



HAL
open science

Bilan d'entretiens pharmaceutiques dans un service de gériatrie aiguë

Caroline Ey

► **To cite this version:**

Caroline Ey. Bilan d'entretiens pharmaceutiques dans un service de gériatrie aiguë. Sciences pharmaceutiques. 2019. dumas-03108814

HAL Id: dumas-03108814

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03108814>

Submitted on 13 Jan 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.

Université de Picardie Jules Verne - U.F.R. DE PHARMACIE

Année Universitaire 2018/2019

MEMOIRE POUR LE DIPLOME D'ETUDES SPECIALISEES
DE PHARMACIE HOSPITALIERE ET DES COLLECTIVITES

Soutenu publiquement le 28 juin 2019 par

Mademoiselle EY Caroline

Conformément aux dispositions du Décret du 10 septembre 1990 qui tient lieu de
THESE EN VUE DU DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE

Bilan d'entretiens pharmaceutiques dans un service de gériatrie aigüe

Membres du jury :

Président : M. le professeur Jean Marc CHILLON
Professeur des universités – Pharmacien Praticien Hospitalier à la Direction de la
Recherche Clinique et de l'Innovation
Faculté de Pharmacie Amiens – Centre Hospitalier Universitaire d'Amiens

Directrice : Mme le Docteur Emmanuelle COUFFIN
Pharmacien Praticien Hospitalier
Centre Hospitalier de Beauvais

Assesseur(s) : Mme le Docteur Stéphanie GENAY
Maitre de Conférences - Pharmacien Praticien Hospitalier
Faculté de Pharmacie Lille – Centre Hospitalier Universitaire de Lille

M. le Docteur Yoann LE FRESNE
Médecin Gériatre dans l'Unité de Médecine Gériatrique
Centre Hospitalier de Beauvais

Université de Picardie Jules Verne - U.F.R. DE PHARMACIE

Année Universitaire 2018/2019

MEMOIRE POUR LE DIPLOME D'ETUDES SPECIALISEES
DE PHARMACIE HOSPITALIERE ET DES COLLECTIVITES

Soutenu publiquement le 28 juin 2019 par

Mademoiselle EY Caroline

Conformément aux dispositions du Décret du 10 septembre 1990 qui tient lieu de
THESE EN VUE DU DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE

Bilan d'entretiens pharmaceutiques dans un service de gériatrie aigüe

Membres du jury :

Président : M. le professeur Jean Marc CHILLON
Professeur des universités – Pharmacien Praticien Hospitalier à la Direction de la
Recherche Clinique et de l'Innovation
Faculté de Pharmacie Amiens – Centre Hospitalier Universitaire d'Amiens

Directrice : Mme le Docteur Emmanuelle COUFFIN
Pharmacien Praticien Hospitalier
Centre Hospitalier de Beauvais

Assesseur(s) : Mme le Docteur Stéphanie GENAY
Maitre de Conférences - Pharmacien Praticien Hospitalier
Faculté de Pharmacie Lille – Centre Hospitalier Universitaire de Lille

M. le Docteur Yoann LE FRESNE
Médecin Gériatre dans l'Unité de Médecine Gériatrique
Centre Hospitalier de Beauvais

Remerciements

A Monsieur le Docteur Jean Marc Chillon : Je vous remercie d'avoir accepté de juger ce travail et de me faire l'honneur de présider mon jury de thèse. Veuillez trouver ici l'expression de ma profonde reconnaissance.

A Madame le Docteur Stéphanie Genay : Je vous remercie particulièrement pour avoir pu vous libérer pour la soutenance de cette thèse, merci de me faire l'honneur de venir de Lille pour juger ce travail.

A Monsieur le Docteur Yoann Le Fresne : Veuillez accepter mes sincères remerciements pour m'avoir soutenue dans ce travail et pour avoir bien voulu participer au jury de ce mémoire.

A Madame le Docteur Emmanuelle Couffin : Pour m'avoir soutenue et conseillée dans ce projet, pour croire autant que moi à la pharmacie clinique, pour votre positivisme et votre sens de l'humour. J'ai toujours su que je vous demanderai de diriger ma thèse.

A l'ensemble du personnel de la pharmacie du Centre Hospitalier de Beauvais : Merci pour tous ces bons moments, à tous les pharmaciens, à Clotilde pour m'avoir supportée dans ton bureau durant les heures sombres qui ont accompagnées ce projet. Plus particulièrement à Mme Schmit, pour avoir toujours été bienveillante envers moi, et m'avoir appuyée pour entreprendre cette étude.

A l'équipe de gériatrie : Equipe qui a subi mes passages inopinés dans le service, merci aux médecins pour leur attitude amicale envers moi.

A Juliette : Avec qui c'est un plaisir de travailler et qui a supporté mes humeurs durant ces derniers mois.

A ma belle-famille : Merci pour ces moments de joie et votre soutien.

A mes co-internes : Adèle la plus belle des girafettes, Chris, Lisa, Agnès, Sego, Lucie, Laure et tous les autres qui m'ont soutenu durant ces semestres de joie et de labeur, et qui m'ont permis de m'acclimater au froid picard. A mes amies de facultés Emma, So, Jo et les autres avec qui j'ai tant ri. La distance nous sépare mais je pense toujours à vous.

A mes parents : Pour m'avoir toujours soutenue et cru en moi. Vous êtes mes piliers. Je sais à quel point vous tenez à Angé et moi, sachez que cet amour est plus que réciproque. Merci pour tout ce que vous faites pour nous.

A ma sœur : Dont je suis si fière, pour tout ce qu'elle réussit aux côtés de Guillaume (la princesse a tout même pensé à toi) et tout ce qu'elle m'apporte. A petit Louis, qui ne sait pas à quel point je l'aime déjà.

A mon Camille : Ma plus belle rencontre inattendue en terre picarde. Merci pour ton amour, pour tous ces moments passés à tes côtés, ton soutien pendant cet internat, tes conseils, nos fous rire...

Table des matières

Bilan d'entretiens pharmaceutiques dans un service de gériatrie aigüe.....	1
Bilan d'entretiens pharmaceutiques dans un service de gériatrie aigüe.....	2
Remerciements	3
Table des matières	4
Table des Figures.....	6
Table des Tableaux.....	7
Liste des Abréviations	8
I. Introduction	1
II. Définitions et contexte.....	2
1. Le patient et son adhésion au traitement	2
2. La mesure de l'adhésion	5
3. L'impact de la non adhésion	9
4. L'éducation du patient et ses atouts	12
5. La modification du lien patient soignant	13
6. Gériatrie : une population particulière	14
III. Place du pharmacien dans prise en charge du patient et ce qu'il peut apporter dans la compréhension du traitement.....	16
1. L'expansion de la pharmacie clinique	16
2. L'ancrage de la conciliation médicamenteuse.....	17
a. A l'entrée d'hospitalisation.....	17
b. En sortie d'hospitalisation.....	18
3. La voie vers des consultations pharmaceutiques	18
4. Compétences nouvelles du personnel soignant	20
IV. Etude réalisée en service de gériatrie aigüe	21
1. Prérequis.....	21
2. Objectifs	22
1. Objectif principal.....	22
2. Objectif secondaire	22
3. Critères d'évaluation.....	22
1. Critère d'évaluation principal	22
2. Critères d'évaluation secondaires.....	23
4. Matériels et Méthodes	23
1. Population ciblée.....	23

a.	Description du service de Gériatrie aigue du CH de Beauvais	23
b.	Critères d'inclusion.....	23
c.	Critères de non inclusion.....	24
d.	Modalités de recrutement.....	24
2.	Méthodes	25
a.	Design de l'étude	25
b.	Supports utilisés	29
3.	Recueil des données et déroulement au contact des patients	33
4.	Méthodes statistiques	34
5.	Résultats.....	34
1.	Population rencontrée	35
a.	Répartition H/F	35
b.	Durée des entretiens.....	36
c.	MMSE.....	38
2.	Habitudes de vie et Observance	39
3.	Prescriptions	41
4.	Ressenti et satisfaction des patients.....	45
5.	Impact des entretiens pharmaceutiques.....	46
6.	Discussion.....	49
1.	L'inclusion des patients.....	49
2.	L'intérêt de la conciliation.....	50
3.	La durée des entretiens	50
4.	Critère d'évaluation principal	51
5.	Critères d'évaluation secondaires.....	53
6.	Satisfaction des patients et de l'équipe soignante	54
7.	Limites, biais et points positifs.....	54
V.	Conclusion.....	57
	Références bibliographiques	59
	Annexe 1 : Lettre d'information.....	66
	Annexe 2 : Dossier d'information patient.....	67
	Annexe 3 : Plan de prise.....	69

Table des Figures

Figure 1 - L'inobservance : pourquoi ? d'après le Webzine du Conseil de l'Ordre des Médecins	9
Figure 2 - Estimation de la part des plus de 60 et 75 ans d'ici 2030 (Service central de projection de l'INSEE (3)).....	15
Figure 3 -Dossiers analysés	25
Figure 4 - Design de l'étude	26
Figure 5 - Catégorisation de l'ensemble des dossiers analysés durant le temps de l'étude	27
Figure 6 - Chronologie de l'étude pour chaque patient.....	28
Figure 7 - Grille d'évaluation de l'élaboration du plan de prise	31
Figure 8 - Répartition des patients inclus dans l'étude.....	35
Figure 9 - Répartition des âges des patients inclus.....	36
Figure 10 - Durée totale des entretiens pour chaque patient.....	37
Figure 11 - Intervalle de temps entre l'exécution des plans de prise pour chaque patient	38
Figure 12 - MMSE des participants	39
Figure 13 - Scores de Morisky observés.....	40
Figure 14 - Répartition de la gestion des traitements	40
Figure 15 - Aide apporté aux patients pour la préparation des leurs traitements.....	41
Figure 16 - Proportion des traitements prescrits en fonction de leur classe ATC	42
Figure 17 - Classe A Système digestif et métabolisme	43
Figure 18 - Classe B Sang et organes hématopoïétiques	43
Figure 19 - Classe C Système cardiovasculaire.....	44
Figure 20 - Classe N Système nerveux	44
Figure 21 - Appréciation de l'état des patients.....	45
Figure 22 - Satisfaction des patients suite aux entretiens pharmaceutiques.....	46
Figure 23 - Evolution des scores de plans de prise des patients pré-entretien (jaune) et post-entretien (bleu).....	48
Figure 24 - Moyenne des scores de plan de prise avant entretien (jaune) et après entretien (bleu)..	48

Table des Tableaux

Tableau 1 - Observance et non-observance : quelques chiffres.....	4
Tableau 2- Méthodes de mesure de l'observance partie 1 (adapté de (17,32,33))	7
Tableau 3- Méthodes de mesure de l'observance partie 2 (adapté de (17,32,33))	8
Tableau 4 - Prévalence de la polypathologie par classe d'âge en 2008 (65,66)	15
Tableau 5 - Documents utilisés durant les entretiens avec le patient.....	29
Tableau 6 - Exemple de score attribué suite à l'élaboration d'un plan de prise	32
Tableau 7 - Caractéristiques de la population étudiée	35
Tableau 8 - Classes ATC(82) retrouvées pour les patients étudiés.....	41
Tableau 9 - Résultats concernant les scores de plan de prise et détails	47
Tableau 10 - Calcul coefficient de corrélation entre l'évolution des scores de plan de prise et le nombre de lignes de traitements	49
Tableau 11 - Calcul coefficient de corrélation entre l'évolution des scores de plan de prise et l'âge des patients	49
Tableau 12 - Calcul coefficient de corrélation entre l'évolution des scores de plan de prise et le MMSE des patients.....	49
Tableau 13 - Exemples d'indicateurs utilisés pour mesurer l'impact de programmes d'éducation thérapeutique	52
Tableau 14 - Normalisation de l'échelle MMSE chez les Québécois francophones âgés de 65 ans et plus et résidant dans la communauté (87,88).....	53

Liste des Abréviations

CHB : Centre Hospitalier de Beauvais

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CNIL : Commission Nationale Informatique et Libertés

CPP : Comité de Protection des Personnes

DCI : Dénomination Commune Internationale

ETP : Education Thérapeutique du Patient

ISPOR : International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes
Research

OMS : Organisation mondiale de la Santé

PA : Principe Actif

PUI : Pharmacie à Usage Intérieur

SFPC : Société Française de Pharmacie Clinique

UMG : Unité de Médecine Gériatrique

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

I. Introduction

Décrire la prise en charge médicamenteuse d'un patient à l'hôpital revient pour la plupart des personnes à résumer rapidement cet acte par l'exécution par le personnel infirmier de prescriptions faites par un médecin. Mais dans cette définition très succincte, de nombreux paramètres sont omis, avec entre autres, la place du pharmacien hospitalier, parfois méconnue.

Au premier janvier 2018, l'Ordre national des pharmaciens recense plus de 6000 pharmaciens hospitaliers dont plus de 4000 dans le secteur public en France métropolitaine. Le 20 avril 2017, le décret no 2017-584 fixant les modalités d'application du contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins (CAQES) paraît au Journal Officiel, et un des objectifs de socle national de ce contrat tripartite est de "Mettre en œuvre une stratégie de déploiement de la pharmacie clinique [...]"(1). L'expansion de la pharmacie clinique, bien que déjà initiée dans nos hôpitaux français est maintenant officiellement actée. Les missions du pharmacien hospitalier telles que décrites par l'Ordre national des pharmaciens évoluent ; la gestion, l'approvisionnement, la détention des produits de santé, leur traçabilité, la dispensation de ces produits ...le circuit du médicament relève bien du pharmacien mais les conseils de bon usage à délivrer lors de la dispensation prennent à présent une toute autre dimension. Le pharmacien est impliqué dans le parcours du patient à l'hôpital et l'interne destiné à devenir pharmacien d'une Pharmacie à Usage Intérieur (PUI) va devoir acquérir de nouvelles compétences.

Pour autant, selon un sondage Odoxa paru en juin 2018, 9 soignants hospitaliers sur 10 estiment que leur charge de travail s'intensifie, et le problème qui demeure de plus en plus récurrent pour l'ensemble du personnel hospitalier reste le manque de temps ; 51 % du personnel et 62 % des médecins hospitaliers déclarent manquer « toujours » ou « souvent » de temps pour réaliser toutes leurs tâches. Ainsi la prévention et l'éducation du patient en pâtissent ; 43% des médecins interrogés déclarent ne « jamais » ou « rarement » en faire (2). La recherche d'amélioration de l'adhésion thérapeutique est malheureusement reléguée au second plan.

Sur l'année 2016 et en se focalisant sur la région Hauts de France, le nombre de personnes hospitalisées s'est élevé à 1 195 000 en cumulant les activités de Médecine, Chirurgie, Obstétrique et Odontologie ainsi que les Soins de Suite et de Réadaptation selon les données de l'Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation. Mais selon les projections de la

Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES), le nombre de séjours hospitaliers augmenterait de plus de 2 millions d'ici 2030 compte tenu uniquement du vieillissement démographique (3).

Déjà dans les années 90, la charte D'Ottawa pour la promotion de la santé (4) encourageait la responsabilisation des patients tant dans un but individuel que collectif. A l'heure de la communication de masse, le rôle du soignant est plus que jamais primordial afin que les patients deviennent acteurs de leur santé et apprennent à vivre avec leurs pathologies chroniques.

Face à ces constats, l'objectif de cette étude est de montrer l'intérêt d'un entretien pharmaceutique dans la prise en charge du patient en service de gériatrie pour espérer consolider son adhésion au traitement.

II. Définitions et contexte

1. Le patient et son adhésion au traitement

D'après le rapport OMS de 2003 (5), « améliorer l'adhésion du patient à un traitement chronique devrait s'avérer plus bénéfique que n'importe quelle découverte biomédicale », car il est en effet évident qu'un traitement n'aura une efficacité maximale que si l'adhésion thérapeutique est bonne (6) mais de quoi parle-t-on exactement ?

« Il est arrivé plus d'une fois où [les malades] ont menti au sujet des choses prescrites » d'après Hippocrate (7) qui s'interrogeait déjà sur la prise optimale de traitement des patients. Une des premières définitions de l'observance fut celle de Haynes en 1979 (8) qui la décrit comme « le degré de concordance entre les comportements des patients, en termes de prise de médicaments, de suivi de régime ou de changement de mode de vie, et les recommandations médicales ou en termes de santé ». Pour lui, l'observance thérapeutique se mesure donc dans tous les gestes du quotidien d'un patient traité : de la consultation médicale, à la récupération et la prise des traitements, les surveillances associées, les rendez-vous paramédicaux, les comportements de vie ...

D'un point de vue médicamenteux, l'adhésion d'un patient à son traitement se résume au fait que le patient adhère au traitement sans uniquement s'y « soumettre » (9), elle inclut les perceptions, connaissances, et motivations du patient (10). D'après la littérature, l'adhésion se

compose donc de trois notions ; l'acceptation, la persistance et l'observance (11). Ces trois termes peuvent être définis de la manière suivante :

L'acceptation, encore dénommée adhésion primaire (12) correspond à l'acte d'achat du traitement ; le patient se rend en PUI ou officine de ville afin de faire exécuter son ordonnance pour la première fois. On en déduit ici qu'un mécanisme d'approbation réfléchi a été entrepris.

Le groupe de travail sur l'observance et la persistance de l'ISPOR donne une définition de **la persistance** comme étant une variable mesurant la durée durant laquelle le patient poursuit son traitement (13). On parle donc de la ténacité du patient à modifier ses comportements et à maintenir ces changements sur le long terme.

L'observance thérapeutique ,ou *compliance* dans le champ lexical anglo-saxon, est la capacité du patient à respecter correctement son traitement, c'est-à-dire tel qu'il est prescrit par le médecin (14). Dans la littérature, on retrouve souvent le terme de Medical Possession Rate ou MPR qui est un ratio entre le nombre de comprimés pris par un patient sur le nombre de comprimés qui aurait dû être pris (car prescrits) ; ce calcul, souvent estimé sur une année, possède un seuil à 80% qui est la limite à partir de laquelle on considère qu'un patient est « bien observant ». Si le taux est inférieur ou égal à 40 %, le patient est considéré comme peu observant , et entre 40 et 79 %, comme intermédiaire (15). Il est à noter que pour des cas particuliers comme les traitements antirétroviraux contre le VIH, le risque de résistance est majoré dès l'oubli d'une prise de traitement par mois (16), le MPR semble donc peu approprié suivant les pathologies.

Outre la définition majoritairement utilisée, l'observance inclue aussi la prise d'un médicament au bon moment de la journée, en fonction des repas (par exemple le Gaviscon après ingestion d'aliments), ou d'autres médicaments (par exemple, le Tardyferon à distance des Quinolones). Ces définitions théoriques sont bien délimitées mais du point de vue du patient lambda, son rapport à ses pathologies chroniques et aux traitements que lui prescrit son (ou ses) médecin(s) va être influencé par de nombreux facteurs : psychologiques, sociaux, culturels, cognitifs, psychosociaux ...(10) interagissant entre eux . Il est donc facilement compréhensible que les taux d'adhésion puissent fluctuer entre patients, voire pour un même patient au fil du temps.

Ci-dessous, un tableau résume quelques chiffres concernant les taux d'observance de certaines pathologies chroniques (Tableau 1)(17). Les chiffres peuvent être très disparates d'une étude à l'autre et d'une pathologie à l'autre.

Tableau 1 - Observance et non-observance : quelques chiffres

Pathologie	Chiffres et détails sur l'observance
Ostéoporose	Adhésion à trois mois entre 51 et 61 %, Adhésion à un an entre 30 et 34%, Adhésion à trois ans entre 14 et 21% (6)
Hypertension	51.4%, 40.5%, 8.1% ont respectivement une basse, intermédiaire et haute adhérence au traitement (15)
Maladies cardiovasculaires	54 % d'adhérence à un an (IEC, β Bloquants, Aspirine et statines) (18)
Diabète	72% d'adhérence :28% des 1267 participants ne prennent pas autant d'insuline que ce qui leur ai prescrit (19)
Maladies inflammatoires chroniques de l'intestin	Taux moyen d'observance de 60 à 70% (20,21)
Troubles schizophréniques	L'adhésion atteint 75% (22) soit 25% de non adhésion
Asthme	<ul style="list-style-type: none"> • 39% des patients autoquestionnés ont été placés dans la catégorie « bonne adhésion » (23) • Entre 44.2% et 51.5% de non persistance à 1 an (24) • L'enquête REALISE montre 44% d'observance :56% des asthmatiques répondants admettent ne pas prendre leur traitement de fond régulièrement (10,25), • En 2014, le CRIP Cercle de Réflexion de l'Industrie Pharmaceutique estime que 13% des asthmatiques ont une bonne observance. (12)

2. La mesure de l'adhésion

Ces études pointant les défauts d'observance pour chaque pathologie ont toute eu la nécessité de débiter par la mesure de l'adhésion des patients aux traitements. On peut mesurer cette adhésion de différentes manières, ayant chacune des biais.

Friocourt explique l'existence de trois catégories de méthodes de mesure de l'adhésion : les subjectives, les directes et les indirectes (26) mais la plupart des auteurs les regroupe en deux grandes catégories (cf. Tableau 2 et Tableau 3), à savoir, les mesures directes et indirectes.

Les méthodes directes :

La présence 24 heures sur 24 d'une tierce personne est sûrement la méthode la plus fiable existante mais possède de nombreuses limites : l'impossibilité physique de la mettre en place pour tout patient, tout comme l'aspect coercitif qu'elle pourrait engendrer si elle était réalisable. Cette méthode fait partie des moyens directs de mesure de l'observance ainsi que les dosages sériques ou urinaires des Principes Actifs (PA) ou de leurs métabolites qui sont le reflet direct des prises médicamenteuses des patients et sont corrélées à la qualité de l'observance (il faut tout de même tenir compte de possibles sous dosages issus d'interactions médicamenteuses ou alimentaires).

Les méthodes indirectes :

Les méthodes indirectes utilisables sont :

- les auto-questionnaires sont majoritairement répandus car très faciles d'exécution, rapides et peu coûteux,
- les taux de renouvellement des ordonnances ou apparentés (onze échelles d'adhérence lors des renouvellements des ordonnances ont été identifiées, étudiées et comparées dans l'étude LOSE (27)),
- le comptage des traitements restants en fin de mois par exemple,
- les piluliers électroniques (Pill Box Monitor, avec alarmes sonores et visuelles) ou des flacons type MEMS, Medication Event Monitoring System, avec présence d'une puce électronique intégrée au couvercle enregistrant ainsi chaque utilisation du flacon, ou de blister électroniques type Helping Hand™ (28),

- les journaux de prises des patients
- l'appréciation de la réponse clinique
- ou encore la mesure d'un marqueur physiologique.

Toutes ces méthodes possèdent des avantages et des limites empêchant l'établissement d'un gold standard approuvé dans la quantification de l'observance des patients. Aucune de ces méthodes ne semble assez fiable, reproductible en routine, sensible et spécifique. Donner un score d'observance ne reflète pas la prise de l'ensemble des traitements quotidiennement ; un patient peut être observant excepté en périodes de vacances par exemple. A l'inverse un patient sur consommateur obtiendrait pourtant un score de « bonne observance » sans pour autant utiliser les médicaments de façon optimale. La méthode la plus utilisée et utilisable par les soignants de nos jours reste l'entretien avec auto-questionnaire bien que l'on en connaisse ses limites.

Le questionnaire de Girerd (29) créé en 2001 initialement prévu pour estimer l'observance chez les hypertendus, dans les 15 jours précédant l'entretien avec le soignant, a été inspiré de celui de Morisky, largement utilisé (30,31), la valeur prédictive positive de bonne adhérence de ce dernier atteignant 0.75 (30). Dans l'étude détaillée plus loin, nous avons choisi d'utiliser le questionnaire de Morisky.

Tableau 2- Méthodes de mesure de l'observance partie 1 (adapté de (17,32,33))

Méthodes de mesure de l'observance	
Méthodes directes	
Méthodes	Avantages et Inconvénients
Observation directe des prises de médicament par un tiers	<p>Méthode la plus sensible</p> <p>Objectivité des prises</p> <p>Irréalizable en pratique car nécessite une tierce personne présente H24</p> <p>Possibilité de dissimulation des traitements</p>
Dosage sanguin ou urinaire direct du PA, de son métabolite ou d'un biomarqueur	<p>Possible pour certains traitements uniquement</p> <p>Non réalisable en routine si absence de standardisation du dosage</p> <p>Difficulté d'interprétation des résultats due aux variabilités inter et intra individuelles (ex en cas d'interaction médicamenteuse ayant comme conséquence un sous dosage)</p> <p>Délais (prélèvements et résultats) et coûts</p> <p>Objectivité de l'absorption du médicament</p> <p>Biais concernant la possible irrégularité des prises (prises juste avant dosage par exemple)</p>

Tableau 3- Méthodes de mesure de l'observance partie 2 (adapté de (17,32,33))

Méthodes de mesure de l'observance	
Méthodes indirectes	
Méthodes	Avantages et Inconvénients
Auto-questionnaires	Facile et rapide à mettre en place Fiable si le patient est honnête, nécessite une relation de confiance avec le patient, possible surestimation de l'observance Score impacté par la cognition du patient, son désir de répondre juste, son état général lors du questionnaire Il n'existe pas de questionnaire validé pour tout type de pathologies
Comptage des médicaments restants	Facile à mettre en œuvre à condition que les patients rapportent les traitements restants Ne garantit pas réellement la prise des traitements car les données peuvent être altérées par le patient Ne reflète pas l'adéquation des rythmes de prises avec la prescription
Taux de renouvellement des ordonnances en pharmacie	Permet de calculer aisément le MPR et donc d'accéder à une donnée comparable Reflète l'achat mais sans indiquer le respect des rythmes de prise voire les prises journalières
Appréciation de la réponse clinique	Facile à évaluer, mais peu fiable car peut faire intervenir d'autres facteurs que l'observance
Piluliers/ flacons électroniques type MEMS	Evalue avec précision les dates et horaires d'ouverture du contenant Ne garantit pas la prise du médicament par le patient (possible dissimulation secondaire à l'ouverture) Peut être considéré comme un mode de surveillance intrusif Mécanisme couteux
Journal de prises des patients	Peut aider les patients à ne pas oublier les prises, les responsabilise Peut facilement être falsifié
Mesure d'un marqueur physiologique	Facile à mettre en place Nécessite un marqueur fiable (ex fréquence cardiaque avec la prise des β bloquants)

3. L'impact de la non adhésion

Selon une étude d'IMS Health /CRIP sur une cohorte de 17 000 patients en France et avec le partenariat de 6 400 pharmacies, le taux moyen d'observance concernant les pathologies chroniques approche les 40% et subit de fortes disparités selon le type de pathologie (12).

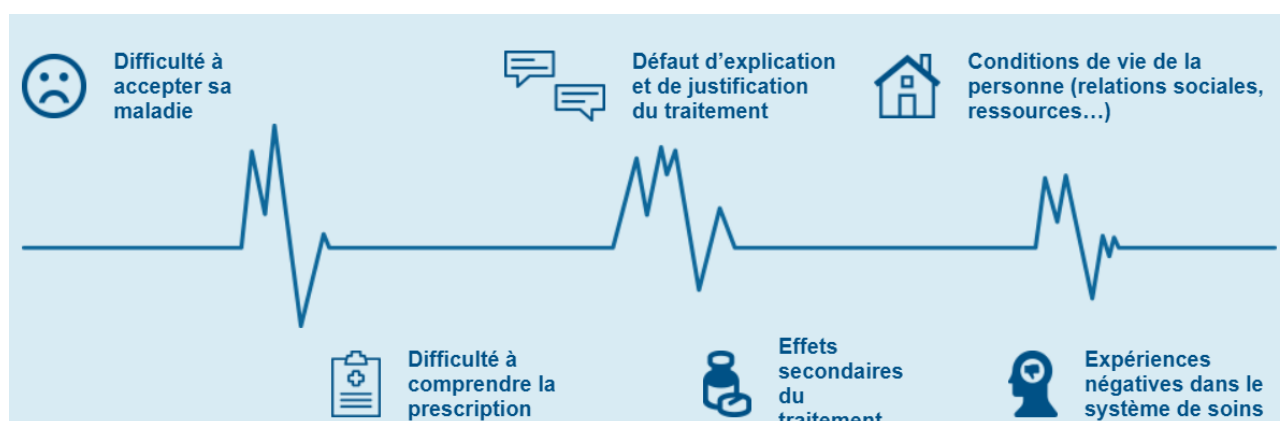


Figure 1 - L'inobservance : pourquoi ? d'après le Webzine du Conseil de l'Ordre des Médecins

Selon l'OMS, c'est ce manque d'observance qui est la principale raison pour laquelle les patients ne bénéficient pas entièrement des bienfaits de leurs traitements. Les conséquences d'un manque d'observance peuvent être lourdes :

- Une augmentation des symptômes voire une décompensation
- Des effets rebonds
- Une apparition de résistances voire un échappement thérapeutique
- Une ré hospitalisation, son coût, ses complications
- Un impact psychologique avec une santé perçue comme dégradée
- Une altération de l'état général ayant des conséquences sur le rendement au travail, voire des arrêts de travail comme détaillé plus loin.

Le retentissement au travail :

Prenons l'exemple de l'asthme ; un patient peu observant va irrémédiablement diminuer sa qualité de vie en perdant le contrôle de ses crises et exacerbations (34). En contrepartie, il assistera à une amplification de son absentéisme, de ses visites chez le médecin, des

consultations aux urgences, des hospitalisations...etc (35). La mauvaise adhésion aux traitements alimente les complications des maladies chroniques et la vie active des patients s'en trouve altérée.

En 2001 déjà, Kessler détaille les effets des maladies chroniques sur les pertes de rendement au travail. L'incidence des maladies chroniques augmente avec l'âge des populations et les avancées médicales permettent de garder les patients en vie, avec leurs maladies chroniques (36). Kessler suggère que les coûts indirects sur l'efficacité au travail sont à considérer : la dépression par exemple, représente une perte de 24 milliards de dollars en absentéisme et perte d'efficacité au travail aux USA (37). Le « présentéisme » représente aussi un coût non négligeable. Ce concept consiste, pour une personne, à venir travailler malgré son état, entraînant un déclin de productivité : le présentéisme chez les patients atteints de troubles dépressifs majeurs coûtait 64.7 milliards de dollars en 2005 aux USA et a augmenté de 21.5% pour passer à 78.7 milliards de dollars en 2010 (38).

La non adhésion entretient et complique les conséquences des maladies chroniques, son impact financier, moins visible que la clinique des patients, est néanmoins majeur. Et selon le conseil de l'Ordre des Médecins, en 2017, 65% des dépenses de santé ont été utilisées pour la prise en charge des maladies chroniques. Un patient en Affection Longue Durée (ALD) engendre une dépense de 6 300 € par an contre 1 800 € pour un patient sans ALD.

Le contrecoup budgétaire :

Toujours d'un point de vue financier, IMS Health chiffre que la mauvaise observance coûte plus de 9 milliards d'euros par an, dont 4.4 milliards d'euros pour les patients mauvais observants hypertendus subissant des accidents vasculaires cérébraux (12).

Plusieurs études ont montré que de mauvaises observances et persistances ont des conséquences économiques exorbitantes pour des patients hypertendus (39), diabétiques (40), souffrant d'ostéoporose... Par exemple, une mauvaise adhésion aux traitements contre l'ostéoporose s'élevait à un million de dollars canadiens par an en 2011 soit une somme atteignant pratiquement 670 000 euros par an (6).

Mais la méta analyse de Cutler reste la plus stupéfiante ; elle analyse 79 études d'impact économique balayant 14 grandes pathologies, où les chiffres estimant les coûts engendrés par la mauvaise observance s'envolent (41).

A l'heure des défis de retour à l'équilibre des finances hospitalières en France, la recherche de l'adhésion aux traitements ne peut-elle pas être considérée comme un enjeu de poids ?

L'incidence sur la morbi-mortalité :

De nombreuses études, concernant différentes pathologies comme l'asthme, l'ostéoporose, l'hypertension artérielle ... démontrent que la prise correcte des traitements a des impacts notables sur la morbidité et la mortalité :

- L'efficacité d'un traitement dépend de plusieurs paramètres dont le suivi de la prescription, par exemple 43% des hypertendus suivant bien leur traitement antihypertenseur en monothérapie ont un bon contrôle tensionnel alors que 33% de ceux suivant mal leur prescription ont un bon contrôle tensionnel (42).
- En 2009, Mazzaglia démontre que seuls les patients ayant une bonne adhésion à leur traitement anti hypertenseur ont moins d'accidents cardiovasculaires chez 18 806 patients avec une découverte d'hypertension artérielle récente (HR = 0.62 ; IC 0.40-0.96)(15).
- Cherry démontre que l'adhérence d'une population réelle hypertensive avec plusieurs facteurs de risques cardiovasculaires a un traitement anti hypertenseur associé à une statine gagne une espérance de vie de 4.2 mois comparé à un patient témoin sans traitement alors que ce chiffre passe à 9.2 mois si l'on compare une adhésion idéale à un patient témoin sans traitement (39).
- La méta-analyse de Simpson recoupant 21 études suivant plusieurs pathologies concernant environ 47 000 patients montre une baisse de 44% de la mortalité avec une bonne adhésion au traitement (OR = 0.56 ; IC 0.50-0.63)(43).

L'adhésion idéale permet de tendre vers une efficacité optimale des traitements, mais il reste encore beaucoup à faire pour améliorer cette adhésion. En laissant de côté l'impact sur la santé des populations, il est pertinent de soulever l'intérêt financier que peut engendrer l'amélioration de l'adhésion dans une démarche d'efficience.

4. L'éducation du patient et ses atouts

L'article 1 de l'ordonnance n°2016-1729 relative aux pharmacies à usage intérieur décrit les missions des PUI dont celle d'«entreprendre toute action **d'information aux patients** et aux professionnels de santé» (44). Un des moyens permettant d'améliorer l'adhésion est d'informer le patient de la sévérité de sa maladie (45) car « un patient qui aura compris [...] adhérera mieux au traitement » (6). Prenons comme exemple une simple consultation avec un spécialiste dans les suites d'une fracture ostéoporotique ; elle a pour conséquences d'augmenter l'adhésion (6).

Un des outils les plus utilisés par le personnel soignant permettant à un malade de mieux adhérer à son traitement est l'éducation thérapeutique (ETP) qui « devrait permettre aux patients d'acquérir et de conserver les capacités et compétences qui les aide à vivre de manière optimale leur vie avec leur maladie ». Le rapport de l'OMS-Europe de 1996 décrit l'ETP et sa vocation à améliorer la qualité de vie des patients souffrants de maladies chroniques. « Elle vise à aider les patients et leurs familles à comprendre la maladie et le traitement, coopérer avec les soignants [...] » ; c'est une discipline à adapter à chaque patient qui a pour but de responsabiliser le malade, de le rendre acteur de sa santé. Habituellement, l'ETP s'ancre sur des programmes où les organisateurs, formés en amont doivent utiliser des outils pédagogiques sur des plages horaires prédéfinies permettant alors des formations en groupes ou individuelles et planifiées à l'avance.

Pour revenir sur l'impact que peuvent procurer ces programmes, prenons cet exemple manifeste : l'adhésion au traitement antihypertenseur et hypolipémiant passe de 61.2% à 96.9% suite à la mise en place d'un programme d'éducation par les pharmaciens, et se maintient à 95.5% à 6 mois pour le groupe inclus dans le suivi pharmaceutique versus 69.1% pour celui bénéficiant des soins usuels (46).

L'ETP agit directement sur le rapport du patient à son traitement, donc sur son observance, influencée par des cofacteurs cognitifs, émotionnels, sociaux et comportementaux qui interagissent entre eux ; c'est une variable multifactorielle (47). Bien d'autres causes que l'essoufflement du patient dû à la chronicité des pathologies peuvent entrer en jeu. Ainsi la façon d'aborder chaque malade afin d'avoir un impact sur leur adhésion médicamenteuse doit prendre en compte tous ces facteurs. La prise en charge d'un patient inclue l'explication de ses pathologies ainsi que de ses traitements sensés stopper ou diminuer ses symptômes.

Par ailleurs, l'impact financier des bienfaits de l'éducation thérapeutique est compliquée à mesurer mais pour donner un ordre d'idée, prévenir les exacerbations asthmatiques pourrait permettre une économie annuelle de plus de 17 000 dollars par patient (48)!

Un autre avantage de l'éducation thérapeutique des patients serait son impact sur les ré hospitalisations. En 2002, une équipe canadienne estime le coût des hospitalisations directement liées à la non-adhésion à plus de mille millions de dollars canadiens annuellement (49). Mais l'éducation des patients pourrait atténuer ce coût : en 2010, une étude au CHU de Grenoble a mis en évidence une diminution de 31 à 12% de ré hospitalisation de sujets schizophréniques à 14 mois avec la mise en place de séances pluridisciplinaires d'éducation associant psychiatre et pharmacien (50). Déjà, une des premières études évaluant l'impact de l'éducation thérapeutique à Los Angeles dans les années 70, avait montré une diminution flagrante du nombre de jours d'hospitalisation par patient passant de 5.6 jours à 1.74 jours par patient (51). De ce fait, l'éducation du patient serait un levier de diminution des dépenses de santé.

5. La modification du lien patient soignant

L'éducation du patient a demandé une réelle modification du lien patient-soignant. Depuis les débuts de la médecine et dans la culture occidentale, la relation médecin-patient a énormément progressé, et est maintenant basée sur la confiance comme le prône l'Ordre des Médecins (52). Mais si pour le médecin, le contrat implicite de la prescription médicale semble indiscutable, ce contrat peut sembler moins évident pour le patient(53).

Lorsque la communication du soignant est bonne tout comme la relation entre les deux interlocuteurs, la compliance est naturellement plus solide (54). La relation tissée devient un partenariat pour affronter la chronicité de la maladie, à condition que les conseils et informations donnés soient appropriés et la prescription adaptée aux habitudes de vie du patient. L'information donnée lors de l'acte de prescription, bien que supposée obligatoire, ne doit pas être seulement effectuée aux instaurations de traitements mais tout au long du parcours médicamenteux du patient.

Lorsque l'ETP est évoquée aujourd'hui, on envisage que le patient s'engage dans une « relation volontaire de soins » (55), le patient tient une place grandissante dans les soins. Deccache décrit une relation de soins où le patient est considéré dans le contrat médical comme partenaire responsable et non comme objet de soins (55). La relation médecin-patient a donc considérablement évolué, on recherche aujourd'hui une alliance thérapeutique entre les deux partis. D'abord définie par Freud en 1913, la notion d'alliance thérapeutique était plutôt employée dans le domaine de la psychothérapie. Cette notion s'envisage comme une « collaboration mutuelle [...] dans le but d'accomplir les objectifs fixés »(56). C'est de cette relation malade-soignant que peuvent naître les bases solides de l'ETP.

6. Gériatrie : une population particulière

La définition d'une personne âgée est, selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), une personne de plus de 65 ans (57). Cependant, en 1974, Bernice Neugarten propose de distinguer les personnes âgées de plus de 75 ans de celles appartenant à la tranche d'âge 65-74 ans lors d'une conférence donnée à l'Académie américaine des sciences politiques et sociales. Le National Institute of Aging (NIA) lance en 1985 aux Etats-Unis le premier programme de recherche focalisé spécifiquement sur les « oldest old ». L'Amérique du Nord officialise donc le concept de trois âges démographiques : les jeunes vieux (65-74 ans), les « vieux vieux » (75-84 ans) et les vieillards de plus de 85 ans. En France, dans les années 80, apparaît de façon concomitante la notion de 4-ème âge et avec elle, l'idée que la personne âgée vit plus longtemps en bonne santé avant d'atteindre la sénescence.

En 2060, la proportion de la population de 60 ans et plus sera en forte hausse (58). L'OMS estime que le nombre de personnes âgées de plus de 60 ans en 2050 atteindra plus de deux milliards de personnes (59) et en France métropolitaine l'INSEE projette que ce nombre sera de 22.3 millions soit une augmentation de plus de 80 % par rapport aux chiffres de 2005 (60). D'ici 2050 toujours, la population âgée de 60 ans et plus devrait augmenter 3.5 fois plus vite que la population totale (soit des taux d'augmentation respectifs de 2.8% contre 0.8%)(61).

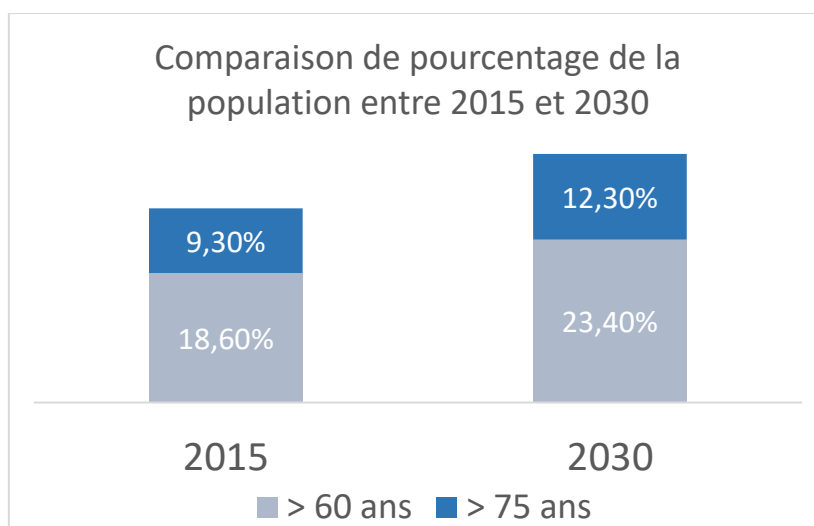


Figure 2 - Estimation de la part des plus de 60 et 75 ans d'ici 2030 (Service central de projection de l'INSEE (3)).

En parallèle, l'institut national d'études démographiques démontre que l'espérance de vie a presque doublé au cours du 20^{ème} siècle (62), de plus, l'espérance de vie en bonne santé s'élève en France à 64.1 ans pour les femmes et 62.7 ans pour les hommes en 2016 (63).

Ces données démographiques poussent à faire évoluer la façon de prendre en charge nos personnes âgées. Le nombre de personnes âgées augmente et avec lui, l'espérance de vie. Mais la chronicité des pathologies contemporaines se place au premier rang des causes de mortalité dans le monde, l'OMS estime qu'en 2008, 36 millions de personnes sont décédées de maladies chroniques et 71% avaient plus de 60 ans (64).

Cette tranche de population dont il est question, s'expose à la présence simultanée de plusieurs pathologies chroniques, on parle alors de polypathologie décrite par le Code de la sécurité sociale lorsqu'un patient est « atteint de plusieurs affections caractérisées, entraînant un état pathologique invalidant et nécessitant des soins continus d'une durée prévisible supérieure à 6 mois » (65).

Tableau 4 - Prévalence de la polypathologie par classe d'âge en 2008 (65,66)

Classe d'âge	Nombre moyen de maladies
< 16 ans	0,8
[16-39]	1,7
[40-64]	3,4
≥ 65 ans	6

Ce concept de « multimorbidité » se rencontre régulièrement chez les patients de plus de 65 ans (cf. Tableau 4 - Prévalence de la polyopathie par classe d'âge en 2008 (65,66)) ayant une tendance à l'inflammation, aux dysfonctions mitochondriales et à l'altération épigénétique, ces phénomènes induisant des pertes des fonctions organiques neurologiques, cardiovasculaires, musculosquelettiques, respiratoires, néphrologiques, immunes ...etc (67). Ces pertes de fonctions qui sont naturelles avec le temps, sont accrues lorsque les patients souffrent de maladies chroniques et d'autant plus si les patients cumulent les pathologies. Et cette multimorbidité s'accompagne inévitablement de polymédication, l'OMS définissant ce dernier terme comme l'administration concomitante de plusieurs médicaments voire l'administration d'un nombre excessif de médicaments (68). Sur une cohorte de plus de 2700 patients européens d'âge moyen d'environ 82 ans, un patient sur deux prend plus de 6 traitements par jour (69). Le risque d'effets secondaires, qui augmente avec le nombre de traitements pris (70), plane sur cette population et ce risque ajouté aux comorbidités associées ne peut qu'entraîner un nombre croissant d'hospitalisations.

On peut donc légitimement s'attendre à une embolisation du système de soin avec le recours hospitalier habituel pour cette part de la population, mais le scénario des experts de l'INSEE dépeint plutôt un retournement de cette tendance d'ici 2030. Brilhault et Millien expliquent dans les dossiers de la DREES que « le recours à l'hôpital des personnes âgées diminuerait, grâce aux progrès dans le suivi des pathologies chroniques, à une meilleure organisation des parcours de soins permettant de limiter les hospitalisations évitables, et à une attention apportée à la pertinence des soins » (3). Le scénario optimal serait donc que cette classe de la population deviendrait de plus en plus dynamique et active dans sa prise en charge médicamenteuse. L'ETP aurait donc toute sa place auprès de cette population.

III. Place du pharmacien dans prise en charge du patient et ce qu'il peut apporter dans la compréhension du traitement

1. L'expansion de la pharmacie clinique

La pharmacie clinique née aux Etats-Unis dans les années 60. En 1961 plus précisément, le terme « pharmacie clinique » est pour la première fois défini par Charles Walton qui décrit

une « utilisation optimale du jugement et des connaissances pharmaceutiques et biomédicales du pharmacien dans le but d'améliorer l'efficacité, la sécurité, l'économie et la précision selon lesquelles les médicaments doivent être utilisés dans le traitement des patients ».

En France, le premier congrès de Pharmacie Clinique a lieu à Paris en 1983. En plus de 30 ans, le concept prend peu à peu racine dans les établissements de santé. En septembre 2016, la Société Française de Pharmacie Clinique actualise sa définition de la pharmacie clinique en précisant que c'est 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'efficience du recours aux produits de santé. Le pharmacien exerce, en collaboration avec les autres professionnels impliqués, le patient et ses aidants. »(71). La pharmacie clinique ne s'étend pas sans répercussions : l'étude multicentrique de Bond en 1999 a été la première à démontrer un impact positif des services de pharmacie clinique sur les taux de mortalité sur plus de 1000 Hôpitaux aux USA (72).

Fin 2018, B. Allenet, avec la contribution de la SFPC, entreprend de décrire les trois types de « prestations » que peut offrir à ce jour la pharmacie clinique dans nos structures de soins (71) : la dispensation de produits de santé, le bilan de médication, et le plan pharmaceutique personnalisé tout en soulevant les problèmes de contraintes organisationnelles, réglementaires et financières. L'étude décrite dans la deuxième partie de ce mémoire se rapproche à de nombreux égards du plan pharmaceutique personnalisé détaillé dans cet article. Mais ce sont souvent les activités de conciliations pharmaceutiques qui sont connues du personnel médical souhaitant une anamnèse médicamenteuse exhaustive.

2. L'ancrage de la conciliation médicamenteuse

a. A l'entrée d'hospitalisation

La conciliation médicamenteuse à l'entrée d'un patient dans un service passe par la recherche de son Bilan Médicamenteux Optimisé (BMO) ; c'est-à-dire un croisement de différentes sources d'informations permettant d'obtenir la liste exhaustive des traitements prescrits en ville. Ce BMO est ensuite comparé à l'Ordonnance Médicamenteuse à l'Admission (OMA) pour identifier les éventuelles divergences (intentionnelles ou non) et corrections à

apporter en conséquence. Lorsque ces missions sont effectuées par un pharmacien, les taux de mortalités sont significativement diminués (72), en lien probablement avec la détection précoce des erreurs médicamenteuses (72,73). L'étude de Nester et Hale laisse, quant à elle, penser que les patients évoquent préférentiellement leurs prises de phytothérapies ou autre automédication aux pharmaciens plutôt qu'aux infirmières lors du recueil des données (74). Les résultats de cette étude prouvent une meilleure efficacité lorsque cette tâche est attribuée à un pharmacien. La conciliation d'entrée est un atout indéniable dans le management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse en établissement de santé.

b. En sortie d'hospitalisation

La conciliation de sortie quant à elle permet de faciliter le lien ville-hôpital : en recoupant le BMO, l'Ordonnance Médicamenteuse de Sortie et les traitements devant être repris post séjour hospitalier. La conciliation d'entrée est donc nécessaire à cette étape. La transmission de l'information aux prescripteurs et officinaux de ville va de pair avec les explications données aux patients sur les traitements de sortie, initiés ou stoppés. Cette activité met plus de temps à s'installer dans les hôpitaux français alors que la conciliation d'entrée est d'ores et déjà bien ancrée.

Les conciliations d'entrée ou de sortie effectuées par du personnel pharmaceutique, externes en pharmacie, internes, pharmaciens titulaires, sont maintenant choses communes dans le paysage hospitalier actuel alors que d'autres activités de pharmacie clinique se développent.

3. La voie vers des consultations pharmaceutiques

Emprunté au grec « klinos », la pharmacie clinique trouve sa place au « lit » du patient. En 2018, le CHU de Liège met en exergue le travail d'un pharmacien hospitalier dans un programme d'éducation thérapeutique par le biais d'une publication affichée. Cette étude cas témoin s'intéresse à l'impact de consultations pharmaceutiques en ambulatoire chez des patients asthmatiques et démontre une amélioration significative des paramètres de suivi de l'asthme, des connaissances sur la pathologie et les médicaments, et des techniques

d'inhalation (75). La place du pharmacien hospitalier change, il côtoie les patients en consultation. D'ailleurs, la Société Française de Pharmacologie Oncologique (SFPO) a émis des recommandations (76) fixant les objectifs des consultations pharmaceutiques ; objectifs qui peuvent être étendus à d'autres domaines que celui de l'oncologie, en voici quelques-unes :

- évaluer les connaissances du patient et/ou l'aidant (modalités de prise, effets indésirables ...)
- et son adhésion à sa prise en charge,
- s'assurer que les modalités de prise ont été bien comprises,
- participer à l'évaluation et à l'amélioration de l'observance globale.

Selon une enquête de satisfaction de la HAS en 2017 sur la prise en charge médicale au sein des hôpitaux et cliniques français, un point faible émerge : 27% des patients n'ont pas reçu d'explications spontanées sur leur état de santé, leur traitement ou leurs soins (77). La mise en place de consultations pharmaceutiques à l'hôpital pourrait combler cette demande des patients.

En Australie, des pharmaciens effectuent déjà des consultations pharmaceutiques durant des hospitalisations ou aux domiciles des patients, leurs interventions sont appréciées dans la population bénéficiaire et l'adhérence des patients a significativement augmenté suite à leurs entrevues (augmentation mesurée notamment par le questionnaire de Morisky)(78).

Le Canada, l'Espagne, les Pays-Bas, le Portugal, le Royaume-Uni ou la Suisse ont déjà déployé des activités de bilan de médication à l'officine. En France, l'arrêté du 9 mars 2018, organisant les rapports entre les pharmaciens titulaires d'officine et l'Assurance maladie, a entériné le bilan de médication partagé dont un des objectifs est d'améliorer l'observance des patients de plus de 65 ans souffrant de maladies chroniques. A l'officine, les dispositifs d'accompagnement déjà en place (patients sous AVK, sous anticoagulants directs, asthmatiques) ont été revalorisés en 2018, et les entretiens pharmaceutiques sous forme de bilans de médicaments vont être rémunérés (79). A l'hôpital, les actions ciblant les patients hospitalisés sont considérées comme pris en charge par les tarifs mais des allocations peuvent être notifiées pas les ARS aux établissements au titre de mission d'« actions de prévention et d'éducation thérapeutique » (80).

Sur le plan national, l'ETP est soutenue et encouragée ; le programme OMAGE (81) (Optimisation des Médicaments chez les sujets AGEs) qui a été de grande ampleur (réduction de 30% des patients ré-hospitalisés à 3 mois), a débouché sur la mise en place d'outils validés

par la HAS entre 2013 et 2015. Cette étude qui comprenait un programme d'ETP visant à diminuer les ré-hospitalisations de sujets âgés est une référence dans l'éducation thérapeutique du patient polypathologique âgé. Ces outils sont un appui de choix pour aborder le patient dans une démarche d'information.

4. Compétences nouvelles du personnel soignant

Ces actions d'éducation thérapeutique nécessitent de mobiliser des capacités particulières, ainsi l'arrêté du 02 août 2010 relatif aux compétences requises pour dispenser l'éducation thérapeutique du patient incite le personnel de santé à se former à la partie relation au patient (82) en une quarantaine d'heures. L'influence du prescripteur est meilleure si ce dernier possède de bonnes capacités thérapeutiques et de communication (26). Il en est de même pour tout type de personnel soignant : « comme on forme les soignants, ils éduquent les patients »(55).

Ainsi tout projet d'éducation thérapeutique nécessite de la part du personnel intervenant :

- Une écoute empathique et un soutien psychosocial
- Des conseils pratiques et d'aide à la résolution des problématiques du quotidien
- Les capacités d'enseignement et de démonstration
- La prise en compte des croyances, du vécu personnel et familial donné à la maladie.

Les patients inclus dans l'étude décrite plus loin, ont été abordés en tentant de respecter ces préceptes.

IV. Etude réalisée en service de gériatrie aigüe

1. Prérequis

Le protocole de l'étude a été pensé en amont avec l'intervention de plusieurs pharmaciens hospitaliers investis dans la pharmacie clinique et dans la prise en charge du patient âgé. L'ébauche de protocole a été proposée à un conseiller juridique de l'Institut national des données de santé (Inds) ; cette étude étant observationnelle, une autorisation auprès du CPP est inutile mais il est nécessaire de s'engager auprès de la CNIL à respecter la méthodologie de référence MR-003 concernant les recherches dans le domaine de la santé sans recueil du consentement, soit plus précisément et de façon non exhaustive : s'engager à ne collecter que les données strictement nécessaires à l'étude, les anonymiser, les conserver de façon sécurisée, informer les patients par écrit de leur inclusion dans une étude avant de recueillir leur consentement oral. Toutes ces recommandations ont été respectées.

Le chef du service de Gériatrie Aigüe du CHB a accepté que les interventions de l'interne en pharmacie aient lieu au sein de son service et a proposé une réunion d'information à l'ensemble de son équipe afin d'expliquer aux médecins, personnel soignant et cadre de santé l'objet de l'étude. La présentation du protocole de l'étude et de la façon dont j'interviendrais dans le service a donc été présentée durant les transmissions.

L'attachée de Recherche Clinique du CHB a été sollicitée pour un avis concernant le design de l'étude et afin de savoir si le CHB s'était déjà engagé auprès de la CNIL concernant la méthodologie MR-003. Le comité scientifique de l'établissement m'a convié afin de leur présenter le protocole de l'étude pour avoir un œil critique sur la méthode employée. Le médecin responsable du Comité d'Ethique du CHB a émis un avis favorable concernant l'étude. Une fois leur approbation obtenue, un groupe de dix patients test a été constitué pour évaluer la faisabilité et la reproductibilité des outils prévus pour l'étude. L'état des connaissances d'un patient étant difficilement mesurable, une grille de score à attribuer lors des plans de prises a été créée en amont et validée par ce comité. Les résultats de l'étude ont été présentés au comité scientifique du CHB.

Une démarche a été entreprise pour tracer les entretiens pharmaceutiques effectués dans le dossier patient informatisé.

Rappelons néanmoins que l'information donnée au patient dans cette étude dans le but de l'éduquer a été réalisée en s'inspirant des concepts de l'ETP mais est à distinguer des programmes d'ETP multidisciplinaires qui sont plus complets et n'abordent pas seulement les thérapies médicamenteuses.

2. Objectifs

1. Objectif principal

Montrer qu'un entretien pharmaceutique peut permettre d'augmenter les connaissances et la compréhension du patient à propos de ses traitements chroniques et rendre ce dernier plus autonome dans sa prise en charge.

2. Objectif secondaire

Faire l'état des lieux de la connaissance des patients sur leurs traitements, leur observance, leur habitude de vie et leur gestion des traitements à domicile lors d'entretiens pharmaceutiques.

3. Critères d'évaluation

1. Critère d'évaluation principal

Le critère d'évaluation principal est l'évolution favorable du score établi lors de la réalisation des plans de prise des traitements des patients avant et après entretien pharmaceutique.

Une grille d'évaluation a été élaborée permettant d'attribuer des points pour trois critères : l'indication, la posologie, et une connaissance autre (précision du moment de prise, gestion des effets secondaires...). L'attribution des points pour chaque critère se fait selon le degré de précision de réponse du patient pour chaque ligne de traitement à savoir de 0 à 2, le maximum de points étant attribué à une réponse correcte précise.

Le score du plan de prise établi post entretien est comparé à celui établi lors de l'entrée du patient, l'intérêt étant de permettre au patient de consolider ou d'acquérir des connaissances simples à propos de ses traitements, donc de conserver ou augmenter le score initial calculé.

2. Critères d'évaluation secondaires

- Le MMSE
- Le type de gestion des traitements à domicile
- Le score d'observance selon Morisky
- L'impression de gravité des pathologies du patient
- La satisfaction du patient suite aux entretiens avec un interne de pharmacie
- Vision globale des prescriptions et nombres de lignes prescrites par patient.

4. Matériels et Méthodes

1. Population ciblée

a. Description du service de Gériatrie aiguë du CH de Beauvais

Le service comporte 24 lits d'hospitalisation dont 12 lits situés en secteur sécurisé. Après prise de renseignements auprès du cadre de santé du service concerné ainsi que du département administratif du CHB, le service de gériatrie aiguë du CHB compte une moyenne de 3 entrées de patients par jour et une rétrospective sur l'année 2017 a permis de conclure que 4 patients sur 10 présentaient des troubles cognitifs cotés lors de leur hospitalisation, afin d'avoir une idée du nombre de patients à ne pas inclure dans l'étude.

Le turn-over des patients est relativement rapide car la durée moyenne de séjour ne dépasse pas 8 jours excepté pour certains patients qui peuvent séjourner plus longuement.

b. Critères d'inclusion

- Patients dont le MMSE est supérieur à 22, troubles cognitifs sévères écartés
- Patients non institutionnalisés
- Conciliation d'entrée effectuée ou a minima présence d'ordonnances datant de moins de 3 mois dans le dossier

c. Critères de non inclusion

- Patients souffrants de troubles cognitifs ou dont le MMSE ne correspondait pas aux critères d'inclusion
- Patients institutionnalisés
- Patients dont l'état ne permettait pas un entretien (agressif, confus, altération de l'état général important)
- Patients dont la durée de séjour lors de l'entrée était trop courte pour permettre d'organiser un second entretien
- Absence d'informations sur le traitement de ville dans les dossiers patients

d. Modalités de recrutement

J'ai été le seul personnel participant à l'étude, à savoir interne de 6 -ème semestre, ayant bénéficié d'un externat de 3 mois de conciliations aux urgences du CHU de Montpellier, d'un semestre de conciliation à temps restreint (un jour par semaine) à l'Unité d'Hospitalisation de Courte Durée du CH de Beauvais et d'un Diplôme Universitaire de Pharmacie Clinique mais je ne possède pas de formation théorique d'Education Thérapeutique du Patient.

Le recrutement des patients était fonction des profils des entrées et de la disponibilité de la personne exécutant les entretiens. Le temps consacré à l'étude était partiel puisqu'étant affiliée à un stage d'internat impliquant un temps de travail de routine irrépissible.

Quotidiennement, un listing sur tableur était tenu à jour identifiant toutes les entrées des patients en gériatrie. Chaque dossier patient était alors analysé pour déterminer si le patient avait déjà eu un bilan cognitif ou si médecins et infirmières abordaient une éventualité de début de démence (le MMSE étant recherché dans les notes médicales).

En début d'après-midi, afin d'éviter tout éventuel dérangement durant les visites matinales des médecins et pour s'accorder avec l'organisation du service y compris les soins infirmiers, je montais dans le service afin d'interroger les médecins sur la pertinence de rencontrer les patients pré-triés. Leur connaissance de chaque dossier me permettait de mieux

orienter les patients à rencontrer, mieux appréhender la façon de communiquer avec ces derniers et avertir chaque médecin de mon intervention.

Avant de retenir un patient pour l'étude, le tableau des départs de patients en poste de soins d'UMG était vérifié afin d'anticiper la faisabilité du questionnaire d'entrée, l'entretien pharmaceutique et le second entretien à 48h d'intervalle minimum.

Le vendredi étant un jour d'absence systématique des externes en pharmacie, les conciliations médicamenteuses n'étant pas exécutées, les patients inclus ce jour étaient ceux pour lesquels l'ordonnance de ville était déjà présente dans le dossier. A partir du mois d'octobre, le nombre d'externes prévus sur le centre hospitalier étant nul a impacté le déroulement des inclusions puisque les conciliations faisaient défaut dans les services de soins, notamment en gériatrie aigüe. Ainsi, certains patients n'ont pas été inclus par manque d'informations sur leurs traitements habituels.

2. Méthodes

a. Design de l'étude

J'ai réalisé une étude prospective monocentrique du type « avant/après » sur plus de 3 mois, plus exactement du 18 juillet au 26 octobre soit 75 jours ouvrés. L'étude ne possédait qu'un seul bras d'inclusion. Les dossiers des patients entrés dans le service le week-end n'étaient triés qu'en début de semaine.

Etant donné l'intervention d'une seule personne participant à l'exécution de l'étude, la récolte des informations a été faite de manière homogène selon un protocole exécuté en amont avec participation du maître de thèse et du chef de service de la PUI.



Figure 3 -Dossiers analysés

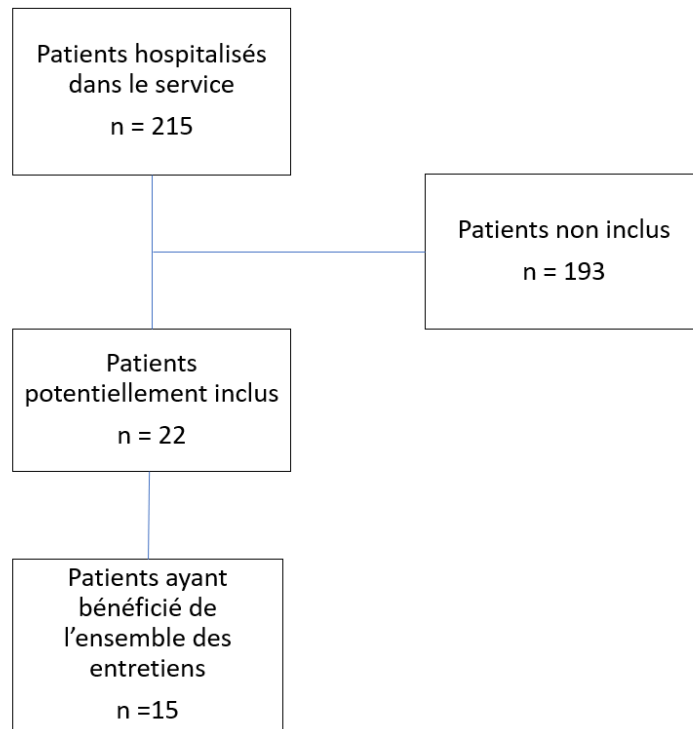


Figure 4 - Design de l'étude

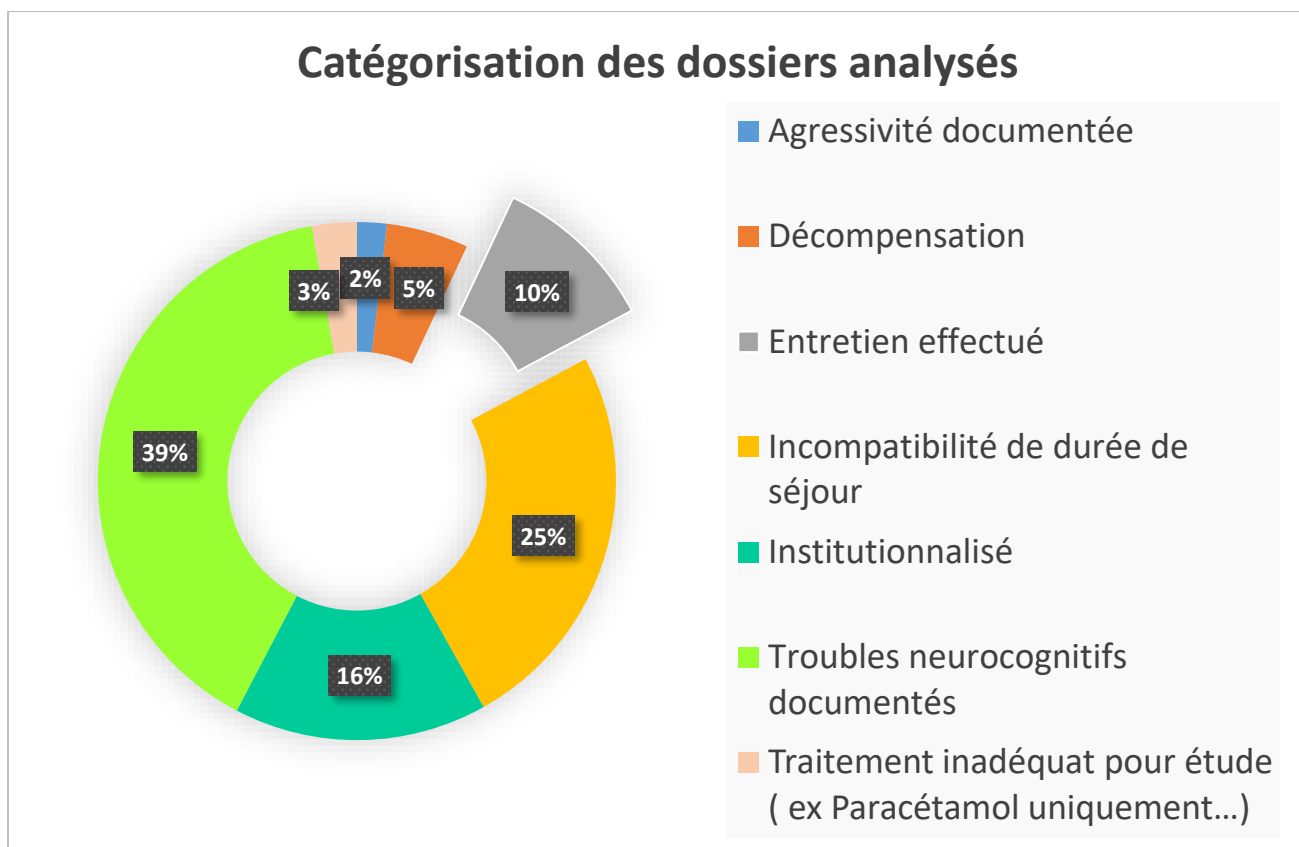


Figure 5 - Catégorisation de l'ensemble des dossiers analysés durant le temps de l'étude

Parmi les dossiers analysés, les patients agressifs, institutionnalisés, en décompensation, ou présentant des troubles cognitifs connus ou en cours d'exploration n'ont pas été inclus dans l'étude. 85 dossiers présentaient des troubles cognitifs sur les 215 dossiers au total soit 39.5 % ce qui correspond à la requête rétrospective effectuée sur 2017 présentant environ 40.8 % de dossiers patients codés « troubles cognitifs ».

Quelques patients non inclus ne possédaient qu'une voire zéro ligne de traitement.

Il est arrivé à de nombreuses reprises que les patients potentiellement à inclure, car sans troubles cognitifs majeurs, ne puissent l'être, à cause de durée de séjours réduits (moins de 7 jours). En effet, les patients qui n'avaient pas de troubles cognitifs majeurs, en relative bonne santé étaient destinés à rentrer à domicile rapidement, ce qui est pertinent dans le contexte actuel de politique de raccourcissement des durées de séjour. Sur 2017, la durée moyenne des séjours dans ce service était de 8.3 jours.

La chronologie du déroulement de l'étude est imagée ci-dessous. Pour chaque patient inclus, deux plans de prises ont donc été réalisés, associés chacun à un score : un premier plan

de prise **avant** entretien pharmaceutique traduisant l'état des lieux de la connaissance du patient et un second plan de prise **après** entretien reflétant une possible acquisition de connaissance.

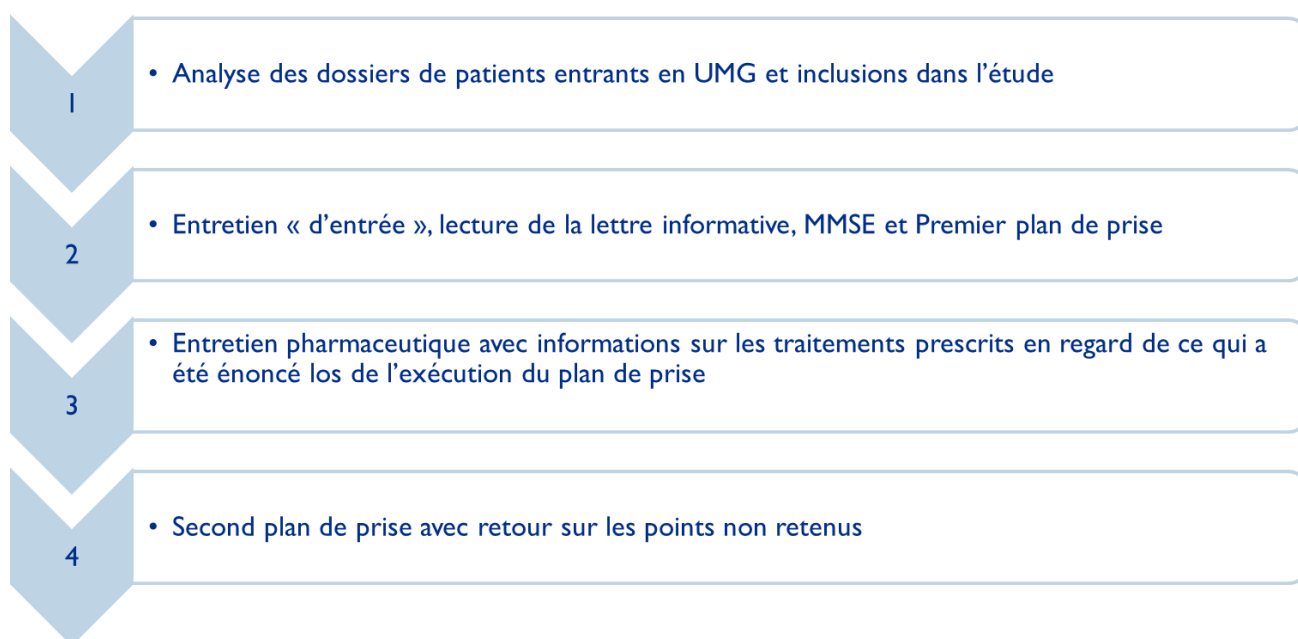


Figure 6 - Chronologie de l'étude pour chaque patient

Parmi les 22 patients rencontrés :

-une patiente a dû affronter l'annonce d'un cancer du pancréas incurable, et à son passage en soins palliatifs, il a été décidé d'un commun accord avec les médecins du service qu'il n'était pas pertinent de continuer les entretiens avec elle.

-une patiente fortement anémiée a refusé de participer à l'élaboration du second plan de prise en expliquant souffrir d'une grande fatigue.

-un autre patient, placé en secteur sécurisé, assez colérique, a refusé le second entretien sans explications.

-un manque d'informations a conduit au retour à domicile de deux patients avant que le second plan de prise ne soit effectué.

-une patiente a été isolée BMR puis à la levée de l'isolement a été transférée dans un autre établissement avant que ne soit terminé l'ensemble des entretiens.

-un patient rencontré une première fois, est rentré au domicile rapidement contre avis médical.

Ainsi 15 patients ont pu participer à toutes les étapes de l'étude.

b. Supports utilisés

Afin d'être exhaustif dans le nombre de dossiers analysés, un tableau a été mis en place afin d'identifier tous les patients entrants en service d'UMG.

L'ensemble des documents nécessaires aux différents entretiens sont présentés dans le tableau suivant :

Tableau 5 - Documents utilisés durant les entretiens avec le patient

La lettre informative concernant l'étude (cf Annexe 1)	Lettre remise au patient en lui expliquant le déroulement de l'étude et en demandant son accord oral (conformément à la Méthodologie de Référence MR003 de la CNIL)
Un test MMSE vierge	Test habituel réalisé par l'interne de pharmacie selon l'accord du médecin du service
Le dossier d'informations sur le patient à remplir, son observance et ses habitudes de vie (cf Annexe 2)	Chaque dossier est rempli durant l'entretien en fonction des informations communiquées
Un plan de prise avant entretien pharmaceutique (cf Annexe 3)	Le pharmacien contrôle l'exactitude des traitements énoncés par le patient en regard de l'ordonnance de ville/conciliation qu'il détient
Un plan de prise post entretien pharmaceutique (cf Annexe 3)	Ce plan de prise est rempli en comparant les scores obtenus avec le plan de prise pré-entretien
La ou les ordonnances en cours du patient	Conciliation d'entrée effectuée par l'externe en pharmacie ou ordonnance datant de moins de 3 mois au minimum
Une grille de score pour les plans de prises	Scores attribués en fonction de la précision concernant l'indication d'un médicament, sa posologie et des informations complémentaires si le patient peut en donner (cf. Grille de score décrite plus loin)

Le dossier d'informations sur le patient : (cf. Annexe 2)

Ce dossier a été inspiré d'un dossier préexistant au Centre Hospitalier de Beauvais utilisé par le pharmacien pour obtenir des informations en Hôpital de Jour Gériatrique. Il a été modifié pour s'adapter aux objectifs de l'étude : il comporte une partie de généralités (nom,

prénom, âge ...) et s'intéresse aux habitudes de vie (personne s'occupant de préparer les traitements à prendre, aide d'une infirmière à domicile ...).

Une partie sur l'observance comporte le questionnaire Morisky et sa grille de score.

Une partie sur le médicament permet de savoir si le patient a des problèmes avec certains traitements pris, des effets secondaires, des difficultés à déglutir... ou des antécédents d'allergies médicamenteuses. Une partie est centrée sur les conseils que le patient aurait déjà reçu de son médecin traitant ou des personnels de santé des pharmacies d'officine.

Le dernier paragraphe s'attarde sur l'impression du patient sur son état de santé et un questionnaire de satisfaction sur l'entretien avec l'interne de pharmacie durant son hospitalisation.

Les plans de prise : (cf Annexe 3)

Le support de plan de prise, à l'entrée ou après l'entretien pharmaceutique, est exactement le même pour permettre une stricte comparaison des informations évoquées par le patient. Il comporte des champs libres permettant l'identification du patient ainsi que la date. Ce plan est sous la forme d'un tableau avec :

- Nom du médicament,
- Indication
- Horaires de prises et posologies
- Informations complémentaires (ex : effets secondaires, suivi particulier...)

Une marge est accordée pour attribuer un score selon les réponses données par le patient.

La grille de score :

Pour attribuer un score sur chaque ligne de traitement prescrit : les informations sur l'indication du traitement et les posologies étaient demandées, et des points étaient rajoutés si une information complémentaire était apportée (par exemple un suivi de l'INR en cas de traitement par AVK, l'INR cible en fonction du profil du patient et les risques attendus si ces valeurs sont dépassées). Ci-dessous, la grille de score utilisée :

Connaissance évaluée pour chaque ligne de traitement	Critères	Score
Indication	Non communiquée	0
	Organe cité	1
	Indication précise	2
Posologie	Non communiquée	0
	Partielle	1
	Précise	2
Précision du moment de prise / Gestion des effets secondaires	Non communiquée	0
	Partielle	1
	Précise	2

Figure 7 - Grille d'évaluation de l'élaboration du plan de prise

Ci -dessous, un exemple d'attribution de score en fonction des informations données par un patient sur son traitement habituel.

Tableau 6 - Exemple de score attribué suite à l'élaboration d'un plan de prise





Plan de prise de Médicaments

Ce document n'est pas une ordonnance, il vous permet de planifier vos prises de médicaments.

NOM	Mr X.
PRENOM	
Date de naissance	15/10/1948

Plan de prise avant entretien



Médicament	Indication A quoi ça sert ?	Matin 	Midi 	Soir 	Coucher 	Commentaires	Score		
							Indication	Posologie	Commentaires
<u>Eupantol</u>	Pour mon estomac			20 mg			1	2	0
<u>Kardegic</u>	Je ne sais pas		X				0	1	0
Levothyrox	Pour ma thyroïde	X				À jeun	1	1	1

3. Recueil des données et déroulement au contact des patients

Avant d'entrer en chambre des patients, je m'adressais aux infirmières afin de savoir si aucun soin ou indisponibilité du patient n'empêcherait le bon déroulement de l'entretien.

La visite à l'entrée débute par une vérification de l'identité du patient par une question ouverte. Etant donné que la plupart des chambres en service de gériatrie sont doubles, une question est habituellement posée au deuxième occupant afin de demander si l'entretien ne gêne pas.

Je me présente au patient ainsi que ma fonction au sein du centre hospitalier. Puis suit l'explication du type d'entretien à venir et le but de mes visites avec remise de la lettre d'information à propos de l'étude afin d'obtenir un accord oral conformément à la méthode MR 003. Un ordre de grandeur de la durée de la visite est donné au patient avant de débiter les entretiens.

Si aucune information sur l'état cognitif du patient n'a été trouvée précédemment dans son dossier, le Test MMSE est exécuté, selon les conseils du Médecin Gériatre responsable du service.

Le choix est donné au patient de remplir le **plan de prise** seul ou avec mon aide (c'est-à-dire remplir le plan de façon objective suivant les informations données par le patient), avec reformulation des intitulés des colonnes en cas d'incompréhension. En pratique, aucun patient n'a décidé de remplir les plans de prise seul. Le patient est questionné sur chaque ligne de traitement pour l'indication du médicament cité, les posologies journalières, l'apport de commentaires, les effets secondaires probables ou un quelconque suivi de traitement.

Puis **l'entretien pharmaceutique** a lieu suite à l'établissement du plan de prise. Je précise aux patients les points acquis, en valorisant ses connaissances, puis je m'attarde sur les points faibles en reprenant parfois des notions de pharmacologie de façon très vulgarisée. Je m'assure de la compréhension des explications données en m'adaptant à son ressenti.

Je remplis ensuite le questionnaire d'entretien (dossier d'information du patient) tout en essayant de rendre la communication fluide avec le patient. Le questionnaire de Morisky par exemple est rarement posé question après question mais intégré dans une conversation.

Je termine cette première visite en indiquant à nouveau que je viendrai voir une deuxième fois le patient afin de refaire le point avec lui sur ses traitements et leurs indications, avant sa sortie.

La seconde visite au patient est plus courte car elle correspond à établir le **second plan de prise** à distance de l'entretien pharmaceutique. Une dernière question est posée au patient sur la note qu'il attribuerait de façon globale aux entretiens.

Durant les entretiens, les familles présentes en chambre étaient encouragées à assister à l'entrevue, sans intervention de leur part lorsqu'il était question de réaliser le plan de prise avec le patient. Il y a un grand intérêt à laisser participer l'entourage du patient lors des entretiens pharmaceutiques ; le patient semble plus détendu car l'entrevue est moins protocolaire, et la transmission du message est renforcée auprès de la famille qui intervient souvent dans l'accompagnement des patients au domicile.

4. Méthodes statistiques

L'objectif principal de l'étude est de comparer les scores de plan de prise pré et post entretien pharmaceutique ; c'est donc une variable quantitative. Le test de Student pour échantillons appariés permet de comparer deux mesures quantitatives sur les mêmes sujets. Le logiciel en ligne Biostatgv a été utilisé pour l'analyse des résultats qui étaient contenus dans un tableur Excel protégé et anonymisé.

Pour étudier le lien entre l'âge, le MMSE, le nombre de lignes de traitements et le critère principal, un test de corrélation de Pearson a été utilisé.

5. Résultats

L'analyse des dossiers de chaque entrant en UMG a été nécessaire pour visualiser quels patients pouvaient être inclus dans l'étude et donc rencontrés rapidement après leurs débuts d'hospitalisation. Environ 18 heures au total ont été utilisées afin d'examiner 215 dossiers informatisés en service d'UMG ou à la PUI.

1. Population rencontrée

Au CH de Beauvais, 22 patients ont été rencontrés mais seulement 15 ont pu être inclus dans l'étude. Les données démographiques des patients inclus sont résumées ci-dessous.

Tableau 7 - Caractéristiques de la population étudiée

Caractéristiques	Résultats
Patients inclus	15
Age moyen (+/- écart type)	87,5 (+/- 5,63)
Effectif hommes	4
Effectif femmes	11
Age moyen hommes (+/- écart type)	81,5 (+/-3,32)
Age moyen femmes (+/- écart type)	89,6 (+/- 4,65)

a. Répartition H/F

Sur les 15 patients rencontrés, 11 patients étaient de sexe féminin et 4 patients étaient des hommes. Le sexe-ratio est de 0.36.

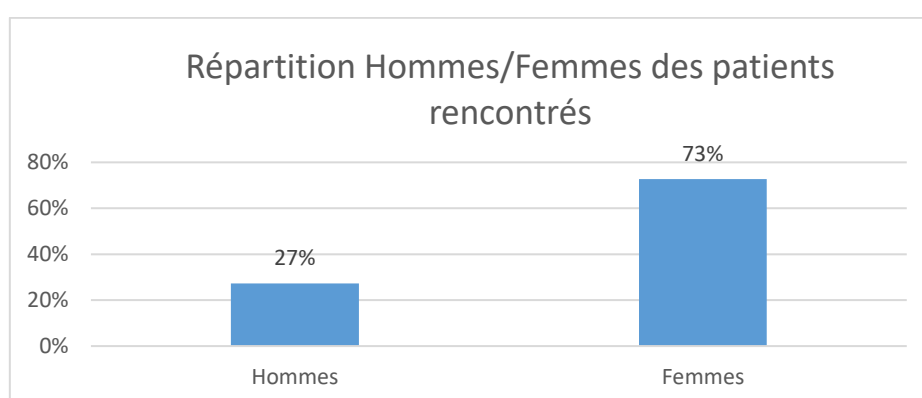


Figure 8 - Répartition des patients inclus dans l'étude

L'âge moyen des patients était de 87.5 ans [écart-type 5.63; minimum 79 ans ; maximum 95 ans].

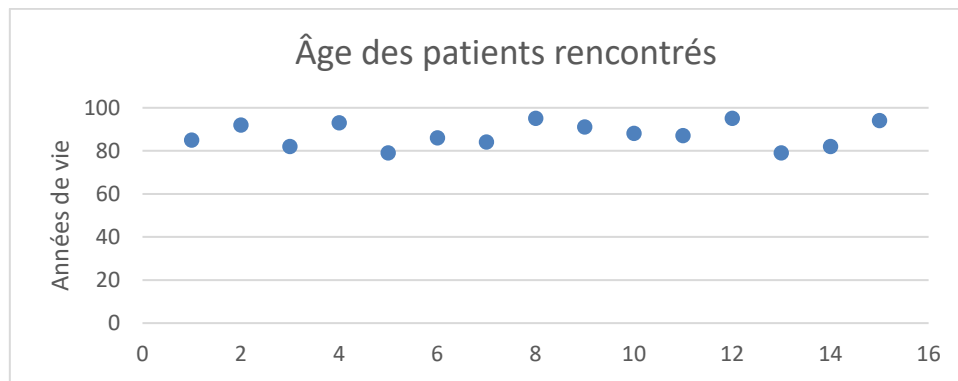


Figure 9 - Répartition des âges des patients inclus

b. Durée des entretiens

La durée moyenne des entretiens par patient a été de 54 minutes environ [écart-type 8.2 minutes ; minimum 45 minutes ; maximum 75 minutes]. Ce temps cumule les durées de présentations de l'étude aux patients, exécution du MMSE, premier plan de prise, entretien pharmaceutique et second plan de prise à minimum 48h d'intervalle.

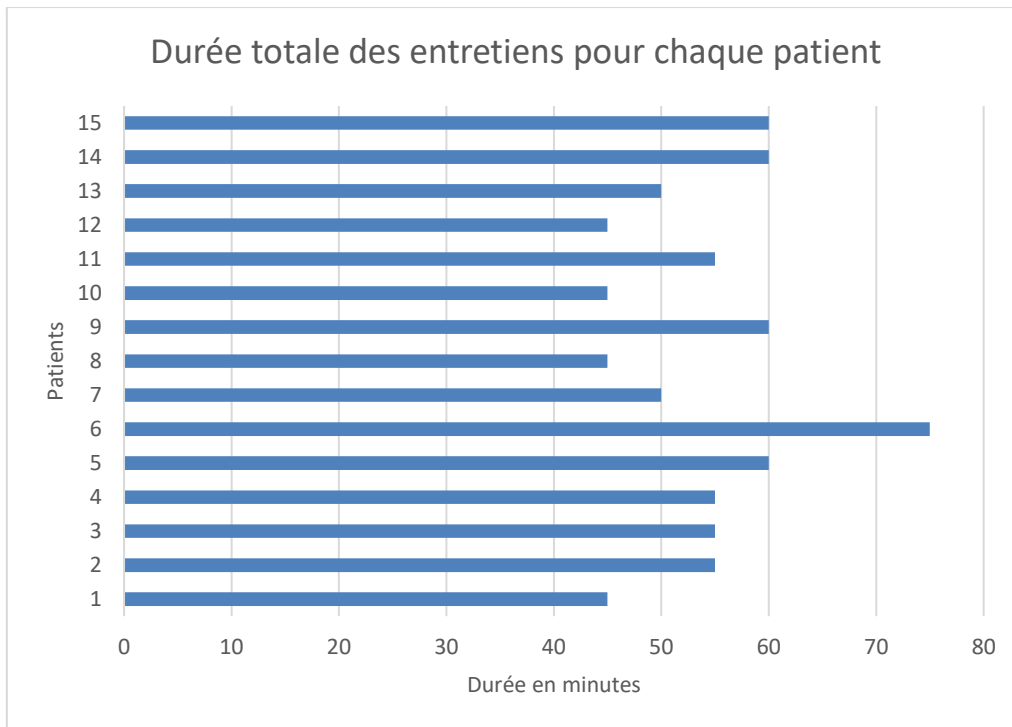


Figure 10 - Durée totale des entretiens pour chaque patient

L'intervalle préférable entre la réalisation des deux plans de prise est de 48h minimum pour tenter d'évaluer les informations que le patient aurait retenu lors des explications pharmaceutiques données, mais il a été de moins de 48h pour un patient pour lequel le retour à domicile a été organisé rapidement (nécessitant donc une rencontre pour l'exécution du second plan de prise plus rapide qu'à l'accoutumée).

La somme globale de temps utilisé pour la rencontre avec les patients dans leur chambre en service d'UMG dépasse les 17 heures (pour comparaison, l'analyse des 215 dossiers a duré plus de 18 heures au total).

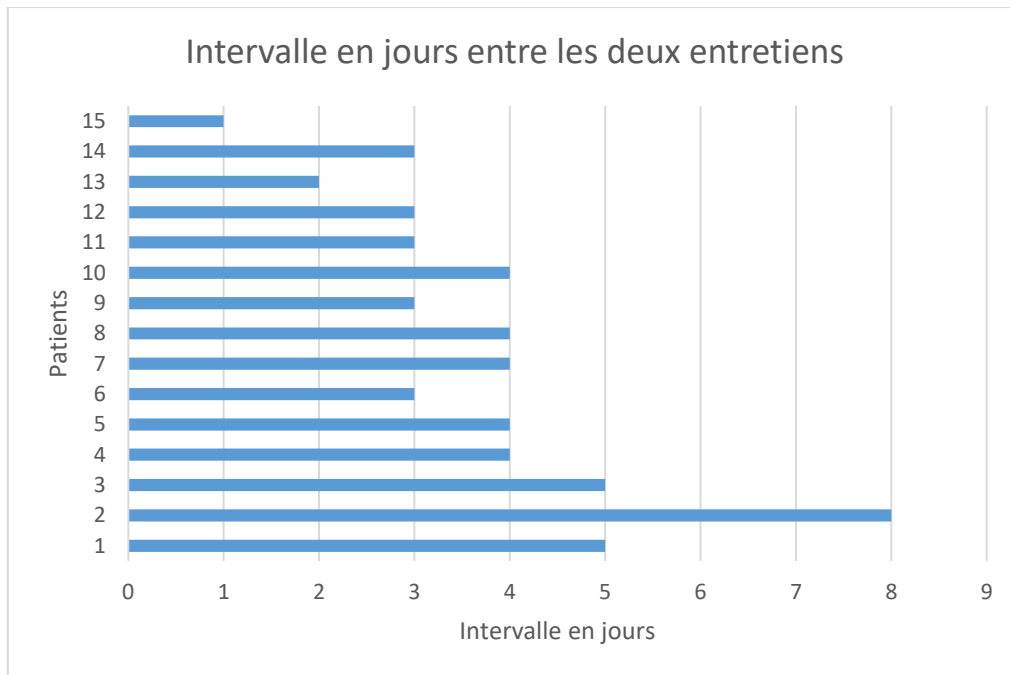


Figure 11 - Intervalle de temps entre l'exécution des plans de prise pour chaque patient

c. MMSE

Certains patients rencontrés n'ont pu terminer le questionnaire du MMSE pour diverses raisons ; mauvaise vision et absence de lunettes dans leurs effets personnels, hématomes au niveau de mains empêchant l'exécution de la partie praxie, refus de répondre aux questions d'attention-calcul, ce qui a eu pour conséquences de réduire le score maximal atteignable. Pour faciliter l'interprétation, les cotes ont ainsi été recalculées sur 30.

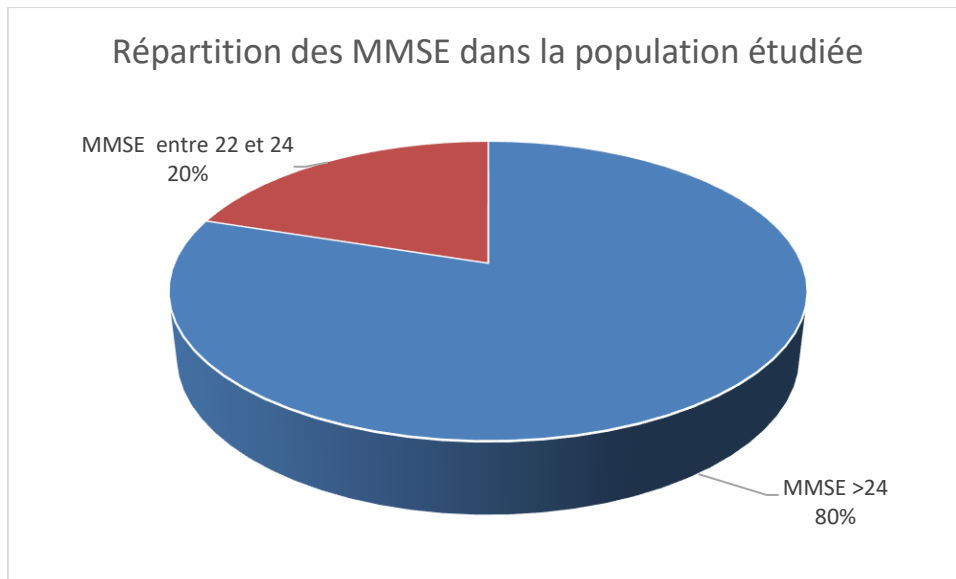


Figure 12 - MMSE des participants

2. Habitudes de vie et Observance

Lors de l'entretien, le questionnaire de Morisky a été utilisé afin d'identifier le niveau d'observance des patients. 11 patients ont obtenu un score supérieur ou égal à 6 points, ce qui traduit une bonne observance. Le reste de l'effectif se situe dans la partie « observance moyenne ». Aucun des patients interrogés n'a obtenu de score traduisant une mauvaise observance.

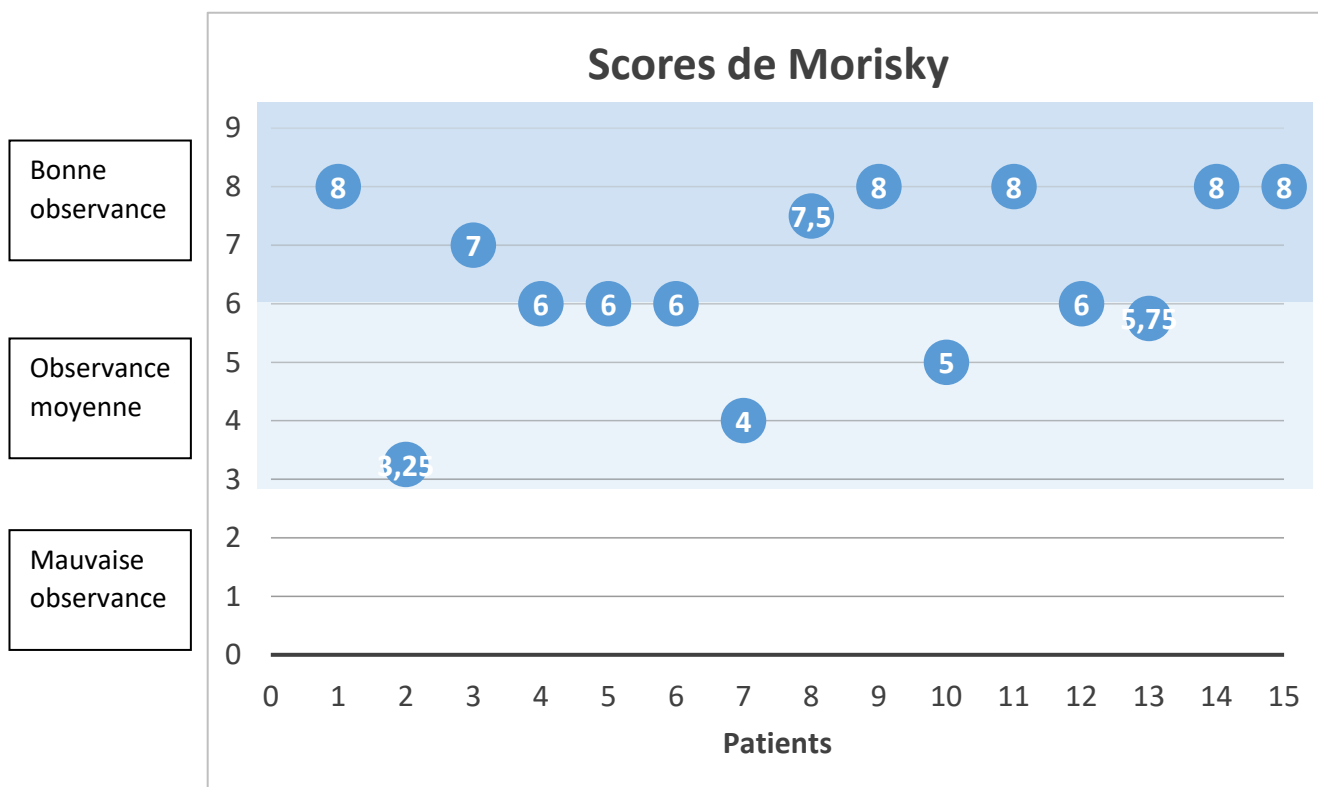


Figure 13 - Scores de Morisky observés

11 des patients utilisaient un semainier pour s'organiser dans la prise de leurs traitements alors que les autres sortaient les médicaments de leurs blisters au dernier moment.

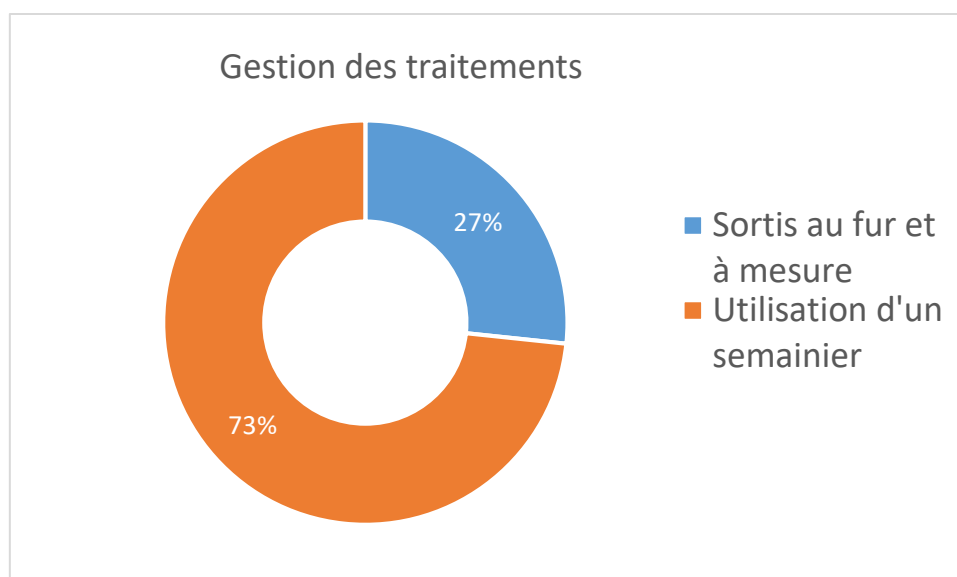


Figure 14 - Répartition de la gestion des traitements

53% de la population étudiée était aidée par un membre de l'entourage proche (mari ou femme) ou par une infirmière à domicile pour la préparation des traitements ; 47% s'occupaient de cette tâche seuls.

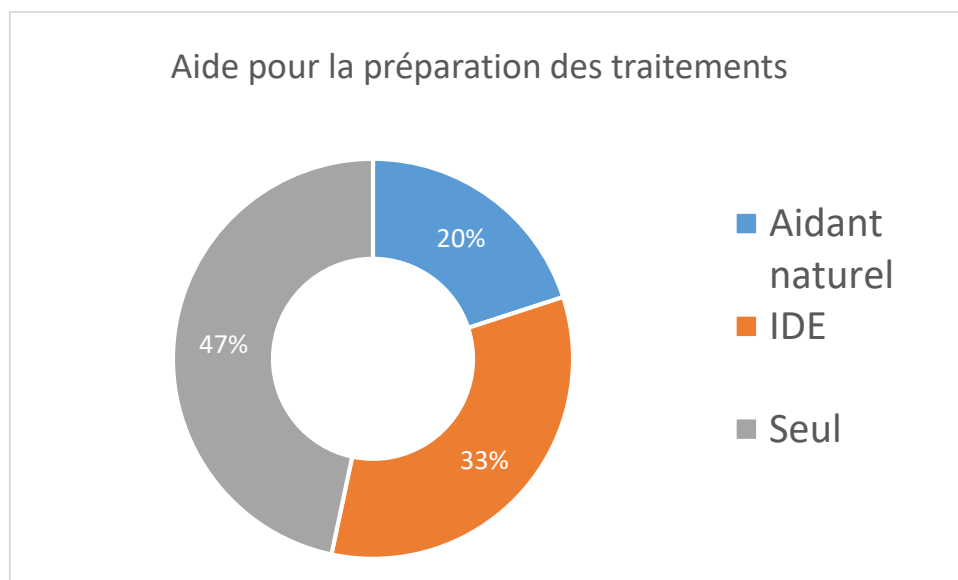


Figure 15 - Aide apporté aux patients pour la préparation des leurs traitements

3. Prescriptions

La moyenne du nombre de lignes de prescriptions par patient sur la population étudiée était de 7.5 médicaments (écart-type 2.16, minimum 4, maximum 11).

Tableau 8 - Classes ATC(83) retrouvées pour les patients étudiés

CLASSES ATC	
A	Système digestif et métabolisme
B	Sang et organes hématopoïétiques
C	Système cardiovasculaire
H	Hormones systémiques, à l'exclusion des hormones sexuelles et insulines
L	Antinéoplasiques et agents immunomodulants
M	Système musculosquelettique
N	Systèmes nerveux
R	Système respiratoire

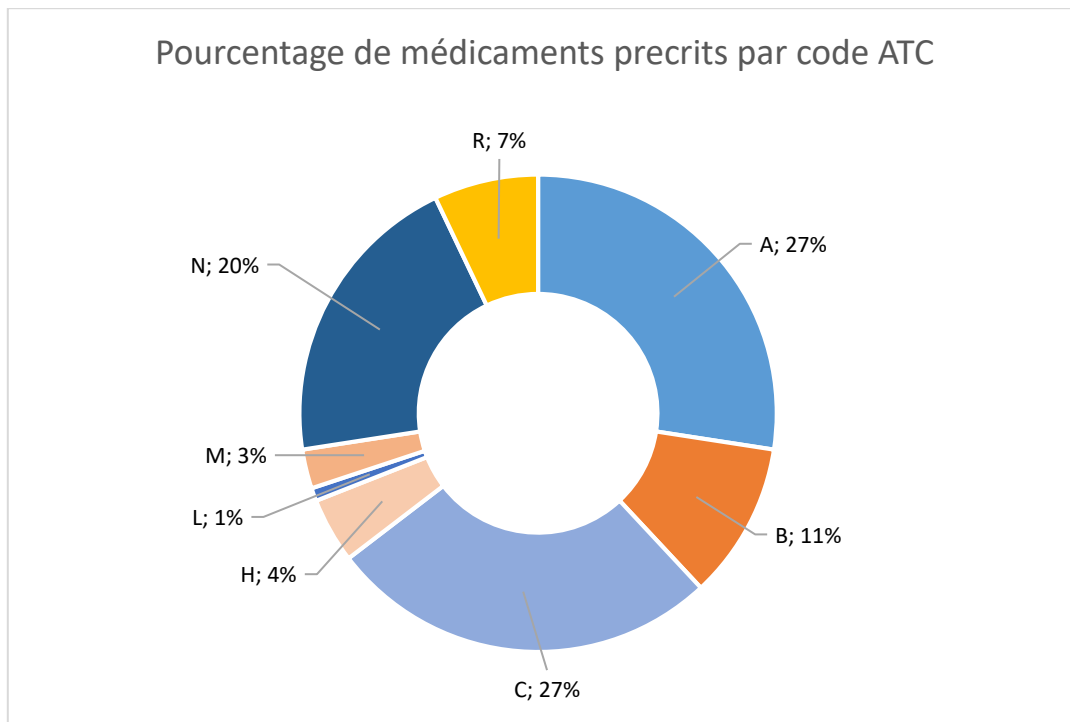


Figure 16 - Proportion des traitements prescrits en fonction de leur classe ATC

74% des traitements prescrits appartenaient aux classes Système digestif et métabolisme (27%), Système cardiovasculaire (27%) et Système nerveux (20%).

Ci-dessous, les pourcentages des classes ATC principalement prescrites dans la cohorte étudiée. Ces pourcentages sont calculés par rapport aux 113 lignes de prescriptions cumulées des 15 patients inclus.

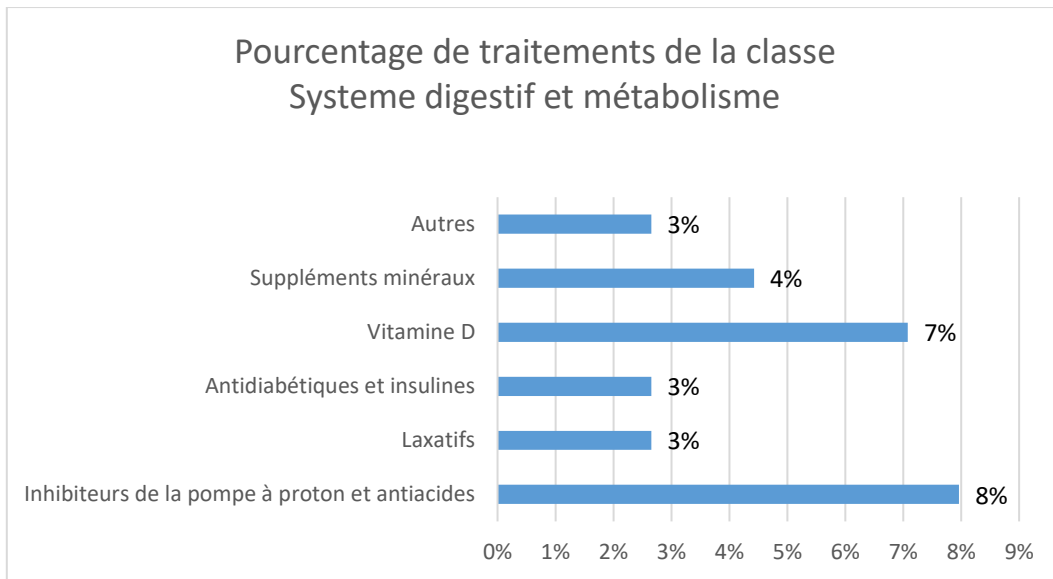


Figure 17 - Classe A Système digestif et métabolisme

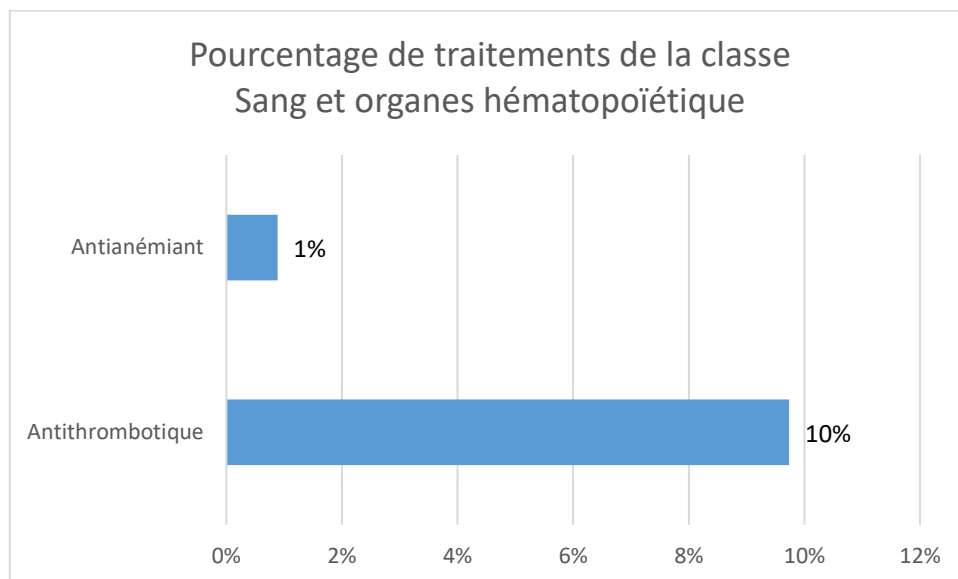


Figure 18 - Classe B Sang et organes hématopoïétiques

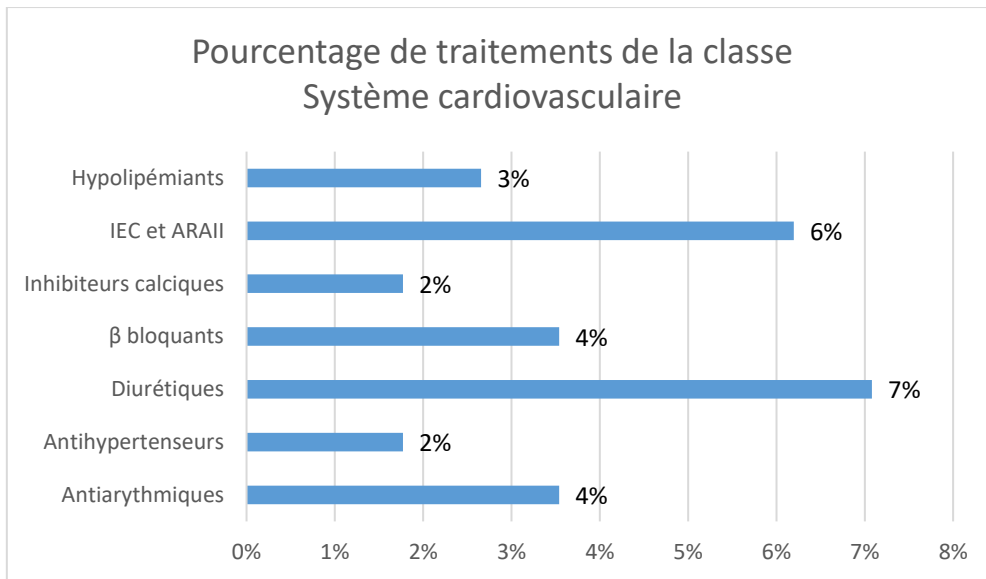


Figure 19 - Classe C Système cardiovasculaire

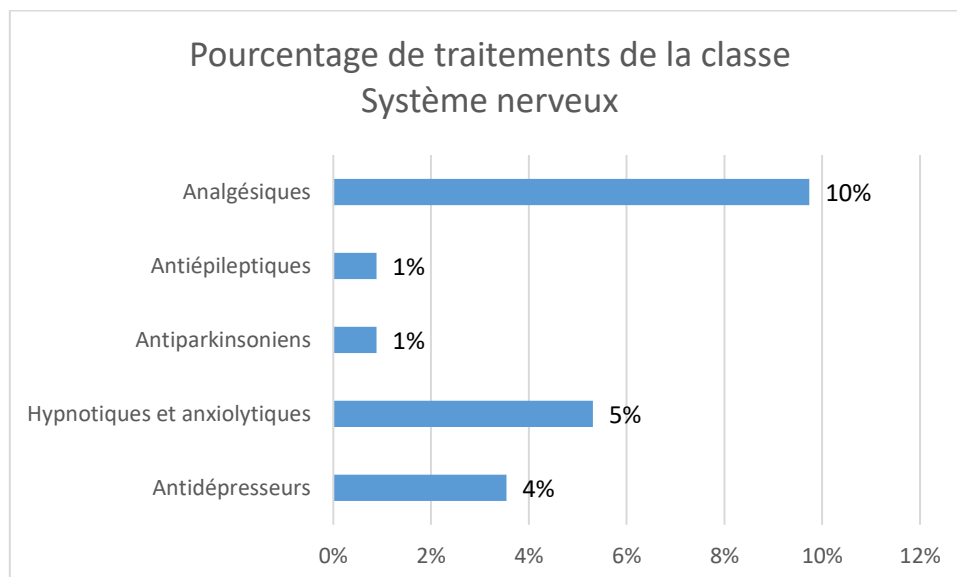


Figure 20 - Classe N Système nerveux

Les antithrombotiques, les diurétiques, les analgésiques, les inhibiteurs de la pompe à proton et antiacides et apports de vitamine D sont régulièrement retrouvés (entre 7 et 10% des lignes prescrites).

4. Ressenti et satisfaction des patients

Durant les entretiens, une des questions était de savoir si les patients avaient déjà bénéficié de conseils et explications sur leurs pathologies et sur leurs traitements : 80 % des patients disent avoir déjà eu une conversation avec leurs médecins ou pharmaciens à ce sujet. 20 % des patients estiment que ces professionnels de santé ne leurs ont jamais donné d'informations ou de conseils.

Néanmoins, la plupart des patients interrogés avaient une bonne opinion de leur état de santé ; sur une échelle de 0 à 10 (10 points traduisant une altération importante de leur état), la plupart n'atteignait pas plus de 5. Une patiente n'a pas donné de réponses à ce sujet.

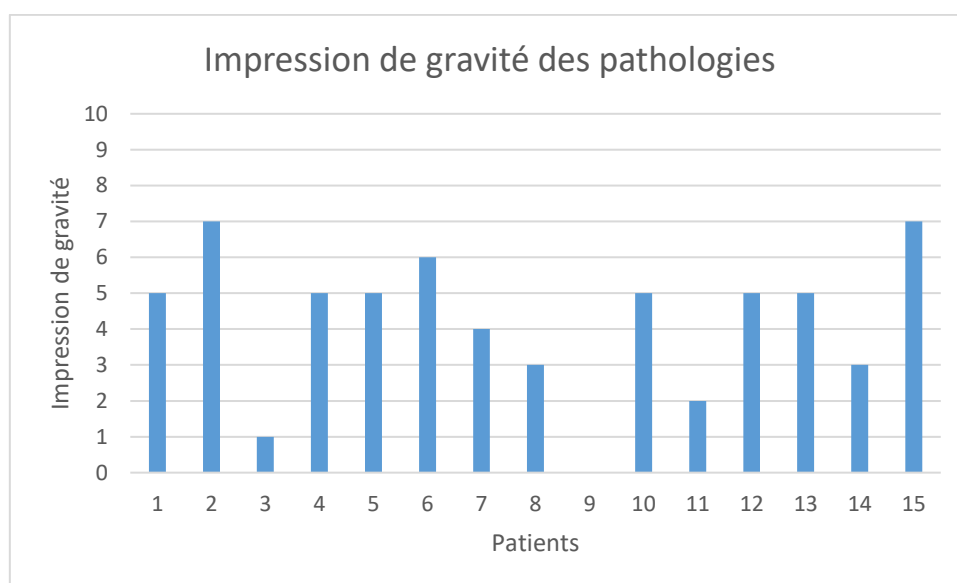


Figure 21 - Appréciation de l'état des patients

Le questionnaire d'entretien pharmaceutique se terminait par une évaluation de la satisfaction du patient. Cette dernière est un paramètre prédictif de la qualité des relations entre patients et soignants et de la participation collaborative des patients dans leur prise en charge (55). Les informations données durant les entretiens avec les patients ont permis d'obtenir des notations encourageantes avec une note moyenne de 8/10.

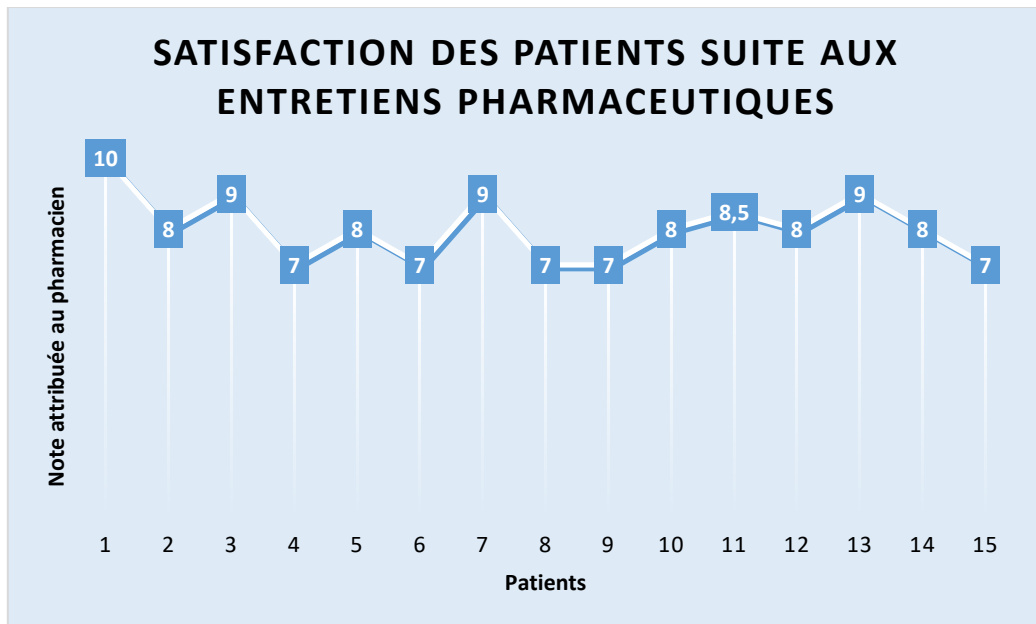


Figure 22 - Satisfaction des patients suite aux entretiens pharmaceutiques

5. Impact des entretiens pharmaceutiques

La méthode statistique employée est le test de Student pour échantillons appariés afin de comparer les scores de plans de prises avant/après entretien pharmaceutique :

L'hypothèse H_0 est : la différence moyenne entre les deux mesures de score est nulle.

La taille de l'échantillon étant de 15, la loi statistique sous H_0 du test à 14 degrés de liberté (n-1).

Vérifions si la distribution de nos valeurs suit une loi normale :

Soit H_0 l'hypothèse : la distribution suit une loi normale et appliquons le test de Shapiro-Wilk pour chacune des distributions de variables à tester.

On trouve des p-values non significatives ce qui traduit un non rejet de H_0 : on considèrera que la distribution de nos valeurs suit une loi normale.

Vérifions l'homogénéité des variances des échantillons :

Soit H_0 l'hypothèse $var a = var b$

Pour les 15 échantillons pré entretien (a) : $var a=47.71$

Pour les 15 échantillons post entretien (b) : $var b=51.6$

Soit $F_{obs}=47.26/47.07= 1.08$ à $n_{a-1} ddl= 14 ddl, n_{b-1} ddl= 14 ddl$

D'après la loi de Fisher $F_{0.95}(14,14)= 2.88$ donc $F_{obs} < F_{0.95}(14,14)$

L'hypothèse nulle n'est donc pas contredite ; on admet l'hypothèse d'égalité des variances pré et post entretien, et on peut appliquer le test de Student qui suit.

Pour les scores sur les indications uniquement $F_{obs} = 13.26/14.49 = 0.91$

Pour les scores sur les fréquences d'administrations uniquement $F_{obs} = 11.92/10.78 = 1.10$

Les tests de Student sont donc réalisables.

En appliquant le test de Student pour échantillons appariés afin de comparer les scores totaux, ou plus en détails, on obtient les résultats présentés dans le Tableau 9 - Résultats concernant les scores de plan de prise et détails

$T_{0.95} = 2.145$ (pour 14 ddl et avec $\alpha = 0.05$, test bilatéral).

Tableau 9 - Résultats concernant les scores de plan de prise et détails

Comparaison :	Scores avant entretien Moyenne (+/- écart type)	Scores après entretien Moyenne (+/- écart type)	Moyennes des différences	t apparié	Intervalle de confiance à 95 %	P-value
Scores avant/après totaux	18 (+/-6.91)	18.8 (+/-7.18)	0.8	-1.42	[-2.006 ; 0.406]	0.177
Scores avant/après concernant les indications	9.27 (+/-3.81)	9.47 (+/-3.64)	0.2	-0.61	[-0.901 ; 0.501]	0.55
Scores avant/après concernant les fréquences d'administration	7.67 (+/-3.44)	8.27 (+/-3.28)	0.6	-3.15	[-1.008 ; -0.192]	0.007

Pour ces trois tests, on peut uniquement conclure à une supériorité significative des scores post entretien concernant les connaissances des fréquences d'administration des médicaments prescrits, P-value=0.007 et IC95% [-1.008 ; -0.192], les autres résultats n'étant pas significatifs. Ce résultat est à interpréter avec précaution étant donné le faible nombre de patients dans la cohorte.

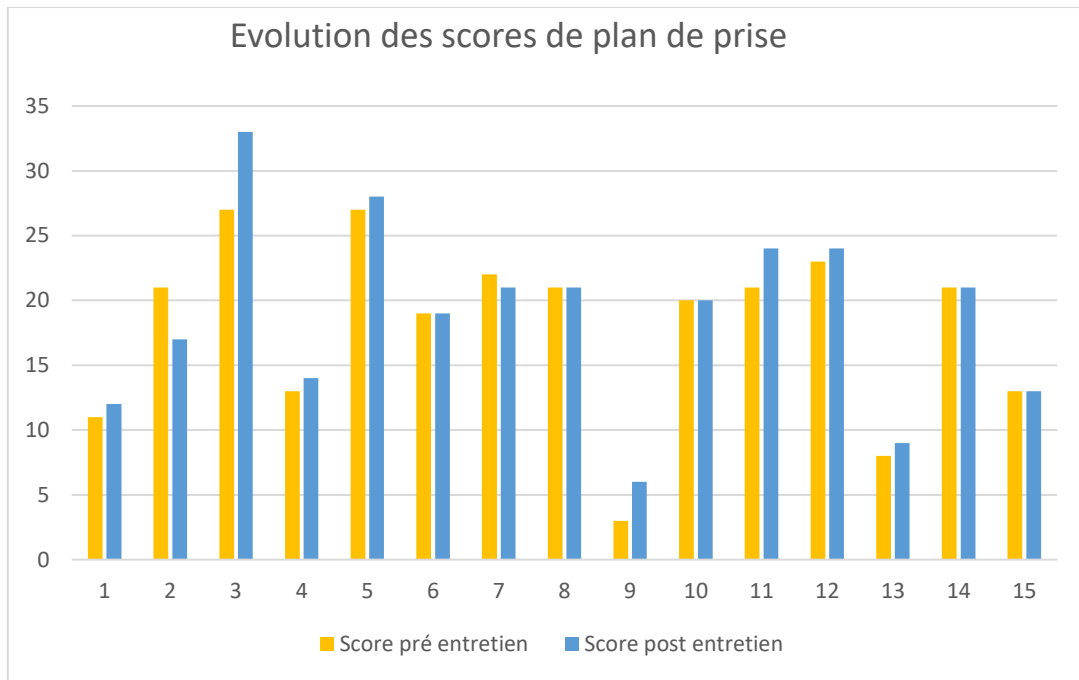


Figure 23 - Evolution des scores de plans de prise des patients pré-entretien (jaune) et post-entretien (bleu)

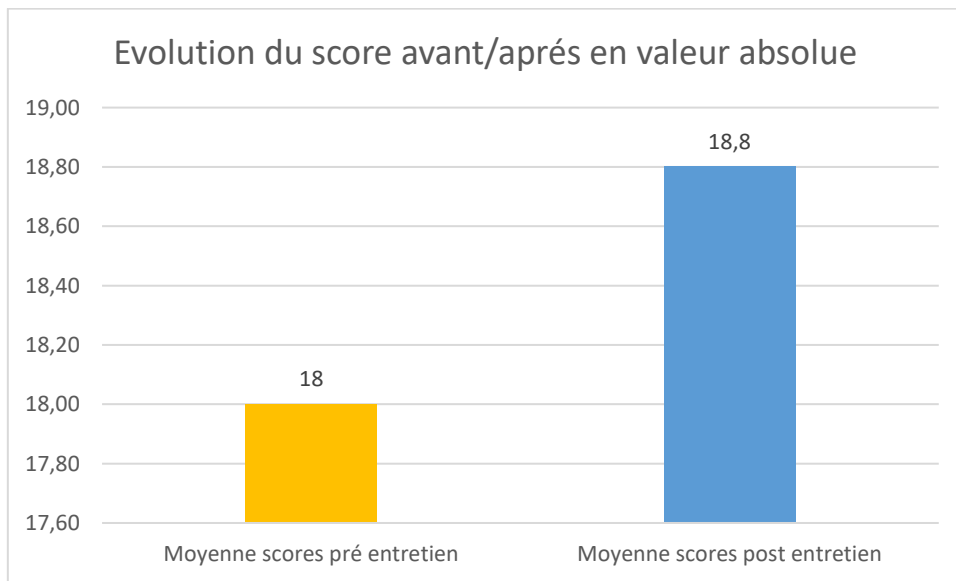


Figure 24 - Moyenne des scores de plan de prise avant entretien (jaune) et après entretien (bleu)

Les tableaux suivants présentent les résultats des tests de corrélation de Pearson :

Tableau 10 - Calcul coefficient de corrélation entre l'évolution des scores de plan de prise et le nombre de lignes de traitements

T observé	Coefficient de corrélation R observé	Intervalle de confiance à 95 %	P-value
0.252	0.0696	[-0.459 ; 0.5619]	0.805

Tableau 11 - Calcul coefficient de corrélation entre l'évolution des scores de plan de prise et l'âge des patients

T observé	Coefficient de corrélation R observé	Intervalle de confiance à 95 %	P-value
-0.970	-0.259	[-0.6814 ; 0.2912]	0.349

Tableau 12 - Calcul coefficient de corrélation entre l'évolution des scores de plan de prise et le MMSE des patients

T observé	Coefficient de corrélation R observé	Intervalle de confiance à 95 %	P-value
-0.131	-0.036	[-0.5387 ; 0.4849]	0.897

Il n'y a pas de corrélation significative entre le nombre de lignes de traitements prescrits, l'âge des patients, le MMSE des patients et l'évolution de leur score de plan de prise.

6. Discussion

1. L'inclusion des patients

Le principal problème rencontré lors du déroulement de l'étude a été la difficulté d'inclusion des patients. Celle-ci était réalisée au sein de la PUI, de façon journalière en examinant chaque dossier informatisé de patient entrant en service de gériatrie. Mais un manque d'informations intéressantes amenait à des situations où le patient à rencontrer ne pouvait être inclus finalement. Par exemple, un entretien d'entrée s'est soldé par une entrevue raccourcie après établissement du score MMSE qui traduisait des troubles cognitifs importants avec impossibilité de rappels de mots, année, lieu, saison, région méconnus ou encore l'oubli de la situation d'hospitalisation. Cette perte de temps dans la préparation des dossiers patients avant entrevue aurait probablement été évitée si une présence à temps complet dans le service

avait pu être envisagée, avec connaissance plus poussée des profils de patients entrant régulièrement en gériatrie aigüe.

D'autre part le choix d'intégrer potentiellement des patients à l'étude se faisait par rapport à la date d'entrée du patient ; le jour de la première entrevue devait être proche de la date d'hospitalisation dans le service pour permettre un délai de deux jours minimums avant de revoir le patient lors du second entretien. L'inclusion était donc incompatible avec des durées de séjour courtes.

Pour finir, le temps pharmacien dédié à cette étude n'était que partiel étant donné que le semestre utilisé pour l'étude comportait à la PUI des activités de routine incompressibles : ce contexte est habituel dans les établissements de santé, mais peut-être que la cohorte de patients étudiée aurait été plus importante, et les résultats obtenus de plus grands poids, si un pharmacien se consacrait à des consultations pharmaceutiques à temps plein de façon optimale.

2. L'intérêt de la conciliation

L'absence d'ordonnance papiers ou scannées dans les dossiers patients a représenté un frein à la préparation des visites dans le service. La conciliation pharmaceutique effectuée, au préalable des entretiens, à l'entrée du patient représente un vrai atout pour ce genre de consultations pharmaceutiques. Ce travail qui est habituellement réalisé par des externes en pharmacie dans le service de gériatrie faisait défaut sur le dernier mois d'inclusion puisqu'aucun externe n'était affilié au service ce qui s'est fait ressentir durant cette étude.

3. La durée des entretiens

La présentation, l'explication de l'étude au patient et la lecture par le patient de la lettre d'information duraient environ dix minutes. L'exécution du MMSE prends approximativement un dizaine minutes également. La phase de remplissage du premier plan de prise accompagnée de l'éducation pour chaque ligne de traitement ainsi que le questionnaire concernant le patient et ses habitudes durait trente minutes à une heure. La réalisation du deuxième plan de prise à distance durait quant à lui moins de trente minutes en moyenne. Ces chiffres sont comparables

à l'étude de Lee qui prévoyait une intervention de type éducation personnalisée auprès du patient (46).

Le contact avec le patient respectait toujours le schéma : présentation de l'étude, mise en confiance, questions permettant le remplissage du plan de prise d'entrée, explication des points faibles tout en encourageant le patient, et questionnaire sur les habitudes de vie du patient. Et au deuxième contact : un bref rappel de l'étude, réalisation du second plan de prise avec retour sur les points restants flous pour le patient et questionnaire de satisfaction final. Il est vrai que ce choix d'entretien pharmaceutique individuel est une forme d'éducation thérapeutique chronophage mais qui a l'avantage d'être personnalisée et qui se veut d'informer le patient de façon complète sur l'ensemble des traitements qu'il a l'habitude de prendre. Une focalisation sur un type de traitement (exemple AVK, antiasthmatiques etc...) est plus restreinte mais a l'avantage d'être plus concise dans le temps.

4. Critère d'évaluation principal

Depuis les années 70, peu d'études ont démontré un impact sur des actions visant à améliorer l'observance des patients malgré l'engouement sur le sujet (30).

Il faut garder en tête le faible nombre de participants (15 patients) ce qui rend l'interprétation des résultats statistiques difficilement interprétable, l'extrapolation des résultats à une grande population n'est pas envisageable. Mais on peut remarquer une tendance : une légère augmentation de la moyenne des scores de plan de prise après entretien pharmaceutique.

De plus, la grille de score remplie lors de l'établissement d'un plan de prise a été conçue pour l'étude et n'est pas reconnue dans la littérature. L'interprétation qui découle de l'évolution du score avant/après entretien pharmaceutique est donc à tempérer ; le score étant sensé traduire une connaissance du patient pour ses traitements et l'augmentation de ce score, une acquisition de connaissances. Des explications sur les modes d'actions, les effets indésirables, l'automédication, et l'importance d'être observant ont été données et ce en s'adaptant à chaque prescription de patient ; il est donc difficile d'évaluer l'impact général des entretiens effectués sur la seule base d'un score de connaissance restrictif. L'impact des entretiens où interviennent

les pharmaciens est difficile à évaluer ; dans la littérature, les auteurs utilisent des questionnaires adaptés aux pathologies ou aux traitements étudiés.

Tableau 13 - Exemples d'indicateurs utilisés pour mesurer l'impact de programmes d'éducation thérapeutique

Pathologie ou traitements concernés	Nombre de patients	Indicateurs étudiés
VIIH(84)	33 patients sur 1 an	-charge virale -taux de LCD4 -questionnaire de connaissances (type oui/non) -enquête de satisfaction
Maladies cardiovasculaires(85)	786 patients sur 2 ans	-paramètres biocliniques -enquête de satisfaction -questionnaire de connaissance (type oui/non) -confiance sur les connaissances (en %) -changement de comportements à 6 mois
Anticoagulants oraux(86)	59 patients (29 cas et 30 témoins)	-questionnaires de connaissances (type oui/non,QCM,et questions ouvertes) -questionnaires sur les comportements d'anticipation du risque et l'observance
Asthme(87)	164 patients sur 2 ans	-auto questionnaire sur les connaissances (type QCM) -auto questionnaire sur l'utilisation des inhalateurs

Il faut aussi rappeler que, bien qu'elle soit exécutée par une seule et même personne, l'attribution des points pour le score de plan de prise est faite selon l'appréciation du personnel. Pour limiter ce biais que l'on pourrait qualifier de biais reproductibilité, il aurait été préférable que plusieurs personnes établissent chacun un score pour chaque plan de prise de chaque patient. C'est-à-dire plusieurs soignants matérialisant les explications d'un patient au même moment afin d'obtenir des moyennes de score. Mais cette méthode mobilisant plusieurs personnels soignants est difficile à mettre en œuvre.

De même, il serait intéressant d'étendre ce type d'étude à plusieurs services donc différents profils de patients en termes d'âge, de type de traitement, d'observance, voire même l'étendre à plusieurs établissements de santé pour obtenir une étude multicentrique.

Il existe un biais concernant les informations que les patients ont retenues sachant qu'ils savaient que je devais les rencontrer à nouveau pour faire le point sur ce qui avait été acquis suite aux entretiens pharmaceutiques. Cette information a certainement induit une demande de concentration de leur part qui a pu influencer leurs réponses lors du second plan de prise.

5. Critères d'évaluation secondaires

L'échelle de statut mental MMSE permet d'évaluer l'atteinte cognitive des patients de façon rapide mais présente des limites ; notamment le fait que le score global peut varier selon l'âge, le sexe, et le niveau de scolarité (88).

Tableau 14 - Normalisation de l'échelle MMSE chez les Québécois francophones âgés de 65 ans et plus et résidant dans la communauté (88,89)

Niveau de scolarité	Classe d'âge							
	65-69 ans		70-74 ans		75-79 ans		>80 ans	
	Femme	Homme	Femme	Homme	Femme	Homme	Femme	Homme
Aucune/primaire	24	25	24	23	24	22	23	24
Secondaire	26	26	26	25	26	25	25	25
Post secondaire	27	27	27	25	27	26	25	26
Total	26	26	26	25	26	25	24	25

Le score final du MMSE est considéré comme « normal » au-dessus de 24 sur 30 points (voire une cote de 22 points si le niveau de scolarité équivaut au primaire, cf. Tableau 14 - Normalisation de l'échelle MMSE chez les Québécois francophones âgés de 65 ans et plus et résidant dans la communauté (88,89) ci-dessus) mais à l'inverse des patients n'étant ni déments ni confus peuvent obtenir un score inférieur à ce seuil car ce test prend en compte les dimensions culturelles et les affections somatiques ou psychiatriques du patient questionné (90). Pour des scores se rapprochant de 24/30, la compréhension et l'intégration des explications autour des traitements deviennent difficile à quantifier.

En pratique j'ai été confronté à quelques patients refusant de répondre à certaines questions du MMSE ; principalement aux parties calculs et praxies constructives, ce qui est assez commun lorsqu'on discute avec les médecins ayant pour habitude d'établir ce type de test cognitif. Pour ces entretiens, l'impression du patient était de subir un interrogatoire qu'il souhaitait terminer au plus vite, mais l'agacement laissait vite place aux dialogues dès lors que l'entretien reprenait un angle pharmaceutique.

Pour certains patients, le score final du MMSE était donc amoindri et approximatif mais ne représentait pas objectivement un trouble cognitif.

Le MMSE est un bon outil permettant de détecter des troubles cognitifs mais il a souvent été un inconvénient pour cette étude, donnant l'impression de « perte de temps », d'interrogatoire trop protocolaire jusqu'à l'agacement voire le refus de terminer le questionnaire pour certains patients.

6. Satisfaction des patients et de l'équipe soignante

Il a été pertinent de présenter rapidement mais officiellement le cadre de mon étude auprès des médecins et internes du service de gériatrie aigüe avant de la débiter. Néanmoins, ne faisant pas partie du service et malgré la bienveillance de l'ensemble de l'équipe, j'ai parfois eu l'appréhension de déranger le fonctionnement du service de gériatrie ; je me suis heurtée à des interruptions d'entretiens pharmaceutiques pour des rendez-vous d'exams (ex scanner etc...) ou au contraire les infirmières de gériatrie décalaient aimablement leur horaire de réfection de pansement lors de mes passages en service. Il a fallu tenter de concilier les rythmes de routine de la PUI et du service. Une organisation aurait certainement été plus simple si le pharmacien avait été présent à temps plein en service.

J'ai eu un retour positif des médecins du service quant à l'objet de l'étude. Les conséquences de mes passages dans le service m'ont données le sentiment d'être un interlocuteur privilégié en tant qu'« interface » service / pharmacie. Les infirmières avaient tendance à me solliciter pour des problématiques d'approvisionnement de produits ou des demandes relatives aux prescriptions dans le service en mentionnant notamment qu'il était « pratique d'avoir un pharmacien dans le service ».

Du point de vue des patients, les entretiens ont été favorablement accueillis, tous m'ont remercié d'avoir discuté de leurs traitements et de leur ressenti. Leur satisfaction, confirmée par la note qu'ils attribuaient aux entretiens lors de ma dernière entrevue, m'a encouragée malgré les difficultés à réaliser l'étude.

7. Limites, biais et points positifs

La méthode d'évaluation de l'impact des entretiens :

Les principales limites de cette étude sont l'absence de groupe témoin avec randomisation pour permettre une comparaison cas /témoin, et le nombre très restreint de participant à l'étude rendant les interprétations statistiques difficiles, bien que des tendances puissent se dégager.

Une autre forme de sélection de patients :

L'absence d'entraîn de certains patients a ralenti l'inclusion dans l'étude : si un projet d'entretiens pharmaceutiques devait perdurer. Le souhait du patient est un puissant moteur d'une communication réussie sur sa pathologie et ses traitements : ainsi j'ai tenté une entrevue avec un patient qui trop épuisé par ses troubles digestifs ne voulait pas répondre mais qui a accepté de me revoir le lendemain. Mettre en place des entretiens pharmaceutiques devrait donc commencer par le tri des patients réceptifs en premier lieu. On pourrait même imaginer que les médecins fassent appel aux pharmaciens ou internes pour effectuer des entretiens pharmaceutiques **à la demande** de la même manière qu'ils sollicitent le passage d'un kinésithérapeute ou d'un diététicien dans leurs services.

L'intérêt de ce type de consultations personnalisées réside aussi dans le fait de pouvoir toucher plus de patients au total que durant les séances d'éducation thérapeutique en groupe.

On peut discuter le choix du moment des entretiens dans le séjour hospitalier ; la place de consultations pharmaceutiques est difficile à trouver durant des hospitalisations courtes. Ces entretiens pourraient peut-être se dérouler à distance des hospitalisations, de façon programmée par un médecin, par une infirmière clinicienne voire par un pharmacien d'officine durant la dispensation du traitement de sortie en ville.

Des noms de médicaments difficiles à retenir :

Le score établi lors des plans de prise peut être biaisé par le fait que certains patients méconnaissaient la DCI ou nom de marque des traitements mais au contraire s'attachaient plus à la forme galénique comme par exemple le Kardégic qui était méconnu pour un patient alors que lorsque nous avons évoqué des sachets verts, il a tout de suite nommé l'indication de la spécialité. Une patiente a su expliquer que « le petit comprimé jaune orangé » qu'elle prenait était un traitement qui « diminuait l'acidité de son estomac », nommant implicitement l'Eupantol. Il pourrait être pertinent de posséder une base de données photographiques de certains médicaments afin de proposer une iconographie aux patients durant les entretiens.

De même, il m'est apparu que certains patients pouvaient prioriser certains médicaments comme cela a été le cas pour Mme T. qui connaissait parfaitement la posologie de son Previscan et avait totalement conscience de l'importance qu'il y avait à le prendre régulièrement mais qui semblait moins à l'aise avec ses Bétabloquants.

L'impression de jugement :

A plusieurs reprises, les patients m'ont assimilé à un médecin et ont eu l'impression d'un interrogatoire lors du questionnaire du MMSE. Cet effet blouse aurait pu être diminué si les entretiens s'étaient déroulés en tenue civile pour estomper cette idée d'interrogatoire.

Une cohorte de faible poids :

Malgré les tendances d'évolution des scores de plan de prises laissant penser que les entretiens effectués ont été bénéfiques dans cette étude, le nombre de patients très réduit est insuffisant pour admettre une telle conclusion. Une cohorte de patients plus importante aurait été souhaitable, ce qui implique une durée d'étude plus longue. L'étude s'est déroulée durant le semestre couvrant les congés d'été ce qui s'est avéré être un frein au recrutement des patients, l'activité du service de gériatrie étant plus ralentie à cette époque et les activités de routine à la PUI devant tout de même être accomplies malgré le sous-effectif estival.

Le choix de la gériatrie :

Comme décrit plus haut, le choix d'étudier des patients au sein du service de gériatrie a été la convergence de plusieurs arguments ; le vieillissement de la population, la recherche de diminution du nombre de ré-hospitalisations, le nombre de lignes de prescriptions emplissant avec l'âge, la recherche de rendu d'autonomie, et un intérêt personnel pour le travail avec ce profil de patients. Il est vrai que ce type d'étude est plus compliqué sur cette population tendant aux déficiences cognitives et aux dépendances plutôt que sur une population plus jeune et dynamique. Mais le revers aurait été de se confronter à moins de traitements prescrits donc certainement moins d'intérêt pour des entretiens pharmaceutiques abordant l'observance.

L'impact à long terme :

Une évaluation de l'impact des conseils laissés en entretien sur le long terme aurait été intéressante : un travail de thèse ciblé spécifiquement sur les anticoagulants oraux a démontré une augmentation significative du score de connaissance des patients après entretien pharmaceutique tout comme à distance de l'hospitalisation (avec une légère diminution du score après un mois)(91). L'impact de l'intervention d'un entretien pharmaceutique durant une hospitalisation est complexe à mesurer et difficilement approchée par le biais de scores de « connaissances » établis au cas par cas selon les études. Mais ces scores permettent d'estimer une tendance, les consultations pharmaceutiques semblent être efficaces même sur le long terme (mais à moindre mesure). Il y aurait donc un intérêt dans une prise en charge continue avec rappels au domicile plus ou moins réguliers pour certains patients.

V. Conclusion

Au vu des impacts positifs que peuvent avoir des entretiens pharmaceutiques centrés sur l'éducation du patient comme décrit dans la première partie de ce mémoire, la légitimité de cette étude semblait fondée. L'évolution des scores de plan de prise dans cette étude est non significative mais laisse penser que des entretiens pharmaceutiques durant les hospitalisations peuvent apporter un bénéfice sur les connaissances des patients pour leurs traitements, posologies, indications ... mais ces résultats sont à modérer du fait de nombre restreint d'observations. Les tendances sont positives et laissent entendre à une place justifiée des pharmaciens dans les services pour réaliser des consultations pharmaceutiques personnalisées.

L'utilité économique de l'éducation du patient a été démontrée tant pour l'institution que pour le système de soins, et c'est ce qui a été l'élément moteur pour encourager sa poursuite et son extension (55). Pour citer S. Legrain : « [les] personnes très âgées polypathologiques sont capables d'être des "partenaires actifs", pourvu qu'elles soient informées, éduquées et finalement impliquées »(92). C'est pourquoi des projets tels que décrits dans cette étude sont à développer.

Cette étude a fait ressortir l'importance d'une collaboration multidisciplinaire entre médecins, infirmiers et pharmaciens. L'engouement des patients pour cette forme d'éducation

thérapeutique encourage à penser que cette étude peut être améliorée et étendue à d'autres services de MCO.

En 2015, Deccache soulevait la question de la place de l'éducation thérapeutique dans l'arsenal thérapeutique ; gadget ou panacée ? (25). Etant convaincue qu'il ne s'agit pas d'un gadget, il ne faudrait pas pour autant y voir là une panacée mais plutôt un levier dans l'amélioration de l'observance des patients qui demeure une des missions des soignants (30). Deccache met en exergue l'intérêt de reconnaissance professionnelle, politique ou financière dans « l'acte éducatif » et c'est en tentant de développer des projets d'éducation thérapeutique que les entretiens pharmaceutiques auront toute leur place dans les établissements hospitaliers.

Références bibliographiques

1. Décret n° 2017-584 du 20 avril 2017 fixant les modalités d'application du contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins | Legifrance [Internet]. [cité 3 juill 2018]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2017/4/20/AFSS1703616D/jo/texte>
2. L'importance du temps dans la relation patients-soignants [Internet]. Odoxa. [cité 15 août 2018]. Disponible sur: <http://www.odoxa.fr/sondage/carnet-de-sante-francais-personnels-hospitaliers-2/>
3. Projections d'activité hospitalière à l'horizon 2030 - Ministère des Solidarités et de la Santé [Internet]. [cité 11 nov 2018]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/les-dossiers-de-la-drees/article/projections-d-activite-hospitaliere-a-l-horizon-2030>
4. WHO | The Ottawa Charter for Health Promotion [Internet]. WHO. [cité 3 juill 2018]. Disponible sur: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>
5. WHO | ADHERENCE TO LONG-TERM THERAPIES: EVIDENCE FOR ACTION [Internet]. WHO. [cité 6 févr 2019]. Disponible sur: http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_report/en/
6. Lamy O, Aubry-Rozier B. Adhésion thérapeutique et maladies chroniques : l'exemple de l'ostéoporose [Internet]. Rev Med Suisse 2011; 7 : 1316-9. 2011 [cité 19 août 2018]. Disponible sur: <https://www.revmed.ch/RMS/2011/RMS-299/Adhesion-therapeutique-et-maladies-chroniques-l-exemple-de-l-osteoporose>
7. Hippocrate : DE LA BIENSEANCE (bilingue) [Internet]. [cité 29 oct 2018]. Disponible sur: <http://remacle.org/bloodwolf/erudits/Hippocrate/bienseance.htm>
8. Haynes RB, Sackett DL. Compliance in Health Care. Johns Hopkins University Press; 1979. 544 p.
9. Deccache A, Didier A, Mayran P, Jeziorski A, Raherison C. [Asthma: Adapting the therapeutic follow-up according to the medical and psychosocial profiles]. Rev Mal Respir. mars 2018;35(3):313-23.
10. Deccache A, Didier A, Mayran P, Jeziorski A, Raherison C. Adapter l'accompagnement thérapeutique de l'asthme en fonction des profils médico-psycho-sociaux. Enseignements de l'enquête REALISE™ chez des patients asthmatiques adultes et repères éducationnels pour la pratique. Rev Mal Respir. 1 mars 2018;35(3):313-23.
11. Wahl C, Grégoire J-P, Teo K, Beaulieu M, Labelle S, Leduc B, et al. Concordance, Compliance and Adherence in Healthcare: Closing Gaps and Improving Outcomes. Vol. 8. 2005. 65 p.
12. Améliorer l'observance, traiter mieux et moins cher : étude IMS Health CRIP [Internet]. CRIP. 2014 [cité 29 juill 2018]. Disponible sur: <http://lecrip.org/2014/11/12/ameliorer-l-observance-traiter-mieux-et-moins-cher-etude-ims-health-crip/>
13. Cramer JA, Roy A, Burrell A, Fairchild CJ, Fuldeore MJ, Ollendorf DA, et al. Medication Compliance and Persistence: Terminology and Definitions. Value Health. janv 2008;11(1):44-7.

14. Lamouroux A, Magnan A, Vervloet D. Compliance, observance ou adhésion thérapeutique : de quoi parlons-nous ? *Rev Mal Respir - REV MAL RESPIR*. 1 févr 2005;22:31-4.
15. Mazzaglia G, Ambrosioni E, Alacqua M, Filippi A, Sessa E, Immordino V, et al. Adherence to antihypertensive medications and cardiovascular morbidity among newly diagnosed hypertensive patients. *Circulation*. 20 oct 2009;120(16):1598-605.
16. L'observance - Actions Traitements, association de patients VIH et co-infections [Internet]. [cité 3 févr 2019]. Disponible sur: <https://www.actions-traitements.org/info-traitements/observance/>
17. Baudrant-Boga M. Penser autrement le comportement d'adhésion du patient au traitement médicamenteux : modélisation d'une intervention éducative ciblant le patient et ses médicaments dans le but de développer des compétences mobilisables au quotidien : application aux patients diabétiques de type 2 [Internet] [thesis]. Université Joseph Fourier (Grenoble); 2009 [cité 25 nov 2018]. Disponible sur: <http://www.theses.fr/2009GRE10156>
18. Kulkarni SP, Alexander KP, Lytle B, Heiss G, Peterson ED. Long-term adherence with cardiovascular drug regimens. *Am Heart J*. janv 2006;151(1):185-91.
19. Odegard PS, Capoccia K. Medication taking and diabetes: a systematic review of the literature. *Diabetes Educ*. déc 2007;33(6):1014-29; discussion 1030-1031.
20. Tahri N. Observance thérapeutique et maladies inflammatoires chroniques de l'intestin. *Datarevues0755498200369-C21236* [Internet]. 31 mars 2008 [cité 17 nov 2018]; Disponible sur: <http://www.em-consulte.com/en/article/134298>
21. Robinson A. Review article: improving adherence to medication in patients with inflammatory bowel disease. *Aliment Pharmacol Ther*. mars 2008;27 Suppl 1:9-14.
22. Charpentier A, Goudemand M, Thomas P. L'alliance thérapeutique, un enjeu dans la schizophrénie. /data/revues/00137006/v35i1/S0013700608000493/ [Internet]. 27 févr 2009 [cité 18 nov 2018]; Disponible sur: <http://www.em-consulte.com/en/article/202145>
23. Joshi AV, Madhavan SS, Ambegaonkar A, Smith M, Scott VG, Dedhia H. Association of medication adherence with workplace productivity and health-related quality of life in patients with asthma. *J Asthma Off J Assoc Care Asthma*. sept 2006;43(7):521-6.
24. Marceau C, Lemièrre C, Berbiche D, Perreault S, Blais L. Persistence, adherence, and effectiveness of combination therapy among adult patients with asthma. *J Allergy Clin Immunol*. sept 2006;118(3):574-81.
25. Rédaction L. L'éducation thérapeutique du patient, gadget ou panacée ? [Internet]. *Diabète et Obésité*. 2015 [cité 18 nov 2018]. Disponible sur: <https://diabeteetobesite.fr/leducation-therapeutique-du-patient-gadget-ou-panacee/>
26. Friocourt P. Adhésion et persistance médicamenteuse dans le traitement de l'hypertension artérielle. *Ann Gériatrie*. 1 févr 2011;4(1):7-14.
27. Hess LM, Raebel MA, Conner DA, Malone DC. Measurement of adherence in pharmacy administrative databases: a proposal for standard definitions and preferred measures. *Ann Pharmacother*. août 2006;40(7-8):1280-8.

28. De Bleser L, Vincke B, Dobbels F, Happ MB, Maes B, Vanhaecke J, et al. A New Electronic Monitoring Device to Measure Medication Adherence: Usability of the Helping Hand™. *Sensors*. 1 mars 2010;10(3):1535-52.
29. Girerd X, Hanon O, Anagnostopoulos K, Ciupek C, Mourad JJ, Consoli S. [Assessment of antihypertensive compliance using a self-administered questionnaire: development and use in a hypertension clinic]. *Presse Medicale Paris Fr* 1983. 16 juin 2001;30(21):1044-8.
30. Hilleret M-N, Zarski J-P. Peut-on favoriser et évaluer l'observance thérapeutique ? *Hépatogastro Oncol Dig*. 1 sept 2009;16(2):46-53.
31. Morisky DE, Green LW, Levine DM. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. *Med Care*. janv 1986;24(1):67-74.
32. Osterberg L, Blaschke T. Adherence to medication. *N Engl J Med*. 4 août 2005;353(5):487-97.
33. Benoit M, Pon J, Zimmermann MA. Comment évaluer la qualité de l'observance ? /data/revues/00137006/v35sS3/S0013700609755423/ [Internet]. 4 mars 2009 [cité 25 nov 2018]; Disponible sur: <http://www.em-consulte.com/en/article/202637>
34. Smith JR, Mildenhall S, Noble M, Mugford M, Shepstone L, Harrison BDW. Clinician-assessed poor compliance identifies adults with severe asthma who are at risk of adverse outcomes. *J Asthma Off J Assoc Care Asthma*. août 2005;42(6):437-45.
35. Howell G. Nonadherence to medical therapy in asthma: risk factors, barriers, and strategies for improving. *J Asthma Off J Assoc Care Asthma*. nov 2008;45(9):723-9.
36. Kessler RC, Greenberg PE, Mickelson KD, Meneades LM, Wang PS. The effects of chronic medical conditions on work loss and work cutback. *J Occup Environ Med*. mars 2001;43(3):218-25.
37. Greenberg PE, Stiglin LE, Finkelstein SN, Berndt ER. The economic burden of depression in 1990. *J Clin Psychiatry*. nov 1993;54(11):405-18.
38. Greenberg PE, Fournier A-A, Sisitsky T, Pike CT, Kessler RC. The economic burden of adults with major depressive disorder in the United States (2005 and 2010). *J Clin Psychiatry*. févr 2015;76(2):155-62.
39. Cherry SB, Benner JS, Hussein MA, Tang SSK, Nichol MB. The Clinical and Economic Burden of Nonadherence with Antihypertensive and Lipid-Lowering Therapy in Hypertensive Patients. *Value Health*. juin 2009;12(4):489-97.
40. Breitscheidel L, Stamenitis S, Dippel F-W, Schöffski O. Economic impact of compliance to treatment with antidiabetes medication in type 2 diabetes mellitus: a review paper. *J Med Econ*. mars 2010;13(1):8-15.
41. Cutler RL, Fernandez-Llimos F, Frommer M, Benrimoj C, Garcia-Cardenas V. Economic impact of medication non-adherence by disease groups: a systematic review. *BMJ Open*. 21 2018;8(1):e016982.
42. Bramley TJ, Gerbino PP, Nightengale BS, Frech-Tamas F. Relationship of blood pressure control to adherence with antihypertensive monotherapy in 13 managed care organizations. *J Manag Care Pharm JMCP*. avr 2006;12(3):239-45.

43. Simpson SH, Eurich DT, Majumdar SR, Padwal RS, Tsuyuki RT, Varney J, et al. A meta-analysis of the association between adherence to drug therapy and mortality. *BMJ*. 29 juin 2006;333(7557):15.
44. Ordonnance n° 2016-1729 du 15 décembre 2016 relative aux pharmacies à usage intérieur.
45. Rossini M, Bianchi G, Di Munno O, Giannini S, Minisola S, Sinigaglia L, et al. Determinants of adherence to osteoporosis treatment in clinical practice. *Osteoporos Int*. 11 mai 2006;17(6):914-21.
46. Lee JK, Grace KA, Taylor AJ. Effect of a pharmacy care program on medication adherence and persistence, blood pressure, and low-density lipoprotein cholesterol: a randomized controlled trial. *JAMA*. 6 déc 2006;296(21):2563-71.
47. Tourette-Turgis C. La consultation d'aide à l'observance des traitements de l'infection à VIH: l'approche MOTHIV : accompagnement et éducation thérapeutique. Paris (99 Av. du Général-Leclerc, 75014): Comment dire; 2007.
48. Stern L, Berman J, Lumry W, Katz L, Wang L, Rosenblatt L, et al. Medication compliance and disease exacerbation in patients with asthma: a retrospective study of managed care data. *Ann Allergy Asthma Immunol Off Publ Am Coll Allergy Asthma Immunol*. sept 2006;97(3):402-8.
49. Iskedjian M, Addis A, Einarson T. PHP18 ESTIMATING THE ECONOMIC BURDEN OF HOSPITALIZATION DUE TO PATIENT NONADHERENCE IN CANADA. *Value Health*. nov 2002;5(6):470-1.
50. Beauchamp I de, Giraud-Baro E, Bougerol T, Calop J, Allenet B. Education thérapeutique des patients psychotiques : impact sur la ré-hospitalisation. *Educ Thérapeutique Patient - Ther Patient Educ*. 1 déc 2010;2(2):S125-31.
51. Miller LV, Goldstein J. More Efficient Care of Diabetic Patients in a County-Hospital Setting. *N Engl J Med*. 29 juin 1972;286(26):1388-91.
52. CNOM_presentation.pdf [Internet]. [cité 3 juill 2018]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/CNOM_presentation.PDF
53. Scheen AJ, Giet D. Non-observance thérapeutique : causes, conséquences, solutions. *Rev Med Liège*. :7.
54. Okuno J, Yanagi H, Tomura S. Is cognitive impairment a risk factor for poor compliance among Japanese elderly in the community? *Eur J Clin Pharmacol*. oct 2001;57(8):589-94.
55. Netgen. Aider le patient à apprendre sa santé et sa maladie : [Internet]. *Revue Médicale Suisse*. [cité 28 févr 2019]. Disponible sur: <https://www.revmed.ch/RMS/2004/RMS-2484/1376>
56. Bioy A, Bachelart M. L'alliance thérapeutique : historique, recherches et perspectives cliniques. *Perspect Psy*. 2010;Vol. 49(4):317-26.
57. WHO | Proposed working definition of an older person in Africa for the MDS Project [Internet]. WHO. [cité 19 août 2018]. Disponible sur: <http://www.who.int/healthinfo/survey/ageingdefnolder/en/>

58. Blanpain N, Chardon O. Projections de population à l'horizon 2060 Un tiers de la population âgé de plus de 60 ans. *In s e P r e m i è r e* n°1320. oct 2010;
59. Vieillesse et santé [Internet]. World Health Organization. [cité 5 août 2018]. Disponible sur: <http://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
60. Projections de population pour la France métropolitaine à l'horizon 2050 - Insee Première - 1089 [Internet]. [cité 5 août 2018]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1280826#titre-bloc-8>
61. Lemaire P, Bherer L. Psychologie du vieillissement: Une perspective cognitive. De Boeck Supérieur; 2005. 478 p.
62. L'espérance de vie en France [Internet]. Ined - Institut national d'études démographiques. [cité 5 août 2018]. Disponible sur: <https://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/graphiques-cartes/graphiques-interpretes/esperance-vie-france/>
63. Les Français vivent plus longtemps, mais leur espérance de vie en bonne santé reste stable - Ministère des Solidarités et de la Santé [Internet]. [cité 12 août 2018]. Disponible sur: <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/les-francais-vivent-plus-longtemps-mais-leur-esperance-de-vie-en-bonne-sante>
64. OMS | Maladies chroniques [Internet]. WHO. [cité 2 déc 2018]. Disponible sur: https://www.who.int/topics/chronic_diseases/fr/
65. Haute Autorité de Santé - Prendre en charge une personne âgée polypathologique en soins primaires [Internet]. [cité 12 août 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2028194/fr/prendre-en-charge-une-personne-agee-polypathologique-en-soins-primaires
66. Allonier C, Dourgnon P. Enquête sur la santé et la protection sociale 2008. :258.
67. Román P, Ruiz-Cantero A. Polypathology, an emerging phenomenon and a challenge for healthcare systems. *Rev Clin Esp.* mai 2017;217(4):229-37.
68. Andrews M. WHO Centre for Health Development. A glossary of Terms for Community Health Care and Services for Older Persons. :111.
69. Fialová D, Topinková E, Gambassi G, Finne-Soveri H, Jónsson PV, Carpenter I, et al. Potentially inappropriate medication use among elderly home care patients in Europe. *JAMA.* 16 mars 2005;293(11):1348-58.
70. Hajjar ER, Cafiero AC, Hanlon JT. Polypharmacy in elderly patients. *Am J Geriatr Pharmacother.* déc 2007;5(4):345-51.
71. Allenet B, Juste M, Mouchoux C, Collomp R, Pourrat X, Varin R, et al. De la dispensation au plan pharmaceutique personnalisé : vers un modèle intégratif de pharmacie clinique. *Pharm Hosp Clin* [Internet]. 11 janv 2019 [cité 10 févr 2019]; Disponible sur: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2211104218302005>
72. Bond CA, Raehl CL, Franke T. Clinical pharmacy services and hospital mortality rates. *Pharmacotherapy.* mai 1999;19(5):556-64.

73. Arnaud A. La conciliation médicamenteuse en psychiatrie : expérience pratique au centre hospitalier Gérard Marchant [Internet] [exercice]. Université Toulouse III - Paul Sabatier; 2016 [cité 14 avr 2019]. Disponible sur: <http://thesesante.ups-tlse.fr/1731/>
74. Nester TM, Hale LS. Effectiveness of a pharmacist-acquired medication history in promoting patient safety. *Am J Health Syst Pharm.* 15 nov 2002;59(22):2221-5.
75. Evaluation de l'apport d'une éducation thérapeutique menée par un pharmacien hospitalier sur l'inflammation bronchique des patients asthmatiques vus en consultation ambulatoire dans un centre hospitalier O. Cornia 1 , S. Demarche 2,3 , F. Schleich 3 , R. Louis 3 , T. Van Hees 1,2 [Internet]. [cité 26 févr 2019]. Disponible sur: <https://orbi.uliege.be/bitstream/2268/221786/1/Poster%20lille%20Olivia%20Cornia%20000489.pdf>
76. sfpo A. Recommandations et Publications SFPO [Internet]. Société Française de Pharmacie Oncologique. 2015 [cité 19 mai 2019]. Disponible sur: <https://www.sfpo.com/travaux-publications-sfpo/>
77. Haute Autorité de Santé - Satisfaction des patients à l'hôpital et en clinique : la HAS publie les résultats 2017 [Internet]. [cité 24 avr 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2814068/fr/satisfaction-des-patients-a-l-hopital-et-en-clinique-la-has-publie-les-resultats-2017
78. Tan ECK, Stewart K, Elliott RA, George J. Pharmacist consultations in general practice clinics: the Pharmacists in Practice Study (PIPS). *Res Soc Adm Pharm RSAP.* août 2014;10(4):623-32.
79. Dr Annika Dinis : « Le bilan partagé de médication est désormais accessible en ligne » [Internet]. [cité 13 mai 2019]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/pharmacien/actualites/dr-annika-dinis-le-bilan-partage-de-medication-est-desormais-accessible-en-ligne>
80. Santé M des S et de la. Education thérapeutique du patient : questions/réponses relative aux programmes d'éducation [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2019 [cité 13 mai 2019]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-des-patients-et-des-usagers/education-therapeutique-du-patient/education-therapeutique-du-patient-questions-reponses-relative-aux-programmes-d/>
81. OMAGE - OMEDIT Ile de France [Internet]. [cité 30 mai 2019]. Disponible sur: <http://www.omedit-idf.fr/qualite-securite/parcours-du-patient/omage/>
82. Arrêté du 2 août 2010 relatif aux compétences requises pour dispenser l'éducation thérapeutique du patient.
83. WHOCC - ATC/DDD Index [Internet]. [cité 30 janv 2019]. Disponible sur: https://www.whocc.no/atc_ddd_index/
84. Bris AL, Plassart F, Touahri T, Genet P, Descoutures J-M. Evaluation de l'éducation thérapeutique des patients séropositifs pour le VIH au Centre hospitalier d'Argenteuil. *J Pharm Clin.* 1 juill 2009;28(3):141-9.
85. Crozet C, Bockstael VV, Devos J, d'Ivernois J-F. Évaluation d'un programme national en France d'éducation thérapeutique pour des patients du régime agricole atteints de maladies cardiovasculaires. *Educ Thérapeutique Patient - Ther Patient Educ.* 1 juin 2009;1(1):33-8.

86. Léger S, Allenet B, Pichot O, Figari G, Calop J, Carpentier P, et al. Impact d'un programme d'éducation thérapeutique sur les attitudes de prévention vis-à-vis du risque iatrogène : étude pilote contrôlée visant les patients sous anticoagulants oraux pour maladie thromboembolique veineuse. *J Mal Vasc*. 1 juill 2004;29(3):152-8.
87. Angelini L, Robles-Ribeiro PG, Carvalho-Pinto RM de, Ribeiro M, Cukier A, Stelmach R. Two-year evaluation of an educational program for adult outpatients with asthma. *J Bras Pneumol*. juill 2009;35(7):618-27.
88. INESSS_FicheOutil_Echelle_MMSE.pdf [Internet]. [cité 15 déc 2018]. Disponible sur: https://www.INESSS.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/Geriatrie/INESSS_FicheOutil_Echelle_MMSE.pdf?sword_list%5B0%5D=mmse&no_cache=1
89. Hudon C, Potvin O, Turcotte M-C, D'Anjou C, Dubé M, Préville M, et al. [Normative data for the Mini-Mental State Examination (MMSE) in a sample of community dwelling French speaking residents from Quebec aged 65 and older]. *Can J Aging Rev Can Vieil*. déc 2009;28(4):347-57.
90. Derouesné C, Poitreneau J, Hugonot L, Kalafat M, Dubois B, Laurent B. Le Mini-Mental State Examination (MMSE) : un outil pratique pour l'évaluation de l'état cognitif des patients par le clinicien. 1999;8.
91. Watel M. Mise en place de consultations pharmaceutiques sur les anticoagulants oraux : évaluation d'une séance personnalisée complétée d'un suivi patient [Internet]. Lille 2; 2018 [cité 24 avr 2019]. Disponible sur: <http://pepite.univ-lille2.fr/notice/view/UDSL2-workflow-11241>
92. S. Legrain, D. Bonnet-Zamponi, P. Saint-Gaudens. Education thérapeutique des personnes âgées polypathologiques : quelle approche ? Santé Éducation. 2014.

Annexes

Annexe 1 : Lettre d'information

Lettre d'information


Madame, Monsieur,

Dans le cadre d'une thèse en vue de l'obtention du diplôme de Docteur en Pharmacie, nous aimerions que vous acceptiez de participer à un questionnaire et à l'élaboration d'un plan de prise. Ce rendez-vous avec un interne en pharmacie sera suivi par une intervention pharmaceutique pour discuter de vos traitements ensemble.

Avec votre accord, votre participation à l'étude devrait durer 15 à 30 minutes maximum.

Merci par avance.

Annexe 2 : Dossier d'information patient

Fiche Entretien Pharmaceutique Gériatrie Aigüe	
---	---

Date :
Personne réalisant l'entretien :
Temps consacré :

Identification du patient	
Nom	Prénom
Sexe : <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme	Âge
MMSE :	
Motif hospitalisation :	
Durée Séjour :	
IR :	
IH :	
Provenance :	
Devenir :	

Gestion des médicaments au domicile	
<input type="checkbox"/> Seul(e)	<input type="checkbox"/> Aidant naturel <input type="checkbox"/> Aidant professionnel <input type="checkbox"/> AS/IDE <input type="checkbox"/> Vit en institution
<input type="checkbox"/> Médicaments sortis au fur et à mesure de la journée	<input type="checkbox"/> Pilulier <input type="checkbox"/> Autre :

1

Questionnaire de Morisky /Observance	SCORE PATIENT	Commentaires du patient
1. Vous arrive-t-il parfois d'oublier de prendre vos traitements ? Non = 1		
2. Parfois certaines personnes ne prennent pas leurs médicaments pour d'autres raisons qu'un oubli. En pensant aux deux dernières semaines, y a-t-il eu des jours où vous n'avez pas pris vos médicaments ? Non = 1		
3. Vous est-il déjà arrivé de réduire la dose ou d'arrêter de prendre vos médicaments sans en informer votre médecin, parce que vous vous sentiez moins bien en les prenant ? Non = 1		
4. Lorsque vous voyagez ou que vous quittez la maison, vous arrive-t-il d'oublier d'emporter vos médicaments ? Non = 1		
5. Avez-vous pris vos médicaments hier ? Oui = 1		
6. Quand vous ressentez beaucoup moins, voire plus du tout, vos symptômes, vous arrive-t-il parfois d'arrêter de prendre vos médicaments ? Non = 1		
7. Le fait de devoir prendre des médicaments tous les jours représente un réel inconvénient pour certaines personnes. Vous arrive-t-il parfois d'être contrarié(e) par le fait d'avoir à respecter un traitement ? Non = 1		
8. Vous arrive-t-il d'avoir des difficultés à vous rappeler de prendre tous vos ? *** Choix de réponses et scores pour la question 8. Jamais/Rarement = 1 De temps en temps = 0,75 Parfois = 0,5 Régulièrement = 0,25 Tout le temps = 0		

2

Note : Il est possible de remplacer (nom de la condition) par « votre médicament » ou par le nom précis du médicament

Résultats du questionnaire Morisky	
Bonne observance	Score = 8
Moyenne observance	6 < Score < 8
Faible observance	Score < 6

1. Morisky DE, Ang A, Krousel-Wood M, Ward HJ. Predictive validity of a medication adherence measure in an outpatient setting. Journal of clinical hypertension 2008;10:348-54.

Automédication : oui non

Type : rhume maux de gorge laryngite toux maux d'estomac
 constipation diarrhée hémorroïdes maladie veineuse

Si oui, médicaments :

Habitudes de vie

Aliments, boissons favoris :

Allergies (suspectées ou avérées) : oui non

Réactions allergiques :

3

Identification de problèmes pharmaco-thérapeutiques

Effets indésirables médicamenteux actuels ou anciens : oui non

Si oui, description de l'effet

Médicaments concernés

Problème de déglutition des médicaments : oui non

Si oui : problème de taille du médicament
 adhérence des médicaments à la muqueuse buccale ou œsophage
 autre problème identifié :

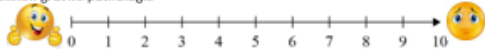
Médicaments à problèmes :

Habitudes de vie

Avez-vous déjà eu des explications vous permettant de comprendre vos pathologies ? oui / non

Avez-vous déjà eu des explications vous permettant de comprendre vos traitements ? oui/non

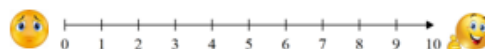
Impression gravité pathologie



Date première prescription traitement pathologie chronique

Surveillance nécessaire associée au traitement ?

Satisfaction du patient suite à l'entretien



4





Annexe 3 : Plan de prise

Plan de prise de Médicaments

Ce document n'est pas une ordonnance, il vous permet de planifier vos prises de médicaments.

NOM	
PRENOM	
Date de naissance	



Médicament	Indication <small>A quoi ça sert ?</small>	Matin 	Midi 	Soir 	Coucher 	Commentaires	Score	

EY, Caroline

Bilan d'entretiens pharmaceutiques en service de gériatrie

Thèse pour le diplôme d'état de docteur en pharmacie

Université de Picardie Jules Vernes

2019

Mots clés : Entretiens pharmaceutiques, Pharmacie clinique, Observance

RESUME

Le secteur hospitalier est confronté à des enjeux démographiques de population vieillissante imposant des modifications d'approche de la prise en charge médicamenteuse des patients où le pharmacien hospitalier a toute sa place. La pharmacie clinique progresse depuis plusieurs années en France et l'éducation du patient concentre maintenant plusieurs disciplines.

Cette étude propose de mesurer l'impact que des entretiens pharmaceutiques durant l'hospitalisation peuvent avoir sur l'évolution des connaissances du patient pour son traitement.

Ce projet de type étude prospective avant/après a été mené sur une durée de plus de 3 mois dans un service de gériatrie aigüe. 215 dossiers ont été analysés sur cette période et 22 patients ont été potentiellement à inclure ; 15 patients au total ont bénéficié de l'ensemble du programme dont les entretiens pharmaceutiques réalisés au lit du malade. La connaissance des patients pour leurs traitements a été évaluée par la réalisation de plan de prises avec score attribué en fonction de la précision de la réponse. L'évolution des scores de plan de prise, bien qu'en faveur d'une augmentation après intervention d'un pharmacien, n'a pas été significative mais ce résultat est difficilement interprétable au vu du nombre restreint de patients inclus dans l'étude. La satisfaction des patients ayant bénéficié de ces consultations personnalisées engage à pérenniser cette démarche malgré les difficultés qu'un processus de ce type occasionne notamment sur le plan de la coordination entre professionnels de santé.

JURY

Président : M. le professeur Jean Marc CHILLON
Professeur des universités – Pharmacien Praticien Hospitalier à la Direction de la Recherche Clinique et de l'Innovation
Faculté de Pharmacie Amiens – Centre Hospitalier Universitaire d'Amiens

Directrice : Mme le Docteur Emmanuelle COUFFIN
Pharmacien Praticien Hospitalier
Centre Hospitalier de Beauvais

Assesseur(s) : Mme le Docteur Stéphanie GENAY
Maitre de Conférences - Pharmacien Praticien Hospitalier
Faculté de Pharmacie Lille – Centre Hospitalier Universitaire de Lille

M. le Docteur Yoann LE FRESNE
Médecin Gériatre dans l'Unité de Médecine Gériatrique
Centre Hospitalier de Beauvais