[°] intention : paracétamol (400 mg) + codéine (20 mg) (ex : Codoliprane[®]) : 1 prise toutes les 6 à 8h.

Ou paracétamol (300 mg) + opium (10 mg) + caféine (30 mg) (Lamaline[®]) : 1 à 2 gélules par prise toutes 4 à 8h. Ne pas dépasser 10 gélules par 24h.

→ 2[°] intention : paracétamol (325 mg) + tramadol (37,5 mg) (ex : Ixprim[®]) : 1 comprimé toutes les 6 à 8h.

Si clairance de la créatinine entre 10 et 30 ml/min (Cockcroft), espacer les prises toutes les 12h, si <10 ml/min (Cockcroft) usage non recommandé.

⚠ Ne pas dépasser 4 g de paracétamol par 24h.

Si insuffisamment efficace, passer au palier III.

Palier III : L'initiation doit se faire en débutant par des posologies faibles, puis en les augmentant progressivement si nécessaire :

→ Morphinique LI solution buvable PO (ex : Oramorph[®]) : titration de 2,5 à 5 mg toutes les 4 à 6h, soit 10 à 30 mg/24h. (forme à privilégier)

→ Morphinique LI PO (ex : Actiskenan[®]) : titration de 5 mg toutes les 6h.

→ Oxycodone LI PO (ex : Oxynorm[®]) : titration de 5 mg toutes les 4 à 6h. (à privilégier dans les douleurs mixtes)

→ Morphinique LP PO (ex : Skenan[®]) : en entretien de 20 à 30 mg par 24h, espacer les prises de 12h.

→ Oxycodone LP PO (ex : Oxycontin[®]) : en entretien à 5 mg toutes les 12h. (à privilégier dans les douleurs mixtes)

→ Fentanyl transdermique (ex : Durogesic) : 12 µg/h toutes les 72h (non remboursé hors douleurs cancéreuses).

Prévenir systématiquement la constipation et penser à rechercher les autres effets indésirables (rétention urinaire, nausées, confusion...).

EVS : Echelle verbale simple

LI : Libération immédiate

LP : Libération prolongée

PO : Per os

Douleurs neuropathiques

Le questionnaire DN4 permet le dépistage et l'aide au diagnostic de ce type de douleurs chez le patient communicant. Chez le non-communicant l'allodynie est un bon signe pour repérer ce type de douleurs.

Plusieurs thérapeutiques sont indiquées, le choix entre ces différentes molécules sera fonction du contexte, des comorbidités, de leur sécurité d'emploi et de leur coût :

- Gabapentine PO (antiépileptique) : Débuter par 100 mg 1 à 3 fois par jour pendant 3 jours, augmenter ensuite si besoin la posologie par palier de 100 à 300 mg tous les 3 à 5 jours.
- Prégabaline PO (antiépileptique) : Débuter par 25 mg 1 à 2 fois par jour pendant 15 jours, augmenter ensuite si besoin la posologie par palier de 25 mg tous les 3 à 7 jours jusqu'à 150 mg 2 fois par jour au maximum.
- Amitriptyline PO solution buvable (antidépresseur tricyclique) : Débuter par 3 à 5 gouttes au coucher, augmenter ensuite si besoin jusqu'à 15 gouttes au maximum. (AMM exclusivement pour le traitement des douleurs neuropathiques périphériques)
- Duloxétine PO (antidépresseur IRSNA) : Débuter par 30 mg par jour pendant 15 à 30 jours puis 60 mg par jour. Possibilité d'augmenter la posologie jusqu'à 120 mg par jour. (AMM exclusivement pour le traitement des douleurs neuropathiques diabétiques périphériques)

D'autres thérapeutiques sont utilisables, se reporter à la fiche OMÉDIT Centre-Val de Loire « Traitement des douleurs neuropathiques chez l'adulte »² en veillant à adapter les posologies au sujet âgé.

Les posologies sont à adapter à la fonction rénale du patient (se référer aux RCP).

Les antidépresseurs tricycliques sont à utiliser très prudemment chez le sujet âgé.

En cas d'échec ou d'efficacité insuffisante, substituer le traitement ou l'associer en bithérapie avec une classe thérapeutique différente. Solliciter un avis spécialisé en cas d'échec des traitements de 1^{er} et 2^{er} intention.

Douleurs induites par les soins

Evaluer la douleur avant, pendant et après le soin.

Rassurer et privilégier le confort.

Des traitements médicamenteux sont souvent nécessaires et viennent compléter ces mesures. Leur administration doit être anticipée en tenant compte de leur délai d'action, de l'heure et de la durée du soin.

Tracer le traitement donné et l'évaluation de la douleur.

Se reporter à la fiche OMÉDIT Centre-Val de Loire « Prévention de la douleur induite par les soins chez l'adulte »³

JUGER DE L'EFFICACITE DU TRAITEMENT

Utiliser la même échelle d'évaluation de la douleur que celle employée lors de l'évaluation initiale.

Répéter et tracer l'évaluation de la douleur dans le dossier médical (informatisé) du patient.

EN CAS D'INEFFICACITE

Se demander si :

Le traitement a été pris / correctement pris.

Le mécanisme de la douleur a bien été identifié.

Le niveau antalgique utilisé est suffisant.

Le moment d'administration par rapport au délai d'action du médicament et au soin a bien été respecté.

La forme galénique est adaptée et administrée selon les bonnes modalités (ex : forme LP mâchée ou broyée, patch décollé par la douche ou la sudation, absorption accélérée par l'hyperthermie...).

SOURCES DOCUMENTAIRES

Résumés des Caractéristiques du Produit (RCP) sur <http://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr/>, consulté en février 2018

Guide de bon usage du médicament en gériatrie. APS Lorraine, 2015

CNRD – Centre National de Ressources de lutte contre la Douleur. <http://www.cnrdf.fr/>, consulté en février 2018

Programme MobilQual – Société Française de Gériatrie et Gériatologie, 2013

Fiche de bon usage « Antalgie et sujet âgé en pratique », COMED CHRU de Tours, 2012

¹Fiche de bonne pratique & bon usage « Evaluation de la douleur chez l'adulte : quelle échelle utiliser ? », OMÉDIT Centre-Val de Loire, 2016

²Fiche de bonne pratique & bon usage « Traitement des douleurs neuropathiques chez l'adulte », OMÉDIT Centre-Val de Loire, 2015

³Fiche de bonne pratique & bon usage « Prévention de la douleur induite par les soins chez l'adulte », OMÉDIT Centre-Val de Loire, 2012

ANNEXE 5 : PREVENTION DE LA DOULEUR INDUITE PAR LES SOINS CHEZ LE PATIENT ADULTE – OMEDIT 2012

Observatoire des Médicaments, des Dispositifs médicaux et des Innovation thérapeutiques – région Centre - OMÉDIT -		
COMMISSION DOULEUR	Prévention de la douleur induite par les soins chez le patient adulte	Date de rédaction : mai 2012 Validation Comité Stratégique : 20 juin 2012

OBJECTIFS

Cette fiche a pour objectif la prévention de la douleur induite par les soins chez un patient adulte, non substitué pour toxicomanie.

Un soin peut être un acte douloureux, une prophylaxie analgésique adaptée doit donc être instaurée pour chaque patient.

Le choix du médicament antalgique dépend de la durée estimée du soin et du degré supposé de douleur induite, indépendamment du traitement de fond.

L'évaluation de la douleur de tout soin doit être tracée (avant, pendant et après le soin) afin de prévoir la prise en charge analgésique du prochain soin.

Antalgique de palier I <i>EN 1 à 3 ^(*)</i>	Paracétamol
Antalgique de palier II <i>EN 4 à 6 ^(*)</i>	Néfopam
	Codéine + paracétamol
	Tramadol +/- paracétamol
Antalgique de palier III <i>EN 7 à 10 ^(*)</i>	Paracétamol + opium + caféine
	Morphine
	Oxycodone
	Fentanyl

Il est possible d'utiliser ces produits seuls ou en association :

- Palier I et II
- Palier I et III

^(*) : EN = échelle numérique de la douleur

Il convient d'adapter ce tableau aux autres échelles d'évaluation de la douleur

MISES EN GARDE

Attention

Le fentanyl par voie

- nasale
- orale transmuqueuse
- sublinguale ou gingivale

a pour seule indication l'accès douloureux paroxystique chez les patients présentant des douleurs chroniques d'origine cancéreuse, en complément d'un traitement de fond utilisant des morphiniques.

A la fin du soin, il est impératif d'évaluer la capacité du patient à rentrer chez lui en toute sécurité.

ANNEXE 6 : GUIDE D'ACCOMPAGNEMENT DES PATIENTS : LE BILAN PARTAGE DE MEDICATION CHEZ LE PATIENT AGE POLYMEDIQUE

Annexe II.7

GUIDE D'ACCOMPAGNEMENT DES PATIENTS LE BILAN PARTAGE DE MEDICATION CHEZ LE PATIENT AGE POLYMEDIQUE

Ce guide, validé par la HAS, est conçu pour vous aider à appréhender au mieux la conduite des entretiens pharmaceutiques dans le cadre du bilan partagé de médication.

Pourquoi accompagner vos patients âgés polymédiqués avec le bilan partagé de médication

La prévalence des maladies chroniques augmente régulièrement en raison de l'allongement de l'espérance de vie. La population qui apparaît comme la plus exposée à la situation de polyopathie, est celle des personnes de plus de 65 ans reconnues en affection de longue durée et celles de plus de 75 ans, âge à partir duquel la présence simultanée d'au moins 2 maladies chroniques est très fréquente.

Cette population en croissance, représente un peu plus de 9 millions d'individus. Parmi eux, 3,9 millions sont considérés comme particulièrement exposés aux risques liés à la polymédication du fait de leur polyopathie, au sens où au moins cinq traitements chroniques différents leur sont prescrits (5 DCI ou 5 principes actifs différents). Ce risque peut être augmenté en cas de multiplicité de prescripteurs, situation induisant fréquemment des interactions médicamenteuses.

La polymédication des personnes âgées si elle se justifie par l'incidence plus importante des pathologies à partir d'un certain âge, pose un certain nombre de difficultés du fait du risque iatrogénique accru par la vulnérabilité plus aigüe de cette population aux effets indésirables des médicaments.

La iatrogénie, défini par l'OMS comme *toute réaction nocive et non recherchée à un médicament survenant à des doses utilisées chez l'homme à des fins de prophylaxie, de diagnostic et de traitement*, peut être due à des effets indésirables évitables mais aussi non évitables. Elle est responsable d'environ 7 500 décès par an et de 3,4 % des hospitalisations chez les patients de 65 ans et plus.

Le bilan partagé de médication est fondamental dans la lutte contre la iatrogénie. Dans ce cadre, la prise en charge de vos patients âgés polymédiqués doit être un processus continu mettant en œuvre l'information, le dialogue, l'évaluation et le suivi des traitements, en coordination avec le médecin traitant. En optimisant le suivi des traitements pris par ces patients, de nombreux événements indésirables pourraient être évités.

2 CP

Outre, la réduction du risque iatrogénique, la mise en place du bilan partagé de médication vous permettra de :

- Répondre aux interrogations de vos patients sur leurs traitements et leurs effets
- Aider vos patients dans l'appropriation et l'adhésion à leur(s) traitement(s)
- Optimiser les prises de médicaments

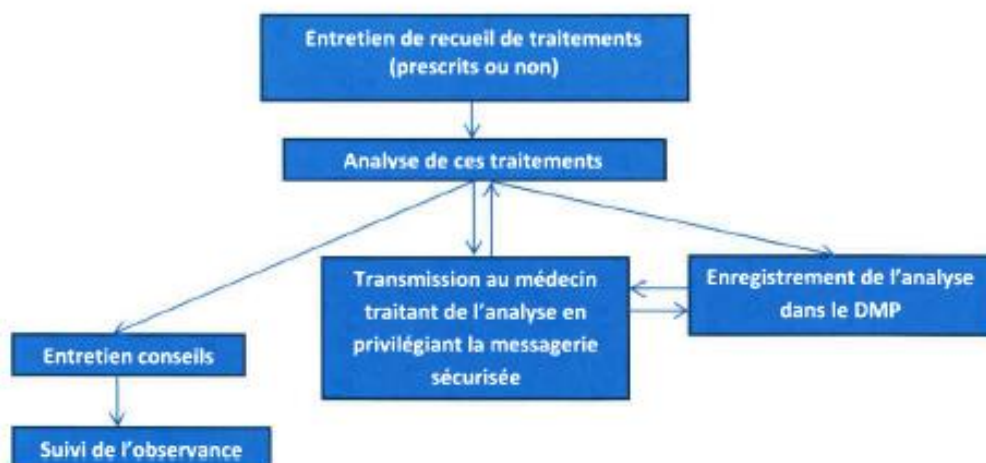
La mise en œuvre du bilan partagé de médication répond à un processus formalisé et axé autour des actions suivantes :

- l'évaluation de l'observance et de la tolérance du traitement,
- l'identification des interactions médicamenteuses,
- le rappel des conditions de prise et de bon usage des traitements
- l'information du médecin traitant.

Le bilan partagé de médication doit vous permettre de recueillir et d'analyser les traitements (pris ou susceptibles de l'être) et de formaliser des conclusions pour votre patient et son médecin traitant.

Les modalités de cet accompagnement

Ce bilan partagé est un accompagnement structuré du patient qui se déroule en plusieurs étapes :



La première année :

- un entretien de recueil d'information au cours duquel :
 - o vous expliquerez au patient l'objectif du bilan partagé de médication et son intérêt dans le cadre de l'amélioration de sa prise en charge en lien avec son médecin traitant ;
 - o vous procéderez au recensement de l'ensemble des traitements prescrits ou non ;
 - o vous vous appuyerez sur la consultation du DP et de votre dossier patient pour compléter le recueil d'information. Vous pourrez également, en accord avec le

2

6n

patient¹, prendre l'attache de ses proches ou aidants. Par ailleurs, et comme vous y autorise l'arrêté du 28/11/2016 relatif aux règles de bonnes pratiques de dispensation des médicaments, vous pourrez recueillir dans le dossier médical partagé s'il existe mais également auprès du patient et/ou du prescripteur les résultats des analyses biologiques, les états physiopathologiques, les antécédents pathologiques, le diagnostic établi par le médecin ;

- l'analyse des traitements du patient est effectuée à partir de l'ensemble des traitements recensés lors de l'entretien de recueil. Le pharmacien la réalise en dehors de la présence du patient. Il formalise ses conclusions et recommandations qui devront être intégrées au dossier médical partagé du patient et transmises au médecin traitant si cela est possible par messagerie sécurisée de santé aux fins d'obtenir l'avis de ce dernier sur les recommandations susceptibles d'impacter ses prescriptions ;
- un entretien « conseil » au cours duquel le pharmacien fait part au patient des conclusions de son analyse et le cas échéant de l'échange intervenu avec son médecin traitant. Le pharmacien délivre au patient les conseils adaptés en termes de prise des traitements et de bon usage des médicaments, notamment, et l'invite à consulter son médecin traitant lorsque l'adaptation des traitements est validée par ce dernier.
- Le suivi de l'observance des traitements.

Les années suivantes :

- En cas de prescription d'un ou plusieurs nouveaux traitements, le pharmacien procède :
 - o à l'actualisation de l'analyse initiale
 - o organise un entretien « conseil » sur le même mode que celui mis en œuvre la première année
 - o assure le suivi de l'observance
- En cas de continuité des traitements, le pharmacien procède à au moins deux suivis de l'observance.

Lors du recrutement du patient, vous lui demanderez d'apporter ses ordonnances et le cas échéant, les traitements qu'il prend, ainsi que les éventuels résultats d'analyses biologiques et le / les diagnostics établis par le prescripteur en prévision de l'entretien de recueil d'information. La remise d'une fiche recensant l'ensemble des éléments à ramener est conseillé.

¹ Il vous est conseillé de formaliser le recueil de l'accord du patient.

2. 60

1. Points à aborder lors de l'entretien de recueil des informations

Lors de l'entretien de recueil, l'état du patient, ses ordonnances et les traitements qu'il prend par lui-même seront les principaux points abordés. Afin de vous aider dans cette tâche, un guide d'entretien (ci-dessous) ainsi qu'une fiche de recueil ont été réalisés.

a. Informations générales du patient

- Nom et prénom
- Age
- Numéro de sécurité sociale
- Régime d'affiliation
- Adresse
- Poids
- Coordonnées du médecin traitant

b. S'intéresser au patient

Ses habitudes de vie : elles sont importantes :

- pour la prise de médicaments car certains médicaments doivent être pris au cours d'un repas et d'autres à l'inverse à distance.
- pour déceler les patients âgés dénutris et déshydratés, ce qui impacte fortement l'état général de la personne âgée mais aussi les effets des médicaments.

Le mode de vie permet aussi de cerner les besoins des patients, notamment en termes d'aide à domicile ou autre...

Son état physiologique : Les insuffisances rénales et hépatiques peuvent modifier la biodisponibilité et donc impacter l'efficacité et la tolérance des médicaments. L'attention des patients doit être attirée sur les situations cliniques possiblement associées à une fonction rénale altérée (hypovolémie, déshydratation, diarrhée, associations médicamenteuses).

Certains problèmes physiologiques tels que des problèmes de déglutition, une vision altérée ou encore des douleurs articulaires peuvent empêcher certains patients de prendre leurs médicaments. Il est donc important de repérer ces problèmes afin d'améliorer l'observance. De plus, il est important de noter les éventuelles allergies du patient.

c. S'intéresser aux médicaments

Le recueil des médicaments : Il est important de recueillir l'ensemble des médicaments prescrits ou non à un patient car le bilan partagé de médication doit être exhaustif pour être le plus pertinent possible.

La connaissance des médicaments : un patient qui connaît ses médicaments c'est-à-dire qui sait pourquoi il les prend et les conséquences sur sa santé, est un patient plus observant et ayant une meilleure adhésion à ses traitements.

Il est aussi important pour le patient de bien connaître les effets des médicaments et notamment les effets indésirables car ils peuvent entraîner des problèmes d'observance et donc avoir des

2. 

conséquences très néfastes pour le patient. Les éventuelles modifications de traitements par le prescripteur sont de bons indicateurs de traitements non optimisés, soit en termes d'efficacité, soit en termes d'effets indésirables. Vous pouvez, en outre, aider le patient à lutter contre ces derniers.

L'analyse des prises des médicaments : Cette analyse vous permettra de repérer les problèmes d'observance (via notamment le questionnaire de Morisky), les ruptures de traitements, les problèmes liés à la forme galénique et la nécessité d'une aide à la prise de médicaments.

2. L'analyse des traitements

Dans un premier temps il s'agit de vérifier sur la base des éléments en votre possession les posologies et les contre-indications de chaque médicament. Dans un second temps, votre logiciel métier vous permettra de vérifier toutes les interactions médicamenteuses en indiquant tous les médicaments que prend le patient (prescrits ou non).

Ensuite le Score de Morisky vous permettra d'évaluer l'observance globale aux traitements du patient (prescrits). Chaque réponse positive vaut un point. L'observance est appréciée comme suit :

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

Au vu des éléments recueillis lors de l'entretien de recueil et de l'analyse précédemment réalisée, vous pourrez préconiser des changements avec notamment des modifications de forme galénique, une alerte sur la rupture de consommations de certains médicaments, une mauvaise observance, la survenue d'effets indésirables...

Le pharmacien complètera en conséquence la fiche de transmission avant de l'envoyer au médecin traitant, si possible via la messagerie sécurisée, et de l'enregistrer dans le DMP.

Le cas échéant, vous échangerez avec le médecin traitant sur les éléments du bilan partagé de médication.

3. Points à aborder lors de l'entretien « conseil » avec le patient

L'entretien conseil est un moment dédié où le pharmacien pourra expliquer au patient l'analyse réalisée et lui remettre un plan de posologie avec des conseils hygiéno-diététiques et des conseils afin d'optimiser l'observance.

A cet effet, un plan de posologie, avec des conseils associés à chaque produit ainsi que des remarques spécifiques concernant les produits pris en sus des médicaments prescrits, sera remis au patient.

4. Le suivi de l'adhésion au traitement

- a. Les stratégies efficaces pour améliorer l'observance thérapeutique d'un patient âgé

Ces stratégies qui sont développées tout au long du bilan partagé de médication sont les suivantes :

2. CB

- Améliorer les connaissances du patient vis-à-vis de son traitement, ses capacités à gérer son traitement et sa capacité à faire face à son traitement et à sa maladie (empowerment), en lui apportant de l'information et du conseil sur son traitement et sa maladie, et en le motivant.
- Adapter au mieux la thérapeutique au patient (voie d'administration, galénique, nombre de prises journalières), en collaboration avec le médecin traitant.
- Améliorer la gestion des traitements par le patient (plan de posologie, agenda, carnet de suivi, pilulier).
- Rechercher systématiquement le besoin d'aide à l'autogestion des médicaments par le patient, et informer le médecin, le patient, voire son entourage (en accord avec le patient).
- Renforcer la confiance et la qualité de communication patient/pharmacien/médecin autour des traitements

b. Point à aborder lors des suivis de l'observance

Dans le cadre des suivis de l'observance un suivi de l'observance des traitements pourra être réalisé via le questionnaire de Morisky. Il vous permettra d'évaluer l'observance du patient à ces traitements (prescrits), notamment ceux particulièrement à risque (AVK, AOD, diurétiques, IEC, AINS, benzodiazépines, et les médicaments aux propriétés anticholinergiques dont les neuroleptiques). Chaque réponse positive vaut un point. L'observance est appréciée comme suit :

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

En fonction du résultat, vous devrez adapter le suivi (notamment en recentrant le questionnaire sur les traitements qui nécessiteraient un suivi plus appuyé) en fonction des stratégies précitées.

Une attention particulière sera portée à certains médicaments pour lesquels lors des entretiens précédents un problème d'adhésion au traitement aura été mis en évidence.

Lors de ces entretiens, vous pourrez aussi vérifier que le prescripteur a bien tenu compte des propositions de modifications, de forme galénique par exemple. Vous pourrez en mesurer l'impact sur la prise des médicaments par le patient.

?

CR

LES FICHES DE SUIVI PATIENTS : BILAN PARTAGE DE MEDICATION

Ces fiches de suivi, élaborées à partir des documents de référence établis par la HAS et de nombreux exemples de conciliation médicamenteuse réalisée par les ARS, les OMEDIT ou les établissements hospitaliers, abordent l'ensemble des points qui apparaissent incontournables pour la réalisation du bilan partagé de médication. Ces fiches constituent également, un support du suivi du patient qu'il conviendra de conserver afin de réaliser chaque étape du bilan partagé de médication.

Lors de l'entretien de recueil, à chaque question posée, complétez si nécessaire avec des explications la fiche de recueil. Lors de l'analyse des traitements, complétez la fiche d'analyse avec vos remarques et commentaires, puis transmettez là au médecin traitant et enrichissez le DMP avec. Complétez ensuite le plan de posologie lors de l'entretien conseil.

Fréquence des entretiens

La convention prévoit un entretien de recueil puis une analyse des traitements prescrits ou non, puis un entretien conseil, suivi de l'évaluation de l'observance. Le pharmacien planifiera les entretiens en tenant compte du temps qu'il lui sera nécessaire pour analyser les traitements.

2 CB

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

Date : 8

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

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

2
60

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

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

9
CP

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

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

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

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

Autres éléments :

2
97

Date :

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

Analyse des (2/2) traitements

Score de Morisky (bonne observance, mauvaise observance ou non observance à détailler selon les traitements concernés) :

Recommandations générales liées à l'état du patient :

Alertes liées aux ruptures de soins:

Alertes vis-à-vis de l'entourage :



CP

Date :

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

Plan de prise / posologie des médicaments prescrits

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

Recommandations concernant les médicaments non prescrits :

2.

GD

Date :

Suivi de l'observance – questionnaire de MORISKY

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

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

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

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

Recommandations générales liées à l'état du patient :



ANNEXE 7 : QUESTIONNAIRE D'ÉVALUATION DE L'OBSERVANCE ASSURANCE MALADIE



Questionnaire d'évaluation de l'observance

ACCOMPAGNEMENT PHARMACEUTIQUE



Pensez à conserver ce document. Il est essentiel à l'attribution de votre rémunération.

Les questions qui suivent permettent d'évaluer le degré d'observance du traitement prescrit et ainsi de mieux identifier les contraintes liées au traitement afin de pouvoir en discuter avec votre patient.

Nom du patient : Date : ... / ... / ... **oui** **non**

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1 Ce matin, avez-vous oublié de prendre votre médicament ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2 Depuis la dernière consultation, avez-vous été en panne de médicament ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3 Vous est-il arrivé de prendre votre traitement avec retard par rapport à l'heure habituelle ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4 Vous est-il arrivé de ne pas prendre votre traitement parce que, certains jours, votre mémoire vous fait défaut ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5 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 ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6 Pensez-vous que vous avez trop de comprimés à prendre ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Compter un point par réponse notée « non » :

- bonne observance : score = 6
- faible observance : score 4 ou 5
- non-observance : score < = 3

Source : Girerd X, Hanon O, Anagnostopoulos K. Évaluation de l'observance du traitement anti-hypertenseur par un questionnaire : mise au point et utilisation dans un service spécialisé. Presse médicale. 2001 ; 30 : 1044-48.

06-20-16-studio-graphique-2015195

ANNEXE 8 : EXTRAIT DU BULLETIN N°71 D'OCTOBRE 2016 DE L'ANSM

Attention aux confusions de noms

Les confusions ou risque de confusion entre noms de médicaments, entre noms de médicaments et compléments alimentaires ou dispositifs médicaux, ou entre dénominations communes internationales (DCI), font l'objet de signalements auprès de l'ANSM. Ces confusions peuvent s'accompagner d'effets indésirables, parfois graves.

L'ANSM souhaite attirer l'attention en particulier sur le **risque de confusion entre Previscan® (fluindione, antithrombotique) et Permixon® (serenoa repens, indiqué dans les troubles mictionnels modérés liés à l'hypertrophie bénigne de la prostate)**. Plusieurs signalements d'erreur de délivrance entre ces deux spécialités ont été rapportés. Elles sont survenues dans un contexte de délivrance sur la base d'ordonnances manuscrites. Ces erreurs peuvent induire des manifestations hémorragiques graves dont certaines ont eu une issue fatale.

Une attention particulière est donc nécessaire:

- ◆ lors de la prescription: une écriture claire et lisible permet au pharmacien et au patient d'éviter des erreurs de lecture,
- ◆ lors de la dispensation: une vigilance accrue lors de l'analyse de l'ordonnance et de la sélection des médicaments permet d'éviter les erreurs,
- ◆ lors du stockage des médicaments: lorsque cela est possible, prendre en compte le risque de confusion des médicaments ayant un nom de spécialité ou une DCI proches.

Nathalie GRENÉ-LEROUGE, LAURE DAVAL
erreur.medicamenteuse@ansm.sante.fr

LISTE DES CONFUSIONS DE NOMS

Ensemble des confusions déclarées depuis mars 2005

- **En gras sur fond vert**, les confusions rapportées entre le 01/10/2014 et le 01/10/2016

A

ABILIFY® et ALIBI®
ACEBUTOLOL-AMIODARONE (confusion entre DCI)
ACTISKENAN® et SKENANT®
ADANCOR® et ANDROCUR®
ADRENALINE® et NORADRENALINE® (confusion entre DCI)
ADVAGRAF® et PROGRAF®
ADVILTAB® et ADVILCAPS®
AIROMIR® et INNOVAIR®

ALFASTIN® et UN-ALFA®

AMIODARONE® et AMLODIPINE
AMYCOR® et CLAMYCOR®
AMYCOR® et OMACOR®
ANGELIQ® et ARKOGELULES ANGELIQUE®
ANSATIPINE® et ASASANTINE L.P®
ARGANOVA® et ORGARAN®
ATARAX® et AGYRAX®
ATARAX® et AZANTAC®
AVANDAMET® et AVODART®
AZILECT® et ARICEPT®

B

BRISTOPEN® et BRISTAMOX®

C

CALTRATE et CALCIPRAT
CARTREX® et CARVEDILOL

CELIPROLOL et ACEBUTOLOL (confusion entre DCI)

CEFTRIAZONE et CEFOTAXIME (confusion de DCI)

CERUBIDINE® et CERULYSE®

CIFLOX® et CIBLOR®

CIFLOX® et OFLOCET®

CIPROFLOXACINE et OFLOXACINE (confusion de DCI)

CITALOPRAM® et CIPRALAN®

CLARADOL® et CLARADOL CAFEINE®

CLORAZEPATE DIPOTASSIQUE et CLONAZEPAM (confusion entre DCI)

CLOZAPINE et OLANZAPINE (confusion entre DCI)

CONTRAMAL® et COLTRAMYL®

COOLMETEC® et OLMÉTÉC®

CORGARD® ET COZAAR®

CORTANCYL® et COLTRAMYL® (générique)

COUMADINE® et CORTANCYL®

Erreurs médicamenteuses

Erreurs médicamenteuses

COVERSYL® et CORTANCYL®
COVERSYL® et CORVASAL®
COZAAR® et HYZAAR®

D
DAFLON® et DAFALGAN®
DALACINE® et DOLENIO®
DEPAKINE® et DEPAMIDE®
DEPAKINE CHRONO® et DEPAKOTE®
DIAZEPAM® et DIASIP® (complément alimentaire)
DIMETHYL FUMARATE et FER FUMARATE
DI-HYDAN® et DITROPAN®
DUPHASTON® et DUSPATALIN®
DOBUTAMINE et DOPAMINE (confusion entre DCI)

E
EDEX® et EPREX®
EPITOMAX® et ZITHROMAX®
EPREX® ET METOJECT®
ESCITALOPRAM ET ESOMEPRAZOLE (confusion entre DCI)
ESPERAL® et HEPSERA®
EUCREAS® et CREON®
EXVIERA® et VIEKIRAX®
EZETROL® et LETROZOLE

F
FELODIPINE et INDAPAMIDE (confusion entre DCI)
FEMIBION® (complément alimentaire) et PERMIXON®
FERINJECT® (carboxymaltose ferrique) et FER INJECTABLE (hydroxyde ferrique-saccharose)
FLXOTIDE® et SERETIDE®

FLUDROCORTISONE et HYDROCORTISONE (confusion entre DCI)
FLUIDIONE - FLORIDINE (complément alimentaire)
FORTZAAR®, COZAAR® et HYZAAR®
FUMAFER® et FEMARA®

G
GENESERINE® et GENESERVICE® grossesse (voir bulletin n° 27) (complément alimentaire)
GEVATRAN® et VERATRAN®
GYDRELLE® et GYDRELLE PHYTO® (complément alimentaire)
GLIBENCLAMIDE GLICLAZIDE (DCI)

H
HALDOL DECANOAS® et HALDOL®
Hydrochlorothiazide et Hydroxyzine
HYPERIUM® et HEPT A MYL®
HYPERIUM® et HYPERICUM®
HYPNOMIDATE® et HYPNOVEL®

I
ISOPTO PILOCARPINE® et ISOPTO-HOMATROPINE®

K
KALEORID® et Kayexalate®
KETOTIFENE et KETOPROFENE
KIVEXA® et KALETRA®
KREDEX® et ESIDREX®

L
LAMICTAL® et LAMISIL®
LAMICTAL® et LARGACTIL®

LAMOTRIGINE® et LAMISIL®
LAMOTRIGINE et LARGACTIL®
LARGACTIL® et LAROXYL®
LAROXYL® et LORAMYC®
LEVOFLOXACINE et LEVETIRACETAM (confusion entre DCI)
LEVOTHYROX® et LEVOTONINE®
LEXOMIL® et LAMISIL®
LEXOMIL® et TEXODIL®
LOGIMAX® et LOGIFLOX®
LUTENYL® et LUTERAN®

M
MANIDIPINE et MEMANTINE (confusion entre DCI)
MEBEVERINE et MEMANTINE (confusion entre DCI)
METHOTREXATE® et METEOXANE®
METHOTREXATE® et METHYLPREDNISOLONE®
MIFLASON® et MIFLONIL®
MIOREL® et MOVICOL®
MIZOLLEN® et MYSOLINE®
MOCLAMINE® et MODAMIDE®
MODANE® et MODAMIDE®
MONICOR® et MOVICOL®
MONOPROST® et MONOSEPT®
MOVICOL® et MOVIPREP®
MONO TILDIEM® et MONOCRIXO®
MYDIATICUM® et HYDRACUR® (complément alimentaire)

Erreurs médicamenteuses

N
NEODEX® (médicament en ATU) et NODEX® adultes
NEULASTA® et NEUPOGEN®
NICORANDIL et NICARDIPINE (confusion entre DCI)
NIDREL® et NICORANDIL
NIFEDIPINE et NITRENDIPINE (confusion entre DCI)
NISISCO® et NISIS®
NORDAZ® (générique) et NORSET®
NOVATREX® et NOLVADEX®

O
OCTAFIX® et OCTANATE®
OCTALBINE® et OCTAGAM®
OCTAPLEX® et OCTAGAM®
OCTAPLEX® et VIALEBEX®
OFLOCET® et ORELOX®
OFLOXACINE et OXACILLINE
OLMETEC® et OMEXEL®
OXYCONTIN® et MOSCONTIN®
OXYCONTIN® et OXYNORM®
OXYCONTIN® et OXYNORMORO®

P
PARALYOC® et PROXALYOC®
PAROXETINE et FLUOXETINE (confusion entre DCI)
PHOSPHOSORB® et PHOSPHONEUROS®
POLARAMINE® et POLERY®
POLYDEXA® et POLYFRA®
PRAZEPAM-LORAZEPAM (confusion entre DCI)

PREDNISONE et PREDNISOLONE (confusion entre DCI)
PRETERAX® et REPEVAX®
PREVISCAN® et PERMIXON®
PREVISCAN® et PRESERVISION®
PROSTINE VR® et PROSTINE E2®
PROSTINE® et PROSTIGMINE®
PRIMPERAN® et PRIMALAN
PRITOR® et PRITORPLUS®

R
RECTOGESIC® et DUROGESIC®
REFRESH® et RepHesh® (dispositif médical)
REMINYL® et AMAREL®
REPAGLINIDE et RILMENDINE (confusion entre DCI)
REPAGLINIDE et RISPERIDONE (confusion entre DCI)
RHINOFLUIMUCIL® et RHINOTROPHYL®
RIFINAH® et RIFAMPICINE
ROTARIX® et REVAXIS®
RIVOTRIL® ET RITALINE®

S
SABRIL® et SEEBRI BREEZHALER®
SALBUMOL® et SALBUTAMOL
SANDOSTATINE® et SOMATOSTATINE
SANDOSTATINE L.P.® et SOMATULINE L.P.®
SEDACOLLYRE CETHEXONIUM® et SEDACOLLYRE, collyre®
SERETIDE® et SEREVENT®

SEROPLEX® et SEROPRAM®
SEROPLEX® et SERESTA®
SIBELIUM® et SILETTUM®
SILODYX® et STILNOX®
SPASFON® et STABLON®
STABLON® et STALEVO®
SUFENTA® et FENTANYL

T
TAHOR® et TAREG®
TAMOXIFENE-TERBINAFINE (confusion entre DCI)
TAVANIC® et TA ZOCILLINE®
TECFIDERA® et TELFAST®
TEMERIT® et TEMESTA®
TERALITHE® et TEGRETOL®
TOBREX® et TOBRADEX®
TIORFAN® et TRIFLUCAN®
TRACUTIL® et TRACRIUM®
TRAMADOL® et TRANXENE®
TRILEPTAL® et TIAPRIDAL®
TRIVASTAL® et TRIATEC®
TUSSIDANE® et TUSSISEDAL®

V
VALDOXAN® et VALSARTAN
VALIUM® et VALINOR®
VIDEX® et VI-DE®
VOGALENE® et VOLTARENE®
VOLTARENE® et VOLTARENDOLO®

W

WYTENS® et WYSTAMM®

X

XATRAL LP® et XATRAL®

XATRAL LP® et XARELTO®

XELODA® et XELEVIA®

Z

ZYLORIC® et ZYVOXID®

ZINNAT® et ZECLAR®

Zopiclone ET Zolpidem

ZOVIRAX® et ZITHROMAX®

ZYPREXA® et ZANEXTRA®

Enfin, il existe également de nombreux risques de confusion entre les dénominations communes internationales des céphalosporines.

Autres actualités sur les erreurs médicamenteuses

- Duloxétine Mylan 30 mg et 60 mg : modification de la couleur des gélules (06/09/2016)

Erreurs médicamenteuses


Comment déclarer une erreur médicamenteuse ?

Les professionnels de santé doivent déclarer immédiatement tout effet indésirable suspecté d'être dû à un médicament dont ils ont connaissance au centre régional de pharmacovigilance (CRPV) dont ils dépendent géographiquement. Les patients et les associations agréées de patients peuvent également signaler tout effet indésirable à leur CRPV.

Une erreur médicamenteuse n'ayant pas entraîné d'effet indésirable, une erreur potentielle ou un risque d'erreur médicamenteuse est déclaré directement à l'ANSM.


Pour plus d'information, consultez la rubrique « Déclarer un effet indésirable » sur le site Internet de l'ANSM ou « Déclaration des erreurs médicamenteuses : mode d'emploi », Bulletin n°65 (23/04/2015).

ANNEXE 9 : PROMOTION DES TROD GRIPPE, EXPERIMENTATION REGIONALE ARS NOUVELLE AQUITAINE



Agence Régionale de Santé
Nouvelle-Aquitaine

Expérimentation régionale




promotion des TROD grippe en EHPAD

Les résidents des établissements d'hébergement pour personnes âgées EHPAD sont particulièrement vulnérables à la grippe, et le mode d'hébergement collectif rend difficile la gestion du risque épidémique lié à ce virus.


L'utilisation précoce des tests rapides d'orientation diagnostique (TROD) pour dépister les virus grippaux aide à réduire l'incertitude clinique, favorise la mise en place de mesures de contrôle adaptées, oriente la décision d'utiliser ou non des antibiotiques ou des antiviraux, ou de poursuivre ou non des investigations.

Aussi, l'Agence régionale de santé de Nouvelle-Aquitaine (ARS NA) a lancé fin 2018 une expérimentation visant à promouvoir l'utilisation des TROD grippe auprès de 379 EHPAD volontaires.


Ce projet complète la campagne régionale de promotion de l'application des précautions standard en établissements et services médico-sociaux (ESMS) incluant l'observance de l'hygiène des mains, ainsi que le port adapté du masque chirurgical.

379 

EHPAD interrogés

158 

EHPAD ont répondu

 L'expérimentation s'est déroulée sur la période du 1er janvier au 1er avril 2019.

OBJECTIF

Faciliter le diagnostic précoce de la grippe et limiter la survenue d'une épidémie de grippe en EHPAD ou en améliorer la gestion


EVALUATION

Un questionnaire a été adressé aux 379 EHPAD volontaires à l'issue de la période expérimentale pour mesurer l'impact de l'expérimentation sur :


- la diffusion des bonnes pratiques professionnelles,
- l'utilisation des TROD pour améliorer les diagnostics et les prises en charge des résidents.

Contact :
Agence régionale de santé Nouvelle-Aquitaine
Direction de la santé publique / Pôle qualité et sécurité des soins et des accompagnements (POLQUAS)
- Aurélie GUILLOUT : responsable
- Docteur Mathieu MECHAIN : 05 57 01 47 38
- Sophie BARDEY : 05 57 01 44 72


RESULTATS

158 

EHPAD ont répondu

102 

EHPAD ayant acheté des TROD

77 

EHPAD ayant utilisé des TROD

146 EHPAD ont utilisé la documentation sur la grippe fournie par l'ARS NA **92 %**

102 EHPAD ont acheté des TROD grippe dans le cadre de la démarche expérimentale **65 %**

77 EHPAD ont utilisé des TROD grippe **75 %**

Dans 73 EHPAD, un test s'est révélé positif dès le premier épisode grippal **95 %**

Dans 53 EHPAD, l'utilisation des TROD grippe a permis de limiter ou d'éviter des cas groupés d'IRA **69 %**

BILAN

Les TROD grippe contribuent à une meilleure gestion du risque épidémique en EHPAD en permettant un diagnostic rapide et la mise en place précoce de mesures de contrôle adaptées. Leur utilisation est en lien avec la stratégie de prévention grippale des établissements médico-sociaux qui inclut de façon prioritaire la promotion de la vaccination des résidents et des professionnels, et l'application des bonnes pratiques d'hygiène. Les TROD grippe participent également à rationaliser l'utilisation d'antibiotiques en période hivernale chez la personne âgée.

SERMENT DE GALIEN

*Je jure, en présence des maîtres de la Faculté
et de mes condisciples :*

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

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

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

*Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à
mes promesses.*

*Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes Confrères
si j'y manque.*

