

ACADÉMIE D'ORLÉANS-TOURS

UNIVERSITÉ DE TOURS

FACULTE DE PHARMACIE « Philippe-Maupas »

Année 2020

N°11

THÈSE D'EXERCICE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE

par Juliette Defer née le 09/10/1995, Paris XIème

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 29 AVRIL 2020

BILANS PARTAGÉS DE MÉDICATION : RETOURS SUR LEUR MISE EN
PLACE DANS LA RÉGION CENTRE-VAL-DE-LOIRE

JURY

Présidente : Mme Véronique Maupoil, Pharmacien, Professeur des
Universités, Directrice de la Faculté de Pharmacie de Tours

Membres : Mme Laura Foucault-Fruchard, Pharmacien AHU
M. Paul-Olivier Perichon, Pharmacien assistant hospitalier
M. Philippe Dogniez, Pharmacien d'officine

ANNEE : 2019 - 2020

Directrice : Pr Véronique MAUPOIL

Directeur Adjoint : M. Hervé MARCHAIS

Assesseurs : Pr Daniel ANTIER, M. Matthieu JUSTE, Pr Karine MAHEO, Mme Audrey OUDIN

ENSEIGNANTS

17 PROFESSEURS

ALLOUCHI	Hassan	CHIMIE PHYSIQUE
ANTIER	Daniel	PHARMACIE CLINIQUE
BARIN	Francis	MICROBIOLOGIE-IMMUNOLOGIE-BIOEPIDEMIOLOGIE
BRAND	Denys	MICROBIOLOGIE-IMMUNOLOGIE-BIOEPIDEMIOLOGIE
CHEVALIER	Stéphane	BIOCHIMIE GENERALE & BIOTHERAPIE
CHOURPA	Igor	CHIMIE ANALYTIQUE & HYDROLOGIE
CLASTRE	Marc	BIOLOGIE CELLULAIRE & BIOCHIMIE VEGETALE
DIMIER-POISSON	Isabelle	IMMUNOLOGIE PARASITAIRE
EMOND	Patrick	BIOPHYSIQUE & MATHEMATIQUES
ENGUEHARD-GUEIFFIER	Cécile	PHARMACOGNOSIE
GIRAUDAU	Bruno	BIOPHYSIQUE & MATHEMATIQUES
LANOTTE	Philippe	MICROBIOLOGIE-IMMUNOLOGIE-BIOEPIDEMIOLOGIE
MAHEO	Karine	PHYSIOLOGIE
MAUPOIL-DAVID	Veronique	PHARMACOLOGIE
POUPLARD	Claire	HEMATOLOGIE
THIBAULT	Gilles	MICROBIOLOGIE-IMMUNOLOGIE-BIOEPIDEMIOLOGIE
VIAUD-MASSUARD	Marie-Claude	CHIMIE ORGANIQUE

2 PROFESSEURS EMERITES

AGAFONOV	Viatcheslav	CHIMIE PHYSIQUE
GUILLOTEAU	Denis	BIOPHYSIQUE & MATHEMATIQUES

38 MAITRES DE CONFERENCES

ALLARD-VANNIER	Emilie	PHARMACIE GALENIQUE
ARLICOT	Nicolas	BIOPHYSIQUE & MATHEMATIQUES
AUBREY	Nicolas	BIOCHIMIE GENERALE & BIOTHERAPIE
BAKRI	Françoise	HYGIENE SANTE PUBLIQUE & TOXICOLOGIE
BESSON	Pierre	PHYSIOLOGIE
BONNIER	Franck	CHIMIE ANALYTIQUE & HYDROLOGIE
BOUDESOCQUE-DELAYE	Leslie	PHARMACOGNOSIE
BOUVIN-PLY	Mélanie	MICROBIOLOGIE-IMMUNOLOGIE-BIOEPIDEMIOLOGIE
BRAIBANT	Martine	MICROBIOLOGIE-IMMUNOLOGIE-BIOEPIDEMIOLOGIE
BREDELOUX	Pierre	PHARMACOLOGIE
DAVID	Stéphanie	PHARMACIE GALENIQUE
DEBIERRE-GROCKIEGO	Françoise	IMMUNOLOGIE PARASITAIRE

DELAYE	Pierre-Olivier	CHIMIE THERAPEUTIQUE
DENEVAULT	Caroline	CHIMIE THERAPEUTIQUE
DOUZIECH-EYROLLES	Laurence	AFFAIRE REGLEMENTAIRE ET MANAGEMENT DE LA QUALITE
DUMAS	Jean-François	BIOCHIMIE GENERALE ET BIOTHERAPIE
GERMON	Stéphanie	IMMUNOLOGIE PARASITAIRE
GLEVAREC	Gaëlle	BIOLOGIE CELLULAIRE & BIOCHIMIE VEGETALE
HERVE-AUBERT	Katel	CHIMIE ANALYTIQUE & HYDROLOGIE
JUSTE	Matthieu	IMMUNOLOGIE PARASITAIRE
LAJOIE	Laurie	MICROBIOLOGIE-IMMUNOLOGIE-BIOEPIDEMIOLOGIE
LANOUE	Arnaud	BIOLOGIE CELLULAIRE & BIOCHIMIE VEGETALE
MARC	Jillian	BIOMOLECULES ET BIOTECHNOLOGIES VEGETALES
MARCHAIS	Hervé	PHARMACIE GALENIQUE
MAVEL	Sylvie	CHIMIE THERAPEUTIQUE
MUNNIER	Emilie	PHARMACIE GALENIQUE
OMBETTA-GOKA	Jean-Edouard	CHIMIE ORGANIQUE
ODIN	Audrey	BIOLOGIE CELLULAIRE & BIOCHIMIE VEGETALE
PASQUALIN	Côme	PHARMACOLOGIE
PRIE	Gildas	CHIMIE ORGANIQUE
RESPAUD	Renaud	CHIMIE ANALYTIQUE & HYDROLOGIE
SOUCE	Martin	CHIMIE ANALYTIQUE & HYDROLOGIE
TAUBER	Clovis	BIOPHYSIQUE & MATHEMATIQUES
VELGE-ROUSSEL	Florence	IMMUNOLOGIE PARASITAIRE
VERCOULLIE	Johnny	BIOPHYSIQUE & MATHEMATIQUES
VERGOTE	Jackie	AFFAIRE REGLEMENTAIRE ET MANAGEMENT DE LA QUALITE
VIERRON	Emilie	BIOPHYSIQUE & MATHEMATIQUES
ZHANG	Bei-Li	PHARMACOLOGIE

1 DIRECTEUR DE RECHERCHE

CHALON	Sylvie	INSERM
--------	--------	--------

2 CHARGES DE RECHERCHE

MEVELEC	Marie-Noëlle	INRA
MOIRE	Nathalie	INRA

1 PRAG

WALTERS-GALOPIN	Susan	ANGLAIS
-----------------	-------	---------

3 AHU

FOUCAULT	Amélie	HEMATOLOGIE
FOUCAULT-FRUCHARD	Laura	PHARMACIE CLINIQUE
MARLET	Julien	MICROBIOLOGIE-IMMUNOLOGIE-BIOEPIDEMIOLOGIE

4 ATER

BILLET	Kevin	BIOLOGIE CELLULAIRE & BIOCHIMIE VEGETALE
DRIOUCH	Abderrazzak	BIOPHYSIQUE & MATHEMATIQUES
LAKHRIF	Zineb	FORMATIONS BIO3 INSTITUTE
VERGES	Valentin	BIOLOGIE CELLULAIRE & BIOCHIMIE VEGETALE



SERMENT DE GALIEN

En présence des Maitres de la Faculté, je fais le serment :

D'honorer ceux qui m'ont instruit(e) dans les préceptes de mon art et de leur témoigner ma reconnaissance en restant fidèle aux principes qui m'ont été enseignés et d'actualiser mes connaissances ;

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 Déontologie, de l'honneur, de la probité et du désintéressement ;

De ne jamais oublier ma responsabilité et mes devoirs envers la personne humaine et sa dignité ;

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

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

De faire preuve de loyauté et de solidarité envers mes collègues pharmaciens ;

De coopérer avec les autres professionnels de santé ;

Que les Hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert(e) d'opprobre et méprisé(e) de mes confrères si j'y manque.

Date : 29/05/2020

L'étudiant

Mlle Defer Juliette

Le Doyen de la Faculté

Mme Véronique Maupoil

REMERCIEMENTS

A Mme Maupoil, présidente de ce jury,

Je vous remercie de m'avoir fait l'honneur de présider cette thèse et d'avoir répondu présente malgré les conditions actuelles exceptionnelles.

A Laura Foucault et Paul Olivier Perichon, directeurs de cette thèse,

Merci d'avoir accepté de diriger cette thèse. Merci pour votre aide, votre disponibilité, votre réactivité, votre patience et votre écoute tout au long de l'écriture de cette thèse et particulièrement ces dernières semaines. Merci de votre implication et de votre gentillesse. Merci encore de votre présence en ce jour singulier.

A Philippe Dogniez,

Quelques lignes ne suffiront pas pour vous rendre tout ce que vous m'avez apporté tout au long de mes années d'études. De la première année et jusqu'à la dernière, vous m'avez vu grandir et prendre de l'assurance. Vous n'avez cessé de m'apprendre, de me former et de me faire confiance. Vous êtes le déclencheur de mon envie de l'officine et j'ai aimé apprendre à vos côtés et à ceux de l'équipe tout entière. Gwenaëlle, Laurène, Colleen et Jean, je garderai précieusement le souvenir de votre bonne humeur, votre bienveillance et votre humanité. Merci à vous tous pour tous ces beaux moments partagés autant professionnels qu'amicaux.

A Mme Vierron,

Merci pour votre gentillesse, votre disponibilité et pour le temps que vous avez pris pour m'écouter et me conseiller.

A mes parents et mon frère,

Papa, Maman, vous qui depuis 24 ans n'avez jamais cessé de m'aimer, de me soutenir, de m'encourager, de me conseiller. Vous qui m'épauliez depuis le premier jour et qui me suivez dans tous mes choix. Je ne saurais résumer combien je suis reconnaissante de vous avoir dans ma vie. Merci de votre présence durant toutes mes années d'étude. Merci d'avoir cru en moi et merci mille fois pour tout ce que vous avez fait pour moi. Papa, merci pour les relectures, les conseils avisés, l'attention que tu as portée à cette thèse et merci pour le temps que tu y as consacré. Enfin, merci Aurélien pour cette complicité si précieuse que l'on a, merci pour ton soutien et pour tout ce que tu m'apportes depuis toutes ces années.

A ma grand-mère Marie,

Mamie, merci pour ton inspiration, pour toutes ces belles valeurs que tu m'as transmises, ton courage démesuré et ton amour.

A mon grand-père Hubert et ma grand-mère Nicole,

Papi, Mamie, merci pour votre soutien, votre amour et cette éternelle fierté dans vos yeux qui m'a toujours porté et donné confiance en moi. Mamie, même si tu manques à l'appel aujourd'hui, je sais que tu me regardes avec toute ta bienveillance.

A mes amies de toujours, Clarisse et Laurane,

Qui l'aurait prédit qu'on en serait là aujourd'hui. Elle est loin l'école Robert Doisneau ... Et pourtant vous êtes toujours là. Merci pour votre présence depuis tout ce temps, merci pour cette amitié indéfectible, merci pour tous ces moments partagés, ces souvenirs, ces aventures et pour tout ce qu'il nous reste encore à écrire ensemble. Merci de m'avoir toujours soutenue sans jamais me

lâcher et de vous réjouir de mes réussites comme si elles étaient les vôtres.

A Célia, Mimi,

Merci à cette terminale qui t'as mise sur ma route. Un coup de foudre amical comme on en a pas tous les jours. Si j'en suis là, c'est grâce à toi et je ne l'oublierai jamais. Merci d'avoir rendu ma dernière année au lycée aussi agréable et ma PACES inoubliable. Merci pour ces fous rires à n'en plus s'arrêter. Merci d'être là chaque jour depuis, merci pour ton soutien sans faille et tous tes conseils précieux pendant ces mois d'écriture.

A mes amis Benoît, Camille, Justine, Mathilde et Sandrine,

Il y a les amis, il y a la famille. Et puis il y a les amis qui deviennent une famille. Merci pour toutes ces années, merci pour ces cours en amphitheâtre, ces TP, ces fous rires, ces pleurs, ces RU, ces soirées (au Tropicana ou ailleurs), ces WEI, ces voyages ... Merci pour tous ces moments qui sont gravés à vie dans ma mémoire. Merci pour votre amitié, vos encouragements, votre soutien infaillible, merci d'être si présents dans ma vie au quotidien et merci d'être vous. Et plus particulièrement merci à toi Benoît pour tous ces dimanches d'écriture, pour tes conseils et ton écoute. J'ai hâte de vous serrer très fort dans mes bras.

A mes collègues de la pharmacie Centrale,

Tout d'abord, merci Victor de m'avoir fait rentrer dans cette équipe. Merci de votre soutien et de votre implication précieuse dans cette thèse. Merci Céline, Christine, Élodie, Flore et Marie-Pierre de m'avoir si bien accueillie. Merci pour vos encouragements, votre gentillesse, votre bienveillance, votre bonne humeur et votre joie de vivre. Je n'aurai pas pu rêver meilleure équipe pour commencer dans ma vie professionnelle.

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES ABRÉVIATIONS.....	12
LISTES DES ILLUSTRATIONS, TABLEAUX ET FIGURES.....	14
INTRODUCTION.....	17
PARTIE I : LE SUJET ÂGÉ : UN SUJET FRAGILE.....	19
A. VIEILLISSEMENT ET POLYPATHOLOGIE.....	19
B. POLYMÉDICATION CHEZ LE SUJET ÂGÉ.....	20
• 1. Concept de polymédication.....	20
• 2. Prescriptions potentiellement inappropriées	21
• 3. Conséquences de la polymédication.....	24
C. IATROGÉNIE MÉDICAMENTEUSE.....	25
• 1. Concept de iatrogenie medicamenteuse.....	25
1.1. Iatrogenie evitable.....	25
1.2. Iatroégnie non évitable.....	27
• 2. Modifications physiologiques liées à l'âge.....	27
• 3. Prévention de la iatrogénie médicamenteuse.....	34
PARTIE II : BILANS PARTAGÉS DE MÉDICATION EN OFFICINE.....	35
A. PRÉSENTATION DES BPM.....	35
• 1. Caractéristiques du nouveau dispositif.....	35
1.1. Définition.....	35
1.2. Historique.....	35
1.3. Les bénéficiaires.....	36
1.4. Légitimité du rôle du pharmacien.....	38
1.5. Objectifs du dispositif.....	39
• 2. Les pré-requis pour la mise en place des BPM.....	40
2.1. Se former.....	40
2.2. Communiquer.....	41
2.3. Choisir le lieu adapté.....	42
2.4. Tenir un calendrier de rendez-vous.....	42
2.5. Rédiger un protocole.....	42
2.6. S'appuyer sur les outils proposés.....	43

• 3. Descriptifs des entretiens.....	43
3.1. Présentation du dispositif au patient.....	43
3.2. Recueil de l'accord du patient et inscription en ligne.....	44
3.3. Entretien n°1 : le recueil d'informations.....	44
3.4. Analyse médicamenteuse des traitements.....	48
3.5. Entretien « conseil ».....	50
3.6. Suivi de l'observance.....	51
• 4. Rémunération.....	51
B. BILANS DE MÉDICATION À L'ÉTRANGER.....	53
PARTIE III : ENQUÊTE AUPRÈS DE PHARMACIENS DE LA RÉGION CENTRE-VAL-DE-LOIRE.....	57
A. OBJECTIFS DE L'ÉTUDE.....	57
B. MÉTHODE SUIVIE POUR LA RÉALISATION DE L'ÉTUDE.....	57
C. RÉSULTATS DE QUESTIONS COMMUNES.....	62
• 1. Nombre de retours, taux de participation et moyens de réponse utilisés.....	62
• 2. Taux de réalisation de BPM dans l'échantillon.....	63
• 3. Situation géographique des pharmacies de l'étude.....	63
• 4. Nombre de pharmaciens par officine.....	65
D. RÉSULTATS DES QUESTIONS À DESTINATION DES PHARMACIENS NE RÉALISANT PAS DE BPM	67
• 1. Étude des freins à l'exercice des BPM.....	67
• 2. Les pharmaciens de la région CVL souhaitent-ils être accompagnés dans cette mise en place et comment ?.....	68
E. RÉSULTATS DES QUESTIONS À DESTINATION DES PHARMACIENS RÉALISANT DES BPM.....	71
• 1. Dates de mise en place des BPM dans l'officine	71
• 2. Nombre de BPM réalisés.....	71
• 3. Profil des patients ayant bénéficié des BPM.....	74
• 4. Entretiens réalisés au domicile du patient.....	74
• 5. Outils utilisés par les pharmaciens dans l'exercice des BPM.....	74
• 6. Outils de communication avec les médecins traitants.....	76
• 7. Difficultés rencontrées dans l'exercice des BPM.....	77
• 8. Évaluation des BPM par les pharmaciens.....	77
F. DISCUSSION.....	81
D. CONCLUSION.....	93

BIBLIOGRAPHIE.....	95
ANNEXES.....	101

LISTE DES ABRÉVIATIONS

AFSSAPS : Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé

AINS : Anti-Inflammatoires Non Stéroïdiens

ALD : Affection Longue Durée

ANSM : Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé

AOD : Anticoagulants Oraux Directs

ATU : Autorisation Temporaire d'Utilisation

AVK : Anti Vitamine K

BHE : Barrière Hémato-Encéphalique

BPM : Bilans Partagés de Médication

CNAM : Caisse Nationale de l'Assurance Maladie

CNP : Conseil National Professionnel

CROP : Conseil Régional de l'Ordre des Pharmaciens

DFG : Débit de Filtration Glomérulaire

DMP : Dossier Médical Partagé

DP : Dossier Pharmaceutique

DPC : Développement Professionnel Continu

EHPAD : Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes

ETP : Éducation Thérapeutique du Patient / Équivalent Temps Plein

ESPS : Enquête Santé et Protection Sociale

EVSI : Espérance de Vie Sans Incapacité

FSPF : Fédération des Syndicats Pharmaceutiques de France

GPR : Guide de Prescription et Rein

Guide PAPA : Guide des Prescriptions Médicamenteuses Adaptées aux Personnes Âgées

HAS : Haute Autorité de Santé

HMR : Home Medicines Review

HPST : Loi Hôpital Patient Santé Territoire

IDPP4 : Inhibiteurs de la Dipeptidyl Peptidase 4

IEC : Inhibiteurs de l'Enzyme de Conversion

IPP : Inhibiteurs de la Pompe à Protons

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

JORF : Journal Officiel de la République Française

LGO : Logiciel de Gestion Officinale

MUR : Medicines Use Review

OMEDIT : Observatoires des Médicaments, Dispositifs Médicaux et Innovations Thérapeutiques

PLFSS : Projet de Loi de Financement de la Sécurité Sociale

PMC : Polymedication Check

PMI : Prescription Médicamenteuse Inappropriée

PPI : Prescriptions Potentiellement Inappropriées

REIPO : Réseau d'Enseignement et d'Innovation en Pharmacie d'Officine

Région CVL : Région Centre-Val-de-Loire

ROSP : Rémunération Sur Objectifs de Santé Publique

SFGG : Société Française de Gériatrie et Gériatologie

SFPC : Société Française de Pharmacie Clinique

UNCAM : Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie

URPS : Union Régionale des Professionnels de Santé

USPO : Union des Syndicats de Pharmaciens d'Officine

LISTES DES ILLUSTRATIONS, TABLEAUX ET FIGURES

TABLEAUX

Tableau I : Tableau récapitulatif des modifications physiologiques observées chez le sujet âgé et leurs conséquences pharmacologiques

Tableau II : Répartition des retours du questionnaire obtenus par moyens utilisés (n = 57)

Tableau III : Répartition départementale des pharmacies de l'étude (n = 57)

Tableau IV : Répartition des pharmacies par milieu selon si elles réalisent des BPM ou non (n = 57)

Tableau V : Répartition du nombre de pharmaciens/officine selon si elles réalisent des BPM ou non (n = 57)

Tableau VI : Répartition du nombre de pharmaciens MDS ayant répondu à l'enquête (n = 57)

Tableau VII : Type d'accompagnement intéressant les pharmaciens (n = 28)

Tableau VIII : Répartition du nombre d'entretiens « recueil » réalisés (n = 20)

Tableau IX : Répartition du nombre d'entretiens « conseil » réalisés (n = 20)

ILLUSTRATIONS

Illustration 1 : Tableau de recueil des traitements pris par le patient, Guide de l'Assurance maladie

Illustration 2 : Questionnaire de Girerd (évaluation de l'observance du patient), Guide de l'Assurance maladie

Illustration 3 : Conditions de rémunération des BPM, « Officine Avenir » n°17, janvier 2018

Illustration 4 : Questionnaire format papier (partie à destination des pharmaciens ne réalisant pas de BPM dans leur officine)

Illustration 5 : Questionnaire format papier (partie 1/2 à destination des pharmaciens réalisant des BPM dans leur officine)

Illustration 6 : Questionnaire format papier (partie 2/2 à destination des pharmaciens réalisant des BPM dans leur officine)

FIGURES

Figure 1 : Répartition des pharmacies de l'étude en fonction du nombre d'ETP pharmaciens (n = 57)

Figure 2 : Répartition des freins mentionnés par les pharmaciens de l'étude (n = 37)

Figure 3 : Répartition des thèmes de formations intéressant les pharmaciens (n = 37)

Figure 4 : Nombre de pharmacies réalisant des BPM en fonction de leur date de lancement (n = 20)

Figure 5 : Répartition du nombre d'entretiens « recueil » réalisés par pharmacie (n = 20)

Figure 6 : Comparaison du nombre d'entretiens recueil et conseil réalisés par les pharmacies interrogées (n = 20)

Figure 7 : Répartition des outils utilisés par les pharmaciens de l'étude (n = 20)

Figure 8 : Moyens de communication pharmacien-médecin utilisés (n = 20)

Figure 9 : Répartition des difficultés rencontrées par les pharmaciens de l'échantillon (n = 20)

Figure 10 : Évaluation des pharmaciens sur l'intérêt des BPM dans la lutte contre la iatrogénie médicamenteuse (n = 20)

Figure 11 : Évaluation des pharmaciens concernant les BPM et leur capacité à aider les patients à être plus acteur de leur santé (n = 20)

Figure 12 : Évaluation des pharmaciens concernant les BPM et leur capacité à améliorer l'observance des patients (n = 20)

Figure 13 : Évaluation des pharmaciens concernant les BPM et leur capacité à favoriser la relation patient-pharmacien (n = 20)

INTRODUCTION

Aujourd'hui, le monde fait face à un vieillissement de la population. Ce phénomène est particulièrement présent dans les pays de l'hémisphère nord. D'après les statistiques du Rapport sur l'état de la population mondiale publié par l'Organisation des Nations Unies en 2019, 1 personne sur 11 a aujourd'hui plus de 65 ans contre 1 personne sur 6 prévue d'après les projections sur 2050 (1). L'organisation internationale présage également un triplement de la catégorie des personnes âgées de plus de 80 ans (2).

En France, selon les chiffres mentionnés par l'Institut National de la Statistique et des Études économiques (INSEE), les sujets de 65 ans et plus représentaient en 2019 20% de la population et ce chiffre pourrait atteindre 26% en 2050 (3). Par ailleurs, l'espérance de vie des français à la naissance en 2018, rapportée par l'INSEE, était de 85,3 ans pour les femmes et de 79,4 ans pour les hommes (4).

Malgré un allongement progressif de cette espérance de vie, on observe une stagnation de l'Espérance de Vie Sans Incapacité à 65 ans (EVSI) depuis quelques années. L'espérance de vie sans incapacité ou espérance de vie en bonne santé mesure le nombre d'années que peut espérer vivre une personne au delà de 65 ans sans être limitée dans ses activités de la vie quotidienne. Selon une publication du Ministère des Solidarités et de la Santé d'octobre 2019, l'EVSI à 65 ans en France s'élève à 11,2 ans chez les femmes contre 10,1 ans chez les hommes (5).

C'est à cette EVSI que nous allons nous attacher dans cette étude. Dans un souci de pouvoir lier quantité et qualité de vie, de nouvelles mesures ont été mises en place pour améliorer la prise en

charge du sujet âgé. En officine, apparaissent en 2018 de nouveaux entretiens thérapeutiques destinés aux patient âgés de 65 ans et plus, appelés Bilans Partagés de Médication (BPM). Le but premier de ces BPM est d'améliorer la qualité des prescriptions chez le sujet âgé afin de limiter la polymédication inutile et la iatrogénie médicamenteuse. *In fine*, ils visent à réduire les accidents iatrogènes et les coûts de santé qu'ils engagent pour préserver une EVSI la plus importante possible.

J'ai décidé de traiter ce sujet car il mêle pharmacie clinique et éducation thérapeutique, deux sujets auxquels je porte un grand intérêt. Cette préoccupation s'est confirmée durant mon stage de 5HU effectué à l'hôpital Bretonneau de septembre 2017 à août 2018 où j'ai été confronté à ces deux thèmes. Mon premier quadrimestre s'est déroulé à l'UMCo (Unité de Médecine Communautaire), un service post-urgence gériatrique accueillant les sujets âgés redirigés après un court séjour aux urgences de Trousseau. Une grande majorité des motifs d'entrée étaient dus à des accidents iatrogènes. Ainsi, hormis le travail de conciliation médicamenteuse (qui pourrait d'ailleurs s'apparenter à l'entretien recueil des BPM), il y avait une réelle recherche d'optimisation des traitements avec une collaboration directe médecin-pharmacien. A la suite de ce stage j'ai rejoint deux autres services dont l'UNV (Unité de Neurologie Vasculaire), service post AVC et le service de Néphrologie et greffe qui m'ont permis de réaliser des entretiens thérapeutiques auprès des patients et de me rendre compte de l'intérêt de ceux-ci sur l'observance et le bon usage des médicaments.

Ainsi, convaincue de l'intérêt de ce nouveau dispositif en ville, j'ai souhaité mener mon travail de thèse sur la mise en place des BPM dans la région Centre-Val-de-Loire (CVL).

PARTIE I : LE SUJET ÂGÉ : UN SUJET FRAGILE

A. VIEILLISSEMENT ET POLYPATHOLOGIE

Avec l'âge, le nombre de pathologies chroniques chez un même individu augmente. On parle alors de polypathologie ou de multimorbidité. En moyenne, ce sont environ 2,5 maladies chroniques et 1,9 maladies non chroniques déclarées chez les sujets âgés de plus de 60 ans selon l'enquête menée par l'INSEE (6). Cette étude de santé permet également de mettre en évidence un plus grand nombre de pathologies déclarées chez les femmes. Depuis 1988, l'Institut de Recherche et de Documentation en Économie de la Santé (IRDES) mène l'Enquête Santé, Soins et Protection Sociale (ESPS). Il s'agit d'une enquête de référence sur la santé, l'accès aux soins et la couverture maladie en France. Les données recueillies proviennent d'un échantillon de 8000 ménages ordinaires, soit 22 000 personnes, représentatif de près de 97% de la population française métropolitaine. L'enquête permet notamment d'évaluer la répartition des pathologies chez les plus de 65 ans. En premières lignes sont retrouvées les affections bucco-dentaires et visuelles touchant respectivement 94,7% et 81,8% des sujets âgés de 65 ans et plus. Puis sont retrouvées les pathologies endocriniennes et métaboliques (71,5%), les maladies de l'appareil circulatoire (74,4%), les atteintes ostéo-articulaires et musculaires (53,3%). Plus loin derrière sont mentionnées les maladies de l'appareil digestif (37,5%), les troubles mentaux et du sommeil (28,6%) et les troubles auditifs (27,1%) (7). Cette polypathologie est à l'origine d'un second phénomène : la polymédication.

B. POLYMÉDICATION CHEZ LE SUJET ÂGÉ

- 1. Concept de polymédication

Le sujet âgé polypathologique est exposé inévitablement à la polymédication. Elle est définie selon l'OMS par « l'administration de nombreux médicaments de façon simultanée ou l'administration d'un nombre excessif de médicaments » (8).

L'IRDES a publié en 2014 une revue intitulée « La polymédication : définitions, mesures et enjeux » (9). Dans cet article, l'institut décrit la polymédication selon trois types d'indicateurs. La polymédication simultanée correspond au nombre de médicaments pris simultanément par le patient un jour donné (notion transitoire) tandis que la polymédication cumulative fait référence à la somme des médicaments administrés au cours d'une période donnée (le plus souvent 3 mois). Enfin, la polymédication continue ne s'intéresse qu'aux prescriptions régulières et prolongées. Dans la littérature, aucun consensus n'a été établi afin de déterminer un seuil de médicaments pour définir la polymédication. Cependant, le plus souvent, il sera fixé à 5 molécules ou plus.

Dans son enquête, l'IRDES a retenu plusieurs indicateurs de polymédication qui ont été testés dans la base Disease Analyzer (DA) d'IMS-Health conciliant des informations concernant les prescriptions d'un panel de médecins généralistes français. Ainsi, la prévalence de la polymédication continue chez les sujets âgés de plus de 75 ans est estimée à 39%. Le chiffre obtenu, bien que déjà fort élevé est en de-ça de la réalité car la base de donnée utilisée ne prend pas en compte l'automédication, les prescriptions hospitalières, les visites médicales à domiciles et les médicaments prescrits non remboursés.

L'institut, dans le cadre de son enquête Santé, Soins et Protection Sociale publiée en 2002, comptabilise également une prise quotidienne moyenne de 3,9 médicaments pour un sujet de plus de 65 ans. Par classe d'âges, les sujets de 60 à 69 ans en consomment 3 contre 3,9 pour les 70-79 ans et 4,4 pour les 80 ans et plus. Les femmes ont une consommation médicamenteuse plus élevée que les hommes (7). L'IRDES précise aussi les classes thérapeutiques les plus fréquemment retrouvées chez les sujets âgés de 65 ans et plus. Les médicaments de la sphère cardio-vasculaire occupent la première place avec 67% des sujets âgés de 65 ans et plus qui consomment des médicaments de cette classe quotidiennement. On retrouve ensuite dans l'ordre : les médicaments de la classe « sang et hématopoïèse » (41,6%), les médicaments du système nerveux central (23,3%), les neuroleptiques et psychotropes regroupés dans la catégorie « psycholeptiques » (22,5%), les traitements de l'appareil digestif et du métabolisme (19,6%) et ceux de l'appareil locomoteur (17,9%).

Plus de 10% des sujets français de 75 ans et plus prennent quotidiennement entre 8 et 10 médicaments (10). Une polymédication excessive définie par la prise simultanée de 10 médicaments différents ou plus est observée chez 27% des sujets âgés de plus 65 ans (11).

- 2. Prescriptions potentiellement inappropriées

La polymédication est dite appropriée lorsqu'elle est justifiée par la polypathologie ou une situation médicale complexe et lorsque les traitements prescrits respectent les recommandations (9). On parlera à l'inverse de Prescriptions Potentiellement Inappropriées ou PPI définies comme la prescription de médicaments présentant un risque bien établi d'effets indésirables chez le sujet âgé ou ayant une efficacité discutable. En d'autres termes il s'agit de la prescription d'un

médicament possédant un rapport bénéfice-risque défavorable chez la personne âgée.

Près de la moitié des sujets âgés ont été victimes d'une PPI. Dans 37% des cas, cette prescription comprenait une molécule appartenant à la liste de Laroche.

La liste de Laroche indique les médicaments jugés inappropriés pour les sujets âgés de 75 ans et plus (12). Elle a été établie par un consensus d'experts et représente un indicateur de la qualité de la prescription en gériatrie. Elle est aussi considérée comme un guide de prescription incitant les médecins à évaluer l'intérêt du médicament qu'ils veulent prescrire en fonction des situations cliniques données. Elle a été adaptée à la pratique médicale française en 2008. Depuis, elle est mise à jour régulièrement pour s'adapter à l'évolution des connaissances pharmacologiques et thérapeutiques en gériatrie et du marché pharmaceutique. Elle comprend 34 critères dont 29 médicaments ou classes pharmacologiques potentiellement inappropriés et 5 situations cliniques particulières (hypertrophie bénigne de la prostate et rétention urinaire, glaucome par fermeture de l'angle, incontinence urinaire, démence et constipation chronique) justifiant d'éviter certains médicaments. De plus, cette liste propose des alternatives thérapeutiques plus adaptées. Les molécules mises en lumière sont à éviter le plus possible chez le sujet âgé mais leur prescription peut être envisageable après évaluation du rapport bénéfice-risque. Les classes les plus concernées sont les AINS (Anti-Inflammatoires Non Stéroïdiens), les anticholinergiques, les benzodiazépines et leurs apparentés à longue demi-vie, les vasodilatateurs cérébraux (11)). On retrouve aussi les sulfamides hypoglycémifiants, certains myorelaxants, les laxatifs stimulants et les anti-arythmiques.

Une deuxième liste, La liste STOPP/START, initialement créée en 2008, a été mise à jour et adaptée en langue française en 2015 (13). Comme la liste La Roche, elle se place comme outil de détection de PPI et constitue une aide à la prescription. Elle se différencie de la liste précédente grâce à son application possible dès 65 ans. De plus, elle considère deux volets à la Prescription Médicamenteuse Inappropriée (PMI) : la PPI d'un médicament ainsi que l'omission d'une prescription nécessaire. Ainsi, elle énumère 81 critères de PPI (STOPP) et 34 critères d'omission potentielle d'une prescription nécessaire (START). Elle est utilisée notamment dans les services de post-urgences en gériatrie lors de la réévaluation des traitements en cas d'accident iatrogène. Une étude randomisée réalisée sur 400 patients hospitalisés rapporte que l'application de ces critères dans les 72h suivant l'admission améliore significativement les indices de pertinence des médicaments et de sous-utilisation des médicaments. L'étude mentionne également la nécessité d'une mise à jour régulière des critères tous les 3 ans par un groupe d'experts afin de maintenir la pertinence clinique continue (14).

Un guide intitulé « Prescriptions médicamenteuses adaptées aux personnes âgées » (le guide PAPA) a été rédigé en 2015 par la Société Française de Gériatrie et Gérontologie (SFGG) et le Conseil National Professionnel (CNP) de gériatrie. Celui-ci regroupe au total 42 fiches de « bonne prescription médicamenteuse » adaptées aux sujets de 75 ans et plus. Chaque fiche se décline autour d'une pathologie en indiquant l'objectif du traitement de cette maladie, les moyens thérapeutiques à disposition, des indications concernant la prise en charge thérapeutique préférable, les traitements à éviter ou proscrire et ceux qui doivent être discutés au cas par cas. Enfin, la fiche se termine par des précautions d'emploi et critères de surveillance. Il est à disposition du corps médical et plus particulièrement des gériatres, des médecins généralistes et coordonateurs d'EHPAD (Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes).

- 3. Conséquences de la polymédication

La polymédication est responsable en premier lieu d'une majoration des risques d'interactions médicamenteuses et d'effets indésirables. Chaque nouvelle spécialité prescrite augmente le risque d'effets indésirables de 12 à 18% déclare l'IRDES en se basant sur une étude de 2012. Les effets indésirables sont également 2 fois plus fréquents après 65 ans et plus graves comme le signale l'article « Prévenir la iatrogénèse médicamenteuse chez le sujet âgé » publié par l'AFSSAPS (Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé) en 2005 (15).

En effet, le nombre d'accidents iatrogènes est aussi majoré pouvant conduire dans certains cas à une hospitalisation voire à la dépendance, à l'institutionnalisation ou au décès du patient. Chaque année, 283 000 accidents iatrogènes sont déclarés dont 30 à 60% considérés comme évitables (15,16). Les événements iatrogènes les plus souvent associés à des prescriptions potentiellement inappropriées chez la personne âgée sont la déshydratation, l'insuffisance rénale aiguë, la confusion mentale, les chutes et l'hypoglycémie. (17) Selon la HAS, en 2011, ce sont 115 000 hospitalisations, soit 10 à 20% des hospitalisations des sujets âgés de plus de 65 ans, dont 7457 décès qui ont été imputés à la iatrogénie médicamenteuse (16).

La non-observance est aussi l'une des principales conséquences de la polymédication. Plus le nombre de molécules prescrites est important plus le risque de mésusage augmente : défaut d'adhésion au traitement, oubli de prise, surdosage, inversement de deux médicaments ... La dépression, les troubles cognitifs et l'hypertension artérielle par son caractère asymptomatique sont aussi des facteurs de mauvaise observance. Hors cette non-observance serait responsable de près de 10% des hospitalisations des sujets âgés de plus de 70 ans (18).

Ainsi, la polymédication et la iatrogénie médicamenteuse qui en découle occasionnent à la fois un coût humain et économique très élevé. Il s'agit d'un réel enjeu de santé publique. Les données précédentes mettent en avant les concepts de iatrogénie non évitable d'une part et évitable d'autre part. C'est sur cette dernière que l'on va chercher à agir afin de limiter les conséquences humaines et économiques.

C. IATROGÉNIE MÉDICAMENTEUSE

- 1. Concept de iatrogenie médicamenteuse

La iatrogénie médicamenteuse est au cœur de cette thèse. Elle est définie par l'Assurance Maladie comme « l'ensemble des effets indésirables provoqués par la prise d'un ou plusieurs médicaments » (19). Elle est régie par 3 facteurs : le sujet, son traitement ainsi que des événements aigus pouvant perturber une situation d'équilibre (18). Elle est répartie en deux grandes catégories.

1.1. Iatrogénie évitable

La iatrogénie évitable fait référence à plusieurs situations précises. On retrouve la surconsommation ou *overuse* qui désigne la prescription en excès soit l'utilisation d'une molécule n'ayant pas d'indication chez le sujet ou bien présentant une efficacité moindre. Selon une étude de l'IRDES de 2001, 40% des ordonnances des sujets âgés de 80 ans et plus comprennent au moins un médicament avec un Service Médical Rendu (SMR) insuffisant. Le plus souvent, il s'agit de médicaments veinotoniques et de vasodilatateurs. Elle comprend également par extension les

surdosages et les durées de traitement trop longues (exemple des statines prescrites après 80 ans et des Inhibiteurs de la Pompe à Protons ou IPP au long cours) (17).

A l'inverse, la sous-consommation ou *underuse* signale une sous-prescription ou une absence de traitement mis en place pour une certaine pathologie ou devant des symptômes, malgré l'existence de classes médicamenteuses adaptées (par exemple : la non prise en charge de l'ostéoporose). L'*underuse* fait aussi écho au sous-dosage et à l'inobservance.

Le mauvais usage ou *misuse* quant à lui désigne la prescription inadaptée (détaillée précédemment) ainsi que les interactions médicamenteuses pharmacocinétiques et pharmacodynamiques.

Ajouté à cela, l'effet « cocktail » engendré par la polymédication fait aussi partie de la iatrogénie évitable.

Le patient est victime mais peut également être acteur de cette iatrogénie (exemple : erreur sur les conditions de prises : double dose, oubli, ...) ou encore via la pratique de l'automédication générée par un manque d'informations et de connaissances vis à vis de son traitement et de ses pathologies.

C'est contre cette iatrogénie évitable que l'on va tenter d'agir via la mise en place, entre autres, des BPM en agissant à différents niveaux. Les BPM vont permettre en premier lieu une action au niveau de la prescription via la chasse à la polymédication inutile, aux PPI et aux interactions médicamenteuses en collaboration avec le prescripteur. Mais ils vont permettre aussi l'information

du médecin traitant concernant des pathologies ou symptômes dont il n'a pas connaissance et dont le patient s'est plaint. Enfin, les BPM vont agir sur l'observance du patient via l'information et la formation de ce dernier et de sa famille si nécessaire.

1.2. Iatrogénie non évitable

D'autre part, on retrouve la iatrogénie non évitable résultant soit de l'action du médicament lui-même, de réactions allergiques ou encore du vieillissement physiologique et/ou pathologique du sujet posant des soucis de tolérance ou de toxicité. C'est à cela que l'on va s'intéresser par la suite en énumérant les transformations chez le sujet âgé renforçant sa fragilité et sa sensibilité aux médicaments.

- 2. Modifications physiologiques liées à l'âge

Par définition, le vieillissement regroupe l'ensemble des processus physiologiques et psychologiques modifiant la structure et les fonctions d'un organisme. Il résulte de l'effet cumulé de facteurs génétiques et environnementaux. Il est important de bien différencier l'aspect physiologique du pathologique. Tous les systèmes sont concernés à différentes échelles.

Au niveau des organes, les capacités fonctionnelles sont elles aussi mises à mal au fil des années. Certaines transformations vont avoir un impact direct sur la pharmacocinétique des médicaments.

Au niveau musculaire, le sujet âgé expérimente le phénomène de sarcopénie c'est à dire une diminution de la masse et de la force musculo-squelettique suite à la perte de masse maigre. A

l'inverse, on observe le développement de la masse grasse. La sarcopénie associée à une baisse de la réserve hydrique sont responsables d'une diminution du volume de distribution des molécules hydrosolubles qui auront tendance à l'accumulation. Pour cette raison, leurs posologies devront être adaptées. C'est le cas notamment du Paracétamol. De l'autre côté, les molécules liposolubles telles les benzodiazépines par exemple voient leur volume de distribution augmenter. On note un effet de rémanence qui nécessitera aussi une grande prudence lors de la prescription de ces traitements. (20–24).

Le sujet âgé a aussi une tendance à la dénutrition avec une baisse des taux sériques d'albumine. De ce fait, les molécules avec une liaison aux protéines plasmatiques importante seront massivement relarguées dans la circulation et leur concentration majorée. Cela concerne entre autres les AINS et les AVK (25).

Le système cardio-vasculaire quant à lui est touché par une baisse de la compliance vasculaire altérant le baroréflexe. On observe une tendance à l'hypotension. Du fait d'une difficulté d'adaptation vasomotrice, une attention toute particulière devra être portée envers tous les traitements favorisant les situations d'hypotension et potentiellement les chutes. Sont concernés tous les anti-hypertenseurs, les anti-parkinsoniens ainsi que les anti-cholinergiques. Le risque est accru en cas d'addition des molécules. Le sujet éprouve aussi une plus grande prévalence à l'arythmie. Les médicaments à potentiel arythmogène sont alors aussi à prescrire prudemment. Ils regroupent les traitements hypo et hyperkaliémants ainsi que les molécules allongeant l'espace QT. (20, 21)

Le rein rencontre une perte progressive en néphrons fonctionnels avec le temps. En conséquence, le sujet âgé connaît une diminution progressive du Débit de Filtration Glomérulaire (DFG) ainsi que des capacités d'élimination rénale. Avant la prescription de certains traitements à élimination majoritairement rénale (comme la digoxine), la fonction rénale devra être mesurée afin d'éviter des surdosages et des effets indésirables. La fonction rénale sera calculée préférentiellement selon les formules de MDRD ou CKD-EPI. La régularité des contrôles sera à définir en fonction de la clairance du sujet. En raison d'une baisse des capacités d'adaptation rénale, les phénomènes de concentration et de dilution sont altérés majorant les risques d'hyponatrémie, d'hyperkaliémie et de déshydratation. La prescription de molécules entraînant des troubles hydro-électrolytiques est donc à étudier (26–28). La tendance à l'insuffisance rénale aiguë nécessite une attention particulière quant à la prise de certaines molécules pouvant poser problème en association tels que les AINS, les IEC (Inhibiteurs de l'Enzyme de Conversion) et les diurétiques (25).

Au niveau gastrique, on observe un léger ralentissement de la vidange ainsi que de la sécrétion gastrique. Le débit sanguin est lui aussi réduit. Pour ces raisons, l'absorption est considérée comme diminuée chez le sujet âgé. Avec cette baisse de sécrétions, le contenu de l'estomac a tendance à se basifier, majoritairement en post-prandial. Cette baisse d'acidité ralentit non seulement l'absorption de certains oligo-éléments (fer, calcium) et de vitamines (vitamine B12) mais également l'absorption de certains traitements préférentiellement absorbés en milieu acide (29–31).

La prescription d'IPP, de par leur action basifiante du contenu gastrique, devra être réservée à des cas spécifiques d'ulcères ou de reflux gastro-oesophagiens. En effet, ils favorisent ce qui découle de la hausse du pH de l'estomac et ne sont pas sans effets indésirables. On note par exemple un

risque accru d'ostéoporose dû à l'hypocalcémie ainsi que de colite pseudo-membraneuse et d'infections pulmonaires liées à la prolifération de bactéries dites facultatives, suite au dérèglement de la flore.

Le temps de transit est prolongé favorisant la constipation. De ce fait, les ralentisseurs du transit, tels que les morphiniques, les inhibiteurs calciques, les anti-cholinergiques, les sels de fer, le calcium sont à utiliser avec prudence à cause du sur-risque de constipation voire de fécalome qu'ils entraînent. La constipation n'est pas à prendre à la légère et peut être à l'origine de rétention urinaire pouvant conduire à la confusion et/ou l'infection urinaire (25).

Le foie est l'un des organes les plus épargnés par le vieillissement physiologique. Cependant, on note une atrophie progressive du réticulum endoplasmique qui serait en lien avec une chute des concentrations en cytochrome p450 et donc de l'activité enzymatique du foie. Les posologies des molécules à fort métabolisme hépatique devront alors être adaptées en conséquence (32). Les taux d'acides biliaires et de bilirubine tout comme le débit sanguin hépatique ont tendance à diminuer altérant ainsi la clairance hépatique. En conséquence, les molécules à élimination majoritairement biliaire et subissant un cycle entéro-hépatique ont tendance à l'accumulation. De plus, les molécules subissant un fort effet de premier passage hépatique voient leur biodisponibilité grimper avec l'apparition éventuelle de composés toxiques (31).

Les muscles pulmonaires n'échappent pas à la sarcopénie et s'atrophient eux aussi. Le système est moins compliant et on observe une baisse des volumes pulmonaires dits mobilisables c'est à dire l'ensemble des volumes d'air déplacés pendant la respiration. C'est particulièrement la réponse bêta-adrénergique, responsable de la bronchodilatation, qui est affectée avec le temps. Les

échanges gazeux sont eux aussi impactés. Le syndrome d'apnée du sommeil est plus fréquemment retrouvé chez le sujet âgé. La ventilation est plus irrégulière et le sujet tend à la désaturation (33). Ainsi, les molécules les plus à risques sont celles qui favorisent la dépression respiratoire. On compte dans cette catégorie les benzodiazépines, les hypnotiques ainsi que les opiacés et les morphiniques.

Au niveau cérébral, l'augmentation de la perméabilité de la BHE (Barrière Hémato-Encéphalique) ainsi que la baisse des capacités d'efflux cérébral via la protéine P-gp par exemple sont à l'origine d'une majoration des effets indésirables de certaines molécules. Les dépresseurs centraux : benzodiazépines, neuroleptiques, anti-dépresseurs, anti-épileptiques, ont alors un effet plus important et prolongé chez le sujet âgé. Les recommandations vis à vis de ces molécules exigent d'appliquer le principe d'utilisation de la plus petite dose possible sur la plus courte durée possible afin de limiter l'apparition d'effets indésirables ainsi que leurs conséquences. Les molécules à demi-vie courte sont à privilégier pour les mêmes raisons. Les adaptations posologiques doivent être plus progressives que chez l'adulte jeune. D'une façon générale, les sujets âgés sont plus sensibles aux traitements ayant une activité cérébrale (34).

Parmi les carences en neurotransmetteurs, on retrouve celle de l'acétylcholine. Cette déplétion est responsable d'une sensibilité accrue aux molécules possédant un effet anti-cholinergique. En effet, elle est à l'origine d'une majoration de leurs effets indésirables. Les anti-cholinergiques représentent un risque de morbi-mortalité via leur capacité à augmenter le risque de chute, de dénutrition et de détérioration cognitive. Ces traitements seront à prescrire avec une grande attention, d'autant plus que ces mêmes molécules sont retrouvées dans de nombreuses sphères thérapeutiques (35).

Malgré l'apparition progressive d'une insulino-résistance avec l'âge, le sujet âgé garde une forte tendance à l'hypoglycémie considérée elle aussi comme un facteur de morbidité au vu du risque de chute qui lui est associé. Une grande prudence est conseillée lors de l'association de traitements anti-diabétiques, notamment les insulino-sécréteurs. D'autant plus que certaines autres molécules, comme les bêta-bloquants par exemple, masquent les symptômes d'hypoglycémie. A l'inverse, les IDPP4 (Inhibiteurs de Dipeptidyl Peptidase 4) sont à favoriser puisqu'ils présentent un danger d'hypoglycémie moindre car leur mécanisme d'action vise à diminuer la glycémie post-prandiale.

Le vieillissement est aussi responsable de troubles sensoriels tels que des troubles visuels, auditifs mais aussi des troubles cognitifs, de déglutition ou encore bucco-dentaires pouvant altérer directement l'observance des traitements et majorer le risque d'erreurs médicamenteuses (36).

Enfin, d'autres facteurs entrent en ligne de compte comme les facteurs sociaux (isolement, dépendance, précarité ...) et psychologiques (perturbation psychologique, perte d'un proche, hospitalisation, ...) pouvant impacter aussi la prise des traitements.

Toutes ces modifications physiologiques peuvent être associées à d'autres transformations dites pathologiques (aiguës ou chroniques) renforçant la fragilité du sujet. Pour toutes ces raisons, la prescription chez le sujet âgé est complexe et la balance bénéfice-risque devra toujours être étudiée prudemment avant l'ajout d'un nouveau traitement. L'ordonnance globale devra elle aussi être ré-évaluée fréquemment.

ORGANE TOUCHÉ	MODIFICATIONS PHYSIOLOGIQUES	CONSÉQUENCES
COMPOSITION CORPORELLE	<ul style="list-style-type: none"> -Sarcopénie -↗ de la masse grasse -↘ du volume hydrique -↘ des taux sériques en albumine 	<ul style="list-style-type: none"> -↘ du volume de distribution des molécules hydrosolubles : tendance à l'accumulation -↗ du volume de distribution des molécules liposolubles -↗ des concentrations des molécules fortement liées aux protéines plasmatiques
SYSTÈME CARDIO-VASCULAIRE	<ul style="list-style-type: none"> -↘ de la compliance vasculaire -↗ du risque d'arythmie 	<ul style="list-style-type: none"> -Tendance à l'hypotension : prudence avec les traitements favorisant l'hypotension et les chutes -Prudence avec les traitements arythmogènes
REINS	<ul style="list-style-type: none"> -Perte en néphrons fonctionnels : ↘ du DFG -Atrophie tubulaire : ↘ des capacités d'adaptations rénales (concentration/dilution) -Tendance à l'insuffisance rénale aiguë 	<ul style="list-style-type: none"> -Adaptation des posologies des traitements à élimination principalement rénale -Tendance à l'hypernatrémie, hyperkaliémie, déshydratation -Prudence avec les médicaments modifiant l'équilibre hydro-électrolytique -Prudence avec les médicaments ayant une toxicité rénale
SYSTÈME DIGESTIF	<ul style="list-style-type: none"> -Ralentissement de la vidange gastrique -Basification du contenu gastrique -↗ du temps de transit -↘ légère de l'activité enzymatique hépatique 	<ul style="list-style-type: none"> -↘ de l'absorption des médicaments (d'autant plus les molécules préférentiellement absorbées en milieu acide) -Prudence avec les IPP -Tendance à la constipation : prudence avec les ralentisseurs du transit -Adaptation des molécules à fort métabolisme hépatique et effets de premier passage
SYSTÈME PULMONAIRE	<ul style="list-style-type: none"> -↘ de la compliance du système 	<ul style="list-style-type: none"> -Tendance à la désaturation : prudence avec les molécules favorisant la dépression respiratoire
SYSTÈME NERVEUX	<ul style="list-style-type: none"> -↗ de la perméabilité de la BHE -↘ de la capacité d'efflux cérébral -Déplétion cholinergique 	<ul style="list-style-type: none"> -Accumulation des molécules qui passent la BHE : prudence avec les dépresseurs centraux -↗ des effets indésirables des anti-cholinergiques : prudence lors de leur prescription

SYSTÈME ENDOCRINIEN	-Développement de l'insulino-résistance mais tendance à l'hypoglycémie	-Prudence avec les hypoglycémiques et les molécules masquant les symptômes d'hypoglycémie
AUTRES	-Troubles visuels, auditifs, bucco-dentaires, troubles de la déglutition	-Difficulté de prise de certains traitements

Tableau I : Tableau récapitulatif des modifications physiologiques observées chez le sujet âgé et leurs conséquences pharmacologiques

- 3. Prévention de la iatrogénie médicamenteuse

Devenu un réel enjeu de santé publique, toutes les professions médicales sont sollicitées pour limiter la iatrogénie médicamenteuse chez le sujet âgé. Le pharmacien, de par son accessibilité et sa position dans le parcours de soin via la dispensation des produits de santé est l'un des principaux remparts de lutte contre la iatrogénie. Dans cet objectif, les pharmaciens d'officine se voit attribuée le 16 mars 2018 la mission de réaliser de nouveaux entretiens pharmaceutiques : les BPM.

PARTIE II : BILANS PARTAGÉS DE MÉDICATION EN OFFICINE

A. PRÉSENTATION DES BPM

- 1. Caractéristiques du nouveau dispositif

1.1. Définition

Les BPM sont définis par la HAS comme une « analyse critique structurée des médicaments du patient par le pharmacien dans l'objectif d'établir un consensus avec le patient concernant son traitement ». Le terme « partagé » renvoie à l'idée d'interaction et d'inclusion du patient dans sa prise en charge ainsi que l'échange avec les médecins traitants. Ces BPM viennent renforcer le cœur du métier de pharmacien d'officine : l'accompagnement pharmaceutique.

1.2. Historique

Cette nouveauté fait suite à l'arrêté du 4 mai 2012 portant approbation à la convention nationale organisant les rapports entre les pharmaciens titulaires d'officine et l'Assurance Maladie (37). L'arrêté fait mention de la loi portant réforme de l'Hôpital et relative aux Patients, à la Santé et aux Territoires (loi HPST) du 21 juillet 2009 qui replace le pharmacien d'officine comme acteur du système de soin. La loi HSPT attribue aux pharmaciens les missions suivantes : « contribuer aux soins de premier recours, participer à la coopération entre professionnels de santé, participer à la mission de service public de la permanence des soins, concourir aux actions de veille et de protection sanitaire organisée par les autorités de santé et participer à l'éducation thérapeutique

et aux actions d'accompagnement des patients ». Ainsi, cette loi permet un élargissement et une revalorisation des compétences du pharmacien d'officine notamment via des missions de santé publique. C'est suite à l'article 74 de la loi de financement de la sécurité sociale de 2012 permettant une évolution du mode de rémunération et du métier de pharmacien d'officine que l'idée se concrétise. Ainsi, en plus de l'apparition de nouveaux honoraires de dispensation valorisant l'activité principale des pharmaciens et la qualité de cette dernière, les partenaires conventionnels s'accordent sur le développement de missions d'accompagnement des patients touchés par des pathologies chroniques. Ces missions sont soumises à la Rémunération Sur Objectifs de Santé Publique (ROSP) s'inscrivant ici dans un but de prévention des risques iatrogènes.

Ce n'est que le 16 mars 2018, lors de la parution dans le Journal officiel de l'Avenant n°12 à la convention nationale que les BPM sont introduits (38). En effet, c'est la naissance de nouveaux entretiens patients, rémunérés par l'Assurance Maladie, qui viennent s'ajouter à ceux déjà existants faisant l'objet d'autres avenants (entretiens AVK/AOD, asthme). Cet avenant, convenu entre l'UNCAM, la FSPF (Fédération des Syndicats Pharmaceutiques de France) et l'USPO (Union des Syndicats de Pharmaciens d'Officine) définit les modalités de mise en place de ces BPM. Ils entrent en vigueur le 17 mars 2018 et viennent compléter la conciliation médicamenteuse pratiquée à l'hôpital depuis 2010.

1.3. Les bénéficiaires

Ces entretiens étaient encore très récemment réservés aux sujets âgés à partir de 65 ans en ALD ainsi qu'aux patients de 75 ans et plus traités par au moins 5 principes actifs prescrits de façon

chronique (39,40). La population cible est alors estimée à 3,9 millions de patients éligibles soit environ 170 patients par officine (41). Le 4 février 2020, un avis relatif à l'avenant n°19 à la convention nationale du 4 avril 2012, paru au JORF (Journal Officiel de la République Française), propose un élargissement des critères d'éligibilité aux BPM. Les BPM sont ainsi désormais proposés à tous les patients de « 65 ans et plus sous traitement au moment de l'adhésion et pour lesquels au moins 5 molécules ou principes actifs remboursés sont prescrits, pour une durée consécutive supérieure ou égale à 6 mois ». (42).

Qui plus est, les parties signataires souhaitent rendre plus accessible le programme aux personnes âgées vivant en EHPAD. Il s'agit là d'une population encore plus fragile et sujette à la polymédication. Le préambule de cet avenant cite 8 médicaments pris quotidiennement par patient. Les BPM ne sont accessibles à ces patients qu'à titre expérimental pour le moment. Une évaluation du projet sur deux ans, à partir de la parution de cet avis, pourrait permettre à l'avenir une évolution des BPM. Les différentes étapes des BPM seraient réalisées en collaboration avec l'équipe de l'établissement (aidants et médecin coordonnateur). Avec ces modifications, le nombre de patients supplémentaires éligibles s'élèverait à 1 million de personnes (43).

De plus, la SFPC (Société Française de Pharmacie Clinique) suggère d'étendre encore la population cible en proposant des BPM dans le cas de situations à risque d'événements iatrogènes médicamenteux. Ces situations sont les suivantes : une sortie d'hospitalisation, la découverte d'une nouvelle pathologie classée en ALD, la survenue d'un événement indésirable, la prescription de médicaments jugés à risque, la suspicion de rupture de traitement ou de faible adhésion thérapeutique (44). Cependant, aucune rémunération n'est prévue dans ce cadre de prévention secondaire.

1.4. Légitimité du rôle du pharmacien

Le pharmacien, par son rôle de professionnel de santé spécialiste du médicament, se place comme acteur majeur dans la lutte contre la iatrogénie médicamenteuse. Il est vrai que les pharmaciens sont bien souvent les plus à même de connaître l'intégralité des traitements pris par le patient grâce à son historique, à la conservation des scans de ses diverses ordonnances et à son dossier pharmaceutique. De plus, c'est vers lui que se tournera le patient en cas d'auto-médication la plupart du temps. Outre cela, via son exercice de délivrance des médicaments et de conseil de bon usage associés, le pharmacien est un pilier essentiel dans la lutte contre la iatrogénie.

Il est aussi considéré par certains patients comme interlocuteur de choix pour parler de leurs traitements. De par sa disponibilité, les patients peuvent avoir plus de facilité à se confier à leur pharmacien sur leurs difficultés plutôt qu'à leur médecin traitant. Le pharmacien peut apporter une écoute complémentaire à celle des médecins à travers les BPM. La prise en compte de leurs attentes et l'apport de réponses sont des points essentiels pour améliorer l'adhésion thérapeutique des patients. Comme le signale très justement le Professeur Sylvie Legrain, gériatre et médecin de santé publique à l'Assurance publique : *« Il ne faut jamais oublier que la majorité des problèmes d'observance, y compris dans le grand âge, en dehors des patients ayant des problèmes cognitifs, sont d'ordre intentionnel. Si les personnes âgées ne sont pas entendues sur leurs priorités, de facto elles ne prennent pas leurs traitements, ce qui explique les taux très faibles d'observance constatés dans le suivi des maladies chroniques »*. (45)

Bien qu'il ait un rôle prépondérant dans ces BPM, il s'agit avant tout d'un travail collaboratif avec les médecins prescripteurs dans un projet de coordination des soins. Toute observation ou

remarque devra être transmise au médecin traitant pour mettre en place des solutions et optimiser la prise en charge du patient. Cette coopération interprofessionnelle est renforcée par l'utilisation de nouveaux dispositifs comme le Dossier Médical Partagé (DMP) et la messagerie sécurisée (MSSANTÉ).

1.5. Objectifs du dispositif

L'objectif principal de ces BPM est la révision globale des traitements du patient « en ayant soin d'optimiser l'impact clinique des médicaments, de réduire le nombre de problèmes liés à la thérapeutique et de diminuer les surcoûts inutiles. Cette démarche impose de mettre en perspective le traitement du patient en regard de ses comorbidités, d'éventuels syndromes gériatriques, de ses souhaits, et d'outils d'évaluation pharmacologique comme ceux de détection de médicaments potentiellement inappropriés » (44). Le pharmacien va proposer des pistes d'optimisation thérapeutique afin de remédier à la sur-prescription, au mésusage et à la sous-prescription. A ce jour, des études ont permis d'étudier l'impact de la révision des prescriptions médicamenteuses mettant en évidence une diminution de la polymédication, une amélioration de la qualité de vie des patients, une réduction des chutes ainsi que des coûts mensuels de santé (44). Cependant, aucune étude n'a pour le moment permis de démontrer un quelconque impact de ces BPM sur la réduction du nombre d'hospitalisation ou de la mortalité.

Le second objectif de ces BPM est d'améliorer l'observance du patient en augmentant ses connaissances vis à vis de ses traitements et de ses pathologies via l'éducation thérapeutique. Le but est de promouvoir le bon usage des médicaments, d'améliorer l'adhésion à la prescription ainsi que de réduire la sur-consommation médicamenteuse. Une amélioration significative de l'adhésion

thérapeutique grâce au BPM a été observé dans plusieurs études.

Ils sont constitués d'une série d'entretiens : un entretien recueil, un entretien conseil et des entretiens de suivi d'observance.

- 2. Les pré-requis pour la mise en place des BPM

- 2.1. Se former

Le premier pré-requis pour la mise en place de ces nouveaux entretiens est la formation des professionnels de santé. Non obligatoire mais vivement conseillée, elle permet au pharmacien de mettre à jour ses connaissances concernant la prescription médicamenteuse chez le sujet âgé et l'optimisation de son traitement. Ces formations mettent le doigt sur les médicaments à risque et les solutions proposées afin de déjouer les conséquences de la iatrogénie médicamenteuse.

De nombreux organismes proposent des formations à destination des pharmaciens mais aussi des médecins. La SFPC a notamment créé un kit de formation payant au sujet des BPM incluant un e-learning en 3 modules et une formation en présentiel avec des cas cliniques pratiques rencontrés en officine. Cette formation s'intègre dans une démarche de DPC (Développement Professionnel Continu) (44).

En plus des pharmaciens, le reste de l'équipe officinale peut aussi être formé afin de favoriser le lancement des BPM et de sensibiliser le plus de patients possible. En effet, les préparateurs formés peuvent alors participer à cette nouvelle activité via l'information des patients au comptoir et le

recrutement en prenant connaissance des objectifs, des critères d'éligibilité et de la méthode de recrutement. Ils peuvent aussi s'occuper de la prise de rendez-vous et de la gestion du calendrier.

2.2. Communiquer

La communication est le second point nécessaire à une bonne mise en place. D'une part, le pharmacien doit prévenir les prescripteurs alentours du développement de cette activité en informant sur les objectifs de ces entretiens ainsi que sur la nécessité d'une collaboration médecin-pharmacien (voir *Annexe n°1* pour un courrier type créé par nos soins). Il est utile de s'accorder sur l'outil de communication à utiliser pour échanger. Un choix libre peut être laissé aux prescripteurs : appel téléphonique, courrier postal, mail, messagerie sécurisée, en rappelant la grande préférence de l'Assurance Maladie pour la manipulation de la messagerie sécurisée. Une fois accordés, il sera d'autant plus facile de joindre les conclusions effectuées à la suite de l'analyse et ainsi d'obtenir un retour.

Dans un second temps, la communication se poursuit auprès des patients éligibles qui doivent être informés de la mise en place de cette nouvelle activité dans leur officine. Le recrutement de ces patients peut être effectué en amont via les Logiciels de Gestion Officinale (LGO) en les filtrant selon des critères d'âge et de nombre de traitements. Ce screening informatique permet d'obtenir la liste des patients éligibles aux BPM et facilite la sollicitation au comptoir. Certains logiciels établissent seuls le screening patients et proposent la réalisation d'un entretien à chaque venue du patient en officine. C'est notamment le cas du logiciel *Léo*. Pour d'autres, il faut avoir recours à des mises en place manuelles avec notamment la création de messages directement sur les fiches patients. Des affiches et des dépliants sont à disposition des pharmaciens sur le portail « bilans de

médication » créé par l'Assurance Maladie. Les patients concernés doivent en comprendre les objectifs et les avantages pour leur santé ainsi qu'être informés de la gratuité du service.

2.3. Choisir le lieu adapté

La pharmacie doit bien évidemment posséder un espace de confidentialité pour recevoir les patients. Les entretiens peuvent aussi prendre place au domicile de ce dernier dans le cas d'une impossibilité à se déplacer jusqu'à l'officine (handicap, situation d'isolement) mais également dans un futur proche en EHPAD.

2.4. Tenir un calendrier de rendez-vous

La prise de rendez-vous mentionnée plus haut est recommandée pour faciliter l'organisation du pharmacien. Ce dernier peut notamment proposer des entretiens selon le taux de fréquentation de la pharmacie sur la semaine. Le remplissage d'un calendrier est nécessaire afin d'établir au mieux le suivi des entretiens pour chaque patient. Des messages peuvent une fois de plus être ajoutés sur les fiches patient en guise de rappel.

2.5. Rédiger un protocole

La rédaction d'un protocole complet (voir *Annexe n°2* pour un exemple créé par nos soins) est préconisé pour gagner du temps et n'oublier aucune étape. De cette façon, le pharmacien sera dans les meilleures conditions pour prétendre à la rémunération prévue.

2.6. S'appuyer sur les outils proposés

Les partenaires conventionnels ont mis à disposition des pharmaciens d'officines des fiches et des guides validés par la HAS. L'Assurance Maladie a réalisé un guide d'accompagnement du patient autour des différents entretiens pharmaceutiques proposés par les pharmaciens aujourd'hui (46). Téléchargeable sur le site Amelipro.fr, il représente un véritable référentiel pour le pharmacien, facilitant les différentes étapes des BPM. Les fiches peuvent être imprimées ou remplies directement à même le pdf puis enregistrées et archivées informatiquement ou non par le pharmacien. L'USPO a elle aussi créé son propre guide, validé par la HAS (47). La SFPC propose également un guide et des fiches entretiens (44) tout comme le site Pharmacie-clinique.fr (48).

- 3. Descriptifs des entretiens

3.1. Présentation du dispositif au patient

Avant de débiter le premier entretien, le pharmacien doit informer le patient des objectifs et intérêts de ces BPM afin qu'il puisse y adhérer de son plein gré. Les différents types d'entretiens et le déroulement global de chacun doit être abordé. Il est important de souligner qu'il s'agit d'un travail en collaboration avec son médecin traitant et que les décisions prises feront l'objet au préalable d'une discussion entre les deux professionnels. Dans l'article 28.5.3 de l'arrêté du 9 mars 2018 intitulé « Modalités du bilan partagé de médication », il est précisé que le patient est libre d'adhérer au dispositif ou non tout comme il a la liberté de choisir le pharmacien avec lequel il souhaite s'entretenir. De la même façon, le patient a la possibilité de stopper sa participation aux BPM quand il le souhaite et peut désigner un autre pharmacien en charge à n'importe quel

moment (38).

3.2. Recueil de l'accord du patient et inscription en ligne

A la suite de cela, si le patient décide d'adhérer au dispositif, le pharmacien doit procéder à son inscription en ligne sur la plate-forme dédiée et recueillir par écrit son accord. Le patient appose sa signature sur le formulaire d'adhésion qui concrétise son entrée dans le programme. Un des exemplaires est à conserver par le patient et l'autre par le pharmacien. Une fois les modalités d'inscriptions réglées, le duo patient-pharmacien peut s'isoler dans une salle de confidentialité afin de débiter le premier entretien, l'entretien recueil.

3.3. Entretien n°1 : le recueil d'informations

Avant de commencer chaque entretien, le pharmacien doit rappeler les différents objectifs de la séance. Dans le cas présent, il doit collecter diverses informations concernant d'une part le patient puis de l'autre son traitement. L'entrevue se divise alors en deux parties. Le professionnel de santé doit faire preuve d'une grande qualité d'écoute, sans jugement, en utilisant des questions ouvertes pour favoriser et renforcer le lien de confiance patient-pharmacien. Ici, nous avons choisi de suivre le déroulement des fiches du guide proposé par l'Assurance Maladie (46).

Dans un premier temps, le pharmacien se focalise sur le patient et son mode de vie. Sont renseignés : nom, prénom âge, poids, nom du médecin traitant et des médecins spécialistes en charge du suivi. Puis, plusieurs points sont abordés tels que le lieu de vie (domicile ou institution), la présence d'accompagnants au quotidien (conjoint(e), famille, amis, aidants ...), les habitudes

alimentaires (nombre de repas par jour, ...), le suivi d'un régime particulier (sans sel, diabétique, sans viande ...) et enfin la consommation d'alcool et de pamplemousse. Ces questions permettent d'en apprendre plus sur l'entourage du patient, son taux d'isolement, si le patient présente des risques de dénutrition et si son régime alimentaire est à risque d'interaction (alcool, pamplemousse).

S'en suivent des questions au sujet de son état physiologique concernant la présence d'une insuffisance rénale ou hépatique pouvant avoir un impact sur sa prise en charge. Le pharmacien s'intéresse à ses antécédents médicaux et ses comorbidités en insistant sur des troubles pouvant influencer directement la prise des traitements (problèmes de vision, déglutition, tremblements, sécheresse buccale, douleurs articulaires, difficultés de coordination main-poumon pour l'utilisation des aérosols ...). Enfin, il aborde la présence ou non d'allergies. A travers cet échange, le pharmacien peut aussi être à même de repérer l'apparition d'une fragilité. Fried répertorie 5 critères : l'apparition d'une perte involontaire et importante de poids, une fatigue générale, une diminution de la vitesse de marche, de la force musculaire (force de préhension) et une réduction des activités physiques. Pour rappel, 3 critères suffisent pour déceler une fragilité contre 1 à 2 pour une pré-fragilité (49). Ces observations doivent elles aussi être rapportées au médecin prescripteur afin de pouvoir prendre en charge le patient, adapter ses prescriptions en cas de forte perte de poids, réorienter le patient vers un service de gériatrie ou autre spécialiste ou encore mettre en place des aides.

Dans la deuxième partie, le pharmacien se focalise sur les traitements du patient et doit recueillir la totalité des médicaments et produits de santé pris ou à prendre de façon chronique par le patient, qu'ils soient prescrits ou non par un ou plusieurs prescripteurs. Dans le cas de la prise de

traitements prescrits non remboursés ou en ATU (Autorisation Temporaire d'Utilisation) de façon chronique, ils devront être mentionnés spécifiquement lors de l'enregistrement de l'entretien en ligne. Ce recueil de traitements est la base de la conciliation médicamenteuse. Des tableaux (voir *Illustration 1*) sont à disposition du pharmacien dans les différents guides proposés afin de faciliter par la suite l'analyse.

PRODUIT	ORIGINE (prescripteur ou automédication)	DOSAGE ET FORME	FRÉQUENCE ET POSOLOGIE	PROBLÈMES LIÉS À LA FORME GALÉNIQUE ?	PROBLÈMES D'OBSERVANCE ?	SURVENUE D'EFFETS INDÉSIRABLES ?

Illustration 1: Tableau de recueil des traitements pris par le patient, Guide de l'Assurance Maladie (46)

Ce tableau permet le recensement de la totalité des molécules prises par le patient au quotidien et reprend les difficultés potentiellement rencontrées par le patient, qu'il s'agisse de problèmes de forme galénique, d'observance ou d'existence d'effets indésirables. Le patient doit préciser le type d'effets ressentis (somnolence, douleurs musculaires, constipation, troubles digestifs ...) et s'il a recours à des stratégies pour les contrer.

Concernant l'auto-médication, le patient doit faire la liste de ce qu'il prend de lui même, que ce soit de l'aromathérapie ou phytothérapie, des traitements en libre accès, des crèmes, compléments alimentaires, dispositifs médicaux, tisanes, collyres, médicaments délivrés sur ordonnance stockés dans l'armoire à pharmacie personnelle ... Cette liste permet au pharmacien de vérifier l'absence d'interaction ou contre-indication avec le traitement ou l'état physiologique du patient.

Le pharmacien doit également se renseigner quant au bon usage des traitements et de la gestion des stocks au domicile. « A quel moment de la journée prenez-vous vos traitements ? Utilisez-vous des rappels pour y penser ? Vous reste-t-il des médicaments dans les boîtes en fin de mois ? Y-a-t-il des médicaments qui vous maquent souvent avant la fin du mois ? Avez-vous, au contraire, des médicaments en trop grande quantité chez vous ? Avez-vous tendance à oublier certains de vos médicaments ? Avez-vous des difficultés à prendre certains traitements (forme pharmaceutique non adaptée, troubles de la déglutition ...) ? ». La préparation des traitements est aussi évoquée. On cherche à savoir si le patient gère seul ses médicaments, s'il est aidé ou bien s'il souhaite l'être.

L'entretien recueil permet aussi au pharmacien de se renseigner quant aux connaissances du patient sur son traitement par des questions simples comme « Savez-vous à quoi sert chacun de vos médicaments ? Prenez vous des traitements nécessitant un suivi particulier ? ». En effet, la bonne connaissance de ses traitements par le patient est un facteur déterminant de bonne observance, c'est pourquoi il est important de s'y pencher pour pouvoir ensuite combler ses lacunes.

Enfin, l'entretien s'achève par la réalisation du questionnaire de Girerd, qui, par l'intermédiaire de six questions, permet d'évaluer l'observance du patient ainsi que les éventuelles « raisons » de son inobservance (voir *Illustration 2*). Le score s'étend de 0 à 6 et chaque réponse négative vaut 1 point. L'échelle classe les patients en trois catégories : « non observant » pour un score inférieur ou égal à 3, « faible observant » s'il est de 4 ou 5 et « bon observant » s'il est de 6. Le pharmacien s'attellera par la suite à faire grimper les scores décevants en rendant le patient plus acteur de son traitement.

• CE MATIN AVEZ-VOUS OUBLIÉ DE PRENDRE VOTRE MÉDICAMENT ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
• DEPUIS LA DERNIÈRE CONSULTATION, AVEZ-VOUS DÉJÀ ÉTÉ EN PANNE DE MÉDICAMENTS ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
• VOUS EST-IL ARRIVÉ DE PRENDRE VOTRE TRAITEMENT EN RETARD PAR RAPPORT À L'HEURE HABITUELLE ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
• VOUS EST-IL ARRIVÉ DE NE PAS PRENDRE VOTRE TRAITEMENT PARCE QUE, CERTAINS JOURS, VOTRE MÉMOIRE VOUS FAIT DÉFAUT ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
• VOUS EST-IL ARRIVÉ DE NE PAS PRENDRE VOTRE TRAITEMENT PARCE QUE, CERTAINS JOURS, VOUS AVEZ L'IMPRESSION QUE LE TRAITEMENT VOUS FAIT PLUS DE MAL QUE DE BIEN ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
• PENSEZ-VOUS QUE VOUS AVEZ TROP DE MÉDICAMENTS À PRENDRE ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
TOTAL RÉPONSE(S) NÉGATIVE(S) <input type="checkbox"/> = 6 <input type="checkbox"/> 4 ou 5 <input type="checkbox"/> ≤ 3		

Illustration 2: Questionnaire de Girerd (évaluation de l'observance du patient), Guide de l'Assurance Maladie (46)

Pour faciliter le recueil d'informations, le pharmacien doit s'appuyer sur plusieurs sources comme le patient, ses différentes ordonnances, son Dossier Partagé (DP) et DMP s'ils ont été créés et ses proches et/ou aidants si nécessaire. Dans l'absence de création de DP et/ou de DMP, le pharmacien peut en proposer l'ouverture et expliquer les avantages de ceux-ci.

3.4. Analyse médicamenteuse des traitements

Cette étape est réalisée sans le patient et seulement à partir des informations recensées plus tôt. Les derniers bilans biologiques du patient sont indispensables pour une analyse plus complète. Il s'agit de repérer les éventuelles interactions, prescriptions inappropriées et/ou adaptations nécessaires en vue d'une meilleure prise en charge du sujet âgé (adaptation à l'âge, au poids, à la pathologie, à la fonction rénale/hépatique, adaptation de la forme pharmaceutique, des moments de prise, vérification des indications...). On portera une attention toute particulière aux classes pharmacologiques citées dans le paragraphe « Modifications physiologiques liées à l'âge et iatrogénie inévitable ». Il faudra aussi noter une éventuelle inobservance, rupture de traitement, la survenue d'effets indésirables, de dénutrition, une fragilité, une insuffisance de suivi par des

spécialistes...

Le pharmacien peut avoir recours à de nombreuses sources et sites internet pour parfaire ses conclusions. Il peut s'aider notamment du site *GPR* (Guide de Prescription et Rein), plate-forme ouverte aux professionnels de santé, permettant d'estimer la fonction rénale d'un patient ou encore de vérifier les posologies de certaines molécules selon son DFG. Le site *Therisque* est quant à lui un outil très complet de vérification des interactions médicamenteuses entre les médicaments eux même mais aussi entre les traitements et la physio-pathologie du patient. Enfin, en cas de difficultés du patient avec la forme galénique, le pharmacien peut consulter les fiches de la SFPC regroupant toutes les informations sur les médicaments, leur capacité à être écrasés ou dissous pour les comprimés ou ouvertes pour les gélules (50). De plus, pour ce qui est de la forme pharmaceutique, le pharmacien doit porter une attention aux formes effervescentes prescrites chez les sujets insuffisants cardiaques ou hypertendus dont la tension n'est pas contrôlée, en raison de leur forte teneur en sel.

Le pharmacien doit ensuite transmettre au médecin traitant ses conclusions et les pistes d'optimisation thérapeutique qu'il propose afin d'échanger avec lui. Comme rapporté par Marie Bonte, pharmacienne, dans un article de mai 2019 du journal *Le Quotidien du pharmacien*, « la pertinence des interventions pharmaceutiques prévaut sur leur exhaustivité » (51). En effet il n'est pas forcément judicieux de faire état de tout ce que l'on a observé au risque que les interventions les plus importants se perdent dans le flot de propositions. Dans l'attente d'une décision du médecin, le patient n'aura pas connaissance des propositions de changement de traitement effectuées.

3.5. Entretien « conseil »

Un second entretien dit « conseil » fait suite à l'analyse et permet au pharmacien de faire part au patient des conclusions finales concernant son traitement prises au préalable en collaboration avec son médecin. Il en profite également pour signaler au patient de reprendre rendez-vous avec son prescripteur afin d'établir une nouvelle ordonnance. Les modifications éventuelles de traitement (changement de voie d'administration, de forme galénique, de nombre de prises quotidiennes, de molécules, prescription d'associations ...) doivent être expliquées clairement au patient.

L'ordonnance est ensuite revue entièrement et le pharmacien délivre les conseils relatifs à la posologie, au bon usage des médicaments ou dispositifs médicaux, rappelle les précautions à prendre afin de limiter l'apparition d'effets indésirables, les règles de prises et insiste sur l'importance d'une bonne observance. L'apport de conseils hygiéno-diététiques peut compléter le discours du pharmacien tout comme la transmission d'astuces pour favoriser l'observance (disposition des médicaments dans des endroits stratégiques, alarmes, utilisation d'un pilulier). La rédaction d'un plan de prise personnalisé au patient est également fortement recommandée. Pour les patients sous anticoagulants ou anti-asthmatiques, le pharmacien peut suggérer au cours de l'entretien conseil, d'inclure un entretien pharmaceutique correspondant à la pathologie du patient ou prendre un rendez-vous supplémentaire.

L'entretien conseil permet enfin de répondre aux éventuelles interrogations et inquiétudes du patient. Pour finir, la séance se clôture par la programmation du rendez-vous suivant : le suivi d'observance.

3.6. Suivi de l'observance

L'entretien appelé « suivi de l'observance » doit être réalisé dans l'année en cours ou celle qui suit l'entretien conseils (6 mois plus tard environ) afin de vérifier la bonne compréhension du patient et de sa capacité à s'approprier son traitement. L'Assurance Maladie propose ensuite deux suivis d'observance par an sans changement de traitement. Dans le cas contraire, une analyse et un entretien conseil pourront être réalisés à nouveau, complétés par un suivi de l'observance.

Le suivi de l'observance repose de nouveau sur l'utilisation du questionnaire de Girerd. Le pharmacien s'intéresse en priorité aux traitements dont l'observance était moyenne lors du précédent entretien ainsi qu'aux médicaments dits « à risque » comme les anti-coagulants, les benzodiazépines ou encore les médicaments à effets anti-cholinergiques ...

- 4. Rémunération

Les BPM s'inscrivent jusqu'à présent dans une démarche de ROSP. L'article 31.2.2.3 de l'avenant n°12 à la convention nationale des pharmaciens fait état d'une rémunération fixée à 60€ la première année. En cas de poursuite identique du traitement du patient et la réalisation des entretiens de suivi les années suivantes, 20€/an sont perçus contre 30€ en cas de modifications de traitement (52). Cependant, l'Assurance Maladie fixe quelques conditions pour prétendre à cette rémunération ainsi que deux cas dérogatoires détaillés dans le tableau ci-dessous partagé par l'USPO au journal « Officine Avenir » de janvier 2018 (*Illustration 3*) (52).

	Entretien de recueil d'information	Analyse des traitements	Entretien conseil	Suivi de l'observance	Rémunération
Présence du patient	OUI	NON	OUI	OUI	
BILAN PARTAGÉ DE MÉDICATION					
1 ^{ère} année	X	X	X	X	60 €
Années suivantes en cas de changement de traitement		X	X	X	30 €
Années suivantes sans changement de traitement				Le pharmacien réalise deux suivis de l'observance dans l'année	20 €
BILAN PARTAGÉ DE MÉDICATION – CAS DÉROGATOIRE LE PATIENT DÉCÈDE					
1 ^{ère} année	X	X			60 €
BILAN PARTAGÉ DE MÉDICATION – CAS DÉROGATOIRE ADHÉSION DU PATIENT AU 2nd SEMESTRE					
1 ^{ère} année	X	X	Peut être réalisé l'année suivante	Peut être réalisé l'année suivante	60 €
Années suivantes en cas de changement de traitement		X	Peut être réalisé l'année suivante	Peut être réalisé l'année suivante	30 €
Années suivantes sans changement de traitement				Le pharmacien réalise un suivi seul suivi de l'observance. Le second devra être réalisé l'année suivante	20 €

Illustration 3: Conditions de rémunération des BPM, « Officine Avenir » n°17, janvier 2018

Pour ce faire, les entretiens doivent être enregistrés au fur et à mesure sur le portail internet de l'Assurance Maladie dédié aux BPM. L'Assurance Maladie effectue ensuite les paiements une fois par an au mois de mars au plus tard. Des régulations de rémunération peuvent être effectuées à posteriori en cas de réalisation des entretiens hors délais (situations dérogatoires) et si les critères d'éligibilité n'ont pas été respectés. La rémunération par patient est limitée à une officine (la première qui aura déclaré l'adhésion du patient ainsi que la réalisation des différentes étapes des BPM).

Cependant, les choses sont en train d'évoluer. En octobre 2019, les syndicats de la profession ont obtenu la suppression de la rémunération sous ROSP des entretiens pharmaceutiques (AVK, AOD, asthme, BPM et futurs entretiens concernant la prise en charge des patients sous chimiothérapie orale). En effet, suite aux nombreuses revendications des pharmaciens, Nicolas Revel, directeur de

l'Assurance Maladie, en collaboration avec Philippe Besset et Gilles Bonnefond à la tête respectivement de la FSPF et de l'USPO, ont opté pour un paiement des entretiens sur facture « au fil de l'eau » (53). En clair, cela signifie une facturation sur le modèle de la délivrance des médicaments avec l'entrée des entretiens dans les logiciels de gestion officinale avec un code traceur déterminé pour chaque type d'entretien. De la même façon que pour une délivrance classique, le paiement sera effectué 4 jours après l'envoi de la facture. En cas de rejet éventuel, le pharmacien pourra en être informé rapidement et corriger la facturation si nécessaire. Cette transformation nécessite une modification législative et par conséquent, un amendement doit être déposé par le gouvernement au Projet de Loi de Financement de la Sécurité Sociale (PLFSS). Ainsi, une mise en place est prévue courant 2020, sans plus de précision pour le moment.

B. BILANS DE MÉDICATION A L'ÉTRANGER

Dans cette dernière partie, nous allons nous intéresser à ce qui a été déjà mis en place ailleurs dans le monde. Comme le précise un article publié dans « Officine Avenir » en janvier 2018, la France arrive un peu en retard sur le développement de ces entretiens pharmaceutiques. En effet, depuis 2001, des BPM appelés aussi « MedsCheck » ou « Medicines Use Review » (MUR) sont réalisés en Australie, Angleterre, Suisse, Italie et Canada (en Ontario) (52). L'exercice de ces entretiens n'est pas identique entre les pays. Leur organisation est détaillée principalement dans l'article « Cinq enseignements de publications scientifiques étrangères avant l'introduction des BPM en France » de janvier 2019 retrouvé sur le site de l'USPO (54).

En Australie, on parle de « Home Medicines Review » (HMR) car les entretiens sont réalisés au domicile du patient. Les critères d'inclusion sont : être traité par plus de 5 médicaments de façon

chronique ou avoir vécu un « événement médical significatif » récent c'est à dire le diagnostic d'une nouvelle pathologie ou la prescription d'un nouveau traitement, par exemple pouvant impacter l'adhésion et la connaissance de son traitement par le patient. Des entretiens complémentaires peuvent être proposés pour les patients diabétiques de type 2 diagnostiqués depuis moins d'un an. Les HMR sont limités à deux entretiens/mois par pharmacie avec un intervalle de 2 ans entre deux patients. 54,4% des recommandations des pharmaciens australiens sont acceptées par les médecins (54).

En Angleterre, le NHS (National Health Service) compte 9 000 à 10 000 pharmacies soit près de 99,4% des pharmacies effectuant chaque mois des « Medicines Use Review ». C'est environ 3 à 3,3 millions de BPM réalisés par an depuis 2012. En Angleterre et Ontario, l'âge n'est pas un critère d'éligibilité. On cible notamment en Angleterre des facteurs de risques iatrogènes : prescription de médicaments à hauts risques, sortie d'hôpital avec changement de traitement, pathologies respiratoires, cardiovasculaires et polymédication (plus de 4 médicaments prescrits). Le nombre d'entretien est limité à 400 par an et par pharmacie. 56% des recommandations des pharmaciens anglais sont acceptées par les médecins. Cependant, certains médecins déclarent les BPM inutiles car ne prenant pas en compte l'historique médical total du patient et préféreraient qu'ils soient plus axés sur l'adhésion du patient à son traitement et à la réduction du gaspillage des médicaments (54).

En Ontario, les « MedsCheck » ciblent les patients ayant plus de 3 médicaments chroniques ainsi que les patients diabétiques, vivant à domicile ou en foyers de soins longue durée. Les pharmaciens peuvent également proposer le ménage de l'armoire à pharmacie au domicile, un examen trimestriel des traitements ou encore des consultations de suivi pour patients diabétiques

si une surveillance est jugée utile.

En Suisse, on emploie le terme de « Polymedication Check » (PMC). 4 médicaments doivent être prescrits depuis plus de 3 mois chez un patient pour qu'il soit éligible. Le pharmacien a la possibilité de réaliser des semainiers pour 3 mois minimum. Les entretiens sont limités à deux par an par patient.

En Italie, on parle d'I-MUR (Italian Medicines Use Review). Les entretiens sont pour l'instant seulement dédiés aux patients asthmatiques.

Certaines observations peuvent déjà être faites quant au développement de ces examens médicamenteux à l'étranger. L'article rédigé par l'USPO (54) mentionné précédemment ou encore le guide de la SFPC (44) relatent différents résultats positifs provenant des pays cités ci-dessus. Une étude écossaise de 2015 met notamment en évidence une diminution du risque de survenue d'effets indésirables dans le cadre d'un arrêt ou d'une modification de la prescription d'un traitement à risque. Sur les 38 399 patients de l'étude, 3643 prenaient des « médicaments à haut risque ». Après avoir réalisé des bilans médicamenteux auprès de ces patients, les pharmaciens ont proposé 440 recommandations aux médecins généralistes concernant l'arrêt ou non et la modification du/des médicament(s) à risque. Ces recommandations ont été acceptées dans presque 50% des cas. Le risque d'effets indésirables a été considérablement réduit quand les recommandations ont été appliquées par les médecins. La non application des recommandations des pharmaciens a occasionné 22 effets indésirables dont 21 auraient pu être évités si elles avaient été appliquées. L'étude conclue à une utilité de l'examen des prescriptions de médicaments à haut risque et rapporte que le pharmacien est une personne jugée « fiable » pour effectuer ces

examens médicamenteux (55).

La SFPC mentionne de plus dans son guide, en s'appuyant sur la littérature que les BPM répétés dans le temps (tous les 6 mois) amélioreraient le taux d'acceptations des interventions pharmaceutiques par les médecins prescripteurs. En revanche, les bénéfices de ces BPM sont encore faiblement démontrés dans le monde. En effet, comme le signale la SFPC, les données actuelles ne permettent pas de mettre en évidence un effet positif des BPM sur la réduction du nombre d'hospitalisations et de la mortalité (44).

Deuxièmement, les effets positifs de ces BPM sont totalement dépendants d'une bonne relation de coordination médecin-pharmacien. Une étude Australienne de 2016 citée dans l'article de l'USPO met d'ailleurs en avant un modèle de collaboration interprofessionnelle entre médecins et pharmaciens permettant d'améliorer l'adhésion des patients à leur traitement. En interrogeant les deux corps de métiers, se sont dégagés 6 facilitateurs de communication : la proximité géographique, la perception réciproque de crédibilité, le partage de perspectives, la communication face à face ou à défaut électronique, régulière et pro-active (56).

PARTIE III : ENQUÊTE AUPRÈS DE PHARMACIENS DE LA RÉGION CENTRE-VAL-DE-LOIRE

A. OBJECTIFS DE L'ÉTUDE

A la suite du lancement de ces entretiens et après en avoir réalisé quelques uns au cours de mon stage de 6ème année en officine, j'ai pris conscience de certaines difficultés auxquelles pouvaient être confrontés les pharmaciens. De ce fait, nous avons eu pour projet de proposer une enquête sur la région CVL afin de recueillir des données de terrain.

Les principaux objectifs de cette étude sont :

- Connaître la proportion et le profil des pharmacies engagées dans la mise en place des BPM ainsi que la proportion de celles n'ayant pas encore débuté cette activité
- Mettre en évidence les freins rapportés par les pharmacies n'ayant pas encore mis en place les BPM
- Inventorier les difficultés rencontrées par les pharmacies réalisant des BPM

B. MÉTHODE SUIVIE POUR LA RÉALISATION DE L'ÉTUDE

Nous avons décidé d'élaborer un questionnaire à destination des pharmaciens d'officine (*voir Annexe n°3*). L'utilisation du questionnaire nous a semblé être la méthode la plus pertinente permettant le recueil d'informations puisqu'il s'agit d'un outil rapide à renseigner par les destinataires et dont les résultats peuvent être facilement récupérés et analysés. Il se compose de Questions à Réponses Ouvertes Courtes (QROC) et de Questions à Choix Multiples (QCM) ou

Simple (QCS).

Dans un premier temps, nous avons réalisé un questionnaire en ligne à l'aide de *Googledocs* qui a été envoyé par mail via le Conseil Régional de l'Ordre des pharmaciens (CROP) aux 789 officines de la région. Pour atteindre le plus de professionnels possible et augmenter le nombre de retours, nous avons diffusé en complément le questionnaire au format papier. Ce dernier a été distribué dans 130 officines de la région CVL via un grossiste répartiteur. En parallèle, le questionnaire a été diffusé par messagerie sécurisée. Pour la transmission des retours du questionnaire au format papier, nous avons proposé un envoi soit par mail soit par courrier. La période de récupération des retours s'étend d'octobre 2019 à janvier 2020.

Dans les deux versions (en ligne et papier), l'enquête s'adapte en fonction de la réalisation ou non de BPM par l'officine. La première partie est commune et permet d'obtenir des informations sur la localisation de l'officine (département, milieu rural, semi-rural, urbain ou centre commercial) ainsi que sur le nombre de pharmaciens y exerçant.

FICHE A DESTINATION DES PHARMACIENS NE REALISANT PAS DE BILANS DANS LEUR OFFICINE	
<i>Questions</i>	<i>Réponse courte ou entourez la/les proposition(s) vous concernant</i>
Nom de la pharmacie et ville	
1. Situation géographique de la pharmacie	A. Rurale (<2000 habitants) B. Semi-rurale (<10 000 habitants) C. Urbaine (>10 000 habitants) D. Centre commercial
2. Combien de pharmaciens compte votre officine ? (équivalent temps plein)	
3. Quels sont les freins actuels qui vous empêchent de mettre en place ces bilans ? Le manque ...	A. De temps B. De pharmaciens dans votre officine C. De place (salle de confidentialité peu disponible) D. D'intérêt manifesté par vos patients E. De rémunération F. De formation
4. Souhaiteriez-vous d'avantage être aidés dans la mise en place de ces bilans ?	A. Oui B. Non
5. Si oui, quel type d'accompagnement vous intéresserait ?	A. Mise en place de formation(s) sur des thèmes précis B. Mise à disposition de guides plus complets pour la réalisation des entretiens
6. Sur quels thèmes concernant le sujet âgé aimeriez-vous que les formations soient axées ?	A. Cardiologie B. Endocrinologie (diabète, thyroïde) C. Neurologie (Parkinson, Alzheimer, épilepsie, neuropathies) D. Psycho-gériatrie (anxiété, agitation, dépression) E. Rhumatologie F. Infectiologie G. Gastro-entérologie H. Néphro-urologie I. Pneumologie J. Cancérologie K. Douleur
7. Préférez-vous assister à ces formations en présentiel ou sur internet ?	A. Formation en présentiel B. Formation en distanciel (e-learning)

Illustration 4 : Questionnaire format papier (partie à destination des pharmaciens ne réalisant pas de BPM dans leur officine)

Pour les pharmacies ne réalisant pas de BPM (voir *Illustration 4*), les questions sont axées autour des freins empêchant leur réalisation ainsi que sur la mise en place d'aides, à titre de formations. Les freins cités dans le QCM par nos soins ont été sélectionnés en fonction de mon expérience et de nos recherches. Les sphères cliniques et thérapeutiques citées dans l'avant-dernière question ont été inspirées par le guide PAPA cité plus haut.

Concernant la partie à destination des pharmaciens réalisant des BPM (*voir Illustrations 5 et 6*), les questions s'articulent autour de leur vécu au sujet de la mise en place de ces entretiens dans leur officine.

La totalité des retours obtenus a été conciliée dans un tableau pour faciliter l'analyse (*Annexe n°4*). Nous avons décidé suite aux retours obtenus de retirer la question 3 de l'enquête demandant aux pharmaciens réalisant des BPM de noter le nombre de patients éligibles à ces entretiens dans leur officine. Ce chiffre est obtenu via une sélection de patients à l'aide des LGO selon les critères d'éligibilité aux BPM. Hors, comme certains pharmaciens nous l'ont fait remarquer, ce chiffre ne peut être fiable car il comprend également les patients décédés ou perdus de vue ainsi que les inscriptions ponctuelles. Seuls 12 pharmaciens sur 20 ont répondu à cette question. Les critères d'éligibilité ayant été modifiés désormais, les chiffres recueillis n'ont donc plus de valeur.

De plus, pour la question 5 demandant aux pharmaciens le nombre d'entretiens réalisés, nous avons fait le choix de parler uniquement du nombre d'entretiens « recueil » et « conseil ». Nous ne nous sommes pas intéressés aux entretiens de suivi d'observance afin de ne pas perdre les pharmaciens souhaitant répondre au questionnaire.

Le questionnaire se termine par le recueil d'informations subjectives pour connaître l'avis des pharmaciens concernant les BPM via des échelles d'évaluation s'étalant de 0 à 4.

Pour la partie analyse des résultats, nous allons exposer les retours obtenus et comparer les réponses aux questions communes pour les pharmacies faisant des BPM et celles n'en faisant pas. Puis les autres résultats seront analysés dans l'ordre du questionnaire.

FICHE A DESTINATION DES PHARMACIENS REALISANT DES BILANS DANS LEUR OFFICINE	
Questions	Réponse courte ou entourez la/les proposition(s) vous concernant
Nom de la pharmacie et ville	
1. Situation géographique de la pharmacie	A. Rurale (<2000 habitants) B. Semi-rurale (<10 000 habitants) C. Urbaine (>10 000 habitants) D. Centre commercial
2. Combien de pharmaciens compte votre officine ? (équivalent temps plein)	
3. Combien comptez-vous de patients éligibles aux BPM (à partir du fichier patients, filtrer selon critères : + de 65 ans en ALD et/ou + de 75 ans traités par au moins 5 molécules en chronique)	
4. Quand avez-vous débuté ces bilans ? (mois/année)	
<p align="center"><u>Rappel sur les différents types d'entretiens</u></p> <p><u>-Entretien recueil</u> : le pharmacien doit expliquer au patient l'intérêt du bilan et procéder au recensement de l'ensemble des traitements prescrits ou non et des différentes informations utiles à l'analyse (résultats biologiques, état physiopathologique, antécédents, ...).</p> <p><u>-Entretien conseil</u> : le pharmacien échange avec le patient sur ses conclusions et recommandations et lui délivre des conseils adaptés à sa situation (plan de posologie, conseils hygiène-diététiques...). Il est réalisé après l'entretien recueil dans le cas d'une modification du traitement ou non.</p>	
5. Combien d'entretiens recueil avez-vous réalisés, avec combien d'hommes et de femmes ? Quelle est la moyenne d'âge des patients reçus ?	-Nombre d'entretiens : dont femme(s) et homme(s) -Moyenne d'âge :
6. Idem pour les entretiens conseils ?	-Nombre d'entretiens : dont femme(s) et homme(s) -Moyenne d'âge :
7. Vous servez-vous du DP et/ou du DMP pour obtenir des informations ? (Oui/Non)	-DP : -DMP :
8. De quels outils vous servez-vous pour vous aider dans votre analyse et optimisation thérapeutique ? (guide PAPA, liste Start & stop, autres, ...)	
9. Avez-vous réalisé des bilans à domicile ? Si oui, combien ?	A. Oui. Combien : B. Non
10. Comment communiquez-vous vos interventions aux médecins traitants ?	A. Par téléphone B. Par courrier C. Via l'adresse mail de la pharmacie D. Via l'adresse mail sécurisée MSSANTE
10. Quelles sont les difficultés que vous avez rencontrées ? Difficultés à ...	A. Repérer les patients B. Les aborder C. Utiliser la fiche recueil de l'assurance maladie D. Utiliser le site <i>amelipro</i> pour l'inscription patient E. Récupérer les bilans biologiques F. Faire de l'optimisation thérapeutique G. Communiquer avec les médecins H. Réaliser le suivi des entretiens patient

Illustration 5: Questionnaire format papier (partie 1/2 à destination des pharmaciens réalisant des BPM dans leur officine)

11. Évaluez le niveau d'intérêt de ces bilans dans la lutte contre la iatrogénie	Échelle de 0 à 4 : entourez le chiffre en question					
	Aucun intérêt	0	1	2	3	4 Intérêt majeur
12. Pensez-vous que ces bilans aident le patient à se sentir davantage acteur de sa propre santé ?	Pas du tout	0	1	2	3	4 Complètement
13. Comment estimez-vous l'amélioration de l'observance de vos patients ?	Pas d'amélioration	0	1	2	3	4 Amélioration majeure
14. Pensez-vous que ces bilans favorisent la relation de confiance patient-pharmacien ?	Pas du tout	0	1	2	3	4 Complètement
15. Pensez-vous globalement que ces bilans sont bien acceptés par les médecins ?	Pas du tout	0	1	2	3	4 Complètement
16. Pensez-vous qu'ils contribuent à la revalorisation du métier de pharmacien d'officine ?	Pas du tout	0	1	2	3	4 Complètement

Illustration 6: Questionnaire format papier (partie 2/2 à destination des pharmaciens réalisant des BPM dans leur officine)

C. RÉSULTATS DES QUESTIONS COMMUNES

- 1. Nombre de retours, taux de participation et moyens de réponses utilisés

Au total, **57** pharmacies ont répondu à l'étude sur les 789 pharmacies de la région CVL soit un taux de participation de **7,2%**. Ces 789 pharmacies sont réparties sur 6 départements : 108 officines dans le Cher, 109 dans l'Eure-et-Loire, 82 en Indre, 196 en Indre et Loire, 103 dans le Loir-et-Cher et enfin 191 dans le Loiret. (57).

Les **57** retours des questionnaires sont répartis dans le tableau suivant (*Tableau II*) selon les moyens de réponse mis à disposition.

Moyens de réponse utilisés	Retours de la version en ligne	Retours reçu par mail		Retours via les réseaux sociaux, remise en mains propres	Retours reçus par courrier (via le grossiste)
		Via le grossiste	Via l'adresse MSSANTÉ		
Nombre total de pharmacies ayant participé à l'étude	17 (29,8%)	17 (29,8%)	9 (15,8%)	12 (21,1%)	2 (3,5%)

Tableau II : Répartition des retours du questionnaire obtenus par moyens utilisés (n = 57)

Sur les 789 pharmacies contactées, **17 (29,8%)** ont répondu à la version en ligne du questionnaire tandis que les **30 (52,6%)** autres ont répondu au questionnaire format papier. Concernant le format papier, la distribution par le grossiste a permis le plus grand nombre de retours soit **19 (33,3%)** sur la totalité des retours.

- 2. Taux de réalisation de BPM dans l'échantillon

Sur les 57 pharmacies de l'étude, **37 (64,9%)** ne réalisent pas de BPM contre **20 (35,1%)** qui en réalisent.

- 3. Situation géographique des pharmacies de l'étude

Les résultats seront présentés par départements (*Tableau III*) puis par milieu d'exercice de la pharmacie (*Tableau IV*). Les pourcentages calculés se basent sur notre effectif total de 57 pharmacies.

Répartition départementale

Intéressons nous désormais à la répartition départementale des pharmacies ayant répondu à l'étude. Dans le *Tableau III*, les pourcentages présentés sont calculés sur le nombre de pharmacies établies par département pour la première ligne et sur le nombre total de pharmacies ayant répondu à l'étude pour les suivantes.

Départements	Cher (18)	Eure-et-Loire (28)	Indre (36)	Indre-et-Loire (37)	Loir-et-Cher (41)	Loiret (45)
Taux de participation sur le département	8/108 (7,4%)	4/109 (3,7%)	2/82 (2,4%)	27/196 (13,8%)	7/103 (6,8%)	9/191 (4,7%)
Nombre total de pharmacies ayant participé à l'étude	8 (14%)	4 (7%)	2 (3,5%)	27 (47,4%)	7 (12,3%)	9 (15,8%)
Nombre de pharmacies faisant BPM	3 (5,3%)	2 (3,5%)	0	8 (14%)	2 (3,5%)	5 (8,8%)
Nombre de pharmacies ne faisant pas de BPM	5 (8,8%)	2 (3,5%)	2 (3,5%)	19 (33,3%)	5 (8,8%)	4 (7%)

Tableau III : Répartition départementale des pharmacies de l'étude (n = 57)

L'Indre et Loire obtient le plus haut taux de participation intra-départemental avec **27** pharmacies sur 196 (**13,8%**) ayant participé à l'étude. Il s'agit aussi du département comprenant le plus de pharmacies réalisant des BPM.

Répartition selon le milieu d'exercice de la pharmacie

Les réponses au questionnaire couvrent les 4 zones de localisation des pharmacies d'officine : rural, semi-rural, urbain et de centre commercial.

Milieu	Urbain	Semi-rural	Rural	Centre commercial
Nombre total de pharmacies ayant participé à l'étude	22 (38,6%)	17 (29,8%)	15 (26,3%)	3 (5,3%)
Nombre de pharmacies faisant des BPM	9 (15,8%)	8 (14%)	3 (5,3%)	0
Nombre de pharmacies ne faisant pas de BPM	13 (22,8)	9 (15,3%)	12 (21%)	3 (5,3%)

Tableau IV : Répartition des pharmacies par milieu selon si elles réalisent des BPM ou non (n = 57)

Le milieu urbain recense le plus grand nombre de pharmacies réalisant des BPM dans notre échantillon. Les milieux semi-ruraux et ruraux arrivent à quasi égalité. Sur le nombre de pharmacies de centre commerciaux ayant répondu à l'étude, aucune ne réalise de BPM.

- 4. Nombre de pharmaciens par officine

Dans le questionnaire, est abordée la question du nombre de pharmaciens exerçant dans l'officine. Les résultats sont synthétisés dans le *tableau V* et la *Figure 1*. Les pharmaciens ont répondu en Équivalent Temps Plein (ETP) rapportant des résultats à décimales dans la *Figure 1*. Pour plus de lisibilité, nous avons regroupé le nombre de pharmaciens par classes. On obtient une moyenne de **2,3** ETP pharmaciens sur les 37 pharmacies ne réalisant pas de BPM contre **2,15** pour les 20 officines participant à cette activité.

Nombre de pharmacien(s)	1 à 2 inclus	2 à 3 inclus	3 à 4 inclus	≥ 5
Nombre total de pharmacies ayant participé à l'étude	37 (64,9%)	16 (28,1%)	2 (3,5%)	2 (3,5%)
Nombre de pharmacies faisant des BPM	13 (22,8%)	7 (12,3%)	0	0
Nombre de pharmacies ne faisant pas de BPM	24 (42,1%)	9 (15,8%)	2 (3,5%)	2 (3,5%)

Tableau V : Répartition du nombre de pharmaciens/officine selon si elles réalisent des BPM ou non (n = 57)

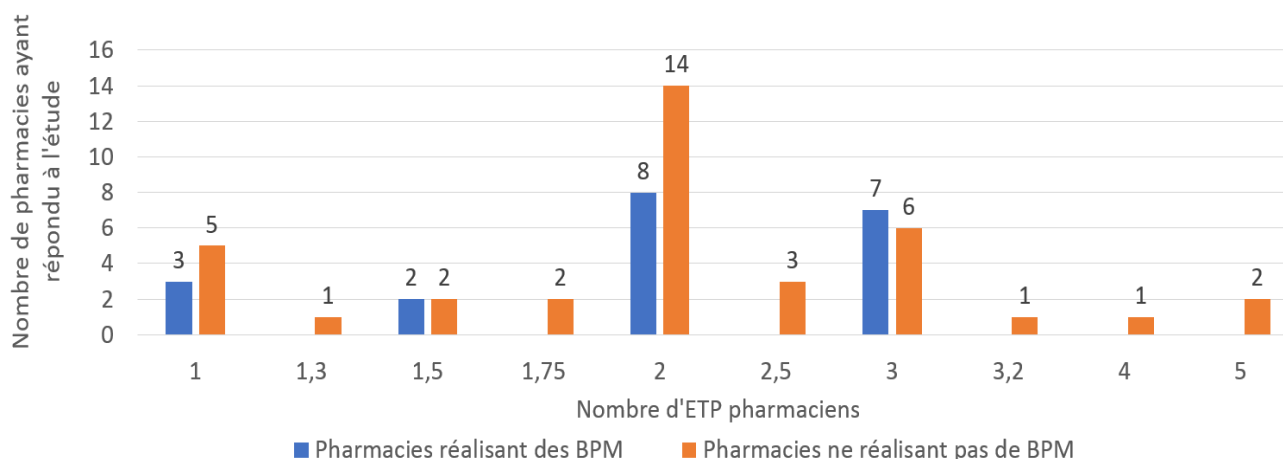


Figure 1 : Répartition des pharmacies de l'étude en fonction du nombre d'ETP pharmaciens (n = 57)

Les pharmacies réalisant des BPM dans notre échantillon comptent majoritairement 2 ou 3 pharmaciens. On observe que **3 pharmacies (15%)** ne comprenant qu'un pharmacien dans leur équipe réalisent des BPM. En revanche, aucune des pharmacies de notre échantillon comptant plus de 3 pharmaciens ne réalisent de BPM.

On compte dans la région CVL 241 pharmaciens Maîtres De Stages (MDS) selon la répartition suivante : **26 (10,8%)** dans le Cher, **27 (11,2)** dans l'Eure-et-Loire, **31 (12,9%)** dans l'Indre, **83 (34,4%)** dans l'Indre-et-Loire, **26 (10,8%)** dans le Loir-et-Cher et **48 (19,9%)** dans le Loiret (*chiffres trouvés sur le site de la faculté de Tours*). Nous avons souhaité connaître la répartition des maîtres de stage ayant répondu au questionnaire car le stage des étudiants de 6ème année en 2019 portait sur la mise en place des BPM. Les résultats sont présentés dans le tableau ci-dessous (*Tableau VI*). Les pourcentages ont été calculés selon les effectifs des échantillons mentionnés sur la dernière colonne.

Département de la pharmacie	Cher (18)	Eure-et-Loire (28)	Indre (36)	Indre-et-Loire (37)	Loire-et-Cher (41)	Loiret (45)	Total
Nombre de MDS ayant répondu à l'étude (n = 57)	4 (7%)	2 (3,5%)	2 (3,5%)	12 (21%)	5 (8,8%)	3 (5,3%)	28
Nombre de MDS réalisant des BPM (n = 20)	2 (10%)	0	0	6 (30%)	4 (20%)	0	12
Nombre de MDS ne réalisant pas de BPM (n = 37)	2 (5,4%)	2 (5,4%)	2 (5,4%)	6 (10,5%)	1 (2,7%)	3 (8,1%)	16

Tableau VI : Répartition du nombre des pharmaciens MDS ayant répondu à l'enquête
MDS = Maître De Stage

Sur les 20 pharmacies réalisant des BPM, **12 (60%)** comptent un MDS dans leur équipe.

D. RÉSULTATS DES QUESTIONS À DESTINATION DES PHARMACIENS NE RÉALISANT PAS DE BPM

- 1. Étude des freins à l'exercice des BPM

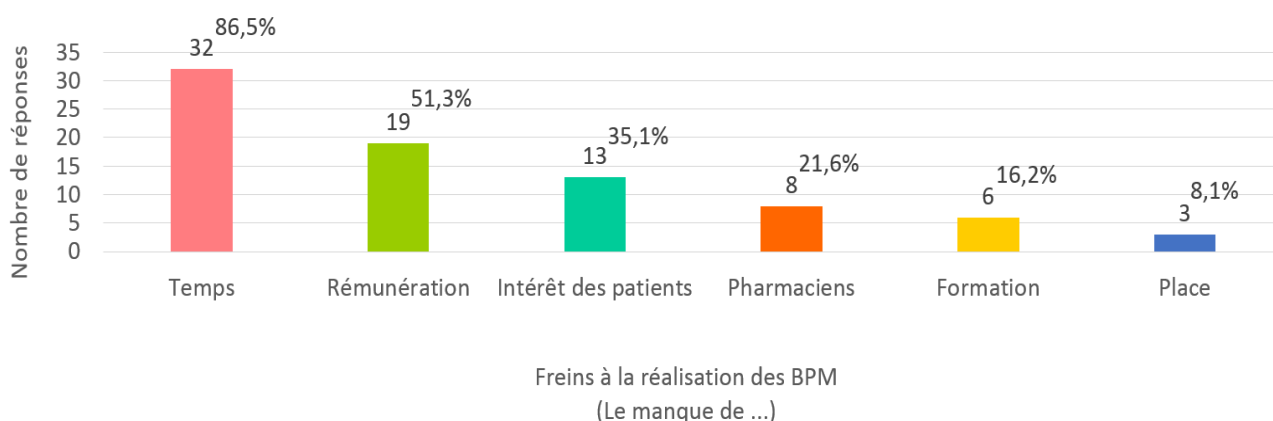


Figure 2 : Répartition des freins mentionnés par les pharmaciens de l'étude (n = 37)

Les 3 premiers freins mentionnés par les pharmaciens sont le manque de temps, de rémunération

et d'intérêt des patients.

En quatrième position, le manque de pharmacien(s) dans le personnel est mentionné par 8 pharmacies (**21,6%**) comme frein à l'exercice des BPM. Sur ces 8 pharmacies, 7 d'entre elles comptent moins de 2 ETP pharmaciens dont 2 qui viennent de recruter récemment pour pallier à ce manque. Le manque de formation et de place sont les freins les moins cités par les pharmaciens de l'échantillon.

Les questionnaires en format papier ont permis le recueil de réponses libres de la part des pharmaciens. Un pharmacien mentionne notamment le « faible intérêt des médecins » à l'égard de ces BPM ainsi que la « lourdeur » de la démarche administrative.

- 2. Les pharmaciens de la région CVL souhaitent-ils être accompagnés dans cette mise en place et comment ?

Sur les 37 officines ne réalisant pas de BPM, **9 (24,3%)** d'entre elles ne souhaitent pas être aidées davantage pour se lancer. Les **27 (72,8%)** autres, c'est à dire à peu près les 3/4, sont ouvertes à un aide supplémentaire. Un pharmacien n'a pas répondu à cette question.

Types d'accompagnement souhaités par les pharmaciens

Concernant l'accompagnement, nous avons proposé d'agir où cela était possible c'est à dire former et informer davantage. Deux possibilités d'accompagnements ont été suggérés : des formations en présentiel ou distanciel sur des thèmes particuliers et/ou des guides de formation.

Les retours des pharmaciens souhaitant être davantage accompagnés dans cette démarche sont synthétisés ci-dessous. Le nombre de pharmaciens ayant répondu à cette question est de 28 dont 1 pharmacien ayant mentionné ne pas vouloir être accompagné davantage dans la réponse précédente. Deux pharmaciens souhaitant être accompagnés n'ont pas répondu à la question. Les pourcentages calculés se basent sur ces 28 résultats.

Réponses	Formation	Guides	Formations + guides	Sans réponse
Nombre de réponses	9 (32,1%)	14 (50%)	3 (10,7%)	2 (7,1%)

Tableau VII : Type d'accompagnement intéressant les pharmaciens (n = 28)

Les guides intéressent la moitié de notre échantillon. L'association formations plus guide intéresse 3 pharmaciens.

Thèmes de formations

Nous avons proposé une liste comprenant des sphères thérapeutiques sur lesquelles des formations pourraient être réalisées pour cibler de la manière la plus large possible les envies des pharmaciens. Les résultats obtenus sont représentés dans la *Figure 3*.

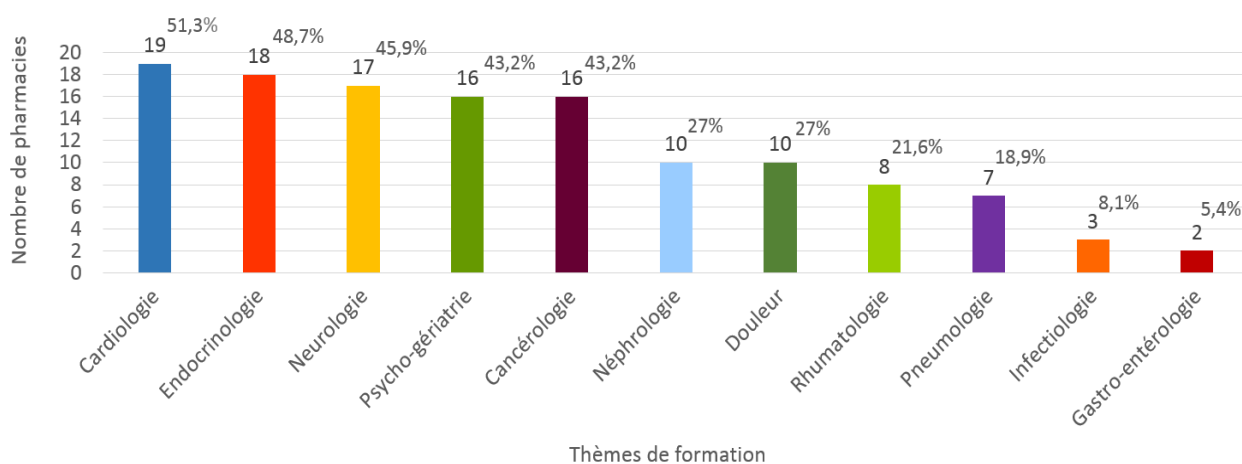


Figure 3 : Répartition des thèmes de formations intéressant les pharmaciens (n = 37)

Cinq grands thèmes intéressent majoritairement les pharmaciens : la cardiologie, l'endocrinologie, la neurologie, la psycho-gériatrie et la cancérologie.

Formation en distanciel ou en présentiel

La question complémentaire au sujet des formations concerne leur réalisation en distanciel ou en présentiel. Les pourcentages qui suivent sont calculés sur l'échantillon de 29 pharmacies soit un pharmacien de plus que précédemment ayant répondu à la question. Les résultats mettent en évidence **15** pharmaciens (**51,7%**) préférant assister aux formations plutôt que de les suivre en ligne et **12** (**41,4%**) préférant les formations à distance. Enfin, **2** pharmaciens (**6,9%**) sont intéressés par l'association des deux.

E. RÉSULTATS DES QUESTIONS À DESTINATION DES PHARMACIENS RÉALISANT DES BPM

- 1. Dates de mise en place des BPM dans l'officine

Sur la mise en place de ces BPM, les dates de début communiquées par les pharmaciens s'étendent de novembre 2017 à octobre 2019 comme montré sur la *Figure 4*. Un pharmacien n'a pas précisé le mois de mise en place pour l'année 2017. Ces informations permettent de mettre en lumière **2** mises en place en 2017 (**10%**), **9** en 2018 (**45%**) et encore **9** en 2019 (**45%**). La dernière mise en place des BPM dans l'étude date d'octobre 2019.

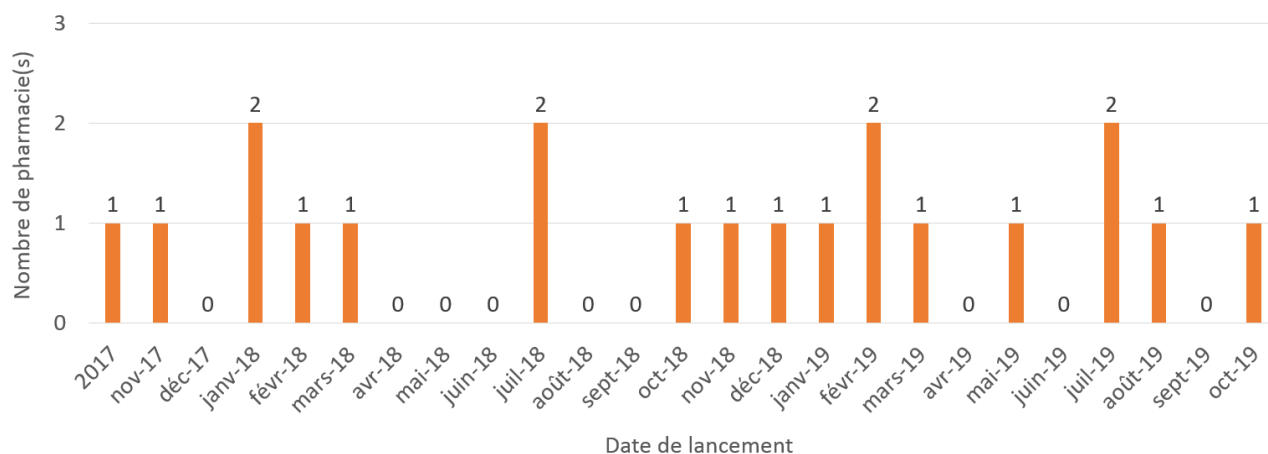


Figure 4 : Nombre de pharmacies réalisant des BPM en fonction de leur date de lancement (n = 20)

- 2. Nombre de BPM réalisés

Nous allons nous intéresser maintenant au nombre de BPM réalisés par les pharmaciens interrogés. Les résultats sont recensés dans le tableau (*Tableau VIII*) et le diagramme (*Figure 5*) suivants.

Nombre d'entretiens « recueil » réalisés

Nombre d'entretiens « recueil » réalisés	1	3	5	6	9	10	11	25	28	30	70	153	179	195
Nombre de pharmacies ayant réalisé X entretiens	1	2	2	4	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1

Tableau VIII : Répartition du nombre d'entretiens « recueil » réalisés (n = 20)

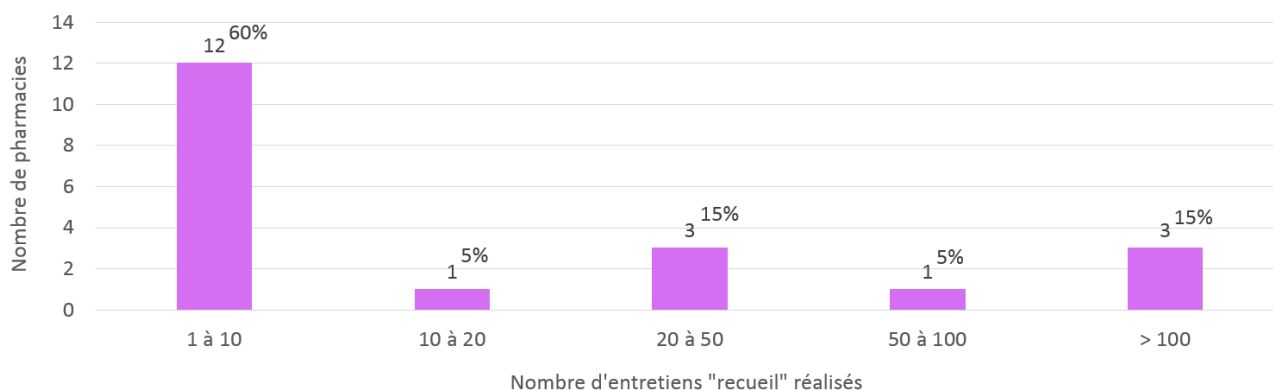


Figure 5 : Répartition du nombre d'entretiens « recueil » réalisés par pharmacie (n = 20)

La moyenne du nombre d'entretiens « recueil » effectués est de **38** par officine avec des données recueillies s'étendant de 1 à 195 entretiens « recueil » réalisés. A elles 20, les pharmacies de l'étude ont réalisé un total de **761** entretiens « recueil ».

Nombre d'entretiens « conseil » réalisés

Nombre d'entretiens « recueil » réalisés	0	1	3	5	6	8	9	11	25	28	30	100	153	179
Nombre de pharmacies ayant réalisé X entretiens	2	1	1	5	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1

Tableau IX : Répartition du nombre d'entretiens « conseil » réalisés (n = 20)

À la suite des entretiens « recueil », **566** entretiens « conseil » ont été réalisés. Ce sont donc **74,4%** des patients reçus au total qui ont bénéficié des deux types d'entretiens. Les résultats soulignent que **2** pharmacies n'ont pas encore réalisé d'entretien « conseil » (entourées en rose sur la Figure 6). On obtient ici une moyenne de **24** entretiens « conseil » réalisés par officine.

En comparant plus précisément les nombres d'entretiens « recueil » et « conseils » réalisés par officine, 2 autres résultats attirent notre attention. En effet, au sein de deux pharmacies est observée une grande différence entre le nombre d'entretien « recueil » et « conseil » réalisés (entourées en rouge sur la *Figure 6*).

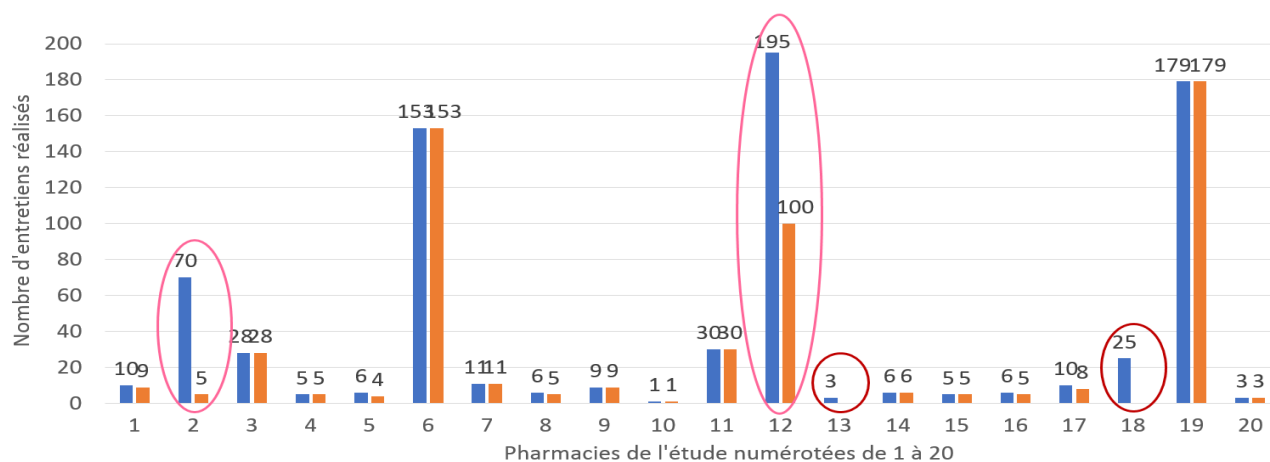


Figure 6 : Comparaison du nombre d'entretiens recueil et conseil réalisés par les pharmacies interrogées (n = 20)

- 3. Profil des patients ayant bénéficiés des BPM

En cumulant le détail des patients reçus en entretiens « recueil » et conseil », on observe que **54,5%** des entretiens ont été réalisés avec des femmes et **45,5%** avec des hommes. La moyenne d'âge de ces patients s'élevait à **74,5** ans.

- 4. Entretiens réalisés au domicile du patient

Sur les 20 pharmaciens sondées, **7 (35%)** réalisent des BPM à domicile. La moyenne du nombre de BPM réalisés par officine au domicile du patient est de **3** avec un nombre d'entretien réalisé s'étendant de **1 à 10**.

- 5. Outils utilisés par les pharmaciens dans l'exercice des BPM

Concernant l'utilisation du DP, **13** pharmaciens sur 20 (**65%**) l'utilisent. Le DMP en revanche n'est mentionné comme outil que par une seule pharmacie de l'échantillon (**5%**). Pour ce qui est des autres outils à disposition des pharmaciens, on obtient la répartition suivante (voir *Figure 7*).

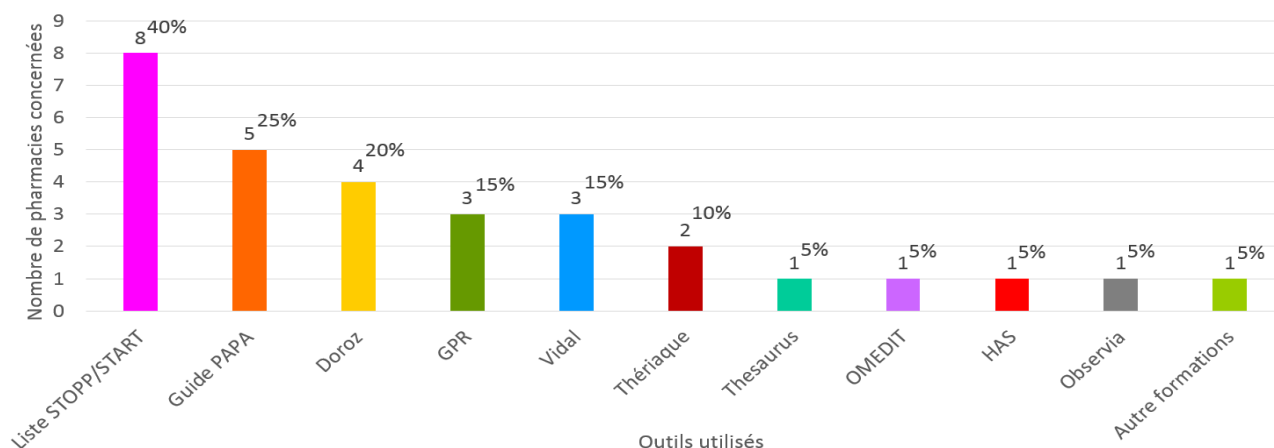


Figure 7 : Répartition des outils utilisés par les pharmaciens de l'étude (n = 20)

Les pharmaciens s'appuient principalement sur la liste STOPP/SART, le guide PAPA, le Doroz et le Vidal, les recommandations de la HAS et les fiches de bon usage de l'OMEDIT. Les pharmaciens mentionnent l'utilisation du site *Thériaque* et le *Thesaurus de l'ANSM* pour la recherche des interactions médicamenteuses. *Theriaque* est une plate-forme internet mise à jour quotidiennement par les pharmaciens rédacteurs du CNHIM (Centre National Hospitalier d'Information sur le Médicament) ouvert en 1998. Il s'agit d'un site indépendant de l'industrie pharmaceutique agréé par la HAS et destiné à mettre à disposition des professionnels de santé des informations exhaustives concernant le médicament. La fonction « analyse » de la plate-forme prend en compte l'âge, le sexe, les allergies du patients et ses pathologies et permet une analyse globale des traitements du patient en fonction de sa physiopathologie (58). Le Thesaurus pour sa part est un référentiel national des interactions médicamenteuses connues à ce jour mis à

disposition par l'ANSM (Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé). Il répertorie les interactions par ordre alphabétique en détaillant les raisons de l'interaction, son niveau et si nécessaire les conduites à tenir (59). Enfin, pour vérifier que les traitements soient correctement adaptés à la fonction rénale, les pharmaciens utilisent généralement le site internet GPR. Ce site est édité par la société LVDG et est une référence en terme de bon usage du médicament. On peut y vérifier la posologie d'un médicament en fonction de la fonction rénale du patient, on peut également estimer une fonction rénale. Enfin, en mai 2019 est sorti leur nouveau module DIANE dédié à l'analyse des ordonnances des patients permettant de déceler d'éventuelles interactions (60).

Un pharmacien mentionne l'utilisation du logiciel Observia d'aide à la mise en place des entretiens pharmaceutiques. Ce logiciel anonymisé et sécurisé est financé par le laboratoire SANDOZ. Il s'agit d'un e-support au déroulement des entretiens pharmaceutiques décliné en 3 phases : préparation de l'entretien via l'information du pharmacien (fiches à disposition) ainsi que la prise de rendez-vous. S'en suit le déroulement de l'entretien avec la mise à disposition d'activités ludiques pour le patient (vidéos, « jeux »). Enfin, le suivi du patient pourra être effectué lui aussi via le logiciel (61).

- 6. Outils de communication avec les médecins traitants

Les moyens de communication de la synthèse de l'analyse pharmaceutique sont assez variés. La répartition des différents outils utilisés est représentée dans la *Figure 8*.

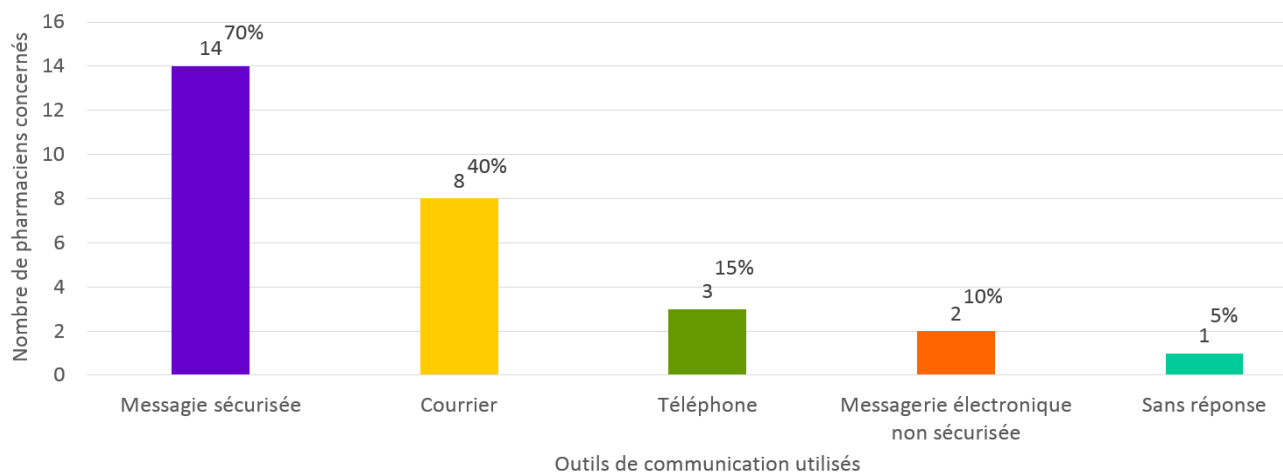


Figure 8 : Moyens de communication pharmacien-médecin utilisés (n = 20)

Les pharmaciens de l'étude priorisent à **85%** un échange écrit via les messageries informatiques ou l'utilisation de courrier avec comme choix numéro 1 la messagerie sécurisée. L'échange téléphonique est privilégié par **3 (15%)** pharmaciens. Pour **5 (25%)** d'entre eux, les pharmaciens utilisent plusieurs outils de communication afin de s'adapter selon les préférences des médecins.

- 7. Difficultés rencontrées dans l'exercice des BPM

La répartition des résultats est représentée par la Figure 9.

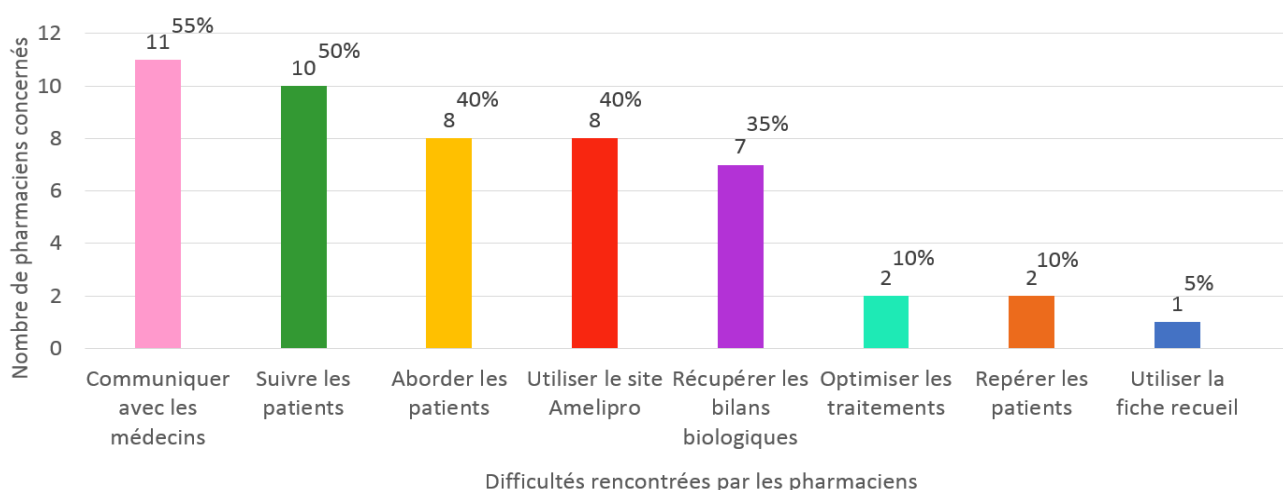


Figure 9 : Répartition des difficultés rencontrées par les pharmaciens de l'échantillon (n = 20)

Les principales difficultés rapportées par les pharmaciens sont la communication avec les médecins, le suivi et l'abord des patients, l'utilisation du site Amelipro et la récupération des bilans biologiques des patients. On entend par « suivi des patients » la réalisation des entretiens suivant l'entretien n°1 de recueil d'informations. L'optimisation thérapeutique, le repérage des patients et l'utilisation de la fiche recueil ne sont que très peu mentionnés.

- 8. Évaluation des BPM par les pharmaciens

Dans cette dernière partie, nous allons étudier les avis des pharmaciens au sujet des BPM et du respect de leurs objectifs. Leurs avis sont présentés dans les diagrammes suivants.

A la question « Comment évaluez-vous le niveau d'intérêt de ces bilans dans la lutte contre la iatrogénie ? », les pharmacies s'accordent à la majorité (**75%**) pour dire qu'ils présentent un intérêt plus que modéré dans la lutte contre la iatrogénie médicamenteuse. Un pharmacien (**5%**) mentionne un intérêt faible.

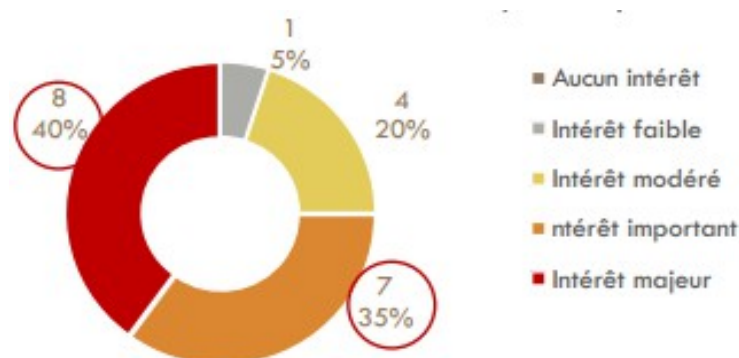


Figure 10 : Évaluation des pharmaciens sur l'intérêt des BPM dans la lutte contre la iatrogénie médicamenteuse (n = 20)

A la question « Pensez-vous que ces BPM aident le patient à se sentir davantage acteur de sa propre santé ? », les pharmaciens ont répondu positivement dans **70%** des cas et négativement à **15%**.

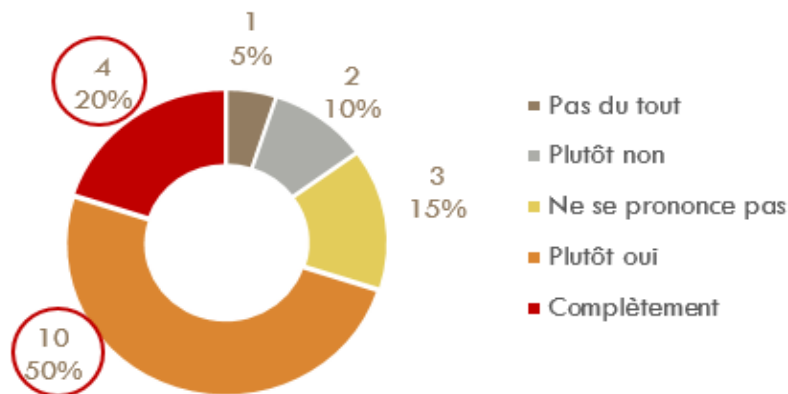


Figure 11 : Évaluation des pharmaciens concernant les BPM et leur capacité à aider les patients à être plus acteur de leur santé (n = 20)

A la question « Comment estimez-vous l'amélioration de l'observance de vos patients ? », les pharmaciens s'accordent à la majorité pour dire que les BPM permettent une amélioration importante de l'observance des patients. Les pharmaciens estiment à **30%** une amélioration faible à modérée tandis que **5%** des pharmaciens mentionnent une absence d'amélioration.

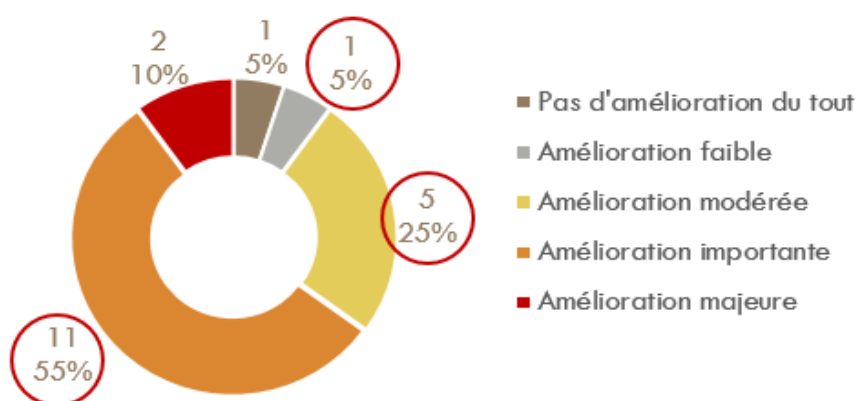


Figure 12 : Évaluation des pharmaciens concernant les BPM et leur capacité à améliorer l'observance des patients (n = 20)

Pour la question « Pensez-vous que ces bilans favorisent la relation de confiance patient-pharmacien ? », les pharmaciens ont répondu positivement à la très grande majorité tandis que **10%** d'entre eux ne se prononce pas.

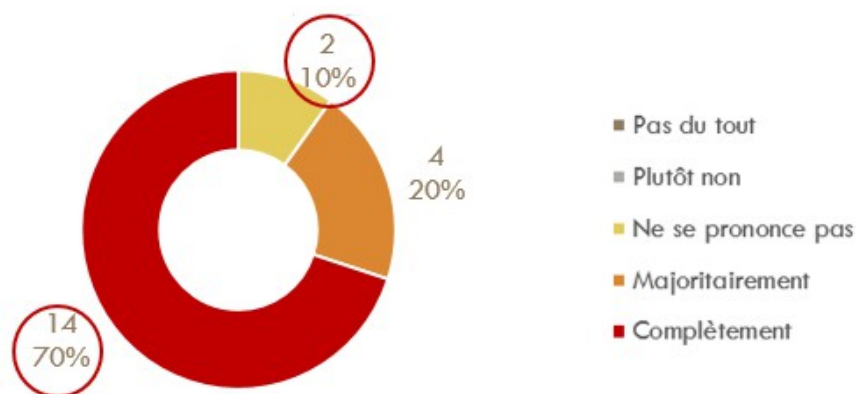


Figure 13 : Évaluation des pharmaciens concernant les BPM et leur capacité à favoriser la relation patient-pharmacien (n = 20)

La question « Pensez-vous globalement que ces bilans sont bien acceptés par les médecins? » obtient des résultats plus hétérogènes. Les pharmaciens mentionnent à **45%** une bonne acceptation des BPM par les médecins. L'acceptation est plutôt jugée mauvaise par **25%** d'entre eux. Enfin, **30%** ne se prononcent pas.

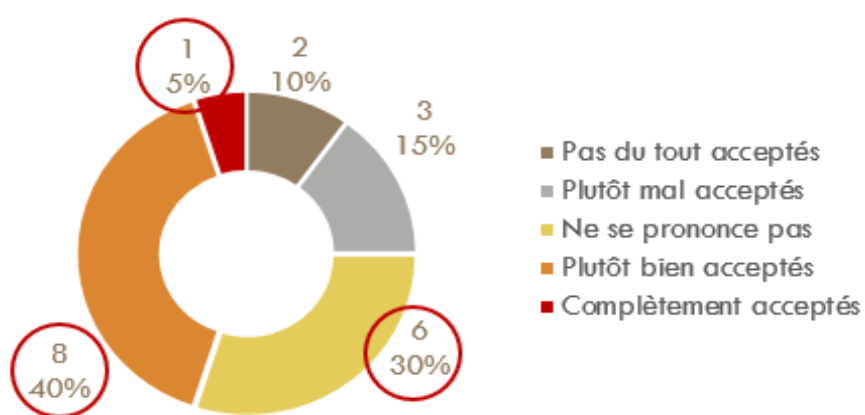


Figure 14 : Estimation de l'acceptation des BPM par les médecins

A la dernière question « Pensez-vous que les BPM contribuent à la revalorisation de métier de pharmacien d'officine ? », on observe une quasi unanimité des réponses avec **75%** des pharmaciens de l'étude qui pensent que les BPM participent totalement à la revalorisation de la profession. Une contribution majeure est mentionnée par **15%** d'entre eux et **10%** des pharmaciens interrogés ne se prononcent.

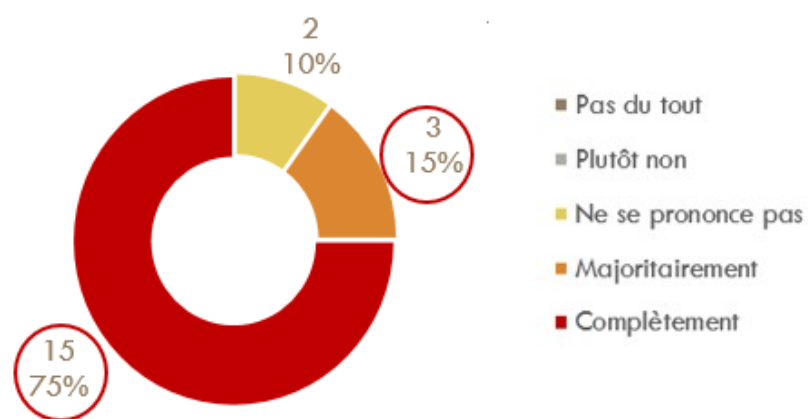


Figure 15 : Estimation des BPM comme revalorisant la profession de pharmacien d'officine

F. DISCUSSION

Les BPM ont été introduits en 2018 avec comme objectifs principaux de réduire le risque iatrogène, répondre aux interrogations des patients sur leurs traitements et leurs effets, aider les patients dans l'appropriation et l'adhésion à leurs traitements, optimiser les prises de médicaments (47). Nous nous sommes intéressés dans notre étude à leur mise en place dans la région Centre-Val-de-Loire. Au sein de cette dernière, environ 35% des pharmacies réalisent des BPM contre 15% au niveau national. Cette dernière donnée est déclarée par Annelore Coury, directrice déléguée à la gestion et à l'organisation des soins à la CNAM dans un article du *Quotidien des pharmaciens* d'avril 2019 (62). Les résultats obtenus sont encourageants cependant

l'une des limites de notre étude est le faible nombre de réponses obtenues. D'autre part, une sur-estimation du taux de réalisation de BPM est possible et probablement liée à une réponse plus importante des pharmacies impliquées dans le projet des BPM.

7,2% des pharmacies de la région ont répondu à notre enquête. Le faible taux de participation au questionnaire et la non réponse à l'enquête par de nombreuses pharmacies est un indicateur de l'intérêt des pharmaciens pour ces BPM et témoigne très certainement du moindre développement du dispositif à ce jour.

Cette très faible participation nous amène à réfléchir également sur le mode de déploiement du questionnaire. En effet, la transmission via le CROP dans les boîtes mail des pharmacies n'était peut être pas le moyen de communication le plus approprié ayant obtenu le retour de **17** pharmacies sur les 789 contactées. Chaque jour, les boîtes mail des pharmacies sont remplies de mails professionnels, publicités, sollicitations marketing, propositions de formations, etc. De plus, les sollicitations pour sujets de thèse s'avèrent être de plus en plus nombreuses et sont très souvent délaissées par les pharmaciens par manque de temps ou d'intérêt. La transmission via le grossiste répartiteur a obtenu le meilleur rapport nombre de retours sur nombre de pharmacies visées. Ce moyen de communication était sans doute plus visible et remarqué.

La répartition départementale des réponses permet d'observer une plus grande manifestation de la part des pharmaciens d'Indre-et-Loire par rapport aux autres départements. Cela pourrait s'expliquer par la présence d'une faculté au sein de ce département et à la présence d'étudiants stagiaires en pharmacie. De plus, il s'agit du département comprenant le plus de pharmacies de la région.

Les pharmacies réalisant des BPM proviennent en majeure partie des zones semi-rurales et urbaines. Les données obtenues nous amènent à proposer des pistes d'interprétation. Cela pourrait s'expliquer par la présence d'un plus grand nombre de médecins situés le plus souvent à proximité des pharmacies facilitant la communication médecin-pharmacien. Les pharmacies des zones rurales pourraient être moins favorables à la réalisation de BPM de par leur potentielle exposition aux déserts médicaux responsables d'un faible nombre de médecins, plus éloignés et moins disponibles. Ici, le taux de réalisation de BPM sur ce milieu est quasi identique à celui du milieu semi-rural. L'absence de pharmacie de centre commerciaux dans les pharmacies réalisant des BPM nous laissent penser que le milieu se prête moins à cet exercice. En effet, les pharmacies de centre commerciaux balayent une zone plus large avec de multiples prescripteurs, rarement à proximité, rendant les échanges inter-professionnels peut être plus compliqués. De plus, ce type de pharmacie est plus souvent confronté à une clientèle de passage et peut être plus jeune.

Les pharmacies réalisant des BPM ont pour la majorité 2 pharmaciens dans leur officine. Au vu des résultats, la présence d'un seul pharmacien dans l'officine ne semble pas compromettre l'exercice des BPM. A l'inverse, aucune pharmacie ayant répondu au questionnaire et comptant plus de 3 pharmaciens ne réalise de BPM. Cela pourrait s'expliquer par le fait qu'il s'agisse majoritairement de grosses pharmacies ou de pharmacies de centre commerciaux, probablement moins favorables à cet exercice.

Les pharmaciens maîtres de stage ont été fortement impliqués dans la réponse à cette enquête (60%). Le statut de maître de stage oblige le pharmacien à se former et se tenir informé des nouveautés concernant l'officine ce qui pourrait expliquer leur grande implication dans la réponse à ce questionnaire ainsi que dans l'exercice des BPM.

De plus, la présence d'un étudiant s'ajoutant à l'équipe initiale peut aider à la mise en place des BPM grâce au gain de temps qu'il apporte à l'équipe officinale. L'étudiant peut aussi, de par sa formation récente et son contact avec la faculté, être au courant de toutes les actualités pharmaceutiques voire même être formé aux nouvelles missions de santé. Le rapport de stage exigé au cours de la 6ème année peut aussi donner un élan à cette activité officinale. Par exemple, durant l'année universitaire 2018-2019, les BPM étaient notamment à l'honneur dans le rapport de stage demandé par la Faculté de Tours et faisaient l'objet d'un thème dit « imposé » avec pour objectif la réalisation de 3 BPM minimum par stagiaire.

Freins mentionnés par les pharmaciens sondés ne réalisant pas de BPM

Les pharmaciens sont freinés en grande majorité par un manque de temps et d'intérêt porté par les patients ainsi que des soucis de rémunération.

Les pharmaciens sont quasiment unanimes sur le manque de temps disponible (86,5%) compromettant la mise en place des BPM. Effectivement, ces bilans nécessitent de dégager du temps sur le programme du pharmacien (lancement de l'activité en officine, informations des médecins alentours, sollicitation des patients, prise de rendez-vous, enregistrement sur le site Amelipro, réalisation des entretiens, analyse des traitements, échanges avec les médecins traitants et suivi du patient). Il serait sans doute possible de gagner un peu de temps sur certaines étapes via le suivi d'un protocole (voir celui proposé en *Annexe n°2*) et l'utilisation de courriers types destinés à : l'information des médecins du lancement du dispositif dans la pharmacie (voir courrier proposé en *Annexe n°1*) et la transmission des observations suite à l'analyse des traitements. L'utilisation des supports disponibles pour les différents entretiens permet aussi de

gagner du temps.

La durée des entretiens peut aussi être limitée. Il est important que le pharmacien fixe un cadre de durée pour le patient afin d'éviter les digressions. La SFPC rapporte dans son mémo « Préconisations pour la pratique des bilans partagés de médication » de décembre 2017, « selon les premières expériences, 30 à 45 minutes sont nécessaires par entretien » (44). A mon sens, les entretiens de suivi peuvent être plus courts car il y a moins d'informations à collecter et à transmettre. C'est au pharmacien de mener l'entretien et de laisser à la fois la liberté au patient d'exprimer son ressenti, les problèmes qu'il rencontre tout en recadrant la discussion si nécessaire. L'expérience acquise au fil des entretiens permettra également au pharmacien d'obtenir une plus grande aisance et donc de gagner un temps précieux. La SFPC mentionne l'intérêt de la mise en place d'un tutorat afin d'accompagner le pharmacien pendant ses premières séances.

Le second frein soulevé par les pharmaciens est le manque de rémunération (51,3%). Il ne s'agit pas forcément d'un « manque » de rémunération mais plutôt d'une mauvaise gestion de celle ci qui est mise en avant ici. Un pharmacien rapporte par exemple des retards de paiement pour les entretiens AVK/AOD et une crainte d'une répétition des faits. En effet, comme les autres entretiens encadrés et financés par l'Assurance Maladie, les BPM sont payés à l'année N+1 de la réalisation. D'après un article du *Quotidien des pharmaciens* de septembre 2019, seuls 46,2% des entretiens ont obtenu une rémunération (63). En réponse, l'Assurance Maladie a mentionné des soucis de manque de données ou encore des erreurs dans les informations transmises. Elle rappelle les conditions pour prétendre à cette rémunération en terme de délais et de nombre d'entretiens à réaliser. Après négociation, les syndicats sont parvenus à un assouplissement de la part de l'Assurance Maladie qui s'est engagée à régler les entretiens dont les étapes ont été

correctement accomplies malgré des anomalies de dossiers. La FSPF et l'USPO ont obtenu en octobre 2019 la suppression de la rémunération sous ROSP des entretiens pharmaceutiques et le début d'une rémunération au fil de l'eau dans les 4 jours suivant l'envoi de la facture.

L'autre frein mentionné par les pharmaciens est le manque d'intérêt des patients (35,1%). Il est vrai que les patients, très peu informés de cette nouveauté en officine, ne comprennent souvent pas très bien quel est notre rôle et quels sont les objectifs des BPM. Pour eux, seul le médecin a un droit de regard sur leur traitement. Il n'est donc pas toujours évident de leur expliquer qu'il s'agit d'un travail axé sur une collaboration inter-professionnelle dont les objectifs sont de lutter contre la iatrogénie médicamenteuse et ses conséquences et de veiller au bon usage et à la bonne compréhension des traitements par le patient. Le caractère soudain de cette mise en place désarçonne aussi quelques patients qui sont traités le plus souvent depuis très longtemps.

Comme rapporté très justement par une pharmacienne participant à l'étude : *« Les patients n'aiment pas que l'on s'immisce dans leur traitement sans que cela vienne de leur part »*, ils *« n'acceptent pas que l'on constate qu'ils ne suivent pas correctement leur traitement et se bloquent »*. En effet, on observe beaucoup de méfiance de la part des patients vis à vis des BPM craignant un jugement ou des changements qui pourraient désorganiser leur traitement habituel. C'est en cela que le pharmacien a un travail d'information très important à réaliser en amont. De mon point de vue, l'information auprès du public concerné n'a pas été suffisante et serait un point à développer en priorité. Les patients doivent être davantage sensibilisés à leur prise en charge. Cette communication pourrait être faite via les médecins mais aussi par l'intermédiaire de l'Assurance Maladie. Des dépliants peuvent être distribués néanmoins en officine pour compléter l'information orale délivrée au patient.

Enfin, dans une société en perpétuel changement, avec des patients de plus en plus avertis et acteurs de leur santé, on peut espérer qu'avec le temps, l'idée de ces bilans mûrisse dans les esprits et rallie de plus en plus de personnes. Il ne faut pas cesser d'informer sans forcer pour autant les patients au risque de rompre le lien avec certaines personnes.

Dans une moindre mesure, le manque d'effectif pharmaceutique a été cité parmi les freins rencontrés (21,6%). À ce jour, seul le pharmacien est habilité à la réalisation des entretiens pharmaceutiques. De plus, les BPM ont tendance à être attribués exclusivement à l'exercice des pharmaciens. Hors, ces BPM doivent s'inscrire dans une dynamique collective afin d'assurer leur pérennité au sein de l'officine. Il est en effet important que le pharmacien pense à transmettre et déléguer à son équipe et notamment aux préparateurs. Une fois formés, les préparateurs pourront repérer les patients au comptoir et effectuer le recrutement. Si le patient est intéressé, ils pourront même recueillir son consentement, s'occuper de la prise de rendez-vous, gérer le calendrier des entretiens, récupérer les ordonnances et les bilans biologiques. L'implication des préparateurs est ainsi capitale et permet de les rendre eux aussi acteurs de cette nouvelle mission pharmaceutique, se sentant parfois en retrait face à l'évolution des activités en officine (52).

Le manque de formation a également été jugé comme un frein par 16,2% des pharmaciens sondés. Les pharmaciens ne se sentent pas spécialement en difficulté pour se lancer dans l'exercice des BPM. Cependant, une formation spécifique des professionnels semble essentielle à la pratique. Les étudiants d'une part, sont de plus en plus formés durant leurs études, notamment à Éducation Thérapeutique du Patient (ETP) mais aussi progressivement aux BPM via des modules spécifiques.

Suite à la loi HPST de 2009, l'ETP fait partie intégrante des missions du pharmacien d'officine. Avec le développement des maladies chroniques et des affections longues durées, l'Académie nationale de Pharmacie évoque, conformément aux articles 2 et 3 de l'arrêté du 2 août 2010, la mise en place d'un enseignement obligatoire pour les étudiants des facultés de pharmacie. La formation initiale des étudiants est de l'ordre de 40h obligatoires. Des formations dans le cadre du DPC existent aussi (64). A la faculté de Pharmacie de Tours, une formation à l'ETP de 40h est prévue pour les étudiants de la filière officine. D'ici fin 2020, la Faculté de pharmacie de Tours proposera notamment une formation complète sur les BPM. Nous n'avons pas trouvé de chiffres actuels concernant cette mise en place dans les facultés de France. En 2005, avant la parution de l'arrêté, une étude de l'INPES recensait parmi 13 facultés de pharmacie répondantes, 38% ayant un enseignement spécifique sur l'ETP (65). La SFPC, se basant sur les expériences à l'étranger, renforce cette idée de nécessité de former les professionnels afin qu'ils soient autonomes dans la pratique de ces BPM (44).

L'exercice de l'éducation thérapeutique des patients nécessite un espace de confidentialité disponible. Cette obligation est jugée comme un frein à la mise en place des BPM par 8,1% des pharmaciens sondés. Dans de nombreuses pharmacies, cette même salle peut aussi être la salle d'essayage pour l'orthopédie et la contention veineuse. Elle peut aussi être destinée à la prise de mesure tensionnelle et depuis récemment à la vaccination anti-grippale ce qui ne participe pas à la disponibilité de cette salle.

Pour 1 pharmacien, le faible intérêt des médecins à la mise en place des BPM a été un frein. Une lettre d'information au sujet du développement des BPM en officine, en provenance de l'Assurance Maladie, a été diffusée courant 2018 dans les différents cabinets médicaux de France à

destination des médecins généralistes (66). Cependant, l'envoi complémentaire d'un courrier d'information lors de la mise en place de BPM au sein de l'officine semble indispensable. Un échange au préalable permettra une meilleure implication du médecin dans ce dispositif. Ré-expliciter les objectifs, les rôles de chacun, fixer des missions communes, demander ce que chacun attend de ces BPM peuvent être des points à aborder clairement. Il serait intéressant que les médecins puissent bénéficier d'informations par l'Assurance Maladie ou le Conseil de l'Ordre concernant les objectifs de ces entretiens et leur rôle à jouer afin de les rallier plus massivement à cette mission. Une fois de plus, la relation médecin-pharmacien est tributaire d'une bonne réalisation des BPM.

La lourdeur administrative a été citée par un pharmacien sondé. Les démarches d'inscription peuvent s'avérer fastidieuses pour certains renforçant cette idée de manque de temps. Cela débute à l'inscription du patient sur le site amelipro avec impression de l'accord à faire signer par le patient avant de débiter les entretiens. Il faudra ensuite réaliser une inscription sur le site après chaque nouvel entretien réalisé. La SFPC fait état de la nécessité de la dématérialisation du document support des BPM afin de gagner du temps, faciliter la saisie des informations et la transmission inter-professionnels, uniformiser les résultats et permettre la création d'une base de données voire d'agrémenter *in fine* le DMP des patients (44).

La plupart des freins ont été entendus par les syndicats qui ont permis déjà quelques changements ainsi que d'autres qui sont à venir. En particulier une rémunération au fil de l'eau, un élargissement des critères d'éligibilité des patients, la dématérialisation des documents support. On peut espérer que ces changements relancent l'engouement des pharmacies pour ces entretiens.

Les pharmaciens ne réalisant pas de BPM souhaitent à 72,8% être aidés davantage dans la mise en place des BPM et semblent majoritairement ouverts au dispositif.

Les thèmes de formations intéressant le plus ces pharmaciens sont la cardiologie, la neurologie, la psycho-gériatrie, la cancérologie et l'endocrinologie. Les médicaments à visée cardiovasculaire, neurologique et de psycho-gériatrie font partie des traitements plus représentés sur les ordonnances des sujets âgés comme le mentionne le Professeur Sylvie Legrain dans l'article « Consommation médicamenteuse chez le sujet âgé » de la HAS publié en 2005 (18). De plus, ces classes sont souvent à l'origine d'accidents iatrogènes justifiant l'intérêt des pharmaciens à leur sujet. Pour ce qui est de l'endocrinologie, les sujets diabétiques sont fortement représentés dans la population âgée et les traitements souvent multiples, les conseils associés nombreux et avec une certaine pratique à acquérir et des risques qui découlent de mauvaises connaissances. Enfin, la cancérologie concerne aussi beaucoup les pharmaciens avec une hausse de la prévalence des cancers ainsi que le développement de la chimiothérapie orale en officine. Les pharmaciens sont en demande de formation dans ce domaine au vu du développement du secteur en ville afin de pouvoir conseiller et orienter au mieux le patient. La cancérologie fera notamment l'objet de nouveaux entretiens à destination des patients sous chimiothérapie orale actuellement en développement pour l'année 2020. Le suivi s'effectuera sur 2 ans avec au total 5 entretiens dont 3 la première année puis 2 l'année suivante. Comme pour les BPM, on débutera par un entretien recueil puis deux entretiens sur les effets indésirables, la vie quotidienne et l'observance des traitements. (67)

Les pharmaciens préfèrent à 51,7% des formations en présentiel contre 41,4% en distanciel. 6,9% sont intéressés par un cumul des deux. Les résultats obtenus sont semblables à ceux partagés par

la SFPC dans son mémo provenant d'une étude réalisée en France en avril 2017 sur 396 pharmacies. En effet, on observe des envies mixtes sur le type de formation. Pour cela, la SFPC propose une association des deux types de formations pour satisfaire le plus grand nombre et pallier au manque de temps de certains via les URPS (Union Régionale des Professionnels de Santé), les facultés de pharmacies ou les OMÉDIT (Observatoires des MÉdicaments, Dispositifs édicatifs et Innovations Thérapeutiques). Enfin, la SFPC mentionne aussi l'existence de formation sous forme de tutorat pour former les professionnels à la réalisation des entretiens mais aussi à la prévention de la iatrogénie médicamenteuse chez les sujets âgés (44). En effet, il existe notamment le projet Biomedoc ou Bilan de médication en Occitanie soutenu par le REIPO (Réseau d'Enseignement et d'Innovation en Pharmacie d'Officine) qui permet d'évaluer l'impact des BPM sur la survenue d'une hospitalisation. Les pharmaciens de la région sont alors accompagnés durant les 9 premiers bilans de médication par un pharmacien tuteur spécialisé en gériatrie afin de gagner en autonomie mais aussi en connaissances.

Etat des lieux sur la pratique du BPM dans la région CVL

Le profil type d'une pharmacie réalisant des BPM est une pharmacie de l'Indre et Loire située en zone urbaine ou semi-rurale, comprenant 1 à 2 pharmacien(s) dont au moins un pharmacien maître de stage

Le nombre moyen d'entretien recueil réalisés par officine est de 38 avec des données recueillies s'étendant de 1 à 195. Nous avons également observé grâce à notre étude pour 3 pharmacies un faible nombre d'entretiens réalisés (de 3 à 6 par officine) malgré un début de mise en place il y a plus d'un an et demi.

Les principales difficultés rapportées par les pharmaciens réalisant des BPM sont la communication avec les médecins (58%), le suivi (50%) et l'abord des patients (40%), l'utilisation du site Amelipro (40%)

En effet, des difficultés subsistent encore et sont pour certaines vectrices d'une baisse de motivation. Une fois de plus les patients sont cités, parfois difficiles à convaincre et à suivre pour réaliser la totalité des entretiens proposés. Dans notre étude, 74,4% des patients reçus en entretien « recueil » ont ensuite bénéficié d'un entretien « conseil ». Cette différence montre déjà des difficultés de suivi à la réalisation de la totalité des entretiens comprenant les BPM. Il aurait été intéressant de connaître le nombre d'entretien « suivi de l'observance » réalisés pour ces mêmes patients.

L'autre difficulté rapportée dans 35% des cas est la récupération des bilans biologiques. Cette étape est absolument nécessaire pour une analyse complète des traitements du patients. Les bilans biologiques permettent entre autre de connaître la fonction rénale du patient, son ionogramme et sa glycémie par exemple. Il est important de bien rappeler au patient l'importance de les rapporter. L'utilisation de carton de rendez-vous avec la mention « nous vous demandons de bien vouloir vous munir de vos derniers bilans biologiques » lors de l'entretien peut faciliter le retour de ces derniers (voir un exemple en *Annexe n°5*).

Dans les dernières difficultés citées, on retrouve le repérage des patients (10%) et l'optimisation des traitements du patient (10%). Grâce aux logiciels, le repérage des patient est grandement facilité. Cependant, cela reste variable selon le logiciel choisi par l'officine. L'optimisation thérapeutique est elle aussi rendue moins complexe grâce à la palette d'outils mis à disposition

ainsi que le développement de formations au sujet de la prise en charge thérapeutique du sujet âgé en officine.

Limites et perspectives

Au cours de cette enquête, nous nous sommes principalement intéressés aux pharmaciens. Nous n'avons pris en compte ni l'avis des patients ni celui des médecins, acteurs aussi de ces BPM. Des sondages les concernant auraient permis de recueillir sans doute d'autres avis qui auraient pu constituer des pistes pour améliorer les BPM. Des enquêtes ont déjà été faites auprès de patients comme l'étude intitulée « Bilan de médication : perceptions et attentes des usagers ». Via le service SurveyMonkey, outil de sondage, les équipes de France Assos Santé ont diffusé un questionnaire de mi-octobre à mi-novembre 2018 ayant récolté 577 réponses de patients. Sur ces 577 répondants, 343 étaient âgés de 65 ans et plus (68). L'étude a permis de mettre en évidence que 6 patients sur 10 considèrent le pharmacien comme étant un bon interlocuteur pour faire le point sur leur traitement, leurs difficultés et leurs doutes dans le but d'adapter la prescription. Enfin, 46% des patients sondés connaissaient l'existence des BPM et 70% estimaient qu'il s'agissait d'une bonne initiative.

Concernant l'avis des médecins sur les BPM, nous avons contacté les différents Conseils de l'ordre des départements de la région CVL afin d'obtenir quelques retours positifs ou critiques. Seul l'ordre du Loir-et-Cher a répondu à notre demande en signifiant qu'ils n'avaient pas recueilli de remarques particulières auprès des médecins n'ayant pas de notion de communication autour de ce sujet. Malgré tout ils pensent que ces BPM « améliorent la prise en charge du patient ». Comme signale le Professeur gériatre Sylvie Legrain, le bilan de médication doit être perçu par les

médecins comme une « *opportunité de mieux comprendre les difficultés des patients dans la vraie vie, de mieux préciser l'adhésion aux traitements, étape indispensable pour avoir une prescription optimisée dans la durée* » (45).

Pour compléter notre étude, il serait intéressant d'initier une enquête auprès des médecins de la région CVL sur les BPM.

C. CONCLUSION

Pour conclure, la tendance au vieillissement des populations nous confronte à une majoration de la polymédication et de ses risques. En effet, cette dernière, intimement liée à la iatrogénie médicamenteuse, est responsable de coûts humains et économiques élevés. Ainsi, dans le but de protéger cette population fragile et de lui garantir une espérance de vie sans incapacité plus longue, les professionnels de santé se voient attribuer de nouvelles missions. Les pharmaciens, dans un objectif global de santé publique et d'éducation pour la santé sont de plus en plus sollicités. De ce fait, ont émergé en France en 2018, les BPM. Cependant aujourd'hui, ils n'ont pas encore suffisamment convaincus les pharmaciens, les patients et les médecins.

La formation des professionnels de santé semble être le premier niveau d'action avec d'une part la formation initiale des étudiants et de l'autre la formation continue des professionnels exerçant. Il serait intéressant de croiser les formations afin de favoriser les interactions inter-professionnelles. En effet, le succès de ces entretiens réside dans la communication entre les différents acteurs et en particulier au sein du duo médecin-pharmacien. L'information des différents acteurs apparaît comme second niveau d'action. Pour cela, une aide de la part de l'Assurance maladie, du ministère

de la santé, des Ordres professionnels ou encore de Santé publique France pourrait être un réel apport de visibilité pour les BPM. L'allègement des procédures administratives, notamment pour l'enregistrement des divers entretiens réalisés sur le site Amelipro constitue un 3ème niveau d'action.

L'objectif, selon nous, serait de se rapprocher du modèle hospitalier des BPM, à savoir la conciliation médicamenteuse, facilitée par des échanges nombreux et directs entre divers professionnels permettant des adaptations rapides de prise en charge.

Malgré les réticences, il semblerait que les pharmaciens soient plutôt motivés par cette nouvelle mission encore en amélioration. Le contexte actuel le soulignant une fois de plus, le métier de pharmacien est en constante évolution avec le développement croissant de missions revalorisant la profession. Même si l'engouement n'est pas toujours immédiat, les pharmaciens restent prêts à s'investir dans chacune de leurs nouvelles attributions.

BIBLIOGRAPHIE

1. World Population Prospects - Population Division - United Nations [cité le 29 août 2019]. Disponible sur: <https://population.un.org/wpp/Maps/>
2. Les personnes âgées. 2016 [cité 29 août 2019]. Disponible sur: <https://www.un.org/fr/sections/issues-depth/ageing/index.html>
3. Population par âge – Tableaux de l'économie française | Insee [cité le 29 août 2019]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3676587?sommaire=3696937#tableau-figure1>
4. Evolution de l'espérance de vie en France [cité le 29 août 2019] Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3676610?sommaire=3696937>
5. À 65 ans, l'espérance de vie sans incapacité s'élève à 11,2 ans pour les femmes et à 10,1 ans pour les hommes - Ministère des Solidarités et de la Santé [cité le 12 févr 2020]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/communiques-de-presse/article/a-65-ans-l-esperance-de-vie-sans-incapacite-s-eleve-a-11-2-ans-pour-les-femmes>
6. Lanoë M-R. L'état de santé en France en 2003. 2003;12.
7. Auvray L, Doussin A, Fur PL. Santé, soins et protection sociale en 2002 – Enquête sur la santé et la protection sociale France 2002.:181.
8. Prévalence de la polymédication chez les personnes âgées en France : enquête de l'IRDES [cité le 1 déc 2019]. Disponible sur: https://www.vidal.fr/actualites/14959/prevalence_de_la_polymedication_chez_les_personnes_agees_en_france_enquete_de_l_irdes/
9. Monégat M, Serment C. La polymédication : définitions, mesures et enjeux. 2014;8. Questions d'économie de la santé n° 204 - Décembre 2014
10. Note méthodologique et de synthèse documentaire. [cité le 29 nov 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-04/note_methodologique_polypathologie_de_la_personne_agee.pdf
11. Herr M. Fragilité des personnes âgées et consommation de médicaments : polymédication et prescriptions inappropriées. :6. Questions d'économie de la santé n°230 – Février 2018
12. Laroche M-L, Bouthier F, Merle L, Charmes J-P. Médicaments potentiellement inappropriés aux personnes âgées : intérêt d'une liste adaptée à la pratique médicale française. Rev Médecine Interne. juill 2009;30(7):592-601.
13. Lang PO, Dramé M, Guignard B, Mahmoudi R, Payot I, Latour J, et al. Les critères STOPP/START.v2 : adaptation en langue française. NPG Neurol - Psychiatr - Gériatrie. 1 déc 2015;15(90):323-36.

14. O'Mahony D, Gallagher P, Ryan C, Byrne S, Hamilton H, Barry P, et al. STOPP & START criteria: A new approach to detecting potentially inappropriate prescribing in old age. *Eur Geriatr Med.* 1 févr 2010;1(1):45-51.
15. Prévenir la iatrogénèse médicamenteuse chez le sujet âgé [cité le 14 déc 2019]. Disponible sur :
https://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/9641eb3f4a1e67ba18a6b8aecd3f1985.pdf
16. La iatrogénie chez le sujet âgé [cité le 13 déc 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-12/rencontre_regional_ces_-_groupe_ahnac_polyclinique_de_riaumont_iatrogenie.pdf
17. Vogel T, Lang PO. Iatrogénie chez la personne âgée. *Actual Pharm.* 1 janv 2018;57(572):23-5.
18. Consommation médicamenteuse chez le sujet âgé [cité le 31 mars 2020]. Disponible sur :
https://has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/pmsa_synth_biblio_2006_08_28__16_44_51_580.pdf
19. Iatrogénie médicamenteuse [cité le 13 déc 2019]. Disponible sur:
<https://www.ameli.fr/assure/sante/medicaments/iatrogenie-medicamenteuse/iatrogenie-medicamenteuse>
20. Les myopathies du sujet âgé [cité le 3 oct 2019]. Disponible sur:
http://www.saging.com/mise_au_point/les-myopathies-du-sujet-age
21. Mécanismes, conséquences et prise en charge de la sarcopénie [cité le 29 sept 2019]. Disponible sur: http://www.saging.com/mise_au_point/mecanismes-consequences-et-prise-en-charge-de-la-sarcopenie-
22. Marcell TJ. Review Article: Sarcopenia: Causes, Consequences, and Preventions. *J Gerontol Ser A.* 1 oct 2003;58(10):M911-6.
23. Walston JD. Sarcopenia in older adults. *Curr Opin Rheumatol.* nov 2012;24(6):623-7.
24. Sarcopénie du sujet âgé : connaissances et bénéfices de l'exercice physique . *Rev Med Suisse* 2016; volume 12. 1898-1900 . [cité le 20 oct 2019]. Disponible sur:
<https://www.revmed.ch/RMS/2016/RMS-N-538/Sarcopenie-du-sujet-age-connaissances-et-benefices-de-l-exercice-physique#B7>
25. Blain H, Rambourg P, Le Quellec A, Ayach L, Biboulet P, Bismuth M, et al. Bon usage des médicaments chez le sujet âgé. *Rev Médecine Interne.* 1 oct 2015;36(10):677-89.
26. Beck LH. Changes in Renal Function with Aging. *Clin Geriatr Med.* 1 mai 1998;14(2):199-210.
27. Baylis C. Changes in renal hemodynamics and structure in the aging kidney; sexual dimorphism and the nitric oxide system. *Exp Gerontol.* 1 avr 2005;40(4):271-8.
28. Fonction rénale et vieillissement du rein [Internet]. *Rev Med Suisse* 2000; volume -4. 20337. [cité le 31 oct 2019]. Disponible sur: <https://www.revmed.ch/RMS/2000/RMS-2289/20337>

29. Merchant HA, Liu F, Orlu Gul M, Basit AW. Age-mediated changes in the gastrointestinal tract. *Int J Pharm.* 30 oct 2016;512(2):382-95.
30. Vellas B, Balas D, Guidet M, Dubouché C, Senegas F, Albaredo J-L. Vieillessement de l'appareil digestif chez la personne âgée. :4.
31. Variabilités pharmacocinétiques [cité le 23 nov 2019]. Disponible sur: <https://pharmacomedicale.org/pharmacologie/les-sources-de-variabilite-de-la-reponse-au-medicament/45-variabilites-pharmacocinetiques>
32. Plat A, Youssef N, Brousse N, Pol S. Foie et vieillissement, aspects cliniques. */data/revues/03998320/00270005/540/*. 29 févr 2008 [cité le 23 nov 2019]; Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/en/article/99526>
33. Ketata W, Rekik WK, Ayadi H, Kammoun S. Vieillessement de l'appareil respiratoire : modifications anatomiques et conséquences physiologiques. *Rev Pneumol Clin.* 1 oct 2012;68(5):282-9.
34. Lafuente-Lafuente C, Baudry É, Paillaud E, Piette F. Pharmacologie clinique et vieillissement. *Presse Médicale.* 1 févr 2013;42(2):171-80.
35. Détecter et évaluer l'impact des médicaments anticholinergiques. *Rev Med Suisse* 2017; volume 13. 1931-1937 . [cité 24 nov 2019]. Disponible sur: <https://www.revmed.ch/RMS/2017/RMS-N-582/Detecter-et-evaluer-l-impact-des-medicaments-anticholinergiques>
36. Laroche M-L, Roux B, Grau M. Iatrogénie médicamenteuse chez la personne âgée, comprendre et agir. *Actual Pharm.* 1 déc 2017;56(571):28-32.
37. Arrêté du 4 mai 2012 portant approbation de la convention nationale organisant les rapports entre les pharmaciens titulaires d'officine et l'assurance maladie, JORF n°0107 du 6 mai 2012 page 8112, texte n° 34 [cité le 6 févr 2020]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000025804248&categorieLien=id>
38. 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. JORF n°0063 du 16 mars 2018, texte n° 19 [cité le 6 févr 2020]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2018/3/9/SSAS1803603A/jo/texte>
39. Avenants [cité le 12 janv 2020]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/pharmacien/textes-reference/textes-conventionnels/avenants>
40. Accompagnements des patients chroniques (avenants 11 et 12 à la convention) [cité le 13 févr 2020]. Disponible sur: http://www.cpam21.fr/EnDirectPS/Pharma/2018/2018-05-24_bilan_de_medication.pdf
41. Le BPM – Bilan de Médication Partagé, mai 2019. [cité le 19 avr 2020]. Disponible sur: <https://uspo.fr/wp-content/uploads/2019/05/1.-bpm-qu-est-ce-c-est-argumentaire.pdf>

42. 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, texte n° 113 [cité le 13 févr 2020]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000041521799&categorieLien=id>
43. L'avenant conventionnel n°19, 80 millions d'euros supplémentaires pour améliorer la rémunération des pharmacies. USPO, 2019 [cité le 13 févr 2020]. Disponible sur: <https://uspo.fr/10699-2/>
44. Fiche mémo : Préconisation pour la pratique des bilans partagés de médication, SFPC, déc 2017. [cité 12 févr 2020]. Disponible sur: https://sfpc.eu/wp-content/uploads/2019/08/sfpc_memo_bilan_partag_de_medication_vdef_dc_2017.pdf
45. « Le bilan partagé de médication va dans le sens d'une plus grande coordination des soins ». [cité 6 févr 2020]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/medecin/actualites/le-bilan-partage-de-medication-va-dans-le-sens-dune-plus-grande-coordination-des-soins>
46. Accompagnement pharmaceutique [cité le 31 janv 2020]. Disponible sur: https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/377128/document/accompagnement_pharmaceutique.pdf
47. Guide d'accompagnement des patients : Le bilan partagé de médication chez le patient âgé polymédiqué. [cité le 1 févr 2020]. Disponible sur: <http://www.uspo.fr/wp-content/uploads/2017/11/annexe-avenant-12-sign%C3%A9-UNCAM-USPO.pdf>
48. Bilan partagé de médication : outils de recueil d'information [cité le 11 févr 2020]. Disponible sur: <http://pharmacie-clinique.fr/wp-content/uploads/2018/02/Bilan-partag%C3%A9-de-m%C3%A9dication-outils-de-recueil-dinformation-.pdf>
49. Syndrome de fragilité [cité le 22 mars 2020]. Disponible sur: <http://www.ipubli.inserm.fr/bitstream/handle/10608/6807/?sequence=13>
50. Gériatrie. SFPC [cité le 11 févr 2020]. Disponible sur: <http://geriatrie.sfpc.eu/application>
51. Bilan partagé de médication : quand médecins et pharmaciens partagent leur expérience. Le Quotidien du Pharmacien, mai 2015. [cité le 1 mars 2020]. Disponible sur: https://www.lequotidiendupharmacien.fr/actualite-pharmaceutique/article/2019/05/06/bilan-partage-de-medication-quand-medecins-et-pharmaciens-partagent-leur-experience_278130
52. Officines Avenir n°17, janvier 2018 [cité le 12 janv 2020]. Disponible sur: https://uspo.fr/wp-content/uploads/2018/02/2018-01-Officine_Avenir_n17.pdf
53. Les entretiens pharmaceutiques payés « au fil de l'eau » dès 2020. Le Quotidien du Pharmacien, octobre 2019. [cité le 30 janv 2020]. Disponible sur: https://www.lequotidiendupharmacien.fr/actualite-pharmaceutique/article/2019/10/16/les-entretiens-pharmaceutiques-payes-au-fil-de-leau-des-2020_280287

54. Cinq enseignements de publications scientifiques étrangères avant l'introduction des bilans de médication en France [Internet]. USPO, janvier 2018 [cité le 12 mars 2020]. Disponible sur: <https://uspo.fr/cinq-enseignements-de-publications-scientifiques-etrangees-avant-lintroduction-des-bilans-de-medication-en-france/>
55. Morrison C, MacRae Y. Promoting Safer Use of High-Risk Pharmacotherapy: Impact of Pharmacist-Led Targeted Medication Reviews. *Drugs - Real World Outcomes*. sept 2015;2(3):261-71.
56. Rathbone AP, Mansoor SM, Krass I, Hamrosi K, Aslani P. Qualitative study to conceptualise a model of interprofessional collaboration between pharmacists and general practitioners to support patients' adherence to medication. *BMJ Open* [Internet]. 16 mars 2016 [cité 14 mars 2020];6(3). Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4800113/>
57. Cartes départementales – Officine, Ordre National des Pharmaciens [cité le 25 janv 2020]. Disponible sur: <http://www.ordre.pharmacien.fr/Cartes/Cartes-departementales-Officine/Nombre-d-officines>
58. Thériaque. [cité le 5 mars 2020]. Disponible sur: <http://www.theriaque.org/apps/contenu/journal.php?menu=4>
59. Thesaurus des interactions médicamenteuses, ANSM, septembre 2019 [cité le 5 mars 2020]. Disponible sur : https://www.anism.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/0002510e4ab3a9c13793a1fdc0d4c955.pdf
60. Site GPR [cité le 5 mars 2020]. Disponible sur: <http://sitegpr.com/fr/>
61. Recrutement projets - Mieux comprendre les entretiens pharmaceutiques – Observia [cité le 5 mars 2020]. Disponible sur: <https://observia-group.com/fr/actualites/recrutement-projets/73-mieux-comprendre-les-entretiens-pharmaceutiques>
62. 15 % des pharmacies ont réalisé des bilans partagés de médication. *Le Quotidien du Pharmacien*, avril 2019. [cité le 5 avr 2020]. Disponible sur: https://www.lequotidiendupharmacien.fr/actualite-pharmaceutique/article/2019/04/01/15-des-pharmacies-ont-realise-des-bilans-partages-de-medication_277564
63. Entretiens pharmaceutiques : la CNAM propose un paiement au fil de l'eau. *Le Quotidien du Pharmacien*, septembre 2019. [cité le 30 janv 2020]. Disponible sur: https://www.lequotidiendupharmacien.fr/actualite-pharmaceutique/article/2019/09/26/entretiens-pharmaceutiques-la-cnam-propose-un-paiement-au-fil-de-leau_279935
64. Recommandations relatives à l'Education thérapeutique du patient, Académie nationale de pharmacie, avril 2014 [cité le 29 févr 2020]. Disponible sur: https://www.acadpharm.org/dos_public/Recommandations_ETP_VF_2014.pdf
65. Etat des lieux de la formation initiale en éducation thérapeutique du patient en France, *Evolutions* n° 12, avril 2018 [cité le 23 avril 2020]. Disponible sur :

file:///C:/Users/Juliette/Downloads/17765_inp00010756%20(1).pdf

66. Note d'information à l'attention des médecins généralistes, Assurance maladie [cité le 6 janv 2020]. Disponible sur :
https://www.acadpharm.org/dos_public/Recommandations_ETP__VF__2014.pdf
67. Entretiens chimiothérapie orale : un accompagnement sur deux ans [Internet]. Le Quotidien du Pharmacien, octobre 2019. [cité le 30 janv 2020]. Disponible sur:
https://www.lequotidiendupharmacien.fr/actualite-pharmaceutique/article/2019/10/14/entretiens-chimiotherapie-orale-un-accompagnement-sur-deux-ans_280267
68. Polymédication des personnes âgées : une équation sans solution ? France Assos Santé, décembre 2018 [cité le 12 mars 2020]. Disponible sur: <https://www.france-assos-sante.org/2018/12/10/polymedication-des-personnes-agees-une-equation-sans-solution/>

ANNEXES

Annexe n°1 : Courrier type d'information des prescripteurs au sujet de la mise en place de BPM dans l'officine

Nom de la pharmacie
Adresse
Numéro de Téléphone
Numéro de FAX
Adresse mail
Adresse MSSANTE

Lieu, Date

Nom du médecin
Adresse

Dr X,

Nous souhaitons vous informer de la mise en place de Bilans Partagés de Médication (BPM) au sein de notre officine, pouvant potentiellement concerner certains de vos patients.

Depuis la dernière mise à jour du 4 février 2020, ces BPM sont ouverts à tous les patients volontaires de 65 ans et plus traités depuis plus de 6 mois par au moins 5 molécules. Les principaux objectifs de ces entretiens sont :

- Réduire le risque iatrogène
 - Répondre aux interrogations de nos patients sur leurs traitements et leurs effets
 - Aider nos patients dans l'appropriation et l'adhésion à leurs traitements
 - Optimiser les prises de médicaments
- (Source : Guide d'accompagnement des patients, Le bilan partagé de médication chez le patient âgé polymédiqué écrit par l'USPO et validé par la HAS)

Pour rappel, le BPM est divisé en 4 étapes comprenant 3 entretiens différents.

Étape 1 : Entretien recueil

Il permet de recueil des informations concernant le patient (ses habitudes de vie et son état clinique et biologique) et son traitement (traitements en cours, automédication, observance, difficultés de prise, intolérances, état des connaissances). Nous utiliserons pour cela plusieurs sources : le patient, ses ordonnances, ses dossiers pharmaceutiques le cas existants, son entourage si besoin.

Étape 2 : Analyse thérapeutique

Il s'agit de faire le point sur les informations recueillies afin de dégager si nécessaire des pistes d'optimisation thérapeutique.

En fonction de nos observations, nous vous transmettrons (par courrier, messagerie sécurisée ou non, téléphone ou fax) une synthèse afin que nous puissions échanger et recueillir votre avis ainsi que vos décisions d'optimisation. Le choix du moyen de communication vous est laissé libre. Sachez que toute proposition d'optimisation des traitement n'aura en aucun cas été communiquée au patient et que la décision de les accepter ou de les refuser vous revient de droit.

Étape 3 : Entretien conseils

En fonction de nos échanges, nous expliqueront au patient, le cas échéant, les modifications de traitement effectuées et leurs raisons. L'ordonnance sera ensuite revue intégralement dans le but de prodiguer les conseils usuels de bon usage et de répondre aux interrogations du patient. Un plan de prise personnalisé pourra être proposé.

Étape 4 : Entretien suivi de l'observance

L'observance du patient sera ré-évaluée régulièrement (six mois plus tard puis deux fois par an sans changement de traitement).

Nous restons à votre entière disposition si vous souhaitez échanger au sujet de ces Bilans Partagés de Médication.

Nous vous remercions par avance de l'attention que vous voudrez bien porter à ce projet de collaboration pluriprofessionnelle pour une meilleure prise en charge de nos patients âgés.

Bien cordialement,

Tampon de la pharmacie

Signatures des pharmaciens de l'officine

Annexe n°2: Exemple de protocole de réalisation des BPM en officine

PROTOCOLE DE RÉALISATION DE
BILANS PARTAGÉS DE MÉDICATION EN OFFICINE

En amont :

1. **Communication auprès des prescripteurs alentours** : listing du top 10 des médecins traitants les plus régulièrement observés sur les ordonnances + envoi d'un courrier type informant de la mise en place en officine avec objectifs des bilans et mention d'une collaboration inter-professionnelle + s'accorder sur un moyen de communication choisi par chacun des prescripteurs
2. **Screening des patients éligibles grâce au LGO**
3. **Formation de l'équipe**
4. **Communication auprès des patients éligibles** : affiche + dépliants mis à disposition + recrutement des patients au comptoir
5. **S'équiper en outils nécessaires** : classeur de recueil des entretiens + cartons de prise de RDV + fiches « entretiens recueil »

Déroulement du dispositif :

Toujours vérifier qu'il y ait assez de fiches « entretien recueil » et de cartons de RDV

Après accord oral du patient ...

1. **Concrétiser l'inclusion du patient au dispositif** : *inscription en ligne sur Amelipro* dans l'onglet « convention pharmaciens » + signature du formulaire d'adhésion aux bilans (1 exemplaire pour le patient + 1 à conserver dans le classeur)
2. **Prise de RDV** sur calendrier (choix des journées dédiées en fonction de l'affluence) ou réalisation directe du premier entretien. *Si prise de RDV : donner un **carton de RDV** avec date et heure + nom du pharmacien en charge + mention « prière de rapporter toutes vos*

ordonnances en cours ainsi que votre dernier bilan biologique » + noter le RDV dans le calendrier

3. **Entretien n°1 « recueil d'informations »** (30-45 min selon le patient et son état de santé) : suivre la fiche recueil de l'Assurance maladie + fixer le RDV pour l'entretien n°2 (*carton de RDV + noter dans le calendrier*) + *demandeur de rapporter les derniers bilans biologiques si ce n'est pas déjà le cas + enregistrement sur Amelipro*
4. **Analyse des traitements** : recherche d'interactions médicamenteuses/contre-indications entre les traitements et avec la physiopathologie du patient, vérifier les posologies, relever les difficultés du patient + faire une synthèse de l'entretien (enregistrer sur le bureau dans dossier « BPM ») + *enregistrement sur Amelipro*
Outils : guide PAPA, Thériaque, Vidal, Liste Start&Stop ...
5. **Rédiger un courrier pour le médecin traitant** : courrier type à récupérer sur le bureau dans dossier « BPM » puis « Courrier type médecin conclusions » puis compléter selon les suggestions à faire + envoi via l'adresse MSSANTÉ, courrier ou appel téléphonique selon la préférence du prescripteur
6. **Prendre en compte le retour du médecin**
7. **Réalisation d'un plan de prise**
8. **Entretien n°2 « entretien conseils »** (30-45min) : exposition des décisions du médecin et des changements effectués s'ils ont eu lieu, conseils associés à l'ordonnance + conseils hygiéno-diététiques, explication du plan de prise, réponse aux questions du patient ... + prise de RDV pour l'entretien n°3 (*carton de RDV + noter dans le calendrier*) + *enregistrement sur Amelipro*
9. **Entretien n°3 « suivi de l'observance n°1 »** (15-20 min) : noter l'évolution de l'observance (refaire questionnaire de Girerd) + réponses aux questions du patient + fixer RDV pour l'entretien n°4 (*carton RDV + noter dans le calendrier*) + *enregistrement sur Amelipro*

10. **Entretien n°4 « suivi de l'observance n°2 »** (15-20 min) : idem suivi de l'observance n°1 +
enregistrement sur Amelipro

*Si nouvelle modification du traitement dans le futur à n'importe quel moment,
recommencer à partir de l'étape 4*

Classement des documents : classer les différents documents récupérés selon l'ordre suivant
(formulaire d'adhésion du patient, ordonnances, bilans biologiques, fiche de recueil
d'informations, synthèse, exemplaire du courrier transmis au médecin, réponse du médecin, fiches
de suivi d'observance)

QUESTIONNAIRE DE THÈSE

« Bilans partagés de médication : retours d'expériences en officine »



Madame, Monsieur,

Voici un questionnaire de thèse à propos des **Bilans Partagés de Médication (BPM)** à destination des pharmaciens d'officine. Vous l'avez peut-être vu passer dans votre boîte mail pour la version en ligne. Ici, je vous propose la version papier. Vous êtes libres de choisir le support qui vous conviendra le mieux pour y répondre.

Vous trouverez ci-jointes les **deux fiches** de ce questionnaire. L'**une** est à destination des **pharmaciens réalisant des bilans** et l'**autre** s'adresse aux pharmaciens **n'en réalisant pas**. Je vous propose de remplir la fiche vous concernant et de me la faire parvenir ensuite soit par mail à l'adresse suivante : juliette.defer@etu.univ-tours.fr , ou encore par courrier directement à la **Pharmacie Centrale** (22 avenue Victor Hugo, 37300 Joué-lès-Tours).

Je vous précise que les résultats seront étudiés et utilisés de façon totalement anonyme. Le but de cette étude est d'obtenir des chiffres représentatifs sur l'ensemble de la région Centre-Val-De-Loire en vue d'une publication future à ce sujet. Afin de recueillir un grand nombre de réponses, le questionnaire est diffusé par le répartiteur Alliance dans les cent trente pharmacies de la région.

Je vous remercie grandement de votre participation à cette étude.
Confraternellement.

Juliette Defer,
Pharmacienne



<https://gayetmetoisformation.fr>

FICHE A DESTINATION DES PHARMACIENS NE REALISANT PAS DE BILANS DANS LEUR OFFICINE	
<i>Questions</i>	<i>Réponse courte ou entourez la/les proposition(s) vous concernant</i>
Nom de la pharmacie et ville	
1. Situation géographique de la pharmacie	A. Rurale (<2000 habitants) B. Semi-rurale (<10 000 habitants) C. Urbaine (>10 000 habitants) D. Centre commercial
2. Combien de pharmaciens compte votre officine ? (équivalent temps plein)	
3. Quels sont les freins actuels qui vous empêchent de mettre en place ces bilans ? Le manque ...	A. De temps B. De pharmaciens dans votre officine C. De place (salle de confidentialité peu disponible) D. D'intérêt manifesté par vos patients E. De rémunération F. De formation
4. Souhaiteriez-vous d'avantage être aidés dans la mise en place de ces bilans ?	A. Oui B. Non
5. Si oui, quel type d'accompagnement vous intéresserait ?	A. Mise en place de formation(s) sur des thèmes précis B. Mise à disposition de guides plus complets pour la réalisation des entretiens
6. Sur quels thèmes concernant le sujet âgé aimeriez-vous que les formations soient axées ?	A. Cardiologie B. Endocrinologie (diabète, thyroïde) C. Neurologie (Parkinson, Alzheimer, épilepsie, neuropathies) D. Psycho-gériatrie (anxiété, agitation, dépression) E. Rhumatologie F. Infectiologie G. Gastro-entérologie H. Néphro-urologie I. Pneumologie J. Cancérologie K. Douleur
7. Préférez-vous assister à ces formations en présentiel ou sur internet ?	A. Formation en présentiel B. Formation en distanciel (e-learning)

FICHE A DESTINATION DES PHARMACIENS REALISANT DES BILANS DANS LEUR OFFICINE	
Questions	Réponse courte ou entourez la/les proposition(s) vous concernant
Nom de la pharmacie et ville	
1. Situation géographique de la pharmacie	A. Rurale (<2000 habitants) B. Semi-rurale (<10 000 habitants) C. Urbaine (>10 000 habitants) D. Centre commercial
2. Combien de pharmaciens compte votre officine ? (équivalent temps plein)	
3. Combien comptez-vous de patients éligibles aux BPM (à partir du fichier patients, filtrer selon critères : + de 65 ans en ALD et/ou + de 75 ans traités par au moins 5 molécules en chronique)	
4. Quand avez-vous débuté ces bilans ? (mois/année)	
<p align="center"><u>Rappel sur les différents types d'entretiens</u></p> <p><u>-Entretien recueil</u> : le pharmacien doit expliquer au patient l'intérêt du bilan et procéder au recensement de l'ensemble des traitements prescrits ou non et des différentes informations utiles à l'analyse (résultats biologiques, état physiopathologique, antécédents, ...).</p> <p><u>-Entretien conseil</u> : le pharmacien échange avec le patient sur ses conclusions et recommandations et lui délivre des conseils adaptés à sa situation (plan de posologie, conseils hygiène-diététiques...). Il est réalisé après l'entretien recueil dans le cas d'une modification du traitement ou non.</p>	
5. Combien d'entretiens recueil avez-vous réalisés, avec combien d'hommes et de femmes ? Quelle est la moyenne d'âge des patients reçus ?	-Nombre d'entretiens : dont femme(s) et homme(s) -Moyenne d'âge :
6. Idem pour les entretiens conseils ?	-Nombre d'entretiens : dont femme(s) et homme(s) -Moyenne d'âge :
7. Vous servez-vous du DP et/ou du DMP pour obtenir des informations ? (Oui/Non)	-DP : -DMP :
8. De quels outils vous servez-vous pour vous aider dans votre analyse et optimisation thérapeutique ? (guide PAPA, liste Start & stop, autres, ...)	
9. Avez-vous réalisé des bilans à domicile ? Si oui, combien ?	A. Oui. Combien : B. Non
10. Comment communiquez-vous vos interventions aux médecins traitants ?	A. Par téléphone B. Par courrier C. Via l'adresse mail de la pharmacie D. Via l'adresse mail sécurisée MSSANTE
10. Quelles sont les difficultés que vous avez rencontrées ? Difficultés à ...	A. Repérer les patients B. Les aborder C. Utiliser la fiche recueil de l'assurance maladie D. Utiliser le site <i>amelipro</i> pour l'inscription patient E. Récupérer les bilans biologiques F. Faire de l'optimisation thérapeutique G. Communiquer avec les médecins H. Réaliser le suivi des entretiens patient

11. Évaluez le niveau d'intérêt de ces bilans dans la lutte contre la iatrogénie	<i>Échelle de 0 à 4 : entourez le chiffre en question</i>					
	Aucun intérêt	0	1	2	3	4 Intérêt majeur
12. Pensez-vous que ces bilans aident le patient à se sentir davantage acteur de sa propre santé ?	Pas du tout	0	1	2	3	4 Complètement
13. Comment estimez-vous l'amélioration de l'observance de vos patients ?	Pas d'amélioration	0	1	2	3	4 Amélioration majeure
14. Pensez-vous que ces bilans favorisent la relation de confiance patient-pharmacien ?	Pas du tout	0	1	2	3	4 Complètement
15. Pensez-vous globalement que ces bilans sont bien acceptés par les médecins ?	Pas du tout	0	1	2	3	4 Complètement
16. Pensez-vous qu'ils contribuent à la revalorisation du métier de pharmacien d'officine ?	Pas du tout	0	1	2	3	4 Complètement

Annexe n°4: Tableau de recensement des résultats des questionnaires en commençant par les pharmacies ne faisant pas de BPM puis celles qui en font

PHARMACIES NE RÉALISANT PAS DE BPM

Département (moyen de réponse)	Zone	Nombre de pharmaciens	Freins	Envie d'être aidés	Types d'accom- pagnement	Thèmes de formation	Formation en présentiel/ distanciel
37 (VL2)	Semi-rurale	1	Temps, rémunération	Oui	Formation	Cardio, endocrino, neuro	Distanciel
18 (VL2)	Rurale	3,2	Intérêt des patients, rémunération	Non			
45 (VL2)	Semi-rurale	2	Temps	Non			
28 (VL2)	Urbaine	1	Temps, nombre de pharmaciens, place, intérêt des patients, rémunération	Oui	Guides	Cardio, endocrino, neuro, psycho-gériatrie, rhumato, infectio, cancéro	Présentiel
37 (VL2)	Urbaine	2	Temps, rémunération	Oui	Guides	Cardio, endocrino, neuro, psycho-gériatrie	Présentiel
45 (VL2)	Rurale	1	Temps, nombre de pharmaciens	Oui	Guides	Cardio, endocrino, neuro, psycho-gériatrie, rhumato, néphro, pneumo, douleur	Présentiel
45 (VL2)	Rurale	2	Temps, formation	Oui	Guides	Psycho-gériatrie, cancéro, douleur	Présentiel
18 (VL2)	Rurale	3	Temps, rémunération	Oui	Guides	Endocrino, Psycho- gériatrie, néphro, cancéro	Distanciel
41 (VP, MSSANTE)	Rurale	1,5	Temps, intérêt des patients	Oui	Guides	Cardio, endocrino, néphro	Distanciel
37 (VP)	Urbaine	2	Temps	Oui	Guides	Endocrino, psycho- gériatrie, douleur	Présentiel

37 (VP)	Urbaine	1,5	Temps, place	Oui	Guides	Neuro, cancéro	Présentiel
37 (VP)	Rurale	1,75	Temps, nombre de pharmacien (vient de recruter)	Oui	Formations	Cardio, neuro, pneumo, cancéro, douleur	Présentiel et distanciel
37 (VP)	Urbaine	2	Temps, intérêt des patients		Guides	Cardio, endocrino, douleur	Distanciel
18 (VP, MSSANTE)	Semi-rurale	2	Temps, intérêt des patients, rémunération	Oui	Guides	Cardio, neuro, psycho- gériatrie	Présentiel
41 (VP, SP)	Rurale	2	Temps, rémunération	Oui	Formations	Neuro et psycho-gériatrie	Distanciel
37 (VP)	Rurale	3	Temps, intérêt des patients (« et des médecins »), rémunération, formation, « lourdeur administrative »	Oui	Formations	Cardio, endocrino, neuro, cancéro	Présentiel
37 (VP, MSSANTE)	Urbaine	2	Temps, rémunération	Non (en a fait mais a arrêté)	Formations		
18 (VP)	Urbaine	2	Temps, intérêt patients, rémunération	Non			
37 (VP, SP)	Urbaine	3	Temps	Oui	Guides	Psycho-gériatrie, néphro, cancéro	Distanciel
37 (VP, C)	Centre commercial	2,5	Temps, rémunération, formation	Oui	Formations	Endocrino, psycho- gériatrie, cancéro, douleur	Distanciel

45 (VP)	Semi-rurale	2	Formation	Oui	Formations et guides	Tous les thèmes proposés	Présentiel
41 (VP)	Urbaine	3	Intérêt patients, formation	Oui	Formations	Cardio, pneumo, cancéro	Présentiel
37 (VP)	Urbaine	5	Temps, intérêt des patients, rémunération	Oui	Formations	Cardio, endocrino, neuro, rhumato, néphro	Présentiel
37 (VP)	Semi-rurale	2	Temps, intérêt des patients, rémunération	Oui		Cardio, psycho-gériatrie, rhumato, néphro	Présentiel
37 (VP)	Centre commercial	5	Temps, place, formation	Oui	Guides	Cardio, endocrino, neuro, rhumato, pneumo, cancéro, douleur	Distanciel
37 (VP, SP)	Semi-rurale	2	Temps, rémunération	Oui	Guides	Endocrino, neuro, cancéro	Distanciel
18 (VP)	Semi-rurale	1	Nombre de pharmacien (est en train de recruter)	Oui (à l'arrivée d'un assistant)		Rhumato, cancéro	Présentiel
37 (VP)	Rurale	1,75	Temps, nombre de pharmaciens, formations	Oui	Formation et guides	Tous les thèmes	Distanciel
37 (VP)	Rurale	1	Temps, nombre de pharmaciens	Oui		Endocrino, psycho- gériatrie, pneumo, cancéro, douleur	Présentiel
41 (VP)	Rurale	1,3	Temps, nombre de pharmacien	Non			
37 (VP)	Urbaine	4	Temps, intérêt des patients	Non			
36 (VP, MSSANTE)	Urbaine	3	Intérêt des patients, rémunération	Oui	Guides	Neuro, psycho-gériatrie, cancéro	Présentiel

28 (VP, MSSANTE)	Rurale	2	Temps, « historique des paiements des bilans AVK, pas de paiement en 2018, guerre des syndicats »	Non			
41 (VP)	Semi-rurale	2,5	Temps, place, intérêt des patients, rémunération	Non		Cardiologie, neuro, psychogériatrie	Distanciel
37 (VP, SP)	Semi-rurale	2	Temps, nombre de pharmaciens, rémunération	Oui	Formations	Cardio, endocrino, néphro, cancéro	Distanciel
37 (VP, SP)	Centre commercial	3	Temps, rémunération	Non			
36 (VP, SP)	Urbaine	2,5	Temps, rémunération	Oui	Formations et guides	Cardio, endocrino, neuro, néphro	Présentiel et distanciel

PHARMACIES RÉALISANT DES BPM

Département (moyen de réponse)	Zone	Nombre de pharmaciens	Date de début	Nombre d'entretiens	DP/DMP Outils	Bilans à domicile	Communication aux médecin	Difficultés	Évaluations
18 (VL2)	Urbaine	2	Juil 2019	Recueil : E10 F9 et H1 Conseil : E9 F8 et H1 Ages moyens : 84 et 85 ans	DP oui DMP non Stop/Start, GPR, formations	Oui (1)	Tel, courrier, MSSANTE	Récupérer les bilans bio, communiquer avec les médecins	3 2 3 4 2 4
45 (VL2)	Urbaine	3	Mai 2019	Recueil : 70 Conseils : E5 2F 3H Age moyen : 69	DP oui DMP non	Oui (1)	MSSANTE	Utiliser amelipro, récupérer les bilans bio, communiquer avec les médecins	2 2 3 4 3 4

41 (VL2)	Semi-rurale	1	Juil 2018	Recueil et conseils : E28 F14 H14 Age moyen : 77	DP oui DMP non PAPA, Start/Stop, Observia	Oui (4)	Courrier	Aborder les patients, utiliser amelipro, faire l'optimisation, communiquer avec les médecins, suivre les patients	4 3 3 4 2 4
45 (VL2)	Semi-rurale	3	Nov 2017	Recueil et conseils : E5 Age moyen : 75 ans	DP oui DMP non	Non	MSSANTE	Repérer les patients	2 2 2 2 2 2
37 (VL2)	Rurale	1,5	Août 2019	Recueil : E6 F3 H3 Conseils : E4 F3 H1 Ages moyens : 82,5 et 82,25	DP et DMP non Start/Stop, Thériaque, con	Oui (1)	MSSANTE	Aborder et suivre les patients	4 4 4 3 2 4
(VP)	rurale		2019	E1 F1 93 ans	non Start/Stop, Thesaurus			communiquer avec les médecins	
37 (VP, SP)	Semi-rurale	1,5	Janv 2018	Recueil et conseils : E30 F12 H18 Age moyen : 76 ans	DP et DMP non Doroz, PAPA	Oui (2 ou 3)	Courrier, MSSANTE	Utiliser amelipro, récupérer les bilans bio	4 3 3 4 3 4
37 (VP, MSSANTE)	Urbaine	2	2017	Recueil : 195 Conseils : 100 à peu près Ages moyens : 75 à peu près et 80 ans	DP et DMP oui OMEDIT, Doroz, Vidal	Non	Tout (selon choix des médecins)	Aborder patients, utiliser la fiche recueil, site amelipro, récupérer les bilans bio, communiquer avec les médecins	3 1 2 4 0 3
41 (VP, MSSANTE)	Semi-rurale	2	Janv 2019	Recueil : E3 F3 Age moyen : 79 ans	DP oui DMP non PAPA	Non	MSSANTE	Repérer les patients, suivre les patients. « Gros manque de soutien de l'assurance maladie »	4 3 3 4 3 4
45 (VP)	Semi-rurale	2	Déc 2018	Recueil et conseils : E6 5F et H1 Age moyen : 82 ans	DP oui DMP non PAPA, Doroz	Non	MSSANTE	Aborder les patients, récupérer les bilans bio, optimisation, communiquer avec les médecins, suivre les patients. « Patients n'aiment pas que l'on s'immisce dans leur traitements sans que la demande vienne de leur part, n'acceptent pas que l'on constate qu'ils ne suivent pas correctement leurs traitements, ils se braquent »	1 0 0 2 0 2
45 (VP, SP)	Urbaine	3	Mars 2019	Recueil et conseils : E5 3F 2H Age moyen : 85 ans	DP oui DMP non Guide PAPA,	Non	MSSANTE	Aborder les patients, communiquer avec les médecins, suivre les patients	3 3 2 4 1 4

					Start/Stop, HAS				
28 (VL1)	Rurale	2	Janv 2018	Recueil : E6 F5 H1 Conseils : E5 F4 H1 Age moyen : 70 ans	DP oui DMP non	Non	Courrier	Communiquer avec les médecins, suivre les patients	3 3 1 3 1 4
37 (VL1)	Rurale	2	Fév 2019	Recueil : E10 F6 H4 Conseils : E8 F4 H4 Age moyen : 70 ans	DP et DMP non	Non	Tel	Utilisation amelipro, suivre les patients	4 3 3 3 3 4
37 (VL1)	Urbaine	1	Fév 2018	Recueil : E25 F15 H10 Age moyen : 75 ans	DP oui DMP non	Non		Récupérer les bilans bio, communiquer avec les médecins	3 4 3 4 3 4
18 (VL1)	Semi- urbaine	2	Oct 2018	Recueil et conseils : 179	DP e DMP non	Non	MSSANTE	Utiliser site amelipro, récupérer les bilans bio	2 3 2 4 4 3
37 (VP, SP)	Urbaine	1	Juil 2018	Recueil et conseils : E3 F2 et 1H Age moyen : 76 ans (les 3 ont été réalisés avec le stagiaire de 6A mais sinon la pharmacie n'en fait pas)	DP oui DMP non Doroz/Vidal	Non	MSSANTE	Utiliser Amelipro, suivre les patients	4 4 3 4 3 4

Légende :

VP : version papier

VL1 : première version en ligne

VL2 : deuxième version en ligne

SP : sollicitation personnelle

MSSANTE : sollicitation via MSSANTE

C : résultat récupéré par courrier

E : nombre d'entretiens avec

F : nombre de femmes reçues

H : nombre d'hommes reçus

Annexe n°5 : Exemple de carton de rendez-vous

Nom :

Prénom :

Votre pharmacien réalisera avec vous un Bilan Partagé de Médication

Le .../... à ...h...

Afin de faciliter le recueil d'informations et le travail d'analyse de vos traitements, nous vous demandons de bien vouloir vous munir de vos ordonnances en cours ainsi que de vos derniers bilans biologiques.

Merci.

Tampon de la pharmacie

ENGAGEMENT DE NON PLAGIAT

Je, soussigné (e) Juliette DEFER

Déclare être pleinement conscient(e) que le plagiat de documents ou d'une partie d'un document publiés constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée. (Décret n°92-657 du 13 juillet 1992)

En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées pour écrire ce mémoire.

Signature :



SIGNATURES DU DIRECTEUR DE THESE ET DU DOYEN

N° Étudiant : 21302170

N° Thèse : 11

Nom et Prénom : DEFER Juliette

Sujet : Bilans partagés de médication : retour sur leur mise en place dans
la région Centre-Val-de-Loire

Tours, le : 29/05/2020

Le(s) Directeur(s) de Thèse :

D. FACHAT-REICHARD

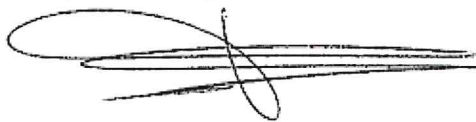


Paul-Olivier PERICHON

Pharmacien

N° 160986 H

Centre Hospitalier de Blois



Vu et Transmis :

Le Doyen



DEFER JULIETTE	N°11
BILANS PARTAGÉS DE MÉDICATION : RETOURS SUR LEUR MISE EN PLACE DANS LA RÉGION CENTRE-VAL-DE-LOIRE	
<p>RÉSUMÉ DE LA THÈSE</p> <p>Les Bilans Partagés de Médication (BPM) font partie des nouvelles attributions du pharmacien d'officine depuis mars 2018. Ils ont pour rôle principal la limitation de la iatrogénie médicamenteuse chez le sujet âgé. Cependant, ces entretiens ne sont encore que peu développés dans les officines françaises à cause de nombreux freins et difficultés. Nous avons alors eu pour projet de réaliser une étude sur la région Centre-Val-de-Loire afin de faire le point sur leur mise en place au sein de la région et les raisons de son faible développement au travers d'un questionnaire destiné aux pharmaciens d'officine. Sur les 789 officines sollicitées, nous avons obtenu un échantillon de 57 pharmacies soit un taux de participation de 7,2%. Sur ces 57 pharmacies, 35% réalisent des BPM. Malgré tout, les pharmaciens n'ayant pas débuté l'activité semblent demandeurs d'aides supplémentaires pour se lancer et sont ouverts notamment à des formations. Des difficultés d'ordre administratif et un manque d'intérêt des différents acteurs, à savoir le trio patient-médecin-pharmacien, sont rapportés dans notre enquête. Des modifications obtenues par les syndicats sont en train d'être mises en place pour faciliter le développement de cette activité. La formation et l'information de ces acteurs semblent être des points clés à améliorer également afin de les sensibiliser davantage à ce nouvel outil de lutte contre la iatrogénie médicamenteuse en ville illustrant l'avenir de la profession de pharmacien d'officine.</p>	
<p>MOTS-CLÉS SIGNIFICATIFS DE SON CONTENU, ATTRIBUÉS PAR LE CANDIDAT EN LIAISON AVEC LA BIBLIOTHÈQUE UNIVERSITAIRE ET LES MEMBRES DU JURY :</p> <p>SUJET ÂGÉ, POLYMÉDICATION, IATROGÉNIE MÉDICAMENTEUSE, ENTRETIENS THÉRAPEUTIQUES, BILANS PARTAGÉS DE MÉDICATION</p>	
<p><u>JURY</u></p> <p>PRÉSIDENTE : Mme Véronique Maupoil MEMBRES : Mme Laura Foucault-Fruchard, M. Paul-Olivier Perichon, M. Philippe Dogniez</p>	
DATE ET LIEU DE SOUTENANCE : Le 29 avril 2020, Visioconférence	