



**HAL**  
open science

# Mutualisation de la pharmacie clinique au sein des GHT : enquête d'opinion auprès des pharmaciens hospitaliers

Camille Barzaban

► **To cite this version:**

Camille Barzaban. Mutualisation de la pharmacie clinique au sein des GHT : enquête d'opinion auprès des pharmaciens hospitaliers. Sciences du Vivant [q-bio]. 2018. dumas-02570625

**HAL Id: dumas-02570625**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02570625>**

Submitted on 7 May 2021

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

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



**THÈSE D'EXERCICE / UNIVERSITÉ DE RENNES 1**

*sous le sceau de l'Université Bretagne Loire*

Thèse en vue du

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

Présentée sous forme de

**MÉMOIRE EN VUE DE L'OBTENTION  
DU DIPLÔME D'ÉTUDES SPÉCIALISÉES  
EN PHARMACIE HOSPITALIÈRE**

Présentée par

**Camille BARBAZAN**

**Née le 3 janvier 1990 à Papeete**

---

**MUTUALISATION DE LA  
PHARMACIE CLINIQUE**

**AU SEIN DES GHT.**

**Enquête d'opinion auprès des  
pharmaciens hospitaliers.**

**Thèse soutenue à la faculté de  
pharmacie de Rennes,  
le 21 septembre 2018**

Devant le jury composé de :

**Gwenola BURGOT**

Pharmacien PU-PH, Centre Hospitalier Guillaume Régnier et  
Faculté de Pharmacie de Rennes / *Président*

**Lionel BRISSEAU**

Pharmacien PH, Centre Hospitalier Bretagne Atlantique /  
*Directeur de thèse*

**Laurence SPIESSER**

Pharmacien MCU-PH, CHU d'Angers et Faculté de  
Pharmacie d'Angers / *membre du jury*

**Astrid BACLE**

Pharmacien AHU, Centre Hospitalier Universitaire et  
Faculté de Pharmacie de Rennes / *membre du jury*

## LISTE DES ENSEIGNANTS

Listes des enseignants-chercheurs de la Faculté des Sciences Pharmaceutiques et Biologiques  
Année 2017-2018

### PROFESSEURS

		Pharmacien	HDR	Hospitalo-Universitaire
BOUSTIE	Joël	X	X	
BURGOT	Gwenola	X	X	X
DONNIO	Pierre-Yves	X	X	X
FAILI	Ahmad		X	
FARDEL	Olivier	X	X	X
FELDEN	Brice	X	X	
GAMBAROTA	Giulio		X	
GOUGEON	Anne	X	X	
LAGENTE	Vincent	X	X	
LE CORRE	Pascal	X	X	X
LORANT (BOICHOT)	Elisabeth		X	
MOREL	Isabelle	X	X	X
SERGENT	Odile	X	X	
SPARFEL-BERLIVET	Lydie	X	X	
TOMASI	Sophie	X	X	
URIAC	Philippe	X	X	
VAN DE WEGHE	Pierre		X	
VERNHET	Laurent	X	X	

### PROFESSEURS ASSOCIES

		Pharmacien	HDR	Hospitalo-Universitaire
BUREAU	Loïc	X		
DAVOUST	Noëlle	X		

### PROFESSEURS EMERITES

		Pharmacien	HDR	Hospitalo-Universitaire
CILLARD	Josiane	X	X	
GUILLOUZO	André		X	

## MAITRES DE CONFERENCES

		Pharmacien	HDR	Hospitalo-Universitaire
ABASQ-PAOFAI	Marie-Laurence			
ANINAT	Caroline	X	X	
AUGAGNEUR	Yoann			
BEGRICHE	Karima			
BOUSARGHIN	Latifa		X	
BRANDHONNEUR	Nolwenn			
BRUYERE	Arnaud	X		
BUNETEL	Laurence	X		
CHOLLET-KRUGLER	Marylène	X		
COLLIN	Xavier	X		
CORBEL	Jean-Charles	X	X	
DAVID	Michèle	X	X	
DELALANDE	Olivier			
DELMAIL	David			
DION	Sarah			
DOLLO	Gilles	X	X	X
GICQUEL	Thomas	X		X
GILOT	David		X	
GOUAULT	Nicolas		X	
HITTI	Éric			
JEAN	Mickaël			
JOANNES	Audrey			
LECUREUR	Valérie		X	
LE FERREC	Éric	X		
LE GALL-DAVID	Sandrine			
LE PABIC	Hélène			
LEGOUIN-GARGADENNEC	Béatrice			
LOHEZIC-LE DEVEHAT	Françoise	X		
MARTIN-CHOULY	Corinne		X	
MINET	Jacques	X	X	
NOURY	Fanny			
PINEL-MARIE	Marie-Laure			
PODECHARD	Normand			
POTIN	Sophie	X		X
RENAULT	Jacques	X	X	
ROUILLON	Astrid			

**ASSISTANTS HOSPITALO-UNIVERSITAIRES (AHU)**

		Pharmacien	HDR	Hospitalo-Universitaire
BACLE	Astrid	X		X
BOUVRY	Christelle	X		X

**ATER**

		Pharmacien	HDR	Hospitalo-Universitaire
PALAZZO	Claudio			
VICTONI	Tatiana	X		

## **REMERCIEMENTS**

### **A Madame le Professeur Gwenola BURGOT,**

Je vous remercie de présider cette thèse et de m'accorder l'honneur de juger ce travail. Soyez assurée de mon profond respect et de toute ma considération.

### **A Mr le Docteur Lionel BRISSEAU,**

Je tiens à te remercier d'avoir accepté de m'encadrer dans ce travail de thèse et merci pour tes conseils avisés.

### **A Mme le Docteur Laurence SPIESSER,**

Vous m'avez fait l'honneur d'accepter de juger cette thèse. Veuillez trouver ici l'expression de ma sincère reconnaissance.

### **A Mme le Docteur Astrid BACLE,**

Merci d'avoir accepté de juger ce travail, c'est un honneur pour moi de te compter parmi mon jury de thèse.

**A l'équipe du Centre Hospitalier Guillaume Régnier de Rennes,**

A Mme Burgot, Nicolas et Bastien, merci pour votre disponibilité et vos conseils. J'ai beaucoup appris à vos côtés et je vous en suis très reconnaissante. Je vous remercie également pour vos précieux conseils dans ce projet de thèse. Merci à toute l'équipe de préparateurs ainsi qu'à Nathalie pour votre accueil et votre bonne humeur.

**A l'équipe du Centre Hospitalier de Vannes,**

Merci aux pharmaciens pour votre accueil durant cette année, grâce à vous j'ai beaucoup appris sur le fonctionnement d'une PUI. Merci également à l'équipe de préparateurs et aux agents de stérilisation pour leur gentillesse.

**A l'équipe du Centre Hospitalier Universitaire de Brest,**

Mon passage à Brest fût court mais chaleureux. Grâce à vous j'ai découvert le monde des DM, je vous remercie pour votre disponibilité.

**A l'équipe du Centre Hospitalier Universitaire de Rennes,**

A l'équipe de production de l'Hôpital Sud, à Marie-Antoinette et Pierre-Nicolas ainsi qu'à l'équipe de PCBU de l'Hôpital Sud, à Fabienne Aubin, Pauline et Anne ce fût un plaisir de travailler avec vous.

**A l'équipe du Centre Eugène Marquis de Rennes,**

Merci à l'équipe de préparateurs et aux pharmaciens pour votre accueil et votre disponibilité pour ce premier stage d'internat.

**A Gilles Piriou et Mélanie Chacou de l'OMEDIT Bretagne,**

Pour votre accompagnement dans ce travail de thèse et pour vos précieux conseils.

**A mes co-internes,**

Merci à Romain d'être présent depuis le début de ces longues études, dans les bons comme dans les pires moments ! Merci pour ta bonne humeur, tes blagues et tes nombreuses relectures. J'espère que notre collaboration continuera !

Merci également à Brendan, Amandine, Charles-Patrick, Jeremy, Pauline, Fanny, Nora et aux internes de Rennes et de Brest d'avoir partagé ces semestres.

Merci à mon père de m'avoir donné le goût du travail, j'espère que tu es fier de moi.

Merci à ma mère et ma grand-mère, pour votre soutien et merci pour la relecture !

A mes frères, Arthur et Tangi, et à ma belle-sœur, Frédérique, pour vos conseils dans ma vie personnelle et professionnelle. Merci également à Gabrielle et Clotaire.

Merci à toute ma famille, ma grand-mère Maria, mes oncles et tantes, cousins et cousines.

Merci à Arthur, pour ta présence et pour les moments que l'on a partagés.

Et merci à mes amis,

A Iris, pour ton amitié et pour tous ces moments passés ensemble depuis (presque) 28 ans !

A la mif<sup>7</sup>, Amalia, Arnaud, Aurélie, Binard, Charles, Couscous, Fiona, Jonas, JP, Pedro, Polo, Rémi, Vincent, Vourch. Merci de m'avoir soutenue, à votre manière, pendant ces dix longues années d'études... et merci d'avance pour le week-end à venir !



## TABLE DES MATIERES

<b>LISTE DES ENSEIGNANTS .....</b>	<b>2</b>
<b>REMERCIEMENTS .....</b>	<b>5</b>
<b>TABLE DES MATIERES .....</b>	<b>8</b>
<b>LISTE DES ANNEXES .....</b>	<b>10</b>
<b>LISTE DES FIGURES .....</b>	<b>11</b>
<b>LISTE DES TABLEAUX .....</b>	<b>13</b>
<b>LISTE DES ABREVIATIONS .....</b>	<b>14</b>
<b>I. LA PHARMACIE CLINIQUE .....</b>	<b>17</b>
A. DEFINITION.....	17
B. LES ACTES DE PHARMACIE CLINIQUE .....	21
1. <i>L'analyse pharmaceutique</i> .....	22
2. <i>Les Educations Thérapeutiques du Patient (ETP)</i> .....	24
3. <i>Les entretiens pharmaceutiques</i> .....	25
4. <i>La conciliation médicamenteuse</i> .....	25
5. <i>Le bon usage des produits de santé</i> .....	27
6. <i>Le Bilan Partagé de Médication et le Plan Pharmaceutique Personnalisé</i> .....	29
C. INTEGRATION DE LA PHARMACIE CLINIQUE DANS LES MISSIONS DES PUI.....	31
<b>II. TERRITORIALITE .....</b>	<b>32</b>
A. LES GHT .....	32
1. <i>Naissance des GHT</i> .....	32
2. <i>Fonctionnement des GHT</i> .....	32
<b>III. LES COOPERATIONS EN PHARMACIE CLINIQUE .....</b>	<b>34</b>
A. ORDONNANCE PUI : ASSOULISSEMENT DES REGLES DE COOPERATION .....	34
B. DEFINITIONS .....	36
C. EXEMPLES DE COOPERATIONS EN PHARMACIE CLINIQUE .....	36

1.	<i>Le GCS Pharmacopée du Territoire des Pyrénées Orientales</i> .....	37
2.	<i>Le GCS Médico-technique et logistique du Sud Finistère</i> .....	38
3.	<i>GHT Haute-Garonne et Tarn Ouest</i> .....	39
<b>IV.</b>	<b>ENQUETE NATIONALE AUPRES DES PHARMACIENS HOSPITALIERS SUR LA MUTUALISATION DE LA PHARMACIE CLINIQUE</b> .....	<b>40</b>
A.	INTRODUCTION.....	40
B.	MATERIEL ET METHODE.....	41
1.	<i>Conception du questionnaire</i> .....	41
2.	<i>Inclusion</i> .....	43
3.	<i>Outils informatiques</i> .....	43
4.	<i>Moyens de diffusion</i> .....	43
5.	<i>Durée de mise en ligne de l'enquête</i> .....	43
6.	<i>Analyse des réponses</i> .....	44
C.	RESULTATS .....	45
1.	<i>Caractéristiques des établissements et expérience des pharmaciens répondants</i> .....	45
2.	<i>Les activités de pharmacie clinique</i> .....	48
D.	DISCUSSIONS.....	76
1.	<i>Population – Etat des lieux</i> .....	76
2.	<i>L'analyse pharmaceutique</i> .....	77
3.	<i>Les éducations thérapeutiques du patient</i> .....	81
4.	<i>Les entretiens pharmaceutiques</i> .....	82
5.	<i>La conciliation médicamenteuse</i> .....	83
6.	<i>Activités autour du bon usage des produits de santé</i> .....	85
7.	<i>Plus globalement...</i> .....	86
8.	<i>Limites</i> .....	88
	<b>CONCLUSION – PERSPECTIVES</b> .....	<b>90</b>
	<b>REFERENCES</b> .....	<b>92</b>

**LISTE DES ANNEXES**

Annexe 1: Les acteurs du GHT .....	95
Annexe 2: Questionnaire « Pharmacie clinique et GHT » .....	96

## **LISTE DES FIGURES**

Figure 1: Modèle 2017 de pharmacie clinique .....	21
Figure 2: niveaux d'analyse pharmaceutique .....	23
Figure 3: Le bilan partagé de médication (réseau REIPO-URPS Occitanie).....	30
Figure 4: Répartition des types d'établissement .....	45
Figure 5 : Répartition des établissements supports et non supports.....	46
Figure 6: Actes de pharmacie clinique mutualisés.....	47
Figure 7: Priorisation de l'analyse pharmaceutique.....	49
Figure 8: Mutualisation de l'analyse pharmaceutique .....	51
Figure 9: Classement des propositions concernant l'analyse pharmaceutique .....	51
Figure 10 : Mise en place des ETP dans les établissements.....	53
Figure 11: Mutualisation des ETP.....	54
Figure 12: Classement des propositions concernant les ETP.....	55
Figure 13: Mise en place des entretiens pharmaceutiques dans les établissements .....	56
Figure 14: Mutualisation des entretiens pharmaceutiques .....	58
Figure 15: Classement des propositions concernant les entretiens pharmaceutiques .....	59
Figure 16: Mise en place de la conciliation dans les établissements .....	60
Figure 17: Mutualisation de la conciliation médicamenteuse .....	62
Figure 18: Classement des propositions concernant la conciliation médicamenteuse.....	63
Figure 19: Mutualisation des actions de bon usage des produits de santé .....	66
Figure 20: Classement des propositions concernant les actions autour du bon usage des produits de santé.....	67
Figure 21: Avantages liés à la mutualisation de la pharmacie clinique .....	71

Figure 22: Freins à la mutualisation de la pharmacie clinique..... 74

Figure 23: Pertinence de la mutualisation des actes de pharmacie clinique ..... 76

**LISTE DES TABLEAUX**

Tableau 1: Notes moyennes de pertinence et écarts-types des propositions de mutualisation.....	68
--	----

## **LISTE DES ABREVIATIONS**

ANAP : Agence Nationale d'Appui à la Performance

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

ARS : Agence Régionale de Santé

CAI : Commission des Anti-Infectieux

CAQES : Contrat d'Amélioration de la Qualité et de l'Efficienc e des Soins

CHT : Communauté Hospitalière de Territoire

CH : Centre Hospitalier

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CLIN : Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales

CME : Commission Médicale d'Etablissement

COMEDIMS : COMmissions du MÉdicament et des DISpositifs Médicaux Stériles

CSP : Code de la Santé Publique

DM : Dispositif Médicaux

DMP : Dossier Médical Partagé

DP : Dossier Pharmaceutique

DPI : Dossier Patient Informatisé

DREES : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques

EHPAD : Établissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

EIG : Évènements Indésirables Graves

EPSM : Établissement Public de Santé Mentale

ESPIC : Établissement de Santé Privé d'Intérêt Collectif

ETP : Éducation Thérapeutique du Patient

FAM : Foyer d'Accueil Médicalisé

GCS : Groupement de Coopération Sanitaire

GHT : Groupement Hospitalier de Territoire

HPST : Hôpital, Patients, Santé, Territoire

IDE : Infirmier Diplômé d'Etat

IP : Intervention Pharmaceutique

LMSS : Loi de Modernisation de notre Système de Santé

MAS : Maison d'Accueil Spécialisée

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

PPH : Préparateur en Pharmacie Hospitalière

PUI : Pharmacie à Usage Intérieur

SFPC : Société Française de Pharmacie Clinique

US : Unité de Soins



## INTRODUCTION

Depuis 1992, et la première définition des Pharmacies à Usage Intérieur (PUI), les missions du pharmacien hospitalier ne cessent d'évoluer. Parmi ses missions obligatoires on retrouve notamment la pharmacie clinique, activité émergente dans notre pays, déjà bien connue dans certaines régions du monde comme en Amérique du Nord. L'*American College of Clinical Pharmacy* a défini la pharmacie clinique comme « une discipline scientifique de santé dans laquelle les pharmaciens fournissent des soins aux patients qui optimisent la pharmacothérapie et favorisent la santé, le mieux-être et la prévention des maladies. » Cette discipline est basée sur les connaissances, l'expérience et le jugement du pharmacien hospitalier.

L'arrivée des Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT) en 2016 pousse les établissements à travailler ensemble dans un objectif d'amélioration de la prise en charge des patients et d'efficacité des soins. Les établissements doivent proposer, entre autre, un projet pharmaceutique partagé incluant un projet de développement de la pharmacie clinique au sein de leur GHT. Mais, alors que certaines activités pharmaceutiques sont déjà bien mises en commun dans certains groupements, comme les achats pharmaceutiques, la pharmacie clinique est encore peu mutualisée. En effet, les gains apportés par une telle mutualisation ainsi que les moyens de coopération entraînant d'une part un bénéfice pour le patient et d'autre part un gain organisationnel pour l'établissement restent encore à définir.

L'objectif de ce travail est d'obtenir un état des lieux des coopérations en pharmacie clinique et surtout, d'apporter des pistes pour cette mutualisation.

La première partie de ce travail est consacrée à la pharmacie clinique. Nous nous intéresserons à sa définition et nous détaillerons chacune des activités qu'elle concerne. Dans un second temps, nous étudierons les GHT et leurs principes de fonctionnement. Ensuite, nous développerons 3 exemples de coopération française autour du médicament. Pour finir, nous présenterons notre étude reposant sur une enquête d'opinion auprès des pharmaciens hospitaliers de France.

## **I. La pharmacie clinique**

### **A. Définition**

Selon l'ordre national des pharmaciens, les pharmaciens exerçant en établissement de santé ont notamment pour missions :

- d'assurer la gestion, l'approvisionnement, la préparation, le contrôle, la détention et la dispensation des médicaments, produits ou objets relevant du monopole pharmaceutique, des dispositifs médicaux stériles et, le cas échéant, des médicaments expérimentaux et d'en assurer la qualité
- de mener ou de participer à toute action d'information sur ces médicaments, matériels, produits ou objets, ainsi qu'à toute action de promotion et d'évaluation de leur bon usage, de contribuer à leur évaluation et de concourir à la pharmacovigilance et à la matériovigilance
- de mener ou de participer à toute action susceptible de concourir à la qualité et à la sécurité des traitements et des soins dans les domaines relevant de la compétence pharmaceutique.

Certaines de ces fonctions sont intégrées dans l'activité de pharmacie clinique. Elle est définie par la Société Française de Pharmacie Clinique (SFPC), comme une « discipline de santé centrée sur le patient dont l'exercice a pour objectif d'optimiser la prise en charge thérapeutique, à chaque étape du parcours de soins. Pour cela, les actes de pharmacie clinique contribuent à la sécurisation, la pertinence et à l'efficacité du recours aux produits de santé. Le pharmacien exerce en collaboration avec les autres professionnels impliqués, le patient et ses aidants. » (Définition actualisée en 2016)

L'analyse de cette définition permet de mettre en évidence trois objectifs principaux : la sécurisation, la pertinence et l'efficacité du recours aux produits de santé.

- La sécurisation du recours aux produits de santé

Elle correspond à l'ensemble des actions ayant pour but de diminuer la survenue d'événements indésirables liée aux médicaments et notamment les Effets Indésirables Graves (EIG). Les EIG sont définis par l'HAS comme tout « événement inattendu au regard de l'état de santé et de la pathologie de la personne et dont les conséquences sont le décès, la mise en jeu du pronostic vital, la survenue probable d'un déficit fonctionnel permanent y compris une anomalie ou une malformation congénitale. » La première étude ayant permis de sensibiliser les professionnels de santé aux erreurs médicales est le rapport de l'Institut de Médecine américain datant de 1997, « To err is human » (1). Basé sur l'analyse de multiples études, il conclut sur le décès annuel de 44000 à 98000 américains du fait d'une erreur médicale chaque année. Ces chiffres ont eu un impact important et ont permis d'amener la notion de « qualité » dans les organisations des établissements de santé. En France, la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) a mené une enquête nationale, appelée ENEIS (Enquête Nationale sur les Evènements Indésirables liés aux Soins), afin d'estimer l'incidence et d'évaluer la nature des EIG survenant en établissement de santé. Le rapport de 2009 indique que parmi les 214 EIG survenus au cours d'une hospitalisation, 38.8 % étaient liés à un produit de santé et 47.1% d'entre eux étaient évitables. Concernant les 160 EIG responsables d'hospitalisation, 57.5% étaient liés à un produit de santé dont 58.9% évitables (2). Devant ce constat, l'OMS a également réagi en proposant pour leur troisième « *global patient safety challenge* » de 2017, un programme intitulé « *medication without harm* » (en français, « les médicaments sans danger »). Ce programme a pour objectif de réduire de 50% en 5 ans le nombre d'EIG graves liés à une prise de médicaments (3).

En France, le système de management de la qualité des établissements est évalué par le Contrat d'Amélioration de la Qualité et de l'Efficiency des soins (CAQES) créé par la Loi de Modernisation de Système de Santé (LMSS) et obligatoire pour tous les établissements de santé depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2018. Il s'intéresse notamment à la gestion des événements

indésirables relatifs aux produits de santé dans son item « Politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité de la prise en charge des patients ».

La sécurisation du recours aux produits de santé est donc une obligation pour les établissements de santé. Le pharmacien clinicien, par ses compétences, à un rôle majeur à jouer en favorisant l'utilisation adaptée des produits de santé par les médecins et soignants, mais également par le patient lui-même.

- La pertinence du recours aux produits de santé

Le recours à un médicament ou à un Dispositif Médical (DM) est jugé pertinent lorsqu'il est prescrit et/ou administré en adéquation avec l'état du patient, conformément aux données actuelles de la science et aux recommandations des sociétés savantes. Le pharmacien utilise ici ses connaissances et ses capacités de jugement pour optimiser la prise en charge du patient. L'accroissement de la pertinence des soins, incluant le recours aux produits de santé, est devenu une priorité pour le ministère de la santé depuis que des disparités régionales, non expliquées par des raisons démographiques, ont été observées dans les pratiques médicales (4). La pertinence des soins est d'ailleurs une thématique abordée dans la certification des établissements de santé.

- L'efficacité du recours aux produits de santé

Le terme « efficacité » indique que le pharmacien doit intégrer une notion de coût dans son activité de pharmacie clinique. En effet, les contraintes économiques actuelles imposent une meilleure maîtrise budgétaire et la pharmacie clinique y participe directement via une incitation à l'utilisation rationnelle de produits de santé moins coûteux mais aussi indirectement par sa participation à la sécurisation et à la pertinence du recours aux produits de santé.

La pharmacie clinique s'intéresse au patient hospitalisé mais aussi lors des différents points de transition de son parcours : transfert entre hôpitaux ou Unités de Soins (US), entrée du patient à l'hôpital et sortie vers la ville.

Cette discipline nécessite une forte implication du pharmacien clinicien, une bonne collaboration avec les autres professionnels de santé ainsi qu'un perfectionnement et un maintien permanent des compétences et connaissances. La proximité avec le patient ainsi que la collaboration avec les services cliniques et les médecins sont fondamentales pour l'efficacité de cette activité. Littéralement, pharmacie clinique signifie « exercice pharmaceutique au lit du patient », du grec « *klinos* » qui signifie le lit. Pourtant, en France, le pharmacien est encore peu présent dans les US mais la tendance est à l'amélioration avec de plus en plus de personnels pharmaceutiques intégrés dans les services de soins.

## B. Les actes de pharmacie clinique

Selon la SFPC (Figure 1), les actes de pharmacie clinique regroupent l'analyse pharmaceutique, les Educations Thérapeutiques du Patient (ETP), les entretiens pharmaceutiques, la conciliation médicamenteuse, les conseils sur le bon usage des médicaments et des produits de santé. Le degré d'accès à l'information et le type de situation conditionnent le choix des actions.

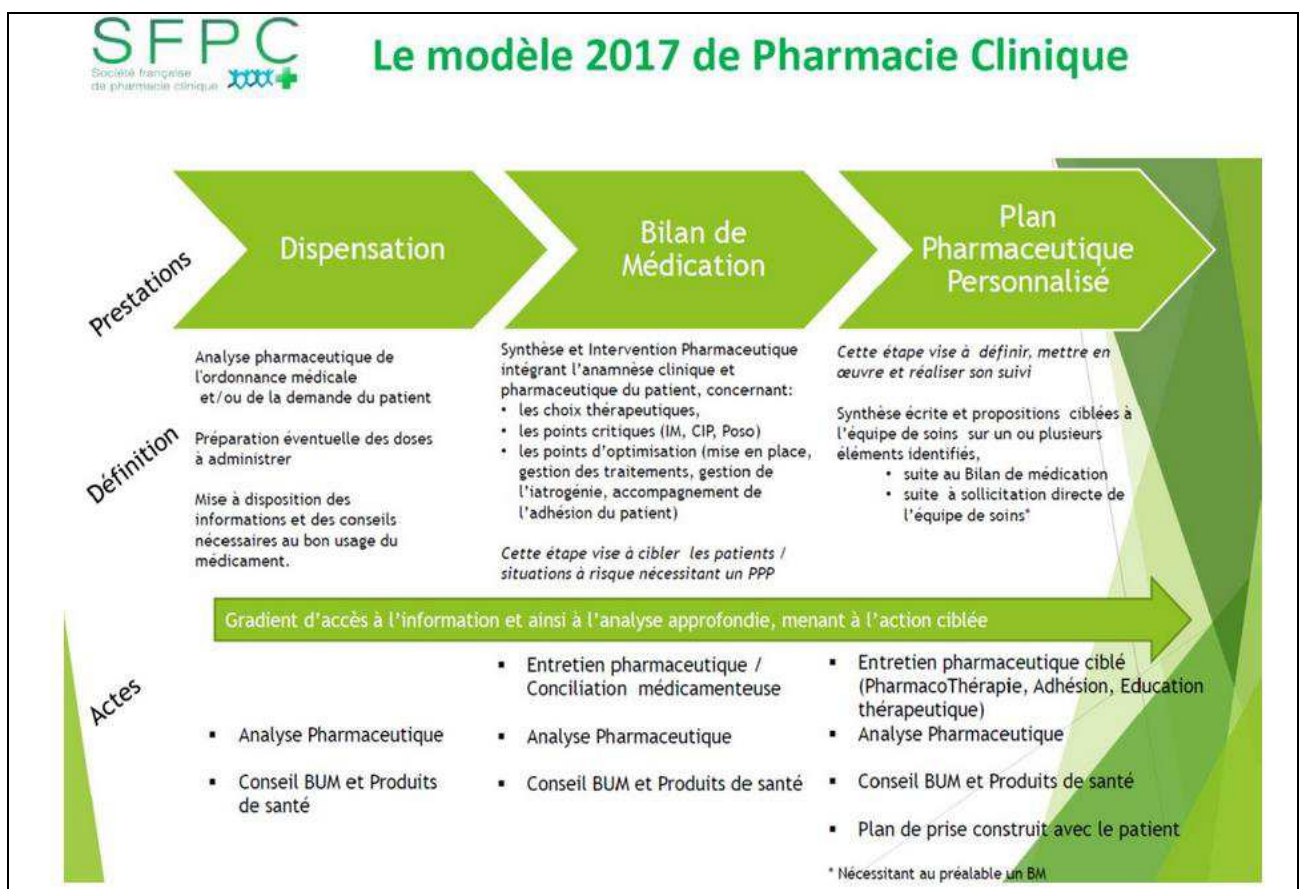


Figure 1: Modèle 2017 de pharmacie clinique

(Document de la SFPC, disponible sur le site [www.sfpc.eu](http://www.sfpc.eu))

## 1. L'analyse pharmaceutique

La dispensation, étape du circuit du médicament, associe la préparation éventuelle des doses à administrer, la mise à disposition d'informations et de conseils sur le bon usage d'un médicament et l'analyse pharmaceutique de l'ordonnance (5). Cette dernière comprend deux étapes :

- L'analyse juridique de l'ordonnance

Elle contrôle la présence des mentions obligatoires : identité du patient, identité et signature du prescripteur, date de prescription, etc.

- L'analyse pharmacothérapeutique de l'ordonnance.

Elle vérifie l'adéquation de la prescription avec l'état physiopathologique du patient et les données scientifiques disponibles. Son but est de sécuriser et d'optimiser l'efficacité des traitements tout en maîtrisant les coûts. Elle nécessite un accès aux données médicales du patient : pathologie et données cliniques, antécédents médicaux, historique médicamenteux, données biologiques et paramètres individuels (âge, poids, taille, sexe). Le pharmacien s'interroge sur le choix du traitement (indication, contre-indication, pathologie non traitée, etc.), la voie d'administration, les posologies, la durée de traitement, les interactions médicamenteuses et éventuellement les modalités de préparation et d'administration ou le suivi thérapeutique.

La SFPC a proposé 3 niveaux d'analyse pharmaceutique qui sont présentés dans la Figure 2, p.23. Le premier niveau correspond à une simple revue des prescriptions, le pharmacien n'a accès qu'à l'ordonnance. Le deuxième niveau prend en compte également le bilan biologique. Le troisième niveau, encore appelé « suivi pharmaceutique », considère les objectifs thérapeutiques. Ce dernier niveau sous-entend une bonne communication entre le pharmacien et les équipes soignantes. On y voit apparaître la notion de conciliation médicamenteuse, d'observance, de conseils, d'éducation thérapeutique ce qui inclut une prise en charge pharmaceutique globale.

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

*Figure 2: niveaux d'analyse pharmaceutique*

*(Document de la SFPC, disponible sur le site [www.sfpc.eu](http://www.sfpc.eu))*

La SFPC recommande le suivi pharmaceutique pour tous les patients en précisant que les revues de prescription ou des thérapeutiques peuvent être suffisantes pour des patients déjà connus. En réalité, le manque de temps pharmaceutique dans les établissements de santé ne permet pas de valider 100 % des ordonnances en niveau 3. C'est pourquoi, la tendance actuelle est plutôt à la priorisation des prescriptions à analyser voire à l'adaptation des actes de pharmacie clinique en fonction de la situation clinique des patients. Le CAQES notamment, s'intéresse à l'adaptation du niveau d'analyse pharmaceutique à la typologie des patients, la typologie des séjours, et à la nature des produits. Il demande aux établissements de définir un « taux cible d'ordonnances intra hospitalières avec validation pharmaceutique tracée de niveau 1, 2 ou 3, adapté à la cartographie ». En attendant les résultats du premier CAQES, nous pouvons nous appuyer sur « l'étude d'impact organisationnel et économique de la sécurisation du circuit du médicament dans les établissements de santé » pour obtenir un état des lieux des pratiques d'analyse pharmaceutique en France. Dans ce rapport de 2009, mené par la Direction Hospitalière de l'Offre de Soins et appelé rapport « Securimed », les établissements estiment analyser complètement les prescriptions de 15% des lits chaque jour (6) ce qui est bien loin des recommandations de la SFPC.



## 2. Les Educations Thérapeutiques du Patient (ETP)

Selon la définition de l’OMS datant de 1998, « l’éducation thérapeutique du patient 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 ». Les ETP sont des temps d’échange entre le patient et les professionnels de santé, intégrés dans la prise en charge et centrés sur le patient. Leur but est d’améliorer l’état de santé mais aussi la qualité de vie des patients et de leur entourage. Pour cela, les programmes d’ETP vont chercher à faire acquérir au patient des compétences d’auto-soins (ajustement de doses, gestes techniques, etc.) et d’adaptation (observer, évaluer, prendre des décisions, etc.) lui permettant de devenir le plus autonome possible dans la gestion de sa maladie.

La proposition d’éducation thérapeutique doit être faite par le médecin prescripteur (7). Elle est destinée à tout patient porteur d’une pathologie chronique, au début ou à distance de l’annonce du diagnostic. Ensuite, elle est ponctuelle ou régulière tout au long de l’évolution de la maladie. Les ETP sont réalisées par des équipes multidisciplinaires (médecin, pharmacien, kinésithérapeute, psychologue, diététicien, etc.) comprenant un coordonnateur et, au minimum, un médecin. L’équipe peut être complétée par des patients lors des séances collectives. Chaque professionnel doit avoir validé 40h de formation sur les ETP ou posséder 2 ans d’expérience dans le domaine.

La HAS, dans ses recommandations de juin 2007 (8), a proposé une planification en 4 étapes :

- Elaborer un diagnostic éducatif afin d’élaborer un programme personnalisé, de connaître le patient, d’identifier ses besoins, ses attentes et sa réceptivité.
- Définir un programme personnalisé d’ETP avec des priorités d’apprentissage adaptées au patient.
- Planifier et mettre en œuvre les séances d’ETP individuelle ou collective dans le but de faire acquérir aux patients des compétences.
- Réaliser une évaluation des compétences acquises et du déroulement du programme.

Les programmes d’ETP doivent être conformes au cahier des charges défini par arrêté ministériel. Ils sont validés par l’ARS et régulièrement évalués par la HAS.

Progressivement, le pharmacien a prouvé son intérêt et est de plus en plus présent au sein des programmes d'ETP. Dans la littérature, de très nombreux articles décrivent un impact positif des interventions pharmaceutiques auprès du patient, notamment sur la morbidité, l'adhérence au traitement, la satisfaction des patients, la survenue d'effets indésirables et les coûts de traitement. L'étude randomisée contrôlée DIADEMA, par exemple, a montré l'impact positif du pharmacien dans l'éducation des patients adolescents atteints de diabète de type 1 sur les comorbidités (HbA1c à 3 mois, à 6 mois et sur le bien-être du patient) (9).

### **3. Les entretiens pharmaceutiques**

Alors qu'un arrêté de 2013 impose un certain nombre de prérequis sur leur organisation en officine, les entretiens pharmaceutiques ne sont pas réglementés à l'hôpital, ce qui rend leur mise en place beaucoup plus simple que celle d'une ETP. Ils s'adressent aux patients volontaires généralement atteints de pathologies chroniques et cherchent à favoriser le bon usage du médicament par le patient et son adhésion au traitement. Le pharmacien ou l'interne en pharmacie délivrent des informations et conseils au patient et s'assure de sa bonne compréhension. A la différence des ETP, le discours est unidirectionnel et l'approche est peu participative pour le patient. Les entretiens sont rarement inclus dans un processus continu ou évolutif. Ils sont particulièrement adaptés aux patients en rétrocession recevant des traitements à risque (Chimiothérapies orales par exemple).

### **4. La conciliation médicamenteuse**

La conciliation médicamenteuse est une activité de pharmacie clinique émergente en France depuis 2010. Selon la HAS, il s'agit d'une démarche de prévention et d'interception des erreurs médicamenteuses visant à garantir la continuité de la prise en charge médicamenteuse du patient dans son parcours de soins. Elle trouve tout son intérêt plus particulièrement aux points de transitions du parcours patient, c'est-à-dire à l'admission, à la sortie et lors des transferts entre US et entre établissements. Cette activité repose sur le partage des informations en stimulant la coordination pluriprofessionnelle et en intégrant le patient dans sa propre prise en charge.

La conciliation d'entrée a pour but d'établir, pour un patient entrant, la liste exhaustive des traitements qu'il prenait juste avant son hospitalisation. Elle permet de détecter les oublis,

redondances et erreurs de posologies. Elle débute par le recueil d'informations par trois sources minimum. Il existe deux types de sources : documentaire ou humaine. Les sources documentaires possibles sont l'ordonnance papier (+/- boîte de médicament), le courrier de liaison de l'établissement de santé d'amont, le courrier du médecin traitant ou du spécialiste, le Dossier Patient Informatisé (DPI) ou le Dossier Pharmaceutique (DP). Les sources humaines sont l'entretien avec le patient ou avec son entourage, l'appel téléphonique au médecin traitant, au spécialiste ou au pharmacien d'officine. Le pharmacien hospitalier réalise la synthèse des informations recueillies et rédige le bilan médicamenteux optimisé qu'il compare ensuite avec l'ordonnance à l'admission. Il analyse les divergences intentionnelles (DI) et donc documentées et les divergences non intentionnelles (DNI) correspondant à des erreurs de prescription, il échange avec le médecin et propose la rédaction éventuelle de la nouvelle prescription.

La conciliation de sortie, lors de transfert ou de retour au domicile, permet d'assurer la continuité du traitement et d'éviter la represcription, par les médecins de ville, des traitements substitués ou arrêtés volontairement. Pour cela, le pharmacien compare les traitements avant l'hospitalisation (bilan médicamenteux optimisé), ceux prescrits la veille de la sortie et les traitements présents sur l'ordonnance de sortie. Il repère les DI et DNI et propose une correction éventuelle de l'ordonnance au prescripteur. Le pharmacien s'entretient ensuite avec le patient pour lui donner des explications sur son traitement de sortie et lui fournir un plan de prise. Un courrier de conciliation de sortie est ensuite envoyé au pharmacien d'officine et au médecin traitant pour les informer des éventuelles modifications de traitement ayant eue lieu lors de l'hospitalisation.

Tout professionnel de santé formé peut réaliser une conciliation médicamenteuse : médecin, pharmacien, interne, externe, préparateur, infirmier. Si elle est réalisée par un pharmacien elle doit obligatoirement être associée à une analyse pharmaceutique.

La conciliation a fait l'objet de nombreuses publications montrant d'une part un taux d'erreurs de prescription important lors de ces étapes critiques et d'autre part une efficacité des Interventions Pharmaceutiques (IP). L'étude d'impact, menée par Sjölander *et al.* chez des patients âgés, a prouvé l'intérêt du pharmacien dans la conciliation lorsqu'il participe

également à la visite du service. Une diminution du nombre de réadmissions liées à un médicament et du coût global par patient ont été observées dans le groupe interventionnel par rapport au groupe contrôle (10). Dans une autre étude, l'implication du pharmacien dans la conciliation associée à l'éducation du patient a permis de diminuer significativement le nombre de divergences non intentionnelles, en revanche elle n'a pas réduit le nombre de réhospitalisations ou de consultations aux urgences (11).

Dans le CAQES, la partie « Mise en œuvre d'une stratégie de déploiement de la pharmacie clinique (...) » s'intéresse au nombre de patients priorités et bénéficiant d'une conciliation médicamenteuse d'entrée et/ou de sortie par rapport au nombre de patients priorités hospitalisés. Il s'agit effectivement d'une activité intéressante à développer pour le pharmacien hospitalier si elle est associée aux autres activités de pharmacie clinique et donc intégrée dans une prise en charge pharmaceutique globale du patient. Elle favorise également le lien ville-hôpital en permettant au pharmacien de communiquer avec les professionnels extrahospitaliers, et participe à la fluidification du parcours patient. Elle est, en outre, chronophage, plusieurs études ont estimé le temps nécessaire à une conciliation à environ 1 heure par patient (12) (13) (14), et les moyens humains et techniques (système de partage d'information) sont parfois insuffisants pour déployer cette activité.

## **5. Le bon usage des produits de santé**

Selon la SFPC (Figure 1, p.21), alors que les précédentes activités concernaient essentiellement les médicaments, la promotion du bon usage s'intéresse aussi bien aux médicaments qu'aux autres produits de santé définis par l'article L5311-1 du Code de la Santé Publique (CSP). Elle concerne donc notamment les dispositifs médicaux. Le pharmacien en établissement de santé est le garant du bon usage des produits de santé et par ce biais, il participe à la qualité de la prise en charge médicamenteuse. Il se base sur ses propres connaissances, les recommandations des sociétés savantes et sur les données scientifiques disponibles dans la littérature.

**a) *Livret thérapeutique et référentiels***

En concertation avec les médecins, le pharmacien choisit la liste des médicaments et dispositifs médicaux référencés dans l'établissement et établit le livret thérapeutique. Il va élaborer et diffuser des référentiels comme le fichier d'équivalences, le guide d'écrasement des formes orales, le guide d'administration des médicaments injectables, etc.

**b) *Documents de bon usage***

Le pharmacien crée des fiches de bon usage ou diffuse des fiches de bon usage déjà existantes : fiches de bon usage des thérapies anticancéreuses utilisées par voie orale de l'Observatoire du Médicament, des Dispositifs médicaux et de l'Innovation Thérapeutique (OMEDIT) Bretagne, fiche de bon usage « Quelle place pour les benzodiazépines dans l'insomnie ? » de la HAS par exemple.

**c) *Campagnes et gestion des risques***

Des campagnes de sensibilisation peuvent également être initiées ou relayées par la PUI : campagne de vaccination antigrippale, campagne sur « Never events » ou « EIG évitables » de l'ANSM, etc.

**d) *Commissions institutionnelles***

Les Commissions du Médicament et des Dispositifs Médicaux Stériles (COMEDIMS) créées par la LMSS ne sont plus obligatoires depuis la loi HPST qui confère à la Commission Médicale d'Etablissement (CME) et au directeur une responsabilité d'organisation de la politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. Cependant, la COMEDIMS reste très présente dans les établissements. Constituée de pharmaciens, médecins et autres professionnels de santé, généralement présidée par un pharmacien, elle définit la politique du médicament et des dispositifs médicaux. Selon le CSP, il lui revient de participer à l'élaboration de la liste des médicaments et dispositifs médicaux stériles dont l'utilisation est préconisée dans l'établissement et de délivrer des recommandations en matière de prescription et de bon usage des médicaments et des dispositifs médicaux stériles et de lutter contre la

iatrogénie médicamenteuse (15). D'autres commissions concourent également au bon usage des produits de santé et incluent, le plus souvent, des pharmaciens : le comité de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN), le comité de lutte contre la douleur (CLUD), le comité de liaison en alimentation et nutrition (CLAN) ou le Comité des Anti-Infectieux (CAI).

Au-delà de ses missions de fond, le pharmacien participe au bon usage dans sa pratique quotidienne en répondant aux questions des professionnelles de l'établissement et aux patients.

## **6. Le Bilan Partagé de Médication et le Plan Pharmaceutique Personnalisé**

Le Bilan Partagé de Médication (BPM) ou « *Medication Review* » est une activité de pharmacie clinique émergente en ville comme à l'hôpital. Elle est définie par la HAS 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 surcouts inutiles ». Selon Allenet *et al.*, le BPM cible les patients et/ou situations à risque nécessitant un suivi particulier et permet de réaliser un Plan Pharmaceutique Personnalisé (PPP). C'est-à-dire « une synthèse écrite et l'élaboration de propositions ciblées à l'équipe de soins ou au patient (ou son entourage) sur un ou plusieurs éléments identifiés » (16). La SFPC a proposé un schéma de mise en œuvre du bilan partagé de médication décrit dans la Figure 3, p. 30. On remarque l'association des différentes activités aboutissant à une prise en charge adaptée du patient. Le choix des actes cliniques est fonction du patient, de sa pathologie et de ses comorbidités. La pharmacie clinique s'oriente vers une personnalisation du parcours pharmaceutique et une priorisation des activités.

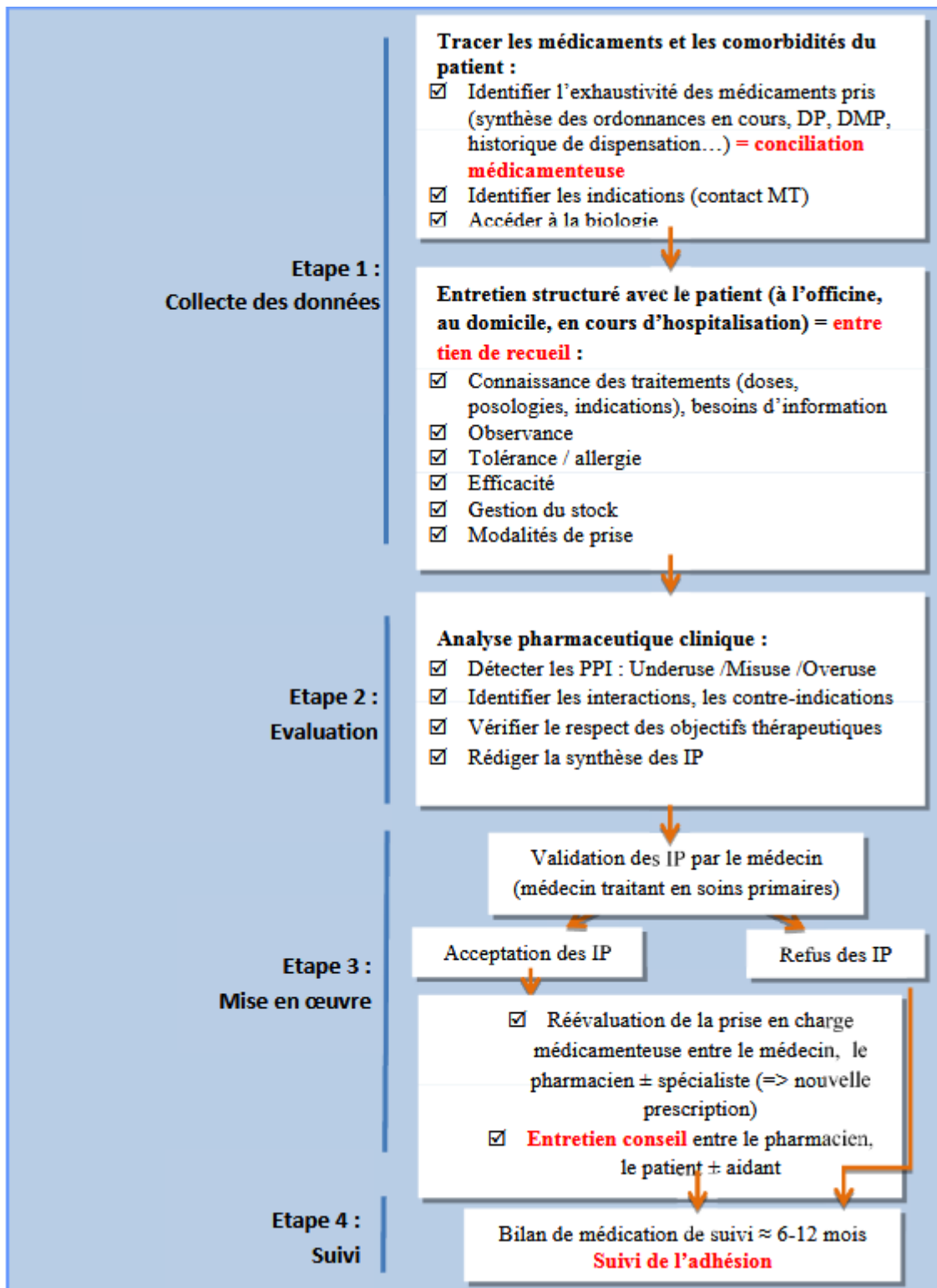


Figure 3: Le bilan partagé de médication (réseau REIPO-URPS Occitanie)

(Tiré du memo SFPC « bilan partagé de médication », déc. 2017)

### **C. Intégration de la pharmacie clinique dans les missions des PUI**

L'ordonnance n° 2016-1729 du 15 décembre 2016 relative aux pharmacies à usage intérieur (Art. L 5126) fait apparaître pour la première fois la pharmacie clinique dans les missions des PUI :

« Art. L. 5126-1.-I.-Les pharmacies à usage intérieur (...) ont pour missions :  
2° De mener toute action de pharmacie clinique, à savoir de contribuer à la sécurisation, à la pertinence et à l'efficacité du recours aux produits de santé mentionnés au 1° et de concourir à la qualité des soins, en collaboration avec les autres membres de l'équipe de soins mentionnée à l'article L. 1110-12, et en y associant le patient (...);

II.-Ces missions peuvent être exercées par la pharmacie à usage intérieur pour son propre compte, et dans le cadre de coopérations, pour le compte d'une ou plusieurs autres pharmacies à usage intérieur. » La loi précise donc que, comme toute activité pharmaceutique, la pharmacie clinique peut être mutualisée au sein d'un groupement.

Bien que déjà pratiquée par un nombre croissant de pharmaciens hospitaliers, la pharmacie clinique était une activité jusque-là non reconnue par les textes de loi. Cette avancée majeure dans la législation permet de mettre en avant une mission à forte valeur ajoutée pour le pharmacien en établissements de santé et de recentrer ses objectifs sur l'amélioration et la sécurisation de la prise en charge du patient. Le CAQES concrétise l'intégration de cette nouvelle mission dans sa partie « Mise en œuvre d'une stratégie de déploiement de la pharmacie clinique intégrée à la politique de management de la PCEM et de la conciliation médicamenteuse, à l'échelle de l'établissement ou du GHT » qui comprend des indicateurs liés à l'analyse pharmaceutique et à la conciliation médicamenteuse. Le CAQES peut donc être un levier auprès des directions pour stimuler le déploiement de la pharmacie clinique s'il n'est pas utilisé par ces dernières comme moyen de pression sur les PUI, au risque de développer trop rapidement et de manière non pertinente cette activité complexe.



## **II. Territorialité**

### **A. Les GHT**

#### **1. Naissance des GHT**

Depuis plusieurs années, le milieu hospitalier est soumis à de nombreuses réformes visant à regrouper les établissements. La loi de 1970 définit la notion de service public hospitalier et pousse déjà les hôpitaux à coopérer en créant les syndicats interhospitaliers (17). En 1991, la loi du ministre Claude Evin relance cette volonté de coopération et propose la constitution de Groupes d'Intérêt Economique et de Groupes d'Intérêt Public. Un des objectifs de cette loi sera également de réduire le nombre de lits afin de mieux maîtriser les coûts (18). L'apparition des Groupement de Coopération Sanitaire (GCS) en 1996 a permis le développement de coopérations et la mutualisation de moyens entre établissements publics et/ou privés mais la complexité de cet outil tel que présenté en 1996 a limité son impact. En 2009, la loi Hôpital, Patients, Santé, Territoire (HPST) ou loi Bachelot a simplifié la formule du GCS de moyens et a confirmé la possibilité pour certains GCS d'être érigés en GCS Etablissements de santé, leur permettant ainsi d'avoir une activité d'hospitalisation propre. Cette mesure porte ses fruits puisque le nombre de GCS passe de 191 en 2008 à 491 en 2012 (19). La loi HPST a également permis la mise en place des Communautés Hospitalières de Territoire (CHT) constituées sur la base du volontariat et dont l'objectif est de mettre en commun des moyens dans une logique de gradation des soins (20). En 2009, apparaissent également les Agences Régionales de Santé (ARS) dont le but est de coordonner les politiques de santé des établissements au niveau régional. En juillet 2016, le gouvernement maintient sa volonté de coopération entre les établissements et propose la Loi de Modernisation de notre Système de Santé (LMSS) dont vont émaner les GHT.

#### **2. Fonctionnement des GHT**

Le but des GHT est de favoriser l'égalité d'accès aux soins sur le territoire dans une logique de prise en charge commune et graduée. Les établissements se répartissent les activités et organisent l'offre de soins en filières. Selon les situations, les filières sont organisées territorialement par pathologies, types de population ou modes de prise en charge.

Le deuxième objectif est de rationaliser les modes de gestion par un transfert obligatoire de certaines compétences entre les établissements et par la mutualisation des fonctions administratives, techniques et médicotechniques. Les établissements constituant le GHT (dits « parties » au GHT), mettent en commun leurs moyens humains, patrimoniaux, techniques et financiers.

A l'inverse des CHT, les GHT présentent un caractère obligatoire pour les établissements publics de santé, sauf dérogation. Un établissement support est défini par la convention constitutive du GHT et approuvé par au moins deux tiers des conseils de surveillance des établissements parties, ou désigné par le directeur de l'ARS. Tous les GHT doivent obligatoirement s'associer à un Centre Hospitalier Universitaire (CHU) si celui-ci n'est pas déjà partie au groupement. Les établissements médico-sociaux peuvent être parties s'ils le souhaitent et les établissements privés, les hôpitaux des armées et les établissements d'hospitalisation à domicile peuvent être partenaires du GHT (21). Les différents acteurs possibles des GHT sont représentés schématiquement dans l'Annexe 1. Au 1<sup>er</sup> juillet 2016, 135 GHT, dont 13 en santé mentale, ont été constitués et organisent le maillage de l'offre de soins sur le territoire.

Tous les GHT s'organisent autour d'un Projet Médico-Soignant Partagé (PMSP) mis en œuvre au 1<sup>er</sup> juillet 2017. Il est élaboré notamment par les directeurs d'établissement, les présidents des commissions médicales et des représentants des usagers. Ce projet, validé pour une durée de 5 ans maximum, organise la prise en charge globale du patient sur le territoire. Il comprend les objectifs médicaux, les objectifs en matière de qualité et de sécurité des soins, les principes d'organisation des activités au sein des filières ainsi que les projets de biologie, d'imagerie médicale et de pharmacie (22). Les Pharmacies à Usage Intérieur (PUI) doivent d'une part s'adapter aux nouvelles organisations des filières de soins et d'autre part organiser en communs leurs activités. C'est surtout cette seconde mission qui est présente dans plusieurs PMSP. Dans le GHT Cœur de Seine par exemple, on retrouve dans les objectifs, le développement de la pharmacie clinique au sein du groupement, l'organisation d'achats communs, la coordination de la rétrocession ou le partage des compétences (conciliation, formation, etc.) (23). La filière pharmacie du projet du GHT de Moselle-Est a pour but d'unifier les livrets du médicament, d'instaurer une COMEDIMS de Territoire et de bonifier

la performance des achats (24). En revanche, les activités pharmaceutiques semblent peu intégrées dans les filières médicales.

### **III. Les coopérations en pharmacie clinique**

#### **A. Ordonnance PUI : Assouplissement des règles de coopération**

Selon l'article L. 6132-3 du CSP, mis à jour par ordonnance au mois de janvier 2018 la fonction achat est obligatoirement assurée par l'établissement support pour le compte des établissements parties au GHT (25). D'autres activités pharmaceutiques peuvent également être mutualisées comme l'approvisionnement, la pharmacotechnie, la stérilisation ou la pharmacie clinique. Cependant, jusqu'en 2016, la réglementation concernant les PUI reste assez rigide et ne facilite pas les coopérations entre pharmacies hospitalières.

La loi n°92-1279 du 8 décembre 1992 du CSP définit pour la première fois le terme de PUI. Elle explique que : « L'activité des pharmacies à usage intérieur est limitée à l'usage particulier des malades traités dans les établissements où elles ont été constituées. » (26). Cette ancienne définition laisse donc peu de place à la mise en commun des activités. Bien que s'apparentant plus à de la sous-traitance, des dérogations législatives permettent cependant une mutualisation des moyens dans des domaines ciblés comme la stérilisation des dispositifs médicaux. La question de la mutualisation des autres activités de PUI n'est pas traitée dans le CSP ou de manière restrictive, comme pour l'approvisionnement, où les dérogations ne stimulent pas les coopérations : « Par dérogation aux dispositions du premier alinéa de l'article L. 5126-1, lorsqu'il n'y a pas d'autre source d'approvisionnement possible pour un médicament ou produit déterminé, le représentant de l'Etat dans le département peut autoriser, pour une durée limitée, un établissement public de santé ou un établissement de santé privé participant à l'exécution du service public hospitalier à approvisionner d'autres pharmacies à usage intérieur. Cette autorisation est donnée après avis du directeur régional des affaires sanitaires et sociales » (27).

Au vu des nouveaux modes d'organisation des établissements de santé énoncés par la LMSS, il apparaît nécessaire de faire évoluer la législation en matière de PUI. Cet assouplissement des règles de coopération sera permis grâce à l'ordonnance n° 2016-1729 du

15 décembre 2016 relative aux pharmacies à usage intérieur annoncée par la LMSS. Elle modifie la définition de la PUI et ajoute les notions de GHT et de GCS : « Les pharmacies à usage intérieur répondent aux besoins pharmaceutiques des personnes prises en charge par l'établissement, service ou organisme dont elles relèvent, ou au sein d'un groupement hospitalier de territoire ou d'un groupement de coopération sanitaire dans lequel elles ont été constituées. » Ces dispositions, très attendues par les établissements de santé, sont entrées en vigueur le 1<sup>er</sup> juillet 2017. Dans la logique de création des GHT, elles permettent aux PUI d'exercer leurs missions pour le compte d'un autre établissement et non plus uniquement pour les patients de l'établissement dont elles sont issues.

Le volet pharmacie du PMSP permet de :

« 1° Prévoir des modalités de coopération entre les PUI des établissements parties au groupement et avec celles d'établissements non parties au groupement ;

2° Désigner la PUI chargée de répondre aux besoins pharmaceutiques des personnes prises en charge par les établissements parties au groupement ne disposant pas d'une PUI ;

3° Confier au pôle interétablissement prévu au III de l'article L. 6132-3, ou à la PUI d'un établissement partie au groupement, la coordination entre PUI des établissements parties au groupement. » (Art. L. 5126-2.-I. du CSP (28))

Cependant, d'un point de vue juridique, les responsabilités en matière de coopération entre PUI ne sont pas encore bien établies. Par exemple, on peut se demander si un pharmacien gérant d'une PUI est en partie responsable des actes pharmaceutiques réalisés sur un patient de son établissement, par le pharmacien d'une autre PUI, comme c'est le cas lors d'une sous-traitance. Un décret, en cours de relecture par le Conseil d'Etat au moment de la rédaction de cette thèse, ne semble pas aller dans ce sens : « (...) les pharmaciens chargés de la gérance des PUI pour le compte desquelles les missions sont exercées ne sont (...) personnellement responsables que de la part de l'activité pharmaceutique qu'ils conservent ». C'est-à-dire que le pharmacien gérant d'une PUI ne sera pas responsable des actes exercés sur les patients de son établissement par un pharmacien d'une autre PUI. En revanche, toujours selon ce décret : « les dispositions critiquées ne permettent pas la subordination d'un pharmacien gérant d'une PUI à un autre ». Les responsabilités ne sont donc pas clairement définies et il est difficile de s'imaginer un parcours pharmaceutique du patient sur lequel

plusieurs pharmaciens vont agir avec parfois des avis divergents mais des responsabilités indépendantes.

## **B. Définitions**

Selon le dictionnaire Larousse, une *coopération* signifie « Prendre part, concourir à une œuvre commune ; contribuer, participer ». La *collaboration* est le fait de « Travailler de concert avec quelqu'un d'autre, l'aider dans ses fonctions. » La différence entre ces deux termes n'est donc pas évidente. La coopération semble renvoyer vers le partage des tâches alors que l'action de collaborer met en avant le fait de travailler ensemble avec des responsabilités collectives.

Toujours selon le dictionnaire Larousse, une *mutualisation* est le fait de faire passer un risque ou une dépense à la charge d'une mutualité, d'une collectivité à la différence d'une *sous-traitance* qui est une « opération par laquelle un entrepreneur confie, sous sa responsabilité et sous son contrôle, à une autre personne (sous-traitant) tout ou partie de l'exécution des tâches qui sont à sa charge ».

La notion de responsabilité est donc mise en avant au travers de ces définitions. Il est inévitable de définir le cadre juridique lors de tout travail en commun.

## **C. Exemples de coopérations en pharmacie clinique**

Malgré l'émergence de groupements en pharmacie hospitalière depuis plusieurs années, la pharmacie clinique fait très rarement partie des activités mutualisées. L'Agence Nationale d'Appui à la Performance (ANAP) a publié un guide d'aide à la mise en œuvre des coopérations entre PUI s'appuyant sur une étude d'impact de ces coopérations auprès de 11 GCS (29). Deux d'entre elles s'intéressent plus particulièrement aux activités de pharmacie clinique et ont fait l'objet d'un rendez-vous téléphonique dans le cadre de ce travail de thèse afin d'approfondir certains points. La pharmacie du CHU de Toulouse a également été contactée afin d'obtenir plus d'informations sur la création de leur fédération pharmaceutique du GHT (30).

## 1. Le GCS Pharmacopée du Territoire des Pyrénées Orientales

Ce GCS est composé de 10 établissements (2 CH, 4 EHPAD, 3 MAS et une FAM) représentant environ 1200 patients et résidents. Trois PUI sont réparties sur le territoire dont la PUI du CH de Thuir spécialisé en psychiatrie, responsable de 7 des 10 établissements, ainsi que les PUI de Prades et de Banyuls.

L'activité de dispensation est entièrement mutualisée : la PUI de Thuir, équipée d'un automate de conditionnement – dispensation, produit les doses unitaires pour l'ensemble des établissements et les piluliers pour les 7 établissements dont elle est responsable. Les deux autres PUI sont équipées d'automates de dispensation alimentés en doses unitaires par celui du CH de Thuir et produisant les piluliers pour les 3 sites restants.

Une analyse pharmaceutique de niveau 2 (critères SFPC) est effectuée dans chaque PUI pour les établissements dont elles sont responsables. Elle est donc réalisée à distance pour les MAS et EHPAD via une interface web propre à chaque structure.

Quatre systèmes d'information coexistent et sont tous interfacés avec le logiciel Copilote<sup>®</sup> pour la dispensation automatisée des piluliers. Cet interfaçage résulte du travail d'un comité de pilotage composé d'informaticiens, pharmaciens, éditeurs de logiciel et prestataires informatiques des établissements.

Deux programmes d'ETP validés par l'ARS et impliquant un pharmacien sont organisés sur le CH de Thuir. Ils sont organisés sur ce CH uniquement mais l'équipe, également constituée d'IDE et/ou de diététicien, est mobile au sein même de l'hôpital et sur les centres médico-psychologiques.

Une équipe mobile « Escarres et plaies », composée d'un pharmacien et d'un préparateur en pharmacie hospitalière (PPH) titulaire du Diplôme Universitaire « Plaies et cicatrisation », se déplacent sur l'établissement et l'ensemble du territoire. Cette équipe est particulièrement appréciée des EHPAD et MAS où le préparateur apporte son expertise aux IDE.

Le livret thérapeutique a été mis en commun entre les établissements membres du GCS. Pour cela, des « Inter COMEDIMS » et des réunions sur différents thèmes ont été mises en place et

ont permis une bonne communication entre les pharmaciens et les médecins généralistes des EHPAD et des MAS. Le livret s'est élargi de manière raisonnée et justifiée.

Ces coopérations ont été rendues possibles grâce à un fort appui de la direction, de la CME et un vrai projet d'établissement. L'ARS Languedoc-Roussillon a également accompagné et soutenu le projet. Un poste de pharmacien praticien hospitalier ainsi que 3 postes de PPH ont été créés suite à l'augmentation du nombre de lits (certaines structures dépendaient auparavant d'officines de ville).

De nombreux impacts positifs ont émergé de ce projet, et notamment sur la prise en charge médicamenteuse : gain de temps infirmier évalué à 7 heures de temps IDE/jour/US de 25 lits, diminution du taux d'erreur de dispensation de 20% à 5‰ (selon le recueil de l'ANAP), harmonisation des livrets thérapeutiques et accès pour les structures auparavant sans PUI, à des prestations hospitalières : informatisation des prescriptions, analyse pharmaceutique, équipes mobiles pharmaceutiques.

## **2. Le GCS Médico-technique et logistique du Sud Finistère**

Le GCS du Sud Finistère ne possède qu'une seule PUI territoriale répartie sur 6 sites pharmaceutiques portés par 5 établissements dont deux CH publics, un Etablissement Public de Santé Mentale (EPSM) et deux ESPIC (Établissement de Santé Privé d'Intérêt Collectif).

Actuellement, des entretiens pharmaceutiques destinés aux patients traités par chimiothérapie orale ont lieu sur le site du CH de Cornouaille (Quimper/Concarneau). L'objectif du GCS est de mutualiser cette activité avec les officines de ville d'une part, et les autres sites du groupement d'autre part. La formation serait assurée par un pharmacien de Quimper aux pharmaciens des autres sites.

L'activité de rétrocession est, en revanche, déjà mise en commun. Chaque site rétrocède pour ses patients mais le CH de Cornouaille est souvent à l'origine de la première dispensation (initiation des traitements sur le CH) et va communiquer avec les autres sites pour assurer la continuité de la délivrance, notamment pour s'assurer de la disponibilité du médicament. L'organisation est similaire entre les sites, les procédures sont communes et des fiches de bon usage du médicament sont partagées. Cependant deux freins ont été mis en évidence et

limitent les coopérations : la diversité des logiciels et des modes de facturation entre les sites publics et privés à but non lucratif.

La mise en commun du livret thérapeutique (à 90%) a été compliquée et s'est étalée sur une période de 5 ans. Elle a été facilitée par le regroupement des achats entre les structures publiques mais la séparation des achats avec les établissements privés ainsi que la diversité des logiciels a été, ici aussi, un frein à la mutualisation.

La COMEDIMS, la Commission des Anti-Infectieux (CAI) et le Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales (CLIN) de Quimper sont territoriaux mais dans les faits, les participants sont essentiellement des praticiens de Quimper. Parallèlement, deux autres sites ont souhaité conserver leur propre COMEDIMS.

Des moyens financiers ont été alloués en 2013 par l'ARS et ont permis de financer un poste de consultant pour accompagner la mise en place du GCS.

Le GCS a permis d'harmoniser les pratiques, de favoriser la communication entre les pharmaciens et de rééquilibrer le temps pharmaceutique en fonction de la charge de travail sur les différents sites. Il a servi également de levier pour le projet de changement de système d'information.

En revanche, aucun moyen supplémentaire en temps préparateur n'a été prévu alors que des activités chronophages ont été transférées sur certains établissements. La charge de travail associée à la centralisation de la chirurgie n'a pas non plus été compensée sur le site principal.

### **3. GHT Haute-Garonne et Tarn Ouest**

Les 7 PUI des 7 établissements du GHT, comprenant le CHU de Toulouse, ont proposé la création de la Fédération Pharmaceutique du Groupement Hospitalier de Territoire de la Haute-Garonne et du Tarn-Ouest (FP GHT HGTO). Elle a pour missions de favoriser la coopération entre les équipes pharmaceutiques et d'optimiser les pratiques de pharmacie hospitalière au sein du groupement.

Cette coopération, très récente, a facilement été mise en place grâce à la motivation des pharmaciens des différents sites, elle a rapidement permis de créer une bonne communication entre les PUI. Un des objectifs en cours est notamment de réorganiser les activités de



pharmacotechnie et les missions d'achat sur le territoire afin de dégager du temps pour le déploiement de la pharmacie clinique.

Une des idées originales de la FP GHT HGTO a été la création d'équipes référentes pour les 14 pôles cliniques. Elles sont constituées d'au moins un pharmacien praticien hospitalier et d'assistants, internes et/ou externes. Elles peuvent être sollicitées par les pharmaciens des autres sites pour avis ainsi que par les officinaux. Un projet de participation de ces praticiens « spécialistes » aux formations des officinaux est également en cours.

La fédération aura pour but d'harmoniser le livret thérapeutique et de mettre en place une coordination des COMEDIMS.

Depuis 3-4 ans le CHU de Toulouse s'oriente vers une pharmacie clinique centrée sur un type de patient et non une activité. Ce processus, plus avancé au CHU, se développe également dans les autres membres grâce à la réorganisation des activités de production.

La Fédération Pharmaceutique est à ses débuts mais la volonté des équipes pharmaceutiques à travailler ensemble apparaît comme un atout majeur dans la restructuration des activités des PUI et le développement de la pharmacie clinique au sein du groupement.

## **IV. Enquête nationale auprès des pharmaciens hospitaliers sur la mutualisation de la pharmacie clinique**

### **A. Introduction**

Dans ce contexte de regroupement des établissements de santé et d'évolution des missions du pharmacien hospitalier, les enjeux de la mutualisation des activités des PUI ne sont pas toujours bien définis. Les gains attendus par la mutualisation des activités de production (stérilisation, pharmacotechnie) ou la mise en place de groupements d'achats sont d'ordre organisationnel et économique. En ce qui concerne les activités de pharmacie clinique, les moyens et les bénéfices espérés par la mutualisation sont plus difficiles à estimer.

L'objectif principal de cette étude est de collecter des informations auprès des pharmaciens hospitaliers dans le but d'obtenir leur ressenti sur les coopérations possibles et de contribuer à une meilleure connaissance des actions à mener pour mutualiser les actes de pharmacie clinique. L'objectif second est de déterminer les types de coopérations attendues en fonction de la typologie des établissements dont les problématiques et attentes peuvent être différentes. Pour cela, nous comparerons les réponses des pharmaciens exerçant CHU et dans les établissements supports à celles des autres établissements. Nous analyserons également les réponses des cliniques et des ESPIC du fait de leur non-appartenance aux GHT et de leur mode de gestion particulier.

## **B. Matériel et méthode**

Cette étude est basée sur un recueil d'informations réalisé à l'aide d'un questionnaire destiné aux pharmaciens hospitaliers. Il s'agit d'une enquête prospective transversale.

### **1. Conception du questionnaire**

Le questionnaire, présenté en Annexe 2, est élaboré en vue d'obtenir les avis des pharmaciens sur la mutualisation des activités de pharmacie clinique. On considère comme actes de pharmacie clinique ceux décrits par la SFPC et détaillés dans la première partie de cette thèse, à savoir :

- l'analyse pharmaceutique
- l'éducation thérapeutique du patient
- l'entretien pharmaceutique
- la conciliation médicamenteuse
- la délivrance de conseils et la promotion du bon usage des produits de santé

La préparation éventuelle des doses à administrer, incluse dans l'acte de dispensation, n'a pas été étudiée dans le questionnaire car il s'agit d'un sujet déjà traité grâce à l'arrivée des automates de dispensation. Des coopérations dans ce domaine sont mises en place ou en projet dans de nombreux établissements.

Dans la première partie du questionnaire, le pharmacien est interrogé sur le développement de chacune des activités dans son établissement, il évalue ensuite la pertinence de moyens de mutualisation proposés pour l'activité. Ces avis sont recueillis grâce à une échelle de Likert à 4 réponses : « Non pertinent », « Peu pertinent », « Pertinent », « Très pertinent » (31). Pour l'analyse des résultats, à chaque réponse est associée une valeur numérique allant de 0 pour « Non pertinent » à 3 « Très pertinent ». Ces valeurs numériques ont permis de calculer des scores moyens pour chaque proposition.

Pour chacune des activités, l'opinion des pharmaciens sur les potentiels gains apportés par la mutualisation et sur les freins possibles à cette mutualisation est recueillie. Ensuite, la pertinence globale de la mutualisation des activités est évaluée grâce à une note allant de 1 (non pertinent) à 5 (très pertinent). La moyenne a ensuite été calculée pour chacune des activités.

La deuxième partie du questionnaire intitulée « Votre groupement ou GHT », permet de connaître le type d'établissement dans lequel le pharmacien exerce et si son établissement est support, ou non, du GHT. Elle s'intéresse également aux pratiques des établissements sur les actions déjà menées pour la mutualisation de la pharmacie clinique. Cette partie est volontairement en deuxième position afin de permettre aux répondants d'identifier ce qui est entendu par « mutualisation des activités » grâce aux propositions de la première partie.

Le sondage comporte au total 16 questions fermées à réponse obligatoire (13 pour la partie 1 et 3 pour la partie 2), permettant une analyse aisée des résultats, et 9 questions ouvertes à réponse non obligatoire, autorisant la saisie de commentaires pouvant compléter ou enrichir une réponse.

Un texte accompagne le questionnaire et informe des objectifs et modalités de l'étude. Il précise que les réponses doivent être données en faisant abstraction, autant que possible, des contraintes juridiques et administratives institutionnelles. Le but est de limiter les biais d'opinion liés aux exigences administratives pouvant être différentes d'un établissement à l'autre, ainsi que les biais liés aux imprécisions juridiques en attente du décret prévu cette année. L'adresse mail des répondants est également demandée afin de s'assurer de l'absence de doublons de réponses et pour permettre la restitution des résultats aux participants.

## **2. Inclusion**

Tous les pharmaciens hospitaliers de France, quelques soient leurs statuts, sont invités à répondre au questionnaire, y compris les pharmaciens exerçant en EHPAD, EPSM, HAD, établissements privés, ESPIC ou établissements non inclus dans un GHT. En effet, bien que certaines structures ne puissent pas être partie aux GHT, tous les types d'établissement ont été inclus car chacun joue un rôle majeur dans le parcours patient. Du fait de leur moindre expérience, les internes sont exclus de l'étude. Bien qu'étant des acteurs majeurs du parcours patient, les pharmaciens d'officine n'ont pas été inclus non plus car ils ne peuvent participer aux GHT et l'objectif de l'enquête réside dans la mutualisation inter-hospitalière.

## **3. Outils informatiques**

Le questionnaire a été construit grâce au programme web d'enquête Google Form<sup>®</sup> (32) permettant la saisie des réponses en ligne et la collecte de résultats sous forme de tableau. Les résultats ont été extraits sur le logiciel Excel<sup>®</sup> (Microsoft).

## **4. Moyens de diffusion**

Trois moyens de diffusion ont été utilisés pour la diffusion de l'enquête :

- La newsletter de l'OMEDIT Bretagne du mois de mai 2018
- La liste de diffusion de l'Association pour le Digital et l'Information en Pharmacie (ADIPH)
- L'envoi d'un lien sur les boites mail des pharmaciens des CHU de Rennes et de Brest

Une relance a été envoyée par l'OMEDIT et l'ADIPH 15 jours après l'ouverture du questionnaire.

## **5. Durée de mise en ligne de l'enquête**

L'enquête est restée ouverte aux réponses et aux modifications pendant une durée d'un mois au total, du 22/05/2018 au 22/06/2018.

## 6. Analyse des réponses

Les résultats, en pourcentage du nombre de réponses, ont été résumés sous forme de graphiques pour les 5 activités. Les notes moyennes de chaque proposition ont été comparées aux moyennes des autres propositions de l'activité. Les notes moyennes des réponses des pharmaciens exerçant en CHU, en établissements supports et en cliniques/ESPIC ont été comparées à celles des pharmaciens provenant des autres types d'établissements.

Les différences de moyennes entre les propositions ont été analysées grâce au logiciel R<sup>®</sup> développé par R Core Team. Les notes moyennes de pertinence ont été comparées à l'aide d'un test de Student. Les avis sur les avantages apportés par la mutualisation et les freins potentiels à cette mutualisation ont été analysés par un test du Chi2 ou un test de Fisher (effectifs inférieurs à 5). Les tests avec un  $p < 0.05$  étaient considérés statistiquement significatifs. Lorsque de telles différences ont été détectées, elles sont mentionnées avec la valeur de « p ».

## C. Résultats

Nous avons obtenu 92 réponses sur la période prévue, représentant 74 établissements. Les pharmaciens proviennent d'établissements de typologies variables.

### 1. Caractéristiques des établissements et expérience des pharmaciens répondants

#### a) Question 1 : Dans quel type d'établissement exercez-vous ?

Les réponses proviennent très majoritairement de CH à 50%, les CHU représentent 17% des réponses, les EPSM 9% et les cliniques/ESPIC 7%. On retrouve également des SSR, des EHPAD, des USLD, des ESPIC (Figure 4).

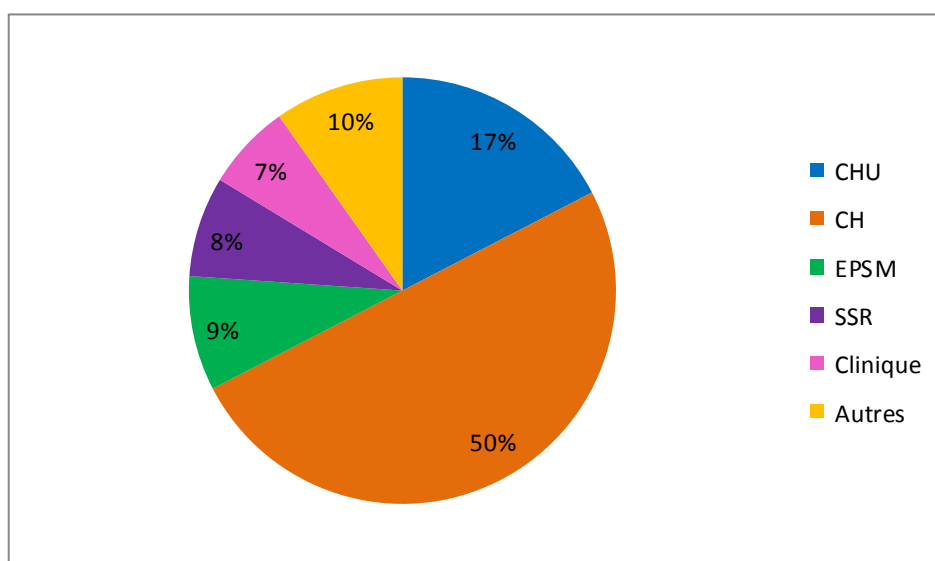


Figure 4: Répartition des types d'établissement

**b) Question 2 : Votre établissement est-il support du GHT ?**

Près des deux-tiers des pharmaciens ayant répondu exercent dans un établissement non support du GHT et environ un quart exerce dans un établissement support. Les établissements supports représentent donc 40% des établissements parties à un GHT dans ce sondage. Environ 10% des établissements ne font pas partie d'un GHT (Figure 5)

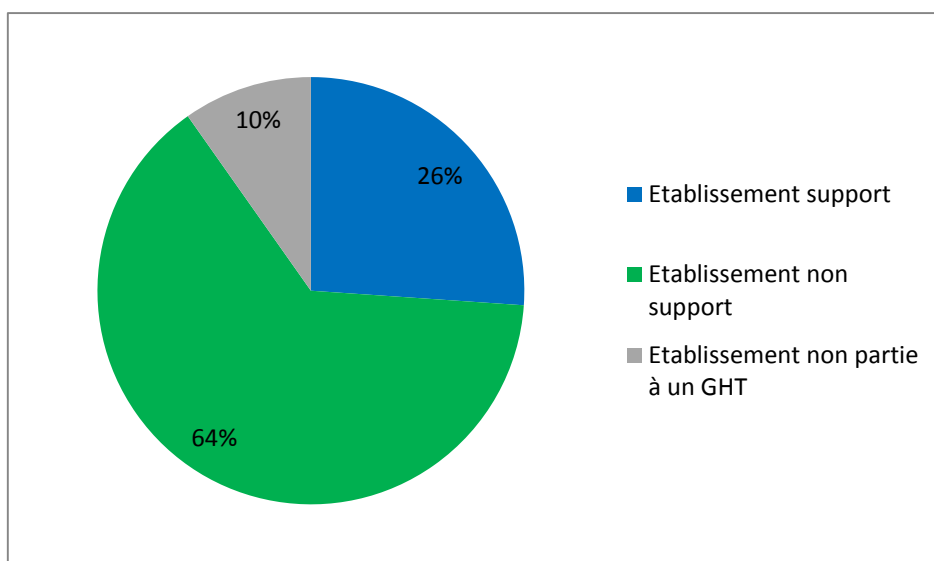


Figure 5 : Répartition des établissements supports et non supports

**c) Question 3 : Au sein de votre groupement quel(s) est (sont) les actes de pharmacie clinique déjà mutualisé(s) ou en partie mutualisé(s) ?**

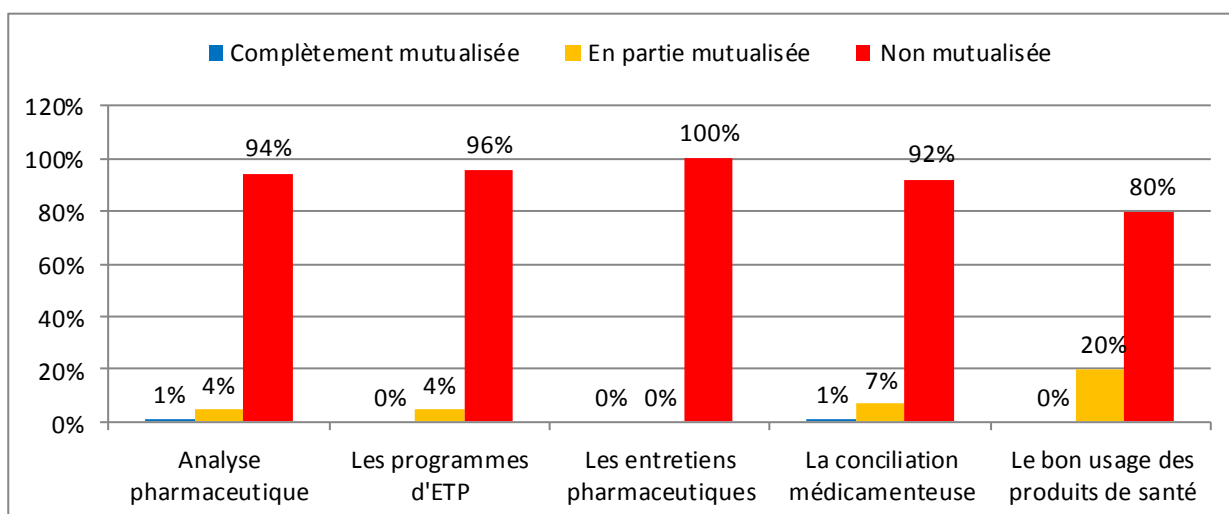
Très peu d'établissements ont mutualisé les activités de pharmacie clinique au sein de leur groupement (Figure 6, p.47).

Un groupement a mutualisé son analyse pharmaceutique et 4 l'ont en partie mutualisée. Dans les commentaires on retrouve la mise en place de réunions d'analyse d'ordonnance ou la présence d'un pharmacien du CH support qui « coordonne des réunions d'analyse de cas cliniques »

Quatre pharmaciens ont répondu exercer dans un groupement dans lequel les ETP sont en partie mutualisés, notamment par la réalisation de réunions de groupe (1 groupement).

Un pharmacien a répondu avoir mutualisé la conciliation médicamenteuse et 6 ont répondu l'avoir en partie mutualisée. Cette mutualisation se manifeste par des outils communs, des méthodes communes et le partage des documents.

Dix-huit pharmaciens ont répondu mutualiser en partie le bon usage des produits de santé, représentant 13 établissements (cinq pharmaciens exercent dans le même CHU et deux autres dans le même CH). La création d'une COMEDIMS de territoire apparaît 6 fois dans les commentaires, dans un cas elle a été créée avant la mise en place du GHT. On retrouve également le partage de documents et d'outils, la mise en commun des méthodes et des référentiels (par exemple : « protocoles d'antibiothérapie et d'infectiologie mis en commun par l'établissement support »).



*Figure 6: Actes de pharmacie clinique mutualisés*



Plusieurs commentaires attestent des projets de mutualisation engagés au sein des PUI :

- Par le travail en commun : « Création d'une fédération pharmaceutique rassemblant l'ensemble des praticiens, assistants et contractuels », « Différents groupes de travail avec pilotes ».
- Par le partage des outils et organisations : « Nous mutualisons les indicateurs et les campagnes de recueil de ces indicateurs de pharmacie clinique. ».
- Par la mutualisation des formations : « Nous organisons des formations communes sous un format de réunions mensuelles. ».

Un pharmacien explique les problématiques rencontrées au sein de son groupement : « Beaucoup de difficultés à échanger... question d'organisation, de personnes. Le temps, la confiance et la qualité feront que cette coopération deviendra possible. Il nous faut apprendre à travailler ensemble et à trouver un sens à cette nouvelle organisation. »

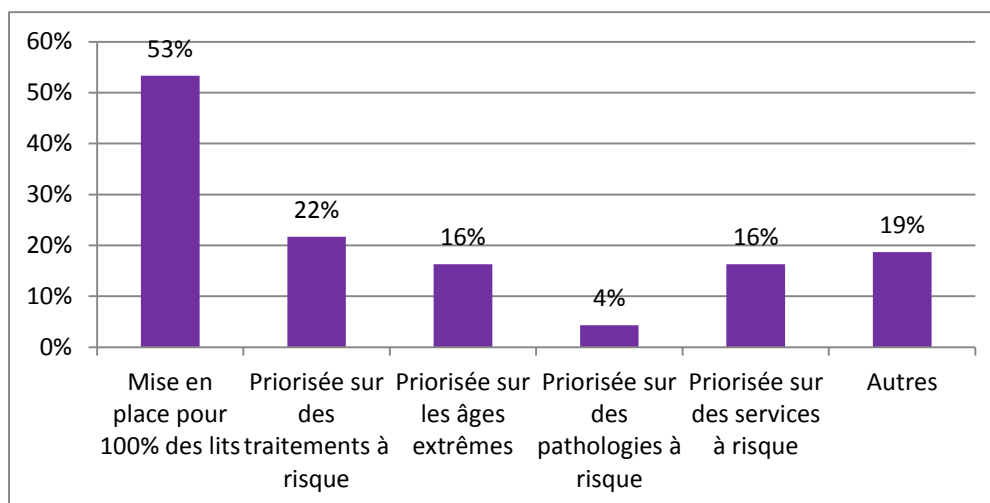
## **2. Les activités de pharmacie clinique**

### *a) Question 1 : l'Analyse pharmaceutique*

**1.a Au sein de votre établissement, est-elle (plusieurs réponses possibles) :**

- **Mise en place sur 100% des lits**
- **Priorisée sur des traitements à risque**
- **Priorisée sur les âges extrêmes**
- **Priorisée sur des pathologies à risque**
- **Priorisée sur des services à risque**
- **Autres : à préciser**

Plus de la moitié des établissements analysent les prescriptions de 100 % des lits, parmi lesquels on ne retrouve aucun CHU. Les choix de priorisation sont ensuite variables. Aucune proposition n'est significativement plus fréquente que les autres (Figure 7).



*Figure 7: Priorisation de l'analyse pharmaceutique*

La réponse « autres » était justifiée par plusieurs réponses : Priorisation sur les entrées (5 réponses), priorisation sur les services en dispensation nominative (2 réponses), « Pas de réelle priorisation (...) 50 % des 2000 lits », « Réalisée uniquement dans les services de conciliation médicamenteuse car logiciel d'analyse non fonctionnel. (Niveau 3 uniquement.) », « Analyse pharmaceutique non mise en place ».

### **1.b Ces propositions vous paraissent-elles pertinentes pour la mutualisation de l'analyse pharmaceutique?**

Toutes les moyennes et les écart-type de chacune des propositions sont résumés dans le Tableau 1 (p.68), pour chacune des activités.

La priorisation similaire des prescriptions à analyser a été jugée majoritairement pertinente ou très pertinente pour 53% des répondants. Cependant, 47% des pharmaciens ont répondu trouvé cette proposition non ou peu pertinente. La note moyenne, est de 1,47 sur 3 avec un écart-type important, de 0,75, témoignant des divergences d'opinion. Les résultats sont résumés dans la Figure 8 (p.51).

Les réunions d'échanges ont été jugées globalement intéressantes : 91% des pharmaciens ont répondu « Pertinent » ou « Très pertinent ». La moyenne est la plus élevée des propositions concernant l'analyse pharmaceutique, elle est de 2,28 sur 3.

L'idée du pharmacien référent de spécialité a été bien perçue également avec 85% de réponses « Pertinent » ou « Très pertinent ». La note moyenne est de 2.15. Bien que globalement pertinente pour l'ensemble des établissements, cette proposition a été significativement mieux notée par les « CHU » que par les « non CHU » (moyenne 2,44 vs 2.09,  $p = 0.03$ ).

Soixante-dix pourcent des répondants ont jugé la validation délocalisée non pertinente ou peu pertinente. La moyenne est faible : 1.05 mais l'écart-type important : 0,73. Cette proposition ressort significativement moins pertinente que toutes les autres ( $p < 0.001$ ). Il n'existe pas de différences significatives entre les réponses des « CHU » et des « non CHU » ou entre les réponses des établissements supports et celles des non supports.

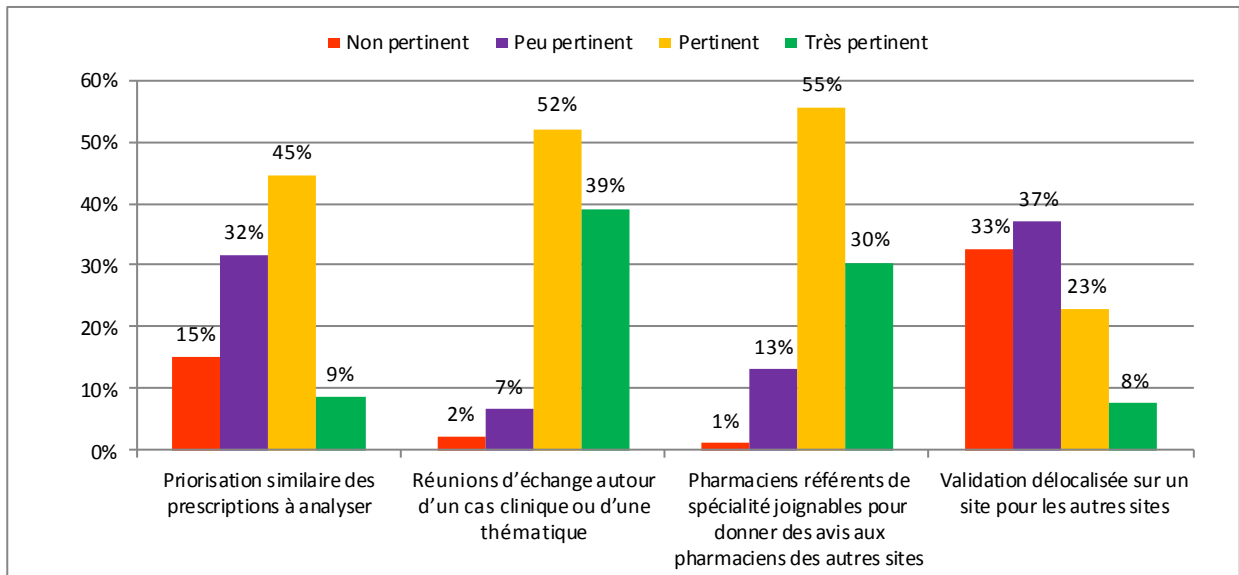


Figure 8: Mutualisation de l'analyse pharmaceutique

Pour cette activité, l'idée du pharmacien référent et les réunions d'échange ont été jugée significativement plus pertinentes que la priorisation similaire des prescriptions ( $p < 0.001$ ), elle-même significativement plus pertinente que la validation délocalisée ( $p = 0.002$ ). Le classement des propositions concernant l'analyse pharmaceutique est présenté dans la Figure 9.

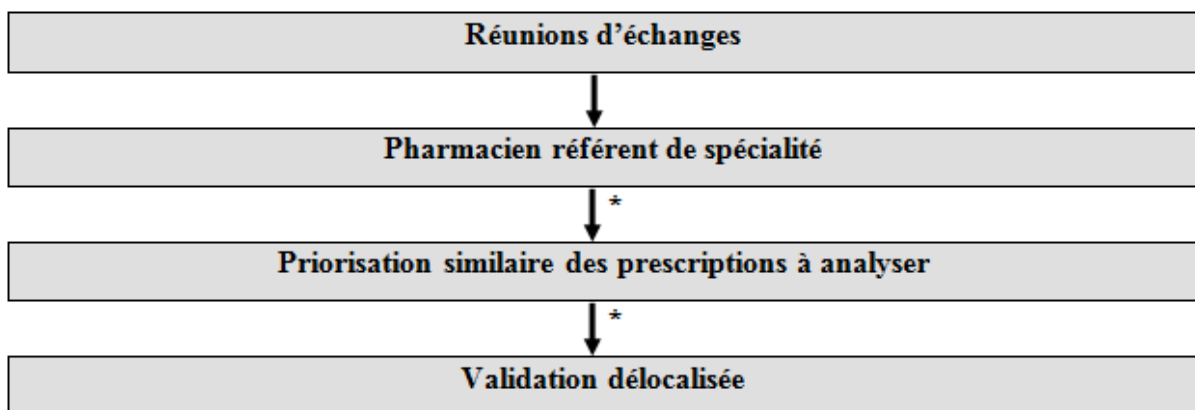


Figure 9: Classement des propositions concernant l'analyse pharmaceutique

(de la plus pertinente à la moins pertinente des propositions, « \* » : différence statistiquement significative)

### **1.c Autres propositions / commentaires :**

Dans les commentaires, 3 pharmaciens suggéraient une priorisation à la carte, en fonction de la typologie de l'établissement, des problématiques des services (y compris ponctuelles), et non une priorisation commune entre les établissements.

Trois pharmaciens ont commenté la mutualisation de l'analyse pharmaceutique en évoquant les risques et inconvénients liés à sa centralisation/délocalisation :

- « La validation d'ordonnance ne peut se faire qu'à proximité du stock physique des médicaments et ne peut donc pas être délocalisée »
- « La difficulté de la mutualisation de cette activité risque de venir des médecins et IDE. Comment donner crédibilité à une intervention pharmaceutique d'un pharmacien hors site ? »
- « Non délocalisable car nécessite l'échange avec les prescripteurs. Systèmes informatiques différents, etc »

### ***b) Question 2 : Les programmes d'ETP***

#### **2.a Au sein de votre établissement, existe-t-il des programmes d'ETP impliquant un pharmacien ?**

La majorité des pharmaciens interrogés a répondu travailler dans un établissement dans lequel aucun programme d'ETP incluant un pharmacien n'est mis en place (60%). En retirant les doublons correspondant aux réponses de pharmaciens exerçant dans le même établissement, ce pourcentage monte à 65%. Le reste des établissements a initié (2%), bien mis en place (28 %) ou est en cours de mise en place de ces ETP (10%) (Figure 10, p. 53).

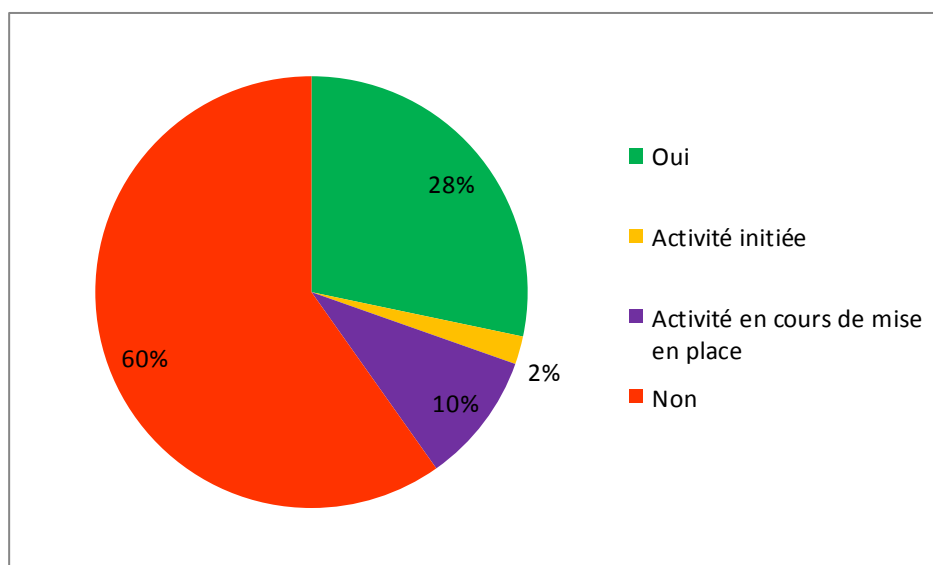


Figure 10 : Mise en place des ETP dans les établissements

## 2.b Ces propositions vous paraissent-elles pertinentes pour la mutualisation des implications pharmaceutiques dans les ETP?

Les pharmaciens ont majoritairement jugé « le choix similaire des programmes d'ETP entre les sites », « Pertinent » ou « Très pertinent » à 55% mais 45% des pharmaciens ont répondu « Peu pertinent » ou « Non pertinent ». Les avis sont donc variables. La moyenne est significativement moins élevée que celle des autres activités ( $p < 0,001$ ), elle est de 1.57 +/- 0,76. Les résultats sont résumés dans la Figure 11 (p.54).

La proposition « organisation et outils communs » a été mieux perçue avec 2.33 +/- 0.56 de note moyenne : 93% de réponses « Pertinent » ou « Très pertinent ». Les cliniques ont jugés cette propositions moins pertinente que les autres établissements (moyenne 2,00 contre 2,35,  $p < 0.001$ ).

Le constat est similaire pour la proposition « les pharmaciens d'une PUI forment les pharmaciens des autres PUI sur un programme d'ETP » : 90% de réponses « Pertinent » ou « Très pertinent ». La moyenne est relativement élevée, elle est de 2.15 +/- 0.44.

La répartition des thèmes d'ETP sur les sites du GHT est légèrement moins bien perçue avec une moyenne de 1.99 +/- 0.52 : 52% et 25 % de réponses respectivement pour « Pertinent » et « Très pertinent ».

Les répondants ont considéré « l'ouverture des ETP d'un site aux patients des autres sites » intéressante. Plus des trois-quarts ont répondu « Pertinent » ou « Très pertinent ». La note moyenne est 2.13 +/- 0.62.

Ils ont également montré un certain intérêt pour les équipes mobiles d'ETP : 84% ont trouvé cette proposition pertinente ou très pertinente. La note moyenne est de 2.20 +/- 0,58.

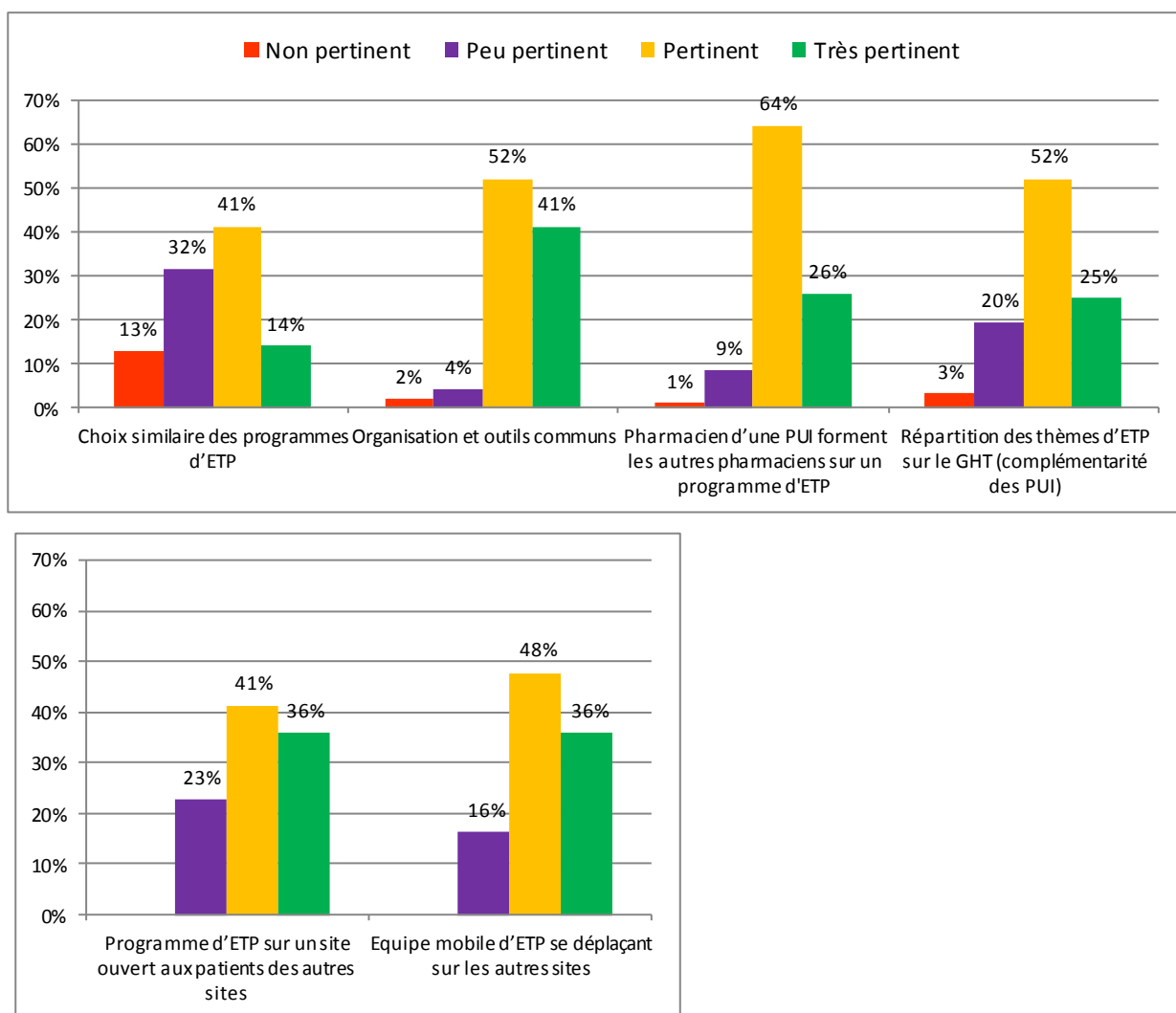
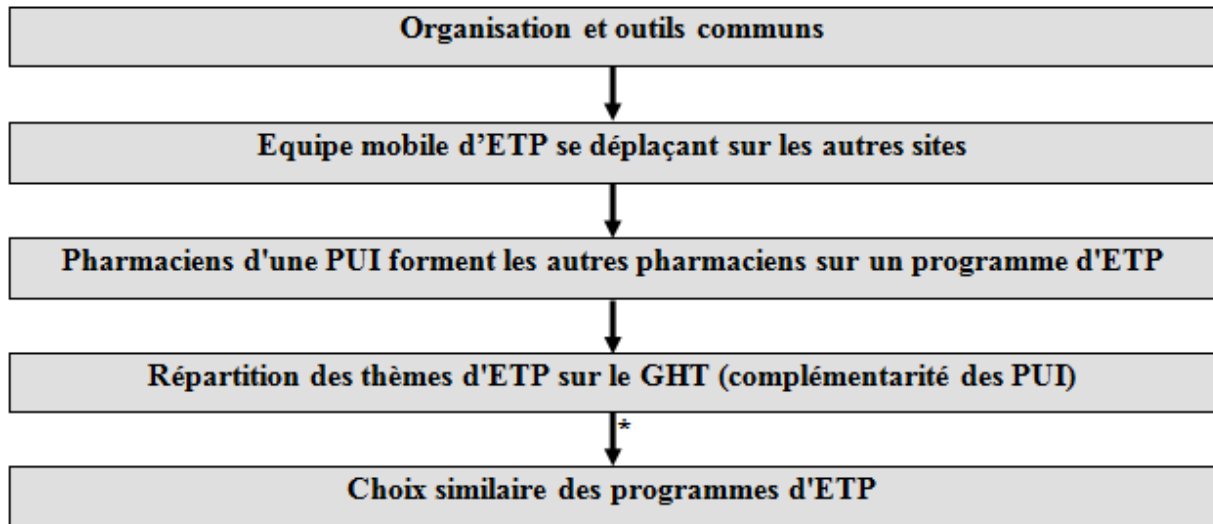


Figure 11: Mutualisation des ETP

Le classement des propositions concernant les ETP est présenté dans la Figure 12.



*Figure 12: Classement des propositions concernant les ETP*

*(de la plus pertinente à la moins pertinente des propositions, « \* » : différence statistiquement significative)*

### **2.c Autres propositions / commentaires :**

Les commentaires mentionnaient à 4 reprises la distance entre les établissements comme freins à la mutualisation des ETP, notamment pour les personnes âgées.

Un pharmacien relevait le fait que les ETP peuvent avoir lieu « hors hospitalisation » ce qui inclus donc la ville.

Un autre pharmacien estimait pertinent de mutualiser les ETP dans leur ensemble, les propositions sont à étudier en les associant les unes aux autres : « (...) mutualiser les outils mis en place sur un thème donné (Hypertension artérielle pulmonaire/Chimiothérapies orales, etc.) et former les pharmaciens d'une autre PUI à ces outils pour diffusion dans d'autres établissements du GHT. Autrement dit, chaque PUI travaille sur un "thème" différent, puis mutualise les outils / forme les pharmaciens pour une répartition homogène sur le territoire. » Cette idée se rapproche du PPP abordé plus haut.

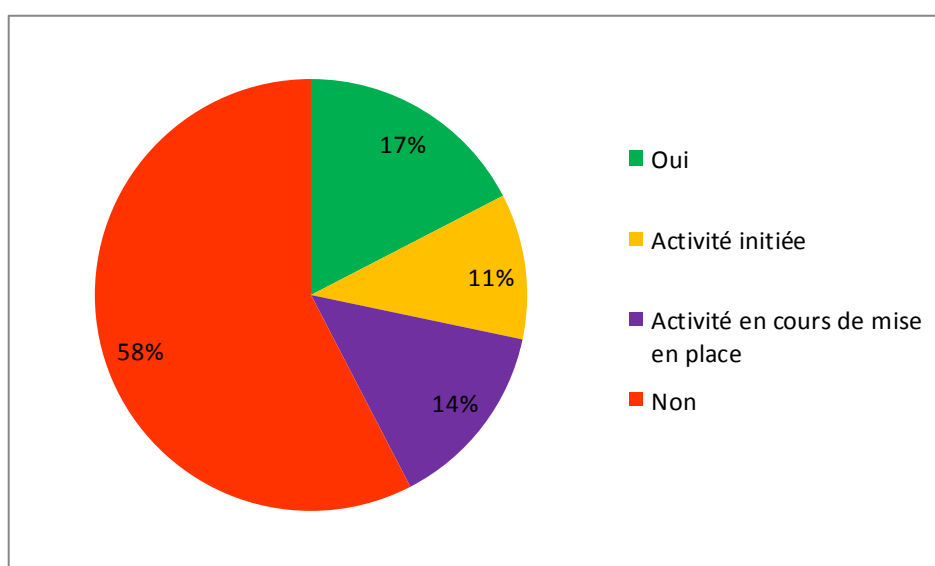


Pour finir un commentaire mentionnait l'importance de *pouvoir proposer* des ETP sur l'ensemble des sites : « Pour que tout le monde se sente impliqué, il me semble important qu'un (au moins) des pharmaciens de chaque site soit formé à l'ETP (...). »

*c) Question 3 : Les entretiens pharmaceutiques*

**3.a Au sein de votre établissement, existe-t-il des programmes d'entretiens pharmaceutiques?**

La majorité des établissements des pharmaciens répondants ne propose pas d'entretiens pharmaceutiques (58%). Dans 17% des établissements l'activité est mise en place, dans 11% elle est initiée et dans 14% elle est en cours de mise en place (Figure 13).



*Figure 13: Mise en place des entretiens pharmaceutiques dans les établissements*

**3.b Ces propositions vous paraissent-elles pertinentes pour la mutualisation des entretiens pharmaceutiques?**

Les réponses sont résumées dans la Figure 14 (p.58). La priorisation similaire des patients a été jugée pertinente par 45% des répondants mais 42,4 % l'ont estimée non ou peu pertinente.

Les avis sont donc partagés. La moyenne est relativement faible, elle est de 1.63 +/- 0,69 sur 3.

La mutualisation par une organisation commune et des outils communs est considérée comme pertinente avec 92% de réponses « pertinent » ou « très pertinent » et une moyenne importante de 2.32 +/- 0,55.

La formation, par un pharmacien du groupement, des pharmaciens des autres PUI est également bien perçue puisque 60% des répondants ont estimé cette proposition pertinente et 27% l'ont jugée très pertinente. La note moyenne de pertinence est élevée, elle est de 2.12 +/- 0,48.

L'organisation d'entretiens pharmaceutiques sur un site accessibles aux patients des autres sites est moins bien perçue. Un peu plus de la moitié des pharmaciens jugent cette idée « Pertinente » ou « Très pertinente » (54%) et l'autre moitié « Non pertinente » ou « Peu pertinente » (46%). La moyenne est de 1,64 +/- 0,74.

Les réponses sur la mobilité du pharmacien sont également mitigées. La moitié des pharmaciens ont répondu « Pertinent » ou « Très pertinent » (52%) et l'autre moitié « Non pertinent » ou « Pertinent » (48%). La moyenne est un peu plus élevée que pour la proposition précédente. Elle est de 1,75 +/-0,73.

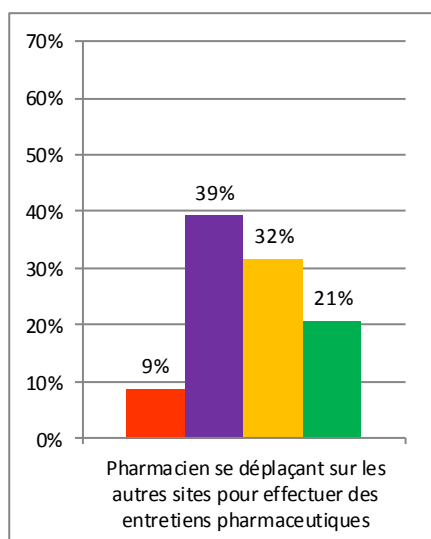
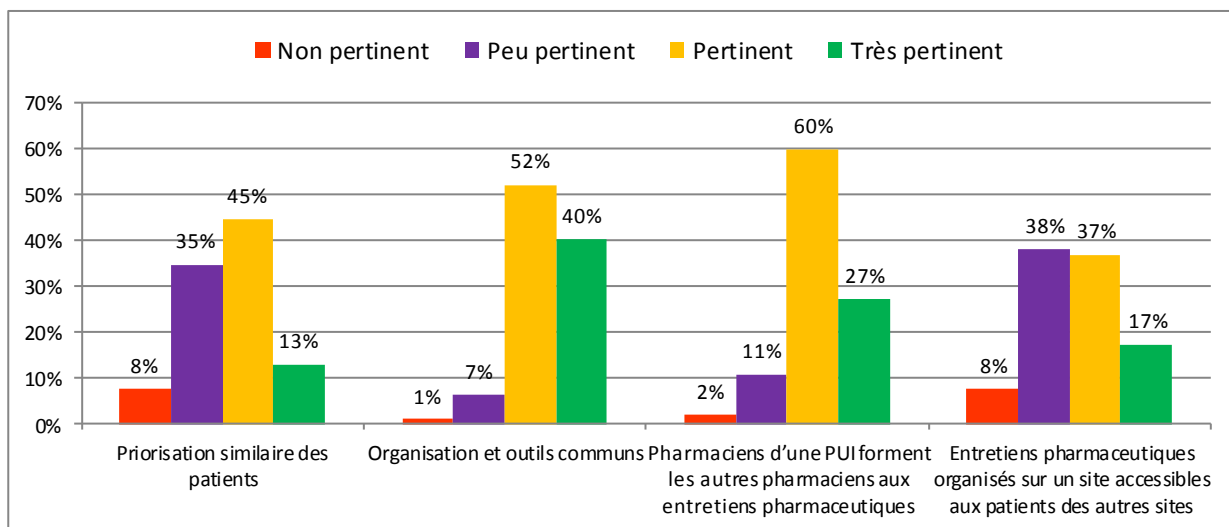
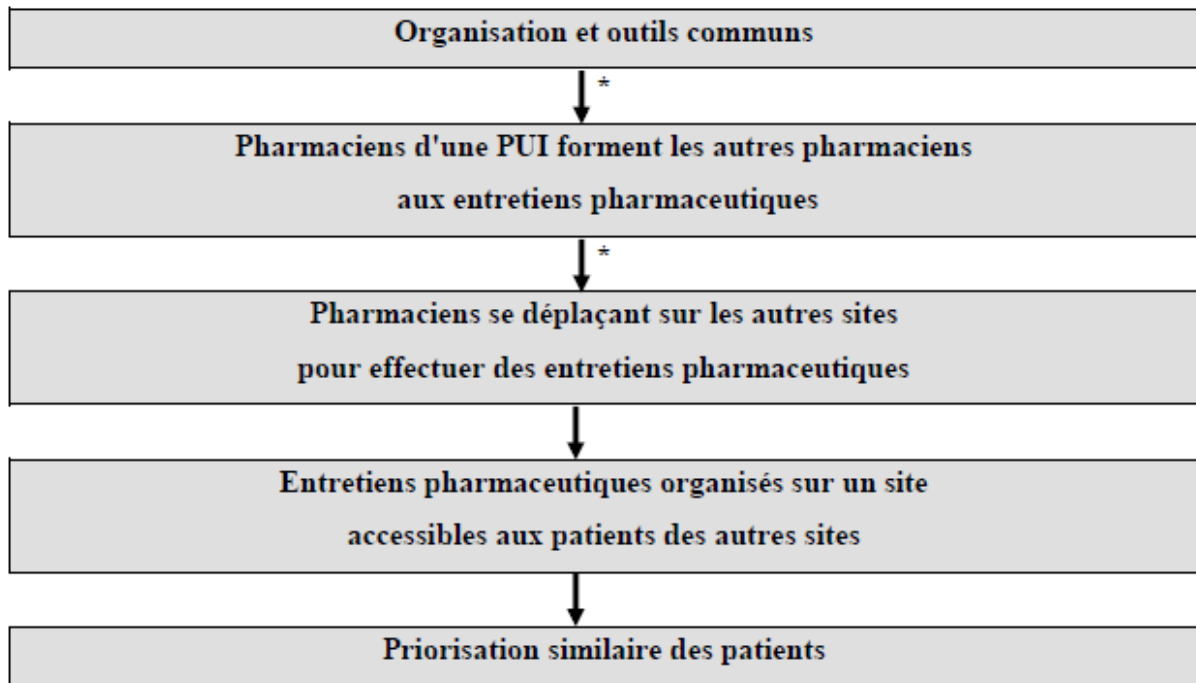


Figure 14: Mutualisation des entretiens pharmaceutiques

La mutualisation des organisations et outils ainsi que la formation des pharmaciens entre eux sont les deux propositions jugées significativement plus pertinentes ( $p = 0.002$ ).

Le classement des propositions concernant les entretiens pharmaceutiques est présenté dans la Figure 15.



*Figure 15: Classement des propositions concernant les entretiens pharmaceutiques*

*(de la plus pertinente à la moins pertinente des propositions, « \* » : différence statistiquement significative)*

### **3.c Autres propositions /commentaires :**

Comme pour l'activité précédente, les déplacements de patients entre les sites ont été jugés non pertinents à cause de la distance entre les sites.

Le déplacement du pharmacien n'a pas été jugé intéressant non plus par deux pharmaciens, du fait du manque de temps déjà préoccupant dans les PUI. La fluidification du parcours patient et une meilleure organisation du temps pharmaceutique seraient plus bénéfiques.

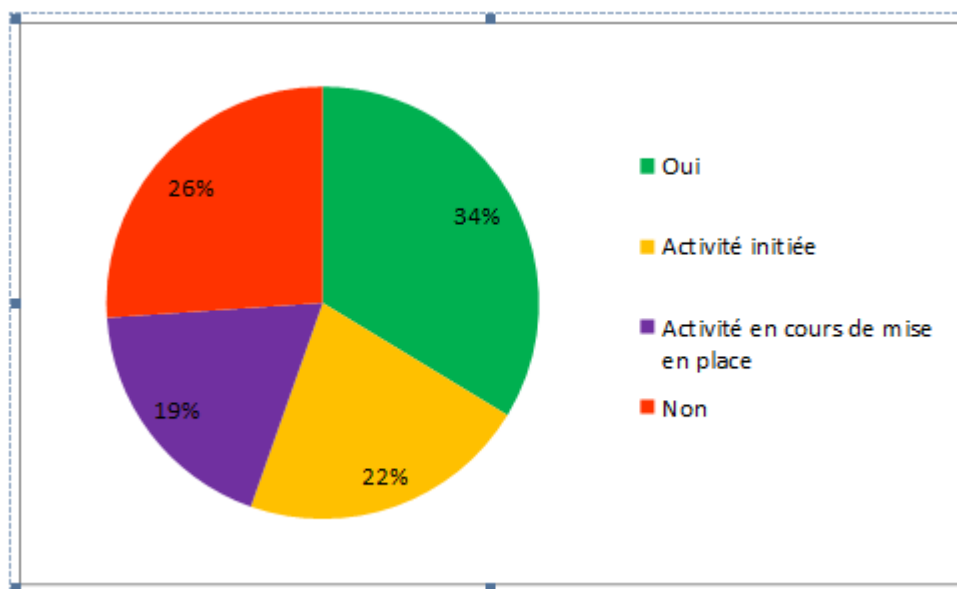
Plusieurs commentaires ont mentionné l'intérêt de cibler sur un type de patient cette mutualisation : lors des sorties d'hospitalisation, pour les patients en rétrocessions ou pour les patients ayant fait l'objet d'une conciliation.

Un pharmacien a fait remarquer la nécessité d'une formation externe par des programmes de Développement Professionnel Continu.

*d) Question 4 : la conciliation médicamenteuse*

**4.a Au sein de votre établissement, la conciliation médicamenteuse a-t-elle été mise en place ?**

Un tiers des établissements dans lesquels exercent les pharmaciens répondants ont bien mis en place la conciliation médicamenteuse, 22% l'ont initiée, 19% sont en cours de mise en place de cette activité. Environ un quart des établissements ne l'a pas mise en place et n'est pas en cours de mise en place (Figure 16).



*Figure 16: Mise en place de la conciliation dans les établissements*

#### **4.b Ces propositions vous paraissent-elles pertinentes pour la mutualisation de la conciliation médicamenteuse?**

Les résultats sont présentés dans la Figure 17 (p. 62). Les réponses sur la priorisation similaire des patients recevant une conciliation médicamenteuse sont variables. Cette proposition est vue comme pertinente pour 43% des répondants mais 45% l'ont classée dans « Non pertinent » ou « Peu pertinent ». L'ensemble des répondants a globalement estimé cette proposition moyennement pertinente avec une note de 1,55 et un écart type élevé de 0,73. Elle est estimée significativement moins pertinente que toutes les autres ( $p < 0.001$ ).

Les quatre autres propositions sont considérées très pertinentes ou pertinentes par la quasi-totalité des pharmaciens :

- 98% pour « Procédures et outils communs », moyenne : 2,48 +/- 0,52
- 95% pour « Echange des informations lors des transferts par email ou téléphone », moyenne : 2.46 +/- 0,57.
- 94% pour « Mise en commun des informations sur une plateforme informatique », moyenne : 2.48 +/- 0,61.
- 97% pour « Mutualisation du support de communication entre la ville et l'hôpital », moyenne 2.54 +/- 0,55.

La proposition « Procédures et outils communs » a été considérée pertinente ou très pertinente par la très grande majorité des établissements, cependant, les CHU l'ont jugée significativement plus pertinente que les « non CHU » (moyenne 2,81 contre 2,41 ;  $p = 0.002$ ), tout comme les établissements supports vis-à-vis des « non supports » (moyenne 2,71 contre 2,40 ;  $p = 0.01$ ). A l'inverse, les cliniques l'ont estimée moins pertinente que les établissements publics (moyenne 2,00 contre 2,52,  $p < 0.001$ )

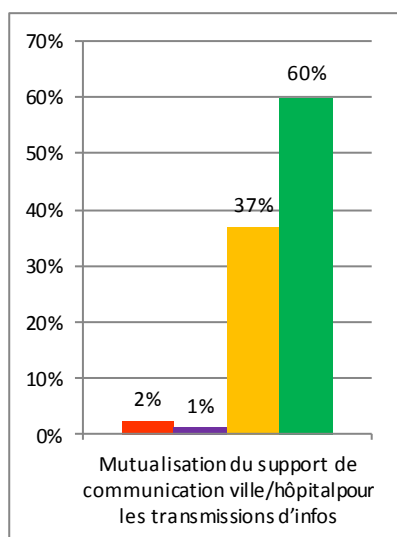
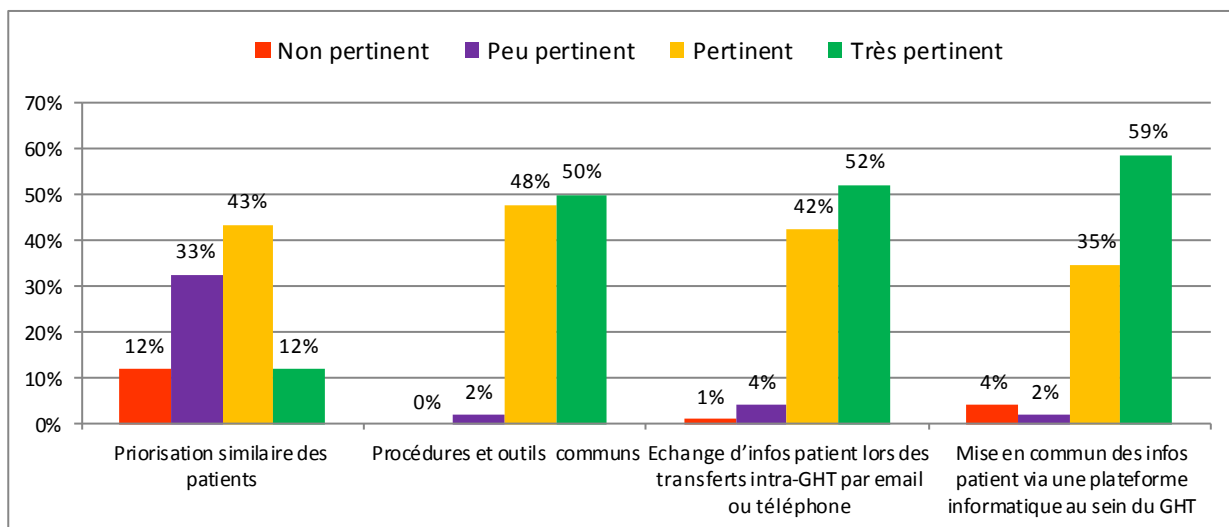


Figure 17: Mutualisation de la conciliation médicamenteuse

Le classement des propositions concernant la conciliation médicamenteuse est présenté dans la Figure 18.

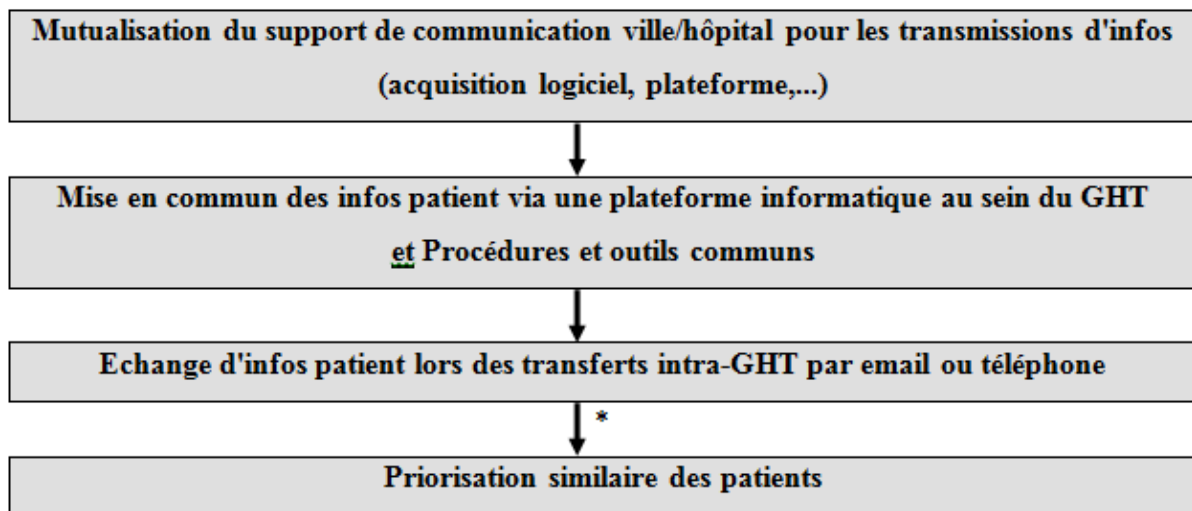


Figure 18: Classement des propositions concernant la conciliation médicamenteuse

(de la plus pertinente à la moins pertinente des propositions, « \* » : différence statistiquement significative)

#### 4.c Autres propositions /commentaires :

Un pharmacien a expliqué l'existence dans son département d'une « plateforme d'échanges CH- ville (officine et autres professions médicales et paramédicales). »

D'autres mentionnent des moyens de communication déjà en place ou à venir :

- le DP qui serait enrichi et consulté « à l'entrée en consultation, à la sortie avec ordonnance de sortie + conseil/suivi bio/observance ».
- Logiciel d'aide à la prescription commun ou interface informatique
- Logiciel dossier patient : homogénéisation au sein des GHT, plateforme d'échange suffisante ?
- « DPI communs, le Dossier Médical Partagé (DMP) ou solutions type "Hospiville" (ou autres) »



Cependant plusieurs remarques et interrogations sont soulevées vis-à-vis de la mise en place de plateformes communes :

- « Garantie de confidentialité des données? »
- Systèmes d'information différents entre établissements : interfaçage de la plateforme avec tous les logiciels pour que « la conciliation s'intègre au dossier médical du patient? Utopie ? »
- « Le DMP doit apporter ces réponses à terme. Il ne serait pas pertinent que chacun développe des outils pour le remplacer. »

D'autres remarques mettent en avant le rôle des équipes médicales dans cette activité, indépendamment de sa mutualisation:

- « Le support de communication pour la sortie est la lettre de liaison rédigée et signée par le médecin responsable du patient. La rédaction de ce support n'est donc pas une activité pharmaceutique. (Arrêté R 1112-1-2 CSP sur la lettre de liaison). Le pharmacien peut aider le médecin dans la tâche de conciliation au même titre que les autres membres de l'équipe de soins. »
- « Formation des étudiants en médecine (externes) pour réaliser des conciliations médicamenteuses + mise en place conciliations (...) par un pharmacien. »

#### *e) Question 5 : Le bon usage des produits de santé*

##### **5.a Ces propositions vous paraissent-elles pertinentes pour la mutualisation des actions de bon usage des produits de santé?**

Les réponses sont résumées dans Figure 19 (p. 66). La mise à disposition des référentiels est considérée comme très pertinente ou pertinente pour 94% des pharmaciens. La moyenne est élevée, elle est de 2.41 +/- 0,56.

La création de référentiels communs pour tout le GHT est également jugée très pertinente ou pertinente pour la quasi-totalité des pharmaciens (95%). La moyenne est identique à la proposition précédente, 2,42 +/- 0,55.

L'ouverture des instances (COMEDIMS par exemple) aux praticiens des autres établissements ainsi que la mise en place d'instances communes pour tout le GHT est légèrement moins populaire : 82% des pharmaciens ont jugé la première proposition très pertinente ou pertinente et 64% la deuxième. Les moyennes sont respectivement de 2,14 +/- 0,62 et 1,86 +/- 0,79. Les écarts-type sont importants témoignant d'une disparité dans les réponses. La mise en commun des instances est statistiquement moins populaire que les autres propositions ( $p = 0.03$ ). On observe des différences entre les avis des pharmaciens exerçant en CHU ou en établissement support et les autres pharmaciens. Les pharmaciens des CHU sont significativement plus favorables à l'ouverture des instances (moyenne 2,56 vs 2,05 ;  $p = 0.01$ ) et à la mise en commun des instances (2,44 vs 1,74 ;  $p = 0.001$ ) que les pharmaciens des autres établissements. De même, les pharmaciens des établissements supports sont plus favorables à la mise en commun des instances (2,21 vs 1,74 ;  $p = 0.02$ ).

En revanche le partage des fiches de bon usage est une proposition envisageable pour l'ensemble des pharmaciens (100 %), la moyenne est de 2,63 +/- 0,47. Cette proposition est la mieux perçue par les pharmaciens ( $p < 0,001$ ) pour cette activité.

La mise en commun des campagnes de sensibilisation est majoritairement bien vue également, 96% ont répondu « très pertinent » ou « pertinent » et la moyenne est de 2,40 +/- 0,55.

Enfin, la formation des pharmaciens du GHT entre eux est considérée très pertinente ou pertinente par 96% des répondants. La moyenne est de 2,30 +/- 0,50.

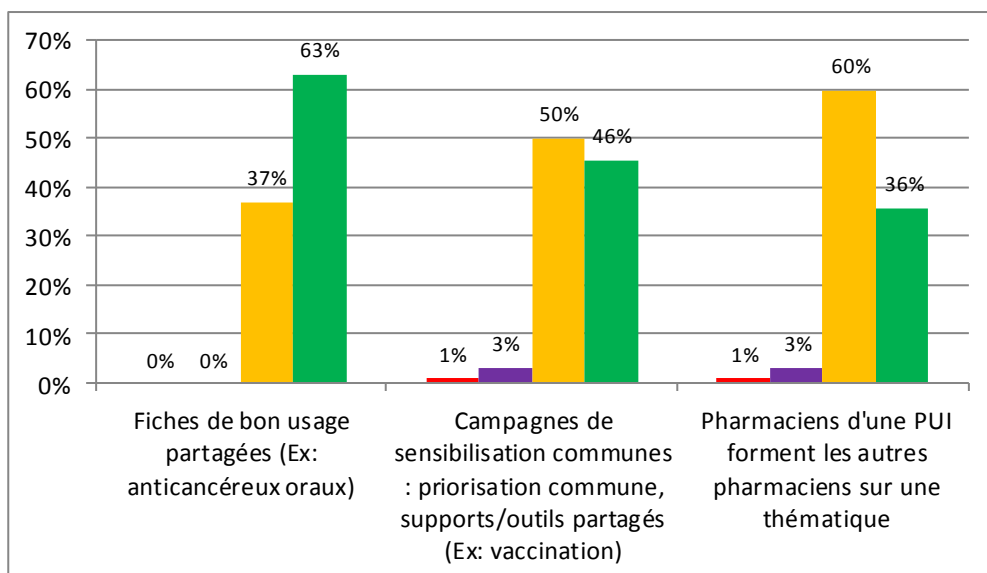
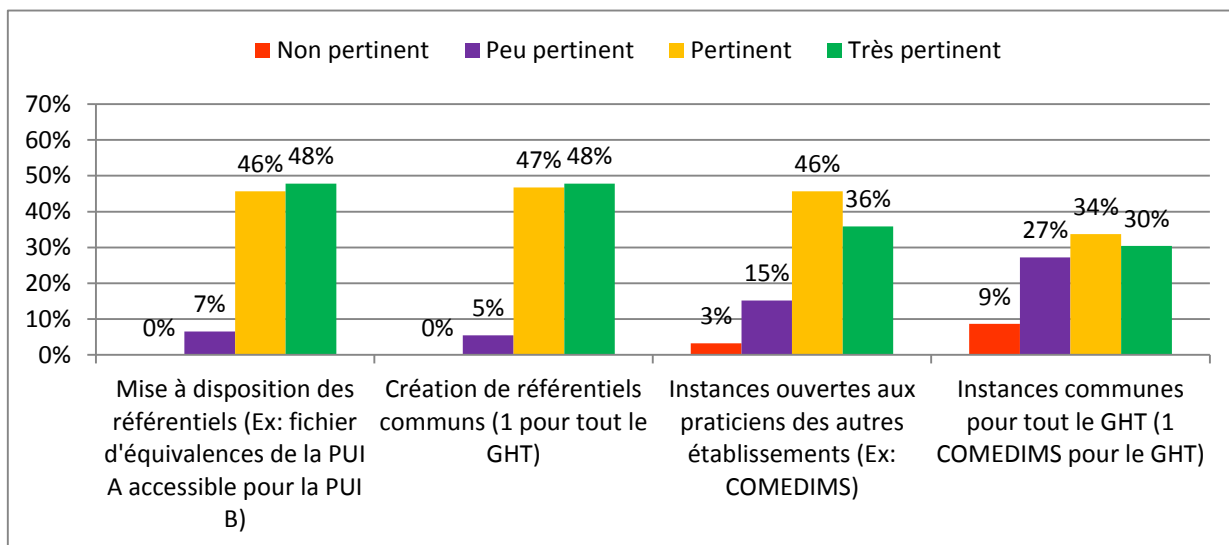


Figure 19: Mutualisation des actions de bon usage des produits de santé

Le classement des propositions concernant les actions autour du bon usage des produits de santé est présenté dans la Figure 20.

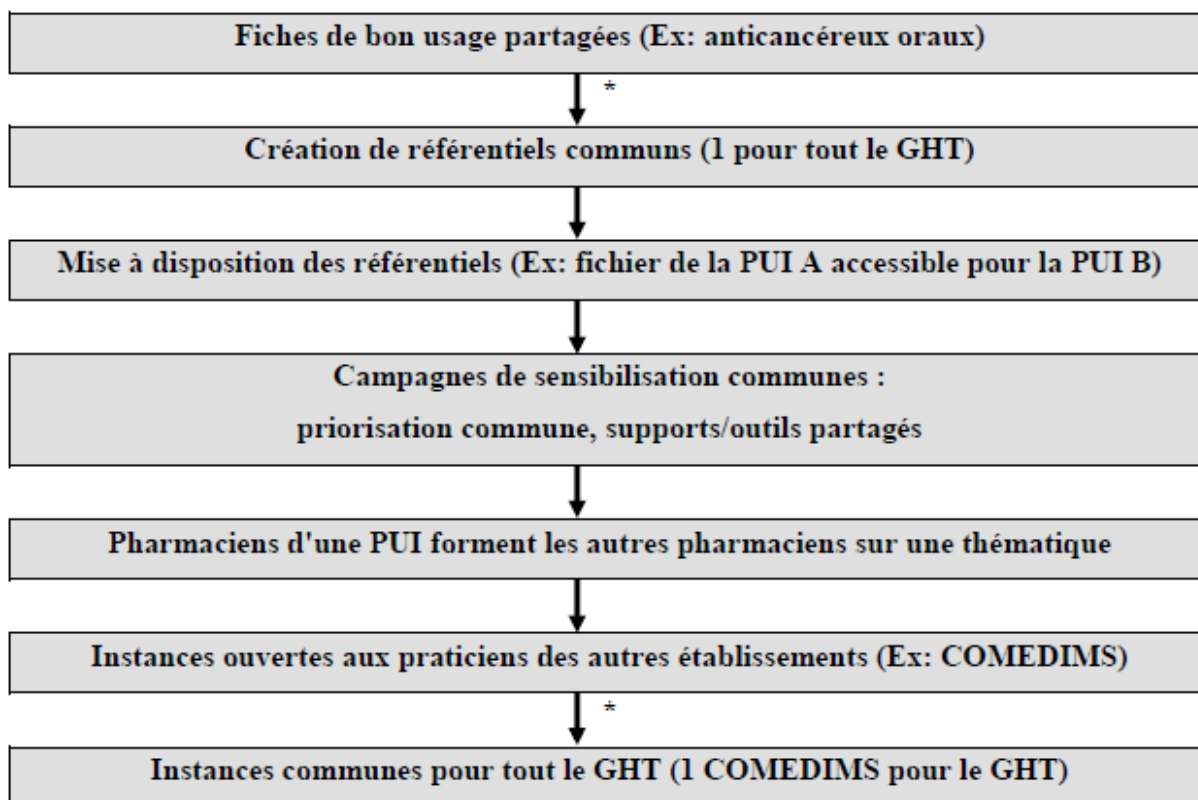


Figure 20: Classement des propositions concernant les actions autour du bon usage des produits de santé

(de la plus pertinente à la moins pertinente des propositions, « \* » : différence statistiquement significative)

### 5.c Autres propositions /commentaires :

Deux commentaires complètent la proposition de mutualisation des instances, en particulier de la COMEDIMS : Un pharmacien mentionne l'importance de maintenir « un Comedims intra-établissement pour tenir compte des spécificités de chaque établissement », un autre propose la mise en place d' « inter-COMEDIMS de GHT »

Deux commentaires expliquent l'étape indispensable de la mise en commun du livret thérapeutique avant harmonisation des pratiques ou mise à disposition de référentiels communs.

Plusieurs commentaires mettent en avant les risques et obstacles potentiels à la mutualisation du bon usage des produits de santé :

- La difficulté de « réunir à une même date à un même endroit tout le monde ».
- Les difficultés d'aboutir à un consensus déjà parfois compliqué à obtenir au sein d'un établissement.
- Le risque de perte de liberté pour les petits établissements, « de se sentir imposer différents thèmes tout le long de l'année ».

Un pharmacien propose l'inclusion des Evaluation des Pratiques Professionnelles (EPP) dans les actions de bon usage des produits de santé.

Les moyennes des propositions de chacune des activités ainsi que les écarts-types sont résumés dans le Tableau 1: Notes moyennes de pertinence et écarts-types des propositions de mutualisation

*Tableau 1: Notes moyennes de pertinence et écarts-types des propositions de mutualisation*

	Moyenne	Ecart-type
1.b Ces propositions vous paraissent-elles pertinentes pour la mutualisation de l'analyse pharmaceutique?		
Priorisation similaire des prescriptions à analyser	1,47	<b>0,74</b>
Réunions d'échange autour d'un cas clinique ou d'une thématique	2,28	0,56
Pharmaciens référents de spécialité, joignable pour donner des avis pour les autres sites	2,15	0,52
Validation délocalisée sur une PUI pour d'autres sites	1,05	0,73
2.b Ces propositions vous paraissent-elles pertinentes pour la mutualisation des implications pharmaceutiques dans les ETP?		

Choix similaire des programmes d'ETP	1,57	<b>0,76</b>
Organisation et outils communs	2,33	0,56
Pharmaciens d'une PUI forment les autres pharmaciens sur un programme d'ETP	2,15	0,44
Répartition des thèmes d'ETP sur le GHT (complémentarité des PUI)	1,99	0,52
Programmes d'ETP sur un site ouverts aux patients des autres sites	2,13	0,62
Equipe mobile d'ETP se déplaçant sur les autres sites	2,20	0,58
3.b Ces propositions vous paraissent-elles pertinentes pour la mutualisation des entretiens pharmaceutiques?		
Priorisation similaire des patients	1,63	0,69
Organisation et outils communs	2,32	0,55
Pharmaciens d'une PUI forment les autres pharmaciens aux entretiens pharmaceutiques	2,12	0,48
Entretiens pharmaceutiques organisés sur un site accessibles aux patients des autres sites	1,64	<b>0,74</b>
Pharmaciens se déplaçant sur les autres sites pour effectuer des entretiens pharmaceutiques	1,75	<b>0,73</b>
4.b Ces propositions vous paraissent-elles pertinentes pour la mutualisation de la conciliation médicamenteuse?		
Priorisation similaire des patients	1,55	<b>0,73</b>
Procédures et outils communs	2,48	0,52
Echange d'infos patient lors des transferts intra-GHT par email ou téléphone	2,46	0,57

Mise en commun des infos patient via une plateforme informatique au sein du GHT	2,48	0,61
Mutualisation du support de communication ville/hôpital pour les transmissions d'infos (acquisition logiciel, plateforme,...)	2,54	0,55
5.a Ces propositions vous paraissent-elles pertinentes pour la mutualisation des actions de bon usage des produits de santé?		
Mise à disposition des référentiels (Ex: fichier d'équivalences de la PUI A accessible pour la PUI B)	2,41	0,56
Création de référentiels communs (1 pour tout le GHT)	2,42	0,55
Instances ouvertes aux praticiens des autres établissements (Ex: COMEDIMS)	2,14	0,62
Instances communes pour tout le GHT (1 COMEDIMS pour le GHT)	1,86	<b>0,79</b>
Fiches de bon usage partagées (Ex: anticancéreux oraux)	2,63	0,47
Campagnes de sensibilisation communes : priorisation commune, supports/outils partagés (Ex: vaccination)	2,40	0,55
Pharmaciens d'une PUI forment les autres pharmaciens sur une thématique	2,30	0,50

*f) Question 6 : concernant ces 5 actes :*

**6.a Considérez-vous que leur mutualisation entrainerait (plusieurs réponses possibles) :**

- **Une amélioration de la prise en charge**
- **Un gain de temps**
- **Un gain économique**
- **Aucun avantage**
- **Un impact négatif sur la qualité de l'activité**

Selon les réponses des pharmaciens résumées dans la Figure 21, la mutualisation de l'analyse pharmaceutique entrainerait peu d'avantage par rapport aux autres activités de pharmacie clinique. Seulement un tiers pense qu'elle entrainerait une amélioration de la prise en charge du patient, 29% pensent qu'elle permettrait un gain de temps et 16%, un gain économique. Près de la moitié des répondants ne favoriseraient pas la mutualisation de cette activité : 34% pensent qu'elle n'apporterait aucun avantage et 15% pensent qu'elle serait délétère pour la qualité de l'activité.

Le constat est différent pour les autres activités : près de 70 % des pharmaciens pensent que la mutualisation améliorerait la prise en charge du patient (écart-type 3%), quelle que soit l'activité (ETP, entretiens pharmaceutiques, conciliation, bon usage des produits de santé). Cinquante-sept pourcent des répondants estiment qu'un gain de temps pourrait être obtenu par la mutualisation du bon usage des produits de santé. Un gain économique serait obtenu pour moins de la moitié des pharmaciens quelle que soit l'activité.

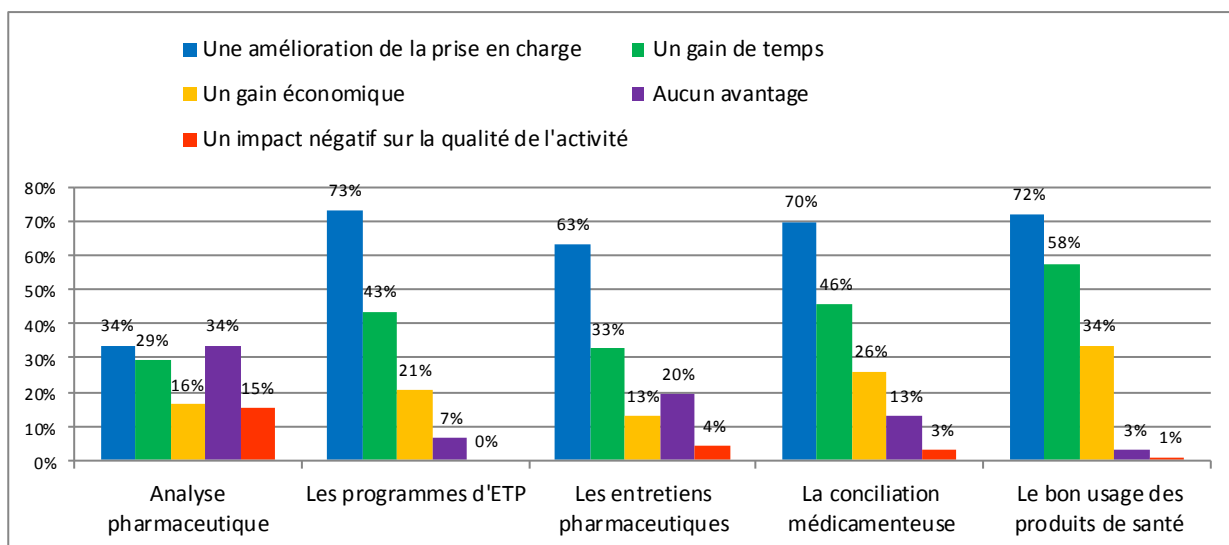


Figure 21: Avantages liés à la mutualisation de la pharmacie clinique

Pour toutes ces propositions, il n'existe pas de différences significatives quelle que soit l'activité, entre les CHU et les autres établissements ou entre les établissements supports et les non-supports.



### **6.b Autres avantages ou inconvénients / commentaires :**

Un commentaire expose le problème des difficultés à faire évoluer un document lorsqu'il est partagé entre plusieurs établissements. On retrouve également la « perte de temps » associée aux discussions pour la mutualisation.

Un pharmacien commente en expliquant que ces avantages sont très liés entre eux : une amélioration de la prise en charge entraîne un gain économique, de même qu'un gain de temps est forcément associé à un gain économique.

Concernant les ETP, les entretiens pharmaceutiques et la conciliation, une réponse met en valeur la possibilité pour un patient, en cas de mutualisation, de « bénéficier de prestations auxquelles il ne pouvait peut être pas bénéficier dans l'établissement du GHT où il est pris en charge ».

### **6.c Pensez-vous qu'il serait pertinent d'identifier un pharmacien référent sur le GHT pour définir et coordonner les activités de pharmacie clinique adaptés au parcours et au profil des patients, au sein du groupement?**

Cette proposition est considérée pertinente par la majorité des répondants (57%), 20 % des répondants pensent que ce n'est pas pertinent et 23% ne savent pas.

### **6.d Commentaires**

Deux pharmaciens témoignent de projets établis ou en cours de mises en place dans leur établissement dont un expliquant la création d'un « groupe de travail spécifique au sein du GHT avec 1 Pharmacien de chaque établissement. 1 Pilote + 1 Co pilote. »

Quatre répondants suggèrent des équipes ou des binômes plutôt qu'un seul pharmacien référent et notamment avec des représentants des différents établissements ou des équipes référentes pluridisciplinaires.

Plusieurs interrogations et remarques mettent en évidence les limites de cette proposition, notamment le manque de temps et la complexité des GHT liée à la diversité des établissements membres.

#### **6.e Selon vous, quels sont les principaux freins à la mutualisation de ces actes ?**

Les résultats sont présentés dans la Figure 22 (p. 74). Pour l'analyse pharmaceutique, le principal frein selon les répondants serait « le système d'information ».

Pour la mutualisation des ETP et des entretiens pharmaceutiques il s'agit d'abord du « manque de moyens humains » pour, respectivement, 71% et 73% puis de « l'éloignement des sites » pour 55% et 50% d'entre eux.

La réponse la plus fréquente pour la conciliation médicamenteuse est également « le manque de moyens humains » (70%) puis « le système d'information » (61%). « L'éloignement des sites » est également considéré comme un frein pour 51% des pharmaciens.

Concernant le bon usage des produits de santé, le frein le plus fréquemment mentionné par les répondants est « le manque de moyens humains » (52%).

Les deux principaux freins parmi ceux proposés semblent donc être d'une part le système d'information et d'autre part le manque de moyens humains. L'éloignement et le nombre important de sites semblent être également à considérer. Le manque de motivation des équipes à travailler ensemble n'est pas un frein majeur à la mutualisation des actes de pharmacie clinique mais est mentionné par environ un tiers des pharmaciens quelle que soit l'activité.

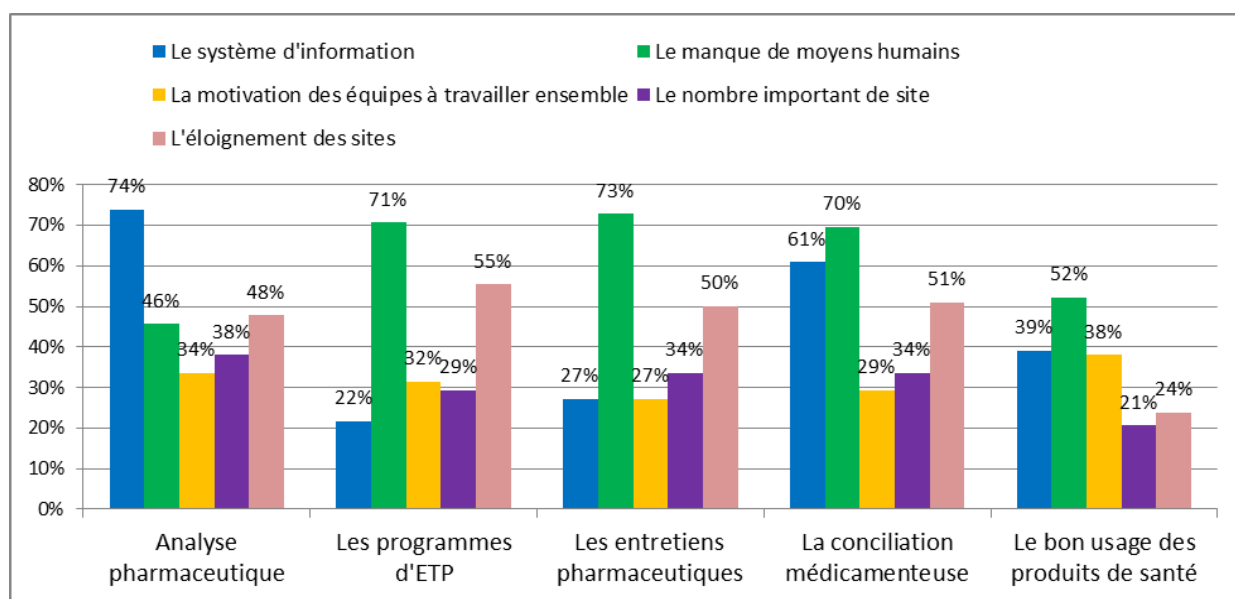


Figure 22: Freins à la mutualisation de la pharmacie clinique

Les établissements non supports ont répondu plus fréquemment que l'éloignement des sites était un frein à la mutualisation des entretiens pharmaceutiques, par rapport aux établissements supports, et ce, de manière significative ( $p = 0.047$ ). Pour les autres propositions et les autres activités, il n'y a pas de différences significatives entre les CHU et les autres établissements ou entre les établissements supports et les non supports.

#### 6.f Autres freins / commentaires :

Plusieurs commentaires confirment ou complètent certaines propositions, la taille du GHT, l'éloignement des sites mais aussi la diversité des établissements parties semble être un frein à la mutualisation.

Parmi les freins, on retrouve également « La peur de l'inconnue » ainsi que les difficultés relationnelles entre les personnes : la « Lutte et guerre de pouvoirs entre certains établissements et centralisation de certaines thématiques par l'établissement support (SDSI (Schéma Directeur du Système d'Information) par exemple) » ou encore « Les egos ».

Les freins juridiques sont également évoqués ce qui démontre les inquiétudes des pharmaciens face au manque d'information sur les responsabilités de chacun au sein des groupements.

Deux pharmaciens sont plus sceptiques sur l'intérêt même de la mutualisation de certaines activités :

« (...) le frein majeur est que ce sont des activités difficilement mutualisables si on veut rester au plus près des patients et des équipes soignantes ce qui participe pour beaucoup à l'impact de nos prestations. Par contre, la mutualisation des outils, des formations... nous ferait sûrement gagner beaucoup de temps et nous permettrait d'améliorer en continu nos connaissances. »

« Nous manquons de retours sur l'impact sur la morbidité, la qualité de vie et le gain de dépenses de santé pour mieux déployer, surtout aux yeux de nos directions. »

**6.g : Sur une échelle de 1 à 5, comment évaluez-vous la pertinence de la mutualisation de ces actes ? (1 = moins pertinent, 5 = plus pertinent)**

Sur 92 réponses, les notes moyennes attribuées à la mutualisation des activités sont 2.68 pour l'analyse pharmaceutique, 3.88 pour les ETP, 3.16 pour les entretiens pharmaceutiques, 3.39 pour la conciliation et 4.21 pour le bon usage des produits de santé (Figure 23, p. 76)

La mutualisation des activités autour du bon usage des produits de santé est jugée significativement plus pertinente que la mutualisation des ETP ( $p = 0.03$ ), elle-même plus pertinente que celles de la conciliation et des entretiens ( $p = 0,005$ ) elles même plus pertinentes que la mutualisation de l'analyse pharmaceutique ( $p = 0,02$ ).

Tous les pharmaciens sont favorables à la mutualisation des ETP et des entretiens mais les pharmaciens exerçant en CHU ont attribué des notes significativement plus importantes que les non CHU. Les réponses sont homogènes entre les établissements supports et les non

supports. Les cliniques ont attribué des notes significativement supérieures pour la mutualisation de l'analyse pharmaceutique (moyenne 4,14 contre 2,56,  $p < 0.001$ ).

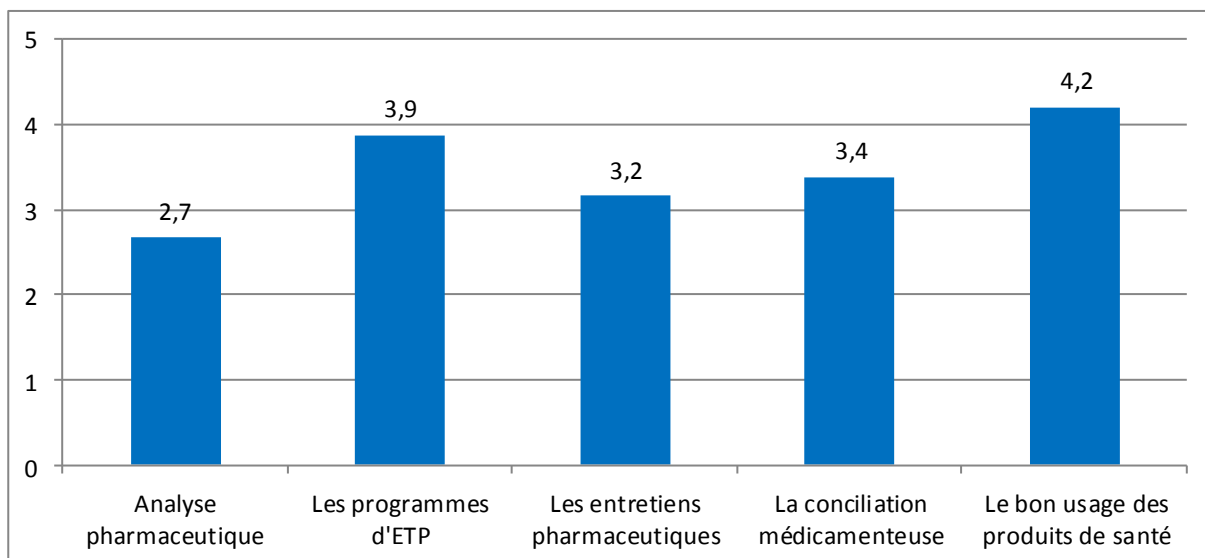


Figure 23: Pertinence de la mutualisation des actes de pharmacie clinique

## D. Discussions

### 1. Population – Etat des lieux

Les établissements supports représentent 40 % des réponses alors que 15% des établissements sont supports d'un GHT en France (33). Cela peut s'expliquer par le nombre plus important de pharmaciens exerçant dans les établissements supports (équipes plus importantes). L'effectif des établissements privés et ESPIC est faible alors qu'ils représentent près de la moitié des établissements de santé sur le territoire français. Ces résultats sont probablement dus à la faible proportion de pharmaciens exerçant dans ce type d'établissement et à leur possible moindre intérêt pour ce sujet du fait de leur non-inclusion au sein des GHT. Ces résultats sont donc à analyser avec précaution.

Selon ce sondage, la pharmacie clinique est très peu mutualisée pour le moment. Plusieurs explications sont possibles : cette activité ne fait pas partie des missions obligatoires du pharmacien hospitalier avant l'ordonnance de 2016 et donc encore moins des

projets de coopérations à l'inverse de la pharmacotechnie ou de la stérilisation, par exemple, qui sont des missions anciennes faisant l'objet de sous-traitance bien avant la mise en place des GHT. La mutualisation de la pharmacie clinique est donc historiquement peu développée et les moyens pour y parvenir sont complexes et mal identifiés. D'autre part, comme vu précédemment, le cadre juridique n'est pas clairement défini pour le moment alors qu'il s'agit d'une activité sensible pour la santé des patients. Pour finir, l'intérêt de cette mutualisation n'est pas toujours évident pour les pharmaciens hospitaliers. Certains petits établissements et/ou les non supports craignent de devoir s'aligner sur les modes de fonctionnement des établissements supports : système d'information, procédures, livret thérapeutique, etc. Néanmoins, ils devraient pouvoir bénéficier de l'expérience des autres établissements dans certains domaines et d'outils auxquels ils n'avaient pas accès auparavant comme par exemple, des procédures ou une aide à la mise en place de la conciliation, des documents de bon usage, des avis pharmaceutiques sur des traitements particuliers

Toutefois, des actions intéressantes émergent dans plusieurs établissements : réunions autour de l'analyse pharmaceutique et des ETP, outils et organisation communs pour la conciliation médicamenteuse et COMEDIMS de territoire. Ces projets montrent la volonté des pharmaciens à travailler ensemble au sein de certains GHT. Dans d'autres groupements, les difficultés relationnelles et les problématiques liées au temps disponible semblent freiner les coopérations.

## **2. L'analyse pharmaceutique**

Cette étude confirme l'absence de consensus sur la priorisation des prescriptions à analyser d'un établissement à l'autre et donc le manque de pertinence d'une priorisation similaire sur un GHT. En 2009, la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins a réalisé une étude d'impact organisationnel et économique de la sécurisation du circuit du médicament, appelé « Rapport Securimed », dont une partie s'intéresse à l'analyse pharmaceutique (6). Ce rapport montre l'hétérogénéité des pratiques d'analyse en France, notamment sur la fréquence d'analyse des prescriptions et sur les paramètres dont dépend cette fréquence. Des outils de priorisation ont été proposés mais ils ont généralement été étudiés pour des établissements de type MCO et ne sont pas adaptés à tous les types d'établissements (patients et traitements à risque différents). Le Rapport Securimed met

également en avant les disparités en termes de nombre de lits par « ETP pharmaciens consacrés au médicament ». Dans les CHU, ce nombre de lits est bien plus faible que dans les CH (117 contre 242). Le temps consacré par ordonnance est de ce fait plus important dans les CHU (6,76 minutes contre 3,11 dans les CH). Les contraintes organisationnelles et la typologie des patients étant très différentes entre les établissements, il semble compliqué d'imposer une mode de priorisation à l'ensemble d'un groupement.

Selon notre étude, les pharmaciens sont largement favorables à la mise en place de réunions d'échange, déjà présentes dans certains établissements. Plusieurs travaux ont démontré l'hétérogénéité des pratiques d'analyse comme la revue de la littérature de Morice *et al.* qui met en évidence des taux d'IP très variables, allant de 1 à 36,7 % (34). Ce constat met en avant la nécessité d'harmoniser les procédés d'analyse par une formation initiale plus approfondie mais également par la mise en place de référentiels communs ou de réunions d'échanges entre pharmaciens. Ces réunions peuvent être organisées autour d'un cas clinique ou à la suite d'une nouvelle recommandation concernant une prise en charge par exemple. A l'hôpital Cochin, la mise en place de ce type de réunion a fait l'objet d'une étude publiée dans le *Pharmacien Hospitalier et Clinicien* (35). Les pharmaciens de 7 sites se sont réunis suite à la réévaluation par l'ANSM des risques torsadogènes de certains médicaments. Selon l'auteur, ces réunions ont permis d'harmoniser les pratiques pharmaceutiques, les IP ont notamment été multipliées par 15 en un an. En plus d'améliorer les compétences pharmaceutiques, ces échanges favorisent la communication entre les équipes, indispensable pour toute coopération.

La désignation d'un pharmacien référent de spécialité est peu présente en France dans les établissements tout comme dans la littérature. Pourtant les pharmaciens y sont très favorables, d'autant plus dans les CHU. Cet engouement plus important dans les gros établissements peut s'expliquer par le nombre plus élevé de pharmaciens et la diversité des spécialités plus grande dans les CHU. Le GHT HGTO fait partie des premiers groupements à avoir mis en place ce type d'organisation. Ce sont des équipes pharmaceutiques spécialisées qui ont été mises en place. Selon Sylvie Pomiès, pharmacien au CHU de Toulouse, « Ces équipes sont les correspondants privilégiés pour les équipes médicales et sont bien connues des services de soins, elles peuvent être contactées par les pharmaciens des autres sites et les

officinaux». La spécialisation a permis aux pharmaciens d'approfondir leurs connaissances et donc d'améliorer la pertinence de leurs interventions. Surtout, par leurs avis pharmaceutiques à distance, les pharmaciens participent à l'amélioration de la qualité de la prise en charge médicamenteuse des patients sur le GHT. La possibilité pour les officinaux de contacter les référents participe également à l'amélioration du parcours patient. On peut cependant s'interroger sur les responsabilités de chacun des pharmaciens. Le pharmacien donnant l'avis est-il responsable d'un événement lié à cet avis alors qu'il n'avait pas accès à l'intégralité du dossier du patient ? De plus, le diplôme pharmaceutique n'est pas spécialisé, à l'inverse des diplômes médicaux, un avis pharmaceutique peut-il être justifié et reconnu aux yeux de la loi ?

Selon les pharmaciens hospitaliers, la validation délocalisée de l'analyse pharmaceutique est la moins pertinente de toutes les propositions de mutualisation des activités de pharmacie clinique et ce, de manière significative. Les pharmaciens ne sont pas favorables à cette proposition, qu'ils exercent en CHU ou non, dans un établissement support ou non, alors que les conséquences ne sont pas les mêmes en fonction du type d'établissement. En effet, la délocalisation de l'analyse pharmaceutique suggère soit un déplacement de l'activité à des pharmaciens hors site (souvent sur le site principal), soit une fusion des PUI avec potentiellement une fermeture des sites pharmaceutiques locaux. Les commentaires mettent en avant la perte d'impact d'une IP si elle est réalisée sur un site différent. Dans les établissements où les équipes pharmaceutiques sont en contact direct avec les équipes médicales et où les praticiens se rencontrent, la communication est de toute évidence, meilleure. D'ailleurs la tendance actuelle suit plutôt le modèle canadien, où le pharmacien est présent au sein même des US. Plusieurs études Nord-Américaine ont prouvé l'impact du pharmacien délocalisé dans la qualité de la prise en charge. L'étude de Scarsi *et al.* démontre la diminution de la fréquence des erreurs médicamenteuses (36) et celle de Kucukarslan *et al.* met en évidence une diminution de 78% des événements médicamenteux indésirables évitables lorsque le pharmacien participe à la visite du service. En France, Bedouch *et al.* ont réalisé une enquête sur l'acceptation des IP en fonction de leur mode de transmission (37). Elles étaient significativement mieux prises en compte lorsqu'elles étaient transmises par voie orale, ce qui implique la présence du pharmacien dans le service. Ce constat est également retrouvé dans le travail de Morice *et al.* (34). Le pharmacien doit également être à proximité



du stock physique de médicaments pour faire le lien avec l'activité de dispensation réalisée par les PPH. La délocalisation serait corrélée à une moins bonne communication avec les préparateurs et donc potentiellement à une perte de la sécurisation et de la réactivité de la dispensation. Les coûts indirects liés à la centralisation, et à la perte de la qualité de la prise en charge qu'elle entraîne, sont donc probablement importants mais difficilement évaluables. L'absence de proximité avec les prescripteurs, les équipes soignantes, l'équipe de PPH et le stock de médicaments diminue la pertinence, l'acceptabilité et la portée de l'analyse pharmaceutique. De plus, cette proposition va à l'encontre des objectifs actuels de pharmacie clinique (conciliation médicamenteuse, ETP, entretiens pharmaceutiques) en éloignant le pharmacien du lit du malade.

Pour cette activité, il est difficile d'interpréter les avis des pharmaciens sur les questions générales sur les avantages attendus, sur les freins possibles et sur la note de pertinence de mutualisation. En effet, la proposition de délocalisation de l'analyse pharmaceutique est significativement trop peu pertinente par rapport aux autres propositions pour que l'on puisse analyser les résultats en considérant l'ensemble des propositions. Lorsque le pharmacien répond, on ne sait pas par quel moyen il envisage la mutualisation. L'analyse des réponses serait plus pertinente si elle était corrélée aux réponses concernant les moyens (questions b de la première partie). Il s'agit d'un biais des questions 5, 6 et 7, relevé par certains pharmaciens, d'autant plus important pour cette activité que les opinions divergent beaucoup en fonction des propositions.

Le système d'information a probablement été jugé comme frein principal lorsque l'on considère la mutualisation par la délocalisation de l'analyse. En effet, elle n'est possible que si le logiciel est commun ou si les logiciels s'interfaçent correctement. L'expérience du CH de Thuir nous montre qu'il est possible grâce à un groupe de travail pluridisciplinaire de mettre en place un système facile à utiliser pour les pharmaciens sans que cela n'ait d'impact sur l'activité.

Aucun avantage ne ressort pour plus d'un tiers des pharmaciens alors que l'amélioration de la prise en charge paraît évidente pour les réunions d'échange ou les pharmaciens référents. On

suppose que ce résultat est dû à l'image négative de la délocalisation pour certains répondants.

En synthèse, il est pertinent de mutualiser les outils, d'harmoniser les pratiques d'analyse et de partager les connaissances notamment grâce à l'organisation de réunions sur le GHT. La mise en place d'équipes pharmaceutiques référentes de spécialité ou de pharmaciens référents est judicieuse également. En revanche la priorisation des prescriptions à analyser doit se faire indépendamment dans chaque établissement. La délocalisation de l'analyse pharmaceutique apparaît peu bénéfique.

### **3. Les éducations thérapeutiques du patient**

Seulement 35% des établissements organisent des ETP impliquant un pharmacien alors que la quasi-totalité des établissements propose des ETP. Cela peut s'expliquer par le manque de temps pharmaceutique dédié à cette activité, par le manque de sollicitation des équipes soignantes ou le manque d'initiation de programmes d'ETP par les pharmaciens.

Le choix similaire des programmes d'ETP est relativement peu pertinent selon les répondants. En effet, les profils d'établissement étant très variables au sein des GHT, les pathologies chroniques sont différentes d'un établissement à l'autre. La complémentarité des PUI sur le GHT est mieux perçue mais son intérêt sous-entend soit la mobilité des patients, parfois compliquée (personnes âgées par exemple), soit la mobilité des équipes d'ETP sur le GHT qui paraît moins envisageable selon certains pharmaciens. En fonction du nombre d'établissements et des distances inter-établissements ces déplacements peuvent être chronophages alors que le frein principal avancé par les pharmaciens est déjà « le manque de moyens humains » et qu'un des objectifs de la mutualisation est de gagner du temps pharmaceutique.

Des équipes mobiles d'ETP existent déjà dans certains centres. Souvent, leur périmètre est limité aux différents services de l'établissement mais plusieurs hôpitaux ont créé des équipes pouvant se déplacer sur différents sites (Equipe mobile de liaison en diabétologie du CHU de Bordeaux (38), « di@bétomobile » de l'Hôpital Robert Debré (39) par exemple). Ces équipes présentent une balance bénéfices / investissements favorable du fait de la spécificité et de

l'expertise de l'équipe mobile, et ce, malgré le temps perdu par la mobilité. La mobilité du pharmacien dans une équipe d'ETP pourrait donc être envisagée si celui-ci apporte des compétences particulières que ne possèdent pas les pharmaciens de la PUI du patient et si les moyens humains sont suffisants.

La mise en commun des outils et organisation semble intéressante. Des recommandations claires existent (8) et des réunions d'échanges pourraient permettre d'homogénéiser les pratiques. D'ailleurs, plusieurs pharmaciens témoignent de la mutualisation des ETP par la mise en place de réunions. Le contenu des séances d'ETP, par exemple, pourraient être similaire entre les PUI pour un même thème, les plaquettes d'information destinées aux patients peuvent être partagées. Une réflexion est possible également sur des formations communes permettant d'homogénéiser les pratiques et d'améliorer la qualité des ETP grâce à la désignation d'un pharmacien « expert ».

La mutualisation des outils, des organisations et des formations est intéressante pour les ETP. La mise en place de réunions d'échange semble être un bon moyen d'y parvenir. La mobilité du pharmacien ou du patient ne se justifie que si le professionnel apporte des compétences spécifiques non disponibles sur l'autre site. Le choix des programmes d'ETP doit être indépendant entre les sites même si les pratiques peuvent être partagées. Les pharmaciens sont favorables à la mutualisation des ETP et pensent qu'elle améliorerait la prise en charge des patients.

#### **4. Les entretiens pharmaceutiques**

Les évaluations de pertinence des entretiens pharmaceutiques sont superposables à celles des ETP et leur analyse est comparable. La priorisation similaire des patients paraît peu pertinente du fait des différences de typologie de patients entre les établissements. A l'inverse, la balance investissement en temps pharmaceutique/bénéfices semble favorable pour la mise en commun des outils et l'organisation de formations communes. La mobilité des patients ou du pharmacien n'est pas toujours bien perçue. Les inconvénients cités par certains pharmaciens sont identiques à ceux mentionnés pour les ETP. Selon certains pharmaciens, les bénéfices attendus par la mutualisation des entretiens sont moins importants que pour les ETP, que ce soit en termes de prise en charge du patient, de gain économique ou

de gain de temps. En effet, les entretiens pharmaceutiques étant plus simples à organiser, il est peut-être plus intéressant de privilégier la continuité des soins en organisant l'entretien directement à la sortie du patient, par les pharmaciens présents sur son site d'hospitalisation.

De même que pour les ETP, la mutualisation des outils, des organisations et des formations est intéressante mais la mobilité des pharmaciens ou des patients paraît encore moins justifiée.

## **5. La conciliation médicamenteuse**

Comme pour les autres activités et pour les mêmes raisons, les pharmaciens ne sont pas unanimes sur la priorisation similaire des patients à concilier alors qu'ils sont majoritairement favorables à la mise en commun des procédures et outils. Plusieurs outils ont été créés, comme le kit de formation « Formaconcil » de la SFPC ou le guide de la HAS, et peuvent servir de base à des procédures communes pour un GHT. Des réunions d'information, d'échanges des pratiques ou de formation peuvent également permettre de standardiser les pratiques. En Midi-Pyrénées par exemple, une journée de sensibilisation, ouverte également aux pharmaciens de ville, a permis de sensibiliser de nombreux professionnels sur la région par des retours d'expériences, des informations sur l'activité ou la présentation des formations disponibles.

Le partage des informations semble déterminant pour la mutualisation de la conciliation selon les pharmaciens quel que soit le moyen utilisé (email, téléphone ou plateforme informatique). Cependant, pour plusieurs raisons, ces moyens de communication ne sont pas optimaux. Les emails posent le problème de la confidentialité, tous les établissements ne sont pas équipés de messagerie sécurisée et ce mode de communication nécessite une bonne coordination entre les pharmaciens des établissements lors des transferts. Les échanges par téléphone nécessitent une bonne coordination également, sont chronophages et ne permettent pas la traçabilité de l'information. Quant aux plateformes informatiques, elles sont encore peu présentes. La création d'un DPI commun pourrait être une solution. Cependant, pour avoir un intérêt, comme le souligne un pharmacien, il doit être interfacé avec les différents logiciels des établissements du GHT, ce qui rend sa mise en place très complexe. D'autres solutions existent, comme le précise un pharmacien dans un

commentaire : « Hospiville<sup>®</sup> », par exemple, est une plateforme numérique d'échange adaptée aux partages d'informations de conciliation médicamenteuse. Elle a été créée par la start-up MaPUI Labs<sup>®</sup> et est disponible en ligne depuis début 2018 (40). Le partage des informations avec la ville est également un souhait clairement énoncé par les pharmaciens hospitaliers lors de cette étude. En effet, les DPI actuels sont limités à l'usage hospitalier tout comme les DP sont essentiellement utilisés en pharmacie d'officine bien que de plus en plus de PUI y aient accès (41). Ce DP présente l'inconvénient de ne pas être exhaustif (4 derniers mois de traitement, possibilité pour le patient de ne pas intégrer tous ces médicaments, médicaments sans prescriptions médicales obligatoires souvent absents) et de préciser uniquement la quantité de médicaments délivrés. De plus, il nécessite la carte vitale du patient pour être lu ce qui est compliqué en pratique pour les pharmacies en établissement de santé. Une consultation dématérialisée serait probablement bien plus avantageuse.

Devant cette problématique, le ministère de la santé a décidé de créer le Dossier Médical Partagé (DMP). Un premier essai de déploiement avait échoué en 2004. Depuis, un nouveau dispositif a été testé dans 9 départements et sera généralisé pour l'automne 2018 par l'assurance maladie. Ce DMP est créé après consentement obligatoire du patient, par lui-même (42), par l'assurance maladie ou par tout professionnel de santé équipé. Le dossier sera alimenté par les médecins de ville, les hôpitaux, les laboratoires d'analyse et les infirmiers. Les informations issues du DP seront également présentes dans le DMP. L'impact du DMP dans la mutualisation de la conciliation dépendra certainement de sa qualité, c'est-à-dire, de l'étendue de son déploiement auprès des patients qu'il faudra donc convaincre de l'intérêt du dispositif, de son utilisation par l'ensemble des professionnels de santé et de sa fiabilité en termes de contenu et de sécurisation des données.

La mutualisation de la conciliation médicamenteuse permettrait, selon les pharmaciens hospitaliers, d'améliorer la prise en charge du patient. En effet, le fondement de cette activité est le partage des données, renforcer les coopérations entre professionnels de santé ne serait que bénéfique pour la qualité de la prise en charge médicamenteuse du patient. Dans cette logique, la mutualisation pourrait s'étendre également aux professionnels de santé de la ville (officinaux, médecins généralistes et libéraux) ainsi qu'aux cliniques privées et ESPIC qui sont des acteurs incontournables du parcours patient.

Le frein principal semble être « le manque de moyens humains » pour autant, un des avantages avancés est « le gain de temps ». Cette contradiction peut s'expliquer par le fait que les pharmaciens aient des avis divergents sur les bénéfices attendus par la mutualisation de la conciliation mais également par une confusion possible entre la mise en place de cette activité au sein d'un établissement, qui demande du temps et des moyens, et sa mutualisation.

En résumé, comme pour les autres activités le choix des patients à concilier doit être adapté à chaque établissement. Les outils, les procédures et les pratiques peuvent être mis en commun. Toutefois, le point déterminant dans cette mutualisation est le partage des informations et la communication entre les PUI qui est encore parfois insuffisante. Le DMP est être une réponse possible.

## **6. Activités autour du bon usage des produits de santé**

La mutualisation par le partage ou la mise en commun de référentiels et de fiches de bon usage est très envisageable selon les pharmaciens. Elle améliore la qualité des documents et peut permettre un gain de temps qui est un des principaux avantages avancés pour cette activité par les pharmaciens. On peut imaginer le partage des fiches d'aide à la dispensation en rétrocession ou de la liste des formes orales sèches fractionnables et écrasables par exemple. La mise en commun de campagnes de sensibilisation peut également avoir plus d'impact, qu'elles soient d'ordre sanitaire (ex. : campagne de vaccination antigrippe) ou d'ordre économique (ex. : campagne de sensibilisation à la prescription des biosimilaires).

Des groupes de travail peuvent permettre une réflexion commune autour de problématiques partagées. Par exemple, sur la gestion des risques associés aux EIG évitables (Never events) ou sur l'harmonisation des modalités de préparation des perfusions pour les IDE. L'homogénéisation du livret favorise la continuité de la prise en charge thérapeutique des patients sur le territoire et permet une meilleure maîtrise des coûts avec une simplification des procédures d'achat mais elle nécessite une bonne collaboration des praticiens médicaux entre eux. Le fichier des équivalences thérapeutiques peut être mis en commun par la suite.

Comme pour les autres activités, les formations communes sont aussi un moyen d'améliorer les compétences de chaque équipe et de favoriser les liens entre les PUI.

Concernant les instances, les avis sont partagés et notamment entre les CHU et les « non CHU » et entre les établissements supports et les non supports. Comme décrit dans les commentaires, les plus petits établissements craignent de se voir imposer les décisions des plus gros établissements et de participer à des instances qui ne sont plus adaptées à leur spécificité. De plus, il semble parfois délicat de motiver les praticiens à se déplacer, comme en témoigne l'expérience de Quimper décrite plus haut. Le maintien de COMEDIMS locales avec une COMEDIMS territoriale organisée à tour de rôle sur tous les sites est une idée qui pourrait répondre partiellement à ces doutes.

Le partage des référentiels et documents de bon usage est la première étape pour cette activité. Les campagnes de sensibilisation peuvent être mutualisées également, tout comme les formations. La mise en commun du livret est essentielle pour la continuité des soins et la maîtrise des coûts. L'intérêt de la mise en place d'instances communes est à discuter si la spécificité de chaque établissement n'est pas négligée.

## **7. Plus globalement...**

Pour l'ensemble des activités de pharmacie clinique, la priorisation similaire des patients semble peu pertinente du fait des spécificités de chaque établissement partie (taille, typologie, pathologies prises en charge). Un déploiement en fonction de la cartographie des risques sur le GHT permettrait aux établissements d'être complémentaires sur le territoire et de développer le parcours patient pharmaceutique. L'approche doit être centrée sur le patient, il ne s'agit plus de définir les patients à sélectionner pour chaque action mais les actions à privilégier pour chaque patient. La réalisation d'un Bilan Partagé de Médication comme décrit par la SFPC et aboutissant à un Plan Pharmaceutique Personnalisé semble être un bon moyen de mutualiser la pharmacie clinique au sein d'un groupement. Un pharmacien référent, voire une équipe pluriprofessionnelle, sur le GHT pour définir et coordonner les activités de pharmacie clinique au sein du groupement permettrait de guider les professionnels dans ce parcours patient. L'absence de la ville et du secteur privée est probablement une limite, il paraît difficile de concevoir un parcours patient pharmaceutique en l'absence d'acteurs majeurs de sa prise en charge. Des modifications de traitement peuvent avoir eu lieu suite à une prise en charge en clinique ou par un médecin libéral et ne seront donc pas documentées lors de la conciliation dans un établissement du GHT. De même, l'éducation thérapeutique

d'un patient asthmatique peut être faite en ville et ne nécessitera pas d'être réalisée par les pharmaciens hospitaliers. L'implication de tous les professionnels de santé est indiscutable pour la création de parcours patient.

La mise en commun ou le partage des outils, des référentiels et des procédures est globalement bien perçue quelle que soit l'activité. Elle permet de gagner du temps et d'éviter les doublons de documents sur le GHT. Cette mise en commun peut se faire aisément lors de réunions d'échanges qui favorisent également la communication entre les PUI. En revanche, il est nécessaire que chaque document soit validé indépendamment par chaque pharmacie, le pharmacien gérant étant responsable de tout ce qui est utilisé ou diffusé par sa pharmacie.

Les déplacements sont judicieux, uniquement s'ils apportent une expertise particulière et donc une amélioration de la prise en charge des patients de l'établissement visité. Sinon, ils sont chronophages et présentent peu d'intérêt. La création de postes partagés entre hôpitaux est donc intéressante pour créer du lien entre les PUI et si les compétences propres à chaque poste ont un intérêt pour l'autre établissement. Le temps de travail sur chaque établissement doit également être bien étudié.

Le manque de moyens humains est un des principaux freins avancés par les pharmaciens. En effet, bien que faisant partie des indicateurs obligatoires du CAQES, lui-même obligatoire à partir de 2018, le déploiement et la mutualisation de la pharmacie clinique nécessitera probablement du temps pharmaceutique et la patience des directions. Un des leviers possibles serait de dégager du temps grâce à la mutualisation des activités de production (stérilisation, préparation des cytotoxiques, achats, approvisionnement). Cependant ces coopérations nécessitent de forts investissements initiaux (infrastructures et logistique adaptée) qui ne sont pas toujours bien intégrés par les directions. Leur bonne compréhension des problématiques en matière de PUI et leur soutien est donc indispensable à la réussite des projets de coopérations entre PUI sur le long terme.

L'objectif principal attendu par la mutualisation de la pharmacie clinique est l'amélioration de la prise en charge des patients. Les gains de temps et les gains économiques sont effectivement moins probants, voire négatifs, puisque les possibilités de mutualisation nécessitent du temps et des moyens, tant dans leur initiation que dans leur pratique après mise



en place. Certains établissements vont mettre en place la conciliation selon le modèle d'autres établissements ou proposer des ETP qu'ils ne réalisaient pas auparavant. De même, la formation des pharmaciens entre eux, les réunions ou le fait de donner des avis nécessitent du temps. La mise en commun des documents et des procédures implique des délais également puisqu'elle passe par une phase d'adaptation à la spécificité de chaque établissement ou par une réflexion commune. De plus, toute modification des documents est ralentie. La mutualisation de la pharmacie clinique, qui sous-entend son déploiement dans de nombreux établissements, est donc chronophage et demande des moyens. Cependant, les gains obtenus grâce à l'amélioration de la prise en charge sont probablement majeurs bien que difficilement évaluables, ils ne doivent pas être sous-estimés au profit des gains liés à l'organisation. Il est important d'identifier les moyens de mutualisation pertinents pour le patient et l'hôpital, et ceux qui auraient un impact négatif sur l'une (délocalisation de l'analyse pharmaceutique délétère pour le patient) ou l'autre (mise en place de pharmaciens mobiles entraînant des pertes de temps pharmaceutiques).

## **8. Limites**

Il existe plusieurs biais de représentativité des pharmaciens hospitaliers de France : le faible taux de réponses par rapport au nombre de pharmaciens inscrits à la section H et la répartition géographique non homogène des établissements des répondants. Certains départements sont absents des réponses alors que l'Ille et Vilaine et le Finistère sont surreprésentés du fait des modes de diffusion du questionnaire (OMEDIT Bretagne et mail envoyés aux CHU Bretons). La généralisation aux pharmaciens français doit donc être faite avec prudence.

Un des biais principal est également la présence de questions à choix multiples qui orientent les répondants. Elles suggèrent des idées aux pharmaciens auxquelles ils n'auraient pas forcément pensé et ne leur permet pas de donner un avis libre. Les propositions ont été réfléchies grâce à nos recherches bibliographiques et notre expérience personnelle, d'autres moyens sont bien évidemment envisageables.

Bien que cela soit précisé en introduction du questionnaire, il n'est pas aisé de faire abstraction des contraintes administratives locales. Chaque pharmacien est probablement influencé par les problématiques propres à son établissement. Le manque de personnel

ressenti par certains pharmaciens dans leur propre établissement peut également orienter inconsciemment les réponses aux propositions.

Comme précisé dans les résultats, les questions générales sur les avantages, les freins et la notation de la mutualisation des différentes activités sont difficiles à interpréter du fait de l'absence de lien avec les questions et donc les propositions précédentes.

## **CONCLUSION – PERSPECTIVES**

La pharmacie clinique est une discipline émergente en France, récemment intégrée dans les missions obligatoires du pharmacien hospitalier. Elle participe à la sécurisation, la pertinence et à l'efficacité du recours aux produits de santé. Dans la pratique, elle s'exerce par différentes activités : l'analyse pharmaceutique, les ETP, les entretiens pharmaceutiques, la conciliation médicamenteuse et toute action autour du bon usage des produits de santé. La tendance actuelle est une approche centrée sur le patient pour lequel un plan pharmaceutique personnalisé est réalisé.

En parallèle du développement de la pharmacie clinique, les établissements de santé sont contraints à se regrouper en GHT. Les objectifs énoncés sont l'amélioration des prises en charge en fluidifiant le parcours patient sur le territoire et la rationalisation des modes de gestion pour une meilleure maîtrise des coûts.

Les PUI doivent donc faire évoluer leurs missions en les intégrant dans une logique de travail en commun avec les autres PUI du groupement. Des projets sont déjà en cours dans certains groupements mais la mutualisation de la pharmacie clinique est globalement peu avancée pour le moment et les moyens de coopération sont encore mal définis.

Notre étude, basée sur un sondage d'opinion, a permis d'obtenir le ressenti des pharmaciens hospitaliers sur cette problématique et de mettre en évidence des stratégies de mutualisation. La bonne communication entre les PUI est primordiale, elle conditionne la qualité de toute coopération. Les échanges doivent être favorisés, par des réunions, des formations communes ou la mise en place de référents pouvant donner des avis, par exemple. Les outils et les procédures sont facilement mutualisables avec un bénéfice rapide. Le partage des informations est également essentiel. Il est limité par le développement, encore insuffisant aujourd'hui, de plateformes communes. En revanche, il est capital de respecter les spécificités de chaque établissement. Les activités de pharmacie clinique doivent être adaptées aux particularités des patients et des organisations des PUI. La mobilité des patients et du personnel est intéressante uniquement si le bénéfice pour la prise en charge est suffisamment important. La proximité avec le patient ne doit pas être négligée au profit de la mutualisation.

Le but du GHT est d'homogénéiser les prises en charge sur le territoire afin d'en améliorer la qualité. Elle permet aux PUI de se niveler par le haut en déployant la pharmacie clinique. Cependant, cette activité requiert du temps et sa mutualisation ne doit pas être perçue comme un moyen d'en gagner. Une réflexion à long terme, incluant les directions, est indispensable pour mutualiser la pharmacie clinique de manière pertinente.

## REFERENCES

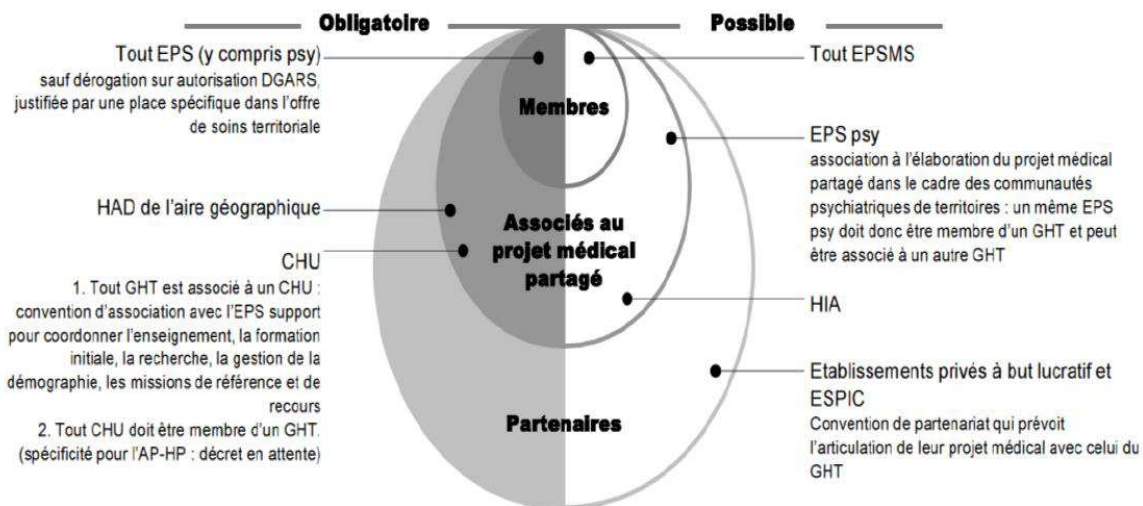
1. To Err is Human: Building a Safer Health System - PubMed - NCBI [Internet]. [consulté le 18 août 2018]. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25077248>
2. Enquête Nationale sur les Événements Indésirables graves associés aux Soins - Description des résultats 2009 - Rapport final. :206.
3. Medication without arm [Internet]. [consulté le 17 mai 2018]. Disponible sur: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255263/WHO-HIS-SDS-2017.6-eng.pdf;jsessionid=E72838396744F62EFE02340313BEE5BF?sequence=1>
4. Bail ML. Atlas des variations de pratiques médicales - Recours à dix interventions chirurgicales. 2016;60.
5. Article R4235-48. Code de la santé publique.
6. Rapport national securimed [Internet]. [consulté le 22 juill 2018]. Disponible sur: [http://www.omedit-hautenormandie.fr/Files/rapport\\_national\\_securimed.pdf](http://www.omedit-hautenormandie.fr/Files/rapport_national_securimed.pdf)
7. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires - Article 84 - Code de la santé publique -
8. Éducation thérapeutique du patient Définition, finalités et organisation: Juin 2007. [Internet]. [consulté le 22 juill 2018]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/etp\\_-\\_definition\\_finalites\\_-\\_recommandations\\_juin\\_2007.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/etp_-_definition_finalites_-_recommandations_juin_2007.pdf)
9. Obarcanin E, Krüger M, Müller P, Nemitz V, Schwender H, Hasanbegovic S, et al. Pharmaceutical care of adolescents with diabetes mellitus type 1: the DIADEMA study, a randomized controlled trial. *Int J Clin Pharm.* oct 2015;37(5):790-8.
10. Sjölander M, Lindholm L, Pfister B, Jonsson J, Schneede J, Lövheim H, et al. Impact of clinical pharmacist engagement in ward teams on the number of drug-related readmissions among Swedish older patients with dementia or cognitive impairment: An economic evaluation. *Res Social Adm Pharm.* 16 mai 2018;
11. Walker PC, Bernstein SJ, Jones JNT, Piersma J, Kim H-W, Regal RE, et al. Impact of a pharmacist-facilitated hospital discharge program: a quasi-experimental study. *Arch Intern Med.* 23 nov 2009;169(21):2003-10.
12. Conciliation cardiologie CH Fougères [Internet]. [consulté le 23 juill 2018]. Disponible sur [conciliation-cardio-ch-foug-res-23-06-2016-bmdd.pptx](http://conciliation-cardio-ch-foug-res-23-06-2016-bmdd.pptx).
13. Huynh-Lefevre L, Rouault M, Hermitte A, Quiniou M, Temporelli M, Hofmann C. Conciliation médicamenteuse à l'admission des patients : une plus value pharmaceutique. *Le Pharmacien Hospitalier et Clinicien.* 1 juin 2014;49(2):e163.

14. Boissinot L, Bachalat N, Perrier-Cornet E, Leglise P, Huchon-Bécel D. Conciliation des traitements médicamenteux en gériatrie : Pertinence et faisabilité. *Pharmactuel* [Internet]. [consulté le 14 août 2018]; 47(2). Disponible sur: <http://www.pharmactuel.com/index.php/pharmactuel/article/view/954>
15. Article R5126-48. Code de la santé publique -
16. Allenet B, Cabelguenne D, Lepelletier A, Prot-Labarthe S, Mouchoux C, Colomb R, et al. Le plan pharmaceutique personnalisé et le nouveau modèle de pharmacie clinique. */data/revues/22111042/unassign/S2211104217301935/* [Internet]. [consulté le 27 mai 2018]; Disponible sur: <http://www.em-consulte.com/en/article/1136399>
17. Loi n°70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière. 70-1318 déc 31, 1970. Code de la santé publique -
18. Loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière. Code de la santé publique -
19. Ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée. Code de la santé publique -
20. Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. 2009-879 juill 21, 2009. Code de la santé publique -
21. GHT convention constitutive [Internet]. [consulté le 10 mai 2018]. Disponible sur: [http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ght\\_convention\\_constitutive.pdf](http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ght_convention_constitutive.pdf)
22. DGOS psp 2017 [Internet]. [consulté le 9 mai 2018]. Disponible sur: [http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dgos\\_idees\\_cles\\_psp\\_2017.pdf](http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dgos_idees_cles_psp_2017.pdf)
23. Projet medico-soignant GHT Coeur-de-Seine [Internet]. [consulté le 23 juill 2018]. Disponible sur: <https://ght.chu-rouen.fr/wp-content/uploads/sites/31/2017/03/Projet-medico-soignant-GHT-Coeur-de-Seine-1er-juillet-2017-VF.pdf>
24. PMP GHT Moselle Est [Internet]. [consulté le 23 juill 2018]. Disponible sur: <https://www.grand-est.ars.sante.fr/system/files/2018-07/PMP%20GHT%20Moselle%20Est.pdf>
25. Code de la santé publique - Article L6132-3. Code de la santé publique.
26. Loi n° 92-1279 du 8 décembre 1992 modifiant le livre V du code de la santé publique et relative à la pharmacie et au médicament. 92-1279 déc 8, 1992.
27. Loi n°2011-940 du 10 août 2011 - art. 47 (V) - Article L5126-2. Code de la santé publique.
29. Les coopérations territoriales en pharmacie à usage intérieur - M. Talla, E. Ptakhine [Internet]. [consulté le 23 mai 2018]. Disponible sur : [Cooperations\\_territoriales\\_PUI\\_REX.pdf](#).

30. Communiqué de presse du GHT de la HGTO - 6 juillet 2017 [Internet]. [consulté le 23 juill 2018]. Disponible sur GHT Toulouse Haute Garonne.pdf.
31. Échelle de Likert. In: Wikipédia [Internet]. 2018 [consulté le 29 août 2018]. Disponible sur:  
[https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=%C3%89chelle\\_de\\_Likert&oldid=150947347](https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=%C3%89chelle_de_Likert&oldid=150947347)
32. Google Forms [Internet]. [consulté le 29 août 2018]. Disponible sur:  
<https://www.google.fr/intl/fr/forms/about/>
33. Les grandes catégories d'établissements de santé [Internet]. [consulté le 21 juill 2018]. Disponible sur: <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/1-3.pdf>
34. Morice E, Gabriel-Bordenave C, Auclair V, Juste M, Roberge C. Évaluation de la pratique d'analyse d'ordonnance dans les hôpitaux français. *Le Pharmacien Hospitalier et Clinicien* Volume 46, n° 3 pages 146-155 (septembre 2011)
35. Maire A, Zerhouni L, Viguier F, Salles M, Rahal A, Benmelouka C, et al. Intérêt des réunions de concertation de pharmacie clinique. *Le Pharmacien Hospitalier et Clinicien*. 1 déc 2014;49(4):331-2.
36. Scarsi KK, Fotis MA, Noskin GA. Pharmacist participation in medical rounds reduces medication errors. *Am J Health Syst Pharm*. 1 nov 2002;59(21):2089-92.
37. Bedouch P, Allenet B, Labarere J, Brudieu E, Chen C, Chevrot D. Diffusion des opinions pharmaceutiques dans le cadre d'une activité de pharmacie clinique en unité de soins - *Thérapie* Volume 60, Numéro 5, Septembre-Octobre 2005
38. Barrière C. ETP Service d'endocrinologie, diabétologie et nutrition. [Internet]. [consulté le 29 août 2018]. <https://www.chu-bordeaux.fr/Les-unit%C3%A9s-m%C3%A9dicales/Equipe-mobile-de-liaison-en-endocrinologie/>
39. Kakou B, Delcroix C, Mosser F. Di@bétomobile, un projet d'éducation thérapeutique. /data/revues/12594792/v37i288/S1259479215001790/ [Internet]. 15 janv 2016 [consulté le 31 août 2018]; Disponible sur: <http://www.em-consulte.com/en/article/1027459>
40. MaPUI - Plateforme des pharmacies hospitalieres [Internet]. [consulté le 29 août 2018]. Disponible sur: <https://www.mapui.fr/>
41. Qu'est-ce que le DP ? - Le Dossier Pharmaceutique - Ordre National des Pharmaciens [Internet]. [consulté le 29 août 2018]. Disponible sur: <http://www.ordre.pharmacien.fr/Le-Dossier-Pharmaceutique/Qu-est-ce-que-le-DP>
42. Dossier Médical Partagé [Internet]. [consulté le 31 août 2018]. Disponible sur: <https://www.mon-dmp.fr/fr/>

**ANNEXES**

*Annexe 1: Les acteurs du GHT*





## Annexe 2: Questionnaire « Pharmacie clinique et GHT »

**Pharmacie clinique et GHT****\*Obligatoire**

1. Adresse e-mail \*

---

**LES ACTIVITES DE PHARMACIE CLINIQUE**

Dans cette étude, on considère que la pharmacie clinique regroupe 5 activités :

- L' analyse pharmaceutique
- Les programmes d'éducation thérapeutique
- Les entretiens pharmaceutiques
- La conciliation médicamenteuse
- La promotion du bon usage des produits de santé

**1. L'analyse pharmaceutique**

2. 1.a Au sein de votre établissement, est-elle : \*

*Plusieurs réponses possibles.*

- Mise en place sur 100% des lits
- Priorisée sur des traitements à risque
- Priorisée sur les âges extrêmes
- Priorisée sur des pathologies à risque
- Priorisée sur des services à risque
- Autre : \_\_\_\_\_

3. 1.b Ces propositions vous paraissent-elles pertinentes pour la mutualisation de l'analyse pharmaceutique? \*

*Une seule réponse possible par ligne.*

	Non pertinent	Peu pertinent	Pertinent	Très pertinent
Priorisation similaire des prescriptions à analyser	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Réunions d'échange autour d'un cas clinique ou d'une thématique	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pharmaciens référents de spécialité, joignable pour donner des avis pour les autres sites	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Validation délocalisée sur une PUI pour d'autres sites	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## 4. 1.c Autres propositions :

---



---



---



---



---

## 2. Les programmes d'éducation thérapeutique (ETP)

---

## 5. 2.a Au sein de votre établissement, existe t-il des programmes d'ETP validés par l'ARS impliquant un pharmacien? \*

*Une seule réponse possible.*

- Oui  
 Activité initiée  
 Activité en cours de mise en place  
 Non

## 6. 2.b Ces propositions vous paraissent-elles pertinentes pour la mutualisation des implications pharmaceutiques dans les ETP? \*

*Une seule réponse possible par ligne.*

	Non pertinent	Peu pertinent	Pertinent	Très pertinent
Choix similaire des programmes d'ETP	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Organisation et outils communs	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pharmaciens d'une PUI forment les autres pharmaciens sur un programme d'ETP	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Répartition des thèmes d'ETP sur le GHT (complémentarité des PUI)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Programmes d'ETP sur un site ouverts aux patients des autres sites	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Equipe mobile d'ETP se déplaçant sur les autres sites	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## 7. 2.c Autres propositions :

---



---



---



---



---

## 3. Les entretiens pharmaceutiques

---

**8. 3.a Au sein de votre établissement, existe-t-il des programmes d'entretiens pharmaceutiques? \***

*Une seule réponse possible.*

- Oui  
 Activité initiée  
 Activité en cours de mise en place  
 Non

**9. 3.b Ces propositions vous paraissent-elles pertinentes pour la mutualisation des entretiens pharmaceutiques? \***

*Une seule réponse possible par ligne.*

	Non pertinent	Peu pertinent	Pertinent	Très pertinent
Priorisation similaire des patients	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Organisation et outils communs	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pharmaciens d'une PUI forment les autres pharmaciens aux entretiens pharmaceutiques	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Entretiens pharmaceutiques organisés sur un site accessibles aux patients des autres sites	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pharmaciens se déplaçant sur les autres sites pour effectuer des entretiens pharmaceutiques	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**10. 3.c Autres propositions :**

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

#### **4. La conciliation médicamenteuse**

**11. 4.a Au sein de votre établissement, la conciliation médicamenteuse a-t-elle été mise en place? \***

*Une seule réponse possible.*

- Oui  
 Activité initiée  
 Activité en cours de mise en place  
 Non

12. 4.b Ces propositions vous paraissent-elles pertinentes pour la mutualisation de la conciliation médicamenteuse? \*

Une seule réponse possible par ligne.

	Non pertinent	Peu pertinent	Pertinent	Très pertinent
Priorisation similaire des patients	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Procédures et outils communs	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Partage des informations patient lors des transferts intra-GHT par email ou téléphone	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Partage des informations patient via une plateforme informatique au sein du GHT	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Partage des informations patient via une plateforme informatique commune entre l'hôpital et la ville (médecins/pharmaciens)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

13. 4.c Autres propositions :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## 5. Le bon usage des produits de santé

14. 5.a Ces propositions vous paraissent-elles pertinentes pour la mutualisation des actions de bon usage des produits de santé? \*

Une seule réponse possible par ligne.

	Non pertinent	Peu pertinent	Pertinent	Très pertinent
Partage des référentiels (Ex: fichier d'équivalences)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mise en commun des référentiels (1 pour tout le GHT)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Instances ouvertes aux praticiens des autres établissements (Ex: COMEDIMS)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Instances communes pour tout le GHT (1 COMEDIMS pour le GHT)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fiches de bon usage partagées (Ex: anticancéreux oraux)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Campagnes de sensibilisation communes : priorisation commune, supports/outils partagés (Ex: reco sur le KCl injectable)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pharmaciens d'une PUI forment les autres pharmaciens sur une thématique	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## 15. 5.c Autres propositions :

---



---



---



---



---

**6. Concernant ces 5 activités :**

## 16. 6.a Considérez-vous que leur mutualisation entrainerait : \*

*Plusieurs réponses possibles.*

	Une amélioration de la prise en charge du patient	Un gain de temps	Un gain économique	Aucun avantage
L'analyse pharmaceutique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les programmes d'ETP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les entretiens pharmaceutiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La conciliation médicamenteuse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le bon usage de produits de santé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 17. 6.b Autres avantages :

---



---



---



---



---

## 18. 6.c Selon vous, quels sont les principaux freins à la mutualisation de ces activités ? \*

Plusieurs réponses possibles.

	Le système d'information	Le manque de moyens humains	La motivation des équipes à travailler ensemble	Le nombre important de site	L'éloignement des sites
L' analyse pharmaceutique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les programmes d'ETP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les entretiens pharmaceutiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La conciliation médicamenteuse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le bon usage de produits de santé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 19. 6.d Autres freins :

---



---



---



---



---

## 20. 6.e Sur une échelle de 1 à 5, comment évaluez-vous la pertinence de la mutualisation de ces activités? \*

Une seule réponse possible par ligne.

	1	2	3	4	5
L' analyse pharmaceutique	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Les programmes d'ETP	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Les entretiens pharmaceutiques	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La conciliation médicamenteuse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le bon usage de produits de santé	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**VOTRE GROUPEMENT OU GHT**

---

## 21. 1. Dans quel type d'établissement exercez-vous? \*

*Une seule réponse possible.*

- CHU  
 CH  
 EPSM  
 EHPAD  
 SSR  
 Autre : \_\_\_\_\_

## 22. 2. Votre établissement est-il l'établissement support du GHT? \*

*Une seule réponse possible.*

- Oui  
 Non  
 Etablissement non inclus dans un GHT

## 23. 3. Au sein de votre groupement quelle(s) est (sont) les activités de pharmacie clinique déjà mutualisée(s) ou en partie mutualisée(s)?

*Une seule réponse possible par ligne.*

	Complètement mutualisée	En partie mutualisée	Non mutualisée
L'analyse pharmaceutique	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Les programmes d'ETP	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Les entretiens pharmaceutiques	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La conciliation médicamenteuse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le bon usage de produits de santé	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## 24. 4. Si certaines activités sont mutualisées ou en cours de mutualisation, comment cette coopération est-elle assurée?

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

- M'envoyer une copie de mes réponses

**BARBAZAN, Camille****MUTUALISATION DE LA PHARMACIE CLINIQUE AU SEIN DES GHT.  
Enquête d'opinion auprès des pharmaciens hospitaliers**

102 feuilles, 23 illustrations, 1 tableau. Thèse : Pharmacie ; Rennes 1; 2018 ;

L'arrivée des Groupements Hospitaliers de Territoire depuis la loi de modernisation de notre système de santé en 2016, incite les établissements à organiser en commun leurs activités, y compris leurs activités pharmaceutiques. La pharmacie clinique n'est pas exclue de cette réflexion, sa mutualisation fait d'ailleurs partie du Contrat d'Amélioration de la Qualité et de l'Efficiences des Soins (CAQES) obligatoire pour tous les établissements depuis 2018.

L'objectif de ce travail est d'obtenir un état des lieux des coopérations en pharmacie clinique et surtout, d'apporter des pistes pour cette mutualisation fortement souhaitée par les instances et tutelles.

Notre étude repose sur un sondage d'opinion destiné aux pharmaciens hospitaliers et pour lequel nous avons obtenu 92 réponses de praticiens exerçant dans des établissements de typologie variable. Une majorité de pharmaciens est favorable à la mise en commun des outils et des procédures. Ils jugent également pertinent le partage des informations patients entre les PUI membres du groupement. En revanche, ils sont plus réticents à leur propre mobilité au sein du GHT. Ce travail a également permis de soulever certaines difficultés, notamment le manque de moyens humains, l'absence à l'heure actuelle, d'un système d'information adapté et de juridiction concernant les responsabilités incombant aux pharmaciens.

Rubrique de classement : Pharmacie clinique

Mots-clés : Pharmacie clinique, GHT, mutualisation

Président : Pr BURGOT Gwénola , Pharmacien, Professeur des universités

JURY :

Asseseurs : Dr BRISSEAU Lionel, Pharmacien, Praticien hospitalier

Dr SPIESSER Laurence, Pharmacien, Maître de conférences des universités

Dr BACLE Astrid, Pharmacien, Assistant hospitalo-universitaire