HAL open science

Rôle du pharmacien d'officine dans le parcours de soins du patient

Caroline Daou

To cite this version:

Caroline Daou. Rôle du pharmacien d'officine dans le parcours de soins du patient. Sciences pharmaceutiques. 2021. dumas-03514665

HAL Id: dumas-03514665

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03514665v1

Submitted on 6 Jan 2022

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.

Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License

Faculté de Pharmacie
Aix*Marseille Université

THÈSE

PRESENTÉE ET PUBLIQUEMENT SOUTENUE DEVANT LA FACULTE DE PHARMACIE DE MARSEILLE

LE 21 MAI 2021

PAR

MME DAOU CAROLINE

Née le 25 Novembre 1996 à Aix en Provence (13)

EN VUE D'OBTENIR

LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE

TITRE

RÔLE DU PHARMACIEN D'OFFICINE DANS LE PARCOURS DE SOINS DU PATIENT

JURY

Président : Professeur Frédérique Grimaldi

Membres : Docteur Félicia Ferrera-Bibas

Docteur Valérie Rocchi

Université d'Aix-Marseille – Faculté de Pharmacie – 27 bd Jean Moulin – CS 30064 - 13385 Marseille cedex 05 - France
Tél. : +33 (0)4 91 83 55 00 - Fax : +33 (0)4 91 80 26 12

27 Boulevard Jean Moulin – 13385 MARSEILLE Cedex 05

Tel. : 04 91 83 55 00 – Fax : 04 91 80 26 12

ADMINISTRATION

Doyen :	Mme Françoise DIGNAT-GEORGE
Vice-Doyens :	M. Jean-Paul BORG, M. François DEVRED, M. Pascal RATHELOT
Chargés de Mission :	Mme Pascale BARBIER, M. David BERGE-LEFRANC, Mme Manon CARRE, Mme Caroline DUCROS, Mme Frédérique GRIMALDI, M. Guillaume HACHE
Conseiller du Doyen :	M. Patrice VANELLE
Doyens honoraires :	M. Patrice VANELLE, M. Pierre TIMON-DAVID,
Professeurs émérites :	M. José SAMPOL, M. Athanassios ILIADIS, M. Henri PORTUGAL, M. Philippe CHARPIOT
Professeurs honoraires :	M. Guy BALANSARD, M. Yves BARRA, Mme Claudette BRIAND, M. Jacques CATALIN, Mme Andrée CREMIEUX, M. Aimé CREVAT, M. Gérard DUMENIL, M. Alain DURAND, Mme Danielle GARÇON, M. Maurice JALFRE, M. Joseph JOACHIM, M. Maurice LANZA, M. José MALDONADO, M. Patrick REGLI, M. Jean-Claude SARI

Chef des Services Administratifs : Mme Florence GAUREL *Chef de Cabinet :* Mme Aurélie BELENGUER

Responsable de la Scolarité : Mme Nathalie BESNARD

DEPARTEMENT BIO-INGENIERIE PHARMACEUTIQUE
Responsable : Professeur Philippe PICCERELLE

PROFESSEURS

BIOPHYSIQUE	M. Vincent PEYROT M. Hervé KOVACIC
GENIE GENETIQUE ET BIOINGENIERIE	M. Christophe DUBOIS
PHARMACIE GALENIQUE, PHARMACOTECHNIE INDUSTRIELLE, BIOPHARMACIE ET COSMETOLOGIE	M. Philippe PICCERELLE

MAITRES DE CONFERENCES

BIOPHYSIQUE	M. Robert GILLI Mme Odile RIMET-GASPARINI Mme Pascale BARBIER M. François DEVRED Mme Manon CARRE M. Gilles BREUZARD Mme Alessandra PAGANO
GENIE GENETIQUE ET BIOTECHNOLOGIE	M. Eric SEREE-PACHA Mme Véronique REY-BOURGAREL
PHARMACIE GALENIQUE, PHARMACOTECHNIE INDUSTRIELLE, BIOPHARMACIE ET COSMETOLOGIE	M. Pascal PRINDERRE M. Emmanuel CAUTURE Mme Véronique ANDRIEU Mme Marie-Pierre SAVELLI
BIO-INGENIERIE PHARMACEUTIQUE ET BIOTHERAPIES PHARMACO ECONOMIE, E-SANTE	M. Jérémy MAGALON Mme Carole SIANI

ENSEIGNANTS CONTRACTUELS

ANGLAIS	Mme Angélique GOODWIN

DEPARTEMENT BIOLOGIE PHARMACEUTIQUE

Responsable : Professeur Françoise DIGNAT-GEORGE

PROFESSEURS

BIOLOGIE CELLULAIRE	M. Jean-Paul BORG
HEMATOLOGIE ET IMMUNOLOGIE	Mme Françoise DIGNAT-GEORGE Mme Laurence CAMOIN-JAU Mme Florence SABATIER-MALATERRE Mme Nathalie BARDIN
MICROBIOLOGIE	M. Jean-Marc ROLAIN M. Philippe COLSON
PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE MEDICALE, HYGIENE ET ZOOLOGIE	Mme Nadine AZAS-KREDER

MAITRES DE CONFERENCES

BIOCHIMIE FONDAMENTALE, MOLECULAIRE ET CLINIQUE	M. Thierry AUGIER M. Edouard LAMY Mme Alexandrine BERTAUD Mme Claire CERINI Mme Edwige TELLIER M. Stéphane POITEVIN
HEMATOLOGIE ET IMMUNOLOGIE	Mme Aurélie LEROYER M. Romaric LACROIX Mme Sylvie COINTE
MICROBIOLOGIE	Mme Michèle LAGET Mme Anne DAVIN-REGLI Mme Véronique ROUX M. Fadi BITTAR Mme Isabelle PAGNIER Mme Sophie EDOUARD M. Seydina Mouhamadou DIENE
PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE MEDICALE, HYGIENE ET ZOOLOGIE	Mme Carole DI GIORGIO M. Aurélien DUMETRE Mme Magali CASANOVA Mme Anita COHEN
BIOLOGIE CELLULAIRE	Mme Anne-Catherine LOUHMEAU

ATER

BIOCHIMIE FONDAMENTALE, MOLECULAIRE ET CLINIQUE	Mme Anne-Claire DUCHEZ
BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLECULAIRE	Mme Alexandra WALTON

A.H.U.

HEMATOLOGIE ET IMMUNOLOGIE	Mme Mélanie VELIER

DEPARTEMENT CHIMIE PHARMACEUTIQUE

Responsable : Professeur Patrice VANELLE

PROFESSEURS

CHIMIE ANALYTIQUE, QUALITOLOGIE ET NUTRITION	Mme Catherine BADENS
CHIMIE PHYSIQUE – PREVENTION DES RISQUES ET NUISANCES TECHNOLOGIQUES	M. David BERGE-LEFRANC
CHIMIE MINERALE ET STRUCTURALE – CHIMIE THERAPEUTIQUE	M. Pascal RATHELOT M. Maxime CROZET
CHIMIE ORGANIQUE PHARMACEUTIQUE	M. Patrice VANELLE M. Thierry TERME
PHARMACOGNOSIE, ETHNOPHARMACOGNOSIE	Mme Evelyne OLLIVIER

MAITRES DE CONFERENCES

BOTANIQUE ET CRYPTOGAMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE	Mme Anne FAVEL Mme Joëlle MOULIN-TRAFFORT
CHIMIE ANALYTIQUE, QUALITOLOGIE ET NUTRITION	Mme Catherine DEFOORT M. Alain NICOLAY Mme Estelle WOLFF Mme Elise LOMBARD Mme Camille DESGROUAS M. Charles DESMARCHELIER
CHIMIE PHYSIQUE – PREVENTION DES RISQUES ET NUISANCES TECHNOLOGIQUES	M. Pierre REBOUILLON
CHIMIE THERAPEUTIQUE	Mme Sandrine ALIBERT Mme Caroline DUCROS M. Marc MONTANA Mme Manon ROCHE Mme Fanny MATHIAS
CHIMIE ORGANIQUE PHARMACEUTIQUE HYDROLOGIE	M. Armand GELLIS M. Christophe CURTI Mme Julie BROGGI M. Nicolas PRIMAS M. Cédric SPITZ M. Sébastien REDON
PHARMACOGNOSIE, ETHNOPHARMACOLOGIE	M. Riad ELIAS Mme Valérie MAHIOU-LEDDET Mme Sok Siya BUN Mme Béatrice BAGHDIKIAN

MAITRES DE CONFERENCE ASSOCIES A TEMPS PARTIEL (M.A.S.T.)

CHIMIE ANALYTIQUE, QUALITOLOGIE ET NUTRITION	Mme Anne-Marie PENET-LOREC
CHIMIE PHYSIQUE – PREVENTION DES RISQUES ET NUISANCES TECHNOLOGIQUES	M. Cyril PUJOL
DROIT ET ECONOMIE DE LA PHARMACIE	M. Marc LAMBERT
GESTION PHARMACEUTIQUE, PHARMACOECONOMIE ET ETHIQUE PHARMACEUTIQUE OFFICINALE, DROIT ET COMMUNICATION PHARMACEUTIQUES A L'OFFICINE ET GESTION DE LA PHARMAFAC	Mme Félicia FERRERA

A.H.U.

CHIMIE ANALYTIQUE, QUALITOLOGIE ET NUTRITION	M. Mathieu CERINO

ATER

CHIMIE PHYSIQUE – PREVENTION DES RISQUES ET NUISANCES TECHNOLOGIQUES	M. Duje BURIC

DEPARTEMENT MEDICAMENT ET SECURITE SANITAIRE
Responsable: Professeur Benjamin GUILLET

PROFESSEURS

PHARMACIE CLINIQUE	M. Stéphane HONORÉ
PHARMACODYNAMIE	M. Benjamin GUILLET
TOXICOLOGIE ET PHARMACOCINETIQUE	M. Bruno LACARELLE Mme Frédérique GRIMALDI M. Joseph CICCOLINI

MAITRES DE CONFERENCES

PHARMACODYNAMIE	M. Guillaume HACHE Mme Ahlem BOUHLEL M. Philippe GARRIGUE
PHYSIOLOGIE	Mme Sylviane LORTET Mme Emmanuelle MANOS-SAMPOL
TOXICOLOGIE ET PHARMACOCINETIQUE	Mme Raphaëlle FANCIULLINO Mme Florence GATTACECCA
TOXICOLOGIE GENERALE ET PHARMACIE CLINIQUE	M. Pierre-Henri VILLARD Mme Caroline SOLAS-CHESNEAU Mme Marie-Anne ESTEVE

A.H.U.

PHYSIOLOGIE / PHARMACOLOGIE	Mme Anaïs MOYON
PHARMACIE CLINIQUE	M. Florian CORREARD

ATER.

TOXICOLOGIE ET PHARMACOCINETIQUE	Mme Anne RODALLEC

CHARGES D'ENSEIGNEMENT A LA FACULTE

Mme Valérie AMIRAT-COMBRALIER, Pharmacien-Praticien hospitalier

M. Pierre BERTAULT-PERES, Pharmacien-Praticien hospitalier

Mme Marie-Hélène BERTOCCHIO, Pharmacien-Praticien hospitalier

Mme Martine BUES-CHARBIT, Pharmacien-Praticien hospitalier

M. Nicolas COSTE, Pharmacien-Praticien hospitalier

Mme Sophie GENSOLLEN, Pharmacien-Praticien hospitalier

M. Sylvain GONNET, Pharmacien titulaire

Mme Florence LEANDRO, Pharmacien adjoint

M. Stéphane PICHON, Pharmacien titulaire

M. Patrick REGGIO, Pharmacien conseil, DRSM de l'Assurance Maladie

Mme Clémence TABELE, Pharmacien-Praticien attaché

Mme TONNEAU-PFUG, Pharmacien adjoint

M. Badr Eddine TEHHANI, Pharmacien – Praticien hospitalier

M. Joël VELLOZZI, Expert-Comptable

Remerciements

Je tiens tout d'abord à remercier **Frédérique Grimaldi**, qui me fait l'honneur d'être ma présidente de thèse avant de partir à la retraite. Merci d'avoir été là durant toutes ses années.

Un grand merci à mes jurys de thèse **Félicia Ferrera** et **Valérie Rocchi**, grâce à vous j'ai pu découvrir une facette du métier que je n'avais encore jamais vu. Merci pour vos conseils et votre bienveillance, j'espère suivre vos pas par la suite !

À ma **famille**, qui me pousse à toujours donner le meilleur de moi-même, et sans qui je ne saurai là aujourd'hui. Merci pour tout ce que vous m'apportez, je suis si gâtée (sans doute parce que je suis le « bébé » de la famille…),

À ma **famille de cœur**, merci d'être là au quotidien, vous êtes des personnes formidables,

À **Anthony**, merci pour ta patience, ton écoute et ton aide que ce soit pour la thèse ou dans la vie de tous les jours,

Et à mes **ami(e)s**, merci de m'apporter la joie de vivre et d'être toujours là pour moi.

Table des matières

I. INTRODUCTION ..... - 14 -

II. LE PARCOURS DE SOINS DU PATIENT ..... - 15 -

A. DEFINITION DU PARCOURS DE SOINS ..... - 15 -

B. APPROCHE HOLISTIQUE DU PATIENT ..... - 16 -

C. LES ACTEURS DU PARCOURS DE SOINS ..... - 19 -

D. LES BENEFICIAIRES DU PARCOURS DE SOINS ..... - 20 -

III. LE METIER DU PHARMACIEN D'OFFICINE ..... - 22 -

A. L'EVOLUTION DU METIER DE PHARMACIEN ..... - 22 -

B. UN PARADOXE ..... - 24 -

C. LOI HPST, LE PHARMACIEN AU CENTRE DU PARCOURS DE SOINS ..... - 24 -

IV. LA PHARMACIE CLINIQUE ..... - 26 -

A. DEFINITION ET LEXIQUE ..... - 26 -

B. L'EXERCICE DE LA PHARMACIE CLINIQUE ..... - 27 -

C. LE PROCESSUS DE LA PHARMACIE CLINIQUE ..... - 28 -

1. Dispensation ..... - 28 -

2. Bilan de médication (BM) ..... - 29 -

3. Plan Pharmaceutique Personnalisé (PPP) ..... - 32 -

D. L'EDUCATION THERAPEUTIQUE DU PATIENT ..... - 32 -

1. Qu'est-ce que l'Éducation Thérapeutique du Patient ? ..... - 32 -

2. Place du pharmacien dans l'ETP ..... - 33 -

3. Objectif d'un programme ETP ..... - 35 -

4. Mise en place d'un programme d'ETP ..... - 36 -

5. Action d'Éducation Thérapeutique Ciblée (AETC) ..... - 39 -

6. Le programme Pharm'Observance PACA ..... - 40 -

V. EXEMPLE D'APPLICATION PRATIQUE A L'OFFICINE ..... - 42 -

A. CAS N°1 ; PATIENT ASTHMATIQUE. ..... - 42 -

1. Description du cas ..... - 42 -

2. Dispensation ..... - 43 -

3. Bilan de médication ..... - 45 -

4. Conclusion ..... - 47 -

B. CAS N°2 ; PATIENT SOUS AVK ..... - 47 -

1. Description du cas ..... *- 47 -*

2. Dispensation ..... *- 49 -*

3. Bilan de médication ..... *- 51 -*

4. Conclusion ..... *- 54 -*

C. CAS N°3 ; CHANGEMENT DE TRAITEMENT ..... - 55 -

1. Description du cas ..... *- 55 -*

2. Dispensation ..... *- 56 -*

3. Bilan de médication ..... *- 57 -*

4. Plan Pharmaceutique Personnalisé ..... *- 58 -*

5. Conclusion ..... *- 59 -*

VI. LES MISSIONS DU PHARMACIEN CLINICIEN D'OFFICINE ..... - 60 -

A. MISSIONS DE PREMIER ORDRE ..... - 60 -

1. Prévention, dépistage, diagnostic et suivi des patients ..... *- 60 -*

2. Dispensation, administration des médicaments et conseil pharmaceutique ..... *- 61 -*

3. Orientation dans le système de soins et le secteur médico-social ..... *- 61 -*

4. Éducation pour la santé ..... *- 61 -*

B. AUTRES MISSIONS ..... - 62 -

C. QUESTIONNAIRE SUR LES MISSIONS DU PHARMACIEN ..... - 63 -

1. Introduction ..... *- 63 -*

2. Matériels et méthodes ..... *- 64 -*

3. Objectif ..... *- 64 -*

4. Méthode et résultats ..... *- 65 -*

5. Analyse des résultats ..... *- 67 -*

6. Conclusion ..... *- 69 -*

VII. CONCLUSION ..... - 69 -

SERMENT DE GALIEN ..... - 71 -

TABLE DES FIGURES ..... - 72 -

ANNEXES ..... - 72 -

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES ..... - 79 -

Liste des abréviations

PDS : Parcours De Soins

HPST : Hôpital Patient Santé Territoires

SFPC : Société Française de Pharmacie Clinique

ETP : Éducation Thérapeutique du Patient

PPP : Plan Pharmaceutique Personnalisé

HAS : Haute Autorité de Santé

EPC : Expertise Pharmaceutique Clinique

BM : Bilan de Médication

AETC : Action d'éducation Thérapeutique Ciblée

AVK : Anti-Vitamine K

AOD : Anticoagulant Oraux Direct

IPP : Inhibiteur de la Pompe à Protons

I. Introduction

Le monde dans lequel nous vivons est caractérisé par le progrès, l'évolution et le changement s'appliquant dans tous les domaines qui nous entourent. Parmi ces domaines, on peut citer celui de l'activité pharmaceutique qui reste en perpétuelle évolution.

En effet, ce métier a énormément changé depuis sa création ; de la préparation à la dispensation de médicaments, les responsabilités du pharmacien n'ont cessé de croître. Petit à petit de nouvelles missions sont apparues mettant en valeur le rôle du pharmacien dans la prise en charge globale du patient, tout en étant en collaboration interprofessionnelles.

Cette évolution du métier, liée en grande partie à l'augmentation des maladies chroniques a entraîné une nécessité d'adaptation des soins aux besoins des malades. Avec un français sur quatre concerné par ces pathologies dites chroniques, le secteur de la santé à réaliser que, pour avancer, l'implication des patients dans le suivi de leur maladie ainsi que la possibilité pour les professionnels de santé d'être plus à leur écoute et plus disponible en termes de compétences éducatives était plus que nécessaire.

Parmi ces professionnels il y a le pharmacien, et la question qui se pose aujourd'hui est quel est son rôle dans le parcours de soins du patient ? Comment pourrait-on le définir ? Pour y répondre nous nous intéresserons au modèle de la pharmacie clinique[1] et a son application à l'officine.

II. Le parcours de soins du patient

Concernant plus de 15 millions de personnes en France, les maladies chroniques constituent une préoccupation majeure que ça soit dans la santé publique ou au niveau économique. La loi Hôpital Patient Santé Territoires de 2009 souligne donc la nécessité d'une approche coordonnée entre les professionnels de santé ayant pour but une amélioration de la qualité des soins pour les malades atteints de ces pathologies chroniques.[2]

A. Définition du parcours de soins

Le parcours de soins du patient a été mis en place par la loi du 13 août 2004 relative à l'organisation de l'offre de soins[3]. Le parcours de soins peut être schématisé par le parcours que va réaliser le patient à travers les différents professionnels de santé impliqués dans sa pathologie. Or, si ce parcours n'a pas de lien ni de communication, le patient risque d'être perdu en chemin et de ne plus savoir quoi faire. C'est là que le parcours de soins intervient.

On appelle cela les bonnes pratiques professionnelles[4], elles ont pour but d'améliorer la qualité de la prise en charge, clinique ou bien thérapeutique, du patient et d'améliorer son accompagnement tout au long de sa maladie. Une coordination des interventions professionnelles est nécessaire, elle doit être la plus adaptée possible au patient pour permettre une meilleure intégration des différentes dimensions de la qualité des soins et donc une prise en charge plus global et sur le long terme[5].

S'il fallait résumer le parcours de soin à deux notions clés, la première serait la collaboration entre professionnels de santé. En effet, lorsqu'un patient est atteint d'une maladie chronique, c'est non pas un professionnel de santé mais plusieurs qui entrent en jeu. Les professionnels de santé regroupent les médecins, spécialistes ou non, mais également d'autres parties du corps médical comme les pharmaciens ou para médical comme les infirmiers. La bonne communication entre ces professionnels est indispensable,

et permet une prise en charge plus globale du patient, deuxième notion clés du parcours de soin. Cette notion est très importante, et est mise en avant dans l'approche holistique du patient.

B. Approche holistique du patient

Aujourd'hui, les patients souhaitent devenir acteurs de leur santé en gagnant de l'autonomie tout en recevant les soins des professionnels de santé qui les entourent.
Le patient n'est plus vu uniquement comme un malade mais comme une personne dans toute sa complexité, ce qui nous amène au terme d'approche holistique.
Ce terme vient du grec *holos* qui signifie entier.
Dans cette approche, on prend en considération la santé globale, entière, du patient que ce soit son bien-être physique, social, spirituel ou psychologique.
L'implication de plusieurs professionnels de santé permet de traiter la maladie mais également les effets secondaires physiques et psychologiques. Il y a une prise en charge plus globale c'est-à-dire que le patient est pris en tant qu'individu et son environnement en prenant en compte son degré d'autonomie, son mode de vie, son état de santé etc…

Pour illustrer cette approche holistique du patient, on va prendre l'exemple d'une personne atteinte du diabète[6] de type 2. Le diabète de type 2 est une pathologie caractérisée par une hyperglycémie chronique, c'est-à-dire par un taux trop élevé de glucose (sucre) dans le sang. Elle survient généralement chez l'adulte avançant en âge, touchant d'avantage les personnes ayant un surplus de poids, ou elle peut être héréditaire. Pour être plus clair, chez un individu du sain, c'est-à-dire sans problème de santé, la glycémie est régulée par l'insuline. L'insuline est une hormone sécrétée par le pancréas, elle permet l'entrée du sucre dans les cellules pour qu'il soit utilisé comme « carburant » particulièrement dans le foie et les muscles. Chez une personne atteinte de diabète de type 2, l'organise devient incapable de réguler la glycémie. On parle d'hyperglycémie, à long terme si elle n'est pas abaissée cela peut causer plusieurs problèmes de santé. La base du

traitement est une saine habitude de vie qu'on appelle les règles hygiéno-diététiques. Si cela ne suffit pas on introduit un traitement médicamenteux en plus.

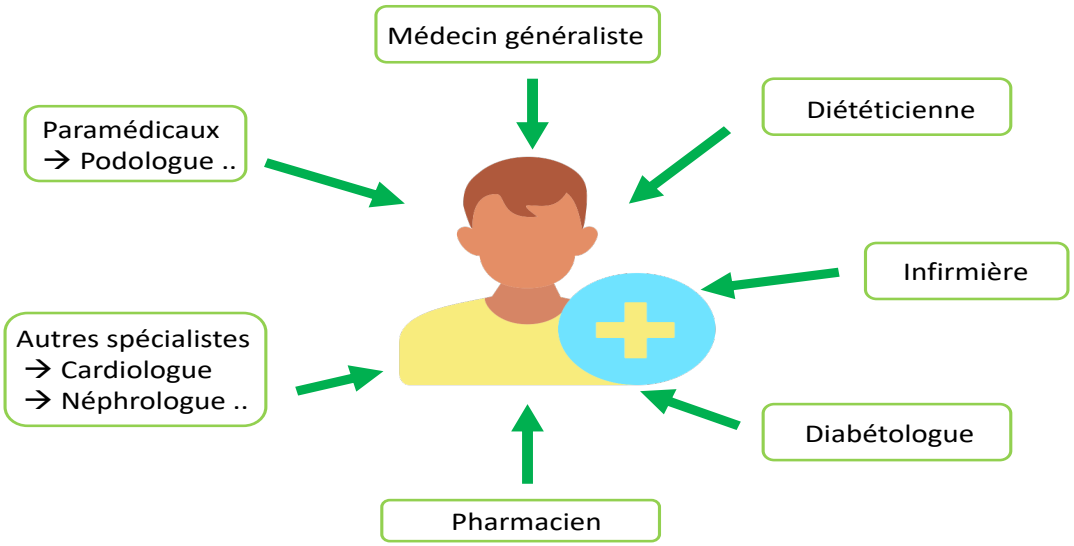


Figure 1 - La médecine centrée sur le patient

Cette figue représente les différents professionnels de santé qui entourent le patient, ceux avec qui il devra s'entretenir régulièrement pour un bon suivi de sa pathologie. Cependant comme c'est représenté sur la figure, le patient est « encerclé » par tous ces professionnels de santé, il est mis au centre sans pour autant en faire partie à part entière, il est passif et risque ainsi de se sentir cerné.

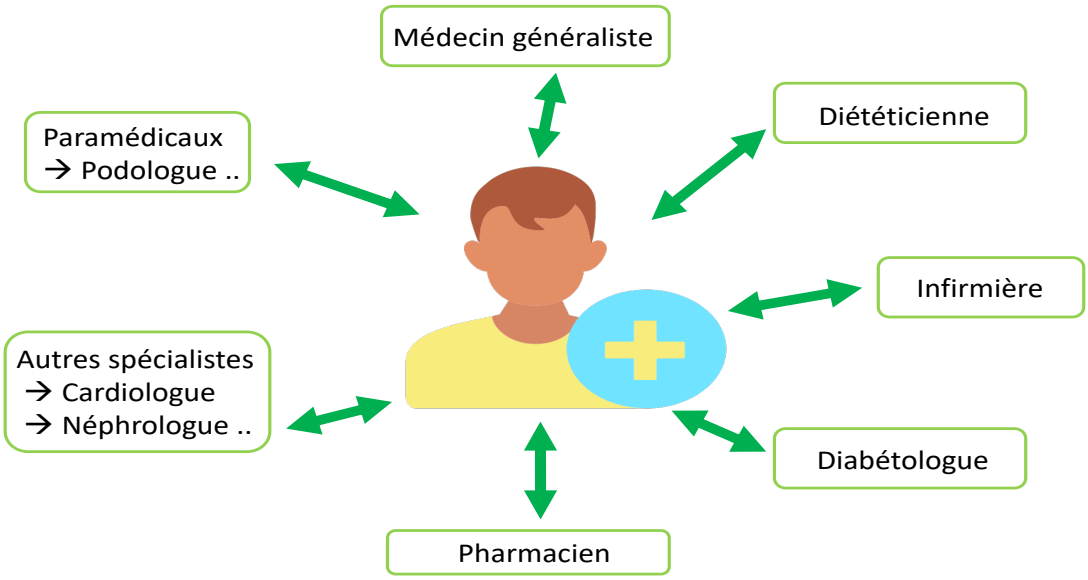


Figure 2- La médecine de la personne

Ici, le patient entre dans le cercle et en fait donc partie, il a des échanges actifs avec les professionnels de santé. Ces échanges sont importants car ils permettent une évolution en fonction des évènements qui marqueront l'évolution de sa maladie comme par exemple lors de diabète déséquilibré, de complications ou de grossesse.

Lorsque qu'un patient est atteint de diabète, les professionnels de santé qu'il voit le plus souvent sont le pharmacien tous les mois lors de la délivrance de ses médicaments, le médecin généraliste ainsi que les infirmiers. Ils constituent un rôle majeur dans les soins primaires. Mais les autres spécialistes comme le cardiologue ou néphrologue et les paramédicaux comme le podologue sont tout aussi important pour que l'ensemble de la prise en charge soit optimisé, c'est pour cela qu'il est nécessaire d'avoir une bonne communication que ce soit entre professionnels de santé et avec le patient lui-même comme on peut le voir dans la figure 3 ci-dessous.

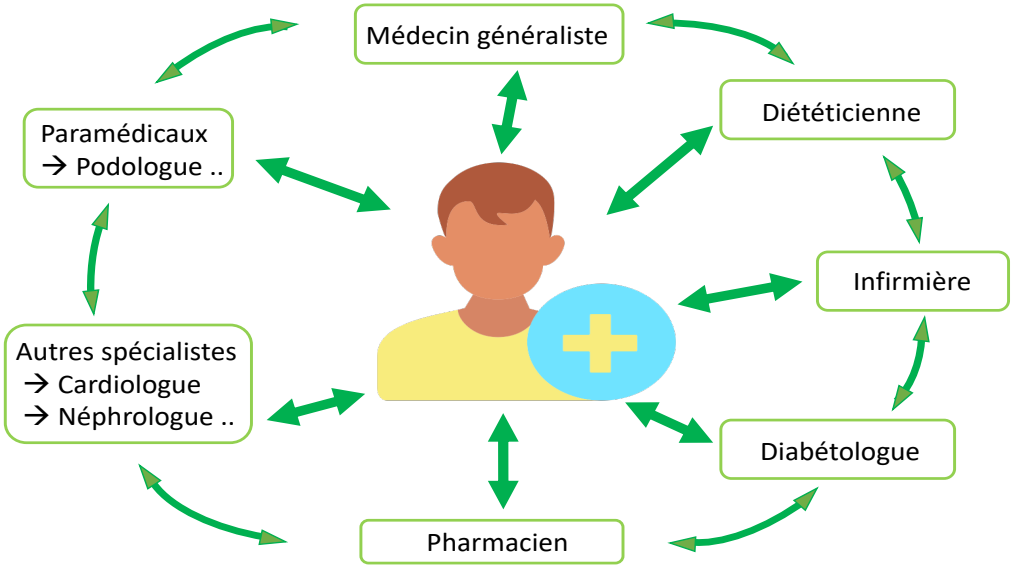


Figure 3 - Échange avec le patient et entre les professionnels de santés

En effet, dans cette figure on voit les intervenants du parcours du soin communiquer sur le dossier du patient, il est tenu informé des échanges et a un rôle actif, il devient acteur de sa maladie et non plus spectateur. Tout ce système, si bien mis en place, permet

d'obtenir des réponses thérapeutiques personnalisées grâce à une analyse de données en temps réel ainsi qu'une meilleure approche relationnelle.

Ces trois figures ci-dessus nous montre l'évolution de la prise en charge du patient, qui au début était centré sur la pathologie et qui, au fil des années, devient de plus en plus focalisé sur le patient en tant que personne dans toute sa complexité devenant ainsi acteur de sa santé.

C. Les acteurs du parcours de soins

Plusieurs acteurs sont nécessaires afin que le parcours de soins soit complet, parmi ces acteurs on a les différents professionnels de santé libéraux et hospitaliers mais aussi les intervenants paramédicaux et sociaux. On peut les regrouper suivant les différentes étapes d'un parcours de soins :

La prévention et le dépistage regroupant les professionnels de santé qui sont en charge des mesures hygiéno-diététiques, l'Éducation Thérapeutique du Patient (ETP), le dépistage, l'aide au sevrage et autre. Ils accompagnent le patient dans toutes les étapes de leur pathologie.

La médecine de ville ; ce sont les médecins traitants, le pharmacien d'officine, les médecins spécialistes, les psychologues …

L'hôpital ; concernant des urgences ou pas, on y retrouve les médecins spécialistes, le pharmacien hospitalier, les infirmiers etc…

Les Soins de Suite et Réadaptation et Établissements Médicaux Spécialisés qui regroupe les médecins rééducateurs, coordinateurs, infirmiers …

Et puis le médico-social à domicile, les « ressources » c'est-à-dire l'entourage du patient et pour finir les juridico-assuranciel pour tout ce qui est logistiques et assurances[7].

Ces nombreux acteurs, en collaboration, permettent au patient de se sentir bien entouré tout en ayant la prise en charge dont il a besoin.

D. Les bénéficiaires du parcours de soins

Plusieurs patients sont concernés par le parcours de soins, notamment 3 grandes catégories :

- **Les patient atteint de maladies chroniques**

Les patients atteints de maladies chroniques sont au cœur de la démarche du PDS.
Une maladie chronique est une maladie de longue durée, évolutive, souvent associée à une invalidité et à un risque de complications graves.
Ces maladies comprennent :

⇒ Les maladies communes ; broncho-pneumopathie chronique obstructive, asthme, diabète, cancer, maladies cardio-vasculaires, sclérose en plaque, maladies neurodégénératives,
⇒ Les maladies rares ; mucoviscidose, drépanocytose, myopathies,
⇒ Les maladies transmissibles persistantes ; hépatite C, sida,
⇒ Et les troubles mentaux de longue durée comme la dépression ou la schizophrénie

L'évolution de ces pathologies sont variables, plusieurs mois au minimum, provoquant souvent des situations de handicap temporaire ou définitif.
Elles nécessitent une prise en charge généralement à vie, et c'est pour cela que le PDS à un rôle important, il permet d'éviter au maximum les erreurs thérapeutiques dont il peut être sujet tout au long de sa vie.

- **Les personnes âgées**

Il faut savoir qu'en France, 57% des personne âgées de 75 ans ou plus ont au moins une affection de longue durée, 40% ont au moins deux affections de longue durée, 3,6% au moins trois et 0,8% au moins quatre.

Les poly pathologies des personnes âgées peuvent être associé à plusieurs situations comme la vulnérabilité ou la perte d'autonomie. C'est en parti pour cela qu'il est important d'avoir un suivi bien complet et adapté pour eux. Le suivi de ces patients doit être renforcé pour éviter les risques de ré administration non programmé[8] ainsi que les ruptures de soin. Quand on parle de rupture de soin on peut sous-entendre la rupture du PDS, en effet si cela se produit il peut y avoir des conséquences néfastes pour le patient, jusqu'à l'échec thérapeutique.

C'est pour cela que la Haute Autorité de Santé (HAS) a pour objectif « que les parcours de santé soient sans ruptures, assurant ainsi, par la coordination des prises en charges et interventions, l'accessibilité et la continuité des soins pour tous, en priorité pour les personnes souffrant de pathologies chroniques, de poly-pathologies ou de perte d'autonomie, garantissant ainsi la qualité, la sécurité et l'efficience des soins, accompagnements, services ou produits de santé, en ambulatoire, à domicile, comme en établissements de santé ou médico-sociaux. »[9]

Il est donc indispensable de bien coordonner les soins en favorisant une continuité de prise en charge médico-sociale et sanitaire.

- **Autour de la naissance, les futures mamans**

Le PDS autour de la naissance n'est pas à négliger non plus. Il faut préparer la grossesse dans les meilleures conditions de santé en évitant d'éventuelles complications obstétricales ou de problème de santé chez l'enfant ainsi que la mère après la naissance.
Cela nécessite un suivi durant toutes les étapes de la grossesse : avant la conception, pendant la période anténatale (entretien et séances de préparation), l'accouchement ainsi que le séjour à la maternité, le suivi postnatal à domicile et pour fini l'accompagnement de la mère et de l'enfant dans les mois qui suivent la naissance.

Comme on peut le voir, le parcours de soins du patient ne s'arrête pas seulement aux patients ayant une pathologie chronique, l'intérêt d'une coopération est primordial dans certaines étapes de la vie pour permette une amélioration de la qualité de vie, un accompagnement renforcé et surtout pour éviter toute apparition ou aggravation de problème de santé.

C'est dans ces moment-là notamment que le métier du pharmacien a une place primordiale, étant la dernière étape avant que le patient prenne son traitement, il se doit d'être rigoureux et attentif.

III. Le métier du pharmacien d'officine

Au fil du temps, le métier du pharmacien a évolué en parallèle de la société. De nouvelles missions ont vu le jour et d'autres ont été renforcées par la législation française, notamment avec la loi HPST en juillet 2009 qui a permis d'introduire de nouvelles notions comme l'Éducation Thérapeutique du Patient.

A. L'évolution du métier de Pharmacien

Le métier de pharmacien d'officine n'a cessé d'évoluer depuis sa naissance. Comme l'explique M. Bouvet dans son ouvrage « Histoire de la Pharmacie en France »[10], ce n'est qu'au VIème siècle qu'apparait la notion de *Pigmentarius.* À cette époque les épices étaient rares, très prisées et étaient donc considérées comme des médicaments d'où *Pigmentarius* signifiant « le marchand d'épices ».

Puis, au XIIIème siècle, les médecins, considérant que l'art de mélanger ainsi que de préparer des drogues nécessite une formation, confient cet acte à leurs apprentis prenant donc la place des Pigmentarii. À leur place vinrent donc les précurseurs des Apothicaires, au

fil des années ils se forment, faisant de la profession une profession de plus en plus scientifique.

A ces débuts, l'Apothicaire était qu'un simple fabricant de remèdes et il était tenu d'exécuter l'ordonnance médicale faite par le médecin. En cas d'absence d'une des spécialités prescrites il avait le droit de le remplacer par une autre spécialité de même indication, on parle, à cette époque, de « qui pro quo », qui se rapproche de notre droit de substitution d'aujourd'hui.

En 1777, Louis XVI fait de l'ancienne salle de l'assemblée de la communauté des maitres apothicaires un Collège Royal de Pharmacie et reconnait donc le monopole de la vente des médicaments aux seuls membres de ce collège[11]. Ce fut un grand pas dans le domaine de la pharmacie, le mot « Apothicaire » laisse place à celui de « Pharmacien ». Titre tiré du grec « *pharmakon* » signifiant remède et poison, désignant celui qui connaît et détient des substances actives dont le pouvoir thérapeutique peut se doubler d'une certaine toxicité.

Il fallut attendre le début du XIXème siècle pour voir apparaitre la première loi sur le métier officinal[12]. Comme on peut le voir dans l'extrait de la Loi de 1803[12] *(annexe 1),* le métier du pharmacien devient une réelle profession, nécessitant un diplôme venant des Écoles de pharmacies seulement après 8 années d'études.

Après cela, 2 failles apparaissent ; l'une concernant la définition stricte du médicament. N'étant pas défini, et n'ayant pas de réglementation spécifique, des remèdes « secrets » commençaient à voir le jour. Une décrédibilisation du pharmacien s'installa, vu comme des « vendeur de rêves », Louis XV créa donc une véritable commission de contrôle de produits. Puis l'autre faille étant qu'aucun outil ne permettait de mesurer ou quantifier le rapport bénéfice/risque des médicaments. Et ce n'est qu'en 1940 avec la notion de statistiques, que le milieu médical pris conscience des risques réels des produits commercialisés et donc instaura une véritable police sanitaire[13].

B. Un paradoxe

Après ces lois, le pharmacien d'officine ne prépare plus, il vend et est parfois qualifié d'épicier. C'est un paradoxe qui s'installe au fil du temps et qui est dû au changement de méthode de fabrication du médicament. On est passé d'un préparatoire officinal à un atelier, une coopérative puis à une usine de fabrication.

Jusque dans les années 1940, la pharmacie d'officine se résumé essentiellement à préparer les médicaments à partir de matière première en fonction d'une prescription pour un patient donné. Or aujourd'hui, avec l'industrie qui s'est énormément développée, ce n'est plus le pharmacien d'officine qui prépare les médicaments mais les « usines » industrielles, ce qui permet d'avoir les médicaments préparés en avance et directement prêt à l'emploi, on parle de « spécialités pharmaceutiques ». Les préparations à proprement parler c'est-à-dire réalisées extemporanément par l'officinal dans son préparatoire deviennent de plus en plus rares.

Tout cela a entrainé une modification radicale de l'exercice pharmaceutique devenant plus commercial, avec notamment l'essor de la parapharmacie[14], et moins artisanal mais cela a permis de développé néanmoins la nécessité d'acquérir des compétences particulièrement pointues en termes de pharmacologie, de dosage, d'incompatibilités et de contre-indication.

C. Loi HPST, le pharmacien au centre du parcours de soins

Une des notions qui reste inchangée est que le pharmacien demeure LE spécialiste du médicament. Depuis cette époque le métier du pharmacien est souvent remis en cause, on cherche à justifier l'intérêt du métier. Le pharmacien est un maillon indispensable du système de santé et il doit avoir une place bien définie au sein du parcours de soin, au même titre que les autres professionnels.

De ce fait, la loi HPST du 21 juillet 2009 nous permet de jour en jour de construire les bases d'une évolution très forte du métier : le pharmacien est reconnu comme un professionnel de santé à part entière et est susceptible de participer aux soins de premiers recours tout comme à l'éducation et l'accompagnement des patients sous traitement chroniques.

Créée en 2009 à l'initiative du pharmacien et ministre de la santé, cette loi est un projet d'organisation sanitaire et non de financement. Elle permet de redéfinir les rôles de chaque acteur de santé, pas seulement des pharmaciens, et prône une meilleure coordination de ces derniers pour replacer le patient au cœur de toutes les préoccupations.

Concernant le champ d'action des pharmaciens d'officine ;

Les pharmaciens d'officine[15] :

- « Contribuent aux soins de premier recours » ;
- « Peuvent participer à l'éducation thérapeutique et aux actions d'accompagnement de patients » ;
- « Peuvent être désignés comme correspondants au sein de l'équipe de soins par le patient » ;
- « Peuvent proposer des conseils et prestations destinés à favoriser l'amélioration ou le maintien de l'état de santé des personnes ».

En plus de reconnaitre le caractère essentiel et indispensable de nombreuses actions qu'ils menaient déjà au quotidien, cette loi offre de nouvelles perspectives. En effet, jusqu'à celle-ci les pharmaciens d'officine étaient les seuls professionnels de santé dont le Code de la Santé Publique ne précisait pas le champ d'activité en dehors de la dispensation et des préparations médicamenteuses.

Cette loi définit que le pharmacien doit être plus investi dans le parcours de soin du patient, ses actions doivent désormais se situer pleinement en complément de celle du médecin et des autres professionnels de santé pour renforcer les prescriptions et optimiser les traitements du patient.

C'est une réelle opportunité pour les pharmaciens de pouvoir élargir leurs compétences vers les services pharmaceutiques à la personne, d'où l'introduction de la notion de la pharmacie clinique.

IV. La pharmacie clinique

A. Définition et lexique

La pharmacie clinique apparait dans les années 1960 aux États-Unis.
A cette époque les médecins devaient faire face à de nombreux procès concernant la mauvaise gestion de la thérapie médicamenteuse.

En effet, le métier du médecin est principalement axé sur le diagnostic clinique mais en ce qui concerne les médicaments, a proprement parlé, le pharmacien en est le spécialiste. Des erreurs thérapeutiques ont donc mené le corps médical à demander l'aide des pharmaciens, en clair une collaboration entre le médecin et le pharmacien doit se créer. En combinant leurs connaissances, on arrive à une prise en charge plus complète, plus sûre, du patient permettant ainsi de vérifier :

- L'adéquation de la stratégie thérapeutique avec l'état physiopathologique du patient,
- L'absence de problèmes liés à cette stratégie,
- L'efficience des traitements en termes de rapport coût/efficacité et bénéfices/risques. [16]

Dès lors, dans les années 1980, la pratique s'est répandue au Québec et de nouvelles responsabilités se sont vu confiées aux pharmaciens. Aujourd'hui leurs missions, décrites par l'Ordre des pharmaciens du Québec, sont *(annexe 2)* :

- Prolonger l'ordonnance d'un médecin,
- Administrer un médicament afin d'en démontrer l'usage approprié,

- Substituer un médicament en cas de rupture d'approvisionnement,
- Ajuster l'ordonnance d'un médecin,
- Prescrire des médicaments pour certaines conditions mineures,
- Prescrire un médicament lorsqu'aucun diagnostic n'est requis,
- Prescrire des analyses de laboratoire[17].

En France, le développement de la pharmacie clinique se fait grâce à la formation universitaire mais également grâce à la création, en 1984, de la Société Française de Pharmacie Clinique (SFPC).

A l'échelle française, la SFPC définit la pharmacie clinique comme « une discipline de santé centrée sur le patient dont l'exercice a pour objectif d'optimiser la prise en charge thérapeutique, à chaque étape du parcours de soins ». Elle rajoute que « les actes de pharmacie clinique contribuent à la sécurisation, la pertinence et à l'efficience du recours aux produits de santé ». Et enfin que l'exercice de la pharmacie clinique doit se faire « en collaboration avec les autres professionnels impliqués, le patient et ses aidants. »[18]

Ce terme clinique vient du grec « klinos » signifiant « le lit », la pharmacie clinique se traduit donc littéralement par l'exercice de « la pharmacie au lit du malade ». Le pharmacien clinicien doit assurer une prise en charge pharmaceutique globale et optimale centrée sur le patient et non sur le produit, en ne se limitant pas exclusivement à ses connaissances sur les médicaments. La collaboration interdisciplinaire doit se faire avec le corps médical d'un coté qui diagnostique les pathologies et définit les stratégies thérapeutiques et de l'autre avec le corps infirmier qui prodigue les soins du malade.

B. L'exercice de la pharmacie clinique

Dans la prise en charge médicamenteuse, le pharmacien clinicien intervient dans plusieurs étapes. Que ce soit au niveau de ses connaissances pharmacologiques, pharmacocinétiques, pharmaco-thérapeutiques ou bien galéniques du médicament, il aide à

parvenir aux objectifs thérapeutiques grâce à une évaluation des rapports bénéfice/risque et coût/efficacité.

Lorsque la prescription médicale est établie, le pharmacien clinicien vérifie sa conformité aux référentiels scientifiques et assure une analyse pharmaceutique de l'ordonnance. Lors de cette analyse, le pharmacien doit détecter les éventuelles contre-indications et interactions médicamenteuses mais aussi valide les posologies ainsi que les rythmes d'administration. Le cas échéant, une intervention pharmaceutique est nécessaire.

Une intervention pharmaceutique se définit par « toute action initiée par un pharmacien qui induit directement une modification de la prise en charge du patient ».
Le pharmacien peut, s'il le juge nécessaire, proposer un traitement mieux adapté au prescripteur qui peut établir une nouvelle ordonnance ou donner son accord au pharmacien pour qu'il délivre un autre médicament.

Puis une fois que le médicament est administré au patient, il doit surveiller et détecter l'apparition d'effets indésirables, le cas échéant, il doit en notifier le centre régional de pharmacovigilance dont il dépend.

C. Le processus de la pharmacie clinique

Trois types d'actes pharmaceutiques déterminent le processus de la pharmacie clinique[1] *(annexe 4)* : la dispensation, le bilan de médication et le Plan Pharmaceutique Personnalisé (PPP).

1. Dispensation

La dispensation correspond à la première étape du processus. Le pharmacien, comme définie par l'article R.4235-48 du Code de la Santé Publique, doit :
« Assurer dans son intégralité l'acte de dispensation, associant à sa délivrance :

⇒ L'analyse pharmaceutique de l'ordonnance médicale si elle existe ;

⇒ La préparation éventuelle des doses à administrer ;

⇒ La mise à disposition des informations et des conseils nécessaires au bon usage du médicament ».

Cet article démontre que l'acte de dispensation ne se limite pas à la simple délivrance des médicaments, et mobilise les compétences du pharmacien pour apporter un conseil adapté au patient.

En effet, l'analyse pharmaceutique de l'ordonnance fait partie intégrante de l'acte de dispensation. Elle permet la vérification des posologies, doses, durées de traitement, modes et rythmes d'administration, absence de contre-indications, interaction et redondances médicamenteuses.

Différentes étapes définissent donc la dispensation[19] :

- L'analyse pharmaceutique de l'ordonnance et des médicaments prescrits, le suivi et la réévaluation éventuelle du traitement,
- Le conseil pharmaceutique,
- La délivrance,
- La contribution aux vigilances et traitements des alertes sanitaires.

Ces étapes doivent être réalisées à chaque dispensation, que ce soit dans le cas d'un renouvellement de traitement, d'un traitement aigue ou bien simplement lors de dispensation d'un médicament dit « conseil ».

C'est notamment lors de cette étape qu'une intervention pharmaceutique peut être réalisée, d'où son importance.

2. Bilan de médication (BM)

Seconde étape dans le processus de la pharmacie clinique, appelé également bilan de médication partagé. Deux éléments rentrent eu jeu dans cette étape, d'abord la conciliation

des traitements médicamenteux. C'est un processus formalisé qui, lors d'une nouvelle prescription, prend en compte tous les médicaments pris et à prendre par le patient[20].

On a un partage d'informations et une coordination pluri professionnelle.

Puis on a l'Expertise Pharmaceutique Clinique (EPC), qui est définie par l'évaluation par le pharmacien de la situation médico-pharmaceutique du patient ainsi que ses besoins pharmaco-thérapeutiques. Tout cela au regard des paramètres cliniques et biologiques, pour permettre de sécuriser et d'optimiser la prise en charge du patient.

Le bilan de médication est donc le résultat d'une conciliation des traitements médicamenteux associée à une EPC.

Ses objectifs sont :

- ⇒ Réduire le risque des effets indésirables liés aux médicaments,
- ⇒ Apporter des réponses aux interrogations du patient concernant ses traitement,
- ⇒ Améliorer l'observance thérapeutique.

Pour ce faire, des étapes, réalisés dans la continuité, sont indispensables à son efficacité.

a) Recrutement du patient

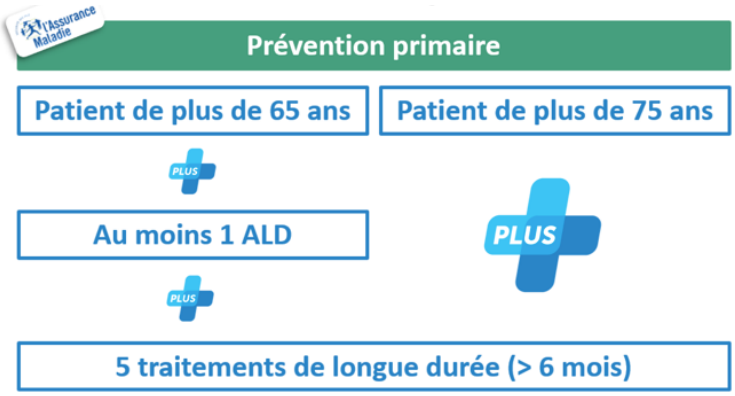


Figure 4 - Patients éligibles au BMP

Cette figure représente les critères d'éligibilités au bilan de médication partagé, réalisée par la SFPC. Ce sont donc les patients ayant plus de 65 ans qui présentent une affection de longue durée ou les patients de plus de 75 ans ayant plus de cinq traitements de

longue durée, c'est-à-dire supérieur à 6 mois. Lors du recrutement, il est nécessaire de l'informer sur les objectifs du BMP pour s'assurer de son adhésion. De plus il faut que lors du rendez-vous le patient apporte ses analyses biologiques du dernier mois, pour avoir des informations plus complètes.

b) Entretien de recueil d'information

Cet entretien est indispensable, il permet d'obtenir les informations nécessaires à l'analyse des traitements et donc par la suite définir les objectifs de l'entretien « conseils ». On recherche des informations générales du patient mais également ses antécédents médicaux, ses habitudes de vie, son état physiologique, la connaissance du patient sur ces médicaments et s'il est observant ou non.

c) Analyse des traitements

Cette analyse a pour but de déceler les problèmes que peut avoir le patient sur son traitement pour pouvoir y remédier avec le médecin traitant.
D'abord, à l'aide du bilan médicamenteux[21] *(annexe 3)* on vérifie que chaque médicament prescrit a une indication. Puis on réalise une analyse pharmaceutique pour vérifier les posologies ainsi que les interactions médicamenteuses. Enfin on évalue l'observance du patient grâce aux réponses du patient.

Après cette analyse, une synthèse doit être rédigée à l'intention du médecin traitant dans laquelle se trouvent les différentes propositions d'intervention pharmaceutique. Le médecin analysera ces propositions et fera les modifications thérapeutiques nécessaires s'il les accepte. Cette étape permet d'identifier les patients, ou bien les situations, à risque qui nécessitent un Plan Pharmaceutique Clinique.

3. Plan Pharmaceutique Personnalisé (PPP)

Dernière étape du processus de pharmacie clinique. C'est un projet formalisé de suivi thérapeutique individualisé qui est proposé par le pharmacien à l'issue du bilan de médication dans un souci de continuité des soins.

Il y aura 3 choix possibles suite au BM :

- Tout va bien ;

Le patient ne nécessite pas d'accompagnement supplémentaire.

- Des problèmes mineurs sont détectés ;

Le patient nécessite d'avoir un entretien thérapeutique avec le pharmacien pour ajuster le traitement, ou approfondir des informations essentielles pour éviter l'inobservance ou le mésusage.

- Des problèmes majeurs sont détectés ;

Un accompagnement plus poussé, qu'on qualifiera de « suivi thérapeutique personnalisé » avec instauration d'actions formalisées documentées de toute natures menés par le pharmacien pour résoudre ses problèmes majeurs.
Ces actions sont appelées « plan pharmaceutique personnalisé » alias le PPP.

D. L'éducation thérapeutique du patient

1. Qu'est-ce que l'Éducation Thérapeutique du Patient ?

C'est l'action d'aider quelqu'un à adhérer aux thérapeutiques au sens large. D'après la définition de l'OMS[22], l'ETP vise à « aider les patients (et l'entourage) à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique ».

Dans cette définition, 3 notions clés apparaissent :

Le **patient** ; il reste l'élément principale de cette démarche, il ne doit pas être spectateur mais bien acteur de sa maladie,

Ensuite nous avons le **besoin** : l'aide vient en fonction des besoins du patient, tous différents d'une personne à une autre

Et pour finir la **maladie chronique** : en effet l'ETP s'adresse principalement aux patients ayant une maladie qui dure dans le temps ou dont les séquelles sont chroniques et avec lesquelles il faut apprendre à vivre.

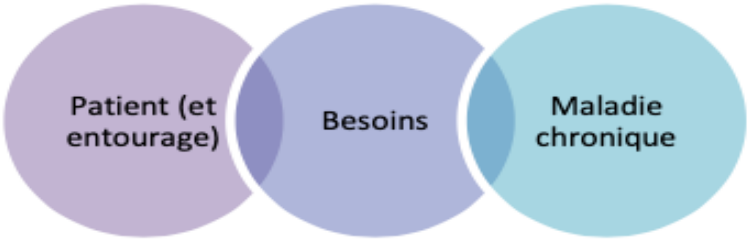


Figure 5 - Trois notions clés de l'ETP

L'ETP c'est apporter des connaissances et des compétences, mais c'est également aider au changement du comportement. On peut savoir mais l'important c'est d'appliquer.

L'ETP est inscrite dans le Code de la Santé Publique, depuis 2009, aux articles L.1161-1/4 de la loi HPST. Elle vise à améliorer la santé du patient de par l'amélioration de sa qualité de vie. Le pharmacien vérifie la bonne compréhension du traitement tout en l'informant des conseils de bon usage du médicament[23]. L'observance du traitement est également mise en avant pour permettre de limiter l'apparition des effets indésirables et des complications.

2. Place du pharmacien dans l'ETP

Le pharmacien d'officine est un conseiller, un informateur, c'est le premier professionnel de santé qu'on consulte sans rendez-vous. Le pharmacien est un éducateur technique pour l'utilisation des dispositifs médicaux de santé tout comme un confident des maux de la vie.

De par sa proximité, il connaît le patient dans sa globalité. En effet, le pharmacien est décrit comme étant le premier acteur de santé consulté par le patient en cas de question relative à sa santé. C'est pour l'ensemble de ces raisons ainsi que pour sa disponibilité que le pharmacien est devenu un partenaire clé de la santé.

Son rôle dans l'ETP est donc multiple, tout d'abord soutenir et accompagner le patient. Comme précisé plus haut, le pharmacien est disponible et peut être un confident lui permettant de recueillir des informations quant au mode de vie du patient et donc de prévenir les difficultés qu'il pourra rencontrer. Le pharmacien est un véritable « disease manager » comme l'explique Pr Grimaldi[24] lors de la XXIème journée de l'ordre, qui veut dire le manager de la maladie.

Ensuite le pharmacien informe les patients sur leur pathologie. Sa formation médicale et thérapeutique lui permet d'avoir les bonnes connaissances pour comprendre et expliquer les pathologies. La coordination entre les acteurs de l'ETP est nécessaire pour que les informations relatives à la pathologie soient dites et répétées au patient pour assurer une bonne compréhension de celui-ci.

Puis, le pharmacien met en avant le bon usage du médicament. C'est un acteur de référence pour aider le patient à organiser la prise de l'ensemble de son traitement et de gérer les difficultés rencontrées au quotidien.

Et pour finir, il joue un rôle majeur dans la prévention et le dépistage de maladies ou de complications, étant à proximité du patient et consultable sans rendez-vous il vient donc de plus en plus à être consulté pour des questions diverses relatives à la santé publique. Son rôle est d'analyser la situation et de réorienter si besoin vers le professionnel de santé adapté.

3. Objectif d'un programme ETP

Tout protocole d'éducation thérapeutique doit avoir pour but l'acquisition et le maintien par le patient de deux types de compétences :

⇒ L'auto-soins

L'objectif de cette compétence est de garantir une sécurité optimale pour la sauvegarde de la vie du patient. Le pharmacien fourni au patient les outils clés de la gestion de son traitement au quotidien ou lors de situations aigues.
Ce sont des éléments indispensables à l'autonomisation du patient. Un sentiment de sécurité doit être instauré pour faire face à la maladie.

La compétence de l'auto-soins peut être définie comme étant la décision que le patient prend pour modifier l'effet de la maladie sur sa santé comme par exemple soulager les symptômes, modifier son mode de vie pour limiter la progression de celle-ci ou bien appliquer des méthodes pour prévenir les complications.

⇒ L'adaptation

Qu'elle soit cognitive ou physique, elle permet au patient de maitriser son existence en ayant la capacité de vivre dans son environnement et de le modifier. Il doit intégrer sa maladie dans sa vie quotidienne. Ce sont des compétences nécessaires pour l'aide au changement de comportement comme par exemple gagner confiance en soi, s'observer pour repérer toute complication ou prendre des décisions pour son avenir.

L'acquisition ou le maintien de ces compétences est indispensable, en effet grâce à ça le patient peut vraiment être acteur de sa santé tout en étant à l'écoute des professionnels de santé qui l'entourent. Cela a un grand impact sur l'évolution de sa maladie ainsi que sur sa qualité de vie.

Chaque entretien thérapeutique par la suite varie en fonction du patient, c'est pour cela qu'il faut savoir l'adapté aux différentes situations.

4. Mise en place d'un programme d'ETP

a) *A qui le proposer ?*

⇒ A tout patient atteint de maladie chronique, quels que soient l'âge, le type, le stade et l'évolution de sa maladie.

⇒ Et aux proches du patient qui le souhaitent, si le patient désire qu'ils soient impliqués dans sa prise en charge thérapeutique.

b) *Quand le proposer ?*

⇒ Éducation thérapeutique initiale : peu après l'annonce du diagnostic, ou à un tout autre moment si le patient n'a jamais eu de proposition d'ETP ou s'il avait refusé.

⇒ Éducation thérapeutique de suivi régulier : des entretiens tout au long de sa maladie.

c) *Qui propose et réalise l'ETP ?*

⇒ Tout professionnel de santé qui est impliqué dans la prise en charge du patient peut lui proposer d'en bénéficier.

⇒ L'éducation thérapeutique sera réalisée avec l'accord du patient par des professionnels de santé formés à l'ETP.

d) *Comment mettre en œuvre l'éducation thérapeutique d'un patient ?*

La HAS a publié en 2007 les recommandation[25] qui définissent un cadre pour la mise en œuvre d'une éducation thérapeutique, celles-ci comprennent quatre étapes principales :

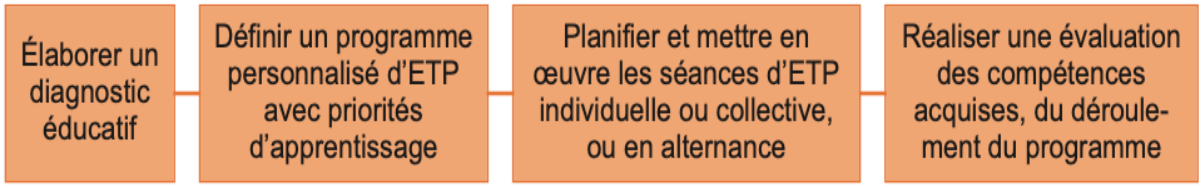


Figure 6 - Étape d'un ETP

1ère étape : Élaborer un diagnostic éducatif

⇒ Connaitre le patient et identifier ses besoins

⇒ Appréhender sa façon de réagir et ses attentes personnelles

Pour se faire, plusieurs dimensions[26] sont à prendre en compte et à évaluer chez le patient :

⇒ La dimension biomédicale : qu'est-ce qu'il a ?

Il faut savoir l'histoire de sa maladie et les pathologies qui sont associées pour pouvoir comprendre l'état psychologique du patient notamment ses peurs, et voir l'observance qu'il adopte avec son traitement.

⇒ La dimension socio-professionnelle : qu'est-ce qu'il fait ?

Cela permet au pharmacien de se faire une idée du rythme de vie du patient et dans quel environnement il vie. Il faut savoir l'interroger sur sa culture, ses croyances, ce sont des éléments importants qui peuvent conduire le professionnel de santé à comprendre les freins que se met le patient à l'acquisition de certaines compétences.

⇒ La dimension cognitive : qu'est-ce qu'il sait ?

Le patient est le cœur de l'entretien, c'est pourquoi il faut l'amener à expliquer les informations qu'il a reçues et retenues. Cela permet de cerner sa capacité d'apprentissage ainsi que son état de connaissance au sujet de sa pathologie.

⇒ La dimension psycho-affective : qui est-il ?

Cette dimension permet de connaitre davantage la personnalité du patient pour pouvoir au mieux prévoir ses comportements ainsi qu'adapter le discours en fonction de lui.

⇒ La dimension projective : quels sont ses projets de vie ?

Aborder les projets de vie c'est rassurer le patient en lui montrant que l'ETP lui est proposée avant tout pour réponde à ses attentes. Et d'autre part cela permet au professionnel de santé de connaitre ses motivations qui seront essentielles au cours des séances.

2ème étape : Définir un programme personnalisé d'ETP

⇒ Déterminer avec le patient les compétences qu'il devra acquérir

⇒ Planifier un programme individuel, et puis le communiquer au patient et aux professionnels de santé impliqués dans son suivi thérapeutique

Généralement, un objectif principal est fixé. Il doit être précis pour que le patient comprenne bien, pertinent pour qu'il y porte de l'intérêt et réaliste pour qu'il ait la possibilité d'y arriver.

3ème étape : planifier et mettre en œuvre les séances d'ETP

⇒ Sélectionner le contenu à proposer lors des séances, ainsi que les méthodes d'apprentissages,

⇒ Réaliser les séances ou les ateliers avec le patient.

4ème étape : évaluation des compétences acquises au cours du programme

- ⇒ Faire le point avec le patient sur ce qu'il sait, compris, faire et ce qu'il lui reste à acquérir
- ⇒ En fonction de l'évaluation et l'évolution de sa maladie, lui proposer si nécessaire un nouvel entretien thérapeutique

Comme on peut le voir, un entretien thérapeutique dépendra de beaucoup de paramètres et surtout du patient. Chaque ETP va différer d'un patient à un autre mais en gardant le même objectif ; apporter les connaissances et compétences dont le patient besoin pour améliorer sa qualité de vie et lui permettre d'être un réel acteur de sa santé.

5. Action d'Éducation Thérapeutique Ciblée (AETC)

Cette action est définie par un apprentissage pratique, ponctuel mis en œuvre par un professionnel de santé pour répondre à un besoin éducatif précis[27].
C'est ce qu'on réalise à l'officine. En pratique, trois points sont à retenir ;

Tout d'abord, évaluer le besoin éducatif, les connaissances et les compétences de départ du patient. Ceci comprend sa compréhension de la maladie, des thérapeutiques mise en place ainsi que leurs conséquences.

Puis la proposition au patient d'un carde d'apprentissage, il faut définir au préalable une compétence, un déroulement et un contenu précis pour ensuite pouvoir proposer des méthodes interactives. Ces méthodes vont permettre au patient de s'exercer, de manipuler et d'être mis en situation pour résoudre des problèmes.

Et enfin le dernier point est de s'assurer que le patient a acquis des compétences. Il faut donner et recevoir un feedback c'est-à-dire reformuler, observer et avoir un retour de la part du soignant et du patient.

Tout cela a pour but pour le patient de comprendre et gérer ses traitements par des Actions d'Éducation Thérapeutique Ciblées. Durant ces AETC le pharmacien réalise également une analyse de l'observance des traitements médicamenteux.

En effet, les défauts d'observance ont des conséquences variées, mais restent toujours péjoratives quant à la qualité des traitements, leur efficacité et leurs effets indésirables.

C'est pourquoi le programme Pharm'Observance PACA a été créé, par des pharmaciens formés à l'ETP, pour les patients présentant des critères de vulnérabilité[28] et/ou des traitements complexes.

6. Le programme Pharm'Observance PACA

L'observance du traitement médicamenteux a un impact majeur dans la qualité de la prise en charge du patient. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), l'inobservance des traitements prescrits pour les maladies chroniques ne cesse de croitre[29] c'est pour cela que ce programme a été mis en place, pour participer à la l'amélioration de l'observance des traitements et lutter contre l'iatrogénie.

Plusieurs pathologies sont concernées par ce programme dont les pathologies chroniques. La population concernée est assez large, elle regroupe tous les patients présentant des risques de mauvaise observance ou d'iatrogénie liés : à l'âge, au nombre de traitements prescrits, à une combinaison de déterminants de santé défavorable, au type de traitement, à la nécessité d'une adaptation des doses, à la manipulation d'un dispositif ou d'un traitement et au mode de vie.

Concernant les critères d'inclusion[28], on a :

- ⇒ Les patients présentant un risque d'inobservance dû à des poly pathologies, poly médications ou à des maladies neurodégénératives,
- ⇒ La personne hospitalisée en urgence au moins une fois au cours des six derniers mois pour cause de décompensation d'une maladie chronique, d'insuffisance d'organe ou de chutes,

- ⇒ Les patients présentant un risque d'iatrogénie avec la nécessité d'adapter les doses ou les patients chroniques pratiquant l'automédication,
- ⇒ La personne reçoit une chimiothérapie orale, un traitement par antirétroviraux, une biothérapie ou un traitement antirejet,
- ⇒ La personne rencontre des problèmes d'organisation de ses traitements.

Lorsque le patient est éligible, on réalise un bilan éducatif. Ce bilan consiste à explorer les savoirs faire/être/agir du patient qui permettent son adhésion au traitement, à la bonne observance de l'ordonnance et à la prévention des risques iatrogéniques. C'est à cette étape que le pharmacien repère les déterminants de la non-observance ou du risque iatrogène, élabore un plan pharmaceutique personnalisé et décide avec le patient des priorités éducatives à traiter lors du prochain entretien.
Ce PPP sert de base à l'évaluation, le patient ainsi que le pharmacien remplissent une fiche bilan dans laquelle ils évalueront les points acquis et non acquis au cours de l'entretien et actualisent par la suite le PPP en fonction des nouvelles priorités.

Grâce à ce programme, le patient peut être plus autonome vis-à-vis de son traitement, mieux le comprendre et adapter sa prise de médicaments lors de contexte particulier. L'objectif est d'éviter l'iatrogénie et de renforcer l'observance du patient.
Quant au pharmacien, il adopte une posture éducative et participe à l'amélioration de la qualité de vie du patient, cela instaure un climat de confiance entre le patient et le pharmacien ce qui permet une meilleure communication et un meilleur apprentissage.

V. Exemple d'application pratique à l'officine

Durant mon stage de 6ème d'officine que je réalise actuellement, j'ai pu, grâce à l'aide de mon maitre de stage Dr Ferrera ainsi que son associée Dr Rocchi, réaliser des entretiens thérapeutiques. Comme expliqué plus haut, le processus de la pharmacie clinique est composé de trois grande partie ; la dispensation, le bilan de médication et le Plan Pharmaceutique Personnaliser. J'ai donc appliqué ce schéma sur une dizaine de patient, dont 2 en particulier que je vais vous exposer maintenant.

A. Cas n°1 ; patient asthmatique.

1. Description du cas

Mr. X est un patient âgé de 62 ans et asthmatique depuis l'âge de 10 ans. L'asthme est une maladie inflammatoire des bronches, elle est caractérisée par la présence de symptômes respiratoires récidivants tel que la toux, le sifflement ou encore l'oppression thoracique.

Mr. X est également traité pour une hernie hiatale. Une hernie hiatale est un passage d'une portion de l'estomac à travers l'orifice œsophagien du diaphragme. Cela survient lorsque les moyens de fixation de l'estomac et du bas de l'œsophage sont défaillants.

2. Dispensation

a) *Analyse pharmaceutique de l'ordonnance*

Marseille, le 09-02-2021

Prescriptions relatives au traitement de l'affection longue durée reconnue (liste ou hors liste)
(AFFECTION EXONERANTE)

béclométasone dipropionate * 200 µg/dose + formotérol fumarate * 6 µg/dose ; voie inhalée ; sol p in
une dose le matin et le soir, pendant un mois
NE PAS OUBLIER DE SE RINCER LA BOUCHE A L'EA UCLAIRE APRS USAGE

montélukast (sel de Na) * 10 mg ; voie orale ; cp (SINGULAIR 10 mg Cpr pell Plq/28)
1 comprimé par Jour, pendant 1 Mois

desloratadine * 5 mg ; voie orale ; cp (AERIUS 5 mg Cpr pell 2Plq/15 (30))
1 comprimé le soir, pendant 1 Mois

ésoméprazole (magnésium) * 20 mg ; voie orale ; cp gastrorésis (INEXIUM 20 mg Cpr gastro-rés Plq/28)
1 comprimé le matin à jeûn pendant un mois

salbutamol (sulfate) * 100 µg ; voie inhalée ; susp p inhal en fl press (VENTOLINE 100 µg Susp inh E
trois sprays

paracétamol * 1 g ; voie orale ; cp (DOLIPRANE 1000 mg Cpr Plq/8)
1 comprimé le matin, à midi et le soir. Maximum 4 comprimés. par Jour, pendant 7 Jours

MASQUES POUR PERSONNE À RISQUE, SELON DOTATION
à renouveler 5 fois

Prescriptions SANS RAPPORT avec l'affection de longue durée
(MALADIES INTERCURRENTES)

bicarbonate de sodium * 267 mg + sodium alginate * 500 mg ; voie orale ; susp buv sach (GAVISCON Sus
1 sachet le matin, à midi et le soir après le repas, pendant 1 Semaine. RESPECTER LE DELAI DE DEUX HEURES ENTRE LA PRISE DE GAVISCON ET DES AUTRES MEDICAMENTS, sinon ceux-ci ne seront pas efficaces

CARBOSYMAG Gél 4Plq/12+12

Dans cette ordonnance on a :

PRINCEPS	DCI	CLASSIFICATION	INDICATION
Innovair 200/6ug	Béclométasone dipropionate / Formotérol fumarate dihydrate	Corticoïdes + bronchodilatateur bêta 2 stimulants	Asthme
Singulair 10mg	Montélukast sel de Na	Antagoniste des récepteurs aux leucotriènes	Asthme
Aerius 5mg	Desloratadine	Antihistaminique	Asthme
Ventoline 100ug	Salbutamol sulfate	Agoniste sélectif des bêta 2 adrénergiques	Asthme
Doliprane 1g	Paracétamol	Analgésique	Douleur
Inexium 20mg	Ésoméprazole	Inhibiteur de la pompe à protons	Ulcère et reflux gastro-œsophagien
Gaviscon	Sodium alginate / bicarbonate de sodium	Antiacide	Trouble de l'acidité
Carbosymag	Charbon activé / Siméticone	Absorbant intestinal	Anti-diarrhéique, anti-inflammatoire et anti-infectieux intestinaux

⇒ Il s'agit d'une ordonnance renouveler par le médecin sans changement de posologie par rapport au mois dernier.

⇒ Les posologies ainsi que les doses rentrent dans les référentiels scientifiques.

⇒ Aucune contre-indication ni interaction médicamenteuse n'est relevée.

Un point est à relever, l'utilité de l'Inhibiteur de la Pompe à Protons (IPP), l'Inexium, au long terme. Il faut savoir que beaucoup de patients sont traités par ce médicament mais que, dans la majorité des cas, il n'est pas recommandé sur le long terme. Dans ce cas la prescription de l'IPP est justifiée, il est prescrit pour le traitement des symptômes de la hernie hiatale.

b) *Préparation des médicaments*

Lors de la préparation des médicaments, on colle des étiquettes sur les boites sur lesquelles se trouvent le nom du patient, la posologie du médicament et l'heure de la prise à l'aide du logiciel d'édition d'étiquettes de posologies personnalisées autocollante POSO'NET[30].

c) *Conseils et informations du bon usage du médicament*

Le Gaviscon est à prendre à intervalle de deux heures de tous autres médicaments par mesure précaution. Le doliprane 1g peut être pris lors de douleurs toutes les six heures minimums.

3. Bilan de médication

a) *Recrutement du patient*

Mr. X n'est pas un patient éligible au processus de la pharmacie clinique d'après les critères d'éligibilités de la SFPC (Figure 4 - Patients éligibles au BMP). Il est éligible à l'entretien conventionnel sur l'asthme.

b) *Analyse des traitements*

Mr. X suit ce traitement depuis maintenant plusieurs années. Il traite ses symptômes de la hernie hiatale avec l'IPP, l'antiacide (Gaviscon) et l'absorbant intestinal (Carbosymag). Les posologies et doses rentrent dans les référentiels scientifiques du traitement de la hernie hiatale. Concernant son traitement pour l'asthme, les posologies et doses rentrent également dans les référentiels scientifiques du traitement de l'asthme.

c) *Entretien conventionnel asthme*

Durant cet entretien, nous avons rempli avec le patient la fiche du suivi du patient dans le cadre de l'entretien pharmaceutique[31]. Cette fiche nous a permis d'évaluer :

- ⇒ Les principes du traitement, s'il connait ses médicaments et à quoi ils servent,
- ⇒ Les principes de la technique d'inhalation, je lui ai demandé de me montrer comment il utilise ses dispositifs d'inhalation pour m'assurer que chaque étape est respectée,
- ⇒ L'importance de l'adhésion au traitement par corticoïdes inhalés en réalisant une évaluation de l'observance selon le questionnaire de GIRERD *(annexe 5)*,
- ⇒ Les interactions médicamenteuses, savoir si hormis ce traitement le patient prend d'autres médicaments et lesquels sont déconseillés.

Par la suite, nous avons vu ensemble les facteurs déclenchant ou aggravant l'asthme (comme les allergènes, la pollution, le tabac et autres) et les conseils pour les éviter.
Et pour finir, nous avons rempli un questionnaire composé de cinq questions qui reflète le retentissement de la maladie sur sa vie quotidienne (*annexe 6*). En calculant le score total, on peut voir si l'asthme est contrôlé ou non. Les interprétations du score sont les suivantes :

Score ACT	Interprétation score ACT	Intervention du pharmacien
<15	Asthme non contrôlé	Essayez de trouver la cause : 1/ Observance thérapeutique 2/ Technique d'inhalation, choix du dispositif d'inhalation 3/ Interaction avec un β-bloquant 4/ Mesures non-médicamenteuses mal suivies 5/ Traitement inadapté
15-19	Asthme partiellement contrôlé	
20-25	Asthme bien contrôlé	Informez le patient que son asthme est bien sous contrôle et insistez sur l'importance de continuer à prendre chaque jour le médicament

Basé sur le protocole Soins pharmaceutiques dans l'asthme, UGent.

Figure 7 - Interprétation du score obtenu suite au questionnaire

Mr. X a un score de 20, si on reprend donc le tableau figure 7 son asthme est bien contrôlé.

4. Conclusion

Cet entretien conventionnel sur l'asthme fut un entretien d'information, dans ce cas Mr. X connait bien son traitement et sait comment agir en cas de situations particulières. Même si son asthme semble être bien contrôlé il est important d'insister sur la prise du traitement qu'il se doit de continuer chaque jour sans exception.

Les entretiens concernant les patients asthmatiques sont des entretiens importants à tout stade de la pathologie. Si le patient est asthmatique depuis un certain temps cela permet de faire le point comme dans ce cas, voir si l'asthme est bien contrôlé et si les dispositifs d'inhalation sont bien utilisés. Dans le cas contraire, la réalisation d'un PPP peut être nécessaire pour aider le patient à mieux contrôler son asthme.
Si on est dans le cas d'une initiation au traitement de l'asthme, un PPP est recommandé pour aider le patient à comprendre sa pathologie et améliorer sa qualité de vie grâce à l''apprentissage de l'utilisation des dispositifs d'inhalation qui est indispensable ainsi que le plan de prise qui est à établir pour avoir une bonne observance du traitement.

B. Cas n°2 ; patient sous AVK

1. Description du cas

Mr. Z est un patient âgé de 50 ans. À l'âge de 15 ans suite à une opération, dû à un accident de la route, des corps étrangers (éclats de verres) sont restés dans son sang engendrant des problèmes au niveau de sa circulation sanguine. Il a donc été mis sous Anti-Vitamine K (AVK).

Les AVK ont un effet anticoagulant indirect, ils agissent en empêchant la synthèse de plusieurs facteurs de la coagulation (facteurs II, VII, IX, X) via une réduction de la vitamine K.

Il y a les coumariniques, avec l'acénocoumarol et la warfarine, et les indanediones avec la fluindione. Ces AVK se différencient par leur demi-vie ; 8 heures pour l'acénocoumarol, 31 heures pour la fluindione et 35 à 45 heures pour la warfarine.
Elles sont indiquées dans le traitement préventif et curatif de la thrombose ou de l'embolie systémique.

Ce traitement nécessite une surveillance par l'International Normalized Ratio appelée INR. En effet, il faut surveiller le traitement par AVK par la mesure de l'INR, c'est la valeur rechercher chez le patient pour obtenir un traitement efficace. Il dépend de la maladie pour laquelle le traitement est prescrit mais dans la plupart des cas il doit se situer entre 2 et 3. Si la valeur est inférieure à celle recherchée c'est que la dose est insuffisante avec un possible risque de thrombose, à l'inverse cela reflète une dose trop forte avec un risque potentiel d'hémorragie. La fréquence de la surveillance dépend des fluctuations de l'INR et autre, comme l'introduction ou l'arrêt de médicaments, la modification du régime alimentaire ou encore les comorbidités. Après la période d'initiation du traitement et lorsque l'INR du patient est proche de la valeur cible, la fréquence de surveillance diminue mais reste indispensable au minimum une fois par mois pour éviter tout sur ou sous dosage.

Puis en 2015, il eut un infarctus. Un infarctus, ou crise cardiaque, est une destruction d'une partie du muscle du cœur quand celui-ci n'est plus suffisamment approvisionné en oxygène. Suite à cela, d'autres traitements lui ont été prescrit pour traiter son insuffisance cardiaque.

2. Dispensation

a) *Analyse pharmaceutique de l'ordonnance*

cerfa

n°60-3937

Prescriptions relatives au traitement de l'affection de longue durée reconnue (liste ou hors liste)
(AFFECTION EXONÉRANTE)

CARDENSIEL 5 MG: 1 CP LE MATIN

CARDENSIEL 2.5 MG: 1 CP LE SOIR

ENTRESTO 49 MG / 51 MG: 1 CP LE MATIN ET 1 CP LE SOIR

EFIENT 10 MG: 1 CP LE MATIN

TAHOR 40 MG: 1 CP LE SOIR

PREVISCAN 20 MG: 2 CP LE SOIR

EUPANTHOL 40 MG: 1 CP LE MATIN

Prescriptions SANS RAPPORT avec l'affection de longue durée
(MALADIES INTERCURRENTES)

Dans cette ordonnance on a :

PRINCEPS	DCI	CLASSIFICATION	INDICATION
Préviscan 20mg	Fluindione	Anti-Vitamine K	Anti coagulant indirect
Cardensiel	Bisoprolol	Bétabloquant	Insuffisance Cardiaque
Entresto 49mg/51mg	Sacubitril / Valsartan	Inhibiteur des récepteurs de l'angiotensine II	Insuffisance Cardiaque
Tahor 40mg	Atorvastatine	Hypolipidemiant	Prévention des maladies cardio-vasculaire
Efient 10mg	Prasugrel chlorhydrate	Inhibiteur de l'agrégation plaquettaire	Prévention des événements athérothrombotiques
Eupantol 40mg	Pantoprazole	Inhibiteur de la pompe à protons	Prévention des ulcères gastroduodénaux

⇒ C'est un renouvellement d'ordonnance suite à la visite chez son médecin, pas de changement de dosage ni de médicaments.

⇒ Les posologies ainsi que les doses rentrent dans les référentiels scientifiques.

⇒ Aucune contre-indication ni interaction médicamenteuse n'est relevé.

b) Préparation des médicaments

Idem que pour le cas numéro 1, préparation des médicaments avec les étiquettes.

c) Conseils et informations du bon usage du médicament

Comme dit précédemment, la valeur cible de l'INR peut varier. C'est pourquoi il faut bien insister sur le fait que l'automédication est fortement déconseillée (sauf avis au préalable d'un professionnel de santé), et également sur l'alimentation ainsi que les plantes à éviter que nous verrons durant l'entretien.

3. Bilan de médication

a) *Recrutement du patient*

Mr. Z n'entre pas dans les critères d'éligibilités au BMP, nous l'avons inscrit dans le programme de Pharm'Observance PACA et fait un entretien conventionnel AVK.

b) *Analyse des traitements*

Après avoir réuni les ordonnances du patient, nous avons vu qu'une ordonnance faite par un autre médecin a été dispensé. Il s'agit d'un antibiotique : la Lymecycline. D'après les informations recueillit, ce médicament lui a été prescrit contre un bouton, et dès lors qu'il l'arrête celui-ci revient. Depuis que le patient le prend, son INR ne cesse d'augmenter.
En effet, une interaction médicamenteuse entre ces deux médicaments est détectée. L'antibiotique augmente l'effet de l'AVK et du risque hémorragique, c'est pourquoi l'INR n'est plus contrôlé.

Le deuxième point est ; pourquoi ne pas réévaluer son traitement et le faire passer d'un AVK à un Anticoagulant Oraux Direct (AOD) ?
Les AOD, contrairement aux AVK, ne nécessitent pas une surveillance de l'INR et comporte moins d'interactions médicamenteuses. On se confronte aux besoins du patient, c'est pourquoi cette réévaluation a été proposer au médecin. Par la suite nous avons donc envoyé un courrier au médecin pour avoir plus d'information et pour exposer les problèmes rencontrés.

c) *Entretien conventionnel AVK*

Nous avons réalisé un entretien conventionnel AVK avec Mr. Z. Différent de l'Éducation Thérapeutique du Patient, cet entretien n'est pas à titre éducatif mais informatif.

Il a pour but d'apporter des informations au patient et de répondre aux différentes questions qu'il pourrait se poser. On analyse également l'observance du patient ainsi que sa compréhension vis-à-vis de ses traitements.

Au début de l'entretien, ce qui est important de savoir est quelles sont les connaissances du patient vis-à-vis de sa pathologie et de son traitement.
« Racontez-moi ce qu'il vous est arrivé ? Connaissez-vous votre traitement ? Avez-vous des problèmes avec la prise de votre traitement ? ... »
Après avoir fait le point de ses connaissances, on fait une mise en lien des traitements et des pathologies. Nous réalisons l'entretien avec le support AVK *(annexe 7).*

- <u>Observance</u>

L'observance du patient est particulièrement importante en ce qui concerne le traitement par AVK en raison de sa marge thérapeutique étroite, pour cela le questionnaire GIRERD constitue un support essentiel *(annexe 5).*

⇒ Que faire en cas d'oubli ?

Il est important d'être clair à ce sujet, si cela arrive dans un délai de 8 heures après l'heure habituelle d'administration la dose peut être prise.
Si le délai est dépassé, il est préférable de sauter la prise et de prendre la suivante à l'heure habituelle. Il ne doit pas doubler la dose, il doit signaler cet oubli lors du contrôle de l'INR ainsi que le noter dans son carnet de suivi donner lors de l'entretien s'il ne l'a pas déjà eu.

- <u>Signes évocateurs d'un dosage inadapté</u>

Le patient doit suivre son traitement avec vigilance car il est exposé aux deux risques principaux exposés précédemment ; l'hémorragie et la thrombose. C'est pourquoi on le sensibilise à la surveillance de l'apparition des signes évocateurs de dosages inadaptés.

⇒ Signes évocateurs d'un surdosage

Il y a des signes comme le saignement des gencives, du nez, des hématomes ou encore des règles exceptionnellement abondantes, mais aussi des signes plus inquiétants comme du sang dans les urines, dans les selles ou lors de vomissements.

⇒ Signes évocateurs d'un sous-dosage

Les principaux signes ici sont les signes évocateurs de phlébite comme une douleur sourde au mollet ou à la cuisse, un gonflement (œdème) unilatérale du mollet ou de la cheville. Des signes évocateurs d'embolie pulmonaire comme des difficultés à respirer ou une douleur thoracique d'un côté qui augmente avec l'inspiration et enfin des signes cliniques évocateurs d'arrêt vasculaire cardiaque comme une difficulté à parler, comprendre ce que disent les autres ou des troubles de la vue.

Nous avons bien insisté sur comment les reconnaitre et comment agir lors de l'apparition de ces signes. Le patient se doit d'être vigilant. Dans ce cas, Mr. Z connaissait la plupart d'entre eux, mais il était quand même important de récapituler pour qu'il intègre bien ces informations et puisse agir en fonction.

- <u>Interactions médicamenteuses</u>

Les médicaments susceptibles d'interagir avec les AVK sont nombreux. Il ne faut jamais prendre un médicament de sa propre initiative. Notamment les antibiotiques, comme vu dans ce cas, nous avons pu expliquer à Mr. Z que son INR n'était pas contrôlé à cause de l'antibiotique qu'il prenait actuellement. La Fluindione (Préviscan) est absorbée rapidement par le tube digestif, dans le plasma elle est fortement liée à l'albumine (protéine plasmatique) à 97%, et est principalement métabolisée par le CYP2C9. Seul sa fraction libre est active et mobilisée, le pourcentage de cette forme libre peut être accru et le métabolisme hépatique peut être accéléré par induction enzymatique. Cette fraction libre est soumise à des variations et dépend de plusieurs facteurs. Parmi eux la diminution du taux de protéine plasmatique généralement causé par un déficit protéique et/ou calorique,

mais aussi l'association de certains médicaments qui peuvent perturber le métabolisme hépatique (compétition des cytochromes).

- Contre-indications

Les médicaments contre-indiqués avec les AVK sont l'acide acétylsalicylique, le miconazole qui est un inhibiteur puissant du CYP2C9, ainsi que le millepertuis qui est un puissant inducteur enzymatique.

- Alimentation et vie quotidienne

Aucun aliment n'est interdit, cependant il doit être régulier quant à son apport en vitamine K et donc nous l'avons informé sur les aliments les plus riches en vitamines K comme les brocolis, choux, tomates, laitues…

Pour ce qui est de sa vie quotidienne, il doit en permanence avoir sur lui une carte mentionnant qu'il prend un traitement AVK. En effet s'il lui arrive quoi que ce soit, les professionnels de santé qui vont le prendre en charge doivent impérativement le savoir, nous avons donc fourni à Mr. Z cette carte, car il l'avait égaré, avec un petit carnet pour noter ses valeurs d'INR lui permettant d'avoir un suivi.

4. Conclusion

Le médecin nous a contacté suite au courrier envoyé, il nous a informé que Mr. Z avait fait une thrombose sur stent il y a quelques années suite à la prescription de Plavix (clopidrogrel). Depuis il est sous Efient et n'ayant aucune étude sur la prise de Efient associé à un AOD, le médecin ne veut pas prendre le risque que cela se reproduise et donc ce changement n'est à ce jour pas envisageable.

Concernant l'antibiotique, nous avons vu avec le médecin l'ayant prescrit, aucune alternative n'est envisageable. Il faut donc qu'il reste d'autant plus vigilant, il faut un

contrôle plus fréquent de l'INR et une adaptation de la posologie de l'AVK pendant le traitement et après son arrêt.

Ce fut un entretien très intéressant. Cela nous a permis de faire le point sur ses connaissances et de les renforcés. Nous avons fait le maximum pour améliorer sa qualité de vie en lui donnant les informations dont il avait besoin. Nous avons su apporter les éléments nécessaires à la bonne compréhension de son traitement et de sa pathologie.
Malheureusement, nous n'avons pas pu trouver d'alternative à son traitement. Le risque de changer de traitement est trop élevé tenant compte de ses antécédents, et comme le précise la HAS « il n'y a aucun argument pour remplacer un traitement par AVK efficace et bien toléré par un AOD et inversement »[32].

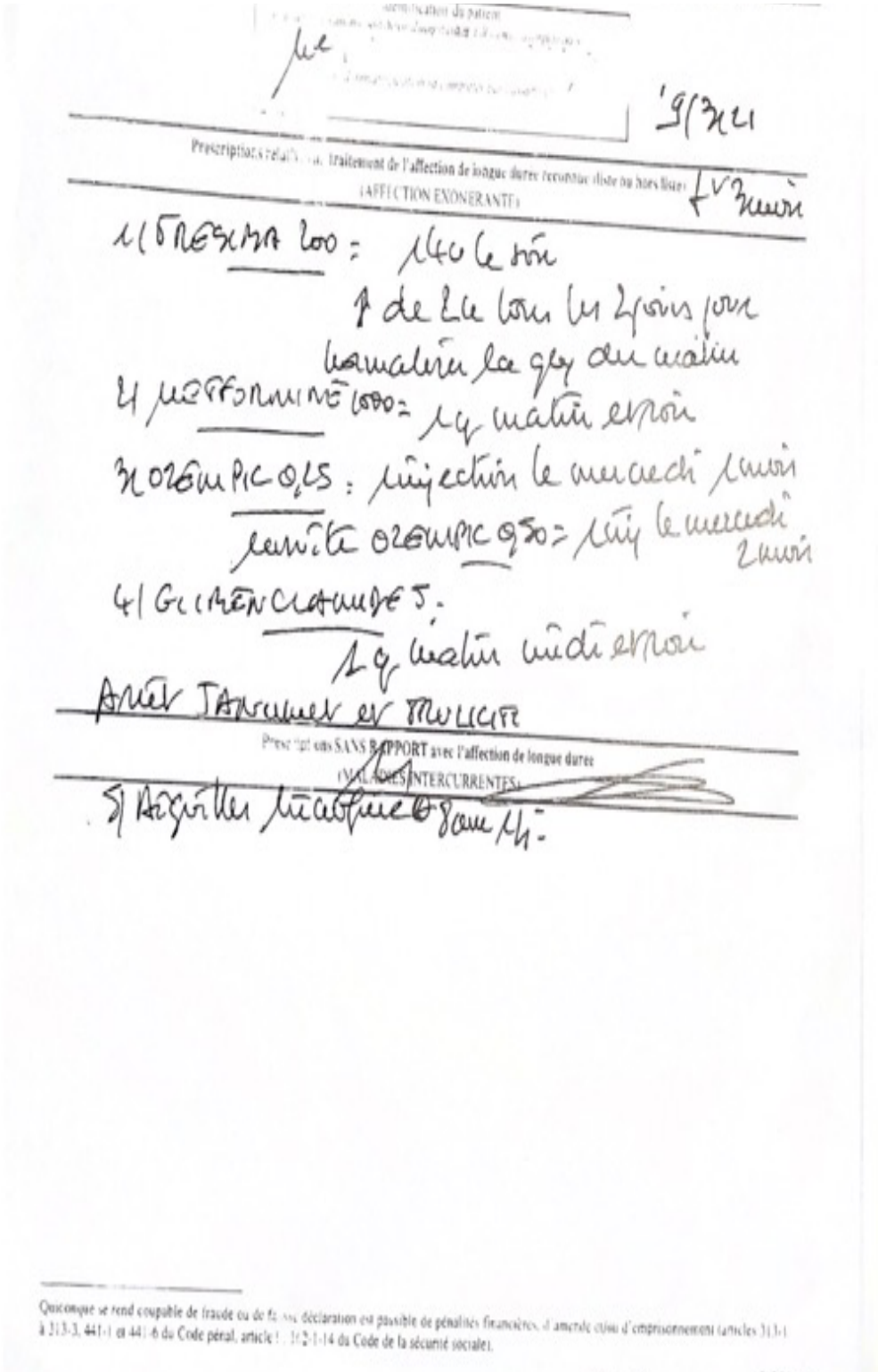
C. Cas n°3 ; changement de traitement

1. Description du cas

Mme. Y, âgée de 67 ans, est une patiente atteinte de diabète de type 2 (page - 16 -). Elle est à la retraite depuis 3 ans. Suite à son diabète non contrôlé, le médecin a modifié son traitement, et elle attendait de nous voir pour mettre en place son nouveau traitement.

2. Dispensation

a) Analyse pharmaceutique de l'ordonnance



Identification du patient

Prescriptions relatives au traitement de l'affection de longue durée reconnue (liste ou hors liste)
(AFFECTION EXONERANTE)

1/ TRESIBA 200 : 1 40 le soir
↑ de 2 u tous les 2 jours pour harmaliser la gly du matin

2/ METFORMINE 1000 : 1 q matin et soir

3/ OZEMPIC 0,25 : injection le mercredi 1 mois
ensuite OZEMPIC 0,50 : inj le mercredi 2 mois

4/ GLIMENCLAMIDE 5 :
1 q matin midi et soir

Arrêt JANUMET et TRULICITE

Prescriptions SANS RAPPORT avec l'affection de longue durée
(MALADIES INTERCURRENTES)

5/ Aiguilles [illegible] 8 mm 1/4 :

Quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration est passible de pénalités financières, d'amende et/ou d'emprisonnement (articles 313-1 à 313-3, 441-1 et 441-6 du Code pénal, article [illegible] 1-14 du Code de la sécurité sociale).

PRINCEPS	DCI	CLASSIFICATION	INDICATION
Tresiba 200 U/ml	Insuline dégludec	Insulines et analogues	Diabète de type 2
Glucophage 1000mg	Metformine chlorhydrate	Antidiabétique sauf insuline	Diabète de type 2
Ozempic	Sémaglutide	Antidiabétique sauf insuline	Diabète de type 2 non contrôlé
Daonil 5mg	Glibenclamide	Antidiabétique sauf insuline	Diabète de type 2

b) Préparation des médicaments

Préparation des médicaments avec les étiquettes POSO'NET.

c) Conseils et informations du bon usage du médicament

Vérifier si l'usage des injections est maitrisé. En ce qui concerne l'Ozempic 0,25 mg, des effets indésirables peuvent apparaitre comme la diminution de la vidange gastrique, des nausées ou encore une perte de poids. Cela est normal au début du traitement par ce médicament.

3. Bilan de médication

a) Recrutement du patient

Mme. Y est éligible pour le processus du BMP car elle est âgée de plus de 65 ans et a une affection de longue durée, et nous l'avons également inscrit dans le programme de pharm'Observance.

b) *Analyse des traitements*

Mme. Y a un changement de traitement suite à un diabète de type 2 non contrôlé. Les médicaments qui ont dû être arrêté sont le Janumet (Sitagliptine + Metformine) et Trulicity 1,5mg (Dulaglutide) et ceux qui doivent être initiés sont le Tresiba 200 U/mg, l'Ozempic 0,25mg et le Glucophage 1000mg. En ce qui concerne le Daonil 5mg, la posologie a été diminué.

4. Plan Pharmaceutique Personnalisé

a) *Plan de prise*

⇒ Tresiba 200 U/mg :

Sur l'ordonnance il est écrit « 14 unités le soir, augmentation de 2 unités tous les 2 jours pour normaliser la glycémie du matin ».

En effet, lors d'un changement de traitement il faut surveiller attentivement la glycémie pour ajuster les doses d'administrations. Mais comment ? Nous avons donc expliqué à Mme. Y comment s'y prendre. Pour cela un lecteur de glycémie est nécessaire, lorsque la glycémie est inférieure à 0,8 g/L il faut diminuer la dose de 2 unités, lorsque celle-ci est entre 0,8 g/L et 1,26 g/L on garde la même dose et si la glycémie est supérieure à 1,26 g/L on augmente la dose de 2 unités. Petit à petit on arrivera à une dose stable qu'il faudra garder.

⇒ Metformine 1000mg :

Prendre 1 comprimé le matin et le soir à la fin des repas. Nous avons vu avec elle comment elle faisait pour s'en rappeler, et lui avons proposé un système de pilulier.

⇒ Ozempic 0,25 mg en solution injectable :

Pour ce médicament il y a un changement de posologie au bout d'un mois. En effet comme écrit sur la prescription, on passe de 0,25 mg à 0,50 mg à la fin du mois. Il y a 4 doses dans la

solution injectable, au bout d'un mois elle reviendra nous voir et on lui délivrera l'Ozempic 0,50 mg en lui rappelant le changement de dosage.
Puis un autre point concernant ce médicament, il faut faire une injection tous les mercredis. Mais comment changer de jour si cela ne lui convient pas ? Le médecin a écrit tous les mercredis, si Mme. Y veut changer de jour et faire l'injection tous les lundis par exemple, on procède en reculant chaque semaine la prise de 24 heures. Donc cela fera pour la 1ère semaine le mercredi, la 2ème semaine le mardi et ensuite pour la 3ème semaine le lundi. Il faut bien insister sur le fait qu'on ne peut pas changer de jour sans respecter ce protocole sinon on aura un problème d'observance.

⇒ Glibenclamide 5mg :

La posologie a diminué, on passe de deux comprimés matin midi soir à un comprimé matin midi soir.

b) L'alimentation

Nous avons également abordé le point de l'alimentation. L'alimentation dans le diabète est très importante, elle fait partie intégrale du traitement du diabète. Mme. Y a une mauvaise alimentation, nous l'avons donc adressé à une diététicienne pour qu'elle puisse suivre un régime alimentaire adapté et nous lui avons également proposé un programme d'activité physique adapté. L'objectif des programmes d'activités physiques adaptés est de prévenir l'apparition ou l'aggravation de maladies comme dans le cas du diabète. Cela permet d'augmenter l'autonomie et la qualité de vie du patient[33].

5. Conclusion

Cet entretien a permis à Mme. Y de pouvoir commencer son traitement en ayant toutes les informations nécessaires. Ce changement de traitement est dû à son diabète non contrôlé, c'est pourquoi le plan de prise a été effectué pour éviter que cela se reproduise.

Nous avons insisté sur le fait que l'observance du traitement était très importante cela lui permettra d'améliorer sa qualité de vie, et c'est également le cas pour son alimentation.

VI. Les missions du pharmacien clinicien d'officine

Le pharmacien clinicien d'officine, outre la pratique de la pharmacie clinique, doit réaliser d'autres missions toutes aussi importantes. Au fil du temps le pharmacien se voit ouvrir de nouvelles portes en termes de missions pour la santé publique, mettant toujours le patient au premier plan.

A. Missions de premier ordre

Le code de la santé publique L.1411-11 définis que les pharmaciens doivent tout d'abord contribuer aux soins de premiers recours tels que :

1. Prévention, dépistage, diagnostic et suivi des patients

La prévention :

Plusieurs compagnes de préventions sont mises en place, parmi elles ont peut citer notamment l'octobre rose[34] contre le cancer du sein qui est organisé annuellement par la ligue contre le cancer auquel de nombreux pharmaciens d'officine s'associent mais également le « Moi(s) sans tabac »[35] qui d'année en année ne cesse de se développer.

Le dépistage :

Les pharmaciens d'officines, suite à la publication de l'arrêté du 1er aout 2016[36], sont autorisés à réaliser trois tests de dépistage, dans un espace de confidentialité fait pour.

Ces tests sont :

- Le test rapide d'orientation diagnostique des angines bactériennes, appelé TROD,
- Le test de dépistage de la grippe,

- Et le test de dépistage du diabète.

À ce jour nous pouvons également rajouter le test antigénique de dépistage du Corona Virus (COVID). En effet, durant la crise sanitaire que nous vivons actuellement, les pharmaciens d'officines participent pleinement au dépistage en réalisant des tests antigéniques contre le COVID.

2. Dispensation, administration des médicaments et conseil pharmaceutique

Ces trois éléments sont la base de la pharmacie clinique, ce sont des missions de premier ordre que le pharmacien clinicien se doit de réaliser pour chaque patient qui entre dans la pharmacie. Comme dit précédemment, il ne suffit pas de délivrer des médicaments, tout un processus doit se faire pour améliorer la prise ne charge des patients ainsi que pour éviter toute apparition d'évènements indésirables.

3. Orientation dans le système de soins et le secteur médico-social

Ces opérations officinales permettent une orientation des patients dans le système de soins, que ce soit libéral ou hospitalier. Le pharmacien accompagne le patient vers les structures compétentes dont il a besoin et assure donc un suivi du patient.

Par ailleurs, la mise en place de la « télé-pharmacie »[37] pourrait renforcer le système de coordination des soins et fournir l'accès aux soins plus rapide et de qualité pour tous les patients.

4. Éducation pour la santé

L'éducation pour la santé est définie par l'OMS comme « tout ensemble d'activités d'information et d'éducation qui incitent les gens à vouloir être en bonne santé,

à savoir comment y parvenir, à faire ce qu'ils peuvent individuellement et collectivement pour conserver la santé, à recourir à une aide en cas de besoin ».
Les pharmaciens sont là pour ça, l'éducation pour la santé n'est pas seulement réservée aux personnes atteintes de pathologie mais pour tous les patients dans toutes situations.

B. Autres missions

Ces missions sont en pleins développement et permettent au pharmacien d'avoir un champ d'action large pour parvenir aux besoins de ses patients.

- Entretien thérapeutique

En effet, comme détaillé précédemment, ces entretiens font partis des nouvelles missions du pharmacien. Cela permet au patient de se positionner quant aux connaissances qu'il a vis-à-vis de son traitement mais également d'acquérir des nouvelles compétences essentielles à sa qualité de vie.

- Vaccination

Depuis le 1er mars 2019, la vaccination contre la grippe est devenue une mission légale du pharmacien d'officine. Seul un pharmacien thésé et inscrit à l'Ordre peut procéder à l'acte vaccinal après avoir suivi une formation agréée[38].

Au-delà de la vaccination contre la grippe, la HAS, suite à la grande crise sanitaire du COVID, propose d'étendre les compétences vaccinales aux pharmaciens notamment concernant le vaccin Astra-Zeneca contre le Coronavirus[39].
Par la suite, la vaccination fut autorisée pour les pharmaciens, le 15 mars 2021.

- Télémédecine

La télémédecine permet aux officines de proposer des téléconsultations médicales.
En plein développement également, ce nouveau service nécessite une mise à disposition de matériel adapté dans un local de confidentialité[40], et permet au patient d'avoir des téléconsultations médicale au sein même de la pharmacie.

C. Questionnaire sur les missions du pharmacien

1. Introduction

Le métier du pharmacien clinicien d'officine ne cesse d'évoluer, de nouvelles missions voient le jour permettant aux pharmaciens d'avoir un réel impact sur le parcours de soins du patient. C'est pourquoi j'ai voulu réaliser un questionnaire destiné aux patients pour savoir ce qu'ils retiennent de ces nouvelles missions.

Je réalise actuellement mon stage de 6ème année d'officine à la pharmacie de la Pounche, dont les titulaires sont Dr. Ferrera et Dr. Rocchi. La pharmacie de la Pounche est une pharmacie de quartier située à côté de Marseille dans la ville d'Allauch. En 2011 cette pharmacie a créé un espace confidentiel permettant la réalisation d'entretiens thérapeutiques, de vaccins, de dépistages et également des entretiens pour le sevrage aux benzodiazépines et le sevrage tabagique que les pharmaciens réalisent depuis 2018. Pour les différents entretiens comme pour le diabète ou les pathologies cardio-vasculaires, la pharmacie travaille avec un réseau de santé depuis 2015.
Dès 2017, le bilan de médication partagé a été mis en place dans le cadre du programme de Pharm'Observance PACA. La pharmacie travaille également avec des maisons de santé depuis 2018.

La fréquentation de la pharmacie est de 150 patients par jour. En ce qui concerne la patientèle ; 26% sont des personnes âgées de plus de 60 ans, 24% ont entre 40 et 60 ans, 22% ont entre 20 et 40 ans et 17% sont âgées de moins de 20 ans.

2. Matériels et méthodes

J'ai réalisé ce questionnaire en utilisant le logiciel Word. Chaque question représente une mission du pharmacien clinicien d'officine. Le questionnaire a été proposé à l'ensemble des patients de la pharmacie de la Pounche par une employée. Le recueil des données a été fait durant la semaine du 22 au 27 février 2021. Nous avons eu 33 retours.

3. Objectif

L'objectif de ce questionnaire est de savoir si les nouvelles missions du pharmacien sont visibles pour les patients, savoir ce qu'ils savent et retiennent.

4. Méthode et résultats

Voici le questionnaire présenté :

PHARMACIE DE LA POUNCHE

QUESTIONNAIRE SUR VOTRE PHARMACIE DE LA POUNCHE

NOM, PRENOM :
ADRESSE MAIL :
TEL :

Connaissez-vous les différents services **offerts** par notre pharmacie ?
Ils sont **entièrement pris en charge** et **ADAPTÉS** pour votre santé.
N'hésitez pas à nous solliciter pour plus d'information.

SAVEZ VOUS QUE

Chaque année, **nous vaccinons contre la grippe** ?
☐ OUI ☐ NON ☐ Je suis intéressé(e)

Nous faisons **des tests antigéniques sur rendez-vous** ?
☐ OUI ☐ NON ☐ Je suis intéressé(e)

Ainsi que des tests pour dépister les **angines bactériennes** ?
☐ OUI ☐ NON ☐ Je suis intéressé(e)

Des entretiens d'environ 20 min sur rendez-vous vous sont proposés pour vous aider à **mieux vivre** votre traitement et **répondre aux questions** que vous vous posez,

Êtes-vous au courant ? ☐ OUI ☐ NON seriez-vous intéressé ? ☐ OUI ☐ NON

- **Est-ce que vous fumez ?** ☐ OUI ☐ NON
  Voulez-vous arrêter ? ☐ OUI ☐ NON ☐ Pourquoi pas
- **Prenez-vous des médicaments pour dormir ? :** ☐ OUI ☐ NON
  Aimeriez-vous arrêter ? ☐ OUI ☐ NON ☐ Pourquoi pas

→ Nous pouvons vous accompagner dans votre démarche, le saviez-vous ? ☐ OUI ☐ NON

Vous pouvez **consulter un médecin en ligne**, rapidement, depuis la pharmacie le saviez-vous ?

☐ OUI ☐ NON ☐ Je suis intéressé(e)

Savez-vous qu'en un clic vous pouvez nous **envoyer votre ordonnance** sur notre application,
nous la préparons et vous venez la récupérer sans attendre :

☐ OUI ☐ NON ☐ Je suis intéressé(e) → demandez nous pour vos identifiants et codes!

Nous proposons également des prix BAS
sur une sélection de produits courants !

Prenez soin de vous.
La pounche.

Dr Rocchi & Dr Ferrera
Boulevard Clément et Jules Barthélémy, 13190 Allauch
Tél : 04.91.68.07.31

Les résultats sont sous forme d'Histogramme, ces trois graphiques représentent le pourcentage des patients sachant / ne sachant pas les missions du pharmacien.

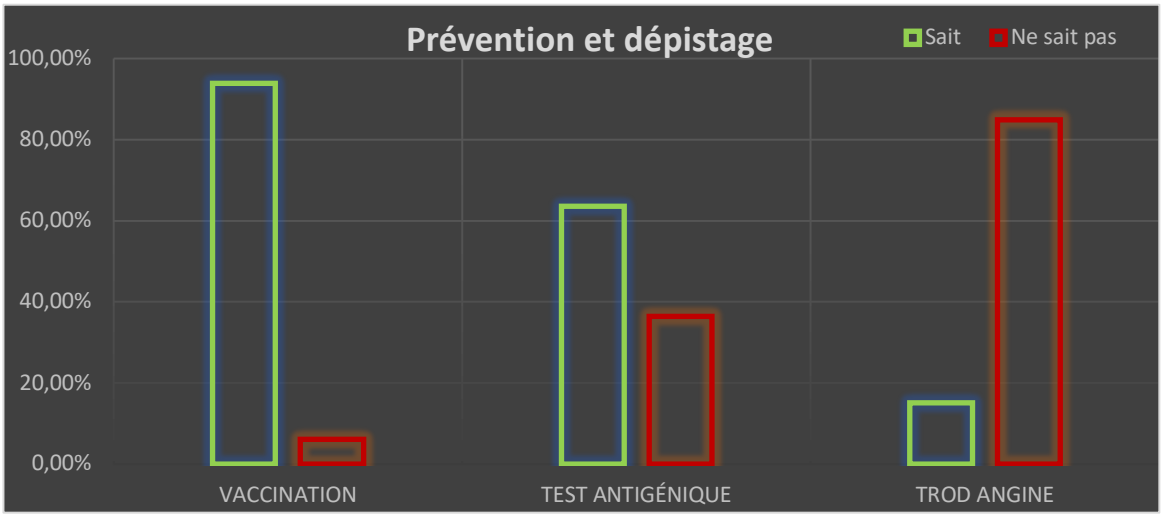


Figure 8 - Graphique représentant les missions de dépistages et préventions

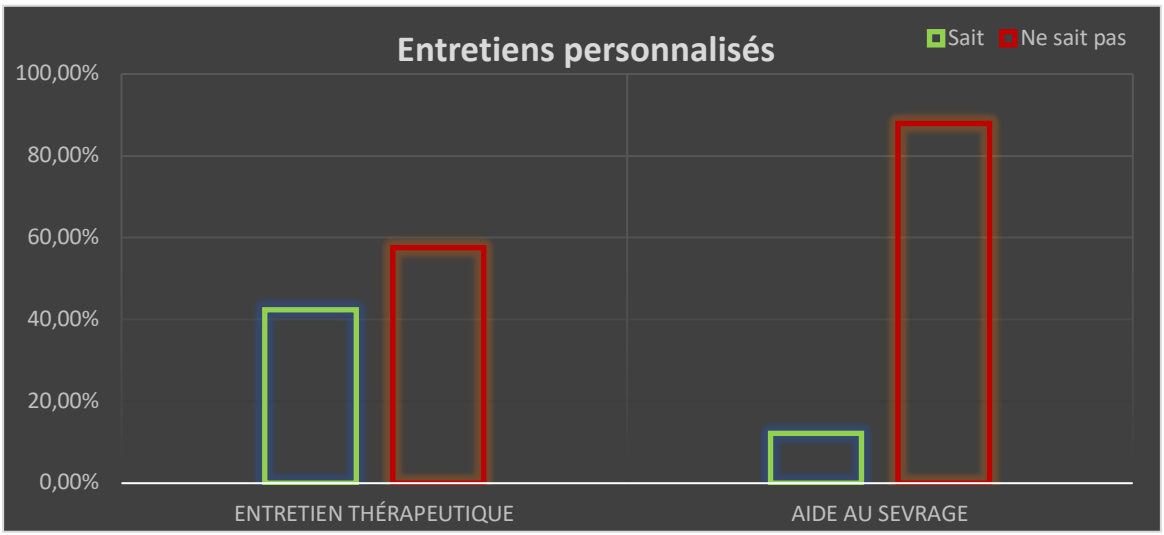


Figure 9 - Graphique représentant les missions d'entretiens thérapeutiques

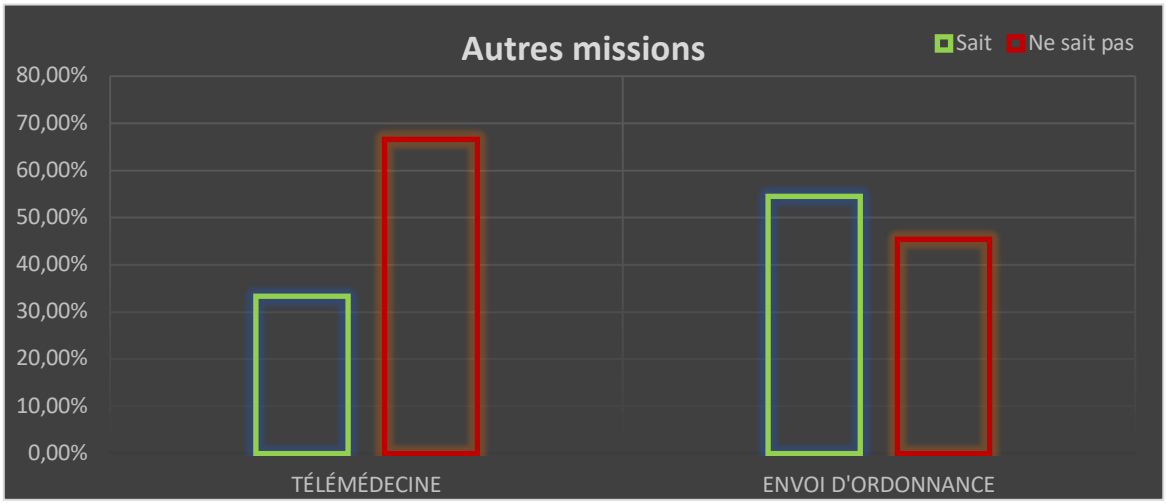


Figure 10 - Graphique représentant les autres missions

Missions	Sait	Ne sait pas
Vaccination	94 %	6 %
Test antigénique	64 %	36 %
TROD angine	15 %	85 %
Entretien Thérapeutique	42 %	58 %
Entretien d'aide au sevrage	12 %	88 %
Télémédecine	33 %	67 %
Envoi d'ordonnance	54 %	46 %

5. Analyse des résultats

⇒ Missions de dépistage et prévention :

Cela fait maintenant 2 ans que nous sommes autorisés à la vaccination, et comme on peut le voir 94 % des patients le savent. Deux raisons peuvent expliquer ce résultat. Tout d'abord la vaccination grippale, en effet chaque hiver le vaccin contre la grippe est préconisé pour les personnes à risque donnant une certaine visibilité au pharmacien. Puis, en cette période que nous vivons actuellement, la forte médiatisation au grand public du vaccin contre le Corona Virus, que nous pouvons réaliser depuis le 15 Mars 2021, offre également au pharmacien une visibilité qu'il n'avait pas auparavant.

Pour ce qui est du test antigénique de dépistage du COVID ; 36% des patient ne sont pas au courant, cela est dû au fait de sa récente mise en place pour la crise sanitaire que nous vivons.

Concernant le test TROD pour les angines bactériennes, seulement 15% des patients savent que nous le réalisons. Cela fait 5 ans que ce test peut être réalisé par le pharmacien d'officine, et très peu de personnes sont au courant, il y a un grand manque de communication à ce sujet. Il faudrait mettre en place des missions de communication pour pallier ce manque.

⇒ Missions d'entretiens thérapeutiques :

Le pourcentage de personnes au courant que nous réalisons les entretiens thérapeutiques est de 42%. Ce résultat est haut car la pharmacie les réalisent, mais il faut savoir qu'en France toutes les pharmacies ne mettent pas en place les entretiens thérapeutiques on peut citer par exemple les entretiens AVK, en 2014 seul 63% des officines étaient impliqués dans l'accompagnement des patients sous AVK[41]. Ces entretiens sont importants pour le patient comme on a pu le voir dans les cas présentés, c'est pourquoi toutes les pharmacies devraient être impliquées pour que les pharmaciens aient de la visibilité à ce sujet et puissent entrer dans le parcours de soins du patient pour améliorer sa prise en charge et sa qualité de vie.

Pour ce qui est de l'aide au sevrage, 88 % des patients interrogés ne sont pas au courant. Le sevrage est un problème majeur de la santé publique, le tabac fait plus de 8 millions de mort chaque année[42] et quant aux benzodiazépines ce sont les traitements psychotropes les plus prescrits en France[43]. Il faudrait que tous les pharmaciens proposent ces entretiens de sevrage lors de la dispensation et une meilleure communication doit également se faire au niveau du grand public pour avancer dans ce problème de santé publique.

⇒ Autres missions :

Il est vrai que la télémédecine n'est en développement que depuis peu. Même si elle a prouvé son efficacité et sa praticité pour plus d'un tiers des patients interrogés, 67% des patients n'ont encore aucune idée de la mise en place de cette pratique. On peut espérer que lorsque celle-ci sera totalement développé ce chiffre diminuera.

Pour finir, l'envoi d'ordonnance via le logiciel installé dans l'officine. Un peu plus de 50 % des patients sont au courant de cette pratique réalisé dans la pharmacie. Ce système est utile pour beaucoup de patients, plus précisément pour ceux ayant un traitement chronique ou une poly médication. Cela leurs permet de gagner du temps mais attention il est important

de toujours donner les conseils et informations du bon usage du médicament lors de la délivrance.

6. Conclusion

L'objectif de ce questionnaire est de voir si les nouvelles missions du pharmacien sont visibles pour les patients et comme on peut le constater les avis varient en fonction des missions. Certaines sont connu grâce à leurs médiatisations comme la vaccination ou grâce au service que propose la pharmacie comme l'envoi d'ordonnance. Pour ce qui est des autres missions, il y a un réel manque d'information. Seuls trois des sept missions exposées sont majoritairement connu. Ce manque de visibilité induit un manque de prise en charge optimisée du patient, en effet toutes ces missions ont le même objectif ; l'amélioration de la prise en charge du patient et l'amélioration de sa qualité de vie et si le patient n'est pas au courant on passe à côté cet objectif.

VII. Conclusion

Le métier du pharmacien a beaucoup évolué tout au long de l'histoire, notamment avec la loi HPST de 2009 qui a permis l'intégration de l'éducation thérapeutique du patient dans les missions du pharmacien engendrant le renforcement du lien de confiance avec le patient.

Ces nouvelles missions nous laissent optimiste sur l'avenir de la profession. Le pharmacien renforce son rôle de professionnel de santé grâce aux nouvelles missions qui ont pour objectif d'améliorer la prise en charge du patient. Cette prise en charge plus globale, renforcée notamment par la coopération avec les autres professionnels de santé, apporte une perspective très intéressante pour l'avenir de la profession permettant de se recentrer sur le cœur du métier.

Les pharmaciens se doivent de mettre en place petit à petit tous les outils nécessaires à l'évolution de leur métier en adaptant leurs méthodes de travail. Le but est d'améliorer le service rendu à la population grâce à une meilleure prise en charge pluridisciplinaire du patient. Ceci permet d'obtenir une valorisation du travail du pharmacien et une reconnaissance auprès du public et également du corps médical et paramédical.

Pour finir et répondre à la question du rôle du pharmacien dans le parcours de soins du patient, je dirai qu'il a une place bien définit et très importante. Le pharmacien accompagne le patient tout au long de son parcours de soins en lui apportant les informations et les compétences nécessaires à l'amélioration de sa qualité de vie et également au bon déroulement de son traitement.

SERMENT DE GALIEN

Je jure, en présence de mes maîtres de la Faculté, des conseillers de l'Ordre des pharmaciens et de mes condisciples :

- **D'honorer ceux qui m'ont instruit dans les préceptes de mon art et de leur témoigner ma reconnaissance en restant fidèle à leur enseignement.**
- **D'exercer, dans l'intérêt de la santé publique, ma profession avec conscience et de respecter non seulement la législation en vigueur, mais aussi les règles de l'honneur, de la probité et du désintéressement.**
- **De ne jamais oublier ma responsabilité et mes devoirs envers le malade et sa dignité humaine, de respecter le secret professionnel.**
- **En aucun cas, je ne consentirai à utiliser mes connaissances et mon état pour corrompre les mœurs et favoriser des actes criminels.**

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

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

Table des figures

Figure 1 - La médecine centrée sur le patient ..... - 17 -

Figure 2- La médecine de la personne..... - 17 -

Figure 3 - Échange avec le patient et entre les professionnels de santés ..... - 18 -

Figure 4 - Patient éligible au BMP ..... - 30 -

Figure 5 - Trois notions clés de l'ETP ..... - 33 -

Figure 6 - Étape d'un ETP..... - 37 -

Figure 7 - Interprétation du score obtenu suite au questionnaire ..... - 46 -

Figure 8 - Graphique représentant les missions de dépistages et préventions..... - 66 -

Figure 9 - Graphique représentant les missions d'entretiens thérapeutiques.....

Figure 10 - Graphique représentant les autres missions.....

Annexes

Annexe 1 : Loi de l'organisation des Écoles de pharmacie

Loi contenant organisation des Écoles de pharmacie
21 germinal an XI (11 avril 1803)
(extrait)

TITRE Ier. Organisation des Écoles de pharmacie

ARTICLE 1er - Il sera établi une École de pharmacie à Paris, à Montpellier, à Strasbourg et dans les villes où seront placées les trois autres Écoles de médecine, suivant l'article 25 de la loi du 11 floréal an X.
ART. 2 - Les Écoles de pharmacie ont le droit d'examiner et de recevoir, pour toute la République, les élèves qui se destineront à la pratique de cet art ; elles seront de plus chargées d'en enseigner les principes et la théorie dans les cours publics, d'en surveiller l'exercice, d'en dénoncer les abus aux autorités et d'en étendre le progrès.
ART. 3 - Chaque École de pharmacie ouvrira tous les ans, et à ses frais, au moins trois cours expérimentaux, l'un sur la botanique et l'histoire naturelle des médicaments, les deux autres sur la pharmacie et la chimie.

TITRE II. Des élèves en pharmacie et de leur discipline

ART. 8 - Aucun élève ne pourra prétendre à se faire recevoir pharmacien sans avoir exercé pendant huit années au moins son art dans les pharmacies légalement établies. Les élèves qui auront suivi pendant trois ans les cours donnés dans une des Écoles de pharmacie ne seront tenus, pour être reçus, que d'avoir résidé trois autres années dans ces pharmacies. →

Annexe 2 : Loi 41 Nouvelles Activités du Pharmacien au Québec

ORDRE DES PHARMACIENS DU QUÉBEC

Présent pour vous

LOI 41
NOUVELLES ACTIVITÉS DES PHARMACIENS

RÉSUMÉ DES RÈGLEMENTS

Ajuster – Modifier la forme, la posologie ou la quantité d'un médicament prescrit

Éléments à inscrire au dossier du patient [1]
- Ajustement effectué
- Justification clinique

Nécessaire de rédiger une ordonnance [2]

Remarque
- Aviser le patient de l'ajustement.

Ajuster – Modifier la dose d'un médicament afin d'atteindre les cibles thérapeutiques

Conditions particulières
Deux situations :
- obtenir du médecin traitant les cibles thérapeutiques incluant les limites et les contre-indications, s'il y a lieu;

ou
- exercer dans un établissement au sens des lois [4] ou au sein d'un groupe où l'équipe médicale partage ou utilise un même dossier patient lorsqu'il existe un plan de traitement médical.

Éléments à inscrire au dossier du patient [1]
- Ajustement effectué
- Justification clinique

Nécessaire de rédiger une ordonnance [2]

Information au médecin [3]
- Ajustement effectué

Remarque
- Aviser le patient de l'ajustement.

Ajuster – Modifier la dose d'un médicament prescrit afin d'assurer la sécurité du patient

Conditions particulières
Ajuster, notamment aux fins de (d') :
- diminuer les effets indésirables d'un médicament;
- gérer les interactions médicamenteuses;
- prévenir la défaillance d'un organe;
- prendre en compte les fonctions rénales ou hépatiques du patient;
- prendre en compte le poids du patient;
- améliorer la tolérance du patient à la thérapie médicamenteuse;
- corriger une erreur manifeste de dosage.

Éléments à inscrire au dossier du patient [1]
- Ajustement effectué
- Justification clinique

Nécessaire de rédiger une ordonnance [2]

Information au médecin [3]
- Ajustement effectué

Remarque
- Aviser le patient de l'ajustement.

Prescrire et interpréter des analyses de laboratoire en établissement de santé

Conditions particulières
- S'assurer que l'analyse n'est pas autrement disponible.
- Prescrire aux fins du suivi de la thérapie médicamenteuse d'un patient admis, inscrit ou hébergé dans un tel centre.

Éléments à inscrire au dossier du patient [1]
- Motif de la prescription de l'analyse
- Suivi donné

Nécessaire de rédiger une ordonnance [2]

Remarque
- Assurer le suivi de l'analyse prescrite.

Prescrire une analyse de laboratoire en pharmacie communautaire

Conditions particulières
Prescrire aux fins de la surveillance de la thérapie médicamenteuse afin de (d') :
- valider la présence d'effets indésirables connus reliés à la prise d'un médicament;
- assurer le suivi des effets indésirables connus et des interactions médicamenteuses;
- assurer le suivi de l'efficacité de la thérapie médicamenteuse.

S'assurer qu'un résultat récent de cette analyse n'est pas autrement disponible.

Éléments à inscrire au dossier du patient [1]
- Motif de la prescription de l'analyse
- Suivi donné

Nécessaire de rédiger une ordonnance [2]

Information au médecin [3]
Communication du résultat de l'analyse demandée au médecin traitant ou à l'IPS [5] responsable du suivi clinique

Remarques
Analyses de laboratoire autorisées :
- formule sanguine complète (FSC)
- temps de prothrombine (PT) – RNI
- créatinine
- électrolytes
- alanine transaminase (ALT)
- créatinine-kinase (CK)
- dosages sériques des médicaments
- glycémie
- hémoglobine glyquée (HbA_{1c})
- bilan lipidique
- hormone thyréotrope (TSH)

Diriger, le cas échéant, le patient vers la ressource appropriée à sa condition, avec le résultat de l'analyse.

(1) Le pharmacien inscrit toutes ses interventions au dossier du patient.
(2) Selon le *Règlement sur les ordonnances d'un pharmacien*.
(3) Le pharmacien utilise alors le formulaire de communication prévu à cet effet.
(4) Un établissement au sens de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux (chapitre S-4.2)* ou au sens de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones cris (chapitre S-5)*.
(5) IPS = infirmière praticienne spécialisée.
(6) Grossiste reconnu par le ministre de la Santé et des Services sociaux en vertu de l'article 62 de la *Loi sur l'assurance-médicaments*.
(7) Le pharmacien utilise alors le formulaire prévu à cet effet.

Note : Si vous notez une différence entre le tableau résumé et la loi ou les règlements en vigueur, ces derniers prévaudront en tout temps.

Prolonger l'ordonnance d'un médecin

Conditions particulières
- Prolonger une ordonnance afin que le traitement prescrit ne soit pas interrompu.
- La durée de prolongation d'une ordonnance ne peut excéder la durée de validité de l'ordonnance initiale ou, si cette durée est supérieure à 1 an, elle ne peut excéder 1 an.

Éléments à inscrire au dossier du patient [1]
- Acceptation ou refus de prolonger l'ordonnance
- Justification clinique
- Recommandation d'un suivi médical au patient

Nécessaire de rédiger une ordonnance [2]

Information au médecin [3]
- Prolongation effectuée

Remarque
- Recommander un suivi médical au patient.

Substituer au médicament prescrit, lors de rupture complète d'approvisionnement au Québec, un autre médicament de même sous-classe thérapeutique

Condition particulière
S'assurer, avant de substituer, de ne pouvoir obtenir le médicament auprès de :
- 2 pharmacies de la région **et**
- 2 grossistes reconnus [6]

Éléments à inscrire au dossier du patient [1]
- Démarches réalisées pour s'approvisionner
- Substitution effectuée
- Avis donné au patient

Nécessaire de rédiger une ordonnance [2]

Information au médecin [3]
- Substitution effectuée

Remarque
- Aviser le patient de la substitution.

Prescrire un médicament lorsqu'aucun diagnostic n'est requis

Conditions particulières
11 cas pour lesquels un pharmacien peut prescrire un médicament :
- diarrhée du voyageur (traitement en cas de manifestation)
- prophylaxie du paludisme
- supplémentation vitaminique en périnatalité
- nausées et vomissements reliés à la grossesse
- cessation tabagique (excluant la prescription de la varéniciline et du bupropion)
- contraception orale d'urgence (COU)
- contraception hormonale à la suite d'une prescription de la COU, pour une durée initiale n'excédant pas 3 mois; l'ordonnance peut être prolongée pour une durée maximale de 3 mois
- pédiculose
- prophylaxie antibiotique chez les porteurs de valve
- prophylaxie cytoprotectrice chez les patients à risque
- prophylaxie du mal aigu des montagnes (excluant la prescription de la dexaméthasone ou du sildénafil)

Élément à inscrire au dossier du patient [1]
- Médicament prescrit

Nécessaire de rédiger une ordonnance [2]

Prescrire un médicament pour une condition mineure (lorsque le diagnostic et le traitement sont connus)

Conditions particulières
12 conditions mineures visées :
- rhinite allergique
- herpès labial
- acné mineure (sans nodule ni pustule)
- vaginite à levure
- érythème fessier
- dermatite atopique (eczéma) nécessitant l'utilisation de corticostéroïdes n'excédant pas une puissance faible à modérée
- conjonctivite allergique
- muguet consécutif à l'utilisation d'inhalateurs corticostéroïdes
- aphtes buccaux
- dysménorrhée primaire
- hémorroïdes
- infection urinaire chez la femme

Le patient a déjà reçu un diagnostic pour cette condition et le médecin lui a prescrit un médicament.
ou
La condition du patient a déjà fait l'objet d'une évaluation par une IPS et cette dernière lui a prescrit un médicament.

Le médicament prescrit doit faire partie d'une classe de médicaments d'une puissance égale ou inférieure à celui prescrit par le médecin ou l'IPS.

Éléments à inscrire au dossier du patient [1]
- Médicament prescrit
- Justification clinique

Nécessaire de rédiger une ordonnance [2]

Information au médecin [3]
Communication au médecin ou à l'IPS :
- la condition mineure traitée
- le nom intégral du médicament
- la posologie, incluant la forme pharmaceutique, la concentration, s'il y a lieu, et le dosage
- la durée du traitement et la quantité prescrite

Remarques
Le pharmacien n'est pas autorisé à prescrire un médicament lorsque :
1. le patient fait partie d'un sous-groupe de population dont la situation dépasse ses compétences;
2. la condition mineure est accompagnée d'un des signaux d'alarme suivants :
   - un signe ou un symptôme récurrent ou persistant après le premier médicament prescrit par le pharmacien;
   - un signe ou un symptôme suggérant la présence d'une maladie chronique ou systémique non diagnostiquée;
   - un signe ou un symptôme laissant croire à un déclin ou à l'altération du fonctionnement d'un organe ou d'un système;
   - une réaction inhabituelle au médicament;
3. les signes et symptômes ne lui permettent pas d'identifier clairement la condition mineure;
4. pour l'infection urinaire chez la femme, plus de 12 mois se sont écoulés depuis le dernier traitement prescrit par le médecin ou l'IPS, ou la patiente a reçu 3 traitements pour cette condition au cours des 12 derniers mois;
5. pour la dysménorrhée primaire et les hémorroïdes, plus de 2 années se sont écoulées depuis le dernier traitement prescrit par le médecin ou l'IPS;
6. pour les autres conditions mineures, excluant l'infection urinaire chez la femme, la dysménorrhée et les hémorroïdes, plus de 4 années se sont écoulées depuis le dernier traitement prescrit par le médecin ou l'IPS.

Le pharmacien doit alors diriger le patient vers un médecin et inscrire les motifs justifiant cette décision sur un formulaire qu'il remet au patient. [7]

(1) Le pharmacien inscrit toutes ses interventions au dossier du patient.
(2) Selon le *Règlement sur les ordonnances d'un pharmacien*.
(3) Le pharmacien utilise alors le formulaire de communication prévu à cet effet.
(4) Un établissement au sens de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux (chapitre S-4.2)* ou au sens de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones cris (chapitre S-5)*.
(5) IPS = infirmière praticienne spécialisée.
(6) Grossiste reconnu par le ministère de la Santé et des Services sociaux en vertu de l'article 62 de la *Loi sur l'assurance-médicaments*.
(7) Le pharmacien utilise alors le formulaire prévu à cet effet.

Note : Si vous notez une différence entre le tableau résumé et la loi ou les règlements en vigueur, ces derniers prévaudront en tout temps.

Annexe 3 : Bilan de Médication Partagé

DCI / Dosage / Forme	Posologie Moment de prise	Indication	Date de début du traitement	Problème liée à la prise (forme galénique)	Problème d'observance (oubli)	Biologie ou éléments d'efficacité ou d'effets indésirables en lien avec le médicament
				◯ Oui ◯ Non	◯ Oui ◯ Non	
				◯ Oui ◯ Non	◯ Oui ◯ Non	
				◯ Oui ◯ Non	◯ Oui ◯ Non	
				◯ Oui ◯ Non	◯ Oui ◯ Non	
				◯ Oui ◯ Non	◯ Oui ◯ Non	
				◯ Oui ◯ Non	◯ Oui ◯ Non	
				◯ Oui ◯ Non	◯ Oui ◯ Non	
				◯ Oui ◯ Non	◯ Oui ◯ Non	
				◯ Oui ◯ Non	◯ Oui ◯ Non	
				◯ Oui ◯ Non	◯ Oui ◯ Non	
				◯ Oui ◯ Non	◯ Oui ◯ Non	
				◯ Oui ◯ Non	◯ Oui ◯ Non	
				◯ Oui ◯ Non	◯ Oui ◯ Non	
				◯ Oui ◯ Non	◯ Oui ◯ Non	
				◯ Oui ◯ Non	◯ Oui ◯ Non	

Annexe 4 : Les processus de pharmacie clinique – SFPC

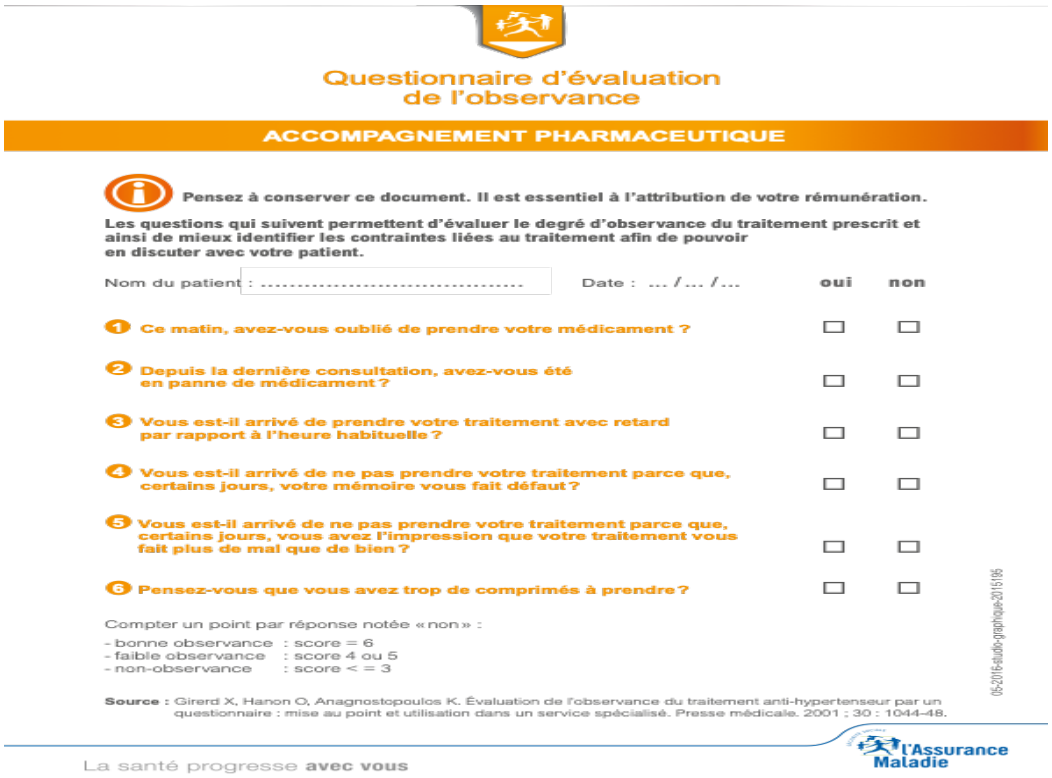
Les processus de pharmacie clinique

Actes ou procédures

01 DISPENSATION DES PRODUITS DE SANTÉ	02 BILAN DE MÉDICATION OU REVUE CLINIQUE DE MÉDICATION	03 PLAN PHARMACEUTIQUE PERSONNALISÉ
Définitions		
• Analyse pharmaceutique de l'ordonnance médicale et/ou de la demande du patient. • Préparation éventuelle des doses à administrer. • Mise à disposition des informations et des conseils nécessaires au bon usage des produits de santé.	Synthèse et interventions pharmaceutiques intégrant l'anamnèse clinique et pharmaceutique du patient, concernant : • les objectifs et choix thérapeutiques ; • les points critiques (IM, CIP, posologie) ; • les points d'optimisation (mise en place et gestion des traitements, gestion de la iatrogénie, accompagnement de l'adhésion du patient). *Cette étape vise à cibler les patients/situations à risque nécessitant un plan pharmaceutique personnalisé.*	*Cette étape vise à définir, à mettre en œuvre et à réaliser son suivi.* Synthèse écrite et propositions ciblées à l'équipe de soins sur un ou plusieurs éléments identifiés : • suite au bilan de médication ; • suite à sollicitation directe de l'équipe de soins*. ** Nécessitant au préalable un bilan de médication.*
GRADIENT D'UTILISATION DE L'INFORMATION, MENANT À L'ANALYSE APPROFONDIE ET À L'ACTION CIBLÉE		
Contenus pharmacie clinique		
• Analyse pharmaceutique de l'ordonnance médicale et/ou de la demande du patient. • Mise à disposition des informations et des conseils nécessaires au bon usage des produits de santé.	• Conciliation médicamenteuse/ Entretien pharmaceutique. • Analyse pharmaceutique clinique. • Conseils de bon usage des produits de santé.	• Entretien pharmaceutique ciblé (pharmacothérapie, adhésion thérapeutique, éducation thérapeutique...). • Analyse pharmaceutique clinique. • Conseils de bon usage des produits de santé. • Plan de prise construit avec le patient.

(source : Société française de pharmacie clinique).

Annexe 5 : Questionnaire GIRERD, évaluation de l'observance



Questionnaire d'évaluation de l'observance

ACCOMPAGNEMENT PHARMACEUTIQUE

Pensez à conserver ce document. Il est essentiel à l'attribution de votre rémunération.

Les questions qui suivent permettent d'évaluer le degré d'observance du traitement prescrit et ainsi de mieux identifier les contraintes liées au traitement afin de pouvoir en discuter avec votre patient.

Nom du patient : ..... Date : ... / ... / ...

	oui	non
1 Ce matin, avez-vous oublié de prendre votre médicament ?	☐	☐
2 Depuis la dernière consultation, avez-vous été en panne de médicament ?	☐	☐
3 Vous est-il arrivé de prendre votre traitement avec retard par rapport à l'heure habituelle ?	☐	☐
4 Vous est-il arrivé de ne pas prendre votre traitement parce que, certains jours, votre mémoire vous fait défaut ?	☐	☐
5 Vous est-il arrivé de ne pas prendre votre traitement parce que, certains jours, vous avez l'impression que votre traitement vous fait plus de mal que de bien ?	☐	☐
6 Pensez-vous que vous avez trop de comprimés à prendre ?	☐	☐

Compter un point par réponse notée « non » :

- bonne observance : score = 6
- faible observance : score 4 ou 5
- non-observance : score < = 3

Source : Girerd X, Hanon O, Anagnostopoulos K. Évaluation de l'observance du traitement anti-hypertenseur par un questionnaire : mise au point et utilisation dans un service spécialisé. Presse médicale. 2001 ; 30 : 1044-48.

05-2016-studio-graphique-2015195

La santé progresse **avec vous**

L'Assurance Maladie

Annexe 6 : test de contrôle de l'asthme

Test de Contrôle de l'Asthme (test ACT)

1. Au cours des 4 dernières semaines, votre asthme vous a-t-il **empêché(e) de pratiquer vos activités** au travail, à l'école/université ou chez vous ?					
❍ Tout le temps	❍ La plupart du temps	❍ Quelques fois	❍ Rarement	❍ Jamais	Score :
1	2	3	4	5	
2. Au cours des 4 dernières semaines, avez-vous été **essoufflé(e)** ?					
❍ Plus d'1 fois par jour	❍ 1 fois par jour	❍ 3 à 6 fois par semaine	❍ 1 ou 2 fois par semaine	❍ Jamais	Score :
1	2	3	4	5	
3. Au cours des 4 dernières semaines, les symptômes de l'asthme (sifflements dans la poitrine, toux, essoufflement, oppression ou douleur dans la poitrine) vous ont-ils **réveillé(e) la nuit** ou plus tôt que d'habitude le matin ?					
❍ 4 nuits ou plus par semaine	❍ 2 à 3 nuits par semaine	❍ 1 nuit par semaine	❍ Juste 1 ou 2 fois	❍ Jamais	Score :
1	2	3	4	5	
4. Au cours des 4 dernières semaines, combien de fois avez-vous utilisé votre **inhalateur/aérosol-doseur de secours** ?					
❍ 3 fois ou plus par jour	❍ 1 ou 2 fois par jour	❍ 2 ou 3 fois par semaine	❍ 1 fois ou moins par semaine	❍ Jamais	Score :
1	2	3	4	5	
5. Comment évalueriez-vous votre **maîtrise de l'asthme** au cours des 4 dernières semaines ?					
❍ Pas maîtrisé du tout	❍ Très peu maîtrisé	❍ Un peu maîtrisé	❍ Bien maîtrisé	❍ Totalement maîtrisé	Score :
1	2	3	4	5	
Test de Contrôle de l'Asthme (www.asthmacontroltest.com)					**TOTAL :**

Le score des 5 questions est additionné en un score total pouvant varier entre 5 et 25. Au plus le score total est élevé, au mieux l'asthme est contrôlé. Le tableau ci-dessous présente les interventions que peut faire le pharmacien en fonction du score total obtenu.

Score ACT	Interprétation score ACT	Intervention du pharmacien
<15	Asthme non contrôlé	Essayez de trouver la cause : 1/ Observance thérapeutique 2/ Technique d'inhalation, choix du dispositif d'inhalation 3/ Interaction avec un β-bloquant 4/ Mesures non-médicamenteuses mal suivies 5/ Traitement inadapté
15-19	Asthme partiellement contrôlé	
20-25	Asthme bien contrôlé	Informez le patient que son asthme est bien sous contrôle et insistez sur l'importance de continuer à prendre chaque jour le médicament

Basé sur le protocole Soins pharmaceutiques dans l'asthme, UGent.

Annexe 7 : support AVK

l'Assurance Maladie

AVK
ENTRETIEN D'ÉVALUATION

Objectifs de l'entretien :
- Recueillir les informations générales sur le patient.
- Évaluer l'appropriation du traitement et son observance par le patient.
- Définir le programme d'entretiens thématiques nécessaire au patient et lui expliquer son déroulement.

INFORMATIONS GÉNÉRALES

NOM

PRÉNOM

ÂGE POIDS

N° DE SÉCURITÉ SOCIALE

RÉGIME D'AFFILIATION

ADRESSE

NOM DU MÉDECIN TRAITANT

AVK PRESCRIT	POSOLOGIES	DÉBUT DE TRAITEMENT + PRESCRIPTEURS

AUTRES TRAITEMENTS PRESCRITS AU LONG COURS

AUTRES MÉDICAMENTS/COMPLÉMENTS ALIMENTAIRES CONSOMMÉS

>>>

HISTORIQUE DES AVK (MÉDICAMENTS, DATE DE PRESCRIPTION, POSOLOGIES, ÉVENTUELS ACCIDENTS LIÉS AU TRAITEMENT, CHANGEMENT DE TRAITEMENT)

VÉRIFICATION DE L'ABSENCE DE CONTRE-INDICATIONS ABSOLUES OU RELATIVES (CF. RCP)

LABORATOIRE HABITUEL QUI DOSE L'INR DU PATIENT

HABITUDES DE VIE POUVANT INTERFÉRER AVEC LE TRAITEMENT AVK (ALIMENTATION, ALCOOL, TABAC, ACTIVITÉ PHYSIQUE, SPORT DE CONTACT, ACTIVITÉ MANUELLE, BRICOLAGE, JARDINAGE, DÉPLACEMENT, VOYAGE...)

IDENTIFICATION DES DIFFICULTÉS MOTRICES/COGNITIVES/SENSORIELLES QUI NÉCESSITENT ASSISTANCE

LE PATIENT A-T-IL UN CARNET DE SUIVI ? OUI ☐ NON ☐

NOTIONS GÉNÉRALES SUR LE TRAITEMENT AVK

COMMENT LE PATIENT VIT-IL GLOBALEMENT SON TRAITEMENT ?

SAIT-IL À QUOI SERT SON TRAITEMENT AVK ?	A ☐	PA ☐	NA ☐
LE PATIENT SAIT-IL POURQUOI « NOM DE LA SPÉCIALITÉ AVK PRESCRITE » LUI A ÉTÉ PRESCRIT ? SI OUI, EST-IL CAPABLE DE RESTITUER EN TERMES SIMPLES L'INDICATION THÉRAPEUTIQUE ?	A ☐	PA ☐	NA ☐
SAIT-IL QUE SON TRAITEMENT PRÉSENTE CERTAINS RISQUES ET PEUT-IL LES INDIQUER ?	A ☐	PA ☐	NA ☐
SAIT-IL QUE SON TRAITEMENT REQUIERT UNE SURVEILLANCE BIOLOGIQUE ?	A ☐	PA ☐	NA ☐

A ☐ Acquis PA ☐ Partiellement acquis NA ☐ Non acquis

>>>

LE PATIENT CONNAÎT-IL LA DOSE PRESCRITE PAR SON MÉDECIN ?	A ☐	PA ☐	NA ☐
SI OUI, LA RESPECTE-T-IL ?	A ☐	PA ☐	NA ☐
CONNAÎT-IL LA POSOLOGIE PRESCRITE PAR SON MEDECIN ?	A ☐	PA ☐	NA ☐
LE PATIENT SAIT-IL À QUELLE HEURE IL DOIT PRENDRE CE MÉDICAMENT ET QU'IL FAUT LE PRENDRE TOUS LES JOURS À LA MÊME HEURE ?	A ☐	PA ☐	NA ☐
LE PATIENT OUBLIE-T-IL PARFOIS SON TRAITEMENT ?	OUI ☐	NON ☐	
SAIT-IL QUOI FAIRE EN CAS D'OUBLI D'UNE DOSE ?	A ☐	PA ☐	NA ☐

PRÉCISEZ .....

LE PATIENT SAIT-IL QU'IL EST IMPORTANT :

– DE NOTER LES PRISES SUR SON CARNET DE SUIVI ?	A ☐	PA ☐	NA ☐
– DE NOTER TOUT OUBLI ÉVENTUEL DANS SON CARNET DE SUIVI ?	A ☐	PA ☐	NA ☐

QUELS AUTRES PROFESSIONNELS DE SANTÉ VOIT-IL EN DEHORS DU PHARMACIEN ET DE SON MÉDECIN ? .....

LEUR PRÉSENTE-T-IL SA CARTE « JE PRENDS UN TRAITEMENT PAR AVK » ?	OUI ☐	NON ☐
SAIT-IL QU'IL DOIT INFORMER SON MÉDECIN DE TOUTE INTERVENTION MÉDICALE, MÊME BÉNIGNE (PETITE CHIRURGIE, EXTRACTION DE DENT...) ET DE TOUT CHANGEMENT DE SITUATION (GROSSESSE...) ?	OUI ☐	NON ☐

A ☐ Acquis PA ☐ Partiellement acquis NA ☐ Non acquis

>>>

PLAN D'ACCOMPAGNEMENT

À l'issue de cet entretien d'évaluation et sur la base des réponses formulées par le patient, effectuer le bilan afin de déterminer l'accompagnement à mettre en place en fonction des besoins identifiés du patient. Sur cette base, convenir de plusieurs entretiens spécifiques en précisant au patient le contenu de l'accompagnement. Tous les éléments abordés lors de l'entretien d'évaluation pourront être développés lors des différents thèmes d'entretien proposés.

Le plan d'accompagnement est évolutif en fonction des points que vous identifierez au cours du programme comme restant partiellement acquis ou non acquis pour votre patient.

DATE DE L'ENTRETIEN D'ÉVALUATION ..../..../..... NOM DU PHARMACIEN

ENTRETIENS PROGRAMMÉS	Nbre	DATES			
SURVEILLANCE BIOLOGIQUE	.....	..../..../.....	..../..../.....	..../..../.....	..../..../.....
OBSERVANCE	.....	..../..../.....	..../..../.....	..../..../.....	..../..../.....
EFFETS DU TRAITEMENT	.....	..../..../.....	..../..../.....	..../..../.....	..../..../.....
VIE QUOTIDIENNE ET ALIMENTATION	.....	..../..../.....	..../..../.....	..../..../.....	..../..../.....

CONCLUSION

Pour optimiser votre temps, copier-coller la conclusion que vous venez de rédiger dans le formulaire de synthèse des conclusions.

1. DEMANDER AU PATIENT S'IL A DES QUESTIONS OU REMARQUES.
2. FIXER LES PROCHAINS RENDEZ-VOUS.
3. COMPLÉTER LE BILAN DE L'ENTRETIEN.

BILAN DE L'ENTRETIEN

.....

REMARQUES/QUESTIONS DU PATIENT

.....

Références bibliographiques

(1) Pharmacie Clinique.Pdf.

(2) Methode Parcours de Soins.Pdf.

(3) *Loi N° 2004-810 Du 13 Août 2004 Relative à l'assurance Maladie*; 2004.

(4) Guide_rbpp_sms_2021-01-07_10-47-37_949.Pdf.

(5) Parcours de Soins.Pdf.

(6) Reach, G. L'éducation thérapeutique du patient comme élément structurant du parcours du soin. *Médecine Mal. Métaboliques* **2017**, *11* (1), 22–27. https://doi.org/10.1016/S1957-2557(17)30006-8.

(7) Le parcours de santé : ou comment devenir acteur de ma maladie ? *HEROIC santé*, 2019.

(8) Fiche Parcours Polypathologie Du Sujet Age.Pdf.

(9) Rapport Évaluation Perte Autonomie 2015.Pdf.

(10) Julien, P. Maurice Bouvet : son œuvre historique. *Rev. Hist. Pharm.* 9.

(11) Bzoura, É. Évolution de la formation des apothicaires et des pharmaciens à travers la Salle des Actes de la Faculté de pharmacie de Paris. *Rev. Hist. Pharm.* **2005**, *93* (347), 385–402. https://doi.org/10.3406/pharm.2005.5851.

(12) Warolin - 2003 - La Création de l'École de Pharmacie de Paris En 18.Pdf.

(13) Trouiller Patrice .Pdf.

(14) Ensaf, A. Un nouveau métier, pharmacien en espace de parapharmacie. 2.

(15) Benoit, E.; Sauce, A. Loi HPST et pharmacien d'officine, des prérequis nécessaires. *Actual. Pharm.* **2012**, *51* (519), 11–12. https://doi.org/10.1016/S0515-3700(12)71187-4.

(16) *Pharmacie Clinique et Thérapeutique*; Elsevier, 2018. https://doi.org/10.1016/C2016-0-00744-1.

(17) Tous Pharmaciens N°3 Interactif.Pdf.

(18) Présentation. *SFPC*.

(19) Bonnes+pratiques+de+dispensation-Vweb.Pdf.

(20) Guide_conciliation_des_traitements_medicamenteux_en_etablissement_de_sante.Pdf.

(21) Bilan-Partagé-de-Médication-Outils-de-Recueil-Dinformation-.Pdf.

(22) Education thérapeutique du patient (ETP) https://www.has-sante.fr/jcms/r_1496895/fr/education-therapeutique-du-patient-etp (accessed Mar 27, 2021).

(23) Bon Usage Du Médicament.Pdf.

(24) Grimaldi, P. A. XXIe JOURNÉE DE L'ORDRE. 13.

(25) ETP Comment La Proposer et La Realiser Recommandations-Juin 2007.Pdf.

(26) HAS - Consultation Dietetique Diagnostic Educatif Dietetique.Pdf.

(27) Activité Éducative Ciblée Personnalisée.Pdf.

(28) Pharm'OBSERVANCE PACA Mai 2017.Pdf.

(29) Cottin, Y. Observance aux traitements : concepts et déterminants. 8.

(30) POSO'NET - Accueil http://www.posonet.net/ (accessed Apr 29, 2021).

(31) Asthme-Fiche-Suivi-Patient-Pharmacie_assurance-Maladie.Pdf.

(32) Fiche_bon_usage_anticoagulants_oraux.Pdf.

(33) Haute Autorité de Santé.Pdf.

(34) Cancer du sein : campagne sur la prévention et le dépistage - Communications - Ordre National des Pharmaciens http://www.ordre.pharmacien.fr/Communications/Les-actualites/Cancer-du-sein-campagne-sur-la-prevention-et-le-depistage (accessed Mar 29, 2021).

(35) Lutte Contre Le Tabac.Pdf.

(36) Arrêté du 1er août 2016 https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000032967712/ (accessed Mar 29, 2021).

(37) Livre Vert - Pharmacie Connectée & Télépharmacie.Pdf.

(38) Vaccination Grippe a l'officine Brochure.Pdf.

(39) Vaccination Covid-19 http://www.ordre.pharmacien.fr/Communications/Les-actualites/Vaccination-Covid-19-la-HAS-propose-d-etendre-les-competences-vaccinales-aux-pharmaciens-et-actualise-les-recommandations-sur-la-priorisation-des-personnes-a-vacciner (accessed Mar 29, 2021).

(40) *Arrêté Du 2 Septembre 2019*.

(41) CP_Bilan_1_an_AVK_141217_01.Pdf.

(42) Tabac https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/tobacco (accessed May 8, 2021).

(43) Ecn75.Pdf.