



HAL
open science

Le bilan partagé de médication. Un état des lieux national

Maxime Saint Jore

► **To cite this version:**

Maxime Saint Jore. Le bilan partagé de médication. Un état des lieux national. Sciences pharmaceutiques. 2020. dumas-03289156

HAL Id: dumas-03289156

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03289156>

Submitted on 16 Jul 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.

UNIVERSITE DE ROUEN
UFR DE MEDECINE ET DE PHARMACIE

Année 2020

N°

THESE

**pour le DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN
PHARMACIE**

Présentée et soutenue publiquement le 6/11/2020

Par

SAINT JORE MAXIME

Né(e) le 20/09/1990 à Rouen

Le Bilan partagé de médication :

Un état des lieux national

Président du jury : *GARGALA Gilles, Maître de conférences des Universités*

Membres du jury : *GUERARD-DETUNCQ Cécile, professeur associé*
DUPENDANT Marie Hélène, pharmacien d'officine

UNIVERSITE DE ROUEN
UFR DE MEDECINE ET DE PHARMACIE

Année 2020

N°

THESE

**pour le DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN
PHARMACIE**

Présentée et soutenue publiquement le 6/11/2020

Par

SAINTE JORE MAXIME

Né(e) le 20/09/1990 à Rouen

**Le Bilan partagé de médication :
Un état des lieux national**

Président du jury : *GARGALA Gilles, Maître de conférences des universités*

Membres du jury : *GUERARD-DETUNCQ Cécile, professeur associé*
DUPENDANT Marie Hélène, pharmacien d'officine

« L'Université de Rouen et l'UFR de Médecine et de Pharmacie de Rouen n'entendent donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans cette thèse. Ces opinions sont propres à leurs auteurs. »

Liste des enseignants chercheurs de l'UFR de Médecine et de Pharmacie de ROUEN

ANNEE UNIVERSITAIRE 2019 - 2020

U.F.R. SANTÉ DE ROUEN

DOYEN : **Professeur Benoît VEBER**

ASSESEURS : **Professeur Loïc FAVENNEC**
Professeur Agnès LIARD
Professeur Guillaume SAVOYE

I - MEDECINE

PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mr Frédéric ANSELME	HCN	Cardiologie
Mme Gisèle APTER	Havre	Pédopsychiatrie
Mme Isabelle AUQUIT AUCKBUR	HCN	Chirurgie plastique
Mr Jean-Marc BASTE	HCN	Chirurgie Thoracique
Mr Fabrice BAUER	HCN	Cardiologie
Mme Soumeya BEKRI	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Ygal BENHAMOU	HCN	Médecine interne
Mr Jacques BENICHOU	HCN	Bio statistiques et informatique médicale
Mr Olivier BOYER	UFR	Immunologie
Mme Sophie CANDON	HCN	Immunologie
Mr François CARON	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Philippe CHASSAGNE	HCN	Médecine interne (gériatrie)
Mr Vincent COMPERE	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mr Jean-Nicolas CORNU	HCN	Urologie
Mr Antoine CUVELIER	HB	Pneumologie
Mr Jean-Nicolas DACHER	HCN	Radiologie et imagerie médicale
Mr Stéfan DARONI	HCN	Informatique médicale et techniques de communication
Mr Pierre DECHELOTTE	HCN	Nutrition
Mr Stéphane DERREY	HCN	Neurochirurgie
Mr Frédéric DI FIORE	CHB	Cancérologie

Mr Fabien DOGUET	HCN	Chirurgie Cardio Vasculaire
Mr Jean DOUCET	SJ	Thérapeutique - Médecine interne et gériatrie
Mr Bernard DUBRAY	CHB	Radiothérapie
Mr Frank DUJARDIN	HCN	Chirurgie orthopédique - Traumatologie
Mr Fabrice DUPARC	HCN	Anatomie - Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mr Eric DURAND	HCN	Cardiologie
Mr Bertrand DUREUIL	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mme Hélène ELTCHANINOFF	HCN	Cardiologie
Mr Manuel ETIENNE	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Thierry FREBOURG	UFR	Génétique
Mr Pierre FREGER (<i>surnombre</i>)	HCN	Anatomie - Neurochirurgie
Mr Jean François GEHANNO	HCN	Médecine et santé au travail
Mr Emmanuel GERARDIN	HCN	Imagerie médicale
Mme Priscille GERARDIN	HCN	Pédopsychiatrie
M. Guillaume GOURCEROL	HCN	Physiologie
Mr Dominique GUERROT	HCN	Néphrologie
Mr Olivier GUILLIN	HCN	Psychiatrie Adultes
Mr Claude HOUDAYER	HCN	Génétique
Mr Fabrice JARDIN	CHB	Hématologie
Mr Luc-Marie JOLY	HCN	Médecine d'urgence
Mr Pascal JOLY	HCN	Dermato – Vénérologie
Mme Bouchra LAMIA	Havre	Pneumologie
Mme Annie LAQUERRIERE	HCN	Anatomie et cytologie pathologiques
Mr Vincent LAUDENBACH	HCN	Anesthésie et réanimation chirurgicale
Mr Joël LECHEVALLIER	HCN	Chirurgie infantile
Mr Hervé LEFEBVRE	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques
Mr Thierry LEQUERRE	HCN	Rhumatologie
Mme Anne-Marie LEROI	HCN	Physiologie
Mr Hervé LEVESQUE	HCN	Médecine interne
Mme Agnès LIARD-ZMUDA	HCN	Chirurgie Infantile
Mr Pierre Yves LITZLER	HCN	Chirurgie cardiaque
Mr Bertrand MACE	HCN	Histologie, embryologie, cytogénétique
M. David MALTETE	HCN	Neurologie
Mr Christophe MARGUET	HCN	Pédiatrie
Mme Isabelle MARIE	HCN	Médecine interne
Mr Jean-Paul MARIE	HCN	Oto-rhino-laryngologie
Mr Loïc MARPEAU	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Stéphane MARRET	HCN	Pédiatrie

Mme Véronique MERLE	HCN	Epidémiologie
Mr Pierre MICHEL	HCN	Hépatogastro-entérologie
M. Benoit MISSET (<i>détachement</i>)	HCN	Réanimation Médicale
Mr Marc MURAINÉ	HCN	Ophthalmologie
Mr Christophe PEILLON	HCN	Chirurgie générale
Mr Christian PFISTER	HCN	Urologie
Mr Jean-Christophe PLANTIER	HCN	Bactériologie - Virologie
Mr Didier PLISSONNIER	HCN	Chirurgie vasculaire
Mr Gaëtan PREVOST	HCN	Endocrinologie
Mr Jean-Christophe RICHARD (<i>détachement</i>)	HCN	Réanimation médicale - Médecine d'urgence
Mr Vincent RICHARD	UFR	Pharmacologie
Mme Nathalie RIVES	HCN	Biologie du développement et de la reproduction
Mr Horace ROMAN (<i>disponibilité</i>)	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Jean-Christophe SABOURIN	HCN	Anatomie – Pathologie
Mr Mathieu SALAUN	HCN	Pneumologie
Mr Guillaume SAVOYE	HCN	Hépatogastrologie
Mme Céline SAVOYE-COLLET	HCN	Imagerie médicale
Mme Pascale SCHNEIDER	HCN	Pédiatrie
Mr Lilian SCHWARZ	HCN	Chirurgie Viscérale et Digestive
Mr Michel SCOTTE	HCN	Chirurgie digestive
Mme Fabienne TAMION	HCN	Thérapeutique
Mr Luc THIBERVILLE	HCN	Pneumologie
Mr Hervé TILLY (<i>sumombre</i>)	CHB	Hématologie et transfusion
M. Gilles TOURNEL	HCN	Médecine Légale
Mr Olivier TROST	HCN	Chirurgie Maxillo-Faciale
Mr Jean-Jacques TUECH	HCN	Chirurgie digestive
Mr Benoît VEBER	HCN	Anesthésiologie - Réanimation chirurgicale
Mr Pierre VERA	CHB	Biophysique et traitement de l'image
Mr Eric VERIN	Les Herbiers	Médecine Physique et de Réadaptation
Mr Eric VERSPYCK	HCN	Gynécologie obstétrique
Mr Olivier VITTECOQ	HC	Rhumatologie
Mme Marie-Laure WELTER	HCN	Physiologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme Najate ACHAMRAH	HCN	Nutrition
Mme Noëlle BARBIER-FREBOURG	HCN	Bactériologie – Virologie
Mr Emmanuel BESNIER	HCN	Anesthésiologie - Réanimation
Mme Carole BRASSE LAGNEL	HCN	Biochimie
Mme Valérie BRIDOUX HUYBRECHTS	HCN	Chirurgie Vasculaire
Mr Gérard BUCHONNET	HCN	Hématologie
Mme Mireille CASTANET	HCN	Pédiatrie
Mme Nathalie CHASTAN	HCN	Neurophysiologie
Mr Moïse COEFFIER	HCN	Nutrition
Mr Serge JACQUOT	UFR	Immunologie
Mr Joël LADNER	HCN	Epidémiologie, économie de la santé
Mr Jean-Baptiste LATOUCHE	UFR	Biologie cellulaire
M. Florent MARGUET	HCN	Histologie
Mme Chloé MELCHIOR	HCN	Gastroentérologie
Mr Thomas MOUREZ (<i>détachement</i>)	HCN	Virologie
Mr Gaël NICOLAS	UFR	Génétique
Mme Muriel QUILLARD	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mme Laëtitia ROLLIN	HCN	Médecine du Travail
Mme Pascale SAUGIER-VEBER	HCN	Génétique
Mme Anne-Claire TOBENAS-DUJARDIN	HCN	Anatomie
Mr David WALLON	HCN	Neurologie
Mr Julien WILS	HCN	Pharmacologie

PROFESSEUR AGREGE OU CERTIFIE

Mr Thierry WABLE	UFR	Communication
Mme Mélanie AUVRAY-HAMEL	UFR	Anglais

II - PHARMACIE

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

Mr Jérémy BELLIEN (PU-PH)	Pharmacologie
Mr Thierry BESSON	Chimie Thérapeutique
Mr Jean COSTENTIN (Professeur émérite)	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
Mr Abdelhakim EL OMRI	Pharmacognosie
Mr François ESTOUR	Chimie Organique
Mr Loïc FAVENNEC (PU-PH)	Parasitologie
Mr Jean Pierre GOULLE (Professeur émérite)	Toxicologie
Mr Michel GUERBET	Toxicologie
Mme Christelle MONTEIL	Toxicologie
Mme Martine PESTEL-CARON (PU-PH)	Microbiologie
Mr Rémi VARIN (PU-PH)	Pharmacie clinique
Mr Jean-Marie VAUGEUIS	Pharmacologie
Mr Philippe VERITE	Chimie analytique

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

Mme Cécile BARBOT	Chimie Générale et Minérale
Mr Frédéric BOUNOURE	Pharmacie Galénique
Mr Thomas CASTANHEIRO-MATIAS	Chimie Organique
Mr Abdeslam CHAGRAOUI	Physiologie
Mme Camille CHARBONNIER (LE CLEZIO)	Statistiques
Mme Elizabeth CHOSSON	Botanique
Mme Marie Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation pharmaceutique et économie de la santé
Mme Cécile CORBIERE	Biochimie
Mme Nathalie DOURMAP	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUC	Pharmacologie
Mme Dominique DUTERTE-BOUCHER	Pharmacologie
Mr Gilles GARGALA (MCU-PH)	Parasitologie
Mme Nejla EL GHARBI-HAMZA	Chimie analytique
Mme Marie-Laure GROULT	Botanique

Mr Hervé HUE	Biophysique et mathématiques
Mme Hong LU	Biologie
Mme Marine MALLETER	Toxicologie
M. Jérémie MARTINET (MCU-PH)	Immunologie
Mme Tiphaine ROGEZ-FLORENT	Chimie analytique
Mr Mohamed SKIBA	Pharmacie galénique
Mme Malika SKIBA	Pharmacie galénique
Mme Christine THARASSE	Chimie thérapeutique
Mr Frédéric ZIEGLER	Biochimie

PROFESSEURS ASSOCIES

Mme Cécile GUERARD-DETUNCQ	Pharmacie officinale
Mme Caroline BERTOUX	Pharmacie

PAU-PH

M. Mikael DAOUFHARS

PROFESSEUR CERTIFIE

Mme Mathilde GUERIN	Anglais
---------------------	---------

ASSISTANTS HOSPITALO-UNIVERSITAIRES

Mme Alice MOISAN	Virologie
M. Henri GONDÉ	Pharmacie

ATTACHES TEMPORAIRES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

M. Abdel MOUHJIR	Parasitologie
M. Maxime GRAND	Bactériologie

ATTACHE TEMPORAIRE D'ENSEIGNEMENT

Mme Ramla SALHI	Pharmacognosie
-----------------	----------------

III – MEDECINE GENERALE

PROFESSEUR MEDECINE GENERALE

Mr Jean-Loup HERMIL (PU-MG) UFR Médecine générale

MAITRE DE CONFERENCE MEDECINE GENERALE

Mr Matthieu SCHUERS (MCU-MG) UFR Médecine générale

PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS – MEDECINS GENERALISTE

Mr Emmanuel LEFEBVRE UFR Médecine Générale

Mme Elisabeth MAUVIARD UFR Médecine générale

Mr Philippe NGUYEN THANH UFR Médecine générale

Mme Yveline SEVRIN UFR Médecine générale

Mme Marie Thérèse THUEUX UFR Médecine générale

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS – MEDECINS GENERALISTES

Mr Pascal BOULET UFR Médecine générale

Mme Laëtitia BOURDON UFR Médecine Générale

Mr Emmanuel HAZARD UFR Médecine Générale

Mme Lucile PELLERIN UFR Médecine générale

ENSEIGNANTS MONO-APPARTENANTS

PROFESSEURS

Mr Paul MULDER (phar)	Sciences du Médicament
Mme Su RUAN (med)	Génie Informatique

MAITRES DE CONFERENCES

Mr Sahil ADRIOUCH (med)	Biochimie et biologie moléculaire (Unité Inserm 905)
Mme Gaëlle BOUGEARD-DENOYELLE (med)	Biochimie et biologie moléculaire (UMR 1079)
Mme Carine CLEREN (med)	Neurosciences (Néovasc)
M. Sylvain FRAINEAU (med)	Physiologie (Inserm U 1096)
Mme Pascaline GAILDRAT (med)	Génétique moléculaire humaine (UMR 1079)
Mr Nicolas GUEROUT (med)	Chirurgie Expérimentale
Mme Rachel LETELLIER (med)	Physiologie
Mr Antoine OUVRARD-PASCAUD (med)	Physiologie (Unité Inserm 1076)
Mr Frédéric PASQUET	Sciences du langage, orthophonie
Mme Christine RONDANINO (med)	Physiologie de la reproduction
Mr Youssan Var TAN	Immunologie
Mme Isabelle TOURNIER (med)	Biochimie (UMR 1079)

CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS : Mme Véronique DELAFONTAINE

HCN - Hôpital Charles Nicolle

HB - Hôpital de BOIS GUILLAUME

CB - Centre Henri Becquerel

CHS - Centre Hospitalier Spécialisé du Rouvray

CRMPR - Centre Régional de Médecine Physique et de Réadaptation

SJ - Saint Julien Rouen

Table des matières

REMERCIEMENTS	6
TABLE DES MATIERES	16
TABLE DES FIGURES	19
TABLE DES TABLEAUX.....	20
TABLE DES GRAPHIQUES	21
TABLE DES ANNEXES	23
TABLE DES ABREVIATIONS.....	24
INTRODUCTION	25
PARTIE 1 : LA PERSONNE AGEE, UNE POPULATION SPECIFIQUE	27
1. LE VIEILLISSEMENT : DEFINITION	27
1.1. <i>Une définition scientifique</i>	27
1.2. <i>Une définition sociale et économique de la personne âgée.....</i>	28
2. LE VIEILLISSEMENT DEMOGRAPHIQUE	29
2.1. <i>Définition.....</i>	29
2.2. <i>Bilan démographique au 1er janvier 2019.....</i>	29
2.3. <i>Les facteurs responsables du vieillissement démographique.....</i>	30
2.3.1. <i>Une fécondité inférieure au seuil de remplacement des générations.....</i>	31
2.3.2. <i>Une augmentation de l'espérance de vie</i>	31
2.4. <i>Projection de la population à l'horizon 2070</i>	33
3. UNE POPULATION HETEROGENE	35
3.1. <i>Une variabilité intra-individuelle.....</i>	35
3.2. <i>Une variabilité interindividuelle</i>	36
3.3. <i>Le concept de fragilité.....</i>	37
3.4. <i>Impact du COVID-19 sur la personne âgée</i>	38
4. LA POLYPATHOLOGIE	40
4.1. <i>Définition.....</i>	40
4.2. <i>La prévalence de la polypathologie chez les personnes âgées en France</i>	41
4.3. <i>Conséquences.....</i>	44
5. LA POLYMEDICATION	44
5.1. <i>Définition.....</i>	44
5.2. <i>Différents types de polymédications</i>	44

5.2.1.	Polymédication simultanée.....	45
5.2.2.	Polymédication cumulative.....	45
5.2.3.	Polymédication continue	45
5.3.	<i>La prévalence de la polymédication</i>	47
5.4.	<i>Conséquences</i>	48
6.	IATROGENIE MEDICAMENTEUSE.....	49
6.1.	<i>Définition</i>	49
6.2.	<i>Nature de la iatrogénie</i>	50
6.3.	<i>Principaux facteurs de risque(37)</i>	51
6.3.1.	Liés à l'âge	51
6.3.2.	Les modifications pharmacocinétiques(38)	51
6.3.3.	Les modifications pharmacodynamiques.....	53
6.3.4.	Lien entre la polypathologie et polymédication	53
6.3.5.	Liés aux médicaments	53
6.3.6.	Liés à la prescription médicale	54
6.4.	<i>Conséquences</i>	55
PARTIE 2 : LE BILAN PARTAGE DE MEDICATION		56
1.	DEFINITION	57
2.	LES ORIGINES DU BILAN PARTAGE DE MEDICATION	58
2.1.	<i>Loi HPST : Hôpital Patient Santé Territoire</i>	58
2.2.	<i>Titre 2 : Accès de tous à des soins de qualité</i>	59
2.3.	<i>Titre 3 : Prévention et santé publique</i>	60
3.	LA CONVENTION NATIONALE.....	60
4.	L'AVENANT 11 ET 12.....	62
4.1.	<i>L'avenant 11</i>	62
4.2.	<i>L'avenant 12</i>	63
5.	LA POPULATION CIBLE	64
6.	OBJECTIFS.....	64
6.1.	<i>Pour le patient</i>	65
6.2.	<i>Pour les professionnels de santé</i>	66
6.3.	<i>Pour le système de santé</i>	66
7.	LA REALISATION DU BILAN PARTAGE DE MEDICATION	67
7.1.	<i>Les étapes du BPM</i>	67
7.2.	<i>Le Recrutement et l'adhésion du patient</i>	68
7.3.	<i>L'entretien de recueil</i>	70
7.4.	<i>L'analyse des traitements</i>	71
7.4.1.	<i>L'identification des interactions et contre-indications</i>	73

7.4.2.	La détection des prescriptions potentiellement inappropriées (PPI)	74
7.5.	L'information au prescripteur	76
7.6.	L'entretien conseil	76
7.7.	Le suivi de l'observance	77
8.	LA REMUNERATION	77
PARTIE 3 : ÉTAT DES LIEUX NATIONAL DE LA MISE EN PLACE DU BILAN PARTAGE DE MEDICATION		79
1.	LE QUESTIONNAIRE NATIONAL.....	79
1.1.	Population.....	79
1.2.	Période de réalisation	80
1.3.	Le questionnaire.....	80
1.4.	Les objectifs.....	80
2.	RESULTATS.....	81
2.1.	Le statut des participants de l'étude.....	81
2.2.	Le type de pharmacie.....	82
3.	ÉTAT DES LIEUX DE LA MISE EN PLACE DES BPM DANS LES OFFICINES AU NIVEAU NATIONAL.....	83
3.1.	Taux de réponse en fonction des régions.....	83
3.2.	Pour ou contre le bilan partagé de médication ?	85
3.3.	Avez-vous mis en place le bilan partagé de médication dans votre officine ?	86
3.4.	Quelles difficultés rencontrez-vous ou avez-vous rencontré lors de la mise en place du bilan partagé de médication ? (Plusieurs réponses possibles)	88
3.5.	Où effectuez-vous (ou effectuerez-vous) le bilan partagé de médication au sein de l'officine ?.....	89
3.6.	Avez-vous réalisé une formation ?	90
3.7.	Qui effectue (ou effectuera) le bilan partagé de médication ? (Plusieurs réponses possibles).....	91
3.8.	Combien de bilan avez-vous déjà réalisé à ce jour ?	93
3.9.	Avez-vous constaté une prise en compte de vos recommandations suite au bilan partagé de médication par le médecin ?	94
3.10.	A ce jour que pensez-vous du bilan partagé de médication ?	96
4.	DISCUSSION	97
CONCLUSION.....		102
ANNEXES.....		103
BIBLIOGRAPHIE		115
SITOGRAFIE		119

Table des figures

Figure 1 - Population des centenaires au 1er Janvier 2016.....	30
Figure 2 - Pyramide des âges au 1er Janvier 2019.....	32
Figure 3 – Projection de la population 2013 et 2070	33
Figure 4 - Nombre de centenaires jusqu'à 2070 selon 3 scénarios	34
Figure 5 - Le développement de la fragilité.....	37
Figure 6 - Processus de fragilisation.....	38
Figure 7 - Évolution des décès cumulés du 1er mars au 30 avril 2020 rapportés aux décès cumulés du 1er mars au 30 avril 2019 par sexe et âge	39
Figure 8 - Part des patients de 75 ans et plus en situation de polymédication en fonction du seuil de médicaments et de l'indicateur	46
Figure 9 – Taux de consommation selon la classe thérapeutique chez les personnes de plus de 65 ans et plus.....	48
Figure 10 - Étapes du bilan partagé de médication.....	68
Figure 11 - Questionnaire d'évaluation de l'observance de GIRERD (Source : www.ameli.fr)	72
Figure 12 – Répartition du nombre d'Officine en 2020 (Source : Ordre des Pharmaciens)	84

Table des tableaux

Tableau 1 - Part de la population par groupe d'âge (Source : INSEE).....	29
Tableau 2 - Nombre moyen de maladies déclarées par personne (Source : IRDES).....	41
Tableau 3 - Prévalence des problèmes de santé par classe d'âge (Source : IRDES)	43
Tableau 4 - Dépenses remboursées par l'Assurance maladie (2010) (Source : Assurance Maladie)	67
Tableau 5 - Patient éligible au bilan partagé de médication (Source : www.pharmacie-clinique.fr)	69
Tableau 6 - Niveaux d'analyse pharmaceutique (Source : SFPC)	70
Tableau 7 - Rémunération du bilan partagé de médication	77
Tableau 8 - Résultats de l'étude	80

Table des graphiques

Graphique 1 – Pourcentage des participants au sondage selon le type de statut	81
Graphique 2 - Pourcentage de réponses par type de pharmacie.....	82
Graphique 3 - Pourcentage de réponses par région.....	83
Graphique 4 - Pourcentage de participation de la France d'outre-mer	84
Graphique 5 - Pourcentage d'adhésion au Bilan partagé de médication.....	85
Graphique 6 - Pour ou Contre le BPM selon le type de pharmacie.....	85
Graphique 7 - Pourcentage de pharmaciens ayant mis en place le BPM	86
Graphique 8 – Mise en place du BPM selon le type de pharmacie	87
Graphique 9 - Difficultés rencontrées pour mettre en place le BPM.....	88
Graphique 10 - Difficultés rencontrées selon le type de pharmacie.....	89
Graphique 11 - Lieu de réalisation du bilan partagé de médication.....	89
Graphique 12 - Lieu de réalisation du BPM selon le type de pharmacie.....	90
Graphique 13 - Pourcentage de formation réalisée	90
Graphique 14 - Formation réalisée selon le type de pharmacie.....	91
Graphique 15 - Pourcentage de réalisation du BPM selon le statut.....	92
Graphique 16 – Réalisation du BPM selon le statut dans les différents types de pharmacie	92
Graphique 17 - Nombre de BPM réalisé.....	93
Graphique 18 - Nombre de BPM réalisé selon le type de pharmacie	94

Graphique 19 - Pourcentage de recommandations prise en compte..... 95

Graphique 20 - Prises en compte des recommandations selon le type de pharmacie 95

Table des annexes

Annexe 1 - Guide d'accompagnement des patients (Source : FSPF).....	103
Annexe 2 - Bulletin d'adhésion et de désignation du pharmacien (Source : Ameli.fr)	107
Annexe 3 – Exemple de lettre au prescripteur.....	109
Annexe 4 - Questionnaire national (Source : Pharmagest)	110

Table des abréviations

BPM Bilan Partagé de Médication

DFG Débit de Filtration Glomérulaire

DMP Dossier Médical Partagé

ESPS l'Enquête Santé et Protection Sociale

FSPF Fédération des Syndicats Pharmaceutiques de France

HAS Haute Autorité de Santé

HPST Hôpital Patient Santé et Territoire

INED l'Institut National d'Études Démographiques

INSEE l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

IRDES l'Institut de Recherche et de Documentation en Economie de la Santé

OMS Organisation Mondiale de la Santé

RCP Résumés des Caractéristiques du Produit

SFGG Société Française de Gériatrie et de Gérontologie

SFPC Société Française de Pharmacie Clinique

USPO Union des Syndicats de Pharmaciens d'Officine

EPHAD Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

Introduction

La France vit un phénomène de transition démographique caractérisé par le vieillissement de la population. Les personnes âgées représentent déjà 18 % de la population en France et pourraient en 2060 dépasser les 30 %.(1) Avec l'avancée en âge, la prévalence et le nombre de maladies progressent et ils s'accompagnent d'une augmentation de la consommation médicamenteuse. On parle respectivement de polypathologie et de polymédication. On estime la consommation à 3,6 médicaments par jour en moyenne chez la personne de plus de 65 ans. Ces traitements sont évidemment nécessaires mais leur utilisation n'est pas sans risque. Des études montrent que les effets indésirables chez la personne âgée sont évitables dans 45 à 70 % des cas. Néanmoins on estime que 16 % des hospitalisations sont liées à un effet indésirable médicamenteux. Les problèmes liés aux médicaments, que ce soit les effets indésirables, un problème d'observance ou une insuffisance de traitement, sont des facteurs de risque d'hospitalisation pour la personne âgée.(2) La polymédication entraîne chaque année 130 000 hospitalisations et environ 10 000 décès.(3)

C'est dans ce contexte épidémiologique et dans le but d'améliorer la qualité de vie des personnes âgées polymédiquées qu'une nouvelle mission a vu le jour dans les pharmacies d'officine avec l'avenant 12 de la convention nationale des pharmaciens : le **bilan partagé de médication (BPM)**.(4) Cette activité a pour but d'améliorer la sécurité d'emploi du médicament chez la personne âgée. C'est un processus qui comprend plusieurs étapes permettant une évaluation pharmaceutique des traitements, une recherche d'effets indésirables grâce à divers outils et une évaluation de l'observance du patient. Ces éléments nécessiteront de comprendre le patient dans sa globalité en intégrant ses

examens biologiques mais aussi ses antécédents médicaux et ses comorbidités¹. Cette mission nécessite une coopération multidisciplinaire et notamment avec le médecin.

Le bilan partagé de médication est une évolution du métier du pharmacien qui le place au cœur du parcours de soin. C'est également un changement dans la manière d'exercer l'expertise pharmaceutique. Elle nécessite des changements et des adaptations nécessaires pour répondre aux besoins de la population. Les pharmacies adhèrent-elles à cette nouvelle mission ? Quelles sont les difficultés rencontrées lors de la mise en place ? Combien de bilan ont été réalisés 6 mois après l'instauration du BPM ?

La mise en place et les problématiques sont-elles spécifiques à certains types de pharmacie ?

Mon étude a pour but de réaliser un état des lieux de la mise en place du BPM en France et selon le type de pharmacie.

Dans une première partie, nous nous intéresserons à la personne âgée et aux éléments qui en font un groupe spécifique dans notre population.

Dans une deuxième partie, nous détaillerons les étapes de réalisation du BPM ainsi que le contexte législatif de sa création.

Dans une troisième partie, nous verrons les résultats de l'enquête réalisée auprès de 296 officines en France ayant pour but de réaliser un état des lieux de la mise en place du BPM selon le type d'officine.

¹ En médecine, la comorbidité désigne l'association de deux maladies, psychiques ou physiques sans causalité établie.

Partie 1 : La personne âgée, une population spécifique

« La vieillesse en tant que destin biologique est une réalité, il n'en reste pas moins que ce destin est vécu de manière variable selon le contexte social : le sens ou le non-sens que revêt la vieillesse au sein d'une société met celle-ci toute entière en question puisqu'à travers elle se dévoile le sens et le non-sens de toute la vie antérieure » — S. De Beauvoir

Pour comprendre quelles sont les spécificités de la personne âgée, il nous faut comprendre le processus qui amène à ce statut : le vieillissement. Mais qu'est-ce que le vieillissement ? A quel âge devient-on âgé ? Les personnes âgées sont historiquement définies comme les 65 ans et plus. Mais la définition n'en demeure pas moins floue et la notion de « personne âgée » ne correspond véritablement à aucune moyenne d'âge spécifique.

C'est en 1962 que l'opinion publique a commencé à définir l'âge symbolique de 65 ans, par référence à l'âge légal de la retraite. A cette époque, l'espérance de vie à la naissance est de 67 ans pour les hommes et de 73,6 ans pour les femmes. Ainsi les personnes âgées définissent aussi la dernière période de leur vie.(5)

1. Le vieillissement : définition

1.1. Une définition scientifique

Le vieillissement est un ensemble de processus physiologiques et psychologiques qui modifient la structure et les fonctions de l'organisme à partir de l'âge mûr. Il est la résultante des effets intriqués de facteurs génétiques ou intrinsèques et environnementaux, aussi appelés facteurs extrinsèques, auxquels

est soumis l'organisme tout au long de sa vie. Il s'agit d'un processus physiologique lent et progressif avec une grande variabilité d'expression.(6)

1.2. Une définition sociale et économique de la personne âgée

Il serait facile d'utiliser uniquement l'aspect biologique et scientifique pour définir une vaste catégorie de la population. Mais cette définition ne tient pas compte des critères sociaux. Or ces derniers sont indissociables de la vie et par conséquent de la personne.

C'est pourquoi les institutions suivent une définition sociale de la personne âgée, qui peut être liée au passage de l'activité à l'inactivité, d'un réseau social centré sur la profession à un autre centré sur le voisinage, puis sur la descendance.

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), la population âgée correspond à une personne de 60 ans et plus.(7)

Selon l'Institut National de la Statistique et des Études Économiques (INSEE), la personne âgée se définit comme une personne de 65 ans et plus. L'INSEE continue d'utiliser cet âge alors même que nos sociétés sont unanimes : l'espérance de vie et les évolutions sociales ont bouleversé la perception des âges et le découpage de l'âge en catégories et en classements divers.(8)

Quelque soit l'âge retenu, indéniablement nous pouvons en conclure que la personne âgée tient une place croissante, et donc prépondérante dans notre société.

Il est important de s'intéresser à la proportion de personnes âgées dans la population globale française. Quelle est le nombre de personnes âgées actuellement dans la population française et combien seront-elles dans l'avenir ?

2. Le vieillissement démographique

2.1. Définition

Le vieillissement démographique se définit d'après l'Institut National d'Études Démographiques (INED) comme une augmentation de la proportion de personnes âgées dans une population.(9) L'augmentation du nombre de personnes âgées pouvant être induite par :

- Une augmentation du nombre de personnes âgées, conséquence d'une baisse de la mortalité et de l'allongement de la durée de vie moyenne,
- Un déficit de jeunes, à la suite d'une baisse de la natalité.(10)

2.2. Bilan démographique au 1er janvier 2019

D'après l'INSEE, au 1er janvier 2019, la France comptait 66 993 000 habitants.(11)

Tableau 1 - Part de la population par groupe d'âge
(Source : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4281618?sommaire=1912926>)

	Moins de 20 ans	de 20 à 64 ans	65 ans ou plus	75 ans ou plus
1998	26,0	58,5	15,5	6,8
2008	24,9	58,7	16,4	8,5
2013	24,5	57,9	17,6	9,0
2014 hors Mayotte	24,5	57,5	18,0	9,1
2014 y c. Mayotte	24,6	57,4	18,0	9,1
2015	24,6	57,0	18,4	9,1
2016	24,6	56,6	18,9	9,2
2017 (p)	24,4	56,3	19,3	9,1
2018 (p)	24,3	56,0	19,7	9,2
2019 (p)	24,1	55,9	20,0	9,3

(p) résultats provisoires à la fin 2018.

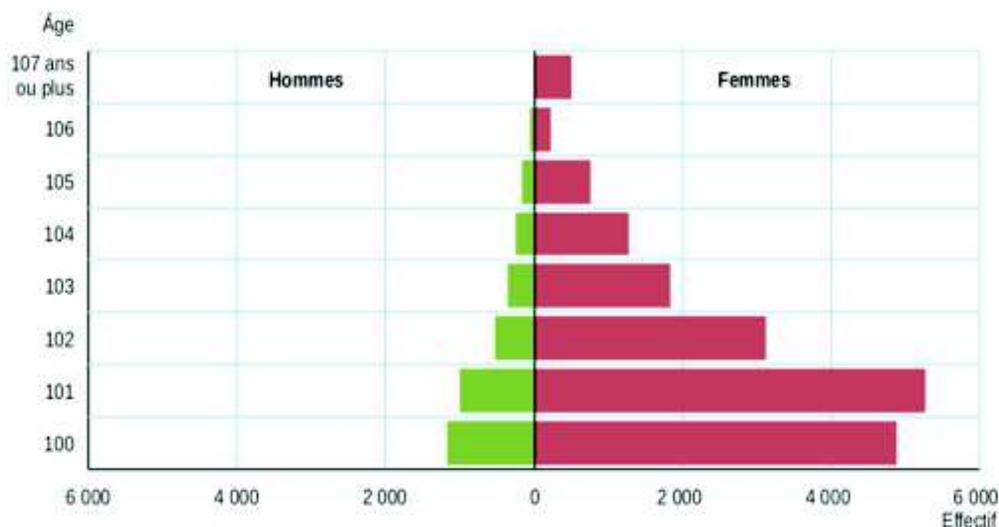
Champ : France hors Mayotte jusqu'en 2014 et y compris Mayotte à partir de 2014.

Source : Insee, estimations de population.

Les personnes de 65 ans ou plus représentent 20 % de la population, c'est une personne sur cinq. Ce chiffre augmente depuis 30 ans. En 1985, la

population de 65 ans et plus représentait 12,8 % de la population en France métropolitaine.

Figure 1 - Population des centenaires au 1er Janvier 2016
(Source : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2496218>)



Note : les données au-delà de 106 ans ou plus sont indiquées à titre illustratif : elles sont très fragiles, étant donné le faible effectif.
Lecture : au 1^{er} janvier 2016, 4 882 femmes âgées de 100 ans vivent en France métropolitaine.
Champ : personnes âgées de 100 ans ou plus, France y compris Mayotte.
Source : Insee, estimations de population et statistiques de l'état civil, 2016.

On peut noter une augmentation du nombre de centenaires, surtout chez les femmes. En 2010, on compte 15 000 centenaires en France. C'est treize fois plus qu'en 1970. Selon l'INSEE, le nombre de centenaires était stable dans les années 1960 à 1970. Au cours de la décennie 1970, leur proportion a connu une évolution de 8 % par an.

2.3. Les facteurs responsables du vieillissement démographique

Le vieillissement est une transition démographique dont la dynamique est guidée par la fécondité et la mortalité. Ces deux éléments sont en net recul depuis le siècle dernier. Nous avons d'une part l'augmentation du nombre de personnes âgées (vieillesse par le sommet de la pyramide), conséquence d'une baisse de la mortalité et de l'allongement de la durée de vie moyenne,

mais d'autre part aussi un déficit de jeunes (vieillissement par la base), à la suite d'une baisse de la natalité. Dans ce cas, il peut donc y avoir un vieillissement même si le nombre de personnes âgées n'augmente pas. (**Figure 2**)

Le vieillissement démographique se mesure par la croissance de la part des personnes âgées dans la population totale. L'effet baby-boom de l'après-guerre a eu une répercussion sur la fécondité à cette époque. Ces générations du baby-boom arrivent désormais à l'âge de la retraite et seront une cause évidente du vieillissement futur.

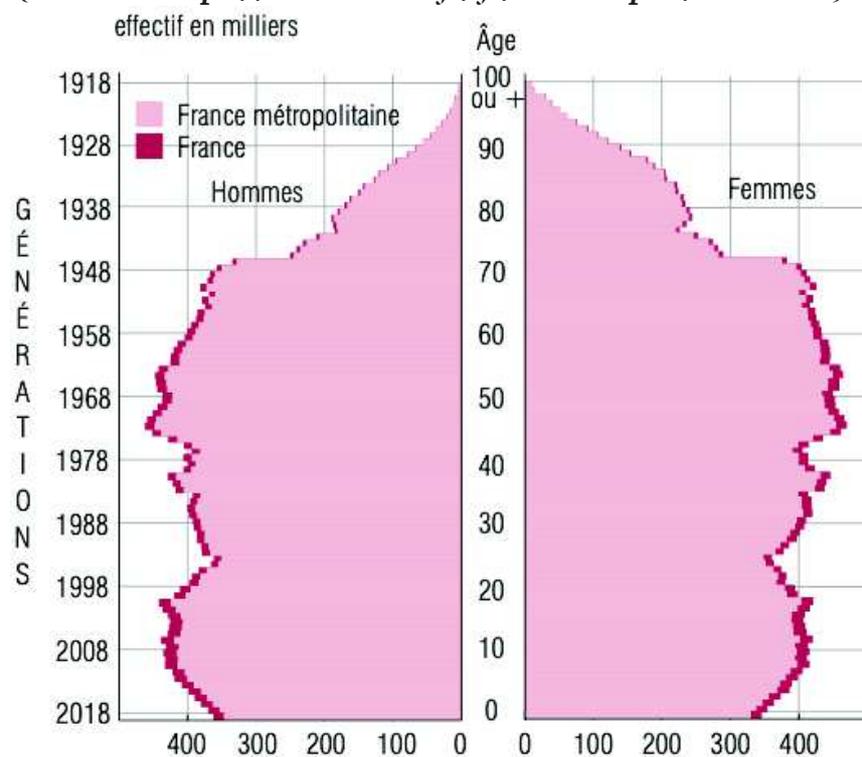
2.3.1. Une fécondité inférieure au seuil de remplacement des générations

Avec une fécondité de 1,89 enfant par femme pour la France métropolitaine en 2016, la fécondité est au plus bas. Ce faible seuil a déjà été atteint en 2003. C'est ce que l'on appelle le « vieillissement par la base », réduction à la base de la pyramide.(12)

2.3.2. Une augmentation de l'espérance de vie

En 2011, l'espérance de vie à la naissance continue à progresser sur le même rythme que depuis le début des années 1970. Concernant les populations âgées, une femme âgée de 60 ans a encore une espérance de vie de plus de 27 ans, tandis que celle d'un homme du même âge atteint 22 ans et demi (soit respectivement 1,7 an et 2,1 ans de plus qu'en 2000). Cet effet est visible par un élargissement par le sommet de la pyramide des âges.(13)

Figure 2 - Pyramide des âges au 1er Janvier 2019
 (Source : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3312958>)



Source : Insee, estimations de population (résultats provisoires arrêtés fin 2018).

L'effectif des personnes âgées de 80 ans ou plus fléchit autour de l'an 2000, avec l'arrivée à cet âge des générations issues de la première guerre mondiale.

L'espérance de vie est le résultat d'une augmentation de la qualité de vie, de l'accès aux soins médicaux et donc d'une baisse de la mortalité. Les individus accédant à l'âge de la retraite sont plus nombreux et y séjournent plus longtemps. C'est ce que l'on appelle le vieillissement « par le haut ».

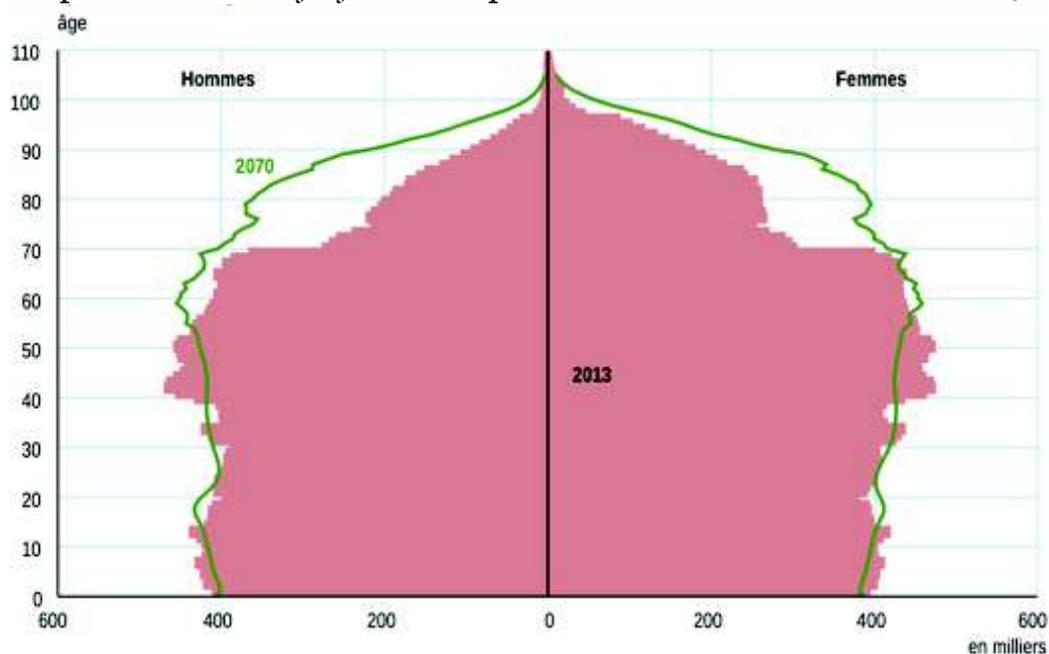
2.4. Projection de la population à l'horizon 2070

Au 1er janvier 2016, la France compte 21000 centenaires, soit 20 fois plus qu'en 1970. À l'horizon de 2070, la France pourrait compter 270 000 centenaires. C'est 13 fois plus qu'aujourd'hui. (14)

Figure 3 – Projection de la population 2013 et 2070

(Source :

<https://www.insee.fr/fr/statistiques/2496228?sommaire=2496793>)



Champ : France.

Source : Insee, projections de population 2013-2070.

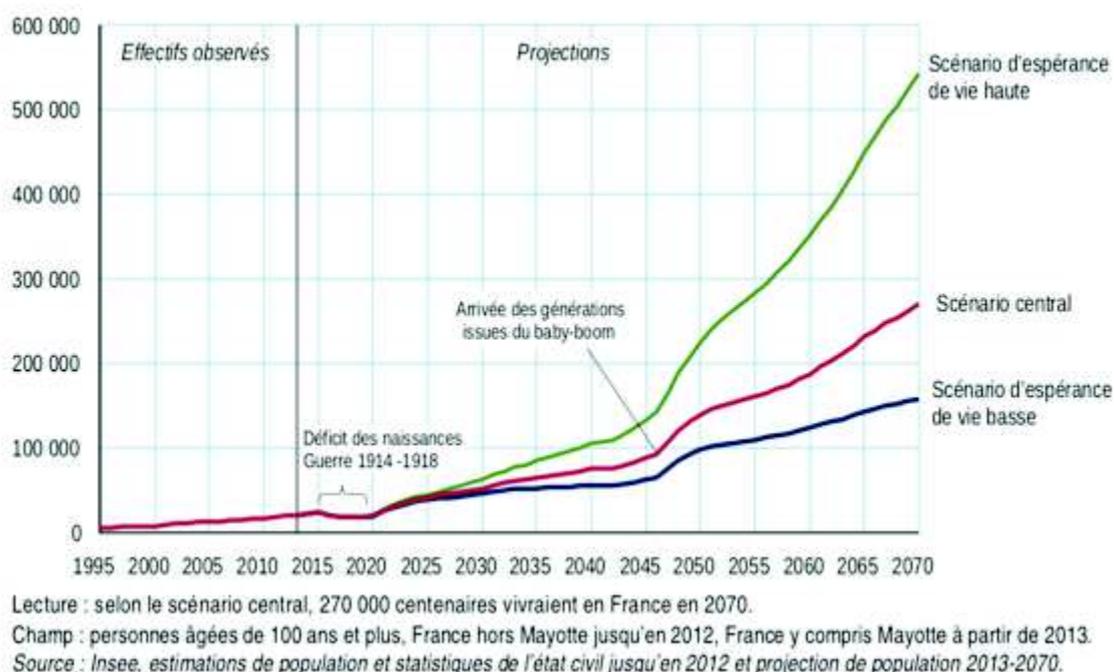
Ils ne représenteraient pourtant que 0,4 % de la population dans un scénario où la qualité de vie, et indirectement l'espérance de vie, seraient identiques à ceux de 2016. En revanche si l'espérance de vie s'améliore et devient meilleure, nous pourrions compter 540 000 centenaires en 2070 contre 160 000 si celle-ci venait à se dégrader. En 2046, le rythme devrait s'accélérer avec les différentes générations issues du baby-boom aux très grands âges.

Le scénario établi par l'INSEE décrit la situation suivante (Figure 4) :

- 13 % des femmes nées en 1970 pourraient devenir centenaires, contre seulement 1,6 % des femmes nées en 1915 qui le sont devenues en 2015.

- 5 % des hommes nés en 1970 deviendraient centenaires contre 0,4 % nés en 1915 devenus centenaires en 2015.

Figure 4 - Nombre de centenaires jusqu'à 2070 selon 3 scénarios
(Source : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2496218>)



Toujours selon les différents scénarios prévus par l'INSEE, parmi les personnes nées en 1970, entre 8 % et 21 % des femmes et entre 3 % et 10 % des hommes deviendraient centenaires.

Ainsi, la France de 2070 compterait 22 000 personnes de 106 ans ou plus, soit un peu plus que l'effectif de centenaires aujourd'hui. Les « supercentenaires », soit les personnes de 110 ans ou plus seraient 2 500.

Dans cette hypothèse, 9 femmes sur 10 et 8 hommes sur 10 nés en 1990 deviendraient octogénaires alors que seulement 66 % des femmes et 44 % des hommes nés en 1935 ont atteint cet âge.

La quasi-totalité des personnes nées en 2010 atteindra 60 ans en 2070. Pour comparaison 9 femmes sur 10 et 8 hommes sur 10 nés en 1955 ont atteint cet âge en 2015.

Cette estimation prévoit donc un maintien de l'allongement de la durée de vie avec l'amélioration de la qualité de vie et de la qualité des soins médicaux.

La démographie nous montre bien que parmi ce qu'il est courant d'appeler le troisième âge, il y a finalement plusieurs âges, s'échelonnant de 65 à plus de 110 ans. C'est un groupe hétérogène, il y a parfois peu de points communs entre le jeune sexagénaire et le nonagénaire.

3. Une population hétérogène

La progression de l'espérance de vie chez la personne âgée a permis l'augmentation du nombre de plus de 65 ans dans la population générale. Avec le vieillissement à un âge de plus en plus avancé, la proportion de maladies est de plus en plus fréquente dans cette catégorie de la population.

L'état pathologique est-il inscrit dans la normalité chez la personne âgée ? L'allongement de l'espérance de vie signifie-t-il un vieillissement réussi ? Comment différencier un état normal de pathologique chez une tranche de la population où les normes sont différentes du reste de la population ?(15)

Des développements précédents, nous pouvons donc conclure que le vieillissement commence tôt dans la vie et atteint l'ensemble de la personne. Il est souvent défini comme le déclin des fonctions physiologiques. Mais les conséquences cliniques ne sont visibles qu'à un certain niveau.

3.1. Une variabilité intra-individuelle

Le vieillissement est un processus continu et progressif soumis à diverses variations. Ces variations sont dues à des facteurs intrinsèques (la génétique par exemple) et des facteurs extrinsèques (exemple : variation de la concentration en vitamine D du fait de l'ensoleillement). L'évolution de ces différents facteurs au cours de la vie n'est pas standardisée. Les conséquences cliniques vont donc s'exprimer plus ou moins tard en fonction de la personne. Plus faibles seront les

évènements indésirables, meilleur sera le maintien des capacités physiques et mentales. C'est ainsi que la notion de « vieillissement réussi » est née, différenciant le normal du pathologique. Cette notion correspond au maintien des capacités, de la qualité de vie ainsi que de l'autonomie de la personne âgée le plus tard possible. Cette notion de « vieillir en bonne santé » fait intervenir la capacité d'adaptation aux changements.(16)

La variabilité intra-individuelle s'accroît avec l'âge et contribue à la variabilité interindividuelle.

3.2. Une variabilité interindividuelle

La multiplicité des différents phénomènes acquis depuis la naissance est la principale cause de variabilité (exemples : exercice physique, traumatismes, maladies, contexte social...).

Toutes ces variables font des personnes âgées un groupe hétérogène d'un point de vue médical. D'après l'étude de Speechley et Tinetti(17), trois catégories se distinguent au sein de ce groupe :

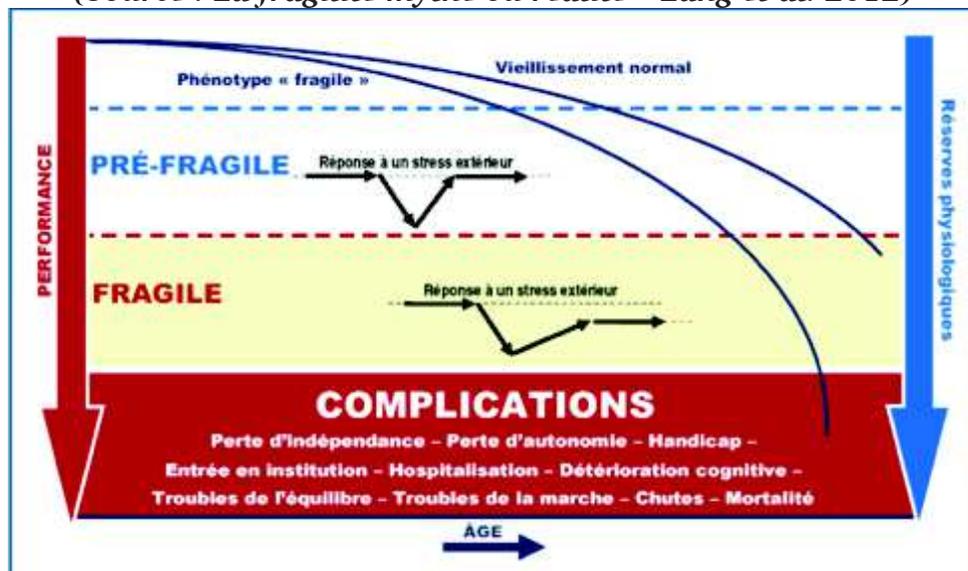
- Les personnes dites « robustes (ou vigoureuses) » : le vieillissement est qualifié de réussi, avec des atteintes minimales ou une absence d'atteinte des fonctions physiologiques. Elles ont conservé leur autonomie et un bon état de santé permettant la conservation des capacités fonctionnelles et décisionnelles.
- Les personnes âgées dites « dépendantes » avec des pathologies sévères et une altération profonde des fonctions physiologiques conduisant inéluctablement à cet état de dépendance.
- À l'intermédiaire entre ces deux catégories, on trouve les personnes âgées dites « fragiles » : c'est la catégorie intermédiaire entre l'autonomie et la dépendance, la capacité et l'incapacité, la santé et la vulnérabilité. Elles sont donc exposées au risque de basculer vers la dépendance et constituent aujourd'hui un véritable enjeu de santé publique.

L'augmentation de l'espérance de vie peut conduire à un allongement du nombre d'années vécues dans un état de dépendance. Afin d'éviter de se retrouver dans cette situation irréversible, il nous faut comprendre le concept qui aboutit à cet état : la fragilité.

3.3. Le concept de fragilité

Le concept de fragilité est à distinguer du terme utilisé dans la langue commune, on parle ici d'un syndrome clinique(18). La société française de gériatrie et de gérontologie (SFGG) définit la fragilité chez les personnes âgées vulnérables d'un point de vue médical et social. Les personnes considérées fragiles sont sujettes à un risque de déclin fonctionnel, de chutes, de fractures ou d'hospitalisations pouvant les conduire à la dépendance(19). Cet état est réversible à la différence de la dépendance. La prévalence des patients fragiles est estimée à 15 % en France(20).

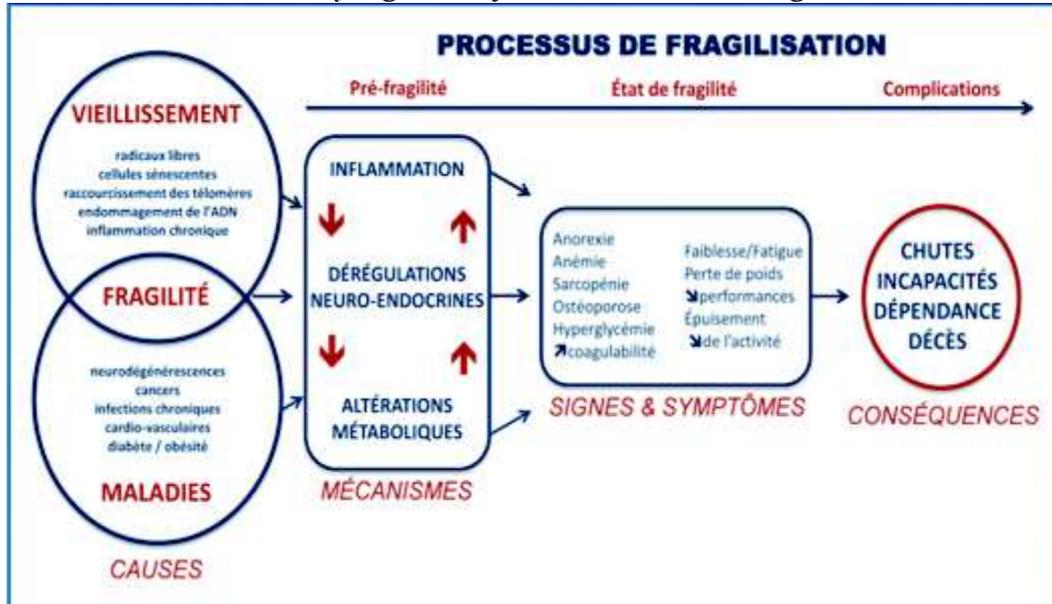
Figure 5 - Le développement de la fragilité
(Source : La fragilité mythe ou réalité – Lang et al. 2012)



La fragilité constitue un syndrome clinique instable, avec une incapacité de réponse adaptée à un stress psychologique, médical ou social. Le processus

conduisant au syndrome de fragilité met en jeu les relations entre comorbidités et le vieillissement.

Figure 6 - Processus de fragilisation
(Source : *La fragilité mythe ou réalité* - Lang. 2012)



Le phénomène de vieillissement, les comorbidités ou maladies sont prédictifs du syndrome de fragilité. Ces éléments conduisent ensuite au processus de fragilisation (Figure 6) qui mène aux complications de ce syndrome gériatrique. (21)

Nous avons abordé le phénomène de vieillissement, il nous faut maintenant nous intéresser aux pathologies de la personne âgée. Mais avant il nous faut faire un arrêt sur l'actualité récente de l'année 2020.

3.4. Impact du COVID-19² sur la personne âgée

La pandémie à Coronavirus en France est encore en cours mais elle a déjà un impact conséquent sur la population et particulièrement les personnes âgées.

² Pandémie d'une maladie infectieuse, appelée la maladie à coronavirus 2019 ou Covid-19, provoquée par le coronavirus SARS-CoV-2

Il est difficile de prévoir les répercussions au long terme sur les personnes âgées. Néanmoins la mortalité est un indicateur qui permet de souligner la fragilité des personnes âgées par rapport au reste de la population. L'INSEE a publié les données d'évolution des décès du 1^{er} mars au 30 avril 2020 rapportés aux décès cumulés du 1^{er} mars au 30 avril 2019 (Figure 7).

Figure 7 - Évolution des décès cumulés du 1^{er} mars au 30 avril 2020 rapportés aux décès cumulés du 1^{er} mars au 30 avril 2019 par sexe et âge
(Source : [https://insee.fr/fr/statistiques/4500439?sommaire=4487854#graphique-figure barre](https://insee.fr/fr/statistiques/4500439?sommaire=4487854#graphique-figure%20barres)s)



Pour les personnes âgées de 25 à 49 ans la mortalité est quasiment stable (+1 %). Le nombre de décès croît d'autant plus rapidement entre 2019 et 2020 que l'âge augmente :

- Entre 50 et 64 ans (+13%),
- Entre 65 et 74 ans (+22%),
- Entre 75 et 84 ans (+30%),
- Au-delà de 85 ans (+31%).

Ces données permettent de comprendre l'impact direct du SARS-CoV-2 sur cette catégorie de la population. Les personnes de 65 ans et plus possèdent un taux de mortalité supérieur au reste de la population. Le processus de fragilisation précédemment décrit s'illustre pleinement dans le contexte de la pandémie. Quelles seront les conséquences de la pandémie sur la prévalence de la fragilité chez les personnes âgées ?

4. La polypathologie

4.1. Définition

Il n'existe pas de consensus dans la définition du terme polypathologie. On le retrouve dans la littérature sous d'autres termes : polymorbidités, multimorbidités, multipathologies, pluripathologies, multiconditions en fonction de la langue utilisée et de la période.(22)

Tous ces termes sont utilisés dans un contexte définissant la présence de maladies chroniques multiples (au moins deux) chez une même personne sur une même période.

Le terme de polypathologie est souvent confondu avec le terme de comorbidité. Le terme de comorbidité ou mutimorbidité adopte le plus souvent une définition centrée sur une maladie index associée à des maladies concomitantes. Le terme polypathologie sera préféré car plus centré sur le patient, intégrant les interactions potentielles des maladies entre elles et avec le patient.(22–24)

D'après l'article R. 322-6 du Code de la Sécurité sociale, créé par décret n° 2008-1440 du 22 décembre 2008 publié au JO du 30 décembre 2008 ; « le terme « polypathologie » est employé lorsqu'un patient est atteint de plusieurs affections caractérisées, entraînant un état pathologique invalidant et nécessitant des soins continus d'une durée prévisible supérieure à six mois ».(25)

D'après l'OMS, les maladies chroniques correspondent à des problèmes de santé nécessitant une prise en charge sur le long terme comprenant : les maladies cardiovasculaires, le diabète, l'asthme, la broncho-pneumopathie chronique obstructive, le cancer, le virus de l'immunodéficience humaine (VIH), la dépression et les incapacités physiques. Toutes ces pathologies ont des conséquences au niveau social, psychologique et économique du malade.(26)

4.2. La prévalence de la polyopathie chez les personnes âgées en France

Avec l'âge, la fréquence et la prévalence des maladies augmentent. En 2008, l'Enquête Santé et Protection Sociale (ESPS) de l'Institut de Recherche et de Documentation en Économie de la Santé (IRDES) a permis de mettre en évidence la morbidité déclarée par tranche d'âge. (Tableau 2)(27)

*Tableau 2 - Nombre moyen de maladies déclarées par personne
(Source : Allonier et Dourgnon - Enquête sur la santé et la protection sociale)*

	Effectif brut	Nombre moyen de maladies (effectif pondéré)	Indice
Variables sociodémographiques			
Age de la personne			
Moins de 16 ans	3 305	0,8	
16 à 39 ans	4 673	1,7	
40 à 64 ans	5 631	3,4	
65 ans et plus	2 331	6,0	
Inconnu / refus	1		

Cette étude a permis de mettre en évidence que les personnes de 65 ans et plus souffrent d'un nombre moyen de 6 maladies. On note aussi que ce nombre est quasiment doublé passant de 3,4 maladies à 6 entre le groupe des 40 à 64 ans et les 65 ans et plus.

Parmi les pathologies qui vont entraîner un traitement médicamenteux chez la personne âgée, les plus courantes sont les pathologies cardiovasculaires avec l'hypertension artérielle notamment. On retrouve ensuite les pathologies de l'arthrose et les lombalgies. Les pathologies cancéreuses et les reflux œsophagiens sont aussi très présents. (**Tableau 3**)

*Tableau 3 - Prévalence des problèmes de santé par classe d'âge
(Source : Allonier et Dourgnon - Enquête sur la santé et la protection sociale)*

	Moins de 16 ans 3 305		16 à 39 ans 4 673		40 à 64 ans 5 631		65 ans et plus 2 331	
	Nb mal. brut	Mal/100 pers.	Nb mal. brut	Mal/100 pers.	Nb mal. brut	Mal/100 pers.	Nb mal. brut	Mal/100 pers.
Hypertension artérielle	1	0,0	78	1,6	989	18,2	1 165	50,8
Angine de poitrine	1	0,0	6	0,1	48	0,9	158	6,9
Infarctus du myocarde			1	0,0	67	1,2	90	3,8
Trouble du rythme cardiaque	7	0,2	49	1,0	224	4,2	383	16,8
Accident vasculaire cérébral avec ou sans séquelles	1	0,0	8	0,1	62	1,1	96	4,0
Artérite des membres inférieurs (maladies des artères)	1	0,0	2	0,0	65	1,2	87	3,9
Varices			183	3,8	548	9,8	394	17,6
Hémorroïdes	2	0,1	209	4,5	494	8,7	205	8,6
Autres maladies cardio-vasculaires	5	0,1	70	1,5	356	6,5	472	20,5
Cancers	5	0,1	20	0,5	222	4,2	275	11,7
Tumeurs bénignes	4	0,1	23	0,5	60	1,1	31	1,3
Bronchite chronique, emphysème, BPCO	24	0,7	42	0,9	113	2,1	143	6,3
Insuffisance respiratoire	8	0,3	9	0,2	78	1,4	115	5,1
Asthme	182	5,3	269	5,8	244	4,4	105	4,5
Autres maladies respiratoires	34	1,0	34	0,8	61	1,1	41	1,9
Rhinite allergique (rhume des foins)	172	5,2	510	11,2	472	8,5	178	7,6
Autres maladies de l'oreille	14	0,4	18	0,4	61	1,1	34	1,5
Problème d'audition	33	1,0	67	1,4	294	5,3	366	15,6
Glaucome			11	0,2	101	2,0	116	5,0
Cataracte	1	0,0	8	0,2	85	1,6	360	16,1
Strabisme	61	1,8	85	1,7	62	1,1	18	0,9
Troubles de la vue	749	22,6	2 069	45	4 563	82,5	2 113	91,7
Autres maladies ou problèmes oculaires	30	0,9	77	1,8	162	2,9	179	8,3
Maladies concernant la bouche, les dents et les gencives	118	3,6	545	11,8	1 045	19,2	325	13,8
Ulcère de l'estomac ou du duodénum			55	1,2	173	3,2	105	4,5
Reflux oesophagien (reflux acide)	32	1,0	187	4,1	550	10,0	290	12,2
Douleurs intestinales chroniques, colite, diarrhée chronique	32	1,0	220	4,9	378	6,9	191	8,4
Autres problèmes digestifs	33	1,0	82	1,8	235	4,4	272	12,5
Cirrhose du foie			2	0,1	17	0,3	14	0,6
Hépatites chroniques virales	2	0,1	15	0,3	46	0,9	24	1,0
Autres maladies du foie	2	0,1	11	0,3	22	0,4	11	0,6
Lombalgie (mal de rein), sciatique, lumbago	6	0,2	358	7,8	1 188	21,1	489	20,7
Arthrose du genou	3	0,1	67	1,5	514	9,5	591	26,7
Arthrose de la hanche			19	0,4	221	4,1	353	15,6
Arthrose, autre localisation	5	0,2	72	1,6	571	10,6	443	20,0
Scoliose	21	0,7	223	4,8	237	4,3	104	4,4
Ostéoporose			3	0,1	152	3,0	270	12,6
Polyarthrite rhumatoïde	1	0,0	8	0,1	79	1,5	69	3,2
Spondylartrite ankylosante			14	0,3	26	0,5	13	0,5
Autres maladies concernant les os et les articulations	54	1,7	251	5,5	676	11,9	259	11,4

4.3. Conséquences

Une augmentation des maladies intercurrentes entraîne une augmentation de la consommation médicamenteuse : une polymédication.

Un lien a été établi entre la polypathologie, l'incapacité fonctionnelle, la mauvaise qualité de vie et la dépression. Le lien avec l'augmentation de la mortalité n'est toutefois pas certain, et l'on note différents résultats selon des études.

Certaines situations peuvent aboutir à une surconsommation médicamenteuse et le rapport bénéfice/risque peut être remis en question.(28)

5. La polymédication

5.1. Définition

Elle est définie par l'OMS comme l'administration de nombreux médicaments de façon simultanée ou par l'administration d'un nombre excessif de médicaments.(29)

Dans les années 2000, 35 % des médicaments sont consommés par les personnes de plus de 65 ans.(30)

On qualifie la polymédication d'appropriée si elle respecte les recommandations dans une situation de polypathologie ou dans une situation médicale complexe. Toutefois si les prescriptions sont inappropriées ou qu'aucun bénéfice attendu n'est obtenu, alors elles deviennent néfastes.

5.2. Différents types de polymédications

La polymédication peut être classée dans différentes catégories selon les indicateurs d'après une étude de l'IRDES. La polymédication peut être simultanée, cumulative ou continue.(31)

5.2.1. Polymédication simultanée

Elle mesure les conditions temporelles de la prise. Ce sont les médicaments administrés en même temps un jour donné. Cette première notion introduit implicitement l'excès de médicaments. Celui-ci peut définir un mésusage et donc une administration dont les indications sont discutables et dont la clinique ne suffit pas à les justifier. On qualifiera alors la polymédication « d'appropriée » ou « d'inappropriée ». Cette première classification permet de mettre en évidence : la complexité des schémas posologiques, le risque d'interactions médicamenteuses, la survenue d'épisodes de polymédication, leur fréquence et durée.

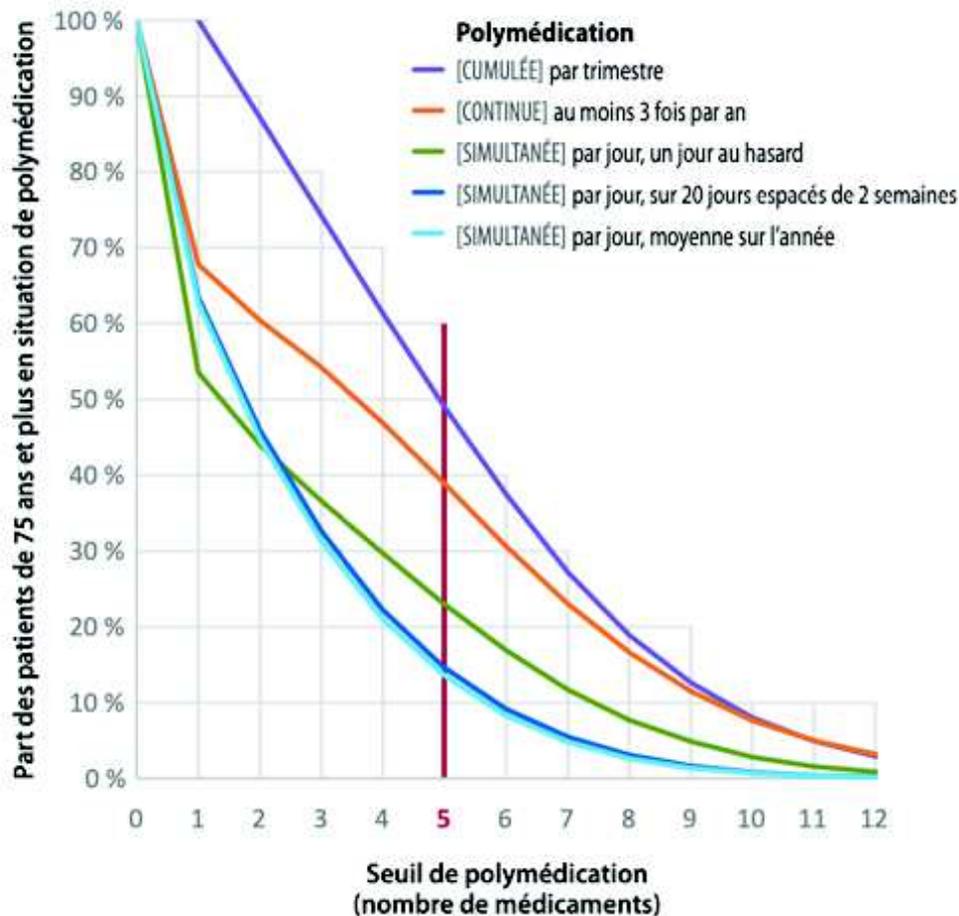
5.2.2. Polymédication cumulative

Elle est appelée également polymédication multiple. C'est la quantité totale de médicaments administrés sur une période donnée (en général 3 mois). Temps nécessaire pour la prise en compte de 95 % des traitements et tenir compte des renouvellements. Il permet d'avoir une vision globale du coût de prescription et une estimation du cumul des effets indésirables car tous les traitements sont présents.

5.2.3. Polymédication continue

Elle s'apparente à la polymédication cumulative mais concerne les traitements pris de façon prolongée et régulière. Elle comprend uniquement les médicaments présents sur deux périodes de temps espacées. Elle permet de mettre en évidence les prescriptions répétées durant l'année.

Figure 8 - Part des patients de 75 ans et plus en situation de polymédication en fonction du seuil de médicaments et de l'indicateur
 (Source : <https://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/204-la-polymedication-definitions-mesures-et-enjeux.pdf>)



Lecture : Au seuil de 5 médicaments, 39 % des patients de 75 ans et plus sont à considérer en situation de polymédication avec l'indicateur « Délivré au moins trois fois par an » ; les deux courbes « Moyenne sur l'année » et « 20 jours espacés de 2 semaines » sont superposées sur le graphique.

Il n'existe pas de seuil officiel pour définir ces différents types de polymédications. L'utilisation la plus fréquente de 5 médicaments ou plus est la plus souvent constatée (**Figure 8**) et se justifie par la croissance linéaire du risque d'effets indésirables avec le nombre de médicaments.

5.3. La prévalence de la polymédication

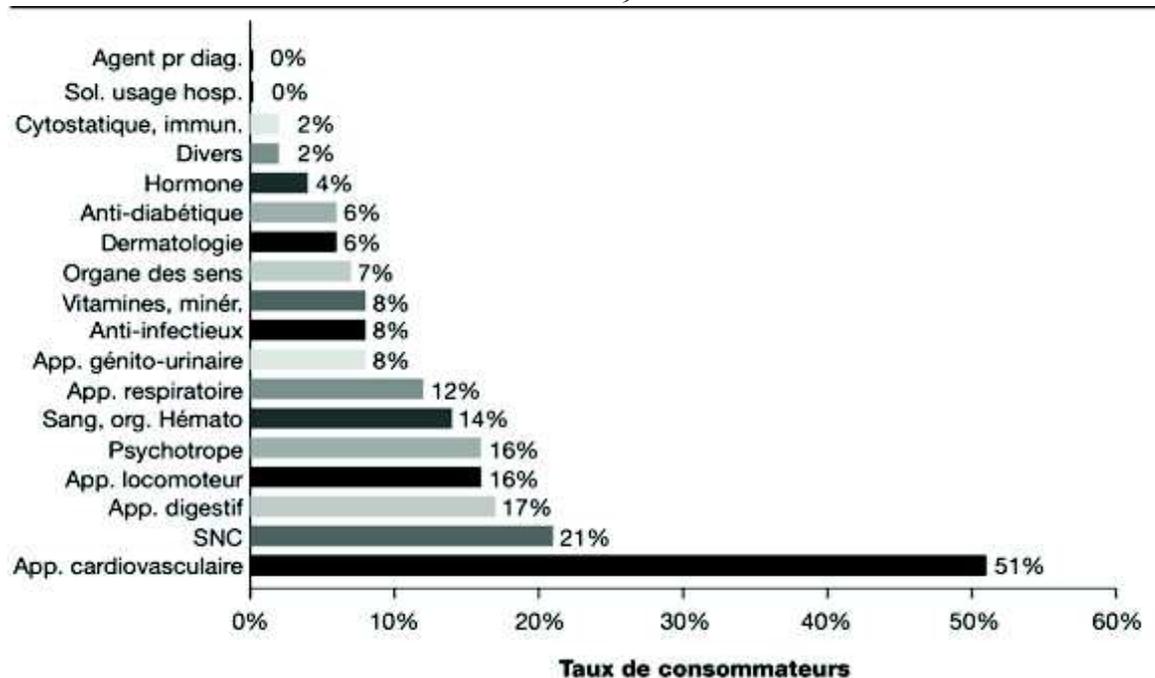
Une étude récente réalisée en France montre que 42,9 % des plus de 65 ans sont en situation de polymédication, dont 27,4 % en situation de polymédication excessive.(32)

L'IRDES montrait quant à elle que la polymédication variait de 14 à 49% en fonction des différents indicateurs. L'analyse des données a été effectuée en prenant un seuil de polymédication à 5 médicaments et plus. La prévalence de la polymédication varie en fonction des indicateurs utilisés :(29)

- Polymédication simultanée : 14 à 23 % des patients de 75 ans et plus : 14 % des patients âgés dont les prescriptions ont été analysées par l'IRDES sont polymédiqués en utilisant l'indicateur simultané "Un jour moyen" ou "20 jours espacés de 2 semaines". Ce chiffre monte à 23 % en utilisant l'indicateur simultané "Un jour au hasard".
- Polymédication cumulative (indicateur "Trimestre") : 49 % des patients âgés de plus de 75 ans.
- Polymédication continue (indicateur "Prescrits au moins 3 fois dans l'année") : 39 % des patients de plus de 75 ans.

La polymédication par indicateurs permet de comprendre le type de polymédication mais ne nous informe pas sur les classes thérapeutiques majoritairement prescrites. La **Figure 9** issue d'une étude de gérontologie sur la consommation et la prescription chez la personne âgée par Auvray L. et Sermet C., nous permet d'apprécier les classes thérapeutiques les plus fréquentes chez la personne âgée.

Figure 9 – Taux de consommation selon la classe thérapeutique chez les personnes de plus de 65 ans et plus
 (Source : <https://www.cairn.info/revue-gerontologie-et-societe1-2002-4-page-13.htm>)



Ce graphique nous montre les différentes classes pharmaceutiques les plus fréquemment retrouvées dans les prescriptions des personnes âgées. C'est un élément essentiel car prédictif des différents effets indésirables que l'on pourrait retrouver chez la personne âgée. Les médicaments ciblant le système cardiovasculaire sont en tête de la consommation pharmaceutique des personnes âgées. Les médicaments du système nerveux central sont en deuxième ligne. (33)

5.4. Conséquences

Les personnes âgées représentent plus de 85 % des consommateurs en pharmacie pour les médicaments prescrits et non prescrits. Ce taux montre l'importance que revêt ce groupe de la population dans la consommation de médicaments. (34)

La polymédication constitue un facteur prédictif de la durée de séjour hospitalier, de la mortalité ainsi que de la réadmission hospitalière. Des problèmes d'observance peuvent être constatés si le schéma d'administration s'avère trop complexe. La polymédication augmente donc le risque de prescription potentiellement inappropriée avec de surcroît un risque d'apparition d'effets secondaires. Elle entraîne par ailleurs un surcoût du fait d'une consommation inutile, dangereuse ou inappropriée et peut-être source d'hospitalisations générées par les accidents iatrogéniques. Enfin elle peut être source d'une escalade thérapeutique, conséquence des effets indésirables ainsi qu'un manque d'efficacité des soins.

6. Iatrogénie médicamenteuse

6.1. Définition

Le terme « iatrogénie » provient du grec iatros = médecin et génos = origine, soit une cause « qui est provoquée par le médecin ».

La iatrogénie recouvre la pathologie ou toute manifestation clinique indésirable pour le patient induite par l'administration d'un ou plusieurs médicaments.

L'OMS définit un effet indésirable médicamenteux comme une réaction nocive et non voulue, se produisant aux posologies normalement utilisées chez l'homme pour la prophylaxie, le diagnostic ou le traitement d'une maladie ou la modification d'une fonction physiologique.(35) En 2000, l'OMS complète cette définition par toute réaction résultant d'un :

- Mésusage
- Usage abusif
- Syndrome de sevrage
- Pharmacodépendance

- Erreur médicamenteuse
- Inefficacité thérapeutique
- Effet sur le produit de conception
- Produit défectueux ou de mauvaise qualité

La polymédication des personnes âgées a pour conséquence un plus grand risque de iatrogénie chez ce groupe de population.(36)

6.2. Nature de la iatrogénie

La iatrogénie peut être liée au médecin prescripteur avec notamment des prescriptions potentiellement inappropriées, à la mauvaise observance par le patient utilisateur ou à une erreur dans le circuit de distribution du médicament, à l'hôpital ou en pharmacie de ville.

Toujours d'après l'ESPS, qui a établi une liste des 30 médicaments les plus prescrits.(34) Il a été mis en évidence 3 types de prescriptions inadéquates :

- L'excès de traitements « overuse » : prescription de médicaments inutiles ou non nécessaires aux soins du patient. Cette catégorie correspond aux médicaments ayant un Service Médical Rendu (SMR) insuffisant. Il correspond à 40 % des ordonnances pour les 80 ans et plus dans une étude de l'IRDES de 2001 et 10 % chez les 60 ans et plus.
- Les prescriptions inappropriées « misuse » : prescription avec un rapport bénéfice/risque non favorable au malade. Le taux de médicament inapproprié est de 21,7 % selon la Haute Autorité de Santé (HAS).
- Les prescriptions insuffisantes « underuse » : terme récemment introduit en France (2005). Il définit l'absence de traitement efficace instauré chez le patient ayant une pathologie pour laquelle il existe un ou plusieurs traitements efficaces. Il est difficile d'avoir des statistiques concernant cette catégorie car ne pouvant être réellement évaluée.

6.3. Principaux facteurs de risque(37)

6.3.1. *Liés à l'âge*

Le vieillissement de l'organisme s'accompagne de modifications biologiques dont les paramètres pharmacocinétiques et pharmacodynamiques vont influencer les effets du médicament.(38)

6.3.2. *Les modifications pharmacocinétiques(38)*

6.3.2.1. La biodisponibilité

A partir d'un certain âge on note la présence d'une hypochlorhydrie gastrique, d'un ralentissement de la vidange gastrique, d'une modification de la motilité intestinale et d'une diminution du flux sanguin splanchnique entraînant une diminution de la résorption digestive. Tous ces phénomènes induisent une modification de la biodisponibilité, qui dans certains cas peut être augmentée ou diminuée par rapport à la biodisponibilité dans la population classique.

La résorption parentérale est aussi atteinte et diminuée avec une diminution de la perfusion régionale atteignant les voies intramusculaires et sous-cutanées. Cependant la voie intraveineuse demeure inchangée. Les conséquences du vieillissement cutané sur la modification de l'absorption percutanée ne sont pas clairement démontrées.

6.3.2.2. La distribution

Lors du processus de vieillissement, la masse maigre diminue et la masse grasseuse augmente de 30 à 50 %. Il en résulte une augmentation du volume de distribution et de la demi-vie des médicaments liposolubles, augmentant les risques d'accumulation et de relargage spontané.

Une diminution du volume de distribution est engendrée par la diminution de la quantité d'eau totale de l'organisme. Ce changement a pour conséquence un risque de surdosage des médicaments hydrosolubles.

Un risque d'hypoalbuminémie liée à une dénutrition fréquente des personnes âgées ce qui a pour conséquence de diminuer la fixation des médicaments fortement liés à l'albumine et d'augmenter leur fraction libre active avec un potentiel de toxicité augmenté.

6.3.2.3. Le métabolisme hépatique

Les modifications hépatiques au cours du processus de vieillissement ne sont pas homogènes et de ce fait difficile à prédire. La masse hépatique et le débit sanguin hépatique diminuent avec l'âge. Ce débit peut ainsi être un facteur limitant intervenant dans le métabolisme des médicaments à extraction rapide (effet de premier passage hépatique diminué).

6.3.2.4. L'élimination rénale

Le flux sanguin rénal est lui aussi diminué et par conséquent diminue également la sécrétion et la réabsorption tubulaire ainsi que la filtration glomérulaire. La conséquence est une accumulation des médicaments à élimination rénale par augmentation de leur demi-vie et de la clairance plasmatique du médicament.

Le vieillissement s'accompagne souvent d'une perte de masse musculaire qui élève la créatinine, qui s'avère donc souvent normale et ne préjuge donc plus de la fonction rénale. Les calculs de clairance doivent par conséquent être adaptés individuellement.

Ces modifications physiologiques engendrent une adaptation presque individuelle, une prise en compte de l'individu dans sa personne et de façon globale. La nécessité de diminuer les posologies ou d'espacer le rythme

d'administration, en particulier pour les médicaments à marge thérapeutique étroite. Débuter le traitement à faible posologie puis augmenter progressivement le dosage est une recommandation nécessaire si la situation le permet.

6.3.3. *Les modifications pharmacodynamiques*

Les changements organiques précédemment cités engendrent également des modifications au niveau cellulaire. La sensibilité à certains traitements s'en trouve touchée par une altération des récepteurs ou une modification au niveau post-récepteur. Les systèmes de régulation deviennent eux-aussi moins efficaces. Ces modifications n'entraînent pas nécessairement de répercussions cliniques, mais peuvent dans certains cas provoquer des effets indésirables ou une inefficacité thérapeutique. (38)

Toutes ces modifications entraînent une variabilité de la réponse médicamenteuse ainsi qu'une adaptation de la prise en charge.

6.3.4. *Lien entre la polypathologie et polymédication*

Nous avons vu précédemment que la polypathologie induisait une polymédication. Ces deux facteurs ont pour effet de majorer les risques d'interactions néfastes et potentiellement de générer des effets médicamenteux indésirables.

D'après l'étude menée par l'institut français des seniors, une mauvaise observance est constatée pour 19 % d'entre eux qui oublient de prendre leur traitement, 16 % arrêtent leur traitement par eux-mêmes et 2 % qui se trompent de dose ou confondent leurs doses. (39)

6.3.5. *Liés aux médicaments*

Les interactions médicamenteuses inhérentes à la polymédication peuvent être néfastes. Ils peuvent aussi aboutir à l'accumulation des effets indésirables. (40)

Parmi les interactions possibles nous citerons :

- L'association de plusieurs psychotropes (Prozac®, Effexor®, Xanax®...) ou de psychotropes et d'antihypertenseurs (Renitec®, Coversyl®) qui augmentent le risque de chute ;
- L'association d'anti-vitamine K (Previscan®...) et d'anti-inflammatoires non stéroïdiens (Advil®, Naproxène®...) pouvant provoquer des accidents hémorragiques.

Les traitements à marge thérapeutique étroite, qui en cas d'oubli de prise ou de prise réitérée précocement peuvent aboutir respectivement à un sous-dosage ou un surdosage. C'est le cas notamment pour les anticoagulants comme le Previscan® par exemple pouvant provoquer des thromboses en cas de sous-dosage et des hémorragies en cas de surdosage.

Aux médicaments sur ordonnance s'ajoute l'automédication. C'est un phénomène non négligeable. Toujours d'après l'enquête de l'institut français des seniors, 63 % des personnes interrogées ont recours à l'automédication.(39) Cette automédication peut-être source d'interaction avec le traitement sur prescription.

6.3.6. Liés à la prescription médicale

6.3.6.1. La multiplication des intervenants

Un sondage sur « la perception de la consommation des médicaments par les seniors » montre que 50 % des plus de 75 ans consultent un spécialiste en plus de leur généraliste. En premier lieu, un cardiologue ou un ophtalmologue. Cette multiplicité des intervenants peut induire un manque de coordination des prescripteurs qui peuvent s'ignorer mutuellement ou n'avoir la vision de la situation clinique que du point de vue de leur spécialité.(41)

6.3.6.2. Les prescriptions inappropriées

Les prescriptions potentiellement inappropriées correspondent à des médicaments pour lesquels le bénéfice attendu est inférieur au risque de survenue d'effet indésirable.(42) Ce phénomène est particulièrement explicite lorsqu'une alternative thérapeutique plus sûre ou plus efficace existe. Selon une étude récente de 2011 menée sur des personnes âgées dans toute la France, 30 % ont utilisé un médicament issu d'une liste de prescription médicale inappropriée.(43)

6.4. Conséquences

Les personnes âgées sont particulièrement exposées aux effets indésirables médicamenteux. Ils sont deux fois plus fréquents en moyenne après 65 ans. Ils conduisent à 10 à 20 % des hospitalisations chez les plus de 65 ans et à 30 % des hospitalisations chez les plus de 80 ans.

Les effets indésirables médicamenteux engendrent environ 10 000 décès, dont 7500 chez les plus de 65 ans. Ils représentent plus de 130 000 hospitalisations et près de 1,3 millions de journées d'hospitalisations.(44) Selon les études, on considère que 45 à 70 % de ces séjours sont évitables.(45)

Les accidents iatrogéniques représentent l'une des principales causes d'hospitalisation, de perte d'autonomie, d'entrée en institution et d'altération de la qualité de vie. Les aspects économique, financier et humain qu'elle représente sont donc non négligeables.

C'est un enjeu majeur pour la santé publique et d'avantage encore pour les personnes âgées elles-mêmes. Les organismes de santé et politique tendent à développer des solutions pour parvenir à réduire les impacts de ces événements iatrogéniques d'origine médicamenteuse et ainsi réduire les hospitalisations et leurs coûts. Le centre de cet enjeu est tourné vers le bon usage du médicament et ils concernent tous les intervenants de santé.

Partie 2 : Le bilan partagé de médication

La société est soumise à des changements majeurs, le système de santé doit s'adapter à la situation actuelle et future afin de subvenir aux besoins de la population vieillissante.

Le défi principal réside dans l'amélioration de la qualité de prise en charge et la sécurité des prescriptions médicamenteuses chez la personne âgée. Une optimisation du suivi par la communication et l'harmonisation des différents acteurs de santé, notamment entre hôpital et ville est essentielle pour parvenir à cet objectif.

La loi Hôpital Patient Santé et Territoire (HPST) de 2009 a permis de donner le cadre pour construire la première convention nationale des pharmaciens d'officine. Elle a permis la création de nouvelles missions comme les entretiens pharmaceutiques et le bilan partagé de médication. Le pharmacien s'est vu attribuer une nouvelle place au cœur du système de santé dans le cadre de la loi HPST.

Nous avons vu dans la première partie le phénomène de vieillissement ainsi que toutes ses problématiques. La prise en charge doit évoluer pour prendre en compte les nouveaux critères spécifiques de ce groupe de la population. Les enjeux pour le système de santé sont doubles, d'une part améliorer la qualité de vie chez les personnes âgées et d'autre part limiter les coûts d'hospitalisation liés aux accidents iatrogéniques. Diverses études ont mis en évidence que 27,6 % des accidents iatrogéniques sont considérés comme étant évitables. Chez la personne âgée, 16,6 % des hospitalisations sont d'origine médicamenteuse. Il apparaît comme une évidence que le pharmacien, expert du médicament, à un rôle à jouer dans la prévention de ces événements.(46)

Nous verrons dans cette deuxième partie comment se définit le bilan partagé de médication. Nous reviendrons ensuite aux origines de celui-ci, il nous

faudra aborder les éléments de la loi HPST qui ont permis d'aboutir à la publication d'une nouvelle convention nationale pour les pharmaciens d'officine. Pour conclure, nous détaillerons les objectifs de cette nouvelle mission ainsi que les principales étapes de sa réalisation.

1. Définition

Selon la HAS le Bilan Partagé de Médication (BPM) est « une analyse critique structurée des médicaments du patient par le pharmacien dans l'objectif d'établir un consensus avec le patient concernant son traitement ».(47)

D'après la Pharmaceutical Care Network Europe (PCNE) le bilan partagé de médication se définit comme une évaluation structurée des médicaments des patients dans le but d'optimiser l'utilisation des médicaments et d'améliorer les résultats pour la santé. Il permet la détection des problèmes liés aux médicaments et de recommander des interventions auprès du médecin traitant si nécessaire.(48)

Les définitions suivantes nous informent sur la notion d'analyse pharmaceutique, qui est au centre de cette mission. Le pharmacien est par définition le spécialiste des médicaments et ainsi il est le mieux placé pour analyser une prescription médicale. Mais à quoi correspond cette analyse ?

D'après la Société Française de Pharmacie Clinique (SFPC), l'analyse pharmaceutique repose sur différents aspects : historique médicamenteuse, physiopathologie, paramètres biologiques, objectifs thérapeutiques, observance, situation personnelle et sociale du patient.(49)

Avant de voir quelles sont les modalités de réalisation du BPM, il nous faut comprendre quelle est son origine. Nous verrons quels sont les outils apportés par la loi HPST qui ont permis aux pharmaciens de redevenir ou revenir au centre du parcours de soin.

2. Les origines du Bilan Partagé de Médication

2.1. Loi HPST : Hôpital Patient Santé Territoire

La loi n°2009-879 portant le nom de « réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires » a été promulguée le 21 juillet 2009 et publiée au Journal Officiel le 22 juillet 2009. Elle comporte 135 articles répartis en quatre titres.(50)

Les objectifs de cette loi sont la réorganisation et la modernisation de l'ensemble du système de santé. Elle comprend 4 titres :

- Titre 1 : « Modernisation des établissements de santé » ;
- Titre 2 : « Accès de tous à des soins de qualité » ;
- Titre 3 : « Prévention et santé publique » ;
- Titre 4 : « Organisation territoriale du système de soins ».

Elle a pour but la réorganisation territoriale des politiques de santé permettant les actions de premier et second recours ainsi que les actions de préventions et les prises en charge médico-sociales. Cette nouvelle organisation permet une continuité dans la prise en charge du patient.

Nous verrons ci-dessous les principaux axes que comportent cette loi qui seront les fondations d'une nouvelle convention nationale et des nouvelles missions du pharmacien avec notamment ce qui deviendra plus tard le bilan partagé de médication.

Les titres 1 et 4 ne seront pas détaillés car ils n'apportent pas d'informations essentielles concernant le BPM.

2.2. Titre 2 : Accès de tous à des soins de qualité

L'article L. 5125-1-1 A énonce les missions du pharmacien d'officine. Dans ce contexte, la profession de pharmacien d'officine se voit attribuer de nouvelles missions.

- Contribution aux soins de premiers recours ;
- Participation à la coopération entre professionnels de santé ;
- Participation au service de permanence des soins ;
- Participation aux actions de veille et de protection sanitaire organisées par les actions de santé ;
- Facultative : participation possible à l'éducation thérapeutique et aux actions d'accompagnement du patient ;
- Facultative : fonction de pharmacien référent pour les établissements ayant souscrit la convention pluriannuelle des établissements accueillant les personnes âgées ou apportant une assistance à domicile ;
- Facultative : rôle de pharmacien correspondant au sein de l'équipe de soin (renouvellements des traitements chroniques...) ;
- Facultative : proposition des conseils et prestations destinés à favoriser l'amélioration ou le maintien de l'état de santé des personnes.

L'article L. 1411-11 définit « l'accès aux soins de premier recours ainsi que la prise en charge continue des malades sont définis dans le respect des exigences de proximité, qui s'apprécie en termes de distance et de temps de parcours, de qualité et de sécurité. [...] ».

Les soins de premier recours sont définis comme étant :

- La prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des patients ;
- La dispensation et l'administration des médicaments, produits et dispositifs médicaux, le conseil pharmaceutique ;
- L'orientation dans le système de soins et le secteur médico-social ;

- L'éducation pour la santé.

2.3. Titre 3 : Prévention et santé publique

Il a pour objectif de favoriser le développement de comportements favorables à la santé. Il comprend un ensemble de mesures visant à éviter ou réduire le nombre et la gravité des maladies, des accidents et des handicaps.

Un élément important pour les pharmaciens dans ce titre est l'éducation thérapeutique. Elle s'inscrit dans le parcours de soins du patient, elle a pour objectif de rendre le patient plus autonome et permet de faciliter l'adhésion aux traitements prescrits et ainsi d'améliorer sa qualité de vie.

Cette loi a permis d'améliorer la cohérence du parcours de soin et son organisation sur le territoire. Elle a aussi élargi et valorisé les missions du pharmacien d'officine avec notamment sa contribution aux soins de premier recours, la coopération entre professionnels de santé, la mission de permanence des soins, la prévention, la participation à l'éducation thérapeutique et l'accompagnement du patient.

3. La convention nationale

La convention nationale est un texte négocié entre l'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie (UNCAM) et les 3 différents syndicats représentant les pharmaciens : la Fédération des Syndicats Pharmaceutiques de France (FSPF), l'Union des Syndicats de Pharmaciens d'Officine (USPO) et l'Union Nationale des Pharmacies de France (UNPF).(51)

La loi HPST a permis l'élargissement du cadre des missions du pharmacien d'officine tout en renforçant son statut et son rôle dans le parcours de soins du patient. La convention nationale viendra définir les rapports entre pharmaciens d'officine et l'assurance maladie ainsi que les objectifs principaux.

La nouvelle convention est conclue et signée le 4 avril 2012. La convention est publiée au Journal officiel du 6 mai 2012, la convention est entrée en vigueur le 7 mai 2012. L'Union nationale des organismes complémentaires d'assurance maladie a également fait part de son adhésion à la convention le 16 mai 2012.

Cette reconnaissance du rôle du pharmacien se traduit par la création de modes de rémunération diversifiés portant notamment sur des engagements individualisés de qualité, d'efficacité et de modernisation.

Les principaux objectifs fixés par la convention nationale sont :

- L'optimisation de la qualité de dispensation : avec notamment l'accompagnement des patients sous anticoagulants et asthmatiques.
- L'efficacité de la prescription : il a pour objectif le développement des génériques.
- La modernisation des officines : la mise en place de solutions numériques avec la dématérialisation de la facturation et des pièces justificatives et le développement des téléservices.
- La création d'un honoraire de dispensation.
- Garantir l'accès aux soins des patients avec la revalorisation de la permanence pharmaceutique et l'optimisation du maillage territorial officinal.

Selon l'article 10.2. de la convention nationale :

« L'entretien pharmaceutique constitue l'un des principaux moyens permettant aux pharmaciens d'assurer la prise en charge personnalisée et optimale du patient.

L'entretien doit notamment permettre : de renforcer les rôles de conseil, d'éducation et de prévention du pharmacien auprès des patients ; de valoriser l'expertise du pharmacien sur le médicament ; d'évaluer la connaissance par le

patient de son traitement ; de rechercher l'adhésion thérapeutique du patient et l'aider à s'approprier son traitement ; d'évaluer, à terme, l'appropriation par le patient de son traitement. »

Plusieurs avenants viendront compléter et préciser les objectifs de la convention nationale ainsi que leurs applications.

L'avenant 1 définit les modalités de mise en œuvre et de réalisation des entretiens pharmaceutiques des patients sous traitement chronique par anti-vitamine K.

L'avenant 4 définit à son tour les modalités des entretiens pharmaceutiques concernant les patients asthmatiques.

4. L'avenant 11 et 12

4.1. L'avenant 11

L'avenant 11 parait au Journal Officiel le 16 décembre 2017, il vient compléter les objectifs de la convention nationale. Nous parlerons uniquement des notions de l'avenant qui concernent l'entretien pharmaceutique qui nous amènent au bilan partagé de médication.

Cet avenant effectue une refonte des dispositifs d'accompagnement et un élargissement des populations visées par l'entretien pharmaceutique. Le bilan de médication est alors créé. Il est défini comme « un nouveau dispositif d'accompagnement des patients de plus de 65 ans souffrant de pathologies chroniques ou de plus de 75 ans, et portera sur la mise en place d'un bilan de médication pour les patients âgés polymédiqués ».

L'objectif fixé est la lutte du risque iatrogénique induit par les polyopathologies qui ont une polymédication souvent associée. (52)

4.2. L'avenant 12

Publié au Journal officiel le 16 mars 2018, il entre en vigueur le 17 mars 2018. Avec cet avenant le terme « bilan partagé de médication » est introduit et vient remplacer le « bilan de médication » jusqu'ici utilisé pour les entretiens avec les personnes âgées. Le terme « partagé » correspond à la notion de coopération entre le médecin et le pharmacien.

Cet avenant vient fixer les modalités de mise en œuvre du bilan partagé de médication. Les détails de l'accompagnement du patient y sont donc précisés, les voici :

- Posologie, y compris posologie maximale pour les posologies non précisées
- La durée du traitement
- Les précautions d'emploi
- Les informations de bon usage des médicaments et des dispositifs médicaux
- Les informations nécessaires lors de la substitution d'un médicament générique à un princeps
- Les éventuelles précautions particulières à prendre ainsi que tout renseignement utile à la bonne compréhension du traitement par le patient
- Les analyses biologiques indispensables à l'initiation, à la surveillance et à la poursuite de certains traitements

Comme le définit la convention nationale dans l'article 10-2, l'entretien pharmaceutique est un des principaux moyens pour le pharmacien d'assurer la prise en charge personnalisée et optimale du patient. Il doit permettre :

- De renforcer les rôles de conseil, d'éducation et de prévention du pharmacien.
- Valoriser l'expertise du pharmacien sur le médicament.

- Évaluer la connaissance par le patient de son traitement.
- Rechercher l'adhésion thérapeutique du patient et l'aider à s'approprier son traitement.
- Évaluer l'appropriation par le patient de son traitement.

Les besoins du bilan partagé de médication sont clairs et l'objectif est l'amélioration de la qualité de vie des personnes âgées. L'avenant 11 fixe les principes de cet entretien pharmaceutique et l'avenant 12 vient définir les modalités de mise en œuvre.(46)

5. La population cible

D'après l'article 28.5.3.2. de l'avenant 12, « les patients éligibles au BPM sont les patients de 65 ans et plus avec au moins une affection longue durée et les patients de 75 ans et plus, sous traitement pour lesquels cinq molécules ou principes actifs sont prescrits pour une durée consécutive de traitement supérieure ou égale à 6 mois. »(46)

L'avenant 19 à la convention nationale vient élargir le BPM aux patients de 65 ans et plus polymédiqués, soit un traitement de cinq molécules avec une durée supérieure ou égale à 6 mois de traitement. Cet avenant vient ajouter de manière expérimentale les personnes âgées vivant en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) au dispositif pour une durée de deux ans.

Les personnes composant ce groupe de la population sont les plus exposées aux risques iatrogéniques comme nous l'avons vu dans la première partie.

6. Objectifs

On peut définir plusieurs objectifs en fonction du point de vue de chaque acteur du bilan partagé de médication. Il y a tout d'abord des intérêts pour le

patient, les professionnels de santé (pharmaciens, médecins), et le système de santé.

Nous l'avons vu, l'objectif principal est d'améliorer la qualité de prescription et la sécurité de prescription chez la personne âgée. Nous avons donc deux intervenants qui bénéficient du bilan partagé de médication : le patient et le professionnel de santé.

6.1. Pour le patient

L'examen approfondi de l'ordonnance, de l'automédication, la recherche d'effets indésirables lors de l'entretien recueil et la recherche d'interactions lors de l'analyse du traitement permettent une diminution du risque iatrogénique. La mise en évidence de prescriptions médicales inappropriées ainsi que l'overuse, misuse et éventuellement l'underuse sont les principaux objectifs et bénéfices du patient.

La transmission d'informations et l'échange entre pharmacien et médecin permettent une amélioration de la prise en charge globale du patient. Avec une prise en compte dans sa globalité et sous différents aspects, le patient bénéficie d'une prise en charge complète grâce à l'expertise du pharmacien et son savoir pharmacologique ainsi qu'à l'expertise clinique du médecin. Nous notons également un temps d'écoute plus long permettant la recherche et la détection d'une méconnaissance du traitement ou d'une mauvaise adhésion aux traitements.

L'entretien conseil apporte des réponses aux interrogations du patient, il permet d'améliorer sa compréhension du traitement et de sa maladie. Cela participe à une bonne observance et à une meilleure acceptation de la maladie.(53)

Les entretiens de suivi permettent d'évaluer l'observance du patient et la tolérance aux traitements.

6.2. Pour les professionnels de santé

La valorisation du pharmacien et de son statut d'expert du médicament est au cœur de cette nouvelle mission. Le lien établi avec les patients permet de repositionner l'acte pharmaceutique dans le parcours de soin contribuant ainsi à prévenir les incidents iatrogéniques et à améliorer l'observance.(54)

Le rapport entre professionnels de santé, notamment le médecin et le pharmacien sont nécessaires pour une optimisation de la prise en charge continue du patient. Tel qu'il est défini le bilan « partagé » de médication met en jeu la coopération entre professionnels de santé.

6.3. Pour le système de santé

La SFPC définit le bilan partagé de médication comme un « processus pharmaceutique global » ayant comme intérêt la qualité et la sécurisation de la prise en charge médicamenteuse, la gestion des traitements et de l'iatrogénie pour le patient.

On comprend dans cette description l'objectif principal comme étant une optimisation de l'utilisation des médicaments par le patient afin de limiter les conséquences de la iatrogénie médicamenteuse. Ces conséquences sont souvent lourdes pour le patient et pour le système de santé. Elles entraînent des hospitalisations coûteuses et une diminution de l'espérance de vie pour la personne âgée.

Tableau 4 - Dépenses remboursées par l'Assurance maladie (2010) (Source : Assurance Maladie)

En euros

	60-74 ans	75 ans ou plus
Total soins de ville	2 000	3 000
dont médicaments	690	940
dont honoraires médicaux	420	520
dont soins infirmiers	90	430
dont actes de kinésithérapie	70	170
dont autres auxiliaires médicaux	30	130
dont matériel médical	140	240
dont biologie	90	130
dont honoraires dentaires	60	40
dont transport	100	170

Champ • Dépenses remboursées par l'Assurance maladie, consommant du régime général (y compris Sections locales mutualistes), année 2010.
Sources • SNIIRAM – Assurance maladie.

Une publication de 2012 estimait le coût des dépenses de villes à 3000 euros par an pour une personne âgée de plus de 75 ans contre 6000 euros pour une hospitalisation de courte durée.(55)

Pour le système de santé, il s'agit de diminuer l'impact économique et humain avec une diminution de l'incidence des accidents iatrogéniques.

7. La réalisation du bilan partagé de médication

7.1. Les étapes du BPM

Le bilan partagé de médication se déroule en plusieurs étapes continues et sur plusieurs mois et années. Cette continuité est essentielle pour la bonne efficacité du suivi des patients. Lors de la première année, 4 étapes sont réalisées(56) :

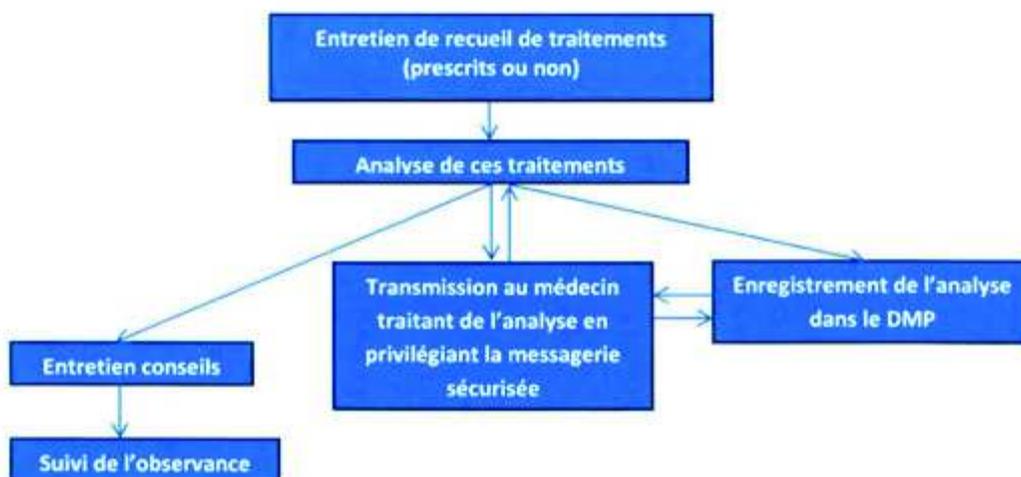
- Un entretien de recueil d'information avec le patient
- Une analyse des traitements du patient,
- Un entretien conseil avec le patient,

- Un suivi d'observance 6 mois après.

Lors de l'année suivante, si le traitement est identique il faudra réaliser deux entretiens de suivi d'observance dans l'année. Dans le cas où le traitement est modifié ou s'il y a des nouveaux traitements, une analyse des traitements sera à nouveau nécessaire.

Afin de permettre la bonne réalisation de ces entretiens, l'assurance maladie a mis à disposition un guide auprès des pharmaciens.

**Figure 10 - Étapes du bilan partagé de médication
(Source : Guide d'accompagnement des patients)**



Certaines de ces étapes ne sont pas réservées au pharmacien, le recrutement est réalisé au comptoir et peut être effectué par tous les membres de l'équipe : les préparateurs, les étudiants et les pharmaciens. Les autres étapes sont réservées au pharmacien.

Un guide validé par l'HAS est disponible pour aider les pharmaciens dans la réalisation des différentes étapes du bilan. (Annexe 1)

7.2. Le Recrutement et l'adhésion du patient

Le recrutement est l'étape qui nécessite une coopération de toute l'équipe officinale. Les critères d'éligibilité des patients évoqués précédemment doivent

être connus de tous les professionnels au comptoir, des préparateurs, des étudiants et des pharmaciens.

La SFPC liste plusieurs situations qui peuvent nécessiter un recrutement du patient pour un entretien pharmaceutique correspondant à deux types de préventions.

Tableau 5 - Patient éligible au bilan partagé de médication
(Source : <http://pharmacie-clinique.fr/bilan-de-medications>)

On distingue deux types de prévention selon les situations des patients



(Tableau 5) :

- La prévention primaire qui selon l’OMS désigne « l’ensemble des actes destinés à diminuer l’incidence d’une maladie ou d’un problème de santé ».
- Et la prévention secondaire qui veut « diminuer la prévalence d’une maladie dans une population et qui recouvre les actions en tout début d’apparition visant à faire disparaître les facteurs de risques ».

D’autres situations sont des facteurs déclenchant de proposition du bilan partagé de médication(57) :

- Une hospitalisation,
- La découverte d’une nouvelle pathologie, notamment les pathologies chroniques,
- La survenue d’un événement indésirable,
- La prescription de médicaments jugés à risque,
- Un événement particulier : une venue irrégulière à la pharmacie, un retour de nombreuses boîtes de médicaments non-utilisées.

Les deux parties devront signer un bulletin d'adhésion, il donne l'autorisation au pharmacien de contacter le médecin traitant du patient dans le cadre de ce dispositif d'accompagnement.(58) **(Annexe 2)**

L'analyse pharmaceutique se compose de différents niveaux. On distingue trois niveaux d'analyse qui dépendront du contexte dans lequel se situe le patient. Le type d'analyse se composera alors de différents éléments selon le niveau. (Tableau 6).

Tableau 6 - Niveaux d'analyse pharmaceutique
(Source : https://library.unio-sante.fr/00/00/08/00000819-f07b42e3ef248fec4db57dc79fead2d4/juste_reco-bonne-pratique-analyse-ordonnance-et-niveau-analyse_jpc2012.pdf)

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

Le bilan partagé de médication comprend une analyse pharmaceutique de niveau 3, ce niveau d'analyse comporte différents éléments requis qui seront collectés durant l'entretien de recueil.

7.3. L'entretien de recueil

Lors de cette étape le patient doit fournir des informations sur ses habitudes de vie, ses examens biologiques, ses ordonnances et traitements en cours qui seront les principaux axes du recueil.(56)

Selon le guide de l'assurance maladie, le recueil d'information rassemble :

- Les habitudes de vie du patient : recherche de dénutrition, de déshydratation qui pourrait interférer avec l'état de santé de la personne en général et avec les effets des médicaments.
- L'état physiologique : recherche d'insuffisances rénales et hépatiques qui comme nous l'avons vu dans la première partie peuvent influencer la pharmacocinétique du médicament.
- Le recueil de médicaments : il comporte l'ensemble des médicaments prescrits ou non.
- Une évaluation de la connaissance des médicaments par le patient : une bonne connaissance des traitements et de leurs indications et principaux effets indésirables augmentent l'observance et renforce l'adhésion au traitement. C'est l'occasion pour le pharmacien de rechercher les différents éléments expliquant des difficultés de prises, une mauvaise observance et les potentiels effets indésirables.
- Évaluer l'observance grâce au questionnaire GIRERD.

Ces éléments permettront d'effectuer les étapes suivantes dans de bonnes conditions avec toutes les données nécessaires.

L'entretien est également l'occasion pour évaluer les connaissances du patient concernant ses traitements.

L'avenant 12 précise que le pharmacien doit s'engager à respecter la confidentialité des échanges avec le patient.

7.4. L'analyse des traitements

L'analyse pharmaceutique permet de vérifier les indications, posologies, doses, les durées de traitement, le mode et le rythme d'administration, l'absence de contre-indications, d'interactions et de redondances médicamenteuses.(59)

Dans un second temps, le pharmacien pourra évaluer l'observance du patient grâce aux réponses du questionnaire GIRERD réalisé lors de la première étape du bilan (Figure 11).

Figure 11 - Questionnaire d'évaluation de l'observance de GIRERD
(Source : https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/5074/document/evaluation-observance-traitement_assurance-maladie.pdf)

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

Girerd X. et al. Évaluation de l'observance par l'interrogatoire au cours du suivi des hypertendus dans des consultations spécialisées - Arch Mal Cœur Vaiss. 2001 Aug ; 94 (8) : 839-42

L'observance sera appréciée selon le score obtenu :

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

Les problèmes d'observance peuvent être la conséquence d'une non-adhésion au traitement ou la présence d'effets indésirables.

Il est courant chez les personnes âgées de retrouver des problèmes de déglutition. Le pharmacien pourra vérifier à l'aide de la base de données des

médicaments écrasables de l'Observatoire des Médicaments, Dispositifs Médicaux et Innovations Thérapeutique (OMEDIT) si les traitements peuvent être ouverts ou écrasés.(60)

Une fois l'analyse terminée, il faut faire une retranscription au médecin. C'est une synthèse résumant l'entretien recueil, qui a permis d'évaluer la compréhension et l'observance du patient quant à son traitement et un résumé de l'analyse effectuée. En fonction des problèmes détectés, le pharmacien pourra proposer des solutions adaptées.

L'étape qui suit constitue une restitution de l'analyse au patient avec ainsi les conseils sur ses médicaments et sa situation.

7.4.1. L'identification des interactions et contre-indications

Le pharmacien dispose de nombreux outils pour l'assister dans l'analyse des traitements et la recherche d'interactions et de contre-indications.

La recherche d'interactions et de contre-indications s'effectue avec les bases de données du médicament notamment au travers des résumés des caractéristiques du produit (RCP) fournis par divers éditeurs.

La HAS fournit une liste de sources validées permettant aux pharmaciens une utilisation en toute sécurité. Ces bases de données du médicament sont souvent présentes dans les logiciels d'aide à la dispensation d'officine. Les bases de données des médicaments validées par la HAS sont(61) :

- Le dictionnaire VIDAL
- Thériaque
- Thésorimed
- Clickadoc
- Claude Bernard

Ces différents éditeurs permettent l'accès organisé aux RCP des médicaments.

7.4.2. La détection des prescriptions potentiellement inappropriées (PPI)

Plusieurs outils permettent d'aider le pharmacien dans la détection des prescriptions potentiellement inappropriées. Ces outils permettent une évaluation des traitements de façon organisée et structurée. Nous citerons à titre d'exemple les principaux outils.(62)

7.4.2.1. La liste de BEERS

Initialement cette liste était réservée aux personnes âgées en institution. Elle sera plus tard élargie aux personnes âgées de 65 ans et plus peu importe leur lieu de vie.

Elle comporte trois catégories de médicaments :

- Médicaments toujours à éviter ;
- Médicaments qui sont rarement appropriés,
- Médicaments parfois indiqués mais mal utilisés

Cette liste est l'une des premières établies et est couramment mise à jour. Elle est cependant plus fréquemment utilisée aux États-Unis et très peu en France.(63)

7.4.2.2. La liste LAROCHE

C'est une liste pour les personnes de 75 ans et plus qui est la plus adaptée au système médical français. Elle propose une liste de médicaments à éviter chez les personnes âgées.

Elle est composée de trois catégories(64) :

- Le rapport bénéfice / risque défavorable
- L'efficacité discutable
- Le rapport bénéfice/risque défavorable et d'efficacité discutable.

7.4.2.3. La liste STOPP/START

La liste STOPP (Screening Tool of Older Persons' Prescriptions) - START (Screening Tool to Alert doctors to right Treatment) est le produit d'une collaboration européenne entre les Anglais, et les Irlandais. Elle sera ensuite traduite en langue française.(65)

Elle permet l'évaluation des prescriptions inappropriées chez la personne âgée de 65 ans ou plus.

Elle est organisée en différents critères STOPP qui prennent en compte les médicaments inappropriés, les interactions médicamenteuses, les comorbidités et des critères START qui concernent des omissions de prescriptions appropriées.

7.4.2.4. L'évaluation de la fonction rénale

Afin d'évaluer au mieux les traitements du patient et le risque iatrogénique, il faut évaluer la fonction rénale. Nous l'avons vu dans la première partie, la personne âgée va subir des modifications physiologiques liées au vieillissement qui peuvent avoir des conséquences au niveau rénal. Ces modifications peuvent avoir des conséquences variables en fonction de l'état de fonctionnement du rein.

Habituellement cette évaluation s'effectue par la mesure du Débit de Filtration Glomérulaire (DFG). Il est apprécié par la mesure de la clairance urinaire de la créatinine. Chez la personne âgée le débit de filtration glomérulaire va être réduit et les méthodes classiques ne sont plus fiables.

Il faudra utiliser la formule « Modification of the Diet in Renal Diseases » (MDRD) afin d'estimer le débit de filtration glomérulaire. Cette formule est

indépendante du poids et tient compte de la standardisation des méthodes de dosage de la créatinine sérique.(66)

Le site GPR permet une estimation rapide de la fonction rénale et est un outil indispensable pour effectuer une analyse de la fonction rénale.(67)

7.5. L'information au prescripteur

Dans le but d'une coordination des soins et de la prise en charge du patient un échange doit être réalisé pour que les différents acteurs intervenant dans le parcours de soin du patient puissent l'aider pour améliorer sa prise en charge.

Le pharmacien doit rédiger une synthèse du bilan partagé de médication (**Annexe 3**), le transmettre via les messageries sécurisées ou par lettre postale au médecin généraliste du patient. Les différentes interventions pharmaceutiques y sont proposées ainsi que les observations du pharmacien lors de son analyse et de l'entretien recueil.(56)

Le médecin reste libre de toutes modifications thérapeutiques pour les prochaines prescriptions.

Le changement de forme galénique peut-être proposé au médecin dans les situations où celle-ci est intervenue dans des problématiques d'observance.

Un plan d'action peut être établi en collaboration avec le médecin pour la réalisation de l'entretien conseil dans le but d'optimiser l'adhésion du patient pour son traitement.

7.6. L'entretien conseil

Il est réalisé en présence du patient. Il permet une restitution synthétique de l'analyse effectuée précédemment et d'expliquer les potentielles interventions

réalisées en accord avec le médecin. Dans ce cas il lui est conseillé de consulter son médecin afin d'obtenir une nouvelle ordonnance.

C'est aussi l'occasion pour le pharmacien d'effectuer les rappels de bon usage des médicaments et dispositifs médicaux s'ils n'ont pas été réalisés lors de l'entretien de recueil.

Un plan de prise est remis au patient avec des conseils hygiéno-diététiques et des conseils pour optimiser l'observance.

7.7. Le suivi de l'observance

Il s'agit d'un entretien avec le patient, on réalisera une comparaison entre deux entretiens d'observance. Le but étant d'évaluer et d'améliorer l'observance, améliorer l'adhésion au traitement.

8. La rémunération

Cette nouvelle mission est rémunérée 60€ par patient inscrit la première année lorsque toutes les étapes ont été réalisées ou au moins l'entretien de recueil, l'analyse des traitements et l'information au prescripteur effectuée. Les années suivantes, la rémunération est de 30€ si un ou plusieurs nouveaux traitements sont présents et 20€ si aucun changement n'a lieu (**Tableau 7**).⁽⁴⁶⁾

Tableau 7 - Rémunération du bilan partagé de médication

60€	La première année, rémunération prévue pour un entretien de recueil d'information, l'analyse des traitements, l'entretien conseil et le suivi de l'observance ainsi que la lettre d'information au prescripteur.
-----	--

30€	La deuxième année, s'il y a un changement dans les traitements du patient. La rémunération est prévue pour une nouvelle analyse des traitements, un nouvel entretien conseil et un suivi de l'observance
20€	La deuxième année, si aucun changement n'a lieu dans les traitements du patient. La rémunération est prévue pour deux entretiens de suivi de l'observance.

La rémunération s'effectuait jusqu'à maintenant par la ROSP (rémunération sur objectifs de santé publique). Ce système de rémunération se retrouve pour d'autres missions tels que la mise à jour des cartes vitales, les ouvertures de dossier médical partagé, ou encore la réalisation des autres bilans tels que les entretiens des patients sous anticoagulants oraux directs. Ce système de rémunération ne permettait pas d'avoir une rémunération à l'acte et semblait être un frein pour de nombreux pharmaciens. Les négociations entre les syndicats des pharmaciens et la CNAM (caisse nationale d'assurance maladie) ont permis d'inclure un nouveau système de paiement à l'acte dans l'avenant n°21 récemment signé.(68)

Partie 3 : État des lieux national de la mise en place du bilan partagé de médication

Nous avons vu dans les parties précédentes l'importance d'un nouvel outil comme le bilan partagé de médication ainsi que la nécessité de l'appliquer pour les patients et le système de santé.

Au cours de mon parcours d'étudiant en pharmacie, j'ai pu enrichir mon expérience dans différentes pharmacies d'officine. J'ai pu y découvrir un exercice qui diffère selon le type d'officine. Les problématiques d'exercice et les axes de développement de l'officine peuvent différer que l'on soit dans une petite pharmacie de quartier, dans une pharmacie de campagne ou dans une pharmacie de centre commercial.

Le bilan partagé de médication se présente sous la forme d'une nouvelle mission nécessitant une adaptation du pharmacien. Il faudra pour lui établir une nouvelle relation avec le patient lors d'entretiens plus longs que les échanges brefs et concis qui ont lieu lors de la délivrance au comptoir. Il faudra adapter son environnement avec un lieu confidentiel pour faciliter l'échange entre le patient et le pharmacien.

Ce questionnaire a pour but d'établir un état des lieux national sur la mise en place du bilan partagé de médication. Il a vocation à évaluer l'adhésion et les difficultés rencontrées lors de la mise en place.

1. Le questionnaire national

1.1. Population

Le formulaire a été proposé dans les 9048 pharmacies qui sont équipées du logiciel LGPI de Pharmagest. 296 pharmacies ont participé à l'étude et 299 formulaires ont été obtenus.

Tableau 8 - Résultats de l'étude

Réponses	Visites totales	Visites Uniques	Taux de réponses	Durée moyenne pour effectuer le sondage
299	6519	2505	11,9%	33 min

1.2. Période de réalisation

L'étude a été réalisée du 22 octobre 2018 au 4 novembre 2018. Elle se déroule quelques mois après la mise en place du BPM dans les officines de France.

1.3. Le questionnaire

Le questionnaire est composé de 12 questions.

1.4. Les objectifs

Notre sondage étudie la mise en place du BPM dans les pharmacies de France. Les objectifs de cette étude sont :

- Apprécier le taux d'adhésion pour le BPM au niveau national ;
- Comprendre les problématiques de la mise en place ;
- Comparer le nombre de bilans réalisés aux objectifs fixés par la sécurité sociale ;
- Apprécier l'influence de la typologie géographique des pharmacies dans la mise en place du BPM ;
- Apprécier le respect du lieu de confidentialité et du rôle de pharmacien dans la réalisation du bilan ;
- Le pourcentage de formation suivie dans les pharmacies ;

- Apprécier les débuts de coopération entre pharmacien et médecin par la prise en compte des recommandations.

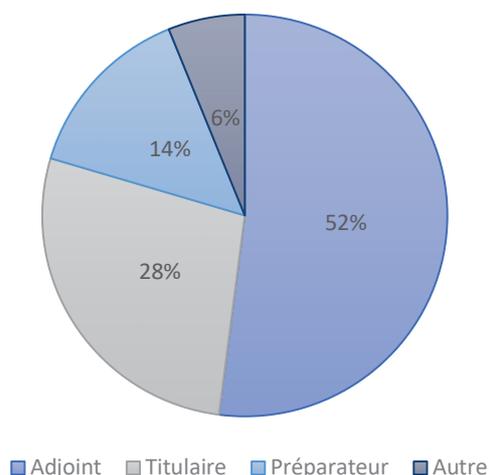
2. Résultats

Lors du sondage, des éléments de localisation et le statut des personnes interrogées ont été recueillis. Ces informations permettent de mettre en évidence des informations complémentaires. (Annexe 3)

2.1. Le statut des participants de l'étude

Le travail d'équipe est un élément essentiel pour la prise en charge du patient dans les pharmacies d'officine. Le BPM ne déroge pas à cette règle. De l'étape de recrutement à l'étape de suivi en passant par l'étape de recueil des informations, toute l'équipe est sollicitée. Afin de comprendre le point de vue de chaque individu interrogé, il était demandé de fournir son statut avant de remplir le sondage.

Graphique 1 – Pourcentage des participants au sondage selon le type de statut

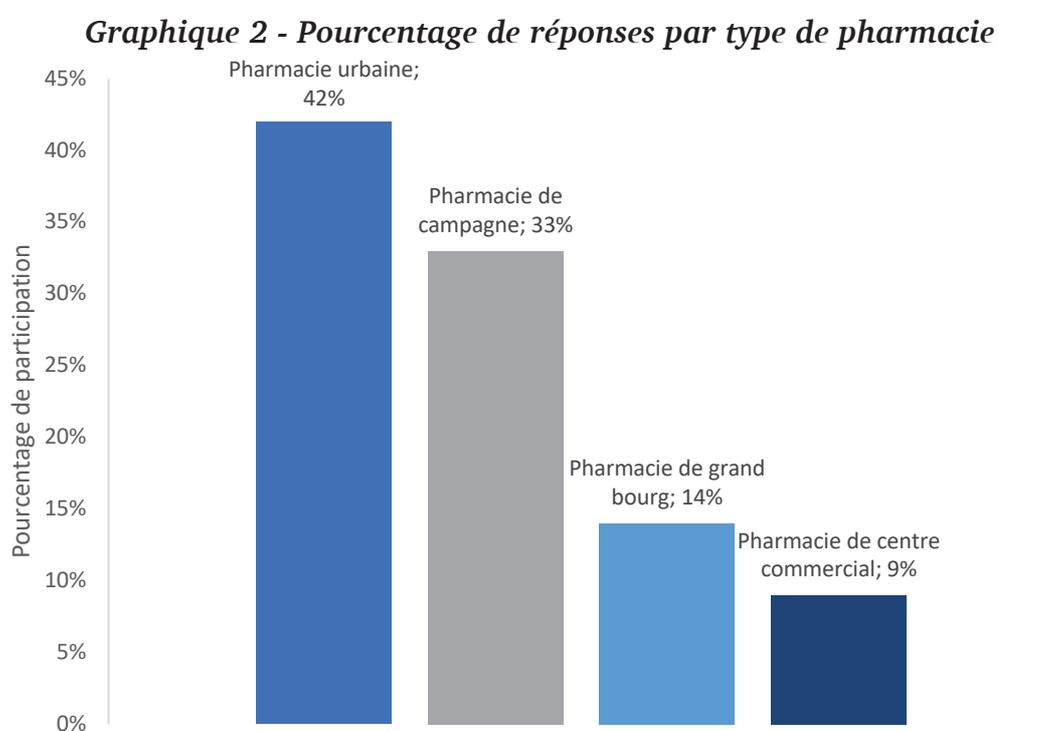


80 % des répondants au sondage sont des pharmaciens avec 28 % de pharmaciens titulaires et une majorité de pharmaciens adjoints (52 %). Le reste des participants est composé de préparateurs avec 14% de participants et 6% de

catégorie « autre » dans laquelle nous avons principalement eu des réponses d'étudiants en pharmacie.

2.2. Le type de pharmacie

Le BPM est une mission qui comporte de nouveaux aspects dans sa réalisation et sa mise en place. Le type de pharmacie ayant répondu au sondage est un critère essentiel pour nous aider à comprendre la mise en place du BPM en France. En fonction du type de pharmacie nous pouvons rencontrer des problématiques différentes et des taux d'adhésion différents. Tous ces paramètres seront traités dans la suite du sondage.



Le **graphique 2** met en évidence un taux de participation plus élevé pour les pharmacies urbaines (42 %) et les pharmacies de campagne (33 %). Les pharmacies de grand bourg et de centre commercial représentent respectivement 14 % et 9 %.

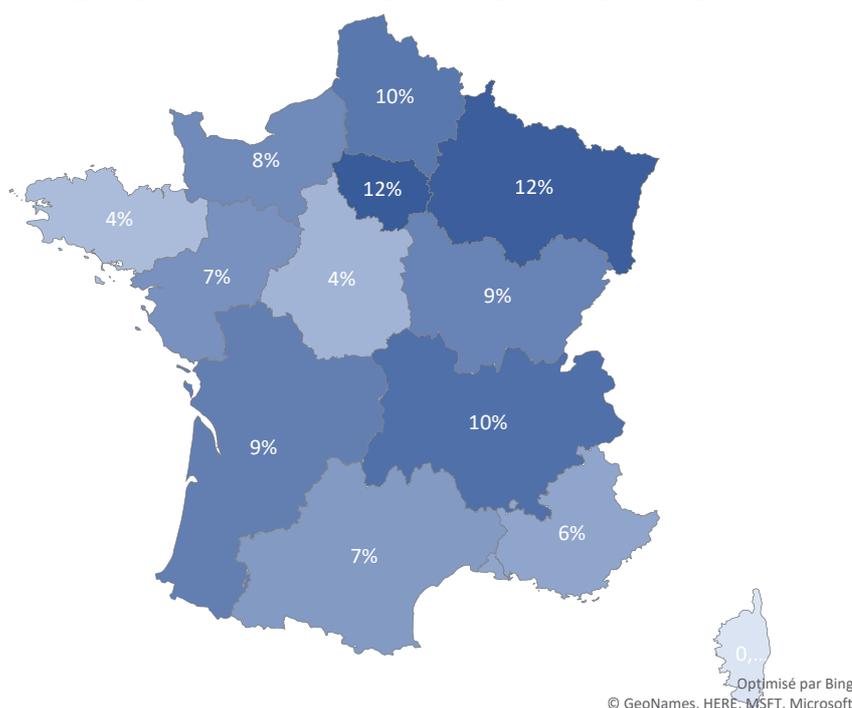
Ces paramètres sont essentiels dans l'analyse qui va suivre. Les différents pourcentages de participation sont à prendre en compte car ils vont influencer le reste de l'étude.

Les données du **graphique 1** et **graphique 2** associées aux données recueillies lors du sondage nous permettent d'avoir des résultats par type de pharmacie.

3. État des lieux de la mise en place des BPM dans les officines au niveau national.

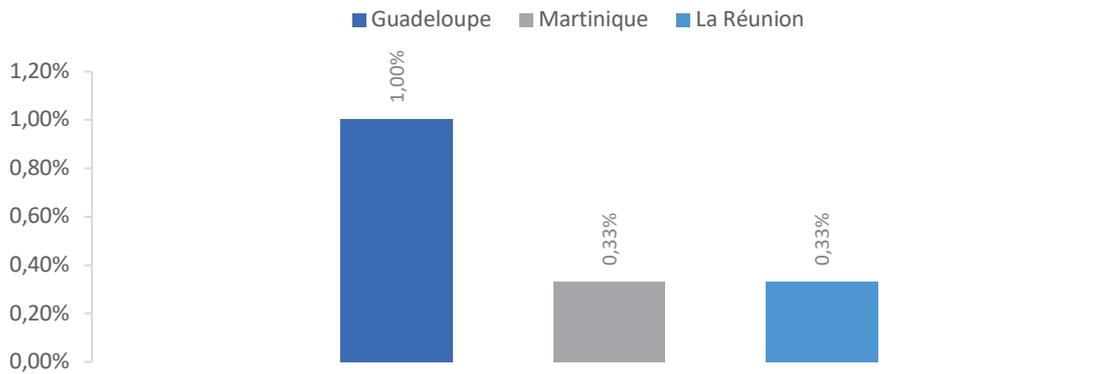
3.1. Taux de réponse en fonction des régions

Graphique 3 - Pourcentage de réponses par région



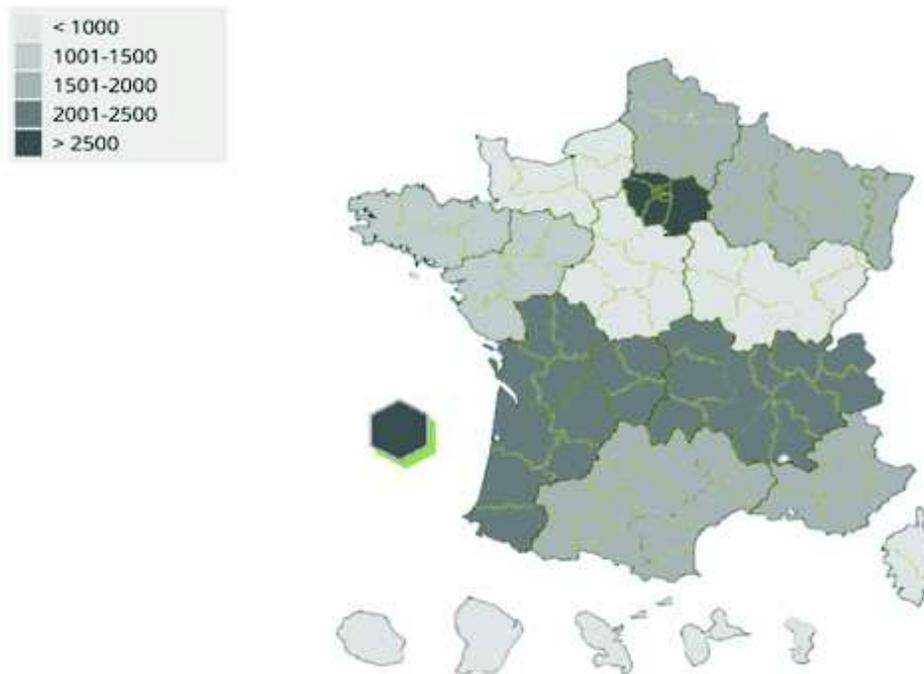
Le **graphique 3** nous permet d'apprécier le pourcentage de réponses par région. Notre sondage possède une bonne homogénéité de réponse sur toute la métropole.

Graphique 4 - Pourcentage de participation de la France d'outre-mer



La participation de la France d'outre-mer est plus faible que les autres régions, il n'y a d'ailleurs aucune réponse pour la Guyane et Mayotte.

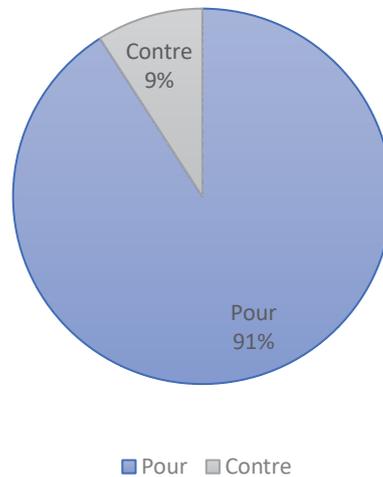
Figure 12 – Répartition du nombre d'Officine en 2020 (Source : Ordre des Pharmaciens)



La **figure 11** est issue de l'étude démographique de 2020 réalisée par l'Ordre des pharmaciens. La comparaison avec notre échantillon permet de voir que celui-ci possède une représentation fidèle du maillage territorial des officines en France.

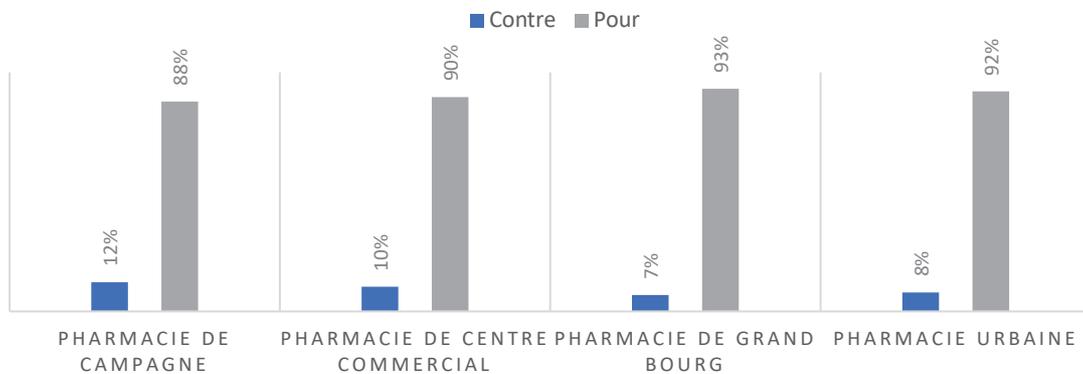
3.2. Pour ou contre le bilan partagé de médication ?

Graphique 5 - Pourcentage d'adhésion au Bilan partagé de médication



Les pharmacies interrogées sont majoritairement favorables à cette nouvelle mission avec 91 % pour le bilan et 9 % seulement contre.

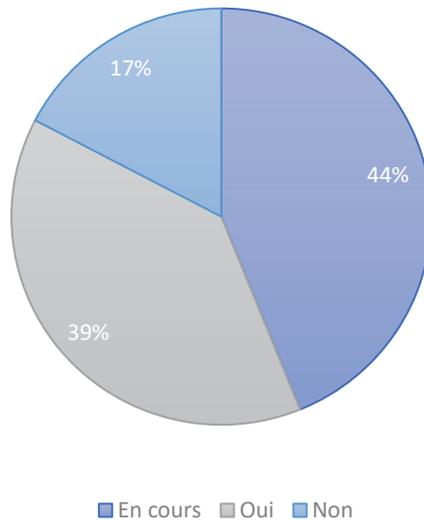
Graphique 6 - Pour ou Contre le BPM selon le type de pharmacie



Les pharmacies de campagne sont celles qui ont le plus grand pourcentage de contre.

3.3. Avez-vous mis en place le bilan partagé de médication dans votre officine ?

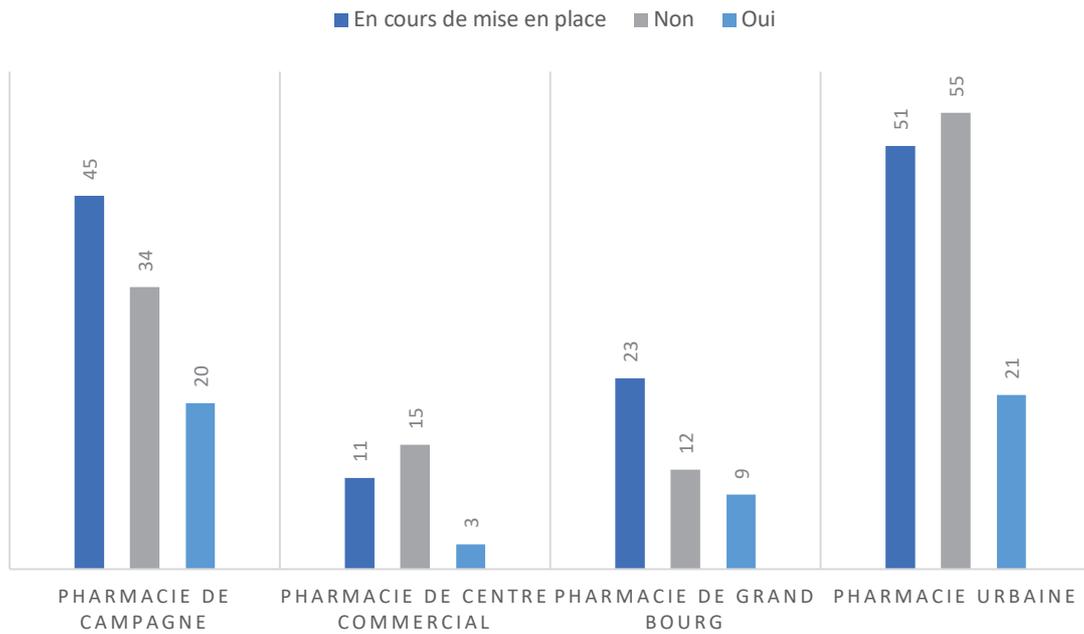
Graphique 7 - Pourcentage de pharmaciens ayant mis en place le BPM



39 % des pharmacies ont déjà mis en place le bilan, contre 17 % n'ayant pas encore mis en place le BPM. 44 % sont en cours de mise en place. Parmi les sondés ayant répondu « non », les principales raisons citées sont un « manque de temps » et un « manque de personnel ».

Comment expliquer les différences entre le fort taux d'adhésion au nouveau dispositif et le délai de mise en place ? Peut-on expliquer cette différence en fonction du type de pharmacie ?

Graphique 8 – Mise en place du BPM selon le type de pharmacie

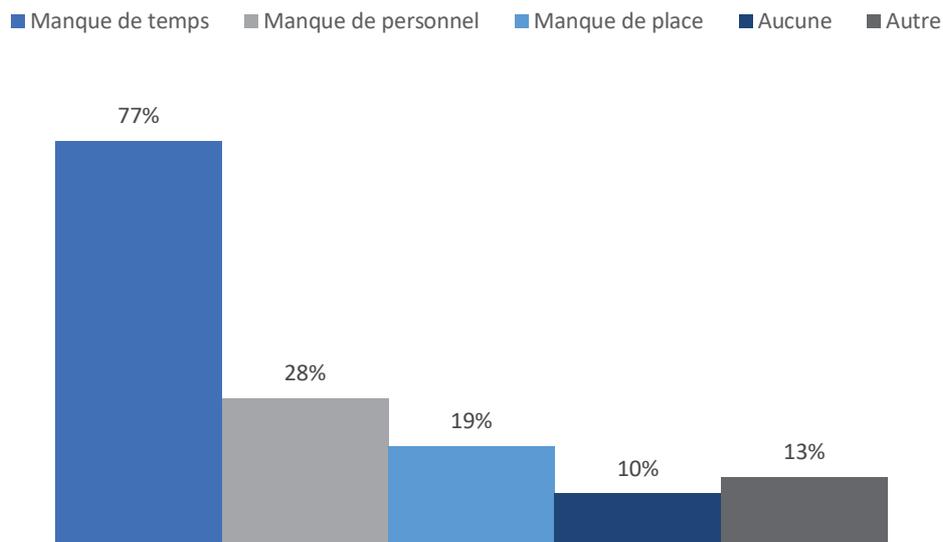


Parmi les 4 types de pharmacies aucune n'a mis en place le BPM de façon majoritaire. Les pharmacies de centre commercial ont répondu pour la majorité n'avoir pas mis en place le bilan. Les pharmacies de grand bourg sont celles qui sont majoritairement engagées dans le processus de mise en place. Les pharmacies de campagne et les pharmacies urbaines sont massivement engagées dans le processus de mise en place.

Le délai de mise en place est constaté dans tous les types de pharmacies. Quelles sont les problématiques qui peuvent expliquer cette complexité de mise en place ? Sont-elles identiques parmi les différents types de pharmacies ?

3.4. Quelles difficultés rencontrez-vous ou avez-vous rencontré lors de la mise en place du bilan partagé de médication ? (Plusieurs réponses possibles)

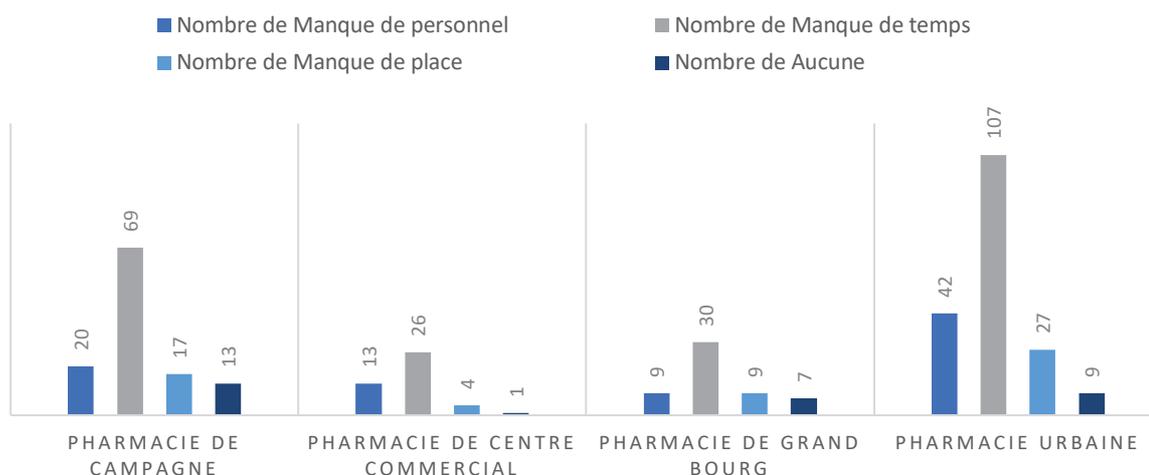
Graphique 9 - Difficultés rencontrées pour mettre en place le BPM



La difficulté la plus rencontrée dans la mise en place du BPM est le manque de temps avec 77 % de réponses. La deuxième problématique la plus rencontrée est le manque de personnel (28 %). 10 % ont admis n'avoir rencontré aucune difficulté. 13 % ont cité également une « autre raison », parmi elles les plus évoquées sont les deux suivantes :

- Les difficultés de recrutement des patients,
- L'aspect relationnel avec le médecin et les possibles conflits suite aux bilans.

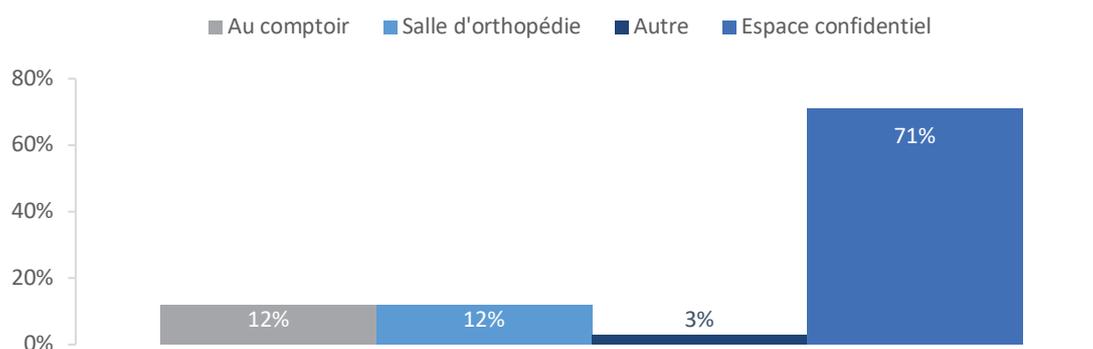
Graphique 10 - Difficultés rencontrées selon le type de pharmacie



Dans tous les types de pharmacie, le manque de temps est prédominant dans les difficultés rencontrées. Le manque de place est également une problématique que l'on retrouve. La confidentialité est un élément clé du bilan. Le lieu de réalisation est-il adapté dans toutes les pharmacies ?

3.5. Où effectuez-vous (ou effectuerez-vous) le bilan partagé de médication au sein de l'officine ?

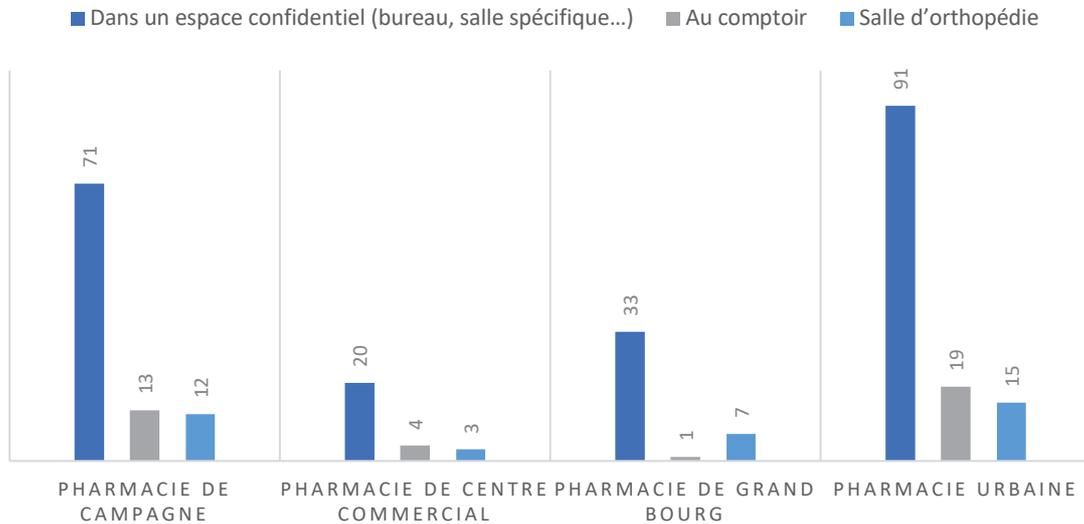
Graphique 11 - Lieu de réalisation du bilan partagé de médication



L'espace confidentiel (71 %) est le principal lieu de réalisation du BPM. Les deux autres lieux où sont réalisés les bilans sont le comptoir (12 %) et la salle d'orthopédie (12 %). Parmi les 3 % d'autres réponses, certains ont déclaré

réaliser le BPM chez le patient. La salle d'orthopédie pouvant être considérée comme un lieu de confidentialité, celle-ci est en majorité respectée.

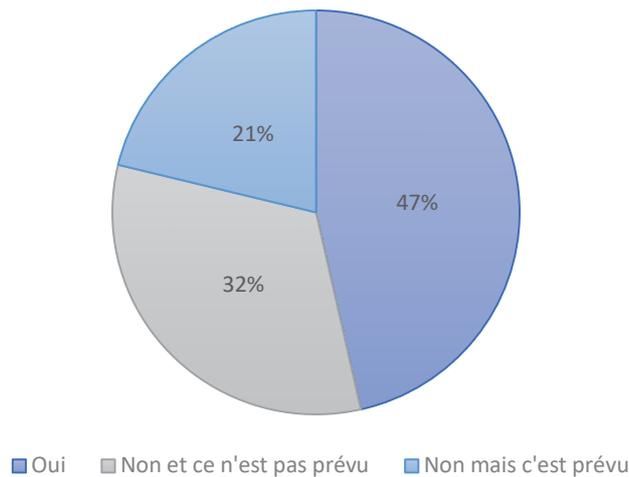
Graphique 12 - Lieu de réalisation du BPM selon le type de pharmacie



La tendance est identique pour tous les types de pharmacies avec une réalisation majoritaire dans un espace de confidentialité.

3.6. Avez-vous réalisé une formation ?

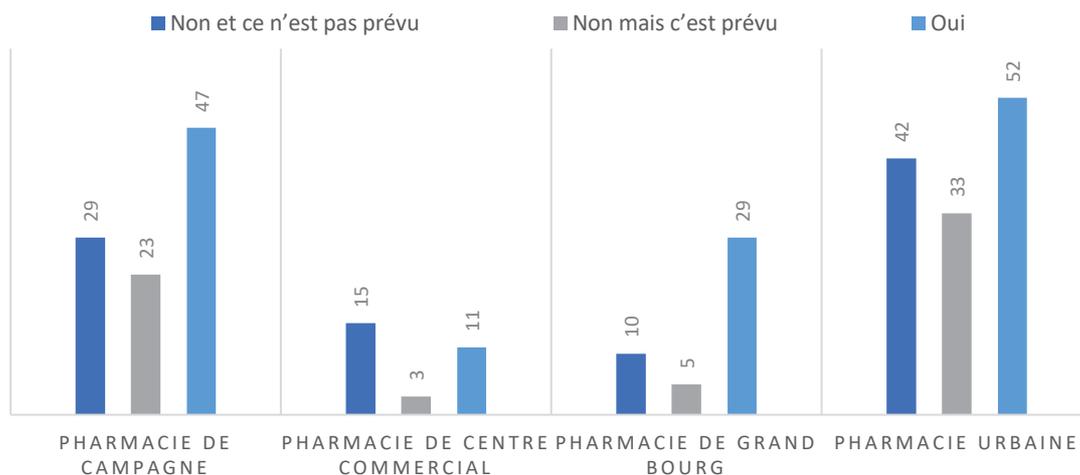
Graphique 13 - Pourcentage de formation réalisée



L'USPO le rappelait, la formation à cette nouvelle mission n'est pas obligatoire mais fortement recommandée. L'objectif de cette question était de

comprendre quel était le pourcentage de pharmaciens ayant réalisé une formation ou ayant prévu de réaliser une formation. Rappelons que les sondés sont majoritairement des pharmaciens. 47 % des répondants ayant déjà réalisé une formation, soit quasiment la moitié de l'échantillon et 21 % l'ont en prévision. 32 % n'ont pas prévu de réaliser de formation.

Graphique 14 - Formation réalisée selon le type de pharmacie

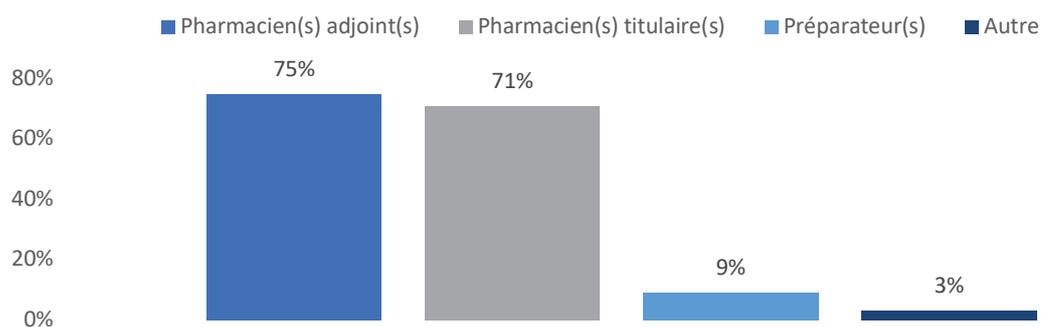


Seules les pharmacies de centre commercial ont déclaré en majorité ne pas avoir réalisé de formation et ne pas avoir prévu d'en faire et ne respectent pas la tendance du graphique 12.

3.7. Qui effectue (ou effectuera) le bilan partagé de médication ? (Plusieurs réponses possibles)

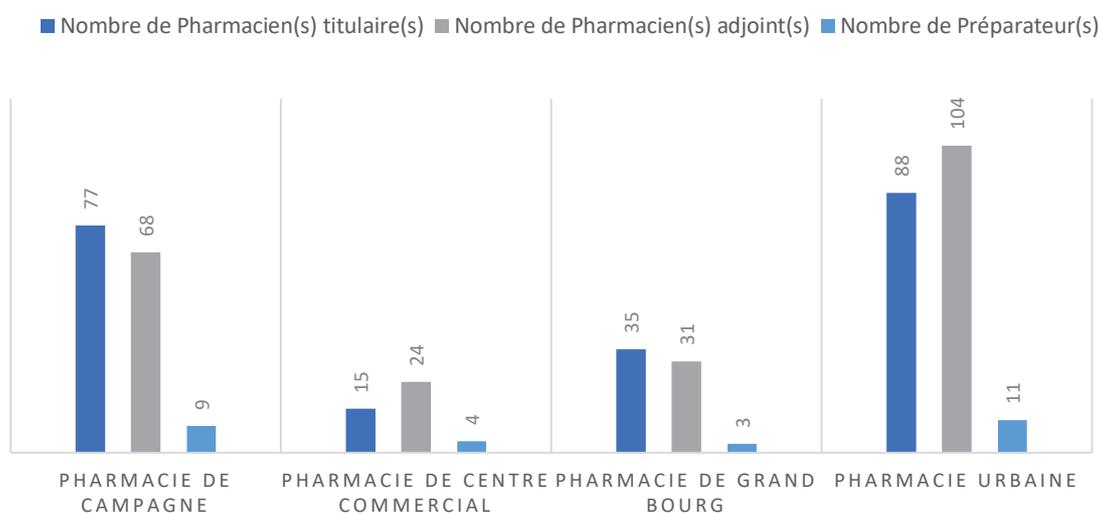
Dans l'officine, le pharmacien est l'acteur majeur de réalisation du BPM. Cette question nous permet d'apprécier son rôle dans l'échantillon interrogé.

Graphique 15 - Pourcentage de réalisation du BPM selon le statut



On constate qu'autant de pharmaciens titulaires (71 %) et de pharmaciens adjoints (75 %) participent à la réalisation du BPM. 9 % de préparatrices ont déclaré réaliser le bilan. Les 3 % « autre » réunissent les étudiants en pharmacie. En effet, les différentes facultés de pharmacies demandent souvent aux étudiants en stage de 6^{ème} année de réaliser des BPM.

Graphique 16 – Réalisation du BPM selon le statut dans les différents types de pharmacie

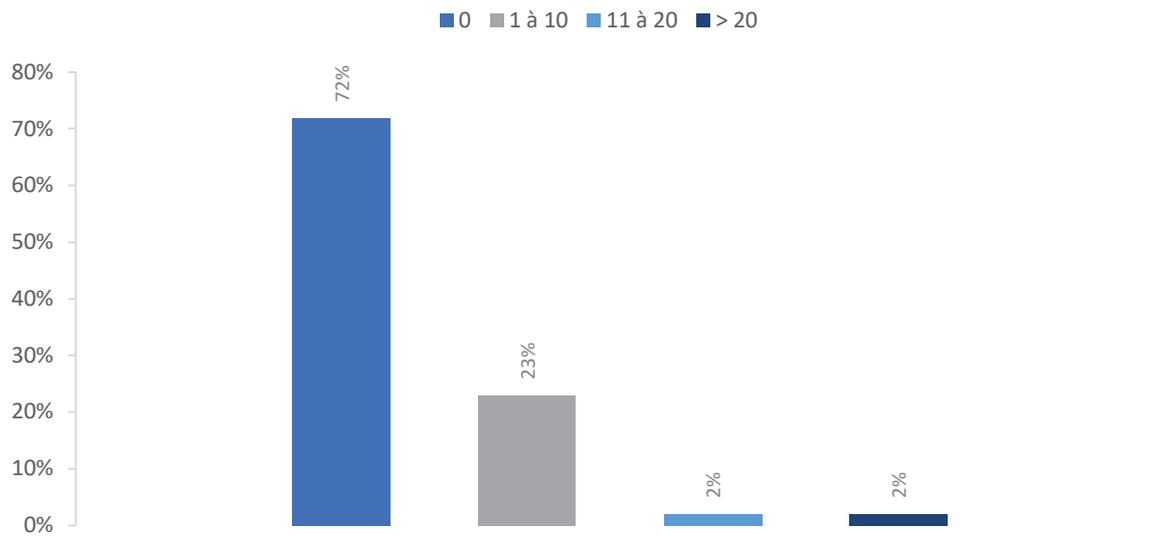


Peu importe le type de pharmacie, les pharmaciens sont majoritaires dans la réalisation du bilan. On remarque que dans les pharmacies de campagne et de grand bourg ce sont les pharmaciens titulaires qui réalisent majoritairement les bilans.

3.8. Combien de bilan avez-vous déjà réalisé à ce jour ?

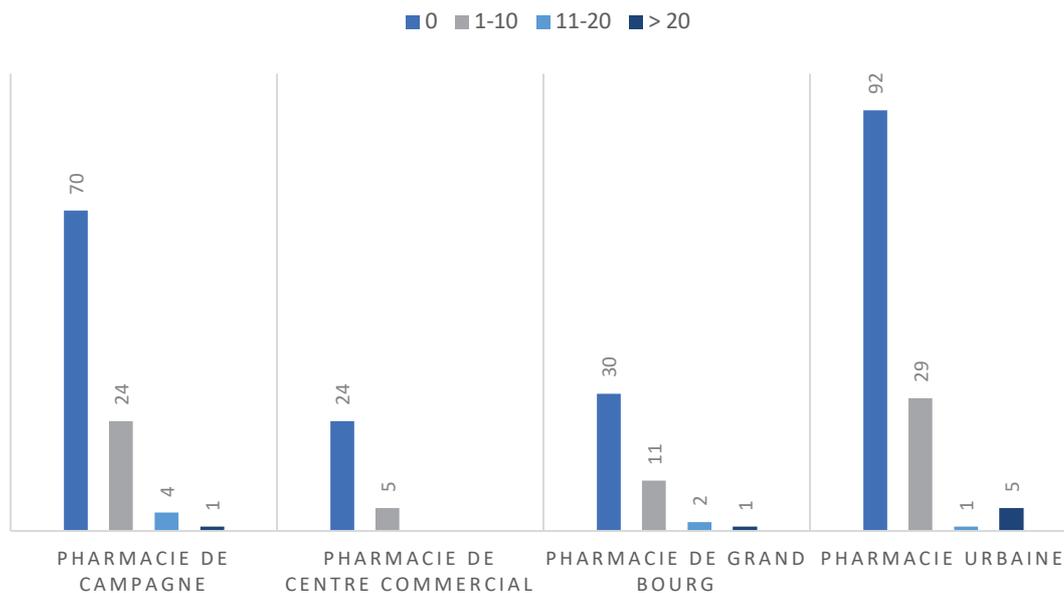
La FSPF rappelait l'objectif de 400 000 bilans à atteindre à la fin de l'année 2018 correspondant à environ 20 bilans par officine.(69)

Graphique 17 - Nombre de BPM réalisé



72 % des officines n'ont pas réalisé de bilan et seulement 2 % ont atteint l'objectif fixé par la sécurité sociale de 20 bilans. 23 % ont cependant réalisé entre 1 à 10 bilans et 2 % entre 11 et 20 bilans. Ces chiffres montrent que l'objectif est loin d'être atteint.

Graphique 18 - Nombre de BPM réalisé selon le type de pharmacie



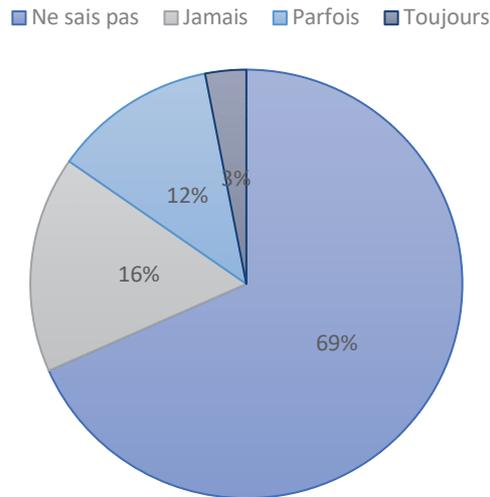
Seule 1 pharmacie de campagne, 1 pharmacie de grand bourg et 5 pharmacies urbaines ont atteint l'objectif de 20 bilans ou plus.

Nous remarquons que les pharmacies de campagne sont celles qui ont rencontré le moins de difficulté lors de la mise en place du BPM cependant une seule pharmacie a atteint l'objectif. Les difficultés rencontrées expliquent-elles le nombre de bilans réalisés ?

3.9. Avez-vous constaté une prise en compte de vos recommandations suite au bilan partagé de médication par le médecin ?

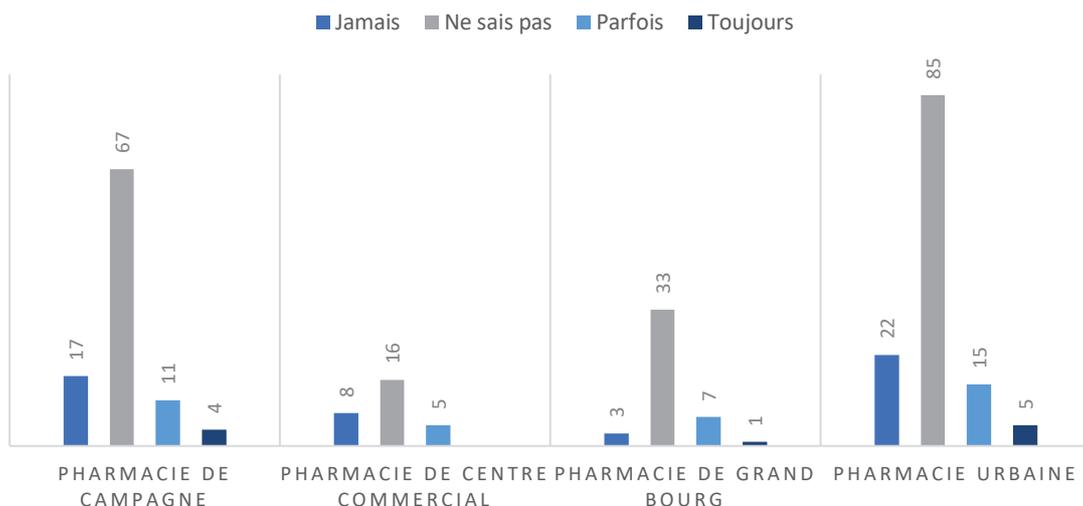
Un des objectifs du BPM est comme son nom l'indique de partager les informations et les recommandations entre professionnels. L'information au prescripteur constitue une des étapes clé du bilan. Dans cette question, nous nous intéressons à la prise en compte des recommandations proposées par le pharmacien au prescripteur.

Graphique 19 - Pourcentage de recommandations prise en compte



Il faut prendre en compte le faible taux de réalisation de bilan exprimé dans la question précédente. 3 % des pharmacies ont exprimé avoir toujours constaté une prise en compte de leurs recommandations à la suite d'un BPM. 12 % considère que parfois ces recommandations sont prises en compte et 16 % jamais. La majorité ne sait pas si leurs recommandations sont prises en compte avec 69 % de réponses. Est-ce à cause d'un manque de retour du patient ou à une absence de communication avec le médecin ?

Graphique 20 - Prises en compte des recommandations selon le type de pharmacie



La tendance principale du **graphique 19** est présente dans tous les types d'officines de l'échantillon. Nous remarquons que les pharmacies de grand bourg

sont plus nombreuses à avoir parfois eu une prise en compte de leurs recommandations.

3.10. A ce jour que pensez-vous du bilan partagé de médication ?

Cette dernière question est ouverte et a pour but de nous imprégner du ressenti des interrogés concernant le BPM et sa mise en place. La subjectivité de chacun est au cœur des réponses qui ont été fournies. Voici une retranscription des principales idées qui ont été issues de cette question.

« C'est l'essence même de notre métier, mais les médecins s'en fichent et la rémunération est compliquée »

« C'est une bonne chose qui reste très chronophage »

« Bonne initiative mais chronophage »

« Bonne idée, mais complexe à mettre en place, il faut beaucoup de temps »

« Bonne initiative mais beaucoup de temps et faible réponse des médecins »

« Enrichissant, bénéfique pour les patients, mise en valeur du rôle du pharmacien »

« Indispensable dans le suivi du patient »

« Trop chronophage »

« Important pour les personnes âgées »

« Bonne initiative mais rémunération trop faible »

« Le cœur de notre profession »

A travers ces différents témoignages, nous pouvons voir plusieurs idées. Parmi elles des idées positives, l'intérêt de la profession pour cette nouvelle mission, ainsi qu'un sentiment de valorisation du métier de pharmacien. Beaucoup y voient un véritable intérêt pour le patient. Parmi les points plus négatifs, l'aspect chronophage de cette nouvelle mission est souvent revenu, la sensation de se substituer au médecin pour certains et un manque de rémunération compte tenu du temps passé pour d'autres.

4. Discussion

Les objectifs de cette thèse étaient de réaliser un état des lieux de la mise en place du bilan partagé de médication dans les pharmacies en France.

Cette étude nous permet d'apprécier le fort taux d'adhésion (91 %) des pharmacies pour le BPM. La réalisation par un pharmacien dans un lieu de confidentialité est en majorité respectée. Cependant l'objectif de 20 bilans par pharmacie pour la fin de l'année 2018 n'est pas atteint et la mise en place rencontre des difficultés. L'étude permet de mettre en évidence certaines particularités selon le type de pharmacie :

- Les pharmacies de centre commercial ont plus de difficultés à s'engager dans cette nouvelle mission avec peu de bilans réalisés, de nombreuses problématiques de mise en place, peu de formation à venir en comparaison avec les autres types de pharmacies.
- Les pharmacies urbaines et les pharmacies de campagne sont pleinement engagées dans la mise en place avec plus de bilans réalisés, des formations à venir ou déjà réalisées. Néanmoins les difficultés sont présentes aussi.
- Les pharmacies de grand bourg sont elles aussi engagées dans la réalisation du BPM, mais elles rencontrent des difficultés avec une mise en place tardive et un faible taux de bilans réalisés.

Cette étude comporte de nombreux biais que l'on ne peut pas exclure, et qui doivent être pris en compte afin d'interpréter les résultats. L'étude impose aux personnes interrogées un choix concernant le type de pharmacie dans laquelle ils se situent. Ce choix étant subjectif, il inclut un biais de sélection important. Ce choix peut porter à confusion dans certains cas, par exemple il peut parfois être difficile de distinguer une pharmacie urbaine d'une pharmacie de grand bourg. Il est également important de rappeler que notre échantillon est composé de 296 pharmacies alors que 6519 ont consulté le sondage sans y répondre. Cette absence de participation témoigne-t-il d'un manque d'intérêt de la profession pour le BPM ? D'autre part certains territoires sont faiblement représentés notamment en France d'outre-mer et en Corse. Ce biais peut être la conséquence d'une faible implantation du logiciel utilisé pour ce sondage dans ces régions et/ou d'un faible taux de réponse dans ces régions. De ce fait l'interprétation par région n'est pas réalisable, l'échantillon étant trop faible par rapport au nombre total de pharmacies. Une étude centrée sur les régions et non sur le type de pharmacie pourrait apporter des éléments complémentaires notamment l'adhésion selon les régions, les difficultés par région...

Les principales difficultés rencontrées d'après cette étude sont le manque de temps et le manque de personnel. Ces deux types de problématiques peuvent être étroitement liées. Pourrait-on pallier le manque de temps grâce à plus de personnel ? La faible rémunération a été rapportée plusieurs fois dans les commentaires, ajoutée au manque de personnel et de temps, ce bilan semble être trop peu rentable d'après certains. Il est important de rappeler que seul le pharmacien effectue le BPM et non les préparateurs. D'après notre étude cette obligation est en majorité respectée mais des préparateurs (9 %) réalisent quand même le bilan. L'analyse requise lors du BPM nécessite une approche complète de la personne âgée, une bonne connaissance du médicament et des mécanismes liés à l'âge et au syndrome de fragilisation notamment. En embauchant des pharmaciens les problématiques de personnel et de temps seraient résolues mais cette embauche est réglementée par le chiffre d'affaire de la pharmacie et

représenterait un cout important(71). L'aspect économique est un élément essentiel pour avoir un point de vue global sur l'implication dans cette nouvelle mission. La loi HPST a permis de développer de nouveaux axes de rémunération pour le pharmacien. La diversification de l'activité des officines est essentielle pour l'évolution du métier. Néanmoins la rémunération par la ROSP ne semblait pas être le système adéquat. L'avenant 21 récemment signé vient apporter un changement majeur dans la rémunération. Le paiement à l'acte des BPM permettra-t-il de développer d'avantage cette mission dans les pharmacies ? Permettra-t-il de résoudre les problématiques de temps et de personnel ?

Dans des études déjà réalisées sur le BPM, l'avis des patients étaient favorable néanmoins les difficultés de recrutement sont présentes et notre étude n'inclut pas cet élément(70). Le recrutement du patient a été rapporté également de nombreuses fois dans les difficultés rencontrées dans les commentaires. Cet aspect est essentiel, car le patient reste au cœur du bilan. La sécurité sociale a mis à disposition des flyers et des affiches pouvant aider au recrutement des patients, il aurait été intéressant de savoir si ces éléments aident au recrutement du patient.

Compte tenu de ces difficultés, les résultats auraient-ils été différents si l'étude avait été réalisée plus tard ?

L'article 28.5.3.4 de l'avenant 12 précise les devoirs du pharmacien, celui-ci s'engage à la confidentialité des entretiens. D'après notre étude cet engagement est majoritairement respecté mais pas totalement, 71 % des BPM sont réalisés dans un espace respectant la confidentialité des patients. Ajoutons à cela, les BPM effectués en salle d'orthopédie (12 %) qui sont par définition des lieux de confidentialité. Soit un total de 83 % des BPM réalisés dans les bonnes conditions. 17 % des pharmacies interrogées ne réalisent pas le BPM dans les bonnes conditions. Le comptoir n'est pas un espace de confidentialité idéal. Nous avons vu que le manque d'espace constituait une problématique très présente avec 19 % des pharmacies concernées. Notre étude a montré que cette

problématique était commune à tous les types de pharmacies. D'autre part, il est possible de réaliser les entretiens au domicile du patient. Nous l'avons vu les personnes âgées constituent un groupe hétérogène et spécifique de la population. Les déplacements peuvent être difficiles et le BPM nécessite plusieurs rendez-vous. Un rendez-vous au domicile du patient permettrait-il de mieux aborder le patient dans sa globalité et dans son quotidien ? Cependant cela demanderait plus de temps pour le pharmacien et nous avons vu que le manque de temps représentait une des difficultés principales également.

La formation continue constitue une obligation pour les professionnels de santé selon l'article L4021-1 du code de la santé publique. Pour la réalisation du BPM, aucune formation n'est obligatoire. Malgré l'aspect facultatif, 21 % ont déjà réalisé une formation et 47 % ont prévu de se former. La gériatrie est un domaine qui nécessite d'actualiser ses compétences. La formation montre également l'intérêt pour cette nouvelle mission. Parmi les différents types de pharmacies interrogées les pharmacies de centre commercial sont les moins enclins à réaliser des formations. Cela démontre-t-il un intérêt moindre de la part de ce type de pharmacie ? Il serait intéressant d'avoir une étude centrée sur les pharmacies de centre commercial. Rappelons que le taux de participation des pharmacies de centre commercial était le plus faible de l'échantillon.

L'implication des pharmaciens titulaires notamment dans les pharmacies de campagne et de grand bourg montre leur volonté d'inscrire le bilan de médication dans leur routine d'activité. Plusieurs réponses étaient possibles dans ce sondage, il faut évidemment comprendre que les préparateurs ne sont pas seuls à réaliser cette mission dans les pharmacies. Mais cette question nous a permis de comprendre les possibles solutions que certains ont mis en place pour pallier les problématiques rencontrées. Notre question se voulait générale et il est évident que les préparateurs sont impliqués dans l'étape de recrutement. Cette étape étant revenue comme une problématique, il aurait été intéressant de comprendre la part des préparateurs qui participent à cette étape.

Un objectif ambitieux de 400 000 bilans réalisés avait été envisagé en 2018 avec une moyenne de 20 bilans par pharmacie(69). Notre étude a montré que seulement 2 % ont atteint cet objectif. Les problématiques rencontrées ont contribué à ce retard de réalisation. Pour compléter cet aspect de l'étude il serait intéressant d'étudier la part que représente les difficultés de recrutement ? Des études passées ont montré que les patients étaient satisfaits du BPM. Les patients sont-ils difficiles à recruter ? Les pharmaciens sont-ils impliqués dans cette nouvelle mission ? La rémunération est-elle suffisante ? Les pharmacies de centre commercial n'ont pas dépassé les 10 bilans. La mise en place a-t-elle été plus tardive et plus complexe que dans les autres types de pharmacies ? Les problématiques rencontrées sont-elles les seules explications ? Il aurait été intéressant d'inclure une question qui permette de dater la mise en place dans les officines.

La coopération est au cœur du bilan partagé, mais les relations entre pharmaciens et médecins ne sont pas toujours évidentes(72). Une coopération interprofessionnelle est nécessaire et les nouveaux dispositifs tendent à augmenter les relations, c'est le cas notamment du Dossier Médical Partagé (DMP). Mais jusqu'à maintenant les entretiens réalisés ne nécessitaient pas une obligation de prise de contact avec le médecin(73). Une bonne entente entre les deux professionnels est bénéfique pour la prise en charge du patient(74). Notre étude a montré que l'aspect relationnel avec le médecin était une problématique rencontrée. La coopération avec le médecin est-elle source de problèmes ? Notre étude montre que 69 % des répondants ne savent pas si leurs recommandations ont été prises en compte par le médecin et seulement 15 % d'entre eux ont parfois ou toujours constaté une prise en compte de leurs recommandations. D'autres études ont montré que si les deux parties ne s'impliquaient pas, la coopération était difficile(74). L'absence de communication de la part de la sécurité sociale auprès des médecins sur cette nouvelle mission joue-t-elle un rôle dans la difficulté de mise en place et la coopération interprofessionnelle ? Une étude sur les médecins contactés n'ayant pas donné suite et sur les raisons

de ces non-réponses serait intéressante. D'autre part l'émergence des outils de communication apportera-t-elle une aide à la communication entre professionnels ? Le développement des messageries sécurisées sera-t-il favorable à l'échange entre pharmacien et médecin ?(74)

Conclusion

Le bilan partagé de médication est un dispositif nécessaire aux personnes âgées. Notre étude a permis d'établir un état des lieux sur la mise en place du bilan partagé de médication. Les pharmacies interrogées dans cette étude ont montré une forte adhésion pour cette nouvelle mission malgré des difficultés dans la mise en place. Les problématiques les plus fréquemment rencontrées sont le manque de personnel et le manque de temps. Les objectifs de bilans réalisés ont de ce fait été impactés par les difficultés rencontrées. La coopération avec le médecin semble complexe à mettre en place également. Notre étude montre que tous les types de pharmacies sont impactés par les problématiques.

Les perspectives d'avenir du BPM sont nombreuses. L'avenant 19 a déjà permis d'élargir les règles de recrutement. L'avenant 21 vient apporter un changement du mode de rémunération en passant au paiement à l'acte. Ce changement de mode de tarification répondra-t-il aux attentes des pharmaciens les plus réfractaires ? Comment faire évoluer les différentes filières médicales vers une coopération en ville ? Il faut d'avantage communiquer sur l'existence du BPM auprès des médecins et autres professionnels de santé. Pourquoi ne pas inclure le médecin dans le recrutement des patients grâce à des prescriptions du BPM ? Cela permettrait de cibler les patients pour lesquels il est nécessaire d'avoir une intervention coordonnée tout en incluant le médecin dès le départ. Cela permettrait de compenser les difficultés de recrutement des patients que rencontrent les pharmaciens. Ces adaptations faciliteraient-elles le développement du BPM dans les officines ?

Annexes

Annexe 1 - Guide d'accompagnement des patients (Source : FSPF)

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

Date :

1

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Autres éléments :

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

Date :

12

Analyse des traitements (1/2)

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

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

Date :

Analyse des (2/2) traitements

Score de Morisky (bonne observance, mauvaise observance ou non observance à détailler selon les traitements concernés) :

Recommandations générales liées à l'état du patient :

Alertes liées aux ruptures de soins:

Alertes vis-à-vis de l'entourage :

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

Date :

Plan de prise / posologie des médicaments prescrits

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

Recommandations concernant les médicaments non prescrits :

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

Date :

Suivi de l'observance – questionnaire de MORISKY

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

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

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

Recommandations générales liées à l'état du patient :

Annexe 2 - Bulletin d'adhésion et de désignation du pharmacien (Source : Ameli.fr)



Patients âgés polymédiqués, Bilan Partagé de Médication DISPOSITIF D'ACCOMPAGNEMENT PAR LE PHARMACIEN

Bulletin d'adhésion et de désignation du pharmacien

Votre pharmacien, en accord avec votre caisse d'assurance maladie, vous propose d'adhérer au bilan partagé de médication.

Afin de bénéficier de ce dispositif vous offrant un suivi et des conseils personnalisés sur vos traitements, merci de bien vouloir compléter les deux bulletins en majuscules et au stylo à bille, et les signer.

Votre pharmacien et vous-même en tant qu'adhérent devez conserver votre exemplaire original du bulletin d'adhésion. Votre pharmacien tient son exemplaire à la disposition du service du contrôle médical.

OUI, je souhaite adhérer au dispositif d'accompagnement des patients âgés polymédiqués, le bilan partagé de médication

NON, je ne souhaite pas adhérer au dispositif d'accompagnement des patients âgés polymédiqués, le bilan partagé de médication

Identification de l'adhérent :

- Nom et Prénom :
- Date de naissance :
- N° d'immatriculation :
- Régime d'affiliation (reporter le code figurant dans la carte Vitale ou sur l'attestation papier) :
- Adresse :
.....

Identification de la pharmacie et du pharmacien désigné en charge de l'accompagnement de l'adhérent :

- Nom de la pharmacie :
- Adresse :
.....
- N° d'identification Assurance Maladie :
- Nom du pharmacien désigné en charge de l'accompagnement¹ :

¹ En cas d'absence du pharmacien initialement désigné, l'accompagnement sera assuré par un pharmacien de l'officine.

L'adhérent donne son accord pour que le pharmacien porte à la connaissance de son médecin traitant et/ou du prescripteur du traitement, son adhésion au dispositif d'accompagnement et prenne contact autant que de besoin avec lui :

OUI

NON

(en cas de refus,
l'adhésion au dispositif n'est pas possible)

Nom du médecin traitant :

Nom du médecin prescripteur si différent :

L'adhérent ne peut pas solliciter son adhésion au dispositif d'accompagnement auprès de plusieurs pharmaciens de façon concomitante. Toute nouvelle adhésion auprès d'un pharmacien rend caduque l'adhésion précédente.

L'adhérent peut décider à tout moment de sortir du dispositif d'accompagnement.

Adhésion établie à l'initiative du pharmacien (si oui, cocher la case)

Fait le :

Signature de l'adhérent

Nom du pharmacien titulaire

Signature et cachet de la pharmacie

La mise en œuvre de cet accompagnement peut nécessiter le traitement de données à caractère personnel vous concernant. Vous disposez d'un droit d'accès et de rectification à ces données ainsi qu'un droit d'opposition à leur traitement. Ces droits s'exercent auprès du médecin chef de l'échelon local du service du contrôle médical de l'Assurance Maladie et du pharmacien que vous avez désigné. Vous êtes informé(e) que le refus de participer au dispositif d'accompagnement que peut vous proposer votre pharmacien n'a aucune conséquence sur vos remboursements.

Annexe 3 – Exemple de lettre au prescripteur

14/02

DR. XXX
ADRESSE | CODE POSTAL VILLE

Dans le cadre de l'avenant 12 à la convention nationale du 4 mai 2012, publié au *Journal officiel* du 16 mars 2018, nous avons mis en place la réalisation des bilans partagés de médication.

Ces derniers consistent en un entretien avec le patient permettant de faire le point sur la bonne compréhension, observance et tolérance du traitement.

Dans ce cadre nous avons reçu Mr. X.

Cet entretien a permis de mettre en évidence :

- Une bonne compréhension de son traitement.
- Une bonne observance du traitement.
- Des démangeaisons dont l'allopurinol pourrait être la cause et des essoufflements depuis un mois.

Nous validons les posologies des traitements compte tenu de l'insuffisance rénales de Mr. X. (valeurs de 2018).

CORDIALEMENT,

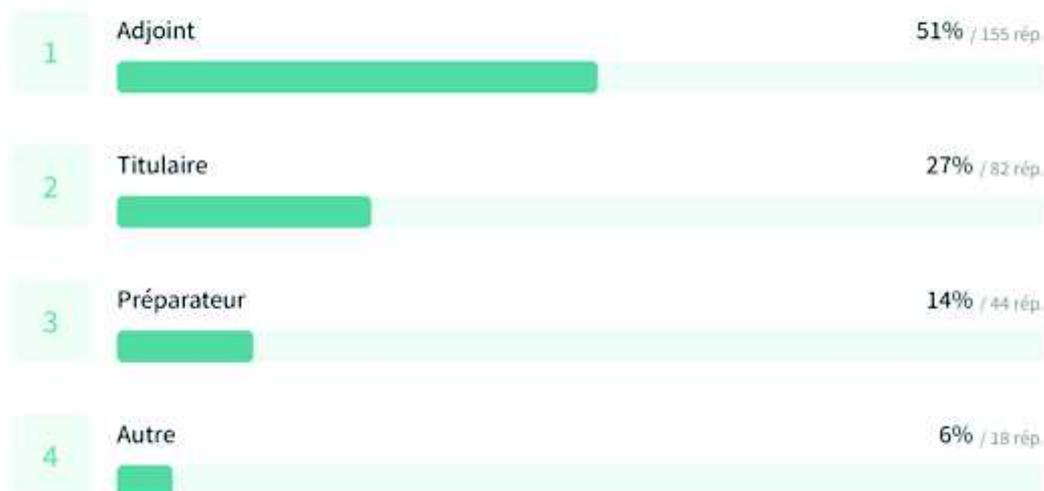
MAXIME SAINT JORE

Adresse | Code postal Ville

Annexe 4 - Questionnaire national (Source : Pharmagest)

Quel est votre statut ?

299 sur 299 personnes ont répondu à cette question



Vous exercez dans une :

299 sur 299 personnes ont répondu à cette question



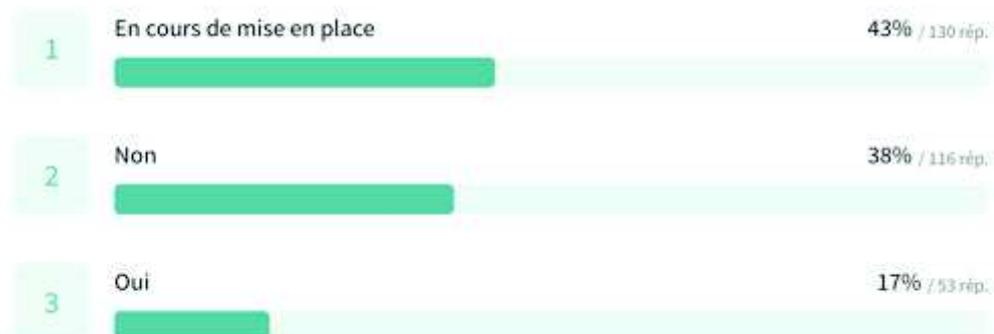
Bilan de médication : êtes vous pour ou contre ?

299 sur 299 personnes ont répondu à cette question



Avez-vous mis en place dans votre officine le bilan partagé de médication ?

299 sur 299 personnes ont répondu à cette question



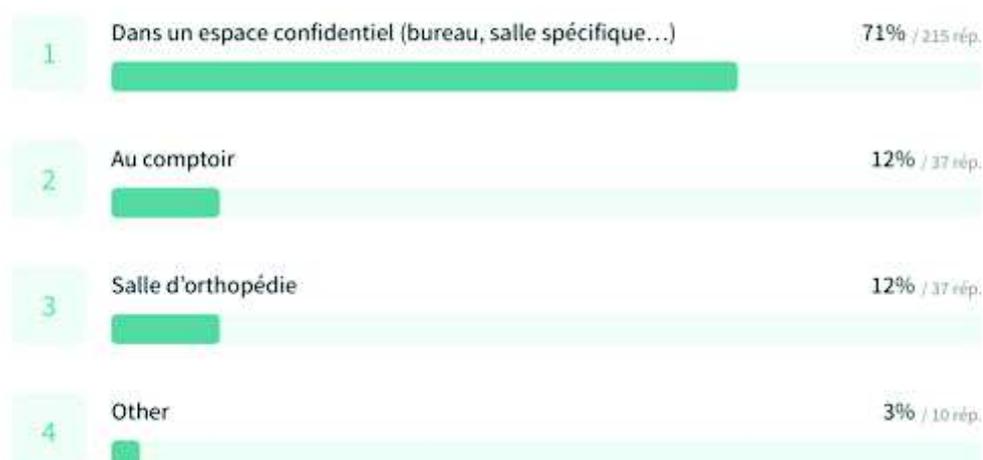
Quelles difficultés rencontrez-vous ou avez-vous rencontré lors de la mise en place du bilan partagé de médication ? (Plusieurs réponses possibles)

299 sur 299 personnes ont répondu à cette question



Où effectuez-vous (ou effectuerez-vous) le bilan partagé de médication au sein de l'officine ?

299 sur 299 personnes ont répondu à cette question



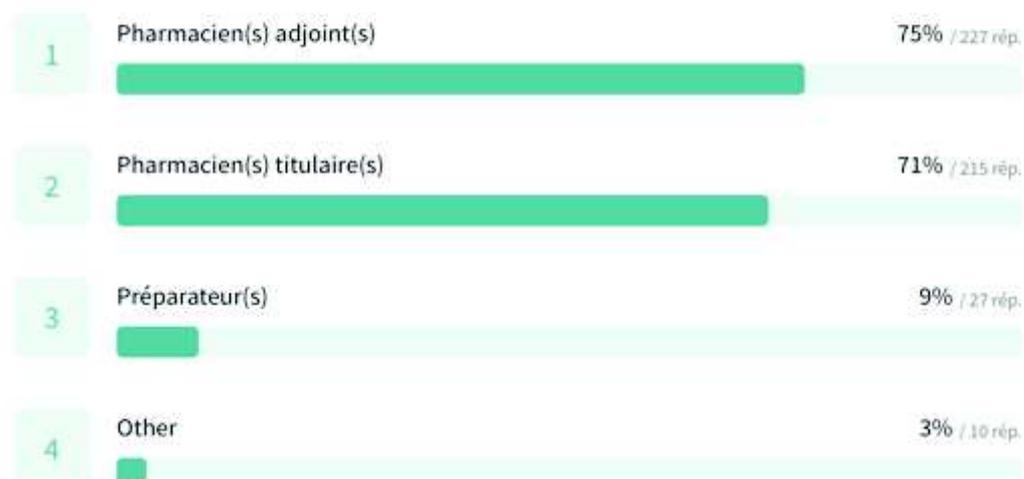
Avez-vous réalisé une formation ?

299 sur 299 personnes ont répondu à cette question



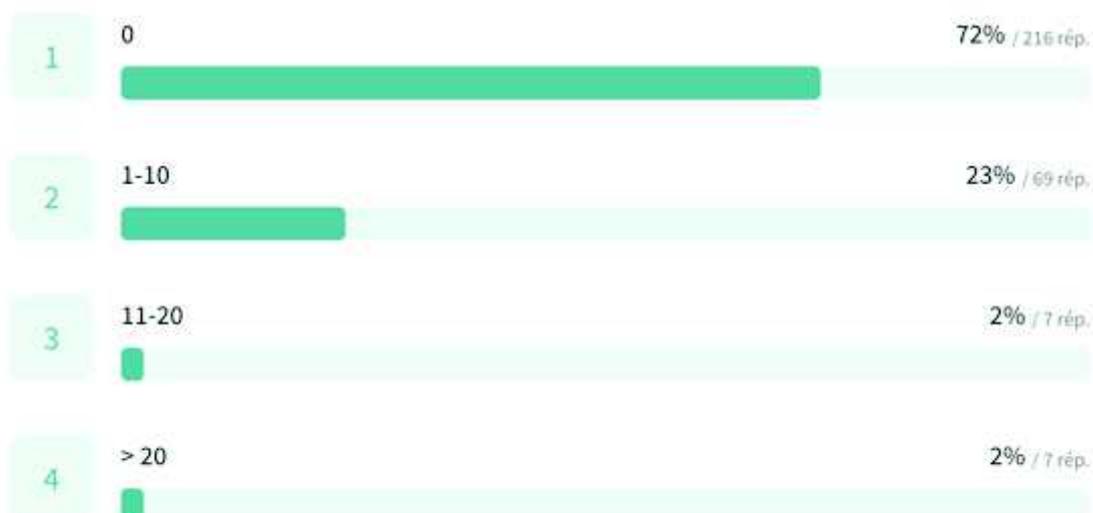
Qui effectue (ou effectuera) le bilan partagé de médication ? (Plusieurs réponses possibles)

299 sur 299 personnes ont répondu à cette question



Combien de bilan(s) avez-vous déjà réalisé(s) à ce jour ?

299 sur 299 personnes ont répondu à cette question



Avez-vous constaté une prise en compte de vos recommandations suite au bilan partagé de médication par le médecin ?

299 sur 299 personnes ont répondu à cette question



Bibliographie

5. Ennuyer B. À quel âge est-on vieux ? : La catégorisation des âges : ségrégation sociale et réification des individus. *Gérontologie et société*. 2011;34 / n° 138(3):127. DOI: 10.3917/gs.138.0127
10. Gauthier H, Gaymu J. Le vieillissement démographique. *Gérontologie et société*. 2003;26 / n° 107(4):13. DOI: 10.3917/gs.107.0013
12. Dumont G-F. Vieillissement de la population de la France : les trois causes de son accentuation. *Population & Avenir*. 2017;732(2):17. DOI: 10.3917/popav.732.0017
13. Prioux F, Barbieri M. L'évolution démographique récente en France : une mortalité relativement faible aux grands âges. *Population*. 2012;67(4):597. DOI: 10.3917/popu.1204.0597
15. Berr C, Balard F, Blain H, Robine J-M. Vieillissement, l'émergence d'une nouvelle population. *Med Sci (Paris)*. 2012;28(3):281-7. DOI: 10.1051/medsci/2012283016
17. Speechley M, Tinetti M. Falls and Injuries in Frail and Vigorous Community Elderly Persons. *Journal of the American Geriatrics Society*. 1991;39(1):46-52. DOI: 10.1111/j.1532-5415.1991.tb05905.x
18. Faya-Robles A. La personne âgée « fragile » : La construction scientifique d'une catégorie sanitaire et ses enjeux. *anthropologiesante*. 2018;(17). DOI: 10.4000/anthropologiesante.4341
20. Santos-Eggimann B, Cuenoud P, Spagnoli J, Junod J. Prevalence of Frailty in Middle-Aged and Older Community-Dwelling Europeans Living in 10 Countries. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*. 2009;64A(6):675-81. DOI: 10.1093/gerona/glp012
21. Lang PO, Trivalle C, Dramé M. La fragilité : mythe ou réalité ? *NPG*

Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie. 2012;12(70):163-70. DOI: 10.1016/j.npg.2012.04.007

22. Almirall J, Fortin M. The Coexistence of Terms to Describe the Presence of Multiple Concurrent Diseases. *J Comorb.* 2013;3(1):4-9. DOI: 10.15256/joc.2013.3.22

23. Boyd CM, Fortin M. Future of Multimorbidity Research: How Should Understanding of Multimorbidity Inform Health System Design? *Public Health Rev.* 2010;32(2):451-74. DOI: 10.1007/BF03391611

24. Be Bernabeu-Wittel M, Jadad A, Moreno-Gaviño L, Hernández-Quiles C, Toscano F, Cassani M, et al. Peeking through the cracks: An assessment of the prevalence, clinical characteristics and health-related quality of life (HRQoL) of people with polypathology in a hospital setting. *Archives of Gerontology and Geriatrics.* 2010;51(2):185-91. DOI: 10.1016/j.archger.2009.10.006

25. Décret n° 2008-1440 du 22 décembre 2008 relatif aux conditions de suppression de la participation de l'assuré aux frais de soins. 2008-1440.

27. Institut de recherche et documentation en économie de la santé (France), Rochereau T, Guillaume S, Dourgnon P. Enquête sur la santé et la protection sociale 2010. Paris: IRDES; 2012.

28. Paille F. La surconsommation médicamenteuse des personnes âgées. *Therapies.* 2004;59(2):215-22. DOI: 10.2515/therapie:2004042

32. Herr M, Sirven N, Grondin H, Pichetti S, Sermet C. Frailty, polypharmacy, and potentially inappropriate medications in old people: findings in a representative sample of the French population. *Eur J Clin Pharmacol.* 2017;73(9):1165-72. DOI: 10.1007/s00228-017-2276-5

33. Auvray L, Sermet C. Consommations et prescriptions pharmaceutiques chez les personnes âgées: Un état des lieux. *Gérontologie et société.* 2002;25 / n° 103(4):13. DOI: 10.3917/gs.103.0013

35. Edwards IR, Aronson JK. Adverse drug reactions: definitions, diagnosis, and management. *The Lancet*. 2000;356(9237):1255-9. DOI: 10.1016/S0140-6736(00)02799-9
36. Ankri J. Le risque iatrogène médicamenteux chez le sujet âgé. *Gérontologie et société*. 2002;25 / n° 103(4):93. DOI: 10.3917/g.s.103.0093
38. Ferchichi S, Antoine V. Le bon usage des médicaments chez la personne âgée. *La Revue de Médecine Interne*. 2004;25(8):582-90. DOI: 10.1016/j.revmed.2004.02.027
39. Bongue B, Laroche ML, Gutton S, Colvez A, Guéguen R, Moulin JJ, et al. Potentially inappropriate drug prescription in the elderly in France: a population-based study from the French National Insurance Healthcare system. *Eur J Clin Pharmacol*. 2011;67(12):1291-9. DOI: 10.1007/s00228-011-1077-5
40. Ankri J. Le risque iatrogène médicamenteux chez le sujet âgé. *Gérontologie et société*. 2002;25 / n° 103(4):93. DOI: 10.3917/g.s.103.0093
41. Ferchichi S, Antoine V. Le bon usage des médicaments chez la personne âgée. *La Revue de Médecine Interne*. 2004;25(8):582-90. DOI: 10.1016/j.revmed.2004.02.027
42. Ferchichi S, Antoine V. Le bon usage des médicaments chez la personne âgée. *La Revue de Médecine Interne*. 2004;25(8):582-90. DOI: 10.1016/j.revmed.2004.02.027
43. Bongue B, Laroche ML, Gutton S, Colvez A, Guéguen R, Moulin JJ, et al. Potentially inappropriate drug prescription in the elderly in France: a population-based study from the French National Insurance Healthcare system. *Eur J Clin Pharmacol*. 2011;67(12):1291-9. DOI: 10.1007/s00228-011-1077-5
46. Arrêté du 9 mars 2018 portant approbation de l'avenant 12 à la convention nationale du 4 mai 2012, organisant les rapports entre les pharmaciens titulaires d'officine et l'assurance maladie.

49. Juste M. Recommandation de bonne pratique en pharmacie clinique. Analyse d'ordonnance et niveaux d'analyse pharmaceutique. *Le Pharmacien Hospitalier et Clinicien*. 2012;47(4):293-5. DOI: 10.1016/j.phclin.2012.10.082

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

52. Arrêté du 14 décembre 2017 portant approbation de l'avenant 11 à la convention nationale du 4 mai 2012, organisant les rapports entre les pharmaciens titulaires d'officine et l'assurance maladie.

53. Mrozovski J-M, Rosoff B. Les enjeux de la relation patient dans le développement des nouvelles missions. *Actualités Pharmaceutiques*. 2017;56(564):22-4. DOI: 10.1016/j.actpha.2017.01.005

59. Al Shouli K. Pharmacie : les bonnes pratiques de dispensation. *Droit, Déontologie & Soins*. 2017;17(1):47-58. DOI: 10.1016/j.ddes.2017.01.024

62. Desnoyer A, Guignard B, Lang P-O, Desmeules J, Vogt-Ferrier N, Bonnabry P. Prescriptions médicamenteuses potentiellement inappropriées en gériatrie : quels outils utiliser pour les détecter ? *La Presse Médicale*. 2016;45(11):957-70. DOI: 10.1016/j.lpm.2016.06.033

63. By the American Geriatrics Society 2015 Beers Criteria Update Expert Panel. American Geriatrics Society 2015 Updated Beers Criteria for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults. *J Am Geriatr Soc*. 2015;63(11):2227-46. DOI: 10.1111/jgs.13702

64. Laroche M-L, Bouthier F, Merle L, Charmes J-P. Médicaments potentiellement inappropriés aux personnes âgées : intérêt d'une liste adaptée à la pratique médicale française. *La Revue de Médecine Interne*. 2009;30(7):592-601. DOI: 10.1016/j.revmed.2008.08.010

65. Lang P-O, Hasso Y, Belmin J, Payot I, Baeyens J-P, Vogt-Ferrier N, et al. STOPP-START: Adaptation en langue française d'un outil de détection de la prescription médicamenteuse inappropriée chez la personne âgée. *Can J Public Health*.

2009;100(6):426-31. DOI: 10.1007/BF03404338

66. Collège universitaire des enseignants de néphrologie (France), Moulin B, Peraldi M-N. Néphrologie. 2018.

71. Arrêté du 15 mai 2011 relatif au nombre de pharmaciens dont les titulaires d'officine doivent se faire assister en raison de l'importance de leur chiffre d'affaires.

74. Michot P, Catala O, Supper I, Bouliou R, Zerbib Y, Colin C, et al. Coopération entre médecins généralistes et pharmaciens : une revue systématique de la littérature. Santé Publique. 2013;25(3):331. DOI: 10.3917/spub.253.0331

Sitographie

1. [En ligne]. Population par âge – Tableaux de l'Économie Française | Insee [cité le 15 mars 2019]. Disponible: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1906664?sommaire=1906743>

2. Libault D. [En ligne]. 19 mai 2020. Rapport sur la mise en œuvre des projets pilotes Disponible: http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_comite_national_pilotage_-_projets_pilotes.pdf

3. Polymédication des seniors : nos aînés en première ligne. [En ligne]. France Assos Santé 2019 [cité le 19 mai 2020].

4. [En ligne]. Arrêté du 9 mars 2018 portant approbation de l'avenant 12 à la convention nationale du 4 mai 2012, organisant les rapports entre les pharmaciens titulaires d'officine et l'assurance maladie | Legifrance [cité le 19 mai 2020]. Disponible: <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2018/3/9/SSAS1803603A/jo/texte>

6. [En ligne]. Cours [cité le 27 avril 2019]. Disponible: <http://campus.cerimes.fr/geriatrie/enseignement/geriatrie1/site/html/1.html#1>

7. WHO [En ligne]. OMS | Vieillissement [cité le 22 avril 2019]. Disponible: <http://www.who.int/topics/ageing/fr/>
8. Manuels MSD pour le grand public [En ligne]. Présentation du vieillissement - La santé des personnes âgées [cité le 22 avril 2019]. Disponible: <https://www.msdmanuals.com/fr/accueil/la-sant%C3%A9-des-personnes-%C3%A2g%C3%A9es/le-vieillissement/pr%C3%A9sentation-du-vieillissement>
9. Ined - Institut national d'études démographiques [En ligne]. Vieillissement démographique [cité le 22 avril 2019]. Disponible: <https://www.ined.fr/fr/lexique/vieillissement-demographique/>
11. [En ligne]. Pyramides des âges – Bilan démographique 2019 | Insee [cité le 11 mars 2020]. Disponible: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1913143?sommaire=1912926>
14. [En ligne]. 21 000 centenaires en 2016 en France, 270 000 en 2070 ? - Insee Première - 1620 [cité le 11 mars 2019]. Disponible: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2496218>
16. [En ligne]. Cours [cité le 14 janvier 2020]. Disponible: <http://campus.cerimes.fr/geriatrie/enseignement/geriatrie2/site/html/1.html#1>
19. Société Française de Gériatrie et Gérontologie (SFGG) [En ligne]. 13 avril 2018. Fragilité des personnes âgées : un programme de dépistage inédit dans le monde – SFGG [cité le 24 mai 2020]. Disponible: <https://sfgg.org/actualites/fragilite-des-personnes-agees-un-programme-de-depistage-inedit-dans-le-monde/>
26. WHO [En ligne]. OMS | Maladies chroniques [cité le 20 janvier 2020]. Disponible: https://www.who.int/topics/chronic_diseases/fr/
29. [En ligne]. Communiqué de presse : La polymédication : définitions, mesures et enjeux. Revue de la littérature et tests de mesure - IRDES [cité le 11 janvier 2019]. Disponible: <https://www.irdes.fr/presse/communiques/127-la-polymedication-definitions-mesures-et-enjeux.html>

30. Vionnet–Fuasset J. Société Française de Médecine Générale [En ligne]. Fréquence et nature de la poly-médication chez la personne âgée en médecine générale [cité le 20 mars 2019]. Disponible: http://www.sfm.org/data/generateur/generateur_fiche/1023/fichier_fichier_dr60_art_poly medication85f176cc7a.pdf
31. Le Cossec C, Sermet C, Perronnin M. Institut de recherche et documentation en économie de la santé [En ligne]. Mesurer la polymédication chez les personnes âgées : impact de la méthode sur la prévalence et les classes thérapeutiques [cité le 10 février 2020]. Disponible: <https://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/213-mesurer-la-polymedication-chez-les-personnes-agees.pdf>
34. Legrain S. Consommation Médicamenteuse chez le Sujet Agé. [En ligne]. Haute Autorité de Santé [cité le 11 mars 2019].
37. Prévenir la iatrogénèse médicamenteuse chez le sujet âgé. [En ligne]. ANSM [cité le 10 février 2020].
44. Une étude sur les personnes âgées polymédiquées suggère de « réviser les ordonnances à rallonge » (Communiqué) – Toute La Veille des acteurs de la Santé. [En ligne]. [cité le 17 mai 2020].
45. Bégaud B, Costagliola D. Rapport sur la surveillance et la promotion du bon usage du médicament en France. [En ligne]. [cité le 10 février 2020].
47. Haute Autorité de Santé [En ligne]. Avis n°2017.0082/AC/SA3P du 4 octobre 2017 du collège de la Haute Autorité de santé relatif aux supports d’accompagnement des patients âgés polymédiqués par les pharmaciens d’officine - le bilan de médication, convention entre l’UNCAM et les syndicats d’officinaux [cité le 17 avril 2019]. Disponible: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2797383/fr/avis-n2017-0082/ac/sa3p-du-4-octobre-2017-du-college-de-la-haute-autorite-de-sante-relatif-aux-supports-d-accompagnement-des-patients-ages-polymediques-par-les-pharmaciens-d-officine-le-bilan-de-medication-convention-entre-l-uncam-et-les-syndicats-d-officinaux
48. [En ligne]. Medication review definition approved - Pharmaceutical Care

Network Europe [cité le 16 février 2019]. Disponible: <https://www.pcne.org/news/35/medication-review-definition-approved>

51. [En ligne]. Convention nationale [cité le 30 juillet 2020]. Disponible: <https://www.ameli.fr/pharmacien/textes-referance/textes-conventionnels/convention-nationale>

54. Haute Autorité de Santé [En ligne]. Avis n°2017.0082/AC/SA3P du 4 octobre 2017 du collège de la Haute Autorité de santé relatif aux supports d'accompagnement des patients âgés polymédiqués par les pharmaciens d'officine - le bilan de médication, convention entre l'UNCAM et les syndicats d'officinaux [cité le 30 juillet 2020]. Disponible: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2797383/fr/avis-n2017-0082/ac/sa3p-du-4-octobre-2017-du-college-de-la-haute-autorite-de-sante-relatif-aux-supports-d-accompagnement-des-patients-ages-polymediques-par-les-pharmaciens-d-officine-le-bilan-de-medication-convention-entre-l-uncam-et-les-syndicats-d-officinaux

55. CALVET L. Dépenses de santé, hospitalisations et pathologies des personnes âgées de 75 ans ou plus. [En ligne]. [cité le 5 mars 2020].

56. [En ligne]. Guide d'accompagnement des patients [cité le 10 février 2019]. Disponible: <http://t.fspf.fr/t/236/16/1e07b119-2185083/42357/2854/d95f1e94>

57. Préconisations pour la pratique des bilans partagés de médication. [En ligne]. SFPC [cité le 1 février 2019].

58. [En ligne]. Accompagnement des patients chroniques [cité le 10 février 2019]. Disponible: <https://www.ameli.fr/pharmacien/exercice-professionnel/services-patients/accompagnement-patients-chroniques>

60. Liste des médicaments écrasantes 2019. [En ligne]. Omedit Normandie [cité le 5 avril 2019].

61. Haute Autorité de Santé [En ligne]. Bases de données sur les médicaments ayant reçu un agrément HAS [cité le 5 avril 2020]. Disponible: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2790851/fr/bases-de-donnees-sur-les-medicaments-ayant-recu-un-agrement-has

67. SiteGPR [En ligne]. Accueil [cité le 30 juillet 2020]. Disponible: <http://sitegpr.com/fr/>

68. [En ligne]. Signature d'un nouvel avenant sur l'accompagnement pharmaceutique et l'exercice coordonné [cité le 30 juillet 2020]. Disponible: <https://www.ameli.fr/pharmacien/actualites/signature-dun-nouvel-avenant-sur-laccompagnement-pharmaceutique-et-lexercice-coordonne>

69. Le Pharmacien de France - Magazine [En ligne]. 28 septembre 2018. C'est l'heure des bilans [cité le 30 juillet 2020]. Disponible: <http://www.lepharmaciendefrance.fr/article-print/cest-lheure-des-bilans>

70. Vialanet M. Bilan de médication à l'officine chez 483 sujets âgés : description de la population et de la satisfaction des patients vis-à-vis de ce bilan [exercice en ligne]. Université Toulouse III - Paul Sabatier; 2017 [cité le 30 juillet 2020]. Disponible: <http://thesesante.ups-tlse.fr/2047/>

72. Jacot P. Le Point [En ligne]. 10 avril 2012. Nouvelles salves entre médecins et pharmaciens [cité le 30 juillet 2020]. Disponible: https://www.lepoint.fr/debats/nouvelles-salves-entre-medecins-et-pharmaciens-10-04-2012-1449998_2.php

73. [En ligne]. Accompagnement des patients chroniques [cité le 20 avril 2020]. Disponible: <https://www.ameli.fr/pharmacien/exercice-professionnel/services-patients/accompagnement-patients-chroniques>

75. [En ligne]. DOSSIER_DE_PRESSE_MSSANTE_FEVRIER 2018.pdf | esante.gouv.fr [cité le 30 juillet 2020]. Disponible: <https://esante.gouv.fr/media/2436>

SERMENT DE GALIEN

Je jure d'honorer ceux qui m'ont instruit dans les préceptes de mon art et de leur témoigner ma reconnaissance en restant fidèle à leur enseignement.

D'exercer dans l'intérêt de la Santé publique ma profession avec conscience et de respecter non seulement la législation en vigueur mais aussi les règles de l'Honneur, de la Probité et du Désintéressement.

De ne jamais oublier ma responsabilité et mes devoirs envers le malade et sa dignité humaine.

De ne dévoiler à personne les secrets qui m'auraient été confiés ou dont j'aurais eu connaissance dans l'exercice de ma Profession.

En aucun cas, je ne consentirai à utiliser mes connaissances et mon état pour corrompre les mœurs et favoriser les actes criminels.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois méprisé de mes Confrères si je manque à mes engagements.



SAINT JORE Maxime

Le Bilan Partagé de Médication : un état des lieux national.

Th. D. Pharm., Rouen, 2020, p.125

RESUME

Contexte : La France est engagée dans un processus de transition démographique. Le vieillissement de la population pourrait atteindre 30 % de la population en 2060. Le bilan partagé de médication chez la personne âgée est une des nouvelles missions du pharmacien pour optimiser la prise en charge.

Objectif : Réaliser un état des lieux national dans les pharmacies d'officine évaluant la mise en place du bilan partagé de médication lors de sa première année.

Méthodes : Il s'agit d'une étude nationale. Les données ont été recueillies grâce à un questionnaire proposant des questions sur la mise en place et la réalisation du bilan partagé de médication.

Résultats : Parmi les 296 pharmacies incluses, 91 % ont déclaré être pour le bilan partagé de médication. Une majorité des pharmacies sont en cours de déploiement (44 %). Les problématiques les plus rencontrées sont le manque de temps (77 %) et le manque de personnel (28 %). La réalisation du bilan par le pharmacien dans un lieu de confidentialité spécifique (71 %) est respectée. Le nombre de bilan réalisé est cependant faible, 72 % n'ont pas encore réalisé de bilans.

Conclusion : Notre étude suggère que le bilan de médication est un outil apprécié par les pharmaciens, mais avec une mise en place complexe dans tous les types de pharmacies.

MOTS CLES : Bilan de médication – Personne âgée – Iatrogénie - Officine

JURY

Président : Mr GARGALA Gilles, Maître de conférence des Universités

Membres : Mme GUERARD DETUNCQ Cécile, Professeur associé

Mme DUPENDANT Marie Hélène, Pharmacien d'officine

DATE DE SOUTENANCE : 6/11/2020