

Université de POITIERS
Faculté de Médecine et de Pharmacie

ANNEE 2021

Thèse n°

THESE
POUR LE DIPLÔME D'ETAT
DE DOCTEUR EN PHARMACIE

(arrêté du 17 juillet 1987)

présentée et soutenue publiquement
le 9 mars 2021 à POITIERS
par Mademoiselle BONACCHI Pia
née le 28 avril 1995

**La place du pharmacien auprès des patients résidant dans
les EHPAD ne disposant pas de pharmacie à usage interne**

**Enquête auprès des pharmaciens d'officine
de l'ancienne région Poitou-Charentes**

Composition du jury :

Président : Monsieur le Professeur FAUCONNEAU Bernard

Membre : Docteure Marie Bruère, pharmacienne

Directeur de thèse : Docteur Guillaume Binson, pharmacien

PHARMACIE

Professeurs

- CARATO Pascal, PU, chimie thérapeutique
- COUET William, PU-PH, pharmacie clinique
- DUPUIS Antoine, PU-PH, pharmacie clinique
- FAUCONNEAU Bernard, PU, toxicologie
- GUILLARD Jérôme, PU, pharmacochimie
- IMBERT Christine, PU, parasitologie
- MARCHAND Sandrine, PU-PH, pharmacocinétique
- OLIVIER Jean Christophe, PU, galénique
- PAGE Guylène, PU, biologie cellulaire
- RABOUAN Sylvie, PU, chimie physique, chimie analytique
- RAGOT Stéphanie, PU-PH, santé publique
- SARROUILHE Denis, PU, physiologie
- SEGUIN François, PU, biophysique, biomathématiques

Maîtres de Conférences

- BARRA Anne, MCU-PH, immunologie-hématologie
- BARRIER Laurence, MCU, biochimie
- BODET Charles, MCU, bactériologie (HDR)
- BON Delphine, MCU, biophysique
- BRILLAULT Julien, MCU, pharmacocinétique, biopharmacie
- BUYCK Julien, MCU, microbiologie,
- CHARVET Caroline, MCU, physiologie
- CHAUZY Alexia, MCU, pharmacologie fondamentale et thérapeutique
- DEBORDE-DELAGÉ Marie, MCU, sciences physico-chimiques
- DELAGÉ Jacques, MCU, biomathématiques, biophysique
- FAVOT-LAFORGE Laure, MCU, biologie cellulaire et moléculaire (HDR)

- GIRARDOT Marion, MCU, biologie végétale et pharmacognosie
- GREGOIRE Nicolas, MCU, pharmacologie (HDR)
- HUSSAIN Didja, MCU, pharmacie galénique (HDR)
- INGRAND Sabrina, MCU, toxicologie
- MARIVINGT-MOUNIR Cécile, MCU, pharmacochimie
- PAIN Stéphanie, MCU, toxicologie (HDR)
- RIOUX BILAN Agnès, MCU, biochimie
- THEVENOT Sarah, MCU-PH, hygiène et santé publique
- TEWES Frédéric, MCU, chimie et pharmacochimie
- THOREAU Vincent, MCU, biologie cellulaire
- WAHL Anne, MCU, chimie analytique

Maîtres de Conférences Associés - officine

- DELOFFRE Clément, pharmacien
- ELIOT Guillaume, pharmacien
- HOUNKANLIN Lydwine, pharmacien

A.T.E.R. (attaché temporaire d'enseignement et de recherche)

- MIANTEZILA BASILUA Joe, épidémiologie et santé publique

Enseignants d'anglais

- DEBAIL Didier

REMERCIEMENTS	7
LISTE DES ABBREVIATIONS	8
LISTE DES FIGURES.....	10
LISTE DES TABLEAUX.....	12
INTRODUCTION	13
1 LES FRANÇAIS, UNE POPULATION VIEILLISSANTE	14
1.1 Cadre réglementaire pour l'EHPAD	14
1.2 Profil des patients résidant en EHPAD	14
1.2.1 Le vieillissement	14
1.2.2 Les paramètres d'évaluation de la perte d'autonomie.....	15
1.2.3 Le profil patient des résidents de l'EHPAD.....	16
1.3 Iatrogénie médicamenteuse chez le sujet âgé.....	18
1.3.1 Définition	18
1.3.2 Causes de l'iatrogénie	18
1.4 Les missions du pharmacien d'officine.....	20
1.4.1 La convention officine/EHPAD	20
1.4.2 La dispensation des médicaments	21
1.4.2.1 L'acheminement des ordonnances	21
1.4.2.2 L'analyse pharmaceutique	22
1.4.3 La délivrance des médicaments.....	25
1.4.3.1 Les préparations pour doses à administrer.....	26
1.4.3.2 A la boîte.....	28
1.4.4 Les conseils associés	28
1.4.5 Le suivi d'observance par le pharmacien d'officine	29
1.4.5.1 Conciliation médicamenteuse	29
1.4.6 Bilan de médication partagée (BMP)	30
1.4.6.1 Définition	30
1.4.6.2 Mise en œuvre.....	31

1.4.7	Autres bilans de suivi	32
1.4.7.1	Entretiens AVK et AOD	32
1.4.7.2	Entretiens asthme et BPCO.....	33
1.4.7.3	Entretien chimiothérapies orales.....	33
2	AUDIT DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES AU SEIN D'UNE OFFICINE	36
2.1	Introduction	36
2.2	Matériel et Méthodes.....	36
3	RESULTATS	37
3.1	Généralités sur la relation officine/EHPAD.....	37
3.2	Prise en charge des ordonnances	38
3.3	Dispensation pharmaceutique	41
3.3.1	Analyse pharmaceutique	41
3.3.2	Délivrance des médicaments.....	45
3.3.2.1	Préparations pour doses à administrer	45
3.3.2.2	A la boîte.....	48
3.4	Relation officine/équipe de soins	51
3.5	Bilan de médication.....	53
4	MESURES D'AMELIORATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES DU PHARMACIEN	54
4.1	Réorganisation de la pharmacie	54
4.1.1	Signature d'une convention entre l'EHPAD et la pharmacie d'officine.....	54
4.1.2	Attribution du rôle de pharmacien référent	54
4.2	Prise en charge des ordonnances	56
4.2.1	Acheminement des ordonnances	56
4.2.1.1	Réception et tri des ordonnances	56
4.2.1.2	Modes d'envoi des ordonnances	56
4.2.2	Ordonnances informatisées	58
4.3	Acte de dispensation.....	60

4.3.1	Analyse pharmaceutique	60
4.3.1.1	Accès aux données du patient	60
4.3.1.2	Fréquence et types d'analyse	60
4.3.1.3	Développement d'outils standardisés	62
4.3.2	Délivrance des médicaments	66
4.3.2.1	Choix des PDA	66
4.3.2.2	Processus qualité des PDA.....	68
4.3.2.3	Surconditionnement des unités au sein des PDA.....	69
4.3.2.4	Durée de préparation des PDA	69
4.3.2.5	Double contrôle des PDA	69
4.3.2.6	Indicateurs de non-conformité des PDA.....	70
4.3.2.7	Rémunération des pharmacies pour les PDA.....	71
4.3.2.8	Délivrance des médicaments à la boîte	71
4.3.2.9	Validation des ordonnances	73
4.3.2.10	Alerte des effets indésirables et conseils associés	74
4.4	Relation officine/équipe de soins de l'EHPAD.....	74
4.4.1	Les réunions de concertations pluridisciplinaires	74
4.4.2	Retraits et rappels de lots	75
4.4.3	Médicaments non utilisés (MNU)	76
4.4.4	Stock de sécurité, stock pour répondre aux changements de traitement urgent.	76
4.5	Suivi de l'observance : les bilans médicamenteux.....	77
4.5.1	Bilan de médication partagé.....	78
4.5.2	Autres bilans de médication	79
4.5.3	Déclaration des effets indésirables	80
4.5.3.1	Définition de l'erreur médicamenteuse.....	80
4.5.3.2	Recueil	81
	CONCLUSION	82
	RÉSUMÉ.....	84

BIBLIOGRAPHIE	85
ANNEXES	90
SERMENT DE GALIEN	110

REMERCIEMENTS

Je tiens tout d'abord à remercier Guillaume Binson, mon maître de thèse, pour sa relecture attentive et ses conseils sur la rédaction de ce manuscrit.

Merci également à Bernard Fauconneau, pour avoir accepté de présider ce jury. Merci pour les enseignements apportés au cours de nos études de pharmacie à Poitiers.

Merci à toi Marie, pour avoir bien voulu faire partie de ce jury ; aussitôt diplômée, aussitôt sollicitée ! Merci pour tous ces moments passés ensemble, nos sorties running, nos vidéos de sport pour être un max gainé, nos soirées Netflix-tisane.

Merci à toi mon Ruru, pour ton amitié, ton soutien et tes conseils avisés since la p1. J'espère que nous pourrons bientôt revoyager ensemble vers des contrées lointaines pour se taper 12h de bus sans clim, voyager dans un shuttle et avoir mal, prendre 10 avions en une semaine. Heureusement que tu étais là pour ces aprem à bosser notre thèse, sans toi je n'en serais pas là. Merci d'être mon amie et ma dentiste.

Merci à mes potos de « On élimine qui ? » Etienne, Alexis et Kath. Merci d'être drôles, de me laisser tricher au Président, et d'écouter Ava Max, all day long.

Merci au Zouz-Gang, mes zoulettes préf, Zanzan, Lou, maître Guibs, Marie, Lolo du 17, Cha, Ztt, Soso. On s'est bien marrées. Je n'aurais pu rêver d'aussi bonnes personnes que vous pour mes années d'études. (Non ça va, je rigole, il y a mieux, mais bon ...).

Merci à l'équipe de la pharmacie de l'Olympia, Mme Certin, Solen, Edith, Jocelyne, et Christel. Grâce à vous, j'ai appris pleins de choses sur le métier de pharmacienne, notamment que la bonne humeur au sein d'une équipe, rendait chaque journée plus agréable.

Enfin merci à mes parents, ces déglingos, francs supporters depuis avril 95. La vie serait bien fade sans que Maman ne fasse tomber le plat de frites par terre, ne renverse les nouilles directement dans l'évier, ou que Papa ne colonise pas la maison avec ses « petites graines » (aka l'homéopathie), et trouve son maillot de bain illico avant d'aller à la piscine. Merci de porter des petits chapeaux à Noël juste pour me faire plaisir. Merci d'être aussi généreux et de donner sans compter.

LISTE DES ABBREVIATIONS

AGGIR : Autonomie Gérontologique et Groupes Iso-Ressources

ALD : Affection Longue Durée

AMM : Autorisation de Mise sur le Marché

AOD : Anti-Coagulants Oraux Directs

APA : Allocation Personnalisée à l'Autonomie

ARS : Agence régionale de Santé

ASIP : Agence des Systèmes d'Informations Partagées de Santé

AVK : Anti-Vitamine K

BCB : Banque Claude Bernard

BMP : Bilan de Médication Partagé

BPCO : Broncho-pneumopathie Chronique Obstructive

CCG : Commission de Coordination Gériatrique

CNSA : Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

CROP : Conseil Régional de l'Ordre des Pharmaciens

CRPV : Centre Régional de Pharmacovigilance

CSP : Code de la Santé Publique

CSS : Code de la Sécurité Sociale

DMP : Dossier Médical Partagé

DP : Dossier Pharmaceutique

DPC : Développement professionnel Continu

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

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes

FSPF : Fédération des Syndicats Pharmaceutiques de France

GRADEs : Groupement Régional d'Appui au Développement de la e-Santé

HAS : Haute Autorité de Santé

HDS : Hébergeur de Données de Santé

IDE : Infirmier.e Diplômé.e d'Etat

IDEC : Infirmier.e Diplômé.e d'Etat Coordinatrice

INCa : Institut National du Cancer

INR : International Normalized Ratio

IP : Intervention Pharmaceutique

JO : Journal Officiel

LAD : Logiciel d'Aide à la Dispensation

LAP : Logiciel d'Aide à la Prescription

MSSanté : Message Sécurisée de Santé

MTS : Médicaments Thermosensibles

MTE : Médicament à Marge Thérapeutique Étroite

PDA : Préparation pour Doses à Administrer

PIM-Check *Potentially Inappropriate Medication – Patients in the Internal Medecin Unit*

PRAQ : Pharmacien Responsable Assurance Qualité

PUI : Pharmacie à Usage Interne

RCP : Résumé des Caractéristiques du Produit
ou Réunion de Concertation Pluridisciplinaire selon le contexte

RPPS : Répertoire Partagé des Professionnels de Santé

SFPC : Société Française de Pharmacie Clinique

STATISS : Statistiques et Indicateurs de la Santé et Social

STOPP - START : *Screening tool of older person's prescriptions - Screening tool to alert doctors to right treatment*

UNCAM : Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie

USPO : Union Syndicale des Pharmaciens d'Officine

LISTE DES FIGURES

Figure 1 - Exemple de fiche de conciliation médicamenteuse	30
Figure 2 - Déroule des séances du Bilan de Médication Partagée	32
Figure 3 - Echelle de Morisky	32
Figure 4- Combien d'EHPAD fournissez-vous ?	38
Figure 5 - Avez-vous connaissance du pharmacien référent pour le ou les EHPAD dont vous êtes en charge ?	38
Figure 6 - Par quel(s) moyen(s) recevez-vous les ordonnances des patients ?	39
Figure 7 - Quelle est la part d'ordonnances issues d'un logiciel d'aide à la prescription ?	39
Figure 8 - Quel est le statut de la personne référente pour la gestion des ordonnances ?	40
Figure 9 - Combien de personnes sont amenées à préparer les ordonnances ?	40
Figure 10 - A quelle fréquence réalisez-vous une analyse pharmaceutique pour la dispensation ?	41
Figure 11 - Utilisez-vous les données biologiques de votre patient lors de l'analyse pharmaceutique ?	42
Figure 12 - Quelle(s) autre(s) sources utilisez-vous pour votre analyse pharmaceutique ?	42
Figure 13 - A quelle fréquence d'ouverture proposez-vous l'ouverture d'un dossier médical partagé ?	43
Figure 14 - De quelle(s) manière(s) vérifiez-vous les posologies optimales, les interactions médicamenteuses et les contre-indications des traitements du patient ?	43
Figure 15 - Comment êtes-vous informés de la capacité de déglutition des patients ?	44
Figure 16 - Êtes-vous informé de l'automédication du patient ?	44
Figure 17 - Utilisez-vous des fiches d'interventions pharmaceutiques lors de problèmes liés à la thérapeutique médicamenteuse ?	45
Figure 18 - Grâce à quelle méthode réalisez-vous les PDA ?	46
Figure 19 – Existe-t-il un processus écrit, accessible, pour chaque étape de la réalisation des PDA ?	46
Figure 20 – Y a t-il un double contrôle des PDA ?	47
Figure 21 - Existe-t-il un suivi des indicateurs de non-conformité quant à la réalisation des PDA ?	47
Figure 22 - Êtes-vous rémunéré pour les PDA (hors honoraire de dispensation) ?	48
Figure 23 - Comment réalisez-vous le transport des médicaments thermosensibles ?	49
Figure 24 - Comment sont validées les ordonnances ?	49

Figure 25 - Comment alertez-vous les patients des effets indésirables fréquents des médicaments ?	50
Figure 26 - Comment délivrez-vous les conseils associés à la prise de traitement ?	50
Figure 27 - Participez-vous aux réunions de concertations pluridisciplinaires au sein du ou des EHPAD ?	51
Figure 28 - Comment alertez-vous l'EHPAD des retraits de lots ?	51
Figure 29 - Comment est géré le retour des médicaments non utilisés ?	52
Figure 30 - Y a-t-il au sein de l'EHPAD, un stock de sécurité et d'urgence pour pallier les changements de traitement et aux pathologies d'urgence ?	52
Figure 31 - Réalisez-vous un bilan (conciliation médicamenteuse, bilan de médication partagé, bilan AVK, ...) des prescriptions médicales ?	53

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 - Part des locataires de l'APA en EHPAD.....	16
Tableau 2 - Principaux effets indésirables des médicaments les plus fréquemment prescrits .	17
Tableau 3 - Part des pathologies touchant les patients en EHPAD.....	18
Tableau 4 - Exemple de l'outil START/STOPP	62
Tableau 5 - PDA manuelle multidose	66
Tableau 6 - PDA manuelle monodose.....	67
Tableau 7 - PDA automatisée multidose.....	67
Tableau 8 - PDA automatisée monodose	68
Tableau 9 - Comparaison du double contrôle direct et différé.....	73

INTRODUCTION

La population française est de plus en plus vieillissante, les personnes de plus de 65 ans représentent 20,7% des français. L'allongement de l'espérance de vie, entraîne une perte d'autonomie chez les sujets âgés. Ces derniers sont plus souvent amenés à intégrer des Etablissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD).

Plus fragiles, les personnes âgées développent plusieurs pathologies ce qui les conduit à la polymédication. Certes, le médicament est une chance mais il présente également le risque de provoquer des effets indésirables. De nombreux accidents iatrogènes sont observés dans cette population. Ils provoquent des hospitalisations dans 20% des cas, et on regrette que 30% d'entre eux soient évitables.

Le pharmacien d'officine entre en jeu auprès de ces patients, dès lors que les EHPAD ne dispose pas de Pharmacie à Usage Interne (PUI). Le pharmacien d'officine assure entre autres, l'approvisionnement des médicaments sous forme de Préparations des Doses à Administrer (PDA) ou à la boîte. Il est une référence auprès de l'équipe soignante de l'EHPAD, sur les médicaments. L'éloignement entre le patient de l'EHPAD et l'officine n'ôte pas le respect des bonnes pratiques de dispensation.

Compte tenu du caractère « évitable » des effets indésirables et considérant la place du pharmacien dans la prise en charge de ces patients, on peut se demander quelles mesures le pharmacien peut mettre en place afin de diminuer l'iatrogénie chez les sujets âgés résidant en EHPAD.

Dans cette optique, j'ai investigué les pratiques professionnelles des pharmacies d'officine au sein des 4 départements de l'ancienne région Poitou-Charentes, à savoir : la Charente, la Charente-Maritime, les Deux-Sèvres et la Vienne. Grâce à un questionnaire que j'ai créé puis diffusé, j'ai pu faire un constat des pratiques dans les officines.

Mon objectif a été d'élaborer des propositions afin d'offrir des perspectives d'amélioration des pratiques professionnelles pour les pharmacies d'officine.

1 LES FRANÇAIS, UNE POPULATION VIEILLISSANTE

1.1 Cadre réglementaire pour l'EHPAD

La création des EHPAD est issue de la loi 24 janvier 1997. L'établissement autorisé propose une prestation spécifique (hébergement et soins) aux personnes âgées dépendantes. Les décrets du 2 janvier 2002¹ précisent le cahier des charges auxquelles ces établissements sont tenus de satisfaire. Au sein de ceux-ci, les équipes de personnel apportent une aide dans les activités quotidiennes, des soins médicaux, ainsi qu'une aide à l'insertion sociale.

Il appartient au patient ou sa famille d'entreprendre les démarches d'admission. Pour ce faire, il est nécessaire de compléter le formulaire Cerfa 14732*03² du service public, disponible sur leur site, et de l'adresser au directeur de l'EHPAD choisi par la personne. Le postulant doit être âgé de plus de 60 ans, et justifier avoir besoin de soins et d'aides quotidiennes pour réaliser les activités de la vie courante.

Le nombre d'EHPAD dans les départements concernés est ont de 65 en Charente, 116 en Charente-Maritime, 70 dans les Deux-Sèvres et 75 dans la Vienne ; leur capacité s'élève à 23 456 places.

Une fois la création autorisée, une convention tripartite est signée pour une durée de 5 ans entre l'EHPAD, l'Agence Régionale de Santé (ARS) et le conseil régional ou le préfet. Elle contient les ressources budgétaires couvrant les trois postes suivants : le tarif d'hébergement à la charge du patient, le tarif de soins à la charge de l'Assurance Maladie et versé à l'EHPAD, et le tarif de dépendance adapté à la personne bénéficiaire de l'Allocation Personnalisée à l'Autonomie (APA) selon la grille Autonomie Gériatrique et Groupes Iso-Ressources (AGGIR).

On distingue deux types d'EHPAD : ceux incluant une Pharmacie à Usage Interne (PUI) et ceux qui n'en disposent pas. Dans le second cas, l'intervention des pharmacies d'officine est nécessaire pour assurer l'approvisionnement des médicaments et autres produits de santé.

1.2 Profil des patients résidant en EHPAD

1.2.1 Le vieillissement

Le vieillissement de la population s'accélère ces dernières années. L'espérance de vie à la

naissance n'a cessé d'augmenter : en 2019, elle était de 79,8 ans en moyenne pour les hommes et de 85,6 ans chez les femmes³. La part de personnes de plus de 65 ans représente 20,7% de la population française. Alors que l'on vit plus longtemps, on peut s'interroger sur la qualité de vie des personnes atteignant un certain âge. Les tendances des dernières années est marquée par une augmentation de la perte d'autonomie du sujet âgé.

Bien que la majorité des personnes plébiscitent le fait de rester chez elle au moment du grand âge, certaines d'entre elles n'ont d'autre choix que de résider temporairement ou définitivement dans un EHPAD. Cette migration peut faire suite soit à l'évolution de leur maladie chronique, notamment après une période de soins à domicile dispensés par des aidants familiaux et du personnel soignant ; soit elle est dépêchée par le décès de leur conjoint.

Malgré tout, l'entrée en institution a lieu de plus en plus tard : en moyenne à 87,5 ans en 2015 contre 86,5 ans en 2011 selon la dernière statistique de la Direction Générale des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DRESS)⁴.

1.2.2 Les paramètres d'évaluation de la perte d'autonomie

La perte d'autonomie des patients âgés est réévaluée chaque année pour notamment pour permettre aux établissements d'adapter leurs besoins. On utilise des outils standardisés d'évaluation définis par le décret n° 2013-22 du 8 janvier 2013. On utilise le référentiel PATHOS⁵, le modèle AGGIR⁶, les cotations « Groupe Iso-Ressource (GIR) », qui amènent à des indicateurs analytiques tels que le GIR Moyen Pondéré (GMP), le GIR Moyen Pondéré Soins (GMPS) et le PATHOS Moyen Pondéré (PMP). Le modèle PATHOS se base sur un thésaurus de 50 états pathologiques et 12 profils de stratégie thérapeutique pour évaluer les besoins en soins.

C'est un médecin de l'ARS, mandaté par son directeur général, qui rend compte de la validation des évaluations sur la perte d'autonomie. Son analyse côtoie les besoins de soins et techniques sous forme de points donnant lieu au PMP. Le PMP est un indicateur global de charge en soins, pour la prise en charge des polypathologies dans une population donnée, spécialement dans les EHPAD. Ainsi, plus le PMP est élevé, plus le niveau d'autonomie est faible. Le modèle AGGIR permet de déterminer le niveau de perte d'autonomie du demandeur de l'APA⁷. Cette échelle mesure sur 6 niveaux la perte d'autonomie, autrement appelé GIR.

Selon l'annexe du décret 2008-821 du 21 août 2008, le GIR-1 « comprend des personnes confinées au lit ou au fauteuil, ayant perdu leur activité mentale, corporelle, locomotrice ou sociale, qui nécessitent une présence indispensable et continue d'intervenants ». On comprend

qu'il s'agit du niveau le plus élevé de perte d'autonomie, l'APA étant accordé aux personnes définies au sein des GIR-1 à 4. Ci-dessous, le tableau représente la répartition des allocataires de l'APA en EHPAD en fonction de leur degré d'autonomie.

	GIR 1	GIR 2	GIR 3	GIR 4
Locataires de l'APA en EHPAD	15%	43%	18%	24%

Tableau 1 - Part des locataires de l'APA en EHPAD

Les paramètres évalués sont un ensemble de 10 variables d'activités corporelle et mentale ainsi que 7 variables d'activités domestiques et sociales dont font partie les transferts, les déplacements à l'intérieur ou encore la toilette. Le GMPS est un indicateur synthétique qui résulte de la somme du GMP et du PMP de l'établissement. En analysant les données, plus la valeur du GMP est élevée, plus le niveau moyen de perte d'autonomie des résidents est important. En ANNEXE 1, on retrouvera la liste complète des critères sur lesquels se basent les indicateurs que l'on vient de citer. Suite au compte-rendu du médecin en charge de l'analyse, les établissements pourront obtenir des aides financières et techniques correspondantes.

1.2.3 Le profil patient des résidents de l'EHPAD

Le vieillissement humain aggrave la fragilité physique et mentale. Les personnes âgées sont très souvent polypathologiques, c'est-à-dire atteintes de plusieurs pathologies chroniques. Pour pallier les altérations physiologiques, la personne âgée a davantage recours au système de soins et augmente sa consommation de médicaments. Le sujet âgé est donc polymédiqué.

Selon une étude de 2015, 86% des personnes de plus de 75 ans prennent, au moins, 4 médicaments par jour⁸. On distingue plusieurs catégories de médicaments prescrits, dont certains sont plus sensibles que d'autres : parmi eux : les Médicaments à marge Thérapeutique Etroite (MTE) et les médicaments particulièrement iatrogènes pour le sujet âgé.

Le médicament à marge thérapeutique étroite⁹ est considéré de la sorte lorsque ses concentrations toxiques sont proche de ses concentrations efficaces. Ces traitements engendrent un monitoring régulier pour suivre plus précisément leur efficacité et leur toxicité. Prenons comme exemple la délivrance d'un traitement par Anti-Vitamine K (AVK). Ce dernier voit sa posologie conditionner par un monitoring de l'International Normalized Ratio (INR), généralement la cible est comprise dans un intervalle de 2 et 3 suivant le contexte clinique du

patient. Les enjeux du traitement sont qu'un sous-dosage (INR<2) crée un risque thrombotique, et un surdosage (INR >3), un risque hémorragique accru. Or de nombreux facteurs peuvent faire varier ce paramètre dont l'alimentation ; or à l'EHPAD, le patient n'a pas la main mise sur la composition des repas.

Également, la polymédication implique des interactions entre les différentes molécules prescrites.

Enfin, l'automédication, bien qu'en faible proportion au sein d'un EHPAD, peut présenter des risques. Seul, le patient âgé polymédiqué s'expose à des risques d'interactions médicamenteuses. Le pharmacien s'impose alors pour encadrer l'automédication.

Plusieurs sources peuvent être exploitées pour définir les médicaments présentant davantage d'effets indésirables chez les personnes âgées : la liste de Laroche¹⁰ et les recherches de la Société Française de Pharmacie Clinique (SFPC). La liste de Laroche regroupe les médicaments potentiellement inappropriés (MPI), on retrouvera cette liste en ANNEXE 2. Ces MPI sont des médicaments ayant un rapport bénéfice/risque défavorable par rapport à d'autres solutions thérapeutiques existantes. Prescrits chez les sujets âgés, ces médicaments présentent un risque plus important d'effets indésirables.

La SFPC révèle que les anxiolytiques, les anticoagulants, les anticholinergiques et les antalgiques tout pallier confondu sont à l'origine de nombreux accidents iatrogènes. Le tableau suivant rend compte des effets indésirables fréquents de ces 4 classes chez les personnes âgées.

Classes de médicaments	Effets indésirables
Anxiolytiques	Dépendance Somnolence Chute
Anti-coagulants	Manifestations hémorragiques Manifestations thrombotiques
Anti-cholinergiques	Chute Rétention urinaire Constipation
Antalgiques tout pallier confondu	Dépendance Somnolence Altération de la vigilance Constipation

Tableau 2 - Principaux effets indésirables des médicaments les plus fréquemment prescrits

On remarque que ces classes sont celles qui apparaissent le plus dans les traitements des personnes âgées. L'information est croisée avec les résultats du Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA) de 2012 qui rend compte des états pathologiques des patients résidant en EHPAD. A chaque pourcentage correspond la part de patients, au sein de l'EHPAD, affectés par la pathologie correspondante.

Pathologies	Part des pathologies touchant les patients en EHPAD
Hypertension artérielle	59%
Syndrome démentiel	54,9%
Troubles du comportement	47%
Syndromes abdominaux	44%
Incontinence	37%
Syndrome digestif haut	34%
Grabataires, troubles de la marche	32%
Etats anxieux	32%

Tableau 3 - Part des pathologies touchant les patients en EHPAD

1.3 Iatrogénie médicamenteuse chez le sujet âgé

1.3.1 Définition

On parle d'iatrogénie médicamenteuse dès lors qu'un médicament provoque un effet indésirable chez un patient. L'OMS la définit comme « Toute réponse néfaste et non recherchée à un médicament survenant à des doses utilisées chez l'homme à des fins de prophylaxie, de diagnostic et de traitement »¹¹.

Au cours des dernières années, les accidents iatrogènes ont été plus fréquents et plus graves, ayant nécessité parfois une hospitalisation. D'une façon générale, 20% des admissions à l'hôpital, concernent les plus de 75 ans selon la HAS¹².

1.3.2 Causes de l'iatrogénie

Certains facteurs sont inévitables telles les modifications physiologiques dues à l'âge. En effet, on retrouve fréquemment des troubles cliniques, comme des troubles de la marche (diminution de la masse musculaire), une altération des sens (diminution de la vue ou de l'ouïe) ou une

diminution de la capacité de déglutition autrement appelée presbyphagie¹³. Ce dernier paramètre existant, cela engendre une menace vitale par une augmentation du risque de fausse route ou de pneumopathie d'inhalation. Le problème se pose pour les médicaments présents sous forme solide, administrés par voie orale. En pratique, les médicaments qui ne peuvent être avalés en l'état, sont broyés par l'équipe infirmière. Bien que les traitements eussent été administrés, les risques engendrés par le broyage sont nombreux.

Propre au médicament, il peut y avoir une perte de stabilité ou une altération de la forme galénique (comprimé à libération prolongée par exemple). Par rapport aux pratiques d'administration, bien souvent un même pilon est utilisé de manière concomitante pour plusieurs médicaments, et plusieurs patients sans subir de nettoyage. S'ajoutent à cela d'inexorables interactions croisées entre les médicaments de deux patients différents.

Au niveau biologique, des modifications pharmacocinétiques et pharmacodynamiques corrompent l'efficacité des médicaments. La fonction rénale (diminution de l'albumine) et la fonction hépatique (altération du système enzymatique du cytochrome P-450) sont moins efficaces. Ci-dessous, le tableau représente les différents palliers de l'insuffisance rénale chronique selon l'Haute Autorité de Santé (HAS)¹⁴.

Stade	DFG (ml/min/1,73 m ²)	Définition
1	≥ 90	Maladie rénale chronique* avec DFG normal ou augmenté
2	entre 60 et 89	Maladie rénale chronique* avec DFG légèrement diminué
3	Stade 3A : entre 45 et 59	Insuffisance rénale chronique modérée
	Stade 3B : entre 30 et 44	
4	entre 15 et 29	Insuffisance rénale chronique sévère
5	< 15	Insuffisance rénale chronique terminale

Tableau 4 - Stades de l'insuffisance rénale selon l'HAS

Dès lors que le patient présente une altération de la fonction rénale, il convient que le médecin et le pharmacien se penchent davantage sur le choix et la vérification de la posologie. En effet certains médicaments dont le métabolisme, ou l'élimination s'effectuent par voie rénale présentent un risque de sur ou sous-dosage.

D'autres facteurs non physiologiques sont évitables. Dans 30 à 60% des cas, ils pourraient être écartés par une vigilance plus accrue des professionnels de santé médicaux et paramédicaux. Les prescriptions inappropriées peuvent aboutir à des erreurs telles que :

- Prescription inappropriée : correspond à l'utilisation d'un médicament qui sort des recommandations de base.
- Sous-prescription : correspond à l'absence d'un traitement médicamenteux efficient pour une indication justifiée chez le patient.
- Sur-prescription : correspond à la présence d'un traitement médicamenteux qui n'apporte pas d'amélioration au patient.

Bien souvent, il est nécessaire d'identifier les points critiques de la prescription. En effet certains produits de santé devraient alerter davantage les pharmaciens. Pour la classification des médicaments, plusieurs listes ont été dressées, on retrouve des médicaments déjà cités précédemment :

- Les MPI.
- Les médicaments à Marge Thérapeutique Étroite (MTE).

La polymédication est aussi un facteur de risque iatrogène non négligeable. Elle peut induire des interactions médicamenteuses mais également une mauvaise observance du patient.

1.4 Les missions du pharmacien d'officine

En tant que spécialiste du médicament, le pharmacien d'officine joue un rôle important auprès du patient. Au sein des EHPAD sans PUI, il assure un rôle de dispensation, de veille à l'iatrogénie, et de suivi de l'observance des traitements. De ce fait, il prend part pleinement au parcours de soins du patient en EHPAD.

1.4.1 La convention officine/EHPAD

Le code de la santé publique (article L-312)¹⁵ accord au pharmacien titulaire d'être référent d'un EHPAD, via la signature d'une convention.

Le pharmacien référent est défini comme un acteur de santé qui « concourt à la bonne gestion et au bon usage des médicaments destinés aux résidents. Il collabore également, avec les médecins traitants, à l'élaboration, par le médecin coordinateur [...] de la liste des médicaments à utiliser préférentiellement dans chaque classe pharmaco-thérapeutique »¹⁶. Il est en quelque sorte, le professionnel « repère » pour les questions concernant les médicaments, et leur approvisionnement, au sein de l'EHPAD. Il peut être le pharmacien titulaire ou être adjoint.

A l'égal de la convention tripartite citée précédemment, le pharmacien titulaire peut attester de sa collaboration avec l'EHPAD, via la signature d'une convention. Elle organise une prestation de qualité en vue de l'approvisionnement des médicaments auprès des patients. L'objectif est de garantir la qualité et la sécurité de la dispensation ainsi que le bon usage des médicaments, en lien avec les médecins traitants et le médecin coordinateur mentionné dans l'article L. 131-12 du Code de la Santé Publique (CSP)¹⁷.

Après avoir rédigé et signé la convention, le directeur de l'EHPAD doit la transmettre au directeur général de l'ARS, à la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM), ainsi qu'au Conseil Régional de l'Ordre des Pharmaciens (CROP). Cette convention n'est pas nécessaire dans le cas où l'EHPAD possède une PUI, cette dernière faisant partie intégrante du projet de l'EHPAD.

A noter que bien qu'il existe une convention signée, le patient ou son représentant légal demeure libre de choisir sa propre pharmacie pour se fournir en médicaments. Aucun obstacle qu'il soit physique ou financier ne peut ôter cette liberté de choix.

1.4.2 La dispensation des médicaments

La dispensation des médicaments diffère sensiblement entre les patients se déplaçant à la pharmacie et ceux, sédentaires à l'EHPAD. Pour ces derniers, la dispensation requiert au préalable de récupérer les ordonnances émises par les différents prescripteurs. Plusieurs canaux sont possibles : le fax, la messagerie via une boîte mail sécurisée ou non sécurisée, le courrier postal ou encore la remise en main-propre des ordonnances. En ce qui concerne la boîte mail de la pharmacie, c'est le pharmacien titulaire qui effectue la démarche pour l'obtenir. Plusieurs références peuvent être exploitées, celle du Logiciel d'Aide à la Dispensation (LAD) de la pharmacie, celle fournie par la CPAM ou encore celle proposée par l'Ordre des Pharmaciens, Mailiz¹⁸. A noter que l'utilisation d'une boîte mail sécurisée implique certaines restrictions, en effet il est nécessaire que tous les utilisateurs (expéditeur et destinataire) soient équipés d'une adresse ayant pour hébergeur MSSanté.

1.4.2.1 L'acheminement des ordonnances

Dès que le pharmacien reçoit les ordonnances, il peut s'attendre à ce qu'elles soient informatisées ou non. Les ordonnances informatisées émanent des Logiciels d'Aide à la Prescription (LAP) couplées à des bases de données sur le médicament. Ils comportent en

général des alertes qui incitent le prescripteur à confirmer ou modifier son ordonnance suivant le profil du patient. Bien qu'efficaces, ils présentent des limites notamment sur l'adaptation des posologies chez les sujets âgés. Toutes les mentions légales d'une ordonnance seront retrouvées en ANNEXE 3. Rappelons que les prescripteurs doivent fournir une ordonnance claire et lisible en priorité pour le patient afin de rechercher une bonne observance.

Il peut être fait mention des ordonnances peu fiables comme celles qui sont retranscrites. Dans la même optique, on peut citer les prescriptions orales, qui ne garantissent pas de sécurité.

Afin d'assurer la continuité du circuit du médicament, et suite à la réception des ordonnances des patients de l'EHPAD, il convient dès lors à l'équipe officinale d'effectuer l'acte de dispensation.

La dispensation, définie par l'article R.4235-48 du CSP¹⁹, est un acte pharmaceutique. Elle s'effectue en deux étapes, la première est l'analyse pharmaceutique et la deuxième est la délivrance des produits de santé. Elle concerne les pharmaciens, les préparateurs en pharmacie et les étudiants en pharmacie régulièrement inscrits en 3^{ème} année. Il convient de tenir compte du fait que les préparateurs en pharmacie et les étudiants à partir de la 3^{ème} année, bien qu'autorisés à préparer les ordonnances, n'effectuent la délivrance des produits que sous le contrôle effectif d'un pharmacien. En effet, tous les produits de santé délivrés au sein de l'officine sont sous la responsabilité du ou des pharmaciens présents.

1.4.2.2 L'analyse pharmaceutique

L'analyse pharmaceutique fait partie à part entière de l'acte de dispensation, comme défini à l'article R4235-48 du CSP.

« Le pharmacien doit assurer dans son intégralité l'acte de dispensation du médicament, associant à sa délivrance :

- L'analyse pharmaceutique de l'ordonnance médicale si elle existe
- La préparation éventuelle des doses à administrer ;
- La mise à disposition des informations et les conseils nécessaires au bon usage du médicament. »²⁰

Une ordonnance doit répondre à plusieurs exigences :

D'une part, une ordonnance correctement rédigée doit permettre l'identification du prescripteur, du patient ainsi que la liste des produits prescrits et leur posologie. L'ordonnance s'achève par la signature du prescripteur. Le support de l'ordonnance sera adapté à la situation :

ordonnance bizonne pour les patients en ALD ou ordonnance d'exception pour les médicaments d'exception.

D'autre part, une ordonnance doit prendre en compte le terrain du patient pour répondre correctement aux objectifs thérapeutiques et optimiser l'adhésion du patient à son traitement.

Pour détailler le contenu de l'analyse pharmaceutique, la SFPC décline 3 niveaux d'analyse divisés en 3 items ; le contenu, le contexte et les éléments requis²¹. Cette classification initiée à la pharmacie clinique des hôpitaux, peut utilement être mise en parallèle avec l'analyse réalisée au comptoir.

La notion de niveau 1 fait référence au fait que le patient est connu et qu'il n'y ait pas d'évolution de son contexte clinique. Le rôle du pharmacien est donc de vérifier le choix et la disponibilité des produits de santé, ainsi que de vérifier les posologies, les interactions principales et les contre-indications. A sa disposition, il bénéficie de l'ensemble des prescriptions et des informations de base concernant le patient, cela s'apparente à une revue de prescription.

Au cas où se présente une évolution du contexte du patient, ou si l'ordonnance présente une adaptation posologique, le pharmacien utilise ses compétences pour une analyse de niveau 2, autrement appelée revue des thérapeutiques. Pour ce faire, il dispose des mêmes paramètres que pour l'analyse de niveau 1, en ayant parfois, en plus, les données biologiques du patient.

L'analyse de niveau 3 s'applique dès l'admission d'un nouveau patient ou d'une évolution en cours. Pour satisfaire aux bonnes pratiques de dispensation, selon l'article 5121-5 du CSP²², Le pharmacien s'astreint à rechercher les objectifs thérapeutiques, et à suivre le monitoring des données biologiques. Ce niveau d'analyse est difficilement applicable à l'officine. Bien que l'accès aux données biologiques soit légitime pour le pharmacien d'officine, son éloignement d'avec le laboratoire d'analyses biologiques en ville rend la communication plus difficile.

Effectivement, le pharmacien a besoin de certaines données biologiques du patient pour son analyse pharmaceutique, car elles orientent la prise en charge thérapeutique.

D'un côté, les valeurs biologiques peuvent permettre d'adapter la posologie du traitement (l'INR pour les traitements par AVK). D'un autre côté, elles peuvent conditionner la dispensation du produit (numération des leucocytes pour le traitement par Clozapine).

Pour faciliter les échanges, les laboratoires d'analyse de biologie médicale transmettent généralement les résultats à deux destinataires : le patient et son médecin traitant. Quelques changements ont été observés : suite à la pandémie de la COVID-19, les laboratoires ont réduit

l'envoi des résultats exclusivement aux médecins traitants. Si en théorie le pharmacien peut avoir accès aux données, ce n'est pas le cas dans la pratique.

Après avoir compris les enjeux du profil du patient âgé fragile, le pharmacien doit mettre en application ses connaissances pharmacologiques au service de l'analyse. Pour cela il se penche sur différentes sources d'informations tant propre au patient que dans la littérature scientifique.

Chaque pharmacien titulaire a un libre choix pour son LAD, sachant qu'il en existe plusieurs sur le marché. On y retrouve d'une part les informations générales sur le profil du patient, le sexe, la date de naissance, l'âge, le régime d'assurance maladie, éventuellement la présence d'une Affection Longue Durée (ALD). S'ajoute à cela, les informations tracées informatiquement par l'équipe officinale via l'outil de commentaires du logiciel de dispensation. Chaque pharmacie a sa propre politique en matière de traçabilité écrite, c'est pourquoi la diversité des commentaires sur le patient est variable d'une pharmacie à une autre. Néanmoins après concertation, on y retrouve fréquemment les informations suivantes : les dates des éventuelles hospitalisations, la capacité de déglutition du patient, les allergies, les intolérances à certains médicaments, ou un compte-rendu téléphonique succinct avec un prescripteur. Chaque commentaire enregistré fait mention de la date, de l'heure et de l'opérateur l'ayant effectué.

D'autre part, on retrouve sur le logiciel, l'historique des délivrances du patient. Il mentionne clairement les produits délivrés (prescrits ou en automédication), leur date de délivrance, la date de la prescription, le nom du prescripteur ainsi que l'opérateur en charge du dossier du patient. Ces informations permettent d'avoir un regard sur l'observance du patient, grâce au rythme de délivrance des médicaments.

Le pharmacien peut avoir accès également au Dossier Pharmaceutique (DP) du patient. L'accès est à disposition du pharmacien uniquement avec l'accord du patient ou de son représentant légal, et la lecture se fait grâce à la carte vitale. Le DP permet d'avoir connaissance des délivrances dans d'autres pharmacies, dans un délai de 4 mois. Les produits ajoutés au DP peuvent être, soit prescrits, soit achetés en vente libre. On peut avoir connaissance de leur dénomination, et de leur quantité ainsi que leur date de délivrance. A noter qu'il est permis d'obtenir l'information sur la présence d'un éventuel dispositif médical implantable sur le patient. Toutes les données du DP sont stockées sur un serveur sécurisé qui garantit la protection des données de santé²³.

Le Dossier Médical Partagé (DMP) peut également prouver son utilité dans l'analyse du pharmacien. Sa création est issue du décret du 4 juillet 2016²⁴. C'est un outil numérique qui

permet de condenser toutes les données médicales relatives au patient. Tout assuré disposant d'un régime de Sécurité Sociale peut en bénéficier. Il référence sur les 24 derniers mois, les antécédents médicaux, les vaccins effectués, les comptes-rendus des hospitalisations, et des examens biologiques. Seuls les professionnels de santé autorisés par le patient, ou son représentant légal, sont autorisés à le consulter ou à l'alimenter, selon certaines habilitations relatives à leur fonction²⁴. L'idée de ce dispositif a germé en 2004 grâce l'ancien ministre de la Santé M. Philippe Douste-Blazy, il a été relancé suite à la proclamation, en 2018, du plan de santé 2022 par Mme Agnès Buzyn. A ce jour, le DMP ne bénéficie pas d'une grande popularité, 8 millions de DMP sont ouverts, ce qui représente 12% de la population française²⁵. Certains médecins revendiquent un outil plus structuré, qui n'a pas reçu d'amélioration depuis sa création. Etant donné que les médecins sont les principales sources de renseignements, on comprend pourquoi, ce dispositif n'est pas exploité. Pourtant il tend à faciliter la communication entre les professionnels de santé au service du patient.

Bien que ces outils permettent au pharmacien d'avoir un regard sur les délivrances et de détecter d'éventuelles contre-indications avec les traitements en cours, il s'agit de mesurer leur exploitation.

Outre la recherche des traitements en cours, le pharmacien peut se retrouver confronté à une vérification des bonnes pratiques de clinique. Pour cela, il se réfère à des bases de données connues. Par exemple, les données du Vidal et la Banque Claude Bernard (BCB), permettent d'accéder rapidement aux résumés des caractéristiques des produits. Plus spécifiquement, le Vidal offre des aides aux professionnels de santé, dont un résumé des recommandations sous forme d'arbres décisionnels, par domaine thérapeutique. Plusieurs configurations existent pour y avoir accès, mais toutes sont soumises à un abonnement et l'identification est effective avec un numéro Répertoire Partagé des Professionnels de Santé (RPPS). Via les logiciels d'aide à la dispensation, les programmeurs ont mis à disposition un raccourci pour y accéder directement à partir de la saisie d'un produit.

1.4.3 La délivrance des médicaments

Suite à l'analyse pharmaceutique, le pharmacien poursuit la dispensation du médicament avec la délivrance des produits de santé. Concernant les EHPAD, on distingue deux manières de délivrer une ordonnance. D'une part, le pharmacien peut soit effectuer une Préparation pour Doses à Administrer (PDA), prévue à l'article R4235-48 du CSP, plus connu sous le nom de « pilulier », soit délivrer à la boîte, les médicaments sans les déconditionner.

1.4.3.1 Les préparations pour doses à administrer

La notion de PDA n'est, ni clairement définie, ni réglementée dans un texte de loi, elle est simplement mentionnée à l'article R.4235-48 du CSP : « Le pharmacien doit assurer dans son intégralité l'acte de dispensation du médicament, associant à sa délivrance [...] la préparation éventuelle des doses à administrer »¹⁷. En pratique, il s'agit d'un déconditionnement des médicaments pour les reconditionner dans des sachets ou des piluliers, la durée de préparation est définie à l'avance et le contenu respecte le schéma posologique prescrit par le médecin. L'utilisation de cet outil au profit des patients résidant en EHPAD s'est très vite développée en lien avec la demande grandissante liée au vieillissement de la population. Sans cadre réglementaire pour ces préparations, les pratiques au sein des officines diffèrent.

Au sein de l'équipe officinale, sont habilités à faire des piluliers, les pharmaciens, et sous contrôle effectif d'un pharmacien, les préparateurs et les étudiants en 3^{ème} année de pharmacie. Notons que les infirmiers sont également habilités à réaliser les piluliers, au regard de l'article R.4311-5 et R.4311-7 du CSP²⁶. Pour l'équipe officinale, la réalisation des piluliers peut se faire au sein de l'officine ou de l'EHPAD, contrairement aux infirmiers qui peuvent les réaliser uniquement au sein de l'EHPAD.

Les objectifs à la mise en place de ces préparations sont de sécuriser le circuit du médicament, et de raccourcir le temps consacré à l'administration des médicaments par l'équipe infirmière, qui sera autrement dédié à des soins techniques. La sécurisation de l'administration au patient se résume en 5 items : donner le bon médicament, à la bonne dose, par la bonne voie, au bon moment et selon les bonnes règles d'hygiène et le Résumé des Caractéristiques du Produit (RCP).

Il existe deux sortes de système, la PDA manuelle et la PDA automatisée. Dans les deux cas, le système de PDA assure d'une part la traçabilité, par le numéro de lot et l'identification Datamatrix du médicament, et d'autre part, l'identitovigilance du patient de l'EHPAD.

La PDA manuelle demande à être réalisée par l'intervention manuelle d'un opérateur pour la réaliser. Il déconditionne et reconditionne manuellement les formes orales anhydres (comprimés, gélules, capsules) dans des piluliers rigides. Soit le pilulier est monodose (toutes

les unités sont dans une même alvéole) soit il est multidose (chaque unité est répartie dans une seule alvéole, les différentes formes solides anhydres ne sont pas mélangées). Les alvéoles sont ensuite recouvertes manuellement par un film collant ou un couvercle afin de sceller les médicaments. Bien que les manipulations soient manuelles, la préparation est assistée par un logiciel qui renseigne le schéma posologique prescrit pour un patient défini.

Une étape joue dans la balance de la conservation de la stabilité des médicaments : c'est le surconditionnement. Ce terme signifie que les médicaments ne sont pas déconditionnés du blister et que ce dernier est découpé de façon à ce que chaque unité soit individuelle. Le fabricant des médicaments publie, dans le dossier d'Autorisation de Mise sur le Marché (AMM), des données de stabilité relatives au conditionnement dans le blister ; dès lors qu'il y a une déblistérisation, rien ne prouve la conservation de la stabilité. Si les médicaments sont déblistérés, on constate une diminution de 5-10% de la teneur en principe actif par rapport à la valeur initiale²⁷.

La PDA automatisée fait bénéficier les piluliers d'une assistance électronique pour remplir les piluliers, néanmoins, la présence d'un opérateur est nécessaire pour déconditionner les médicaments de leur emballage primaire. Préalablement, cette installation nécessite une certification de qualité par une personne habilitée, selon une procédure définie. Des opérations de maintenance du matériel doivent être régulièrement effectuées pour répondre aux besoins de l'EHPAD et aux normes qualités liées à la dispensation du médicament. Pour préparer les piluliers, les médicaments sont stockés dans des cassettes de l'automate. Chaque cassette est immatriculée par un Datamatrix, correspondant au nom et au dosage du médicament. Grâce au logiciel de dispensation, l'automate identifie les cassettes correspondantes aux traitements des patients. Le remplissage se fait au fur et à mesure de la validation des traitements.

A posteriori, il est intéressant de connaître les erreurs liées à la dispensation des médicaments via les PDA pour optimiser continuellement leur utilisation. On parle d'indicateurs de non-conformité. Il peut s'agir d'erreurs de correspondance entre le Datamatrix de la cassette et le médicament, d'une erreur de dosage ou encore du mauvais étiquetage d'une préparation²⁸.

Après avoir choisi le système de PDA, il s'agit désormais d'entamer le processus de réalisation. Le premier paramètre à prendre en compte est la durée couverte pour la préparation des piluliers. Cette durée est réglementaire car elle ne doit en aucun cas dépasser un mois, conformément à la prescription médicale. Tous les médicaments ne sont pas éligibles pour la PDA. On y retrouve exclusivement les comprimés secs, les gélules, et les capsules. La forme galénique est un des motifs de non-inclusion aux PDA. En effet les comprimés effervescents et les suppositoires ne peuvent être déconditionnés sans que leur stabilité soit conservée. Ensuite, les formes sachets par la diversité de leur taille, ne peuvent prétendre à intégrer les piluliers. Il en est de même pour les formes liquides pour lesquelles on comprend facilement qu'il n'est pas concevable de les déconditionner. Une autre raison, relative à la législation, peut justifier la non-inclusion de certains médicaments. Il en est ainsi des médicaments stupéfiants dont la conservation doit se faire dans une armoire fermée à clé, ce qui n'est pas le cas pour les médicaments sur liste 1, 2, assimilés stupéfiants ou non listés. Ces médicaments, doivent donc être acheminés à l'EHPAD au même titre que les PDA, et sont dispensés à la boîte. Ainsi toutes les formes orales liquides (sirop, solution ou suspension buvables), les formes orales effervescentes ou en sachets, les suppositoires, les formes à usage topique local demeurent dans leur conditionnement primaire jusqu'à l'administration au patient.

A la fin de la préparation des piluliers, une ultime validation a lieu. Cette étape consiste en la vérification visuelle des sachets, de la qualité de l'étiquetage, et de l'intégrité des préparations. L'identitovigilance est assurée par le marquage du nom, prénom et date de naissance du patient.

1.4.3.2 A la boîte

Les médicaments à conservation particulière ont un circuit qui leur est propre. Pour les Médicaments Thermo-Sensibles (MTS), le rôle du pharmacien est de garantir la continuité de la chaîne du froid, de la réception du produit jusqu'à la délivrance. Pour rappel, un médicament thermosensible est un médicament dont la stabilité est garantie lorsque sa température de conservation est située entre +2 et +8°C.

En ce qui concerne les médicaments stupéfiants, leur statut de médicament « sensible » confère une livraison particulièrement sécurisée au moment de la délivrance.

1.4.4 Les conseils associés

Le dernier aspect relatif à la délivrance des médicaments est de fournir des conseils associés à la prise. En effet, il est nécessaire d'alerter les patients sur le bon usage des médicaments

consommés (moment de prise, concomitance avec d'autres médicaments), et sur les effets indésirables de leur traitement ainsi que la manière de les atténuer (prise début repas, non-exposition au soleil). La relation au comptoir est pratiquement inexistante entre le pharmacien et le patient de l'EHPAD, c'est pourquoi, il est nécessaire de développer une communication différente, pour effectuer la dispensation dans son ensemble.

1.4.5 Le suivi d'observance par le pharmacien d'officine

Des mesures ont été mises en place pour effectuer un suivi thérapeutique personnalisé : ce sont les entretiens pharmaceutiques. Selon l'article 10.2 de la convention nationale²⁹, ces derniers permettent : « de renforcer le rôle de conseil, d'éducation et de prévention du pharmacien auprès des patients, de valoriser l'expertise du pharmacien sur le médicament, d'évaluer la connaissance par le patient de son traitement, de rechercher l'adhésion thérapeutique du patient et l'aider à s'approprier son traitement et d'évaluer, à terme, l'appropriation par le patient de son traitement. ». Le suivi thérapeutique peut prendre différentes formes, dont la conciliation médicamenteuse, le bilan partagé de médication et les entretiens ciblés sur des pathologies précises tel l'asthme et la Broncho-Pneumopathie Chronique Obstructive (BPCO) et sur des classes pharmaceutiques spécifiques tels les AVK/Anti-Coagulants Oraux (AOD) et nouvellement les chimiothérapies orales.

1.4.5.1 Conciliation médicamenteuse

La conciliation médicamenteuse consiste à lister, de manière exhaustive, tous les médicaments du patient prescrits ou en automédication. Le pharmacien est à l'origine de cette démarche. Dans le parcours de soin du patient, la multiplicité des prescripteurs ne facilite pas la transmission des informations médicales et augmente le risque médicamenteux. Lors du retour en ville, les patients ne connaissent pas toujours les changements de traitement que les médecins hospitaliers ont effectués.

Selon la HAS, la démarche de la conciliation médicamenteuse se déroule en plusieurs étapes³⁰. Tout d'abord le pharmacien va aller à la recherche de toutes les informations concernant les médicaments prescrits et en automédication. Puis il synthétise les informations recueillies afin de réaliser un bilan médicamenteux. Ce dernier consiste en une analyse de l'ensemble des traitements, comparable à celle que le pharmacien exercerait au comptoir. Enfin, il partage, d'abord avec le médecin traitant, le bilan réalisé, en présentant les améliorations qui pourraient

être apportées. Cette étape est essentielle car la conciliation médicamenteuse n'a d'intérêt que si elle est diffusée aux autres professionnels de santé.

Dans ce cadre, il est intéressant de formaliser la rédaction d'une fiche de conciliation médicamenteuse. Il est préférable qu'elle soit informatisée pour faciliter la lecture et l'envoi.

FICHE DE CONCILIATION MEDICAMENTEUSE

Date de réalisation : ../../....

INFORMATIONS GENERALES

NOM/PRENOM DU PATIENT : SEXE : ../../.... DATE DE NAISSANCE : EHPAD : COORDONNEES DU MEDECIN TRAITANT : DOSSIER PHARMACEUTIQUE OUVERT : ☐ oui ☐ non
--

COMORBIDITES

INSUFFISANCE RESPIRATOIRE (asthme, BPCO, SAHOS) : DIABETE : Si oui, type : INSUFFISANCE RENALE : INSUFFISANCE HEPATIQUE : ALLERGIES : CAPACITE DE DEGLUTITION : ☐ avale les formes solides ☐ difficulté à avaler les formes solides ☐ sonde nasopharyngée ☐ nutrition parentérale

LISTE DES MEDICAMENTS

Médicaments				Prescripteur	Date de la prescription
Nom	Forme	Dosage	Posologie		

Figure 1 - Exemple de fiche de conciliation médicamenteuse

1.4.6 Bilan de médication partagée (BMP)

1.4.6.1 Définition

Cet outil fait suite à la parution d'un avenant à l'article 162-16-7 du Code de la Sécurité Sociale (CSS), datant du 9 mars 2018, définissant les modalités de sa mise en place. Il s'agit d'un programme de suivi personnalisé de certains patients ayant des pathologies chroniques. Les objectifs sont de favoriser l'observance des patients à leurs traitements et de détecter les erreurs médicamenteuses, afin de diminuer les accidents iatrogènes. A l'occasion de ce suivi, le pharmacien effectue une relecture complète et une analyse des interactions des traitements du patient, qu'ils soient prescrits ou consommés en automédication. Il est également évalué l'adhésion du patient à son ou ses traitements. Pour prétendre à un remboursement par l'Assurance Maladie, plusieurs critères d'inclusion ont été définis³¹ :

- Le patient doit avoir au moins 65 ans et au moins une ALD au moment de l'adhésion

- Ou le patient doit avoir au moins 75 ans avec ou sans ALD
- Le patient doit être sous traitement au moment de l'adhésion au BMP
- Le traitement du patient doit comporter au moins 5 molécules ou principes actifs prescrits différents
- La durée du traitement doit être au moins égale ou supérieure à 6 mois, au moment ou après l'adhésion

Au-delà des critères d'inclusion pour le remboursement, tous les patients peuvent participer au BMP.

1.4.6.2 Mise en œuvre

Au préalable le pharmacien devra recruter les patients éligibles, en leur présentant le dispositif, puis, il recueillera le consentement du patient. Le patient garde le libre choix du pharmacien pour réaliser le BMP, il peut également choisir un autre pharmacien entre 2 séances ou résilier son consentement à participer au BMP.

En raison de l'éloignement géographique des patients, la plupart d'entre eux, ne sortent pas de l'enceinte de l'EHPAD, il convient alors d'aménager la réalisation du BMP.

La prise de rendez-vous pourra se faire par téléphone directement avec le patient ou avec l'infirmière en charge du patient. Lors de l'entretien, le pharmacien demandera au patient ou à l'infirmière de prendre, sa carte vitale afin de pouvoir consulter le DP s'il existe, son carnet de vaccination, les ordonnances non transmises précédemment et les dernières données biologiques. Le pharmacien se renseignera sur l'éventuelle utilisation d'un pilulier pour le patient.

En pratique, le BMP s'organise en plusieurs rendez-vous dont les 3 premiers sont à réaliser au cours d'une même année. Les entretiens ultérieurs à la première année seront facultatifs. Le déroulé est détaillé dans le schéma ci-dessous :

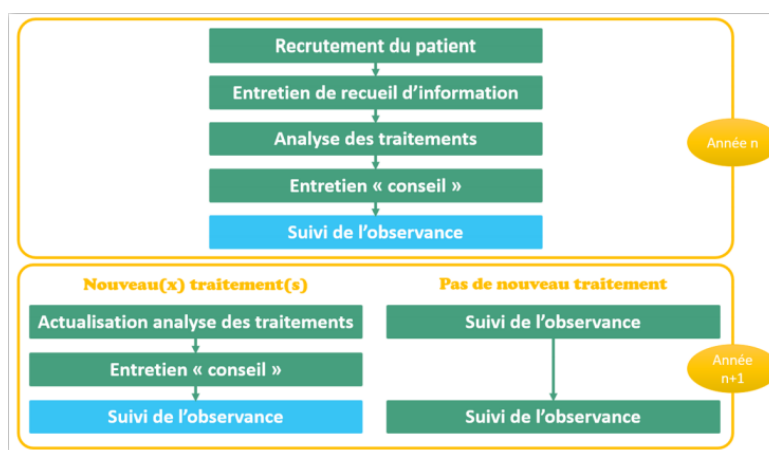


Figure 2 - Déroule des séances du Bilan de Médication Partagée

Pendant les entretiens, le pharmacien utilise le questionnaire de Girerd, figurant en ANNEXE 8an ou l'échelle de Morisky, retrouvée ci-dessous.

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

Figure 3 - Echelle de Morisky

Pour l'échelle de Morisky, le résultat se compte à partir du nombre de réponses négatives valant chacune 1 point. Si le score est égal à 6, on peut dire que le patient a une bonne observance. Si le score est égal à 4 ou 5, l'observance est qualifiée de faible. Dans le cas où le score est inférieur ou égal à 3, l'observance du patient pour ses traitements, est nulle.

1.4.7 Autres bilans de suivi

1.4.7.1 Entretiens AVK et AOD

D'après l'étude ENEIS, les anti-coagulants sont la première classe de médicaments provoquant des effets iatrogènes. En 2004, 37% des effets indésirables déclarés sont liés à ces classes de médicaments, contre 31% en 2009³². Les Centres Régionaux de Pharmacovigilance (CRPV) ont mené une enquête en 2007, qui a révélé que les effets indésirables imputables aux AVK, ont provoqué 12,3% des hospitalisations. Les patients éligibles à la prise en charge de l'entretien sont ceux auxquels, a été prescrit un AVK ou un AOD, et dont la durée de traitement est supérieure ou égale à 6 mois au moment de l'adhésion.

A l'exemple du BMP, le suivi AVK/AOD s'organise en plusieurs entretiens. Certains sont dits « thématique » afin de renforcer les connaissances du patient sur son traitement. Il en existe 4 :

- Suivi biologique
- Observance
- Effets du traitement
- Vie quotidienne et alimentation

1.4.7.2 Entretiens asthme et BPCO

Les entretiens ciblés sur l'asthme et la BPCO ont été officialisés en même temps que ceux avec les patients sous AVK et AOD grâce à la publication de l'avenant 4 à la Convention Nationale. On compte environ 4 millions de patients asthmatiques³³, et environ 5-10% de patients atteints de BPCO après 45 ans³⁴. La prévalence de l'asthme, augmente chez le sujet après 70 ans, celle de la BPCO est difficilement mesurable. Chez le sujet âgé, les 2 pathologies sont sous-diagnostiquées. Les patients âgés deviennent plus fragiles au niveau respiratoire, il n'est pas évident de discerner une vraie insuffisance respiratoire d'un vieillissement physiologique. En plus, il reste complexe à mettre en œuvre les épreuves respiratoires fonctionnelles qui détecteraient les pathologies. Enfin, le diagnostic est difficile, car les patients ne perçoivent pas leurs symptômes (dyspnée, bronchoconstriction). Selon l'étude GINA en 2006, 35% des patients diagnostiqués et traités pour l'asthme, présentent un asthme « partiellement contrôlé » et 48% un asthme « totalement incontrôlé »³⁵.

Cette faille dans la prise en charge médicamenteuse, laisse au pharmacien, la mission d'améliorer l'observance des patients à leur traitement, d'autant que les traitements de ces pathologies nécessitent un geste technique lors de l'utilisation des dispositifs médicaux prescrits.

Les patients éligibles aux entretiens asthme et BPCO sont ceux pour lesquels un corticoïde inhalé a été prescrit depuis une durée supérieure ou égale à 6 mois, que ce soit en initiation ou non. L'organisation des entretiens est semblable aux entretiens AVK/AOD.

1.4.7.3 Entretien chimiothérapies orales

Avec près de 382 000 cas recensés en 2018, les cancers sont la première cause de mortalité en France. Un patient sur deux guérit de son cancer selon l'Institut National du Cancer (INCa)¹⁷. Ces entretiens pharmaceutiques sont les plus récents, ils ont été mis en place officiellement suite à la publication au Journal Officiel (JO), de l'avenant 21 à la Convention Nationale du 8

septembre 2020. Cette nouvelle mission des pharmaciens d'officine répond à la problématique du développement des traitements de chimiothérapies orales, sur le lieu de vie des patients, environ 75% des chimiothérapies sont per os. Ces traitements sont fréquemment responsables d'iatrogénie car ils sont pris à long terme et perdurent souvent jusqu'à l'intolérance des effets indésirables. La surveillance de l'observance et des effets indésirables sont moins contrôlés par les équipes médicales hospitalières du fait de la prise à domicile. Or la biodisponibilité est variable en fonction des modalités de prise par le patient âgé : modulation des horaires de prise, influence de l'alimentation, ou encore non-suivi des recommandations en cas d'oubli.

Pour bénéficier d'une prise en charge des entretiens, des critères ont été imposés. A savoir, le patient doit être âgé de plus de 18 ans et bénéficier d'un traitement anticancéreux par voie orale. Parmi ces traitements, on retrouve l'hormonothérapie au long cours (tamoxifène, anastrozole, létrozole, exémestane), le méthotrexate, l'hydroxycarbamide et le bicalutamide et les autres anticancéreux (les antinéoplasiques et les immunomodulateurs)¹⁷.

Les formes des traitements devant être pris par voie orale sont : les comprimés, les capsules molles et les gélules.

Certaines séances des entretiens pour chimiothérapies orales sont « thématiques » :

- Gestion des effets indésirables
- Vie quotidienne

On note alors, que l'acte de dispensation trouve ses failles dans le défaut d'analyse, l'erreur de prescription, ou de délivrance des médicaments.

L'iatrogénie médicamenteuse affecte la qualité de vie du patient résidant en EHPAD. Cela a un coût économique, conséquence les hospitalisations engendrées, et un coût sociétal suscitant la protection des aînés.

Le patient résidant en EHPAD montre un profil fragile, polypathologisé et polymédiqué. Ces particularités physiologiques appellent les professionnels de santé, dont les pharmaciens, à une grande vigilance dans la prise en charge thérapeutique.

Par ailleurs, la communication entre les professionnels de santé en ville et à l'hôpital est souvent rompue par manque de temps et de moyens.

Compte tenu de la part d'iatrogénie médicamenteuse chez les patients âgés, et considérant la place du pharmacien d'officine, nous pourrions nous intéresser à ses pratiques professionnelles et à leurs améliorations possibles dans le cadre de la prévention des effets indésirables.

2 AUDIT DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES AU SEIN D'UNE OFFICINE

2.1 Introduction

L'audit des pratiques professionnelles a été réalisé grâce à un questionnaire de 41 items préparé à partir d'un Google Form.

Il s'agit d'évaluer les pratiques du pharmacien d'officine et de repérer ce qui doit être conservé et ce qui peut être amélioré, au regard des recommandations actuelles comme celles des ARS ou de l'HAS.

L'objectif est de dresser un état des lieux des pratiques officinales, du pharmacien, à l'égard des patients de l'EHPAD. Au total, 20 pharmacies d'officine ont partagé leurs habitudes de travail.

2.2 Matériel et Méthodes

La liste des EHPAD sans PUI dans les départements ciblés (Charente, Charente Maritime, Deux-Sèvres, Vienne) a été obtenue auprès de l'ARS Nouvelle-Aquitaine. Chaque EHPAD a été contacté individuellement pour identifier la pharmacie d'officine désignée pour l'approvisionnement en médicament. D'une part, un questionnaire a été envoyé à chacune de ces officines afin de réaliser l'audit. D'autre part, j'ai utilisé le réseau des étudiants en pharmacie de Poitiers ainsi que celui des 2 syndicats pharmaceutiques (la Fédération des syndicats pharmaceutiques de France et l'Union syndicale des pharmaciens d'officine).

Ce questionnaire a été créé à partir d'un Google Form. Il comprenait 41 items portant sur différentes catégories ayant trait à la dispensation des médicaments aux patients résidant en EHPAD, tels que la prise en charge des ordonnances, l'acte de dispensation pharmaceutique ou encore la relation entre l'officine et l'équipe de soins. J'ai construit ce questionnaire suivant l'ordre chronologique de la dispensation à l'officine. Le questionnaire complet est présenté en ANNEXE 5.

Dans un premier temps, je me suis intéressée à la relation entre l'officine et l'EHPAD, à savoir s'il existait une convention et si un pharmacien référent était désigné.

Puis je me suis penchée sur la gestion des ordonnances depuis leur réception jusqu'à la préparation des médicaments.

Par la suite, je me suis interrogée sur les pratiques du pharmacien lors de la dispensation, au moment de l'analyse et à la délivrance des médicaments. Je me suis davantage penchée sur le mode de délivrance, que ce soit sous forme de PDA ou à la boîte.

J'ai poursuivi en évaluant la relation de l'officine avec les autres professionnels de santé, à savoir l'équipe infirmière, les médecins traitants et le médecin coordinateur. J'ai investigué également sur les médicaments au sein de l'EHPAD.

Enfin, j'ai demandé aux pharmaciens, dans quelle mesure, étaient proposés les bilans de médication aux patients.

3 RESULTATS

3.1 Généralités sur la relation officine/EHPAD

Parmi les officines ayant répondues à l'audit, la majorité ne fournit qu'un seul EHPAD tandis que 4 officines réalisent la dispensation de médicaments pour 3 EHPAD ou plus (Figure 4). Parmi ces officines, seulement 10% ont signé une convention avec l'EHPAD. Pour les officines n'ayant pas signé de convention, aucune démarche de conventionnement n'était en cours au moment de l'audit.

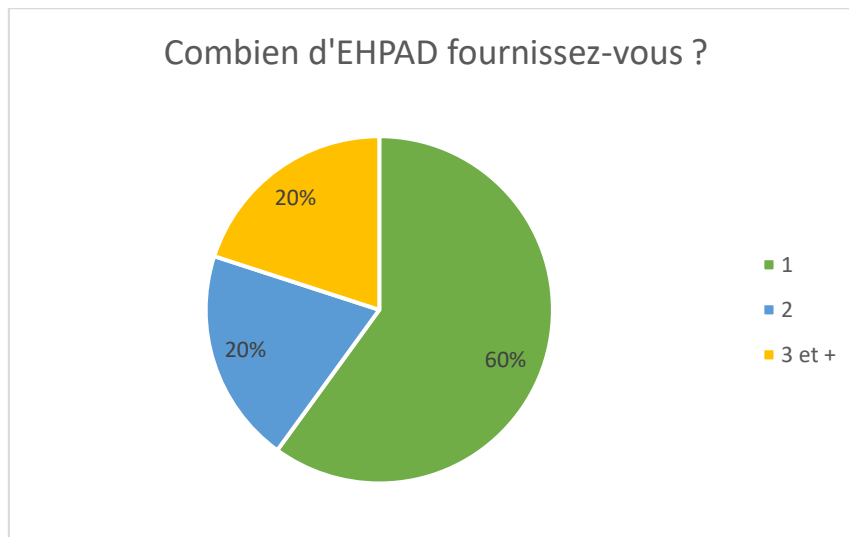


Figure 4- Combien d'EHPAD fournissez-vous ?

Le pharmacien référent est nommé dans la convention entre l'EHPAD et l'officine, néanmoins un répondant sur 2 connaît l'existence de cette personne. (Figure 5)

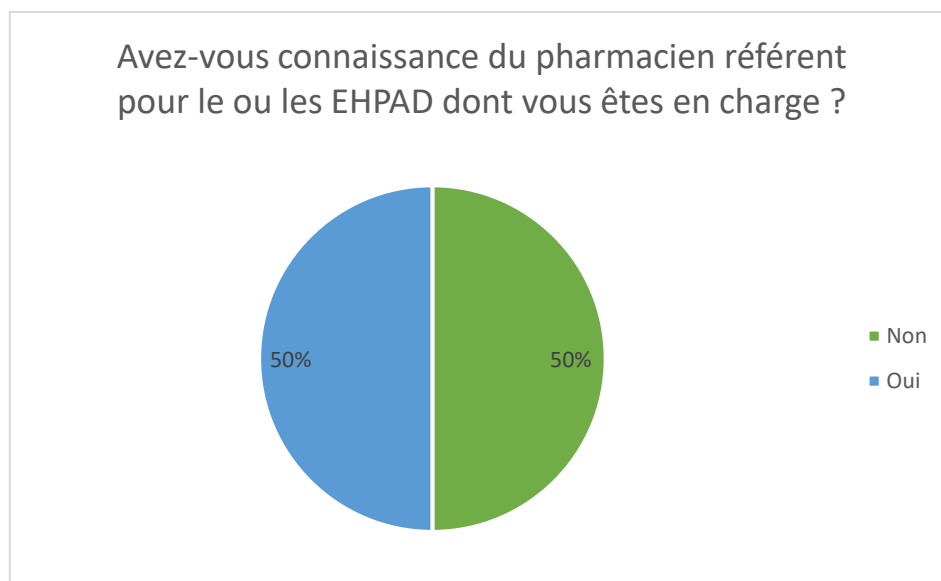


Figure 5 - Avez-vous connaissance du pharmacien référent pour le ou les EHPAD dont vous êtes en charge ?

3.2 Prise en charge des ordonnances

La prise en charge des ordonnances nécessite dans un premier temps de les acheminer de l'EHPAD à la pharmacie. Plusieurs canaux sont utilisés, dans la Figure 6, nous pouvons apprécier la répartition de ces derniers.

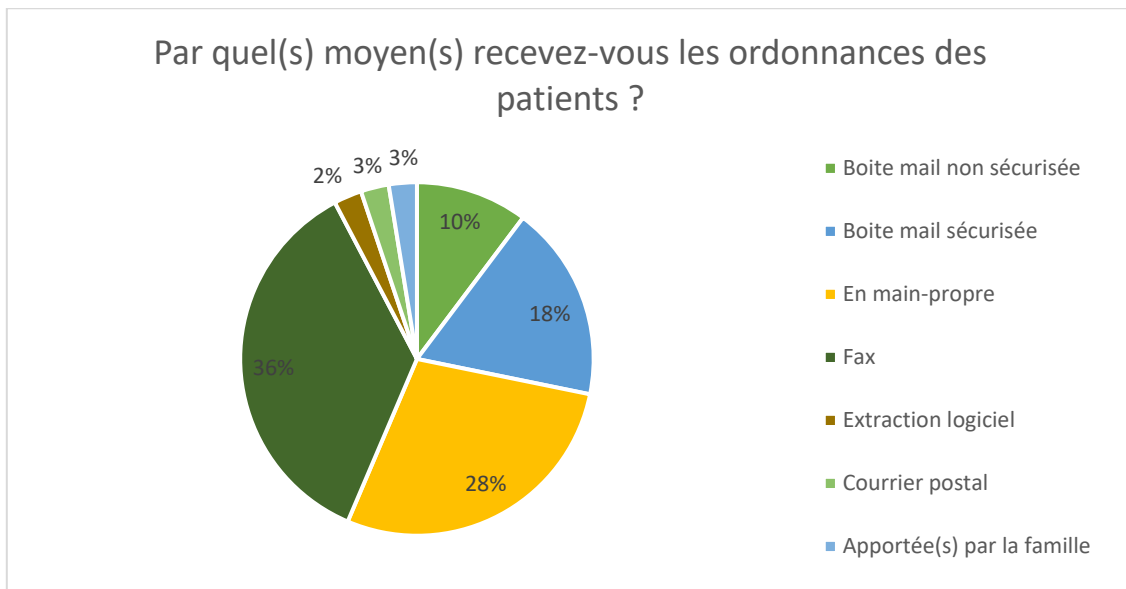


Figure 6 - Par quel(s) moyen(s) recevez-vous les ordonnances des patients ?

Le format des ordonnances peut être variable, soit manuscrit, soit informatisé. Pour la majeure partie des officines, plus de 70% des ordonnances sont informatisées.

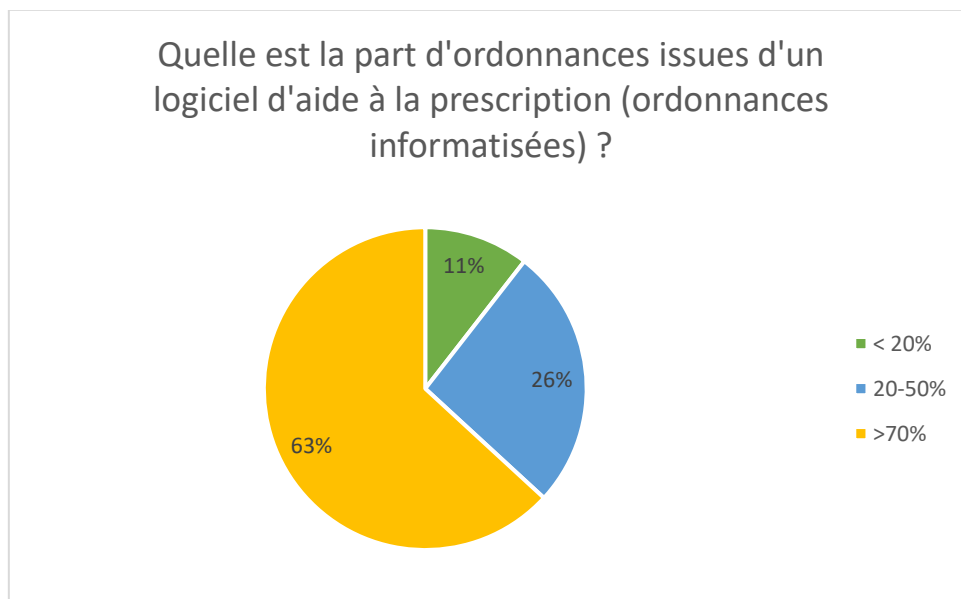


Figure 7 - Quelle est la part d'ordonnances issues d'un logiciel d'aide à la prescription ?

Pour la préparation des ordonnances, deux systèmes sont mis en place. Le premier, présent dans 68% des pharmacies, est la préparation des ordonnances au fur et à mesure de leur réception.

Dans le second cas, 32% des pharmacies ont prévu de préparer les ordonnances à jour fixe dans la semaine.

Pour gérer les ordonnances, certaines pharmacies ont défini une personne qui en serait responsable. (Figure 8). En fonction des équipes, une ou plusieurs personnes sont amenées à préparer les ordonnances. Dans la plupart des cas, 4 personnes s'en occupent. (Figure 9)

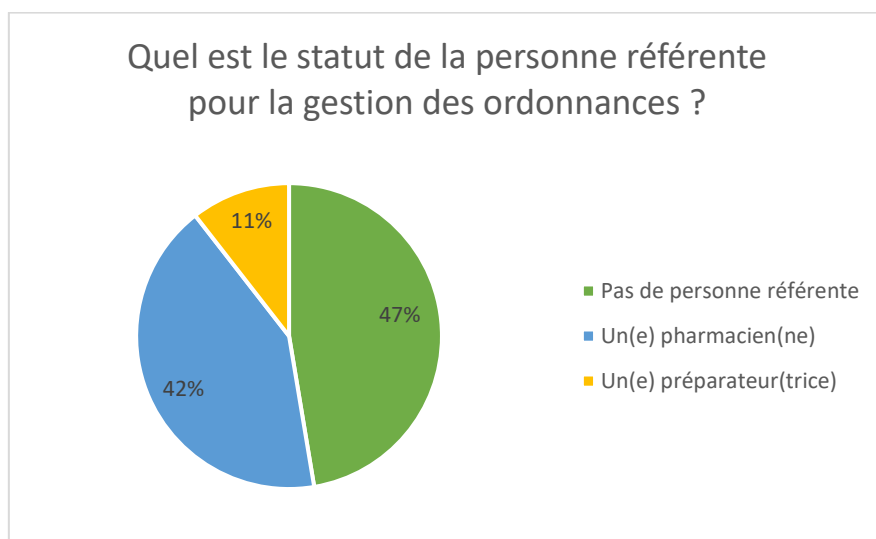


Figure 8 - Quel est le statut de la personne référente pour la gestion des ordonnances ?

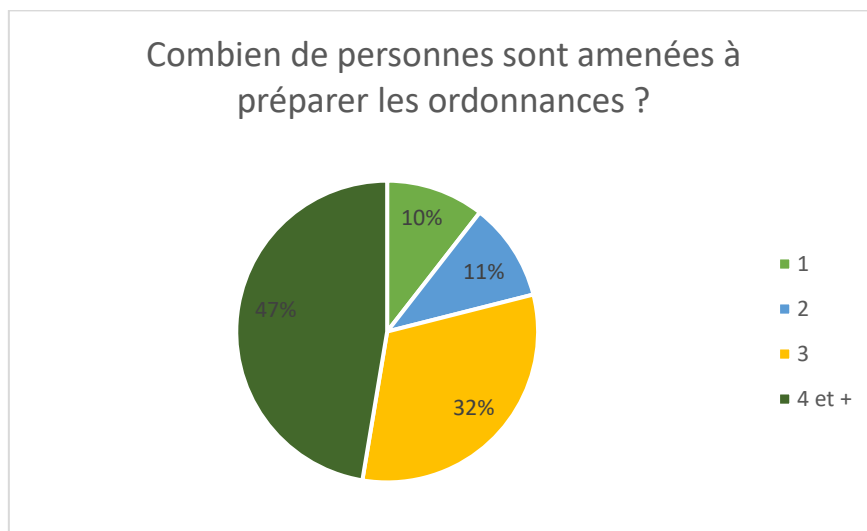


Figure 9 - Combien de personnes sont amenées à préparer les ordonnances ?

Dans le cas où un seul membre de la pharmacie exécute la préparation des ordonnances, sa tâche n'est pas effectuée d'une seule traite dans 69% des cas.

Dans le cas contraire où plusieurs personnes sont amenées à préparer les ordonnances, 63% des pharmacies ont fait le choix d'effectuer un double contrôle. Les 37% des pharmacies restantes, délivrent les médicaments sans double-contrôle.

3.3 Dispensation pharmaceutique

3.3.1 Analyse pharmaceutique

L'analyse pharmaceutique fait partie intégrante de la dispensation pharmaceutique, néanmoins suivant le contexte de l'ordonnance, elle n'est pas réalisée à chaque dispensation. (Figure 10)

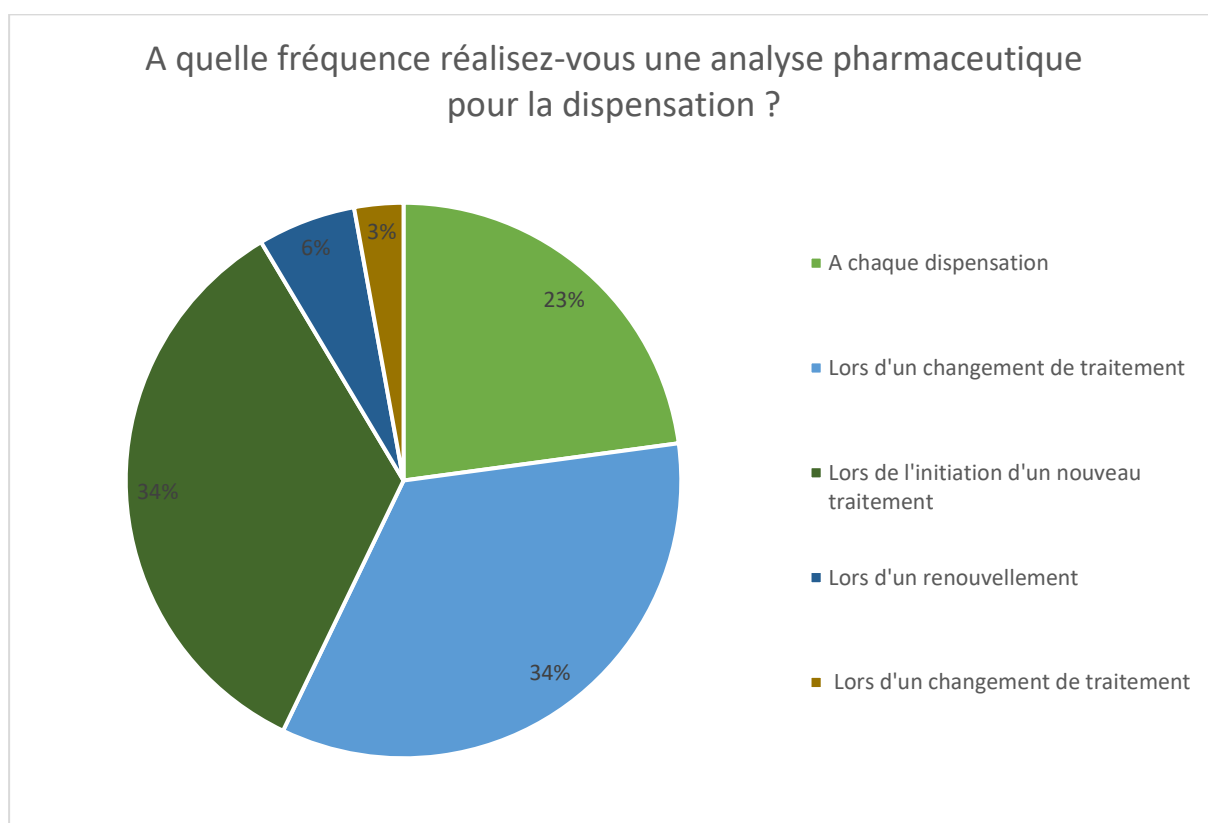


Figure 10 - A quelle fréquence réalisez-vous une analyse pharmaceutique pour la dispensation ?

Pour mener à bien l'analyse, le pharmacien a besoin de certains éléments dont les données biologiques (Figure 11) ou l'historique des délivrances du patient (Figure 12).

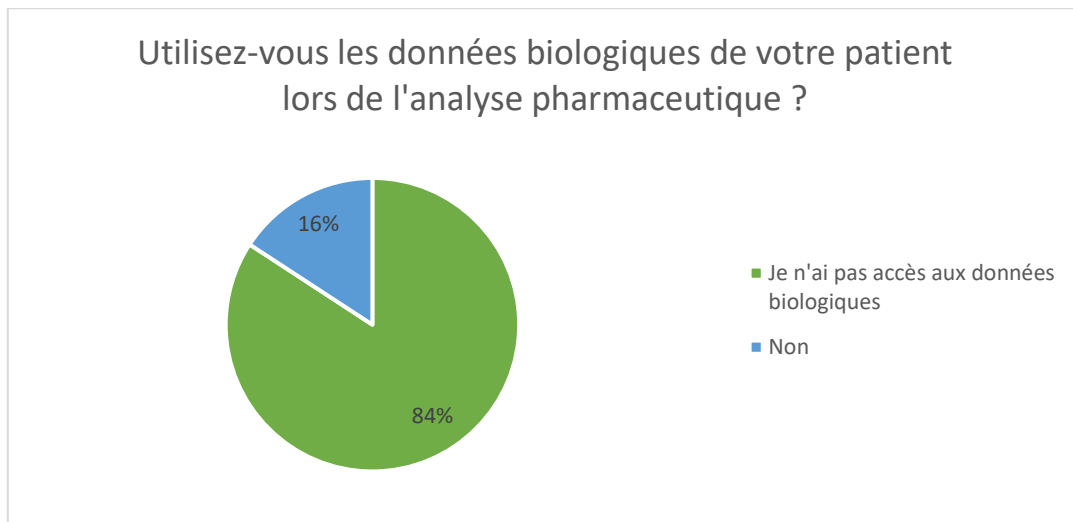


Figure 11 - Utilisez-vous les données biologiques de votre patient lors de l'analyse pharmaceutique ?

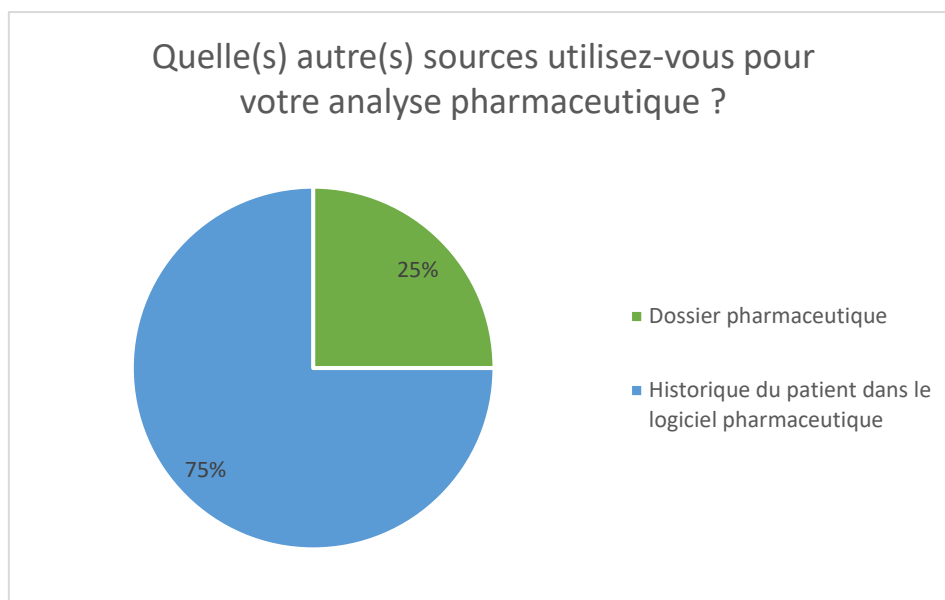


Figure 12 - Quelle(s) autre(s) sources utilisez-vous pour votre analyse pharmaceutique ?

A la question concernant l'ouverture d'un DMP pour les patients de l'EHPAD, les réponses sont diverses. Plus le chiffre est élevé, plus l'ouverture est fréquente. Au vu de l'histogramme, on remarque que peu de pharmacies proposent l'ouverture d'un DMP.

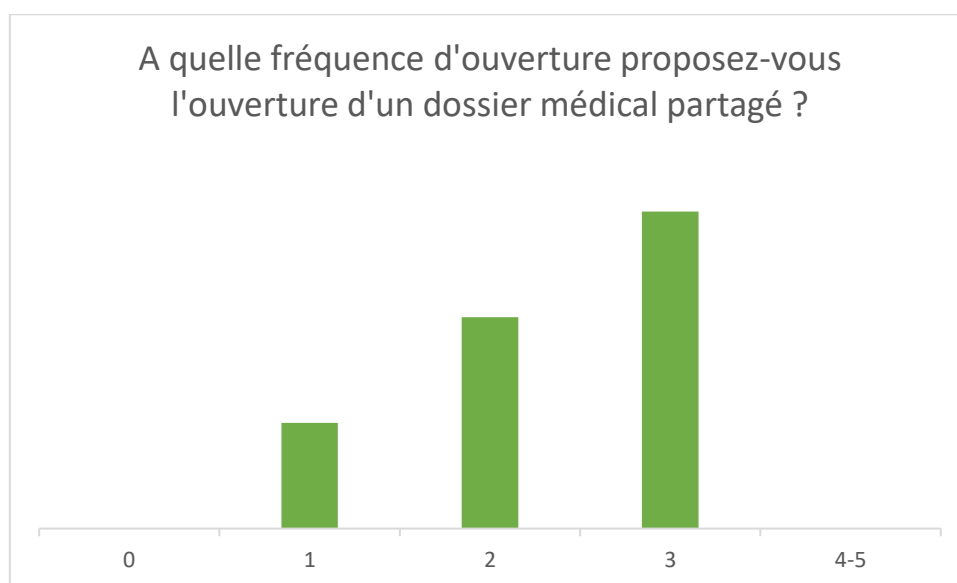


Figure 13 - A quelle fréquence d'ouverture proposez-vous l'ouverture d'un dossier médical partagé ?

Pour appuyer ses connaissances scientifiques, le pharmacien peut s'appuyer sur différentes sources, les plus connues sont : le Vidal et la Banque Claude Bernard. (Figure 14)

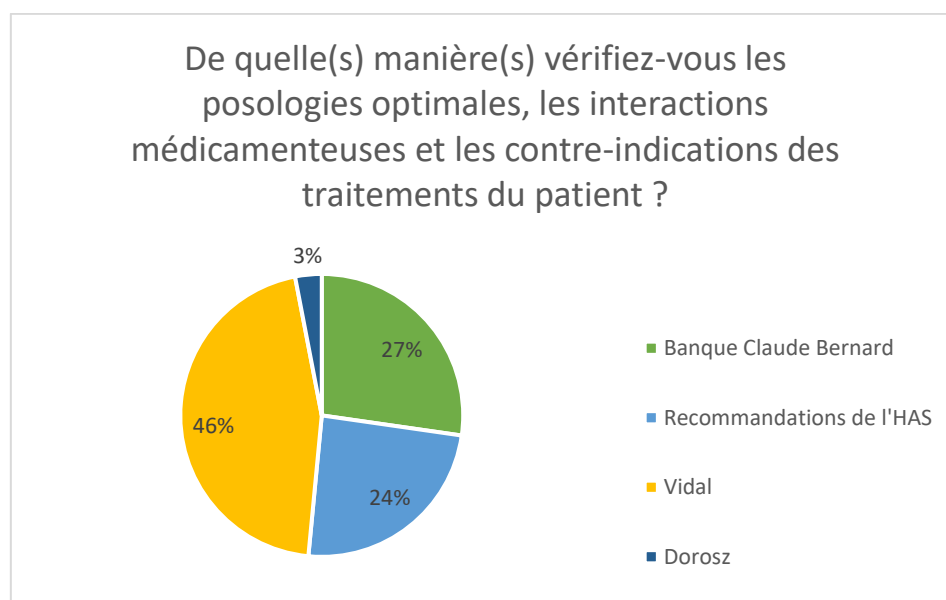


Figure 14 - De quelle(s) manière(s) vérifiez-vous les posologies optimales, les interactions médicamenteuses et les contre-indications des traitements du patient ?

Pour l'item suivant, une réponse libre a été soumise sur l'interrogation de la connaissance des 4 classes de médicaments les plus iatrogènes. Les classes de médicaments, les plus prescrits ont été relevées. Les classes majoritaires sont les suivantes : les anxiolytiques (dont benzodiazépines) 80%, les anti-coagulants oraux directs 70%, les antalgiques 50% et les diurétiques toutes classes confondue 40%.

La capacité de déglutition est un paramètre à prendre en compte lors de l'analyse car elle oriente vers des formes galéniques adaptées. Grâce au personnel soignant, 59% des pharmacies sont informées de la capacité de déglutition des patients. (Figure 15)

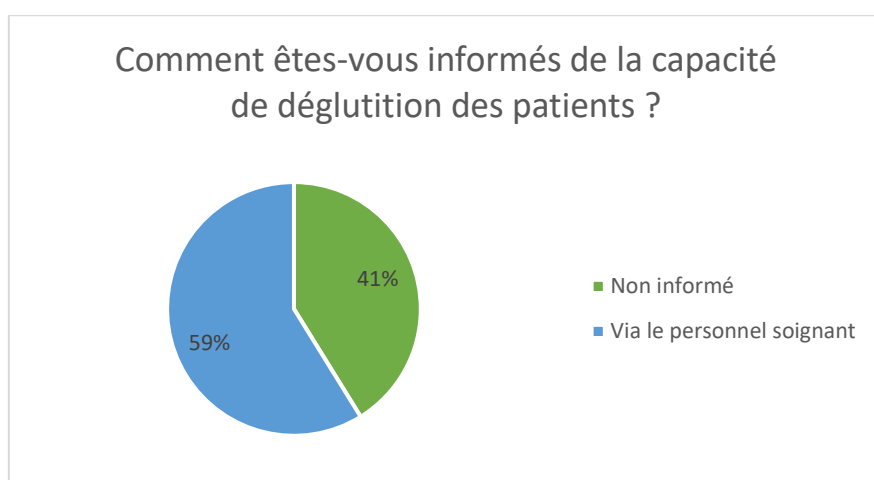


Figure 15 - Comment êtes-vous informés de la capacité de déglutition des patients ?

L'automédication des patients doit être connue par le pharmacien, pour éviter des interactions ou des contre-indications. Néanmoins dans la majeure partie, le pharmacien n'a accès que partiellement à cette information. (Figure 16)

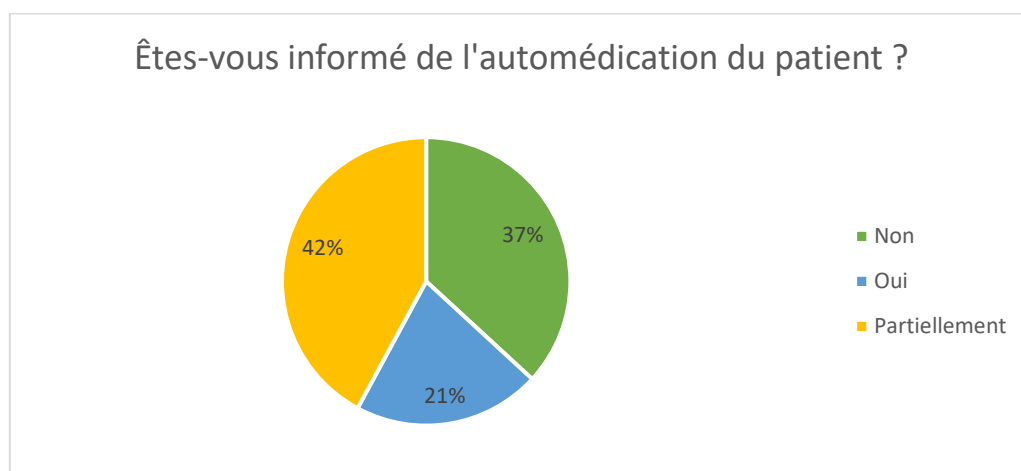


Figure 16 - Êtes-vous informé de l'automédication du patient ?

Dans une mesure de qualité, et lors de la survenue d'évènements indésirables, seulement 11% exploitent les fiches d'interventions pharmaceutiques. (Figure 17)

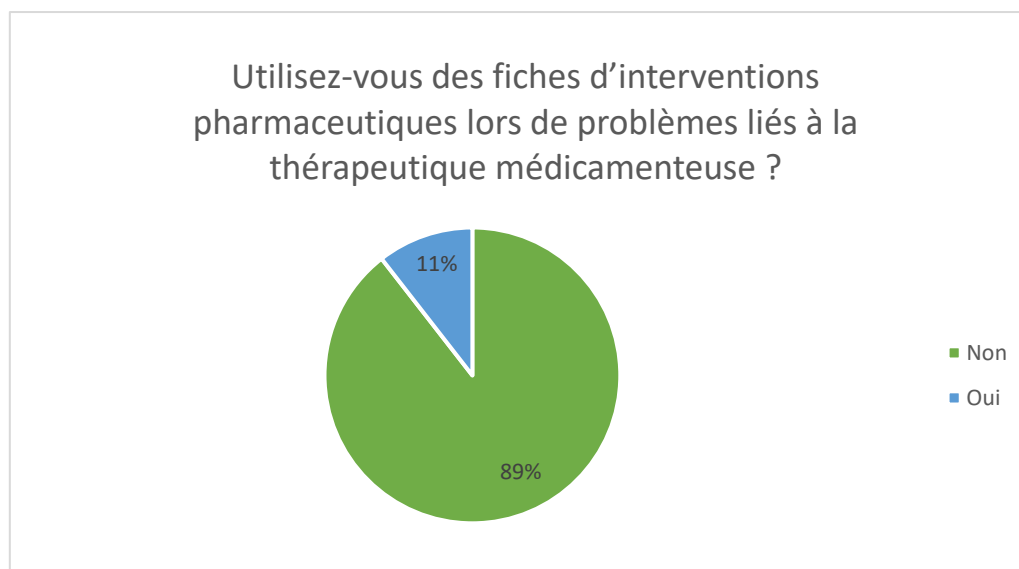


Figure 17 - Utilisez-vous des fiches d'interventions pharmaceutiques lors de problèmes liés à la thérapeutique médicamenteuse ?

3.3.2 Délivrance des médicaments

Les médicaments sont délivrés suivant la mise en place alternative de deux systèmes. 74% des pharmacies fournissent les EHPAD sous forme de PDA. 26% approvisionnent l'EHPAD en délivrant à la boîte.

3.3.2.1 Préparations pour doses à administrer

Plusieurs types de PDA existent, la répartition est diverse entre les officines mais plus de la moitié a choisi le système manuel multidose. (Figure 18)

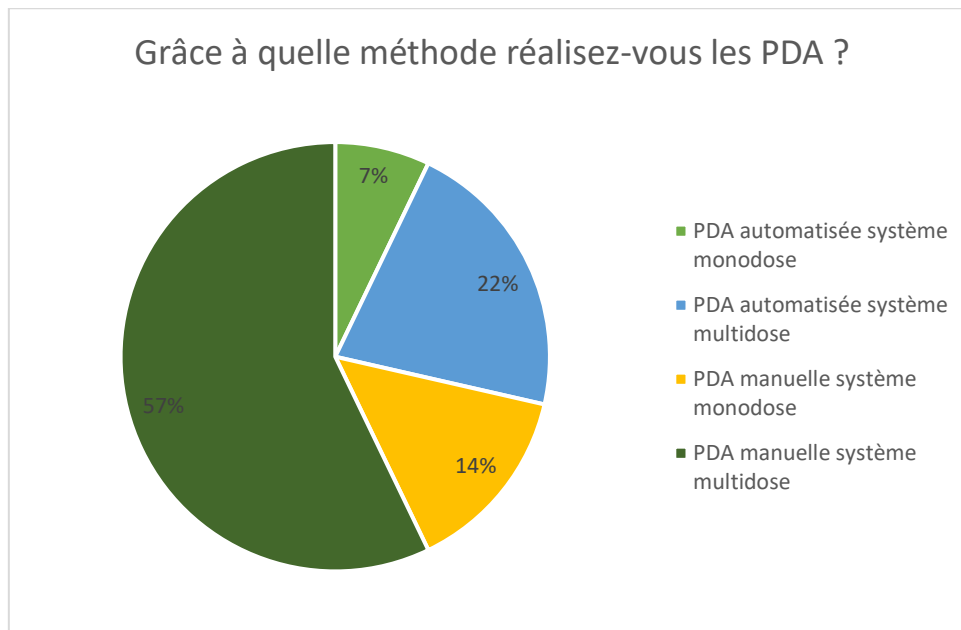


Figure 18 - Grâce à quelle méthode réalisez-vous les PDA ?

Pour assurer la réalisation des PDA, il est nécessaire d'être formé, seuls 41% des pharmacies ont établi des processus. (Figure 19)

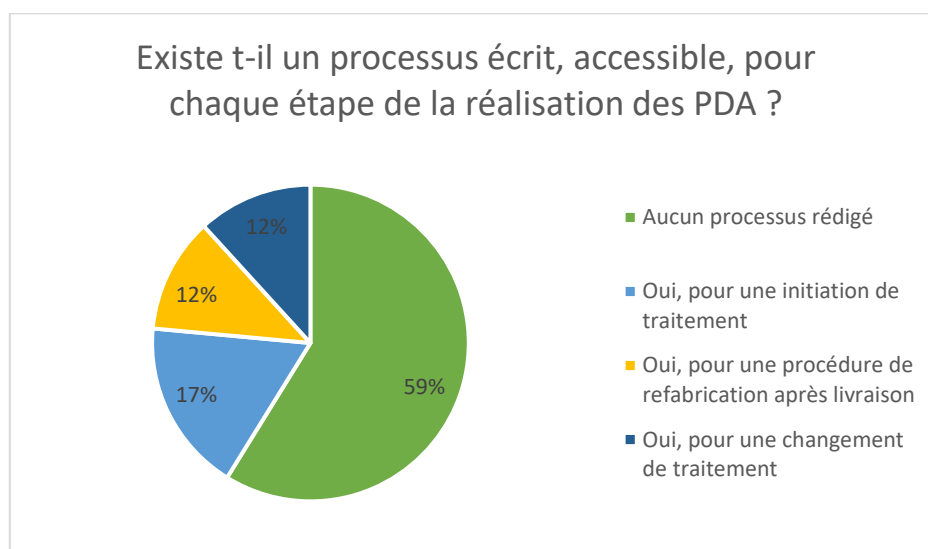


Figure 19 – Existe-t-il un processus écrit, accessible, pour chaque étape de la réalisation des PDA ?

L'item suivant demandait pour combien de temps, les pharmacies programmaient les PDA pour l'EHPAD.

La préparation des piluliers se réalisent pour une semaine pour toutes les pharmacies.

Concernant les PDA, le système de surconditionnement est appliqué dans 50% des cas. Les médicaments sont déblistérés pour l'autre moitié.

Pour assurer la qualité des PDA, un double contrôle est effectué dans 8 pharmacies dont 2 qui l'assure par un préparateur et 5 qui l'assure par un pharmacien. (Figure 20)

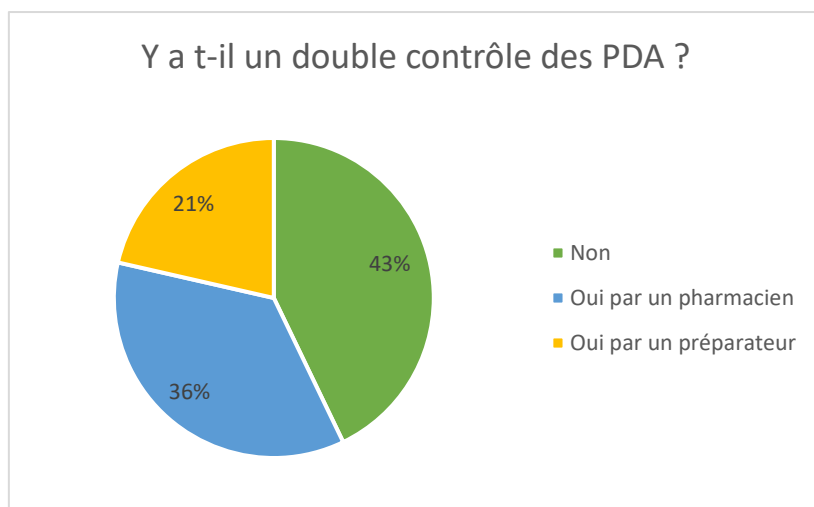


Figure 20 – Y a-t-il un double contrôle des PDA ?

Pour repérer les erreurs des PDA, il existe des indicateurs de non-conformité, néanmoins une faible part de pharmacie les utilise. (Figure 21)

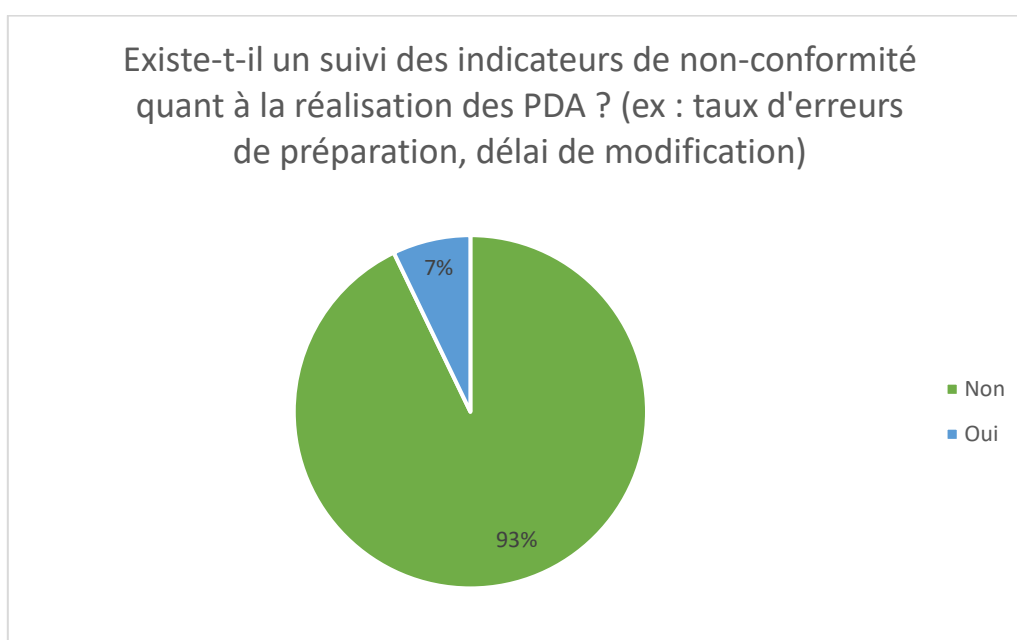


Figure 21 - Existe-t-il un suivi des indicateurs de non-conformité quant à la réalisation des PDA ?

Pour les PDA, le pharmacien peut prétendre à une rémunération, sur les 11% des pharmacies percevant une rémunération, deux pharmacies ont communiqué le montant. L'une perçoit 0,6€ par jour et par résident, l'autre perçoit 5€, sans autre précision. (Figure 22)

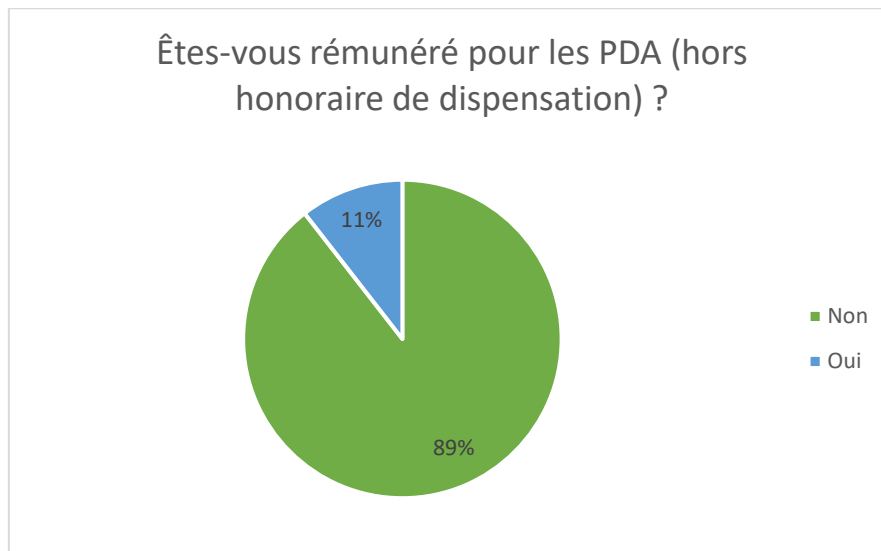


Figure 22 - Êtes-vous rémunéré pour les PDA (hors honoraire de dispensation) ?

3.3.2.2 A la boîte

Afin de garantir la sécurisation du transport des médicaments stupéfiants, la plupart des pharmacies ont fait le choix de les faire acheminer par un membre de la pharmacie dans 81% des cas. Plus particulièrement, dans 5% des cas, seul un pharmacien est habilité à réaliser le transport. Le transport doit être effectué au moyen d'une poche sécurisée et scellée. 9% des pharmacies ont fait le choix de déposer les médicaments stupéfiants dans un coffre sécurisé à leur arrivée à l'EHPAD.

En ce qui concerne les MTS, plusieurs propositions sont mises en place, comme l'utilisation d'un système de réfrigération dans 68% des cas, ou l'utilisation d'une sonde, retrouvée dans 18% des cas. (Figure 23)

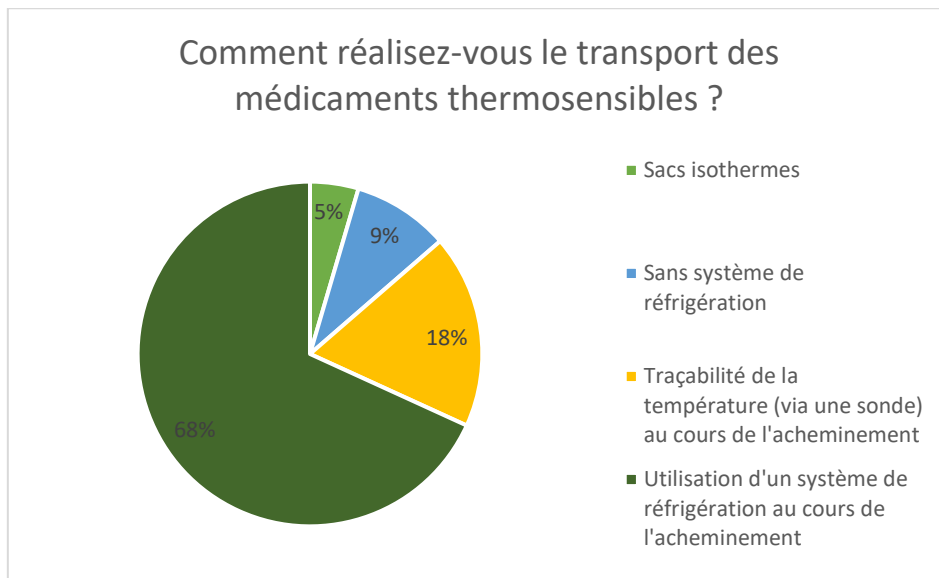


Figure 23 - Comment réalisez-vous le transport des médicaments thermosensibles ?

Lors de la délivrance, il peut être instauré un système de double contrôle, comme le font déjà 72% des pharmacies. Plusieurs combinaisons existent suivant le statut de la personne qui contrôle l'ordonnance. (Figure 24)

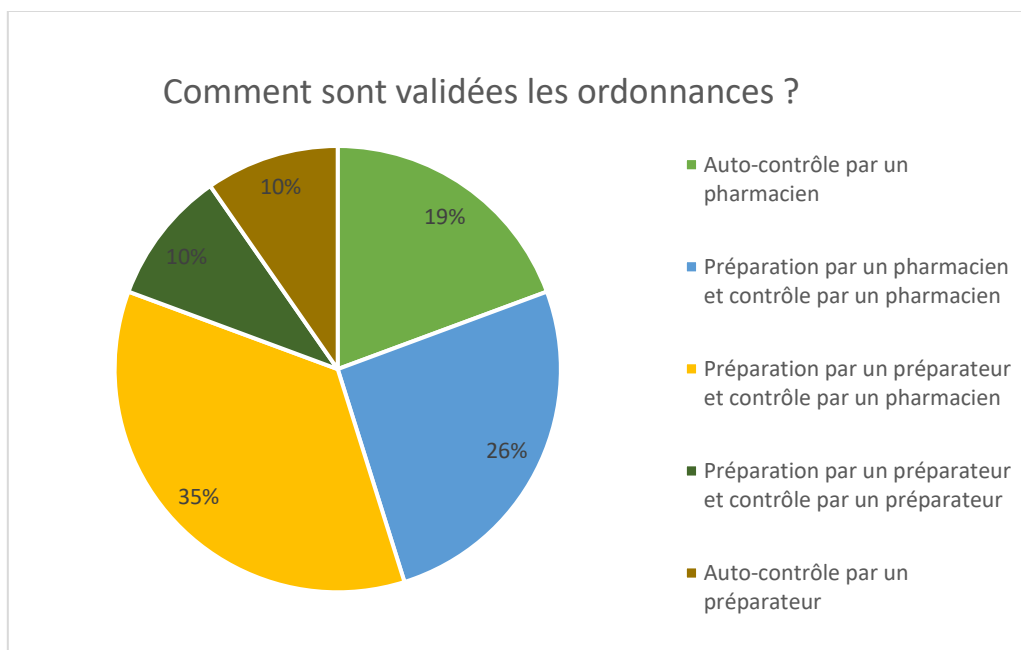


Figure 24 - Comment sont validées les ordonnances ?

Le rôle du pharmacien est également de prévenir les effets indésirables des médicaments. Plusieurs systèmes d'alerte sont mis en place comme l'information auprès de l'équipe soignante

de l'EHPAD dans 11% des cas ou la diffusion d'une liste d'effets indésirables dans 10% des cas. (Figure 25)

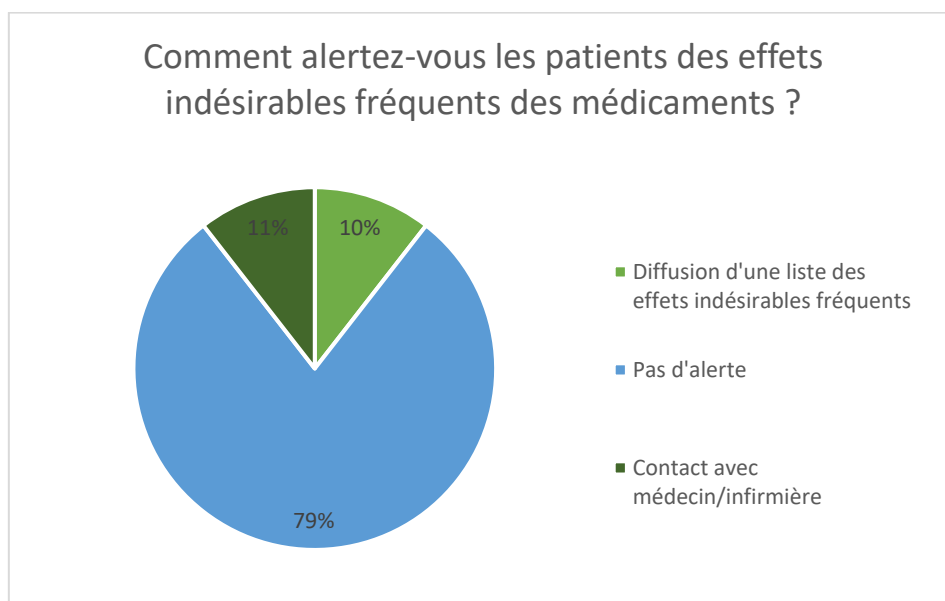


Figure 25 - Comment alertez-vous les patients des effets indésirables fréquents des médicaments ?

Outre l'alerte des effets indésirables, les médicaments nécessitent des conseils d'utilisation, dans la moitié des cas, les pharmacies contactent le personnel soignant ou envoient par écrit les conseils. (Figure 26)

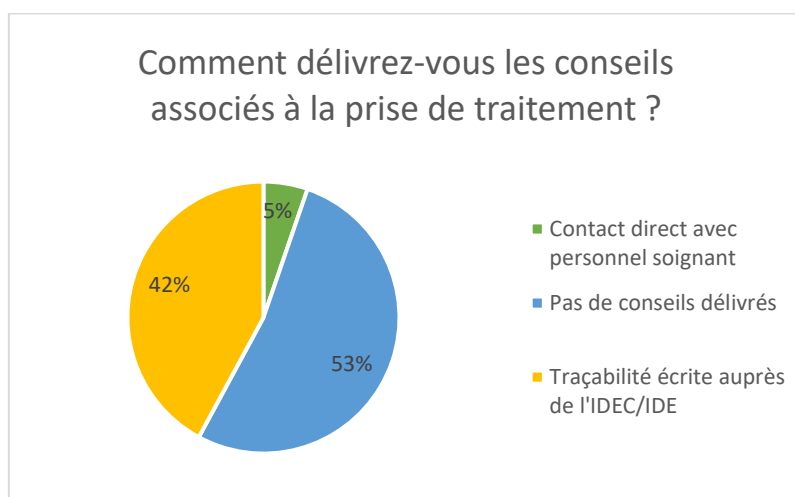


Figure 26 - Comment délivrez-vous les conseils associés à la prise de traitement ?

3.4 Relation officine/équipe de soins

Les RCP réunissent l'ensemble des professionnels de santé de l'EHPAD, cependant dans la moitié des cas, le pharmacien n'y participe pas. (Figure 27)

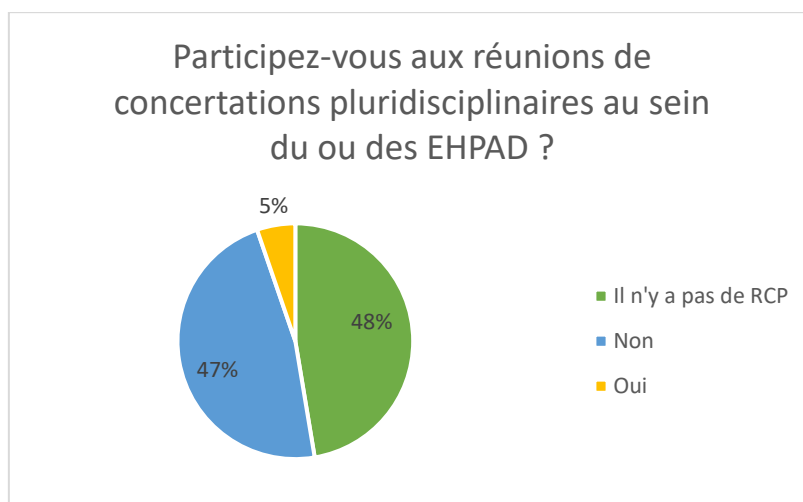


Figure 27 - Participez-vous aux réunions de concertations pluridisciplinaires au sein du ou des EHPAD ?

Certaines situations nécessitent d'effectuer des retraits ou des rappels de lots. C'est au pharmacien de faire la démarche pour écarter les médicaments à risque. Plusieurs systèmes d'alerte sont exploités. (Figure 28)

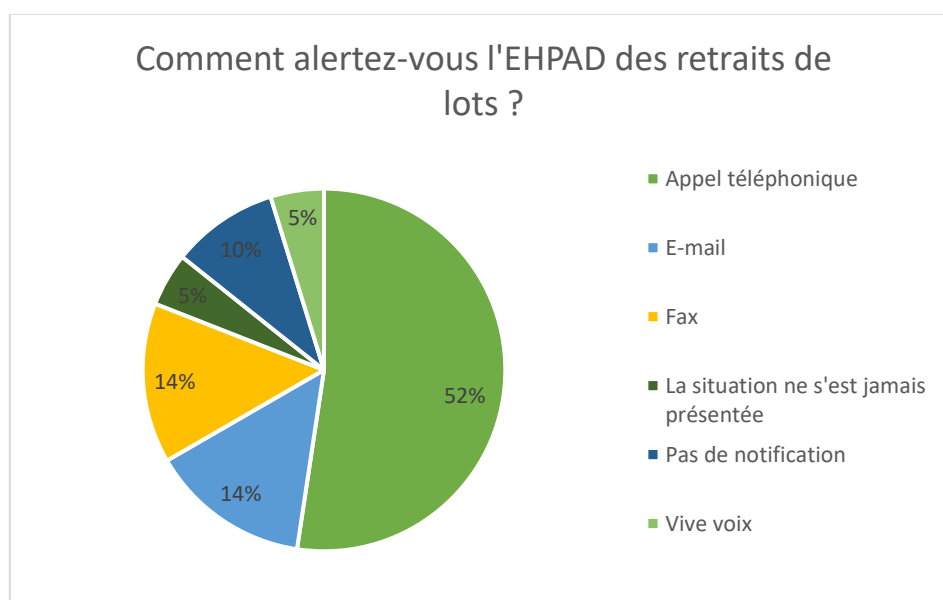


Figure 28 - Comment alertez-vous l'EHPAD des retraits de lots ?

Les médicaments périmés suivent un parcours particulier de destruction comme le montre la Figure 29.

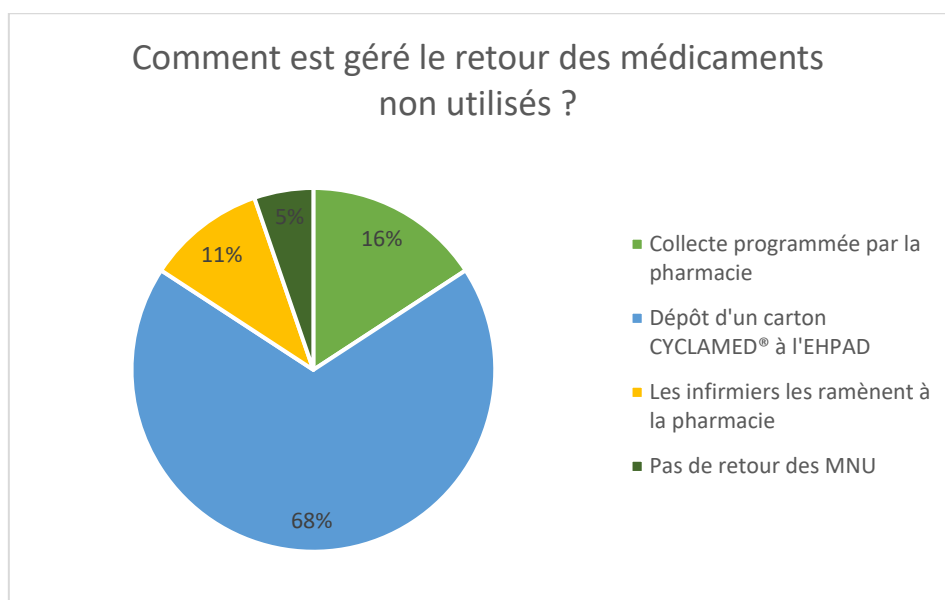


Figure 29 - Comment est géré le retour des médicaments non utilisés ?

Dès lors qu'il n'y a pas de PUI, l'EHPAD doit constituer deux dotations de médicaments pour les urgences ou les changements de traitements. (Figure 30)

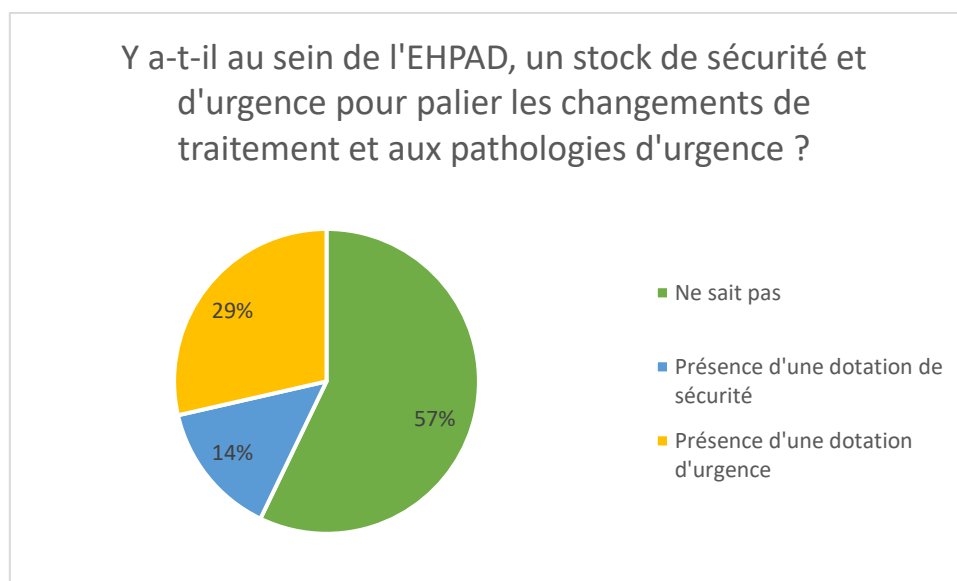


Figure 30 - Y a-t-il au sein de l'EHPAD, un stock de sécurité et d'urgence pour pallier les changements de traitement et aux pathologies d'urgence ?

En réponse à la question relative à la déclaration des erreurs médicamenteuses, 58% des pharmacies ont répondu ne pas le faire systématiquement. 42%, déclarent les erreurs.

3.5 Bilan de médication

Les bilans de médication font partie des nouvelles missions du pharmacien d'officine, ils sont réalisés dans 5% des cas après un évènement intercurrent et pour certains patients dans 16% des cas. (Figure 31)

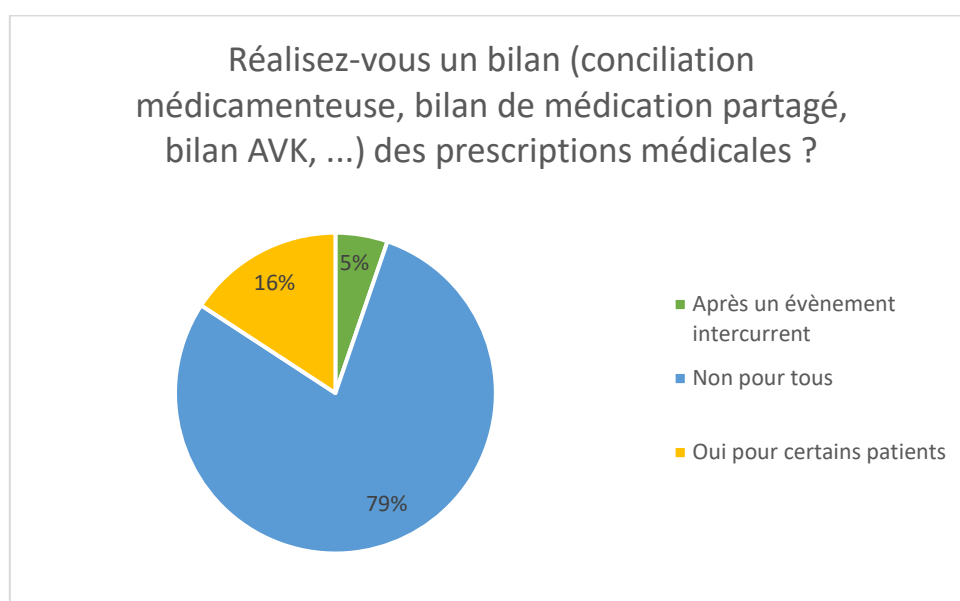


Figure 31 - Réalisez-vous un bilan (conciliation médicamenteuse, bilan de médication partagé, bilan AVK, ...) des prescriptions médicales ?

4 MESURES D'AMELIORATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES DU PHARMACIEN

Dans cette partie, seront réévaluées toutes les mesures pratiquées dans les pharmacies ayant répondu à l'audit. L'objectif est d'offrir des perspectives d'amélioration pour le médecin traitant, l'EHPAD et le pharmacien d'officine.

4.1 Réorganisation de la pharmacie

4.1.1 Signature d'une convention entre l'EHPAD et la pharmacie d'officine

On note que très peu de pharmacie (10%) ont pris le temps de signer une convention avec l'EHPAD, pourtant cette démarche offre de nombreux avantages.

Elle permet de choisir les mesures adaptées à mettre en place pour venir en aide aux besoins des patients. Elle évite de se retrouver dans une impasse, lorsque les règles au départ n'ont pas été clairement établies.

Il n'existe pas de modèle type établi pour la convention EHPAD-officine, néanmoins la substance est sensiblement identique entre les différentes ARS qui les propose.

Au niveau du contenu, on retrouve :

- L'identification des acteurs : l'EHPAD, la pharmacie dispensatrice, et le pharmacien référent.
- Les modalités d'approvisionnement des médicaments : par les PDA et/ou à la boîte.
- La mission d'aide à la prescription et à la dispensation des médicaments auprès des autres professionnels de santé.
- Le suivi médicamenteux du patient.
- Les moyens de communication entre l'EHPAD et l'officine.
- Les conditions de résiliation de la collaboration officine/EHPAD.

4.1.2 Attribution du rôle de pharmacien référent

La reconnaissance du statut de pharmacien référent nécessite du temps à passer auprès des autres acteurs de l'EHPAD et auprès des équipes officinales, 50% des répondants ignorent par

qui ce poste est occupé. Or, ce statut devrait être une référence pour tous les acteurs de santé. Au sein de l'EHPAD, on constate que l'axe médecin-infirmier est privilégié par rapport au pharmacien.

Ses attributs sont multiples et s'adaptent en fonction des besoins, le Rapport Verger de 2013 a détaillé les missions du pharmacien référent³⁶ :

- Promotion du bon usage des médicaments
- Réalisation des audits sur le circuit du médicament et des dispositifs médicaux de l'EHPAD
- Elaboration d'une fiche d'accompagnement et de suivi thérapeutique destiné au patient
- Actualisation du dossier médical du patient avec ses données pharmaco-thérapeutiques
- Gestion des stocks d'urgence et de dotations pour répondre aux changements de traitement à l'EHPAD
- Formation et conseil auprès des acteurs (infirmiers, médecins) sur les médicaments
- Participation au travail d'adaptation des prescriptions de sortie d'hôpital
- Participation aux commissions de coordinations gériatrique (CCG)
- Gestion de la pharmacovigilance et de la matériovigilance
- Incitation des professionnels à déclarer les effets indésirables en lien avec les produits de santé (toute personne peut déclarer un effet indésirable³⁷)

Pour satisfaire à ces missions de santé publique, le pharmacien référent se doit d'être correctement formé dans le domaine gériatrique et la gestion de risques³⁶ ; il peut, entre autres, initier la préparation d'un diplôme universitaire sur ce thème.

Afin de valoriser cette fonction, le pharmacien référent peut percevoir une rémunération de 0,35€ par résident et par jour. Cette rémunération encouragerait dans une autre mesure, les pharmaciens dispensateurs à intégrer davantage le circuit du médicament au sein de l'EHPAD, en devenant référent. Ce statut est unique, ce qui lui confère la coordination de l'ensemble des pharmacies qui travaillent avec l'EHPAD. Sur ce point, il a objectivement un rôle de contrôle économique, il veille à la bonne intégration des médicaments dans le forfait de soins. Directement, ce rôle n'améliore pas les bonnes pratiques de dispensation, il participe à la génération de profits répartis entre tous les acteurs.

- ➔ Rédaction et signature de la convention EHPAD/officine
- ➔ Attribution du rôle de pharmacien référent
- ➔ Formation du pharmacien référent au domaine gériatrique
- ➔ Rémunération du statut du pharmacien référent

4.2 Prise en charge des ordonnances

4.2.1 Acheminement des ordonnances

4.2.1.1 Réception et tri des ordonnances

L'acheminement des ordonnances nécessite une organisation. Bien que, seulement 47% des pharmacies n'aient pas désigné de personne référente, il paraît judicieux de le faire. Il n'incombe pas légalement de définir un pharmacien pour cette tâche, bien que 42% des pharmacies aient fait ce choix. Que ce soit un pharmacien ou un préparateur, l'essentiel dans cette mission est de regrouper les ordonnances de manière exhaustive. Le choix d'un étudiant en pharmacie ou d'un apprenti pour ce poste paraît peu pertinent au regard de la continuité de la prise en charge des patients. Il s'agit alors de choisir une personne fixe à la pharmacie.

Deux systèmes d'organisation diffèrent selon le mode d'acheminement. Si la pharmacie a accès au système informatique de l'EHPAD, il est conseillé de l'exploiter en extrayant les ordonnances afin de les préparer. L'accès direct aux données des patients de l'EHPAD, par les pharmaciens permet de raccourcir le temps de prise en charge thérapeutique.

Dans le cas où la pharmacie n'a pas accès, au système informatique de l'EHPAD, la personne en charge des ordonnances peut avoir à sa disposition un outil de suivi afin de les répertorier. Il s'agit alors d'entamer une discussion avec le directeur de l'EHPAD sur l'accessibilité au système informatique interne pour l'équipe officinale, et éventuellement de l'assigner dans la convention.

4.2.1.2 Modes d'envoi des ordonnances

Le mode d'envoi privilégié sera le fax comme le font déjà 36% des pharmacies ou l'envoi via une boîte mail sécurisée pour les 18% d'entre elles. Ces deux modes de transmission permettent d'acheminer rapidement et sans interruption, les ordonnances.

Dans le premier cas, il est conseillé à l'EHPAD et à la pharmacie d'avoir accès facilement aux numéros de fax des destinataires, soit en les pré-enregistrer, soit en les notant à proximité.

Dans le deuxième cas, les pharmaciens sont encouragés à privilégier une messagerie sécurisée. On relève que peu de pharmacies utilisent ce système. Pour parer à cela plusieurs solutions sont exploitables. La messagerie de l'Ordre des Pharmaciens, Mailiz, utilise la dématérialisation des données de santé via l'espace de confidentialité de l'ASIP Santé. Afin de créer une adresse e-mail, il est nécessaire de se munir de sa carte de professionnel de santé (CPS), d'un lecteur pour cette même carte, et d'un accès internet au site mailiz.mssante.fr³⁸. Le nom de l'hébergeur sera *pharmacien.mssante.fr* ou *pro.mssante.fr*. La procédure pour accéder à la création d'un compte, est disponible sur le site de l'Ordre³⁹. La CPAM propose également un système de messagerie sécurisée grâce au Groupement Régional d'Appui au Développement de la e-Santé (GRADeS), dans ce cas, l'hébergeur sera *aura.mssante.fr*. Enfin un troisième système de messagerie sécurisée possible est celui exploité à partir du LAD. On peut prendre l'exemple du logiciel Pharmagest® qui propose son système OfficeSecure®. Pour tous les opérateurs de messagerie, le stockage des données se fait dans la boîte mail des utilisateurs tout en sécurisant le stockage grâce à un hébergeur ayant l'agrément Hébergeur de Données de Santé (HDS). Les données elles-mêmes ne sont pas cryptées, c'est le canal de communication entre deux boîtes aux lettres qui l'est.

Bien que l'instauration d'une nouvelle adresse e-mail soit une étape chronophage du fait du besoin de large diffusion, la pharmacie pourra offrir une protection fiable des données de santé, à long terme.

Que le mode d'envoi soit par fax ou par e-mail, il peut être paramétré un système d'accusé réception.

Pour les 32% de pharmacies préparant les ordonnances au fur et à mesure, ce choix permet d'ajuster la dispensation des traitements. En effet tous les patients de l'EHPAD n'ont pas le même médecin traitant, ce qui diffère les rendez-vous médicaux et de facto diffère l'émission des ordonnances éventuelles. Cela crée une variabilité dans la réception des ordonnances.

Pour les autres 68%, le choix de préparation est mis en parallèle avec l'organisation des piluliers qui se traite à jour fixe. Le pharmacien titulaire adapte l'emploi du temps en renforçant son équipe le jour de la préparation des piluliers. Grâce à cette méthode, le titulaire anticipe

d'avantage la charge de travail. Néanmoins lors de congés ou d'absences, il a plus de souplesse d'avoir choisi la préparation des ordonnances au fur et à mesure.

D'une manière ou d'une autre, l'organisation autour de la préparation assure la délivrance des médicaments en temps et en heure vers les patients.

Le nombre de patients en charge et l'importance de la pharmacie incitent à désigner plusieurs personnes affectées à la préparation des ordonnances. C'est pourquoi concernant la moitié des pharmacies, plus de 4 personnes sont amenées à préparer les ordonnances. L'addition du nombre de personnes en charge des ordonnances nécessite une attention particulière pour se réapproprier, à chaque ordonnance, le profil du patient. On note donc l'importance de la traçabilité écrite au sein de l'équipe. Grâce aux logiciels d'aide à la dispensation, l'équipe peut apporter des commentaires nécessaires à la prise en charge du patient, telles ses éventuelles allergies, l'intolérance à un médicament ou une date d'hospitalisation. Bien que cela rallonge le temps de préparation, cette communication est essentielle au bon fonctionnement de l'officine. Une démarche d'assurance qualité peut être mise en place si, à l'inverse, plusieurs personnes sont amenées à préparer les ordonnances.

On peut proposer un double contrôle comme le réalise 63% des pharmacies. Cette part importante affiche la volonté de sécuriser la dispensation. Il existe deux types de double contrôle. Dans le premier, on peut effectuer une vérification physique directement avec les produits et l'ordonnance sous les yeux. Dans le second, on peut valider par double contrôle informatique grâce au logiciel d'aide à la dispensation. Dans les deux cas, l'objectif est d'éviter les erreurs médicamenteuses. Chaque pharmacie par la suite, doit trouver un mode de double contrôle qui convienne à l'équipe.

La préparation de l'ensemble des ordonnances nécessite de la concentration et du temps. Dans le cas où une seule personne s'occupe des ordonnances, on note que l'accent est mis sur l'unicité de la tâche dans 69% des cas. Pendant ce temps, le reste de l'équipe la décharge des réceptions de commandes, du rangement, du service au comptoir ou même de répondre au téléphone. Elle est donc sécurisée si aucune autre mission ne lui est confiée pendant ce temps à parti.

4.2.2 Ordonnances informatisées

Selon la convention médicale du 26 juillet 2011 auprès des généralistes, une incitation est lancée pour investir dans les LAP⁴⁰. Les prescriptions informatisées sont préférées par rapport

à celles rédigées manuellement. On constate que plus de 70% des ordonnances sont informatisées dans 63% des pharmacies. Elles en retirent de nombreux avantages :

- Respect de la clarté de lecture
- Traçabilité écrite dans le LAP
- Réimpression facilitée en cas de perte du support de prescription
- Facilité de transmission aux autres professionnels de santé (envoi direct par email)
- Prescription optimisée car usage concomitant des aides du LAP

Depuis 2015, la HAS oriente les prescripteurs, vers des organismes certificateurs accrédités⁴¹.

Il pourra être opportun de mettre en place des outils avec le directeur de l'EHPAD afin que cette pratique soit facilement réalisable (mise à disposition de tablettes connectées en Bluetooth avec une imprimante par exemple). Cette option peut être consignée dans la convention, et notifiée au médecin coordinateur de l'EHPAD.

Le pharmacien exigera également un support écrit pour les prescriptions faites par téléphone.

Les propositions concernant la prise en charge des ordonnances

- ➔ Définir une personne référente fixe à la pharmacie, pour la gestion des ordonnances de l'EHPAD
- ➔ Obtenir l'accès au système informatique de l'EHPAD pour la gestion des ordonnances
- ➔ Ou assigner l'envoi des ordonnances par fax ou boîte mail sécurisée, dans la convention
- ➔ Créer et diffuser une nouvelle boîte mail sécurisée pour l'officine
- ➔ Choisir un moment qui convient à la pharmacie pour la préparation des ordonnances
- ➔ Noter systématiquement les événements intercurrents, les allergies, dans le LAD
- ➔ Rédiger un protocole qualité pour la prise en charge des ordonnances
- ➔ Si une seule personne prépare les ordonnances, privilégier la tâche unique
- ➔ Si plusieurs personnes préparent les ordonnances : mise en place d'un double contrôle.
- ➔ Inciter les médecins à utiliser les LAP

4.3 Acte de dispensation

4.3.1 Analyse pharmaceutique

4.3.1.1 Accès aux données du patient

Pour les $\frac{3}{4}$ des pharmacies, l'historique du patient reste la source la plus utilisée pour avoir accès aux données du patient. En effet il s'agit de l'outil utilisé au quotidien par les membres de l'équipe pharmaceutique.

Pour l'autre quart utilisant le DP, cela prouve que peu d'entre eux sont actifs, et que l'accès est restreint. En effet comme cité précédemment, l'accès n'est disponible qu'avec la carte vitale.

On note cependant une absence d'utilisation du DMP, outil ayant pour objectif de favoriser la communication entre les professionnels de santé au service d'un patient. La faible proportion d'utilisateurs à l'ouverture du DMP témoigne d'une exploitation difficilement réalisable et d'une alimentation chronophage. Le concept est intéressant mais la pratique reste à perfectionner. La modernisation du DMP est étudiée de nouveau et la généralisation de son ouverture est prévue pour 2022⁴². En attendant le pharmacien peut continuer la promotion de ce dispositif.

4.3.1.2 Fréquence et types d'analyse

Nous pouvons faire le rapprochement entre les niveaux d'analyse pharmaceutiques de la SFPC.

Lors du renouvellement d'une ordonnance, le contexte du patient reste inchangé et le contenu identique, 6% des pharmacies effectuant une analyse à ce stade, réalisent une analyse de niveau 1.

Si le pharmacien peut avoir à disposition les données biologiques avec la collaboration du laboratoire d'analyses médicales ou du médecin traitant, il réalise une analyse de niveau 2. Cela concernerait les 71% des pharmacies qui effectuent une analyse « lors d'une initiation » ou « lors d'un changement de traitement ».

La fréquence d'analyse pharmaceutique ne peut se réaliser que dans certaines situations. A ce stade on peut se poser la question de sa pertinence de l'effectuer lors d'un renouvellement. Voici donc les propositions faites pour réaliser une analyse de niveau 2 :

- A l'initiation d'un traitement

- Au moment d'un changement de traitement
- Après la sortie d'une hospitalisation
- Au décours d'un événement indésirable médicamenteux
- A l'entrée d'un nouveau patient dans l'établissement

En ce qui concerne les données biologiques, malheureusement aucune pharmacie n'y a recours. Les modalités d'un accès pourraient être définies par le laboratoire d'analyses médicales à destination de la pharmacie. Cet accord devrait se faire entre le directeur du laboratoire et le pharmacien titulaire. Ou s'inspirer de la communication faite par le médecin, en faisant suivre les résultats des examens biologiques par une messagerie sécurisée ou par courrier postal.

La capacité de déglutition du patient, est une information qui doit nécessairement être transmise et actualisée. Il est rassurant de constater que 59% des pharmacies ont accès à cette information. Cette mission peut être attribuée à la personne en charge des ordonnances, qui collectera une première fois cette donnée, par contact en recevant l'information du personnel infirmier. Cette donnée sera ensuite rapportée en commentaire dans le LAD. Il sera demandé au personnel infirmier, par la suite, de notifier toute évolution de la situation (mise en place d'une sonde naso-gastrique par exemple). Le pharmacien référent pourra mettre à disposition de l'équipe infirmier, une liste sur les données d'écrasabilité des médicaments. On peut se référer aux listes déjà établies par certaines instances de santé, notamment l'OMEDIT Normandie⁴³ ou les hôpitaux universitaires de Genève⁴⁴. Bien qu'elles soient non exhaustives, elles demeurent des sources fiables pour les pratiques d'administration. Dans le cas où un médicament n'est pas référencé, on applique le principe de précaution, qui veut que le médicament ne soit pas écrasé.

La connaissance partielle (42%) et l'ignorance (37%) à propos de l'automédication des patients, amènent à un risque supplémentaire d'iatrogénie médicamenteuse. Plusieurs raisons expliquent ces chiffres. Celle qui tient à ce que la personne qui sert le patient n'enregistre pas toujours le produit à son nom. Celle qui découle du fait que le patient peut se servir dans une autre pharmacie. Le manque d'exhaustivité des délivrances sans ordonnance reste faible ce qui laisse au pharmacien une vision plus globale des produits de santé consommés par le patient.

Pour compléter ses connaissances du pharmacien se réfère à différentes sources dont les plus courantes sont le Vidal pour 46% d'entre eux, la BCB pour 27% ou les recommandations de l'HAS pour 24%. Ces 3 sources sont fiables, car elles regroupent le RCP des médicaments.

4.3.1.3 Développement d'outils standardisés

Pour la plupart des pharmaciens ayant répondu à l'audit, le repérage des médicaments particulièrement iatrogènes était maîtrisé. On passera en revue, les outils qui permettent de limiter l'iatrogénie.

En premier lieu, il existe l'outil STOPP-START *Screening tool of older person's prescriptions* - *Screening tool to alert doctors to right treatment*. Ce dernier a été mis en place par un comité d'experts en gériatrie au Royaume-Uni en 2008, puis traduit et validé en français⁴⁵. L'objectif est de mesurer la pertinence des prescriptions chez les plus de 65 ans, afin de proposer, le cas échéant des modifications. Il regroupe les points de contrôle qu'un pharmacien supervise au cours de son analyse, à savoir les principales interactions médicamenteuses et les effets indésirables par rapport à la prescription et aux comorbidités. Le STOPP comprend 65 cas de médicaments inappropriés, le principe repose sur l'arrêt des médicaments, dès lors qu'une situation à risque se présente. Le START définit 22 cas de défaut de prescription, son fonctionnement est inverse au STOPP, car il part d'une situation à risque identifiée, puis propose l'instauration d'une thérapeutique. Les critères qui rentrent en ligne de compte dans ce système d'alerte sont⁴⁶ :

- Toute prescription de médicaments, sans indication clinique « evidence-based » (ndlr : médecine fondée sur les preuves).
- Tout médicament prescrit au-delà de sa durée recommandée.
- Tout duplicata de classe médicamenteuse instauré sans prescription de monothérapie en première intention.

Pour illustrer le fonctionnement de l'outil, nous pouvons regarder l'exemple de la classe des benzodiazépines :

Médicament	situation suivante → potentiellement inappropriée (> 65 ans) : envisager son arrêt
Benzodiazépine	Dans tous les cas <i>a fortiori</i> si > 4 semaines pour insomnies ou anxiété [à diminuer progressivement] si insuffisance respiratoire

Tableau 5 - Exemple de l'outil START/STOPP

On peut observer que pour une quelconque situation clinique, il est prudent de les utiliser sur une courte période (<1mois) et de ne pas les utiliser si le patient présente un profil d'insuffisance respiratoire. La liste complète des critères sera retrouvée en ANNEXE 5.

A l'exemple du système STOPP/START, il existe une application, sur ordinateur ou smartphone, créée en partenariat par les hôpitaux de Genève et les hôpitaux de Paris : l'outil PIM-Check *Potentially Inappropriate Medication – Patients in the Internal Medecin Unit*⁴⁷. Son objectif est de détecter les prescriptions inappropriées chez les sujets âgés. Il regroupe des items basés sur les recommandations des principales sociétés savantes européennes. Basé sur un système d'autocomplétion des pathologies et des médicaments prescrits, il permet de détecter les PMI.

Il existe également le guide de Prescriptions Adaptées aux Personnes Âgées (PAPA)⁴⁸. Ce livre a été publié à l'initiative du Conseil National Professionnel Gériatrique et de la Société Française de Gériatrie et Gérontologie. Il comprend des fiches de « bonnes prescriptions médicamenteuses » adaptées aux patients de plus de 75 ans. Le guide est disponible en format papier ou en ebook.

Outre les outils plus généraux sur les prescriptions inadaptées, on déplore que 89% des pharmacies, n'aient pas mis en place de fiches d'intervention. L'élaboration de ces fiches fait suite à l'identification, par le pharmacien d'officine, d'un problème lié à la thérapeutique. Les motifs de cet avis peuvent être, une proposition de modification de la posologie ou de la molécule, une information essentielle à l'administration ou au suivi, ou encore une remarque visant à améliorer la prise en charge du patient. L'intérêt réside dans la traçabilité des erreurs liées à la thérapeutique, auprès des prescripteurs et au sein de l'officine. Cette intervention s'inscrit dans une démarche d'assurance qualité et valorise ainsi l'analyse du pharmacien dans le circuit du médicament.

La méthode pour remplir cette fiche suit le schéma suivant :

- Etat des lieux de la question.
- Action à mener à l'issue de cette constatation.
- Devenir de l'intervention.

Pour satisfaire à une clarté de rédaction, toutes les étapes, de l'identification, à la finalisation, sont numérotées et hiérarchisées. Pour chacune d'entre elles, il est obligatoire de ne s'arrêter que sur un seul choix.

Plusieurs groupes de travail, ont déjà proposé des formats de fiches, mais la SFPC reste une source fiable, en ANNEXE 6, sera retransmise leur fiche de travail. Quant à leur la mise en forme, il est préférable qu'elles soient informatisées pour faciliter la rédaction et l'envoi.

Pour donner suite et évaluer l'impact des interventions pharmaceutiques (IP), la SFPC a mis en place l'échelle CLEO® (CLinique Economique Organisationnelle). Cet outil, disponible via l'accès au site internet Act-IP de la SFPC, sert à coter l'impact des interventions pharmaceutiques. Elle explore 3 dimensions, celle clinique, l'économie de la santé et la logistique autour de la délivrance. Concernant la clinique, l'impact évolue de néfaste à vital, concernant l'économie de la santé, il oscille entre une augmentation ou une diminution du coût et enfin pour la dimension logistique, l'IP peut diminuer ou augmenter la qualité du processus de soins.

La réalisation de ces fiches, est effectivement chronophage et ce qui peut expliquer la faible proportion d'utilisation auprès des pharmacies.

Néanmoins, il peut être intéressant pour les pharmacies de désigner un Pharmacien Responsable de l'Assurance Qualité (PRAQ). Il devra amener l'équipe à concevoir de nouvelles méthodes de travail dont l'élaboration des fiches d'IP. Pour cela, il évaluera chaque pratique de chaque membre de l'équipe. En effet, il est nécessaire d'auditer les pratiques afin de coter l'impact des recommandations, en matière d'assurance qualité. Également il sera responsable de la rédaction des procédures écrites d'assurance qualité au sein de l'officine. Le PRAQ doit faire preuve de professionnalisme et de diplomatie pour exercer son rôle. Il ne s'agit pas d'espionner l'équipe mais bien d'améliorer le fonctionnement de l'officine. Des formations existent pour assurer ce poste, comme telle celle de l'UTIP⁴⁹.

La démarche doit s'inscrire dans une optique d'amélioration de la qualité. Elle sera adaptée aux contraintes d'aménagement technique de la pharmacie. Un outil a été mis à disposition des pharmaciens d'officine sur le site de l'Ordre des Pharmaciens, il s'intitule EQo (Évaluation de la Qualité à l'Officine). Dans un premier temps, le pharmacien peut évaluer les pratiques de la pharmacie et dans un deuxième temps, lui seront proposées des mesures d'amélioration adaptées. Des recommandations sur les bonnes pratiques de dispensation à l'officine sont exploitables sur le site⁵⁰. De source fiable, elles permettent d'enrichir ou d'effectuer un rappel des connaissances du pharmacien.

Les propositions concernant l'analyse pharmaceutique

- ➔ Mettre en place un système d'acheminement des cartes vitales entre l'EHPAD et l'officine
- ➔ Proposer systématiquement l'ouverture du DP et du DMP pour les nouveaux patients de l'EHPAD
- ➔ Faire une campagne de promotion pour l'ouverture du DP et du DMP chaque milieu de mois pour les anciens patients de l'EHPAD
- ➔ Effectuer une analyse pharmaceutique de niveau 2 :
 - Lors d'une initiation de traitement
 - Lors d'un changement de traitement
 - Suite à un évènement intercurrent
 - A l'entrée d'un nouveau patient
- ➔ Obtenir l'accès aux données biologiques du laboratoire d'analyses :
 - Par accès au système informatique
 - Via une boîte mail sécurisée
 - Par courrier postal
- ➔ Noter systématiquement la capacité de déglutition dans le LAD
- ➔ Noter dans la mesure du possible l'automédication du patient
- ➔ Utiliser un ou plusieurs outils standardisés pour détecter les prescriptions inappropriées
- ➔ Etablir des fiches d'IP
- ➔ Nommer un PRAQ au sein de l'officine

4.3.2 Délivrance des médicaments

4.3.2.1 Choix des PDA

74% de pharmacies ont fait le choix de délivrer les médicaments sous forme de PDA, cela permet de prévenir l’iatrogénie en limitant le risque de confusion, d’oubli ou de perte des médicaments. Depuis ces dernières années, les officines ont de plus en plus recours à ce mode de délivrance car de nombreux arguments sont en faveur de la PDA⁵¹. Dans ses travaux, l’OMEDIT Centre propose des recommandations pour les PDA qui nous serviront de support⁵².

Je propose les tableaux ci-dessous, qui reprennent les critères nécessaires selon l’ARS Nouvelle-Aquitaine, pour choisir un type de PDA en fonction des officines⁵³.

PDA	Critères de choix				
	Nombre de patient	Lieu de préparation	Personnel en charge de la réalisation	Capacité financière	Avantage
manuelle multidose	Faible nombre car le temps de réalisation est long.	A l’officine ou l’EHPAD, tant que l’approvisionnement le permet. A l’officine uniquement si la personne en charge est un préparateur ou un étudiant.	Toute personne habilitée de la pharmacie ou de l’équipe infirmière	Nécessite un logiciel et des plaques pour la fabrication. L’investissement est faible.	Facilité de mise en œuvre
Type d’officine	Officine de petite et moyenne taille, avec un faible nombre de patients. C’est le choix le plus plébiscité par les pharmacies ayant répondu à l’audit.				

Tableau 6 - PDA manuelle multidose

PDA manuelle monodose	Critères de choix				
	Nombre de patient	Lieu de préparation	Personnel en charge de la réalisation	Capacité financière	Avantage
	Faible nombre car le temps de réalisation est le plus long.	A l'officine ou l'EHPAD, tant que l'approvisionnement le permet. A l'officine uniquement si la personne en charge est un préparateur ou un étudiant.	Toute personne habilitée de la pharmacie ou de l'équipe infirmière	Nécessite un logiciel et des plaques pour la fabrication. L'investissement est faible mais les plaques sont plus coûteuses.	Evite les interactions entre les médicaments. Facilité de mise en œuvre.
Type d'officine	Officine de petite et moyenne taille, et un nombre faible de patients				

Tableau 7 - PDA manuelle monodose

PDA automatisée multidose	Critères de choix				
	Nombre de patient	Lieu de préparation	Personnel en charge de la réalisation	Capacité financière	Avantage
	Nombre de patients importants	L'emplacement de la machine nécessite d'être au sein de l'officine pour faciliter l'approvisionnement et le dépannage	Toute personne habilitée de la pharmacie. L'équipe infirmière n'est pas autorisée à réaliser des piluliers à l'officine	Nécessite une machine coûteuse ainsi qu'un logiciel adapté	Rapidité de réalisation. Limitation des erreurs de préparation.
Type d'officine	Officine de taille importante avec un grand nombre de patients. C'est le 2 ^{ème} choix plébiscité par les pharmacies.				

Tableau 8 - PDA automatisée multidose

PDA automatisée monodose	Critères de choix				
	Nombre de patient	Lieu de préparation	Personnel en charge de la réalisation	Capacité financière	Avantage
	Nombre de patients importants	L'emplacement de la machine nécessite d'être au sein de l'officine pour faciliter l'approvisionnement et le dépannage.	Toute personne habilitée de la pharmacie. L'équipe infirmière n'est pas autorisée à réaliser des piluliers à l'officine	Nécessite une machine plus coûteuse du fait du système monodose	C'est la méthode optimale pour la réalisation des PDA. Il y a moins d'erreurs de préparations et la stabilité des médicaments est assurée.
Type d'officine	Officine de taille importante avec un grand nombre de patients.				

Tableau 9 - PDA automatisée monodose

4.3.2.2 Processus qualité des PDA

Pour maîtriser la préparation des piluliers, l'équipe officinale doit mettre en place des processus d'assurance qualité rédigés informatiquement. Bien que 59% des pharmacies n'aient rédigé aucun, certaines situations nécessitent des supports écrits.

Ce chiffre peut s'expliquer soit par un manque de temps, soit par l'absence d'un PRAQ en charge de la rédaction des processus au sein de la pharmacie. Le manque d'informations sur les processus de réalisation des PDA crée une faille dans la sécurisation du circuit du médicament. Les nouveaux membres de l'équipe officinale ou de l'équipe infirmière n'ont pas accès aux procédures ce qui a pour conséquence de travailler en doublon le temps de la formation. Le temps imparti pourrait être consacré à des soins ou une meilleure prise en charge des patients. De plus, le manipulateur habituel peut rencontrer des exceptions à la préparation et ainsi ralentir le processus. Ces cas particuliers auraient pu être assignés dans une procédure pour anticiper les difficultés rencontrées.

Dans ce cas, on pourra définir des situations dans lesquelles un processus qualité sera rédigé :

- Lors de l'initiation d'un traitement

Avant la préparation, le pharmacien devra réaliser une analyse pharmaceutique prenant en compte le changement de contexte du patient ainsi que les données biologiques. Il

s'intéressera à la faisabilité de la préparation, puis aux modalités de reconditionnement des médicaments.

- Lors d'un changement ou de l'arrêt d'un traitement.

Le pharmacien devra pour le changement de traitement, vérifier la posologie en fonction des données biologiques, ainsi que la disponibilité du produit. Dès lors que l'automate existe, il devra être vérifié que le changement ou l'arrêt de traitement a bien été pris en compte.

- Lors d'une nécessité de refabrication après livraison de la PDA.

Dans les trois cas, le pharmacien devra vérifier, avec le système informatique, que ce soit sur l'automate ou avec le logiciel utile à la préparation manuelle, que la modification de traitement a bien été prise en compte. Une alerte visuelle pourra être utilisée pour signaler un changement dans le traitement du patient. Grâce à cela, le pharmacien en charge de vérifier les piluliers pourra le repérer facilement.

4.3.2.3 Surconditionnement des unités au sein des PDA

On privilégiera le surconditionnement des unités, comme 50% des pharmacies ayant répondu à l'audit, afin de garantir la stabilité de ces dernières⁵². Cela consiste à découper le blister autour des comprimés. Néanmoins, cette méthode augmente le temps de préparation par le manipulateur au sein de l'officine (découpe des blisters), et le temps d'administration par l'équipe infirmière au sein de l'EHPAD (déblisterisation).

4.3.2.4 Durée de préparation des PDA

En ce qui concerne la durée de préparation, un pilulier pour une semaine reste un choix judicieux, car elle permet de répondre rapidement aux changements de traitements, ou de conserver une stabilité des médicaments en dehors de leur conditionnement primaire⁵².

4.3.2.5 Double contrôle des PDA

A l'exemple des 36% de pharmaciens qui réalisent un double contrôle des PDA, cette vérification pourrait s'appliquer à l'ensemble des pharmacies. En effet les tâches répétitives sont sources d'erreurs car elles diminuent la vigilance⁵⁴.

4.3.2.6 Indicateurs de non-conformité des PDA

Pour éviter de répéter les erreurs lors de la préparation, le PRAQ ou un autre membre de la pharmacie peut définir des indicateurs de non-conformité. Trop peu de pharmacies les exploitent, ils sont pourtant plébiscités par l'arrêté du 6 avril 2011 relatif au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse⁵⁵. Bien que cet arrêté fasse référence aux EHPAD avec PUI, la pharmacie d'officine a tout intérêt à adhérer à ces mesures d'assurance qualité.

Ces indicateurs se définissent comme des alertes dues à des manquements aux bonnes pratiques de dispensation dans le cadre de l'officine. Il existe un indicateur pour les erreurs de préparations détectées à l'officine, et un indicateur pour celles détectées par l'EHPAD. Il pourra être défini une méthode de communication adéquat pour relayer l'erreur (téléphone, email).

La pharmacie se doit d'être réactive quant à la disponibilité des produits. De manière générale, toutes les pharmacies adaptent leur stock en fonction des traitements habituels des patients. Il arrive néanmoins que certains produits, ne soient pas en stock. Dans ce cas, il convient de se procurer les produits grâce aux répartiteurs, dans un délai d'une demie-journée (commande le matin, réception l'après-midi du jour même). Dès lors que ce délai est dépassé, une notification alerte d'un ralentissement du circuit du médicament. L'équipe officinale devra, par la suite, analyser cet indicateur (oubli de commande, manque rayon) et corriger cette erreur (commande générée en Pharma-ML par la personne qui prépare l'ordonnance).

Toutes les notifications des erreurs rencontrées dans le circuit du médicament révèlent un intérêt pour la qualité de la délivrance. Il est donc nécessaire de les relever et de les analyser afin de diminuer leur incidence.

4.3.2.7 Rémunération des pharmacies pour les PDA

Les missions du pharmacien auprès de l'EHPAD sont multiples et son temps de travail auprès de ce dernier n'est que peu valorisé financièrement d'après les réponses de l'audit. En effet, aucune rémunération pour le temps de travail consacré à la préparation des piluliers n'est obligatoire. Le pharmacien ne perçoit une rémunération que via la marge effectuée sur les médicaments et les honoraires de dispensation associés. Néanmoins, le temps de travail entre un service au comptoir et la préparation des PDA est réellement différent. C'est pourquoi, afin de faire perdurer la mission de PDA à l'officine, le titulaire peut demander une rémunération supplémentaire.

Les propositions concernant les PDA

- ➔ Choisir une méthode de PDA adaptée à son officine
- ➔ Rédiger des processus qualité pour la réalisation de PDA :
 - Lors de l'initiation d'un traitement chez un patient
 - Lors d'un changement de traitement chez un patient
 - Pour une refabrication après livraison de la PDA
- ➔ Réaliser les PDA pour 1 semaine
- ➔ Privilégier le surconditionnement des unités dans les PDA
- ➔ Effectuer un double contrôle par le pharmacien lors de la libération des PDA
- ➔ Définir des indicateurs de non-conformité au sein de l'officine et les référencer :
 - Pour une erreur de préparation : communication téléphonique sans délai
 - Pour une rupture d'approvisionnement : commande systématique Pharma-ML par la personne qui prépare l'ordonnance
- ➔ Trouver un accord pour une rémunération supplémentaire pour les PDA (forfait par pilulier et par semaine)

4.3.2.8 Délivrance des médicaments à la boîte

Pour ces médicaments particuliers, il s'agira de sécuriser l'acheminement à l'EHPAD. Les médicaments prêts à être livrés, seront préférentiellement enfermés dans une caisse sécurisée comme le font déjà 5% des pharmacies. L'acheminement pourra se faire par un membre de l'officine. Comme le pharmacien est responsable des produits qu'il délivre, il conviendra que ce dernier participe à l'acheminement. Néanmoins cette pratique n'est pas répandue dans toutes les pharmacies, seulement 5% la mettent en œuvre. Deux raisons à cela, soit le pharmacien est

seul à l'officine, soit le choix est fait de ne pas monopoliser un pharmacien pour une livraison. On privilégiera l'acheminement par un membre de l'équipe, autre que pharmacien. A l'exemple du stockage des médicaments stupéfiants à la pharmacie, la personne prendra la précaution de déposer les médicaments stupéfiants dans un local fermé à clé au sein de l'EHPAD.

Concernant les médicaments thermosensibles, la préparation pourra se faire par un préparateur ou un pharmacien sans distinction. Les médicaments, une fois préparés, pourront être stockés sur un étage du réfrigérateur réservé aux résidents de l'EHPAD. A l'exemple des grossistes répartiteurs, et selon les recommandations de l'Ordre des Pharmaciens : l'utilisation d'une enceinte réfrigérée munie d'une sonde pour monitorer la température, est requise⁵⁶. La sonde détecte, dans la limite de sa sensibilité, la température à l'intérieur du contenant, elle permet d'attester de la continuité de la chaîne du froid. Ce système est particulièrement sécurisant par rapport aux produits pour lesquels il n'existe pas de données, fournies par le laboratoire, de conservation à température ambiante. Il est utile également lors de périodes de fortes chaleurs pour évaluer si le mode d'acheminement choisi est adapté à la conservation du produit.

Le dépôt des médicaments se fera directement dans le réfrigérateur de l'EHPAD, spécifiquement voué à la conservation des médicaments thermosensibles.

Enfin, il pourra être établi, le protocole d'acheminement des piluliers vers l'EHPAD. Une fois que le pharmacien a validé leur libération, il convient de les regrouper, puis, soit un membre de la pharmacie, soit un transporteur externe, soit un membre du personnel de l'EHPAD s'occupera de les amener dans le local désigné fermé à clé, au sein de l'EHPAD. Chaque transport effectué entre la pharmacie et l'EHPAD devra faire l'objet d'une notification de la date, de l'heure et de la liste des PDA correspondant à chaque patient.

Les propositions concernant la délivrance des médicaments à la boîte

- ➔ Acheminement des stupéfiants à l'EHPAD par un membre de l'équipe, dans une mallette scellée, directement dans un local sécurisé.
- ➔ Dédier un étage de l'enceinte réfrigérée aux MTS des patients de l'EHPAD à l'officine.
- ➔ Utiliser une enceinte réfrigérée et une sonde de traçabilité pendant le transport des MTS.

4.3.2.9 Validation des ordonnances

Comme les 72% de pharmacies, le double-contrôle en direct ou différé nécessite d'être instauré. Il permet de sécuriser la dispensation, de veiller à la gestion des stocks et la gestion du Tiers Payant. Pour cela l'Ordre des Pharmaciens a mis en place un mémo pour le double contrôle, il relève les avantages et inconvénients de chaque pratique⁵⁷ :

	DOUBLE CONTRÔLE EN DIRECT	DOUBLE CONTRÔLE EN DIFFÉRÉ
Principes	Il est réalisé avant de finaliser la dispensation, par un autre membre de l'équipe de la pharmacie qui contrôle une seconde fois de visu l'ordonnance et les produits	En fin de demi-journée, ou durant les moments de moindre affluence, à l'aide d'une fonctionnalité du logiciel, un contrôle de correspondance entre les produits prescrits et les produits ayant été facturés est effectué par un membre de la pharmacie
Avantages	▪ Possibilité d'interroger le patient en direct ▪ Résolution immédiate de l'erreur	▪ Possibilité de réaliser le contrôle posément.
Inconvénients	▪ Interrompre le travail d'un autre diplômé de l'équipe ▪ Difficulté de justifier la pratique	▪ Contrôle partiel (certains risques liés à l'analyse pharmaceutique sont difficiles à prendre en compte en non présentiel) ▪ L'erreur est corrigée plus tardivement
Facteurs de succès	Implication de l'équipe	L'intégration à l'organisation journalière d'une plage de temps dédiée

Tableau 10 - Comparaison du double contrôle direct et différé

La personne effectuant le double contrôle sera de préférence un pharmacien ou un préparateur. En effet, le double-contrôle ne se substitue pas à l'analyse pharmaceutique.

Tout élément qui susciterait une erreur médicamenteuse, nécessite d'être tracé pour permettre de diminuer ces erreurs.

Les propositions concernant la validation des ordonnances

- ➔ Choisir une méthode double-contrôle adaptée à l'équipe officinale
- ➔ Tracer les erreurs lors de la délivrance

4.3.2.10 Alerte des effets indésirables et conseils associés

Malgré l'absence flagrante d'alerte concernant les effets indésirables aux patients. Le pharmacien peut diffuser une liste, validée par le médecin coordinateur, contenant les effets indésirables des traitements les plus fréquents. Cela permet au reste de l'équipe infirmière de bénéficier des informations relatives au traitement, en diminuant leur temps de recherche. Le système informatique de l'EHPAD permet d'enregistrer des commentaires et de définir des moments de prise pour chaque traitement. Cette possibilité offre, à l'identique de la pharmacie, une traçabilité écrite par l'équipe infirmière pour chaque patient.

Pour les nouveaux médicaments ou les médicaments coûteux, le pharmacien peut entrer en contact par téléphone ou par messagerie sécurisée avec l'équipe infirmière pour énoncer les effets indésirables fréquents.

Concernant les conseils associés, 42,1% des pharmacies prennent contact avec l'équipe infirmière ou directement avec l'infirmière coordinatrice (IDEC). Cette méthode assure une fiabilité quant à la communication des informations. En effet, communiquer directement avec le patient semble difficile car il faudrait d'une part récupérer les numéros de chaque patient, et d'autre part, les patients âgés ont souvent des troubles de la dextérité ou de l'audition ce qui complique la situation.

Les propositions concernant l'alerte des effets indésirables et les conseils délivrés aux patients

- ➔ Diffusion, auprès de l'équipe infirmière, d'une liste d'effets indésirables, validée par le médecin coordinateur, pour les traitements les plus fréquents.
- ➔ Appel téléphone ou mail sécurisée pour alerter des effets indésirables :
 - Des nouveaux médicaments
 - Des médicaments chers
- ➔ Contacter par téléphone l'équipe infirmière pour les conseils associés aux médicaments

4.4 Relation officine/équipe de soins de l'EHPAD

4.4.1 Les réunions de concertations pluridisciplinaires

Le parcours de soins est facilité, dans la mesure où les informations sont diffusées entre les professionnels de santé, gravitant autour du patient. C'est pourquoi il existe des réunions de concertations pluridisciplinaires. Au sein de l'EHPAD, elles regroupent le médecin

coordinateur, les médecins traitants, l'équipe infirmière, l'équipe d'aides-soignants, et le pharmacien référent dès lors qu'il existe. La place du pharmacien est légitime au sein de ces réunions. Il garantit la vérification des prescriptions, et veille au bon usage des médicaments. Il apporte ses connaissances sur les nouveaux médicaments et leurs toxicité⁵⁸.

Toutefois les missions que le pharmacien mène au sein de l'EHPAD, sa présence dans les RCP sont rares ; seuls 5% d'entre eux y participent. La raison de cette absence s'explique par le manque de temps et de moyens. En effet, la durée d'une RCP varie de 1h à 1h30, y compris le temps de déplacement du pharmacien. Ce temps de présence à l'EHPAD diminue celui passé au sein de l'officine et aucune rémunération n'est attribuée pour cette mission. Economiquement, le pharmacien titulaire – chef d'entreprise ne peut dégager autant de temps pour une rémunération inexistante.

Dans ce cas, il pourrait être établi, que la RCP prévoit une visio-conférence avec le pharmacien au sein de son officine.

Une alternative à la participation aux RCP serait l'utilisation de l'application GLOBULE®⁵⁹. Disponible sur ordinateur ou smartphone, elle permet, grâce à un accès sécurisé, une discussion instantanée entre le médecin traitant, l'équipe infirmière, le pharmacien et d'autres professionnels. La rapidité de communication via cette application, permet de gagner du temps pour obtenir les informations. A l'EHPAD, elle peut être installée sur chaque ordinateur de secteur, et à l'officine, sur les postes comptoir.

Pour toujours faire avancer la communication entre les professionnels de santé, l'UNCAM projette dans le plan « ma santé 2022 », un accord-cadre interprofessionnel⁶⁰. Ce dernier vise à :

- Renforcer la prise en charge coordonnée du patient.
- Développer les outils nécessaires informatiques pour faciliter la communication.
- Développer le télésoin.

Ce projet laisse supposer que des améliorations en terme de communication verront le jour dans quelques années.

4.4.2 Retraits et rappels de lots

Cette procédure vise à écarter un risque sanitaire lié aux produits susceptibles d'être dispensés ou ayant été déjà dispensés. Toute l'équipe officinale est concernée par cette procédure, bien qu'en priorité il appartienne au PRAQ d'effectuer cette démarche. Les alertes sont transmises

en temps réel grâce à la convention DP Retrait/Rappel de lot à usage humain, entre l'ANSM et le CNOP de 2011⁶¹. Un message bloquant s'affiche sur tous les écrans de l'officine, l'impression papier de l'alerte est nécessaire.

Dans un premier temps, il s'agit de repérer et d'isoler les produits concernés des tiroirs, de vérifier les proms et éventuellement de contrôler la zone de déballage. Les retraits et rappels de lots impliquent que le pharmacien soit réactif, c'est pourquoi 80% d'entre eux, choisissent un moyen de communication rapide : le téléphone (52%), le fax (14%) et l'e-mail (14%). Etant donné que les retraits/rappels se font en partie grâce au numéro de lot, il est plus aisé de faire parvenir une trace écrite à l'équipe infirmière de l'EHPAD, pour éviter toute confusion lors du pointage. Un message d'alerte devra être affecté à la fiche du produit sur le LAD. Le PRAQ s'assurera de conserver une traçabilité des enregistrements. Il pourra également, établir un protocole écrit pour la conduite à tenir lors de ces alertes.

Chaque retrait ou rappel de lot nécessite d'effectuer une traçabilité écrite. On peut s'appuyer sur la fiche de l'Ordre National des Pharmaciens, retrouvée en ANNEXE 9⁶².

4.4.3 Médicaments non utilisés (MNU)

Plusieurs solutions existent pour préparer la destruction des médicaments. Que ce soit le dépôt de carton CYCLAMED® à la pharmacie (69%), la collecte programmée par la pharmacie (16%) ou l'acheminement des MNU par l'équipe infirmière (5%), l'important est que la méthode soit définie et connue de l'équipe infirmière et de l'équipe officinale.

Le pharmacien peut conseiller l'équipe infirmière pour l'emplacement du carton CYCLAMED®. Il prendra la précaution de noter les médicaments éligibles au CYCLAMED®, la liste est disponible sur leur site⁶³.

Un circuit spécial sera établi pour le retour des médicaments stupéfiants. Il peut être mis en place une collecte à jour fixe, une fois par mois.

4.4.4 Stock de sécurité, stock pour répondre aux changements de traitement urgent

Pour les EHPAD ne possédant pas de PUI, la pharmacie d'officine fournira en médicaments. Le stock de sécurité ainsi que le stock répondant aux changements de traitement urgent, dépendent donc de la pharmacie d'officine. Le pharmacien référent sera dépositaire de la

gestion de la dotation (approvisionnement, contrôle de la péremption des produits). Toute utilisation des dotations devra faire l'objet d'une prescription médicale. L'ensemble des médicaments y figurant sera constitué en accord avec le médecin coordinateur de l'EHPAD. Il prendra en compte le nombre de patients, leurs pathologies et l'historique des besoins urgents de l'EHPAD. Une liste exhaustive mentionnant le nom du médicament, le dosage, la forme et le conditionnement sera établie à l'issue de cette concertation. Elle pourra être inscrite dans la convention EHPAD-officine. Ces stocks de médicaments permettent de raccourcir le temps de prise en charge des patients en EHPAD.

57% de répondants ne savent pas quelles dotations demeurent à l'EHPAD. Cela peut s'expliquer par le fait, que leur pharmacie n'est pas référente pour l'approvisionnement de ces stocks.

Les propositions concernant la relation entre l'officine et l'équipe de soins à l'EHPAD

- ➔ Participer aux RCP par visio-conférence.
- ➔ Proposer une application de concertation entre professionnels.
- ➔ Mettre en place un processus qualité en cas de rappel ou retraits de lots à l'officine.
- ➔ Déposer un carton CYCLAMED® à l'EHPAD et programmer la collecte.
- ➔ Afficher clairement les médicaments éligibles au CYCLAMED® à l'EHPAD.
- ➔ Mettre en place une collecte programmée pour les médicaments stupéfiants
- ➔ Si pharmacie référente pour les dotations d'urgence, les réévaluer avec le médecin coordinateur.

4.5 Suivi de l'observance : les bilans médicamenteux

Les 21% des répondants de l'audit sur la question de la réalisation des bilans médicamenteux, montrent l'éloignement du patient en EHPAD et du pharmacien d'officine. En effet 79% des pharmacies, quel que soit le contexte du patient, ne proposent aucun des bilans médicamenteux, parmi les suivants :

- Bilan de médication partagé
- Entretien AVK/AOD
- Entretien Asthme/BPCO
- Entretien chimiothérapie orale

Pour favoriser l'exploitation de ces outils, il convient que les pharmaciens se forment. Plusieurs sessions de e-learning sont disponibles. Il est possible de valider le DPC du pharmacien d'officine avec une formation qui couvre la conciliation médicamenteuse et le suivi thérapeutique. Ces actions s'inscrivent dans les orientations n°172 « Bilan de médication », n°173 « Entretien pharmaceutique » et n°180 « Conciliation médicamenteuse », du pharmacien d'officine, inscrites dans le décret 2019-17 du CSP⁶⁴. Le pharmacien peut également s'inscrire dans une formation pour obtenir un diplôme universitaire en lien avec la pharmacie clinique et le suivi thérapeutique des personnes âgées. L'objectif de ces formations est de mettre à l'aise le pharmacien lors du déroulement des bilans de médication et face aux principales pathologies rencontrées.

4.5.1 Bilan de médication partagé

Ce dispositif reste à ce jour peu utilisé, seulement 21% des pharmacies le proposent malgré tout l'intérêt qu'il présente. Certains paramètres sont limitants dans le développement de son utilisation. Le fonctionnement du BMP sollicite une coordination entre les professionnels de santé gravitant autour du patient. Les pharmaciens rencontrent des difficultés à légitimer le BMP, ils n'ont alors pas accès à toutes les informations qui seraient utiles. Ce manque de communication freine la réalisation optimale du dispositif, c'est pourquoi les pharmaciens ne persistent pas dans cette démarche. Une autre raison pour laquelle, le BMP n'est pas exploité plus souvent, est d'aspect économique. En respectant les conditions de prise en charge du BMP, des pharmacies revendiquent le versement très tardif ou malheureusement l'absence d'indemnisation, de la part de la Sécurité Sociale. La gestion des versements mériterait d'être revue afin qu'ils soient accordés dans un délai plus court.

Ayant vu les critères d'éligibilité au BMP, les patients en EHPAD sont pratiquement tous éligibles à ce dispositif, c'est pourquoi il est aisé de le développer. En revanche, le pharmacien doit prendre en compte la capacité de compréhension du patient, si ce dernier présente des troubles cognitifs marqués, la pertinence d'une adhésion au BMP est à revoir.

Le choix de réaliser le BMP peut être ciblé à certaines périodes de la vie du patient : à la sortie d'une hospitalisation, suite à un accident iatrogène, lors de l'entrée en EHPAD ou encore si l'observance du traitement est jugée faible par l'équipe soignante.

La réalisation du BMP est bénéfique à tous les acteurs participants. Pour le patient, cela permettra de revoir ses connaissances sur les traitements prescrits et éventuellement d'y adhérer davantage. Pour le pharmacien, son rôle de Santé Publique sera valorisé, il pourra élargir ses

compétences dans le suivi des pathologies chroniques et ainsi prévenir L'iatrogénie. Pour la Sécurité Sociale, les dépenses de soins seront diminuées par la baisse des accidents iatrogènes et donc des hospitalisations chez les personnes âgées.

Comme ce dispositif attribue une nouvelle mission au pharmacien d'officine, encore peu connue, il est nécessaire d'en faire la promotion.

Rien n'est imposé sur le choix du lieu dans lequel sera réalisé le BMP : dans ce cas, il est possible au pharmacien d'aménager la séance en fonction de la mobilité du patient. Il pourra être entendu avec le directeur de l'EHPAD que le pharmacien accède à un espace de confidentialité au sein de l'établissement. Ce dernier devra répondre aux mêmes conditions que celles exigées à l'officine, à savoir, un espace clos, isolé phonétiquement pour assurer la confidentialité, permettent de recevoir une personne ayant une déficience motrice, visuelle ou auditive. Néanmoins, depuis 2020, il est possible de réaliser les séances de BMP en télésoin, hormis le premier entretien qui doit se faire en réelle présence des participants. Bien que cette nouvelle proposition gomme la contrainte de mobilité, on admet une contrainte technique pour la pharmacie, l'équipe de l'EHPAD et le patient.

A la fin de l'entretien, le pharmacien pourra rédiger des interventions pharmaceutiques qu'il transmettra au médecin traitant et à l'équipe infirmière de l'EHPAD par téléphone si c'est à caractère urgent ou par email. Ce document pourra être consigné dans le DMP et dans le dossier médical.

4.5.2 Autres bilans de médication

Comme cités précédemment, différents bilans de médication ont été mis en place sur des pathologies ou médication ciblée. Le pharmacien peut réaliser une fois par an une campagne pour lancer les entretiens pharmaceutiques. Il peut en outre, faire cette proposition lors d'une RCP.

Les propositions concernant les bilans de médication

- ➔ Organiser une formation sur les bilans de médication pour les pharmaciens, par exemple :
 - Au moment de la validation du DPC
 - Lors d'une formation spontanée en e-learning
 - Lors de la préparation d'un diplôme universitaire en lien avec les bilans de médication
- ➔ Proposer un BMP dans les situations suivantes :
 - Suite à une hospitalisation
 - Suite à un accident iatrogène
 - A l'entrée d'un nouveau patient à l'EHPAD

4.5.3 Déclaration des effets indésirables

4.5.3.1 Définition de l'erreur médicamenteuse

L'erreur médicamenteuse se définit comme « l'omission ou la réalisation d'un acte non-intentionnel, impliquant un médicament durant le processus de soins. Elle peut être à l'origine d'un risque ou d'un événement indésirable pour le patient. »⁶⁵. Comme cité précédemment, l'erreur est non intentionnelle, elle doit alors devenir évitable. L'analyse de la survenue des erreurs médicamenteuses permet de diminuer leur incidence, en améliorant les pratiques du pharmacien d'officine. Il faudra dans un premier temps, identifier la nature de l'erreur qui peut être définie parmi les suivantes :

- Choix du mauvais médicament, à savoir substance active différente de celle prescrite ou stratégie thérapeutique inadéquate.
- Dosage erroné, que ce soit vis-à-vis de la RCP ou du profil du patient.
- Voie d'administration prescrite différente de celle indiquée dans la RCP du produit.
- Procédé de préparation incorrect, retrouvé le plus souvent avec la PDA.
- Délivrance d'une forme galénique inadaptée au patient, notamment du fait d'un risque de fausse route.
- Délivrance d'un médicament inapte à l'administration car périmé, détérioré ou mal conservé.

C'est pourquoi, il est important de sensibiliser les professionnels de santé à la déclaration des effets indésirables. Pour rappel, le pharmacien a pour devoir de déclarer les erreurs médicamenteuses⁶⁶, or seulement 42% des répondants de l'audit le font systématiquement.

Par la suite, on identifiera les facteurs étiologiques. La SFPC a publié via la REMED (Revue des Erreurs Liées aux Médicaments et Dispositifs Associés)⁶⁷, une liste des causes d'erreurs médicamenteuses. Au sein de l'officine, on peut retrouver les facteurs suivants :

- Les produits de santé inappropriés
- Le profil patient : polypathologie-polymédiqué
- L'équipe officinale : compétences pharmaceutiques insuffisantes, altération de l'état physique ou psychologiques, mauvaise communication
- Les pratiques mises en œuvre : défaut d'organisation, manque d'informations délivrées au patient

Enfin, pour définir le contexte, on hiérarchise la gravité des erreurs médicamenteuses en 3 catégories :

- L'erreur avérée : le médicament a été administré au patient
- L'erreur potentielle : elle est détectée avant l'administration du médicament
- L'erreur latente : si l'administration est effective, on prévoit un danger pour le patient

Les erreurs médicamenteuses peuvent être révélées soit par l'équipe soignante de l'EHPAD, soit par l'équipe officinale directement.

4.5.3.2 Recueil

Pour tracer l'erreur médicamenteuse, il s'agit désormais d'en faire le recueil. Pour cela, deux procédures doivent être initiées.

La première consiste à notifier l'erreur au sein de l'officine. Dès lors qu'un PRAQ est désigné, c'est préférentiellement à lui de mener l'action, car il est familiarisé avec ce type de démarche. Le reste de l'équipe est cependant encouragé à le soutenir. Le travail consiste à enregistrer les caractéristiques concernant l'erreur médicamenteuse détectée. Pour cela il pourra se référer au scénario 5C présenté par la SFPC⁶⁷. Ce dernier comprend le relevé des causes-conséquences, des corrections, de la chronologie et de la conséquence résiduelle de l'erreur médicamenteuse.

La deuxième procédure concerne la démarche en ligne pour déclarer un effet indésirable. Pour mettre en avant la déclaration des erreurs médicamenteuses à l'ANSM, il est conseillé d'établir une procédure écrite, et de la mettre à disposition de l'équipe officinale. Le pharmacien peut également proposer l'exposition d'affiche de communication dans le local infirmier à l'EHPAD. L'ARS Grand-Est a établi un décisionnel de déclaration, clair et facilement exploitable retrouvé en ANNEXE 7. La déclaration est à réaliser sur le site national des effets

indésirables : signalement-alerte.gouv.fr⁶⁸. A savoir que toute personne peut déclarer un effet indésirable. Dans les faits, cette démarche revient souvent aux professionnels de santé qui sont davantage informés sur le sujet.

Les propositions concernant la gestion de effets indésirables

- ➔ Référencer les erreurs médicamenteuses dans un registre
- ➔ Etablir une procédure écrite pour la déclaration en ligne des effets indésirables
- ➔ Promouvoir la déclaration des effets indésirables au sein de l'équipe soignante à l'EHPAD.

CONCLUSION

La fréquence des effets indésirables chez les sujets âgés nécessite une évaluation des pratiques professionnelles et notamment celles du pharmacien d'officine.

L'audit réalisé a permis de faire un état des lieux des pratiques professionnelles au sein d'un nombre restreint de pharmacies. Certaines pratiques habituelles ne favorisaient pas l'éviction des effets indésirables, tandis que d'autres mises en place, permettent d'en préserver les patients âgés.

Face à cette population vieillissante, le pharmacien d'officine sera de plus en plus confronté à ce profil de patient âgé polypathologisé et polymédicamenté. Il se doit notamment d'actualiser ses connaissances dans le domaine gériatrique.

Au regard de l'amélioration des pratiques professionnelles, l'assurance qualité est une perspective d'avenir. Bien que chronophage et coûteuse, elle permet de structurer le travail à l'officine, d'être un repère pour chaque membre de l'équipe.

La communication entre les professionnels de santé gravitant autour du patient est indispensable pour la prise en charge médicamenteuse. Heureusement, les technologies permettent de faciliter les échanges, elles offrent la possibilité d'échanger des informations médicales en respectant le secret professionnel.

Les limites dans l'amélioration des pratiques sont souvent dues au manque de temps et au faible retour financier. Peut-être qu'une revalorisation des missions du pharmacien, l'encouragerait à s'investir d'autant plus dans le suivi de l'observance.

RÉSUMÉ

La population française est de plus en plus âgée, en 2021 20,7% des français ont plus de 65 ans, alors qu'en 2010, ils ne représentaient que 18,1%.

Le vieillissement physiologique conduit à une fragilité des personnes âgées. Elles perdent leur autonomie dans les tâches quotidiennes, ce qui conduit à intégrer des établissements d'hébergements dont les EHPAD.

Les personnes âgées développent des pathologies chroniques, de ce fait, elles ont recours plus souvent à la polymédication. Le médicament est une chance mais il expose à des risques d'effets indésirables. La fréquence de ceux-ci est plus importante dans cette population. 20% des effets indésirables provoquent des hospitalisations alors que 30% sont évitables.

Le pharmacien d'officine est acteur au sein de l'EHPAD qui ne dispose pas de PUI. Il prend part à la prise en charge médicamenteuse des patients résidant dans les EHPAD. Son rôle de santé publique incite à prévenir les effets indésirables des médicaments.

J'ai réalisé un audit des pratiques professionnelles au sein des officines prenant en charge des patients en EHPAD. Mon objectif a été de faire un état de lieux des pratiques pour ensuite offrir des perspectives d'amélioration.

L'assurance qualité au sein d'une officine est perspective d'avenir pour la prévention de l'iatrogénie. Elle offre des repères et conditionne les bonnes pratiques de dispensation.

La délivrance sous forme de PDA est la méthode de choix pour approvisionner les EHPAD en médicaments.

La communication entre les professionnels de santé, permet une meilleure prise en charge du patient.

Le pharmacien investi de nouvelles missions de santé publique, peut aisément développer le suivi de l'observance grâce aux bilans de médication.

Mots clefs : Iatrogénie médicamenteuse, EHPAD, polymédication, pharmacie d'officine, PDA, bilan de médication.

BIBLIOGRAPHIE

1. Officiel, B. Bulletin Officiel n°2002-30. Available at: <https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2002/02-30/a0302630.htm>. (Accessed: 10th February 2021)
2. Formulaire 14732*03 : Demande d'admission en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Éhpad) | service-public.fr. Available at: <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/R17461>. (Accessed: 22nd September 2020)
3. INSEE. Espérance de vie - Mortalité, cause de décès - France - Les chiffres - Ined - Institut national d'études démographiques. Available at: <https://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/chiffres/france/mortalite-cause-deces/esperance-vie/#r152>. (Accessed: 23rd January 2021)
4. Statistiques DRESS. Available at: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er1015.pdf>. (Accessed: 22nd September 2020)
5. *Le modèle « PATHOS ».*
6. Qu'est-ce que la grille Aggir ? | service-public.fr. Available at: <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F1229>. (Accessed: 26th July 2020)
7. Allocation personnalisée d'autonomie (Apa) | service-public.fr. Available at: <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F10009>. (Accessed: 26th July 2020)
8. David Pairaud. Iatrogénie médicamenteuse chez les personnes âgées : enquête, campagne de sensibilisation et actions annoncées du Leem. Available at: <https://www.vidal.fr/actualites/15365-iatrogenie-medicamenteuse-chez-les-personnes-agees-enquete-campagne-de-sensibilisation-et-actions-annoncees-du-leem.html>. (Accessed: 23rd January 2021)
9. Analyse pharmaceutique | OMEDIT Grand Est. Available at: <https://www.omedit-grand-est.ars.sante.fr/analyse-pharmaceutique>. (Accessed: 22nd September 2020)
10. *Liste de médicaments potentiellement inappropriés à la pratique médicale française.*
11. OMS. *La iatrogénie médicamenteuse.*
12. *Prévenir la dépendance iatrogène liée à l'hospitalisation chez les personnes âgées.*
13. Martin-Borret, C. *Troubles de la déglutition en gériatrie : optimisation de l'administration des formes orales solides.*
14. Guide Parcours de Soins MRC HAS-Santé. Available at: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2012-04/guide_parcours_de_soins_mrc_web.pdf. (Accessed: 22nd September 2020)
15. Légifrance. Partie législative (Articles L111-1 à L591-1). Available at: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006074069/LEGISCTA000006107980/#LEGISCTA000006107980. (Accessed: 10th February 2021)
16. *SOLIDARITÉS ETABLISSEMENTS SOCIAUX ET MÉDICO-SOCIAUX.* (2009).
17. Légifrance. Avis relatif à l'avenant n° 21 à la convention nationale du 4 avril 2012

- organisant les rapports entre les pharmaciens titulaires d'officine et l'assurance maladie - Légifrance. Available at: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000042376946>. (Accessed: 18th December 2020)
18. Messagerie sécurisée de santé : pourquoi est-il important d'en ouvrir une ? - Communications - Ordre National des Pharmaciens. Available at: <http://www.ordre.pharmacien.fr/Communications/Les-actualites/Messagerie-securisee-de-sante-pourquoi-est-il-important-d-en-ouvrir-une>. (Accessed: 22nd September 2020)
 19. Paragraphe 1 : Participation à la protection de la santé. (Articles R4235-47 à R4235-51) - Légifrance. Available at: <https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGIARTI000006913703/2004-08-08/>. (Accessed: 22nd September 2020)
 20. Légifrance. Article R4235-48 - Code de la santé publique. Available at: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006913703/. (Accessed: 8th February 2021)
 21. Le répertoire des génériques - ANSM : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé. Available at: <https://ansm.sante.fr/Dossiers/Medicaments-generiques/Le-repertoire-des-generiques/%28offset%29/5>. (Accessed: 22nd September 2020)
 22. Légifrance. Arrêté du 28 novembre 2016 relatif aux bonnes pratiques de dispensation des médicaments dans les pharmacies d'officine, les pharmacies mutualistes et les pharmacies de secours minières, mentionnées à l'article L. 5121-5 du code de la santé publique - Légi. Available at: <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000033507633/>. (Accessed: 8th February 2021)
 23. Section 3 : Dossier médical partagé et dossier pharmaceutique (Articles L1111-14 à L1111-24) - Légifrance. Available at: <https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGIARTI000038886985/2019-07-27/>. (Accessed: 23rd September 2020)
 24. Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés. Dossier médical partagé (DMP) | CNIL. Available at: <https://www.cnil.fr/fr/dossier-medical-partage-dmp-questions-reponses>. (Accessed: 26th September 2020)
 25. Ameli. Plus de 8 millions de DMP désormais ouverts | ameli.fr | Médecin. Available at: <https://www.ameli.fr/charente-maritime/medecin/actualites/plus-de-8-millions-de-dmp-desormais-ouverts>. (Accessed: 25th January 2021)
 26. Section 1 : Actes professionnels. (Articles R4311-1 à D4311-15-1) - Légifrance. Available at: <https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGIARTI000038925636/2019-08-14/>. (Accessed: 22nd September 2020)
 27. HUG. *Directives internationales, dispositions suisses*.
 28. *Production de doses à administrer (PDA) par un automate de formes orales sèches « Retour d'expérience de 4 établissements Bretons »*. (2015).
 29. Arrêté du 4 mai 2012 portant approbation de la convention nationale organisant les rapports entre les pharmaciens titulaires d'officine et l'assurance maladie - Légifrance. Available at: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000025804248>. (Accessed: 2nd December 2020)

30. Haute Autorité de Santé. Mettre en œuvre la conciliation des traitements médicamenteux en établissement de santé. Available at: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2736453/fr/mettre-en-oeuvre-la-conciliation-des-traitements-medicamenteux-en-etablissement-de-sante. (Accessed: 18th November 2020)
31. Légifrance. 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 - Légifrance. Available at: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000036711358?r=03D2aLPLtw>. (Accessed: 6th November 2020)
32. Ansm. *Bon usage des médicaments antivitamine K (AVK)*. (2012).
33. Asthme – Santé publique France. Available at: <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-et-infections-respiratoires/asthme>. (Accessed: 16th December 2020)
34. BPCO et insuffisance respiratoire chronique – Santé publique France. Available at: <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-et-infections-respiratoires/bpco-et-insuffisance-respiratoire-chronique>. (Accessed: 16th December 2020)
35. Global Initiative for Asthma - Global Initiative for Asthma - GINA. Available at: <https://ginasthma.org/>. (Accessed: 15th December 2020)
36. *La Politique du Médicament en EHPAD - Rapport Verger 2013*.
37. Santé, M. des solidarités et de la. Déclarer les effets indésirables d'un médicaments. Available at: <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/medicaments/la-surveillance-des-medicaments/article/la-declaration-des-effets-indesirables>. (Accessed: 26th September 2020)
38. La messagerie sécurisée MSSanté devient « Mailiz » - Communications - Ordre National des Pharmaciens. Available at: <http://www.ordre.pharmacien.fr/Communications/Les-actualites/La-messagerie-securisee-MSSante-devient-Mailiz>. (Accessed: 25th September 2020)
39. Procédure Ecrite Inscription Mailiz - Ordre des Pharmaciens. Available at: http://www.ordre.pharmacien.fr/content/download/389731/1857426/version/1/file/MAILIZ_Publiredac.pdf. (Accessed: 25th September 2020)
40. Professionnels Santé Le Système D, D. DE. *LES LOGICIELS MÉTIERS LA COMMERCIALISATION DES LOGICIELS MÉTIERS*.
41. Rhône-Alpes, A. A. *Le circuit du médicament en EHPAD*.
42. CNAM. *Convention d'objectifs et de Gestion entre l'Etat et la Caisse Nationale d'Assurance Maladie*. (2018).
43. OMEDIT Normandie. Liste des médicaments écrasables. Available at: <http://www.omedit-normandie.fr/boite-a-outils/bon-usage/liste-des-medicaments-ecrasables/liste-des-medicaments-ecrasables,3184,3511.html>. (Accessed: 26th September 2020)
44. Hopitaux Universitaires de Genève. *Informations sur les médicaments-Recommandations d'utilisation COMPRIMÉ : COUPER OU ECRASER ?*
45. Auvergne, S. de G. F. *LES TRAITEMENTS MEDICAMENTEUX INAPPROPRIES*

exemple de l'outil STOPP-START.

46. Grand Hopital de Charleroi. *Outil STOPP&START*.
47. PIM-Check - Potentially Inappropriate Medication - Patients in the Internal Medicine Unit. Available at: <http://www.pimcheck.com/>. (Accessed: 24th January 2021)
48. Conseil National de Gériatrie. Le guide PAPA – PAPA. Available at: <https://tpa.fr/le-guide-papa/>. (Accessed: 27th January 2021)
49. UTIP. UTIP - calendrier des formations. Available at: <https://formations.utipinnovations.fr/>. (Accessed: 28th January 2021)
50. Pharmaciens, O. N. des. eQo Evaluation de la Qualité à l'Officine. Available at: <http://www.eqo.fr/>. (Accessed: 16th October 2020)
51. Le circuit d'approvisionnement des EHPAD. Available at: <https://pepite-depot.univ-lille2.fr/nuxeo/site/esupversions/23a3403a-4530-44a9-ae53-9b2306fbfa57>. (Accessed: 9th February 2021)
52. Centre, O. Recommandations pour les PDA au sein des officines. Available at: http://www.omedit-centre.fr/portail/gallery_files/site/136/2953/5062/5189.pdf. (Accessed: 9th February 2021)
53. ARS Nouvelle-Aquitaine. *Guide Pharmacie EHPAD pour PDA*.
54. Almeida, M. et al. *Intérêt du double contrôle des piluliers dans le cadre de la dispensation journalière individuelle et nominative (DJIN) en rhumatologie*.
55. Blochet, C. *Convention EHPAD-Officine Le management pharmaceutique des traitements médicamenteux*.
56. Almudever, M. et al. *Recommandations transport des médicaments thermosensibles*.
57. Pharmaciens, O. N. des. *Dispensation des médicaments & des autres produits autorisés*.
58. Participation du pharmacien dans les réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP) en cancérologie. Available at: <https://www.gerpac.eu/participation-du-pharmacien-dans-les-reunions-de-concertation-pluridisciplinaire-rcp-en-cancerologie-304>. (Accessed: 9th February 2021)
59. Globule. Globule — Le dossier communicant. Available at: <http://www.globule.net/presentation>. (Accessed: 27th January 2021)
60. UNCAM. Accord-cadre interprofessionnel | ameli.fr | Exercice coordonné. Available at: <https://www.ameli.fr/charente-maritime/exercice-coordonne/textes-reference/accord-cadre-interprofessionnel/accord-cadre-interprofessionnel>. (Accessed: 27th January 2021)
61. URPS. Procédure de Retrait/Rappel de lots à usage humain. Available at: <https://www.urps-pharmaciens-na.fr/fichiers/uploads/2018/02/info-retrait-de-lots.pdf>. (Accessed: 25th October 2020)
62. Procédure de retraits ou rappels de lots de médicaments. Available at: <https://www.urps-pharmaciens-na.fr/fichiers/uploads/2018/02/info-retrait-de-lots.pdf>. (Accessed: 29th January 2021)
63. CYCLAMED. Médicaments Périmés, non utilisés à rapporter en pharmacie. Available at: <https://www.cyclamed.org/>. (Accessed: 29th January 2021)

64. Légifrance. Arrêté du 31 juillet 2019 définissant les orientations pluriannuelles prioritaires de développement professionnel continu pour les années 2020 à 2022. Available at: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000038858372/>. (Accessed: 21st October 2020)
65. ANSM. Qu'est ce qu'une erreur médicamenteuse ? - ANSM : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé.
66. Pharmaciens, O. N. des. Effets indésirables : rien à déclarer ? - La lettre 60 (jeudi 15 octobre 2015) -. Available at: <http://lalettre.ordre.pharmacien.fr/accueil-lettre-60/Effets-indesirables-rien-a-declarer>. (Accessed: 9th February 2021)
67. Clinique, S. F. de P. *La Revue des Erreurs liés aux Médicaments et Dispositifs Associés*.
68. Santé, M. des S. et de la. Portail de signalement des événements sanitaires indésirables. Available at: https://signalement.social-sante.gouv.fr/psig_ihm_utilisateurs/index.html#/accueil. (Accessed: 25th October 2020)

ANNEXES

ANNEXE 1 : Résumé des caractéristiques du modèle PATHOS

→ **Un thésaurus de 50 états pathologiques¹** représentant la très grande majorité des situations cliniques rencontrées en Gériatrie

→ **12 profils de stratégie thérapeutique ou profils² de soins** chaque état pathologique repéré étant caractérisé par un profil et un seul



T1	Soins importants et multiples avec surveillance médicale quotidienne. Pronostic vital en jeu dans l'immédiat
T2	Équilibration et surveillance rapprochée Surveillance médicale pluri-hebdomadaire et permanence infirmière 24 h sur 24 requise le plus souvent
P1	Soins de prise en charge psychiatrique de crise, mais aussi de rechutes fréquentes
P2	Soins de prise en charge psychiatrique continue, soutien psychothérapique
R1	Rééducation fonctionnelle intensive, le plus souvent individuelle
R2	Rééducation fonctionnelle d'entretien, discontinuée ou allégée chez un patient ne pouvant supporter une rééducation intensive, parfois collective après évaluation individuelle
CH	Plaies, soins locaux complexes et longs (opérés récents, plaies importantes, dermatose), mobilisant l'infirmière au moins 20 minutes tous les deux jours
DG	Investigations pour un état non diagnostiqué
M1	Etat terminal soins psychothérapiques et/ou techniques lourds
M2	Etat terminal d'accompagnement sans soins techniques lourds conduisant au décès à plus ou moins longue échéance
S1	Surveillance épisodique programmée au long cours des affections chroniques stabilisées et de leurs traitements
S0	Absence de toute surveillance ou de traitement (pathologie séquellaire, traitement inutile ou inefficace...)

Les profils de soins :

T1		CH	pour CHirurgie
T2	pour Technique	DG	pour DiaGnostic
P1		M1	
P2	pour Psychiatrie	M2	pour Mourant
R1		S1	
R2	pour Rééducation	S0	pour Soins

ANNEXE 2 Liste de Laroche

	Critères	Exemples de spécialités	Raisons	Alternatives thérapeutiques
Critères avec un rapport bénéfice/risque défavorable				
<i>Antalgiques</i>				
1	Indométacine par voie générale	CHRONOINDOCID, INDOCID, DOLCIDIUM Gé	Effets indésirables neuropsychiques. Prescription de 2 ^{ème} intention.	Autres AINS sauf phénylbutazone
2	Phénylbutazone	BUTAZOLIDINE	Effets indésirables hématologiques sévères	Autres AINS sauf indométacine par voie générale
3	Association d'au moins deux anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS)		Pas d'augmentation de l'efficacité et majoration du risque d'effet indésirable.	Un seul AINS
<i>Médicaments ayant des propriétés anticholinergiques</i>				
4	Antidépresseurs imipraminiques : clomipramine, amoxapine, amitriptyline, maprotiline, dosulépine, doxépine, trimipramine, imipramine >	ANAFRANIL, DEFANYL, LAROXYL, ELAVIL, LUDIOMIL, PROTHIADEN, QUITAXON, SURMONTIL, TOFRANIL	Effets anticholinergiques et effets cardiaques sévères. Les antidépresseurs imipraminiques semblent plus efficaces que les IRS sur certaines dépressions, toutefois le rapport bénéfice/risque chez les personnes âgées est moins favorable. Prescription de 2 ^{ème} intention.	Inhibiteurs du recaptage de la sérotonine (IRS), inhibiteurs du recaptage de la sérotonine et de la noradrénaline (IRSN)
5	Neuroleptiques phénothiazines : chlorpromazine, fluphénazine, propéridazine, lévomépromazine, pipotiazine, cyamémazine, pérphénazine	LARGACTIL, MODITEN, MODECATE, NEULEPTIL, NOZINAN, PIPORTIL, TERCIAN, TRILIFAN RETARD	Effets anticholinergiques. Prescription de 2 ^{ème} intention.	Neuroleptiques non phénothiazines avec une activité anticholinergique moindre (clozapine, rispéridone, olanzapine, amisulpride), meprobamate
	Critères	Exemples de spécialités	Raisons	Alternatives thérapeutiques
Critères avec un rapport bénéfice/risque défavorable				
<i>Médicaments ayant des propriétés anticholinergiques</i>				
6	Hypnotiques aux propriétés anticholinergiques : doxylamine, acéprométazine en association, alimémazine	DONORMYL, LIDENE, NOCTRAN, MEPRONIZINE, THERALENE	Effets anticholinergiques et effets négatifs sur la cognition	Hypnotiques benzodiazépines ou apparentés à demi-vie courte ou intermédiaire, à dose inférieure ou égale à la moitié de la dose proposée chez l'adulte jeune
7	Anti-histaminiques H1 : prométhazine, méquitazine, alimémazine, carbinoxamine, hydroxyzine, bromphéniramine, dexchlorphéniramine, dexchlorphéniramine-bétaméthasone, cyproheptadine, buclizine	PHENERGAN, PRIMALAN, QUITADRILL, THERALENE, SIROP TEYSSERE, ALLERGEFON, ATARAX, DIMEGAN, POLARAMINE, CELESTAMINE, PERIACETINE, APHILAN	Effets anticholinergiques, somnolences, vertiges	Cétirizine, desloratadine, loratadine
8	Antispasmodiques avec des propriétés anticholinergiques : oxybutynine, tolterodine, solifénacine	DITROPAN, DRIPTANE, DETRUSITOL, VESICARE	Effets anticholinergiques, doivent être évités dans la mesure du possible	Tropium ou autre médicaments avec moins d'effet anticholinergique
9	Association de médicaments ayant des propriétés anti-cholinergiques		Association dangereuse chez les personnes âgées	Pas d'association
<i>Anxiolytiques, Hypnotiques</i>				
10	Benzodiazépines et apparentés à longue demi-vie (é. 20 heures) : bromazépam, diazépam, chlórdiazépoxide, prazépam, clobazam, nordazépam, loflazépate, nitrazépam, flunitrazépam, clorazépate, clorazépate-acépromazine, acéprométazine, estazolam	LEXOMIL, VALIUM, NOVAZAM Gé, LIBRAX, LYSANXIA, URBANYL, NORDAZ, VICTAN, MOGADON, ROHYPNOL, TRANXENE, NOCTRAN, NUCTALON	Action plus marquée des benzodiazépines à longue demi-vie avec l'âge : augmentation du risque d'effets indésirables (somnolence, chute...)	Benzodiazépines ou apparentés à demi-vie courte ou intermédiaire, à dose inférieure ou égale à la moitié de la dose proposée chez l'adulte jeune

	Critères	Exemples de spécialités	Raisons	Alternatives thérapeutiques
Critères avec un rapport bénéfice/risque défavorable				
<i>Anti-hypertenseurs</i>				
11	Anti-hypertenseurs à action centrale : méthildopa, clonidine, moxonidine, rilmenidine, guanfacine	ALDOMET, CATAPRESSAN, PHYSICIENS, HYPERIUM, ESTULIC	Personnes âgées plus sensibles à ces médicaments : effet sédatif central, hypotension, bradycardie, syncope	Autres anti-hypertenseurs, sauf inhibiteurs des canaux calciques à libération immédiate et réserpine
12	Inhibiteurs des canaux calciques à libération immédiate : nifédipine, nicardipine	ADALATE, LOXEN 20 mg	Hypotension orthostatique, accident coronaire ou cérébral	Autres anti-hypertenseurs, sauf anti-hypertenseurs à action centrale et réserpine
13	Réserpine	TENSIONORME	somnolence, syndrome dépressif et trouble digestif	Tous autres anti-hypertenseurs, sauf inhibiteurs des canaux calciques à libération immédiate et anti-hypertenseurs à action centrale
<i>Antiarythmiques</i>				
14	Digoxine > 0,125 mg/jour OU digoxine avec concentration plasmatique > 1,2 ng/ml		Personnes âgées plus sensibles à l'action de la digoxine. Il est plus juste de considérer une dose de digoxine qui conduirait à une concentration plasmatique supérieure à 1,2 ng/ml comme inappropriée ; à défaut de cette information, la dose moyenne de 0,125 mg/jour est recommandée pour minimiser le risque d'effet indésirable	Digoxine < 0,125 mg/jour OU digoxine avec concentration plasmatique entre 0,5 et 1,2 ng/ml
15	Disopyramide	ISORYTHM, RYTHMODAN	insuffisances cardiaques et effet anticholinergique	Amiodarone, autres anti-arythmiques

	Critères	Exemples de spécialités	Raisons	Alternatives thérapeutiques
Critères avec un rapport bénéfice/risque défavorable				
<i>Antiagrégant plaquettaire</i>				
16	Ticlopidine	TICLID	Effets indésirables hématologiques et hépatiques sévères	Clopidogrel, aspirine
<i>Médicaments gastro-intestinaux</i>				
17	Cimétidine	TAGAMET, STOMEDINE	Confusion, plus d'interactions médicamenteuses qu'avec les autres anti-H2	Inhibiteurs de la pompe à protons, éventuellement autres anti-H2 (ranitidine, famotidine, nizatidine) ayant moins d'interactions médicamenteuses.
18	Laxatifs stimulants : bisacodyl, docusate, huile de ricin, picosulfate, laxatifs anthracéniques à base de cascara, sennosides, bourdaine, séné, aloès du Cap...	CONTALAX, DULCOLAX, PREPACOL, JAMYLENE, FRUCTINES,...	Exacerbation de l'irritation colique	Laxatifs osmotiques
<i>Hypoglycém/anfs</i>				
19	Sulfamides hypoglycémisants à longue durée d'action : carbutamide, glipizide	GLUCIDORAL, OZIDIA LP	Hypoglycémies prolongées	Sulfamides hypoglycémisants à durée d'action courte ou intermédiaire, metformine, inhibiteurs de l'alpha-glucosidase, insuline
<i>Autres relaxants musculaires</i>				
20	Relaxants musculaires sans effet anticholinergique : méthocarbamol, baclofène, tétrazépam	LUMIRELAX, BACLOFENE, LIORESAL, MYOLASTAN, PANOS, MEGAVIX	Somnolence, chutes et troubles mnésiques (tétrazépam)	Thiocolchicoside, méphénésine

	Critères	Exemples de spécialités	Raisons	Alternatives thérapeutiques
Critères avec un rapport bénéfice/risque défavorable				
<i>En fonction de la situation clinique</i>				
21	En cas d'hypertrophie de la prostate, de rétention urinaire chronique : médicaments ayant des propriétés anticholinergiques (critères 4 à 9, 15, 29, 30, 34)		Augmentation du risque de rétention urinaire aiguë	
22	En cas de glaucome par fermeture de l'angle : médicaments ayant des propriétés anticholinergiques (critères 4 à 9, 15, 29, 30, 34)		Augmentation du risque de glaucome aigu	
23	En cas d'incontinence urinaire : alpha-bloquants à visée cardiologique : urapidil, prazosine	EUPRESSYL, MEDIATENSYL, MINIPRESS, ALPRESS	Aggravation de l'incontinence urinaire, hypotension orthostatique	
24	En cas de démence : médicaments ayant des propriétés anticholinergiques (critères 4 à 9, 15, 29, 30, 34), antiparkinsoniens anticholinergiques (trihexyphénidyle, trospatépine, bipéridène), neuroleptiques sauf olanzapine et risperidone, benzodiazépines et apparentés		Aggravation de l'état cognitif du malade	
25	En cas de constipation chronique : médicaments ayant des propriétés anticholinergiques (critères 4 à 9, 15, 29, 30, 34), anti-hypertenseurs centraux (critère 11)		Risque d'occlusion intestinale, d'hypotension orthostatique avec certains d'entre eux	

	Critères	Exemples de spécialités	Raisons	Alternatives thérapeutiques
	Critère avec une efficacité discutable			
	Vasodilatateurs cérébraux : dihydroergotoxine, dihydroergocryptine, dihydroergocristine, ginkgo biloba, nicergoline, naftidrofuryl, pentoxifylline, piribedil, moxisylyte, vinburnine, raubasine- dihydroergocristine, troxerutine-vincamine, vincamine-rutoside, vincamine, piracétam	NOOTROPYL	Pas d'efficacité clairement démontrée, pour la plupart, risque d'hypotension orthostatique et de chutes chez les personnes âgées	Abstention
	Critères avec un rapport bénéfice/risque défavorable et une efficacité discutable			
Anx/o/3	<i>rtiques, Hypnotiques</i>			
27	Dose de benzodiazépines et apparentés à demi-vie courte ou intermédiaire supérieure à la moitié de la dose proposée chez l'adulte jeune : lorazépam>3 mg/j, oxazépam>60 mg/j, alprazolam>2 mg/j, triazolam>0,25 mg/j, témazépam>15 mg/j, clotiazépam>5 mg/j, loprazolam>0,5 mg/j, lormétazépam>0,5 mg/j, zolpidem> 5 mg/j, zopiclone> 3,75 mg/j	TEMESTA>3 mg/j, EQUITAM >3 mg/j, SERESTA>60 mg/j, XANAX>2 mg/j, HALCION>0,25 mg/j, NORMISON>15mg/j, VERATRAN>5 mg/j, IHAVLANE>0,5 mg/j, NOCTAMIDE>0,5 mg/j, STILNOX> 5 mg/j, IVADAL> 5 mg/j, IMOVANE> 3,75 mg/j	Pas d'amélioration de l'efficacité et plus de risque d'effets indésirables lors de l'augmentation de la dose journalière au-delà de la demi- dose proposée chez l'adulte jeune	Benzodiazépines ou apparentés à demi-vie courte ou intermédiaire, à la dose inférieure ou égale à la moitié de la dose proposée chez l'adulte jeune
	Médicaments gastro-intestinaux			
28	Méprobamate	KAOLOGEAS	Somnolence, confusion	
29	Antispasmodiques gastro-intestinaux aux propriétés anticholinergiques : tiémonium, scopolamine, clidinium bromure- chlordiazépoxide, dihexyvérine, belladone en association, diphénoxylate-atropine	VISCERALGINE, SCOPODERM, SCOBUREN, LIBRAX, SPASMODEX, GELUMALINE, SUPPOMALINE, DIARSED	Pas d'efficacité clairement démontrée, des effets indésirables anticholinergiques	Phloroglucinol, mébévérine

	Critères	Exemples de spécialités	Raisons	Alternatives thérapeutiques
Critères avec un rapport bénéfice/risque défavorable et une efficacité discutable				
<i>Autres médicaments aux propriétés anti-cholinergiques</i>				
30	Anti-nauséeux, anti-rhinite, anti-tussif, anti-vertigineux ayant des propriétés anti-cholinergiques : buclizine, diméthylhydrate, diphénylhydramine, métopimazine, alizapride, méclozine, piméthixène, prométhazine, oxomémazine, phéniramine, diphenhydramine en association, triprolidine en association, chlorphénamine...	APHILAN, DRAMAMINE, MERCALM, NAUSICALM, NAUTAMINE, VOGALENE, VOGALIB, PLITICAN, AGYRAX, CALMIXENE, RHINATHIOL, PROMETHAZINE, FLUISEDAL, TRANSMER, TUSSISEDAL, TOPLEXIL, FERVEL, ACTIFED jour et nuit, ACTIFED RHUME, HUMEX RHUME, RHINOFEBRAL,....	Pas d'efficacité clairement démontrée syndromes anticholinergiques, confusions et sédation	- pour les rhinites : abstention, sérum physiologique, - pour les nausées : dompéridone - pour les vertiges : bétahistine, acétyl-leucine - pour les toux : antitussifs non opiacés, non antihistaminiques (clobutinol, oléxadine)
<i>Antiagrégant plaquettaire</i>				
31	Dipyridamole	ASASANTINE, CLERIDIUM, PERSANTINE, CORONARINE, PROTANGIX	Moins efficace que l'aspirine, action vasodilatatrice à l'origine d'hypotension orthostatique	Antiagrégants plaquettaires sauf ticlopidine
Critères avec un rapport bénéfice/risque défavorable et une efficacité discutable				
<i>Antimicrobien</i>				
32	Nitrofurantoïne	FURADANTINE, FURADOINE, MICRODOINE	Traitement de l'infection urinaire non compliquée symptomatique de la personne âgée, peut être à l'origine d'insuffisance rénale, de pneumopathie, de neuropathie périphérique, de réaction allergique. En cas d'emploi prolongé, apparition de résistances	Antibiotique à élimination rénale adapté à l'antibiogramme
<i>Associations médicamenteuses</i>				
33	Association de deux ou plus de deux psychotropes de la même classe pharmacothérapeutique : 2 ou plus de 2 benzodiazépines ou apparentés ; 2 ou plus de 2 neuroleptiques ; 2 ou plus de deux antidépresseurs		Pas d'amélioration de l'efficacité et plus de risque d'effets indésirables	Pas d'association
34	Association de médicaments ayant des propriétés anticholinergiques avec des anticholinestérases	*	Association non logique puisqu'elle conduit à donner conjointement un médicament bloquant les récepteurs muscariniques et un médicament qui élève le taux d'acétylcholine au niveau synaptique. Existence d'effets anticholinergiques, diminution de l'efficacité des anticholinestérases	Pas d'association

ANNEXE 3 : Liste des mentions légales devant figurées sur une prescription médicale

- **L'identification complète du prescripteur** (nom, prénom, qualification, numéro d'identification)
- **L'identification complète du patient** (nom, prénom, âge, poids, sexe)
- **La date de rédaction de l'ordonnance**
- **La dénomination commune d'un principe actif** assortie ou non d'une marque ou du nom du fabricant
- **Le dosage et la forme pharmaceutique**
- **La posologie et le mode d'emploi** (s'il s'agit d'une préparation, détailler la formule)
- **La durée de traitement** ou le nombre d'unités de conditionnement dans le cas d'une prescription en nom de marque
- **Le nombre de renouvellements** de la prescription si nécessaire
- La mention non remboursable (NR) dans le cas d'une prescription d'un médicament en dehors des indications thérapeutiques remboursables
- **La signature du prescripteur**

ANNEXE 4 : Questionnaire sur les pratiques officinales

Fournissez-vous en médicaments, un ou des EHPAD ? *

- ☐ Oui
- ☐ Non

Combien d'EHPAD fournissez-vous ? *

- ☐ 1
- ☐ 2
- ☐ 3 et +

Avez-vous signé une convention avec le ou les EHPAD concernés ? *

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ En projet

Avez-vous connaissance du pharmacien référent pour le ou les EHPAD dont vous êtes en charge ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

Par quel(s) moyen(s) recevez-vous les ordonnances des patients ? *

- ☐ Fax
- ☐ En main-propre
- ☐ Courrier postal
- ☐ Boîte mail sécurisée
- ☐ Boîte mail non sécurisée
- ☐ Apportée(s) par la famille
- ☐ Autre...

Quelle est la part d'ordonnances issues d'un logiciel d'aide à la prescription (ordonnances informatisées) ?

- ☐ < 20%
- ☐ 20-50%
- ☐ >70%

Comment est planifiée la préparation des ordonnances ? *

- ☐ Au fur et à mesure que vous les recevez
- ☐ Jour défini dans la semaine
- ☐ Autre...

Quel est le statut de la personne référente pour la gestion des ordonnances ? *

- ☐ Un(e) pharmacien(ne)
- ☐ Un(e) préparateur(trice)
- ☐ Pas de personne référente

Combien de personnes sont amenées à préparer les ordonnances ? *

- ☐ 1
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4 et +

Si une seule personne prépare les ordonnances, exécute t-elle cette tâche d'une seule traite ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

Si plusieurs personnes préparent les ordonnances, y a t-il une double vérification de produits délivrés ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

A quelle fréquence réalisez-vous une analyse pharmaceutique pour la dispensation ? *

- ☐ Lors de l'initiation d'un nouveau traitement
- ☐ Lors d'un changement de traitement
- ☐ Lors d'un renouvellement
- ☐ A chaque dispensation
- ☐ Autre...

Utilisez-vous les données biologiques de votre patient lors de l'analyse pharmaceutique ? *

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Je n'ai pas accès aux données biologiques

Quelle(s) autre(s) sources utilisez-vous pour votre analyse pharmaceutique ? *

- ☐ Historique du patient dans le logiciel pharmaceutique
- ☐ Dossier pharmaceutique
- ☐ Dossier médical
- ☐ Autre...

Participez-vous aux réunions de concertations pluri-disciplinaires (RCP) au sein du ou des EHPAD ? *

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Il n'y a pas de RCP

De quelle(s) manière(s) vérifiez-vous les posologies optimales, les interactions médicamenteuses et les contre-indications des traitements du patient ? *

- ☐ Recommandations de l'HAS
- ☐ Banque Claude Bernard
- ☐ Vidal
- ☐ Guide des bonnes pratiques de prescription des sociétés françaises
- ☐ Autre...

Connaissez-vous les 4 classes de médicaments les plus iatrogènes chez les personnes âgées ? *

Comment êtes-vous informés de la capacité de déglutition des patients ? *

- ☐ Notification dans le dossier médical
- ☐ Via le personnel soignant
- ☐ Non informé
- ☐ Autre...

Comment sont validées les ordonnances ? *

- ☐ Auto-contrôle par un préparateur
- ☐ Auto-contrôle par un pharmacien
- ☐ Préparation par un préparateur et contrôle par un préparateur
- ☐ Préparation par un préparateur et contrôle par un pharmacien
- ☐ Préparation par un pharmacien et contrôle par un pharmacien
- ☐ Autre...

Êtes-vous informé de l'auto-médication du patient ? *

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Partiellement

Utilisez-vous des fiches d'interventions pharmaceutiques lors de problèmes liés à la thérapeutique médicamenteuse ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

Quelle(s) démarche(s) est(sont) adoptée(s) suite à l'émission de la fiche d'intervention ? *

- ☐ Notification au médecin traitant
- ☐ Notification dans le dossier médical
- ☐ Élaboration de fiches de prise en charge
- ☐ Notification dans un registre qui consigne les problèmes déjà survenus et leur prise en charge
- ☐ Autre...

De quelle(s) manière(s) délivrez-vous les médicaments ? *

- ☐ A la boîte
- ☐ Préparation de doses à administrer (PDA)

Existe t-il un processus écrit, accessible, pour chaque étape de la réalisation des PDA ? *

- ☐ Oui, pour une initiation de traitement
- ☐ Oui, pour un changement de traitement
- ☐ Oui pour un arrêt de traitement
- ☐ Oui, pour une procédure de refabrication après livraison
- ☐ Aucun processus rédigé
- ☐ Autre...

Grâce à quelle méthode réalisez-vous les PDA ? *

- ☐ PDA manuelle système monodose
- ☐ PDA manuelle système multidose
- ☐ PDA automatisée système monodose
- ☐ PDA automatisée système multidose

Est-ce que les PDA s'effectue avec surconditionnement ? (découpe du blister) *

- ☐ Oui
- ☐ Non

Pour combien de temps les préparez-vous ? *

- ☐ Journalier
- ☐ Hebdomadaire
- ☐ Mensuel
- ☐ Autre...

Y a t-il un double contrôle des PDA ? *

- ☐ Oui par un préparateur
- ☐ Oui par un pharmacien
- ☐ Non

Existe t-il un suivi des indicateurs de non-conformité quant à la réalisation des PDA ? (ex : taux d'erreurs de préparation, délai de modification)

- ☐ Oui
- ☐ Non

Comment délivrez-vous les conseils associés à la prise de traitement ? *

- ☐ Par contact direct avec le patient (ex : au téléphone)
- ☐ Traçabilité écrite auprès de l'IDEC/IDE
- ☐ Pas de conseils délivrés
- ☐ Autre...

Comment alertez-vous les patients des effets indésirables fréquents des médicaments ? *

- ☐ Par contact direct avec le patient (ex : au téléphone)
- ☐ Diffusion d'une liste des effets indésirables fréquents
- ☐ Pas d'alerte
- ☐ Autre...

Comment alertez-vous l'EHPAD des retraits de lots ? *

- ☐ Appel téléphonique
- ☐ E-mail
- ☐ Fax
- ☐ Pas de notification
- ☐ Autre...

Comment réalisez-vous le transport des médicaments thermosensibles ? *

- ☐ Traçabilité de la température (via une sonde) au cours de l'acheminement
- ☐ Utilisation d'un système de réfrigération au cours de l'acheminement
- ☐ Sans système de réfrigération
- ☐ Autre...

Comment sécurisez-vous le transport des médicaments stupéfiants ? *

- ☐ Transport dans une mallette scellée/sécurisée
- ☐ Acheminement par un membre de la pharmacie
- ☐ Autre...

Comment est géré le retour des médicaments non utilisés ? *

- ☐ Dépôt d'une carton CYCLAMED® à l'EHPAD
- ☐ Collecte programmée par la pharmacie
- ☐ Autre...

Y a t-il au sein de l'EHPAD, un stock de sécurité et d'urgence pour palier aux changements de traitement et aux pathologies d'urgence ?

- ☐ Présence d'une dotation de sécurité
- ☐ Présence d'une dotation d'urgence
- ☐ Ne sait pas
- ☐ Autre...

Réalisez-vous un bilan (conciliation médicamenteuse, bilan de médication partagé, bilan AVK, ...) *
des prescriptions médicales ?

- ☐ Oui pour tous
- ☐ Oui pour certains patients
- ☐ Après l'entrée d'un nouveau résident
- ☐ Après un évènement intercurrent
- ☐ Non pour tous
- ☐ Autre...

A quelle fréquence proposez-vous l'ouverture du dossier médical partagé pour les patients de l'EHPAD ? *

	0	1	2	3	4	5	
Jamais	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Systématiquement

Déclarez-vous systématiquement les erreurs médicamenteuses ? *

- ☐ Oui
- ☐ Non

Êtes-vous rémunéré pour les PDA (hors honoraire de dispensation)

- ☐ Oui
- ☐ Non

Quel est le montant (en €) ?

ANNEXE 5 : Outil STOPP START, critères

STOPP.v2 : médicament		& situation suivante → potentiellement inapproprié (> 65 ans) : envisager son arrêt
DIG	IPP	& dose max > 8 semaines pour œsophagite ou ulcère gastroduodénal non-complicqué
	fer	& dose > 200 mg/j de Fer élémentaire par voie orale
	métoclopramide	& syndrome parkinsonien
	médicament à effet constipant	& constipation chronique, lorsque des alternatives existent
RHUMATO	AINS	& insuffisance rénale modérée (DFG < 50 ml/min) & hypertension artérielle sévère ou insuffisance cardiaque sévère & ischémie cardiaque non-contrôlée & anticoagulant oral ; ou antiagrégant plaquettaire sans IPP & antécédent d'ulcère gastroduodénal/saignement digestif, sans IPP ou anti-H2 & corticothérapie sans IPP & arthrose, plus de 3 mois, en 1 ^{ère} ligne & goutte, plus de 3 mois, sans inhibiteur de la xanthine-oxydase (allopurinol, febuxostat)
	biphosphonate (voie orale)	& atteinte du tractus digestif supérieur (inflammation, ulcère, ...)
	colchicine	& insuffisance rénale terminale (DFG < 10 ml/min) & goutte, plus de 3 mois, sans allopurinol ou febuxostat
	corticothérapie	& douleur d'arthrose (par voie orale ou locale) (injection intra-articulaire admise) & polyarthrite rhumatoïde, en monothérapie, plus de 3 mois
RESPI	corticothérapie	& BPCO modérée à sévère, au long cours, par voie systémique plutôt que par voie inhalée
	théophylline	& BPCO, en monothérapie
	bronchodilatateur	& glaucome à angle aigu
	anticholinergique	& obstacle à la vidange de la vessie
	antihistaminique 1 ^{ère} gén.	Dans tous les cas
	anticholinergique (bronchodilatateur, antiH ₁ , antispasmodique,...)	& démence, délirium, prostatisme, glaucome à angle fermé & effets extrapyramidaux induits par un neuroleptique ≥ 2 en même temps

START.v2 : situation médicale		→ médicament : envisager de le débiter
L O C O M	chutes, ostéopénie, confinement	→ vitamine D (minimum 800 à 1000 /j)
	ostéoporose ± fracture de fragilité	→ vitamine D + calcium + inhibiteur de la résorption osseuse /anabolique osseux
	corticothérapie systémique (>3mois)	→ vitamine D + calcium + biphosphonate
	polyarthrite rhumatoïde active	→ inducteur de rémission (méthotrexate, rituximab, etanercept...)
	méthotrexate	→ acide folique
C A R D I O	goutte clinique ou radiographique	→ inhibiteur de la xanthine oxydase, en traitement de fond
	hypertension persistante (>160/90)	→ antihypertenseur, à initier ou majorer
	fibrillation auriculaire	→ anticoagulant oral (si CI majeure: aspirine 75 à 160 mg/jour)
	athérosclérose clinique	→ antiagrégant plaquettaire + statine si < 85 ans
	cardiopathie ischémique	→ IECA + β-bloquant
N E U R O	insuffisance cardiaque systolique	→ IECA + β-bloquant si stabilisée (bisoprolol, nébivolol, métoprolol, carvedilol)
	diabète avec néphropathie	→ IECA (si intolérance aux IECA : ARAII)
	anxiété sévère persistante	→ ISRS [pas une benzodiazépine] (si CI aux ISRS : duloxetine, venlafaxine, ou prégabaline)
	symptômes dépressifs majeurs	→ antidépresseur (non-tricyclique), si symptômes persistants
	maladie de Parkinson	→ L-DOPA ou agoniste dopaminergique
R E S P I	maladie d'Alzheimer, légère-moderée	→ inhib. acétylcholinestérase (donepézil, rivastigmine, galantamine)
	maladie à corps de Lewy	→ rivastigmine
	syndrome des jambes sans repos	→ agoniste dopaminergique, si pas de carence martiale ni d'IR sévère
	opiacés régulièrement	→ laxatif
	douleurs modérées à sévères	→ agonistes opioïdes forts, si échec des autres antidouleurs
D I G U	pics douloureux non-couverts	→ opiacé à action rapide
	glaucome primaire à angle ouvert	→ traitement topique (analogues des prostaglandines, prostamide ou β-bloquant)
	asthme ou BPCO	→ bronchodilatateur (β2-adrénergique ou anti-muscarinique) si léger à modéré → corticostéroïde inhalé de manière régulière si modéré à sévère
	hypoxie chronique	→ oxygénothérapie
	vaccination	→ anti-grippe, chaque début d'automne + anti-pneumocoque
U G	reflux/sténose œsophagien sévère	→ IPP
	maladie diverticulaire	→ si constipation chronique: supplémentation en fibres
	vaginite atrophique symptomatique	→ oestrogènes locaux
	prostatisme symptomatique	→ α1-bloquant & inhib. de la 5α-réductase, si résection de prostate non-justifiée

ANNEXE 6 : Exemple fiche d'intervention pharmaceutique

TAMPON :	Fiche Intervention Pharmaceutique	
	Démarche assurance qualité	Page 1/3

*Le N° d'enregistrement est indispensable pour l'externalisation des données patient et médecin (confidentialité)

Numéro d'enregistrement *		NOM		PRENOM	
Date :	Code CIP du médicament	N° Facture :	Age : ans ou mois	Sexe :	poids Kg
				☐ M ☐ F	
1 - PROBLEME (1 choix) : 1.1 ☐ Contre-indication / Non conformité aux référentiels 1.2 ☐ Problème de posologie 1.3 ☐ Interaction médicamenteuse ○ A prendre en compte ○ Précaution d'emploi ○ Association déconseillée ○ Association contre-indiquée ○ Publiée 1.4 ☐ Effet indésirable 1.5 ☐ Oubli de prescription 1.6 ☐ Médicament ou dispositif non reçu par le patient ○ Indisponibilité ○ Inobservance ○ Incompatibilité physico-chimique 1.7 ☐ Prescription d'un médicament non justifié 1.8 ☐ Redondance 1.9 ☐ Prescription non conforme ○ Support ou prescripteur ○ Manque d'information, de clarté ○ Voie d'administration inappropriée 1.10 ☐ Pharmacodépendance 1.11 ☐ Monitoring à suivre		2 - PRESCRIPTEUR : Nom Prénom : 2.1 ☐ Médecin généraliste 2.2 ☐ Médecin spécialiste 2.3 ☐ Médecin hospitalier		5 - ORDONNANCE : 5.1 ☐ Classée 5.2 ☐ Transmise au prescripteur 2.4 ☐ Sage-femme, 2.5 ☐ Dentiste, 2.6 ☐ Infirmier	
		3 - INTERVENTION (1 choix) 3.1 ☐ Adaptation posologique 3.2 ☐ Choix de la voie d'administration 3.3 ☐ Améliorer les méthodes de dispensation /d'administration 3.4 ☐ Suivi thérapeutique 3.5 ☐ Ajout (prescription nouvelle) 3.6 ☐ Changement de médicament 3.7 ☐ Arrêt ou refus de délivrer		4 - DEVENIR DE L'INTERVENTION 4.1 ☐ Acceptée par le prescripteur 4.2 ☐ Non acceptée par le prescripteur sans motif 4.3 ☐ Non acceptée par le prescripteur avec motif 4.4 ☐ Refus de délivrance avec appel prescripteur 4.5 ☐ Refus de délivrance sans appel prescripteur 4.6 ☐ Acceptation du patient (information du patient et prescripteur non contacté) 4.7 ☐ Non acceptation par le patient	

DETAILS POUR ANALYSE DE L'INTERVENTION PHARMACEUTIQUE préciser : DCI, Dosage, posologie, rythme d'administration des médicaments ; Eléments pertinents en relation avec le problème dépisté ; Constantes biologiques perturbées ou concentration d'un médicament dans liquides biologiques (+ normales du laboratoire) ; Décrire précisément l'intervention pharmaceutique.

Contexte de l'intervention

Problème

Intervention

Tableau 1 : description des problèmes liés à la thérapeutique médicamenteuse

PROBLEME LIE A	DESCRIPTION
1.1 Contre-indication ou Non conformité aux référentiels.	- Il existe une contre-indication à l'usage de ce médicament : Par exemple, le patient présente un terrain qui contre-indique le médicament prescrit : asthme et bêta-bloquant. - Non conformité du choix du médicament aux différents consensus ou hors AMM : Un autre médicament est tout aussi efficace et moins coûteux ou moins toxique pour ce patient conformément aux consensus ou recommandations ou référentiels. Médicament prescrit en dehors de son AMM.
1.2 Problème de posologie	- Sous dosage ou surdosage: le médicament est utilisé à une dose trop faible ou trop élevée pour ce patient (dose par période de temps), non concordance avec le DP. - La durée de traitement est anormalement raccourcie : (Ex : antibiotique prescrit sur 5 jours au lieu de 10 jours). - Le rythme d'administration est trop distant ou trop rapproché (Ex : Haldol decanoas® prescrit tous les jours).
1.3 Interaction médicamenteuse	- Un médicament du traitement interfère avec un autre médicament et peut induire une réponse pharmacologique exagérée ou insuffisante. - D'après le Gtiam de l'ANSM : Association à prendre en compte (selon la pertinence clinique), Précaution d'emploi, Association déconseillée, Association contre-indiquée. - Interaction publiée mais non validée par le Gtiam de l'ANSM. (préciser les références bibliographiques).
1.4 Effet indésirable	Le patient présente un effet indésirable alors que le médicament est administré à la bonne posologie. Il peut s'agir d'un effet clinique ou biologique, cinétique.
1.5 Oubli de prescription	- Absence de thérapeutique pour une indication médicale valide. - Un médicament n'a pas été renouvelé, (présence dans le dossier pharmaceutique (DP), et le malade ne sait pas ce qui justifie l'absence de reconduction du traitement), un médicament n'a pas été prescrit après un transfert. - Le patient n'a pas bénéficié d'une prescription de prophylaxie ou de prémédication. - Un médicament synergique ou correcteur devrait être associé.
1.6 Traitement non reçu : • Indisponibilité • Inobservance • Incompatibilité physico-chimique	- Non disponibilité de la spécialité: Arrêt de fabrication, suspension d'AMM, rupture de stock, pénurie - Problème d'observance - Incompatibilité physico-chimique entre plusieurs médicaments <i>injectables, aérosol, gouttes buvables...</i> : risque de précipitation entre des médicaments incompatibles en cours d'administration.
1.7 Prescription d'un médicament non justifié	- Un médicament est prescrit sans indication justifiée (ex : le patient nous interpelle) - Ce médicament n'apparaît pas dans le DP ou historique du logiciel (ex : l'équipe et le patient doutent que le médicament prescrit soit à dispenser.) - Un médicament est prescrit sur une durée trop longue sans risque de surdosage (Ex : antibiothérapie sur 15 jours pour une pathologie courante).
1.8 Redondance	- Un même principe actif est prescrit plusieurs fois sur l'ordonnance (Ex : Doliprane® et Ixprim®). - Prescriptions de deux médicaments à principe actif différent mais appartenant à la même classe thérapeutique <i>créant une redondance pharmacologique</i> (Ex : Josir® et Xatral®).
1.9 Prescription non conforme : • support ou prescripteur, • manque d'information, de clarté • Voie d'administration inappropriée	- Le médicament choisi est correct mais : - le support d'ordonnance n'est pas conforme, le libellé est incomplet (absence de dosage...) ou incorrect, ou mauvaise lisibilité de l'ordonnance - le prescripteur est non habilité (médicament de prescription restreinte) - Plan de prise non optimal (répartition horaire et moment). - La méthode d'administration n'est pas adéquate (reconstitution, dilution, manipulation, durée). - Mauvais choix de galénique (forme solution si difficulté à déglutir ou éviter le cp effervescent sous corticoïde ou forme non compatible avec la Nutrition entérale à domicile)
1.10 Pharmacodépendance	Abus de médicament (laxatifs) ou addiction suspectée ou avérée (anxiolytiques) ou usage détourné.
1.11 Monitoring à suivre	Le patient ne bénéficie pas d'un suivi approprié ou suffisant pour son traitement : suivi biologique ou cinétique ou clinique (INR, Hémoglobine glyquée, clairance de la créatinine, ECG, tension artérielle, mesure de concentration d'un médicament...)

TAMPON :	Fiche Intervention Pharmaceutique	
	Démarche assurance qualité	Page 3/3

Tableau 2 description des interventions : ne choisir qu'une intervention.(une feuille par intervention)

INTERVENTION	DESRIPTIF
3.1 Adaptation posologique	- <i>Adaptation de la posologie d'un médicament à marge thérapeutique étroite</i> en tenant compte d'un résultat de concentration de ce médicament dans un milieu biologique, de la fonction rénale (clairance de la créatinine) et/ou de la fonction hépatique ou du résultat d'un autre examen biologique. - <i>Adaptation de la posologie d'un médicament par ajustement des doses avec le poids, l'âge, l'AMM ou la situation clinique du patient.</i> - <i>Allongement d'une durée de traitement jugée trop courte.</i>
3.2 Choix de la voie d'administration plus adapté au patient	<i>Choix d'une voie d'administration plus adaptée au patient.</i> si difficulté à déglutir choix d'une voie rectale ou locale ...
3.3 Améliorer les méthodes de dispensation /d'administration	- <i>Plan de prise :</i> • Répartition des prises par rapport au repas ou aux interactions médicamenteuses sans modification de posologie. • Conseils de prise optimale (Ex : Prise à jeun, à distance des repas, en position debout...). - <i>Choix d'une ordonnance conforme à la réglementation, Précisions des modalités d'administration ou du libellé</i> (dosage, posologie...) (Ex : cp de biphosphonate à prendre debout avec un grand verre d'eau...).
3.4 Suivi thérapeutique	- <i>Demande du dosage d'un médicament ou d'un suivi :</i> INR, Hémoglobine glyquée, auto mesure tensionnelle, poids, clairance de la créatinine, ECG, mesure de concentration d'un médicament...), suivi clinique, suivi cinétique...
3.5 Ajout (prescription nouvelle)	<i>Ajout d'un médicament au traitement d'un patient ou d'un dispositif pour l'administration du traitement :</i> Ex : chambre d'inhalation
3.6 Changement de médicament /mise en place d'une alternative thérapeutique	<i>Mise en place d'une alternative générique ou thérapeutique à un médicament du traitement d'un patient :</i> - Il peut s'agir d'une substitution générique - L'échange thérapeutique correspond à la dispensation d'une alternative dans le cadre d'un protocole approuvé ou après accord du prescripteur. - L'alternative est mieux adaptée au patient.
3.7 Arrêt ou refus de délivrer	<i>Arrêt d'un médicament du traitement d'un patient <u>sans</u> remplacement du médicament avec accord médical ou le pharmacien refuse de délivrer (cause en 1 problème)</i>

Glossaire :

Gtiam : Groupe de travail des interactions médicamenteuses de l'ANSM

DP : dossier pharmaceutique

DMP : dossier médical partagé

Monitoring : suivi approprié ou suffisant pour son traitement, suivi biologique ou cinétique ou clinique

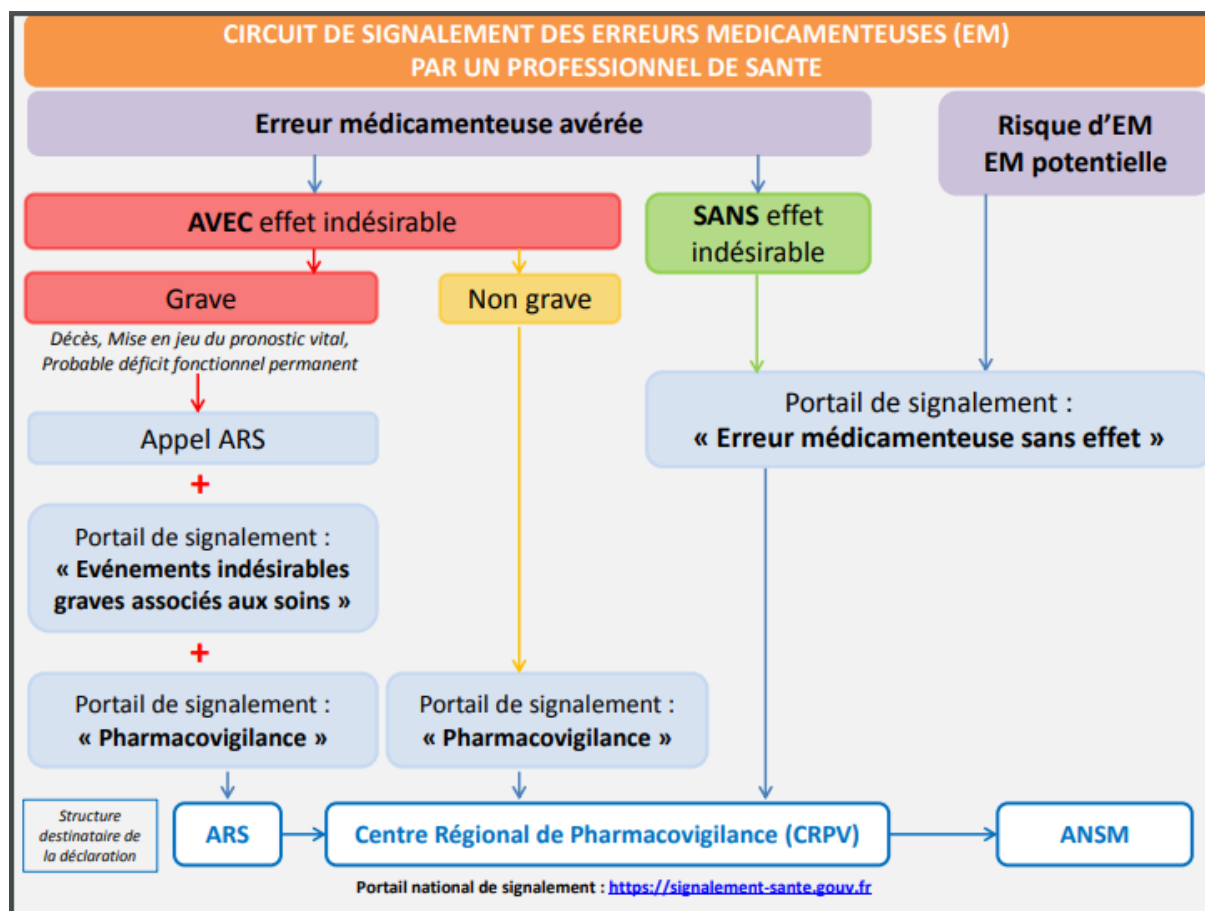
INR : international normalized ratio

ECG : électrocardiogramme

AMM : autorisation de mise sur le marché.

ANSM : agence nationale sécurité du médicament

ANNEXE 7 : Décisionnel pour déclaration des effets indésirables



TEST D'ÉVALUATION DE L'OBSERVANCE

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

INTERPRÉTATION DU TEST :

OUI (0) : Bonne observance

OUI (1 ou 2) : Minime problème d'observance

OUI (> 3) : Mauvaise observance

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

ANNEXE 9 : Processus d'assurance qualité pour les retraits et rappels de lots

TRAITEMENT DES RETRAITS OU RAPPELS DE LOTS DE MÉDICAMENTS		RECOMMANDATION ONP
LISTE DE CONTRÔLE		
ACTIONS	INFORMATIONS/ENREGISTREMENTS	VISAS
Réception du retrait/rappel	Date : Heure :	
Impression du retrait/rappel	Date : Heure :	
Analyse de l'information et identification du produit et des lots concernés	Double contrôle :	
	Nombre de lots concernés :	
Information de l'équipe	Date : Heure :	
Retrait/Rappel physique	Date : Heure :	
Rangements habituels	• • Enceinte thermostatique (médicaments de la chaîne du froid) • Armoires et locaux fermant à clé (stupéfiants) Nombre de boîtes retirées :	
Zone dédiée aux ordonnances en attente	Nombre de boîtes retirées :	
Zone dédiée aux proms	Nombre de boîtes retirées :	
Zone de livraison en attente de déballage	Nombre de boîtes retirées :	
Zone de préparation des commandes	Nombre de boîtes retirées :	
Dispensations en cours	Nombre de boîtes retirées :	
Réserves	Nombre de boîtes retirées :	
Mise en quarantaine des boîtes dans un contenant identifié dans une zone dédiée	N° des lots retirés : Nombre de boîtes : Date de l'envoi au grossiste :	
Sécurisation de la dispensation	Date :	
DATE ET PARAPHE DES MEMBRES DE L'ÉQUIPE INFORMÉS DU RETRAIT/RAPPEL		
ARCHIVAGE DU PRÉSENT DOCUMENT		Date :
Nom, date et signature du responsable du retrait/rappel		
CONTRÔLES DE L'ABSENCE DE FACTURATION		Dates :

SERMENT DE GALIEN

En présence des Maîtres 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,

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.

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

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

Signature de l'étudiant

Nom :

Prénom :

du Président du jury

Nom :

Prénom :