

Polymédication du sujet âgé : retour sur l'installation du Bilan Partagé de Médication (BPM) en ex-Basse Normandie

Camille Duval

▶ **To cite this version:**

Camille Duval. Polymédication du sujet âgé : retour sur l'installation du Bilan Partagé de Médication (BPM) en ex-Basse Normandie. Sciences pharmaceutiques. 2021. dumas-03443748

HAL Id: dumas-03443748

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03443748

Submitted on 23 Nov 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.

THESE

Pour l'obtention du Diplôme d'État de Docteur en Pharmacie

Préparée au sein de l'Université de Caen Normandie

Polymédication du sujet âgé : retour sur l'installation du Bilan Partagé de Médication (BPM) en ex-Basse Normandie

Présentée par

Camille DUVAL

Soutenue publiquement le 9 avril 2021 devant le jury composé de		
Mr Michel BOULOUARD	PU en physiologie et pharmacologie Doyen de la Faculté des Sciences pharmaceutiques - UFR Santé Caen	Président du jury
Mme Estelle RICHARD	Pharmacien titulaire - Couterne Vacataire à la Faculté des Sciences Pharmaceutiques - UFR Santé Caen	Directeur de thèse
Mr Alexandre LABICHE	Pharmacien adjoint – Bagnoles de l'Orne	Examinateur

Thèse dirigée par Estelle RICHARD

LISTE DES ENSEIGNANTS-CHERCHEURS

Directeur de la Faculté des Sciences Pharmaceutiques
Professeur Michel BOULOUARD

Assesseurs
Professeur Pascale SCHUMANN-BARD
Professeur Anne-Sophie VOISIN-CHIRET

Directrice administrative
Madame Sarah CHEMTOB

Directrice administrative adjointe
Madame Emmanuelle BOURDON

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

BOULOUARD Michel	Physiologie, Pharmacologie
BUREAU Ronan	Biophysique, Chémoinformatique
COLLOT Valérie	Pharmacognosie
DALLEMAGNE Patrick	Chimie médicinale
DAUPHIN François	Physiologie, Pharmacologie
DELEPEE Raphaël	Chimie analytique
FABIS Frédéric	Chimie organique
FRERET Thomas	Physiologie, Pharmacologie
GARON David	Botanique, Mycologie, Biotechnologies
GIARD Jean-Christophe	Bactériologie, Virologie
MALZERT-FREON Aurélie	Pharmacie galénique
ROCHAIS Christophe	Chimie organique
SCHUMANN-BARD Pascale	Physiologie, Pharmacologie
SICHEL François	Toxicologie
SOPKOVA Jana	Biophysique, Drug design
VOISIN-CHIRET Anne-Sophie	Chimie médicinale

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

ANDRE Véronique – HDR	Biochimie, Toxicologie
BOUET Valentine – HDR	Physiologie, Pharmacologie
CAILLY Thomas – HDR	Chimie bio-inorganique, Chimie organique
DENOYELLE Christophe – HDR	Biologie cellulaire et moléculaire, Biochimie, Cancérologie
DHALLUIN Anne	Bactériologie, Virologie, Immunologie
ELDIN de PECOULAS Philippe – HDR	Parasitologie, Mycologie médicale
GROO Anne-Claire	Pharmacie galénique
KIEFFER Charline	Chimie médicinale

KRIEGER Sophie (Praticien hospitalier) **– HDR** ..... Biologie clinique
LAPORTE-WOJCIK Catherine ..... Chimie bio-inorganique
LEBAILLY Pierre – HDR ..... Santé publique
LECHEVREL Mathilde – HDR ..... Toxicologie
LEGER Marianne ..... Physiologie, Pharmacologie
LEPAILLEUR Alban – HDR ..... Modélisation moléculaire
N'DIAYE Monique Parasitologie, Mycologie médicale, Biochimie clinique
PAIZANIS Eleni ..... Physiologie, Pharmacologie
POTTIER Ivannah ..... Chimie et toxicologie analytiques
PREVOST Virginie – HDR Chimie analytique, Nutrition, Education thérapeutique du patient
QUINTIN Jérôme ..... Pharmacognosie
RIOULT Jean-Philippe ..... Botanique, Mycologie, Biotechnologies
SINCE Marc ..... Chimie analytique
SAINT-LORANT Guillaume (Praticien hospitalier) ..... Pharmacie clinique
VILLEDIEU Marie – HDR Biologie et thérapies innovantes des cancers

PROFESSEUR AGREGE (PRAG)

PRICOT Sophie ..... Anglais

PERSONNEL ASSOCIE A TEMPS PARTIEL (PAST)

SEDILLO Patrick ..... Pharmacie officinale
SEGONZAC Virginie ..... Pharmacie officinale

Enseignants titulaires du Diplôme d'Etat de Docteur en Pharmacie

REMERCIEMENTS

Écrire ses remerciements n'est pas si anodin que l'on croit. C'est une des premières pages, probablement une des plus lues, celle dans laquelle on se cherche, celle qui rend nos parents fiers, celle qui peut faire sourire ou parfois verser une larme. Plusieurs heures de tortures à choisir entre humour et sobriété, sentiment et solennité pour espérer n'oublier et ne décevoir personne. Je n'ai jamais été la plus douée pour écrire, la carte de l'authenticité est peut-être la plus judicieuse à jouer aujourd'hui.

Je tiens donc à remercier,

Mr Boulouard,

Merci de m'avoir fait l'honneur de présider cette thèse. Merci pour vos blagues qui nous auront fait sourire et resteront dans nos souvenirs des cours de pharmacologie.

Mme Estelle Richard,

Un grand merci pour avoir accepté de diriger cette thèse. Merci pour votre gentillesse et votre bienveillance tout au long de mes études et de la rédaction de cette thèse. Votre sens du détail et la pertinence de vos remarques m'ont permis de dépasser mes attentes dans l'aboutissement de ce travail.

Mr Alexandre Labiche,

Merci d'avoir intégré le jury de ma thèse. Merci pour ton implication dans mes études depuis de nombreuses années maintenant. Ton esprit critique m'a poussée à réfléchir autrement et à donner le meilleur de moi-même. Merci pour les nombreuses heures de relecture et tes remarques toujours plus judicieuses les unes que les autres. J'espère devenir un pharmacien d'officine aussi compétent et intéressant que tu l'es. Ton équipe et tes patients ont de la chance de pouvoir compter sur toi pour ta bonne oreille, ton empathie et ton sens de l'humour.

Un grand merci également aux équipes de la Pharmacie du Marché à Flers, de la Pharmacie de la Madeleine à Bagnoles de l'Orne et de la Pharmacie d'Hastings à Caen. Merci pour vos encouragements et votre bienveillance. Vous n'avez cessé de m'apprendre et de me faire confiance.

Ensuite, je tiens à remercier ceux qui me sont chers, mes proches, ma famille, mes amis,

Paul, merci d'être là, merci d'être toi, merci de me faire rire tous les jours, merci pour ton amour.

Papa, Maman, c'est ainsi que s'achèvent mes études. Plus de 23 ans à me supporter, moi et mes angoisses, vous méritez bien une médaille. Merci de m'avoir toujours soutenue, rassurée, de m'avoir donné le goût du travail et la motivation de bien faire. Maman, merci pour ta précieuse aide de relectrice en chef notamment pour mes lacunes d'orthographe, de syntaxe et de grammaire. Oui Papa, je sais ce que tu vas me dire « ça fera 5000 ».

Grégoire, merci pour ta bonne oreille, tes bons conseils, et surtout pour ton impassibilité que j'envie souvent. Merci de m'avoir fait croire tout et n'importe quoi, merci pour les veilles de concours et partiels, et encore désolée pour la valise. *Maëlle*, merci d'avoir mis à profit ta rigueur et tes connaissances médico-scientifiques dans mon travail. Continue à égayer les journées de Grégoire.

Marjolaine et *Alexandre*, merci d'être qui vous êtes, c'est-à-dire un exemple à suivre. Plus sérieusement, merci d'avoir répondu à mes nombreux appels en larmes à la sortie des partiels entre autres, ou à mes questions existentielles. Merci pour votre implication plus qu'active dans cette thèse et vos encouragements.

Matthieu, merci pour ton affection et ton soutien, notamment pour tes capacités anglophones. Ton goût des bonnes choses et ta sensibilité, particulièrement artistique, m'ont beaucoup apporté.

Merci à *Antoine*, *Manon*, *Elisa*, *Jeanne* et *Auguste*, mes neveux et nièces adorés, d'être si parfaits.

Je pense également à mes grands-parents, j'aurais aimé qu'ils soient présents pour partager ce moment.

Merci à « *La nouvelle aventure caennaise* » et au « *Trône de fer* » pour ces années de fac que je n'oublierai jamais grâce à vous. Merci à Paul et Fanny pour leur aide dans cette rédaction.

Et enfin, merci à *mes copines d'or et de platine*, d'être de si belles personnes, si drôles, encourageantes, et présentes malgré les années et les kilomètres. J'associe également Paul, Pierre-Alexandre et Léo-Paul à ces remerciements, merci d'avoir fait de moi votre « préférée ».

SOMMAIRE

LISTE DES ABREVIATIONS 1

LISTES DES FIGURES, TABLEAUX, ET ANNEXES 3

INTRODUCTION 5

1ERE PARTIE : POLYPATHOLOGIE ET POLYMEDICATION : PORTES D'ENTREE DE LA IATROGENIE MEDICAMENTEUSE 6

I. GENERALITES 6

A. Définitions 6

B. Épidémiologie 9

C. Économie 14

II. PHYSIOLOGIE : VARIABILITES PHARMACOLOGIQUES LIEES A L'AGE 16

A. Fragilité et vulnérabilité du sujet âgé 16

B. Modifications physiologiques liées à l'âge. 19

C. Modifications pharmacocinétiques liées à l'âge. 24

III. PRESCRIPTIONS MEDICAMENTEUSES CHEZ LE SUJET AGE 27

A. Facteurs de risques et conséquences de la iatrogénie médicamenteuse 27

B. Prescriptions Médicamenteuses Inappropriées (PMI) 29

C. Principales classes médicamenteuses à risque de iatrogénie 30

2EME PARTIE : LE BILAN PARTAGE DE MEDICATION (BPM) : NOUVELLE MISSION DU PHARMACIEN 34

I. PRESENTATION GENERALE 34

A. La naissance du BPM : la loi HPST. 34

B. Définition et objectifs 34

C. Public cible du BPM 35

D. Prérequis 35

E. Facturation et rémunération 37

II. DEROULEMENT 39

A. Recrutement 39

B. Recueil d'informations 40

C. Analyse des traitements et synthèse au médecin 43

D. Entretien conseils 44

E. Suivi d'observance 45

III. OUTILS 46

A. Le guide PAPA 46

B. Liste préférentielle de médicaments adaptés au sujet âgé en EHPAD de l'OMEDIT 47

C. Critères de Beers 48

D. Liste de Laroche 49

E. Critères STOPP/START 50

F. GPR *52*
G. Bases de données en ligne *53*
H. Recommandations actuelles *54*
IV. SYSTEMES PARALLELES 56
A. Hospitaliers *56*
B. Mondiaux *58*
3EME PARTIE : RETOUR SUR L'INSTALLATION DU BILAN PARTAGE DE MEDICATION (BPM) EN EX BASSE NORMANDIE 60
I. PRESENTATION DE L'ETUDE DE TERRAIN 60
A. Objectif *60*
B. Matériel et méthodes *60*
II. RESULTATS DE L'ETUDE 62
A. Enquête téléphonique *62*
B. Pharmacies pratiquant le BPM en ex-Basse Normandie *63*
C. Pharmacies ne pratiquant pas le BPM en ex-Basse Normandie *72*
D. Fascicule facilitant l'installation du BPM dans une officine *77*
III. DISCUSSIONS, LIMITES ET PERSPECTIVES 81
A. Discussions *81*
B. Limites *90*
C. Perspectives *91*
CONCLUSION 92
BIBLIOGRAPHIE 93
ANNEXES 99

LISTE DES ABREVIATIONS

AINS : Anti-Inflammatoire Non Stéroïdien

ALD : Affection Longue Durée

AOD : Anticoagulants Oraux Directs

APA : Allocation Personnalisée d'Autonomie

ARA II : Antagoniste au récepteur de l'angiotensine II

ARS : Agence Régionale de Santé

AVK : Antivitamine K

BPM : Bilan Partagé de Médication

DM : Dispositifs Médicaux

DOM : Département d'Outre-Mer

DP : Dossier Pharmaceutique

DMP : Dossier Médical Partagé

EIM : Effets Indésirables Médicamenteux

EHPAD : Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes

EVSI : Esperance de Vie Sans Incapacité

HAS : Haute Autorité de Santé

HBPM : Héparine de Bas Poids Moléculaire

IEC : Inhibiteur de l'enzyme de conversion

INED : Institut National d'Études Démographiques

INR : International Normalized Ratio

INSEE : Institut National de la Statistique et des Études Économiques

INSERM : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale

IPP : Inhibiteur de la Pompe à Protons

IRDES : Institut de Recherche et Documentation en Économie de la Santé

ISRS : Inhibiteur Sélectif de la Recapture de la Sérotonine

OMEDIT : Observatoire du médicament, des dispositifs médicaux et de l'innovation thérapeutique

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

QCM : Question à Choix Multiples

QCS : Question à Choix Simple

QROC : Question à Réponse Ouverte et Courte

RCP : Résumé des Caractéristiques des Produits

ROSP : Rémunération sur Objectifs de Santé Publique

SFPC : Société Française de Pharmacie Clinique

LISTES DES FIGURES, TABLEAUX, ET ANNEXES

Liste des figures

FIGURE 1 : REPARTITION (EN %) DES PATHOLOGIES PRESENTEES PAR LES PATIENTS DE PLUS DE 65 ANS (6) 7
FIGURE 2 : ÉVOLUTION ET PROJECTION DE L'ESPERANCE DE VIE A LA NAISSANCE EN FRANCE 11
FIGURE 3 : ÉVOLUTION DE L'ESPERANCE DE VIE ET DE L'EVSI A 65 ANS PAR SEXE (25) 12
FIGURE 4 : CAUSES DE DECES DES PERSONNES AGEES 13
FIGURE 5 : REPRESENTATION DE L'HETEROGENEITE DE LA POPULATION AGEE (28) 16
FIGURE 6 : SCHEMA 1+2+3 DE BOUCHON DES PATHOLOGIES EN CASCADE 18
FIGURE 7 : « FACTEURS DE RISQUE IATROGENE CHEZ LA PERSONNE AGEE » (4) 28
FIGURE 8 : EXTRAIT DU GUIDE PAPA - ETAT ANXIEUX 46
FIGURE 9 : EXTRAIT DE LA LISTE PREFERENTIELLE DE MEDICAMENTS ADAPTES AU SUJET AGE EN EHPAD - CEPHALOSPORINES 48
FIGURE 10 : EXTRAIT DE MEDICAMENTS POTENTIELLEMENT INAPPROPRIES CHEZ LES SUJETS AGES (SELON LES CRITERES DE BEERS DE L'AMERICAN GERIATRICS SOCIETY) - MEDICAMENTS CARDIOVASCULAIRES 49
FIGURE 11 : EXTRAIT DE LA LISTE DE LAROCHE - ANTALGIQUES 49
FIGURE 12 : RÉSULTATS STOPP-START MR X 51
FIGURE 13 : EXEMPLE D'UNE ANALYSE D'ORDONNANCE VIA LE SITE GPR 52
FIGURE 14 : PROPORTION DES OFFICINES PRATIQUANT LE BPM 62
FIGURE 15 : PROPORTION DES OFFICINES AYANT PRATIQUE PLUS D'UN BPM 63
FIGURE 16 : REPARTITION DE LA FONCTION DU PHARMACIEN EFFECTUANT LES BPM 63
FIGURE 17 : REPARTITION DE LA TAILLE DES EQUIPES 64
FIGURE 18 : REPARTITION DE LA LOCALISATION DES OFFICINES 64
FIGURE 19 : REPARTITION DE LA PRATIQUE DES ENTRETIENS PHARMACEUTIQUES 64
FIGURE 20 : REPARTITION DE LA PARTICIPATION A UNE FORMATION AU BPM 65
FIGURE 21 : REPARTITION DES SUPPORTS UTILISES PAR LES PHARMACIENS 65
FIGURE 22 : REPARTITION DU PERSONNEL PARTICIPANT AU RECRUTEMENT 66
FIGURE 23 : REPARTITION DE LA METHODE DE RECUEIL D'INFORMATIONS 66
FIGURE 24 : REPARTITION DES OUTILS UTILISES POUR L'ANALYSE DES TRAITEMENTS 67
FIGURE 25 : REPARTITION DU MOYEN DE TRANSMISSION DE LA SYNTHESE AU MEDECIN 68
FIGURE 26 : COMMUNICATION ORALE AVEC LE MEDECIN SUR LA SYNTHESE TRANSMISE 68
FIGURE 27 : REPARTITION DE L'ENREGISTREMENT SUR LE DMP 68
FIGURE 28 : REPARTITION DU RETOUR DES PATIENTS 69
FIGURE 29 : REPARTITION DE L'APPRECIATION DE LA JUSTE VALEUR DU TRAVAIL FOURNI 69
FIGURE 30 : REPARTITION DU TEMPS REEL PASSE PAR PATIENT 70
FIGURE 31 : REPARTITION DU PAIEMENT DE L'INTEGRALITE DES BPM REALISES 70
FIGURE 32 : REPARTITION DE LA PERENNITE DE L'ACTIVITE 70
FIGURE 33 : REPARTITION DU RETOUR DES MEDECINS 71
FIGURE 34 : ÉVALUATION DES FREINS LIMITANT L'INSTALLATION DU BPM DANS UNE OFFICINE 71
FIGURE 35 : REPARTITION DES FREINS MENTIONNES SELON LEUR FREQUENCE 72

Liste des tableaux

TABLEAU I : DEPENSE PHARMACEUTIQUE DES PLUS DE 65 ANS (15) 14
TABLEAU II : SIGNIFICATION DU GIR AUQUEL UNE PERSONNE EST RATTACHEE 17
TABLEAU III : SYNTHESE DES EFFETS DU VIEILLISSEMENT ET DE LEURS CONSEQUENCES PHARMACOLOGIQUES (2)(41). 26
TABLEAU IV : SYNTHESE D'AIDE A LA FACTURATION DES BPM 38
TABLEAU V : EXTRAIT DE LA FICHE DE RECUEIL DES INFORMATIONS (1/4) : LE PATIENT (49). 41
TABLEAU VI : EXTRAIT DE LA FICHE DE RECUEIL DES INFORMATIONS (2/4) : LES TRAITEMENTS (49). 41
TABLEAU VII : EXTRAIT DE LA FICHE DE RECUEIL DES INFORMATIONS (3/4) : LA PERCEPTION DES TRAITEMENTS (49) 42
TABLEAU VIII : EXTRAIT DE LA FICHE DE RECUEIL DES INFORMATIONS - QUESTIONNAIRE DE GIRERD (4/4) (49) 43
TABLEAU IX : PLAN DE PRISE / POSOLOGIE DES MEDICAMENTS PRESCRITS (49) 44
TABLEAU X : RECAPITULATIF DES PRINCIPAUX OUTILS DISPONIBLES POUR L'ANALYSE DES TRAITEMENTS 55
TABLEAU XI : RESULTAT DE L'ENQUETE TELEPHONIQUE. 62

Liste des annexes

ANNEXE 1 : GRILLE AGGIR (CERFA N°11510*01) 99
ANNEXE 2 :TRAME DU QUESTIONNAIRE TELEPHONIQUE A DESTINATION DES PHARMACIENS 100
ANNEXE 3 : TRAME DU QUESTIONNAIRE EN LIGNE A DES PHARMACIENS PRATIQUANT LE BPM. 103
ANNEXE 4 : FASCICULE D'AIDE A L'INSTALLATION DU BILAN PARTAGE DE MEDICATION (BPM) A L'OFFICINE 104
ANNEXE 5 : QUESTIONNAIRE DE GIRERD 126
ANNEXE 6 : SERMENT DE GALIEN 127

INTRODUCTION

Le vieillissement de la population est un phénomène mondial. D'ici 2050, une personne sur six aura plus de 65 ans. Dans les mêmes années, il est attendu que 20 millions de personnes soient âgées d'au moins 65 ans en France. Nous sommes heureux de pouvoir profiter de nos parents, grands-parents ou arrière-grands-parents plus longtemps que les générations précédentes, mais nous souhaitons avant tout les voir vieillir en bonne santé. Cependant, le vieillissement physiologique des organes entraîne parfois l'apparition de pathologies. Plus de deux maladies chroniques sont en moyenne déclarées chez les patients de plus de 60 ans. Cette polypathologie est souvent responsable de polymédication.

La polymédication du sujet âgé en France est fréquente puisqu'elle concerne presque la moitié de la population âgée de plus de 75 ans. Celle-ci entraîne un risque de iatrogénie médicamenteuse. Cela fait déjà quatre siècles que Molière l'a écrit : *« Presque tous les hommes meurent de leurs remèdes, et non pas de leurs maladies »* (*Le maladie imaginaire*, 1673). Même s'il n'avait pas entièrement raison, environ 7500 décès par an sont attribués à un événement iatrogénique chez les plus de 65 ans.

Le Bilan Partagé de Médication (BPM) a intégré les nouvelles missions du pharmacien depuis mars 2018. Il s'agit d'une analyse thérapeutique effectuée par le pharmacien d'officine. Son principal objectif est de limiter la iatrogénie médicamenteuse chez la personne âgée polymédiquée. C'est une mission qui m'a beaucoup attirée pour deux raisons : le côté « hors-comptoir » dans la relation patient-pharmacien et le côté scientifique dans l'analyse des traitements. Au vu du faible nombre de BPM réalisés, je me suis intéressée aux difficultés engendrées par ce dispositif à travers une enquête d'entretiens en ex-Basse-Normandie, dans le but de créer un fascicule pour faciliter l'installation du BPM dans une officine.

Dans ce manuscrit, je m'intéresserai tout d'abord à décrire la polypathologie et la polymédication qui sont des portes d'entrée à la iatrogénie médicamenteuse. Ensuite, je m'attacherai à présenter le BPM, sa création, ses modalités, son but et son déroulement. Pour terminer, je détaillerai l'étude menée avec les résultats collectés sur l'installation du BPM en ex-Basse Normandie et la création d'un fascicule facilitant l'installation du BPM dans une officine.

1ERE PARTIE : POLYPATHOLOGIE ET POLYMEDICATION : PORTES D'ENTREE DE LA IATROGENIE MEDICAMENTEUSE

I. GENERALITES

A. Définitions

1. Sujet âgé

Le sujet âgé est difficile à définir. Les « âges seuils » sont rarement les mêmes selon les auteurs et les époques (1).

La Haute Autorité de Santé (HAS) définit les personnes âgées comme « une population spécifique en raison de la survenue fréquente de polypathologies, et, pour les plus âgées d'entre elles, de l'existence d'une fragilité physique, psychique ou socio-économique et d'un risque de perte d'autonomie et de dépendance » (1).

Selon les prestations sociales en France, le sujet est âgé à partir de 60 ans. Pour l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), la personne devient âgée à partir de 65 ans. A partir de 75 ans, on parle de sujet âgé pour le risque de perte d'autonomie ou de fragilité. C'est aussi l'âge minimum pour intégrer un service de gériatrie (2).

N.B. : Pour faciliter la lecture de cette thèse, nous considérerons que le sujet est âgé à partir de 75 ans ou 65 ans s'il est polypathologique, sauf mention contraire.

2. Polypathologie

Le terme polypathologie n'est pas défini de manière univoque et consensuelle. Étymologiquement, ce mot se décompose en trois parties :

- le préfixe « poly » du grec πολλοί qui signifie « plusieurs »,

- le radical « patho » du grec πάθος qui signifie « passion » dans le sens ce que l'on éprouve ou affecte,

- le suffixe « logie » du grec λόγος qui signifie « étude, examen ».

La HAS définit la polypathologie comme « la cooccurrence de plusieurs maladies chroniques (au moins 2) chez le même individu sur la même période ». La polypathologie est synonyme de multimorbidité. Ce terme est souvent confondu avec celui de comorbidité. La

comorbidité se situe dans une approche centrée sur la maladie. A contrario, la polypathologie s'inscrit dans une approche plus généralisée et centrée sur le patient (1).

Mais les patients polypathologiques sont aussi des patients qui peuvent présenter de multiples facteurs de risques tels que l'hypertension artérielle, l'hyperlipidémie ou le diabète (3).

Donc le patient polypathologique est une personne qui présente plusieurs pathologies chroniques qui s'avèrent être des facteurs de risques.

Statistiquement, plus de 10 % des français âgés de plus de 75 ans seraient polypathologiques (4). Selon l'Institut National de la Statistique et des Études Économiques (INSEE), en moyenne ce sont 2,5 maladies chroniques et 1,9 maladies non chroniques qui sont déclarées chez les patients de 60 ans et plus (5).

Depuis 1988, l'Enquête Santé, Soins et Protection Sociale (ESPS) est conduite par l'Institut de Recherche et Documentation en Économie de la Santé (IRDES). C'est l'enquête de référence sur la santé, l'accès aux soins et la couverture maladie en France. L'échantillon de 8000 ménages, soit environ 22 000 personnes, a permis de recueillir de nombreuses données. Parmi elles, la répartition des pathologies chez les patients âgés de 65 ans et plus a été évaluée. Figure 1 : Répartition (en %) des pathologies présentées par les patients de plus de 65 ans (6)Les affections bucco-dentaires et visuelles sont plus fréquentes, puis suivent les pathologies de l'appareil circulatoire et endocrino-métabolique (Figure 1 : Répartition (en %) des pathologies présentées par les patients de plus de 65 ans (6) (6).

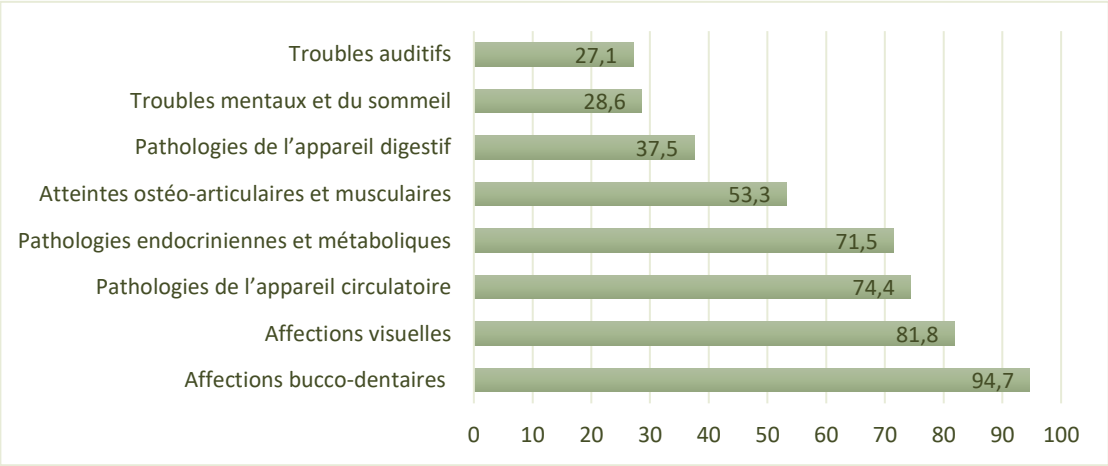


Figure 1 : Répartition (en %) des pathologies présentées par les patients de plus de 65 ans (6)

La polypathologie engendre la polymédication (7).

3. Polymédication

Selon l'OMS, la polymédication se définit comme « l'administration de nombreux médicaments de façon simultanée ou l'administration d'un nombre excessif de médicaments » (8).

Trois types de polymédication sont décrits dans la littérature. Tout d'abord, la polymédication « simultanée » qui concerne les médicaments pris au même moment un jour donné. La polymédication « cumulative » regroupe la totalité des médicaments administrés sur une période donnée. Enfin, la polymédication « continue » englobe les médicaments pris de façon prolongée et régulière (9).

La HAS caractérise la polymédication comme « habituelle et souvent légitime » chez le sujet âgé (10).

L'IRDES a fixé le seuil de la polymédication à partir de 5 médicaments par jour. Il identifie une polymédication chez 14 à 49% des sujets âgés de plus de 75 ans (11). Selon eux, un patient en affection longue durée (ALD) a plus de risque de polymédication. L'insuffisance respiratoire, le diabète et la maladie de Parkinson sont les trois ALD les plus associées à une polymédication (9)(12).

4. Iatrogénie médicamenteuse

La iatrogénie médicamenteuse se traduit par toute réponse néfaste et/ou non recherchée de l'organisme, à un médicament survenant à des doses utilisées chez l'homme à des fins de prophylaxie, de diagnostic et de traitement selon l'OMS (13).

Le terme « effets indésirables médicamenteux » (EIM) est un synonyme de iatrogénie médicamenteuse. Il englobe l'ensemble des effets indésirables médicamenteux même ceux liés à la diminution de l'efficacité en rapport avec un défaut d'observance comme par exemple une décompensation d'une insuffisance cardiaque en lien avec l'arrêt volontaire ou non d'un traitement diurétique ou encore un état confusionnel aigu secondaire à un sevrage brutal en benzodiazépine (2).

La notion d'erreur médicamenteuse est également prise en compte dans ce concept, celle-ci pouvant relever de la responsabilité du prescripteur ou d'autres professionnels de santé (pharmaciens, infirmières, etc…) ou de celle du malade (2).

Il est difficile d'évaluer le nombre d'erreurs médicamenteuses. Ainsi, une méta-analyse internationale de 2018 a conclu que le taux d'erreur médicamenteuse et d'EIM était trop variable selon les études pour arriver à en faire une synthèse (14). En France, il n'y a pas de dispositifs d'évaluations fiables et adaptés. En 1998, un rapport de la commission KOUCHNER

reconnaît que « plusieurs milliers de malades décèdent chaque année en France par iatrogénie, dont une fraction serait évitable ». Plus de 15 ans après, il n'y a toujours pas de données épidémiologiques précises et on continue à mourir de iatrogénie médicamenteuse (15).

Le risque de iatrogénie est plus important chez les personnes âgées en raison de modifications des propriétés pharmacocinétiques et pharmacodynamiques des médicaments liés à l'âge. Il est multiplié par deux par rapport aux sujets jeunes. Au niveau des admissions aux urgences, la iatrogénie médicamenteuse concerne 10% des admissions après 65 ans et 20% après 80 ans. La polymédication est directement responsable d'une fréquence élevée d'EIM (2). La prescription d'un nouveau médicament sur l'ordonnance majore de 12 à 18 % les effets indésirables chez le sujet âgé (16).

Deux types de iatrogénies sont distingués : la iatrogénie évitable et la iatrogénie non évitable. La iatrogénie évitable concerne les prescriptions médicamenteuses inappropriées (B. Prescriptions Médicamenteuses Inappropriées (PMI)) et l'effet « cocktail » engendré par la polymédication. La iatrogénie non évitable provient soit de l'action du médicament ou de réactions allergiques ou encore des problèmes de tolérance et de toxicité causés par le vieillissement physiopathologique de la personne âgée (10).

La iatrogénie est un problème majeur et fréquent de la thérapeutique moderne. Elle aboutit non seulement à des conséquences cliniques pour les patients mais elle a aussi un impact économique pour la société et elle soulève de nombreuses questions éthiques (15).

B. Épidémiologie

1. Vieillissement de la population

Le vieillissement de la population est un constat mondial. A cette échelle, la tranche d'âge « 65 ans et plus » est celle qui évolue le plus rapidement. Pratiquement tous les états sont confrontés à une augmentation de leur population de personnes âgées. Il s'agit d'un des évènements sociaux les plus importants du XXIème siècle avec une incidence sur de multiples secteurs (17). Par exemple, au niveau socio-économique, en 1975, il y avait un peu plus de quatre millions de personnes qui percevaient la retraite ou droits dérivés. En 2015, elles étaient plus de 13 millions (18).

a) Démographie

i. Niveau mondial

D'après les projections statistiques d'ici 2050, une personne sur six dans le monde aura plus de 65 ans. En Europe et Amérique du Nord, une personne sur quatre aura plus de 65 ans (17).

Pour la première fois, en 2018, les personnes âgées de plus de 65 ans étaient plus nombreuses que les enfants de moins de 5 ans (17).

Le nombre de personnes âgées de plus de 80 ans devrait tripler, passant de 143 millions en 2019 à 426 millions en 2050 (19).

ii. Niveau national

En 2013, un peu moins de 18% de la population résidant en France avait plus de 65 ans. En 2040, ce pourcentage passera à 26% (20). En 2050, plus de 20 millions de Français auront au moins 65 ans (21). D'ici 2070, la proportion de la population de plus de 75 ans devrait presque doubler passant ainsi de 5,9 à 13,7 millions de personnes (20).

En 2018, l'âge moyen de la perte d'autonomie[1] était de 83 ans (22). Chez les Français de plus de 60 ans, 8% sont dépendants. C'est un peu plus du double pour les plus de 85 ans avec 20% de dépendants (22).

b) Facteurs de vieillissement

Deux facteurs sont les principales causes du vieillissement de la population. Il s'agit de l'augmentation de l'espérance de vie et la diminution du taux de fécondité.

[1] L'autonomie est la capacité à prendre soin de soi ou « se gouverner soi-même », autrement dit « la liberté de pouvoir agir, accepter ou refuser en fonction de son jugement » (2).

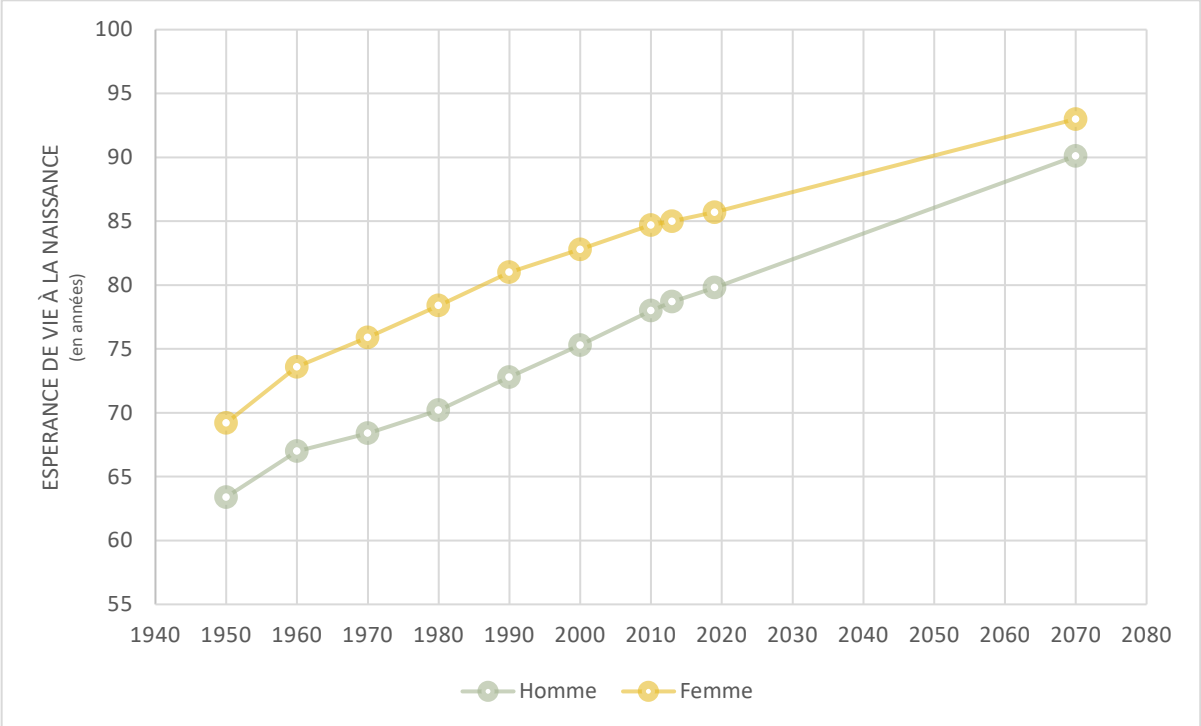


Figure 2 : Évolution et projection de l'espérance de vie à la naissance en France [2]

Tout d'abord, comme le montre la Figure 2, l'espérance de vie augmente (23). Selon les données de l'Institut National d'Études Démographiques (INED), en 1950, l'espérance de vie à la naissance était de 63,4 ans pour l'homme et de 69,2 ans pour la femme. En 2019, elle est de 79,8 ans chez l'homme et de 85,7 ans chez la femme (24). En 2070, l'hypothèse centrale projette une espérance de vie à la naissance de 90,1 ans pour les hommes et 93,0 ans pour les femmes (20).

A contrario de cette augmentation progressive de l'espérance de vie, une stagnation de l'Esperance de Vie Sans Incapacité (EVSI) à 65 ans est constatée (25). L'ESVI compte le nombre d'années que peut espérer vivre un sujet au-delà de 65 ans sans être limité dans les activités de sa vie quotidienne. En 2019, l'EVSI à 65 ans s'élevait à 10,1 ans pour les hommes (H) et 11,2 ans pour les femmes (F) (26).

La Figure 3 illustre la comparaison de l'espérance de vie à 65 ans et celle sans incapacité à 65 ans également. En 2019, l'espérance de vie (EV) à 65 ans est de 19,6 chez l'homme et 23,5 chez la femme (24).

[2] Données : INED (24)

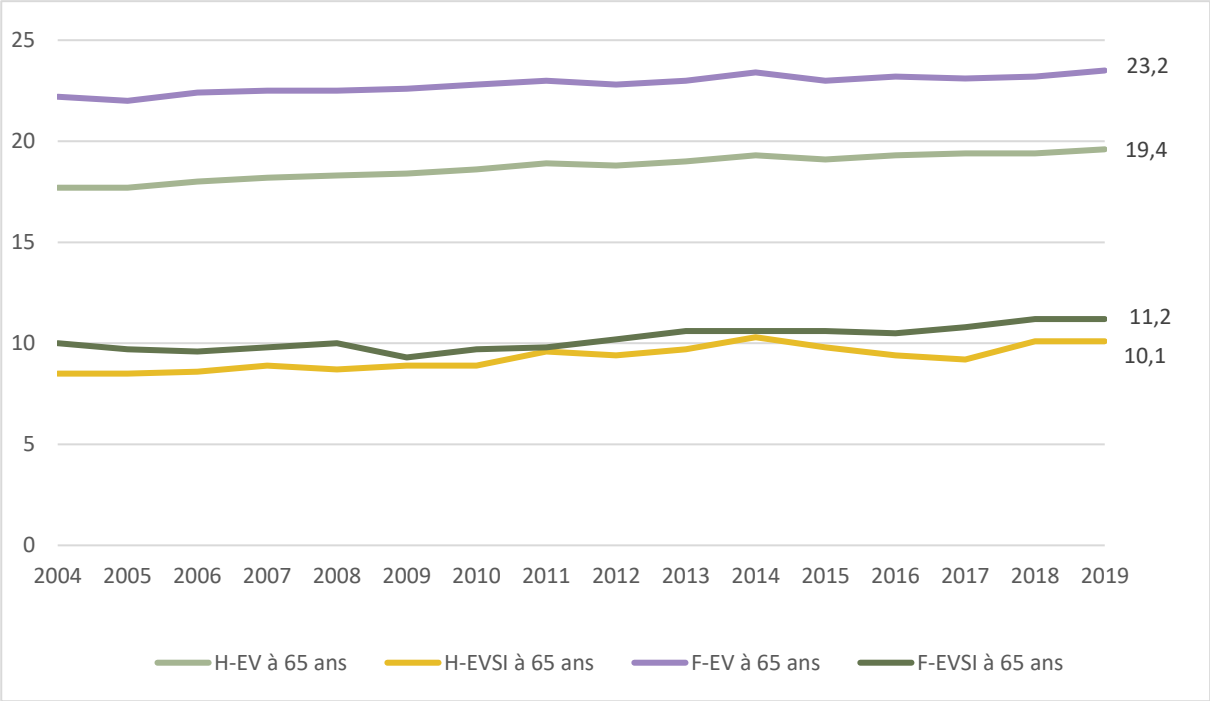


Figure 3 : Évolution de l'espérance de vie et de l'EVSI à 65 ans par sexe (25)

La deuxième cause du vieillissement de la population est la diminution du taux de fécondité. Celle-ci est multifactorielle. Les explications les plus souvent retrouvées sont :

- La considération des parents que leurs futurs enfants seraient plus aptes à survivre par rapport au passé : jusqu'au XVIII^{ème} siècle un bébé sur quatre n'atteignait pas son premier anniversaire, et un enfant sur deux seulement parvenait à atteindre l'adolescence.
- L'évolution des normes relatives au genre : par rapport au passé la femme est indépendante, elle travaille, et n'est plus vouée à faire des enfants « obligatoirement ».
- L'accès à la contraception : elle est de meilleure qualité et accessible à tous (23).

L'indice conjoncturel de fécondité était de 1,99 enfant par femme en 2013, dans les projections de population de l'INSEE, l'hypothèse dresse un indice conjoncturel de fécondité de 1,95 enfant par femme à partir de 2020 (20).

Par ailleurs, après la Seconde Guerre Mondiale, une population est née : celle des « baby-boomers ». Petit à petit, ces « baby-boomers » mûrissent, le vieillissement de la population s'en trouve accéléré sur cette période (23).

2. Mortalité

7457 décès par an sont en lien avec un événement iatrogène chez les personnes de plus de 65 ans (27). Ce chiffre est très probablement sous-estimé du fait du manque de données ce qui a été évoqué précédemment (15) (4. Iatrogénie médicamenteuse).

Les causes de décès en France chez les personnes âgées ne sont pas les mêmes que celles dans les pays à faibles revenus (23). En effet dans ces pays, les causes de décès par maladies transmissibles (infectieuses) sont fréquentes (23). Selon l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM), en France, les causes de décès les plus fréquentes sont les cancers (poumons, colorectaux, génitaux, etc.), les maladies de l'appareil circulatoire (hypertension artérielle, cardiopathie, etc.), les maladies de l'appareil respiratoire (bronchopneumopathie, surinfections pulmonaires, etc.) comme le montre la Figure 4 (28).

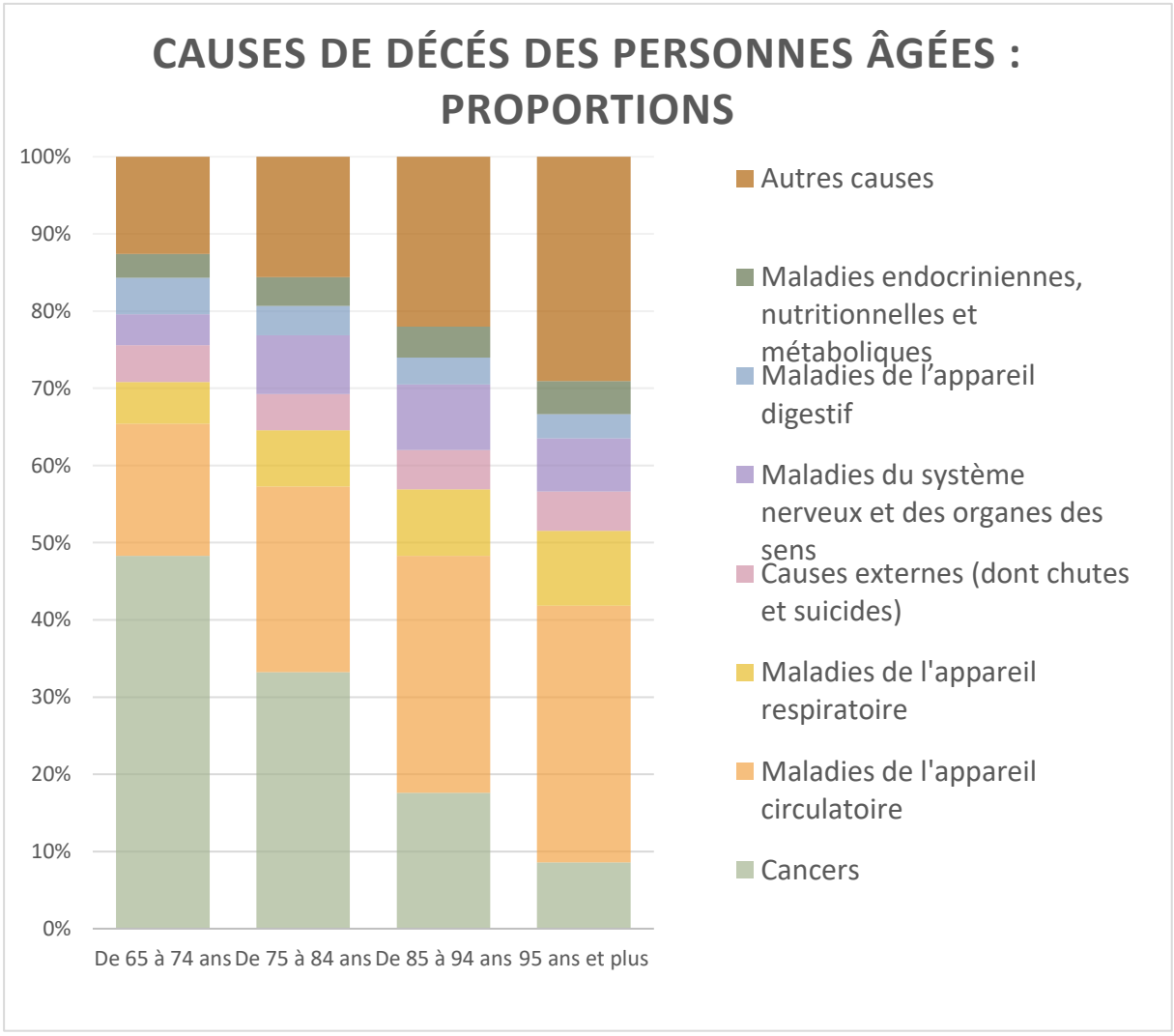


Figure 4 : Causes de décès des personnes âgées[3]

[3] Données : Inserm-CépiDc 2016 (Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès) (28)

C. Économie

L'augmentation de la population de personnes âgées a une implication directe sur les dépenses de santé par la consommation de soins et d'hospitalisations (2). La iatrogénie médicamenteuse représente 130 000 hospitalisations par an pour les sujets âgés (29). Chacune de ces hospitalisations, lorsqu'elles sont de courte durée, coûte environ 6000€ par personne (30). Environ 10% des hospitalisations chez la personne âgée de plus de 70 ans seraient en lien avec un défaut d'observance (10).

Lorsqu'on regarde les dépenses pharmaceutiques moyennes annuelles des plus de 65 ans dans le Tableau I, près de 11 milliards d'euros sont déboursés (15).

	POPULATION DE 65 A 74 ANS	POPULATION DE PLUS DE 75 ANS
Nombre de personnes	Environ 6 millions	Environ 6 millions
Dépense pharmaceutique moyenne par personne	850 € par an	1 050 € par an
Dépense pharmaceutique totale	5 milliards d'euros par an	6 milliards d'euros par an

Tableau I : Dépense pharmaceutique des plus de 65 ans (15)

Grâce à la lutte contre la iatrogénie médicamenteuse, la dépense de médicaments serait réduite de 20 %, soit près de 2 milliards d'euros d'économisés. Même si la France est un des pays les plus développés où la prise en charge des dépenses en santé par les fonds publics est la plus importante, c'est une économie annuelle qu'il ne faut pas négliger (15).

L'augmentation de la population de personnes âgées a aussi un impact sur le coût des prestations sociales versées aux personnes âgées. En 2015, 1 265 036 personnes bénéficiaient de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA). La prise en charge des personnes âgées dépendantes s'élevait à 32,4 milliards d'euros en 2014 (2).

Un besoin plus important de places en institutions gériatriques (Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD) entre autres) est aussi une conséquence de la iatrogénie médicamenteuse. En effet, 20% des accidents iatrogéniques conduisent à une hospitalisation chez les octogénaires. Or, à la suite d'une hospitalisation, 30 à 60 % des plus de 70 ans vont connaître une certaine dépendance. Cette dernière se définit par une perte fonctionnelle au niveau des activités de la vie quotidienne entre l'entrée et la

sortie d'hospitalisation. La perte d'indépendance peut conduite entre autre à des difficultés de maintien à domicile et donc à des entrées en institution d'hébergement (2)(31).

Pour terminer, l'augmentation de la population de personnes âgées a une incidence économique dans le monde du travail, au niveau des marchés financiers ou dans les biens et les services (logements, transports ou protections sociales) (32). Les personnes âgées doivent pouvoir être acteurs de l'économie, membres de la société en faisant partie intégrante des décisions politiques et des programmes mis en place à leur égard (17).

II. PHYSIOLOGIE : VARIABILITES PHARMACOLOGIQUES LIEES A L'AGE

Généralement, chez le sujet âgé, on constate une diminution des capacités fonctionnelles, variant d'un organe à l'autre et d'une fonction à l'autre. Ce sont des altérations qui se manifestent plus dans les situations mettant en jeu les réserves fonctionnelles (effort, stress, et maladies aiguës) (33).

Vieillir est la réduction de la capacité de l'organisme à s'adapter aux situations d'agression. Le vieillissement est aléatoire d'un organe à l'autre mais aussi d'une personne à l'autre au même âge (2).

A. Fragilité et vulnérabilité du sujet âgé

Selon l'IRDES, la fragilité est un concept qui traduit chez le sujet âgé le reflet d'une vulnérabilité accrue aux facteurs de stress qui découle d'une baisse des réserves physiologiques (34). La vulnérabilité intervient lorsque l'organisme est en moindre capacité de répondre, de faire face à des situations de stress, d'efforts, d'agressions ou encore de maladies (33). La polypathologie, la polymédication, l'altération des organes, la sensibilité pharmacologique ainsi que les troubles cognitifs sont des facteurs de vulnérabilité (29).



Figure 5 : Représentation de l'hétérogénéité de la population âgée (28)

Comme l'illustre la Figure 5, trois types de personnes âgées sont décrites : le sujet âgé robuste, le sujet âgé vulnérable et le sujet âgé dépendant (35). Le sujet robuste est majoritaire, puis arrive le sujet vulnérable, en voie de fragilisation. Il présente un état de santé précaire avec un haut risque de défaillance. Enfin, il y a le sujet dépendant, il a une incapacité fonctionnelle et a des nombreux besoins (36). Ces besoins peuvent être classés en six niveaux selon le niveau d'aide requis comme le montre le Tableau II. Les groupes iso-ressources (GIR) vont de 1 à 6 et caractérisent le niveau de demande de soin requis selon l'état fonctionnel. Ce dernier est apprécié grâce à la grille AGGIR (Autonomie Gérontologie Groupes Iso-Ressources) située en Annexe 1. 17 variables sont étudiées, pour chacune les valeurs A (fait correctement), B (fait partiellement) ou C (ne fait pas) sont attribuées et un algorithme permet de classer les

combinaisons de réponses pour obtenir le GIR. C'est le référentiel réglementaire qui permet d'attribuer l'APA. Pour en bénéficier, une personne doit être rattachée entre le GIR 1 et le GIR 4 (2)(37).

GIR	DEGRE DE DEPENDANCE
GIR 1	- Personne confinée au lit ou au fauteuil, dont les fonctions mentales sont gravement altérées et qui nécessite une présence indispensable et continue d'intervenants - ou personne en fin de vie
GIR 2	- Personne confinée au lit ou au fauteuil, dont les fonctions mentales ne sont pas totalement altérées et dont l'état exige une prise en charge pour la plupart des activités de la vie courante - ou personne dont les fonctions mentales sont altérées, mais qui est capable de se déplacer et qui nécessite une surveillance permanente
GIR 3	- Personne ayant conservé son autonomie mentale, partiellement son autonomie locomotrice, mais qui a besoin quotidiennement et plusieurs fois par jour d'une aide pour les soins corporels
GIR 4	- Personne n'assumant pas seule ses transferts mais qui, une fois levée, peut se déplacer à l'intérieur de son logement, et qui a besoin d'aides pour la toilette et l'habillage - ou personne n'ayant pas de problèmes locomoteurs mais qui doit être aidée pour les soins corporels et les repas
GIR 5	- Personne ayant seulement besoin d'une aide ponctuelle pour la toilette, la préparation des repas et le ménage
GIR 6	- Personne encore autonome pour les actes essentiels de la vie courante

Tableau II : Signification du GIR auquel une personne est rattachée

Sur 100 français de plus de 65 ans, 15 sont fragiles (et 26 chez les plus de 85 ans) (4). Le phénotype de Fried permet de définir les cinq critères de la fragilité (34). Un sujet est dit fragile lorsque trois critères au moins parmi les suivants sont retenus (33):

- l'épuisement ou asthénie : c'est la fatigue physique ou faiblesse ou manque d'énergie signalée par la personne (34) ;
- l'amaigrissement : la perte non voulue de 5 kg ou 5 % du poids corporel sur les douze derniers mois (34) ;
- la faiblesse musculaire : observée par la difficulté à porter un sac de 5 kg (en l'absence de difficulté à utiliser ses mains ou ses doigts) ou difficulté à se pencher ou à s'agenouiller sans aide (34) ;

- la mobilité réduite : la vitesse de marche inférieure à 0,65m par seconde (33) ou alors la difficulté à marcher sur 500 mètres sans aide ou difficulté à monter ou descendre au moins une douzaine de marches sans aide (34) ;
- le niveau d'activité physique : aucune pratique de la marche, de la bicyclette ou de sport (jogging, fitness, nage, cyclisme, …) (34).

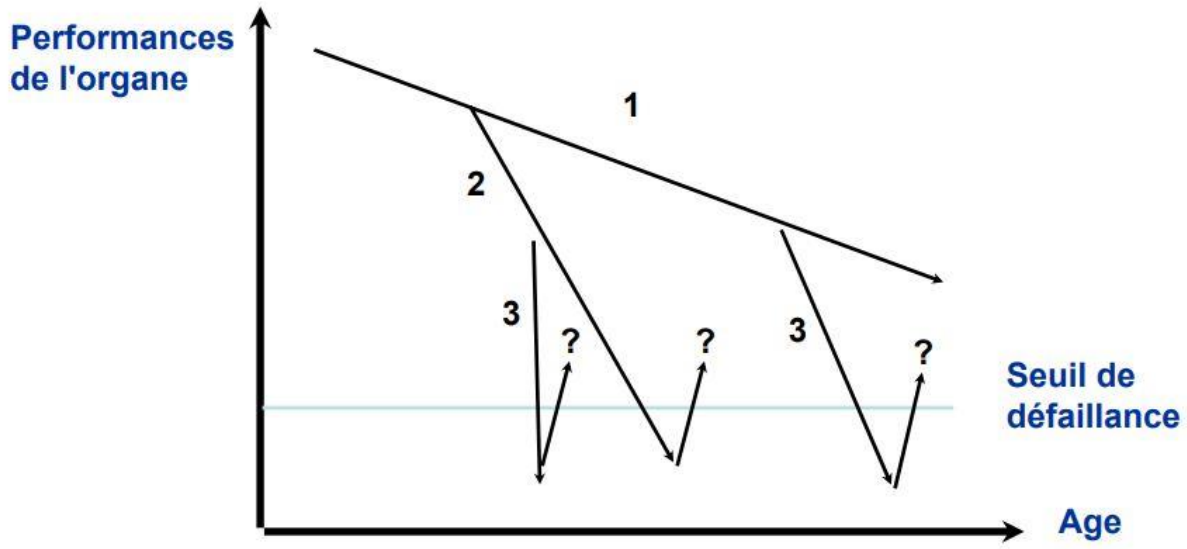


Figure 6 : Schéma 1+2+3 de Bouchon des pathologies en cascade

En 1984, J.-P. Bouchon a décrit l'analyse des performances d'un organe chez une personne âgée comme l'illustre la Figure 6. La pente 1 représente le vieillissement physiologique à l'origine de la baisse des réserves fonctionnelles. Les pathologies de l'organe ou le vieillissement pathologique sont caractérisés par la pente 2. Les affections intercurrentes ou les facteurs aigus de décompensation sont représentés par la pente 3. Les flèches (?) illustrent les traitements spécifiques.

Ce schéma permet d'illustrer que la décompensation d'une fonction est le résultat de trois éléments qui peuvent se cumuler (29).

Deux situations sont caractéristiques. Tout d'abord, le schéma 1+2+3 à gauche montre la décompensation d'un organe malade sous l'effet d'un événement intercurrent (38). Par exemple, un individu victime d'un syndrome coronarien aigu présente une anémie. L'anémie est l'affection intercurrente (pente 3) (2). La pente 1 illustre le vieillissement normal, c'est-à-dire la légère diminution de sécrétion d'érythropoïétine liée à l'âge (33). La pente 2 représente sa cardiopathie ischémique chronique. La flèche représente le bénéfice attendu avec la transfusion sanguine (2). Le pronostic est défavorable à cause de l'avancé en âge (2).

Ensuite le schéma 1+3 à droite montre la décompensation d'un organe « vieilli » et non malade sous l'effet d'un événement intercurrent (38).

B. Modifications physiologiques liées à l'âge.

1. Métabolisme et nutrition

Au niveau de la composition corporelle, une diminution de la masse maigre est constatée au profit de la masse grasse. Il y a une légère diminution de la dépense énergétique de repos mais aussi des besoins énergétiques. Une diminution du compartiment hydrique est également notée (2).

La dénutrition protéino-énergétique est une pathologie fréquente du sujet âgé ayant pour conséquence une diminution des capacités fonctionnelles et immunitaires, un risque de chute, de désordres infectieux, de déshydratation et bien sûr d'immobilisation (39).

Au niveau hormonal, on constate une diminution de la sécrétion de toutes les hormones sauf pour les catécholamines (dopamine, adrénaline, noradrénaline). Une insulinorésistance périphérique progressive s'installe, ce qui engendre des hyperglycémies postprandiales (33).

Le diabète de type 2, la dysthyroïdie et l'ostéoporose sont des pathologies fréquentes du sujet âgé. Les principales conséquences en sont un vieillissement prématuré, des maladies artérioscléreuses accélérées, un risque de facture et une fatigabilité (39).

2. Système digestif

La perte d'appétit s'installe progressivement notamment à cause d'une baisse de production de salive (hyposialie) engendrant des dysphagies, des candidoses et allant parfois jusqu'à la dénutrition (2).

L'immunité gastrique est altérée par la diminution de sécrétion acide des cellules pariétales gastriques et une hypochlorhydrie gastrique (39). La muqueuse gastrique peut aussi s'atrophier, et comme la sécrétion d'acide gastrique s'amoindrit cela conduit éventuellement à des malabsorptions de vitamine B12 et de fer (23)(33).

Au niveau du péristaltisme, sa diminution entraîne un ralentissement du temps de transit intestinal. Par ailleurs, l'exonération des selles est plus difficile. La constipation et les fécalomes sont souvent rencontrés chez le sujet âgé (33).

3. Système cardio-vasculaire

De manière générale, l'hypertension artérielle systolique est la pathologie la plus fréquente du sujet âgé avec plus de 40 % de sujets atteints (39). Cette pathologie s'explique par une rigidité artérielle et donc une diminution de la souplesse artérielle (2). Par ailleurs, il

y a une dysrégulation hémodynamique par baisse de sensibilité des barorécepteurs aortiques (33).

Au niveau cardiaque, il est constaté un trouble de la relaxation myocardique et une hypertrophie ventriculaire gauche (2). Les troubles du rythme et de la conduction sont fréquents chez le sujet âgé, ils sont favorisés par les zones de fibroses et l'infiltration de collagène dans les tissus (2)(39). La tolérance à l'effort est moins bonne à cause de la baisse de la fréquence cardiaque maximale. Et le myocarde est plus sensible à l'ischémie (2).

Les pathologies sont fréquentes au niveau cardio-vasculaire chez le sujet âgé. On retrouve les maladies coronariennes, les maladies vasculaires périphériques, les accidents vasculaires cérébraux, les fibrillations auriculaires, les maladies valvulaires et l'insuffisance cardiaque. La polymédication est donc fréquente dans ce système (39).

4. Système respiratoire

Globalement, la capacité ventilatoire est diminuée du fait de la diminution de la compliance pulmonaire, thoracique, du volume et de la force des muscles respiratoires (2). Il y a aussi une diminution de la capacité de diffusion, *i.e.* que le transfert de gaz (O_2 et CO_2) à travers la membrane alvéolo-capillaire est plus difficile (39). La principale conséquence de ces modifications est une diminution de la tolérance à l'effort provoquant des limitations fonctionnelles (39).

La clairance bronchique mucociliaire est diminuée entraînant une augmentation de l'encombrement bronchique responsable, entre autre, de maladies pulmonaires obstructives chroniques ainsi que d'asthme (33)(39). Les surinfections broncho-pulmonaires sont fréquentes (39).

5. Système urinaire

La taille des reins et la masse rénale diminuent surtout au niveau cortical. La réduction du nombre de néphrons entraîne une baisse de la filtration glomérulaire (2). La perfusion rénale est aussi altérée, aboutissant à une vulnérabilité accrue à l'insuffisance rénale et aux désordres électrolytiques (33).

Le rein du sujet âgé a plus de difficultés à s'adapter aux situations de privation d'eau ou de perte de sel (39). Il est aussi beaucoup moins capable de concentrer ou de diluer les urines (2).

Au niveau de la vessie, le volume résiduel d'urine augmente. Ceci peut être responsable de bactériurie asymptomatique (39). La capacité de vidange de la vessie est diminuée et la

résistance urétrale baisse chez la femme, contrairement à l'homme. Des problèmes d'incontinence urinaire sont fréquents surtout chez la femme (33).

6. Système génital

Chez la femme, à la ménopause, l'utérus et les glandes mammaires involuent (2). La fonction de reproduction disparaît complètement avec la chute des hormones (33). La muqueuse vaginale s'atrophie (33).

Chez l'homme, à l'andropause, la spermatogénèse baisse la sécrétion de testostérone, affaiblissant ainsi sa capacité de reproduction. Par contre, le volume de la prostate augmente (2).

De manière générale, la libido diminue (39).

7. Système locomoteur

Comme évoqué précédemment, la masse musculaire diminue (II. 1. Métabolisme et nutrition). La force et l'endurance sont donc affaiblies. La fatigue musculaire peut s'installer rapidement même après un court exercice (39). Cela réduit à tort l'activité physique (33).

La masse osseuse baisse principalement chez la femme. Cette ostéopénie résulte de la privation oestrogénique de la ménopause (2). L'homme peut aussi être touché à cause de la carence en vitamine D suite à la diminution de son hydroxylation au niveau rénal (33). L'ostéoporose est une pathologie fréquente du sujet âgé (39).

La mobilité articulaire décroît par l'altération du cartilage subissant une baisse de sa teneur en eau ainsi qu'une réduction du nombre de chondrocytes. Le cartilage s'amincit et ne peut plus assurer ses propriétés mécaniques (2). L'arthrose touche plus de 80 % des sujets âgés (39).

D'autres conséquences de ces modifications du système locomoteur sont connues. La cyphose dorsale, provoquée par le tassement des vertèbres, engendre une exagération de la courbure dorsale normale et est responsable du « voûtement » du sujet âgé. Le syndrome pulmonaire restrictif qui est une diminution de la capacité pulmonaire en fait aussi partie(39).

Les cellules sensorielles vestibulaires et otoconies[4] sont altérées, ce qui perturbe la stabilité posturale et aggrave alors le risque de chute et de fractures (33).

[4] Otoconie : Substance blanche poudreuse de l'oreille interne composée de petits cristaux de carbonate de calcium.

8. Système nerveux

Au niveau du système nerveux central, le temps de réaction augmente et les performances mnésiques ainsi que les capacités attentionnelles diminuent (2). Cela signifie que pour acquérir de nouvelles informations, il faut plus de temps aux personnes âgées pour les traiter et les mémoriser (33). Par contre, cela n'a pas de répercussion sur les actes de la vie courante excepté sur la réalisation de doubles tâches[5] (2). La mémoire immédiate, elle, demeure inchangée (33).

Le sommeil est lui aussi altéré : sa durée baisse ainsi que sa qualité (2).

Enfin, la sensation de soif est diminuée par la baisse de sensibilité des osmorécepteurs et les modifications du métabolisme de l'arginine vasopressine (2). La vasopressine stimule la libération d'hormone antidiurétique (ADH), celle-ci remplit les vaisseaux d'eau via les canaux collecteurs du rein diminuant ainsi la sensation de soif.

Au niveau du système nerveux périphérique, la sensibilité proprioceptive est diminuée à cause de la baisse du nombre de fibres fonctionnelles et de l'augmentation du temps de conduction nerveuse (2). Ceci est responsable du changement de démarche du sujet âgé : elle devient plus lente, avec des petits pas et beaucoup moins harmonieuse (39). Cette instabilité posturale majore le risque de chute (39).

Enfin, pour le système nerveux autonome, la sensibilité des récepteurs béta-adrénergiques est diminuée, ce qui provoque une augmentation de sécrétion des catécholamines (2). Cette augmentation permet qu'à l'effort, la fréquence cardiaque n'augmente pas autant que chez un sujet plus jeune. L'altération du fonctionnement de la boucle baroréflexe qui favorise l'hypotension orthostatique accroît, elle aussi, le risque de chute (2).

[5] Double tâche : Pratique simultanée de deux activités nécessitant de la concentration.

9. Systèmes sensoriels

Au niveau de la vision, l'acuité visuelle, la sensibilité au contraste, la perception des couleurs sont diminuées et le champ visuel rétréci (33). L'accommodation baisse également gênant surtout la vision de près, c'est la presbytie (2). Une fois de plus, ces modifications vont avoir des répercussions sur le risque de chute mais aussi mettre en danger la sécurité personnelle (39).

La cataracte est une pathologie fréquente du sujet âgé, elle est due à une opacification progressive du cristallin (2).

La production de film lacrymal diminue aussi, entraînant une sécheresse oculaire.

Les paupières perdent en élasticité favorisant l'apparition de ptosis ou chute de la paupière supérieure (33).

Au niveau de l'audition, la perte auditive est physiologique. Elle est due à la diminution du nombre de cellules ciliées de la cochlée (33). La presbyacousie se traduit par la baisse de perception des sons aigus, surtout dans un environnement bruyant (39). Les personnes âgées ont souvent des difficultés à distinguer les différentes tonalités. Ceci peut être une cause d'isolement et de solitude pouvant mettre en danger la sécurité personnelle (39).

Au niveau de l'odorat et du goût, la sensibilité fléchit. Les saveurs salées et amères sont les plus altérées. L'observance du régime sans sel est donc souvent compliquée (33).

10. Système cutané

Le tissu élastique se dégrade, il y a un épaississement fibreux du derme, un aplanissement de la jonction dermo-épidermique et une diminution du nombre de mélanocytes (2). Globalement la peau est plus fine, plus lâche, plus sèche et sa pigmentation altérée (33). Sa cicatrisation est ralentie (33).

Au niveau des phanères, leur vitesse de croissance baisse (2). La diminution du nombre de mélanocytes est responsable du grisonnement des cheveux (2). Le nombre de follicules pileux ainsi que l'activité des glandes sébacées sont en régression (33)(2).

11. Système immunitaire

Un état pro-inflammatoire s'installe au niveau du système immunitaire inné. Il est aussi appelé « inflam-aging », et est dû à une production accrue de cytokine pro-inflammatoire. Ceci engendre une diminution de la capacité à produire une réponse immune efficace contre les antigènes étrangers au profit d'un état inflammatoire systémique chronique (6)(40).

La production d'anticorps est conservée mais celle d'auto-anticorps est augmentée. Cette dernière participe au déclin de la qualité de la réponse humorale et l'incidence accrue de maladie auto-immune chez le sujet âgé (11)(40).

Au niveau du système adaptatif, le nombre de cellules naïves diminue conduisant à une restriction du répertoire T (2). Les fonctions des lymphocytes T, tel que la capacité à reconnaître un nouvel antigène, sont donc altérées (11)(40).

La réponse à la vaccination est conservée mais la persistance de sa mémoire fait défaut, ce qui explique que les rappels sont plus fréquents après 65 ans (11).

C. Modifications pharmacocinétiques liées à l'âge.

1. Absorption

La vidange gastrique, la motilité gastro-intestinale, le flux sanguin splanchnique et l'efficacité des systèmes de transports actifs s'appauvrissent (33). Le pH gastrique, lui, augmente, ce qui favorise la ionisation des médicaments acides faibles comme l'aspirine et réduit leur passage systémique diminuant ainsi l'absorption orale de ces médicaments (33)(39).

Autrement, pour les médicaments administrés par voie transcutanée, leur biodisponibilité est réduite du fait d'une peau plus sèche et d'une irrigation superficielle diminuée (4).

Par ailleurs, l'intégrité de la Barrière Hémato-Encéphalique (BHE) est compromise ce qui la rend plus perméable. Les capacités d'efflux cérébral sont en plus diminuées. Cela majore les effets indésirables de certains médicaments (dépresseurs centraux) auquel les personnes âgées sont plus sensibles (41).

2. Distribution

Le volume de distribution des médicaments lipophiles comme la morphine est augmenté en raison de la diminution de la masse maigre au profit de la masse grasse. Ceci retarde leur activité et prolonge leur élimination (4).

De plus, la fraction libre des médicaments est augmentée à cause de la baisse de l'albuminémie. C'est le cas par exemple pour les Anti-Inflammatoires Non Stéroïdiens (AINS), les Antivitamines K (AVK), les sulfamides hypoglycémiants. Le risque de toxicité est donc plus grand (4).

Enfin, la barrière hémato-encéphalique est plus perméable majorant ainsi le risque d'effets indésirables centraux notamment avec les benzodiazépines, les anticholinergiques, les antihistaminiques H1, les antagonistes dopaminergiques… (4).

3. Métabolisme

La masse hépatique et le flux sanguin sont diminués (33). La détoxification enzymatique est altérée, ce qui réduit le métabolisme des médicaments entraînant un allongement de leur demi-vie. Il en est de même pour les médicaments métabolisés par les poumons et l'intestin mais dans une moindre mesure (4).

4. Élimination

L'élimination rénale est moins efficace en raison de la diminution du flux sanguin rénal, de la filtration glomérulaire, de la sécrétion tubulaire, et de la réabsorption tubulaire (33). Ceci favorise l'accumulation des médicaments hydrosolubles ou de leurs métabolites comme par exemple les Héparine de Bas Poids Moléculaires (HBPM), les Inhibiteurs de l'Enzyme de Conversion (IEC), les Antagonistes aux Récepteurs à l'Angiotensine II (ARA II), les diurétiques, les AINS, les opioïdes, … (4).

Les effets du vieillissement et leurs conséquences pharmacologiques ont été synthétisés dans le Tableau III : Synthèse des effets du vieillissement et de leurs conséquences pharmacologiques (2)(41).

	EFFET DU VIEILLISSEMENT	CONSEQUENCES PHARMACOLOGIQUES
METABOLISME ET NUTRITION	↓ masse maigre ↑ proportion de masse grasse ↓ tolérance au glucose • besoins alimentaires inchangés	↓ volume de distribution : accumulation des molécules hydrosolubles ↑ volume de distribution des molécules liposolubles ↑ concentration des molécules fortement liées aux protéines plasmatiques Δ hypoglycémie, et médicaments masquant ses symptômes
SYSTEME DIGESTIF	↓ flux salivaire, ↓ sécrétion acide de l'estomac, ↓ temps de transit intestinal, ↓ masse et débit sanguin hépatique	↓ absorption des médicaments (acides faibles ++) ↑ $t_{1/2}$ des médicaments métabolisés par le foie • tendance à la constipation
SYSTEME CARDIO-VASCULAIRE	↓ compliance vasculaire, ↑ fibrose, ↑ pression artérielle systolique, hypertrophie ventriculaire • débit cardiaque de repos ou à l'effort inchangé	• tendance à l'hypotension : Δ traitements favorisant l'hypotension et les chutes Δ traitements arythmogènes
SYSTEME RESPIRATOIRE	↓ compliance pulmonaire et thoracique, ↓ capacité ventilatoire, ↓ capacité de diffusion de l'O_2	↑ $t_{1/2}$ des médicaments métabolisés par les poumons • tendance à la désaturation : Δ traitements favorisant la dépression respiratoire
SYSTEME URINAIRE	↓ nombre de néphrons ↓ débit de filtration glomérulaire ↓ capacité à diluer ou concentrer les urines	• tendance à l'accumulation des médicaments hydrosolubles (adaptation posologique) • tendance à l'hypernatrémie, l'hyperkaliémie, la déshydratation • tendance à l'insuffisance rénale aigüe Δ médicaments ayant une toxicité rénale, médicaments modifiant l'équilibre hydro-électrolytique
SYSTEME NERVEUX	↓ sensibilité de la soif ↓ mémoire et attention ↑ perméabilité de la BHE ↓ capacité d'efflux cérébral • déplétion cholinergique	• tendance à la déshydratation • difficulté de bonne observance • tendance à l'accumulation des molécules passant la BHE (Δ dépresseurs centraux) ↑ effets indésirables des anticholinergiques

Tableau III : Synthèse des effets du vieillissement et de leurs conséquences pharmacologiques (2)(41)[6].

[6] ↓ : diminution, ↑ : augmentation, $t_{1/2}$: demi-vie, Δ : attention

III. PRESCRIPTIONS MEDICAMENTEUSES CHEZ LE SUJET AGE.

A. Facteurs de risques et conséquences de la iatrogénie médicamenteuse

Tout d'abord, la personne âgée est sujette à la polypathologie. Qui dit polypathologie dit polymédication avec au moins cinq molécules médicamenteuses par jour selon l'Académie Nationale de Pharmacie (2). Le principal risque de cette polymédication est de produire des interactions médicamenteuses. Mais qui dit polypathologie dit aussi souvent poly-prescripteur et donc multiplication des risques d'interactions médicamenteuses si la pluridisciplinarité et la coordination des soins sont impossibles comme, par exemple, dans les déserts médicaux (2).

Ensuite, le sujet âgé va connaître des modifications pharmacocinétiques et pharmacodynamiques (II. Physiologie : Variabilités pharmacologiques liées à l'âge). Les deux plus fréquentes et comportant le plus d'incidence sont :

- la diminution de la filtration glomérulaire favorisant une accumulation et donc un surdosage des médicaments à élimination rénale,
- l'hypoalbuminémie sévère associée à la dénutrition provoquant une augmentation de la fraction libre des médicaments et donc une augmentation de leur effet.

L'observance thérapeutique est mise en péril également (2). Avec l'isolement social, le déclin cognitif et la privation sensorielle visuelle, on remarque un oubli de prises médicamenteuses accompagné éventuellement d'un monitorage aléatoire (par exemple avec l'INR). L'éducation thérapeutique est aussi limitée (2).

Pour finir la vulnérabilité et/ou la fragilité du sujet âgé sont les témoins d'un épuisement de ses réserves physiologiques. Un EIM peut contribuer à une décompensation en cascade par exemple, la déshydratation suite à une prise de diurétique peut provoquer une chute avec fracture (4).

La Figure 7 récapitule de manière schématique les facteurs de risque iatrogène chez le sujet âgé selon les différents systèmes.

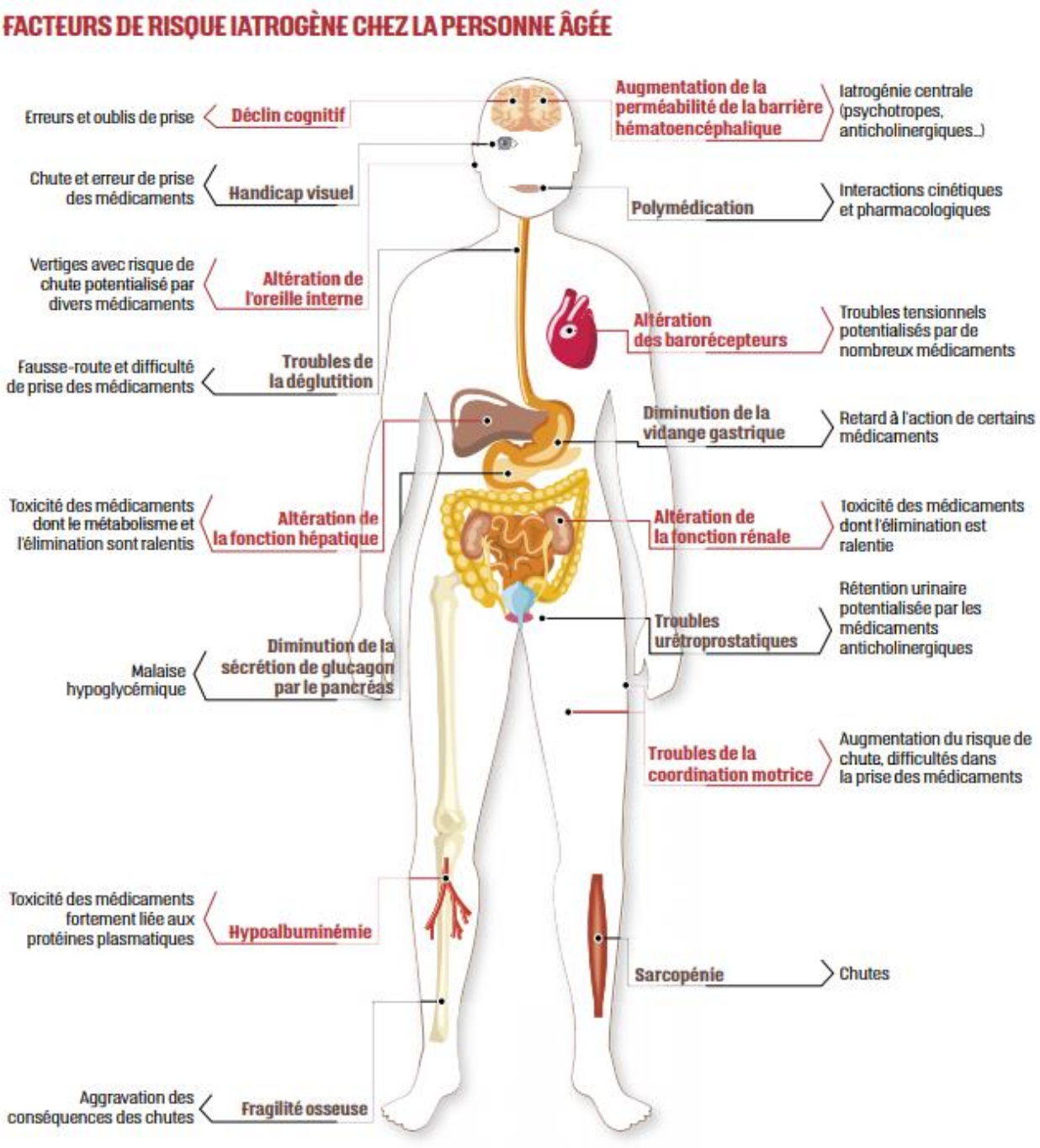


Figure 7 : « Facteurs de risque iatrogène chez la personne âgée » (4)

Les symptômes témoins d'une iatrogénie chez le sujet âgé sont :

- les troubles digestifs plus ou moins associés à une baisse de l'appétit et une perte de poids,
- l'asthénie avec ou sans malaises,
- les troubles de l'équilibre et les vertiges pouvant aller jusqu'à la chute,
- les troubles du comportement et de la vigilance, les défauts de mémoire et la confusion (29).

B. Prescriptions Médicamenteuses Inappropriées (PMI)

La hiérarchisation thérapeutique ou sa réévaluation fait souvent défaut malgré qu'elles soient des facteurs de risque de iatrogénie. Trois anomalies de prescription ont donc été décrites chez la personne âgée (33).

1. Overuse

C'est la surprescription c'est-à-dire l'usage de médicaments prescrits en l'absence d'indication médicale en cours de validité ou qui n'ont pas prouvé leur efficacité (29). Il s'agit d'un mésusage de médicaments qui ne sont pas ou plus adaptés à la pathologie ou au patient concerné (2). Les exemples « d'overuse » fréquents sont les benzodiazépines prescrites au long cours pour l'insomnie ou la dépression. Les Inhibiteurs de la Pompe à Protons (IPP) souvent prescrits sur des durées plus longues que celle recommandées, ou les statines prescrites après 80 ans alors qu'il n'y a plus de preuve d'efficacité en prévention primaire d'évènements cardiovasculaires (29).

2. Misuse

C'est la prescription inadaptée, autrement dit les prescriptions excessives de molécules dont l'efficacité et le Service Médical Rendu (SMR) sont inférieurs à leur bénéfice (2). Cela arrive lorsque la balance bénéfice-risque est défavorable et que la prescription d'alternatives plus sûres est possible (29). Par exemple, si la prévention du risque thrombo-embolique dans une fibrillation auriculaire non valvulaire est traitée par un anti-agrégant plaquettaire, c'est un « misuse » car il est plutôt préconisé d'utiliser un anticoagulant oral direct (AOD).

3. Underuse

C'est l'omission de prescription ou la non-prescription d'un médicament potentiellement approprié (2). Cela correspond à l'absence de traitement efficace chez les patients atteints d'une pathologie pour laquelle un médicament a démontré son efficacité (29). Par exemple, c'est le cas pour un patient atteint d'hypothyroïdie qui n'est pas traité par Lévothyrox®.

C. Principales classes médicamenteuses à risque de iatrogénie

1. Les anticholinergiques

Lorsque plusieurs médicaments à effet anticholinergique sont prescrits, le risque iatrogénique augmente (4)(42). Les principaux signes cliniques évocateurs d'un effet anticholinergique sont le tarissement des sécrétions, les troubles de la miction, la confusion (29)(43).

Il y a beaucoup de médicaments à effet anticholinergique (4) :

- l'atropine et la scopolamine,
- les antiparkinsoniens : bipéridène, trihéxyphénidyle, tropatépine, … ;
- les antispasmodiques : clidinium, oxybutinine, solifénacine, … ;
- les bronchodilatateurs : ipatropium, tiotropium, … ;
- les antidépresseurs tricycliques*[7] : amytriptyline, clomipramine, … ;
- les neuroleptiques phénothiaziniques* : chlorpromazine, cyamémazine, … ;
- la loxapine* ;
- la pimozide * ;
- les anti-histaminiques* : alimémazine, chlorphénamine, oxomémazine, prométhazine, hydoxyzine, doxylamine, … ;
- la métopimazine*,
- le néfopam*,

2. Les antihypertenseurs

Deux éléments sont à prendre en compte dans la prescription d'antihypertenseurs chez le patient âgé. Tout d'abord, il faut être vigilant lors de fortes chaleurs. Les antihypertenseurs tels que les IEC, les ARA II, et les diurétiques sont des médicaments pouvant altérer

[7] **effet anticholinergique « masqué », i.e. action pharmacologique secondaire au plan thérapeutique*

l'adaptation de l'organisme à la chaleur. Ils induisent une hypoperfusion de certains organes (tels que le cerveau) par baisse de la pression artérielle et provoquent une hypotension (4). Lors de fortes chaleurs, il faut également prévenir la déshydratation qui peut être induite par les diurétiques. C'est pourquoi en cas de chaleur chez le sujet fragile, le médecin peut être amené à diminuer les posologies d'IEC, d'ARA II et de diurétiques (4)(42).

Il faut aussi surveiller l'hypotension orthostatique. C'est une baisse de la pression artérielle systolique supérieure à 20 mm Hg plus ou moins associée à une baisse de la pression artérielle diastolique supérieure à 10 mm Hg dans les trois minutes suivant le passage de la position horizontale à la position verticale (4). Comme évoqué précédemment, la réponse à l'orthostatisme des personnes âgées est moins bonne (3. Système cardio-vasculaire). Les antihypertenseurs agissant sur le système rénine-angiotensine peuvent aggraver ce risque d'hypotension (29) et avoir de lourdes conséquences telles que les chutes voire fractures, les troubles cognitifs, l'altération la qualité de vie et la perte d'autonomie (4). Les IEC, ARA II, diurétiques, alpha-bloquants et bétabloquants sont impliqués dans ce phénomène. De plus, ils sont souvent pris de manière simultanée, ce qui augmente le risque d'hypotension orthostatique (29)(42).

3. Les anticoagulants

Les anticoagulants oraux directs (AOD) ou les antivitamines K (AVK) exposent tous les deux à un risque hémorragique pouvant potentiellement être grave notamment en cas de surdosage (29). Certes, les AOD sont plus simples d'emploi avec une posologie fixe mais il n'y aucun test biologique de routine pour surveiller l'efficacité de la coagulation et surtout le risque hémorragique (4). Par contre, les AVK sont contrôlés régulièrement par la mesure d'un INR (International Normalized Ratio) ce qui peut induire un changement de posologie et susciter chez la personne âgée un risque d'erreur au niveau de leur prise si les conduites à tenir en cas d'oubli, augmentation d'INR, etc. ne sont pas maîtrisées (4).

Par ailleurs, ce sont des médicaments qui sont sujet aux interactions médicamenteuses et alimentaires faisant varier potentiellement le niveau d'anticoagulation (29)(42). Les AVK sont en partie métabolisés par le CYP450 C29. En cas de prise concomitante d'un inducteur enzymatique (par exemple le millepertuis indiqué dans les troubles dépressifs mineurs), leur métabolisation s'accélère et peut provoquer un risque thrombo-embolique (4). Avec un inhibiteur enzymatique, comme par exemple le pamplemousse, le risque serait plutôt hémorragique (4). Aussi, il faut également être vigilant avec les substances à effet fluidifiant

sanguin, comme l'aspirine ou l'ibuprofène, si elles sont associées à un AVK ou un AOD. Le risque hémorragique est ainsi majoré (4).

4. Les antidiabétiques

Le principal risque iatrogénique des antidiabétiques est d'engendrer des hypoglycémies (42). L'insuline, les sulfamides hypoglycémiants et le répaglinide ont le plus tendance à favoriser des hypoglycémies (29). Il ne faut pas oublier que d'autres médicaments, lorsqu'ils sont associés aux antidiabétiques sur une longue période, sont susceptibles de majorer ces hypoglycémies. C'est le cas pour le disopyramide, le tramadol, les Inhibiteurs Sélectifs de la Recapture de la Sérotonine (ISRS), la clonidine, les IEC et les béta-bloquants (4).

Les principaux signes cliniques évocateurs de l'hypoglycémie sont l'asthénie, les troubles de l'humeur et du comportement, l'agressivité inhabituelle, et la dégradation psychomotrice (29).

5. Les hypnotiques

Les hypnotiques sont pour la plupart des benzodiazépines ou apparentés (29). Environ un tiers des sujet de 65 ans utilisent des benzodiazépines hypnotiques (4).

Le risque majeur de ces traitements est la chute avec des conséquences et complications pouvant être sérieuses (4)(42). La consommation chronique de psychotropes augmente de 47 % le risque de chute chez la personne âgée (44). Les autres risques associés à ces molécules sont les altérations cognitives, les accidents en lien avec la conduite de véhicule ou de machine, l'incontinence par myorelaxation mais aussi le lien suspecté avec la survenue de la maladie d'Alzheimer (4)(29).

Chez la personne âgée, il faut distinguer les vraies insomnies (difficulté d'endormissement, éveils nocturnes, réveils précoces) des fausses insomnies (modifications physiologiques du sommeil liées au vieillissement) (4). Il est aussi important de chercher les causes de l'insomnie s'il y en a : troubles urétro-prostatiques, apnée du sommeil, douleurs, dépression, etc… qui pourront peut-être traitées et, de ce fait améliorer la qualité du sommeil (4)(42).

Il n'existe pas de médicaments indiqués dans la prise en charge de l'insomnie chronique (29). Les traitements non pharmacologiques sont donc à privilégier : favoriser l'éveil diurne, pratiquer une activité physique et des activités intellectuelles mais aussi de tenir un rythme éveil/sommeil régulier en retardant l'heure du coucher (29)(42).

De plus, le risque de dépendance n'est pas à négliger, même en l'absence de facteurs de risques. Et puis les hypnotiques peuvent d'une certaine manière entretenir l'insomnie du fait de l'effet rebond qu'ils peuvent induire à leur arrêt (29).

Lorsque la prescription de traitement hypnotique sera justifiée, il faudra privilégier les molécules à demi-vie courte comme la loprazolam et le zopiclone et/ou sans métabolites actifs comme le loprazolam (4)(42).

2EME PARTIE : LE BILAN PARTAGE DE MEDICATION (BPM) : NOUVELLE MISSION DU PHARMACIEN

I. PRESENTATION GENERALE

A. La naissance du BPM : la loi HPST.

La loi Hôpital Patient Santé Territoire (HPST) de 2009 a permis au pharmacien d'acquérir de nouvelles missions. Le pharmacien devient alors un acteur de premier plan dans la coordination des soins auprès des patients (45). « Le pharmacien d'officine doit contribuer aux soins de premier recours, participer à la coopération entre professionnels de santé, participer à la mission de service public de la permanence des soins, concourir aux actions de thérapeutique et aux actions d'accompagnement des patients. » (46).

Depuis mars 2018, le BPM fait partie intégrante de ces nouvelles missions.

B. Définition et objectifs

Le BPM est « une analyse critique structurée des médicaments du patient dans l'objectif d'établir un consensus avec le patient concernant son traitement » selon la HAS (47).

Il s'agit de limiter la iatrogénie médicamenteuse chez le sujet âgé (41). Le but est de mettre en perspective le traitement du patient « en regard de ses comorbidités, d'éventuels syndromes gériatriques, de ses souhaits, et d'outils d'évaluation pharmacologique comme ceux de détection de médicaments potentiellement inappropriés » (47).

Les objectifs du BPM sont donc de diminuer le risque iatrogénique, mais aussi d'améliorer l'impact clinique des médicaments, d'optimiser l'adhésion au traitement et enfin, dans une moindre mesure, de diminuer le gaspillage de médicaments (47).

Le BPM se déroule sous la forme d'entretiens à l'officine, dans un local de confidentialité avec le pharmacien d'officine (44). Depuis peu, les BPM peuvent également être réalisés en EHPAD ou au domicile du patient (48).

C. Public cible du BPM

L'avenant 12 à la convention nationale du 4 mai 2012 a défini les patients éligibles comme :

- les patients âgés de 65 ans et plus ayant au moins une ALD et un minimum de 5 molécules prescrites depuis 6 mois ou plus ;
- les patients âgés de 75 ans et plus avec un minimum de 5 molécules prescrites depuis au moins 6 mois (49).

L'avenant 19 à cette même convention signé en novembre 2020 a étendu le profil des patients éligibles au BPM à tous les patients d'au moins 65 ans polymédiqués avec un minimum de 5 molécules ou principes actifs prescrits pour une durée d'au moins 6 mois y compris les résidents en EHPAD (48).

Une expérimentation au niveau national des BPM dans les EHPADs a débuté au début de 2020 et ceci pour deux ans. A terme, il est attendu une évaluation du dispositif pour mesurer son impact et son efficacité ainsi que pour savoir si le BPM devra cibler certaines classes de médicaments (22). Le résident en EHPAD ne gère plus ses traitements, ces BPM seront surtout axés sur la iatrogénie. Ceci implique donc une collecte d'informations aux différents professionnels de l'EHPAD puisque le dialogue pharmacien-patient n'est plus le même.

Chez les personnes âgées de plus de 65 ans, plus de 9 millions seraient touchées par la polypathologie et les maladies chroniques (44). Parmi eux, la population ciblée par les BPM, c'est-à-dire avec au moins 5 molécules prescrites, représenterait environ 3,9 millions de patients avant novembre 2020 (50). Hors, en octobre 2020, 1100 BPM ont été finalisés soit à peine 0,03% (51).

D. Prérequis

1. Formation

Pour réaliser les BPM, aucune formation n'est obligatoire cependant elle est fortement recommandée. De nombreux organismes en proposent pour les pharmaciens et pour les médecins. Leur but est de pointer du doigt les médicaments à risque chez le patient âgé et de trouver des solutions pour éviter les conséquences de la iatrogénie médicamenteuse.

Il existe des formations agrées proposées par des organismes de formation. Par exemple, le groupe CERP propose une formation payante d'une journée présentielle à destination des pharmaciens et préparateurs faisant partie intégrante du Développement

Professionnel Continu (DPC). La Société Française de Pharmacie Clinique (SFPC) propose aussi une formation payante en e-learning avec une étape en présentielle qui fait aussi partie du DPC (52). Ma Formation Officinale propose une formation intégralement en e-learning.

Ces formations reprennent généralement les grands axes majeurs de la iatrogénie médicamenteuse chez la personne âgée polymédiquée, et permettent d'étudier comment mettre en place et réaliser un BPM (réglementation, communication, recrutement, méthodologie des différents entretiens). Il y a aussi quelques exemples de cas de mises en pratique dans les grands thèmes comme la cardiologie ou la psychiatrie.

Il est aussi nécessaire de former l'équipe officinale : soit par un organisme de formation extérieur ou alors lors d'une formation interne menée par un pharmacien de l'officine. Les préparateurs formés peuvent informer plus facilement les patients au comptoir et faciliter le recrutement des patients éligibles.

2. Local

Il est important que la pharmacie dispose d'un espace de confidentialité, c'est d'ailleurs une obligation de la Convention Nationale signée par les pharmaciens titulaires en accord avec l'Assurance Maladie (53). Selon l'article 8, « le pharmacien prévoit dans son officine un espace de confidentialité où il peut recevoir isolément les patients. Cet espace est réputé adapté dès lors qu'il permet un dialogue entre le pharmacien et le patient en toute confidentialité » (46).

Ce local doit pouvoir être équipé d'un poste informatique qui permettra la consultation du Dossier Pharmaceutique (DP) (53).

3. Procédure

Dans une démarche qualité, il est intéressant de créer un protocole complet pour gagner du temps et ne rien oublier. Nous avons rédigé un protocole qui peut être suivi pour faciliter la tâche du pharmacien responsable de l'implantation du BPM dans l'officine (Annexe 4 : Fascicule d'aide à l'installation du Bilan Partagé de Médication (BPM) à l'officine).

La tenue d'un agenda ou calendrier est importante pour établir au mieux le suivi des entretiens pour chaque patient. Il peut être défini des plages horaires sur lesquelles les rendez-vous seront pris. Ainsi, toute l'équipe peut fixer les rendez-vous et faciliter le recrutement des patients.

E. Facturation et rémunération

Depuis 2020, la facturation des BPM a changé. Avant, ils s'inscrivaient dans une démarche de ROSP (Rémunération sur Objectifs de Santé Publique) via un enregistrement sur AméliPro. Aujourd'hui, le BPM est facturé via le logiciel de gestion officinale (LGO) tel un acte qui correspond à l'accompagnement.

La première année est définie de la date d'adhésion jusqu'à sa date anniversaire. Pour cette première année, la rémunération est fixée à 60€ pour chaque patient inscrit. La facturation est effectuée à la fin de de la séquence annuelle, c'est-à-dire lorsque l'ensemble des étapes du BPM ont été réalisées (54).

Les années suivantes, lorsque le traitement ne change pas, deux entretiens de suivi d'observance ont lieu. Leur rémunération est fixée à 20€. Par contre, si le traitement change, le pharmacien procède à l'actualisation de l'analyse, sa transmission, puis un nouvel entretien conseil et un entretien de suivi d'observance. Dans ce cas, la rémunération est fixée à 30€. La facturation peut se faire 12 mois après la facturation précédente (54).

En Départements d'Outre-Mer (DOM), la rémunération est fixée à 63€ la première année pour chaque patient inscrit. Pour les entretiens des années suivantes, la rémunération est fixée à 31,50€ lorsqu'il y a un nouveau traitement et 21€ lorsqu'il n'y a pas de changement (54).

Ces rémunérations sont exonérées de Taxes sur la Valeur Ajoutée (TVA).

Pour la facturation, plusieurs codes ont été créés :

- Un code « adhésion » au début de l'accompagnement : « TAC ».
- Un code « accompagnement 1ère année » lorsque toutes les étapes du BPM ont été réalisées : « BMI ».
- Un code « accompagnement années suivantes » 12 mois après la facturation du code « BMI » : « BMT » s'il y a un changement de traitement sinon « BMS » (55).

Le Tableau IV permet de répertorier ces codes pour aider à la facturation.

	CODE ACTE	CONTENU DE LA SEQUENCE ANNUELLE	TARIFS	
			Métropole	DOM
Adhésion	**TAC**	A la signature du bulletin d'adhésion.	0,01€	
Accompagnement 1ère année	**BMI**	- 1 entretien de recueil - 1 analyse / transmission au médecin traitant - 1 entretien conseils - 1 entretien d'observance	60€	63€
Accompagnement années suivantes	**BMT**	S'il y a un changement de traitement : - Actualisation de l'analyse - Entretien conseils - Entretien de suivi d'observance	30€	31,50€
	BMS	Sans changement de traitement : - 2 entretiens de suivi d'observance	20€	21€

Tableau IV : Synthèse d'aide à la facturation des BPM

En pratique, à compter du 2nd semestre 2020, le pharmacien procède à la facturation de l'accompagnement en présence du patient. Il s'identifie comme exécutant et prescripteur (55).

La date de prescription doit être la date de fin de la séquence annuelle pour la 1ère année. Pour les années suivantes, la date de prescription correspond à la date de facturation du code de l'année précédente suppléé de 12 mois (55).

La situation du patient doit être prise en compte pour la facturation, *i.e.* si le traitement est en lien avec un accident de travail ou une maladie professionnelle, il faut facturer le code selon le bon organisme (55).

Pour tous les actes d'accompagnement, la prestation est facturée en tiers payant et prise en charge à 100%. Les codes actes doivent être facturés seuls (indépendamment de médicaments, LPP, vente libre, …) (55).

Les justificatifs tels que les fiches de suivi complétées doivent être conservées.

II. DEROULEMENT

A. Recrutement

Cette étape consiste à identifier les patients éligibles à l'accompagnement.

Le LGO permet parfois de sortir une première liste de patients potentiellement éligibles (50). En renseignant certains critères tels que l'âge, la présence d'une ALD, la fidélité du patient (par exemple au moins 5 factures sur les derniers mois), une liste de patient est créée.

Il est également possible de proposer le dispositif à un patient au moment de son renouvellement d'ordonnance. Il est intéressant de suggérer le BPM plus particulièrement :

- après une hospitalisation,
- à la découverte d'une nouvelle pathologie (telle une ALD),
- lors de la survenue d'effet indésirable,
- en présence de médicaments jugés à risque (AVK, AOD,…)
- lorsque la venue du patient est irrégulière, ou que le patient rapporte des boîtes non utilisées, ou ne prend jamais un médicament qui lui est prescrit, alarmant alors sur le fait que l'adhésion médicamenteuse ne serait pas optimale (50).

Le pharmacien informe alors le patient des objectifs et intérêts du BPM. Les principaux points clés pour convaincre le patient d'adhérer au BPM sont :

- un bénéfice immédiat : le pharmacien prend le temps de faire une analyse complète du traitement du patient. En plus du travail fait au comptoir habituellement, il va étudier qu'il n'y a pas de traitements inappropriés, détecter s'il y a des interactions, et prendre en compte le ressenti du patient à propos de son traitement ;
- une collaboration avec son médecin : ce dernier recevra une synthèse du bilan et pourra modifier le traitement s'il le juge nécessaire ;
- un entretien gratuit : pris en charge entièrement par l'Assurance Maladie ;
- un acte révocable : à tout moment, le patient peut choisir de ne plus y participer (50).

Le patient est libre d'adhérer ou non au dispositif. Il a aussi le choix de la pharmacie et du pharmacien qui réalisera le bilan de médication (50). Si le patient veut adhérer au BPM, le pharmacien et lui-même peuvent alors signer un bulletin d'adhésion et de désignation du

pharmacien (Annexe 4 : Fascicule d'aide à l'installation du Bilan Partagé de Médication (BPM) à l'officine) et prendre rendez-vous pour pouvoir procéder au recueil d'informations.

B. Recueil d'informations

Lors de cet entretien, le pharmacien va recueillir les informations générales sur le patient, ses antécédents médicaux ainsi que ses habitudes de vie. Il va recenser l'ensemble des traitements (prescrits ou non) que prend le patient puis faire un état des lieux de ses connaissances sur ses médicaments (47).

La Société Française de Pharmacie Clinique (SFPC) a défini en 2017, à travers sa fiche mémo « Préconisations pour la pratique des bilans partagés de médication », les objectifs de cet entretien de manière plus précise :

- « Evaluer la compréhension du patient quant au nom du médicament, sa posologie, son indication et les conditions concrètes de son utilisation,
- Evaluer avec le patient son besoin d'information sur le médicament,
- Apprécier les conditions de prise des médicaments du patient (liées à l'adhésion, aux modalités d'administration), afin d'identifier les freins à une bonne prise des médicaments,
- Faire le point sur la gestion du stock afin de réduire les risques de confusion et le gaspillage des médicaments,
- Noter la perception du patient quant à l'efficacité et à la présence d'éventuels effets indésirables,
- Apprécier une éventuelle automédication » (52).

Pour cette étape, le gouvernement a élaboré quatre fiches dans l'avenant 12 de la convention nationale pour permettre un échange avec le patient et le médecin traitant (49).

La première (Tableau V : Extrait de la fiche de recueil des informations (1/4) : le patient) concerne le patient. A travers une dizaine de questions, le pharmacien s'informe sur ses habitudes de vie et son état physiologique (49). Cela va permettre par la suite de vérifier que les conseils de prise de traitements peuvent être mis en œuvre et qu'ils sont pertinents et applicables (50). De plus, le pharmacien pourra vérifier si le traitement est en adéquation avec l'état physiologique du patient (50).

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 des problèmes de déglutition, de vision, de douleurs articulaires … ?	
Autres	Souffrez-vous d'allergies (avez-vous un carnet par exemple) ?	

Tableau V : Extrait de la fiche de recueil des informations (1/4) : le patient (49).

La deuxième fiche concerne les traitements (Tableau VI). Il s'agit de dresser une liste exhaustive de tous les médicaments prescrits, ou non, pris par le patient. Les principales sources nécessaires sont les ordonnances des différents médecins consultés par le patient, les boîtes qu'il apporte, et la consultation de l'historique de la pharmacie avec celle du dossier pharmaceutique (50).

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**	**Survenue d'effets indésirables**	**Origine de la prise (spécialité du prescripteur ou automédication)**

Tableau VI : Extrait de la fiche de recueil des informations (2/4) : les traitements (49).

Comme le montre le Tableau VII, la troisième fiche porte sur la perception des traitements. Le pharmacien évalue la compréhension du patient quant à son traitement c'est-à-dire ce qu'il prend et pourquoi (50).

FICHE DE RECUEIL DES INFORMATIONS (3/4) : LA PERCEPTION DES 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	Ressentez-vous des effets particuliers liés à la prise de vos médicaments (somnolence, douleurs articulaires) ?	
	Avez-vous déjà ressenti des effets indésirables liés à vos médicaments ? Si oui comment luttez-vous contre ceux-ci ?	
	Prenez-vous un médicament 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 ?	
	Etes-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 ?	

Tableau VII : Extrait de la fiche de recueil des informations (3/4) : la perception des traitements (49)

La quatrième et dernière fiche évalue l'adhésion médicamenteuse, c'est-à-dire l'observance (Tableau VIII). Elle complète la fiche précédente et permet d'identifier des failles dans l'organisation du patient (pour les renouvellements par exemple) mais aussi de rendre compte de la capacité du patient à gérer ses oublis (50). Il s'agit du questionnaire de Girerd. Il a été mis au point en 2001 et permet de dépister l'inobservance chez les patients atteints de pathologie chronique comme l'hypertension artérielle. C'est le Dr Girerd, cardiologue, qui est à l'origine de ce questionnaire. Aujourd'hui, c'est devenu une pratique quotidienne. C'est un questionnaire où le patient doit répondre à chaque question par oui ou non. Chaque réponse négative vaut un point. Lorsque le score est égal à 6, le patient est bon observant, entre 4 et 5, il est faiblement observant et si le score est inférieur à 3, non observant (49).

FICHE DE RECUEIL DES INFORMATIONS – QUESTIONNAIRE DE GIRERD (4/4)

Questions		**Réponses**
Comment se passe la prise de vos médicaments ?	Ce matin avez-vous oublié de prendre vos médicaments ?	
	Depuis la dernière consultation avez-vous été en panne de médicament ?	
	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 ?	

Tableau VIII : Extrait de la fiche de recueil des informations - questionnaire de Girerd (4/4) (49)

C. Analyse des traitements et synthèse au médecin

C'est la deuxième étape du BPM, elle s'effectue sans le patient mais grâce aux informations recensées lors de la première étape de recueil des informations (49). Le but de cette étape est d'optimiser la prise en charge médicamenteuse et d'encadrer l'automédication (50). Le pharmacien pourra préconiser des changements, par exemple changer la forme galénique, rendre compte de la rupture de consommation de certains traitements, constater une mauvaise observance, signaler la survenue d'effets indésirables… (49).

Quelques grandes questions méritent d'être posées lors de cette étape. Existe-t-il des contre-indications ? La prescription de tel ou tel médicament est-elle appropriée ? Les

médicaments sont-ils adaptés au patient âgé ? Y a-t-il un risque d'interactions médicamenteuses ? Une surveillance particulière est-elle nécessaire pour le traitement ? (50) A cette fin, plusieurs outils sont disponibles et intéressants à consulter (III. Outils).

Le pharmacien formalise ensuite ses conclusions et recommandations (50). Il pourra les intégrer dans le Dossier Médical Partagé (DMP) et devra les transmettre au médecin traitant pour avoir son avis sur les recommandations susceptibles d'impacter ses prescriptions (49).

D. Entretien conseils

C'est un échange avec le patient qui va permettre au pharmacien de revenir sur les interventions pharmaceutiques réalisées (47). Il est important d'expliquer les adaptations validées avec le médecin traitant s'il y en a eu (50). Ce moment privilégié permet aussi de remettre un plan de posologie (Tableau IX : Plan de prise / posologie des médicaments prescrits (49)) et des conseils associés (hygiéno-diététiques souvent) à la prise de son traitement (47). De plus, cet entretien va répondre aux interrogations du patient quant à ses traitements et leurs effets (50). Enfin le pharmacien pourra saisir l'occasion de proposer des solutions d'aide à la gestion des médicaments si lors du recueil d'informations ou de l'analyse le besoin s'en est fait sentir (50).

PLAN DE PRISE / POSOLOGIE DES MEDICAMENTS PRESCRITS

Médicaments	**Dosage**	**Forme**	**Horaire de prise**				**Durée de traitement**	**Explications**	**Commentaires**
			Matin	Midi	Soir	Coucher			

Tableau IX : Plan de prise / posologie des médicaments prescrits (49)

E. Suivi d'observance

Il s'agit de plusieurs rendez-vous qui vont permettre de constater les stratégies mises en place avec le patient et de réévaluer son adhésion au traitement ainsi que son niveau d'observance (47). Dès lors, il faudra être vigilant sur les médicaments qui faisaient apparaître un problème d'adhésion lors des précédentes étapes (49). Le but est de mettre en valeur ce qui a été amélioré suite au BPM et de souligner les éventuels points d'amélioration (50).

Le premier entretien de suivi d'observance succède à l'entretien conseils. Le questionnaire de Girerd peut à nouveau être présenté (50) (Tableau VIII : Extrait de la fiche de recueil des informations - questionnaire de Girerd (4/4) (49)).

Les années suivantes, cette rencontre permet de faire régulièrement des points avec le patient pour vérifier son observance et mettre à jour les conseils (50). Plus particulièrement, le pharmacien vérifie s'il n'y a pas eu de modifications de traitement depuis le bilan initial.

S'il n'y a pas eu de changements, deux entretiens de suivi sont programmés dans l'année suivante. Des mesures correctives doivent être mises en place avec le médecin si des dysfonctionnements sont mis en évidence au cours de ces rendez-vous (50).

Si un ou plusieurs traitements sont nouveaux par rapport au bilan initial, le pharmacien procèdera à l'actualisation de l'analyse initiale, et prévoira un nouvel entretien conseils (50).

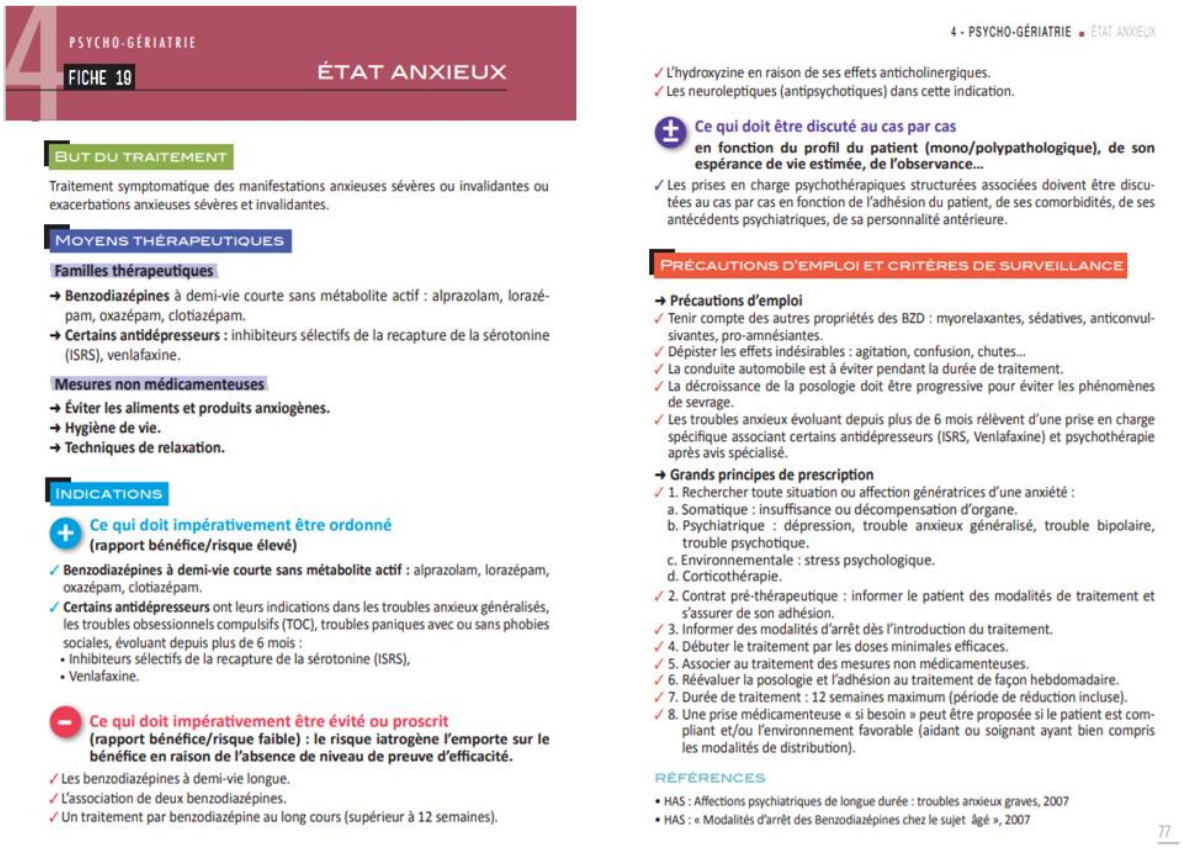
III. OUTILS

Lors de l'analyse des traitements plusieurs outils sont disponibles. Pour chacun d'entre eux, une description de l'outil avec un exemple, ainsi que sa méthode d'accès sera détaillé.

A. Le guide PAPA



Ce livre est paru en octobre 2015 aux éditions Frison-Roche. Il s'agit d'un guide conçu par la Société Française de Gériatrie et Gérontologie (SFGG) et le Conseil National Professionnel de gériatrie (CNP). Il regroupe 42 fiches de « bonne prescription médicamenteuse » pour les patients de plus de 75 ans qui vivent chez eux ou en institutions. Une fiche traite une maladie ou une situation fréquente du sujet âgé. Cet ouvrage est destiné aux professionnels de santé notamment les gériatres, les médecins coordonnateurs d'EHPAD et les pharmaciens (42).



4 PSYCHO-GÉRIATRIE

FICHE 19 ÉTAT ANXIEUX

BUT DU TRAITEMENT

Traitement symptomatique des manifestations anxieuses sévères ou invalidantes ou exacerbations anxieuses sévères et invalidantes.

MOYENS THÉRAPEUTIQUES

Familles thérapeutiques

→ **Benzodiazépines** à demi-vie courte sans métabolite actif : alprazolam, lorazépam, oxazépam, clotiazépam.
→ **Certains antidépresseurs :** inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS), venlafaxine.

Mesures non médicamenteuses

→ **Éviter les aliments et produits anxiogènes.**
→ **Hygiène de vie.**
→ **Techniques de relaxation.**

INDICATIONS

Ce qui doit impérativement être ordonné
(rapport bénéfice/risque élevé)

✓ **Benzodiazépines à demi-vie courte sans métabolite actif :** alprazolam, lorazépam, oxazépam, clotiazépam.
✓ **Certains antidépresseurs** ont leurs indications dans les troubles anxieux généralisés, les troubles obsessionnels compulsifs (TOC), troubles paniques avec ou sans phobies sociales, évoluant depuis plus de 6 mois :
• Inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS),
• Venlafaxine.

Ce qui doit impérativement être évité ou proscrit
(rapport bénéfice/risque faible) : le risque iatrogène l'emporte sur le bénéfice en raison de l'absence de niveau de preuve d'efficacité.

✓ Les benzodiazépines à demi-vie longue.
✓ L'association de deux benzodiazépines.
✓ Un traitement par benzodiazépine au long cours (supérieur à 12 semaines).

4 - PSYCHO-GÉRIATRIE ▪ ÉTAT ANXIEUX

✓ L'hydroxyzine en raison de ses effets anticholinergiques.
✓ Les neuroleptiques (antipsychotiques) dans cette indication.

Ce qui doit être discuté au cas par cas
en fonction du profil du patient (mono/polypathologique), de son espérance de vie estimée, de l'observance…

✓ Les prises en charge psychothérapiques structurées associées doivent être discutées au cas par cas en fonction de l'adhésion du patient, de ses comorbidités, de ses antécédents psychiatriques, de sa personnalité antérieure.

PRÉCAUTIONS D'EMPLOI ET CRITÈRES DE SURVEILLANCE

→ **Précautions d'emploi**
✓ Tenir compte des autres propriétés des BZD : myorelaxantes, sédatives, anticonvulsivantes, pro-amnésiantes.
✓ Dépister les effets indésirables : agitation, confusion, chutes…
✓ La conduite automobile est à éviter pendant la durée de traitement.
✓ La décroissance de la posologie doit être progressive pour éviter les phénomènes de sevrage.
✓ Les troubles anxieux évoluant depuis plus de 6 mois relèvent d'une prise en charge spécifique associant certains antidépresseurs (ISRS, Venlafaxine) et psychothérapie après avis spécialisé.

→ **Grands principes de prescription**
✓ 1. Rechercher toute situation ou affection génératrices d'une anxiété :
a. Somatique : insuffisance ou décompensation d'organe.
b. Psychiatrique : dépression, trouble anxieux généralisé, trouble bipolaire, trouble psychotique.
c. Environnementale : stress psychologique.
d. Corticothérapie.
✓ 2. Contrat pré-thérapeutique : informer le patient des modalités de traitement et s'assurer de son adhésion.
✓ 3. Informer des modalités d'arrêt dès l'introduction du traitement.
✓ 4. Débuter le traitement par les doses minimales efficaces.
✓ 5. Associer au traitement des mesures non médicamenteuses.
✓ 6. Réévaluer la posologie et l'adhésion au traitement de façon hebdomadaire.
✓ 7. Durée de traitement : 12 semaines maximum (période de réduction incluse).
✓ 8. Une prise médicamenteuse « si besoin » peut être proposée si le patient est compliant et/ou l'environnement favorable (aidant ou soignant ayant bien compris les modalités de distribution).

RÉFÉRENCES

• HAS : Affections psychiatriques de longue durée : troubles anxieux graves, 2007
• HAS : « Modalités d'arrêt des Benzodiazépines chez le sujet âgé », 2007

77

Figure 8 : Extrait du Guide PAPA - Etat anxieux

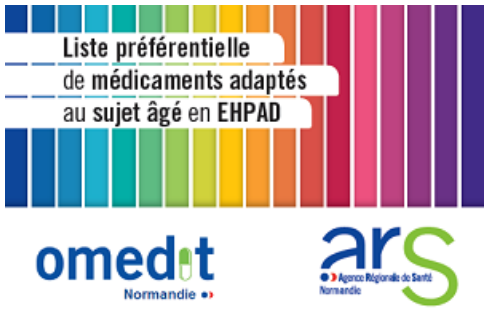
Les 42 fiches ont été classées en 11 thèmes : cardiologie, neurologie, infectiologie etc.. Les fiches traitent une pathologie ou un état chez le sujet âgé. Comme le montre la Figure 8, on y retrouve le but du traitement ; les moyens thérapeutiques avec les familles

thérapeutiques et les mesures non médicamenteuses ; les indications avec ce qui doit impérativement être ordonné, ce qui doit impérativement être proscrit et ce qui doit être discuté au cas par cas ; ainsi que les précautions d'emploi avec, quand il est nécessaire, les critères de surveillance. Pour chaque fiche, les références des recommandations sont citées.

Cet ouvrage coûte environ 14 € en version papier et 10€ en version électronique.

Dans la continuité et sur le même principe, trois guides de spécialités de la même édition ont été publiés : « Le Guide PAPA en Uro-gériatrie » (2018), « Le Guide PAPA en Rhumato-gériatrie » (2019), « Le Guide PAPA en Cardio-gériatrie » (2020). Ils sont disponibles au format papier et respectivement au prix de 24 €, 28 € et 38 €.

B. Liste préférentielle de médicaments adaptés au sujet âgé en EHPAD de l'OMEDIT



L'Observatoire du Médicament, des Dispositifs Médicaux et de l'Innovation Thérapeutique (OMEDIT) de Normandie en collaboration avec l'ARS Normandie a mis au point ce carnet publié en août 2018. Il s'agit d'un inventaire non exhaustif de médicaments. Cette liste a été créée à partir de listes préférentielles déjà existantes, de données de la littérature ainsi que de recommandations des agences de santé. Sous la forme d'un carnet spiralé au format « poche », 283 molécules sont répertoriées par classes pharmacologiques. Pour chacune d'entre elles, les données fournies permettent :

- de savoir si la molécule est appropriée au sujet âgé ;
- de donner des conseils d'utilisation : liés aux modalités de préparation (savoir si le comprimé peut être écrasé, ou si la gélule peut être ouverte), ou aux modalités d'administration (prise avec grand verre d'eau, …) ou encore à l'existence d'une alternative galénique (forme buvable, …) ;
- de proposer des recommandations de bon usage : la molécule nécessite-t-elle une adaptation posologique chez le sujet âgé ? Faut-il l'adapter à la fonction rénale ?

La Figure 9 : Extrait de la Liste préférentielle de médicaments adaptés au sujet âgé en EHPAD - Céphalosporinesconcernant les céphalosporines est un extrait de cet outil. On y voit la simplicité d'utilisation de cet outil à l'aide d'un tableau clair, de différents « logos », et de couleurs. En seulement quelques images et quelques mots, des informations claires et simples sont présentées. Par exemple, si une personne âgée est traitée par de la Céfixime, le

comprimé peut être écrasé en cas de difficulté pour l'avaler, mais il existe aussi une forme buvable pédiatrique. L'INR est à contrôler en cas de prise d'AVK. Et pour terminer, dans le cas d'insuffisance rénale sévère, la posologie ne doit pas dépasser 200 mg par jour.

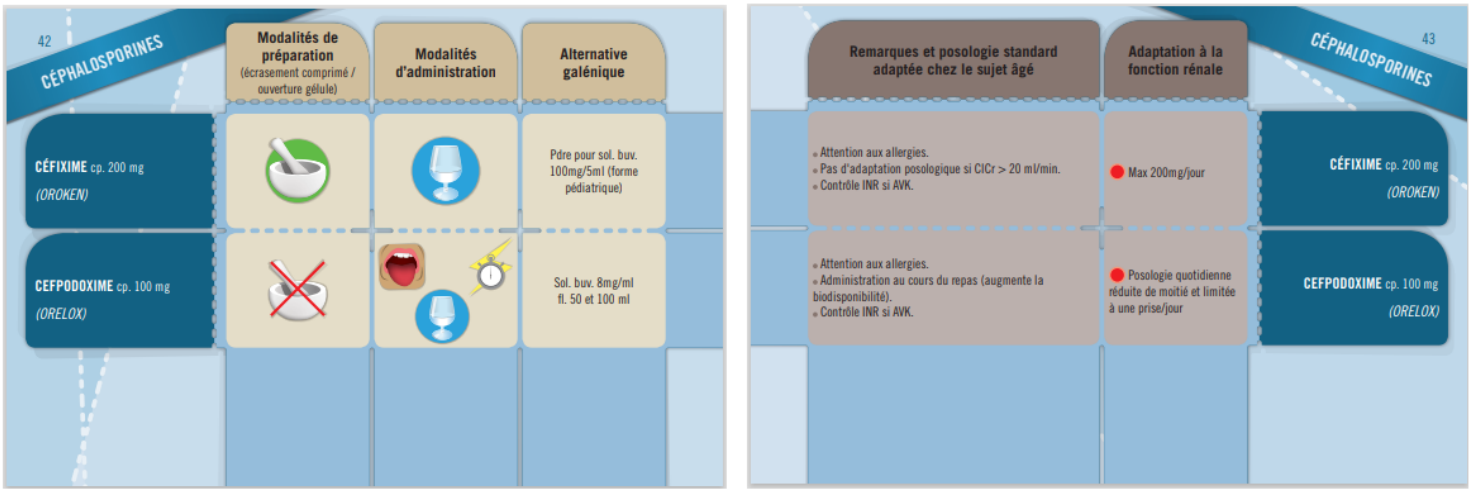


Figure 9 : Extrait de la Liste préférentielle de médicaments adaptés au sujet âgé en EHPAD - Céphalosporines

Cette liste est disponible gratuitement en version papier en adressant un email à ARS-NORMANDIE-DIRECTION-APPUI-PERFORMANCE@ars.sante.fr, ou alors en version imprimable en ligne via omedit-normandie.fr/media-files/13723/listes-preferentielles-normandie-mise-a-jour-aout-2018.pdf.

C. Critères de Beers

Il s'agit de la première liste de médicaments à éviter qui a été présentée en 1990 par M-H. Beers, gériatre américain. La dernière mise à jour de cette liste fut publiée en 2019 par l'American Geriatrics Society. Elle classe les médicaments chez le patient âgé en 3 catégories : inapproprié, potentiellement inapproprié (à éviter dans certains maladies) et à utiliser avec prudence (vérifier la balance bénéfice-risque).

La Figure 10 : Extrait de Médicaments potentiellement inappropriés chez les sujets âgés (selon les critères de Beers de l'American Geriatrics Society) - Médicaments cardiovasculairesillustre un extrait de la catégorie « médicament potentiellement inapproprié » dans les médicaments cardiovasculaires (56). Il y est par exemple détaillé que les molécules telles que le disopyramide (RYTHMODAN®) et la nifédipine (ADALATE®) sont à éviter chez la personne âgée.

Ces critères sont accessibles gratuitement via https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/jgs.15767.

Médicament	Problèmes/recommandations, de prescription
Amiodarone	Efficace pour maintenir le rythme sinusal mais présente une toxicité supérieure à celle d'autres antiarythmiques utilisés dans la fibrillation auriculaire; peut représenter un traitement de première intention raisonnable chez les patients qui ont une insuffisance cardiaque concomitante ou une hypertrophie du ventricule gauche importante, si on donne la priorité au contrôle du rythme par rapport au contrôle de la fréquence A éviter dans le traitement de première intention de la fibrillation auriculaire sauf en cas d'insuffisance cardiaque ou d'hypertrophie ventriculaire gauche importante
Disopyramide†	Inotrope négatif puissant (peut induire une insuffisance cardiaque); fortement anticholinergique; éviter, préférer d'autres médicaments anti-arythmiques
Dronédarone	Évolution défavorable chez les patients qui prennent de la dronédarone qui ont une fibrillation auriculaire permanente ou une insuffisance cardiaque grave ou récemment décompensée À éviter chez les patients présentant une fibrillation auriculaire permanente ou une insuffisance cardiaque grave ou récemment décompensée
Digoxine	Utilisation dans la fibrillation auriculaire: elle ne doit pas être utilisé comme agent de première intention, car des alternatives plus efficaces existent et la digoxine peut être associée à une mortalité accrue; éviter comme traitement de première ligne Utilisation en cas d'insuffisance cardiaque: effets discutables sur le risque d'hospitalisation et peut être associée à une mortalité accrue chez les sujets âgés insuffisants cardiaques; dans l'insuffisance cardiaque, des doses plus élevées ne sont pas associées à un bénéfice supplémentaire et peuvent augmenter le risque de toxicité; éviter comme traitement de première ligne Une diminution de la clairance rénale de la digoxine peut augmenter le risque d'effets toxiques; une réduction de dose supplémentaire peut être nécessaire en cas d'insuffisance rénale chronique de stade 4 ou 5; si utilisé dans la fibrillation auriculaire ou l'insuffisance cardiaque, éviter les doses> 0,125 mg/jour
Nifédipine, à libération immédiate†	Risque d'hypotension et d'ischémie myocardique; éviter

Figure 10 : Extrait de Médicaments potentiellement inappropriés chez les sujets âgés (selon les critères de Beers de l'American Geriatrics Society) - Médicaments cardiovasculaires

D. Liste de Laroche

C'est une liste de médicaments potentiellement inappropriés chez le patient âgé de plus de 75 ans formulée par un consensus d'experts en tenant compte des pratiques médicales françaises. Sous la forme d'un tableau, les principales spécialités potentiellement inappropriées sont répertoriées et associées aux raisons qui les rendent inappropriées. Des alternatives thérapeutiques y sont suggérées.

La Figure 11 montre un extrait de cette liste pour les médicaments antalgiques potentiellement inappropriés chez les plus de 75 ans. Par exemple, il faut éviter d'utiliser l'indométacine en première intention chez ces personnes pour des raisons neuropsychiques. Il est suggéré d'utiliser un autre AINS (57).

Tableau 1
Liste française des médicaments potentiellement inappropriés chez les personnes de 75 ans et plus

	Critères	Principales spécialités	Raisons	Alternatives thérapeutiques
Critères avec un rapport bénéfice/risque défavorable				
Antalgiques				
1	Indométacine par voie générale	Chrono-Indocid®, Indocid®, Dolcidium® Gé	Effets indésirables neuropsychiques, à éviter chez les personnes âgées ; prescription de 2e intention	Autres AINS sauf phénylbutazone
2	Phénylbutazone	Butazolidine®*	Effets indésirables hématologiques sévères, à éviter	Autres AINS sauf indométacine par voie générale
3	Association d'au moins deux anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS)		Pas d'augmentation de l'efficacité et multiplication du risque d'effet indésirable	Un seul AINS

Figure 11 : Extrait de la liste de Laroche - Antalgiques

Cette liste est accessible gratuitement via http://www.omedit-normandie.fr/media-files/20222/liste-de-laroche-2009.pdf

E. Critères STOPP/START



C'est un outil disponible gratuitement en ligne (http://stoppstart.free.fr/) et créé par le Dr A. Frey-Geoffret à partir des critères STOPP/START version 2 (58). Il s'agit de 115 critères classés et numérotés correspondant aux médicaments à poursuivre ou arrêtés avec une explication concise sur le caractère inapproprié. Ces critères sont disponibles via http://dx.doi.org/10.1016/j.npg.2015.08.001. L'outil en ligne créé permet de détecter les médicaments inappropriés ainsi que les possibles interactions médicamenteuses. L'avantage de cet outil est d'intégrer les pathologies étiquetées d'un patient et de constater si des traitements non prescrits devraient l'être.

Dans la case « substance ou médicament », les prescriptions d'un patient doivent être rentrées. En cliquant sur « Vérifier », les résultats de la détection sortent.

Par exemple, la Figure 12 est le résultat de la détection pour un patient (Mr X) après avoir rentré son traitement dans l'outil. Mr X est traité par le protocole BASIC mis en place à la suite d'un infarctus du myocarde. On y retrouve un bétabloquant (bisoprolol), un antiagrégant plaquettaire (acide acétylsalicylique), une statine (atorvastatine), et un inhibiteur de l'enzyme de conversion (ramipril). De plus, Mr X prend parfois de l'ibuprofène pour soulager ses douleurs arthrosiques.

Les résultats sont classés par système et présentent les différents risques auxquels il faut être vigilant avec Mr X. Par exemple au niveau gastrique la prise de l'anti-agrégant plaquettaire associée à celle de l'anti-inflammatoire majore le risque d'ulcère gastro-duodénal. Il est suggéré également de traiter ses douleurs avec du paracétamol au vu de ces antécédents.

Substances
acide acétylsalicylique
lysine
bisoprolol
atorvastatine
ramipril
ibuprofène

Pathologies
Insuffisance coronarienne (angor ou antécédents de stent ou d'IDM)

Résultats STOPP-START

Vendredi 12 février 2021 - 10:46

STOPP B : Système cardiovasculaire

- B4 : Un bêtabloquant en présence d'une bradycardie (< 50 bpm), d'un bloc atrioventriculaire du second degré ou troisième degré - (risque de bloc complet ou d'asystolie)
  (bisoprolol)
- B11 : Un inhibiteur de l'enzyme de conversion (IEC) ou un antagoniste des récepteurs de l'angiotensine II (ARA II) en présence d'un antécédent d'hyperkaliémie - (risque de récidive)
  (ramipril)

STOPP C : Antiplaquettaires et anticoagulants

- C1 : De l'aspirine au long cours à dose > 160 mg/jour - (risque accru de saignement, sans preuve d'efficacité majorée)
  (acide acétylsalicylique)
- C3 : Un antiagrégant plaquettaire (aspirine, clopidogrel, dipyridamole) ou un anticoagulant oral (antivitamine K, inhibiteur direct de la thrombine ou du facteur Xa) en présence d'un risque hémorragique significatif (hypertension artérielle sévère non contrôlée, diathèse hémorragique, ou récent épisode de saignement spontané important) - (risque élevé d'hémorragie)
  (acide acétylsalicylique)
- C11 : Un AINS en présence d'un antiagrégant plaquettaire, sans traitement préventif par un IPP - (risque accru d'ulcère gastroduodénal)
  (acide acétylsalicylique en association avec ibuprofène)

STOPP H : Appareil musculosquelettique

- H1 : Un AINS en présence d'un antécédent d'ulcère gastroduodénal ou de saignement digestif, sans traitement gastroprotecteur par IPP ou anti-H2 - (risque de récidive de l'ulcère peptique)
  (ibuprofène)
- H3 : Un AINS au long cours (> 3 mois) en première ligne pour une douleur arthrosique - (un analgésique comme le paracétamol est préférable et habituellement efficace pour contrôler les douleurs arthrosiques modérées)
  (ibuprofène)
- H7 : Un AINS ou un inhibiteur sélectif de la COX-2, en présence d'une maladie cardiovasculaire non contrôlée (angine de poitrine, HTA sévère) - (risque accru d'infarctus du myocarde ou de thrombose cérébrale)
  (ibuprofène en présence de Insuffisance coronarienne (angor ou antécédents de stent ou d'IDM))

STOPP K : Médicaments associés à un risque accru de chute chez les patients âgés

- K3 : Un vasodilatateur (alpha1-bloquant, inhibiteur calcique, dérivé nitré de longue durée d'action, IEC, ARA II) en présence d'une hypotension orthostatique persistante (diminution récurrente de la pression artérielle systolique >= 20 mmHg ou diastolique >= 10 mmHg lors de la verticalisation) - (risque de syncopes, de chutes)
  (ramipril)

Figure 12 : Résultats STOPP-START Mr X

F. GPR

Il s'agit d'un site internet disponible gratuitement via sitegpr.com en se créant un compte à l'aide de sa carte étudiante ou sa carte professionnelle. Il propose plusieurs outils pratiques pour le bon usage du médicament (50). Entre autres, deux nous intéressent. Le module Diane permet d'analyser les interactions médicamenteuses. Et l'onglet « rein » permet de consulter des schémas d'adaptations posologiques relatives à la fonction rénale du patient grâce à sa clairance de créatinine.

Par exemple, sur la Figure 13, pour un patient diabétique traité par metformine présentant une insuffisance rénale aiguë ayant fait chuter son Débit de Filtration Glomérulaire (DFG) à 30mL/min, le site recommande une adaptation posologique. Au lieu de 500 à 1000 mg une à trois fois par jour, la posologie maximale recommandée est de 1000 mg par jour en deux ou trois prises.

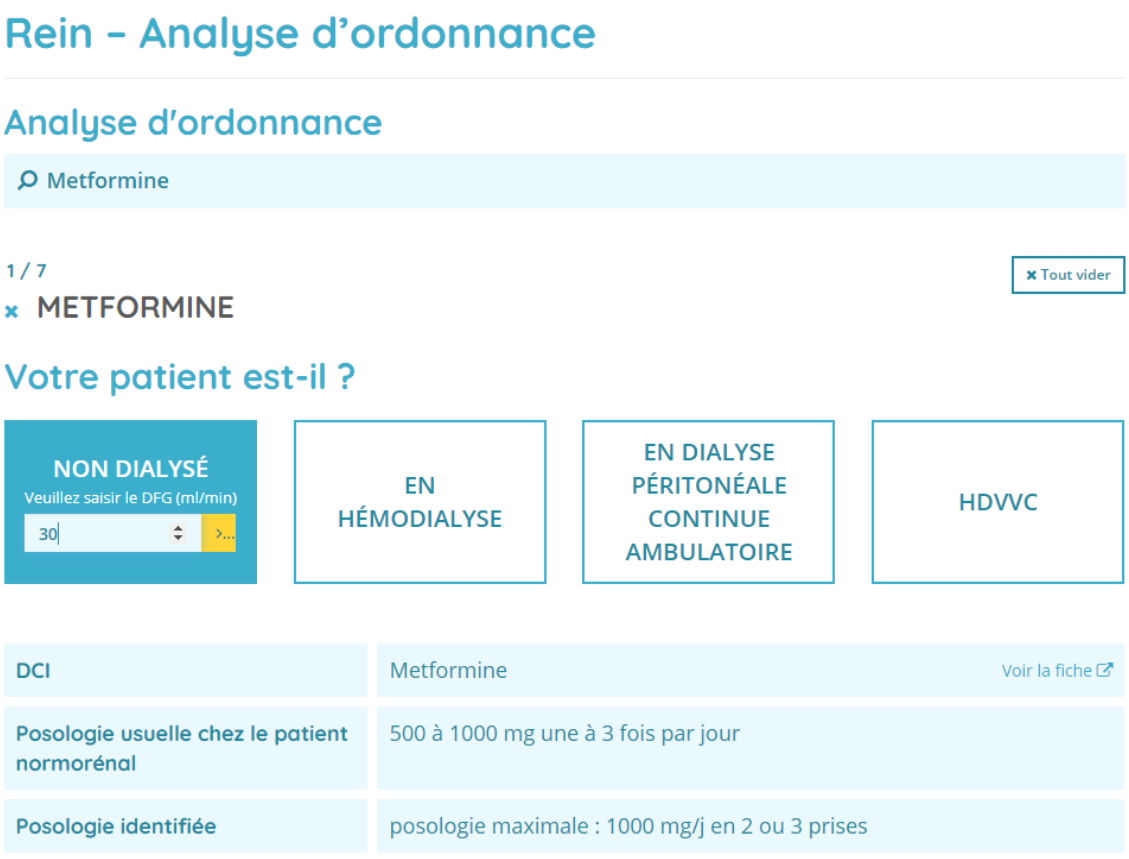
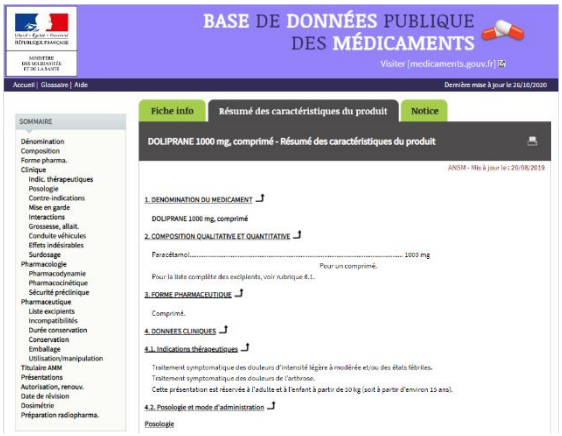


Figure 13 : Exemple d'une analyse d'ordonnance via le site GPR

G. Bases de données en ligne

1. Bases de données publiques des médicaments

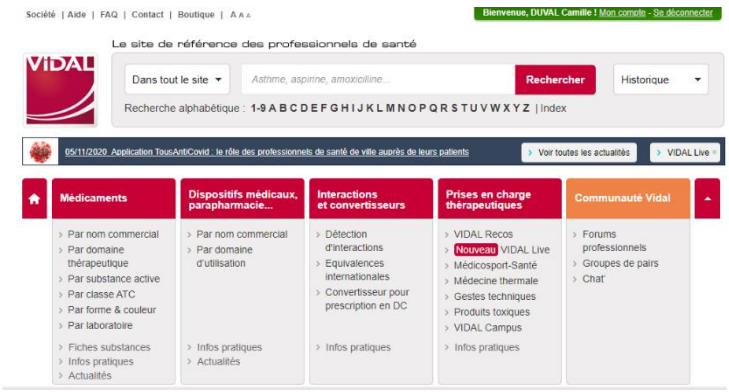


C'est le site du ministère des Solidarités et de la Santé. Il regroupe les Résumés des Caractéristiques des Produits (RCP), les notices et les données sur chaque médicament possédant une Autorisation de Mise sur le Marché (AMM) (50) .

Ce site est en accès libre et gratuit via medicaments.gouv.fr

2. Vidal

C'était à l'origine un dictionnaire au format papier qui rassemble les RCP, des fiches de présentation de dispositifs médicaux (DM), d'accessoires et de certains produits cosmétiques. Aujourd'hui, c'est le site internet qui regroupe ces informations mais de plus, décèle les interactions médicamenteuses. Le module Vidal recos propose une synthèse des recommandations thérapeutiques de la HAS, de l'ANSM et des sociétés savantes (50).



Cette base est payante, disponible via vidal.fr. La dernière édition papier est parue en 2019.

3. Thériaque

C'est une base de données réalisée par le Centre National Hospitalier d'Information sur le Médicament (CNHIM) qui détecte les interactions médicamenteuses en fonction du patient (terrain physiopathologique). En outre, elle rappelle les références médicales opposables.

Le module HEDRINE, disponible via le site Thériaque, permet de répertorier les études cliniques ainsi que les cas rapportés d'interactions entre médicaments et plantes médicinales.

Cette base est accessible gratuitement après inscription via theriaque.org.

H. Recommandations actuelles

1. Haute Autorité de Santé (HAS)

La HAS évalue les produits de santé et établit des recommandations sur les stratégies thérapeutiques. Elle publie régulièrement des guides, des recommandations et différents outils pratiques ou des notes méthodologiques comme « Prendre en charge une personne âgée polypathologique en soins primaires » (59).

Ces informations sont disponibles gratuitement et librement via has-sante.fr.

2. ANSM, EMA, ANSES, EFSA

L'Agence Nationale de Sécurité du Médicament (ANSM) et European Medicines Agency (EMA) sont les autorités respectivement française et européenne compétentes en termes de médicaments et produits de santé.

L'Agence Nationale de Sécurité Sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (ANSES) et son équivalent européen l'EFSA (European Food Safety Authority) s'intéressent aux compléments alimentaires.

Sur leurs sites internet respectifs, sont disponibles en libre accès des procédures et des recommandations établies sur les médicaments, produits de santé et compléments alimentaires.

3. Sociétés savantes

Ce sont généralement des associations d'experts qui étudient et publient des travaux de recherche, notamment des guides et des recommandations sur leur spécialité médicale. La Société française de cardiologie, la Société de pneumologie de langue française, la Société française de pharmacie clinique, la Société française de gériatrie et gérontologie, etc… proposent régulièrement sur le site internet et de manière libre et gratuite leurs recommandations (50).

Le Tableau X répertorie tous ces outils et récapitule les principales informations concernant leurs contenus et leurs modalités d'accès.

		OUTILS	CONTENUS	ACCES
RECOMMANDATIONS ACTUELLES		**HAS**	Publie régulièrement les **recommandations** et **stratégies thérapeutiques** actuelles ainsi que des guides et notes méthodologiques sur des thèmes très variés.	Accès libre et **gratuit** via has-sante.fr
		ANSM, EMA, ANSES, EFSA	Autorités compétentes en termes de médicaments, produits de santé et compléments alimentaires.	Accès libre et **gratuit**
		Sociétés savantes (Cardiologie, pneumologie, pharmacie clinique, gériatrie et gérontologie, etc.)	Associations d'experts qui publient les **recommandations actuelles** de leur spécialité avec des guides mis en ligne régulièrement sur leur site internet respectif.	Accès libre et **gratuit**
CONFORMITE AU SUJET AGE		**Guide PAPA** (SFGG et CNP - 2015)	42 fiches de « **bonnes prescriptions médicamenteuses** » pour personnes âgées de plus de 75 ans. Dans le même esprit, création de 3 guides de spécialités en urologie, rhumatologie et cardiologie.	**Payant** Format papier : 14€ (Edition Frison-Roche) pour le Guide PAPA, eBook : 10€ Guides de spécialités : 30-40€
		Liste préférentielle de médicaments adaptés au sujet âgé en EHPAD (Omédit et ARS Normandie - 2018)	283 molécules répertoriées, pour chacune les informations données sont : médicaments **appropriés** ou non au sujet âgé, **conseils d'utilisation** (modalités de préparation ou d'administration), **recommandations de bon usage.**	**Gratuit** Version papier : adresser un email à ARS-NORMANDIE-DIRECTION-APPUI-PERFORMANCE@ars.sante.fr Version en ligne : omedit-normandie.fr/media-files/13723/listes-preferentielles-normandie-mise-a-jour-aout-2018.pdf.
		Critères de Beers (Beers – 1990)	Liste de médicaments classés en 3 catégories pour la personne âgée : **inapproprié**, **potentiellement** inapproprié, **à utiliser avec prudence**.	Accès **gratuit** via https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/jgs.15767
		Liste de Laroche (Laroche – 2009)	Tableau des principales spécialités **potentiellement inappropriées** chez le patient de plus de 75 ans associées aux **raisons** qui les rendent inappropriées et aux **alternatives thérapeutiques** suggérées.	Accès **gratuit** via http://www.omedit-normandie.fr/media-files/20222/liste-de-laroche-2009.pdf
REIN / RCP	INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES	**Critères STOPP/START** (Dernière MAJ 2015)	Interface en ligne demandant les prescriptions du patient et détectant les médicaments **inappropriés** ainsi que les potentielles **interactions médicamenteuses** dès 65 ans.	Accès **gratuit** via http://stoppstart.free.fr/
		Site GPR	Différents outils pratiques pour le bon usage du médicament, parmi eux sont utiles pour le BPM : - L'onglet « Rein » : Schéma **d'adaptation posologique à la fonction rénale** - Le « module Diane » : Analyse des **interactions médicamenteuses** d'une prescription.	Inscription **gratuite** pour les étudiants et professionnels de santé : sitegpr.com
		Thériaque (CNHIM)	Base de données en ligne qui permet de détecter les **interactions médicamenteuses** et rappelle les **références médicales opposables**.	Inscription **gratuite** : theriaque.org
		VIDAL	Rassemblement de données tel que les **RCP**, des fiches de présentation de DM, accessoires et certains produits cosmétiques. Le site possède aussi un outil pour détecter les **interactions médicamenteuses** d'une prescription.	Base de données en ligne, nécessite une inscription **payante** : vidal.fr
		Base de données publiques des médicaments (Ministère)	Base de données qui regroupe les **RCP**, **notices** et **données** de chaque médicament ayant une **AMM**.	Accès **gratuit** via medicaments.gouv.fr

Tableau X : Récapitulatif des principaux outils disponibles pour l'analyse des traitements

IV. SYSTEMES PARALLELES

Que ce soit à l'hôpital ou dans d'autres pays du monde, différents systèmes de lutte contre la iatrogénie médicamenteuse ou pour éviter les erreurs médicamenteuses existent.

A. Hospitaliers

1. La conciliation de traitements médicamenteux

La conciliation de traitements médicamenteux (CTM) s'inscrit dans une démarche de prévention et d'interception des erreurs médicamenteuses. Elle se base sur la transmission et le partage des informations complètes et exactes des traitements du patient entre les professionnels de santé à tous les points de transition (60).

De façon exhaustive et précise, la CTM recueille les informations quant à l'ensemble des médicaments pris par un patient en les croisant via une enquête d'au moins trois sources (ordonnances, pharmacien habituel, données du médecin traitant, aidants quotidiens,…) (2). Elle permet de rassembler toutes les informations dans un bilan médicamenteux à l'issue, par exemple, de son admission à l'hôpital (2).

Les objectifs de la CTM sont :

- De lister et corriger les divergences qui peuvent être intentionnelles ou non. Ce sont les différences recueillies et parfois méconnues des différents professionnels de soins entre ce que le patient prend chez lui et ce qui lui est prescrit à l'instant T (2). Cela permet de réduire les erreurs médicamenteuses : éviter l'interruption inappropriée d'un traitement, corriger une erreur de dosage, empêcher la duplication de molécules actives, la poursuite ou l'ajout indus de médicaments (PMI), reprendre un traitement habituel oublié lors d'une sortie d'hospitalisation, … (60).
- De réduire le recours à l'hospitalisation avec l'action conjuguée de la CTM et l'éducation thérapeutique du patient (ETP) (60).
- De favoriser la continuité des soins en ville, en particulier la continuité médicamenteuse, avec la poursuite de la CTM (60).

Au Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Caen, la CTM d'entrée est réalisée systématiquement dans les 72 heures de l'admission d'un patient en hospitalisation. Ce sont majoritairement les externes en pharmacie qui la rédigent, puis la validation est faite par un interne en pharmacie ou un pharmacien hospitalier. Elle est enregistrée dans le dossier

médical informatisé du patient. La CTM de sortie fait le bilan du traitement du patient entre son entrée et sa sortie et justifie les changements opérés. Elle peut être intégrée au courrier de sortie et transmise au médecin traitant ou au pharmacien d'officine référent quand il y a besoin. Les CTM sont validés médicalement.

2. La revue d'ordonnance et la consultation spécifique

La revue d'ordonnance et la consultation spécifique sont deux modes de révision de traitements complémentaires réalisés, le plus souvent, en service de gériatrie au cours d'une consultation ou lors d'une hospitalisation (33).

La revue de l'ordonnance est une analyse des médicaments en cours. Outre l'automédication, pour chaque spécialité médicamenteuse sont analysées :

- Son indication : le médicament est-il toujours indiqué ? Le service médical rendu (SMR) est-il cohérent ?
- Ses contre-indications : le médicament a-t-il des interactions avec les comorbidités du patient ?
- Sa posologie : est-elle optimale ?
- Sa galénique : est-elle adaptée au patient ?

Cette analyse aboutit alors à une liste des médicaments à prescrire.

La consultation spécifique est une analyse des pathologies en cours. Lors de cette consultation sont analysés :

- le patient avec ses antécédents médicaux, son environnement (autonomie, qualité de vie) et ses risques (iatrogénique et défaut d'observance).
- les bénéfices et risques à traiter chaque pathologie : quelles sont les pathologies à traiter en priorité ? Quelles sont les posologies optimales ? Existe-t-il des alternatives non médicamenteuses ?

Cela aboutit à une liste hiérarchisée des pathologies à traiter.

La finalité est de voir si la liste hiérarchisée des pathologies à traiter tirée de la consultation spécifique et la liste des médicaments à prescrire tirée de la revue d'ordonnance correspondent (61).

B. Mondiaux

1. Royaume-Uni

Les pharmaciens anglo-saxons réalisent deux services pour les patients.

Tout d'abord il y a le « Medicine Use Review » (MUR) qui se traduit par une revue de l'utilisation des médicaments. C'est un entretien pharmaceutique entre le patient et son pharmacien pour parler des médicaments prescrits et non prescrits. Les objectifs sont d'évaluer le niveau de connaissance du patient sur son état de santé, de réduire le risque iatrogène, d'améliorer son adhésion médicamenteuse, d'optimiser l'impact des prescriptions médicamenteuses et de diminuer le gaspillage des médicaments. Cet entretien agit sur la perception des traitements, les modalités de prise et les effets indésirables (62). Entre 3 et 3,3 millions de MUR sont réalisés chaque année depuis 2012. 99,4 % des pharmacies la pratiquent (63).

Puis, depuis 2011, le « New Medicine Service » (NMS) est pratiqué. C'est un entretien qui est destiné aux patients traités pour une pathologie chronique, à qui on a prescrit un nouveau traitement (anticoagulants, diurétiques, AINS, …). Il permet d'expliquer au patient le but de ce nouveau traitement et d'améliorer son adhésion thérapeutique (64).

2. Suisse

Depuis 2010, le programme « Polymedication Check » (PMC) est proposé aux patients suisses traités par au moins 4 molécules depuis plus de 3 mois. Ce dispositif peut avoir lieu jusqu'à deux fois par an espacées d'au moins 6 mois. La préparation de semainier pour trois mois minimum est une prestation qui peut être associée au programme (63).

3. Canada

Depuis 2007, en Ontario, le programme MedsCheck offre à certains patients pathologiques chroniques la possibilité d'avoir une consultation individuelle annuelle et complète avec un pharmacien. Pour être éligible au programme, le patient doit résider en Ontario et prendre au moins trois médicaments prescrits pour sa pathologie chronique.

Cette consultation a pour but d'optimiser l'efficacité des traitements et d'en favoriser l'adhésion. Il peut y avoir un deuxième entretien dit de « suivi » dans la même année par exemple si le patient sort d'hospitalisation ou s'il y a eu des changements importants dans son traitement. Dans le cadre de ce programme, le pharmacien peut également être amené à

effectuer le ménage dans l'armoire à pharmacie, notamment pour retirer les médicaments inutilisés.

Depuis 2010, ce programme a été élargi par le gouvernement ontarien pour en accroître son accessibilité à un plus grand nombre de patients :

- Patients diabétiques ;
- Entretiens au domicile pour les personnes ne pouvant se rendre à la pharmacie à cause de leur état de santé ;
- Entretiens pour les résidents de foyers de soins longue durée sous la forme de quatre examens par an et d'un examen approfondi annuel pluriprofessionnel (65).

4. Australie

Le programme « Home Medicines Review » (HMR) est réalisé au domicile du patient depuis 2001 par un pharmacien. Entre 2001 et 2011, le nombre de HMR réalisés a eu une croissance de 17 % par an. Maintenant, ce nombre est restreint à deux HMR par mois par pharmacie, et pour un patient donné un intervalle de deux ans est obligatoire entre deux HMR (63). Dans une étude parue en juillet 2009 par l' « American Heart Association », il y aurait une diminution de 45 % du risque et du nombre d'hospitalisation à 12 mois chez les patients âgés de 65 ans et plus (prescription de bisoprolol, carvedilol, ou metoprolol + indication d'insuffisance cardiaque) lorsque les recommandations du pharmacien auraient été prises en compte par le médecin (66).

3EME PARTIE : RETOUR SUR L'INSTALLATION DU BILAN PARTAGE DE MEDICATION (BPM) EN EX BASSE NORMANDIE

I. PRESENTATION DE L'ETUDE DE TERRAIN

A. Objectif

L'objectif de cette étude est de comprendre les réticences ou les freins du dispositif au vu du peu de BPM effectués depuis leur instauration (C. Public cible du BPM, page 35). Cette étude se décomposera en deux temps. Dans un premier temps, nous conduirons une enquête téléphonique afin d'identifier les pharmacies pratiquant le BPM et les autres. Dans un second temps, ces deux entités feront chacune l'objet d'une étude sur leur pratique ou dans le cas contraire, les freins repoussant le début de la pratique. La finalité de l'étude est la réalisation d'un fascicule facilitant la mise en œuvre ou la pratique du BPM dans une officine.

B. Matériel et méthodes

Il s'agit d'une étude qualitative menée avec des entretiens individuels semi-directifs. Grâce à des interrogations ouvertes, ces entretiens vont permettre de récolter des informations sur un phénomène dans son ensemble. Ce type d'étude permet de comprendre les attitudes et les comportements. Ici, cela permet d'écouter les différentes opinions des pharmaciens d'officine sur le BPM.

Nous avons choisi de réaliser des entretiens téléphoniques. Aujourd'hui, les pharmaciens sont très sollicités pour répondre à des enquêtes par mail (thèses, instituts de sondage). Pour nous différencier de ces approches informelles et obtenir le plus grand nombre de réponses, il semblait judicieux de procéder autrement. Dans cette même optique de nombre de réponses, nous avons ciblé les 172 pharmaciens maîtres de stage de la région ex-Basse Normandie. Malgré le biais de sélection que cela peut engendrer, les pharmaciens maîtres de stage sont tenus de s'informer et se former ; ils reçoivent des stagiaires de 6ème année officine qui doivent réaliser au moins un BPM au cours de leur stage.

Un tirage au sort a été réalisé de manière aléatoire sur Excel®, pour sélectionner 20 pharmaciens par département (Calvados, Manche, Orne). De cette manière, 60 pharmacies ont été appelées entre le 24 novembre et le 3 décembre 2020.

1. Questionnaire téléphonique

Nous avons choisi un questionnaire simple et court (Annexe 2) pour très vite identifier si l'officine réalise des BPM ou non. Lorsque les pharmaciens réalisaient des BPM dans l'officine, nous leur proposions de leur envoyer un questionnaire en ligne (Annexe 3). S'ils n'en réalisaient pas, une question ouverte leur était posée : Quelles sont les contraintes ou freins qui repoussent ou empêchent l'installation du BPM ?

2. Questionnaire en ligne pour les pharmaciens pratiquant le BPM

Le questionnaire de l'Annexe 3 a été réalisé grâce aux outils *Google*, plus précisément par la fonctionnalité *Google Forms*. Nous l'avons envoyé par mail aux pharmaciens pratiquant le BPM et m'ayant donné leur accord pour y répondre. Il est composé de QROC (Question à Réponse Ouverte et Courte), QCM (Question à Choix Multiple), et QCS (Question à Choix Simple).

II. RESULTATS DE L'ETUDE

A. Enquête téléphonique

Le tableau ci-dessous rapporte les résultats de l'enquête téléphonique.

	CALVADOS	MANCHE	ORNE	TOTAL
Nombre d'officines	216	144	96	456
Nombre de maîtres de stage	99	49	26	174
Objectifs	20	20	20	60
Nombre de réponses	16	16	17	49
Nombre d'officines pratiquant ou ayant pratiqué le BPM	5	4	4	13
Nombre d'officines ayant pratiqué plus d'un BPM	4	3	1	8

Tableau XI : Résultat de l'enquête téléphonique.

Parmi les officines contactées, 11 ont refusé de répondre à l'enquête, les 49 qui ont accepté de répondre à nos questions représentent 10,7 % des officines ex bas-normandes.

13 officines sur les 49 contactées pratiquent ou ont réalisé au moins un BPM. Comme le montre la Figure 14, ceci représente 27 % des officines sélectionnées.

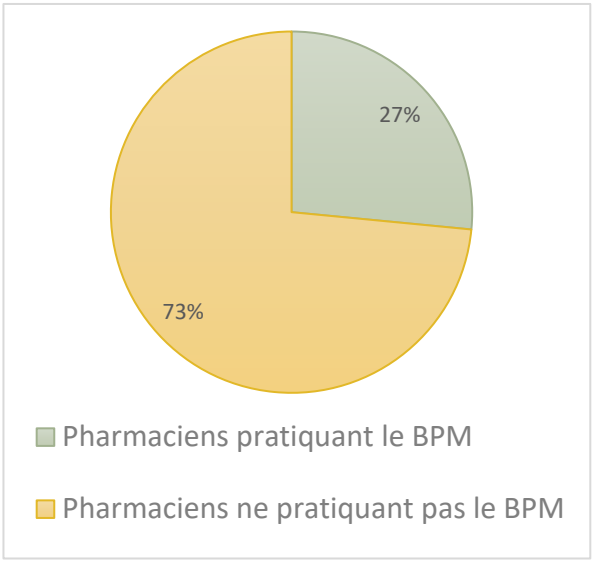


Figure 14 : Proportion des officines pratiquant le BPM

Parmi les pharmaciens pratiquant ou ayant réalisé le dispositif, 8 officines sur les 13 ont pratiqué plus d'un BPM. Ceci représente 62 % des officines comme indiqué sur la Figure 15.

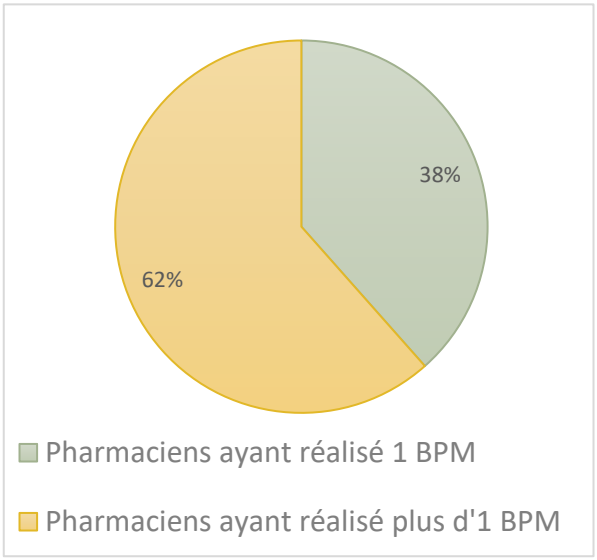


Figure 15 : Proportion des officines ayant pratiqué plus d'un BPM

B. Pharmacies pratiquant le BPM en ex-Basse Normandie

Sur les 13 pharmacies contactées lors de l'enquête téléphonique qui réalisaient des BPM, 7 ont accepté de répondre à l'enquête en ligne.

N.B. : Les résultats présentés dans cette partie concernent uniquement ces 7 pharmacies. Même s'il s'agit d'un petit échantillonnage, ils ont été présentés sous la forme de pourcentage pour les illustrer à l'aide de camembert.

1. Typologie de l'officine

a) Fonction de la personne effectuant les BPM

Parmi les pharmaciens ayant répondu à l'enquête, les BPM sont effectués par le pharmacien titulaire, les pharmaciens adjoints et les étudiants stagiaires de 6ème année officine. La Figure 16 illustre que la grande majorité (72%) est réalisée par des pharmaciens adjoints.

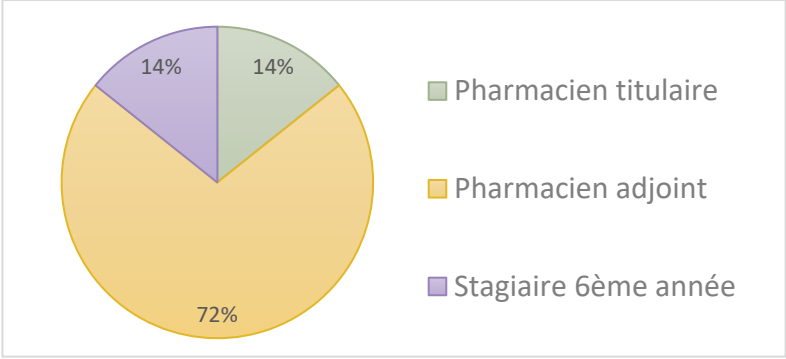


Figure 16 : Répartition de la fonction du pharmacien effectuant les BPM

b) Taille de l'équipe officinale

Les officines interrogées ont un effectif compris entre 3 et 9 personnes ou plus. Pour un peu plus de la majorité, les équipes comportent plus de 6 personnes comme le montre la Figure 17. Aucune officine de moins de 3 personnes ne pratiquent le BPM.

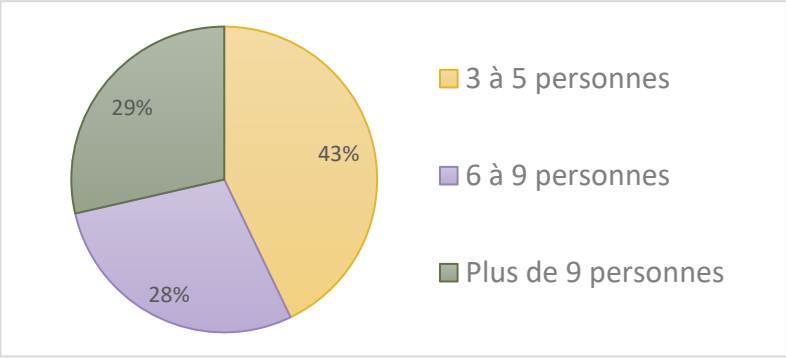


Figure 17 : Répartition de la taille des équipes

c) Localisation de l'officine

Les pharmacies interrogées se situent dans un centre commercial, en centre-ville ou en zone semi-rurale. La Figure 18 fait apparaître que presque la moitié se situe en centre-ville.

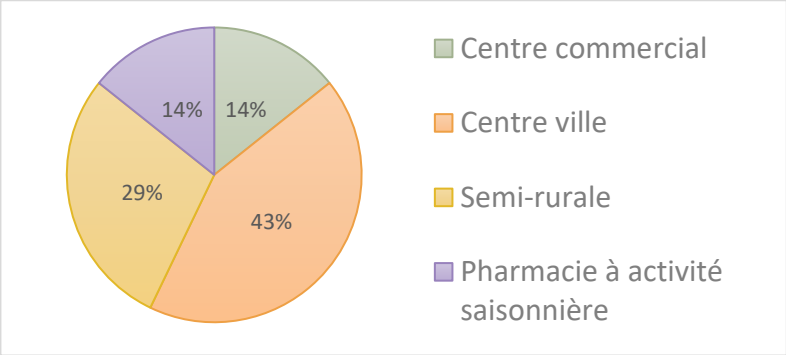


Figure 18 : Répartition de la localisation des officines

d) Entretiens pharmaceutiques

La pratique des entretiens pharmaceutiques « asthme, AOD ou AVK » n'était pas forcément présente dans les officines puisque cela concerne 57 % des pharmaciens interrogés (Figure 19).

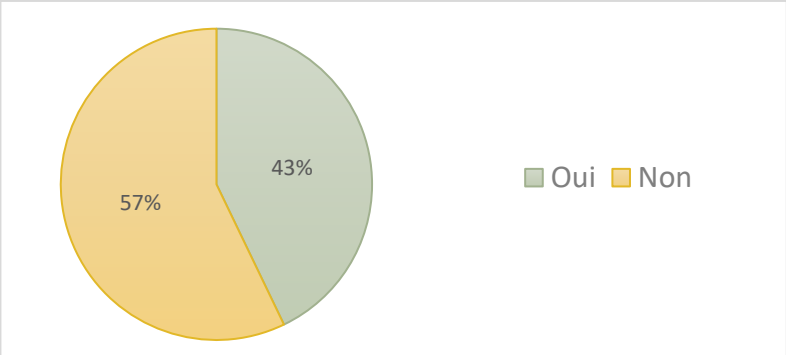


Figure 19 : Répartition de la pratique des entretiens pharmaceutiques

2. Installation du BPM

a) Date de réalisation du premier BPM

Les pharmaciens interrogés ont commencé la pratique du BPM entre juillet 2017 et décembre 2020.

b) Nombre de BPM effectués

Parmi les sept officines, les pharmaciens ont effectué respectivement entre quelques-uns et une cinquantaine de BPM. En moyenne, ils ont réalisé seize BPM chacun.

c) Formation

Les pharmaciens n'ont pas tous bénéficié d'une formation bien que cela ait été le cas pour 71 % comme le montre la Figure 20. Pour ceux qui en ont bénéficié, il s'agissait en majorité de formation de type e-learning (MaFormationOfficinale.com, SFPC, etc.) puis de formation agréée extérieure (Astera, OCP, etc.).

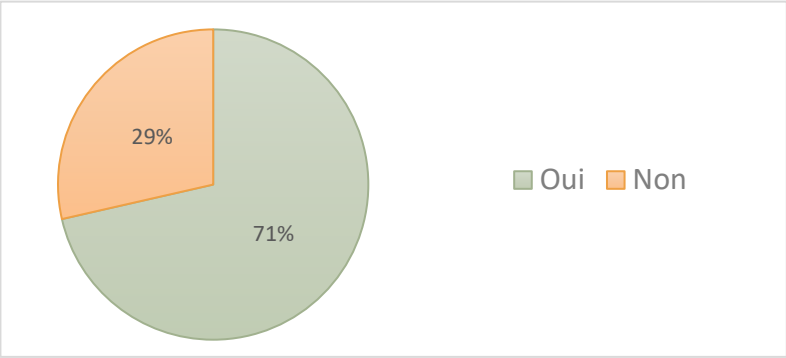


Figure 20 : Répartition de la participation à une formation au BPM

d) Supports utilisés

Les supports utilisés sont ceux de l'Assurance Maladie, ceux de laboratoires ou des supports élaborés par le pharmacien. La Figure 21 illustre que la presque totalité (86%) des pharmaciens utilisent des supports déjà créés.

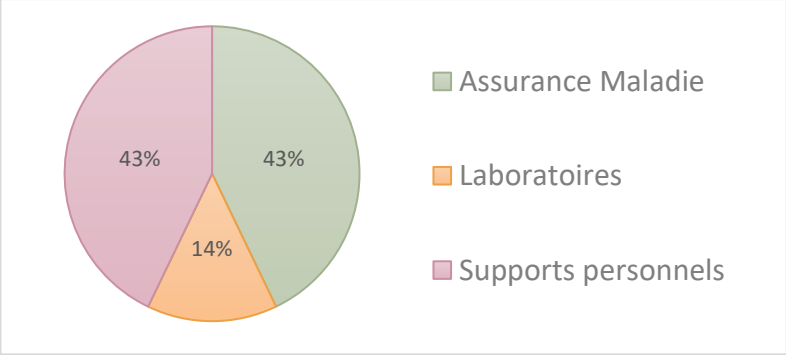


Figure 21 : Répartition des supports utilisés par les pharmaciens

e) *Logiciels*

Les LGO des pharmaciens interrogés n'intègrent pas le dispositif dans leur fonctionnalité.

f) *Informations des médecins prescripteurs*

Les pharmaciens ayant répondu à l'enquête ont tous prévenu les prescripteurs aux alentours de l'installation du BPM dans leur officine.

g) *Recrutement*

Le recrutement des patients éligibles est réalisé par les pharmaciens, les étudiants stagiaires de 6ème année mais aussi par les préparateurs en pharmacie.

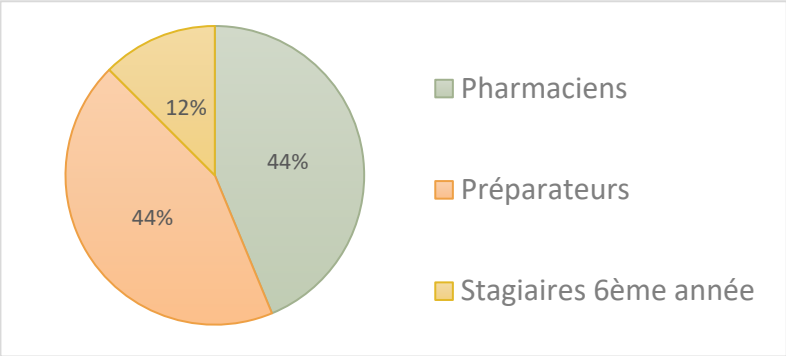


Figure 22 : Répartition du personnel participant au recrutement.

Pour tous les pharmaciens interrogés, la sélection des patients est faite directement au comptoir par sollicitation des patients éligibles, aucun objectif n'a été fixé en termes de nombre de BPM à effectuer.

h) *Réalisation des BPM*

i. Recueil d'informations

Le recueil d'informations est réalisé à partir d'une liste de documents à rapporter et grâce à l'historique du logiciel de la pharmacie.

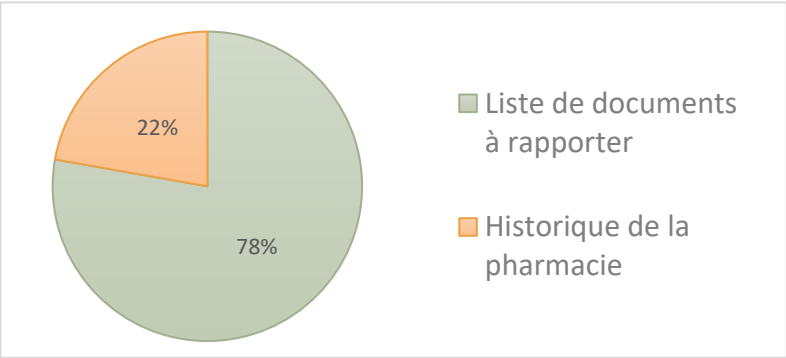


Figure 23 : Répartition de la méthode de recueil d'informations

ii. Outils utilisés pour l'analyse

La Figure 24 indique les outils utilisés par les pharmaciens pour l'analyse des traitements selon leur fréquence d'utilisation. Les outils les plus utilisés sont en majorité les sites internet de Vidal et/ou Thériaque, GPR et le Guide PAPA. Ensuite, on retrouve la Liste Préférentielle de l'Omédit, les critères STOPP and START, le site internet de l'Omédit. Puis il y a les sites de la HAS, de l'ANSM, l'EMA, l'ANSES et l'EFSA et la liste de Laroche.

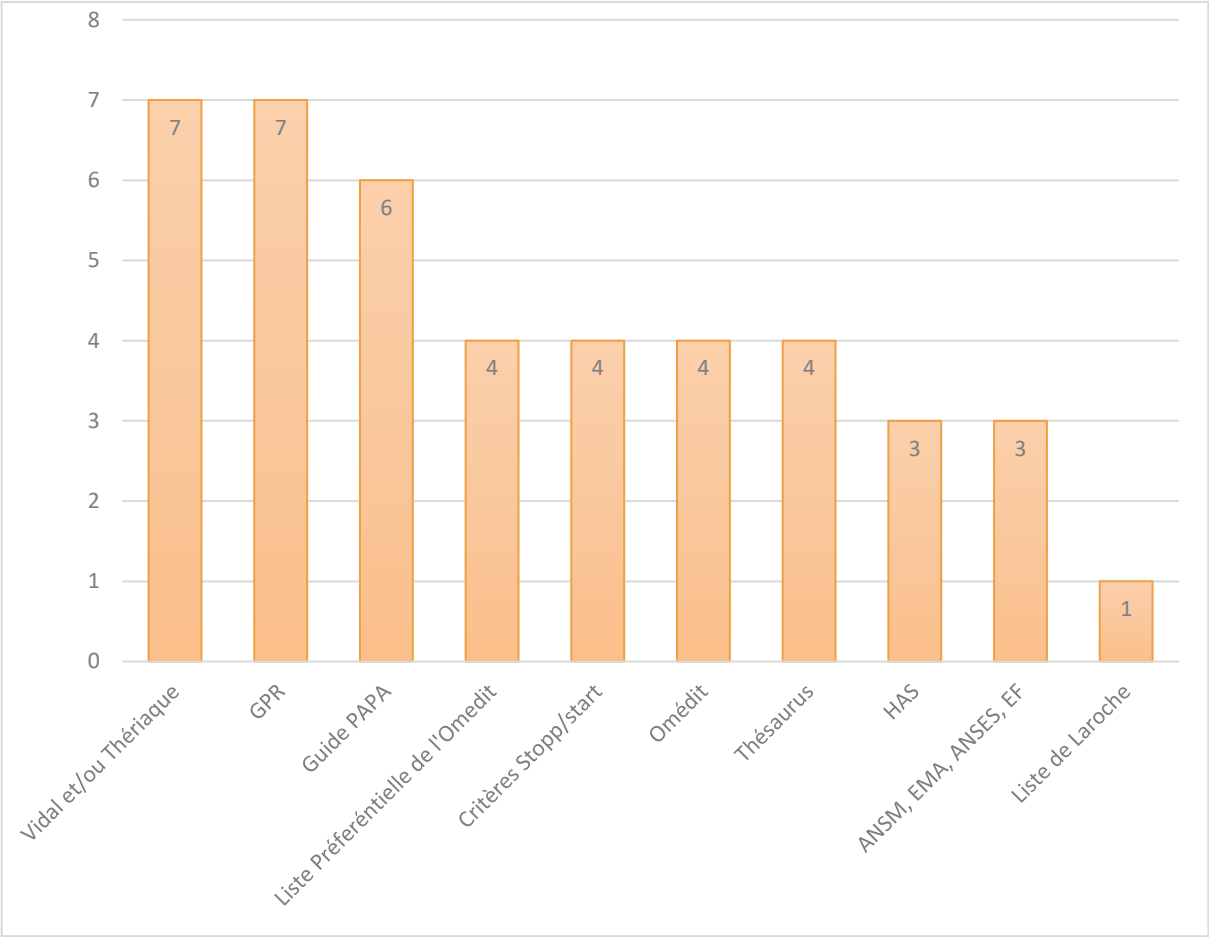


Figure 24 : Répartition des outils utilisés pour l'analyse des traitements

iii. Échanges avec le médecin traitant

Lors de l'analyse des traitements, la synthèse rédigée est transmise au médecin. Pour la plupart des pharmaciens interrogés, celle-ci est transmise par courrier. Sinon elle est transmise par messagerie sécurisée et parfois par mail comme le montre la Figure 25.

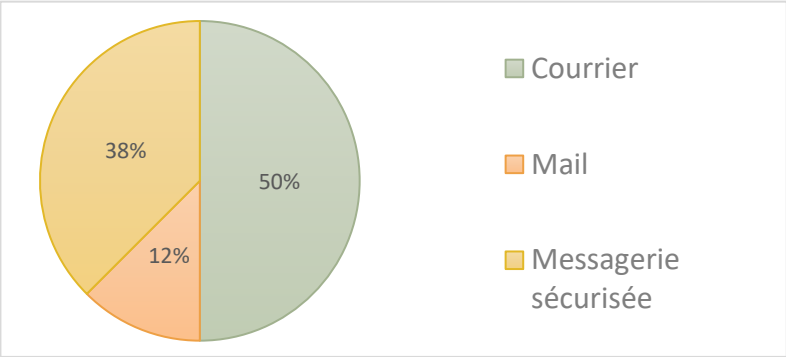


Figure 25 : Répartition du moyen de transmission de la synthèse au médecin

Un échange oral peut avoir lieu pour discuter ensemble des points soulevés lors de l'analyse. Comme illustré sur la Figure 26, celui-ci a lieu pour 71% des pharmaciens interrogés.

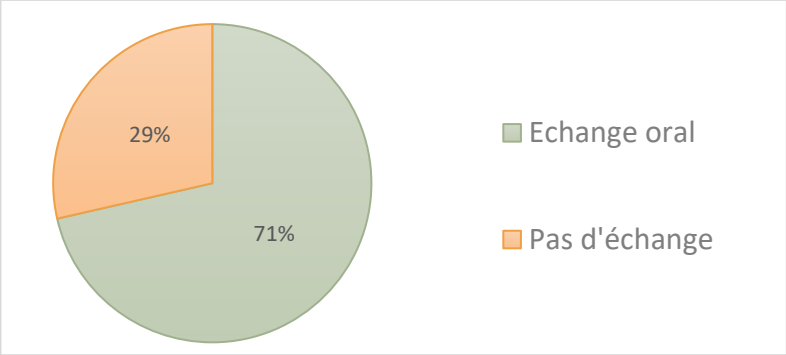


Figure 26 : Communication orale avec le médecin sur la synthèse transmise

iv. Dossier Médical Partagé

La synthèse et/ou le plan de posologie du patient peuvent être enregistrés sur le Dossier Médical Partagé (DMP). Pour 57 % des pharmaciens interrogés (Figure 27), c'est une pratique courante.

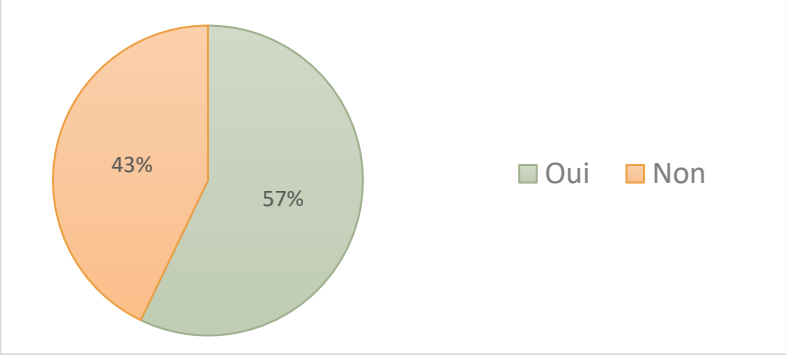


Figure 27 : Répartition de l'enregistrement sur le DMP

v. Retour des patients

Comme indiqué sur la Figure 28, le retour des patients est plutôt très bon puisque, pour 90% la relation patient-pharmacien est jugée meilleure. Les patients ont le sentiment d'apprendre ou de mieux gérer le traitement selon les pharmaciens interrogés. Après la finalisation du BPM, tous les pharmaciens estiment que leurs patients arrivent à mettre en application les axes soulevés lors de l'entretien.

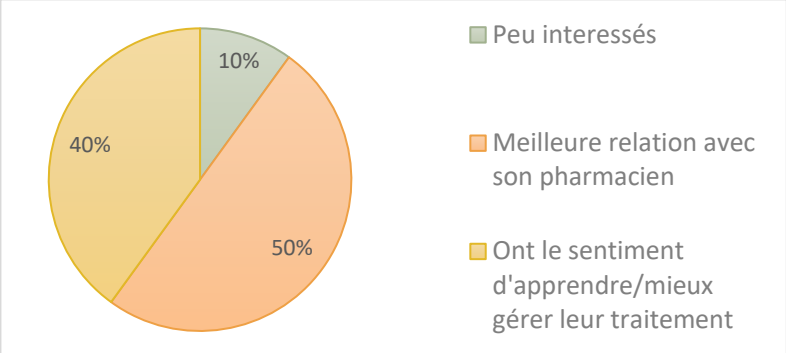


Figure 28 : Répartition du retour des patients

i) Rémunération et temps passé

Nous avons demandé aux pharmaciens d'exprimer leur degré d'accord ou de désaccord par rapport à l'affirmation suivante : la rémunération correspond à juste valeur au travail fourni. Comme le montre la Figure 29, la plupart ne sont ni en désaccord ni en accord, la tendance est malgré tout sur le désaccord avec l'affirmation.

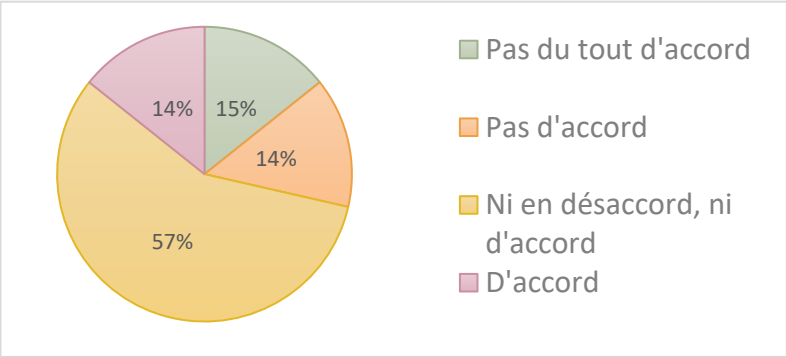


Figure 29 : Répartition de l'appréciation de la juste valeur du travail fourni

Le temps réel passé entre le recrutement et le dernier entretien est estimé par les pharmaciens interrogés entre 1h30 et 3h00. Sur la Figure 30, 72% comptent environ 3h00 par patient.

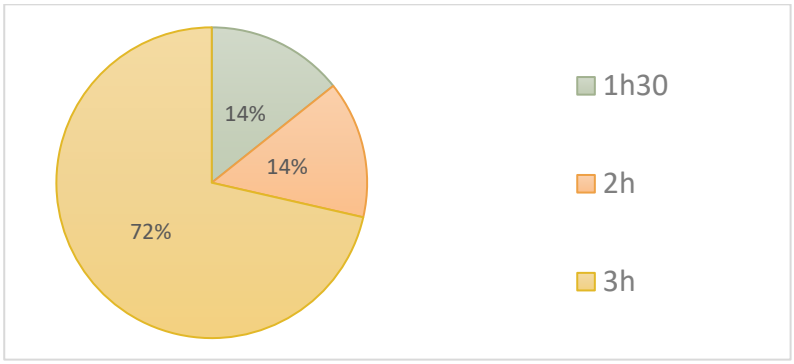


Figure 30 : Répartition du temps réel passé par patient

La Figure 31 illustre que, parmi les pharmaciens ayant répondu à l'enquête, 43 % ont signalé ne pas avoir été payés de tous les BPM effectués.

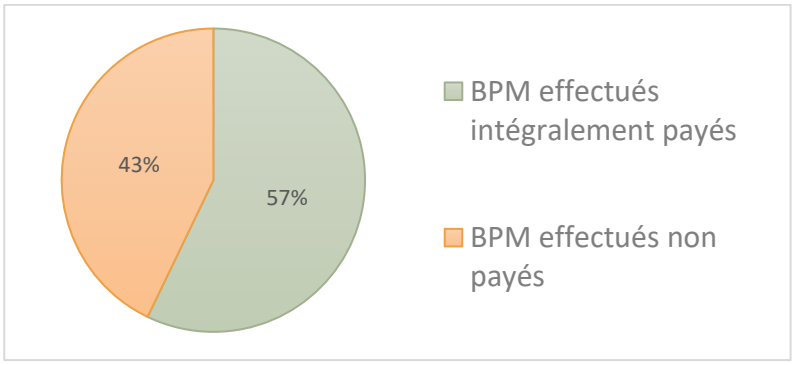


Figure 31 : Répartition du paiement de l'intégralité des BPM réalisés

j) Pérennité de l'activité

Dans la grande majorité, les pharmaciens envisagent de continuer à se mobiliser pour poursuivre la démarche du BPM dans leur officine comme le montre la Figure 32.

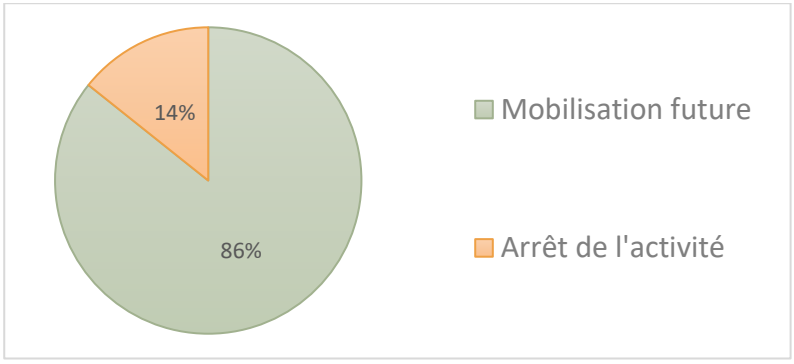


Figure 32 : Répartition de la pérennité de l'activité

k) Retour des médecins

La Figure 33 illustre le retour des médecins. Il n'est pas négatif chez l'ensemble des pharmaciens interrogés, même s'il n'y a parfois pas de retour, celui-ci est relativement.

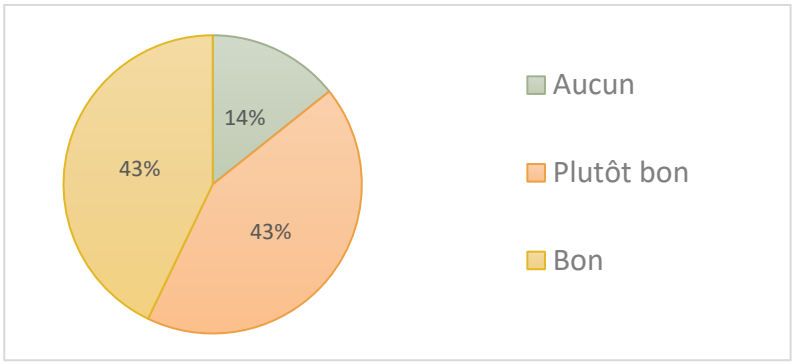


Figure 33 : Répartition du retour des médecins

l) Freins au développement du BPM

La Figure 34 montre l'évaluation des pharmaciens pour les principaux freins au développement du BPM dans une officine. L'échelle va de 1, qui qualifie un frein peu limitant à 5, qui qualifie un frein majeur ou très limitant. Une moyenne a été calculée pour chaque frein selon les réponses données par les pharmaciens. Les problèmes de temps et financiers, c'est-à-dire de rémunération, sont les plus limitants selon eux.

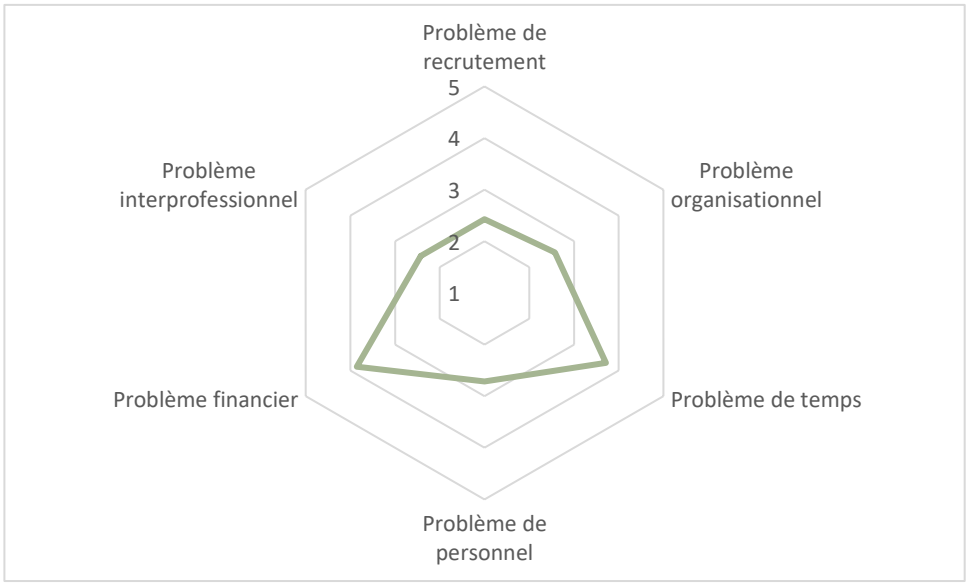


Figure 34 : Évaluation des freins limitant l'installation du BPM dans une officine

C. Pharmacies ne pratiquant pas le BPM en ex-Basse Normandie

Lorsque les pharmaciens ne pratiquaient pas le BPM, nous leur posions la question : « Quelles sont les contraintes ou freins qui repoussent ou empêchent l'installation du BPM ? ». C'est une question ouverte qui nous a permis de recueillir différents témoignages et différentes opinions.

Les témoignages rapportés par les 49 pharmaciens ont été classés en sept catégories (Figure 35 : Répartition des freins mentionnés selon leur fréquence) illustrant les principales difficultés rencontrées par ces pharmaciens.

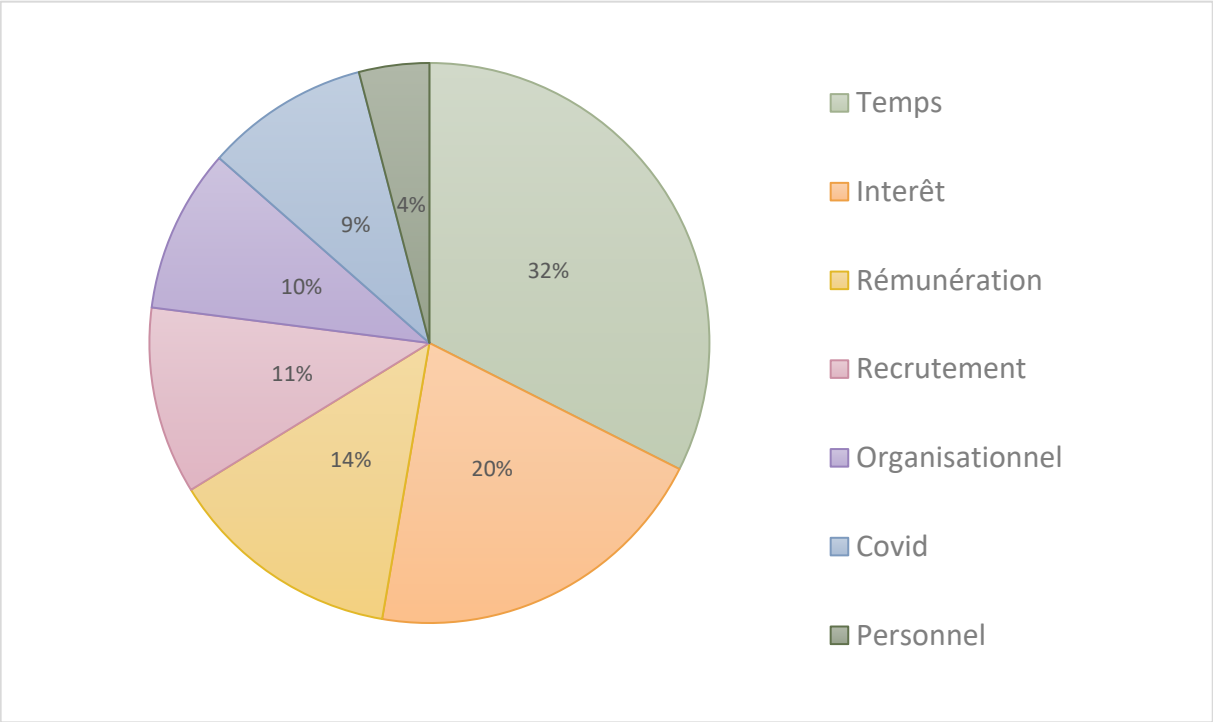


Figure 35 : Répartition des freins mentionnés selon leur fréquence

Pour chacune des sept catégories, nous avons choisi de retranscrire les propos rapportés par les pharmaciens tels quels.

1. Problème de temps

Le problème de temps est la difficulté qui est revenue le plus souvent chez les pharmaciens interrogés (49%). Deux aspects sont ressortis des entretiens. D'une part, il y a le temps nécessaire pour installer le dispositif. Il faut d'abord se former, prendre connaissance des outils et méthodes disponibles. Il faut également former son équipe, informer l'entourage médical, signaliser l'installation du BPM dans l'officine pour sensibiliser les patients, et enfin débuter le recrutement qui nécessite souvent plusieurs échanges avec le même patient avant qu'il y adhère.

D'autre part, c'est une mission décrite comme chronophage pour beaucoup de pharmaciens. En plus du temps pris pour chaque étape pour mener à bien un BPM, il faut prendre en considération le travail administratif même si les démarches ont été simplifiées. Ci-dessous, sont retranscrits les extraits de témoignages des pharmaciens interrogés lors de l'entretien téléphonique.

« Chronophage et sous-payé »

« Manque de temps »

« Très/trop chronophage »

« On ne prend pas le temps de le faire, de le mettre en place »

« J'ai été formé. Je suis pour. Il faudrait qu'on prenne le temps de le faire. Les nouvelles missions, c'est bien beau mais on a encore les anciennes à faire qui mettent toujours autant de temps »

« Je viens de m'installer, c'est quelque chose qui peut m'intéresser, je ne suis pas réfractaire. On nous propose beaucoup de choses, différents supports, il faut qu'on prenne le temps de se poser pour savoir comment on s'y prend »

« Peur du temps que ça va prendre. Pour que ça soit bien fait, c'est beaucoup de boulot. »

« C'est sûr qu'il faut qu'on s'y mette mais difficile au niveau du temps »

« C'est quelque chose qu'on aimerait mettre en place mais on a toujours des choses à faire avant. »

« C'est intéressant mais compliqué à mettre en place dans le sens où cela demande beaucoup de paperasse. »

2. Problème de forme ou intérêt

Le deuxième frein qui est revenu très fréquemment est un problème lié à la forme de ce dispositif (31 %). Parmi les pharmaciens interrogés, certains revendiquent une posture éducative déjà forte au comptoir ne nécessitant donc pas la réalisation d'un BPM derrière. Un bon accompagnement de la polymédication est souvent déjà fait au comptoir.

Le problème souvent mentionné est que la forme est trop compliquée voire non adaptée à l'officine.

« Pas de besoins particuliers puisqu'un gros travail est réalisé par l'équipe au comptoir sur le sujet. »

« Bonne cohésion avec les équipes médicales environnantes (médecins et infirmiers), si un problème est détecté, très vite la situation est prise en charge. »

« Posture éducative forte au comptoir, le problème est d'acter/finaliser au risque de faire « peur » au patient quand on fait déjà une analyse sous une forme plus simple au comptoir. »

« Pourquoi devoir formaliser de manière plus compliquée et beaucoup plus longue qu'un bon accompagnement au comptoir. »

« C'est quelque chose que je fais depuis 30 ans, on n'a pas attendu d'être payé pour accompagner les patients dans leur polymédication. On nous demande de faire quelque chose qu'on fait déjà au comptoir certes avec une rémunération en plus mais demandant beaucoup de paperasse et donc de temps en comparaison de la rémunération promise. »

« On fait déjà ça au comptoir, mais ici c'est avec beaucoup de paperasse en plus pour au final, peu d'effet supplémentaire à un bon accompagnement au comptoir. J'attends quelque chose qui soit plus adapté à l'officine, par exemple une interface où à la suite d'une délivrance au comptoir on puisse acter ce qu'on a expliqué ; pourquoi pas avec des questions ou des cases à remplir mais à faire aussitôt puisque que c'est comme cela que ça se passe. »

« Au final c'est notre corps de métier, qui a vite été écrasé par d'autres missions. Grâce à ça on y revient mais le côté formel est fatiguant, à ce moment-là il n'y aurait plus de pharmacien au comptoir. Le problème des études de pharmacie, c'est qu'on passe plus de temps sur les synthèses alors que ça devrait être centré sur le médicament, ses effets etc. pour qu'on soit vraiment des experts. »

« Est-ce qu'il y a vraiment un intérêt quand il y a un bon accompagnement au comptoir ? Parfois il y a les infirmiers, plus le médecin, plus nous c'est déjà beaucoup. »

« Lourdeur du protocole qui nécessite une organisation sur quelque chose qui est fait sous une autre forme au comptoir. Idée très bonne mais trop lourde. »

3. Problème de rémunération

Le troisième frein rencontré est le problème lié à la rémunération (20%). Tout d'abord, le tarif promis est jugé trop faible pour le temps nécessaire à passer. Ensuite, certains pharmaciens ont eu des difficultés à se faire payer. Des BPM ont été réalisés pour des patients éligibles mais jamais payés malgré des relances.

« Chronophage donc sous-payé. »

« Problème de paiement, j'en ai fait au tout début du dispositif. 10 BPM de payés sur 20 de réalisés 1 an après. Donc à nouveau, une charge de travail est nécessaire pour réclamer les paiements alors qu'on n'est plus dans le vif. »

« Problème de rémunération avec la sécurité sociale au début qui nous a freinés. »

« Difficulté de se faire rémunérer malgré le passage au paiement à l'acte. »

« Depuis que les nouvelles missions ont commencé (avec les entretiens pharmaceutiques entre autres), je me suis toujours impliquée. J'ai fait toute ma patientèle en entretien AVK et la sécu me doit des centaines d'euros, il faut se bagarrer et on doit tout le temps justifier notre travail (ce qui n'est d'ailleurs pas normal). On se donne du mal à courir après des papiers, l'administratif me décourage donc à faire ces nouvelles missions. C'est des papiers, des papiers, trop de contraintes pour être rémunéré de quelque chose qu'on fait plus simplement et indirectement au comptoir. On manque de temps, parce que, pour le faire bien, il en faut beaucoup. Et je pars du principe que soit on fait quelque chose bien soit on ne le fait pas du tout, et ce n'est pas rentable au prix qu'on paye un pharmacien."

4. Problème de recrutement

Les problèmes liés au recrutement sont aussi parfois limitants pour les pharmaciens interrogés (16%). Le BPM peut être difficile à amener puisque les patients peuvent parfois devenir frileux en imaginant qu'il y aurait un problème lié à leur traitement. La nécessité de convenir de plusieurs rendez-vous peut également faire peur et décourager un patient qui a déjà un lourd suivi polypathologique.

« Difficulté à faire venir les patients 4 ou 5 fois, surtout pour le dernier entretien. »

« Les patients sont un peu frileux : ''il y a un problème avec mon traitement'' ?»

« Le recrutement : mon assistante a du mal à rentrer en contact avec les patients, certaine timidité, toute l'équipe ne recrute pas. »

« C'est demander au patient de prendre un rdv supplémentaire chez leur pharmacien (ce qui n'est pas encore dans les mœurs). »

« Les patients ne voyaient pas trop l'intérêt, présentation des choses difficiles à faire aussi. »

5. Situation sanitaire

La situation sanitaire est revenue quelquefois dans les facteurs limitant la pratique du BPM à l'officine (14 %). Cela reflète également un manque de temps puisqu'on a demandé aux officines de gérer à sa manière une partie de la crise sanitaire (masques, tests, vaccins, …). Mais il y a aussi le fait de s'entretenir dans un local un certain temps (au moins 30 minutes) avec un patient faisant partie de la population à risque.

« Avec la crise sanitaire, on est sous l'eau. Masques, vaccins, tests antigéniques… »

« Avec la COVID on est très sollicité par le gouvernement, ce n'est pas gérable »

« En stand-by avec la COVID »

« La situation sanitaire contre-indique quelque peu les entretiens dans un espace de confidentialité avec des personnes à risques »

6. Problème organisationnel

Un autre frein rencontré est celui de l'organisation (14%). Si le local d'orthopédie est le seul local de confidentialité pour recevoir les patients, c'est difficile de le monopoliser un certain temps (au moins 30 minutes) alors que de la dispensation d'orthopédie peut être nécessaire au même moment.

« Le local de confidentialité est commun à celui de l'orthopédie »

7. Problème de personnel

Le dernier frein mentionné est le problème lié au personnel (6%). Dans les petites équipes où un seul pharmacien travaille, c'est presque impossible à gérer.

« Dans les petites officines, il y a souvent un seul pharmacien et le planning est chargé pour pouvoir continuer à s'investir au vu de la rentabilité. »

« Pas l'effectif pour mettre en place un tel dispositif. »

D. Fascicule facilitant l'installation du BPM dans une officine

A partir des résultats de l'enquête, j'ai donc réalisé un fascicule (Annexe 4) facilitant l'installation ou l'optimisation de la pratique du BPM à l'officine.

1. Objectif et public

L'objectif de ce fascicule est de faciliter la pratique du BPM. Différents outils et documents y sont regroupés pour trouver facilement les informations nécessaires pour mener à bien un BPM, comment le mettre en place ou tout du moins savoir où chercher ces informations.

Ce fascicule a deux publics : le pharmacien qui souhaiterait installer le BPM dans son officine et le pharmacien qui souhaiterait optimiser sa pratique ou la rendre plus facile.

2. Composition

Dans ce fascicule, on peut trouver différents outils, documents et conseils nécessaires pour la pratique du BPM. Ce fascicule comprend :

- Une synthèse de prérequis sur la iatrogénie médicamenteuse du sujet âgé ;
- Un récapitulatif des principaux outils disponibles pour l'analyse de traitement ;
- Une démarche à suivre pour installer et/ou pratiquer le BPM ;
- Un courrier type « informations » à destination des prescripteurs environnants ;
- Un diaporama « formation équipe officinale » ;
- Le bulletin d'adhésion et de désignation du pharmacien ;
- Une fiche d'aide à la facturation du BPM ;
- Un carton « prise de rendez-vous » ;
- Un exemple de trames de fiches de travail/supports pour les entretiens ;
- Un courrier type « synthèse de l'analyse thérapeutique » à destination du médecin traitant.

a) Synthèse de prérequis sur la iatrogénie médicamenteuse du sujet âgé

Pour commencer, quelques rappels de pharmacologie sont présentés dans le tableau (Annexe 4 - page 3). Il s'agit d'un tableau récapitulant les effets du vieillissement chez la personne âgée dans les principaux systèmes et leurs conséquences pharmacologiques sur les médicaments pris.

b) *Récapitulatif des principaux outils disponibles pour l'analyse des traitements*

Ensuite, un tableau (Annexe 4 - page 4) permet de répertorier les différents outils disponibles pour l'analyse des traitements. Il est judicieux d'en prendre connaissance pour savoir où chercher telle ou telle information. Pour chaque outil, une description a été réalisée permettant de savoir les informations rassemblées et la méthode d'accès.

Les outils les plus utilisés par les pharmaciens ayant une expérience dans la pratique du BPM ont été notifiés.

c) *Démarche à suivre pour installer et/ou pratiquer le BPM*

Dans une optique de gain de temps et dans une démarche qualité, un protocole à suivre a été rédigé (Annexe 4 - page 5-7). Il permet de ne rien oublier, de gagner du temps mais aussi de faciliter la prise en main du dispositif par tous les pharmaciens de l'officine.

Pour chaque action à réaliser que ce soit dans les prérequis pour l'installation ou dans la réalisation du BPM, il y a une description de ce qu'il faut faire et une liste des outils nécessaires.

d) *Courrier type « informations » destiné aux prescripteurs environnants*

Lors de l'installation du dispositif dans l'officine, il faut prévenir les médecins prescripteurs environnants. En effet, lors de l'analyse des traitements d'un de leurs patients, une synthèse va leur être envoyée. Il est donc important de signaler l'installation du BPM et de rappeler son but et son déroulement avant d'envoyer la première synthèse. Dans ce sens, un courrier type (Annexe 4 - page 8) a été rédigé. Le pharmacien peut donc s'en servir ou l'utiliser tel quel pour informer son environnement médical.

Dans une moindre mesure, ce courrier permet aussi une certaine forme de recrutement. Si le médecin reçoit un patient et détecte un problème d'adhésion médicamenteuse ou des confusions dans les traitements, il pourra penser au dispositif et s'il le juge nécessaire, le proposer au patient.

e) *Formation pour l'équipe officinale*

Former son équipe sur le dispositif est primordial. En impliquant l'intégralité de l'équipe dans la démarche, le recrutement peut aussi être fait par les préparateurs. C'est un gain de temps pour le pharmacien. Le préparateur peut solliciter les patients au comptoir, prendre les rendez-vous, et trouver les documents nécessaires au recueil d'informations.

Un diaporama de présentation a donc été créé (Annexe 4 - page 10-13). En premier lieu, il y a la présentation du dispositif, ses objectifs, son public cible et son déroulement. Puis, arrive la sensibilisation de l'intégralité de l'équipe dans le recrutement qui permet de savoir quand proposer un BPM, pourquoi le proposer et comment procéder.

f) Bulletin d'adhésion et de désignation du pharmacien

Le bulletin d'adhésion de l'assurance maladie y a été inséré (Annexe 4 - page 14-15). Ce bulletin doit être signé par le patient et le pharmacien puisqu'il justifie le consentement du patient à participer au dispositif et la désignation du pharmacien. Il permet aussi d'autoriser la communication avec le médecin traitant du patient. Il est à conserver par le pharmacien. Ce peut être de manière numérique, en créant un fichier sécurisé par patient avec tous les documents nécessaires à conserver. Sinon, un classeur à levier peut convenir avec des intercalaires pour classer par ordre alphabétique les patients. Pour chaque patient, seront classés le bulletin d'adhésion et les documents récupérés ou élaborés au cours des entretiens.

g) Fiche d'aide à la facturation

La tarification du BPM a évolué récemment. Elle est passée à l'acte. Des codes de tarification ont donc été créés avec certaines modalités pour facturer le BPM effectué avec un patient. Dans cette fiche (Annexe 4 - page 16), les codes de tarification ainsi que les tarifs et modalités sont récapitulés afin de faciliter la démarche de facturation au pharmacien.

h) Carton « Prise de rendez-vous »

Après le recrutement d'un patient, un rendez-vous doit être pris. Un carton « prise de rendez-vous » (Annexe 4 - page 17), permet d'abord de rappeler au patient la date et l'heure du premier entretien. Ensuite il mentionne les documents à rapporter pour ce même entretien. Puis, ce carton servira aussi à noter les dates et heures des entretiens suivants.

i) Exemple de trames de fiches de travail / supports pour les entretiens

Au cours des différentes étapes d'un BPM, plusieurs documents de travail sont nécessaires. Tout d'abord pour l'entretien recueil d'informations, le patient est interrogé sur son mode de vie, son traitement et la façon dont il le perçoit. Trois documents sont donc à compléter (Annexe 4 - page 18-20). A la fin de cet entretien, l'observance est évaluée grâce à la trame (Annexe 4 - page 21). Celle-ci servira à différentes étapes du processus permettant alors de suivre l'évolution de l'observance du patient au cours des entretiens. Après l'analyse

des traitements, un plan de prise est rédigé pour le patient (Annexe 4 - page 22). Il doit être clair, simple pour que le patient puisse s'y référer s'il a des interrogations à son retour chez lui.

Il existe deux façons de procéder : soit remplir à la main les trames vierges, soit compléter informatiquement les trames. Cette dernière permet de modifier et mettre en page facilement puisque les informations recueillies sont utiles pour l'analyse et pour la réalisation d'un plan de posologie à destination du patient remis lors de l'entretien conseil.

j) Courrier type « synthèse de l'analyse thérapeutique » à destination du médecin traitant

Après l'analyse des traitements du patient, une synthèse sera transmise à son médecin traitant. Il est important que cette synthèse rappelle le traitement en cours du patient et les points les plus importants relevés lors de l'analyse. Prioriser les informations est nécessaire afin de ne pas surcharger cette synthèse puisque, dans tous les cas, il est préconisé d'échanger avec le médecin si des suggestions de modifications ont été faites.

Un exemple de cette synthèse a été rédigé avec un exemple de traitement (Annexe 4 - page 23-24).

III. DISCUSSIONS, LIMITES ET PERSPECTIVES

A. Discussions

1. Modalités de recueil

Pour cette étude qualitative, la première difficulté a été d'obtenir le plus grand nombre de participants. La situation sanitaire engendrée par la pandémie de COVID-19 a focalisé les équipes officinales sur leur cœur de métier en repoussant les sollicitations secondaires non prioritaires.

Aujourd'hui, les boîtes mails des pharmacies sont surchargées et les questionnaires pour les thèses sont aussi fréquents. Un exemple récent est la thèse d'exercice pour le diplôme d'état de docteur en pharmacie de Juliette Defer. Elle a réalisé une enquête proche de notre travail en début d'année 2020 dans la région Centre Val de Loire.

Dans son enquête, elle a élaboré un questionnaire à destination des pharmaciens d'officine. Les questionnaires ont été envoyés par mail via le Conseil Régional de l'Ordre des Pharmaciens (CROP) aux 789 officines de la région. Au total, seulement 57 pharmacies ont répondu à l'étude, soit 7,2% de participation (41).

Nous souhaitions obtenir une participation plus importante. Nous avons donc fait le pari de sélectionner un nombre plus restreint de pharmacies mais de recueillir leurs témoignages par des entretiens téléphoniques.

Grâce à ces entretiens téléphoniques, j'ai eu un taux de réponses de 81,7 %. C'est le premier point positif de cette enquête. Les appels téléphoniques ont été certes chronophages mais permettent d'obtenir un grand nombre de réponses.

Pour la deuxième étape de l'étude, concernant uniquement les pharmacies actives dans la réalisation des BPM, le questionnaire en ligne a obtenu un taux de réponse de 54%. Même si le nombre de pharmaciens interrogés était relativement faible, le fait de les contacter par téléphone offre un bien meilleur taux de participation.

2. Bilan sur la pratique actuelle du BPM

Mon enquête a révélé que 27% des pharmaciens avaient pratiqué au moins une fois un BPM. Cependant, il s'agit de 16% des pharmaciens qui le pratiquent réellement avec plus d'un BPM à leur actif.

Les tendances nationales parues lors des 71ème Journées Pharmaceutiques Internationales de Paris fin 2020 concordent avec nos chiffres. Lors de ces journées, il a été mentionné que le nombre de pharmaciens d'officine ayant franchi le pas pour mettre en place et réaliser des BPM restait faible puisqu'il ne représenterait que 13% des pharmaciens (67).

Mon enquête ne permet pas de décrire un profil type d'officine pouvant pratiquer le BPM puisque l'échantillonnage reste faible. Malgré cela, quasiment aucune pharmacie de plus de 9 personnes et de centre commercial a réalisé plus d'un BPM. Nous avons donc constaté que ces "grandes officines" n'adhèrent pas au dispositif. Les officines de taille moyenne où les patients sont bien connus de l'équipe officinale semblent être les plus à même de réaliser les BPM. De plus, dans un souci de logistique et de planning, il paraît logique qu'il faille au moins avoir deux pharmaciens pour pratiquer la mission et donc les "petites officines" ne peuvent pas pratiquer cette mission. D'ailleurs, dans mon enquête, aucune pharmacie de moins de 3 personnes n'a réalisé de BPM.

Les principaux freins constatés par les pharmaciens lors de mon enquête se sont révélés être des problèmes de temps et d'argent. Le caractère chronophage du dispositif ainsi que sa rémunération souvent jugée trop faible sont probablement vecteurs de la difficulté de motivation des pharmaciens à s'investir dans cette mission.

Pour faciliter la pratique du BPM et donc motiver les pharmaciens à se lancer, plusieurs pistes sont à étudier. Tout d'abord, pour le recueil d'informations, le Dossier Médical Partagé (DMP) pourrait à l'avenir faciliter grandement cette étape. Même si aujourd'hui, il est peu alimenté par les professionnels de santé, il faut espérer qu'à l'avenir cela s'améliore. Si les bilans biologiques, les comptes-rendus médicaux et peut-être les conciliations de traitements médicamenteux y étaient disponibles, le travail du pharmacien dans cette étape de recueil serait moins long mais aussi plus complet.

Au niveau informatique, plusieurs entreprises se sont intéressées à des interfaces simples et intuitives pour optimiser la réalisation et aussi le suivi des entretiens pharmaceutiques et BPM. C'est le cas du logiciel PharmaVitale, créé par Cepisoft, qui permet d'identifier les patients concernés, de gérer les formulaires standards pour les adapter comme le pharmacien le souhaite, d'accéder au fichier du patient, de saisir les entretiens, de gérer les plannings de rendez-vous, et d'accéder au site Améli (68).

Il y aussi le logiciel Bimedoc qui, dans le même esprit, permet de gérer et simplifier la pratique du BPM. La situation sanitaire incite également à penser à la téléconsultation pour éviter les contacts avec les patients les plus à risques. Une alliance entre Bimedoc et une solution de téléconsultation, Medeo, permet de rendre interopérables ces deux logiciels. Le principe est que lorsqu'un patient participe à une téléconsultation avec son médecin, ses données administratives sont saisies dans Medeo. Si ce même patient participe ensuite à un BPM avec son pharmacien, ces données n'auront donc pas besoin d'être ressaisies dans Bimedoc. C'est un gain de temps. L'inverse peut aussi avoir lieu même si c'est plus rare. Cette solution assure aussi une meilleure coordination médecin-pharmacien (69).

La relation médecin-pharmacien engendrée par le BPM est un atout à ne pas négliger. Habituellement, les relations que nous avons avec d'autres professionnels de la santé sont centrées sur la résolution de problèmes immédiats et cela peut parfois générer des tensions. Les échanges provoqués par le BPM après l'analyse des traitements, ont lieu de manière plus posée et surtout pas dans la précipitation. Cela permet un échange plus constructif et une meilleure coopération dans laquelle le patient est pris en charge dans sa globalité et demeure au centre de l'attention.

Il n'est pas trop tard pour mettre en œuvre l'activité dans une officine. La profession de pharmacien d'officine ne cesse d'évoluer et la mission du BPM permet de revaloriser notre métier. Comme nous avons pu le constater avec la crise sanitaire, le pharmacien est au cœur du suivi du patient puisque malgré le contexte, c'est un acteur que les patients chroniques viennent rencontrer tous les mois. Comme pour toute nouvelle mission ou toute nouveauté de manière générale, un certain temps est nécessaire pour installer un dispositif et surtout le mener à bien. Une période de rodage est indispensable et permettra à l'avenir de gagner du temps mais aussi de perfectionner sa pratique.

3. Freins et limites à l'installation du BPM

a) Le manque de temps

En majorité, c'est le manque de temps qui reste le principal frein selon les pharmaciens interrogés. Il faut du temps pour mettre en place le dispositif : il faut prévenir les médecins aux alentours, choisir les documents appropriés, former son équipe, recruter les patients etc. Même si certains pharmaciens souhaiteraient mettre en place le BPM dans leur officine, il y a toujours quelque chose à faire avant.

Une certaine lourdeur administrative a été mentionnée, ce qui prend du temps aussi. Aujourd'hui, grâce aux syndicats, la dématérialisation des supports permet de gagner un peu de temps par rapport au début de la pratique des BPM. Pour rappel, auparavant le pharmacien devait enregistrer et remplir l'ensemble des documents (adhésion et entretiens) sur l'EspacePro (en ligne sur Améli).

Il faut aussi du temps pour les étapes du BPM en tant que tel, il est judicieux de cadrer ce temps, c'est-à-dire prévoir des créneaux et annoncer au patient la durée de l'entretien. Selon le guide de la SFPC, chaque entretien peut durer entre 30 et 45 minutes (52). Je pense que pour l'entretien de recueil d'informations et celui de conseils, il faut au moins cette durée. Par contre, les entretiens de suivis peuvent être plus courts. C'est le pharmacien qui mène l'entretien et non l'inverse, même s'il faut laisser au patient la liberté de s'exprimer sur son ressenti.

Comme le dit l'adage « c'est en forgeant que l'on devient forgeron », autrement dit c'est par l'exercice que l'on acquiert la compétence. Les premiers BPM seront probablement plus longs à réaliser mais avec un certain rodage la durée peut raccourcir grâce à l'expérience acquise.

b) Les difficultés liées au manque d'intérêt ou à la forme

Le troisième frein relevé est lié à la forme du BPM. Plusieurs pharmaciens ont souligné le fait que l'analyse des traitements était, dans une forme plus légère certes, déjà faite au comptoir. Le terme de « posture éducative »[8] forte est revenu trois fois chez les pharmaciens interrogés. A ce compte, proposer le BPM aux patients soulignerait le fait que jusqu'à présent,

[8] Dans une démarche proche de celle de l'Education Thérapeutique du Patient (ETP), la posture éducative se caractérise par l'adoption d'une attitude empathique avec une écoute active du professionnel de santé dans le but renforcer le sentiment d'auto-efficacité du patient pour favoriser son adhésion à un projet (72).

aucune analyse n'aurait été faite de leur traitement et, par conséquent, risquerait de les inquiéter.

Un pharmacien a dit *« c'est quelque chose que je fais depuis 30 ans, on n'a pas attendu d'être payé pour accompagner les patients dans leur polymédication ».* Bien sûr, c'est notre cœur de métier. Peut-être est-ce une façon de voir les choses, mais à mon sens, à travers le BPM on veut hisser le pharmacien à sa place : celle d'expert du médicament. Aujourd'hui le pharmacien n'est plus seulement derrière son comptoir à dispenser des « boîtes ». Les missions sont nombreuses. Celles des entretiens pharmaceutiques et des BPM permettent d'avoir un moment privilégié avec le patient, facilitant le dialogue et valorisant la profession de pharmacien.

Certains pharmaciens attendent une forme plus adaptée à l'officine. L'un d'entre eux a suggéré *« une interface où, à la suite d'une délivrance au comptoir, on puisse acter ce qu'on a expliqué : pourquoi pas avec des questions ou des cases à remplir. Mais quelque chose à faire aussitôt puisque que c'est comme cela que ça se passe ».* L'idée serait de facturer l'accompagnement immédiatement après la dispensation. A l'avenir, c'est quelque chose que l'on peut espérer. Les pharmaciens seraient peut-être plus sensibles à cette démarche puisqu'elle s'inscrit dans la dynamique du comptoir. A mon avis, les deux formes sont compatibles mais pas adaptées aux mêmes patients. Le fait de s'entretenir dans un local de confidentialité va permettre d'ouvrir un dialogue chez des patients plus réservés et qui ne veulent pas « déranger » au comptoir quand il y a du monde derrière eux.

c) Frein lié à la rémunération

La rémunération est le deuxième frein soulevé par les pharmaciens. C'est un double problème. Tout d'abord le montant de la rémunération est jugé trop faible par rapport au temps passé. Bien évidemment, on peut essayer de gagner du temps comme évoqué précédemment (a) Le manque de temps), pour améliorer la rentabilité du dispositif. Ensuite, il y a une rémunération indirecte qui est souvent oubliée : celle de la valorisation de nos compétences scientifiques et professionnelles. Certes, celle-ci ne se monnaye pas, mais la reconnaissance par nos patients dans cet accompagnement est inestimable.

Le retard ou les problèmes de paiement constituent la deuxième difficulté. Plusieurs pharmaciens ont affirmé avoir réalisé des BPM (ou parfois des entretiens pharmaceutiques) sans n'avoir jamais été payés, malgré des relances. Ils soutiennent que ces patients étaient

éligibles et qu'ils avaient transmis correctement les informations requises. Le problème était aussi que le paiement se faisait à l'année N+1 sous forme de ROSP (Rémunération sur Objectifs de Santé Publique). Ceci pouvait rendre difficile le suivi des paiements et les relances, ce qui contribue à la lourdeur administrative déjà énoncée précédemment (a) Le manque de temps). Aujourd'hui, la facturation du BPM se fait à l'acte, c'est-à-dire après transmission de la facture, le paiement est effectué dans les 4 jours. Cela permet de faciliter le suivi des paiements. Il faut malgré tout avoir terminé les 4 étapes de la première année pour facturer le premier BPM.

d) Frein lié au recrutement

Vient ensuite le problème lié au recrutement des patients. Une certaine frilosité de ces derniers a été rapportée : peur qu'il y ait un problème avec son traitement, peur d'être jugé sur sa façon de le gérer, rendez-vous supplémentaire à ajouter à un agenda déjà chargé par un poly suivi, etc.

Comme l'a dit un pharmacien ayant répondu à l'enquête, *« c'est demander au patient de prendre un rendez-vous* supplémentaire chez leur pharmacien : ce qui n'est pas encore dans les *mœurs ».* Nous pensons que c'est un mauvais argument car si l'on souhaite que cela rentre dans les habitudes des patients, il faut forcément commencer à se positionner comme faisant partie de son parcours de soin. Nous pensons que cette idée est en train de mûrir dans notre société, notamment grâce à la vaccination en officine ou encore les tests antigéniques ou de diagnostics rapides qui mettent en lumière les nouvelles missions du pharmacien.

Le BPM reste récent dans les officines. Il faut donc informer grâce à des affiches, ou flyer sur les comptoirs et proposer régulièrement sans forcer bien sûr pour que l'idée fasse son chemin. Oui, c'est un travail supplémentaire à faire en amont, mais cela permet de sensibiliser les patients en les rendant acteurs de leur santé.

C'est pourquoi la manière dont les choses sont présentées au patient est très importante. Notre discours doit être réfléchi pour bien définir le rôle et les objectifs du BPM. Il faut pouvoir se montrer rassurant pour lever les méfiances des patients. La formation interne de l'équipe officinale est donc importante. C'est un moment privilégié entre le pharmacien et son patient qui vient en complément de son suivi actuel. La collaboration interprofessionnelle est un des atouts du dispositif.

Il ne faut pas oublier aussi les intérêts que peuvent en tirer les patients. Pour la première fois, la plateforme de e-santé Observia s'est intéressée à l'impact du BPM grâce au

questionnaire de Girerd (Annexe 5 : Questionnaire de Girerd*)*, proposé par l'assurance maladie, qui permet d'évaluer l'observance. Entre le premier et le dernier entretien du BPM, ils ont conclu à une amélioration significative de l'observance médicamenteuse chez 20 % des patients (51).

On peut aussi se poser la question de savoir : « Si le dispositif était proposé par leur médecin, les patients seraient-ils moins frileux ? ». Par exemple, l'assurance maladie pourrait sensibiliser les médecins généralistes pour qu'ils puissent proposer à leurs patients, lorsque c'est nécessaire, de faire un BPM chez leur pharmacien.

Pour les patients ne pouvant se déplacer et que l'on connaît seulement par l'intermédiaire des aidants, le recrutement est difficile. Il faut quand même informer les aidants que le passage à domicile est possible et montrer de la flexibilité. On peut profiter d'un passage pour livrer les médicaments ou du matériel pour gagner du temps. Ce passage pourra également être l'occasion de déclencher d'autres aides comme améliorer le confort de vie avec du matériel médical, proposer la préparation des médicaments dans un pilulier ou à l'avenir, comme en Ontario (IV. B. 3.Canada), faire le ménage de l'armoire à pharmacie.

e) Difficultés liées à la situation sanitaire

Le contexte sanitaire a été un frein assimilé au manque de temps. En effet beaucoup de missions ont été attribuées au pharmacien d'officine dans la gestion de l'épidémie (masques, tests sérologiques et antigéniques, vaccination, etc.). Le problème du temps revient encore une fois mais peut être en partie amoindri. Par contre, les patients ont toujours des besoins.

La pandémie de COVID-19 a eu des conséquences dévastatrices sur la vie des personnes âgées qui sont confrontées à des vulnérabilités supplémentaires (70). Dans sa note politique « The Impact of COVID-19 on older persons », les Nations Unies soulignent le fait qu'il faut « assurer la continuité des services de soins adéquats pour les personnes âgées » (70). Certes le BPM peut maintenant être réalisé au domicile du patient, mais expose tout de même à un risque de contamination. Le BPM pourrait-il être réalisé par téléphone ou téléconsultation lorsque le patient en a les capacités ?

L'arrêté du 18 mai 2020 permet aux pharmaciens d'officine de réaliser les entretiens pharmaceutiques et les BPM à distance par télésoin autrement dit vidéotransmission. Ceci entre dans une dynamique « d'organisation et de fonctionnement du système de santé nécessaires pour faire face à l'épidémie de Covid-19 dans le cadre de l'état d'urgence sanitaire ». Pour le BPM, il faudra néanmoins effectuer le premier entretien de recueil d'informations en présentiel avec le patient ou son aidant (71).

Cette crise sanitaire m'a amenée à réfléchir aux nouveaux besoins des patients. Le premier confinement puis la recommandation d'éviter les sorties dans les lieux publics pour les patients les plus fragiles ont conduit à une réorganisation des délivrances pharmaceutiques. Les patients très âgés qui vivaient seuls tout en étant encore autonomes (c'est-à-dire sans soins infirmiers) sont pour beaucoup restés à leur domicile pendant cette période. Ils se sont fait livrer leurs médicaments par des proches ou par la pharmacie mais en respectant une distanciation et un contact court. De plus, de nombreuses consultations médicales ont dû être reportées ou annulées lors du premier confinement. Cela a conduit à un renouvellement automatique des médicaments sans consultation ou seulement par téléconsultation. Il est donc primordial de s'assurer que les patients fragiles et seuls puissent être accompagnés dans leur traitement.

Lors de mon stage de 6ème année d'officine, avec l'accord de l'équipe officinale, j'ai décidé de proposer aux patients les plus à risques de problème d'adhésion thérapeutique, un entretien téléphonique afin d'évaluer l'observance. Je voulais avant tout les écouter parler de leurs médicaments et de leurs habitudes de vie pendant ces semaines particulières. Après sélection d'une dizaine de patients, j'ai pu commencer les entretiens. Le pharmacien adjoint appelait les patients pour me présenter d'abord. Je ne faisais partie de l'équipe que depuis quelques semaines : cette étape était importante pour mettre en confiance les patients avant de commencer notre conversation. Dans l'idée d'avoir une posture éducative et non directive, j'ai donc construit un entretien avec quelques axes de dialogue en m'appuyant d'abord sur le test de Gierd et Morisky puis sur l'établissement d'un tableau de prise des médicaments.

Malgré le caractère chronophage, j'ai trouvé l'expérience intéressante. Les patients étaient coopératifs dans la démarche et heureux de recevoir notre appel durant cette période particulière. Les entretiens duraient en moyenne 20 min. La sélection avec l'équipe est primordiale. Chaque membre de l'équipe peut penser qu'un patient peut nécessiter cet entretien. Ces patients très âgés vivant seuls tout en étant encore autonomes ne représentent pas un nombre conséquent de malades qui auraient besoin d'un accompagnement pharmaceutique.

A mon sens, la situation sanitaire ne devrait pas être un frein mais plutôt une impulsion pour les BPM. Les besoins des patients sont plus importants après les périodes de confinement : déceler des ruptures de traitements ou suivi, rompre un isolement social, etc.

f) Difficultés organisationnelles

Le problème des locaux a été cité par un pharmacien. Lorsque le local de confidentialité est commun à celui d'orthopédie, c'est compliqué de le bloquer sur de larges créneaux horaires.

Aujourd'hui, lors de travaux d'aménagement ou lors de création de nouveaux locaux pour les officines, cette difficulté est prise en compte. C'est une difficulté qui est donc, sur le long terme, vouée à disparaître.

g) Difficultés liées au personnel

Plusieurs fois, les difficultés liées au personnel de l'officine ont été mentionnées. Dans les petites structures où un seul pharmacien est présent chaque jour, ce souci est inévitable. Il est impossible que celui-ci s'isole une demi-heure avec un patient laissant les préparateurs seuls au comptoir.

Hormis pour les pharmacies où seul le pharmacien titulaire exerce, la plupart a au moins un autre pharmacien (associé ou adjoint). Dans ces pharmacies, une simple adaptation des emplois du temps sera suffisante pour prévoir la présence de deux pharmaciens au moment des entretiens avec les patients. Quelques heures par semaine semblent suffisantes pour peu qu'elles soient ciblées pour cette mission.

Aujourd'hui, seuls les pharmaciens peuvent réaliser les BPM. Bien sûr, cela nécessite un bagage pharmaceutique mais le recrutement peut faire partie d'une initiative de groupe. Les préparateurs peuvent être acteurs de cette étape si le pharmacien accepte de déléguer cette mission en formant son équipe sur le sujet (Annexe 4). Les préparateurs en pharmacie peuvent donc proposer le BPM aux patients éligibles au comptoir, leur en expliquer l'intérêt, et s'ils sont partants, signer leur consentement, prendre rendez-vous pour l'entretien recueil d'informations, et commencer à récupérer les ordonnances et bilans biologiques. Cette initiative est également une manière d'impliquer les préparateurs dans les nouvelles missions confiées aux officines qui sont, pour la plupart, habituellement destinées au pharmacien.

B. Limites

Aujourd'hui, il n'est pas aisé d'avoir un grand panel de réponses. Les pharmaciens sont très occupés par la situation sanitaire, les nombreuses tâches administratives et le nombre de courriers électroniques sont en constante augmentation.

Notre choix d'interroger seulement des pharmaciens « maîtres de stages » a constitué un biais. Cependant, cela nous a permis d'obtenir une participation plus que correcte à notre enquête. L'élargissement du recueil au panel complet des pharmaciens d'officines ex-Bas Normands permettrait d'éviter ce biais mais diminuerait probablement le taux de participation.

Dans cette enquête, seul l'avis des pharmaciens a été recueilli. Ni l'avis des médecins, ni celui des patients n'ont été étudiés. Pour être le plus critique possible, il faudrait mener une enquête auprès des patients bénéficiaires du BPM mais aussi auprès des médecins traitants qui ont vu leurs patients bénéficier du dispositif. L'idée serait de savoir ce que les patients ont pensé du BPM et s'ils y ont trouvé un intérêt. Il serait judicieux de connaître leur ressenti et les éventuelles conséquences sur la façon de percevoir leur traitement.

Concernant l'avis des médecins, l'enquête pourrait s'intéresser à connaître leur position sur le dispositif et l'intérêt qu'ils y trouvent. De plus, ils pourraient être questionnés pour savoir si des changements ont eu lieu à la suite d'un BPM et s'ils seraient prêts à le proposer à leurs patients éligibles.

C. Perspectives

La pratique du Bilan Partagé de Médication est encore vouée à évoluer. La dématérialisation des supports, le passage à la tarification à l'acte, la possibilité d'intervenir au domicile du patient et la « téléconsultation » (sauf pour le premier entretien) font partie des évolutions déjà mises en place. Trois axes restent, à mon sens, des leviers qui pourraient permettre une meilleure adhésion au dispositif.

Tout d'abord, au niveau de la forme, certains pharmaciens attendent un allégement de la procédure avec moins d'« entretiens » formels, par exemple, dans une dynamique plus dite de « comptoir ». La pratique du BPM pourrait être réalisée à la suite d'une dispensation à l'aide d'une interface dans laquelle le pharmacien pourrait acter ce qui a été expliqué.

Ensuite, au niveau de la tarification, une facturation à chaque étape du bilan permettrait d'encourager les pharmaciens à se lancer dans la pratique du dispositif.

Enfin, la pratique du bilan en vidéotransmission dès le premier entretien permettrait d'atteindre plus de patients. Grâce aux aidants, ces patients dont la mobilité est plus que réduite pourraient participer au dispositif.

D'un point de vue plus personnel, je souhaite faire bénéficier au plus grand nombre du fascicule d'aide facilitant l'installation du BPM. Après sa validation par mon jury de thèse, l'idée serait de le distribuer aux pharmaciens d'officines de la région. La distribution pourrait commencer par les pharmaciens maîtres de stage puis peut-être passer par un syndicat. Le format pourrait rester informatique dans une dynamique écologique mais aussi pour permettre au pharmacien de modifier ou d'extraire les documents selon ses besoins et envies.

CONCLUSION

En 2020, la proportion de population française âgée de plus de 65 ans s'est élevée à 20% avec environ 14 millions de personnes. J'ai choisi de m'intéresser à cette population à travers la mission du Bilan Partagé de Médication. Avec la crise sanitaire que nous traversons, je me suis rendu compte que prendre soins de nos aînés était essentiel. La iatrogénie médicamenteuse ayant un coût humain et économique élevé, c'est donc avec intérêt que j'ai choisi de traiter cette mission.

L'objectif de mon travail était simple. Tout d'abord, il était important pour moi de faire une synthèse sur le vieillissement physiopathologique et la iatrogénie médicamenteuse qui sont des prérequis essentiels pour pratiquer le BPM. Puis, j'ai voulu travailler sur le BPM en m'intéressant aux outils et documents disponibles avant de conduire l'enquête d'entretiens.

A travers cette enquête menée auprès de 49 pharmaciens, je me suis intéressée à la mise en place du BPM en ex-Basse Normandie. Depuis que celui-ci a intégré nos missions en mars 2018, le nombre de BPM effectués est resté très faible. L'enquête a révélé que le principal frein mentionné par les pharmaciens était le manque de temps. Puis à un niveau moindre, les freins rapportés par l'enquête sont ceux liés à la forme du dispositif et ceux liés à la rémunération. Dans cette dynamique, j'ai créé un fascicule permettant de donner une trame organisationnelle avec divers outils et documents pour gagner du temps.

J'espère que ce fascicule permettra à certains pharmaciens de se joindre à cette nouvelle mission. J'ai la conviction que nombre d'entre eux n'osent pas s'investir par « peur de l'inconnu ». Les pharmaciens ne doivent pas oublier qu'ils sont les garants du médicament. Cette nouvelle mission permet de les ancrer comme des acteurs majeurs du système santé. Face à la menace d'Amazon et consorts qui plane sur la profession, la diversité des services que nous pouvons proposer aux patients ne peut être qu'un atout vital à la survie du modèle officinal.

D'un point de vue personnel, ce travail m'a beaucoup apporté. Le métier de pharmacien d'officine connaît un tournant depuis quelques années. La valorisation professionnelle apportée par le BPM me donne envie de m'investir pleinement dans cette mission. La relation patient-pharmacien et notre implication dans le parcours des soins interprofessionnels de nos patients sont les principaux moteurs de mon envie de persévérer dans cette pratique.

BIBLIOGRAPHIE

1. HAS. Note méthodologique et de synthèse documentaire. Prendre en charge une personne âgée polypathologique en soins primaires. 2015;7.
2. Collège National des Enseignents de Gériatrie. Gériatrie. In: Elsevier Masson, editor. 4e édition. Le référentiel des collèges; 2018. p. 3, 173, 251.
3. Bousquet M-A. Concepts en médecine générale : tentative de rédaction d'un corpus théorique propre à la discipline [Internet]. 2013. Available from: http://www.cmge-upmc.org/IMG/pdf/margnat-bousquet_these.pdf
4. Blanc A. Bilan Partagé de Médication n°1 : Pharmaciologie chez le sujet âgé. Le Monit des Pharm. 2018;Cahier 2(3209):24.
5. Lanoë J-L, Makdessi-Raynaud Y. L'état de santé en France en 2003. 2003;
6. Dumesnil S, Grandfils N, Le Fur P, Mizrahi A, Mizrahi A. Santé, soins et protection sociale en 1996. Vol. 522, Questions d'économie de la santé. 1998. 1–6 p.
7. Vogel T, Lang PO. Iatrogénie chez la personne âgée. Actual Pharm. 2018;57(572):23–5.
8. World Health Organization (WHO). Ageing and Health Technical Report. A glossary of terms. 2004;5:111.
9. Le Cossec C, Sermet C, Perronnin M. Mesurer la polymédication chez les personnes âgées : impact de la méthode sur la prévalence et les classes thérapeutiques. [Internet]. Questions D'Economie De La Sante (Irdes). 2015 [cited 2020 Nov 17]. Available from: http://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/213-mesurer-la-polymedication-chez-les-personnes-agees.pdf
10. Legrain S. Consommation Médicamenteuse chez le Sujet Agé. Haute Autorité de Santé [Internet]. 2005;1–16. Available from: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/pmsa_synth_biblio_2006_08_28__16_44_51_580.pdf
11. Dumery S. Prévalence de la polymédication chez les personnes âgées en France enquête de l'IRDES - Actualités - Vidal [Internet]. VIDAL. 2015 [cited 2020 Nov 2]. Available from: https://www.vidal.fr/actualites/14959/prevalence_de_la_polymedication_chez_les_personnes_agees_en_france_enquete_de_l_irdes/
12. Le Cossec C. La polymédication au regard de différents indicateurs de sa mesure : impact sur la prévalence, les classes thérapeutiques concernées et les facteurs associés [Internet]. 2015 [cited 2020 Dec 22]. Available from: http://www.irdes.fr/recherche/rapports/562
13. HAS. Comment améliorer la qualité et la sécurité des prescriptions de médicaments chez la personne âgée ? [Internet]. 2014 [cited 2020 Nov 14]. Available from: https://webzine.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-10/fpcs_prescription_web.pdf
14. Assiri GA, Shebl NA, Mahmoud MA, Aloudah N, Grant E, Aljadhey H, et al. What is the

epidemiology of medication errors, error-related adverse events and risk factors for errors in adults managed in community care contexts? A systematic review of the international literature. BMJ Open. 2018 May 1;8(5).

15. ADEIC. Petit «Livre blanc» sur la iatrogénie médicamenteuse [Internet]. 2016 [cited 2020 Nov 18]. Available from: http://www.adeic.fr/wp-content/uploads/2016/06/Livre-Blanc-sur-iatrogénie-médicamenteuse-16-02-2016-1.pdf
16. Monégat M, Sermet C, IRDES. La polymédication : définitions, mesures et enjeux. Quest d'économie la santé. 2014;204:1–8.
17. United Nations. Les personnes âgées [Internet]. [cited 2020 Aug 27]. Available from: https://www.un.org/fr/sections/issues-depth/ageing/index.html
18. INSEE. Retraites − Tableaux de l'économie française [Internet]. 2018 [cited 2020 Nov 21]. Available from: https://www.insee.fr/fr/statistiques/3303437?sommaire=3353488
19. United Nations. World Population Prospects - Population Division [Internet]. 2020 [cited 2020 Nov 14]. Available from: https://population.un.org/wpp/
20. Blanpain N, Buisson G. Projections de population à l'horizon 2070, Deux fois plus de personne de 75 ans ou plus qu'en 2013. Insee Première [Internet]. 2016;(1619):4. Available from: https://www.insee.fr/fr/statistiques/2496228
21. Desrivierre D. D'ici 2050, la population augmenterait dans toutes les régions de métropole - Insee Première - 1652 [Internet]. Insee Première. 2017 [cited 2020 Nov 12]. Available from: https://www.insee.fr/fr/statistiques/2867738#graphique-figure1A
22. Maziere M. Les BPM s'invitent en EHPAD. Le Quotid du Pharm. 2020;(3576):2.
23. OMS. Rapport mondial sur le viellissement et la santé. 2016;112(483):211–2.
24. INED. Espérance de vie - Mortalité, cause de décès - France - Les chiffres [Internet]. INSEE. 2020 [cited 2020 Nov 21]. Available from: https://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/chiffres/france/mortalite-cause-deces/esperance-vie/
25. Moisy M, DREES. Les Français vivent plus longtemps, mais leur espérance de vie en bonne santé reste stable. Etudes et résultats. 2018;1046:2.
26. DREESS. À 65 ans, l'espérance de vie sans incapacité s'élève à 11,2 ans pour les femmes et à 10,1 ans pour les hommes. Paris; 2019.
27. L'Assurance Maladie. Prévention de la iatrogénie médicamenteuse [Internet]. ameli.fr. 2019 [cited 2020 Nov 23]. Available from: https://www.ameli.fr/calvados/medecin/exercice-liberal/memos/depistage-et-prevention/prevention-iatrogenie-medicamenteuse
28. INSEE. Causes de décès des personnes âgées [Internet]. 2018 [cited 2020 Nov 23]. Available from: https://www.insee.fr/fr/statistiques/2386247#tableau-figure2
29. Richard E, Jourdan J-P. Bilan Partagé de Médication. In: UEO6S12 - UFR Santé Caen. 2019.
30. Calvet L (DREES). Dépenses de santé, hospitalisations et pathologies des personnes âgées de 75 ans ou plus [Internet]. 2012 [cited 2020 Nov 22]. Available from: https://drees.solidarites-

sante.gouv.fr/IMG/pdf/cns2012_doss2.pdf

31. HAS, CNPG. Prévenir la dépendance iatrogène liée à l'hospitalisation chez les personnes âgées. Points clés - Organ des Parcour. 2017;2.
32. United Nations, Department of Economic and Social Affairs. World Population Ageing 2019. New York; 2020.
33. Lescure P. Approche gériatrique et gérontologique de la personne âgée. In: UEO6S12 - UFR Santé Caen. 2019.
34. Herr M, Sirven N, Grondin H, Pichetti S, Sermet C. Fragilité des personnes âgées et consommation de médicaments : polymédication et prescriptions inappropriées. Quest D'Economie La Sante - IRDES [Internet]. 2018;(230):1–6. Available from: http://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/230-fragilite-des-personnes-agees-et-consommation-de-medicaments.pdf
35. INSERM. Syndrome de fragilité. In: Collection Expertise collective, editor. Activité physique et prévention des chutes chez les personnes âgées [Internet]. Paris: Inserm; 2015 [cited 2020 Nov 22]. p. 197–207. Available from: http://www.ipubli.inserm.fr/bitstream/handle/10608/6807/Pages_romaines.html
36. IRDES. La prévention de la perte d'autonomie – La fragilité en questions. Apports, limites et perspectives. In: Actes du séminaire organisé par le Liraes (EA 4470) Université Paris Descartes, en partenariat avec l'Irdes à Paris les 6-7 mars 2014 [Internet]. Paris; 2016 [cited 2020 Nov 22]. Available from: www.irdes.fr/recherche/rapports/563-la-prevention-de-la-perte-d-autonomie-la-fragilite-en-questions.pdf
37. Direction de l'informaiton légale et administrative, CNSA. Qu'est-ce que la grille Aggir ? [Internet]. Service-public.fr. 2020 [cited 2020 Dec 21]. Available from: https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F1229
38. Legrain S. Pourquoi développer des aides à la prescription chez le sujet très âgé ? [Internet]. 2008 [cited 2020 Nov 9]. Available from: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2008-07/justificatif_pmsa_et_cheminements_cliniques_080708.pdf
39. Kergoat M-J, Boyer D, Dupras A. Approche Adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier.Ministère de la Santé & Services sociaux- Québec. [Internet]. 2011 [cited 2020 Oct 20]. Available from: www.msss.gouv.qc.ca
40. Vallet H, Fali T, Sauce D. Le vieillissement du système immunitaire : du fondamental à la clinique. Paris; 2018.
41. Defer J. Thèse d'exercice : BILANS PARTAGÉS DE MÉDICATION : RETOURS SUR LEUR MISE EN PLACE DANS LA RÉGION CENTRE-VAL-DE-LOIRE. Faculté de pharmacie Philippe-Mapas - Université de Tours; 2020.
42. Hanon O, Jeandel C. Le guide PAPA (Prescriptions médicamenteuses Adaptées au Personnes

Agées). 1e édition. Frison-Roche, editor. 2015.

43. Msd LEM. Médicaments potentiellement inappropriés chez les sujets âgés (selon les critères de Beers de l ' American Geriatrics Society mis à jour en 2015). 2020;63(11):1–5.
44. URPS Pharmaciens Pays de Loire. Bilan partagé de médication [Internet]. 2019 [cited 2020 Nov 6]. p. 1–3. Available from: https://urpspharmaciens-pdl.com/wp-content/uploads/2019/11/santepub_bpm.pdf
45. Le Moniteur des Pharmacies. Les nouvelles missions du pharmacien [Internet]. Campus ASTERA. 2012 [cited 2020 Nov 6]. p. 1–3. Available from: https://astera.coop/wp-content/uploads/2020/02/Les_nouvelles_missions_du-pharmacien.pdf
46. Ministère du Travail de l'Emploi et de la Santé. Arrêté du 4 mai 2012 portant approbation de la convention nationale organisant les rapports entre les pharmaciens titulaires d'officine et l'assurance maladie [Internet]. L. 162-16-1 France: Legifrance; 2012. Available from: https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000025804248/
47. OMEDIT. Bilan Partagé de Médication [Internet]. OMEDIT. 2020 [cited 2020 Nov 6]. Available from: https://www.omedit-paysdelaloire.fr/lien-ville-hopital/pharmacie-clinique/bilan-partage-de-medication/
48. Ministère des solidarités et de la santé. Avis relatif à l'avenant no 19 à la convention nationale du 4 avril 2012 organisant les rapports entre les pharmaciens titulaires d'officine et l'assurance maladie [Internet]. Journal Officiel de la République Française Améli; 2020 p. 4–6. Available from: https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/658459/document/avenant-19-convention-nationale-pharmacien.pdf
49. Ministère des solidarités et de la santé. Arrêté du 9 mars 2018 portant approbation de l'avenant 12 à la convention nationale du 4 mai 2012, organisant les rapports entres les pharmaciens titulaires d'officine et l'assurance maladie. [Internet]. Journal Officiel de la République Française France: Légifrance; 2018. Available from: https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000036711358/
50. Bontemps F, Collin A-H. Bilan partagé de médication n°2 : De la théorie à la pratique. Le Monit des Pharm. 2018;(3211):16.
51. Bonte M. Bilans partagés de médication - Une observance améliorée de 20%. Le Quotid du Pharm. 2020;3635:6.
52. SFPC. Préconisations pour la pratique des bilans partagés de médication [Internet]. 2017 [cited 2020 Nov 6]. Available from: https://sfpc.eu/wp-content/uploads/2019/08/sfpc_memo_bilan_partag_de_medication_vdef_dc_2017.pdf
53. Ordre national des pharmaciens. Recommandations pour l'aménagement des locaux de l'officine [Internet]. 2013 [cited 2020 Nov 15]. Available from: http://www.ordre.pharmacien.fr/content/download/75149/480993/version/8/file/Recommandations+pour+l%27aménagement+des+locaux+-+janvier+2014.pdf

54. Ministère des solidarités et de la santé. Avis relatif à l'avenant n° 21 à la convention nationale du 4 avril 2012 organisant les rapports entre les pharmaciens titulaires d'officine et l'assurance maladie [Internet]. Journal Officiel de la République Française France: Legifrance; 2020. Available from: https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000042376946
55. L'Assurance Maladie. Accompagnement pharmaceutique - Aide à la facturation 2020 [Internet]. 2020 [cited 2020 Nov 16]. Available from: https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/694369/document/memo-accompagnement-pharmaceutique-aide-facturation2020.pdf
56. Fick DM, Semla TP, Steinman M, Beizer J, Brandt N, Dombrowski R, et al. American Geriatrics Society 2019 Updated AGS Beers Criteria® for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults. J Am Geriatr Soc [Internet]. 2019 Apr 1 [cited 2020 Nov 19];67(4):674–94. Available from: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/jgs.15767
57. Laroche ML, Bouthier F, Merle L, Charmes JP. Médicaments potentiellement inappropriés aux personnes âgées : intérêt d'une liste adaptée à la pratique médicale française. Vol. 30, Revue de Medecine Interne. 2009. p. 592–601.
58. Lang PO, Dramé M, Guignard B, Mahmoudi R, Payot I, Latour J, et al. Les critères STOPP/START.v2 : adaptation en langue française. 2015 [cited 2020 Nov 13];15:323–36. Available from: http://dx.doi.org/10.1016/j.npg.2015.08.0011627-4830/
59. HAS. Note méthodologique polypathologie de la personne âgée [Internet]. [cited 2020 Nov 2]. Available from: www.has-sante.fr
60. HAS. Mettre en oeuvre la conciliation des traitements médicamenteux en établissement de santé [Internet]. 2018. Available from: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-01/dir1/guide_conciliation_des_traitements_medicamenteux_en_etablissement_de_sante.pdf
61. HAS. Les 2 modes de Révision du Traitement [Internet]. 2005. Available from: https://www.has-sante.fr/jcms/c_428595/fr/prescription-medicamenteuse-chez-le-sujet-age-1-medecin-traitant
62. National Pharmacy Association (NPA). Medicines Use Review [Internet]. 2015 [cited 2020 Nov 14]. Available from: https://www.npa.co.uk/services-and-support/nhs-services/medicines-use-review/
63. UPSO. Cinq enseignements de publications scientifiques étrangères avant l'introduction des bilans de médication en France [Internet]. Convention pharmaceutique avec l'Assurance Maladie. 2018 [cited 2020 Dec 30]. Available from: https://uspo.fr/cinq-enseignements-de-publications-scientifiques-etrangeres-avant-lintroduction-des-bilans-de-medication-en-france/#_ftn1
64. National Pharmacy Association (NPA). New Medicine Service [Internet]. 2015 [cited 2020 Nov

14]. Available from: https://www.npa.co.uk/services-and-support/nhs-services/new-medicine-service/

65. Ministère de la Santé et des Soins de Longue durée de l'Ontario. MedsCheck [Internet]. [cited 2020 Nov 14]. Available from: http://www.health.gov.on.ca/fr/pro/programs/drugs/medscheck/medscheck_original.aspx
66. Roughead E. The effectiveness of Collaborative Medicine Reviews in Delaying Time to Next Hospitalization for Patients with Heart Failure in the Pratice setting. Am Hear Assoc. 2009;
67. Gogien-Oudry E. Bilan partagé de médication : les clés de la réussite. Le Quotid du Pharm. 2020;
68. Remili H. Un module pour mener Entretiens Pharmaceutiques et BPM. Le Quotid du Pharm. 2020;
69. Remili H. La téléconsultation et le BPM ensemble dans le parcours de soins des patients. Le Quotid du Pharm. 2020;
70. United Nations. The Impact of COVID-19 on older persons [Internet]. 2020 [cited 2020 Nov 2]. Available from: https://apps.who.int/iris/handle/10665/186463
71. Ministère des solidarités et de la santé. Arrêté du 18 mai 2020 complétant l'arrêté du 23 mars 2020 prescrivant les mesures d'organisation et de fonctionnement du système de santé nécessaires pour faire face à l'épidémie de covid-19 dans le cadre de l'état d'urgence sanitaire. L. 162-16-1, L. 162-1-7 France: Journal Officiel de la République Française; 2020 p. 5.
72. De la Tribonnière X, Fabre S, UTEP, CHU de Montpellier. Education thérapeutique : Les grandes lignes. In: Séminaire UE libre sur l'ETP. Montpellier; 2015.

ANNEXES

1. Annexe 1

Cerfa
N° 11510*01

GRILLE NATIONALE AGGIR

IDENTIFICATION DE LA PERSONNE EXAMINÉE

Nom : _____ Prénom : _____

Numéro d'immatriculation : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Adresse : _____

Code Postal : |_|_|_|_|_| Commune : _____

SITUATION AU REGARD DES ACTES ESSENTIELS ET ORDINAIRES DE LA VIE

VARIABLES DISCRIMINANTES - AUTONOMIE PHYSIQUE ET PSYCHIQUE		
COHÉRENCE : converser et / ou se comporter de façon sensée		
ORIENTATION : se repérer dans le temps, les moments de la journée et dans les lieux		
TOILETTE : concerne l'hygiène corporelle	Haut	
	Bas	
HABILLAGE : s'habiller, se déshabiller, se présenter	Haut	
	Moyen	
	Bas	
ALIMENTATION : manger les aliments préparés	Se servir	
	Manger	
ÉLIMINATION : assumer l'hygiène de l'élimination urinaire et fécale	Urinaire	
	Fécale	
TRANSFERT : se lever, se coucher, s'asseoir		
DÉPLACEMENT À L'INTÉRIEUR : avec ou sans canne, déambulateur, fauteuil roulant...		
DÉPLACEMENT À L'EXTÉRIEUR : à partir de la porte d'entrée sans moyen de transport		
COMMUNICATION À DISTANCE : utiliser les moyens de communication, téléphone, sonnette, alarme ...		
VARIABLES ILLUSTRATIVES - AUTONOMIE DOMESTIQUE ET SOCIALE		
GESTION : gérer ses propres affaires, son budget, ses biens		
CUISINE : préparer ses repas et les conditionner pour être servis		
MÉNAGE : effectuer l'ensemble des travaux ménagers		
TRANSPORT : prendre et / ou commander un moyen de transport		
ACHATS : acquisition directe ou par correspondance		
SUIVI DU TRAITEMENT : se conformer à l'ordonnance du médecin		
ACTIVITÉS DE TEMPS LIBRE : activités sportives, culturelles, sociales, de loisirs ou de passe-temps		

A : fait seul, totalement, habituellement, correctement
B : fait partiellement, non habituellement, non correctement
C : ne fait pas.

A ....., le .....

Signature et cachet du praticien

ATTENTION

Ce document doit être joint, sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la caisse primaire d'assurance maladie, à l'attestation d'incapacité à accomplir les actes ordinaires de la vie

Modèle S 2402

*Annexe 1 : Grille AGGIR (cerfa n°11510*01)*

2. Annexe 2

QUESTIONNAIRE TELEPHONIQUE

DEROULEMENT	• Présentation • Questions à réponses courtes (moins de 2 minutes) • Lien par mail du questionnaire plus complet en ligne (environ 10 minutes) si le BPM est réalisé.
Pratiquez- vous le BPM ?	☐ Oui ☐ Non
OUI	
1) Combien en avez-vous réalisé ?	
2) Comment cela se passe-t-il ?	
NON	
1) Quelles sont les contraintes ou freins qui repoussent ou empêchent l'installation du BPM ?	

Annexe 2 :Trame du questionnaire téléphonique à destination des pharmaciens

3. Annexe 3

RETOUR SUR L'INSTALLATION DU BILAN PARTAGE DE MEDICATION EN EX-BASSE NORMANDIE.

Suite à notre entretien téléphonique et dans le cadre de ma thèse « Polymédication du sujet âgé : retour sur l'installation du Bilan Partagé de Médication (BPM) en ex-Basse Normandie », je vous envoie ce questionnaire, dans le but de réaliser un fascicule d'aide à l'installation du BPM dans une officine.
Moins de dix minutes sont nécessaires. Merci d'avance pour vos réponses et le temps que vous m'aurez accordé.
Camille

L'OFFICINE DANS LAQUELLE VOUS TRAVAILLEZ.

1) Quelle est votre fonction au sein de l'officine ?	☐ Pharmacien titulaire ☐ Pharmacien adjoint ☐ Pharmacien remplaçant ☐ Stagiaire 6ème année
2) Quelle est la taille de l'équipe ?	☐ Moins de 3 personnes ☐ 3 à 5 personnes ☐ 6 à 9 personnes ☐ Plus de 9 personnes
3) La pharmacie dans laquelle vous travaillez est une	☐ Pharmacie de centre commercial ☐ Pharmacie de centre-ville ☐ Pharmacie semi-rurale ☐ Pharmacie rurale ☐ Pharmacie à activité saisonnière
4) Pratiquez-vous des entretiens asthme / AVK / AOD ?	☐ Oui ☐ Non
5) Pratiquez-vous le BPM ?	☐ Oui ☐ Non

VOUS PRATIQUEZ LE BPM.

1) Depuis combien de temps ? (Mois/année du 1er BPM)	
2) Combien avez-vous réalisé de BPM depuis l'installation de ce dernier dans l'officine ?	

LA FORMATION.

1) Avez-vous suivi une formation ?	☐ Oui ☐ Non
2) Si oui, de quel type de formation s'agissait-il ?	☐ E-learning ☐ Formation agréée extérieure ☐ Auto formation
3) Quels supports utilisez-vous pour réaliser les BPM ?	☐ Ceux mis à disposition par l'Assurance Maladie ☐ Ceux mis à disposition par des laboratoires ☐ Ceux du logiciel d'officine ☐ Vous avez réalisé vos propres supports ☐ Autres :
4) Votre logiciel métier intègre-t-il le BPM ? (Si oui, préciser le logiciel)	

LE RECRUTEMENT DES PATIENTS.

1) Avez-vous prévenu les médecins aux alentours de l'installation du BPM dans votre officine ?	☐ Oui (courrier, mail, autre) ☐ Non
2) Qui recrute les patients éligibles aux BPM ?	☐ Pharmaciens ☐ Préparateurs
3) Comment sélectionnez-vous les patients ?	☐ En sollicitant l'ensemble des patients éligibles ☐ En sollicitant les patients au comptoir lorsque vous jugez la situation à risque ☐ En établissant en amont une liste de patients susceptibles d'accepter facilement l'entretien (via le logiciel) ☐ Autre :
4) Vous êtes-vous fixé un objectif en terme de recrutement de patient ?	☐ Oui ☐ Non
5) Si oui, combien ?	

LA REALISATION DU BPM.

1) Comment réalisez-vous le recueil d'informations ?	☐ En contactant les médecins correspondants ☐ En consultant le Dossier Pharmaceutique (DP) ☐ En consultant le Dossier Médical Partagé (DMP) ☐ En donnant au patient une liste des documents à ramener ☐ Autres :
2) Quels outils utilisez-vous pour cette analyse ?	☐ Le Guide PAPA – Prescriptions médicamenteuses adaptées aux personnes âgées. C.JEANDEL ☐ Liste préférentielle de médicaments adaptés au sujet âgé en EHPAD de l'OMEDIT ☐ Les critères de Bears ☐ Liste Laroche ☐ www.deprescribing.org ☐ Les critères STOPP/START. P. O. Lang, M. Dramé ☐ Site internet de la HAS ☐ Site internet de l'ANSM, EMA, ANSES, EFSA ☐ Sociétés savantes ☐ Site internet de l'OMEDIT ☐ VIDAL et/ou Thériaque ☐ Site internet GPR ☐ Autres :
3) Comment transmettez-vous la fiche transmission au médecin correspondant du patient ?	☐ Courrier ☐ Mail ☐ Messagerie sécurisée ☐ Appel téléphonique ☐ Fax ☐ Autres :

4) Echangez-vous avec le médecin traitant pour discuter des points les plus importants ?	☐ Oui ☐ Non
5) L'enregistrez-vous sur le Dossier Médical Partagé	☐ Oui ☐ Non
6) Quel est le retour global des patients ayant bénéficié du BPM ?	☐ Peu intéressés ☐ Meilleure relation avec son pharmacien (gain de confiance) ☐ Ont le sentiment d'apprendre/ mieux gérer leur traitement
7) Sentez-vous que le patient va mettre en application les axes soulevés lors de cet entretien ?	☐ Oui ☐ Non

LA REMUNERATION.

1) La rémunération correspond à juste valeur au travail fourni (temps passé, compétences, formation, …).	☐ Pas du tout d'accord ☐ Pas d'accord ☐ Sans opinion ☐ D'accord ☐ Tout à fait d'accord
2) En moyenne, à combien évaluez-vous le temps réel passé par patient pour son BPM (du recrutement jusqu'à la fin de l'entretien conseils) ?	
3) Avez-vous été payé de tous vos BPM réalisés ?	☐ Oui ☐ Non

POUR TERMINER.

1) Pensez-vous continuer à vous mobiliser sur les BPM ?	☐ Oui ☐ Non
2) Quel est le retour des médecins auxquels vous avez transmis le résultat du BPM ?	☐ Aucun ☐ Plutôt Bon ☐ Bon ☐ Très bon
3) Quels sont les freins au développement du BPM ? (Coter de 1 à 5 chaque problème, 1 le moins limitant jusqu'à 5 le plus limitant)	☐ Problème de recrutement ☐ Problème organisationnel ☐ Problème de temps ☐ Problème de personnel ☐ Problème financier ☐ Problème relationnel (interprofessionnels) ☐ Autres :
4) Avez-vous des commentaires, remarques ou suggestions ?	

Annexe 3 : Trame du questionnaire en ligne à des pharmaciens pratiquant le BPM.

4. Annexe 4



Annexe 4 : Fascicule d'aide à l'installation du Bilan Partagé de Médication (BPM) à l'officine

FASCICULE D'AIDE A L'INSTALLATION DU BILAN PARTAGE DE MEDICATION (BPM) A L'OFFICINE

Cet outil a été réalisé pour faciliter la mise en place ou optimiser la pratique du BPM dans une officine. Différents outils et documents y sont regroupés pour trouver facilement les informations nécessaires pour mener à bien un BPM, comment le mettre en place ou tout du moins savoir où chercher ces informations.

Ce fascicule a deux publics : le pharmacien qui souhaiterait installer le BPM dans son officine et le pharmacien qui souhaiterait optimiser sa pratique ou la rendre plus facile.

Table des matières

FASCICULE D'AIDE A L'INSTALLATION DU BILAN PARTAGE DE MEDICATION (BPM) A L'OFFICINE 2

I. SYNTHESE DE PREREQUIS SUR LA IATROGENIE MEDICAMENTEUSE DU SUJET AGE 3
II. RECAPITULATIF DES PRINCIPAUX OUTILS DISPONIBLES POUR L'ANALYSE DES TRAITEMENTS 4
III. EXEMPLE DE DEMARCHE A SUIVRE POUR INSTALLER ET PRATIQUER LE ''BILAN PARTAGE DE MEDICATION'' 5
IV. COURRIER TYPE « INFORMATIONS » DESTINE AUX PRESCRIPTEURS ENVIRONNANTS 8
V. DIAPORAMA « FORMATION EQUIPE OFFICINALE » 10
VI. BULLETIN D'ADHESION ET DE DESIGNATION DU PHARMACIEN 14
VII. FICHE D'AIDE A LA FACTURATION DU BPM 16
VIII. CARTON « PRISE DE RENDEZ-VOUS » 17
IX. FICHES DE TRAVAIL POUR LA REALISATION DU BPM 18
X. COURRIER TYPE "SYNTHESE DE L'ANALYSE THERAPEUTIQUE" A DESTINATION DU MEDECIN TRAITANT 23

Principales sources bibliographiques :

- Ministère des solidarités et de la santé. Arrêté du 9 mars 2018 portant approbation de l'avenant 12 à la convention nationale du 4 mai 2012, organisant les rapports entres les pharmaciens titulaires d'officine et l'assurance maladie. [Internet]. Journal Officiel de la République Française France: Légifrance; 2018.
- Blanc A. Bilan Partagé de Médication n°1 : Pharmaciologie chez le sujet âgé. Le Monit des Pharm. 2018;Cahier 2(3209):24.
- Bontemps F, Collin A-H. Bilan partagé de médication n°2 : De la théorie à la pratique. Le Monit des Pharm. 2018;(3211):16.
- Defer J. Thèse d'exercice : BILANS PARTAGÉS DE MÉDICATION : RETOURS SUR LEUR MISE EN PLACE DANS LA RÉGION CENTRE-VAL-DE-LOIRE. Faculté de pharmacie Philippe-Mapas - Université de Tours; 2020.

I. SYNTHESE DE PREREQUIS SUR LA IATROGENIE MEDICAMENTEUSE DU SUJET AGE[1]

	EFFET DU VIEILLISSEMENT	CONSEQUENCES PHARMACOLOGIQUES
METABOLISME ET NUTRITION	↓ masse maigre ↑ proportion de masse grasse ↓ tolérance au glucose • besoins alimentaires inchangés	↓ volume de distribution : accumulation des molécules hydrosolubles ↑ volume de distribution des molécules liposolubles ↑ concentration des molécules fortement liées aux protéines plasmatiques Δ hypoglycémie, et médicaments masquant ses symptômes
SYSTEME DIGESTIF	↓ flux salivaire, ↓ sécrétion acide de l'estomac, ↓ temps de transit intestinal, ↓ masse et débit sanguin hépatique	↓ absorption des médicaments (acides faibles ++) ↑ $t_{1/2}$ des médicaments métabolisés par le foie • tendance à la constipation
SYSTEME CARDIO-VASCULAIRE	↓ compliance vasculaire, ↑ fibrose, ↑ pression artérielle systolique, hypertrophie ventriculaire • débit cardiaque de repos ou à l'effort inchangé	• tendance à l'hypotension : Δ traitements favorisant l'hypotension et les chutes Δ traitements arythmogènes
SYSTEME RESPIRATOIRE	↓ compliance pulmonaire et thoracique, ↓ capacité ventilatoire, ↓ capacité de diffusion de l'O_2	↑ $t_{1/2}$ des médicaments métabolisés par les poumons • tendance à la désaturation : Δ traitements favorisant la dépression respiratoire
SYSTEME URINAIRE	↓ nombre de néphrons ↓ débit de filtration glomérulaire ↓ capacité à diluer ou concentrer les urines	• tendance à l'accumulation des médicaments hydrosolubles (adaptation posologique) • tendance à l'hypernatrémie, l'hyperkaliémie, la déshy-dratation • tendance à l'insuffisance rénale aigüe Δ médicaments ayant une toxicité rénale, médicaments modifiant l'équilibre hydro-électrolytique
SYSTEME NERVEUX	↓ sensibilité de la soif ↓ mémoire et attention ↑ perméabilité de la BHE ↓ capacité d'efflux cérébral • déplétion cholinergique	• tendance à la déshydratation • difficulté de bonne observance • tendance à l'accumulation des molécules passant la BHE (Δ dépresseurs centraux) ↑ effets indésirables des anticholinergiques

[1] ↓ : diminution, ↑ : augmentation, $t_{1/2}$: demi-vie, Δ : attention

II. RECAPITULATIF DES PRINCIPAUX OUTILS DISPONIBLES POUR L'ANALYSE DES TRAITEMENTS

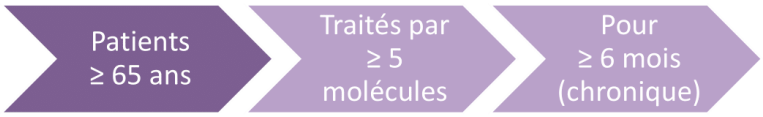
		OUTILS	CONTENUS	ACCES
RECOMMANDATIONS ACTUELLES		**HAS**	Publie régulièrement les **recommandations** et **stratégies thérapeutiques** actuelles ainsi que des guides et notes méthodologiques sur des thèmes très variés.	Accès **gratuit** via has-sante.fr
		ANSM, EMA, ANSES, EFSA	Autorités compétentes en termes de médicaments, produits de santé et compléments alimentaires.	Accès **gratuit**
		Sociétés savantes (Cardiologie, pneumologie, pharmacie clinique, gériatrie et gérontologie, etc.)	Associations d'experts qui publient les **recommandations actuelles** de leur spécialité avec des guides publiés régulièrement sur leur site internet respectif.	Accès libre et **gratuit**
CONFORMITE AU SUJET AGE		**Guide PAPA** (SFGG et CNP - 2015)	42 fiches de « **bonnes prescriptions médicamenteuses** » pour personnes âgées de plus de 75 ans. Dans le même esprit, création de 3 guides de spécialités en urologie, rhumatologie et cardiologie.	**Payant** Guide PAPA : 14€ en format papier (Edition Frison-Roche), eBook : 10€ Guide de spécialités : 30-40€ (même éditeur)
		Liste préférentielle de médicaments adaptés au sujet âgé en EHPAD (Omedit et ARS Normandie - 2018)	283 molécules répertoriées, pour chacune les informations données sont : médicaments **appropriés** ou non au sujet âgé, **conseils d'utilisation** (modalités de préparation ou d'administration), **recommandations de bon usage.**	**Gratuit** Version papier : adresser un email à ARS-NORMANDIE-DIRECTION-APPUI-PERFORMANCE@ars.sante.fr Version en ligne : omedit-normandie.fr/media-files/13723/listes-preferentielles-normandie-mise-a-jour-aout-2018.pdf.
		Critères de Beers (Beers – 1990)	Liste de médicaments classés en 3 catégories pour la personne âgée : **inapproprié**, **potentiellement** inapproprié, **à utiliser avec prudence**.	Accès **gratuit** via https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/jgs.15767
		Liste de Laroche (Laroche – 2009)	Tableau des principales spécialités **potentiellement inappropriées** chez le patient de plus de 75 ans associées aux **raisons** qui les rendent inappropriées et aux **alternatives thérapeutiques** suggérées.	Accès **gratuit** via http://www.omedit-normandie.fr/media-files/20222/liste-de-laroche-2009.pdf
	INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES	**Critères STOPP/START** (dernière maj 2015)	Interface en ligne demandant les prescriptions du patient et détectant les médicaments **inappropriés** ainsi que les potentielles **interactions médicamenteuses** dès 65 ans.	Accès **gratuit** via http://stoppstart.free.fr/
REIN		**Site GPR**	Différents outils pratiques pour le bon usage du médicament, parmi eux sont utiles pour le BPM : - L'onglet « Rein » : Schéma **d'adaptation posologique à la fonction rénale** - Le « module Diane » : Analyse des **interactions médicamenteuses** d'une prescription.	Inscription **gratuite** pour les étudiants et professionnels de santé : sitegpr.com
		Thériaque (CNHIM)	Base de données en ligne qui permet de détecter les **interactions médicamenteuses** et rappellent les **références médicales opposables**.	Inscription **gratuite** : theriaque.org
RCP		**VIDAL**	Rassemblement de données tel que les **RCP**, des fiches de présentation de DM, accessoires et certains produits cosmétiques. Le site possède aussi un outil pour détecter les **interactions médicamenteuses** d'une prescription.	Edition papier annuelle environ 200€ Bases de données en ligne, nécessite une inscription **payante** : vidal.fr
		Bases de données publiques des médicaments (Ministère)	Base de données qui regroupe les **RCP**, **notices** et **données** de chaque médicament ayant une **AMM**.	Accès **gratuit** via medicaments.gouv.fr

III. EXEMPLE DE DEMARCHE A SUIVRE POUR INSTALLER ET PRATIQUER LE ''BILAN PARTAGE DE MEDICATION''

LE BPM - Bilan Partagé de Médication

« Analyse critique structurée des médicaments du patient dans l'objectif d'établir un consensus avec le patient concernant son traitement. » (HAS)

PUBLIC CIBLE



ROLE DANS L'EQUIPE

- Pharmaciens : Réalisation du BPM.
- Préparateurs : Information et recrutement des patients.
- Stagiaires 6ème année : Réalisation du BPM encadré par un pharmacien.

PREREQUIS

Action	*Description*	*Outils et annexes*
COMMUNIQUER	Auprès des **principaux prescripteurs** : courrier informant de l'installation du BPM, détaillant son but, mettant en valeur la coordination des différents professionnels de santé.	- Courrier d'information destinés aux prescripteurs
FORMER	L'ensemble de **l'équipe** : briefing pour détailler le but du BPM, les patients ciblés par le dispositif et la manière de l'aborder.	- Prérequis sur les effets du vieillissement - Diaporama pour l'équipe
S'EQUIPER	De **documents nécessaires** : imprimer les fiches de travail, cartons de prise de rendez-vous avec liste des documents à apporter. Créer un **classeur** des documents à conserver pour chaque patient (bulletin d'adhésion, ordonnances, fiches de recueils d'informations, synthèse, réponse du médecin, fiche de suivis d'observance). Créer un **dossier informatique** pour conserver les documents crées pour chaque patient.	- Fiches de travail - Carton « Rappel de RDV » et liste des documents à apporter - Classeur à levier avec intercalaire alphabétique
RECRUTER	Les **patients ciblés** : à l'aide d'une pré-sélection du logiciel, du dialogue avec l'équipe, de la signalétique dans l'officine (affiche, dépliant sur le comptoir).	- Affiches - Dépliants inter-comptoir

REALISATION DU BPM

Action	*Description*	*Outils et annexes*
METTRE EN PRATIQUE	Concrétiser l'inclusion du patient au BPM en **signant** le bulletin d'adhésion. Prendre **rendez-vous** sur un agenda avec plages horaires prédéfinies. Remettre le **carton de prise de RDV** avec la liste des documents à apporter. **Facturer** le code TAC.	- Bulletin d'adhésion et de désignation du pharmacien « bilan de médication » - Carton « Rappel de RDV » - Fiche d'aide à la facturation.
ENTRETIEN RECUEIL D'INFORMATIONS	Suivre et remplir les **fiches de recueil d'informations.** Programmer le **2ème rendez-vous** dans l'agenda et remplir le carton du patient « Rappel de RDV ».	- Fiches de recueil d'informations - Carton « Rappel de RDV »
ANALYSE DES TRAITEMENTS	Vérifier les **posologies**. Rechercher les éventuelles **interactions médicamenteuses** et **contre-indications** avec l'état physiopathologique du patient. Relever les **difficultés** du patient. Rédiger une **synthèse** pour le médecin avec les suggestions selon les besoins et lui transmettre. Prendre en compte les retours du médecin traitant. Réaliser le **plan de prise.**	- Guide des différents outils disponibles - Courrier type destiné au médecin traitant des conclusions de l'analyse - Plan de prise des médicaments prescrits
ENTRETIEN CONSEILS	Expliquer les décisions prises avec le médecin et les **changements** effectués s'il y en a eu. Donner des **conseils** associés à l'ordonnance et des conseils hygiéno-diététiques. Exposer le **plan de prise**. Répondre aux **questions et remarques du patient.** Programmer le **3ème rendez-vous** dans l'agenda et remplir le carton du patient « Rappel de RDV ».	
ENTRETIEN SUIVI D'OBSERVANCE	Faire le questionnaire de Girerd pour évaluer l'évolution de l'observance. Répondre aux questions et remarques du patient **Facturer** le code BMI.	- Questionnaire de Girerd - Fiche d'aide à la facturation.

L'ANNEE SUIVANTE

S'il n'y a **pas de changement de traitement** : programmer le **4ème rendez-vous** dans l'agenda et remplir le carton du patient « Rappel de RDV ».

2 ENTRETIENS « SUIVI D'OBSERVANCE »	Faire le questionnaire de Girerd pour évaluer l'évolution de l'observance. Répondre aux questions et remarques du patient. Programmer le **5ème rendez-vous** dans l'agenda et remplir le carton du patient « Rappel de RDV » pour refaire une évaluation de l'observance. A la fin du deuxième entretien**, facturer** le code BMS.	- Questionnaire de Girerd - Fiche d'aide à la facturation

S'il y a **un nouveau traitement** : programmer le **4ème rendez-vous** dans l'agenda et remplir le carton du patient « Rappel de RDV ».

ANALYSE DES TRAITEMENTS	Vérifier les **posologies**. Rechercher les éventuelles **interactions médicamenteuses** et **contre-indications** avec l'état physiopathologique du patient. Relever les **difficultés** du patient. Rédiger une **synthèse** pour le médecin avec les suggestions selon les besoins et lui transmettre. Prendre en compte les retours du médecin traitant. Réaliser le **plan de prise.**	- Guide des différents outils disponibles - Courrier type destiné au médecin traitant des conclusions de l'analyse - Plan de prise des médicaments prescrits
ENTRETIEN CONSEILS	Expliquer les décisions prises avec le médecin et les **changements** effectués s'il y en a eu. Donner des **conseils** associés à l'ordonnance et des conseils hygiéno-diététiques. Exposer le **plan de prise**. Répondre aux **questions et remarques du patient.** Programmer le **5ème rendez-vous** dans l'agenda et remplir le carton du patient « Rappel de RDV ».	
ENTRETIEN SUIVI D'OBSERVANCE	Faire le questionnaire de **Girerd** pour évaluer l'évolution de l'observance. Répondre aux questions et remarques du patient **Facturer** le code BMT.	- Questionnaire de Girerd - Fiche d'aide à la facturation.

IV. Courrier type « informations » destiné aux prescripteurs environnants

Pharmacie du BPM
Adresse
Téléphone
Adresse mail sécurisée

Date et lieu

Objet : Mise en place du Bilan Partagé de Médication dans notre officine.

Docteur,

Depuis mars 2018, le Bilan Partagé de Médication (BPM) fait partie de nos nouvelles missions. Il s'agit d'une « analyse critique structurée des médicaments du patient dans l'objectif d'établir un consensus avec le patient concernant son traitement ». Nous vous informons donc de la mise en place de ce dispositif dans notre officine. Son but est de :

- diminuer le risque iatrogénique,
- améliorer l'impact clinique des médicaments,
- optimiser l'adhésion au traitement,
- dans une moindre mesure, diminuer le gaspillage de médicaments.

Ce dispositif peut être proposé aux patients d'au moins 65 ans polymédiqués avec un minimum de 5 molécules ou principes actifs prescrits pour une durée d'au moins 6 mois y compris les résidents en EHPAD.

Chaque BPM se décompose en 4 temps. La première étape consiste à **recueillir** les informations relatives :

- au patient : ses habitudes de vie, son état clinique et biologique ;
- son traitement : tout ce qu'il prend (prescriptions et automédications), son état de connaissance sur le sujet, son observance, et éventuellement les difficultés de prise.

Ensuite, de notre côté, nous réaliserons une **analyse thérapeutique** dans le but d'optimiser la prise en charge. Nous vous adresserons ensuite un courrier afin d'échanger et recueillir votre avis sur les optimisations de cette prise en charge.

8

Après notre échange, nous effectuerons un **entretien** dit de « conseils » avec le patient pour aborder, s'il y en a eu, les modifications de traitements en fonction de votre décision d'accepter ou non la (ou les) optimisation(s) thérapeutique(s) proposée(s). Nous reprendrons entièrement avec le patient son traitement pour associer des conseils de bon usage et hygiéno-diététiques et nous répondrons à ses questions.

Enfin, **l'observance** du patient sera réévaluée régulièrement, *i.e.* dans l'année puis deux fois par an les années suivantes.

Nous vous serons reconnaissants de l'attention que vous porterez à ce projet dont la pluridisciplinarité sera la clef d'une optimisation de la prise en charge de nos patients âgés.

Nous restons à votre disposition si vous voulez discuter sur le BPM et pour répondre à vos interrogations sur ce sujet.

Bien cordialement,

Signature des pharmaciens de l'officine effectuant les BPM
+ Cachet de la pharmacie

V. DIAPORAMA « FORMATION EQUIPE OFFICINALE »

Former son équipe sur le dispositif est primordial. En impliquant l'intégralité de l'équipe dans la démarche, le recrutement peut aussi être fait par les préparateurs. C'est un gain de temps pour le pharmacien. Le préparateur peut solliciter les patients au comptoir, prendre les rendez-vous, et trouver les documents nécessaires au recueil d'informations.

D'abord, il y a la présentation du dispositif, ses objectifs, son public cible et son déroulement. Puis, il y a la sensibilisation de l'intégralité de l'équipe dans le recrutement qui permet de savoir : quand proposer un BPM ? Pourquoi le proposer ? Comment procéder ?



10

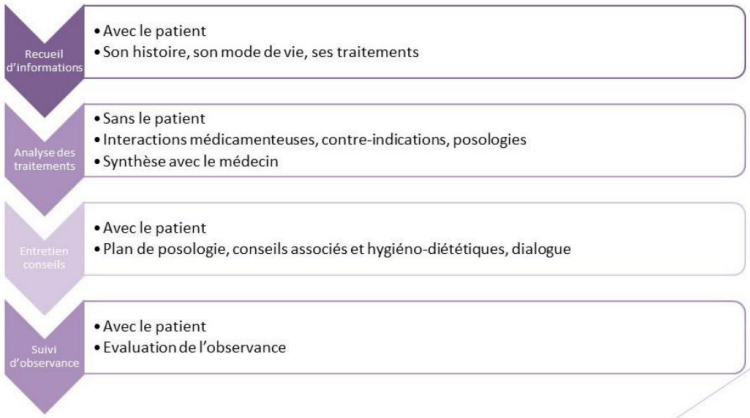
Le Bilan Partagé de Médication (BPM)

- Analyse critique structurée des médicaments du patient dans l'objectif d'établir un consensus avec le patient concernant son traitement.
- Objectifs :
  - diminuer le risque iatrogénique
  - améliorer l'impact clinique des médicaments
  - optimiser l'adhésion au traitement
  - diminuer le gaspillage de médicaments

Cible du BPM

Patients ≥ 65 ans → Traités par au moins 5 molécules → Pour au moins 6 mois (chronique)

Déroulement



Rôle de l'équipe = recrutement

- Quand ?
- Au comptoir :
  - après une hospitalisation,
  - à la découverte d'une nouvelle pathologie (création d'une prise en charge ALD),
  - lors de la survenue d'effet indésirable,
  - en présence de médicaments jugés à risque (AVK, AOD,...)
  - repérage de la venue irrégulière du patient,
  - dépôt de boîtes non utilisées,
  - lorsqu'un patient ne prend jamais un médicament qui lui est prescrit,
  - etc...

Rôle de l'équipe = recrutement

- **Pourquoi ?**
  - Arguments pour convaincre :
    - **liberté** d'y participer
    - **bénéfice immédiat** : vérification qu'il n'y a pas de traitements inappropriés, détection des interactions, prendre en compte le ressenti
    - **collaboration** avec le médecin
    - **gratuité** : pris en charge entièrement par l'Assurance Maladie
    - **révocabilité** : à tout moment le patient peut choisir de ne plus y participer

Rôle de l'équipe = recrutement

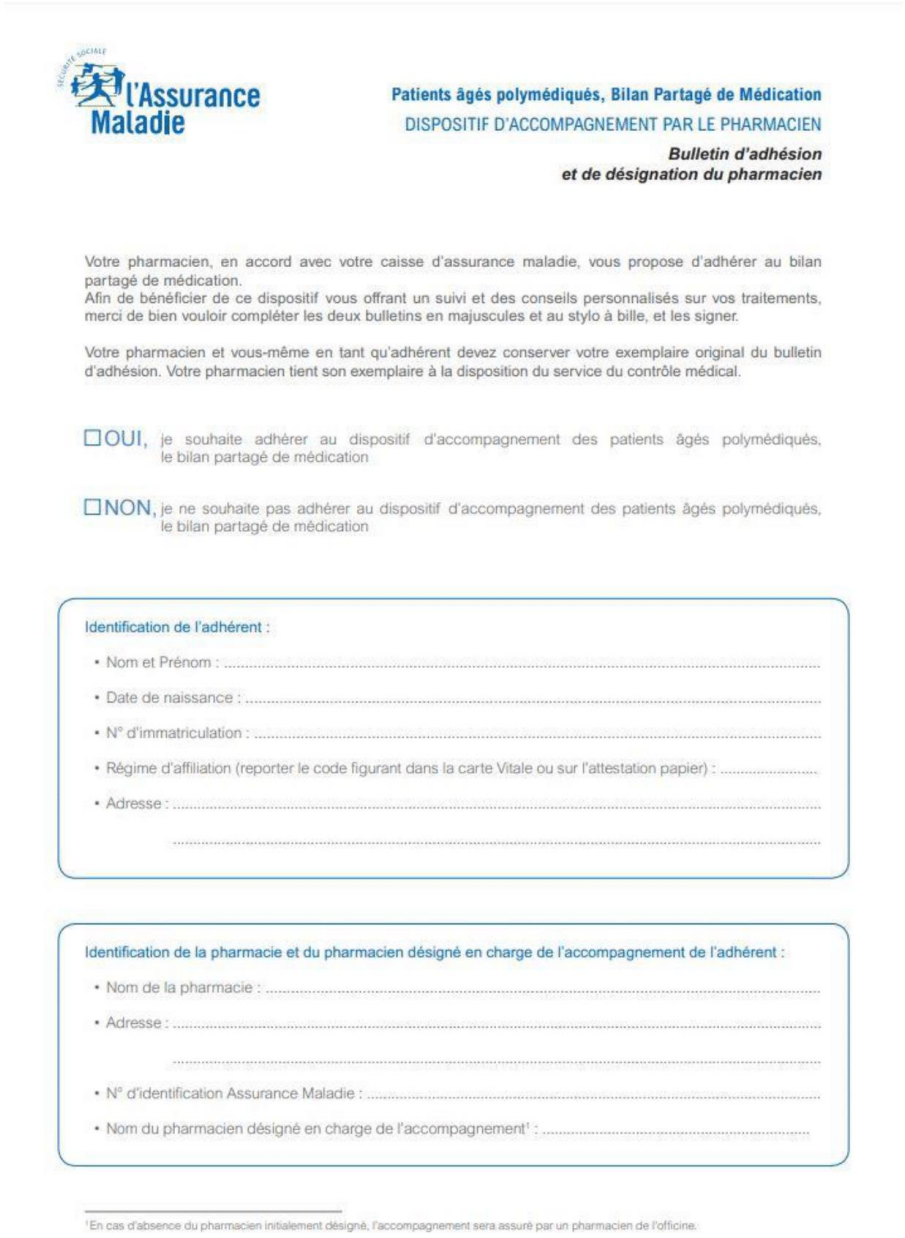
- **Comment ?**

Prendre rendez-vous

- Prévoir un créneau d'une heure pour le recueil d'informations
- Fixer un rendez-vous grâce à un agenda avec des plages horaires prédéfinies
- Remettre carton de « Rappel de RDV » avec les documents à rapporter (ordonnances, bilans biologiques, comptes-rendus médicaux)

VI. BULLETIN D'ADHESION ET DE DESIGNATION DU PHARMACIEN

Bulletin à télécharger via Améli [2]



L'Assurance Maladie

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'accompagnement[1] : .....

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

[2] https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/678940/document/bulletin-adhesion-bpm.pdf

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.

57-13

VII. FICHE D'AIDE A LA FACTURATION DU BPM

BILAN PARTAGE DE MEDICATION - FICHE D'AIDE A LA FACTURATION

	CODE ACTE	CONTENU DE LA SEQUENCE ANNUELLE	TARIFS	
			Métropole	DOM
Adhésion	**TAC**	A la signature du bulletin d'adhésion	0,01€	
Accompagnement 1ère année	**BMI**	- 1 entretien de recueil - 1 analyse / transmission au médecin traitant - 1 entretien conseils - 1 entretien d'observance	60€	63€
Accompagnement années suivantes	**BMT**	S'il y a un changement de traitement : - Actualisation de l'analyse - Entretien conseils - Entretien de suivi d'observance	30€	31,50€
	BMS	Sans changement de traitement : - 2 entretiens de suivi d'observance	20€	21€

En pratique, à compter du 2nd semestre 2020, le pharmacien procède à la facturation de l'accompagnement en présence du patient. Il s'identifie comme **exécutant** et **prescripteur**.

La **date de prescription** doit être la date de fin de la séquence annuelle pour la 1ère année. Pour les années suivantes, la date de prescription correspond à la date de facturation du code de l'année précédente + 12 mois (54).

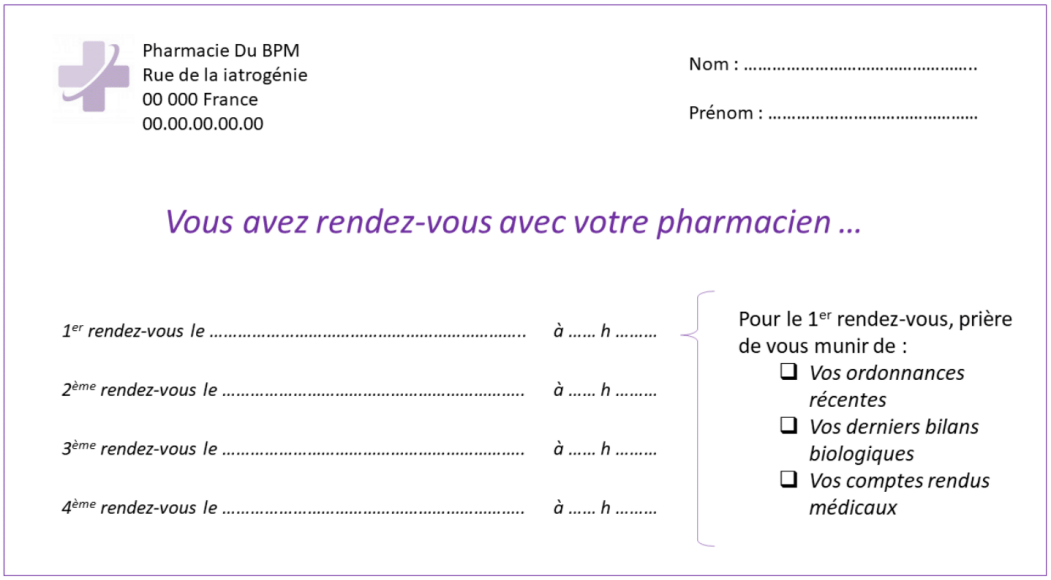
La **situation du patient** doit être prise en compte pour la facturation. En effet si le traitement est en lien avec un accident de travail ou une maladie professionnelle ou la maternité, il faut facturer le code selon le bon organisme (54).

Pour tous les actes d'accompagnement, la prestation est facturée en **tiers payant** et prise en charge à **100%**. Les codes actes doivent être facturés seuls (indépendamment de médicaments, LPP, vente libre, …) (54).

VIII. Carton « Prise de rendez-vous »

Après le recrutement d'un patient, un rendez-vous doit être pris. Un carton « prise de rendez-vous » permet d'abord de rappeler au patient la date et l'heure du premier entretien. Ensuite il mentionne les documents à ramener pour ce même entretien. Puis, ce carton servira aussi à noter les dates et heures des entretiens suivants.

Pour faciliter cette prise de rendez-vous, un agenda (papier ou en ligne) peut être créé avec des créneaux ou plages horaires dédiés au dispositif.



Pharmacie Du BPM
Rue de la iatrogénie
00 000 France
00.00.00.00.00

Nom : ……

Prénom : ……

Vous avez rendez-vous avec votre pharmacien …

1er rendez-vous le …… à …… h ……

2ème rendez-vous le …… à …… h ……

3ème rendez-vous le …… à …… h ……

4ème rendez-vous le …… à …… h ……

Pour le 1er rendez-vous, prière de vous munir de :

- ❑ *Vos ordonnances récentes*
- ❑ *Vos derniers bilans biologiques*
- ❑ *Vos comptes rendus médicaux*

IX. FICHES DE TRAVAIL POUR LA REALISATION DU BPM

Date :

Nom	
Prénom	
Date de naissance (âge)	
Poids	
Médecin traitant	

TABLEAU DE RECUEIL DES INFORMATIONS : 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 ETAT PHYSIOLOGIQUE	Avez-vous une maladie rénale ou hépatique (insuffisance rénale, hépatique) ou tout autre antécédent identifié ?	
	Avez-vous des problèmes de déglution, de vision, de douleurs articulaires … ?	
AUTRES	Souffrez-vous d'allergies (avez-vous un carnet par exemple) ?	

TABLEAU DE RECUEIL DES INFORMATIONS : LES TRAITEMENTS

Nom de tous les produits pris	Dosage	Forme	Fréquence/ Posologie	Problème lié à la prise	Problème d'observance	Survenue d'effets indésirables	Origine de la prise (spécialité du prescripteur ou automédication)

19

TABLEAU DE RECUEIL DES INFORMATIONS : LA PERCEPTION DES 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	Ressentez-vous des effets particuliers liés à la prise de vos médicaments (somnolence, douleurs articulaires) ?	
	Avez-vous déjà ressenti des effets indésirables liés à vos médicaments ? Si oui comment luttez-vous contre ceux-ci ?	
	Prenez-vous un médicament 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 ?	
	Etes-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 ?	

20

Nom : Prénom :

TABLEAU DE SUIVI D'OBSERVANCE - QUESTIONNAIRE DE GIRERD

		Entretien recueil d'informations	Entretien suivi d'observance « 1ère année »	Entretien suivi d'observance n°1 « années suivantes »	Entretien suivi d'observance n°2 « années suivantes »
Date					
Comment se passe la prise de vos médicaments ?	Ce matin avez-vous oublié de prendre vos médicaments ?				
	Depuis la dernière consultation avez-vous été en panne de médicament ?				
	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	Nombre de réponses positives « oui »				
	Observance (6 : bon observant, entre 4 et 5 : faiblement observant, <3 non observant)				

21

PLAN DE PRISE / POSOLOGIE DES MEDICAMENTS PRESCRITS DE ……

Médicaments	Dosage	Forme	Horaire de prise				Durée de traitement	Explications	Commentaires
			Matin	Midi	Soir	Coucher			

22

X. COURRIER TYPE "SYNTHESE DE L'ANALYSE THERAPEUTIQUE" A DESTINATION DU MEDECIN TRAITANT

Pharmacie du BPM
Adresse
Téléphone
Adresse mail sécurisée

Date et lieu

A l'attention du Dr XXXXX,

Docteur,

J'ai reçu ce jour Mme / Mr [NOM Prénom du patient] né(e) le [date de naissance du patient] pour effectuer un bilan partagé de médication, tel que nous l'avions évoqué le [date du courrier d'informations] et selon les préconisations de l'Assurance maladie. Voici la synthèse de ce bilan.

Les **ordonnances en cours** de Mme / Mr [NOM du patient] comportent les molécules suivantes :

- [Listes des traitements prescrits dosage, forme, et posologie]

- *Febuxostat 80mg cpr 1-0-0*
- *Atorvastatine 10mg cpr 0-0-1*
- *KARDEGIC Acide acétylsalicylique 75mg sac 0-1-0*
- *Spironolactone 25mg cpr 1-0-0*
- *Furosemide 40mg cpr 1-0-0*
- *ZymaD Cholécalciférol 80 000UI amp 1 tous les 3mois*
- *Esoméprazole 20mg gélule 0-0-1*
- *Tardyféron 80mg cpr 1-0-0*
- *Paracétamol 500mg gélule 2-2-2*
- *Fosfomycine 3g sac 1 prise unique le 15/05/2019*
- *Lévothyroxine 100µg cpr 1-0-0*
- *Paracétamol / Opium / caféine 300/10/30 mg gélule 1-1-1*
- *Thiocolchicoside 4mg cpr 1-0-1*

L'observance générale du patient est [niveau d'observance] selon Girerd. *Mais je lui ai quand même recommandé l'usage d'un pilulier puisqu'il gère seul ses médicaments.*

Au **sujet de ses traitements**,

[Sélectionner les principaux points à éclaircir avec le médecin]

[Pour chacun d'entre eux, citer les sources et/ou recommandations actuelles]

Ci-dessous quelques exemples de formulations en rapport avec le traitement ci-dessus.

Depuis début juillet 2019, l'ANSM recommande d'éviter l'utilisation du febuxostat en cas d'antécédent d'infarctus du myocarde, car il y aurait un risque accru de mortalité. Comme la patiente présente cet antécédent, il serait peut-être préférable de réévaluer ce traitement, en fonction des symptômes de la patiente et de son uricémie.

Mme [NOM du patient] se plaint d'effets indésirables à type de douleurs, associée à la prise d'atorvastatine. Compte-tenu du risque de rhabdomyolyse plus ou moins associé au risque de chute, son utilisation pourrait être réévaluée ou une autre spécialité pourrait être envisagée.

La tension de Mme [NOM du patient] ce jour était de 11/7 mm Hg, et elle nous dit chuter régulièrement ces derniers temps. De plus, elle observe une polyurie, notamment la nuit, qui la gêne et qui peut être à l'origine de ses chutes nocturnes. Le spironolactone étant déconseillé chez le sujet âgé (notamment à cause des variations de kaliémie), et devant les antécédents d'infarctus du myocarde, il serait peut-être préférable de se tourner vers un Inhibiteur de l'Enzyme de Conversion et/ou un Bétabloquant. Il est possible que l'intervention d'un cardiologue soit nécessaire pour réadapter son traitement.

La patiente évoque des carences, et n'est supplémentée en vitamine D qu'une fois tous les trois mois. Devant ses multiples carences, il serait peut-être préférable de majorer cette supplémentation.

Par ailleurs, Madame pesait 69kg il y a quelque temps, et ne fait plus que 58kg. Elle se plaint de difficultés à s'alimenter (probablement dues également à un problème de dentition), je lui ai donc donné quelques échantillons de compléments nutritionnels oraux. La prescription de CNO continue pourrait sans doute ralentir sa dénutrition et améliorer son état général, Madame devrait vous en parler lors de sa prochaine consultation.

De plus, la prise d'inhibiteurs de la pompe à protons au long cours présente un risque iatrogène élevé (carences en calcium, magnésium, ostéoporose, H. Pylori...), surtout chez la personne âgée. Devant l'absence visible d'indication de l'esoméprazole, nous proposons un arrêt de cette molécule.

Pour son traitement antidouleurs, la Lamaline® (paracétamol/opium/caféine) et le Thiocolchicoside sont à éviter chez la personne âgée devant le risque de somnolence et donc de chutes. La dose de paracétamol est aussi trop élevée (1,5g par prise). De plus, la patiente se sent fatiguée depuis l'instauration de ce traitement il y a 15 jours, donc si les douleurs ne sont pas couvertes avec le paracétamol seul, le guide de Prescriptions médicamenteuses Adaptées aux Personnes Âgées préconise plutôt une association paracétamol/codéine.

Je suis à votre disposition pour un échange téléphonique au sujet de cette patiente.

Bien cordialement,

Nom et prénom du pharmacien ayant effectué l'analyse,

Signature et cachet de la pharmacie.

24

5. Annexe 5

ÉVALUATION DE L'OBSERVANCE D'UN TRAITEMENT MÉDICAMENTEUX

Respect du traitement prescrit : où en est votre patient ?

	Oui	Non
Ce matin avez-vous oublié de prendre votre traitement ?	❐	❐
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 ?	❐	❐

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

Comment évaluer le niveau d'observance de votre patient ?

Votre patient répond par oui ou par non à chacune de ces 6 questions.

- **Si votre patient répond non à toutes les questions,** il est considéré comme un bon observant.
- **Si votre patient répond oui une ou deux fois,** il est considéré comme non observant mineur.
- **Si votre patient répond oui trois fois ou plus,** il est considéré comme non observant.

Ce questionnaire est également disponible sur www.ameli.fr espace Professionnels de santé>Médecins, rubrique Exercer au quotidien>Prescriptions>La prescription de médicaments.

Sécurité sociale L'Assurance Maladie

Annexe 5 : Questionnaire de Girerd

6. Annexe 6



Serment de Galien

En présence des maîtres de la faculté, des conseillers de l'Ordre des pharmaciens et de mes condisciples, 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.

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

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

Annexe 6 : Serment de Galien

UNIVERSITÉ
CAEN
NORMANDIE

U.F.R. Santé

Faculté des Sciences Pharmaceutiques

VU, LE PRESIDENT DU JURY

CAEN, LE

VU, LE DIRECTEUR DE LA FACULTE
DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES

CAEN, LE

L'université n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses et mémoires. Ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.

POLYMEDICATION DU SUJET AGE : RETOUR SUR L'INSTALLATION DU BILAN PARTAGE DE MEDICATION (BPM) EN EX-BASSE NORMANDIE.

En France, la polymédication du sujet âgé est fréquente puisqu'elle concerne presque la moitié de la population âgée de plus de 75 ans. Avec le vieillissement de la population, cette part est vouée à augmenter. D'ici 2050, 20 millions de personnes seront âgées de plus de 65 ans.
Le Bilan Partagé de Médication (BPM) est une des missions du pharmacien d'officine depuis mars 2018. Il s'agit d'une analyse thérapeutique destinée aux patients âgés de plus de 65 ans traités de manière chronique par au moins cinq molécules médicamenteuses. Le principal objectif de ce bilan est de limiter la iatrogénie médicamenteuse chez ces personnes.
Au vu du faible nombre de BPM réalisés, il est intéressant de se pencher sur ce dispositif à travers une enquête d'entretiens menée en ex-Basse Normandie. Cette enquête d'entretiens a tout d'abord permis d'identifier les pharmaciens pratiquant le BPM et les autres. Ensuite, ces deux entités ont fait l'objet d'une étude distincte. D'un côté, les pharmaciens réalisant le BPM ont été interrogés pour faire un état des lieux de leur pratique, et de l'autre, les pharmaciens ne le réalisant pas ont été interrogés sur les freins et limites empêchant sa mise en place à l'officine. Les principaux freins rapportés par les pharmaciens sont le manque de temps, les freins liés à la forme du dispositif et ceux liés à la rémunération.
Au final, ce travail a permis la réalisation d'un fascicule à destination des pharmaciens pour mettre en œuvre ou optimiser la pratique du BPM dans une officine.

POLYPHARMACY OF THE ELDERLY: LOOK BACK AT SHARED MEDICATION RECORD (SMR) INSTALLATION IN EX-LOWER NORMANDY.

In France, polymedication of the elderly subject is frequent since it concerns almost half of the population aged 75 and over. With the ageing of the population, this share is bound to increase. By 2050, 20 million people aged 65 and over.
The Shared Medication Record (SMR) has been one of the missions of the dispensing pharmacist since March 2018. This is a therapeutic analysis for patients aged 65 and over who are chronically treated with at least five drug molecules. The main objective of this assessment is to limit drug iatrogeny in these people.
Given the low number of SMR performed (1100 in October 2020), it is interesting to look at this device through a survey conducted in the former Lower Normandy. This survey first identified pharmacists who practise SMR and others. These two entities were then studied. Firstly, pharmacists practicing SMR were interviewed to provide an overview of their practice, secondly, pharmacists who did not perform the SMR were asked about the barriers and limitations preventing its implementation in the pharmacy. The main difficulties reported by pharmacists are lack of time, difficulties related to the form of the SMR and those related to remuneration.
Finally, as a result of this work, a booklet was producted for pharmacists to implement or optimize the practice of SMR in a pharmacy.

BILAN PARTAGE DE MEDICATION – POLYMEDICATION – IATROGENIE MEDICAMENTEUSE – SUJET AGE - PHARMACIEN D'OFFICINE