



HAL
open science

Bilan partagé de médication à l'officine : étude sur les difficultés de réalisation chez les pharmaciens de Haute-Normandie

Alexandre Roussel

► **To cite this version:**

Alexandre Roussel. Bilan partagé de médication à l'officine : étude sur les difficultés de réalisation chez les pharmaciens de Haute-Normandie. Sciences pharmaceutiques. 2022. dumas-03952803

HAL Id: dumas-03952803

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03952803v1>

Submitted on 23 Jan 2023

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

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

UNIVERSITE DE ROUEN NORMANDIE
UFR SANTE – Département PHARMACIE

Année 2021-2022

N°

THESE

Pour le DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE

Présentée et soutenue publiquement le

10 juin 2022

par

ROUSSEL Alexandre

Né(e) le 04/06/1995 à FECAMP

Bilan partagé de médication à l'officine :

**Étude sur les difficultés de réalisation chez les pharmaciens
de Haute-Normandie.**

Président du jury : Dr LAHIANI-SKIBA *Malika, Docteur en Pharmacie, Maître de Conférences en Pharmacie Galénique*

Membres du jury : Dr DORE *Nicolas, Docteur en pharmacie et titulaire d'officine*

Membres du jury : Dr GUERARD-DETUNCQ *Cécile, Docteur en pharmacie et Professeur Associé Universitaire*

ANNEE UNIVERSITAIRE 2021 - 2022

U.F.R. SANTÉ DE ROUEN

DOYEN : **Professeur Benoît VEBER**

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

I - MEDECINE

PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mr Frédéric ANSELME	HCN	Cardiologie
Mme Gisèle APTER	Havre	Pédopsychiatrie
Mme Isabelle AUQUIT AUCKBUR	HCN	Chirurgie plastique
Mr Jean-Marc BASTE	HCN	Chirurgie Thoracique
Mr Fabrice BAUER	HCN	Cardiologie
Mme Soumeya BEKRI	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Ygal BENHAMOU	HCN	Médecine interne
Mr Jacques BENICHOU	HCN	Bio statistiques et informatique médicale
Mr Olivier BOYER	UFR	Immunologie
Mme Valérie BRIDOUX HUYBRECHTS	HCN	Chirurgie Vasculaire
Mme Sophie CANDON	HCN	Immunologie
Mr François CARON	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Philippe CHASSAGNE	HCN	Médecine interne (gériatrie)
Mr Florian CLATOT	CB	Cancérologie – Radiothérapie
Mr Moïse COEFFIER	HCN	Nutrition
Mr Vincent COMPERE	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mr Jean-Nicolas CORNU	HCN	Urologie
Mr Antoine CUVELIER	HB	Pneumologie
Mr Jean-Nicolas DACHER	HCN	Radiologie et imagerie médicale
Mr Stéfan DARMONI	HCN	Informatique médicale et techniques de communication

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

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

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme Najate ACHAMRAH	HCN	Nutrition
Mme Elodie ALESSANDRI-GRADT	HCN	Virologie
Mme Noëlle BARBIER-FREBOURG	HCN	Bactériologie – Virologie
Mr Emmanuel BESNIER	HCN	Anesthésiologie – Réanimation
Mme Carole BRASSE LAGNEL	HCN	Biochimie
Mr Gérard BUCHONNET	HCN	Hématologie
Mme Mireille CASTANET	HCN	Pédiatrie
Mme Nathalie CHASTAN	HCN	Neurophysiologie
Mr Damien COSTA	HCN	Parasitologie
Me Pierre DECAZES	CB	Médecine Nucléaire
M. Vianney GILARD	HCN	Neurochirurgie
Mr Serge JACQUOT	UFR	Immunologie
Mr Joël LADNER	HCN	Epidémiologie, économie de la santé
Mr Jean-Baptiste LATOUCHE	UFR	Biologie cellulaire
M. Florent MARGUET	HCN	Histologie
Mme Chloé MELCHIOR	HCN	Hépto-gastro-entérologie
M. Sébastien MIRANDA	HCN	Médecine Vasculaire
Mr Thomas MOUREZ (<i>détachement</i>)	HCN	Virologie
Mme Muriel QUILLARD	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mme Laëtitia ROLLIN	HCN	Médecine du Travail
Mme Pascale SAUGIER-VEBER	HCN	Génétique
M. Abdellah TEBANI	HCN	Biochimie et Biologie Moléculaire
Mme Anne-Claire TOBENAS-DUJARDIN	HCN	Anatomie
Mr Julien WILS	HCN	Pharmacologie

PROFESSEUR AGREGE OU CERTIFIE

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

II - PHARMACIE

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

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

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

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

Mme Maryline LECOINTRE	Physiologie
Mme Hong LU	Biologie
Mme Marine MALLETER	Biologie Cellulaire
M. Jérémie MARTINET (MCU-PH)	Immunologie
M. Romy RAZAKANDRAINIBÉ	Parasitologie
Mme Tiphaine ROGEZ-FLORENT	Chimie analytique
Mr Mohamed SKIBA	Pharmacie galénique
Mme Malika SKIBA	Pharmacie galénique
Mme Christine THARASSE	Chimie thérapeutique

PROFESSEURS ASSOCIES

Mme Cécile GUERARD-DETUNCQ	Pharmacie officinale
Mme Caroline BERTOUX	Pharmacie officinale
M. Damien SALAUZE	Pharmacie industrielle

PAU-PH

M. Mikaël DAOUPHARS	Pharmacie
M. Pierre BOHN	Radiopharmacie

PROFESSEUR CERTIFIE

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

ASSISTANTS HOSPITALO-UNIVERSITAIRES

M. Eric BARAT	Pharmacie
M. Guillaume FEUGRAY	Biochimie Générale
M. Henri GONDÉ	Pharmacie
M. Paul BILLOIR	Hématologie
M. Romain LEGUILLON	Pharmacie
M. Thomas DUFLOT	Pharmacologie
Mme Alice MOISAN	Virologie

ATTACHES TEMPORAIRES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

Mme Chaïma EZZINE	Pharmacologie
M. Abdelmounaim MOUHAJIR	Informatique Bio-Informatique
M. Olivier PERRUCHON	Pharmacognosie
M. Maxime GRAND	Bactériologie

LISTE DES RESPONSABLES DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

Mme Cécile BARBOT	Chimie Générale et minérale
Mr Thierry BESSON	Chimie thérapeutique
Mr Abdeslam CHAGRAOUI	Physiologie
Mme Elisabeth CHOSSON	Botanique
Mme Marie-Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation et économie de la santé
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
Mr Abdelhakim EL OMRI	Pharmacognosie
Mr François ESTOUR	Chimie organique
Mr Loïc FAVENNEC	Parasitologie
Mme Christelle MONTEIL	Toxicologie
Mme Martine PESTEL-CARON	Microbiologie
Mr Mohamed SKIBA	Pharmacie galénique
Mr Rémi VARIN	Pharmacie clinique
M. Jean-Marie VAUGEOIS	Pharmacologie
Mr Philippe VERITE	Chimie analytique

III – MEDECINE GENERALE

PROFESSEUR MEDECINE GENERALE

Mr Jean-Loup **HERMIL** (PU-MG)

UFR Médecine générale

MAITRE DE CONFERENCE MEDECINE GENERALE

Mr Matthieu **SCHUERS** (MCU-MG)

UFR Médecine générale

PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS – MEDECINS GENERALISTE

Mr Pascal BOULET	UFR Médecine générale
Mr Emmanuel LEFEBVRE	UFR Médecine Générale
Mme Elisabeth MAUVIARD	UFR Médecine générale
Mme Yveline SEVRIN	UFR Médecine générale

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS – MEDECINS GENERALISTES

Mr Julien BOUDIER	UFR Médecine Générale
Mme Laëtitia BOURDON	UFR Médecine Générale
Mme Elsa FAGOT-GRIFFIN	UFR Médecine Générale
Mr Emmanuel HAZARD	UFR Médecine Générale

ENSEIGNANTS MONO-APPARTENANTS

PROFESSEURS

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

MAITRES DE CONFERENCES

Mr Sahil ADRIOUCH (med)	Biochimie et biologie moléculaire (Unité Inserm 905)
Mr Jonathan BRETON (med)	Nutrition
Mme Gaëlle BOUGEARD-DENOYELLE (med)	Biochimie et biologie moléculaire (UMR 1079)
Mme Carine CLEREN (med)	Neurosciences (Néovasc)
M. Sylvain FRAINEAU (med)	Physiologie (Inserm U 1096)
Mme Pascaline GAILDRAT (med)	Génétique moléculaire humaine (UMR 1079)
Mr Nicolas GUEROUT (med)	Chirurgie Expérimentale
Mme Rachel LETELLIER (med)	Physiologie
Mr Antoine OUVRARD-PASCAUD (med)	Physiologie (Unité Inserm 1076)
Mr Frédéric PASQUET	Sciences du langage, orthophonie
Mme Anne-Sophie PEZZINO	Orthophonie
Mme Christine RONDANINO (med)	Physiologie de la reproductio

Mr Youssan Var **TAN**

Immunologie

Mme Isabelle **TOURNIER** (med)

Biochimie (UMR 1079)

DIRECTEUR ADMINISTRATIF : M. Jean-Sébastien VALET

HCN - Hôpital Charles Nicolle

HB - Hôpital de BOIS GUILLAUME

CB - Centre Henri Becquerel

CHS - Centre Hospitalier Spécialisé du Rouvray

CRMPR - Centre Régional de Médecine Physique et de Réadaptation SJ – Saint Julien Rouen

« L'Université de Rouen et l'UFR de Médecine et de Pharmacie de Rouen n'entendent donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans cette thèse.

Ces opinions sont propres à leurs auteurs. »

REMERCIEMENT

À Madame SKIBA Malika, pour me faire l'honneur de présider ce jury ainsi que d'avoir dirigé l'entièreté de cette thèse. Merci pour votre disponibilité et l'expertise que vous y avez apporté.

À Madame DETUNCQ Cécile, pour l'honneur que vous me faites de participer à ce jury de thèse ainsi que pour la qualité des enseignements qui allier théorie et pratique que vous nous avez prodigué à la fac.

À Monsieur DORE Nicolas, pour m'avoir donné l'envie et la passion envers le métier de pharmacien d'officine. Merci de m'avoir accompagné depuis le début de ce chemin jusqu'à ce dénouement. Je m'emploierai à devenir un pharmacien avec le même dévouement que toi envers ses patients.

Je remercie également toute l'équipe de la pharmacie de la Marine en particulier Marie-Hélène pour m'avoir accueilli dans l'équipe. Merci à toute l'équipe pour l'expérience et la bonne humeur que vous m'avez donné.

À mes parents, pour leurs soutiens indéfectibles lors de ses nombreuses années de formations. Merci de m'avoir permis de faire des études dans ce domaine qui me plait tant.

Je remercie aussi l'ensemble de ma famille en particulier mes deux grands mère, Mémé et Mamily.

A Paule pour avoir relu ce document et pour être ma marraine.

À Clara, pour faire m'avoir soutenue et me supporter tous les jours. Pour faire partie de ma vie depuis maintenant quelques temps. Merci de me faire rire au quotidien même en dépit de tous tes caprices.

À tous mes amis, en particulier à Camille et Gautier, pour toutes ses bonnes années où nous avons vécu ensemble ou nous nous sommes amusés peut-être plus que raisonnable. Je pense avoir vécu mes meilleures années avec vous et recommencerais avec vous sans hésiter.

Une pensée pour toi aussi Dominique qui est malheureusement parti pendant ses années d'études, j'aurai aimé que tu sois présent à ce moment.

Table des matières

Liste des abréviations	16
Liste des annexes	17
Liste des tableaux	18
Liste des figures	19
Introduction :	21
PREMIÈRE PARTIE	22
1. Risques iatrogènes des médicaments	23
1.1 Polymédication	23
1.2 Maladie chronique	28
1.2.2 Etat des lieux des différentes maladies chroniques en France	29
1.3 Vieillesse	31
1.4 Iatrogénie	36
1.5 Prescripteurs	40
2. Réflexion et lancement du bilan de médication partagé	45
2.1 Prémices	45
2.2 Arrêté du 4 mai 2012 portant sur l'approbation de la convention nationale organisant les rapports entre les pharmaciens titulaires d'officine et l'assurance maladie	47
2.3 Avis n°2017.0082/AC/SA3P du 4 octobre 2017 (HAS)	48
2.4 Arrêté du 9 mars 2018	48
DEUXIÈME PARTIE	50
1. Déroulement du bilan partagé de médication	51
1.1 Structure et formation nécessaire	51
1.2 Recrutement des différents patients éligibles	53
1.3 Mise en place du bilan partagé de médication	54
1.4 La place de la télépharmacie dans la réalisation du bilan	65
2. Outils utilisés par le pharmacien	66
2.1 Outils de recueil de données et d'aide à l'entretien	66
2.2 Bases de données sur les médicaments	71
2.3 Guide et consensus sur l'utilisation du médicament	72
3. Ouverture liée au bilan partagé de médication	74
TROISIÈME PARTIE	75

1. Objectif	76
2. Caractéristique de l'étude	76
2.1 Type d'étude	76
2.2 Echantillon	76
2.3 Recrutement	76
2.4 Taille de l'échantillon	76
2.5 Critère d'inclusion	77
2.6 Critère d'exclusion	77
2.7 Période	77
3. Elaboration du questionnaire	77
4. Analyse des résultats	78
QUATRIÈME PARTIE	79
1. Données personnelles des participants	80
1.1 Fonction	80
1.2 Age	80
2. Analyse des difficultés rencontrées	81
2.1 Fréquence des difficultés rencontrées par les pharmaciens	81
2.2 Principales difficultés rencontrées par les pharmaciens	82
2.3 Principales difficultés en rapport avec le patient	82
2.4 Mise en lumière des difficultés en lien avec l'officine	83
2.5 Difficultés en lien avec le pharmacien	84
2.6 Les obstacles rencontrés avec le prescripteur	84
3. Nombre de bilans effectués au cours de l'année 2020	85
4. Changement dans l'organisation du BPM lors de la crise sanitaire	86
5. Place du bilan partagé de médication dans le parcours de soins des patients du point de vue des pharmaciens	87
6. Les limites de l'étude	88
6.1 Représentativité	88
6.2 Le mode réponse	88
CINQUIÈME PARTIE	89
Conclusion :	96
Annexes	98
Références Bibliographiques	109

Liste des abréviations

ALD : Affection Longue Durée

AMM : Autorisation de Mise sur le Marché

AOD : Anticoagulants Oraux Directs

AVK : Anti-Vitamine K

BPM : Bilan Partagé de Médication

CNAM : Caisse Nationale de l'Assurance Maladie

CPS : Carte Professionnelle de Santé

DFG : Débit de Filtration Glomérulaire

DMP : Dossier Médical Partagé

DP : Dossier Pharmaceutique

DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

EIM : Evènement Indésirable Médicamenteux

ENEIS : Enquête Nationale sur les Evénements Indésirables liés aux Soins

FSPF : Fédération des Syndicats Pharmaceutiques de France

HAS : Haute Autorité de Santé

HSPT : Hôpital-Santé-Patient-Territoire

IMC : Indice de Masse Corporel

IPP : Inhibiteur de la Pompe à Protons

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

MPI : Médicament Potentiellement Inadapté

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ROSP : Rémunération sur Objectif de Santé Publique

SFPC : Société Française de Pharmacie Clinique

SMR : Service Médical Rendu

URPS : Union Régionale des Professionnels de santé

Liste des annexes

Annexe n°1 : Extrait de la liste de Beers.....	98
Annexe n°2 : Liste Laroche.....	101
Annexe n°3 : outils start and stop.....	103
Annexe N°4 : Enquête sur les difficultés rencontrées par les pharmaciens normands lors de la réalisation des bilans partagés de médication.....	105

Liste des tableaux

Tableau n°1 : Pourcentage de la population polymédiquée avec seuil à 5 et à 10 médicaments selon la prise en compte ou non des associations avec l'indicateur cumulatif (N : 43619).....**24**

Tableau 2 : Pourcentage de la population polymédiquée avec un seuil à 5 et à 10 médicaments selon la prise en compte ou non des associations et des conditionnements trimestriels avec l'indicateur continu (N : 43619)
.....**25**

Tableau n°2 : Pourcentages de population par groupe d'âge en France en 2020.....**33**

Tableau n°3 : Rémunération du bilan de médication suivant son avancement et le lieu d'exercice.....**65**

Liste des figures

Figure n°1 : Carte prévalence des polymédiqués France 2013.....	26
Figure n°2 : Graphique du nombre des bénéficiaires du régime général suivant les groupes pathologiques, 2018.....	29
Figure n°3 : Maladies chroniques déclarées selon l'âge et le sexe.....	30
Figure n°4 : Pyramide des âges en France, 2020.....	35
Figure n°5 : Proportions des 3 catégories de personnes âgées.....	35
Figure n°6 : Nombre de maladies ou troubles de santé par personne selon l'âge et le sexe.....	36
Figure n°7 : Les différentes étapes de la prescription.....	42
Figure n°8 : Mode de révision d'un traitement	43
Figure n°9 : Logiciel Ameli de recueil de données.....	67
Figure n°10 : Tableau HAS de recueil de données.....	67
Figure n°11 : Logiciel Bimedoc de recueil de données	68
Figure n°12 : Tableau de la FSPC de recueil de données.....	68
Figure n°13 : Fiche situation pathologique d'un patient par la FSPC.....	69
Figure n°14 : Questionnaire de Girerd.....	70
Figure n°15 : Graphique de la répartition des fonctions des différents sondés.....	80
Figure n°16 : Graphique de la répartition des âges des répondants	81
Figure n°17 : Graphique montrant en quelle proportionnalité les pharmaciens rencontrent des difficultés pour la réalisation des BPM.....	82
Figure n°18 : Graphique des Principales difficultés rencontrée par les pharmaciens... 82	
Figure n°19 : Graphique montrant en proportion les difficultés liées aux patients..... 83	
Figure n°20 : Graphique des difficultés en lien avec l'officine dans la réalisation des BPM..... 83	
Figure n°21 : Graphique des difficultés en lien avec le pharmacien	84
Figure n°22 : Graphique des difficultés de réalisation des bpm en lien avec le prescripteur	85

Figure n°23 : Graphique des proportions de BPM effectué par chaque pharmacien....	85
Figure n°24 : Graphique des mesures mise en place à la suite de la crise sanitaire par les pharmaciens	86
Figure n° 25 : Graphique montrant la place du BPM dans le parcours de soin selon les pharmaciens interrogés.....	87

Introduction :

Depuis près d'une décennie, le métier de pharmacien d'officine tend à se diversifier de plus en plus vers un accompagnement personnalisé de chaque patient. Dans cette démarche d'évolution de la profession, de nombreuses nouvelles missions sont ainsi assignées aux pharmaciens.

Depuis la loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (loi HSPT de 2009), le pharmacien d'officine prend enfin pleinement son rôle de professionnel de santé au côté des autres acteurs de la ville et de l'hôpital. Il peut ainsi participer aux actions d'accompagnement du patient et d'éducation thérapeutique. En 2013, la modification de l'avenant 1 de la nouvelle convention pharmaceutique ouvre la voie aux entretiens pharmaceutiques pour certains types de pathologies. En 2017, l'avenant 11 de la convention pharmaceutique ouvre à son tour la voie aux bilans partagés de médication.

Le bilan partagé de médication (BPM) répond aux problématiques actuelles de santé publique, en particulier chez la personne âgée polymédiquée en France. L'entretien pharmaceutique entre le pharmacien et le patient vise de multiples objectifs : réduire le risque iatrogène, permettre une optimisation/adaptation du traitement, rendre acteur le patient vis-à-vis de son traitement afin d'augmenter l'adhésion de celui-ci et enfin, dans une moindre mesure, réduire la consommation de médicaments.

Force est de constater que le BPM n'a pas eu un départ parfait et beaucoup de difficultés se sont dressées entre cette nouvelle mission et le pharmacien.

L'objectif de ce travail est de mettre en évidence les raisons et les difficultés évoquées par les pharmaciens normands lors de la réalisation des BPM au sein de leurs officines. Pour ce faire, une enquête a été réalisée à l'aide d'un sondage auprès des pharmaciens d'officine.

Dans une première partie de ce mémoire, nous retraçons le développement du BPM en France puis la mise en place du BPM au sein de l'officine. Dans un second temps, nous évoquons l'enquête réalisée sur le BPM auprès des pharmaciens d'officine haut-Normands. Les résultats obtenus à la suite de ce sondage sont présentés et discutés.

PREMIÈRE PARTIE

-

Développement du bilan de médication en France

1. Risques iatrogènes des médicaments

1.1 Polymédication

1.1.1. Définition

La définition de la polymédication est selon l’OMS « l'administration de nombreux médicaments de façon simultanée ou l'administration d'un nombre excessif de médicaments ». [1]

La polymédication est ensuite classée suivant 3 indicateurs :

- Polymédication « simultanée » : quand il s’agit de médicaments pris simultanément un jour donné (un jour au hasard ou un jour moyen dans l’année).
- Polymédication « cumulative » : ensemble des médicaments administrés sur une période donnée, le plus souvent un trimestre ce qui permet de prendre en compte les traitements ayant des conditionnements trimestriels ou des médicaments à prises plus espacées dans le temps.
- Polymédication « continue » : médicaments pris de façon prolongée et régulière dans le temps en ne prenant en compte que les traitements purement chroniques du patient et en s’intéressant peu aux traitements de pathologies aiguës. [2]

En France, il est couramment admis que la polymédication représente la prise d’au moins 5 médicaments de façon régulière dans le cadre du traitement d’une ou plusieurs pathologies chroniques mais selon la littérature, le seuil considéré peut-être de 10 médicaments.

La polymédication est dite appropriée quand les médicaments nombreux sont prescrits à juste titre et elle est considérée comme non appropriée lorsque les médicaments sont donnés à tort.

La polymédication va donc regrouper la prise de médicaments prescrits ou conseillés par un professionnel de santé habilité (médecins généralistes, spécialistes, chirurgiens-dentistes, maïeuticien(ne)s...) auquel s’ajoute l’automédication du patient.

La polymédication est donc distincte de l’iatrogénie médicamenteuse qui se définit principalement par l'ensemble des effets indésirables provoqués par la prise d'un ou plusieurs médicaments.

1.1.2 Mesure de la polymédication

En décembre 2015, une étude de l’IRDES fut publiée, elle a été menée sur la polymédication à partir d’une population sélectionnée de 43 619 patients de plus de 75 ans sur l’ensemble du territoire français (Métropole et Outre-Mer) sur l’année 2013. Cette étude a utilisé les indicateurs cumulatif et continu (Tableau 1).

Indicateur cumulatif :

Indicateur	Seuil à 5 médicaments		Seuil à 10 médicaments	
	N	%	N	%
Cumulatif avec prise en compte des associations	38 103	87,4	17 642	40,5
Cumulatif sans prise en compte des associations	36 844	84,5	14 890	34,1

Source : EGB, Cnamts, 2013.

Tableau 1 : Pourcentage de la population polymédiquée avec seuil à 5 et à 10 médicaments selon la prise en compte ou non des associations avec l’indicateur cumulatif (N : 43619)

(Echantillon généraliste de bénéficiaire, CNAMTS 2013)

Ces résultats démontrent que le seuil de médicaments pris en compte a une incidence sur la présence ou non de polymédication. En effet, pour un seuil à 5 médicaments avec la prise en compte des associations médicamenteuses (associations de plusieurs substances actives au sein d’un même médicament), la part de la population polymédiquée est estimée à 87,4 %. Il semble donc plus juste d’utiliser le seuil à 10 médicaments car le pourcentage de la population étudiée polymédiquée passe ainsi à 40.5%.

Indicateur continu :

Indicateur	Seuil à 5 médicaments		Seuil à 10 médicaments	
	N	%	N	%
Continu avec prise en compte des associations et des conditionnements trimestriels	34 945	80,1	14 405	33,0
Continu sans prise en compte des associations et des conditionnements trimestriels	32 978	75,6	11 669	26,8

Source : EGB, Cnamts, 2013.

Tableau 2 : Pourcentage de la population polymédiquée avec un seuil à 5 et à 10 médicaments selon la prise en compte ou non des associations et des conditionnements trimestriels avec l'indicateur continu (N : 43619)

(Echantillon généraliste de bénéficiaire, CNAMTS 2013)

Lors de la prise en compte de l'indicateur continu et du seuil à 10 médicaments (Tableau 2), le taux de la population étudiée polymédiquée est évalué à 33 % alors que ce taux passe à 40,5 % avec l'indicateur cumulatif. L'indicateur continu ne prenant en compte que les traitements chroniques, nous pouvons ainsi constater que les traitements dits aigus entraînent un taux supplémentaire de 7% de la population étudiée dans la catégorie des patients polymédiqués.

La polymédication concerne aussi toutes les régions de France et se répartit de façon assez homogène. Il s'agit d'un problème commun à l'ensemble du territoire français (Figure 1).

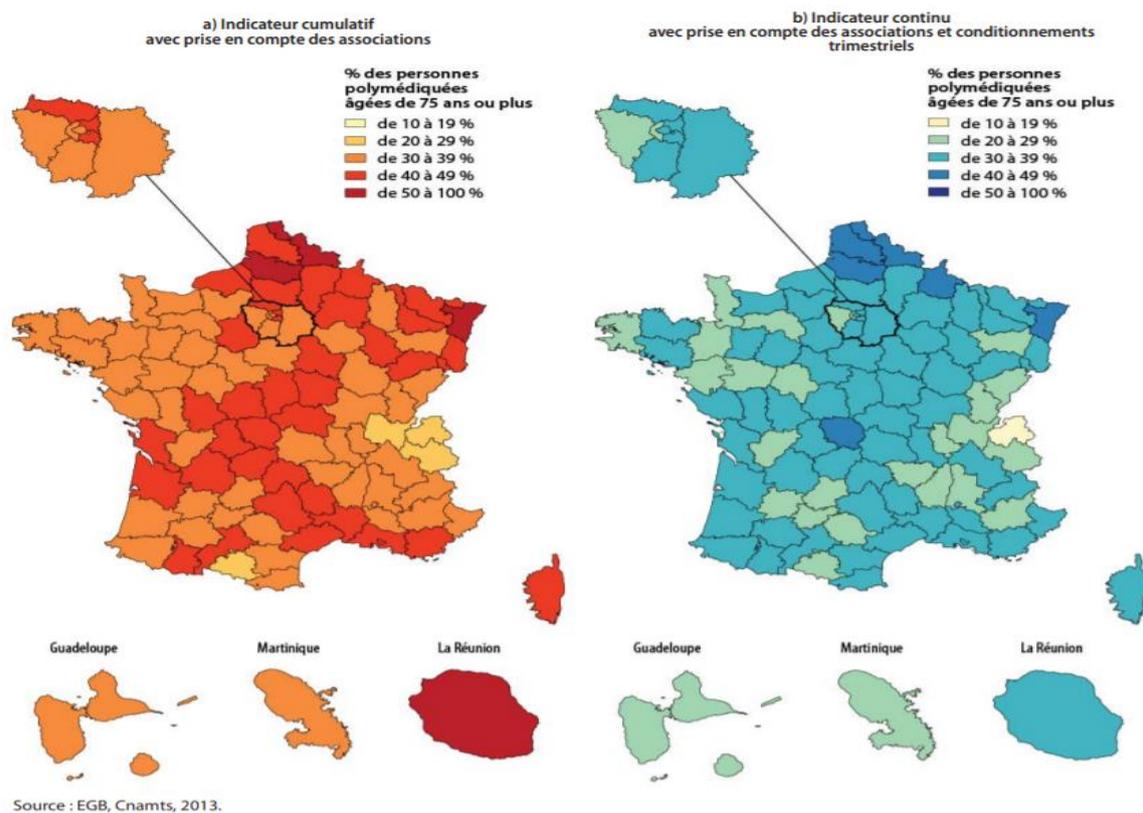


Figure 1 : Prévalence de la polymédication au seuil à 10 médicaments avec les indicateurs cumulatif et continu après la prise en compte des associations (et conditionnements trimestriels pour l'indicateur continu).

(Echantillon généraliste de bénéficiaire, CNAMTS 2013)

Les données analysées par l'IRDES proviennent des dossiers médicaux, des registres pharmaceutiques, des données de remboursement ou d'interviews de patients. En conséquence, seuls les médicaments sur prescription ou remboursés sont le plus souvent pris en compte, ce qui sous-estime la consommation pharmaceutique car l'automédication du patient n'est alors pas prise en compte. De plus, les données analysées par l'IRDES proviennent de consultations au cabinet médical, alors que 40 % des consultations de personnes âgées se font très souvent par des visites à domicile. Il semble fort probable que les patients examinés en cabinet soient beaucoup moins malades que ceux visités au sein de leur foyer, et donc nécessitent moins de prescriptions de médicaments.

1.1.3 Conséquence de la polymédication

La polymédication, bien que nécessaire dans certaines pathologies, n'est pas sans conséquences pour le patient. L'inconvénient majeur qui en découle est l'augmentation du risque iatrogénique de façon exponentielle en fonction du nombre de médicaments prescrits.

Il est certain qu'un nombre non négligeable d'hospitalisations, d'institutionnalisations, voire de décès sont en lien direct avec l'iatrogénie médicamenteuse, soit environ 6.5 % des admissions hospitalières en moyenne y sont liées. [3]

L'observance semble également impactée par la polymédication. Elle a tendance à décroître quand la polymédication augmente du fait de l'augmentation des effets secondaires, de la complexité du traitement, du délai d'action, des commodités ou de la durée du traitement. L'observance est définie par la Haute Autorité de Santé comme « le degré de concordance entre le comportement d'un individu en termes de prise médicamenteuse, de respect du régime ou de changement de style de vie et la prescription médicale ».

Son non-respect peut être la cause d'échecs thérapeutiques, de rechutes, d'une aggravation de la pathologie voire même du décès du patient. [4]

De plus, cette augmentation de médicaments peut aussi s'accompagner de nouveaux effets secondaires qui doivent alors être considérés par le prescripteur comme un problème médical et à traiter comme tel. Un autre médicament peut ainsi être prescrit pour pallier un nouvel effet indésirable et ainsi de suite. Ce phénomène est la « cascade médicamenteuse ou cascade de prescription » et ne fait qu'augmenter la polymédication.

L'ensemble de ces conséquences représente aussi un coût certain pour la société en consommation de biens de santé, aussi bien en consommation de médicaments que de consultations ou de mises en institut.

1.2 Maladie chronique

1.2.1 Définition

D'après l'OMS, une maladie chronique est « une affection de longue durée, qui en règle générale, évolue lentement » [5]. Cette définition n'étant pas assez précise, plusieurs approches sont utilisées pour caractériser les maladies chroniques.

L'approche par pathologie, qui repose sur la Classification Internationale des Maladies (CIM), est un modèle très facile à utiliser mais qui possède néanmoins quelques limites. En effet, ce dernier prend en compte le patient non pas dans sa globalité mais qu'au niveau de sa pathologie avec peu d'informations sur le patient dans son ensemble telles que l'idiopathie de sa pathologie, les conséquences de la maladie, la possible récurrence dans le temps ou la prise en compte de l'ensemble des maladies chroniques du patient. De plus, certains tableaux cliniques ne peuvent orienter vers une seule pathologie. [6]

L'approche par les conséquences, repose quant à elle sur la Classification Internationale du Fonctionnement, du Handicap et de la Santé (CIFHS) qui propose une approche plus axée sur la prise en charge du patient dans sa globalité. Elle prend en compte la physiologie, la psychologie, l'altération des capacités, l'implication du patient ainsi que les facteurs environnementaux qui vont le côtoyer. [6]

En France, le Haut Conseil de Santé Publique [7] propose d'utiliser une définition transversale de la maladie chronique qui se caractérise par :

- La présence d'un état pathologique de nature physique, psychologique ou cognitive, appelé à durer ;
- Une ancienneté minimale de trois mois, ou supposée telle ;
- Un retentissement sur la vie quotidienne comportant au moins l'un des trois éléments suivants :
 - Une limitation fonctionnelle des activités ou de la participation sociale ;
 - Une dépendance vis-à-vis d'un médicament, d'un régime, d'une technologie médicale, d'un appareillage ou d'une assistance personnelle ;
 - La nécessité de soins médicaux ou paramédicaux, d'une aide psychologique, d'une adaptation, d'une surveillance ou d'une prévention particulière pouvant s'inscrire dans un parcours de soins médico-social.

1.2.2 Etat des lieux des différentes maladies chroniques en France

D'après le rapport des charges et produits de l'Assurance Maladie de 2019 [8], près de 20 millions de personnes en France sont concernées par une ou plusieurs maladies chroniques, ce qui représente environ 35% des assurés totaux (Figure 2). Parmi ceux-ci, environ 10 millions sont pris en charge dans le cadre d'une Affection Longue Durée (ALD).

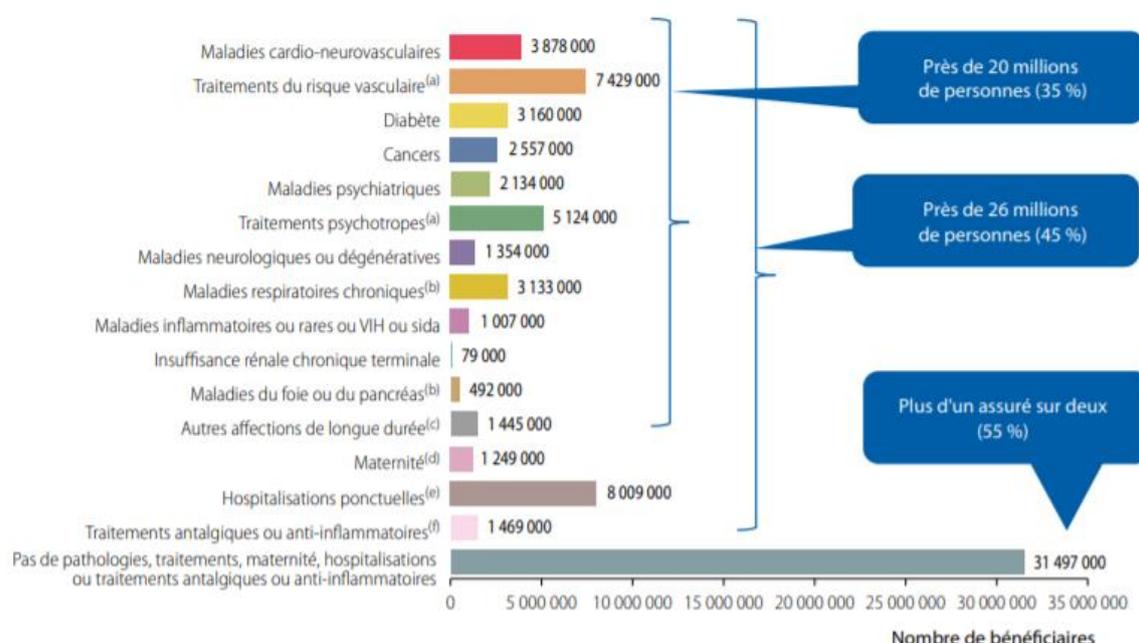


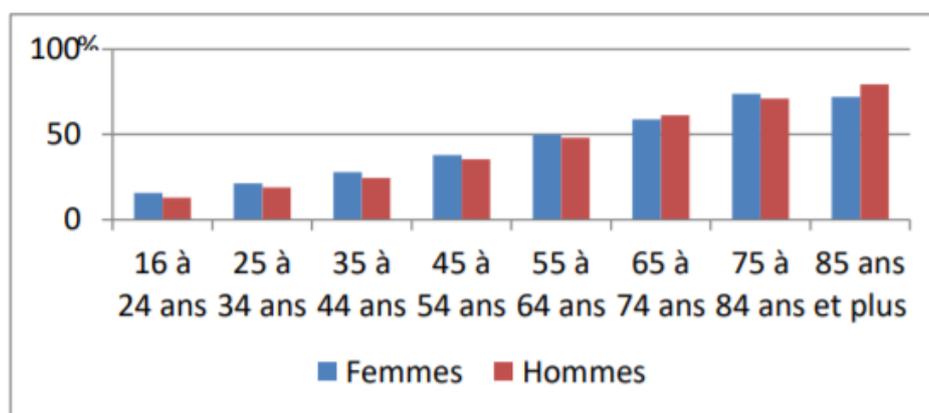
Figure 2 : Nombre de bénéficiaires du régime général traités pour chaque groupe de pathologies ou situation de soins

Cnam (cartographie – version de juillet 2018)

Il est à souligner que les 3 catégories de maladies chroniques les plus présentes en France sont les maladies cardio-vasculaires, les affections psychiatriques et les maladies cardio-neurovasculaires. Le diabète et les maladies respiratoires chroniques viennent ensuite en second lieu.

Les maladies chroniques sont invariablement liées à l'âge des sujets. Leur taux est d'environ 25% pour les personnes de 25 à 34 ans et monte à près de 75% chez les

personnes de 85 ans et plus (Figure 3). Les différences entre les 2 sexes sont peu marquées. Les maladies chroniques divergent selon la classe d'âge du patient : avant 45 ans, elles concernent principalement le domaine de la santé mentale. Entre 45 et 85 ans, le diabète et les maladies coronaires prédominent, et au-delà de 85 ans, la démence et l'insuffisance cardiaque sont plus présentes.



Champ : France métropolitaine.
Source : enquête statistiques et ressources sur les conditions de vie 2016.

Figure 3 : Maladies chroniques déclarées selon l'âge et le sexe

(Enquête statistiques et ressources sur les conditions de vie, CNAM 2016)

1.2.3 Consommation de biens de santé moyenne par maladie chronique

La Sécurité Sociale a mis en place le système des Affections Longue Durée (ALD) pour permettre l'exonération du ticket modérateur chez les patients atteints de pathologies chroniques. Les ALD sont réparties en 32 catégories différentes. [9]

La consommation de biens de santé est très largement supérieure chez les patients ALD que chez le reste des assurés. Les ALD ne permettent pas de saisir l'ensemble des dépenses liées aux maladies chroniques mais la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM) estime que près de 60 % des dépenses de santé de l'Assurance Maladie sont liées à la prise en charge des 20 millions de personnes souffrant de pathologies

chroniques, ce qui représente environ 84 milliards d'euros sur un total de dépenses estimé à 155 milliards d'euros.[10]

La consommation de médicaments chez les personnes en situation d'ALD est environ 8 fois supérieure à celles qui ne le sont pas (1525€ vs 180€). Le nombre de boîtes de médicaments est lui aussi largement supérieur avec une consommation annuelle de 388 boîtes chez les 5% des patients souffrant d'ALD contre 188 boîtes chez les assurés de droit commun.

Les maladies chroniques représentent donc un surcoût socio-économique considérable et il devient primordial de diminuer au maximum leurs évolutions et les risques liés aux traitements de ces maladies en augmentant la prévention.

.

1.2.4 Evolution future des maladies chroniques en France

L'ampleur des maladies chroniques est le revers de la médaille de l'augmentation de l'espérance de vie dans notre société actuelle.

Ce type de maladies est en constante augmentation dans notre pays et la part des personnes concernées par une ALD est ainsi estimée à 19.7% à l'issue de l'année 2025.[11]

Cette croissance va essentiellement porter sur le nombre de pathologies cardiaques, du diabète et des cancers en raison de notre mode de vie et du vieillissement de la population.

1.3 Vieillesse

1.3.1 Définition

Selon le corpus de gériatrie, le vieillissement correspond à l'ensemble des processus physiologiques et psychologiques qui modifient la structure et les fonctions de l'organisme à partir de l'âge mûr. Il est la résultante des effets intriqués de facteurs génétiques (vieillesse intrinsèque) et de facteurs environnementaux auxquels est soumis l'organisme tout au long de sa vie. Il s'agit d'un processus lent et progressif qui

doit être distingué des manifestations des maladies. L'état de santé d'une personne âgée résulte habituellement des effets du vieillissement et des effets additifs de maladies passées (séquelles), actuelles, chroniques ou aiguës. L'âge mûr est considéré en France à 65 ans. [12]

Le vieillissement démographique est, quant à lui, l'augmentation de la proportion de personnes âgées dans une population qui est la résultante d'un allongement de l'espérance de vie ainsi que de la diminution du taux de fécondité.[13]

1.3.2 Conséquences

Le vieillissement entraîne bien des conséquences et la plus préoccupante est la baisse des capacités fonctionnelles de l'organisme. D'une façon générale, cette altération est la plus manifeste dans les situations qui mettent en jeu les réserves fonctionnelles de l'organisme (stress, infection, activité intense...). Cette diminution des réserves fonctionnelles induit une réduction de la capacité de l'organisme à s'adapter aux situations d'agression. De plus, plusieurs systèmes physiologiques de régulation s'avèrent moins efficaces chez le sujet âgé. L'organisme est ainsi soumis dans son ensemble à ce vieillissement. Les différentes conséquences portent sur des variations à la fois inter-organes et inter-individuelles. [14]

Les retentissements les plus courants concernent le système cardiovasculaire avec une augmentation de la pression cardiaque et une baisse du débit cardiaque. Le métabolisme est impacté avec une augmentation de la résistance à l'insuline. Le système digestif connaît également des retentissements avec une baisse de l'acidité gastrique et une diminution du péristaltisme. La fonction rénale, quant à elle, présente une insuffisance avec une perte d'environ 1% par an et ce dès l'âge de 40 ans. Le système nerveux peut aussi être touché avec des troubles de la mémoire, une diminution de la sensation de soif, une diminution de la qualité du sommeil ...

Les pathologies les plus courantes dues au vieillissement sont ainsi les maladies cardiovasculaires, le diabète, le cancer, les maladies neurologiques et psychiatriques, les troubles ostéo-articulaires, la dénutrition ainsi que l'insuffisance respiratoire (Tableau 3). [15]

	Hommes (N = 644)	Femmes (N = 916)	p-valeur
Arthrose, arthrite	24,7%	42,0%	< 0,001
Dépression**	14,4%	24,3%	< 0,001
Cancer	9,5%	13,8%	0,01
Ostéoporose	2,5%	16,8%	< 0,001
Diabète	15,2%	7,2%	< 0,001
Maladie coronarienne	15,7%	6,0%	< 0,001
Maladie pulmonaire chronique	7,5%	10,2%	0,07
Insuffisance cardiaque, autres maladies cardiaques	7,8%	6,9%	0,5
Ulcère gastro-duodénal	6,2%	6,3%	0,9
Maladie cérébro-vasculaire	3,0%	2,7%	0,8
Maladie de Parkinson	1,1%	0,8%	0,5
Autres maladies chroniques :			0,002
0 mentionnée	90,6%	85,2%	
1 mentionnée	9,3%	13,0%	
2 mentionnées	0,1%	1,5%	
3 mentionnées	0,0%	0,3%	

Lausanne cohorte Lc65+
* Diagnostiquées par un médecin (rapportées), à l'exception de la dépression.
** Réponses positives à deux questions de dépistage et/ou prise de médicaments anxiolytiques ou antidépresseurs.

Tableau 3 : Prévalence des maladies chroniques dans la population non institutionnalisée de 65-70 ans, selon le genre.
(Étude Lausanne cohorte Lc65+, Loterie romande)

Une autre des conséquences majeures du vieillissement de la population est l'apparition d'un état de fragilité chez la personne âgée.

La fragilité se définit comme un syndrome clinique. Il reflète une diminution des capacités physiologiques de réserve qui altère les mécanismes d'adaptation au stress. Son expression clinique est modulée par les comorbidités et des facteurs psychologiques, sociaux, économiques et comportementaux. Le syndrome de fragilité est un marqueur de risque de mortalité et d'événements péjoratifs, notamment d'incapacités, de chutes, d'hospitalisation et d'entrée en institution adaptée aux personnes âgées dépendantes. Cet état instable peut être soit réversible, soit il peut basculer dans le vieillissement pathologique avec de lourdes conséquences pour le patient. [16]

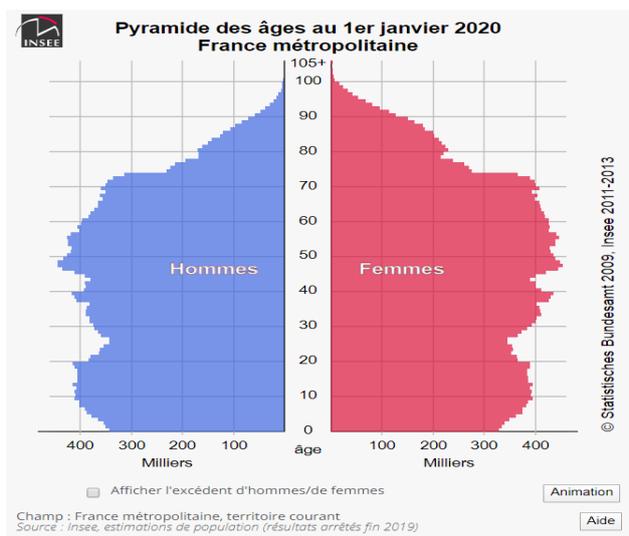
Pour améliorer la qualité de vie du patient en situation de vieillissement ou pour traiter les pathologies associées à celui-ci, il est parfois nécessaire d'utiliser l'arsenal thérapeutique à notre disposition. Mais cette utilisation doit se faire dans un cadre strict avec une constante réévaluation et une balance bénéfices/risques favorable pour le patient. Un traitement pour un trouble ne doit pas apporter plus de problèmes ou ne doit pas déplacer ce problème vers un autre.

Certains patients fragiles basculent vers la dépendance pour de multiples causes (chutes, troubles neurocognitifs, dénutrition ...). Il est ainsi nécessaire de prévenir au maximum les risques liés aux médicaments. Certains retentissements physiologiques (insuffisance rénale, hépatique...) peuvent modifier par exemple la pharmacocinétique d'un médicament et nécessitent une adaptation posologique chez le sujet âgé.

1.3.3 État des lieux en France

Le vieillissement de la population touche la France, de même que tous les autres pays développés.

La France compte plus de 20% de ses citoyens dans la tranche d'âge des plus de 65 ans et ce chiffre va continuer de progresser dans les années à venir (Figure 4). A l'aube de 2050, il est estimé que près de 27% de la population feront partie de cette tranche d'âge, soit plus de 19 millions de personnes âgées. [17]



Groupes d'âges (2020)

âge	millions	%	% femmes
65+	13,45	20,7	56,9
20-64	36,05	55,6	50,9
<20	15,39	23,7	48,8
Total	64,9	100	51,6

Modifier les groupes d'âges

Figure 4: Pourcentage de la population par groupes d'âges en France (2020)
(Estimation de population, INSEE 2019)

La part de personnes fragiles et/ou dépendantes est importante chez la population des seniors, avec près d'une personne sur 2 à risque (Figure 5). [18]

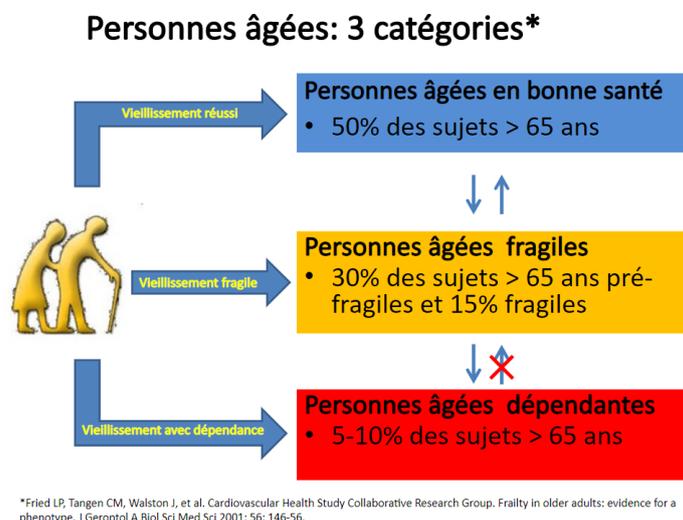


Figure 5 : proportions des 3 catégories de personnes âgées
(Prise en charge ambulatoire de la Fragilité des Personnes âgées, Dr Marie-Laure Seux, mai 2014)

L'âge de 65 ans semble être aussi l'âge médian du nombre de pathologies dans la population générale avec près de 3 pathologies déclarées par patient (Figure 6). Ce chiffre prend en compte à la fois les pathologies chroniques et les pathologies aiguës. Mais comme vu précédemment, dès l'âge de 65 ans en France, 50% des seniors sont en situation de maladies chroniques. [19]

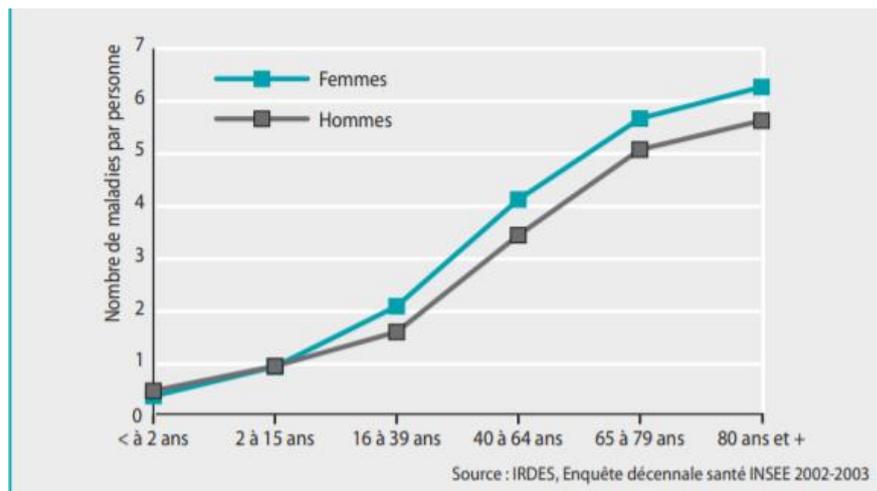


Figure 6 : Nombre de maladies ou troubles de santé par personne selon l'âge et le sexe
(Enquête décennale santé INSEE 2002-2003, IRBRES)

1.4 Iatrogénie

1.4.1 Définition

L'OMS (1969) décrit l'iatrogénie médicamenteuse comme « tous les effets nocifs, involontaires et indésirables d'un médicament, se produisant aux posologies normalement utilisées chez l'homme, à des fins prophylactiques, diagnostiques et thérapeutiques, ou pour des modifications des fonctions physiologiques » [20]. Cette définition exclut l'intoxication volontaire ou accidentelle, de même que l'abus d'un médicament.

L'Assurance Maladie la définit comme « l'ensemble des effets indésirables provoqués par la prise d'un ou plusieurs médicaments ». L'Assurance Maladie et les professionnels de santé se mobilisent pour mettre en place une prévention active contre ce risque qui affecte particulièrement les personnes âgées. » [21]

Bien que très efficaces dans l'arsenal thérapeutique, les médicaments n'en sont pas moins un poison potentiel si les doses et les conditions d'utilisation ne sont pas respectées. Un médicament seul présente déjà un risque potentiel d'effets indésirables. Une association de plusieurs molécules actives présente alors une synergie d'autant plus dangereuse. Ces effets indésirables peuvent prendre l'aspect de multiples symptômes. Le risque iatrogénique est souvent sous-estimé et peut être inévitable lorsque celui-ci est intrinsèque aux médicaments. Un effet indésirable peut être clairement établi dans la monographie du médicament (notice d'utilisation) ou encore, un effet indésirable peut être dû à une allergie de la personne vis-à-vis de l'un des composants de la formulation médicamenteuse [22].

Mais ce risque iatrogénique peut aussi être évitable dans de nombreux cas et notamment dans le cadre d'une erreur de prise : horaires inadéquats, posologies trop fortes, mauvaise compréhension de la voie de prise, non-respect des règles hygiéno-diététiques... Les interactions médicamenteuses lors d'une association de médicaments prescrits ou pris en automédication sont souvent incriminées. Ce risque existe aussi lors du non-respect des contre-indications à l'utilisation d'un médicament chez un patient donné en raison de sa physiopathologie. Elle peut aussi avoir comme source la prise d'un médicament inadapté à la situation actuelle. [23]

Les conséquences de l'iatrogénie sont nombreuses et les effets peuvent aussi bien être bénins que létaux.

1.4.2 Cas des personnes âgées

Chaque personne est concernée par l'iatrogénie mais ce risque est augmenté chez les personnes âgées, en particulier celles ayant des critères de fragilité ou en situation de polymédication.

Comme vu précédemment, l'organisme vieillit au fil des années et certaines fonctions physiologiques importantes du corps se modifient avec des conséquences possibles sur l'efficacité d'un traitement, mais aussi sur la tolérance et la toxicité des médicaments.

Les principales altérations du corps liées au vieillissement sont :

- Une modification du transit intestinal avec une incidence sur la biodisponibilité car pouvant entraîner une diminution de l'absorption du médicament, voire dans de rares cas, l'effet contraire.
- Une modification de l'élimination des toxines et des toxiques, principalement par les reins et le foie mais aussi par d'autres organes annexes. Celle-ci conduit dans la majorité des cas à une diminution de l'élimination des médicaments favorisant alors leur accumulation dans l'organisme et pouvant entraîner de graves effets délétères.
- Une modification de l'équilibre comme l'hypotension orthostatique qui est l'une des conséquences souvent mise en évidence par le médecin traitant. Un changement brutal de position peut provoquer une chute de tension avec des vertiges, voire dans certains cas, une chute qui peut encore augmenter le critère de fragilité d'une personne âgée. Beaucoup de médicaments ont une action sur le système cardiovasculaire ou sur la gestion de l'équilibre ou de la somnolence.
- Une modification métabolique résultant le plus souvent d'une perte de poids chez la personne âgée, qui, si elle n'est pas prise en compte, peut amener un patient vers un surdosage médicamenteux alors qu'il était auparavant parfaitement équilibré.
- Une modification sensitive avec la perte de soif chez les plus anciens, la conséquence étant la déshydratation en particulier pendant les périodes chaudes. Certains médicaments comme les diurétiques favorisent la diurèse qui accentue

ce problème. La déshydratation bouscule aussi les volumes de distribution des médicaments dans l'organisme.

Il n'est pas rare que les prescriptions à destination des personnes âgées comportent plusieurs molécules actives différentes, ce qui favorise davantage le risque de survenue d'un accident iatrogène.

Les personnes âgées sont aussi globalement plus sensibles aux modifications des posologies, à la suppression ou à l'incorporation d'un nouveau médicament dans leur schéma thérapeutique.

1.4.3 Epidémiologie en France

Une étude de L'ENEIS réalisée en 2009 estime le nombre d'hospitalisations liées à des événements indésirables médicamenteux entre 60 000 et 100 000/an sur les 12.8 millions d'hospitalisations en France par an.[25]

Un motif d'hospitalisation sur dix chez les personnes âgées de plus de 70 ans est en lien direct avec un effet indésirable d'un ou plusieurs médicaments qui lui sont administrés. Avec l'âge avancé, les événements iatrogènes explosent et ils sont deux fois plus importants après 65 ans qu'avant 45 ans.

Une étude française sur 2814 sujets âgés d'au moins 70 ans, recense après une admission en établissement de santé un peu plus de 500 effets indésirables liés aux médicaments. Les molécules actives les plus incriminées sont celles agissant sur le système cardiovasculaire avec un taux de 43.7%, viennent ensuite les molécules psychotropes avec un taux de 31.1%. Une interaction médicamenteuse était impliquée dans 60,6% des accidents iatrogéniques. D'autres conséquences liées au vieillissement conduisent également à une hospitalisation comme la déshydratation (44,2% de cas). Environ quatre accidents iatrogéniques sur dix étaient considérés comme évitables. Les principales incohérences relevées se situent au niveau de la prescription du patient (il peut s'agir soit d'un mauvais choix de molécules actives ou d'une erreur de posologie) et du suivi du traitement (mésusage du patient). [26]

Le coût de prise en charge hospitalière d'un événement indésirable médicamenteux a été estimé entre 4120 et 5305 € [27], ce qui représente un coût non négligeable pour l'Assurance Maladie sachant qu'une grande partie de ces dépenses peut être évitée.

1.5 Prescripteurs

1.5.1 Multi prescripteurs

Les personnes de plus de 65 ans sont en majorité confrontées à un suivi par plusieurs prescripteurs. Ainsi pour près de 84% des personnes âgées, le médecin traitant n'est pas l'unique prescripteur du patient selon les résultats de l'étude Open Health menée sur 154 304 personnes de 65 ans et plus entre le 01/09/2016 et le 30/11/2016 [28]. Chaque personne âgée est suivie en moyenne par 2 à 3 professionnels de santé prescripteurs, bien que le médecin traitant reste le prescripteur principal. Près de 80% des médecins généralistes pensent être responsables de l'ensemble des traitements mis en place pour un patient d'après une étude de la DRESS [29]. Il est admis que le médecin traitant est le professionnel de santé privilégié par le patient. Il est celui qui initiera les traitements la plupart du temps et celui à qui incombera la tâche de procéder au renouvellement et à la réévaluation des traitements. 78% des consultations en médecine générale donnent lieu à la prescription d'au moins une substance médicamenteuse et chaque prescription comporte en moyenne 2,9 médicaments différents [30].

Il est important de souligner qu'une grande majorité de personnes âgées sont aussi suivies par des spécialistes dans le cadre de leurs pathologies. Ces différentes consultations et avis des médecins spécialistes s'achèvent trop régulièrement par la rédaction d'une ordonnance. Ces prescriptions vont s'adjoindre en plus du traitement habituel du patient et la multiplicité des prescripteurs apporte donc un risque supplémentaire d'accidents iatrogènes chez le patient par effet d'addition des molécules actives.

Dans la moitié des cas, les ordonnances pour un même patient et présentées au pharmacien proviennent d'au moins 2 prescripteurs différents.

1.5.2 Automédication

Les professionnels de santé ainsi que les auxiliaires de santé ne sont pas les seuls responsables de la consommation de médicaments chez un patient. Le patient lui-même peut être son propre prescripteur dans le cadre de l'automédication.

L'automédication est définie en France par le Conseil de l'Ordre des médecins comme « l'utilisation, hors prescription médicale, par des personnes pour elles-mêmes ou pour leurs proches et de leur propre initiative, de médicaments considérés comme tels et ayant reçu l'AMM, avec la possibilité d'assistance et de conseils de la part des pharmaciens ». [31]

Selon l'Étude Harris Interactive réalisée pour Sanofi, environ 80% des Français ont eu recours à l'automédication pendant l'année 2018 [32]. Elle concerne la plupart du temps des pathologies bénignes comme l'état grippal, la toux, la fatigue... Cette pratique, bien que majoritaire en France, n'est pas sans risques. Tout médicament peut générer des effets secondaires et peut être en situation de contre-indication chez le patient. Comme évoqué précédemment, les médicaments peuvent également interagir entre eux et ainsi provoquer des accidents iatrogènes. Les Français ne doivent donc pas considérer les médicaments comme un bien de consommation dénué de danger. Il convient donc de pratiquer l'automédication avec discernement.

Pour recourir à l'automédication, le patient s'appuie sur son expertise personnelle du médicament et de sa pathologie, sur son environnement (famille, amis, conseils...), sur les revues de presse, la publicité, internet mais aussi sur les conseils d'un professionnel de santé.

Cette automédication s'ajoute aux traitements habituellement pris par le patient, avec pour conséquence d'augmenter la polymédication chez celui-ci et à fortiori les risques qui l'accompagne.

1.5.3 Acte de prescription

L'acte de prescription ne doit pas être anodin pour le prescripteur et doit faire l'objet d'une attention toute particulière. Il doit suivre le protocole ci-dessous (Figure 7) mis en place par la Haute Autorité de Santé (HAS).[33]

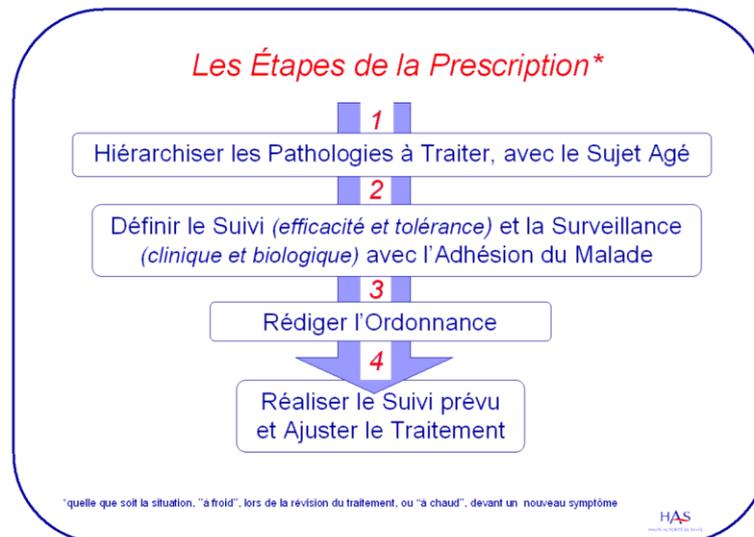


Figure n°7 : les différentes étapes de la prescription
(Prescription médicamenteuse chez le sujet âgé, HAS 2009)

Une nouvelle prescription doit prendre en compte l'individu à traiter dans sa globalité. Il faut aussi porter une attention toute particulière au traitement déjà en place chez le patient pour éviter tout risque d'interaction médicamenteuse. La physiologie et la physiopathologie propre de l'individu doivent être également prises en compte.

Il est à noter qu'en France, le médecin est libre de ses prescriptions et n'est pas soumis à un contrôle du respect des recommandations en vigueur mais il doit faire en sorte de respecter la sécurité, la qualité et l'efficacité des traitements qu'il prescrit à son patient [34].

1.5.4 Réévaluation du traitement et des pathologies

« Une ordonnance ça ne se renouvelle pas, ça se révisé ». Une nouvelle consultation chez le médecin est l'occasion idéale pour faire le point sur les pathologies chroniques du patient et sur les traitements qu'il prend de façon usuelle. Il convient d'arrêter toute

prescription pour un trouble aigu qui n'est plus d'actualité et sans lien avec une pathologie chronique. Il est aussi primordial d'ajuster les traitements en cours suivant l'évolution de l'état de santé du patient, un nouveau symptôme, un trouble métabolique, le vieillissement...

La réévaluation du traitement est donc un élément indispensable au bon suivi du patient pour permettre à la fois de réduire sa consommation de médicaments et de diminuer le risque d'accidents iatrogéniques (Figure 8).

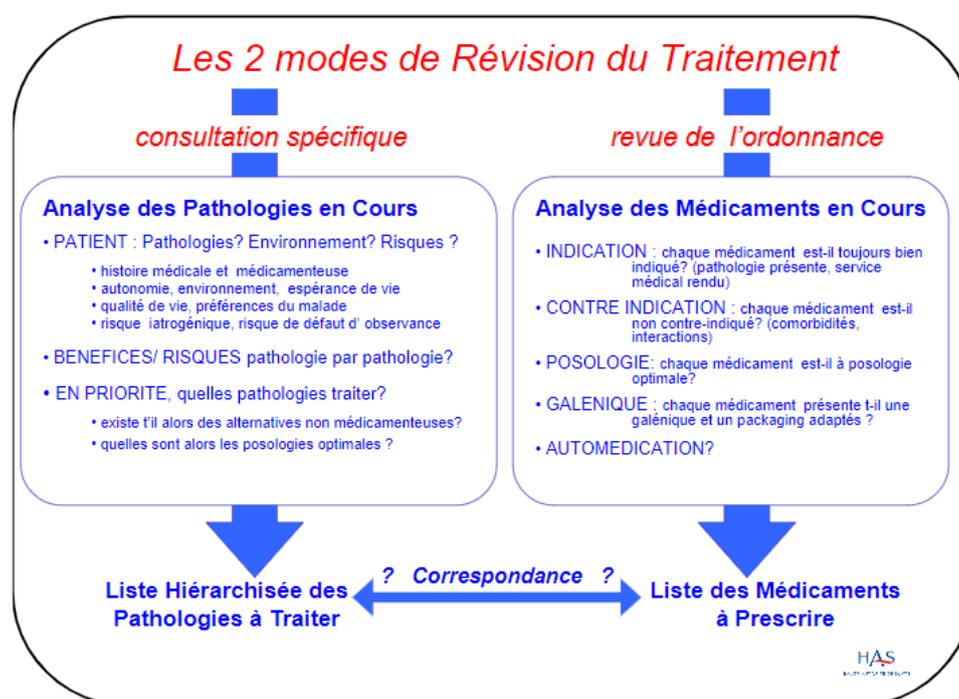


Figure n°8 : Mode de révision d'un traitement

(Prescription médicamenteuse chez le sujet âgé, HAS 2009)

1.5.6 Prescription suboptimale

L'excès de traitements (« overuse ») est l'utilisation de médicaments qui n'ont pas prouvé leur efficacité (Service Médical Rendu (SMR) insuffisant), ou qui sont prescrits en l'absence d'indication (l'indication n'a jamais existé ou n'existe plus actuellement chez le patient) [35]. Cette situation d'overuse est particulièrement présente chez les sujets âgés de 80 ans et plus. Une étude de l'IRDES (Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé) en 2001 a montré que 40 % des ordonnances comprenaient au

moins un médicament avec un SMR insuffisant [36]. La 2^{ème} situation, quant à elle, est l'absence d'indication d'un traitement donné chez une personne. Elle survient principalement lors du renouvellement automatique d'un traitement sans réévaluation de celui-ci. Il s'agit principalement de traitements de pathologies aiguës tels que le reflux œsogastrique traité par un Inhibiteur à Pompe à Protons (IPP). L'overuse montre l'importance de poser un diagnostic précis avant de prescrire mais aussi la nécessité de réévaluer tous types de traitement à chaque consultation.

La prescription inadaptée (« misuse ») est caractérisée par l'emploi d'un médicament dont les bénéfices attendus sont inférieurs au risque encouru par le patient. Elle concerne donc l'utilisation d'un médicament dans le cadre de son indication mais ayant une balance bénéfices/risques potentiellement défavorable pour le sujet, en particulier âgé. Ce type de médicaments fait le plus souvent partie d'une liste définie, la plus connue étant la liste de Beers. Une étude montre que 38.8% des personnes de plus 65 ans ont une prescription avec au moins un médicament de cette liste [37]. Il est donc essentiel que le prescripteur fasse une évaluation individuelle de son patient. Il doit prendre en compte son âge, ses comorbidités et les co-médications.

L'insuffisance de traitement (« Under use ») est définie comme la non-prescription d'un médicament chez un patient polypathologique chez lequel une ou plusieurs classes de médicaments ont fait l'objet d'études qui ont montré leur efficacité. L'insuffisance de traitement ne peut s'expliquer simplement par l'absence d'évaluation du médicament chez la personne âgée. Elle résulte aussi d'une crainte de voir apparaître la survenue d'effets secondaires, d'une diminution de la posologie pleinement recommandée ou encore par l'absence totale du diagnostic de la pathologie à traiter. L'Underuse peut concerner n'importe quel type de pathologie mais les plus concernées chez la personne âgée sont l'hypertension artérielle, l'insuffisance cardiaque, la dépression ou encore le traitement des algies.

1.5.7 Désertification médicale et communication

Le rôle de coordination du médecin traitant est souvent difficile à tenir. Pour que celui-ci puisse assurer pleinement son rôle de coordinateur, les autres professionnels de soins dans l'entourage du malade doivent être force de proposition, notamment en adressant systématiquement leur compte-rendu de consultations, biologies, imageries, voire leurs intuitions au médecin traitant, et en étant prêts à accueillir les remarques positives ou négatives de ce dernier sur leurs actions envers le patient. De même, une sortie d'hospitalisation devrait être systématiquement accompagnée d'une conciliation médicamenteuse de sortie. Le médecin traitant est la clef de voûte de la santé de son patient et pour lui garantir une qualité de soins, il se doit d'être parfaitement informé.

La communication entre professionnels de santé devrait être renforcée à l'avenir avec l'élargissement de la mise à disposition du Dossier Pharmaceutique (DP) et du Dossier Médical Partagé (DMP) et ce, par la création d'un nouvel outil « mon espace santé ».

La désertification médicale est elle aussi un frein à l'optimisation d'une prise en charge thérapeutique. L'augmentation du nombre de patients par médecin ne lui permet pas de prendre le temps de faire un bilan complet du patient en consultation. Une étude de Doctolib montre que les médecins généralistes font environ 22 à 30 consultations par jour avec une durée moyenne de 17 minutes par patient, et ce hors saisons de forte affluence [38].

2. Réflexion et lancement du bilan de médication partagé

2.1 Prémices

2.1.1 Réflexion

Face aux problèmes soulevés par les risques iatrogéniques et leur augmentation chez la personne âgée, notre système de santé se doit de relever le défi pour limiter leur survenue.

Du fait de sa formation, le pharmacien est le professionnel de santé le plus qualifié dans le domaine du médicament. Il a un rôle primordial à jouer dans le cadre d'un suivi plus personnalisé du patient. L'implication du pharmacien pour une meilleure prise en charge

thérapeutique du patient au quotidien prend ainsi toute son importance au fil de ces dernières années avec de nouvelles missions qui lui sont déléguées.

2.1.2 Création du pharmacien référent et coordination de la loi HSPT 2009

La première pierre à l'édifice fut la loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, plus connue sous l'expression « Hôpital, patients, santé et territoire », abrégée en HPST et dite aussi loi Bachelot, promulguée le 21 juillet 2009. Cette réforme renforce le rôle de professionnel de santé du pharmacien et le replace en première ligne dans le parcours de soins du patient, et plus particulièrement dans l'article 36 de celle-ci [39].

Le pharmacien occupe ainsi à part entière son rôle incontournable de professionnel de santé de proximité, avec le médecin traitant. Cette loi prévoit entre autres de renforcer la coopération entre les différents acteurs de santé du patient. Une relation privilégiée va pouvoir se renforcer avec le médecin traitant.

Lors de la dispensation d'un traitement, l'accent est mis sur la différence entre chaque patient. Le pharmacien doit gérer des exceptions car chaque patient est unique, ce qui rend son traitement ainsi que sa prise en charge thérapeutique personnalisés. L'aspect commercial de l'officine est délaissé vers une fonction plus centrée sur la prévention et le conseil médical du pharmacien.

La fonction de pharmacien référent est elle aussi créée, réservée pour des établissements accueillant des personnes âgées ou pour apporter une assistance à domicile. Certains pharmaciens peuvent, à la demande de leurs patients, être qualifiés de pharmaciens correspondants au sein de l'équipe de soins de proximité [40]. De nouvelles missions lui incombent ainsi et il peut, avec l'autorisation du médecin traitant ou à sa demande, agir sur les traitements du patient. Il peut notamment renouveler l'ordonnance du patient à titre exceptionnel, ajuster au besoin les posologies de certains médicaments et effectuer des bilans de médication destinés à optimiser les prescriptions du patient.

Il est à déplorer que ce rôle de pharmacien correspondant reste largement méconnu de la profession. Une enquête réalisée chez les titulaires d'officine en Aquitaine en 2014 montre qu'encore 85% des pharmaciens d'officine méconnaissaient ce rôle. [41]

2.2 Arrêté du 4 mai 2012 portant sur l'approbation de la convention nationale organisant les rapports entre les pharmaciens titulaires d'officine et l'assurance maladie

A cette date du 4 mai 2012, l'Assurance Maladie permet la mise en place d'entretiens individuels avec le patient. A cette époque, les entretiens sont réservés aux patients présentant certaines pathologies et deux entretiens sont ainsi retenus : l'un sur l'asthme afin d'améliorer la qualité de vie du patient et un autre pour les patients sous traitement anticoagulant avec un Anti-Vitamine K (AVK) afin de réduire le risque iatrogène de cette classe de médicaments responsables d'un grand nombre d'hospitalisations. Par cette décision, l'accompagnement des patients chroniques devient une priorité pour le pharmacien.

Outre l'entretien pour les 2 pathologies précédentes, la mise en place d'un entretien pharmaceutique est également lancée. Cet entretien pharmaceutique peut être proposé par le pharmacien, il permet la prise en charge plus personnelle du patient.[42] L'objectif de l'entretien est de permettre de renforcer le rôle d'expert du médicament qu'est le pharmacien auprès des patients (rôle de conseil, éducation sanitaire et thérapeutique, de santé publique et de prévention) , de valoriser les connaissances du pharmacien sur le médicament, d'évaluer la connaissance que possède le patient sur sa thérapeutique, de confirmer ou d'infirmer l'adhésion du patient envers son traitement et enfin le rendre acteur de son traitement afin que celui-ci comprenne qu'il s'agit de son traitement personnel , et d'évaluer, sur le long cours, l'acceptation par le patient de son traitement pour une meilleure observance.

Le premier bilan de médication émerge ainsi bien que sa réalisation concrète soit peu répandue à ses débuts, de par la complexité de sa mise en place et d'une absence de rémunération des pharmaciens d'officine en dépit d'une mission chronophage.

2.3 Avis n°2017.0082/AC/SA3P du 4 octobre 2017 (HAS)

En vue d'une possible prise en charge de l'acte du bilan de médication partagé pour le pharmacien, la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS), en collaboration avec les deux principaux syndicats officinaux que sont l'URPS (Union Régionale des Professionnels de Santé) et la FSPF (Fédération des Syndicats Pharmaceutiques de France), ont proposé conjointement une demande à la Haute Autorité de Santé de rendre un avis sur le protocole du déroulement du BMP et ses bénéfiques.

Le 4 octobre 2017, la HAS rend donc son verdict [43]. Le bilan de médication répond à un réel besoin de santé publique dans l'accompagnement des patients ayant des traitements chroniques.

Elle renforce l'inclusion des patients dans celui-ci, elle adjoint au seuil de polymédication, la présence d'autres facteurs de risque d'Evènement Indésirable Médicamenteux (EIM) grave : un retour d'hospitalisation récent, un antécédent d'EIM grave, la prise d'un médicament à risques, ainsi qu'un jugement clinique du pharmacien ou du médecin.

Elle précise aussi les conditions de réalisation du bilan de médication ainsi que les outils qui seront utiles à celui-ci.

Enfin, les termes de « bilan de médication » seront remplacés par ceux de « Bilan Partagé de Médication » (BPM) afin de marquer plus profondément l'esprit d'adhésion à tout un réseau de professionnels de santé.

2.4 Arrêté du 9 mars 2018

Le 21 novembre 2017, un accord est signé entre l'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie (UNCAM), les Syndicats de Pharmaciens d'Officine et la Fédération des Syndicats Pharmaceutiques de France après le rendu d'examen de la HAS. [44]

Cet accord nouvellement signé intègre en son sein les nouvelles recommandations émises par la HAS après avis sur cette mission. Il décrit notamment les étapes de la mise en place du BPM au sein des officines, précise à la fois les droits et les devoirs du pharmacien, quantifie la rémunération de l'acte pour le pharmacien et définit le suivi de cette nouvelle mission par la mise en place d'une évaluation du dispositif sur le long terme.

A la suite de cet accord, un arrêté est publié le 9 mars 2018 : « Arrêté du 9 mars 2018 portant approbation de l'avenant 12 à la convention nationale du 4 mai 2012, organisant les rapports entre les pharmaciens titulaires d'officine et l'assurance maladie ». Le feu vert est officiellement lancé et le BPM peut être réalisé dans les officines.

Après des années, la France rejoint ainsi le club des pays qui a déjà mis en place un dispositif similaire, à l'exemple en premier lieu du Canada, puis du Portugal, de la Suisse, de l'Espagne ou encore du Royaume-Uni. L'Assurance Maladie espère ainsi en tirer les mêmes bénéfices que ces pays sur le long terme.

DEUXIÈME PARTIE

-

Mise en place du bilan partagé de médication au sein de l'officine

1. Déroulement du bilan partagé de médication

1.1 Structure et formation nécessaire

Dans l'officine, il convient de mettre en place une structure particulièrement adaptée à la réalisation des BPM.

Avec l'expérience des entretiens pharmaceutiques déjà en place dans les différentes officines, il était nécessaire de s'assurer qu'une salle sur mesure soit mise à disposition pour garantir la confidentialité et la proximité du début à la fin de l'échange. Il est donc primordial de mettre en conformité les locaux de la pharmacie en accord d'un côté avec le code du travail, le code de la santé publique (CSP), le code de l'Environnement, de la Construction et de l'Habitat. La réglementation et l'ordre des pharmaciens vont donc imposer aux officines, qui veulent participer aux BPM, des obligations structurelles essentielles et vont suggérer des changements optionnels. [44]

Le pharmacien titulaire est tenu de prévoir dans son officine un lieu où il peut recevoir isolément les patients. Le local est adapté dès lors qu'il permet un dialogue entre le pharmacien et le patient en toute discrétion. En supplément, la présence d'un ordinateur, relié au réseau de la pharmacie avec lecteur de carte vitale et de carte professionnelle de santé (CPS), est fortement recommandée pour la tenue d'un BPM afin de consulter le Dossier Pharmaceutique (DP), le Dossier Médical Partagé (DMP) quand celui-ci est rempli, et le dossier patient de la pharmacie pour pouvoir accéder à toutes ses données médicales et pour permettre de réaliser ce bilan avec le maximum de sources d'informations à croiser. Dès janvier 2019, la mise en place du DMP va être la source d'information médicale la plus précieuse dans les années à venir pour les différents acteurs de santé.

L'espace de confidentialité est nécessaire dans la pharmacie. Cette obligation peut être un frein pour nombre de titulaires mais cet espace est un investissement sur le long terme. D'année en année, le pharmacien se voit confier des missions de santé publique de plus en plus nombreuses et cet espace sera sûrement indispensable pour y faire face. Il est déjà nécessaire pour la réalisation des entretiens pharmaceutiques (concernant l'asthme et la prise de médicaments AVK), la vaccination, la téléconsultation en officine

ou encore, plus récemment, la réalisation du dépistage massif lors de l'épidémie de la COVID-19.

Concernant la formation nécessaire à la réalisation d'un BPM, les seules obligations légales sont la détention d'un diplôme d'état de Docteur en Pharmacie, d'un certificat de remplacement en cours de validité ou d'être étudiant en 6^{ème} année de pharmacie en cours de stage de pratique officinale sous la responsabilité d'un pharmacien. De plus, il est obligatoire d'être inscrit à l'Ordre des Pharmaciens.

Aucune formation supplémentaire n'est exigée et seules les connaissances et l'expérience acquises pendant les années d'études sont suffisantes pour réaliser cette mission. Cependant, il est à souligner qu'un bon nombre de pharmaciens qui s'engagent dans la réalisation de BPM en profitent pour réactualiser leurs connaissances en participant à des formations complémentaires dans ce domaine. De nombreuses facultés de pharmacie proposent des Diplômes Universitaires dans ce sens. Les groupements de pharmacies proposent aussi des formations dans le cadre du Développement Personnel Continu (DPC). De plus, certains services hospitaliers aident le pharmacien d'officine dans cette démarche, comme le service du bon usage du médicament ou encore l'Observatoire du médicament, des dispositifs médicaux et de l'innovation thérapeutique.

Au sein de l'équipe officinale, seuls les pharmaciens sont habilités à réaliser les entretiens pharmaceutiques mais les préparateurs, les étudiants et les apprentis préparateurs en formation peuvent aussi participer à l'exécution de cette mission. En dehors de l'entretien pharmaceutique, d'autres étapes peuvent être débutées par les préparateurs en pharmacie, cela concerne principalement des missions de nature administrative telles que l'identification des patients cibles au sein de la patientèle de l'officine, le recrutement du patient au comptoir, l'accueil du patient le jour des entretiens, l'obtention du consentement, la prise des différents rendez-vous pour les entretiens à réaliser, le recueil et la saisie des différentes données nécessaires au pharmacien pour le bon déroulement du bilan. Désigner un pharmacien responsable des entretiens pharmaceutiques peut être un atout majeur. Celui-ci aura en charge la

planification des entretiens, la mise en place des procédures Qualité et la gestion des BPM au sein de l'officine.

La recherche de patients éligibles aux entretiens de suivi est une construction collective réalisée par l'ensemble des membres de l'équipe officinale (pharmacien titulaire, pharmacien adjoint et remplaçant, préparateur en pharmacie, étudiant en pharmacie et apprenti préparateur).

1.2 Recrutement des différents patients éligibles

Le BPM ne s'adresse qu'à une partie restreinte de la population française. L'avenant 12 de la convention nationale du 4 mai 2012, qui prévoit l'organisation des interactions entre les pharmaciens titulaires et l'Assurance Maladie, a défini deux catégories de patients éligibles au BPM :

- les patients de 65 ans et plus avec au moins une affection de longue durée et ayant au moins 5 molécules médicamenteuses prescrites depuis 6 mois ou plus ;
- les patients de 75 ans et plus ayant au moins 5 molécules médicamenteuses prescrites depuis 6 mois ou plus.

Ces 2 catégories de personnes représentent une partie importante de la population âgée de France.

Par la suite, l'avenant 19 de cette convention a élargi le profil des patients pouvant bénéficier d'un BPM et concerne dorénavant tous les patients de plus de 65 ans, polymédiqués avec au moins 5 molécules médicamenteuses différentes prescrites, pour une durée a minima de 6 mois. [45]

Le nombre de patients éligibles aux bilans de médication n'est en aucune façon un facteur limitant mais ce sont toutes les problématiques autour du recrutement des patients et de l'obtention de leur aval qui peuvent limiter en pratique cette mission du pharmacien.

Le pharmacien d'officine et son équipe pourront faire appel à différents moyens de communication pour inciter les patients à recourir au BPM. Le but n'est pas de forcer le

patient à y adhérer, mais de l'informer et de le laisser par la suite prendre cette décision en connaissance de cause. Le patient doit rester le principal acteur de ses soins !

Parmi ces différents moyens de communication, nous pouvons citer :

- Le flyer : une petite affiche au format A5 qui permet de discuter du bilan de médication au comptoir et qui pourra être remise au patient et/ou aux aidants proches du patient pour un accès à l'information.
- Des journées à thème dans l'officine : dans la lignée des journées d'information sur diverses pathologies déjà mises en place dans les officines comme sur le diabète, l'hypertension artérielle, l'acné ... Une grande majorité de la patientèle de la pharmacie pourra être ainsi ciblée.
- Les affiches : le moyen le plus simple et le plus utilisé dans les pharmacies. Elles peuvent être présentes à l'intérieur ou au niveau de la devanture.
- Les réseaux sociaux : à l'ère du tout connecté et pour développer une stratégie « social média », les réseaux sociaux sont un moyen de communication d'actualité pour toucher le grand public même si ce sont les plus jeunes qui sont particulièrement les plus réceptifs à ces moyens d'échanges.
- Le site internet de la pharmacie : les pharmacies ayant développé un site internet y relatent l'ensemble de leurs pratiques. C'est un bon moyen de mettre en avant cet acte.
- Les autres professionnels de santé : un réseau interprofessionnel pourrait contribuer à inciter la mise en place d'un BPM pour une meilleure prise en charge du patient dans sa globalité, dans le respect des règles de non-compéage.

1.3 Mise en place du bilan partagé de médication

1.3.1 Entretien de recueil des informations

Après le recrutement du patient, l'entretien de recueil des informations est la première étape cruciale de la réalisation du BPM.

Ce premier entretien est donc l'occasion de poser les bases de ce bilan en énonçant les différents objectifs du bilan partagé de médication, en expliquant son intérêt dans l'optimisation de la prise en charge médicamenteuse et non médicamenteuse du patient,

en coordination avec son médecin traitant. Les informations générales sur le patient, ses antécédents médicaux, ses habitudes de vie, un état des lieux de la globalité des traitements pris par le patient, qu'ils soient sur ordonnance ou pris en automédication, seront ainsi évalués. Il est aussi nécessaire d'estimer la connaissance du patient sur son (ou ses) traitement(s) en cours. [46]

Lors d'une première étape, un collaborateur de l'officine va rassembler, dans l'idéal, toutes les prescriptions du patient sur les 6 derniers mois, celles-ci émanant de son médecin traitant ou de tout autre prescripteur. De même, les différentes analyses biologiques et les comptes rendus établis sur cette même période par son médecin traitant et/ou spécialiste(s) sur sa pathologie seront archivés.

Le pharmacien peut disposer du dossier pharmaceutique et du dossier médical partagé pour avoir accès à toutes ces informations utiles sur le patient.

- Le Dossier Pharmaceutique (DP) a été créé par la loi du 30 Janvier 2007, relative à l'organisation de certaines professions de santé. Sa mise en œuvre a été confiée au Conseil National de l'Ordre des Pharmaciens et a été validée le 02 décembre 2008 par le CNIL (Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés). Un décret est paru le 15 décembre 2008 pour l'officialiser. Sur présentation de la carte vitale du patient, le pharmacien sera en mesure d'alimenter son dossier pharmaceutique sur un terminal approprié, en recensant tous les médicaments délivrés au cours des quatre derniers mois, qu'ils soient prescrits par le médecin ou conseillés par le pharmacien. La durée de recensement est élargie à 21 ans pour les vaccins, et à 3 ans pour les médicaments biologiques qui nécessitent une surveillance particulière. Pratiquement toutes les officines de France y ont accès actuellement (99.9% d'après le dernier recensement du conseil de l'ordre).[47]
A l'origine, le DP était un dossier patient qui permettait aux seuls pharmaciens d'officine de mieux sécuriser la dispensation des médicaments en limitant les risques d'interactions médicamenteuses et les traitements redondants. Il est maintenant accessible aux pharmaciens et médecins exerçant dans les établissements de santé (hôpitaux). Il améliore donc la coordination entre

professionnels de santé, le décroisement ville-hôpital, et favorise l'amélioration de la couverture vaccinale.

- Le dossier médical partagé (DMP) est la plus grande avancée en matière de communication entre professionnels de santé ces dernières années. C'est un outil sur lequel les pharmaciens ont fondé beaucoup d'espoir pour les années futures. Le DMP, créé en 2016, est opérationnel sur le territoire national depuis novembre 2018. Au cours de l'année 2019, 42% de l'ensemble des dossiers médicaux partagés ont été créés au sein de l'officine. Le DMP est un carnet de santé numérique qui permet de centraliser en toute sécurité et sur un espace unique toutes les informations médicales du patient. Il va comporter les notions suivantes : l'historique de soins (prescription des médicaments, séances de kinésithérapie,...) des 12 derniers mois et les données de remboursement alimentés automatiquement par l'Assurance Maladie, les antécédents médicaux (physiopathologies et allergies éventuelles,...), les résultats d'exams et comptes-rendus d'hospitalisation et de consultation (imagerie, bilans d'analyses médicales, certificats médicaux,...), les directives anticipées pour la fin de vie ou encore les coordonnées de proches à prévenir en cas d'urgence. Le DMP peut être alimenté par le patient ou tout professionnel ou auxiliaire de santé prenant en charge le patient. Il n'est pas exhaustif et ne se substitue pas aux dossiers métier des professionnels de santé mais pour le pharmacien, ayant jusqu'alors qu'un accès restreint aux seuls traitements en cours du patient par le biais de son dossier professionnel, c'est une révolution dans la prise en charge du patient. La seule limite de ce dossier est son manque d'alimentation à ce jour par certains professionnels de santé. Il est à noter que la création de DMP n'est plus possible à partir du 1^{er} juillet 2021. Cette interruption est nécessaire pour préparer l'arrivée d'un nouveau service : Mon espace santé [48]
- Mon espace santé est un nouveau service sécurisé créé automatiquement par l'Assurance Maladie qui permettra à chacun d'être acteur de sa santé au quotidien. Il donnera accès au DMP ainsi qu'à une messagerie sécurisée, mais

aussi à un agenda de santé, et à un catalogue d'applications référencées par l'Etat. Tous les usagers qui disposaient déjà d'un DMP avant le 1^{er} juillet 2021 retrouveront automatiquement leurs données à l'activation de « Mon espace santé ». Cet outil de partage des données de santé du patient pour les praticiens de ville comme hospitaliers comportera les ordonnances, le carnet de vaccination, les actes de biologies, les imageries, les antécédents médicaux et les comptes rendus d'hospitalisation. Toutes les informations ne sont pas encore disponibles mais l'espace est décrit comme très facile à alimenter et non fastidieux, contrairement à l'approche du DMP selon un bon nombre de professionnels de santé. [49]

Le patient, avec l'aide de proches, pourra compléter son dossier sur son état de santé, ses différentes pratiques en automédication, son mode de vie...

L'entretien d'information avec le patient permettra d'expliquer les objectifs, d'obtenir un accord et de valider un bulletin d'adhésion pour en formaliser la pratique.

L'entretien structuré avec le patient est conduit à l'aide d'un questionnaire disponible sur le site AMELI ou élaboré par le pharmacien lui-même, les objectifs étant :

- De s'informer sur les différents acteurs de santé qui prennent en charge le patient afin d'établir une communication à son sujet dans un futur proche .
- De recueillir les données socio-démographiques : sexe, âge du patient, type d'habitation (domicile, foyer logement, Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes), mode de vie (seul, en couple, en famille, mise en institut) et éventuelles aides mises en place (infirmier diplômé d'état, aide-ménagère, portage des repas, téléalarme...).
- D'avoir accès à la liste des antécédents médicaux, allergies, comorbidités, terrains physiopathologiques particuliers (comme l'insuffisance rénale, la dénutrition, l'insuffisance hépatique...)
- De répertorier l'ensemble des traitements (médicaments, compléments alimentaires, plantes ...) prescrits au patient ou pris dans le cadre d'une

automédication, de même que les posologies, les moments de prise et les indications.

- De rechercher l'adhésion au traitement du patient par le biais du questionnaire de Morisky.

Cet entretien n'est pas un interrogatoire et il se doit d'être une discussion animée avec le patient afin de faciliter l'échange et l'honnêteté des réponses du patient. Toutes ces informations peuvent être collectées sous format papier ou informatisé à l'aide de différents logiciels.

1.3.2 Analyse pharmaceutique

1.3.2.1 Analyse générale du patient

L'analyse de toutes les données du patient va pouvoir ainsi débuter après cet entretien de recueil. Il va se dérouler sans la présence du patient. Pour synthétiser toutes les informations, le pharmacien devra se référer à des bases de données du médicament, aux recommandations en vigueur, à des articles et à des demandes d'avis au sein de l'équipe.

1.3.2.2 Analyse de l'état du patient et de son mode de vie

La première étape de l'analyse est l'observation du patient pour en établir un profil et permettre ainsi de dresser un tableau de son état général, de son hygiène de vie, de ses pathologies, de ses symptômes, de son adhérence aux traitements, de ses habitudes de prises (ex : un médicament pris lors d'un repas peut avoir des effets augmentés ou inversement) ...

C'est le moment de faire état de certaines données sur l'état physiologique lorsque les sources apportées par le patient le permettent.

L'appréciation de la fonction rénale est primordiale sachant que la majorité des médicaments sont éliminés par les reins et comme souligné précédemment, que le sujet âgé présente souvent une détérioration de la fonction rénale. Aucun consensus n'est retenu sur le type de formule à utiliser pour calculer un risque d'insuffisance rénale chez la personne âgée mais il semble que le Débit de Filtration Glomérulaire (DFG) calculé par l'équation MDRD et la Clairance Créatinine (CKD-EPI) soient les plus précis [50].

La formule de Cockcroft et Gault permet aussi d'estimer la clairance de la créatinine et de renseigner sur l'état de la fonction rénale.

Une évaluation de la fonction hépatique, le calcul de l'IMC (Indice de Masse Corporelle), le bilan électrolytique, ... sont aussi de très bons indicateurs pour la suite de l'analyse.

1.3.2.3 Analyse de son/ses traitements

L'analyse formelle des traitements en cours par le pharmacien permet de détecter des contre-indications et des interactions médicamenteuses possibles.

La recherche d'une contre-indication médicale ou médicamenteuse est primordiale : si une contre-indication majeure est repérée, elle doit être signalée d'urgence au médecin et une solution de rechange devra être proposée immédiatement.

Le pharmacien recherche également les interactions médicamenteuses lors de la prise simultanée de plusieurs médicaments, et définies selon 4 types : l'absence d'interactions, la potentialisation des effets d'un des médicaments, l'additivité réciproque des effets des médicaments associés et la diminution/suppression des effets d'un ou des traitements. Les différents types d'interactions sont : [51]

- Les interactions pharmacodynamiques : ce sont les interactions les plus prévisibles. Elles résultent principalement de l'action du médicament et de ses effets indésirables. Elles impliquent des effets d'antagonisme, d'agonisme ou de synergie d'action.
- Les interactions pharmacocinétiques : Le profil pharmacocinétique d'un médicament implique différentes étapes et chacune d'entre elles peut donner lieu à des interactions.
 - L'absorption : elle concerne la prise du médicament, son moment de prise, sa forme galénique, l'association à d'autres traitements pris simultanément...
 - La distribution : Le médicament passe dans la circulation générale et diffuse dans l'organisme avant d'atteindre son site d'action. Il peut y avoir une forme de compétition entre les traitements.

- Le métabolisme : Le médicament est métabolisé par l'organisme, le plus souvent par les enzymes présentes dans le foie. En agissant sur la même enzyme, un médicament peut empêcher, retarder ou augmenter la biotransformation d'un autre médicament.
- L'élimination : Une fois métabolisé et transformé (métabolites), le médicament est éliminé de l'organisme par diverses voies, principalement par les urines mais aussi par les selles, la transpiration ou la respiration.

Dans un second temps, le pharmacien repère les interactions dites physio-pathologiques. Il s'agit des interactions entre les différents traitements et le profil établi du patient afin de déterminer si le traitement est bien adapté selon l'âge, le sexe, le poids, etc...

Par la suite, le pharmacien fait une évaluation de l'adaptation de la forme galénique des différents traitements de son patient afin d'éviter des difficultés de prise de certains médicaments (trouble de la déglutition, difficulté de rompre un comprimé sécable, dysgueusie...). L'usage de certains dispositifs peut aussi poser des problèmes pour le patient.

Le pharmacien va répertorier les symptômes et les problèmes récurrents décrits par le patient pour en rechercher la cause. Il est important de souligner que les effets secondaires d'un médicament sont souvent responsables de l'arrêt du traitement chez un patient, avec pour conséquence directe d'entraîner une cascade de prescriptions par le médecin.

La dernière étape de l'analyse est la pertinence d'un traitement mis en place. Un traitement instauré chez un patient n'est pas forcément le plus adapté à sa pathologie ou à son état physiologique. De plus, il est important que le traitement pris soit toujours d'actualité au regard des dernières recommandations publiées par la Haute Autorité de Santé. Le pharmacien se doit d'analyser le risque iatrogène de l'ordonnance du patient et d'effectuer en définitive une réévaluation du traitement.

1.3.2.4 Synthèse globale et personnelle du patient

Après une synthèse des différents problèmes rencontrés, le pharmacien établit un document qui lui servira de support pour la rédaction des différentes interventions

pharmaceutiques qu'il pourrait préconiser, pour l'entretien de suivi et pour une correspondance avec le médecin référent du patient.

1.3.2.5 Intervention pharmaceutique

Ce travail de synthèse préalable permettra au pharmacien de rédiger les différentes interventions pharmaceutiques qu'il pourra juger nécessaires.

Il pourra proposer au médecin traitant du patient tout un éventail de propositions différentes :

- Substituer un médicament
- Changement de posologie (moment de prise et dosage)
- Suppression de molécules médicamenteuses
- Ajout de molécules médicamenteuses
- Demande d'examens biologiques, cliniques ou d'imagerie
- Alerter sur un défaut d'observance, un mésusage, un effet indésirable...
- Proposer un changement de forme galénique

Les interventions pharmaceutiques ne sont pas toujours nécessaires car le patient bénéficie le plus souvent d'une thérapeutique optimale ou d'un ensemble de prescriptions après avis d'un spécialiste.

1.3.2.6 Communication envers les différents acteurs de santé

Une fois l'analyse effectuée, le pharmacien pourra communiquer le bilan rédigé au médecin traitant du patient et ce, via différents canaux de communication sécurisés (courrier postal, courriel par messagerie sécurisée dans le respect de la loi RGPD, voire par entretien direct avec le prescripteur).

Si une suggestion ou une interaction semble urgente du point de vue du pharmacien, un appel téléphonique directement au médecin concerné sera privilégié.

Après réception de la synthèse et l'examen du bilan partagé de médication, le médecin évaluera la pertinence des interventions pharmaceutiques et apportera, ou non, des modifications thérapeutiques s'il les juge adaptées au contexte personnel du patient.

Le médecin communiquera ensuite son appréciation, ses conseils et ses éventuelles modifications au pharmacien pour que celui-ci puisse être en mesure de préparer l'entretien conseil avec le patient.

Le pharmacien est tenu de conserver une traçabilité de cet échange, de l'archiver et de le déclarer sur le site AMELI.

1.3.3 Entretien conseil

L'entretien conseil est réalisé en présence du patient et dure en moyenne entre 30 et 40 minutes. Il va permettre au pharmacien d'exposer au patient les conclusions de son analyse pharmaceutique et de l'échange effectué avec son médecin traitant.

L'occasion sera donnée au pharmacien de présenter au patient les ajustements qui ont été retenus vis-à-vis de son traitement médicamenteux en collaboration avec le médecin traitant, et de donner toutes les explications pour donner suite à ce changement. Une nouvelle ordonnance après consultation du médecin pourra s'avérer nécessaire.

Le pharmacien pourra à cette occasion dispenser tous les conseils hygiéno-diététiques nécessaires et appropriés, interpeller le patient sur la pratique d'une automédication, recadrer sur le bon usage de certains médicaments.

Le pharmacien peut aussi établir un plan d'action médicamenteux pour obtenir une meilleure observance du traitement par le patient. Ce contrat n'a aucune valeur juridique, il s'agit simplement d'une liste des actions que le patient peut mettre en place pour progresser dans la gestion de sa pathologie.

Le pharmacien va alors remettre un plan de prise au patient avec les conseils majeurs associés et il pourra aussi lui remettre des brochures de conseils.

A la suite de cet entretien, le pharmacien fait sa déclaration de réalisation sur le site AMELI et peut effectuer sa facturation. Dès lors qu'il s'agit d'un acte médical, la rémunération est immédiate (dans les délais habituels des autres paiements de la pharmacie après les télétransmissions).

1.3.4 Entretien suivi d'observance

Après toutes les premières étapes du bilan de médication, le cycle du bilan de médication ne prend pas fin, loin de là.

Les années suivantes, le pharmacien continuera de suivre son patient afin d'optimiser si besoin la prise en charge médicamenteuse de celui-ci. Le pharmacien va alors proposer au patient d'effectuer des entretiens de suivi d'observance de façon périodique pour faire le point sur les progrès rapportés par le patient mais aussi sur ce qui doit être encore amélioré.

Deux possibilités vont s'offrir au patient en fonction des prescriptions établies :

- Ajout ou modification de traitement

En cas de changement de traitement, le pharmacien va actualiser son analyse originale réalisée lors du premier bilan partagé de médication. Il proposera alors un nouvel entretien conseil sur le même principe que celui initié préalablement. Après une durée de 6 mois, le pharmacien et le patient se retrouveront pour des entretiens d'observance.

- Continuité du traitement en cours

En cas de continuité du traitement sans modifications, le pharmacien proposera au patient au moins deux entretiens de suivi d'observance dans l'année.

L'entretien de suivi d'observance est un entretien de courte durée (une dizaine de minutes en moyenne), destiné principalement à s'assurer de la bonne compréhension des traitements réévalués, d'une bonne observance, de l'absence de nouvelles difficultés de prises médicamenteuses, de l'absence de nouveaux effets indésirables ou de changements physiopathologiques pouvant avoir un retentissement sur la santé du patient.

1.3.5 Facturation

Lors des 2 premières années suivant le déploiement du BPM, la convention nationale de 2012 avait mis en place l'accompagnement pharmaceutique des patients sous traitements chroniques sur un certain nombre de priorités : les patients sous traitement antivitamine K (AVK) (avenant 1), les patients asthmatiques sous corticoïdes inhalés (avenant 4), les patients sous anticoagulants oraux (AOD) (avenant 8), les patients âgés polymédiqués avec le bilan partagé de médication (avenant 12). Ces accompagnements s'inscrivaient jusqu'alors dans le cadre d'une rémunération sur objectif de santé publique (ROSP). Cette contrainte était un frein majeur à la réalisation des BPM ainsi qu'à un certain nombre d'autres missions concernées par cette ROSP. Le pharmacien se voyait rémunéré à l'année N+1, si et seulement si l'ensemble des entretiens était effectué sur la même année et que le patient n'était pas sorti du processus.

À la suite de la loi de financement de la Sécurité Sociale pour 2020, les accompagnements pharmaceutiques sont désormais payés à l'acte. En conséquence, il n'est plus nécessaire de déclarer les entretiens réalisés sur le site Ameli pro même si cela reste conseillé afin d'assurer une traçabilité optimale. Il convient désormais de facturer via un code acte la séquence annuelle d'accompagnement et de conserver tous les justificatifs des accompagnements réalisés, comme formalisé lors de la signature de l'avenant 21 daté du 29 juillet 2020. Le pharmacien est ainsi rémunéré dans les 3 jours suivant l'acte, ce qui lui permet d'assurer une trésorerie en lien avec le temps passé à la réalisation de cette mission.

La rémunération est la suivante :

Code acte	Accompagnement pharmaceutique	Rémunération métropole	Rémunération Dom
TAC	Code traceur accompagnement	0.01€	0.01€
BMI	Bilan de médication initial	60€	63€
BMT	Bilan de médication année suivante avec changement de traitement	30€	31.5€
BMS	Bilan de médicaments année sans changement de traitement	20€	21€

Tableau n°4 : Rémunération du bilan de médication suivant son avancement et le lieu d'exercice

(Accompagnement pharmaceutique Aide à la facturation, Assurance maladie 2020)

1.4 La place de la télépharmacie dans la réalisation du bilan

De nos jours, la numérisation occupe une place prépondérante dans notre mode de vie, y compris dans le monde médical. Depuis mai 2018, la Sécurité Sociale a autorisé le remboursement des frais d'une téléconsultation par un médecin pratiquant dans un cabinet déclaré. Il était logique que la pharmacie soit elle aussi impactée par ce nouveau mode d'exercice.

Depuis le 24 juillet 2019, selon un arrêté ministériel puis la publication d'une loi [52], et enfin suite à un avis de la HAS, la pharmacie passe à l'ère du numérique avec l'ouverture au télésoin, qui concerne aussi le bilan partagé de médication. Au préalable, le pharmacien devra réaliser un premier entretien obligatoirement en présentiel, soit à la pharmacie, soit au domicile ou lieu de résidence du patient. Les patients en perte d'autonomie pourront être aidés par une tierce personne en cas de besoin.

Le pharmacien se doit de veiller à la bonne éligibilité du patient à la réalisation de la « télé pharmacie » en examinant différents curseurs. En premier lieu, il faut s'assurer que l'état clinique du patient le permette, puis que la connexion pendant l'entretien soit optimale, que le patient soit apte à utiliser dans de bonnes conditions les outils de la téléconsultation (clavier, caméra, scanner...). Le pharmacien est le garant de la sécurité

des données personnelles du patient en évitant tout risque de rupture de confidentialité (promiscuité du patient avec un tiers, échange d'informations sur un site non sécurisé ...). Le pharmacien doit pouvoir estimer dans quelle mesure un entretien en téléconsultation n'est pas recommandé pour le bien du patient même si celui-ci est éligible, et ce pour quelque raison que ce soit (état psychologique du patient, annonce d'une modification importante, besoin d'un support non numérique...)

La télépharmacie ne peut donc être appliquée que pour les entretiens conseils et de suivis d'observance mais il s'agit déjà d'une avancée remarquable. Il peut être judicieux de proposer au patient d'alterner les soins en présentiel et le télésoin.

2. Outils utilisés par le pharmacien

Lors du déroulement des différents entretiens avec le patient ainsi que lors de son analyse pharmaceutique, le pharmacien va utiliser de nombreux outils à sa disposition pour l'aider dans la réalisation de sa mission.

2.1 Outils de recueil de données et d'aide à l'entretien

L'une des tâches primordiales du pharmacien lors du déroulement des bilans est le recueil des données du patient à partir de ses ordonnances, de son dossier médical partagé, de son dossier pharmaceutique, de ses analyses biologiques ainsi qu'à partir des affirmations du patient. Toutes ces informations doivent être consignées pour une utilisation ultérieure facilitée.

Pour aider à la réalisation de la conciliation médicamenteuse, le pharmacien peut utiliser un support papier ou informatisé selon sa convenance.

La plupart des outils se présentent sous la forme de tableaux, permettant une synthèse et une lisibilité accrues des traitements pris par le patient. Le pharmacien dispose d'un large panel de choix de tableaux, en fonction de qui pourrait lui convenir au mieux.

A travers ces différents tableaux, les traitements prescrits ainsi que leurs posologies sont facilement identifiables par le pharmacien, ainsi que l'ensemble des médicaments pris en automédication ou figurant sur diverses ordonnances afin de n'en omettre aucun.

Le pharmacien trace ensuite de la même manière les habitudes de vie du patient, son état de santé, les problèmes rencontrés sur les différents traitements.

Antécédents et comorbidités

<p>Pathologies cardiovasculaires</p> <p>HTA <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Ne sais pas</p> <p>Hypercholestérolémie <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Ne sais pas</p> <p>Fibrillation auriculaire ou flutter <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Ne sais pas</p> <p>IDM ou insuffisance coronarienne <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Ne sais pas</p> <p>Insuffisance cardiaque <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Ne sais pas</p> <p>Artériopathie des membres inférieurs <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Ne sais pas</p> <p>AVC avec ou sans séquelle <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Ne sais pas</p> <p>Accident Ischémique Transitoire <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Ne sais pas</p> <p>Diabète <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Ne sais pas</p>	<p>Pathologies psychiatriques</p> <p>Dépression <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Ne sais pas</p> <p>Trouble bipolaire <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Ne sais pas</p> <p>Trouble psychotique <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Ne sais pas</p>
<p>Pathologies neurologiques</p> <p>Maladie de Parkinson <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Ne sais pas</p> <p>Epilepsie <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Ne sais pas</p> <p>Démence <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Ne sais pas</p>	<p>Autres pathologies</p> <p>Insuffisance rénale <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Ne sais pas</p> <p>Cancer en cours d'évolution <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Ne sais pas</p> <p>Pathologie pulmonaire chronique <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Ne sais pas</p> <p>Dysthyroïdie <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Ne sais pas</p> <p>UGD < 2 mois et/ou RGO symptomatique <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Ne sais pas</p> <p>Ostéoporose fracturaire <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Ne sais pas</p> <p>Maladie de système (Horton, PR, Goujerot) <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Ne sais pas</p>
<p>Autres :</p> <p>Chute au cours des 3 derniers mois <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Ne sais pas</p> <p>Plainte du sommeil <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Ne sais pas</p> <p>Somnolence en journée <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Ne sais pas</p> <p>Perte de poids de + de 4,5 kg dans l'année <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Ne sais pas</p> <p>Perte d'appétit <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Ne sais pas</p> <p>Incontinence urinaire <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Ne sais pas</p>	<p>Autres pathologies ? (Précisez)</p>

Plus de recommandations sur : http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/calendrier_vaccinations_2017.pdf

Tolérance /Effets indésirables

Ressentez-vous des effets particuliers liés à la prise de vos médicaments (somnolence, douleurs articulaires, nausées, vomissements, diarrhées, constipation, confusion...)?
Comment lutez-vous contre ceux-ci ?

Allergies

Etes-vous allergique à certains médicaments ? si oui : Souvenez-vous lesquels ? ; comment se manifeste cette allergie ? Etes-vous déjà aller consulter un allergologue ?

Gestion globale du traitement

Utilisez-vous un pilulier ? Oui Non Ne sais pas

Si oui, est-ce vous qui le préparer ? Oui Non Ne sais pas

Allez-vous chercher vous-mêmes vos médicaments à la pharmacie ? Oui Non Ne sais pas

Gérez-vous la prise de vos médicaments seuls ? Oui Non Ne sais pas

Figure n°13 : Fiche situation pathologique d'un patient par la FSPC

Après ce travail de recueil effectué, le questionnaire de Girerd pourra être utilisé afin d'évaluer l'observance du patient. Ce questionnaire est disponible sur le site <https://www.questionnaire-de-girerd.com/questionnaires>

TEST D'ÉVALUATION DE L'OBSERVANCE

1. Ce matin avez vous oublié de prendre votre médicament ?
 Oui Non
2. Depuis la dernière consultation avez vous été en panne de médicament ?
 Oui Non
3. Vous est il arrivé de prendre votre traitement avec retard par rapport à l'heure habituelle ?
 Oui Non
4. Vous est il arrivé de ne pas prendre votre traitement parce que certains jours votre mémoire vous fait défaut ?
 Oui Non
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 ?
 Oui Non
6. Pensez vous que vous avez trop de comprimés à prendre ?
 Oui Non

INTERPRÉTATION DU TEST :

OUI (0) : Bonne observance
OUI (1 ou 2) : Minime problème d'observance
OUI (> 3) : Mauvaise observance

Réf. Girerd X et col. Evaluation de l'observance du traitement antihypertenseur par un questionnaire : mise au point et utilisation dans un service spécialisé. Presse Med 2001 ; 30 : 1044-8.

Figure 14 : questionnaire de Girerd

L'ensemble de ces outils va faciliter la réalisation d'une analyse pharmaceutique car toutes les données du patient utiles à la réalisation du BPM sont ainsi regroupées dans un document unique qui pourra être transmis par la suite au(x) médecin(s).

2.2 Bases de données sur les médicaments

Les bases de données sur les médicaments sont les principales sources d'informations utilisées par les pharmaciens. Ce sont principalement des ouvrages numériques ou sous format papier d'un accès simple. Les différentes sources les plus utilisées sont :

- Vidal : probablement l'ouvrage de référence des professionnels de santé qui regroupe toutes les informations complètes du médicament (indications, posologies usuelles, contre-indications, pharmacocinétique, etc...). Cette base propose aussi un logiciel permettant de déceler une interaction médicamenteuse lors de la prescription de différents médicaments. Elle existe sous forme numérique et papier. [53]
- Thériaque : une base de données, sous format numérique, très semblable au Vidal par son contenu mais qui possède en supplément un outil capable de reconnaître les interactions entre médicaments et les contre-indications physiologiques. [54]
- Base de données publique du médicament : C'est la base de données officielle utilisée en France. Elle est gratuite et accessible à tous. Elle a été mise en place en octobre 2013 par l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé (ANSM) en collaboration avec d'autres instances françaises, comme la HAS pour toute la partie bon usage du médicament et l'Union National des Caisses de l'Assurance Maladie (UNCaM), et sous l'autorité du ministère de la Santé. Cette nouvelle base de données, au format numérique, est à la fois réglementaire et scientifique. Elle indique toutes les données sur un médicament, donne accès à la notice contenue dans le conditionnement ainsi qu'aux dernières informations ou recommandations parues sur ce médicament (alerte pharmacovigilance, révision AMM, etc...).[55]
- Dorosz : C'est un ouvrage en petit format qui contient les informations condensées sur un médicament ou une classe pharmacologique. Ce n'est pas un ouvrage de référence mais il peut être utilisé en soutien d'autres recueils.

- Guide thérapeutique Perlemuter : C'est aussi un ouvrage petit format dans la lignée du Dorosz avec des informations plus axées sur le plan clinique.

2.3 Guide et consensus sur l'utilisation du médicament

En plus des bases de données des médicaments, le pharmacien peut utiliser d'autres outils à sa disposition. Dans la littérature scientifique, il existe des aides pour aiguiller un schéma de prescription et l'optimiser au mieux afin de minimiser les risques pour le patient.

- Guide PAPA : Acronyme pour « Prescription Adaptée aux Personnes Agées ». C'est un ouvrage regroupant pas moins de 42 fiches pratiques sur des pathologies communément retrouvées chez la personne âgée (75 ans et plus) qu'elle soit hospitalisée, en institution ou à domicile. Ces différentes fiches ont été rédigées par le Conseil National Professionnel de Gériatrie (CNPG) et la Société Française de Gériatrie et de Gérontologie (CFGG), ce qui leur confère une certaine légitimité. Ce document référentiel permet de guider le prescripteur vers la meilleure thérapie pour la pathologie de son patient (médicamenteuse ou non), ou au contraire, de lui éviter de prescrire certains traitements qui pourraient s'avérer plus néfastes que bénéfiques.[56]
- Liste de Beer : C'est une liste créée après la consultation d'experts dans leurs domaines (pharmacologues, gériatres, généralistes...) selon la méthode de Delphi afin de mettre en évidence un consensus scientifique sur l'utilisation des médicaments chez la personne âgée. Elle a permis la diffusion d'une liste des « médicaments potentiellement inappropriés (MPI) chez la personne âgée » auprès des professionnels de santé. Elle est régulièrement mise à jour selon l'innovation et les recommandations en vigueur. Elle se présente sous forme de tableaux où les MPI ainsi que leurs effets sont décrits succinctement. L'inconvénient majeur de cette liste est qu'elle n'est pas française mais américaine, ainsi plusieurs substances actives décrites dans celle-ci ne sont tout simplement pas commercialisées en France. [annexe n°1]

- Liste Laroche : C'est une liste créée et alimentée depuis 2007 par Mr Laroche ainsi qu'un consensus d'experts, qui regroupe les MPI chez la personne âgée de 75 ans et disponibles sur le marché français. Cette liste prend donc en compte les recommandations médicales françaises. Elle a pour double mission d'être un indicateur épidémiologique de la qualité de la prescription médicamenteuse en gériatrie et un guide de prescription pour alerter le professionnel de santé et l'aider à choisir une alternative médicamenteuse en cas de prescription inadaptée. [annexe n°2]
- PIM-Check : C'est un outil qui aide à la prescription médicamenteuse en évitant au maximum les prescriptions inadaptées. Il permet de renseigner les caractéristiques physiopathologiques du patient ainsi que ses traitements, d'avoir accès aux conseils quant à l'utilisation des médicaments prescrits tels que les analyses biologiques à réaliser, etc...
- Outil Start/stopp : C'est un outil créé en 2007 en version anglaise puis adapté en version française en 2015 qui recense les prescriptions potentiellement inappropriées dans des situations courantes chez la personne âgée, regroupant les erreurs de prescription les plus fréquemment rencontrées qu'elles soient dues à des interactions médicamenteuses ou à des interactions physiologiques et pathologiques avec les médicaments. Cet outil permet d'optimiser la prescription chez les personnes âgées grâce à deux modèles :

Start : Screening Tool to Alert doctors to **R**ight **T**reatment, qui permet d'initier un traitement avec une balance bénéfices/risques favorable.

Stopp : Screening Tool of **O**lder **P**erson's **P**rescriptions, qui permet de lister les MPI ainsi que les interactions médicamenteuses et pathologiques permettant ainsi d'exclure une prescription avec une balance bénéfices/risques défavorable. [annexe n°3]

- Thésaurus : C'est un guide pharmaco-thérapeutique d'aide à la prescription et disponible sur le site de l'ANSM. Il regroupe l'ensemble des interactions médicamenteuses identifiées et informe sur les 4 niveaux de contrainte : contre-indication, association déconseillée, précaution d'emploi, à prendre en compte.
- OMÉDIT : Les Observatoires des Médicaments, Dispositifs médicaux et Innovations Thérapeutiques sont des structures régionales d'appui, d'évaluation et d'expertise scientifique indépendante, placées auprès des agences régionales de santé. Ces structures participent à la sécurisation de la prise en charge médicamenteuse du patient et à la prévention des erreurs médicamenteuses.
- HAS : La Haute Autorité de Santé est une autorité publique indépendante. Ses principales missions sont de définir des recommandations de bonnes pratiques cliniques et de santé publique. Des fiches de recommandation de prise en charge des pathologies chroniques sont notamment accessibles sur le site de l'ANSM.
- GPR : C'est un site de bon usage clinique du médicament principalement pour une adaptation de la posologie des médicaments chez le patient insuffisant rénal et la prévention des risques de iatrogénies médicamenteuses. Depuis 2019, GPR propose un nouveau module d'analyse en ligne des interactions médicamenteuses : DIANE. [57]

3.Ouverture liée au bilan partagé de médication

Le BPM peut être une ouverture pour une prise en charge plus globale du patient. Lors des différents entretiens, le pharmacien est à l'écoute du patient et peut relever de nombreuses problématiques. Le pharmacien peut ainsi orienter le patient vers d'autres thérapeutiques.

Un patient peut aussi faire part à son pharmacien de difficultés dans ses activités quotidiennes et le pharmacien va pouvoir l'orienter vers des professionnels de santé spécialisés (exemples : ergothérapeute, psychologue, kinésithérapeute, ...)

TROISIÈME PARTIE

-

Matériel et méthode

1. Objectif

L'objectif principal de la thèse est de mettre en perspective les difficultés rencontrées par les pharmaciens haut normands dans la mise en pratique des bilans partagés de médication au sein de leurs officines.

Un sondage sous forme d'un questionnaire a été réalisé auprès d'un échantillon de pharmaciens de Haute-Normandie [annexe n°4] afin d'évaluer ces difficultés.

Une synthèse des différentes réponses permettra de mettre en lumière quelques pistes d'amélioration quant à la réalisation des bilans partagés de médication dans les officines.

2. Caractéristique de l'étude

2.1 Type d'étude

Il s'agit d'une étude observationnelle transversale.

2.2 Echantillon

Un panel de pharmaciens sur toute la région Haute-Normandie a répondu à cette enquête et constitue un échantillonnage jugé statistiquement représentatif.

2.3 Recrutement

La diffusion du questionnaire aux pharmaciens s'est effectuée par mail avec l'aide de l'Association des Maîtres de Stages de Haute-Normandie (Seine Maritime et Eure). Le questionnaire a aussi été transmis directement aux pharmacies ayant un site avec mail renseigné sur le site de l'Ordre des Pharmaciens.

Le questionnaire étant basé sur un google foam, le lien vers celui-ci était affiché dans le mail pour permettre une participation directe et facilitée à l'enquête.

2.4 Taille de l'échantillon

Pour la mise en place de cette étude, 67 officines sur un nombre total de 498 officines (143 officines dans l'Eure et 345 officines en Seine Maritime, *Source : Ordre National*

des Pharmaciens, Mars 2022) ont répondu au questionnaire, ce qui représente une marge d'erreur de 13% qui reste acceptable.

2.5 Critère d'inclusion

Pour participer à l'enquête, il fallait être pharmacien titulaire, pharmacien remplaçant, pharmacien adjoint ou étudiant en 6^{ème} année afin que l'enquête ne concerne que des professionnels pouvant effectuer un cycle de bilan partagé de médication.

Une fois incluses, les réponses ont été anonymisées mais les participants pouvaient, s'ils le souhaitaient, être recontactés pour suivre les résultats de l'enquête.

2.6 Critère d'exclusion

Les étudiants en pharmacie n'étant pas encore en 6^{ème} année de leur cursus option officine ainsi que les préparateurs en pharmacie étaient exclus de cette étude.

2.7 Période

Les questionnaires ont été mis à disposition de mars à avril 2021.

3. Elaboration du questionnaire

C'est un questionnaire comportant 11 questions pour rester le plus synthétique possible et ne pas être contraignant à remplir.

Le questionnaire se divise en 3 parties :

- Données personnelles :
 - Principalement l'âge et les fonctions du participant.
- Etat des lieux des difficultés :
 - Pour appréhender les difficultés de mise en place d'un bilan partagé de médication, le questionnaire comportait des questions à réponses multiples imposées ainsi qu'une question à réponse libre.
- Place du bilan partagé de médication dans le parcours de soin et aménagement exceptionnel :
 - Cette dernière partie repose sur 3 questions ouvertes permettant aux participants de réagir :

- Sur le nombre de bilans réalisés dans l'officine ;
- Sur des solutions possibles pour continuer de pratiquer le BPM malgré la situation de crise actuelle ;
- Et sur le positionnement des pharmaciens vis-à-vis de cette nouvelle mission de santé.

4. Analyse des résultats

Les résultats ont été récoltés à partir d'un Google form puis les données ont été enregistrées dans un tableur Excel afin de pouvoir les analyser.

Pour aider à l'interprétation des résultats, différents graphiques ont été réalisés.

Certaines questions permettaient volontairement une réponse libre afin de remonter d'éventuelles difficultés non soulignées dans l'élaboration du questionnaire. Ces réponses ont été regroupées par catégorie sous de nouveaux items.

QUATRIÈME PARTIE

-

Résultats

1. Données personnelles des participants

1.1 Fonction

Parmi l'échantillonnage, les pharmaciens titulaires de leur officine représentaient un taux de participation plus élevé, de l'ordre de 57%.

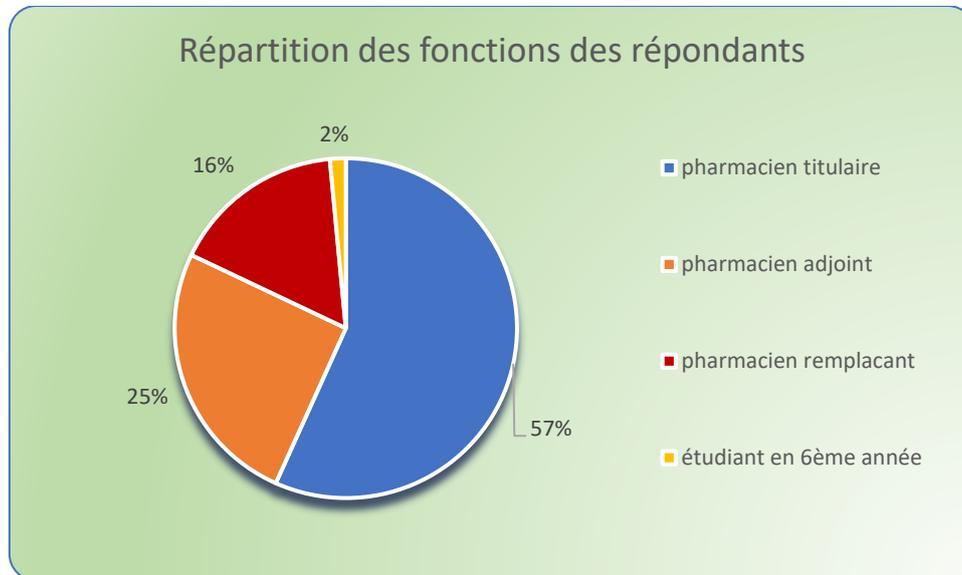


Figure n°15 : Graphique de la répartition des fonctions des différents participants

1.2 Age

La répartition des âges est plus homogène sur les 3 groupes de population : 20-30 ans, 31-40 ans, et 41-50 ans avec respectivement 30%, 28% et 30% des résultats.

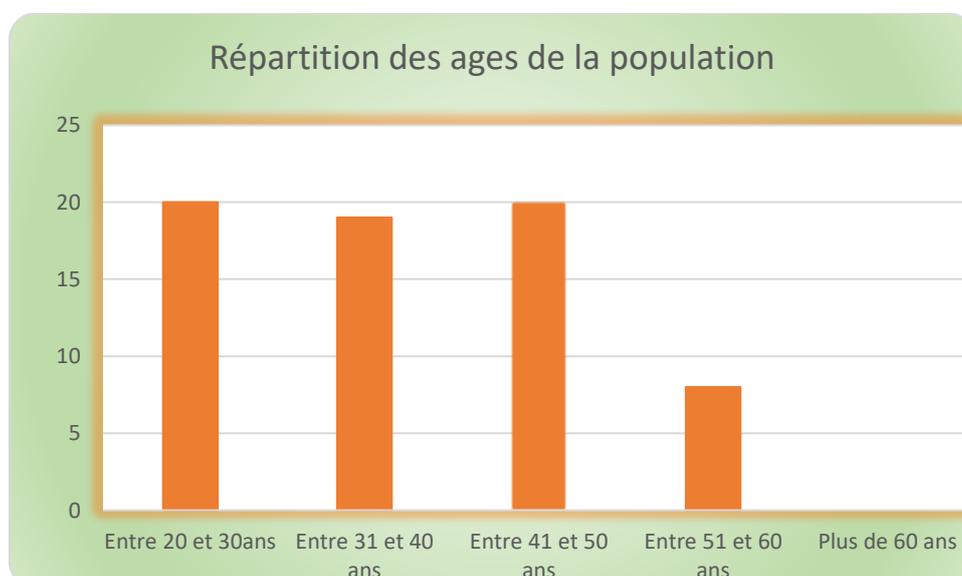


Figure n°16 : Graphique de la répartition des âges des participants

2. Analyse des difficultés rencontrées

2.1 Fréquence des difficultés rencontrées par les pharmaciens

Une grande majorité de pharmaciens rencontre des problèmes lors de la réalisation des bilans partagés de médication (95%) et un pharmacien sur deux signale « toujours » un problème lors de la réalisation de l'acte.

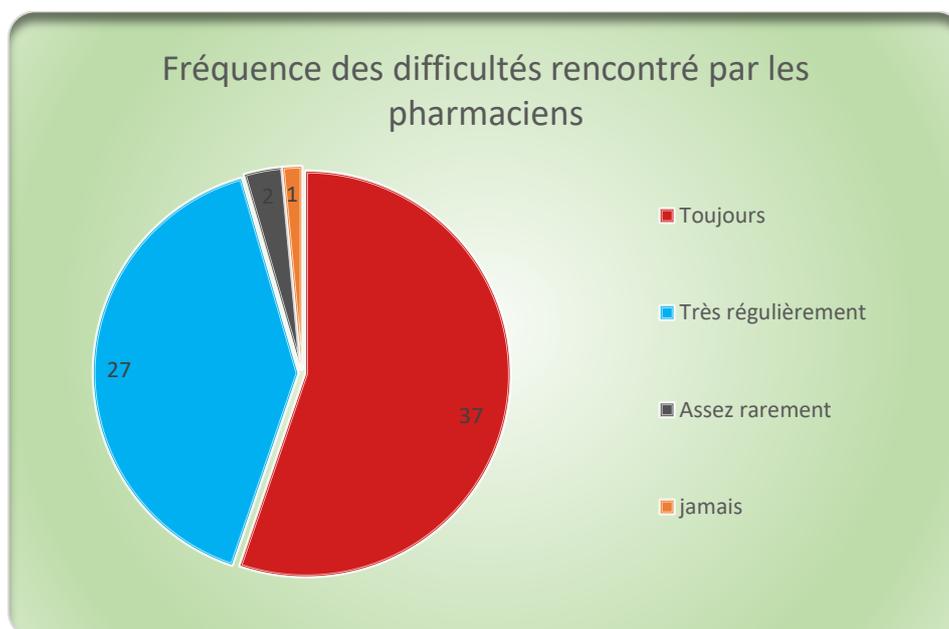


Figure n°17 : Graphique montrant en quelle proportionnalité les pharmaciens rencontrent des difficultés pour la réalisation des BPM

2.2 Principales difficultés rencontrées par les pharmaciens

A la question « quelles sont les principales difficultés rencontrées par le pharmacien lors de la réalisation du test », les pharmaciens évoquent majoritairement un problème inhérent à l'officine elle-même (64%) et un problème lié au patient (60%). Une difficulté majeure liée au prescripteur est également soulignée (48%).

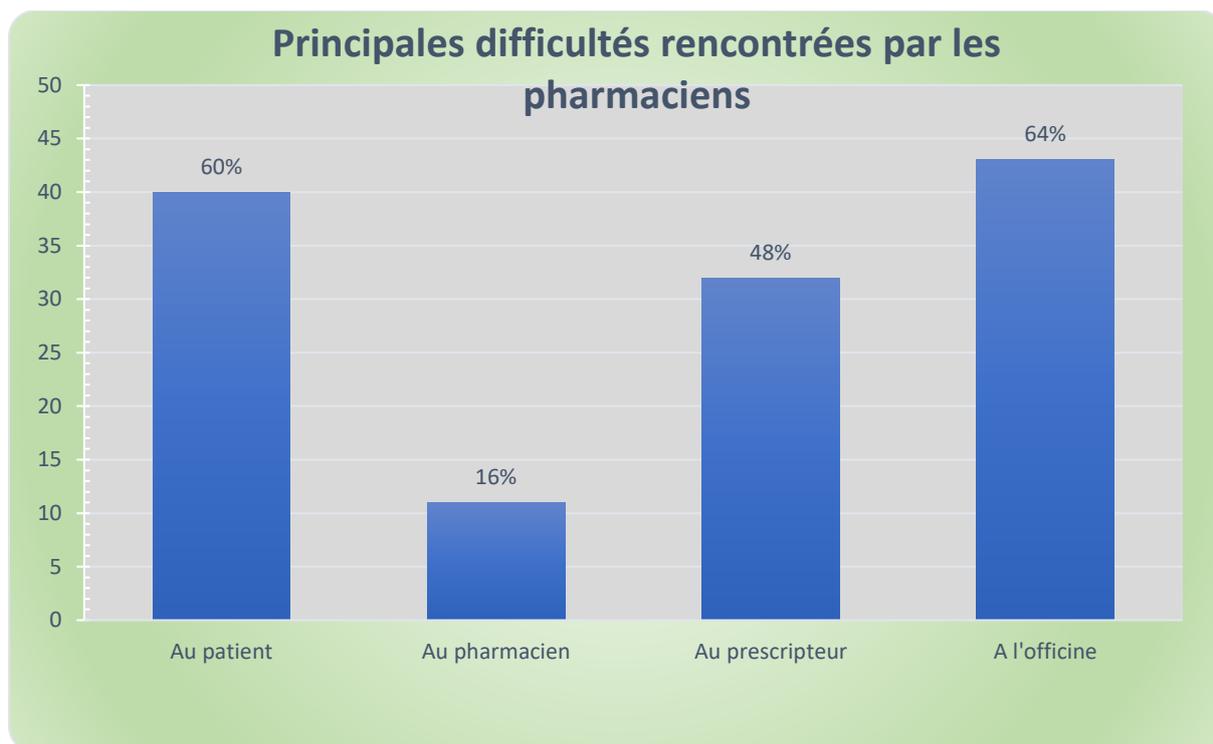


Figure n°18 : Graphique des principales difficultés rencontrées par les pharmaciens

2.3 Principales difficultés en rapport avec le patient

La principale difficulté mise en évidence par les pharmaciens est le manque d'intérêt du patient pour cette nouvelle pratique (44%), une confiance absolue dans leurs traitements (14%) et un manque de confiance envers le pharmacien pour cette mission (14%).

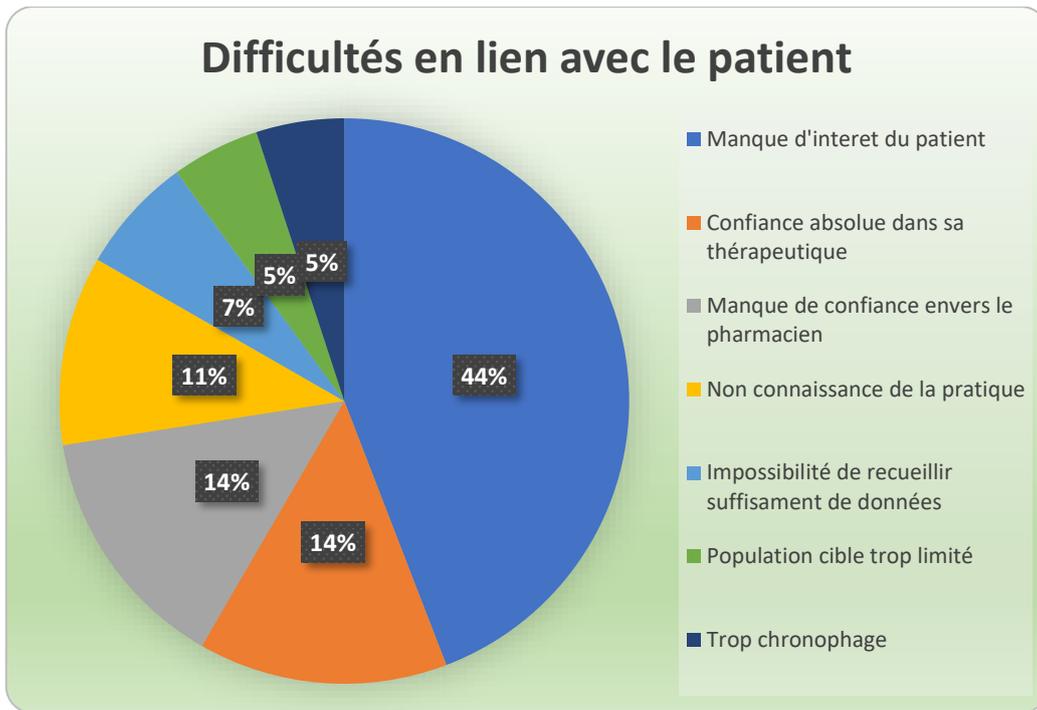


Figure n°19 : Graphique montrant en proportion les difficultés liées aux patients

2.4 Mise en lumière des difficultés en lien avec l'officine

Les deux principales causes mises en avant par les pharmaciens officinaux sont le temps investi très chronophage pour 34% d'entre eux et la faible rentabilité de l'acte pour 25% d'entre eux. Le manque de communication de l'officine sur cette mission envers les patients semble aussi un frein non négligeable (19% des sondés).

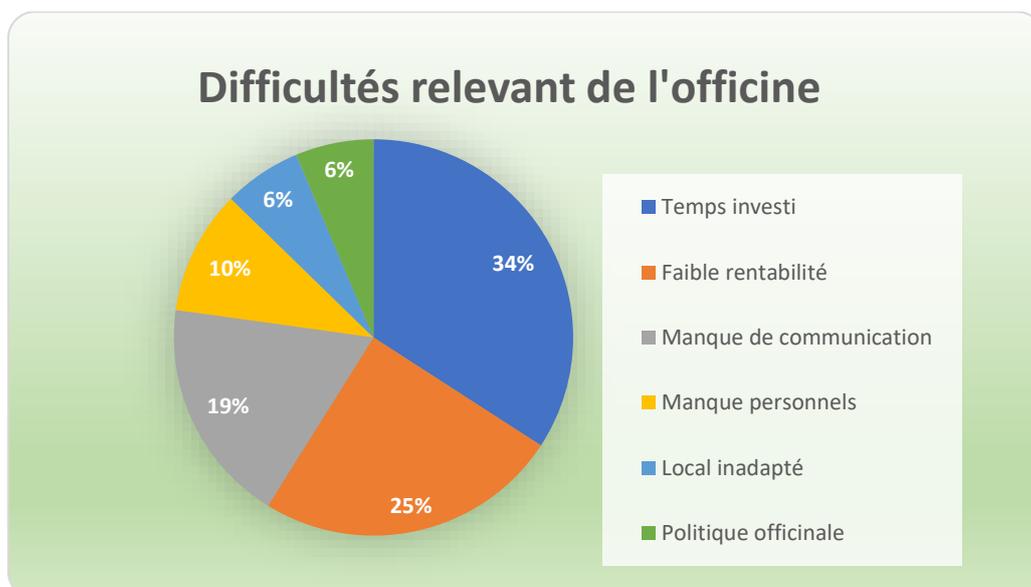


Figure n°20 : Graphique des difficultés en lien avec l'officine dans la réalisation des BPM

2.5 Difficultés en lien avec le pharmacien

Pour la majorité des participants, le manque de temps est la principale difficulté rencontrée par le pharmacien (55%). Le manque de formation adaptée pour 14% d'entre eux, et, dans les mêmes proportions, le manque d'intérêt du pharmacien pour cette mission de soin sont aussi des facteurs restrictifs.

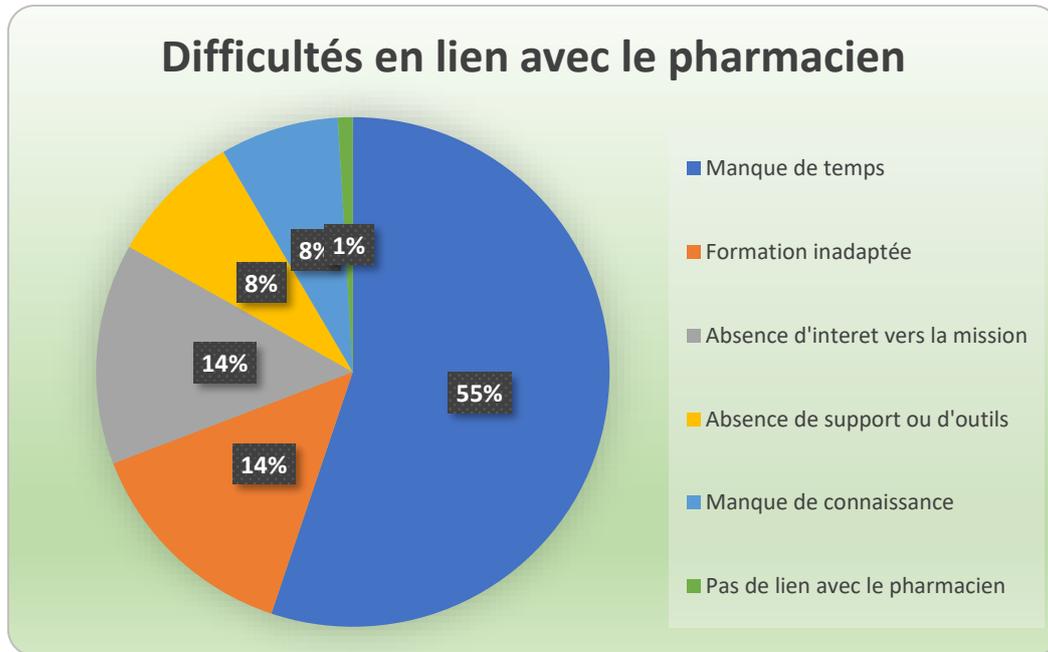


Figure n°21 : Graphique des difficultés en lien avec le pharmacien

2.6 Les obstacles rencontrés avec le prescripteur

La non-connaissance de la pratique est le problème majoritaire rencontré pour 29% des participants à l'enquête. Le second problème, plus important, est l'absence d'intérêt dans cette pratique de la part du prescripteur pour 25% des sondés. Un autre problème soulevé est le manque de considération envers le rôle du pharmacien pour 20% des participants.

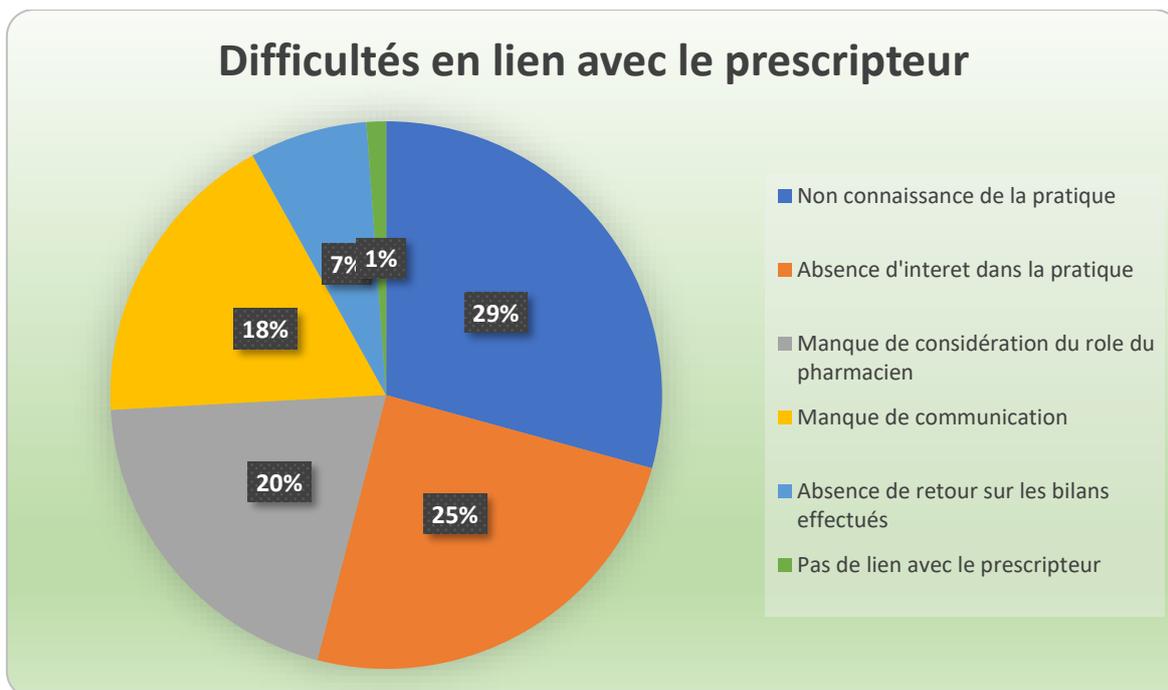


Figure n°22 : Graphique des difficultés de réalisation des BPM en lien avec le prescripteur

3. Nombre de bilans effectués au cours de l'année 2020

La moyenne des bilans effectués par les officines est de 4.8 pour l'année 2020. La médiane, quant à elle, se situe à 1 bilan effectué au cours de cette année. Le nombre minimal de bilans est de 0 et le nombre maximal est de 20. L'étendue est donc de 20 bilans, sachant que 3 répondants aux questionnaires n'ont pas réussi à communiquer leur nombre de bilans effectués dans l'année.

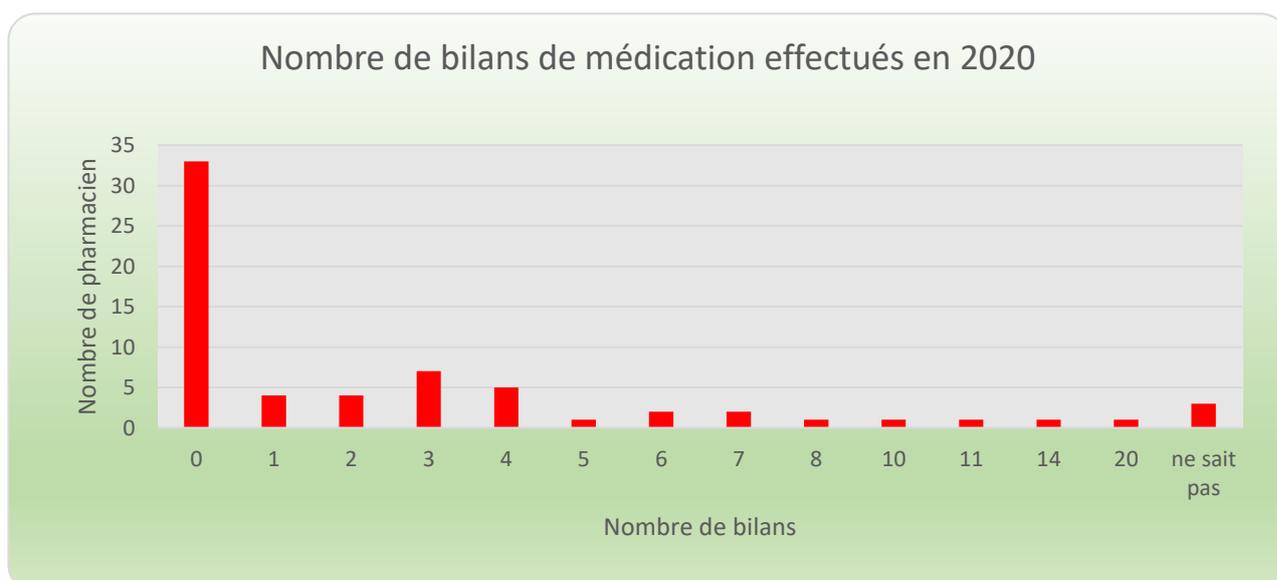


Figure n°23 : Nombre de bilans de médication effectués en 2020

4. Changement dans l'organisation du BPM lors de la crise sanitaire

Près de deux-tiers des pharmaciens ont choisi l'option d'arrêter les bilans partagés de médication dès le début de cette crise sanitaire. Pour 16% d'entre eux, les gestes barrières ont été appliqués lors de la réalisation des différents entretiens. L'arrêt des accompagnants lors des entretiens fut un choix pour 3% des sondés. Un deuxième rendez-vous en visioconférence ou la mise en place d'un « pseudo bilan au comptoir » fut le choix pour 2% des sondés. Sur cette question, il est à noter que 7 pharmaciens n'ont pas souhaité se prononcer.

Figure n°25 : Graphique des proportions de BPM effectués par chaque pharmacien

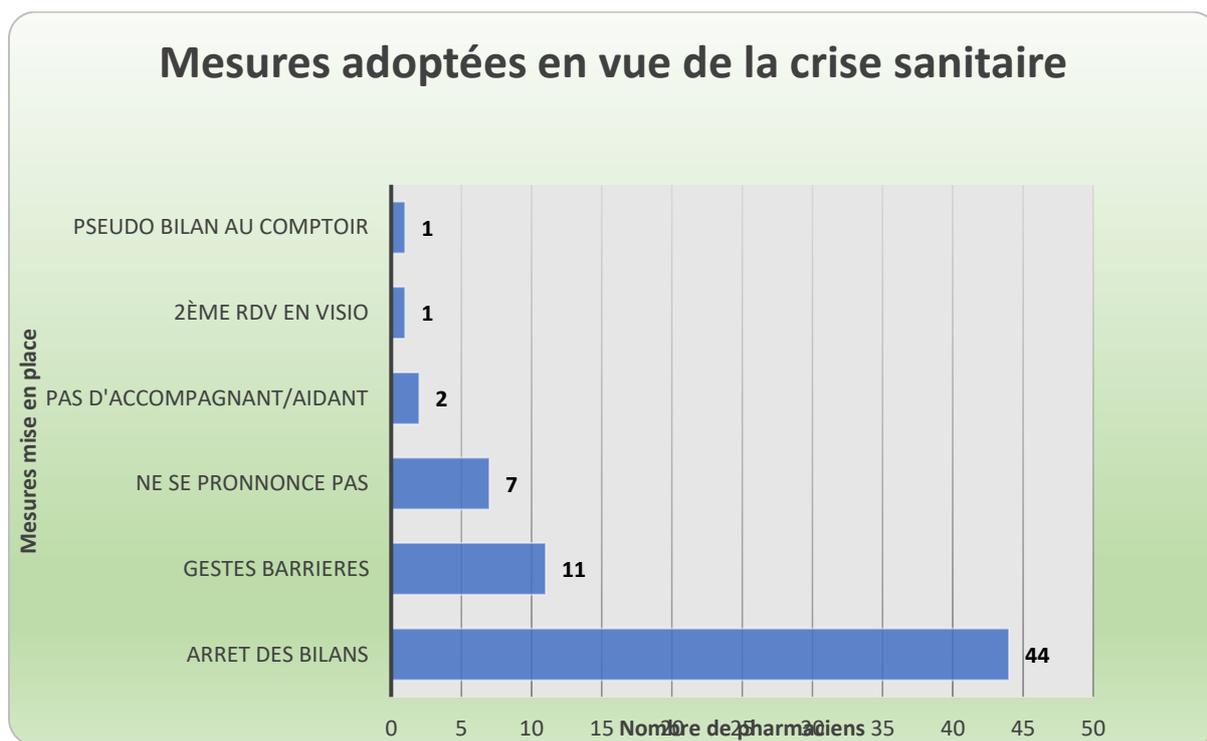


Figure n°24 : Graphique des mesures mises en place par les pharmaciens à la suite de la crise sanitaire

5. Place du bilan partagé de médication dans le parcours de soins des patients du point de vue des pharmaciens

Parmi les sondés, 8 ne se sont pas prononcés et 13 autres ont fait une réponse hors sujet, soit 19% des répondants. Ils ont donc été enlevés de l'effectif pour cette question.

Parmi les répondants, 55% pensent que le BPM occupe une place marginale voire inexistante, pourtant près de 24% des pharmaciens soutiennent, quant à eux, la place primordiale de ce bilan dans le parcours de soins du patient. Pour 17% des participants, le BPM est considéré comme secondaire dans le parcours de soins du patient. Enfin, 4% des pharmaciens ne se prononcent pas sur cette question.

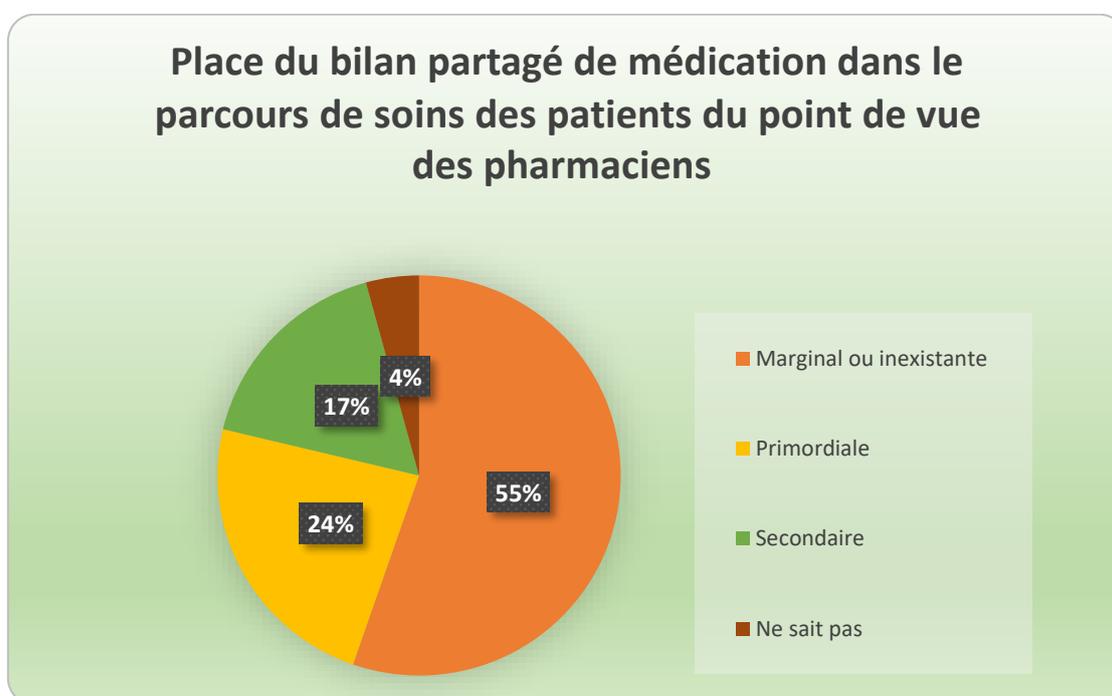


Figure n° 25 : Graphique montrant la place du bilan de médication dans le parcours de soins des patients du point de vue des pharmaciens

6. Les limites de l'étude

6.1 Représentativité

Sur une région telle que la Haute-Normandie, le taux de participation à cette étude dans un temps défini reste relativement faible, mais cet échantillonnage permet néanmoins une première analyse des difficultés rencontrées par les pharmaciens et de pointer les principaux facteurs limitants pour la mise en place de ces BPM.

Lors de la diffusion du questionnaire aux différentes officines, il aurait été pertinent de cibler d'autres canaux de diffusion, être plus explicite sur le fait que plusieurs pharmaciens de la même officine puissent répondre à l'enquête afin que celle-ci soit plus représentative de la réalité du terrain.

6.2 Le mode réponse

Le choix du type de questions était des questions à choix multiples (type QCM) avec un item de réponse ouverte sur chaque question. Cette réponse ouverte a dans certains cas conduit à des réponses hors champ du questionnement de l'enquête. Il a donc été parfois nécessaire de créer de nouvelles sous-catégories pour classer ce type de réponses.

De plus, la dernière question étant une réponse ouverte, il y a eu autant de réponses différentes que de nombre de participants, dès lors, de nombreuses réponses étaient hors sujet et n'ont pu être incluses.

CINQUIÈME PARTIE

—

Discussion

Dès le début de l'année 2020, la pandémie du coronavirus a entraîné des répercussions énormes sur le mode d'exercice des pharmaciens en officine.

Cette crise sanitaire sans précédent fut notamment un frein majeur à la mise en place des bilans partagés de médication en officine, même si nombre de pharmaciens considèrent cette mission comme un rouage essentiel du parcours de soins du patient pour les années à venir.

La génération des pharmaciens officinaux de moins de 40 ans semble plus réceptive à cette nouvelle mission et au développement d'une politique officinale beaucoup plus centrée sur l'accompagnement des patients et la pharmacie clinique.

Cette enquête démontre que la très grande majorité des pharmaciens ont rencontré au moins très régulièrement des difficultés lors de la réalisation des BPM. Pour 60% des pharmaciens interrogés, ces difficultés sont du fait du patient, pas toujours bien informé de l'intérêt de cet accompagnement personnalisé par le pharmacien pour optimiser l'efficacité des traitements en cours, pour améliorer l'observance et pour diminuer le risque d'accidents iatrogéniques.

Ce manque d'intérêt du patient, souligné par ailleurs par près de 80% des pharmaciens, serait lié à diverses raisons :

- la crainte des conséquences d'un changement de traitement ;
- la perte de confiance du médecin traitant ;
- l'impression que la pertinence de leurs traitements est du ressort du médecin et hors du champ de compétences du pharmacien ;
- un grand nombre de patients pensent déjà recevoir le meilleur traitement adapté à leur état de santé et s'en satisfont ;
- Certains patients évoquent aussi la lourdeur du processus, nécessitant plusieurs entretiens avec le pharmacien puis une prise de rendez-vous avec le médecin traitant pour discuter d'éventuels changements.

Pour faire évoluer l'intérêt de cette pratique, il semble primordial qu'une communication à ce sujet soit déployée.

La non-connaissance de la pratique limite son développement et le pharmacien a un rôle essentiel vis-à-vis du patient pour être force de proposition et pour communiquer sur cette « nouvelle » mission de santé qui s'offre à lui.

Dans les faits, peu d'officines informent sur ces bilans partagés de médication et ainsi, peu de patients, pourtant éligibles, en ont connaissance. Si la demande émanait directement du patient, une officine serait incitée plus volontiers à franchir le pas dans les faits par peur de perdre sa patientèle au profit d'une autre officine qui réaliserait la mission à sa place.

Pour 5% des pharmaciens, une partie des difficultés découlerait du faible pool de patients concernés (75 ans et plus et/ou 65ans et plus suivant la quantité de molécules prescrites au patient), limitant ainsi cette pratique. Un grand nombre de pharmaciens sont enclins à penser que les patients polymédiqués plus jeunes (moins de 65 ans) seraient plus disposés à cet encadrement proposé et participeraient plus volontiers.

De plus, un manque de données recueillies par les pharmaciens est souvent souligné. En effet, il est encore trop courant qu'un patient n'ait pas accès à l'ensemble de ses dossiers médicaux tels que les comptes rendus d'hospitalisation avec les explications de mises sous traitements, les bilans biologiques effectués au cours des derniers mois, les antécédents médicaux... Même le déploiement du dossier médical partagé, qui devait corriger ce problème, n'a que très peu réduit ces lacunes car trop souvent sous-alimenté et donc inexploitable. L'absence de données médicales issues de l'hôpital constitue aussi une limite car il n'est pas aisé pour les professionnels de santé de ville de comprendre parfois le fondement des changements de thérapies effectués pour un patient dans un établissement de santé.

Un autre obstacle évoqué serait imputable à la structure d'exercice même, et ce pour près de 54% des pharmaciens. Dans l'officine, le problème majoritairement rencontré est l'aspect chronophage du bilan de médication. En effet, celui-ci requiert au minimum deux entretiens avec le patient, une phase d'analyse pharmaceutique et parfois un recueil d'informations qui peut s'avérer fastidieux. La mise en place de ces bilans nécessite

donc de les planifier à l'avance et exige une organisation rigoureuse pour ne pas empiéter sur les autres fonctions du pharmacien.

La difficulté réside aussi dans le fait que l'acte est très peu rentable au regard du temps investi et beaucoup de pharmacies privilégient donc d'autres missions moins contraignantes et plus lucratives.

Une autre doléance émergente lors de la réalisation de l'enquête est le problème des ressources humaines. Certaines officines sont des structures trop réduites pour permettre la réalisation du bilan, parfois par manque de pharmaciens, un problème plus que récurrent à la profession. Les petites et moyennes officines ayant déjà un nombre restreint de pharmaciens ne peuvent que difficilement fonctionner avec un temps d'absence d'un pharmacien pour réaliser cette mission. Certaines pharmacies n'ont même qu'un seul pharmacien exerçant dans la journée et il lui est difficile de s'isoler pendant 30 minutes pour mener ce bilan.

Une autre complication est l'aménagement de l'officine. Diverses officines n'ont pas d'espace de confidentialité pour réaliser l'acte et la réorganisation de l'officine est impossible dans la plupart des cas. Souvent par manque de place, les petites structures effectuent les bilans dans le bureau ou le préparatoire de l'officine.

La politique même de la pharmacie peut être en défaveur de cette mission (6% des participants). En effet, quelques titulaires refusent tout simplement de remplir cette mission au sein de leur officine, même si certains collaborateurs seraient partants, en évoquant diverses raisons : ils ne souhaitent pas contrarier le prescripteur principal, ils n'adhèrent pas à toutes les nouvelles missions impulsées par l'Assurance Maladie, ils aspirent à un exercice officinal plus traditionnel, etc...

Pour 29% des pharmaciens, la méconnaissance du médecin traitant pour la pratique du bilan partagé de médication est encore un autre aspect à souligner. Cette méconnaissance peut résulter de l'absence d'une mise à jour vis-à-vis de nouveautés dans le parcours du soin des patients, du manque de temps à consacrer à l'analyse des actualités médicales, de l'absence de communication des autorités envers les professionnels de santé, voire d'une confusion sur les tenants et les aboutissants de cette nouvelle mission.

Pour un quart des pharmaciens, le problème découlerait du manque d'intérêt des prescripteurs envers cette mission, en la jugeant superflue et redondante puisque les médecins, de leur point de vue, sont à même de réévaluer les traitements de leurs patients, d'accéder aux ordonnances d'autres prescripteurs et de proposer la meilleure stratégie thérapeutique pour un patient donné.

Pour 20% des pharmaciens interrogés, il est même évoqué un manque de considération envers leurs rôles en tant que professionnels de santé. Pour certains prescripteurs, il n'est pas dans les prérogatives du pharmacien de remettre en cause le bien-fondé d'une prescription pour un patient donné. De leur point de vue, le pharmacien devrait se limiter à détecter les éventuelles contre-indications des traitements prescrits mais pas à juger de leur pertinence, et seul le prescripteur possède la liberté de prescription. Le pharmacien se voit ainsi encore trop souvent cantonné à un rôle d'exécutant des décisions du médecin. Pourtant, le pharmacien ne doit plus être un des « derniers » maillon de la prise en charge d'un patient suite à la mise en œuvre d'un traitement, mais devenir référent privilégié en raison notamment de sa proximité avec les patients, de la permanence et de la qualité des services qu'il assure.

Dans les faits, 18% des pharmaciens pointent du doigt le manque de communication entre professionnels de santé, à la source de bien d'erreurs dans le soin mais qui pourraient pourtant être évitées avec une meilleure coopération mutuelle et un échange des données médicales.

Lorsque la communication n'est pas bonne, il peut en résulter un manque de confiance réciproque voire une appréhension du pharmacien pour un échange avec le médecin. Dans l'intérêt du patient, la communication se doit d'être vectrice d'entraide entre les professionnels de santé et non semer la discorde.

Un autre frein dans la communication est le support utilisé pour s'échanger les données. Il est impératif de respecter les règles de lois de protection des données à caractère confidentiel et pour une sécurisation des échanges, il n'est normalement pas possible d'utiliser d'autres canaux que le courrier, le mail sécurisé ou l'échange téléphonique. Un échange par téléphone n'est pas toujours adapté pour identifier véritablement les problématiques ou pour appréhender le dossier dans son ensemble. De plus, il est à

souligner que tous les professionnels de santé n'utilisent pas encore de messagerie sécurisée, ce qui restreint d'autant plus une possibilité d'échange.

Un autre problème rencontré par 7% des pharmaciens interrogés est le manque de retour sur les bilans effectués, l'absence de réponses aux propositions ou aux questionnements soulevés par le pharmacien. Au regard de l'investissement, une telle attitude peut en décourager plus d'un dans cette mission. Le manque de temps du prescripteur est souvent mis en avant pour justifier cette absence d'interaction, en particulier dans les déserts médicaux. Le manque de communication, comme souligné précédemment, peut aussi être une des raisons plausibles. Il arrive même que le bilan ne parvienne jamais à destination du prescripteur.

Les pharmaciens eux-mêmes, et ce pour 17% des participants à cette enquête, reconnaissent une part de responsabilité quant à la réticence à mettre en place des bilans partagés de médication au sein de leur officine. Un peu plus de 55% des pharmaciens interrogés signalent un manque de temps pour effectuer les divers entretiens, l'analyse pharmaceutique et le suivi du patient. Cette mission vient s'ajouter aux nombreuses tâches qui incombent en routine au pharmacien telles que les vérifications des ordonnances, la mise en place de la qualité à l'officine, les commandes auprès de divers fournisseurs, les missions plus ponctuelles comme la vaccination, ...

De plus, 14% des pharmaciens pensent ne pas être formés au mieux pour la pratique des BPM. Un effort pourrait être fait à ce niveau avec un meilleur accès à une formation continue et à une préparation optimale au niveau du cursus pharmaceutique.

Le manque de supports (documents) et d'outils dédiés aux pharmaciens est cité dans 8% des cas. Les documents peuvent regrouper des tableaux de conciliations médicamenteuses, des listes de questions à poser aux patients, les fiches de suivi chronologiques des bilans biologiques, des fiches de synthèse et des consignes. La création de ces supports est souvent du ressort du pharmacien et exige également une disponibilité supplémentaire pour la mise en forme. De même, le pharmacien ne dispose pas toujours d'outils adaptés pour faciliter l'analyse pharmaceutique, la lecture de bilans biologiques ou la collecte de données. Le manque d'outils de travail disponibles peut être une entrave à la prise de décisions précises par le pharmacien.

Enfin, pour 8 % des participants à ce sondage, la difficulté de la mission peut aussi découler d'un manque de connaissances suffisantes sur des modifications éventuelles de traitement pour certaines pathologies ou sur l'analyse des résultats biologiques du patient. Il est à déplorer qu'un manque d'actualisation des connaissances pharmaceutiques en lien avec les nouvelles recommandations ou avec de nouvelles molécules mises sur le marché pourraient être des facteurs limitants pour la mise en place des bilans partagés de médication.

Conclusion :

Bien que notre étude ait pu mettre en évidence de nombreuses difficultés auxquelles les pharmaciens doivent faire face au quotidien dans la réalisation de cette mission, elle est perçue comme une fonction essentielle dans la prise en charge du patient.

Des solutions sont potentiellement envisageables pour améliorer l'accompagnement personnalisé du patient.

L'année 2020 et le début de l'année 2021 ont été très éprouvantes pour toutes les professions de santé et leurs missions. Le bilan partagé de médication n'a pas été épargné non plus en cette période de forte incertitude sanitaire et son déploiement n'en a été que retardé davantage après des débuts déjà fragiles.

Le bilan partagé de médication pourrait permettre de répondre à des problèmes de santé publique qui affligent notre système de soins, et ce depuis des années : la surconsommation de biens de santé et l'iatrogénie médicamenteuse chez le sujet âgé. L'objectif primordial du bilan partagé de médication est de réduire ce risque médicamenteux par divers moyens : changement de traitements, augmentation de l'adhésion médicale, baisse de la polymédication prescrite ou non. Dans les années à venir, le vieillissement de la population va encore s'amplifier et ses problématiques vont être de plus en plus importantes. Pour y faire face, le bilan partagé de médication devrait s'imposer de plus en plus.

Le métier de pharmacien est un métier en pleine mutation et le bilan partagé de médication est une nouvelle approche pour l'exercice officinal. Le mode de financement des officines est basé depuis plusieurs années sur les seuls prix des médicaments, or ceux-ci baissent d'année en année, ce qui impacte énormément l'économie officinale. Le bilan partagé de médication pourrait permettre en partie de répondre à cette problématique en offrant au pharmacien une rémunération à sa juste valeur, basée non pas sur une vente mais sur un acte de soin. Ce bilan partagé de médication pourrait permettre à l'avenir de recentrer le métier du pharmacien sur son rôle d'expert du médicament et de professionnel de santé à part entière.

Le bilan partagé de médication pourrait être un moyen pour renforcer l'adhésion de tout un réseau interprofessionnel en optimisant la stratégie de soins du patient avec un lien rapproché entre pharmacien, médecin traitant, infirmier, aidant...

La mise en place d'un réseau de communication entre tous les professionnels de santé au sein d'un territoire donné pour un accès facilité à l'ensemble des dossiers médicaux des patients serait une avancée majeure pour faciliter et optimiser leur prise en charge.

Les problématiques liées au bon usage des médicaments concernent principalement les personnes âgées, du fait des critères de fragilité prépondérants dans cette catégorie de population mais d'autres patients plus jeunes avec des pathologies diverses pourraient aussi bénéficier d'un bilan partagé de médication pour une meilleure prise en charge. A ce jour, il est possible pour le pharmacien de réaliser ce bilan avec ce type de patient mais sans prise en charge.

Néanmoins, le bilan partagé de médication est en pleine expansion en France et de nombreux pharmaciens s'approprient cette nouvelle mission et la portent pour la profession. Au début de l'année 2021, l'Assurance Maladie a ouvert un dispositif pour les chimiothérapies orales en ville, il s'agit d'un nouvel entretien pour l'accompagnement du patient cancéreux. On peut espérer que d'autres missions de ce type seront déployées dans un futur proche, comme par exemple, des entretiens pour la mise en place d'un biosimilaire chez un patient traité par biothérapie depuis de longues années ou encore pour un suivi lors de l'utilisation de dispositifs médicaux afin de mettre en évidence des difficultés (pompe à insuline, différents types de stomie, oxygène à domicile ...).

Le bilan partagé de médication permet au pharmacien d'officine de diversifier ses activités pharmaceutiques avec de nouvelles missions de conseil, d'accompagnement et de prévention autour du médicament. L'engagement total du pharmacien d'officine dans cette nouvelle fonction est un point fort pour évoluer vers l'ère de la pharmacie clinique en ville.

Annexes

annexe n°1 : liste de Beers (extrait)

Table 2. 2019 American Geriatrics Society Beers Criteria[®] for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults^a

Organ System, Therapeutic Category, Drug(s)	Rationale	Recommendation	Quality of Evidence	Strength of Recommendation
Anticholinergics^b				
First-generation antihistamines Brompheniramine Carbinoxamine Chlorpheniramine Clemastine Cyproheptadine Dexbrompheniramine Dexchlorpheniramine Dimenhydrinate Diphenhydramine (oral) Doxylamine Hydroxyzine Meclizine Promethazine Pyrilamine Triprolidine	Highly anticholinergic; clearance reduced with advanced age, and tolerance develops when used as hypnotic; risk of confusion, dry mouth, constipation, and other anticholinergic effects or toxicity Use of diphenhydramine in situations such as acute treatment of severe allergic reaction may be appropriate.	Avoid	Moderate	Strong
Antiparkinsonian agents Benztropine (oral) Trihexyphenidyl	Not recommended for prevention or treatment of extrapyramidal symptoms with antipsychotics; more effective agents available for treatment of Parkinson disease	Avoid	Moderate	Strong
Antispasmodics Atropine (excludes ophthalmic) Belladonna alkaloids Cilidium-chloridazepoxide Dicyclomine Homatropine (excludes ophthalmic) Hyoscyamine Methscopolamine Propantheline Scopolamine	Highly anticholinergic, uncertain effectiveness	Avoid	Moderate	Strong
Antithrombotics Dipyridamole, oral short acting (does not apply to the extended-release combination with aspirin)	May cause orthostatic hypotension; more effective alternatives available; IV form acceptable for use in cardiac stress testing	Avoid	Moderate	Strong
Anti-infective Nitrofurantoin	Potential for pulmonary toxicity, hepatotoxicity, and peripheral neuropathy, especially with long-term use; safer alternatives available	Avoid in individuals with creatinine clearance <30 mL/min or for long-term suppression	Low	Strong
Cardiovascular Peripheral alpha-1 blockers for treatment of hypertension Doxazosin Prazosin Terazosin	High risk of orthostatic hypotension and associated harms, especially in older adults; not recommended as routine treatment for hypertension; alternative agents have superior risk/benefit profile	Avoid use as an antihypertensive	Moderate	Strong

(Continued)

Table 2 (Contd.)

Organ System, Therapeutic Category, Drug(s)	Rationale	Recommendation	Quality of Evidence	Strength of Recommendation
Central alpha-agonists Clonidine for first-line treatment of hypertension Other CNS alpha-agonists Guanabenz Guanfacine Methyldopa Reserpine (>0.1 mg/day)	High risk of adverse CNS effects; may cause bradycardia and orthostatic hypotension; not recommended as routine treatment for hypertension	Avoid as first-line antihypertensive Avoid other CNS alpha-agonists as listed	Low Low	Strong Strong
Disopyramide	May induce heart failure in older adults because of potent negative inotropic action; strongly anticholinergic; other antiarrhythmic drugs preferred	Avoid	Low	Strong
Dronedarone	Worse outcomes have been reported in patients taking dronedarone who have permanent atrial fibrillation or severe or recently decompensated heart failure.	Avoid in individuals with permanent atrial fibrillation or severe or recently decompensated heart failure	High	Strong
Digoxin for first-line treatment of atrial fibrillation or of heart failure	Use in atrial fibrillation: should not be used as a first-line agent in atrial fibrillation, because there are safer and more effective alternatives for rate control supported by high-quality evidence. Use in heart failure: evidence for benefits and harms of digoxin is conflicting and of lower quality; most but not all of the evidence concerns use in HFREF. There is strong evidence for other agents as first-line therapy to reduce hospitalizations and mortality in adults with HFREF. In heart failure, higher dosages are not associated with additional benefit and may increase risk of toxicity. Decreased renal clearance of digoxin may lead to increased risk of toxic effects; further dose reduction may be necessary in those with stage 4 or 5 chronic kidney disease.	Avoid this rate control agent as first-line therapy for atrial fibrillation Avoid as first-line therapy for heart failure If used for atrial fibrillation or heart failure, avoid dosages >0.125 mg/day	Atrial fibrillation: low Heart failure: low Dosage >0.125 mg/day: moderate	Atrial fibrillation: strong Heart failure: strong Dosage >0.125 mg/day: strong
Nifedipine, immediate release	Potential for hypotension; risk of precipitating myocardial ischemia	Avoid	High	Strong
Amiodarone	Effective for maintaining sinus rhythm but has greater toxicities than other antiarrhythmics used in atrial fibrillation; may be reasonable first-line therapy in patients with concomitant heart failure or substantial left ventricular hypertrophy if rhythm control is preferred over rate control	Avoid as first-line therapy for atrial fibrillation unless patient has heart failure or substantial left ventricular hypertrophy	High	Strong
Central nervous system				
Antidepressants, alone or in combination Amitriptyline Amoxapine Clomipramine Desipramine Doxepin >6 mg/day Imipramine	Highly anticholinergic, sedating, and cause orthostatic hypotension; safety profile of low-dose doxepin (≤6 mg/day) comparable to that of placebo	Avoid	High	Strong

Table 2 (Contd.)

Organ System, Therapeutic Category, Drug(s)	Rationale	Recommendation	Quality of Evidence	Strength of Recommendation
Nortriptyline Paroxetine Protriptyline Trimipramine				
Antipsychotics, first (conventional) and second (atypical) generation	Increased risk of cerebrovascular accident (stroke) and greater rate of cognitive decline and mortality in persons with dementia Avoid antipsychotics for behavioral problems of dementia or delirium unless nonpharmacological options (eg, behavioral interventions) have failed or are not possible and the older adult is threatening substantial harm to self or others	Avoid, except in schizophrenia or bipolar disorder, or for short-term use as antiemetic during chemotherapy	Moderate	Strong
Barbiturates Amobarbital Butabarbital Butalbital Mephobarbital Pentobarbital Phenobarbital Secobarbital	High rate of physical dependence, tolerance to sleep benefits, greater risk of overdose at low dosages	Avoid	High	Strong
Benzodiazepines <i>Short and intermediate acting:</i> Alprazolam Eszazolam Lorazepam Oxazepam Temazepam Triazolam <i>Long acting:</i> Chlordiazepoxide (alone or in combination with amitriptyline or clidinium) Clonazepam Clorazepate Diazepam Flurazepam Quazepam	Older adults have increased sensitivity to benzodiazepines and decreased metabolism of long-acting agents; in general, all benzodiazepines increase risk of cognitive impairment, delirium, falls, fractures, and motor vehicle crashes in older adults May be appropriate for seizure disorders, rapid eye movement sleep behavior disorder, benzodiazepine withdrawal, ethanol withdrawal, severe generalized anxiety disorder, and periprocedural anesthesia	Avoid	Moderate	Strong
Meprobamate	High rate of physical dependence; sedating	Avoid	Moderate	Strong
Nonbenzodiazepine benzodiazepine receptor agonist hypnotics (ie, "Z-drugs") Eszopiclone Zaleplon Zolpidem	Nonbenzodiazepine benzodiazepine receptor agonist hypnotics (ie, Z drugs) have adverse events similar to those of benzodiazepines in older adults (eg, delirium, falls, fractures); increased emergency room visits/hospitalizations; motor vehicle crashes; minimal improvement in sleep latency and duration	Avoid	Moderate	Strong
Ergoloid mesylates (dehydrogenated ergot alkaloids) Isosuxiprine	Lack of efficacy	Avoid	High	Strong

(Continued)

Table 2 (Contd.)

Organ System, Therapeutic Category, Drug(s)	Rationale	Recommendation	Quality of Evidence	Strength of Recommendation
Endocrine				
Androgens Methyltestosterone Testosterone	Potential for cardiac problems; contraindicated in men with prostate cancer	Avoid unless indicated for confirmed hypogonadism with clinical symptoms	Moderate	Weak
Desiccated thyroid	Concerns about cardiac effects; safer alternatives available	Avoid	Low	Strong
Estrogens with or without progestins	Evidence of carcinogenic potential (breast and endometrium); lack of cardioprotective effect and cognitive protection in older women Evidence indicates that vaginal estrogens for the treatment of vaginal dryness are safe and effective; women with a history of breast cancer who do not respond to nonhormonal therapies are advised to discuss the risks and benefits of low-dose vaginal estrogen (dosages of estradiol <25 µg twice weekly) with their healthcare provider Impact on body composition is small and associated with edema, arthralgia, carpal tunnel syndrome, gynecomastia, impaired fasting glucose	Avoid systemic estrogen (eg, oral and topical patch) Vaginal cream or vaginal tablets: acceptable to use low-dose intravaginal estrogen for management of dyspareunia, recurrent lower urinary tract infections, and other vaginal symptoms Avoid, except for patients rigorously diagnosed by evidence-based criteria with growth hormone deficiency due to an established etiology	Oral and patch: high Vaginal cream or vaginal tablets: moderate	Oral and patch: strong Topical vaginal cream or tablets: weak
Growth hormone	Impact on body composition is small and associated with edema, arthralgia, carpal tunnel syndrome, gynecomastia, impaired fasting glucose	Avoid, except for patients rigorously diagnosed by evidence-based criteria with growth hormone deficiency due to an established etiology	High	Strong
Insulin, sliding scale (insulin regimens containing only short- or rapid-acting insulin dosed according to current blood glucose levels without concurrent use of basal or long-acting insulin)	Higher risk of hypoglycemia without improvement in hyperglycemia management regardless of care setting. Avoid insulin regimens that include only short- or rapid-acting insulin dosed according to current blood glucose levels without concurrent use of basal or long-acting insulin. This recommendation does not apply to regimens that contain basal insulin or long-acting insulin.	Avoid	Moderate	Strong
Megestrol	Minimal effect on weight; increases risk of thrombotic events and possibly death in older adults	Avoid	Moderate	Strong
Sulfonylureas, long acting Chlorpropamide Glimepiride Glyburide (also known as glibenclamide)	Chlorpropamide: prolonged half-life in older adults; can cause prolonged hypoglycemia; causes SIADH Glimepiride and glyburide: higher risk of severe prolonged hypoglycemia in older adults	Avoid	High	Strong
Gastrointestinal				
Metoclopramide	Can cause extrapyramidal effects, including tardive dyskinesia; risk may be greater in frail older adults and with prolonged exposure	Avoid, unless for gastroparesis with duration of use not to exceed 12 weeks except in rare cases	Moderate	Strong
Mineral oil, given orally	Potential for aspiration and adverse effects; safer alternatives available	Avoid	Moderate	Strong
Proton-pump inhibitors	Risk of <i>Clostridium difficile</i> infection and bone loss and fractures	Avoid scheduled use for >8 weeks unless for high-risk patients (eg, oral corticosteroids or chronic NSAID use), erosive esophagitis, Barrett esophagitis, pathological hypersecretory condition, or demonstrated need for maintenance treatment (eg, because of failure of drug discontinuation trial or H2-receptor antagonists)	High	Strong

Table 2 (Contd.)

Organ System, Therapeutic Category, Drug(s)	Rationale	Recommendation	Quality of Evidence	Strength of Recommendation
Pain medications				
Meperidine	Oral analgesic not effective in dosages commonly used; may have higher risk of neurotoxicity, including delirium, than other opioids; safer alternatives available	Avoid	Moderate	Strong
Non-cyclooxygenase-selective NSAIDs, oral: Aspirin >325 mg/day Diclofenac Diflunisal Etozolac Fenoprofen Ibuprofen Ketoprofen Meclofenamate Mefenamic acid Meloxicam Nabumetone Naproxen Oxaprozin Piroxicam Sulindac Tolmetin	Increased risk of gastrointestinal bleeding or peptic ulcer disease in high-risk groups, including those >75 years or taking oral or parenteral corticosteroids, anticoagulants, or antiplatelet agents; use of proton-pump inhibitor or misoprostol reduces but does not eliminate risk. Upper gastrointestinal ulcers, gross bleeding, or perforation caused by NSAIDs occur in ~1% of patients treated for 3-6 months and in ~2%-4% of patients treated for 1 year; these trends continue with longer duration of use. Also can increase blood pressure and induce kidney injury. Risks are dose related.	Avoid chronic use, unless other alternatives are not effective and patient can take gastroprotective agent (proton-pump inhibitor or misoprostol)	Moderate	Strong
Indomethacin Ketorolac, includes parenteral	Increased risk of gastrointestinal bleeding/peptic ulcer disease and acute kidney injury in older adults Indomethacin is more likely than other NSAIDs to have adverse CNS effects. Of all the NSAIDs, indomethacin has the most adverse effects.	Avoid	Moderate	Strong
Skeletal muscle relaxants Carisoprodol Chlorzoxazone Cyclobenzaprine Metaxalone Methocarbamol Orphenadrine	Most muscle relaxants poorly tolerated by older adults because some have anticholinergic adverse effects, sedation, increased risk of fractures; effectiveness at dosages tolerated by older adults questionable	Avoid	Moderate	Strong
Genitourinary Desmopressin	High risk of hyponatremia; safer alternative treatments	Avoid for treatment of nocturia or nocturnal polyuria	Moderate	Strong

Abbreviations: CNS, central nervous system; HFREF, heart failure with reduced ejection fraction; NSAID, nonsteroidal anti-inflammatory drug; SIADH, syndrome of inappropriate antidiuretic hormone secretion.
^aThe primary target audience is the practicing clinician. The intentions of the criteria include (1) improving the selection of prescription drugs by clinicians and patients; (2) evaluating patterns of drug use within populations; (3) educating clinicians and patients on proper drug usage; and (4) evaluating health-outcome, quality-of-care, cost, and utilization data.
^bSee also criterion on highly anticholinergic antidepressants.

Table 3, 2019 American Geriatrics Society Beers Criteria[®] for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults Due to Drug-Disease or Drug-Syndrome Interactions That May Exacerbate the Disease or Syndrome^a

Disease or Syndrome	Drug(s)	Rationale	Recommendation	Quality of Evidence	Strength of Recommendation
Cardiovascular					
Heart failure	Avoid: Cilostazol Avoid in heart failure with reduced ejection fraction: Nondihydropyridine CCBs (diltiazem, verapamil) Use with caution in patients with heart failure who are asymptomatic; avoid in patients with symptomatic heart failure: NSAIDs and COX-2 inhibitors Thiazolidinediones (pioglitazone, rosiglitazone) Dronedarone	Potential to promote fluid retention and/or exacerbate heart failure (NSAIDs and COX-2 inhibitors, nondihydropyridine CCBs, thiazolidinediones); potential to increase mortality in older adults with heart failure (cilostazol and dronedarone)	As noted, avoid or use with caution	Cilostazol: low Nondihydropyridine CCBs: moderate NSAIDs: moderate COX-2 inhibitors: low Thiazolidinediones: high Dronedarone: high	Cilostazol: strong Nondihydropyridine CCBs: strong NSAIDs: strong COX-2 inhibitors: strong Thiazolidinediones: strong Dronedarone: strong
Syncope	AChEIs Nonselective peripheral alpha-1 blockers (ie, doxazosin, prazosin, terazosin) Tertiary TCAs Antipsychotics: Chlorpromazine Thioridazine Olanzapine	AChEIs cause bradycardia and should be avoided in older adults whose syncope may be due to bradycardia. Nonselective peripheral alpha-1 blockers cause orthostatic blood pressure changes and should be avoided in older adults whose syncope may be due to orthostatic hypotension. Tertiary TCAs and the antipsychotics listed increase the risk of orthostatic hypotension or bradycardia.	Avoid	AChEIs, TCAs, and antipsychotics: high Nonselective peripheral alpha-1 blockers: high	AChEIs and TCAs: strong Nonselective peripheral alpha-1 blockers and antipsychotics: weak
Central nervous system					
Delirium	Anticholinergics (see Table 7 and full criteria available on www.geriatricscareonline.org) Antipsychotics ^b Benzodiazepines Corticosteroids (oral and parenteral) ^c H2-receptor antagonists Cimetidine Famotidine Nizatidine Ranitidine Meperidine Nonbenzodiazepine, benzodiazepine receptor agonist hypnotics: eszopiclone, zaleplon, zolpidem	Avoid in older adults with or at high risk of delirium because of potential of inducing or worsening delirium Avoid antipsychotics for behavioral problems of dementia and/or delirium unless nonpharmacological options (eg, behavioral interventions) have failed or are not possible and the older adult is threatening substantial harm to self or others. Antipsychotics are associated with greater risk of cerebrovascular accident (stroke) and mortality in persons with dementia.	Avoid	H2-receptor antagonists: low All others: moderate	Strong
Dementia or cognitive impairment	Anticholinergics (see Table 7 and full criteria available on www.geriatricscareonline.org) Benzodiazepines Nonbenzodiazepine, benzodiazepine receptor agonist hypnotics Eszopiclone	Avoid because of adverse CNS effects Avoid antipsychotics for behavioral problems of dementia and/or delirium unless nonpharmacological options (eg, behavioral interventions) have failed or are not possible and the older adult is threatening substantial harm to self or	Avoid	Moderate	Strong

Annexe 2 : liste de Laroche

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

	Critères	Principales spécialités	Raisons	Alternatives thérapeutiques
Critères avec un rapport bénéfice/risque défavorable				
<i>Antalgiques</i>				
1	Indométacine par voie générale	Chrono-Indocid [®] , Indocid [®] , Dolcidium [®] Gé	Effets indésirables neuropsychiques, à éviter chez les personnes âgées ; prescription de 2 ^e intention	Autres AINS sauf phénylbutazone
2	Phénylbutazone	Butazolidine [®] *	Effets indésirables hématologiques sévères, à éviter	Autres AINS sauf indométacine par voie générale
3	Association d'au moins deux anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS)		Pas d'augmentation de l'efficacité et multiplication du risque d'effet indésirable	Un seul AINS
<i>Médicaments ayant des propriétés anticholinergiques</i>				
4	Antidépresseurs imipraminiques : clomipramine, amoxapine, amitriptyline, maprotiline, dosulépine, doxépine, trimipramine, imipramine	Anafranil [®] , Défanyl [®] , Laroxyl [®] , Elavil [®] , Ludiomil [®] , Prothiaden [®] , Quitaxon [®] , Surmontil [®] , Tofranil [®]	Effets anticholinergiques et effets cardiaques sévères. Les antidépresseurs imipraminiques semblent plus efficaces que les IRS sur certaines dépressions, toutefois le rapport bénéfice/risque chez les personnes âgées est moins favorable. Prescription de 2 ^e intention	Inhibiteurs du recaptage de la sérotonine (IRS), inhibiteurs du recaptage de la sérotonine et de la noradrénaline (IRSN)
5	Neuroleptiques phénothiazines : chlorpromazine, fluphénazine, propérialazine, lévomépromazine, pipotiazine, cyamémazine, perphénazine	Largactil [®] , Moditen [®] , Modécate [®] , Neuleptil [®] , Nozinan [®] , Piportil [®] , Tercian [®] , Trilifan Retard [®]	Effets anticholinergiques. Prescription de 2 ^e intention	Neuroleptiques non phénothiazines avec une activité anticholinergique moindre (clozapine, rispéridone, olanzapine, amisulpride, quétapine), méprobamate
6	Hypnotiques aux propriétés anticholinergiques : doxylamine, acépromazine en association, alimémazine	Donormyl [®] , Noctran [®] , Méprazine [®] , Théralène [®]	Effets anticholinergiques et effets négatifs sur la cognition	Hypnotiques benzodiazépines ou apparentés à demi-vie courte ou intermédiaire, à dose inférieure ou égale à la moitié de la dose proposée chez l'adulte jeune
7	Antihistaminiques H1 : prométhazine, méquitazine, alimémazine, carboxamine, hydroxyzine, bromphéniramine, dexchlorphéniramine, dexchlorphéniramine-bétaméthasone, cyproheptadine, buclizine	Phénergan [®] , Primalan [®] , Quitadril [®] , Théralène [®] , Sirop Teysse [®] , Allergefon [®] , Atarax [®] , Dimégan [®] , Polaramine [®] , Célestamine [®] , Périactine [®] , Aphilan [®]	Effets anticholinergiques, somnolences, vertiges	Cétirizine, desloratadine, loratadine
8	Antispasmodiques avec des propriétés anticholinergiques : oxybutinine, tolterodine, solifénacine	Ditropan [®] , Driptane [®] , Détrusitol [®] , Vésicare [®]	Effets anticholinergiques, à éviter dans la mesure du possible	Trospium ou autres médicaments avec moins d'effet anticholinergique
9	Association de médicaments ayant des propriétés anticholinergiques		Association dangereuse chez les personnes âgées	Pas d'association
<i>Anxiolytiques, hypnotiques</i>				
10	Benzodiazépines et apparentés à longue demi-vie (≥ 20 heures) : bromazépam, diazépam, chlordiazépoxide, prazépam, clobazam, nordazépam, loflazépate, nitrazépam, flunitrazépam, clorazépate, clorazépate-acépromazine, aceprométazine, estazolam	Lexomil [®] , Valium [®] , Novazam [®] Gé, Librax [®] , Lysanxia [®] , Urbanyl [®] , Nordaz [®] , Victan [®] , Mogadon [®] , Rohypnol [®] , Tranxene [®] , Noctran [®] , Nuctalon [®]	Action plus marquée des benzodiazépines à longue demi-vie avec l'âge : augmentation du risque d'effets indésirables (sommolence, chute...)	Benzodiazépines ou apparentés à demi-vie courte ou intermédiaire, à dose inférieure ou égale à la moitié de la dose proposée chez l'adulte jeune
<i>Anti-hypertenseurs</i>				
11	Anti-hypertenseurs à action centrale : méthildopa, clonidine, moxonidine, rimémidine, guanfacine	Aldomet [®] , Catapressan [®] , Physiotens [®] , Hyperium [®] , Estulic [®]	Personnes âgées plus sensibles à ces médicaments : effet sédatif central, hypotension, bradycardie, syncope	Autres anti-hypertenseurs, sauf inhibiteurs calciques à libération immédiate et réserpine
12	Inhibiteurs calciques à libération immédiate : nifédipine, nicardipine	Adalate [®] , Loxen [®] 20 mg	Hypotension orthostatique, accident coronaire ou cérébral	Autres anti-hypertenseurs, sauf inhibiteurs calciques à action centrale et réserpine
13	Réserpine	Tensionorm [®]	Sommolence, syndrome dépressif, trouble digestif	Tous autres anti-hypertenseurs, sauf inhibiteurs calciques à libération immédiate et anti-hypertenseurs à action centrale
<i>Antiarythmiques</i>				
14	Digoxine > 0,125 mg/j ou digoxine avec concentration plasmatique > 1,2 ng/ml		Personnes âgées plus sensibles à l'action de la digoxine. Il est plus juste de considérer une dose de digoxine qui conduirait à une concentration plasmatique supérieure à 1,2 ng/ml comme inappropriée ; à défaut de cette information, la dose moyenne de 0,125 mg/j est recommandée pour minimiser le risque d'effet indésirable	Digoxine ≤ 0,125 mg/j ou digoxine avec concentration plasmatique entre 0,5 et 1,2 ng/ml
15	Disopyramide	Isorhythm [®] , Rythmodan [®]	Insuffisance cardiaque et effet anticholinergique	Amiodarone, autres anti-arythmiques
<i>Antiagrégant plaquettaire</i>				
16	Ticlopidine	Ticlid [®]	Effets indésirables hématologiques et hépatiques sévères	Clopidogrel, aspirine
<i>Médicaments gastro-intestinaux</i>				
17	Cimétidine	Tagamet [®] , Stomédine [®]	Confusion, plus d'interactions médicamenteuses qu'avec les autres anti-H2	Inhibiteurs de la pompe à protons, éventuellement autres anti-H2 (ranitidine, famotidine, nizatidine) ayant moins d'interactions médicamenteuses.
18	Laxatifs stimulants : bisacodyl, docusate, huile de ricin, picosulfate, laxatifs anthracéniques à base de cascara, sennosides, bourdaine, séné, aloès du Cap...	Contalax [®] , Dulcolax [®] , Prépacol [®] , Jamyène [®] , Fructines [®]	Exacerbation de l'irritation colique	Laxatifs osmotiques

M.-L. Laroche et al. / La Revue de médecine interne 30 (2009) 592-601

M.-L. Laroche et al. / La Revue de médecine interne 30 (2009) 592-601

Tableau 1 (Suite)				
	Critères	Principales spécialités	Raisons	Alternatives thérapeutiques
<i>Hypoglycémisants</i>				
19	Sulfamides hypoglycémisants à longue durée d'action : carbutamide, glipizide	Glucidoral [®] , Ozidia LP [®]	Hypoglycémies prolongées	Sulfamides hypoglycémisants à durée d'action courte ou intermédiaire, metformine, inhibiteurs de l'alpha-glucosidase, insuline
<i>Autres relaxants musculaires</i>				
20	Relaxants musculaires sans effet anticholinergique : méthocarbamol, baclofène, tétrazépam	Lumirelax [®] , Baclofène [®] , Liorésal [®] , Myolastan [®] , Panos [®] , Mégavix [®]	Somnolence, chutes et troubles mnésiques (tétrazépam)	Thiocolchicoside, méphénésine
<i>En fonction de la situation clinique</i>				
21	En cas d'hypertrophie de la prostate, de rétention urinaire chronique : médicaments ayant des propriétés anticholinergiques (critères 4-9, 15, 29, 30, 34)		Augmentation du risque de rétention urinaire aiguë	
22	En cas de glaucome par fermeture de l'angle : médicaments ayant des propriétés anticholinergiques (critères 4-9, 15, 29, 30, 34)		Augmentation du risque de glaucome aigu	
23	En cas d'incontinence urinaire : alpha-bloquants à visée cardiolgique : urapidil, prazosine	Eupressyl [®] , Médiatensyl [®] , Minipress [®] , Alpress [®]	Aggravation de l'incontinence urinaire, hypotension orthostatique	
24	En cas de démence : médicaments ayant des propriétés anticholinergiques (critères 4-9, 15, 29, 30, 34), antiparkinsoniens anticholinergiques (trihexphénydyle, tropatépine, bipiridène), neuroleptiques sauf olanzapine et risperidone, benzodiazépines et apparentés		Aggravation de l'état cognitif du malade	
25	En cas de constipation chronique : médicaments ayant des propriétés anticholinergiques (critères 4-9, 15, 29, 30, 34), antihypertenseurs centraux (critère 11)		Risque d'occlusion intestinale, d'hypotension orthostatique, avec certains d'entre eux	
<i>Critère avec une efficacité discutable</i>				
26	Vasodilatateurs cérébraux : dihydroergotamine, dihydroergocryptine, dihydroergocristine, ginkgo biloba, nicergoline, naftidrofuryl, pentoxifylline, piribedil, moxisylyte, vinburnine, raubasine-dihydroergocristine, troxerutine-vincamine, vincamine-rutoside, vincamine, nincétam	Hydergine [®] , Capergy [®] , Vasobral [®] , Iskédyl [®] , Ginkogink [®] , Tanakan [®] , Tramisal [®] , Sermion [®] , Praxilène [®] , Nafitlux [®] , Gévatran [®] , Diactane [®] , Torental [®] , Hatial [®] , Pentoflux [®] , Ge, Trivastal [®] , Carlytène [®] , Cervoxan [®] , Iskédyl [®] , Rhéobral [®] , Rutovincine [®] , Vincarutine [®] , Vinca [®] , Axonyl [®] , Gabacet [®] , Nootropyf [®]	Pas d'efficacité clairement démontrée, pour la plupart, risque d'hypotension orthostatique et de chute chez les personnes âgées	Abstention médicamenteuse
<i>Critères avec un rapport bénéfice/risque défavorable et une efficacité discutable</i>				
<i>Anxiolytiques, hypnotiques</i>				
27	Dose de benzodiazépines et apparentés à demi-vie courte ou intermédiaire supérieure à la moitié de la dose proposée chez l'adulte jeune : lorazépam > 3 mg/j, oxazépam > 60 mg/j, alprazolam > 2 mg/j, triazolam > 0,25 mg/j, témazépam > 15 mg/j, clotiazépam > 5 mg/j, loprazolam > 0,5 mg/j, lormétazépam > 0,5 mg/j, zolpidem > 5 mg/j, zopiclone > 3,75 mg/j	Témesta [®] > 3 mg/j, Equitum [®] > 3 mg/j, Séresta [®] > 60 mg/j, Xanax [®] > 2 mg/j, Halcion [®] > 0,25 mg/j, Normison [®] > 15 mg/j, Vétran [®] > 5 mg/j, Havlane [®] > 0,5 mg/j, Noctamide [®] > 0,5 mg/j, Stilnox [®] > 5 mg/j, Ivadal [®] > 5 mg/j, Imovane [®] > 3,75 mg/j	Pas d'amélioration de l'efficacité et plus de risque d'effets indésirables lors de l'augmentation de la dose journalière au-delà de la demi-dose proposée chez l'adulte jeune	Benzodiazépines ou apparentés à demi-vie courte ou intermédiaire, à dose inférieure ou égale à la moitié de la dose proposée chez l'adulte jeune
<i>Médicaments gastro-intestinaux</i>				
28	Méprobamate	Kaologeais [®]	Somnolence, confusion	
29	Antispasmodiques gastro-intestinaux aux propriétés anticholinergiques : tiémonium, scopolamine, cladinium bromure-chloridazépoxide, dihexyvérine, belladone en association, diphénoxylate-atropine	Viscéralgine [®] , Scopoderm [®] , Scoburen [®] , Librax [®] , Spasmodex [®] , Gélumaline [®] , Suppomaline [®] , Diarsed [®]	Pas d'efficacité clairement démontrée, des effets indésirables anticholinergiques	Phloroglucinol, mébévérine
<i>Autres médicaments aux propriétés anticholinergiques</i>				
30	Antinauséux, antirrhinite, antitussif, antivergineux ayant des propriétés anticholinergiques : buclizine, diméthylhydrate, diphényldramine, métopimazine, alizapride, méclozine, piméthixène, prométhazine, oxomézazine, phéniramine, diphényldramine en association, triprolidine en association, chlorphénamine...	Aphilan [®] , Dramamine [®] , Mercalm [®] , Nausicalm [®] , Nautamine [®] , Vogalène [®] , Vogalib [®] , Plitican [®] , Agyrax [®] , Calmixène [®] , Rhinathiol [®] , Prométhazine [®] , Fluisédal [®] , Transmer [®] , Tussisédal [®] , Toplexil [®] , Fervex [®] , Actifed [®] jour et nuit, Actifed [®] rhume, Humex [®] rhume, Rhinofebral [®] ...	Pas d'efficacité clairement démontrée, syndromes anticholinergiques, confusions et sédation	Pour les rhinites : abstention, sérum physiologique, Pour les nausées : dompéridone, Pour les vertiges : bêtahistine, acétyl-leucine, Pour les toux : antitussifs non opiacés, non antihistaminiques (clobutolol, oléaxadine)
<i>Antiagrégant plaquettaire</i>				
31	Dipyridamole	Asasantine [®] , Cléridium [®] , Persantine [®] , Coronarine [®] , Protangix [®]	Moins efficace que l'aspirine, action vasodilatatrice à l'origine d'hypotension orthostatique	Antiagrégants plaquettaire sauf ticlopidine
<i>Antimicrobien</i>				
32	Nitrofurantoïne	Furadantine [®] , Furadoïne [®] , Microdoïne [®]	Traitement de l'infection urinaire non compliquée symptomatique de la personne âgée ; peut être à l'origine d'insuffisance rénale, de pneumopathie, de neuropathie périphérique, de réaction allergique. En cas d'emploi prolongé, apparition de résistances	Antibiotique à élimination rénale adapté à l'antibiogramme

Tableau 1 (Suite)

	Critères	Principales spécialités	Raisons	Alternatives thérapeutiques
<i>Associations médicamenteuses</i>				
33	Association de deux ou plus de deux psychotropes de la même classe pharmacothérapeutique : 2 ou plus de 2 benzodiazépines ou apparentés ; 2 ou plus de 2 neuroleptiques ; 2 ou plus de deux antidépresseurs		Pas d'amélioration de l'efficacité et plus de risque d'effets indésirables	Pas d'association
34	Association de médicaments ayant des propriétés anticholinergiques avec des anticholinestérasiques		Association non logique puisqu'elle conduit à donner conjointement un médicament bloquant les récepteurs muscariniques et un médicament qui élève le taux d'acétylcholine au niveau synaptique. Existence d'effets anticholinergiques, diminution de l'efficacité des anticholinestérasiques	Pas d'association

(Adaptée de [16] ; augmentée des noms des principales spécialités médicamenteuses disponibles en France).

^a Ce médicament n'est plus disponible en France depuis 2008.

Annexe 3: outil start and stop (extrait)

Table 1a. Liste complète des critères STOPP.v2 (Screening Tool of Older Person's Prescriptions, version 2), regroupés par médicaments

STOPP.v2 : médicament		& situation suivante → potentiellement inapproprié (> 65 ans) : envisager son arrêt
	médicament sans indication, de durée trop longue, dupliqué (2 de même classe)	Dans tous les cas
N E U R O P S Y C H I A T R I E	benzodiazépine	Dans tous les cas a fortiori si > 4 semaines pour insomnies ou anxiété [à diminuer progressivement] si insuffisance respiratoire
	Z-drug (somniafère)	Dans tous les cas (zopiclone, zolpidem)
	neuroleptique	Dans tous les cas a fortiori si prostatisme/ globe vésical & effet anticholinergique modéré à marqué syndrome parkinsonien ou démence à corps de Lewy (sauf pour clozapine et quétiapine) symptômes psycho-comportementaux (sauf si sévères et échec non-pharmacologique) insomnies (sauf si dues à psychose ou démence) phénothiazine comme neuroleptique de 1 ^{ère} ligne
	antidépresseur tricyclique vu effet anticholinergique	& dépression, en 1 ^{ère} ligne & démence, glaucome angle aigu, trouble de conduction, ou prostatisme/globe vésical
	antidépresseur ISRS	& hyponatrémie (Na ⁺ < 130mmol/l) concomitante ou récente
	inhib. acétylcholinestérase	& asthme, bradycardie, bloc de conduction cardiaque, ou syncopes inexplicables
	L-dopa / agoniste dopamine	& tremblements essentiels bénins
	opiacé fort	& douleur légère, en 1 ^{ère} ligne
	aspirine	& à dose > 160 mg/j & antécédent d'ulcère gastroduodénal sans IPP & anticoagulant oral pour une fibrillation atriale & clopidogrel en prévention 2 ^{ème} de l'AVC (sauf si syndrome coronarien aigu concomitant, stent coronarien depuis < 12 mois, ou sténose carotidienne serrée symptomatique)
	antiagrégant plaquettaire dont aspirine	& risque hémorragique significatif * & anticoagulant oral, si artériopathie stable Dans tous les cas, la ticlopidine
H E M O S T A S E	anticoagulant oral	& risque hémorragique significatif* & TVP/EP: > 6 mois pour 1er épisode TVP; >12 mois pour 1er épisode d'EP dabigatran & insuffisance rénale sévère (DFG < 30 ml/min) rivaroxaban, apixaban & insuffisance rénale terminale (DFG < 15 ml/min)
	digoxine	& décompensation d'une insuffisance cardiaque avec FEVG conservée & dose ≥ 250 µg/j si insuffisance rénale sévère (DFG < 30ml/min)
C A R D I O	amiodarone	& tachy-arythmie supra-ventriculaire, en 1 ^{ère} ligne
	β-bloquant	& asthme sous bronchodilatateur si β-bloquant non-cardiosélectif (carvedilol, sotalol) & anticalcique bradycardisant (vérapamil ou diltiazem)
		& bradycardie (< 50 bpm), bloc AV (2 ^e ou 3 ^e degré) & diabète avec fréquents épisodes hypoglycémiques
V A S C U L A I R E	diltiazem/vérapamil	& décompensation cardiaque de classe III ou IV
	IECA ou ARA II	& antécédent d'hyperkaliémie
	antagoniste de l'aldostérone	& épargne potassique (IECA, ARA II, amiloride, triamtérène) sans suivi de la kaliémie
	diurétique thiazidique	& trouble électrolytique (K ⁺ < 3,0 mmol/l ; Na ⁺ < 130mmol/l ; ou Ca ⁺⁺ _{ionisé} > 2,65mmol/l)
A I R E		& arthrite microcristalline [goutte, chondrocalcinose]
	diurétique de l'anse	& hypertension artérielle, en 1 ^{ère} ligne, ou en présence d'une incontinence urinaire & OMI d'origine périphérique (pas d'insuffisance cardiaque, hépatique, rénale)
	antihypertenseurs centraux	& absence d'intolérance/inefficacité des autres classes d'antihypertenseurs
	sildénafil/tadalafil/vardénafil vasodilatateur	& décompensation cardiaque sévère avec hypotension ou angor traité par nitrés & hypotension orthostatique persistante (anti-calcique, α ₁ -bloquant, nitré)
E N D O C	metformine	& insuffisance rénale sévère (DFG < 30 ml/min)
	sulphonylurée à longue durée	Dans tous les cas de diabète type 2 (glibenclamide, chlorpropamide, glibépiride, gliclazide)
	thiazolidinédione	& décompensation cardiaque
	oestrogènes (voie orale ou transdermique)	& antécédent de cancer de sein ou d'épisode thromboembolique veineux & utérus présent, sans traitement progestatif
	androgènes	& hypogonadisme non-confirmé

*Risque hémorragique significatif : récent saignement spontané important, diathèse hémorragique, HTA sévère

Abréviations : anti-H2 : anti-histaminique H2 ; ARAII : antagoniste des récepteurs de l'angiotensine II ; AV : atrio-ventriculaire ; AVK : anti-vitamine K ; BPCO : bronchopneumopathie chronique obstructive, bpm : battements par minute ; CI : contre-indication ; DFG : débit de filtration glomérulaire ; EP : embolie pulmonaire ; FA : fibrillation atriale ; FEVG : fraction d'éjection ventriculaire gauche ; gén. : génération ; HTA : hypertension artérielle ; IECA : inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine ; inhib. : inhibiteur ; IPP : inhibiteur de la pompe à protons ; IR : insuffisance rénale ; ISRS : inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine ; OMI : oedèmes des membres inférieurs ; TVP : thrombose veineuse profonde

STOPP.v2 : médicament		& situation suivante → potentiellement inapproprié (> 65 ans) : envisager son arrêt
D I G	IPP	& dose max > 8 semaines pour œsophagite ou ulcère gastroduodénal non-complicqué
	fer	& dose > 200 mg/j de Fer élémentaire par voie orale
	métoclopramide	& syndrome parkinsonien
médicament à effet constipant		& constipation chronique, lorsque des alternatives existent
R H U M A T O	AINS	& insuffisance rénale modérée (DFG < 50 ml/min) & hypertension artérielle sévère ou insuffisance cardiaque sévère & ischémie cardiaque non-contrôlée & anticoagulant oral ; ou antiagrégant plaquettaire sans IPP & antécédent d'ulcère gastroduodénal/saignement digestif, sans IPP ou anti-H2 & corticothérapie sans IPP & arthrose, plus de 3 mois, en 1 ^{re} ligne & goutte, plus de 3 mois, sans inhibiteur de la xanthine-oxydase (allopurinol, febuxosol)
	biphosphonate (voie orale)	& atteinte du tractus digestif supérieur (inflammation, ulcère, ...)
	colchicine	& insuffisance rénale terminale (DFG < 10 ml/min) & goutte, plus de 3 mois, sans allopurinol ou febuxosol
	corticothérapie	& douleur d'arthrose (par voie orale ou locale) (injection intra-articulaire admise) & polyarthrite rhumatoïde, en monothérapie, plus de 3 mois
	corticothérapie	& BPCO modérée à sévère, au long cours, par voie systémique plutôt que par voie inhalée
	théophylline	& BPCO, en monothérapie
	bronchodilatateur	& glaucome à angle aigu
	anticholinergique	& obstacle à la vidange de la vessie
	antihistaminique 1 ^{er} gén.	Dans tous les cas
	anticholinergique (bronchodilatateur, antiH ₁ , antispasmodique,...)	& démence, délirium, prostatisme, glaucome à angle fermé & effets extrapyramidaux induits par un neuroleptique ≥ 2 en même temps

Table 1b. Liste des critères START.v2 (Screening Tool to Alert to Right Treatment, version 2), regroupés par situations médicales

START.v2 : situation médicale		→ médicament : envisager de le débiter
L O C O M	chutes, ostéopénie, confinement	→ vitamine D (minimum 800 à 1000 /j)
	ostéoporose ± fracture de fragilité	→ vitamine D + calcium + inhibiteur de la résorption osseuse /anabolique osseux
	corticothérapie systémique (>3mois)	→ vitamine D + calcium + biphosphonate
	polyarthrite rhumatoïde active	→ inducteur de rémission (méthotrexate, rituximab, etanercept...)
	méthotrexate	→ acide folique
C A R D I O	goutte clinique ou radiographique	→ inhibiteur de la xanthine oxydase, en traitement de fond
	hypertension persistante (>160/90)	→ antihypertenseur, à initier ou majorer
	fibrillation auriculaire	→ anticoagulant oral (si CI majeure: aspirine 75 à 160 mg/jour)
	athérosclérose clinique	→ antiagrégant plaquettaire + statine si < 85 ans
	cardiopathie ischémique	→ IECA + β-bloquant
	insuffisance cardiaque systolique	→ IECA + β-bloquant si stabilisée (bisoprolol, nébivolol, métoprolol, carvedilol)
	diabète avec néphropathie	→ IECA (si intolérance aux IECA : ARAII)
	anxiété sévère persistante	→ ISRS [pas une benzodiazépine] (si CI aux ISRS : duloxetine, venlafaxine, ou prégabaline)
	symptômes dépressifs majeurs	→ antidépresseur (non-tricyclique), si symptômes persistants
	maladie de Parkinson	→ L-DOPA ou agoniste dopaminergique
N E U R O	maladie d'Alzheimer, légère-modérée	→ inhib. acétylcholinestérase (donepézil, rivastigmine, galantamine)
	maladie à corps de Lewy	→ rivastigmine
	syndrome des jambes sans repos	→ agoniste dopaminergique, si pas de carence martiale ni d'IR sévère
	opiacés régulièrement	→ laxatif
	douleurs modérées à sévères	→ agonistes opioïdes forts, si échec des autres antidouleurs
	pics douloureux non-couverts	→ opiacé à action rapide
	glaucome primaire à angle ouvert	→ traitement topique (analogues des prostaglandines, prostamide ou β-bloquant)
	asthme ou BPCO	→ bronchodilatateur (β ₂ -adrénergique ou anti-muscarinique) si léger à modéré → corticostéroïde inhalé de manière régulière si modéré à sévère
	hypoxie chronique	→ oxygénothérapie
	vaccination	→ anti-grippe, chaque début d'automne + anti-pneumocoque
D I G	reflux/sténose œsophagien sévère	→ IPP
	maladie diverticulaire	→ si constipation chronique: supplémentation en fibres
	vaginite atrophique symptomatique	→ oestrogènes locaux
U G	prostatisme symptomatique	→ α1-bloquant & inhib. de la 5α-réductase, si résection de prostate non-justifiée

Annexe n°4 : Enquête sur les difficultés rencontrées par les pharmaciens normands lors de la réalisation des bilans partagés de médication.



Enquête sur les Difficultés rencontrées par les pharmaciens normands lors des bilans partagés de médication .

Je m'appelle Alexandre ROUSSEL, je suis étudiant en pharmacie à l'UFR Santé de Rouen ayant validé ma 6ème année. Dans le cadre de mon travail de thèse, je réalise une enquête sur « les difficultés rencontrées par le pharmacien d'officine lors de la mise en place d'un Bilan Partagé de Médication (BPM) ».

Je me permets de vous solliciter aujourd'hui dans le but d'identifier les situations difficiles et les limites rencontrées lors de la réalisation du BPM. Ce questionnaire est anonyme et ne vous prendra que quelques minutes.

Si vous le souhaitez, vous serez tenus informés des résultats de mon étude.

Votre aide me serait précieuse et je vous remercie par avance de votre participation.

À quelle fréquence rencontrez-vous des difficultés à réaliser des BPM ?

- Toujours
- Très régulièrement
- Assez rarement
- Jamais

Selon vous, les difficultés à la réalisation d'un BPM seraient liées principalement :

- Au patient
- Au pharmacien
- Au prescripteur
- À L'officine
- Autre : _____

Vous êtes :

- Pharmacien titulaire
- Pharmacien adjoint
- Pharmacien remplaçant
- Etudiant en cours de 6ème année Pharmacie

Votre âge ? :

- Entre 20 et 30ans
- Entre 31 et 40 ans
- Entre 41 et 50 ans
- Entre 51 et 60 ans
- Plus de 60 ans

Concernant les patients, les difficultés à la réalisation d'un BPM seraient liées:

- À une population cible trop limitée (manque d'éligibilité)
- À un manque d'intérêt du patient
- À un manque de confiance envers le pharmacien
- À un recueil insuffisant de données
- À une confiance absolue dans sa thérapeutique
- Autre : _____

À l'officine, les barrières à la réalisation d'un BPM seraient liées :

- À la faible rentabilité de l'acte
- Au temps investi
- À l'absence d'un local adapté
- Au manque de communication envers les patients sur cette mission
- À la politique de l'officine
- Autre : _____

Concernant le pharmacien, les barrières à la réalisation d'un BPM seraient liées:

- À un manque de connaissances suffisantes
- À l'absence d'une formation adaptée
- À un manque de temps
- À l'absence de supports et d'outils pour réaliser l'acte
- À l'absence d'intérêt dans cette mission
- Autre : _____

Concernant le prescripteur, les barrières à la réalisation d'un BPM seraient liées :

- À un manque de considération du rôle du pharmacien
- À l'absence d'intérêt envers le bilan de médication
- À la non connaissance de la pratique
- À l'absence de communication envers celui-ci
- À l'absence de retour sur les bilans effectués
- Autre : _____

Combien de BPM votre officine a-t-elle effectué au cours de l'année 2020 ?

Votre réponse _____

Au vu de la période sanitaire actuelle, quels changements avez-vous réalisé pour la réalisation des BPM ?

Votre réponse _____

Au vu des difficultés actuelles rencontrées, quelle est selon vous la place du BPM dans le parcours de soins du patient ?

Votre réponse _____

Merci pour votre participation.

Références Bibliographiques

- [1] prévalence de la polymédication chez les personnes âgées en France : enquête de l'irdes. Vidal 5 février 2015 [Prévalence de la polymédication chez les personnes âgées en France : enquête de l'IRDES \(vidal.fr\)](#)
- [2] La polymédication : définitions, mesures et enjeux. Question d'économie de la santé n°204 décembre 2014 [La polymédication : définitions, mesures et enjeux \(irdes.fr\)](#)
- [3] Iatrogénie médicamenteuse responsable d'hospitalisation en réanimation : étude descriptive dans un centre hospitalier. Volume 37, numéro 2, Juin 2018 [John Libbey Eurotext - Journal de Pharmacie Clinique - Iatrogénie médicamenteuse responsable d'hospitalisation en réanimation : étude descriptive dans un centre hospitalier \(jle.com\)](#)
- [4] Polymédication de la personne âgée. Louvain médical- Vol. 128, no. 7, 2009 [Polymédication de la personne âgée | DIAL.pr - BOREAL \(uclouvain.be\)](#)
- [5] Non communicable diseases, WHO, 13 avril 2021 [Noncommunicable diseases \(who.int\)](#)
- [6] Maladies chroniques, adsp n° 72 septembre 2010 13 [2010-09-adsp-n°72-maladies-chroniques-et-ETP.pdf \(etp29.fr\)](#)
- [7] Santé publique, qualité de vie et maladies chroniques : attentes des patients et des professionnels 8 décembre 2004 – Paris https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan_actes2005-2.pdf
- [8] le rapport des charges et produits de l'assurance maladie de 2019, [Rapport Charges et produits L'Assurance Maladie \(ameli.fr\)](#)
- [9] Qu'est-ce qu'une affection de longue durée ? Ameli 2021 <https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/prescription-prise-charge/situation-patient-ald-affection-longue-duree/definition-ald>
- [10] LES MALADIES CHRONIQUES Avis du Conseil économique, social et environnemental, 5 juin 2019 [2019_14_maladies_chroniques.pdf \(lecese.fr\)](#).
- [11] Trésor-Éco n° 145 - Quel avenir pour le dispositif de prise en charge des affections de longue durée (ALD) ? le 15 avril 2015 <https://www.tresor.economie.gouv.fr/Articles/2015/04/15/tresor-eco-n-145-quel-avenir-pour-le-dispositif-de-prise-en-charge-des-affections-de-longue-duree-ald>
- [12] La personne âgée malade : particularités sémiologiques, psychologiques et thérapeutiques (59) octobre 2004 [untitled \(ujf-grenoble.fr\)](#)
- [13] Les enjeux du vieillissement de la population Alain Parant, Revue française d'administration publique 2005/1 (no113), <https://www.cairn.info/revue-francaise-d-administration-publique-2005-1-page-83.htm>
- [14] Changements corporels du vieillissement juil. 2019, <https://www.msmanuals.com/fr/accueil/la-sant%C3%A9-des-personnes-%C3%A2%C3%A9s/le-vieillissement/changements-corporels-du-vieillissement>
- [15] La santé des personnes de 65 à 70 ans : un profil instantané, Rev Med Suisse 2007 ; 3 : 2546-51 https://www.revmed.ch/view/637394/4994184/RMS_132_2546.pdf
- [16] QU'EST-CE QUE C'EST LA FRAGILITÉ ? ISV décembre 2013 [Qu'est-ce que c'est la fragilité ? "Ensemble, prévenons la dépendance" \(ensembleprevenonsladelapendance.fr\)](#)
- [17] Pyramide des âges 2020 – France et France métropolitaine, 14 janvier 2020 [Insee - Population - Bilan démographique 2019 - Pyramide des âges](#)

[18] Mai 2014 Prise en charge ambulatoire de la Fragilité des Personnes âgées Dr Marie-Laure Seux 34 èmes Journées des HDJ Gériatriques.
https://www.revmed.ch/view/637394/4994184/RMS_132_2546.pdf

[19] De quoi souffre-t-on ? État des lieux des maladies déclarées en France Enquête décennale santé INSEE 2002-2003, n°13 juin 2007 [De quoi souffre-t-on ? Etat des lieux des maladies déclarées en France Enquête décennale santé INSEE 2002-2003 \(irdes.fr\)](https://www.irdes.fr/enquetes/decennale-sante-insee-2002-2003)

[20] Le risque iatrogène médicamenteux chez le sujet âgé, Joël Ankri, Gérontologie et société 2002/4 (vol. 25 / n° 103) <https://www.cairn.info/revue-gerontologie-et-societe1-2002-4-page-93.htm#:~:text=2Un%20effet%20ind%20m%C3%A9dicamentueux,pouvant%20succ%C3%A9der%20%C3%A0%20une%20autom%C3%A9dication.>

[21] [Médicaments après 65 ans : effets indésirables fréquents \(iatrogénie\) 3 février 2021 AMELI](https://www.ameli.fr/assure/sante/medicaments/medicaments-et-situation-de-vie/iatrogenie-medicamenteuse#:~:text=La%20iatrog%C3%A9nie%20m%C3%A9dicamenteuse%20d%C3%A9signe%20l'affecte%20particuli%C3%A8rement%20les%20personnes%20%C3%A2g%C3%A9es.)

[22] PROPOSITIONS pour une PREVENTION de la IATROGENIE EVITABLE Plaidoyer pour une VIGILANCE THERAPEUTIQUE P. QUENEAU, P. GRANDMOTTET , <https://www.vie-publique.fr/sites/default/files/rapport/pdf/984001548.pdf>

[23] RÉALITÉ DE LA IATROGÉNIE MÉDICAMENTEUSE CHEZ LE SUJET ÂGÉ (1) Docteur M -J. JEAN -PASTOR, D. CASTELLAN Docteur A. SPREUX, Docteur B. BALDIN CRPV Marseille-Provence-Corse CRPV Nice-Côte d'Azur <https://www.omeditpacacorse.fr/wp-content/uploads/2018/05/3-Re%CC%81alite%CC%81-iatroge%CC%81nie.pdf>

[24] Physiologie du vieillissement C. de Jaeger <https://www.institutdejaeger.com/sites/default/files/PHYSIOLOGIE-DU-VIEILLISSEMENT-EMC-2017.pdf>

[25] Enquête nationale sur les événements indésirables liés aux soins (ENEIS) <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sources-outils-et-enquetes/enquete-nationale-sur-les-evenements-indesirables-lies-aux-soins-eneis>

[26] Preventable and nonpreventable risk factors for adverse drug events related to hospital admissions in the elderly. A prospective study. 47. Doucet J, Jegou A, Noel D, Geffroy CE, Capet C, Coquard A. Clin Drug Invest 2002;22(6):385-92. <https://www.medscape.com/viewarticle/441229>

[27] Pharmacie clinique et thérapeutique De Association Nationale Des Enseignants De Pharmacie Clinique, S.Limat, A.Dupuis, P.Fagnoni, B.Demoré, C. Fernandez, G. Aulagner, J.Cazin https://books.google.fr/books?id=xFdxDwAAQBAJ&pg=PA12&lpg=PA12&dq=Ind%20m%C3%A9dicamentueux+a+%20%C3%A9t%C3%A9+estim%C3%A9+entre+4120+et+5305+%E2%82%AC.&source=bl&ots=SmIKXyrmsW&sig=ACfU3U0uMGukWNffacwJNHU_8ryLtJ5gw&hl=fr&sa=X&ved=2ahUKEwjy8a-mnfrzAhWzCGMBHf0BDCMQ6AF6BAguEAM#v=onepage&q=4120%20et%205305%20%E2%82%AC%2C&f=false

[28] Réviser les ordonnances à rallonge chez les seniors pour limiter les risques

21 SEPTEMBRE 2017 https://www.france-assos-sante.org/communiqu%C3%A9_presse/reviser-les-ordonnances-a-rallonge-chez-les-seniors/

[29] Polymédication et pathologies chroniques multiples : opinions et pratiques des médecins généralistes 25/10/2017 <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/polymedication-et-pathologies-chroniques-multiples-opinions-et-pratiques-des-medecins-generalistes>

- [30] Les prescriptions des médecins généralistes et leurs déterminants n°440 novembre 2005 <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/er440.pdf>
- [31] Automédication : les bonnes pratiques publié 01/04/2019 <https://www.conseil-national.medecin.fr/patient/sante/automedication-bonnes-pratiques>
- [32] Automédication : l'officine en première ligne 12/2019 <https://www.sanofi.fr/fr/Actualites/nos-actualites/automedication-l-officine-en-premiere-ligne>
- [33] Prescription médicamenteuse chez le sujet âgé (1) - Médecin traitant 01/11/2015 https://www.has-sante.fr/jcms/c_428595/fr/prescription-medicamenteuse-chez-le-sujet-age-1-medecin-traitant
- [34] Article 8 - Liberté de prescription CNOM <https://www.conseil-national.medecin.fr/code-deontologie/devoirs-generaux-medecins-art-2-31/article-8-liberte-prescription>
- [35] Improving the quality of medication use in elderly patients: a not-so-simple prescription Jerry H Gurwitz, Paula Rochon, Food and Drug Administration (U.S.) <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12153368/>
- [36] La prescription de médicaments à service médical rendu insuffi sant en 2001 Florence Naudin, Catherine Sermet <https://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes82.pdf>
- [37] L'étude des Trois cités : relation entre pathologie vasculaire et démence https://assurance-maladie.ameli.fr/sites/default/files/2006-06_etude-trois-cites_revue-medicale-assurance-maladie-2006-2_assurance-maladie.pdf
- [38] « Comment travaillent les médecins généralistes ? » Une étude de Doctolib sur l'activité des médecins généralistes Avril 2017 https://toute-la.veille-acteurs-sante.fr/files/2017/05/170429_Synth%C3%A8se-Etude_MG.pdf
- [39] Loi hspt du 21 juillet 2009 légifrance [LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires - Légifrance \(legifrance.gouv.fr\)](https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2009/7/21/2009-879)
- [40] Pharmacien correspondant académie française de pharmacie [Rapport Pharmacien Correspondant RM RMC JPC Vd 23 déc 09 word \(acadpharm.org\)](https://www.acadpharm.org/rapport-pharmacien-correspondant-rm-rmc-jpc-vd-23-dec-09-word)
- [41] Missions de coopération introduites par la loi « hôpital, patients, santé et territoires » : participation des pharmaciens d'officine en Aquitaine M.d'Elbéa M.Baumevieille C.Dumartin [Missions de coopération introduites par la loi « hôpital, patients, santé et territoires » : participation des pharmaciens d'officine en Aquitaine - ScienceDirect](https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1877705815000000)
- [42] Avis relatif à l'avenant n° 22 à la convention nationale du 4 avril 2012 organisant les rapports entre les pharmaciens titulaires d'officine et l'assurance maladie JORF n°0010 du 12 janvier 2012 Texte n° 63 [Arrêté du 4 mai 2012 portant approbation de la convention nationale organisant les rapports entre les pharmaciens titulaires d'officine et l'assurance maladie - Légifrance \(legifrance.gouv.fr\)](https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arr/2012/5/4/2012-0063)
- [43] Avis n°2017.0082/AC/SA3P du 4 octobre 2017 du collège de la Haute Autorité de santé [ac 2017_0082_cnamts_bilan_medication_cd_2017_10_04_vd.pdf \(has-sante.fr\)](https://www.has-sante.fr/fr/avis/avis-2017-0082-cnamts-bilan-medication-cd-2017-10-04-vd.pdf)
- [44] Arrêté du 9 mars 2018 portant approbation de l'avenant 12 à la convention nationale du 4 mai 2012 JORF n°0063 du 16 mars 2018 <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000036711358>
- [44] Recommandations pour l'aménagement des locaux de l'officine 05/02/2013 [http://www.ordre.pharmacien.fr/Communications/Publications-ordinales/Recommandations-pour-l-amenagement-des-locaux-de-l-officine](https://www.ordre.pharmacien.fr/Communications/Publications-ordinales/Recommandations-pour-l-amenagement-des-locaux-de-l-officine)

- [45] Avis relatif à l'avenant n° 19 à la convention nationale du 4 avril 2012 organisant les rapports entre les pharmaciens titulaires d'officine et l'assurance maladie JORF n°0029 du 4 février 2020 <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000041521799>
- [46] Préconisations pour la pratique des bilans partagés de médication Décembre 2017 SPFC https://sfpc.eu/wp-content/uploads/2019/08/sfpc_memo_bilan_partag_de_medication_vdef_dc_2017.pdf
- [47] Qu'est-ce que le Dossier Pharmaceutique ? ordre des pharmaciens <http://www.ordre.pharmacien.fr/Le-Dossier-Pharmaceutique/Qu-est-ce-que-le-DP>
- [48] Découvrir le DMP ameli <https://www.dmp.fr/patient/je-decouvre#Le-DMP-qu-est-ce-que-c-est>
- [49] Info mon espèce santé ameli <https://www.monespacesante.fr/>
- [50] Fonction rénale : comment la mesurer ? Comment interpréter les mesures ? B. Dussol, N. Jourde-Chiche 21/07/2009 <https://www.em-consulte.com/article/222111/fonction-renale-comment-la-mesurer-comment-interpr>
- [51] Interactions médicamenteuses en pratique quotidienne - 19/12/13 C. Abbara, B. Lelièvre, D. Bourneau-Martin, B. Diquet <https://www.em-consulte.com/article/859378/interactions-medicamenteuses-en-pratique-quotidien>
- [52] LOI n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article_jo/JORFARTI000038821338
- [53] Vidal, l'intelligence médicale au service du soin <https://www.vidalfrance.com/societe/a-propos-de-vidal>
- [54] banque de données sur les médicaments Thériaque <https://www.theriaque.org/apps/contenu/journal.php?menu=4>
- [55] base de données publique des médicaments <https://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr/>
- [56] guide papa <https://sfgg.org/actualites/guide-papa-coupon-pour-obtenir-le-guide/>
- [57] GPR <http://sitegpr.com/fr/>

SERMENT DE GALIEN

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

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

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

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

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

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

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



ROUSSEL Alexandre

Bilan partagé de médication à l'officine : Étude sur les difficultés de réalisation chez les pharmaciens normands.

Th. D. Pharm., Rouen, 2022, 114 p.

RESUME

Dès le début de l'année 2020, la pandémie du coronavirus a eu des répercussions énormes sur le mode d'exercice des pharmaciens en officine. Cette crise sanitaire sans précédent fut notamment un frein majeur à la mise en place des bilans partagés de médication (BPM) en officine, même si nombre de pharmaciens considèrent cette mission comme un rouage essentiel du parcours de soins du patient pour les années à venir.

Le BPM répond à des problèmes de santé publique qui affligent notre système de soins depuis de nombreuses années : la surconsommation de biens de santé et l'iatrogénie médicamenteuse chez le sujet âgé. L'objectif primordial du BPM est de réduire ce risque médicamenteux par divers moyens : une prise en charge thérapeutique personnalisée du patient, une meilleure observance du patient vis-à-vis de son traitement, une baisse de la polymédication prescrite ou non, le renforcement de l'adhésion de tout un réseau interprofessionnel en optimisant la stratégie de soins du patient avec un lien rapproché entre pharmaciens, médecins traitants, infirmiers, ...

Une enquête sous forme d'un questionnaire a été réalisée auprès d'un échantillon de pharmaciens titulaires de Haute-Normandie afin d'évaluer leurs difficultés dans la mise en pratique des BPM au sein de leur officine.

Une synthèse des différentes réponses permet de mettre en lumière quelques pistes d'amélioration quant à la réalisation des BPM au cours de l'exercice officinal.

Ce BPM pourrait permettre à l'avenir de recentrer le métier du pharmacien sur son rôle d'expert du médicament et de professionnel de santé à part entière.

MOTS CLES : Bilan partagé de médication, officine, pharmacien, iatrogénie médicamenteuse

JURY

Présidente : Dr LAHIANI-SKIBA Malika, Docteur en Pharmacie et Maître de Conférences en Pharmacie Galénique

Membres : Dr Cécile Detuncq, Docteur en Pharmacie et Professeur Associé Universitaire
Dr DORE Nicolas, Docteur en Pharmacie et Pharmacien Titulaire d'Officine

DATE DE SOUTENANCE : 10 juin 2022