

Faculté de Pharmacie

Année 2024

Thèse N°3331

Thèse pour le diplôme d'État de docteur en Pharmacie

présentée et soutenue publiquement

le 12 juillet 2024

par

Clarisse MASSAT

née le 30/04/1996

à Toulouse (31)

Mise en place de bilans partagés de médication en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

Thèse dirigée par Francis COMBY

Examineurs :

Pr. Nicolas PICARD, Professeur des Universités, Président

Dr. Francis COMBY, Maître de Conférences des Universités, Directeur

Mme. Esther MONIN, Docteur en Pharmacie, Juge

M. Valentin BORIES, Docteur en Pharmacie, Juge



Faculté de Pharmacie

Année 2024

Thèse N°3331

Thèse pour le diplôme d'État de docteur en Pharmacie

présentée et soutenue publiquement

le 12 juillet 2024

par

Clarisse MASSAT

née le 30/04/1996

à Toulouse (31)

**Mise en place de bilans partagés de médication
en établissement d'hébergement
pour personnes âgées dépendantes**

Thèse dirigée par Francis COMBY

Examineurs :

Pr. Nicolas PICARD, Professeur des Universités, Président

Dr. Francis COMBY, Maître de Conférences des Universités, Directeur

Mme. Esther MONIN, Docteur en Pharmacie, Juge

M. Valentin BORIES, Docteur en Pharmacie, Juge



Personnel enseignant de la Faculté de Pharmacie de Limoges

Le 1^{er} janvier 2024

Doyen de la Faculté

Monsieur le Professeur COURTIOUX Bertrand

Vice-doyen de la Faculté

Monsieur LÉGER David, Maître de conférences

Assesseurs de la Faculté

Monsieur le Professeur BATTU Serge, Assesseur pour la Formation Continue

Monsieur le Professeur PICARD Nicolas, Assesseur pour l'Innovation Pédagogique

Professeurs des Universités – Hospitalo-Universitaires

M. BARRAUD Olivier	Microbiologie, parasitologie, immunologie et hématologie
M. PICARD Nicolas	Pharmacologie
Mme ROGEZ Sylvie	Microbiologie, parasitologie, immunologie et hématologie
M. SAINT-MARCOUX Franck	Toxicologie

Professeurs des Universités – Universitaires

M. BATTU Serge	Chimie analytique et bromatologie
M. COURTIOUX Bertrand	Microbiologie, parasitologie, immunologie et hématologie
M. DESMOULIÈRE Alexis	Physiologie
M. DUROUX Jean-Luc	Biophysique et mathématiques
Mme FAGNÈRE Catherine	Chimie organique, thérapeutique et pharmacie clinique
M. LIAGRE Bertrand	Biochimie et biologie moléculaire
Mme MAMBU Lengo	Pharmacognosie

Mme POUGET Christelle Chimie organique, thérapeutique et pharmacie clinique

M. TROUILLAS Patrick Biophysique et mathématiques

Mme VIANA Marylène Pharmacie galénique

Maitres de Conférences des Universités – Hospitalo-Universitaires

Mme. CHAUZEIX Jasmine Microbiologie, parasitologie, immunologie et hématologie

Mme DEMIOT Claire-Élise (*) Pharmacologie

M. JOST Jérémy Chimie organique, thérapeutique et pharmacie clinique

Maitres de Conférences des Universités – Universitaires

Mme AUDITEAU Émilie Chimie organique, thérapeutique et pharmacie clinique

Mme BEAUBRUN-GIRY Karine Pharmacie galénique

Mme BÉGAUD Gaëlle (*) Chimie analytique et bromatologie

M. BILLET Fabrice Physiologie

Mme BONAUD Amélie Microbiologie, parasitologie, immunologie et hématologie

M. CALLISTE Claude Biophysique et mathématiques

M. CHEMIN Guillaume Biochimie et biologie moléculaire

Mme CLÉDAT Dominique Chimie analytique et bromatologie

M. COMBY Francis Chimie organique, thérapeutique et pharmacie clinique

M. FABRE Gabin Biophysique et mathématiques

M. LABROUSSE Pascal (*) Botanique et cryptogamie

Mme LAVERDET Betty Pharmacie galénique

M. LAWSON Roland Pharmacologie

M. LÉGER David (*) Biochimie et biologie moléculaire

Mme MARRE-FOURNIER Françoise Biochimie et biologie moléculaire

M. MERCIER Aurélien	Microbiologie, parasitologie, immunologie et hématologie
Mme MILLOT Marion (*)	Pharmacognosie
Mme PASCAUD-MATHIEU Patricia	Pharmacie galénique
M. TOUBLET François-Xavier	Chimie organique, thérapeutique et pharmacie clinique
M. VIGNOLES Philippe (*)	Biophysique et mathématiques

(*) Titulaire de l'Habilitation à Diriger des Recherches (HDR)

Professeur associé en service temporaire

M. FOUGÈRE Édouard	Chimie organique, thérapeutique et pharmacie clinique
---------------------------	---

Assistant Hospitalo-Universitaire des disciplines pharmaceutiques

Mme MARCELLAUD Élodie	Chimie organique, thérapeutique et pharmacie clinique
------------------------------	---

Attachés Temporaires d'Enseignement et de Recherche

M. DELMON Cédric	Microbiologie, parasitologie, immunologie et hématologie
M. HAMION Guillaume	Pharmacognosie, Botanique et Mycologie
Mme SONDA Amar	Chimie analytique et bromatologie

Enseignants d'anglais

M. HEGARTY Andrew	Chargé de cours
Mme VERCELLIN Karen	Professeur certifié

Remerciements

Merci,

Aux membres de mon jury et professeurs,

À mon directeur de thèse, **Monsieur le Docteur Francis COMBY**. Merci pour votre enthousiasme et pour l'intérêt que vous avez porté, dès nos premiers échanges, à mes réflexions sur le sujet que je souhaitais aborder. Je vous remercie également pour votre aide tout au long de ce travail d'écriture et pour votre disponibilité malgré les difficultés inhérentes au travail à distance. Ce fut une aide précieuse dans la réalisation de ce travail.

À mon président de jury, **Monsieur le Professeur Nicolas PICARD**. Merci d'avoir accepté de présider ce jury, c'est un honneur que vous contribuez à la clôture de mon parcours étudiant. Je vous remercie pour votre bienveillance et votre aide tout au long de mon cursus universitaire. Ce fut une chance d'apprendre au travers de vos cours. Votre intérêt pour notre profession et pour les possibilités d'évolution de notre exercice nourrit l'ambition et la volonté des élèves qui vous côtoient.

Aux **professeurs** étant intervenus tout au long de mon parcours à la Faculté de Limoges. Merci pour votre temps, votre patience et votre aide. Chacun de vous aura participé à la construction du professionnel que je serai. Je m'efforcerai d'en être une digne représentante. C'est avec une douce nostalgie que je quitte cette faculté et cette ville qui m'auront accompagnée pendant huit belles années.

À **Esther**, mon pharmacien titulaire. Merci de m'avoir recrutée, intégrée, formée et de m'avoir fait confiance. Nous nous ressemblons sur bon nombre d'aspects. Travailler avec vous est une chance. Jamais je n'aurais espéré exercer dans une telle structure lors de mes études. Je vous suis sincèrement reconnaissante pour votre accompagnement au quotidien qui m'a permis de réaliser ce projet.

À **l'équipe de la pharmacie SantéPlus** et aux pharmaciens qui m'entourent, **Vianney, Loïc, Mariam** et **Camille**.

À ma famille,

À **mes parents**, certainement les remerciements les plus difficiles à écrire ! Merci pour votre soutien indéfectible pendant ces (longues) années d'études. Merci aussi pour les (très) nombreuses relectures. Mais surtout, mille merci pour tout. J'ai une chance incroyable d'avoir été élevée et accompagnée par deux si belles personnes, chacun à votre manière. Vous avez toujours su m'apporter tout ce dont j'avais besoin et plus encore, de mon enfance à ma vie d'adulte. J'espère être à la hauteur de vos attentes et que l'adulte que je deviendrai sera digne de vous.

À **mon frère**, mon humain préféré. Nous sommes toujours là l'un pour l'autre quand il le faut, et c'est bien là l'essentiel. T'avoir est une réelle chance. Merci d'avoir fait le déplacement aujourd'hui, merci d'avoir participé à la finalisation de ce dur labeur et merci d'être toujours là, de près ou de loin.

À **l'ensemble de ma famille**, merci pour votre soutien et votre présence. Vous avoir tous auprès de moi me fait chaud au cœur. Je pense fort à ceux qui n'ont pas pu être là et particulièrement à **mes grand-mères** qui auraient été, je l'espère, fières de moi.

À mes amis,

À **Valentin**, Val, toujours à mes côtés dans les moments les plus importants de ma vie, et ce depuis quinze années maintenant. Dire que nous avons passé plus de temps ensemble que séparément ! Que tu fasses partie de mon jury aujourd'hui est un sacré clin d'œil. La boucle est bouclée, dix ans après mon coup de téléphone pour te demander conseil sur la voie à prendre après les résultats au concours de première année. Quelques lignes ne suffiront jamais à te dire tout ce que tu m'as apporté. Mille merci, j'espère t'avoir toujours à mes côtés.

À **Aline**, Linette, un GRAND merci d'avoir toujours été ma personne de référence depuis le jour où l'on s'est rencontrées. On a toujours été un pilier l'une pour l'autre dès que nos chemins se sont croisés. C'est un bonheur de s'être autant accompagnées dans les moments importants, du début de nos études jusqu'à ta thèse, puis enfin la mienne. Vivre à nouveau dans la même ville nous permet de renforcer encore plus cette amitié qui, je l'espère, nous liera encore longtemps.

Aux amis qui ont particulièrement marqués mes études, **Louise** et **Ryan**. De nombreux souvenirs avec chacun d'entre vous, et pleins d'autres à venir. Une mention particulière à **Carl** qui a tenté tant bien que mal de me motiver dans le début de mon écriture. Continuer à autant vous côtoyer malgré la fin de nos études confirme les liens forts que nous avons créés. Tout pleins de merci pour tout ce que vous m'apportez.

À mes **limougeauds**, **Léa**, **Delphine**, **Fanny**, **Inès**, **Simon**, **Thomas**, la **coeurpo** ne fut que le début. Merci à vous tous d'avoir (plus ou moins) cru en moi. Passer après vous n'a pas toujours été facile, vous étiez étonnement tous de meilleurs étudiants les uns que les autres ! Vos conseils et votre vision de notre profession m'a permis de grandir et je vous en remercie tous sincèrement. Que l'on continue à se réunir régulièrement me fait toujours aussi plaisir (en plus maintenant j'ai plus de perm). Merci d'être tous là aujourd'hui pour conclure ça avec moi. Cœur sur vous.

À **Fafa**, notre maman limougeaude, celle qui a toujours été là dans les éclats de joie comme dans les coups de moins bien. Merci pour tout. Au plaisir de venir faire deux-trois sauts de cabris lorsque je passe dans le coin.

À **mon bureau** et plus particulièrement à **Amélie**, **Vivi**, **Marine**, **Gaut** et **Fréville**, vous avoir dans ma vie est toujours source de bonheur (et de paillettes). Merci à vous tous pour cette formidable année qui aura toujours une place spéciale dans mes souvenirs. Les liens que cela a créés sont indéniablement forts, j'ai beaucoup de chance de vous avoir tous rencontrés. Tendresse et paillettes.

Droits d'auteurs

Cette création est mise à disposition selon le Contrat :

« **Attribution-Pas d'Utilisation Commerciale-Pas de modification 3.0 France** »

disponible en ligne : <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/fr/>



Liste des abréviations

ACB	<i>Anticholinergic cognitive burden</i>
AD	Association déconseillée
AGGIR	Autonomie gérontologique et groupe iso ressources
ALAT	Alanine aminotransférase
ALD	Affection longue durée
AMELI	Assurance maladie en ligne
AMM	Autorisation de mise sur le marché
ANAP	Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux
ANESM	Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux
APA	Allocation personnalisée d'autonomie
APEC	À prendre en compte
ARS	Agence Régionale de Santé
ASAT	Aspartate aminotransférase
ATC	<i>Anatomical Therapeutic Chemical</i>
AVK	Antivitamines K
BPM	Bilan partagé de médication
CCG	Commission de coordination gériatrique
CI	Contre-indication
CIA	Coefficient d'imprégnation anticholinergique
COMEDIMS	Commission du médicament et des dispositifs médicaux stériles
CRPV	Centre régional de pharmacovigilance
DCI	Dénomination commune internationale
DFG	Débit de filtration glomérulaire
DLU	Date limite d'utilisation / Dossier de liaison d'urgence
DMP	Dossier médical partagé
Drees	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
ECG	Électrocardiogramme
EHEMU	<i>European Health Expectancy Monitoring Unit</i>
EHPA	Établissements d'hébergement pour personnes âgées
EHPAD	Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
EIM	Effet indésirable médicamenteux
EV	Espérance de vie à la naissance

EVSI	Espérance de vie sans incapacité
FAM	Foyer d'accueil médicalisé
FDV	Foyer de vie
FH	Foyer d'hébergement
GIR	Groupe iso ressources
HAS	Haute Autorité de Santé
HDS	Hébergeur de données de santé
IDEC	Infirmier diplômé d'État de coordination
IEC	Inhibiteurs de l'enzyme de conversion
INR	<i>International Normalized Ratio</i>
Insee	Institut national de la statistique et des études économiques
IPP	Inhibiteur de la pompe à protons
MAS	Maison d'accueil spécialisée
MedCo	Médecin coordonnateur
MTE	Marge thérapeutique étroite
NFS	Numération de formule sanguine
OMÉDIT	Observatoires des médicaments, dispositifs médicaux et innovations thérapeutiques
OMS	Organisation mondiale de la santé
OPTIMED	Optimisation des prescriptions médicamenteuses
PCME	Prise en charge médicamenteuse en EHPAD
PDA	Préparation des doses à administrer
PE	Précaution d'emploi
PUI	Pharmacie à usage intérieur
RCP	Résumé des caractéristiques du produit
RGPD	Règlement général sur la protection des données
Rosp	Rémunération sur objectifs de santé publique
RSS	Résidences services seniors
SAAD	Service d'aide et d'accompagnement à domicile
SAE	Statistiques annuelles des établissements
SILC	<i>Statistics on Income and Living Conditions</i>
SSIAD	Services de soins infirmiers à domicile
TA	Tension artérielle
URPS	Union régional des professionnels de santé
USLD	Unités de soins longue durée
VSM	Volet de synthèse médical

Table des matières

Introduction	15
I. Vieillesse de la population et prise en charge de la vieillesse	16
I.1. La vieillesse en France.....	16
I.1.1. Définitions générales	16
I.1.2. Contexte de la vieillesse en France.....	18
I.1.3. Politiques nationales de santé publique	21
I.1.4. État des lieux des structures d'accompagnement et de prise en charge des personnes âgées	23
I.2. Les bilans partagés de médication en officine	27
I.2.1. Définition et réglementation du bilan partagé de médication.....	27
I.2.2. Présentation de l'expérimentation via l'article 51 d'OPTIMED en Île de France ...	30
I.2.3. Présentation de la pharmacie SantéPlus	33
I.2.4. Enjeux de sa mise en place à la pharmacie SantéPlus.....	35
II. Mise en place des bilans partagés de médication en EHPAD.....	37
II.1. Travail préliminaire pour la mise en place des bilans partagés de médication	37
II.1.1. Définition de l'objectif et présentation du projet aux établissements	37
II.1.2. Formulaire adhésion aux BPM	38
II.1.3. Sélection d'un outil d'aide à la réalisation des bilans partagés de médication	40
II.2. Mise en pratique.....	44
II.2.1. Entretien de recueil d'informations	44
II.2.2. Analyse des traitements et rédaction de la synthèse	49
II.2.3. Temps d'échange avec l'équipe de soins et envoi des conclusions	55
II.3. Impacts et résultats	58
II.3.1. Bilan et chiffres clés.....	58
II.3.2. Impact des recommandations sur les prescriptions et perspectives de suivi	61
Conclusion	65
Références bibliographiques	67
Annexes	72
Serment De Galien	100

Table des illustrations

Figure 1 : Évolution de l'espérance de vie et de l'espérance de vie sans incapacité, par sexe, de 2004 à 2016, Insee	17
Figure 2 : Signification du GIR auquel le demandeur est rattaché	18
Figure 3 : Pyramides des âges en 2020 et projection en 2070, Insee.....	19
Figure 4 : Intrication des syndromes gériatriques	20
Figure 5 : Diagramme de Bouchon modélisant la décompensation gériatrique	20
Figure 6 : Différentes trajectoires survenant au cours du vieillissement.....	21
Figure 7 : Proportion des proches aidants par âge et par sexe	23
Figure 8 : Part des bénéficiaires de l'APA par sexe et par tranche d'âge, 2020, Drees	24
Figure 9 : Évolution du nombre d'établissements par catégorie de 1996 à 2019, Drees	25
Figure 10 : Répartition des résidents selon leur niveau de dépendance par type d'établissement, 2015, Drees.....	25
Figure 11 : La prise en charge médicamenteuse en EHPAD, ARS Île-de-France	26
Figure 12 : Tableau récapitulatif des entretiens du bilan partagé de médication	28
Figure 13 : Étapes du BPM en EHPAD	29
Figure 14 : Grille de rémunération et codes actes du BPM	30
Figure 15 : Tableau récapitulatif des intervenants pour chaque étape du projet OPTIMED .	32
Figure 16 : Indicateurs pour la part variable à la performance dans le financement d'OPTIMED	33
Figure 17 : Schéma du circuit du médicament.....	34
Figure 18 : Support de communication sur les critères d'éligibilité aux BPM	39
Figure 19 : Support de communication sur les objectifs du BPM	39
Figure 20 : Support de communication sur les modalités du BPM	40
Figure 21 : Première étape de la création du BPM : données générales de l'officine	45
Figure 22 : Troisième étape de la création du BPM : questionnaire de suivi de l'observance	47
Figure 23 : Quatrième étape de la création du BPM : contexte clinique du patient.....	47
Figure 24 : Cinquième étape de la création du BPM : saisie des traitements	48
Figure 25 : Différentes interactions médicamenteuses.....	50
Figure 26 : Critères possibles lors de la génération du BPM.....	52
Figure 27 : Exemple de synthèse anonymisé d'un BPM	54
Figure 28 : Lettre de liaison	55
Figure 29 : Statistiques de l'établissement, jointes à la lettre de liaison	56
Figure 30 : Tableau de synthèse	57
Figure 31 : Liste tirée de l'analyse des traitements de l'établissement 2.....	63

Table des tableaux

Tableau 1 : Patients éligibles à la mise en place des BPM dans les quatre établissements tests	37
Tableau 2 : Caractéristiques des deux outils évalués pour la mise en place des BPM.....	41
Tableau 3 : Synthèse de l'évaluation des deux outils pour la réalisation des BPM	42
Tableau 4 : Planning prévisionnel à la mise en place des BPM dans les quatre établissements test	43
Tableau 5 : Rubriques à renseigner lors de la création d'un BPM	44
Tableau 6 : Questionnaire sur les habitudes du patients et ses habitudes de vie	46
Tableau 7 : Exemples de points d'attention pouvant être relevés lors de l'analyse du traitement	49
Tableau 8 : Non-éligibilité des patients et nombre moyen de médicaments prescrits dans les établissements test	58
Tableau 9 : Classes thérapeutiques les plus prescrites dans les établissements test	59
Tableau 10 : Interactions médicamenteuses dans les établissements test	59
Tableau 11 : Risques majorés dus à des effets additifs retrouvés dans les établissements test	60
Tableau 12 : Surveillances recommandées dans les établissements test	61

Introduction

Aujourd'hui, le vieillissement de la population est un des défis sociaux contemporains majeurs auquel notre organisation collective doit répondre. L'évolution démographique tend vers une croissance de cette part de la population, plus fragile et plus vulnérable. La vieillesse est un phénomène complexe qui induit des problématiques d'autonomie et de prise en charge auxquelles notre système de santé doit s'adapter. Nos politiques de santé publique doivent répondre à ces besoins et permettre l'amélioration des conditions de vie de nos aînés, tant par une amélioration de la prévention que de la prise en charge. Pour cela, notre pays dispose d'une grande diversité de structures d'accompagnement des personnes âgées. Parmi elles, les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes accueillent des patients dont la majorité sont polymédiqués et polypathologiques. Ils leur offrent un lieu de vie et de soins adaptés à leur niveau de dépendance où ils bénéficient d'une prise en charge médicale.

Dans ce contexte, de nouvelles missions émergent pour répondre au besoin de coordination des acteurs intervenant auprès de ces patients. Parmi eux, le pharmacien d'officine peut proposer la mise en place de bilans partagés de médication qui permettent un accompagnement pharmaceutique et assurent une analyse détaillée du traitement des patients âgés polymédiqués. Depuis 2018, ce suivi est désormais applicable dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes dont la population est particulièrement exposée au risque iatrogène. Il est en ville ce qu'est la conciliation médicamenteuse à l'hôpital. La mise en place de ce bilan partagé de médication contribue à la mise en place d'un système de soins coordonné entre les différents acteurs de santé. Cette thèse détaille le processus de mise en place de ces bilans dans une pharmacie d'officine.

Pour réaliser cette étude, nous définirons, dans un premier temps, les notions clés inhérentes à cette recherche telles que la vieillesse, l'autonomie ou la dépendance. Nous réaliserons ce même travail au sujet des politiques de santé publique et des structures d'accueil existantes en France. Ensuite, nous nous intéresserons au bilan partagé de médication, acte réalisé par le pharmacien d'officine et dont l'adaptation récente aux patients des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes a permis son expérimentation via l'article 51 d'OPTIMED en Île de France. Le traitement de la mise en place des bilans partagés de médication à la pharmacie Santé Plus, spécialisée dans la préparation des doses à administrer pour les établissements médico-sociaux, conclura la première partie de notre étude. Une conclusion sur les enjeux de santé publique, notamment ceux relatifs à l'amélioration de la prise en charge médicamenteuse des personnes âgées et à la sécurisation du circuit du médicament, sera explicitée.

La seconde partie traitera de la mise en place opérationnelle des bilans partagés de médication par l'officine dans quatre établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes en Île de France. Tout d'abord, un travail préliminaire a dû être effectué en amont de la mise en place des bilans partagés de médication. De nombreux supports de communication et outils ont dû être élaborés afin de permettre l'analyse pharmaceutique du traitement du patient et le partage de ses conclusions aux équipes de soins. Ensuite, la phase pratique a, quant à elle, nécessité la formalisation d'une procédure afin de structurer le recueil des données, l'analyse des traitements ainsi que la préparation et la réalisation du temps d'échange et de restitution aux équipes de soins. La conclusion portera sur les résultats et les impacts de ce projet. Pour cela, une restitution sera réalisée et des axes d'analyse seront esquissés avec, en ouverture, une discussion sur les limites de cette étude.

I. Vieillessement de la population et prise en charge de la vieillesse

I.1. La vieillesse en France

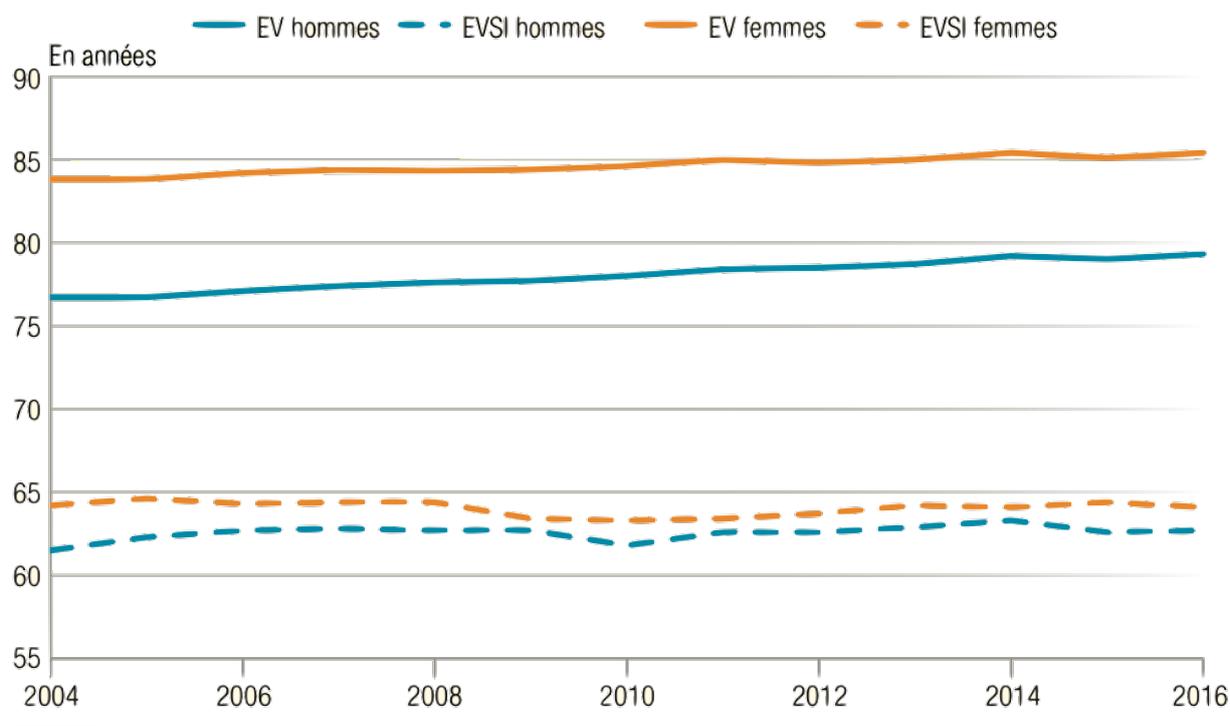
I.1.1. Définitions générales

La vieillesse est basiquement définie dans le Larousse comme « la dernière période de la vie », s'accompagnant « d'une diminution des forces physiques et d'un fléchissement des facultés mentales » (1).

Il est cependant difficile de se restreindre à une définition universelle de la vieillesse puisque de nombreux aspects entrent en jeu. Elle peut, par exemple, être caractérisée différemment selon un raisonnement sociologique ou biologique. L'âge chronologique correspond au nombre d'années écoulées depuis la naissance. Les sociétés ont ainsi établi un consensus avec cet âge comme critère principal définissant la vieillesse. Cette valeur seuil a naturellement varié au cours des époques, selon l'évolution du vieillissement mais aussi de la perception de la vieillesse par la société. Au XIX^{ème} siècle, les « vieillards » étaient alors recensés comme ceux de soixante ans et plus. Aujourd'hui, d'après l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee), on parle de personnes âgées ou de « séniors » pour les personnes de soixante-cinq ans et plus (2). Ce seuil présente cependant des limites. Il est en effet difficile de catégoriser les individus selon un unique critère tel que leur âge. Biologiquement, la vieillesse se caractérise selon une multitude de facteurs et elle est bien plus complexe qu'un simple âge limite. Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), le vieillissement est « le produit de l'accumulation d'un vaste éventail de dommages moléculaires et cellulaires au fil du temps » (3). Ce phénomène biologique est progressif. Il est associé à une diminution des capacités du sujet, physique et mentale, et à une dégradation générale de la santé. Les organes vont alors rencontrer des difficultés à s'adapter aux variations imposées et à maintenir leurs fonctions de manière optimale. Le patrimoine génétique, le mode de vie, ou encore l'environnement sont tout autant de facteurs qui ont un impact sur le vieillissement d'un individu. Des indicateurs existent pour tenter de le quantifier comme la densité osseuse ou l'acuité visuelle. Cependant, il n'est pas possible de distinguer l'impact de la vieillesse par rapport à celui d'une éventuelle maladie sur ces constantes biologiques et sur les fonctions de l'organisme. Aussi, le contexte de la vie, et notamment le milieu socio-culturel dans lequel elles ont évolué, leur état de santé ou encore l'âge de départ à la retraite sont tout autant de facteurs créant des disparités entre les personnes d'une même époque. À cela s'ajoute également une différence notable entre les générations, notamment en ce début de siècle, marqué par les avancées technologiques avec notamment l'impact du numérique sur les modes de vie et l'organisation du travail (4). D'autres descriptions de la vieillesse et de l'âge existent au travers du prisme psychologique ou encore social, mais ces critères sont subjectifs et variables d'un pays à un autre ou encore d'une époque à une autre.

D'autres notions vont nous intéresser et se retrouvent intrinsèquement liées à la question de la vieillesse et à son analyse comme l'espérance de vie ou encore l'autonomie. L'espérance de vie est un indicateur qui évalue à la naissance l'âge moyen jusqu'auquel une personne peut espérer vivre. En 2023, elle est de quatre-vingt-cinq virgule sept ans pour les femmes et de quatre-vingt ans pour les hommes (5). Cet indicateur diffère de l'espérance de vie en bonne santé qui reflète quant à elle le nombre d'années de vie qu'un individu peut espérer vivre en bonne santé, soit sans incapacité ou invalidité impactant son quotidien. L'espérance de vie en bonne santé intègre donc des notions subjectives liées à la qualité de vie. Cette dernière est

en légère baisse ces dernières années (Figure 1). À soixante-cinq ans, elle est de dix virgule cinq ans pour les femmes et neuf virgule quatre ans pour les hommes (6). En effet, en vieillissant, les chances de souffrir d'un ou plusieurs problèmes de santé augmentent, impactant ainsi les capacités de l'individu et le rendant plus vulnérable et fragile. Un quart des adultes entre quarante-cinq et cinquante-quatre ans souffrent déjà d'au moins deux pathologies chroniques (7).



EV : Espérance de vie à la naissance ; EVSI : espérance de vie sans incapacité.

Figure 1 : Évolution de l'espérance de vie et de l'espérance de vie sans incapacité, par sexe, de 2004 à 2016, Insee (6)

L'autonomie est la faculté à agir et à réaliser des activités de la vie quotidienne de manière indépendante, sans aide extérieure. Il peut s'agir d'activités élémentaires comme se nourrir ou se laver, ou alors d'activités instrumentales comme aller faire ses courses ou gérer son budget. Elle nécessite des capacités physiques, cognitives et sociales. C'est un facteur essentiel de la santé mentale et du bien-être d'un individu. Une perte d'autonomie, qu'elle soit due à une perte des capacités fonctionnelles ou à une pathologie, induit une incapacité partielle ou totale à répondre à ses besoins au quotidien (8). Une prise en charge devient alors nécessaire. Elle entraîne souvent le placement en institution de la personne âgée. Cela a pour but de l'aider dans ses tâches quotidiennes, devenues difficiles ou impossibles à effectuer seul. Les besoins inhérents à cette perte d'autonomie seront variables selon la gravité ou selon qu'il s'agisse d'incapacité physique ou psychique. La perte d'autonomie peut être évaluée à l'aide de la grille Autonomie Gérontologique et Groupe Iso Ressources (AGGIR) qui classe les personnes âgées selon leur degré de dépendance en six groupes, comme indiqué dans la Figure 2 (9). Elle repose sur dix-sept variables, dont dix sont dites discriminantes et entrent dans le calcul du score. Les sept autres dites illustratives permettent d'apporter des informations supplémentaires. Les variables discriminantes sont les activités corporelles et mentales. Elles

concernent les besoins quotidiens de base comme s'alimenter, se laver, s'habiller, s'orienter, communiquer, se déplacer, etc. Les variables illustratives sont des activités sociales et domestiques. Elles vont permettre d'appréhender les difficultés qui se rapportent à l'intendance comme la gestion des biens ou d'un budget, faire le ménage, effectuer des achats et cuisiner, prendre les transports, suivre et gérer ses traitements médicamenteux, pratiquer des activités sur son temps libre, etc. Ces rubriques vont obtenir un score de A à C et permettre d'élaborer et de définir un éventuel plan d'aide pour permettre au bénéficiaire d'accomplir les actes essentiels du quotidien. L'objectif est d'apprécier les manquements et d'apporter l'aide nécessaire à la personne âgée. Le plan d'aide pourra apporter des aides au domicile afin de maintenir l'autonomie de l'individu et l'aider dans les tâches qui se montrent plus difficiles à effectuer ou alors aider au placement en établissement.

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

Figure 2 : Signification du GIR auquel le demandeur est rattaché (9)

La vieillesse est donc un phénomène social complexe. Une analyse holistique du vieillissement de la population est essentielle avec notamment l'amélioration de l'espérance de vie en bonne santé et la compréhension des mécanismes de perte d'autonomie du sujet âgé. Les conséquences sont tant sociales qu'économiques, elles sont ainsi un des enjeux clés de notre époque.

I.1.2. Contexte de la vieillesse en France

La France s'inscrit dans un contexte européen où elle occupe la meilleure place en termes d'espérance de vie mais elle se situe dans la moyenne concernant l'espérance de vie en bonne santé (6). Cela signifie que nos aînés peuvent espérer vivre plus longtemps que leurs voisins, mais pas en meilleure santé. Ces années de vie supplémentaires « gagnées » ne sont finalement pas optimales s'il s'agit de temps consacré à la maladie ou à la dépendance. Le vieillissement démographique correspond à l'augmentation de l'âge moyen de la population. Cela est dû à une baisse de la natalité et à une augmentation de la longévité. D'ici à dix ans,

la population française verra le nombre de personnes âgés de soixante-quinze à quatre-vingt-quatre ans augmenter de 50 % (10). Pour l'instant, la tendance ne tend pas à s'inverser sur les années à venir puisque l'indice de fécondité est inférieur au seuil de renouvellement générationnel. En termes d'effectifs, la population poursuit sa croissance avec une évolution du nombre de personnes stable jusque cinquante à soixante ans, et ensuite un doublement des effectifs pour les âges supérieurs (Figure 3). En 2021, l'Europe a la population la plus âgée avec 19,5 % de sa population âgée de soixante-cinq ans ou plus, contre une moyenne mondiale à 9,6 % (11).

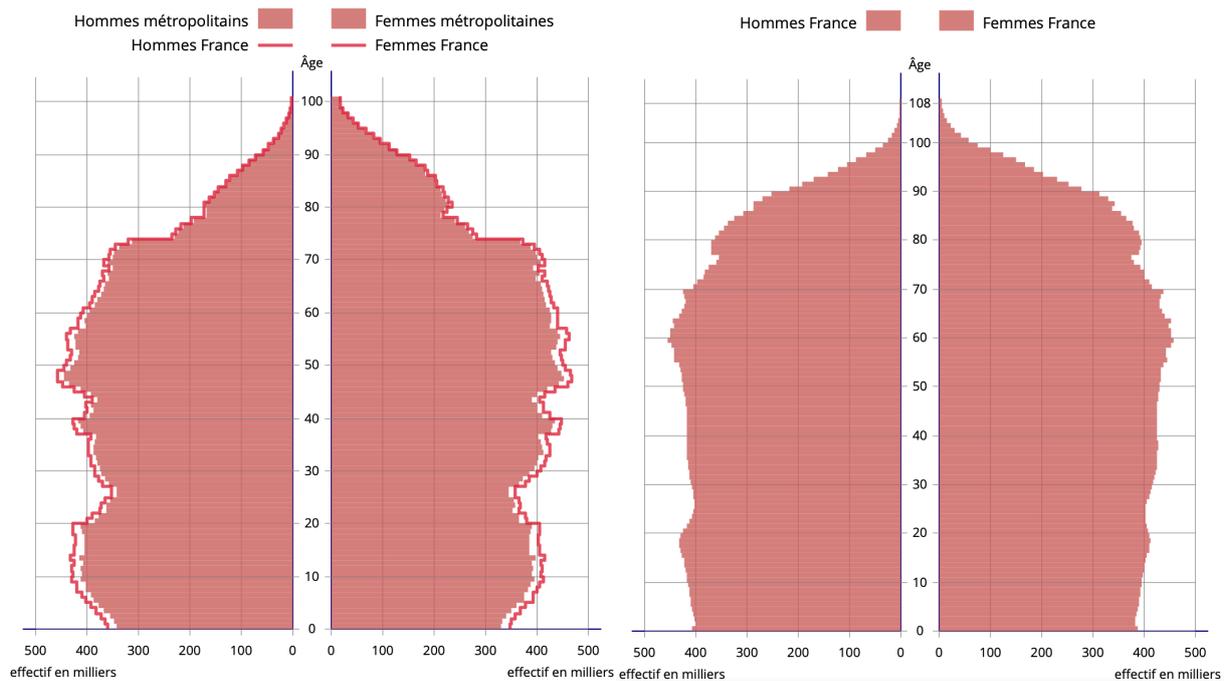


Figure 3 : Pyramides des âges en 2020 (gauche) et projection en 2070 (droite), Insee (12)

En amont des conséquences sur la santé et sur la prise en charge, il est à noter que l'habitat est un pan important de ce que l'on qualifie de « qualité de vie ». L'adaptation des logements et l'aménagement dans la vie quotidienne sont en effet des questions prioritaires, qu'il s'agisse d'aide au maintien à domicile ou alors de l'accès à des habitats pour personnes dépendantes avec un accompagnement plus important. L'accès à des aides comme l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) en est un exemple. Elle est conditionnée au score groupe iso-ressources (GIR).

Afin de prévenir la perte d'autonomie et la décompensation de la personne âgée, il faut comprendre le mécanisme complexe multifactoriel ayant un impact sur l'équilibre fragile qu'est la santé du sujet âgé (13). Les syndromes gériatriques sont nombreux et intrinsèquement liés, comme représenté en Figure 4. Les situations pathologiques les plus fréquentes retrouvées chez les seniors sont notamment : l'incontinence urinaire, les escarres, les chutes répétées, les états confusionnels, la dénutrition (14). Leur survenue chez ces individus vulnérables peut induire une perte fonctionnelle, entraînant souvent une perte d'autonomie et précipitant ainsi une hospitalisation voire une entrée en institution. Prévenir leur apparition revient donc à retarder la dépendance aux soins et à améliorer la qualité de vie. D'autres facteurs aggravants comme l'isolement peuvent également intervenir. Ces enjeux sont des défis économiques, sociaux et sanitaires mais également éthiques.

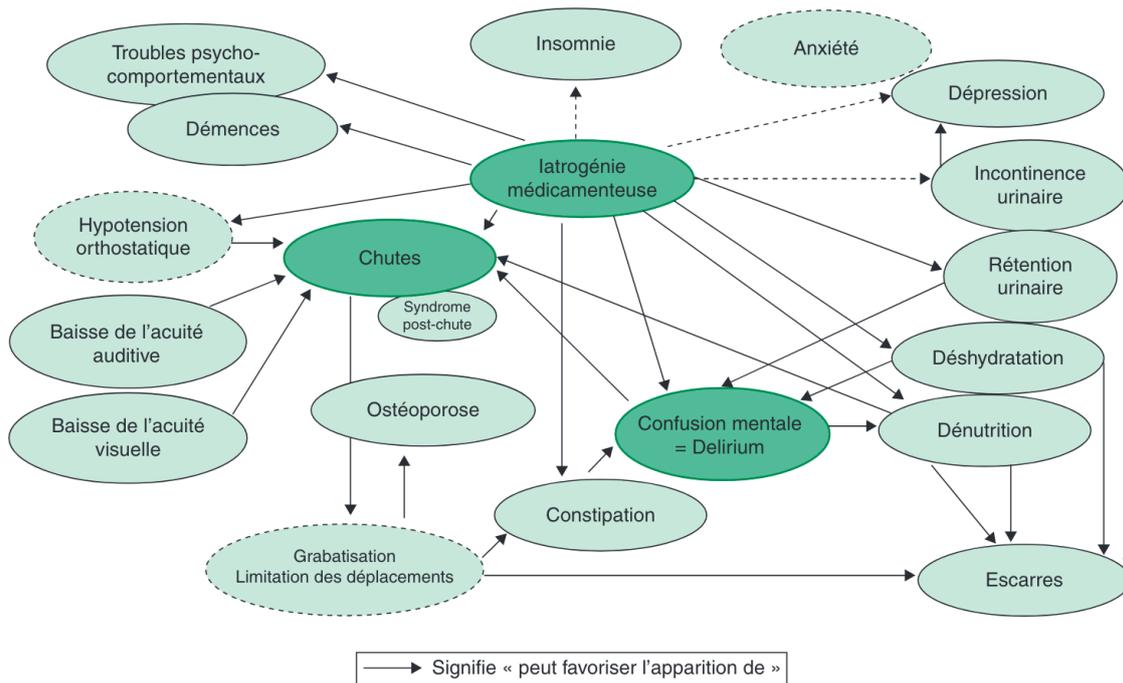


Figure 4 : Intrication des syndromes gériatriques (15)

Différents problèmes de santé impactent la vie de nos aînés. Tout d'abord, les maladies chroniques, dont les plus fréquentes sont l'hypertension artérielle, les maladies neurodégénératives, le diabète, l'arthrose, la cataracte ou la dégénérescence maculaire, la dépression, etc. (16). Elles peuvent être invalidantes en tant que telles, mais également entraîner des complications ou encore se combiner. Il existe également des diminutions physiologiques fonctionnelles, par exemple le déficit auditif (3). Peuvent s'ajouter à cela des événements aigus, « précipitants » ou « stressseurs » comme une chute, l'introduction d'un médicament ou une déshydratation. La survenue d'un ou plusieurs de ces événements va impacter d'autant plus la personne âgée et engendrer une escalade progressive de la décompensation de la santé aussi appelée « cascade gériatrique » comme représentée dans la Figure 5 (16).

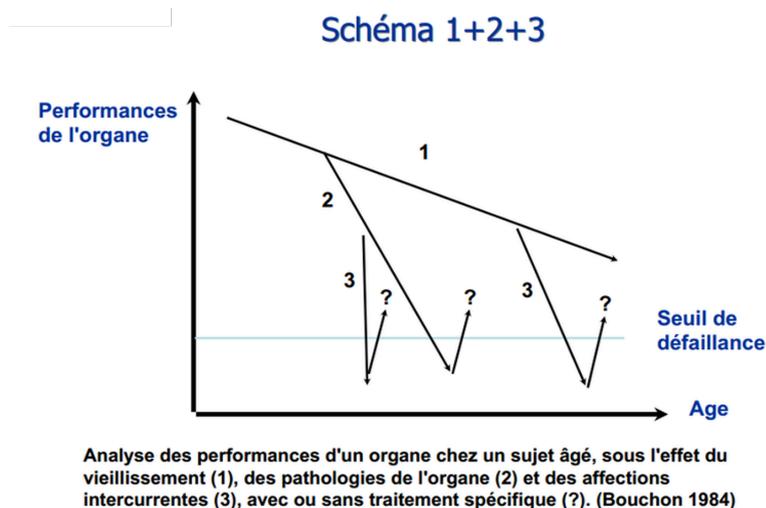


Figure 5 : Diagramme de Bouchon modélisant la décompensation gériatrique (17)

Les leviers sur lesquels il est essentiel d’agir sont l’hygiène de vie ainsi que la prévention des maladies dites évitables (13). Ce contexte implique donc la mise en place d’une stratégie de santé publique sur le long terme qui vise à améliorer les conditions de vie de nos aînés mais également à prévenir la dégradation de l’autonomie. La prise en charge doit être adaptée puisque la fragilité de cette catégorie de la population est grande et les conséquences cumulatives et irréversibles (Figure 6).

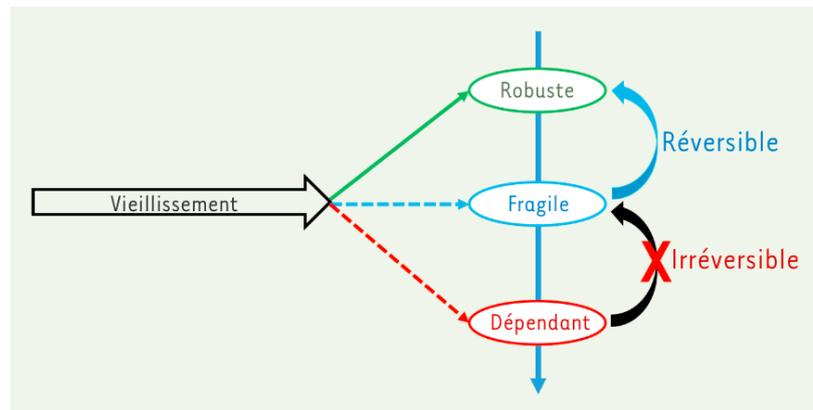


Figure 6 : Différentes trajectoires survenant au cours du vieillissement (13)

I.1.3. Politiques nationales de santé publique

Les politiques nationales de santé publique jouent un rôle essentiel face aux défis relatifs au vieillissement de la population. Notre système de santé doit s’adapter aux besoins spécifiques des personnes âgées, que ce soit en termes d’offre de soins ou de politiques de prévention. Il est indispensable que notre organisation sociale promeuve l’autonomie et la participation sociale de nos aînés.

Plus d’un million quatre-cent-mille individus de plus de soixante ans vivant à domicile peuvent être considérés comme dépendants et une personne sur deux vit actuellement en institution (18). La dépendance n’étant pas un phénomène réversible, il est essentiel de se concentrer, dans un premier temps, sur la prévention de la perte d’autonomie. La fragilité du sujet âgé en fait un candidat privilégié puisqu’il s’agit là du stade précoce et réversible de la dépendance (Figure 6). Sa prévalence est de plus de 10 % après cinquante-cinq ans et elle augmente de manière exponentielle avec l’âge. Elle est sujette à des inégalités selon le sexe et le milieu social (18). La Haute Autorité de Santé (HAS) recommande de la repérer afin de « prédire le risque de perte d’autonomie, de chute, d’institutionnalisation et de décès des personnes âgées de soixante-cinq ans ou plus dans un délai d’un à trois ans » (19). Les recommandations portent sur un repérage opportuniste après soixante-dix ans, pour des patients indemnes de maladie grave, sans dépendance avérée, lorsque l’on soupçonne une fragilité en parcours de soins primaires. Outre le dépistage de la fragilité, les domaines de prévention pourront porter sur « l’activité physique adaptée et la lutte contre la sédentarité, la nutrition, la réduction de la polymédication et l’optimisation thérapeutique ou encore la mise en place d’aides sociales, l’adaptation de l’environnement et la mobilisation des liens sociaux » (19).

Afin de favoriser le vieillissement en bonne santé, il faut agir sur les phénomènes conjoints au déclin biologique fonctionnel, comme les comportements à risque ou l’apparition d’une ou plusieurs maladies chroniques. La prévention des maladies évitables est en effet essentielle. Elle se divise en trois types : primaire avec l’éviction des facteurs de risque, secondaire avec

leur dépistage précoce et tertiaire avec la prise en charge et la limitation des complications liées à ces maladies (13). Une augmentation de la prévalence des maladies chroniques est attendue en raison du vieillissement de la population et de l'amélioration du taux de survie des malades (18). Les maladies chroniques les plus fréquentes et les plus consommatrices de soins sont les pathologies cardio-vasculaires et neuro-vasculaires, les maladies neurocognitives dégénératives comme Alzheimer, les maladies respiratoires chroniques comme la bronchopneumopathie chronique obstructive, le diabète et les cancers. La population âgée est caractérisée par la polyopathie ou multimorbidité. La surveillance de ces maladies chroniques, mais également de la santé mentale des sujets âgés ou de leurs chutes, est déterminante. Autour du passage à la retraite, un dispositif de prévention et de promotion de la santé est proposé par les caisses de retraite (18). Comme le rapporte le Haut-Commissariat au Plan dans son rapport sur le vieillissement de la société française, des géiatres suggèrent une consultation annuelle à partir de cinquante ans en lien avec la médecine du travail afin de mieux prévenir et de prendre en charge les maladies neuro-évolutives responsables, aujourd'hui, de trois quarts des situations de dépendance (10).

La modernisation de l'offre de soins et de services doit permettre d'améliorer la qualité et l'accessibilité aux soins par les personnes âgées, qu'elles vivent à domicile ou en institution. L'objectif est de répondre à leurs besoins spécifiques en préservant leurs choix de vie et en favorisant la coordination des acteurs de soins. Depuis 2018, les démarches administratives des personnes âgées et de leurs proches ont été simplifiées avec la création d'un guichet unique d'information et d'orientation. La reconnaissance des droits à l'APA et à la prestation de compensation du handicap ont également été facilitées (20). On peut aussi mentionner la prise en compte de la santé mentale et de la dignité avec notamment la mise en place du plan national pour la bientraitance et les droits des personnes âgées et handicapées.

En sus de ces mises en place visant à favoriser l'autonomie et l'espérance de vie en bonne santé, il faut noter que des inégalités sociales subsistent et impactent négativement certains individus. Des réformes de la protection sociale permettant de garantir l'équité face à l'augmentation des dépenses liées au vieillissement et à la dépendance sont donc nécessaires. En 2002, l'APA était créée afin de permettre une meilleure prise en charge de la perte d'autonomie (21). En 2002, plus d'un tiers des bénéficiaires relèvent de la catégorie GIR 4 (21). Une revalorisation de cette allocation a eu lieu en 2016 lors de l'application de la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement. À cette occasion, les premières mesures de reconnaissance de l'implication des proches aidants apparaissent avec notamment le droit au répit, permettant l'accueil temporaire de la personne aidée pour soulager son aidant (22). Plus récemment, au 1^{er} janvier 2024, différents changements ont été opérés, voyant notamment une revalorisation des pensions d'assurance vieillesse et de l'allocation de solidarité aux personnes âgées¹. Le lancement de « MaPrimeAdapt' » aide au financement de travaux pour l'adaptation du logement et donc au maintien à domicile (23). Le rôle essentiel de l'aidant est également de plus en plus reconnu avec notamment une revalorisation de l'allocation journalière de proche aidant. Ce dernier est d'autant plus présent que l'âge avance et il est indispensable au bon fonctionnement de notre système actuel, qu'il s'agisse d'aider un proche malade, âgé ou handicapé (Figure 7). Aujourd'hui, pour la tranche d'âge des cinquante-cinq à soixante-quatre ans, un tiers des femmes ont ce rôle d'aidant (24).

¹ Anciennement minimum vieillesse

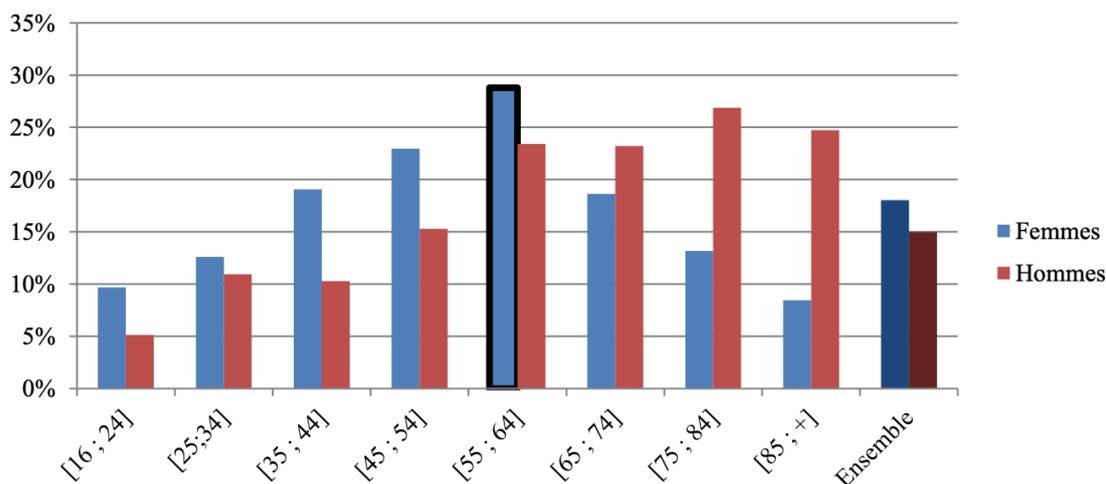


Figure 7 : Proportion des proches aidants par âge et par sexe (24)

Afin de prévenir les effets du vieillissement, promouvoir le « vieillir actif » et prévenir la perte d'autonomie sont des enjeux clés (10). Ceux qui le souhaitent doivent pouvoir rester actifs et un maintien dans l'emploi doit être encouragé lorsque cela est possible. Le maintien d'une vie sociale active permet d'inclure les individus dans la société, qu'il s'agisse de conserver un emploi ou un engagement associatif. Conserver une utilité dans la société permet de se sentir inclus et favorise également la participation à la vie citoyenne. Pour cela, il faut participer à mieux valoriser les compétences et expériences de nos aînés, renforcer la solidarité intergénérationnelle et lutter contre les discriminations liées à l'âge. En ce sens, des formations à l'outil informatique ou l'aménagement de la durée du travail peuvent, par exemple, permettre au sujet âgé de s'adapter et de conserver une activité.

I.1.4. État des lieux des structures d'accompagnement et de prise en charge des personnes âgées

La France dispose d'une grande diversité de structures d'accompagnement et de prise en charge des personnes âgées. Les deux grandes catégories sont les structures à domicile et les établissements. Dans les deux cas, il peut s'agir de structures médicalisées ou non.

Dans le maintien à domicile, il existe différents types de prestataire comme les services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD) et les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) qui proposent une offre de soins à domicile. Des offres non médicalisées complètent ces dispositifs d'accompagnement et de prise en charge comme les services de portage de repas, de téléassistance, de transports adaptés, etc. L'objectif de ces structures est de permettre aux personnes qui le souhaitent de rester chez elles le plus longtemps possible en leur apportant une aide adaptée à leur niveau de dépendance. Ces services peuvent aussi être en partie ou totalement pris en charge par les différentes aides destinées à favoriser le maintien à domicile, dont l'APA. L'APA concerne les personnes de plus de soixante ans en perte d'autonomie et elle permet de financer, en totalité ou en partie, les dépenses nécessaires pour rester à domicile ou le tarif « Dépendance » de l'établissement médico-social dans lequel la personne âgée est placée (Figure 8). En 2020, un million trois-cent-mille personnes perçoivent cette allocation, s'élevant à un coût de six milliards trois-cents millions d'euros. Elle représente 90 % des dépenses d'aides sociales départementales en faveur des personnes âgées (25).

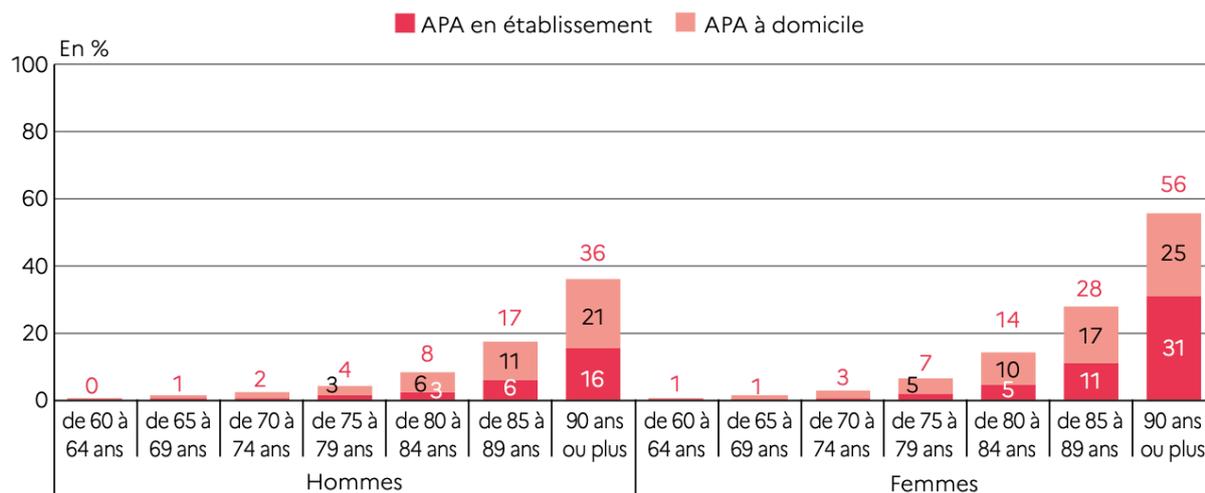


Figure 8 : Part des bénéficiaires de l'APA par sexe et par tranche d'âge, 2020, Drees (25)

Par ailleurs, il existe différents types d'hébergement (26) en institution pour les personnes âgées en France (Figure 9). Ceux-ci sont plus ou moins médicalisés selon qu'ils sont destinés à des personnes dépendantes ou non. Les résidences services seniors (RSS) et les résidences autonomes sont des établissements non-médicalisés qui proposent des locations de chambres ou d'appartements et qui apportent différentes prestations collectives comme le service de restauration par exemple. Il y a ensuite la possibilité de placement, en cas de dépendance, dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, plus connues sous l'acronyme EHPAD. Ils offrent une prise en charge médicamenteuse, assurent les soins médicaux et proposent des prestations collectives comme dans les résidences non médicalisées. Enfin, les unités de soins de longue durée (USLD) sont réservées aux personnes âgées très dépendantes, qui interviennent souvent suite à une hospitalisation. La prise en charge médicale y est plus importante qu'en EHPAD avec une surveillance constante des résidents. Dans tous les cas, l'aide sociale peut financer la part des frais d'hébergement sous réserve de conditions de ressources, qu'il s'agisse d'un établissement médicalisé ou non.

En 2020, la France dispose de près de onze mille structures d'hébergement pour personnes âgées, soit l'équivalent de sept-cent-soixante-dix mille places d'accueil en établissement, réparties dans le tableau en Figure 10 (27). Le taux d'occupation, en 2019, était de 95,4 % (28). Ces dernières années, une progression du nombre de résidences autonomie est à noter avec une augmentation de 10 % entre 2015 et 2019. Le nombre d'USLD a, quant à lui, régressé. Il est à noter que l'âge et le degré de dépendance des personnes nouvellement prises en charge ne cesse d'augmenter (27). Sur les sept-cent-trente mille personnes fréquentant un établissement d'hébergement pour personnes âgées en 2019, plus de 80 % d'entre elles vivent en EHPAD (28). En 2015, un quart des décès annuels concernait des résidents en EHPAD, dernier lieu de vie privilégié aujourd'hui (29). Aujourd'hui, les EHPAD sont davantage des lieux de soins que des lieux de vie, nécessitant une adaptation de la prise en charge.

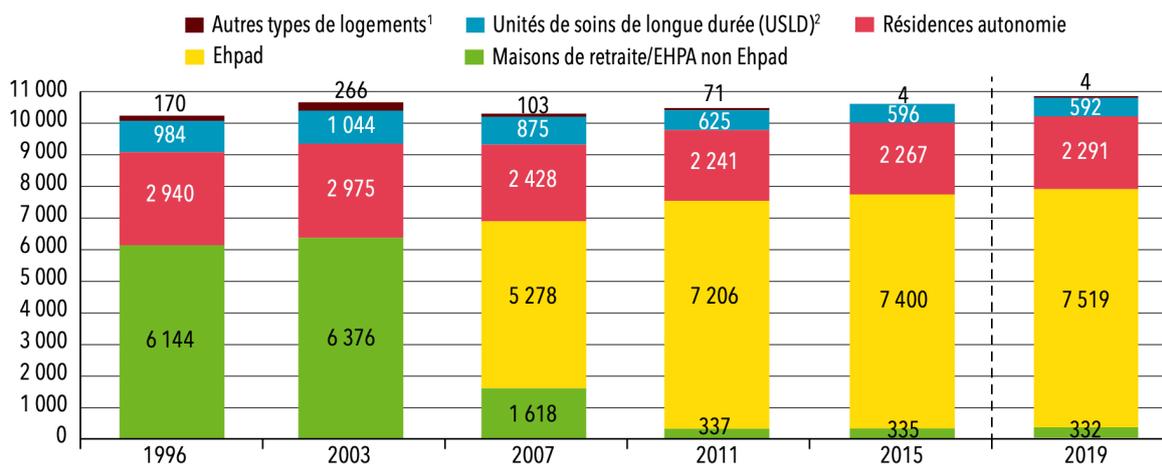
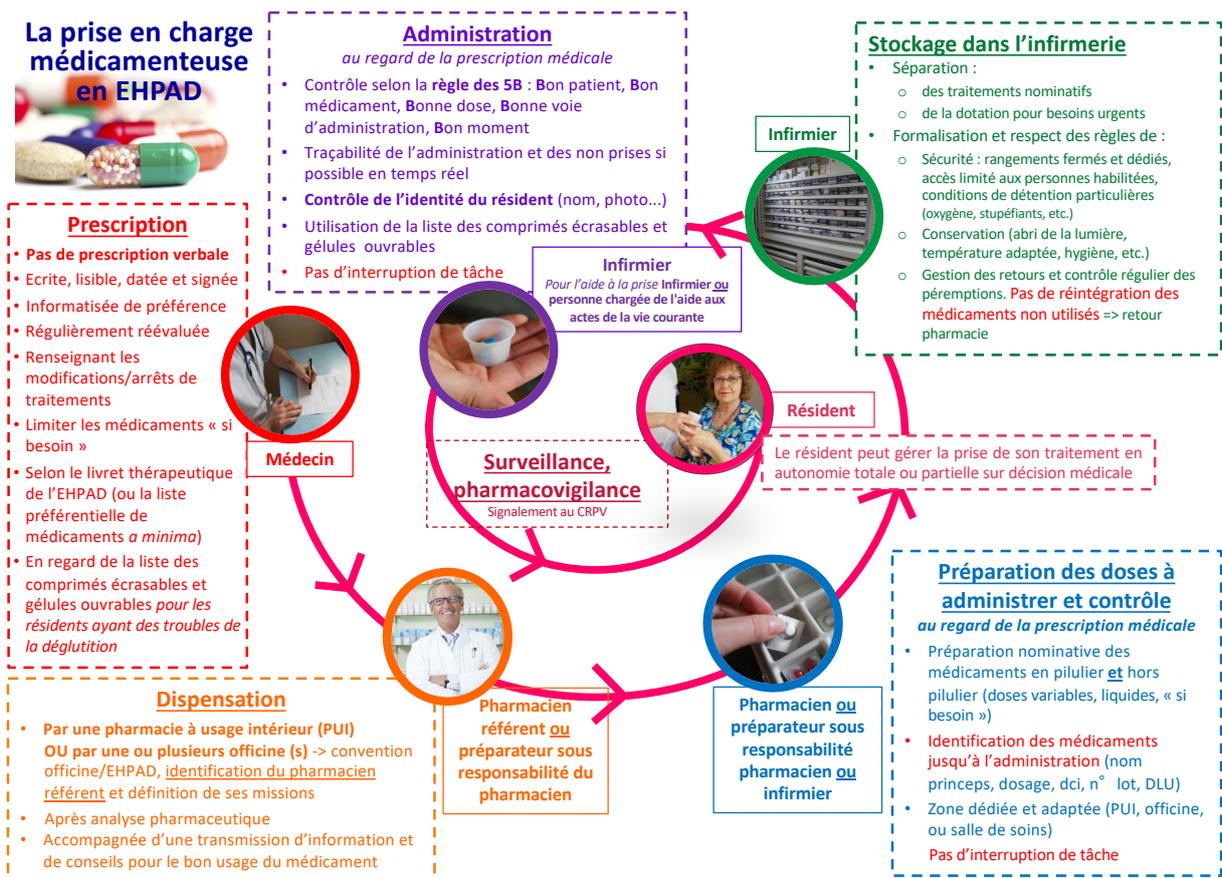


Figure 9 : Évolution du nombre d'établissements par catégorie de 1996 à 2019, Drees (27)

Catégorie d'établissement	Part des résidents (en %)						
	GIR 1	GIR 2	GIR 3	GIR 4	GIR 5	GIR 6	Total
Ehpads	17,6	36,6	17,1	20,0	5,3	3,4	100
Ehpads privés à but lucratif	17,5	39,3	17,9	18,4	4,3	2,7	100
Ehpads privés à but non lucratif	16,1	35,6	17,0	21,0	5,9	4,4	100
Ehpads publics	18,5	36,0	16,9	20,1	5,4	3,1	100
EHPA	3,5	12,5	14,3	26,5	14,4	28,8	100
USLD	40,2	41,9	9,9	6,5	1,1	0,4	100
Résidences autonomie	0,2	1,4	4,0	17,2	16,1	61,2	100
Ensemble des établissements	16,4	32,4	15,2	19,1	6,5	10,4	100

Figure 10 : Répartition des résidents selon leur niveau de dépendance par type d'établissement, 2015, Drees (27)

Dans ces établissements, la prise en charge médicamenteuse en EHPAD (PCME) présente de nombreuses difficultés (Figure 11). Les patients entrent en moyenne à l'âge de quatre-vingt-six ans (30) pour une durée moyenne de séjour de trois ans et quatre mois (29). Ils sont souvent polymédiqués et polypathologiques avec une dépendance élevée. Selon la Drees, les résidents cumulent en moyenne sept virgule neufs pathologies (31). En général, le nombre de pathologies est d'autant plus important que le patient est dépendant. Cela impose une multiplication des acteurs intervenant dans ce circuit (médecin traitant, médecins spécialistes, médecin coordonnateur, pharmacien, infirmiers, aides-soignants, etc.), pouvant ainsi engendrer des difficultés de communication ou de coordination. En effet, les personnes âgées sont principalement exposées au risque d'effets indésirables. Ces derniers sont, en moyenne, deux fois plus fréquents après soixante-cinq ans (32) et 20 % de ces accidents aboutissent à une hospitalisation. L'enjeu est de sécuriser chaque étape du circuit, de la prescription à l'administration (33) et de limiter les risques, notamment en luttant contre le risque iatrogène et la sur-prescription. Une enquête en 2012 en Limousin indiquait qu'un quart des patients en EHPAD présentaient un excès de traitement dont 70 % qualifiés de « prescriptions inutiles » (34).



Références réglementaires : Arrêté du 31 mars 1999 relatif à la prescription, à la dispensation et à l'administration des médicaments soumis à la réglementation des substances vénéneuses dans les ES, les syndicats interhospitaliers et les établissements médico-sociaux disposant d'une PUI. Bonnes pratiques de dispensation (déc. 2016). Art. R5132-3, Art. L5126-6 et Art. R5126-113 du Code de la Santé Publique. Art. L. 313-26 du Code de l'Action Sociale et des Familles

Figure 11 : La prise en charge médicamenteuse en EHPAD, ARS Île-de-France

Souvent, les établissements ne présentent pas de pharmacie à usage intérieur (PUI) et ils établissent une convention avec une pharmacie d'officine. La sécurisation de ce circuit repose sur la règle dite des « 5B » afin de limiter les erreurs médicamenteuses : « Le Bon médicament, à la Bonne dose, par la Bonne voie d'administration, au Bon moment et au Bon patient » (33). Un des autres grands objectifs de la sécurisation de la PCME est de réduire autant que possible le risque iatrogène évitable induit par une prise de médicament inadapté au patient ou contre-indiqué dans les établissements de santé. La iatrogénie médicamenteuse est définie comme « l'ensemble des effets indésirables néfastes provoqués par la prise d'un ou de plusieurs médicaments » (35). L'optimisation des prescriptions est donc une des lignes d'amélioration afin de prévenir le risque iatrogène. Le pharmacien d'officine étant le destinataire de l'ensemble des ordonnances des différents prescripteurs intervenant, il est un acteur essentiel de cette mission. Aussi, des outils sont mis à disposition des établissements par des instances comme l'Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP) ou encore l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM) pour accompagner les établissements. On peut notamment citer le questionnaire « Inter Diag Médicaments » (36) qui permet d'évaluer la sécurisation à chacune des étapes du circuit du médicament (Figure 11) dans l'établissement ou encore les fiches repères de l'ANESM qui soulignent les points de vigilance principaux et qui orientent sur les axes de prévention. Des documents et des évaluations sont également rédigés par les Observatoires des médicaments, dispositifs médicaux et innovations thérapeutiques (OMÉDIT), rattachés à leur Agence régionale de santé

(ARS). Ces structures territoriales d'appui, d'évaluation et d'expertise scientifique indépendantes participent au « dispositif de surveillance et d'évaluation des pratiques et à l'organisation des circuits et du bon usage des produits de santé » (37). Ils ont notamment rédigé des documents clés dans la prise en charge des personnes âgées comme la *Liste préférentielle de médicaments adaptés au sujet âgé* (38) ou encore la *Liste nationale des médicaments concernant l'écrasement des comprimés et l'ouverture des gélules* (39).

L'étude de la vieillesse et de ses enjeux est un sujet d'actualité essentiel pour notre système de santé dans le contexte actuel de vieillissement de la population. Pour cela, il faut comprendre les complexités inhérentes à la santé des personnes âgées afin de mieux adapter leur prise en charge. L'identification des besoins spécifiques, la prévention de la perte d'autonomie et le traitement adapté des pathologies sont autant d'aspects à prendre en compte. Cela passe notamment par le développement des politiques nationales de santé publique et par la mise à disposition de structures d'accueil et de prise en charge des personnes âgées. Renforcer la coordination des acteurs pour répondre aux besoins croissants en matière de santé est un des nombreux défis qui s'ouvrent à nous dans la prise en charge de la vieillesse. C'est dans cette optique que s'inscrit l'apparition de nouvelles missions pour le pharmacien, comme celle du bilan partagé de médication.

I.2. Les bilans partagés de médication en officine

I.2.1. Définition et réglementation du bilan partagé de médication

Le bilan partagé de médication (BPM) est un accompagnement pharmaceutique défini par la HAS comme « une analyse critique structurée des médicaments du patient dans l'objectif d'établir un consensus avec le patient concernant son traitement » (40). Il correspond à « l'analyse des traitements médicamenteux du patient âgé polymédiqué » (41). Les modalités sont fixées par l'arrêté du 9 mars 2018² portant approbation de l'avenant 12 à la convention nationale du 4 mai 2012 (42). Il concerne les patients réunissant les critères suivants (43) :

- l'âge :
 - plus de soixante-cinq ans souffrant d'une ou plusieurs pathologies chroniques avec à minima une affection de longue durée (ALD),
 - ou plus de soixante-quinze ans,
- la polymédication : plus de cinq molécules ou principes actifs prescrits,
- la chronicité : traitement pour une période supérieure ou égale à six mois.

Il a plusieurs objectifs. Le principal s'inscrit dans la lutte contre la iatrogénie médicamenteuse, particulièrement représentée dans la population âgée, par l'évaluation de l'observance, de la tolérance du traitement et du bon usage des médicaments, mais aussi par l'identification d'éventuelles interactions médicamenteuses. Il vise également à améliorer l'adhésion au traitement par le patient, notamment par une meilleure compréhension de ses effets et une appropriation de son traitement (43).

À l'officine, il se déroule sous forme d'entretiens effectués dans un espace de confidentialité comme répertoriés dans la Figure 12. L'année de mise en place, soit l'année N, il s'agit de recueillir dans un premier temps le consentement du patient par le remplissage du formulaire

² Publié au Journal Officiel le 16 mars 2018

d'adhésion (Annexe 1). Le pharmacien doit expliquer au patient les objectifs du BPM. Ensuite, a lieu le premier entretien dit de recueil d'information (Annexe 2). Il s'agit de répertorier l'ensemble des traitements du patient. Le pharmacien peut s'appuyer sur les ordonnances des différents prescripteurs, mais aussi sur le dossier médical partagé (DMP) ou encore sur les informations fournies par le patient lui-même. Ce sera l'occasion d'évaluer l'observance ainsi que les connaissances du patient sur ses traitements et de recenser des informations générales et ses habitudes de vie. Puis, préalablement au prochain entretien, le pharmacien effectue ensuite l'analyse des traitements (Annexe 3), notamment en vérifiant le respect des posologies et l'absence de contre-indications pour chaque médicament. Une analyse des interactions médicamenteuses sera également effectuée. Cette analyse donne finalement lieu à des conclusions à transmettre au médecin traitant. Il est également possible d'enregistrer la synthèse directement dans le DMP du patient. Ces conclusions pourront aussi comprendre des alertes sur une mauvaise observance ou sur d'éventuels effets indésirables. L'échange avec le prescripteur peut induire ou non des modifications de prescription, de forme galénique, etc. Pour finir, le pharmacien effectue un entretien-conseil (Annexe 4) au cours duquel il informe le patient de ses conclusions et de ses éventuels échanges avec son médecin traitant. Il remet un plan de posologie au patient et il lui formule des recommandations sur le bon usage de ses médicaments. Il répond aux éventuelles questions du patient et fixe la date du prochain entretien de suivi d'observance (Annexe 5). Ce dernier permet d'établir un bilan du BPM (Annexe 6) sur les éventuels changements, qu'il s'agisse de modifications de prescriptions ou de prise en compte des recommandations faites au patient. Une nouvelle évaluation de l'adhésion et de l'observance peut être effectuée s'il y a lieu. L'année suivante, soit l'année N+1, il faudra à minima effectuer deux entretiens de suivi dans le cas où le traitement est inchangé. S'il y avait des modifications du traitement chronique, il faudrait à nouveau analyser les traitements et effectuer un entretien conseil et un autre de suivi au cours de l'année N+1.

Année		Entretiens			
		Entretien de recueil de l'information	Analyse des traitements	Entretien conseil	Suivi de l'observance
Année N (année civile de référence)		1	1	1	1
Années suivantes	si modification du traitement		1	1	1
	si continuité du traitement				2

Figure 12 : Tableau récapitulatif des entretiens du bilan partagé de médication (41)

En EHPAD, la population cible est donc largement représentée. On rappelle en effet que l'âge moyen d'entrée en EHPAD est de quatre-vingt-six ans (30) et que ces patients sont souvent polymédiqués et polypathologiques avec une dépendance élevée et en moyenne 7,9 pathologies (31). Plus de la moitié d'entre eux consomment plus de quatre médicaments (34), en moyenne. Ces patients ont entre 6,4 et 7,4 médicaments chacun (44). 19 % d'entre eux ont plus de dix molécules prescrites (45). Le patient n'étant toutefois pas autonome quant à la

prise de ses médicaments et étant hébergé dans un établissement médico-social, il n'était initialement pas considéré éligible au BPM tel que précisé dans l'arrêté du 9 mars 2018. Les modalités ont été adaptées (Figure 13) pour que cette analyse pharmaceutique puisse être effectuée dans ces établissements suite à l'expérimentation ayant commencé le 1^{er} janvier 2020 (46). Son évaluation positive a permis la confirmation par l'arrêté du 31 mars 2022 portant approbation de la Convention nationale organisant les rapports entre les pharmaciens titulaires d'officine et l'Assurance maladie³ (47). Les entretiens s'effectuent donc, avec l'accord du patient ou de son représentant légal, en coopération avec les professionnels de santé accompagnant le patient au sein de l'EHPAD (48). La différence majeure concerne donc les interlocuteurs. Lors du recueil d'informations, il s'agit du personnel soignant de l'établissement puisque le patient n'est pas autonome. Lors de la remise des conclusions, l'échange s'effectue avec les prescripteurs et le médecin coordonnateur. Les retours concernant l'observance et la bonne prise des médicaments s'effectuent quant à eux avec le personnel soignant et éventuellement les aidants du patient.

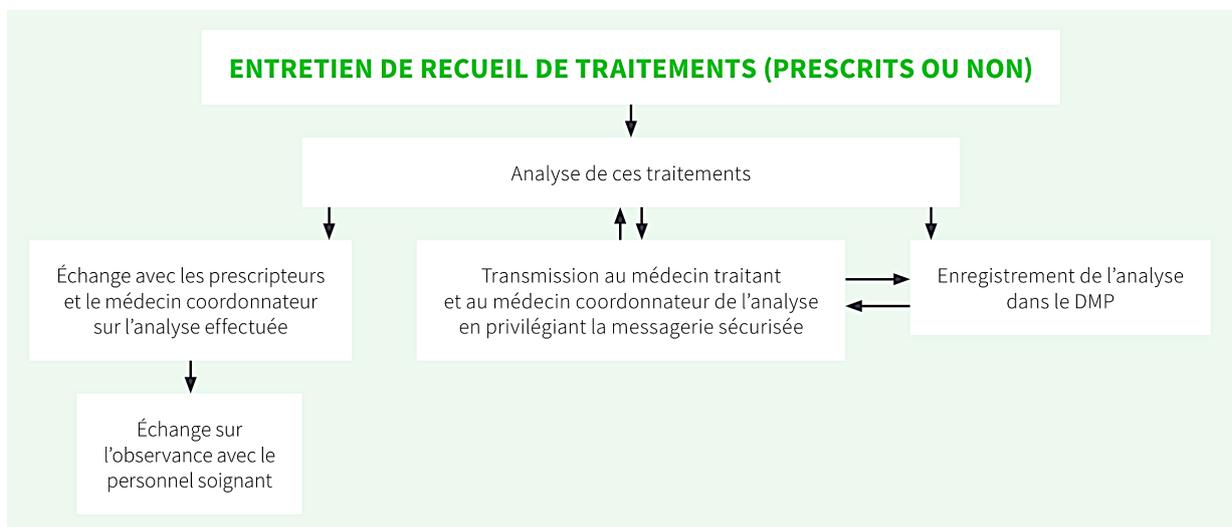


Figure 13 : Étapes du BPM en EHPAD (49)

Concernant la rémunération de cet acte, elle a été simplifiée dans l'avenant 21 de la convention nationale du 4 mai 2012. Anciennement sous forme de rémunération sur objectifs de santé publique (Rosp), la facturation se fait désormais via des codes actes comme présenté dans le tableau en Figure 14 (40). Tout d'abord, le code « adhésion », avec une tarification à un centime d'euro, lors de l'inclusion du patient et de la signature du formulaire d'adhésion, ainsi que le code « accompagnement de première année », avec une tarification à soixante euros, sont facturables dès lors que l'ensemble des différents entretiens ont été effectués. Un code « accompagnement années suivantes » peut être facturé à douze mois du premier code d'accompagnement et lorsque toutes les étapes de suivi ont été réalisées. Le montant de celui-ci diffère selon qu'il s'agisse du suivi d'un patient avec un ou plusieurs changements dans son traitement chronique, nécessitant une nouvelle analyse et éventuellement de nouvelles conclusions, avec une tarification à trente euros, ou alors d'un patient sans modification de

³ Publié au Journal Officiel le 10 avril 2022

traitement, nécessitant donc uniquement des entretiens de suivi, avec une tarification à vingt euros (50).

Actes	Tarifs* accompagnement 1 ^{ère} année		Tarifs* accompagnement années suivantes	
	Métropole	DOM	Métropole	DOM
Adhésion	TAC 0,01 €			
Accompagnement Bilan partagé de médication	BMI		BMT ¹ 30 €	BMT ¹ 31,50 €
	60 €	63 €	BMS ² 20 €	BMS ² 21 €

¹ avec un changement de traitement

² sans changement de traitement

Figure 14 : Grille de rémunération et codes actes du BPM (50)

I.2.2. Présentation de l'expérimentation via l'article 51 d'OPTIMED en Île de France

L'article 51 est un « dispositif générique d'expérimentation issu de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 permettant de tester en vie réelle des organisations innovantes en santé » (51). Pour être approuvés, les projets doivent contribuer à l'amélioration du parcours de soins du patient et à l'efficacité du système de santé ainsi que permettre un meilleur accès aux soins ou une meilleure pertinence des prescriptions. Quatre ans après sa mise en place, à savoir fin août 2022, cent-vingt-deux projets sur plus de mille demandes ont été autorisés pour un montant total de plus de cinq-cent-millions d'euros engagés et plus d'un million de personnes concernées (52).

Dans ce cadre, le projet pour l'optimisation des prescriptions médicamenteuses dans le parcours de soins des personnes âgées ou OPTIMED a été autorisé et lancé en juillet 2021 (Annexe 7). Les porteurs du projet sont un collectif composé de huit EHPAD et de sept pharmacies d'officine en Île-de-France réparties sur six départements (Paris 75, Seine-et-Marne 77, Yvelines 78, Hauts-de-Seine 92, Seine-Saint-Denis 93 et Val-d'Oise 95). Les partenaires du projet sont l'ARS d'Île-de-France, l'OMÉDIT Île-de-France, les médecins traitants des résidents des EHPAD, l'union régionale des professionnels de santé (URPS) des pharmaciens d'Île-de-France et l'Ordre régional des pharmaciens. Leur objectif est d'améliorer la prise en charge médicamenteuse des résidents en EHPAD, notamment en réduisant le risque iatrogène et en renforçant l'intervention du pharmacien d'officine dans les établissements. La population cible concerne les résidents permanents de plus de soixante-quinze ans de ces établissements dont la délivrance des médicaments est effectuée par une des pharmacies engagées dans le plan régional d'actions et d'amélioration de la prise en charge médicamenteuse. Cela concerne plus de mille-deux-cents patients. L'expérimentation

a actuellement lieu jusqu'en septembre 2024, soit trois ans après l'inclusion du premier patient dans le programme.

Le modèle organisationnel s'articule en huit étapes, résumées en Figure 15, autour des trois étapes du parcours du résident en EHPAD, à savoir dans un premier temps son entrée en établissement et le mois qui suit, puis le suivi quotidien de sa prise en charge et enfin l'arrêt de celle-ci (53). Les huit étapes s'organisent comme suit (54) :

- Première étape : préparation de l'entrée du patient deux jours avant son arrivée dans l'établissement avec création de son dossier, récupération de ses documents administratifs et de sa carte vitale, collecte de l'ensemble des ordonnances le concernant, analyse de ses traitements ;
- Deuxième étape : entrée du résident dans l'établissement avec inclusion dans le programme ou non selon qu'il souhaite conserver son pharmacien habituel (exclusion du programme) ou avoir recours au pharmacien d'officine lié par la convention avec l'établissement participant à l'expérimentation (inclusion automatique au programme pour les résidents permanents) ;
- Troisième étape : suite à l'arrivée du patient, réalisation du bilan d'entrée et délivrance de ses traitements ;
- Quatrième étape : réalisation du BPM et échange entre les différents professionnels avec réévaluation de la prescription si nécessaire, cette étape doit avoir lieu dans les trois mois suivants l'entrée du patient ;
- Cinquième étape : visite hebdomadaire du pharmacien d'officine dans l'EHPAD à hauteur d'une demi-journée pour rencontrer les patients et leurs aidants, animer la PCME et former les équipes de soins à la gestion des effets indésirables médicamenteux (EIM), aider à la bonne pratique des prescriptions médicamenteuses chez le sujet âgé et à l'optimisation du stock, sensibiliser et participer à la prévention, notamment en matière de vaccination, prendre part aux réunions de la commission de coordination gériatrique (CCG) ;
- Sixième étape : rupture du parcours possible lors d'une hospitalisation, d'une dégradation de l'état de santé ou à la demande du médecin traitant nécessitant une réévaluation et un nouveau bilan au retour du patient ;
- Septième étape : fin de vie du patient nécessitant une adaptation régulière de ses traitements voire la mise en place de soins palliatifs ;
- Huitième étape : sortie du programme suite au décès du patient, collecte de ses traitements non utilisés et élimination.

À chaque étape, plusieurs professionnels de santé intervenants dans le parcours de soins et la prise en charge du patient participent et collaborent et notamment le médecin coordonnateur (MedCo), le médecin traitant du patient, le pharmacien d'officine concerné par l'expérimentation, l'infirmier coordinateur (IDEC), le patient et éventuellement ses aidants. L'hôpital et la PUI sont quant à eux intervenus lors de l'entrée du patient en établissement et/ou au cours de son séjour.

	Médecin coordinateur EHPAD	Médecin traitant	Pharmacien d'officine de l'expérimentation	IDEC de l'EHPAD	Résident + sa famille (aidant)	Hôpital + PUI
Etape 1	Crée le dossier du patient	∅	Crée le dossier administratif, analyse l'ordonnance et prépare la dispensation des médicaments	Récupère les ordonnances (auprès du patient, de sa famille ou de l'hôpital adresseur du patient), les transmet au pharmacien	Met à disposition ses ordonnances + carte vitale	Met à disposition un maximum d'informations
Etape 2 + 3	Réalise le bilan d'entrée	∅	Délivre les médicaments	∅	∅	∅
Etape 4	∅	∅	Dans les 3 mois de l'entrée du résident, pendant 1h dans son officine (selon les critères à définir) ; sur la base du dossier qui arrive via le SI	∅	∅	∅
Etape 4a	Participe	Participe	Participe	Participe	Participe	∅
Etape 5	Est garant du respect des bonnes pratiques Prescrit de manière adaptée aux personnes âgées	∅	½ journée pour l'EHPAD	Formation	Rencontre le pharmacien le cas échéant	∅
Etape 6	Bilan collaboration avec pharmacien	Nouvelles ordonnances (si besoin)	Bilan au retour du résident Dans le cadre de la journée	Déclaration de rupture	∅	Nouvelles ordonnances (si besoin)
Etape 7	Participe	Participe	Participe	Participe (si pas hôpital)	Participe (si besoin)	Participe (si besoin)
Etape 8	Informe du décès	Est informé	Collecte et élimination des médicaments	participe	Sont informés	

Figure 15 : Tableau récapitulatif des intervenants pour chaque étape du projet OPTIMED (54)

Le modèle de financement de cette expérimentation propose une rémunération des acteurs afin de favoriser la participation notamment des professionnels dits « de ville » et particulièrement du pharmacien d'officine. Il est détaillé dans le tableau en Figure 16. Il est composé de deux parts fixes, l'une forfaitaire annuelle pour le pharmacien, d'un montant de huit-mille-trois-cent-vingt euros pour rémunérer les quatre heures hebdomadaires dans l'EHPAD et les activités effectuées. L'autre part fixe correspond à l'acte de BPM réalisé en EHPAD, avec les mêmes règles de facturation que le BPM classique mentionnées précédemment, dans la limite de trois mille euros par an par EHPAD (53). Enfin, une part

variable à la performance de type « partage de risque » pour l'EHPAD, partagée à part égale entre l'EHPAD, le pharmacien et le médecin traitant selon l'atteinte ou non des objectifs. Ces derniers sont répartis en quatre indicateurs de processus dans l'EHPAD pour un montant maximal annuel de neuf-cent euros et de trois indicateurs de résultats pour un montant maximal annuel de neuf mille euros (54). Les indicateurs de processus concernent la prévention mise en place, la qualité de la prise en charge et la collaboration entre les professionnels avec notamment le bon remplissage des dossiers médicaux et de liaison, la traçabilité des interventions médicales et la bonne gestion des EIM. Les indicateurs de résultats quant à eux concernent l'impact du programme et l'atteinte d'objectifs comme la diminution de 5 % annuel par délivrance du nombre de certains médicaments (antibiotiques, neuroleptiques, benzodiazépines à demi-vie longue, hypnotiques, antihypertenseurs, inhibiteurs de la pompe à protons (IPP), et antalgiques), la diminution de 3 % annuel du nombre d'hospitalisation et enfin la diminution de 3 % annuel du nombre de consultations en urgence (54). Ces objectifs marquent une volonté d'une meilleure consommation des soins, plus qualitative et moins quantitative, dans un contexte de suivi chronique et de prévention et non de consultation d'urgence.

	Objectifs	Part variable annuelle / site
Indicateurs processus	1. Remplissage du dossier de liaison d'urgence (DLU) / volet de synthèse médical (VSM) pour tous les résidents	900 €
	2. Médecin traitant signataire de la convention avec l'EHPAD	
	3. Traçabilité de son intervention par le médecin traitant dans le logiciel de l'EHPAD	
	4. Augmentation des EIG déclarés et analysés (pour les critiques)	
Total Indicateurs processus		900 €
Indicateurs résultats	1. Diminution de 5% par an du nombre de molécules par délivrance par rapport à T0 sur les classes prioritaires (3 classes parmi : antibiotiques, neuroleptiques, benzodiazépines à demi-vie longue, hypnotiques, antihypertenseurs, IPP, antalgiques)	4 000 €
	2. Réduction de 3% par an du nombre d'hospitalisations	4 000 €
	3. Réduction de 3 % par an du nombre de consultations en urgence	1 000 €
Total Indicateurs résultats		9 000 €

Figure 16 : Indicateurs pour la part variable à la performance dans le financement d'OPTIMED (54)

I.2.3. Présentation de la pharmacie SantéPlus

La pharmacie SantéPlus située à Vanves dans le département 92 est spécialisée dans la préparation des doses à administrer (PDA), soit la production de piluliers. Dans ce cadre, elle travaille principalement avec des établissements du secteur médico-social prenant en charge des personnes âgées et des personnes en situation de handicap. Il s'agit de résidences d'hébergement de personnes âgées, dont une majorité d'EHPAD, ou d'accueil de personnes handicapées tels que des foyers d'hébergement (FH), foyers de vie (FDV), foyers d'accueil médicalisés (FAM) ou encore de maisons d'accueil spécialisées (MAS). Certains établissements sont médicalisés et d'autres non. La pharmacie SantéPlus assure aussi la PDA pour des patients vivant au domicile via des SSIAD et SAAD. Cela correspond au suivi d'environ six mille patients par semaine, répartis sur quatre-vingt-cinq établissements dans la région Île de France.

La sécurisation de la PCME fait partie des missions des établissements d'hébergement qui sont évaluées par l'ARS. Sachant qu'en 2016, 84 % des EHPAD sont dépourvus de PUI (45), les établissements travaillent en partenariat avec des pharmacies d'officine, productrices des piluliers. À date, 65 % des EHPAD ont formalisé une convention de partenariat avec une ou plusieurs pharmacies d'officine (45). Il y a donc une coordination et une relation privilégiée entre la pharmacie et l'établissement d'hébergement. La sécurité du circuit du médicament doit être garantie par la pharmacie depuis la réception de l'ordonnance jusqu'à la livraison à l'infirmerie de l'établissement. Les piluliers ainsi que les documents fournis en sus des traitements doivent permettre la sécurisation de l'entièreté du circuit (Figure 11). Le pharmacien d'officine joue alors un rôle clef, puisque central, dans ce processus comme représenté en Figure 17.

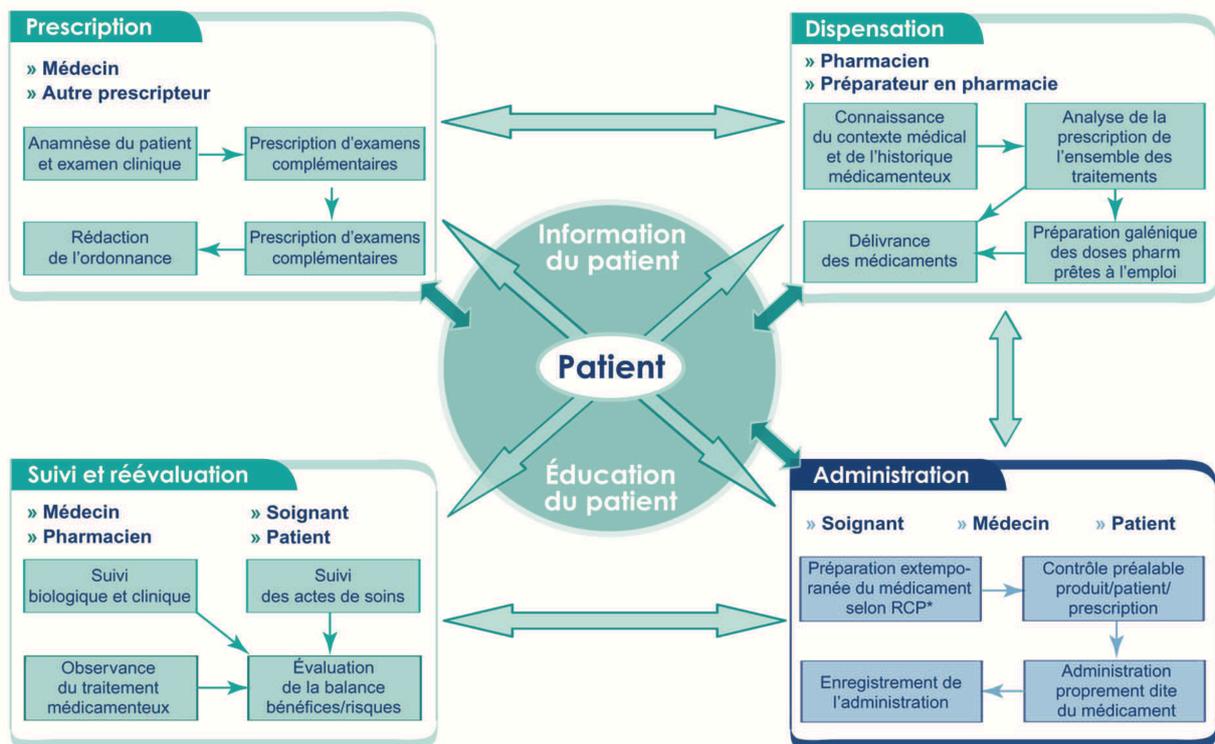


Figure 17 : Schéma du circuit du médicament (55)

Au niveau de la bonne dispensation, qu'il s'agisse de production robotisée ou manuelle, chaque ordonnance induit la saisie des nouvelles spécialités dans le plan de traitement du patient par un préparateur en pharmacie. S'en suit une vérification systématique par un pharmacien qui s'assure de la conformité de la saisie des données, procède à l'analyse pharmaceutique des traitements et identifie les éventuelles interactions médicamenteuses avant le lancement de la production. Une dernière vérification est effectuée par le pharmacien avant envoi à l'établissement afin de valider la conformité de la production au plan de traitement. Il y a ainsi une double vérification lors de la dispensation : vérification de la conformité de l'ordonnance au plan de traitement puis du pilulier produit au plan de traitement édité. En PDA manuelle, la vérification est visuelle et entièrement humaine, effectuée par le pharmacien. En PDA robotisée, le *Pouch Inspector* va photographier chaque sachet produit et la correspondance entre la spécialité intégrée au plan de traitement et la photographie va être

analysée par une intelligence artificielle. Les éventuelles erreurs détectées par cette dernière seront ensuite vérifiées manuellement par le pharmacien. Dans tous les cas, à chaque manipulation de médicament lors de la production, une validation informatique par scannage du Datamatrix de la boîte permet la validation et le passage à l'étape suivante. L'intégralité des informations contenues dans le Datamatrix sont associées à la production : numéro de série, code CIP, numéro de lot et date de péremption. La livraison des piluliers conformes se fait dans des sacs fermés nominatifs via des caisses, elles-mêmes scellées, remises en main propre à l'infirmerie de l'établissement.

Dans le cadre de l'administration au patient, l'équipe de soins effectuera elle aussi des vérifications dans l'établissement : une à la réception ainsi qu'une au moment même de l'administration. Chaque pilulier est nominatif et contient l'intégralité des informations nécessaires à l'identification du patient et de la spécialité afin de respecter la règle dite des « 5B ». Des documents sont édités avec les piluliers et à destination des équipes de soins. Le plan de traitement, dont la conformité a préalablement été vérifiée par le pharmacien, correspond à une saisie des ordonnances et permet de consulter l'intégralité du traitement chronique d'un patient. Le double-contrôle est essentiel et permet de garantir la sécurité du circuit. Les fiches d'administration permettent quant à elle de savoir à chaque moment de prise ce qui doit être administré au patient. Elles sont d'autant plus utiles lorsque la personne administrant les médicaments n'est pas un professionnel de santé. Ces documents peuvent permettre « l'aide à la prise », par strict respect des consignes dictées par les fiches d'administration. Chaque pilulier est nominatif, mentionne la posologie, la dose et la forme du traitement et permet ainsi une ultime vérification au moment de l'administration. Un suivi des administrations est effectué et collecté par l'établissement dans le cadre du suivi du patient et de la pharmacovigilance.

Le pharmacien d'officine joue donc ici un rôle prépondérant dans l'ensemble du circuit du médicament dès la réception des prescriptions (Figure 11). L'objectif est d'optimiser la sécurité du circuit du médicament mais aussi de saisir pleinement les missions inhérentes au rôle de pharmacien. Le double contrôle et le travail en coordination du pharmacien et de l'établissement sont indispensables au bon fonctionnement et à la sécurité du circuit du médicament.

I.2.4. Enjeux de sa mise en place à la pharmacie SantéPlus

À l'heure actuelle, il n'existe pas de cadre légal pour définir l'exercice et la sécurisation de la PDA. Il est seulement évoqué dans le Code de la santé publique dans l'Article R-4235-48. Il est demandé aux pharmacies établissant une convention de PDA avec un EHPAD de « mettre en place un système qualité permettant de tracer les actions effectuées et les contrôles réalisés » et « d'assurer un suivi destiné à améliorer le processus en continu » via les différents guides encadrant cette pratique, fournis par les ARS (45). À ce titre, une charte de production a été rédigée par la pharmacie SantéPlus précisant notamment les modalités de la production et les contrôles (Annexes 8 et 9), les règles d'hygiène, la gestion des non-conformités ainsi que le plan de continuité d'activité. La sécurisation de la PCME répond déjà à la demande d'optimisation des différentes instances lors des évaluations sur le circuit du médicament avec une multitude de points de contrôle à la pharmacie, depuis la réception des ordonnances jusqu'à la livraison des traitements à l'établissement avec un double contrôle, sur place, par l'équipe soignante à la réception et à l'administration.

Ainsi, intervenir sur l'étape précédant l'arrivée de l'ordonnance à la pharmacie paraît être une nouvelle piste d'amélioration. La réalisation des BPM, en partenariat avec les équipes de soins coordinatrices, pourrait permettre un dialogue sur les traitements en place, voire entraîner de nouveaux réflexes sur les prescriptions à venir. Une synthèse détaillée de chaque BPM sera rédigée et fournie lors de l'entretien conseil. Il s'agira des analyses individuelles. L'objectif de cette réunion interprofessionnelle sera de présenter une conclusion générale avec notamment des remarques sur les molécules les plus prescrites et les problématiques les plus rencontrées en termes d'interactions médicamenteuses ou de risque majoré d'effet indésirable. Les patients comportant des alertes dans l'analyse de leur traitement seront également évoqués et des recommandations proposées.

Le pharmacien effectue d'ores-et-déjà une partie du BPM lorsqu'il effectue l'analyse pharmaceutique : détection d'éventuelles contre-indications, recherche d'interactions médicamenteuses, alerte lors d'un surdosage, etc. La mise en place de ces bilans de médication permet, d'une part, la formalisation de cette analyse pharmaceutique, déjà effectuée à chaque délivrance, mais également un approfondissement de cet exercice et une discussion avec les prescripteurs. De plus, les patients résidant en EHPAD correspondent à la population cible des BPM. Étant souvent polymédiqués et polyopathologiques, ils sont généralement suivis par leur médecin traitant, médecin généraliste, ainsi que par différents spécialistes. Le pharmacien d'officine est alors le destinataire des différentes ordonnances pouvant émaner de l'ensemble de ces prescripteurs. Il est aussi en contact étroit avec l'équipe de soins et plus particulièrement avec l'équipe coordinatrice, l'IDEC et le MedCo, intermédiaires privilégiés pour relayer les conclusions et permettre une amélioration des prescriptions.

Mettre en place les BPM en lien avec différents EHPAD et différentes équipes de soins coordinatrices permet de réaliser une des nouvelles missions du pharmacien d'officine qui participe à l'amélioration de la prise en charge médicamenteuse des personnes âgées, un des principaux enjeux actuels de santé publique, tout en effectuant une activité nécessitant un exercice en interprofessionnalité. Il est en ville ce qu'est la conciliation médicamenteuse à l'hôpital.

II. Mise en place des bilans partagés de médication en EHPAD

II.1. Travail préliminaire pour la mise en place des bilans partagés de médication

II.1.1. Définition de l'objectif et présentation du projet aux établissements

L'objectif est de mettre en place, établissement par établissement, des BPM selon les phases suivantes :

- une première phase d'intégration de l'ensemble des patients éligibles et d'analyse de l'ensemble de ces patients,
- une seconde phase d'adhésion au fil du temps des nouveaux patients éligibles entrant dans l'établissement.

Il est à noter que la population en EHPAD est en renouvellement permanent avec un taux de rotation élevé des résidents : un quart de nouveaux patients accueillis par an dont un tiers quittera ce même établissement dans l'année, d'après l'enquête auprès des EHPA de 2019 (28).

Actuellement, quatre établissements desservis par la pharmacie ont intégré ce projet. Cela concerne un total d'environ deux-cent-cinquante patients. Après vérification des critères d'éligibilité, cent-soixante-dix d'entre eux peuvent bénéficier d'un BPM, soit deux patients sur trois environ. Le Tableau 1 rapporte et précise l'ensemble des chiffres concernant l'éligibilité sur ces quatre établissements.

Tableau 1 : Patients éligibles à la mise en place des BPM dans les quatre établissements tests

Établissements	1	2	3	4
Nombre total de patients	62	55	59	73
Nombre de patients éligibles	48	43	40	39
Taux de patients éligibles	77,4 %	78,2 %	67,8 %	53,4 %

Différentes rencontres avec les établissements sont régulièrement organisées. Il en existe trois types.

Tout d'abord, les **commissions de coordination gériatriques** (CCG) réunissent l'ensemble des professionnels de santé, salariés et libéraux, intervenant dans l'établissement. Elles sont animées par le MedCo et ont lieu à minima deux fois par an. (56) Elles ont pour objectif d'échanger sur la prise en charge et d'organiser l'intervention des différents intervenants dans un objectif d'optimisation de l'accompagnement des patients.

Ensuite, les **commissions du médicament et des dispositifs médicaux stériles** (COMEDIMS), décrites⁴ comme « un lieu de concertation entre les médecins prescripteurs et le pharmacien » (57), ont pour but d'échanger sur la sécurisation de l'utilisation des médicaments et des dispositifs médicaux au sein de l'établissement. Les COMEDIMS ont lieu avec le pharmacien et l'équipe de soins coordinatrice afin d'échanger et de faire le point sur le

⁴ Circulaire ministérielle n°2186 du 30 juin 1976

travail effectué dans le cadre du partenariat. Elles portent sur le circuit de fourniture et de livraison des médicaments et produits pharmaceutiques. Ces réunions ont pour objet d'examiner précisément le circuit du médicament, d'envisager d'éventuelles améliorations et de répertorier les éventuels événements indésirables ayant eu lieu afin d'y apporter les actions correctives nécessaires. Elles ont lieu à minima une fois par an.

Enfin, le dernier type de rencontre correspond à des **réunions sur demande** de l'un des partenaires, l'équipe de soins ou le pharmacien. Elles sont demandées dans le cas où un échange est nécessaire entre les deux parties, qu'il s'agisse d'une information à communiquer ou d'un problème rencontré nécessitant un rendez-vous et des actions rapides.

C'est dans ce contexte que le sujet de la mise en place des BPM a été inscrit à l'ordre du jour des COMEDIMS programmées ou de réunions sur demande afin de présenter le projet et d'organiser sa mise en place. Les critères d'éligibilité des patients ont été expliqués ainsi que le bénéfice que pourrait apporter la mise en place de ce projet pour la sécurité du circuit du médicament et sur la qualité des soins. Il est à noter que les établissements sont toujours favorables à l'amélioration des pratiques et de la PCME. Cette optimisation est également encouragée par l'ARS lors de ses évaluations.

Après accord des deux parties, la signature d'un amendement à la convention de partenariat est formalisée. Il définit le rôle de chaque partie, notamment en matière de recueil du consentement du patient et de règlement général sur la protection des données (RGPD). Le calendrier de mise en place du BPM est également arrêté. Il fixe notamment la réunion « entretien conseil » entre le pharmacien et l'équipe de soins coordinatrice qui permet la restitution des synthèses et une discussion des différents BPM réalisés pour les patients éligibles.

II.1.2. Formulaire adhésion aux BPM

Dans le cadre de l'adhésion au programme, le consentement du patient ou de son représentant légal doit être obtenu via un formulaire d'adhésion. Le bulletin d'adhésion a ainsi été fourni par la pharmacie aux établissements après ajout des mentions concernant la pharmacie et de la signature du pharmacien titulaire (Annexe 1). La pharmacie d'officine ne se rendant pas sur place dans le cadre de son exercice, c'est à l'établissement de recueillir ce consentement, comme établi dans l'amendement à la convention de partenariat.

Afin de simplifier cette démarche, il a été proposé de demander le consentement de tous les patients éligibles de l'établissement lors de la première phase d'adhésion concernant l'ensemble de la résidence. Pour la seconde phase, le formulaire d'adhésion a été ajouté aux documents administratifs d'entrée des patients dans la résidence, comme pour l'autorisation de la délivrance des médicaments par la pharmacie SantéPlus dans le cadre du respect du libre choix du pharmacien. Cela permet ainsi l'automatisation de la proposition de BPM, puisque l'objectif est la généralisation à toute nouvelle entrée dans la résidence d'un patient éligible. Le formulaire signé doit être transmis à la pharmacie et joint à la facturation du code acte « adhésion » et conservé par l'établissement dans le dossier patient.

Afin d'explicitier les BPM et d'échanger avec l'équipe de soins mais également les patients, différents supports de communication sont proposés en figures 18, 19 et 20. Ils pourront également être présentés au patient avant la signature du bulletin d'adhésion.

→ Pour qui ?

CRITÈRES D'ÉLIGIBILITÉ

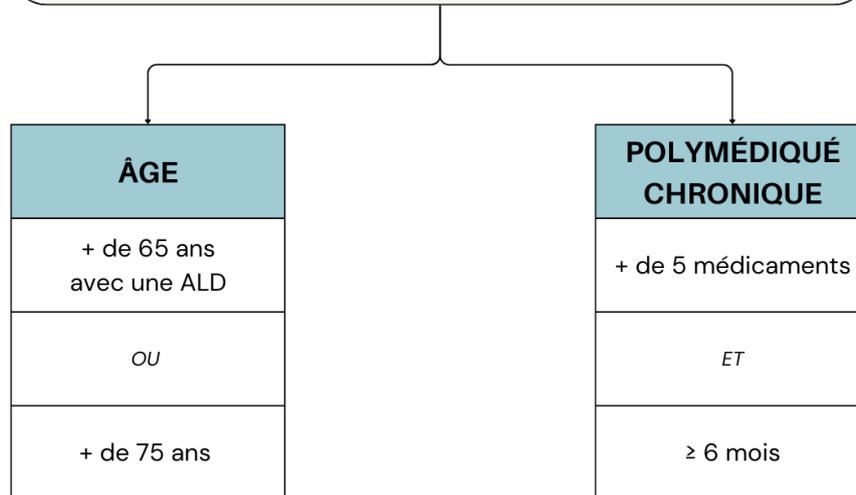


Figure 18 : Support de communication sur les critères d'éligibilité aux BPM

→ Pourquoi ?

AMÉLIORATION PCME

adapter au mieux la thérapeutique au sujet âgé
éviter la surprescription en cascade par l'analyse des EI
échanger avec l'équipe de soins coordinatrice et les prescripteurs
repérer et améliorer les habitudes de prescriptions
échanger sur l'observance et la bonne prise des médicaments

Figure 19 : Support de communication sur les objectifs du BPM

→ Comment ?

DIFFÉRENTS ENTRETIENS

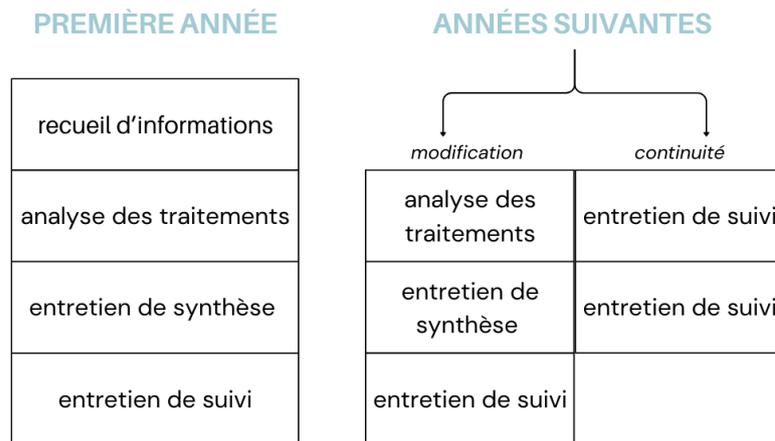


Figure 20 : Support de communication sur les modalités du BPM

II.1.3. Sélection d'un outil d'aide à la réalisation des bilans partagés de médication

La mise en place des BPM à l'échelle d'un établissement entraîne des contraintes différentes de celles rencontrées lors d'un bilan individuel à la pharmacie. En effet, la récupération des données et des informations est facilitée puisque faite via un interlocuteur privilégié, l'équipe coordinatrice des soins. Cependant, la quantité d'informations et le nombre de patients nécessitent la mise en place d'une organisation structurée. Le destinataire des conclusions étant également le même pour une multitude de patients, il faut un format pertinent et homogénéisé lui permettant une extraction simple et efficace des informations qui l'intéressent. Pour cela, le choix d'un outil d'aide à la réalisation de ces bilans a été opéré. Il devra permettre une lecture claire et synthétique sans pour autant perdre en qualité et en quantité d'informations. L'accès à ces deux plateformes, sur deux semaines, a permis la création de BPM fictifs afin de tester sur différents critères les deux plateformes. Une synthèse a finalement permis la sélection de l'outil le plus adapté.

L'enquête a ainsi été menée sur deux plateformes différentes afin de comparer les offres sur le marché et d'établir les critères répondant davantage aux attentes de la réalisation de ce projet. Les caractéristiques propres aux deux outils sont résumées dans le tableau 2. La difficulté résidait dans le fait que le BPM est un exercice officinal, contrairement à la conciliation médicamenteuse qui est un exercice hospitalier. La formule souhaitée devait répondre à des critères impliquant des critères de ces deux modèles puisque l'activité de BPM en établissement se rapproche davantage de l'exercice hospitalier dans l'édition et la conservation des données tout en conservant l'exercice pratique inhérent à la réalisation du BPM comme dans une officine.

Tableau 2 : Caractéristiques des deux outils évalués pour la mise en place des BPM

	Outils 1	Outils 2
Type de plateforme	site web	application
Données patients	NON via numéro d'anonymat	OUI via serveurs en France HDS
Champ d'exercice	officine établissement hospitalier	officine
Classification des BPM	par établissement	par patient
Saisie d'informations	manuelle	manuelle automatisée
Questionnaires type : - habitudes de vie - contexte médical - évaluation observance	OUI	OUI
Base de données d'analyse	Thériaque	Thériaque, <i>DDI predictor</i> , critères STOPP/START, liste de Laroche, <i>Anticholinergic Drug Scale...</i>
Intelligence artificielle	OUI	NON
Messagerie sécurisée	NON	OUI
Édition de synthèse	OUI	OUI

L'**outil numéro 1** se présente sous la forme d'une plateforme web de soins pharmaceutiques et de détection et prévention de la iatrogénie médicamenteuse. Il ne conserve aucune donnée sur le patient qui est anonymisé dès la création du BPM par l'attribution d'un numéro d'anonymat. La base de données utilisée est celle du *Thériaque* couplée à une intelligence artificielle, propre à la plateforme. Cette dernière permet notamment la détection de risque de « cascade médicamenteuse » et les éventuels événements iatrogènes rapportés lors de l'entretien de recueil par rapprochement de symptômes déclarés au pharmacien et d'effets indésirables documentés dans le résumé des caractéristiques du produit (RCP). Il répertorie également l'intégralité des items demandés notamment en termes d'observance et de recueils d'informations sur le contexte et les habitudes de vie du patient.

L'**outil numéro 2** est une plateforme nécessitant davantage de saisies d'informations puisque les questionnaires d'observance et d'habitudes de vie ne peuvent pas être adaptés ou désactivés. Ces parties sont pourtant moins intéressantes pour un exercice en EHPAD puisque les patients concernés sont, dans la grande majorité des cas, non autonomes dans la prise de leurs médicaments. Cependant, elle présente un lecteur d'ordonnance dactylographiée automatisé afin d'éviter la saisie des ordonnances du patient, ce qui est un réel gain de temps. Cela ne fonctionne pas sur les ordonnances manuscrites. La base de

données, pour les préanalyses de traitement, intègre de nombreuses références : *Thériaque*, *DDI predictor*, *critères STOPP/START*, *la liste de Laroche*, *l'Anticholinergic Drug Scale*, etc. Elle comprend également une messagerie sécurisée pour communiquer avec les prescripteurs.

Les **deux outils** testés permettent l'édition d'une synthèse après le recueil des informations par la plateforme, la préanalyse par leur base de données et enfin la vérification avec possibilité d'ajouts et de modifications de cette préanalyse par le pharmacien. La mise en page est automatisée et homogénéisée. Seul le second outil permet l'envoi de cette synthèse par la messagerie sécurisée.

Plusieurs points ont été évalués lors d'une phase de test. La couverture fonctionnelle a d'abord été appréciée, notamment au sujet de la création du dossier patient, du recueil d'informations, de l'analyse de traitement et de la synthèse éditée pour l'entretien conseil. Un aperçu des résultats synthétisés est proposé dans le tableau 3. D'autres critères moins techniques ont été abordés, notamment sur l'ergonomie et l'appréciation globale des outils.

Tableau 3 : Synthèse de l'évaluation des deux outils pour la réalisation des BPM

	Outil 1	Outil 2
Création dossier du patient		
Facilité de saisie	👍	👍
Quantité informations demandée	👉	👎
Anonymisation	👎	👉
Recueil d'informations		
Consentement	👍	👎
Récupération des datas existantes	👎	👎
Reconnaissance ordonnances	👎	👍
Facilité de saisie	👍	👎
Stockage des données	👉	👎
Analyse du traitement		
Base de données	👍	👍
Apprentissage de la plateforme	👍	👎
Aide à l'analyse	👍	👎
Restitution de l'analyse	👍	👎
Entretien conseil		
Transmission via canal sécurisé	👎	👍

Le choix s'est finalement porté sur l'outil numéro 1. Tout d'abord en raison de la base de données permettant l'analyse du traitement. La synthèse obtenue doit permettre au pharmacien d'avoir accès à une préanalyse contenant la grande majorité des informations sans pour autant comporter une trop grande quantité de données. En effet, la synthèse rendue après vérification et validation par le pharmacien doit être claire et pertinente. L'équipe de soins aura à disposition une synthèse individuelle pour deux tiers de ses résidents. Ainsi, une trop grande quantité d'informations ne permettrait pas une qualité suffisante de restitution. Lorsqu'il y a une trop grande base de données dans un outil, celui-ci a tendance à fournir une préanalyse très fournie et moins lisible, ce qui était le cas lors de l'utilisation de l'outil 2. Aussi, une plus grande adaptabilité au format des BPM réalisés en EHPAD avec une possibilité d'affilier et de classer les dossiers par établissement et non pas par patient, ainsi qu'une adaptation du format de l'entretien de recueil, évitant la réponse « non concerné » à une multitude d'items, était davantage possible avec l'outil 1. En effet, ce dernier peut être utilisé en officine pour les BPM mais également pour les différents accompagnements pharmaceutiques ou programmes d'éducation thérapeutique du patient, comme pour les patients asthmatiques, sous anticoagulants oraux, sous antivitamines K ou ayant un traitement anticancéreux *per os*. Il propose également aux hôpitaux des modules de soins pharmaceutiques en termes d'éducation thérapeutique du patient ou encore de conciliation médicamenteuse. Cette pluralité de modules permet plus facilement une adaptation à notre format de BPM spécifique en EHPAD. Finalement, les deux défauts principaux de cet outil 1 en comparaison à son concurrent résidaient principalement dans l'anonymisation du patient sur la plateforme et sur l'absence de canal sécurisé de communication. Après vérification, une sauvegarde sur le dossier patient du logiciel officinal et une conservation de la synthèse contenant le numéro d'anonymisation ainsi que l'identité du patient sur son dossier médical partagé permet facilement de contourner cette première problématique. Quant à l'absence de messagerie sécurisée, cela a finalement été acté comme préférable afin de ne pas multiplier les moyens de communication avec les établissements avec qui nous avons déjà en place des canaux de communication.

Ainsi, ce travail préliminaire a permis de préparer la mise en place de ces bilans médicaux partagés. Un calendrier a été établi afin de définir les différents rendez-vous d'entretiens comme présenté dans le tableau 4.

Tableau 4 : Planning prévisionnel à la mise en place des BPM dans les quatre établissements test

Établissements	1	2	3	4
Réunion de présentation	02/2024	02/2024	03/2024	03/2024
Recueil d'informations	02/2024	02/2024	03/2024	04/2024
Analyse des traitements	04/2024	04/2024	05/2024	05/2024
Entretien conseil de synthèse	05/2024	05/2024	06/2024	06/2024
Entretien de suivi	09/2024	09/2024	10/2024	10/2024

II.2. Mise en pratique

II.2.1. Entretien de recueil d'informations

L'**entretien de recueil d'informations** s'appuie sur différents supports. Le pharmacien a d'ores et déjà en sa possession le plan de traitement. Il équivaut au plan de production qui est utilisé pour la fabrication des piluliers. Il intègre l'ensemble des ordonnances rédigées par les différents prescripteurs intervenant auprès du patient. Ensuite, il va répertorier les ordonnances du patient transmises par l'établissement ainsi que les fiches d'arrêt de traitement. L'objectif est de vérifier, à nouveau, la conformité au plan de traitement déjà établi, même si cette étape est effectuée à la réception de toute nouvelle ordonnance. Enfin, le pharmacien peut avoir un accès spécifique au logiciel d'aide à la gestion des résidents de l'établissement. Ces logiciels vont répertorier différentes données qui pourront être intégrées aux informations du patient dont on effectue l'analyse. Le pharmacien a, en effet, accès aux listes de médicaments arrêtés et suspendus, ainsi qu'aux éventuels motifs ayant motivés ces décisions, aux prescriptions « aiguës » pouvant aiguiller sur les problématiques rencontrés par le patient, etc. Une liste des surveillances et recommandations indiquée par le médecin peut aussi être précisée comme les contrôles de la glycémie ou de la tension artérielle. Il existe aussi des rubriques concernant les résultats d'analyse et de biologie si le médecin a jugé nécessaire de les retranscrire dans le dossier. Il s'agit en général de trouble de la déglutition ou encore du débit de filtration glomérulaire (DFG) qui peuvent avoir un impact sur la prise médicamenteuse. Les éventuelles allergies sont aussi renseignées. Aussi, le pharmacien peut contacter l'équipe de soins pour obtenir tout renseignement complémentaire qu'il souhaiterait apporter au dossier. Toutes ces informations vont être rapportées dans la plateforme dans différentes rubriques comme mentionné dans le tableau 5.

Tableau 5 : Rubriques à renseigner lors de la création d'un BPM

1. Officine	2. Patient	3. Observance	4. Contexte	5. Médicaments
<ul style="list-style-type: none">• numéro d'anonymat• établissement• pharmacien• date collecte• date du prochain suivi	<ul style="list-style-type: none">• âge• poids• ALD ou non• sexe• habitudes de vie, régime alimentaire, automédication	<ul style="list-style-type: none">• calcul du score	<ul style="list-style-type: none">• recherche de iatrogénie• allergie(s)• fonction rénale• insuffisance hépatique• troubles de la déglutition• autres antécédants médicaux	<ul style="list-style-type: none">• liste des médicaments

Avant tout, il faut renseigner les données nécessaires à la **constitution du dossier** et correspondant aux généralités pour le travail officinal (Figure 21). La création d'un BPM induit l'attribution d'un numéro d'anonymat automatiquement affecté au fichier en cours de création par la plateforme. Il faut l'attribuer à un résident et l'intégrer à sa fiche patient sur le logiciel

officinal afin de pouvoir facilement avoir accès au fichier anonymisé. Le BPM créé peut être rattaché à un établissement. Cela permettra l'ajout d'une entête pré-crée lors de l'édition des synthèses en mentionnant le nom et l'adresse de l'établissement ainsi que le nom du médecin coordonnateur. Il faut également renseigner le nom du pharmacien dès la création ainsi que la date de collecte des données. Cela ajoute une alerte automatique pour rappeler les entretiens de suivi à effectuer, dans trois mois à un an.

Données générales de l'officine

Numéro

ZQNJOZLPMN

! Merci de bien noter ce numéro. Il sert de lien entre votre patient et le recueil.

Nom complet du pharmacien

Clarisse Massat

Date de collecte

/ /2024

Date de la prochaine séance

/ /2025

+1 an

+6 mois

+3 mois

Etablissement cible

! Ce champ vous permet de créer un BPM pour le compte d'un autre établissement (Mode EHPAD).

Figure 21 : Première étape de la création du BPM : données générales de l'officine

Ensuite, il s'agit de **répertorier les données propres au patient**. Les données générales le concernant : l'âge, le poids, le sexe et s'il est atteint d'une ou plusieurs ALD. Ces renseignements permettent le déclenchement d'une alerte si les critères d'éligibilité pour bénéficier d'un BPM ne sont pas remplis. De nombreuses questions (Tableau 6) sur les habitudes de vie peuvent être complétées, mais la majorité d'entre elles ne concernent pas le résident en EHPAD, rarement autonome dans la prise de ses médicaments. Certaines informations sur la consommation d'aromathérapie, de phytothérapie ou de compléments alimentaires peuvent tout de même être intéressantes.

Tableau 6 : Questionnaire sur les habitudes du patients et ses habitudes de vie

Habitudes du patient	
Autres traitements	Aromathérapie, phytothérapie, compléments alimentaires, collyres, vitamines, dispositifs médicaux, etc.
	Antibiotiques au cours des 3 derniers mois.
Modifications	Arrêt ou modification d'un traitement prescrit. Si oui, pourquoi ?
Effets des traitements	Effets particuliers remarquables. Effets indésirables. Si oui, que faites-vous en réponse à ceux-ci ?
	Médicaments nécessitant un suivi particulier. (<i>anti-coagulant...</i>)
Prise des médicaments	Avez-vous des rappels pour la prise ?
	Vous reste-t-il des médicaments à la fin du mois ?
	Êtes-vous en rupture de certains médicaments ?
	Avez-vous certains médicaments en grande quantité chez vous ?
	Êtes-vous aidé dans la gestion de vos traitements ? Si oui, par qui et comment ? Si non, souhaitez-vous l'être ?
	Avez-vous des difficultés à prendre certains traitements ?
Habitudes de vie	
Vivez-vous seul, accompagné ou en institution ?	
Quelles sont vos habitudes alimentaires ? (<i>combien de repas par jour...</i>)	
Suivez-vous un régime alimentaire particulier ? (<i>sans sel...</i>)	
Consommez-vous un ou plusieurs des produits listés suivants ? <i>Ail, alcool, cola, café, chardon-marie, curcuma, échinacées, eucalyptus, gingembre, ginkgo, ginseng, hibiscus, menthe, millepertuis, pamplemousse, soja, tabac, thé vert, thym, valériane</i>	

Un **questionnaire d'observance** peut également être posé afin d'évaluer l'adhésion du patient à son traitement. Il ne concerne que les patients autonomes dans la prise de leurs médicaments, une minorité des résidents en EHPAD. Il s'agit du questionnaire de Girerd (Figure 22) qui se calcule avec un point gagné par réponse négative. Plus le score est faible, plus il traduit une mauvaise observance du patient. Un score de six points représente une bonne observance ; entre quatre et cinq points, une faible observance et en dessous de trois points, une mauvaise observance.

• CE MATIN AVEZ-VOUS OUBLIÉ DE PRENDRE VOTRE MÉDICAMENT ? OUI NON

• AVEZ-VOUS DÉJÀ ÉTÉ EN PANNE DE MÉDICAMENTS ? OUI NON

• VOUS EST-IL ARRIVÉ DE PRENDRE VOTRE TRAITEMENT EN RETARD PAR RAPPORT À L'HEURE HABITUELLE ? OUI NON

• VOUS EST-IL ARRIVÉ DE NE PAS PRENDRE VOTRE TRAITEMENT PARCE QUE, CERTAINS JOURS, VOTRE MÉMOIRE VOUS FAIT DÉFAUT ? OUI NON

• VOUS EST-IL ARRIVÉ DE NE PAS PRENDRE VOTRE TRAITEMENT PARCE QUE, CERTAINS JOURS, VOUS AVEZ L'IMPRESSIION QUE LE TRAITEMENT VOUS FAIT PLUS DE MAL QUE DE BIEN ? OUI NON

• PENSEZ-VOUS QUE VOUS AVEZ TROP DE MÉDICAMENTS À PRENDRE ? OUI NON

TOTAL RÉPONSE(S) NÉGATIVE(S) =6 4 ou 5 ≤ 3

Figure 22 : Troisième étape de la création du BPM : questionnaire de suivi de l'observance (58)

Le **contexte clinique** peut aussi être renseigné (Figure 23). Il permet d'apporter des informations sur l'impact que pourrait avoir l'état du patient sur la cinétique du médicament. Il permet de rechercher les symptômes d'une éventuelle iatrogénie médicamenteuse, de renseigner une ou plusieurs allergie(s) ou de préciser l'état de la fonction rénale et hépatique. Il est aussi possible de déclarer des troubles pouvant influencer sur l'administration des médicaments comme un trouble de la déglutition, de la vue ou des douleurs articulaires.

Contexte clinique

Recherche de iatrogénie médicamenteuse

Cliquez pour rechercher un symptôme

Le patient est-il allergique à un ou plusieurs médicaments / substances ? Oui Non

Fonction rénale (CEC) en ml / min

Information non disponible	Supérieur à 90 Normale	Entre 60 et 89 Insuf. légère	Entre 30 et 59 Insuf. modérée	Entre 15 et 29 Insuf. sévère	Inférieure à 15 Insuf. terminale

Si possible, précisez la méthode utilisée : Inconnue CDK EPI Cockcroft MDRD

Le patient à-t-il une insuffisance hépatique ? Diminution du taux de prothrombine (TP), augmentation de la bilirubine conjuguée, score de Child-Pugh : Non connu Oui Non

Troubles de la déglutition, vision, douleurs articulaires ?

Figure 23 : Quatrième étape de la création du BPM : contexte clinique du patient

La dernière étape consiste à **énumérer les médicaments prescrits** au patient. Ils doivent être au minimum cinq pour que le patient entre dans le cadre de l'éligibilité au BPM. Il faut entrer la dénomination commune internationale (DCI) ou le nom du princeps ainsi que le dosage et la forme du médicament. Seuls les médicaments sont concernés, les dispositifs médicaux et compléments alimentaires ne faisant pas partie de la liste. Lorsqu'on a sélectionné le médicament que l'on souhaite ajouter, il est possible de sélectionner l'indication pour laquelle il est prescrit. Il faut renseigner la posologie et préciser s'il s'agit d'une prise systématique ou prescrite en « si besoin », si le comprimé est coupé ou écrasé ou si la gélule est ouverte. À chaque étape, un commentaire peut être ajouté si le pharmacien le juge nécessaire.

Quel médicament souhaitez-vous ajouter ?

MACROGOL 4000

Pouvez-vous me préciser son indication ?

- Non connu
- CONSTIPATION:** Ce médicament est indiqué dans le traitement symptomatique de la constipation chez l'adulte et chez l'enfant à partir de 8 ans. Une cause organique devra être écartée avant d'initier le traitement. Ce médicament doit rester un traitement temporaire de la constipation, d'une durée n'excédant pas 3 mois chez l'enfant, en association aux mesures hygiéno-diététiques adaptées. La persistance des troubles malgré les mesures hygiéno-diététiques associées devra faire rechercher et traiter une pathologie sous-jacente.

Assistant d'ajout de médicament: FORLAX 10 g, poudre pour solution buvable en sachet

Quelle est sa posologie ?

Précisez sa voie d'administration

ainsi que sa quantité et son unité de prise pièce (comprimé, gélule, patch, etc)

 Matin
  Midi
  Soir
  Nuit

et / ou LUN MAR MER JEU VEN SAM DIM

Astuce gain de temps : inutile de sélectionner tous les jours de la semaine dans le cas d'une administration journalière.

et / ou  Toutes les heure(s)

et / ou  Pendant heure(s)

et / ou jour(s) sur début le

et / ou A heure(s)

et / ou

Matin	<input type="text"/>	pièce	Midi	<input type="text"/>	pièce
Soir	<input type="text"/>	pièce	Nuit	<input type="text"/>	pièce

Figure 24 : Cinquième étape de la création du BPM : saisie des traitements

Une fois toutes ces données récoltées, une dernière étape permet de relire et de vérifier toutes les informations saisies. Des alertes apparaissent dans le cas où les conditions d'éligibilité ne sont pas réunies ou si des informations obligatoires sont manquantes. Après validation du recueil, il n'est plus possible de modifier le dossier du patient et une préanalyse se lance grâce à la base de données interne de la plateforme et au système d'intelligence artificielle.

II.2.2. Analyse des traitements et rédaction de la synthèse

Une fois l'intégration de ces données et la préanalyse effectuée par la plateforme, le pharmacien doit effectuer, pour chaque patient, une **analyse du traitement**. Des suggestions de remarques, d'interactions médicamenteuses ou de risques majorés d'effets indésirables sont proposées au pharmacien. Celui-ci peut décider de les faire figurer ou non sur l'édition finale et d'ajouter un commentaire à destination du lecteur.

Tout d'abord, le pharmacien peut mentionner des **points d'attention** correspondant à des informations générales sur chaque médicament prescrit. Il va préciser la nature du risque ainsi que le mécanisme d'action et fournir la conduite à tenir en réponse à ce risque. L'objectif est de rappeler au prescripteur les surveillances nécessaires et de réévaluer l'indication voire la prescription, dans le cas d'une balance bénéfices/risques défavorable. Quelques exemples des points d'attention qui peuvent être fournis sont proposés dans le tableau 7.

Tableau 7 : Exemples de points d'attention pouvant être relevés lors de l'analyse du traitement

Antivitamines K (AVK) Warfarine COUMADINE Fluindione PREVISCAN Acénocoumarol SINTROM	Conduite à tenir : Surveillance INR et adaptation de la posologie, surveillance de la fonction rénale et hépatique. Nature du risque et mécanisme d'action : Risque hémorragique.
Antiémétiques Métoclopramide PRIMPERAN	Conduite à tenir : Si indispensable, prescrire à la posologie la plus faible et pour une durée de traitement la plus courte possible (inférieure à 7 jours). Nature du risque et mécanisme d'action : Peut entraîner des dyskinésies tardives, potentiellement irréversibles, lors d'un traitement prolongé.
Dérivés potassiques Chlorure de potassium DIFFU-K	Conduite à tenir : Surveillance de la kaliémie régulière et réévaluation de la prescription. Nature du risque et mécanisme d'action : Hyperkaliémie.

Ensuite, une liste des **interactions médicamenteuses** est aussi disponible. Le pharmacien doit là aussi, sélectionner les interactions médicamenteuses qu'il souhaite voir apparaître sur la synthèse. La nature du risque et le mécanisme d'action ainsi que la conduite à tenir sont pré-renseignés selon les données du Thériaque. Le pharmacien peut décider de compléter ou de modifier s'il le souhaite ces informations. Ces interactions médicamenteuses sont classées selon leur importance (Figure 25) : contre-indication (CI), association déconseillée (AD), association nécessitant des précautions d'emploi (PE) et à prendre en compte (APEC). L'objectif est d'alerter le prescripteur sur d'éventuelles interactions médicamenteuses pouvant poser problème. Une alternative thérapeutique peut éventuellement être proposée.

Il est également possible d'alerter le prescripteur sur une **redondance de molécules similaires** selon le système de classification anatomique, thérapeutique et chimique (ATC). Dans de nombreux cas, la répétition n'augmente pas l'efficacité mais augmente le risque d'effets indésirables. Il est donc important de mentionner les redondances à l'équipe de soins coordinatrice afin de réévaluer l'indication de l'association avec les prescripteurs. Cela est d'autant plus important pour les patients en EHPAD qui sont suivis par plusieurs prescripteurs. Les redondances sont régulièrement dues à une erreur de prescription ou à une modification de thérapeutique dont le médecin traitant n'a pas la connaissance suite à la consultation du médecin spécialiste ou à une hospitalisation.



Figure 25 : Différentes interactions médicamenteuses

Enfin, une rubrique particulière permet l'ajout de commentaires. Elle a été choisie pour mettre en avant et alerter sur un risque majoré pouvant être particulièrement dangereux chez le sujet âgé en raison d'**effets additifs** entre plusieurs médicaments ayant les mêmes propriétés. Il en a été identifié trois principaux.

Le premier est le **risque majoré de sédation** dû à une addition des molécules sédatives agissant comme des dépresseurs centraux. Il s'agit d'une majoration de l'effet dépresseur central pouvant altérer la vigilance mais aussi entraîner une augmentation de la somnolence. Le risque de chute est ainsi important, d'autant plus en cas d'effet myorelaxant concomitant comme c'est le cas avec les benzodiazépines par exemple. Plusieurs classes thérapeutiques

sont concernées : les dérivés morphiniques, les antipsychotiques, les barbituriques, les anxiolytiques, les hypnotiques, certains antidépresseurs, les antihistaminiques H1, les antihypertenseurs centraux, etc.

Le deuxième est le **risque majoré d'hypotension**, et notamment d'hypotension orthostatique. La baisse de la tension artérielle et la vasodilatation cérébrale entraînent alors des étourdissements. Cela peut également favoriser les chutes et donc la dégradation de l'état de santé et de l'autonomie du patient. Les classes thérapeutiques concernées sont notamment : les diurétiques, les inhibiteurs de l'enzyme de conversion (IEC), les alpha-bloquants ainsi que certains bêta-bloquants, etc.

Le troisième est le **risque majoré dû à l'addition des effets atropiniques**. Il y a alors un risque d'effets indésirables anticholinergiques important, qu'ils soient périphériques (rétention urinaire, constipation, sécheresse buccale, troubles visuels...) ou centraux (sédation, désorientation, agitation, irritabilité...). De nombreux médicaments sont concernés : les antidépresseurs imipraminiques, certains antihistaminiques H1, certains antipsychotiques, les antispasmodiques atropiniques, etc. Il existe différentes échelles de score anticholinergique pour apprécier le risque. Deux sont particulièrement utilisées et ont été intégrées dans un « calculateur de charge anticholinergique » par l'OMEDIT des Pays de la Loire.

- L'échelle de Briet, ou coefficient d'imprégnation anticholinergique (CIA), détaillée en Annexe 10 : les médicaments sont scorés de un à trois selon qu'ils ont :

- un faible potentiel anticholinergique (score un),
- un potentiel anticholinergique modéré (score deux),
- un fort potentiel anticholinergique (score trois).

Le score total est considéré comme significatif au dessus de cinq.

- L'échelle de Boustani, ou *anticholinergic cognitive burden* (ACB), détaillée en Annexe 11 : les médicaments sont également scorés de un à trois selon qu'ils présentent :

- de possibles effets anticholinergiques cognitifs avec des effets *in vitro* (score un),
- des effets anticholinergiques cognitifs modérés cliniquement significatifs (score deux),
- des effets anticholinergiques cognitifs sévères cliniquement significatifs (score trois).

Le score total est considéré comme significatif au dessus de quatre.

Ajouter ces scores en commentaire de la synthèse peut permettre d'alerter le prescripteur sur la problématique d'une charge anticholinergique trop élevée qui peut entraîner des confusions ou des chutes et ainsi précipiter la dégradation de l'état du patient âgé. La recherche d'alternatives thérapeutiques peut ainsi être initiée.

Une fois ces trois éléments vérifiés et complétés, le pharmacien lance l'édition d'une synthèse de toutes les rubriques qu'il aura considérées pertinentes et sélectionnées. Le contenu de la synthèse peut être personnalisé selon ce que le pharmacien veut voir apparaître, comme illustré dans la Figure 26.

 Génération du bilan ×

Personnalisez les informations à afficher : ▼

Sections :

- Lettre de liaison médecin
- Données générales du patient
- Bilan médicamenteux
- Allergie(s)
- Autres traitements et modifications
- Effets des traitements
- Prise des médicaments
- Habitudes de vie
- Contexte clinique

Bilan médicamenteux :

- DCI
- Posologie(s)
- Indication
- Icône de la classe ATC
- Commentaire pharmacien

Options :

- Masquer les questions sans réponse

Figure 26 : Critères possibles lors de la génération du BPM

Ainsi, après génération du BPM, une **synthèse détaillée** est éditée et transmise à l'équipe de soins coordinatrice. Elle comporte un entête mentionnant le rédacteur, la pharmacie SantéPlus, ainsi que le destinataire, le nom et l'adresse de l'établissement où réside le patient et son médecin coordonnateur. Il est possible d'y joindre une lettre de liaison afin de réexpliquer le principe du BPM. L'identité du patient, avec son numéro d'anonymat et les données générales, sont ensuite mentionnées (âge, poids, sexe, ALD). S'en suit le bilan médicamenteux comprenant l'intégralité des médicaments prescrits ainsi que les posologies et d'éventuels commentaires. Il est plus ou moins détaillé selon les choix effectués par le pharmacien lors de la génération du BPM comme démontré sur la figure 26. Les allergies peuvent aussi apparaître, tout comme les réponses aux questionnaires sur les habitudes de vie ainsi que le contexte clinique. Enfin, les résultats concluent cette synthèse. Ils comportent une première partie mentionnant les points d'attention sur chaque molécule ou classe thérapeutique nécessitant une information générale au prescripteur. La deuxième partie cite les éventuelles interactions médicamenteuses identifiées. Enfin, parfois, un commentaire alertant sur un ou plusieurs risques majorés dus à des effets additifs peut également être proposé. Un exemple de synthèse anonymisé est joint en figure 27. Ce document devra être remis à l'équipe coordinatrice lors d'une réunion où un bilan devra être effectué avec les différents professionnels de santé, prescripteurs et pharmacien. Il sera également ajouté au dossier médical du patient.

Vous venez de réaliser un bilan partagé de médication avec votre pharmacien. Ce dernier comprend une analyse pharmaceutique structurée visant à identifier un risque médicamenteux.

Ce bilan a été réalisé pour le compte de : EHPAD [REDACTED]

Identité du patient : [REDACTED]

N° [REDACTED]

Date de collecte : [REDACTED]

Données générales du patient : Age : 95 ans Poids : 74 kg ALD : Oui Sexe : Homme

Bilan médicamenteux

PANTOPRAZOLE SODIQUE SESQUIHYDRATE

PANTOPRAZOLE MYLAN 20 mg, comprimé gastro-résistant

- 1 soir / pc en per os

CALCIUM CARBONATE,COLECALCIFEROL CONCENTRAT PULVERULENT

CALCIDOSE VITAMINE D3 500 mg/400 UI, poudre pour solution buvable en sachet

- 1 matin / 1 soir / pc en per os

ACETYLSALICYLATE DL LYSINE

KARDEGIC 75 mg, poudre pour solution buvable en sachet-dose

- 1 matin / pc en per os

CYANOCOBALAMINE

VITAMINE B12 DELAGRANGE 1000 µg/2 ml, solution injectable (IM) et buvable

- 1 matin / pc en per os

PROPRANOLOL CHLORHYDRATE

PROPRANOLOL EG 40 mg, comprimé

- 1 soir / pc en per os

AMLODIPINE BESILATE

AMLODIPINE MYLAN 5 mg, gélule

- 1 matin / pc en per os

PRAVASTATINE SODIQUE

PRAVASTATINE MYLAN 20 mg, comprimé pelliculé sécable

- 1 matin / pc en per os

TAMSULOSINE CHLORHYDRATE

TAMSULOSINE MYLAN L.P. 0,4 mg, gélule à libération prolongée

- 1 soir / pc en per os

VENLAFAXINE CHLORHYDRATE

VENLAFAXINE ALTER LP 75 mg, gélule à libération prolongée

- 1 matin / pc en per os

BRINZOLAMIDE

AZOPT 10 mg/ml, collyre en suspension

- 1 matin / 1 soir / gte en ophtalmique

LATANOPROST

LATANOPROST BIOGARAN 0,005 %, collyre en solution

- 1 soir / gte en ophtalmique

TRAVOPROST

TRAVOPROST EG 40 microgrammes/mL, collyre en solution

- 1 soir / pc en per os

Allergie(s)

Aucune allergie n'a été renseignée.

Le ou les élément(s) suivant(s) sont sans particularités :

- Score de l'observance
- Recherche de médicament à risque devant un effet indésirable rapporté

Résultats

Points d'attention patient

Médicament	Niveau de risque
KARDEGIC 75 mg, poudre pour solution buvable en sachet-dose Conduite à tenir : Arrêter le traitement en cas de risque avéré. Nature du risque et mécanisme d'action : Risque hémorragique : hémorragie gastro-intestinale, ulcère gastro-duodénal, risque de perforation.	Informations générales
PANTOPRAZOLE MYLAN 20 mg, comprimé gastro-résistant Conduite à tenir : Traitement limité à 8 semaines sauf dans certaines indications (ulcère duodénal et syndrome de Zollinger Ellison notamment). Nature du risque et mécanisme d'action : Diminution de l'absorption des vitamines et des minéraux au long court et donc augmenter le risque de fractures, aussi la diminution du pH gastrique peut augmenter le risque infectieux.	Informations générales
PRAVASTATINE MYLAN 20 mg, comprimé pelliculé sécable Conduite à tenir : Bilan enzymes musculaires avant traitement. Surveillance clinique et biologique. Nature du risque et mécanisme d'action : Risque de toxicité musculaire : myalgie, myosite, rhabdomyolyse. Risque d'insuffisance rénale.	Informations générales
<h3><u>Recherche d'interactions médicamenteuses</u></h3>	
Médicaments	Niveau de risque
AMLODIPINE MYLAN 5 mg, gélule et TAMSULOSINE MYLAN L.P. 0,4 mg, gélule à libération prolongée Conduite à tenir : Surveillance de la TA, attention au risque de chute (passage par la station assise au lever). Nature du risque et mécanisme d'action : Majoration de l'effet hypotenseur. Risque d'hypotension orthostatique majoré.	Associations à prendre en compte
PROPRANOLOL EG 40 mg, comprimé et TAMSULOSINE MYLAN L.P. 0,4 mg, gélule à libération prolongée Conduite à tenir : Surveillance de la TA, attention au risque de chute (passage par la station assise au lever). Nature du risque et mécanisme d'action : Majoration de l'effet hypotenseur. Risque d'hypotension orthostatique majoré.	Associations à prendre en compte
VITAMINE B12 DELAGRANGE 1000 µg/2 ml, solution injectable (IM) et buvable et PANTOPRAZOLE MYLAN 20 mg, comprimé gastro-résistant Conduite à tenir : Suspicion de prescription en cascade, réévaluer l'indication de l'IPP. Nature du risque et mécanisme d'action : Risque de carence en cyanocobalamine après traitement prolongé (quelques années), la réduction de l'acidité gastrique par ces médicaments pouvant diminuer l'absorption digestive de la vitamine B12.	Associations à prendre en compte
LATANOPROST BIOGARAN 0,005 %, collyre en solution et TRAVOPROST EG 40 microgrammes/mL, collyre en solution Conduite à tenir : Réévaluer l'indication de l'association. Nature du risque et mécanisme d'action : Pas d'augmentation de l'efficacité et augmentation du risque d'EI.	Redondance de la molécule (via la classe ATC)

Figure 27 : Exemple de synthèse anonymisé d'un BPM

II.2.3. Temps d'échange avec l'équipe de soins et envoi des conclusions

Ce **temps d'échange** va avoir pour but de restituer l'ensemble des remarques soulevées lors de l'analyse des traitements des patients éligibles. Il a lieu avec l'équipe de soins coordinatrice de l'établissement : à minima, le MedCo et, si possible, l'IDEC. Un ou plusieurs membres de l'équipe de direction peuvent également participer. Afin de structurer ce rendez-vous, des documents préparatoires sont transmis en amont de la réunion.

Tout d'abord, une **lettre de liaison** (Figure 28) ainsi qu'une **note d'information** (Figure 29) sont rédigées et transmises. La lettre de liaison permet de rappeler le principe et les objectifs du BPM aux participants de la réunion. La note d'information reprend les statistiques clés de l'établissement, comme le nombre de patients éligibles et les taux de prescription des molécules les plus souvent prescrites. Les indications, dans le cadre de l'autorisation de mise sur le marché (AMM), et les éventuels risques pour le patient sont également rappelés.

 **Lettre de liaison**

Pharmacie Santé Plus IdF
42, rue Mary Besseyre
92170 VANVES
Tel : 01 46 62 62 00

EHPAD [REDACTED]
[REDACTED]
Médecin coordonnateur : Dr [REDACTED]

Objet : Bilan Partagé de Médication

Bonjour Docteur,

Pour rappel, les bilans médicaux partagés ont été effectués pour le compte de votre établissement pour les patients éligibles, à savoir :

- ayant plus de 65 ans avec une ALD ou plus de 75 ans avec ou sans ALD ;
- polymédiqués chroniques : plus de 5 médicaments.

Cette nouvelle activité conventionnelle du pharmacien vise à analyser les traitements de ces patients afin de réduire le risque iatrogène et d'optimiser les prises de médicaments, notamment dans le cadre de la sécurisation de la PCME.

Vous trouverez ci-joint les résultats du BPM et nos commentaires, présentés comme suit :

- un tableau reprenant l'ensemble des patients en guise de sommaire,
- un dossier comprenant l'ensemble des synthèses réalisées, classées par groupe et par ordre alphabétique.

Vous trouverez ci-après quelques statistiques concernant les patients de votre établissement ainsi que les habitudes de prescriptions, avec des informations complémentaires.

Je vous remercie pour votre disponibilité et pour l'intérêt que vous portez à cette démarche de prévention et de prise en charge de la iatrogénie médicamenteuse.

Vous souhaitant bonne réception.

Bien cordialement.

Figure 28 : Lettre de liaison

Concernant les **statistiques d'éligibilité** :

Éligibilité			
Patients éligibles		48/62	77,4 %
Patients non éligibles	< 65 ans	5/62	8,1 %
	< 75 ans sans ALD	5/62	8,1 %
	< 5 médicaments	4/62	6,5 %

Concernant les molécules les plus prescrites, quelques rappels :

- Les **anti-agrégants** ou anticoagulants doivent être administrés avec une prudence accrue chez le sujet âgé. Ils doivent être stoppés en cas de risque avéré de saignement.
- Les **inhibiteurs de la pompe à protons** sont indiqués pour une durée maximale de 8 semaines, sauf quelques cas particuliers. Il est important de noter qu'ils entraînent au long court une diminution de l'absorption des vitamines et des minéraux et donc augmentent le risque de fracture. De plus, la diminution du pH gastrique peut aussi augmenter le risque infectieux.
- Les **laxatifs** peuvent diminuer l'efficacité de médicaments administrés en même temps ou dans un délai de 2h par modification de l'absorption. Sauf cas particuliers, ils ne sont indiqués qu'en cas d'échec des mesures hygiéno-diététiques.
- Les **statines** nécessitent une surveillance clinique et biologique en raison de leur risque de toxicité musculaire et d'insuffisance rénale.

Il est toujours intéressant de réévaluer la balance bénéfico-risque de ces molécules.

Taux de prescriptions		
Anti-agrégants ou anticoagulants	31/48	64,6 %
IPP	20/48	41,7 %
Laxatifs	46/48	95,8 %
Statines	26/48	54,2 %

Concernant les **interactions médicamenteuses** :

Interactions médicamenteuses		
Contre-indication	0/48	0 %
Association déconseillée	9/48	18,8 %
À prendre en compte	9/48	18,8 %
Nécessitant des précautions d'emploi	3/48	6,3 %
Redondance selon classe ATC	7/48	14,6 %

Concernant les **risques majorés** dus à des effets additifs :

Risques majorés		
Sédatif	19/48	39,6 %
Hypotension	13/48	27,1 %
Atropinique	16/48	33,3 %

Ils peuvent notamment favoriser les chutes, facteur précipitant de la dégradation de l'état de santé du sujet âgé.

Figure 29 : Statistiques de l'établissement, jointes à la lettre de liaison

Pour faciliter la transmission et avoir un fil conducteur au cours de ce rendez-vous, un document type a également été créé. Il s'agit d'un tableau permettant, pour chaque patient, de cocher les points de discussion le concernant pour chacune des trois rubriques : informations générales, interactions médicamenteuses et risques majorés. Le tableau de synthèse est disponible en figure 30.

Pour les **informations générales**, les traitements les plus couramment prescrits sont listés : la présence de traitement à risque hémorragique ou encore la prise d'IPP, de laxatifs ou de statines. Cela permet de faciliter la transmission de l'information générale et de ne pas avoir à répéter les mêmes informations pour chacun des patients. L'objectif est de transmettre le plus efficacement les informations sans noyer l'équipe de soins dans une multitude de consignes. La répétition des remarques sur ces molécules, prescrites à une majorité de patients, prendrait du temps d'échange et ne permettrait pas une bonne transmission de l'information. Le MedCo pourra ainsi facilement lister les patients concernés, réévaluer les indications par classe thérapeutique et éventuellement les transmettre au prescripteur s'il le juge nécessaire. Une ligne de commentaire libre est également disponible afin d'ajouter d'éventuelles informations supplémentaires à transmettre lors de la réunion.

Concernant les **interactions médicamenteuses**, elles sont classées par types : CI, AD, PE, APEC. Chacune d'entre elles devra être discutée lors du temps d'échange, particulièrement dans le cas des CI et des AD. Des alternatives thérapeutiques pourront éventuellement être discutées ou des recommandations formulées si l'association ne peut être évitée.

Pour les **risques majorés dus à des effets additifs**, ils seront également listés. Cela permet de donner des consignes ciblées aux coordonnateurs à transmettre au patient et à l'équipe de soins. Par exemple, rappeler que le passage de la station couchée à la station debout par une étape en position assise permet de limiter l'hypotension orthostatique dans le cas d'un risque majoré dus à des effets additifs à type d'hypotension. Cela permet également de cibler les patients présentant un risque accru de chutes, etc. Des alternatives thérapeutiques peuvent aussi être proposées.

Santé plus de France															Entretien d'échanges BPM														
n° anonymisation	informations générales					interactions médicamenteuses					risques majorés					commentaires													
	antiagg/coag	IPP	laxatifs	statines	autre	CI	AD	PE	APEC	redundance ATC	sédatif	hypotension	atropinique																

Figure 30 : Tableau de synthèse

Le dossier contenant l'ensemble des synthèses est également transmis avec un document au format PDF pour chaque patient, classé par ordre alphabétique.

Le temps d'échange s'articulera en différentes parties, en commençant par une présentation de l'ensemble des documents transmis pour structurer la réunion et permettre aux participants de pouvoir suivre les différents points qui vont être abordés.

La lettre de liaison est brièvement rappelée en introduction. Puis, les statistiques de l'établissement sont discutées. Il s'agit également de faire un point sur les IPP, les statines et les laxatifs, qui sont très souvent prescrits. L'objectif est de rappeler les indications et les

éventuels effets indésirables inhérent, une seule fois pour l'ensemble de la réunion, afin de ne pas avoir à les mentionner lors de la discussion de l'analyse des traitements patient par patient et d'alléger la quantité d'informations qui va être transmise. Le prescripteur pourra, à posteriori, se référer au tableau qui mentionne l'ensemble des patients ayant l'une de ces classes prescrites afin de simplifier la réévaluation de l'indication pour l'ensemble des patients de l'établissement. Cette introduction permet également de rappeler les niveaux d'interactions médicamenteuses et les trois risques majorés principaux en cas d'effets additifs dus à plusieurs molécules prescrites conjointement.

S'en suit la **restitution des conclusions** pour chaque patient. L'objectif est de présenter la nature du risque au médecin coordonnateur. Celui-ci détermine si cela peut être modifié ou non et s'en suit, selon son souhait, une discussion. Il est possible de proposer une alternative thérapeutique ou alors de rappeler les surveillances à mettre en place si le médicament est maintenu (par exemple, surveillance clinique et électrocardiogramme régulier dans le cas d'une association déconseillée entre deux médicaments torsadogènes).

En conclusion, le retour de l'équipe coordinatrice est également demandé. Il s'agit d'échanger sur d'éventuels points d'amélioration et de donner leurs remarques sur le projet mis en place. C'est également l'occasion de discuter de la suite du processus.

II.3. Impacts et résultats

II.3.1. Bilan et chiffres clés

La mise en place des BPM a été effectuée dans quatre établissements pour un total de cent-soixante-dix patients, soit 69,2 % des effectifs totaux de ces EHPAD. Il est intéressant de se reporter au tableau 8 répertoriant les motifs de non-éligibilité de ces patients ainsi que le nombre moyen de médicaments prescrits par patient éligible dans ces établissements. On remarque que le motif principal de non-éligibilité est le nombre de médicaments prescrits inférieur à cinq. Le nombre de médicaments prescrits moyen chez les patients éligibles est quant à lui plus élevé avec plus de neuf médicaments en moyenne. On observe que plus le nombre de patients non éligibles est élevé, plus le nombre de médicaments prescrits moyen est faible chez les patients éligibles. Il y a donc une différence entre les établissements concernant les volumes et les habitudes de prescription.

Tableau 8 : Non-éligibilité des patients et nombre moyen de médicaments prescrits dans les établissements test

Établissements		1	2	3	4
Nombre de patients non éligibles		14 / 62	12 / 55	19 / 59	34 / 73
	Total	14 / 62	12 / 55	19 / 59	34 / 73
	< 5 médicaments	35,7 %	83,3 %	89,5 %	94,1 %
	< 65 ans	35,7 %	0 %	0 %	0 %
	< 75 sans ALD	28,6 %	16,7 %	10,5 %	5,9 %
Nombre moyen de médicaments prescrits		11,3	10,8	9,4	7,8

Concernant les **taux de prescription des classes thérapeutiques les plus prescrites**, on note que plus de trois quarts des patients utilisent des laxatifs. Près de la moitié d'entre eux a une prescription d'IPP au long cours, supérieure aux huit semaines indiquées dans le RCP. Les statines sont prescrites dans un tiers des cas environ. Ces chiffres permettent d'appuyer les risques que peuvent présenter ces thérapeutiques en cas de prescription en dehors des indications. En effet, l'objectif est d'encourager la réévaluation de l'indication afin de favoriser la déprescription dans le cas où le médicament n'est pas indispensable.

Tableau 9 : Classes thérapeutiques les plus prescrites dans les établissements test

Établissements	1	2	3	4	Moyenne
IPP	41,7 %	48,8 %	45,0 %	43,6 %	44,8 %
Laxatifs	95,8 %	93,0 %	55,0 %	61,5 %	76,3 %
Statines	54,2 %	23,3 %	42,5 %	20,5 %	35,1 %

À propos des **interactions médicamenteuses**, elles sont répertoriées dans le tableau 10. Il est à noter qu'aucune contre-indication n'est relevée. Cela confirme la sécurité que procure la coordination entre l'équipe de soins coordonnatrice et la pharmacie. Les interactions médicamenteuses les plus courantes sont celles de niveau 4, nécessitant des précautions d'emploi, retrouvées dans un tiers des cas. Cela n'est pas étonnant au vu du nombre de molécules prescrites en moyenne chez ces patients et du fait que le risque d'interactions médicamenteuses augmente avec la polymédication. Les associations déconseillées, interactions médicamenteuses de niveau 2, sont présentes chez un patient sur sept environ. Il s'agit d'un score raisonnable en regard du nombre de médicaments prescrits, mais c'est sur celles-ci qu'il faudra alerter les prescripteurs et proposer des alternatives thérapeutiques lorsque cela est possible. Sinon, il faudra indiquer les surveillances à effectuer en cas de maintien de la co-prescription. La redondance de classe ATC est assez faible, avec une moyenne légèrement supérieure à 5 %. Cependant, il s'agit d'une amélioration aisée à mettre en place puisque pour ces classes thérapeutiques, comme pour les benzodiazépines par exemple, aucune amélioration de l'effet recherché n'est observée dans le cas d'association, contrairement au risque d'effets indésirables qui est, lui, augmenté.

Tableau 10 : Interactions médicamenteuses dans les établissements test

Établissements	1	2	3	4	Moyenne
CI	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
AD	18,8 %	9,3 %	15,0 %	10,3 %	13,4 %
APEC	6,3 %	4,7 %	7,5 %	10,3 %	7,2 %
PE	18,8 %	34,9 %	40,0 %	35,9 %	32,4 %
Redondance classe ATC	14,6 %	7,0 %	0 %	0 %	5,4 %

Les **risques majorés dus à des effets additifs** majorant le risque de chute sont présents dans un quart des prescriptions des patients éligibles (Tableau 11), qu'il s'agisse d'addition des effets sédatifs ou des effets hypotenseurs. Cela est problématique car une chute, chez le sujet âgé, est un facteur précipitant dans la dégradation de son état de santé et de sa perte d'autonomie. Il est donc préférable de limiter autant que possible cette éventualité, notamment en évitant les associations de ces traitements aux effets additifs. Concernant les médicaments ayant des propriétés atropiniques ou anticholinergiques, ils sont prescrits chez plus de 10 % des patients éligibles d'après la moyenne calculée dans le tableau 11. Cependant, ce résultat est largement influencé par l'établissement 1 qui recense un patient sur trois concerné par cette problématique. Cela s'explique par le type de patients pris en charge dans cet EHPAD comme mentionné par le médecin coordonnateur lors de l'entretien conseil de rendu des synthèses. En effet, les médicaments atropiniques sont notamment des spécialités psychiatriques comme les antidépresseurs imipraminiques, les neuroleptiques phénothiaziniques ou encore certains hypnotiques et antihistaminiques. Dans l'établissement 1, 100 % des patients sont atteints d'un ou plusieurs troubles neuropsychiatriques à type de démence, de trouble psychotique (notamment bipolarité) ou de dépression. Cela explique donc le taux bien plus élevé par rapport aux autres établissements dont les profils pathologiques des patients sont plus diversifiés. Il convient tout de même d'essayer de limiter au maximum le score anticholinergique afin de diminuer les risques d'effets indésirables qui peuvent être problématiques chez le sujet âgé : rétention urinaire, sécheresse oculaire mais aussi sédation, désorientation, etc.

Tableau 11 : Risques majorés dus à des effets additifs retrouvés dans les établissements test

Établissements	1	2	3	4	Moyenne
Sédation	39,6 %	20,9 %	32,5 %	12,8 %	26,5 %
Hypotension	27,1 %	20,9 %	35,0 %	33,3 %	29,1 %
Atropinique	33,3 %	9,3 %	5,0 %	2,6 %	12,6 %

Différentes **surveillances à mettre en place** sont recommandées (Tableau 12). Ces recommandations concernent des surveillances d'éventuels effets indésirables dus par exemple au mode de métabolisation ou d'élimination du médicament ou à un possible trouble du rythme cardiaque. Il est important de sensibiliser à ces surveillances afin d'éviter une complication et une hospitalisation dues à un effet indésirable pris en charge trop tardivement. Elles concernent notamment :

- une surveillance régulière de la fonction rénale par mesure de la clairance de la créatinine et du DFG pour les médicaments néphrotoxiques,
- une surveillance de la fonction hépatique par dosage des enzymes ASAT/ALAT,
- une surveillance clinique voire un électrocardiogramme (ECG) pour les médicaments torsadogènes, particulièrement en cas d'association,
- une surveillance de la kaliémie pour les médicaments hypo- ou hyper-kaliémifiants,
- une surveillance clinique et de la natrémie pour les médicaments modifiant l'équilibre hydro-électrolytique.

Ces surveillances sont d'autant plus nécessaires en cas d'association de médicaments ayant des effets indésirables délétères similaires comme par exemple deux médicaments hyperkaliémiants ou plusieurs médicaments torsadogènes.

Sont exclues de ces recommandations les surveillances mises en place systématiquement, comme la surveillance du taux de prothrombine (*International Normalized Ratio (INR)*) pour les AVK ou la numération formule sanguine (NFS) pour la clozapine.

Tableau 12 : Surveillances recommandées dans les établissements test

Établissements	1	2	3	4
Fonction rénale	8	10	9	9
Fonction hépatique	5	2	0	0
Fonction cardiaque	8	4	3	4
Tension artérielle	4	2	0	2
Kaliémie	11	9	10	11
Natrémie	9	7	9	8
Patients éligibles	48	43	40	39

II.3.2. Impact des recommandations sur les prescriptions et perspectives de suivi

Lors de l'entretien conseil de remise des synthèses, l'introduction générale présente les **généralités** et les **statistiques de l'établissement**. C'est aussi l'occasion de revoir les molécules les plus prescrites et leurs effets indésirables. Cela permet de discuter des différentes indications et de la nécessité de les réévaluer régulièrement. De potentiels effets iatrogènes non identifiés auparavant ont ainsi pu être décelés, comme une carence en vitamine B12 ou une œsophagite à *Candida* dans le cas d'une prise d'IPP au long cours. Des pauses régulières dans la prise des IPP ont été proposées afin de limiter les risques iatrogènes avec une réévaluation à chaque renouvellement. Il en est de même pour la prise de laxatifs, et plus particulièrement dans le cas de la prise concomitante de médicaments à marge thérapeutique étroite (MTE). En effet, l'absorption des médicaments pris en même temps peut être modifiée avec la prise de laxatifs, ce qui est peut-être problématique dans le cas des médicaments à MTE qui ont une concentration toxique proche de la concentration efficace. Des variations de l'absorption sont donc à éviter afin d'éviter leur toxicité. Concernant les statines, les observations n'ont pas été autant considérées que pour les IPP et les laxatifs. Cela est dû aux effets indésirables dont les plus courants sont des myalgies, déjà présentes chez une majorité de patients en raison de leur âge. Elles sont citées comme peu problématiques par les équipes de soins puisqu'un grand nombre de patients se déplace peu au cours de la journée. Aussi, le prescripteur étant souvent un spécialiste, le médecin coordonnateur ou le médecin traitant ne souhaitent pas réévaluer l'indication sans leur avis. Prendre la responsabilité d'une déprescription est donc plus difficile puisque plusieurs acteurs doivent être consultés et intervenir.

Ensuite, les **effets additifs** et les risques inhérents sont à nouveau présentés aux participants. Il est intéressant d'insister particulièrement sur les risques de chute et les facteurs précipitant la dégradation du sujet âgé. Les effets additifs créant un risque majoré d'hypotension sont pris en compte et notifiés dans les dossiers afin d'accroître la surveillance de la tension artérielle (TA) chez les patients concernés. Mais, pour les deux autres risques majorés identifiés, une déprescription est plus difficilement envisagée. En effet, dans le cas des médicaments dépresseurs centraux ayant un effet sédatif, il est bien souvent un effet recherché, notamment dans le cas des patients présentant des troubles neuropsychiatriques. La problématique de la prescription par un médecin spécialiste, ne pouvant être modifiée par le médecin coordonnateur ou le médecin traitant seul, est soulevée. Il en est de même pour les médicaments atropiniques et les scores élevés d'activité anticholinergique, souvent dus à la prescription de plusieurs traitements psychiatriques. La liste est tout de même fournie aux équipes soignantes et chaque synthèse mentionne les scores calculés avec les échelles de score anticholinergique CIA et ACB pour plus d'informations.

Enfin, un **point patient par patient est effectué**. Il s'agit de présenter les traitements en cours et de notifier les éventuelles remarques soulevées par l'analyse de ceux-ci. C'est l'occasion de discuter de la pertinence du maintien de prescriptions problématiques ou de la mise en place de surveillances particulières. Dans ce cadre, certaines surveillances ont pu être programmées comme des examens biologiques réguliers dans le cas de l'association de médicaments influant sur la kaliémie. En effet, une hypokaliémie ou une hyperkaliémie sévère peut s'avérer problématique puisqu'elle peut entraîner des troubles du rythme cardiaque. Aussi, cela a été l'occasion de relever que huit patients sur les quarante-deux bénéficiaires du BPM dans l'établissement 1 avaient des interactions médicamenteuses entre médicaments torsadogènes. Ces patients à risque de troubles du rythme ventriculaire, notamment à type de torsades de pointes, doivent être surveillés à minima cliniquement, voire avec un ECG régulier si nécessaire. Cela permet de chiffrer les risques encourus par les patients et d'argumenter d'éventuels achats de matériel pour l'établissement, comme celui d'un électrocardiographe et d'un scope dans ce cas-là, afin d'améliorer la prise en charge et le suivi des patients.

Pour conclure, un **bilan des deux équipes**, celle de la pharmacie et celle de l'équipe de soins de l'établissement, est effectué. Cela est l'occasion de donner ses impressions suite à la mise en place de ce projet, de citer d'éventuels points d'amélioration et de discuter des freins rencontrés. Il est aussi question des perspectives pour la suite du suivi des patients, ceux ayant déjà bénéficié de l'adhésion au projet et ceux qui vont entrer dans l'établissement à l'avenir.

Parmi les bilans, ceux-ci sont globalement positifs et l'ensemble des équipes soignantes y a vu un intérêt pour les patients et pour l'amélioration de leur pratique, que ce soient les prescripteurs, notamment les médecins coordonnateurs, ou les infirmiers coordonnateurs. Les points relevés mentionnent notamment la possibilité d'étudier chaque patient de manière individuelle avec les synthèses écrites mais aussi avec la liste fournie pour l'ensemble de l'établissement. Ceci permet, à l'inverse, de partir d'une problématique et d'en tirer la liste des patients concernés (Figure 31). La multitude de données fournie au cours de la réunion est relativement importante et les documents transmis permettent une meilleure restitution lors de la réunion mais aussi à posteriori lors de l'analyse plus précise par les équipes.

n° anonymisation	informations générales					interactions médicamenteuses					risques majorés			commentaires
	antiagreg/coag	IPP	laxatifs	statines	autre	CI	AD	APEC	PE	redondance ATC	sédatif	hypotension	atropinique	
ZQNJ0PM48Q		X	X								X	X	X	
ZQNJ0A2JBM		X	X	X					X					
ZQNJ02OAHC	X	X	X											
ZQNJ00ALH2	X	X	X	X					X					
ZQNJ0CYLZL	X	X	X		X				X					surveillance biologique (K, Na) et fonction rénale
ZQNJ0YDQQT	X	X	X		X				X					surveillance biologique (K, Na) et fonction rénale
ZQNJ0WJKU0	X	X	X						X					
ZQNJ0QSQXB	X		X											
ZQNJ0OT3AA	X		X								X	X		
ZQNJ00JVSQ			X								X			
ZQNJ0BLGPZ			X		X				X					surveillance kaliémie et fonction rénale
ZQNJ0I33EJ			X					X	X		X		X	
ZQNJ0VHGLI	X	X	X	X					X		X	X		
ZQNJ0PHACA	X	X			X				X					surveillance biologique (K, Na) et fonction rénale
ZQNJ0P1MJJ	X		X											
ZQNJ09IJCRCR		X	X						X					surveillance clinique et ECG
ZQNJ0MUD0K		X	X	X			X		X				X	
ZQNJ0AJ50L	X	X			X		X				X	X		surveillance kaliémie + TA
ZQNJ04ZNAP	X		X	X					X		X	X		
ZQNJ0L9HZJ			X											
ZQNJ05LKG5	X		X									X		
ZQNJ08EHJW		X	X											
ZQNJ02HEBF	X	X	X	X										
ZQNJ0ZQUUY			X											
ZQNJ0EP3NX			X											
ZQNJ0EQ0WF			X						X					
ZQNJ0WZLQ0	X		X								X			
ZQNJ0CPIXB	X		X	X										
ZQNJ0QUDO2	X	X												
ZQNJ04ZU90	X	X	X	X					X			X		surveillance clinique et ECG + kaliémie
ZQNJ0JBEIL	X	X	X		X				X					surveillance biologique (K, Na) et fonction rénale + ECG
ZQNJ0EAHM7	X	X	X	X	X		X		X		X	X		surveillance fonction rénale, hépatique et NFS
ZQNJ0R6VVF			X											
ZQNJ0RNIMO		X	X											
ZQNJ0TA9ZU	X		X		X									surveillance biologique (K, Na) et fonction rénale
ZQNJ0U3OUB	X		X		X		X		X					
ZQNJ0NANXA			X		X									surveillance fonction rénale, hépatique et NFS + dermato
ZQNJ0WQ9IY			X		X									
ZQNJ0I55X9	X		X		X							X		surveillance biologique (K, Na) et fonction rénale
ZQNJ0XQA3F	X	X	X						X					surveillance clinique et ECG
ZQNJ0GSPY6			X		X									surveillance biologique (K, Na) et fonction rénale
ZQNJ0CPICV		X	X	X				X						
ZQNJ0TPGNG			X								X			

Figure 31 : Liste tirée de l'analyse des traitements de l'établissement 2

Le pharmacien ayant réalisé l'analyse pourra se rendre disponible pour une seconde réunion si cela est jugé nécessaire par l'équipe de soins et si des questions venaient à se poser à la suite de ces analyses et recommandations. Cette liste pourra également servir lors de la réalisation des BPM de l'établissement les années suivantes afin de comparer et d'observer les évolutions.

Concernant les **perspectives de suivi**, plusieurs équipes de soins ont jugé que la réalisation des BPM était plus adaptée en groupe que de manière isolée. En effet, la mise en place de ce projet prévoyait une première phase d'adhésion groupée lors de la mise en place des BPM puis une deuxième phase d'adhésion individuelle à chaque entrée d'un nouveau patient dans l'établissement. Certaines équipes jugent que cela est trop chronophage et qu'une à deux réunions de ce type par an permettaient une meilleure lisibilité et efficacité. Ils souhaitent plutôt

définir un mois précis dans l'année pour effectuer l'analyse de l'intégralité des traitements et faire une plus grosse réunion à ce sujet. En effet, le frein principal rencontré lors de la mise en place de ce projet est le manque de temps des équipes en raison de l'augmentation de la dépendance des patients mais aussi par la diminution du nombre des personnels dans les équipes de soins. La relation avec l'équipe soignante et une équipe coordinatrice impliquée est une condition essentielle et indispensable à la bonne réalisation des bilans partagés de médication en EHPAD.

Conclusion

Le contexte du vieillissement de la population et de l'augmentation du nombre de patients polymédiqués polypathologiques actuellement pris en charge dans les structures d'accueil pour personnes âgées doit faire évoluer les pratiques et implique l'adaptation des prises en charge.

Les bilans partagés de médication permettent une analyse pharmaceutique détaillée chez des patients âgés en établissements pour personnes âgées dépendantes. Cette partie de la population est particulièrement concernée par les problématiques soulevées par la polymédication du sujet âgé.

Cette activité d'analyse médicamenteuse favorise non seulement une collaboration interprofessionnelle entre médecins, infirmiers et pharmaciens, mais elle permet aussi la formulation de recommandations visant à améliorer les pratiques et à réduire le risque iatrogène. Pour cela, la création de procédures facilitant la transmission des conclusions et encadrant les échanges est nécessaire.

La réalisation de cette étude s'appuie sur l'analyse des traitements de cent soixante-dix patients sur plusieurs mois. Dans l'avenir, nous prévoyons d'étendre ces bilans partagés de médication à deux établissements par mois environ, avec une réévaluation systématique annuelle de l'entièreté des traitements des patients déjà inclus, ainsi que l'intégration des nouveaux résidents éligibles. Cela permettrait de faire bénéficier du bilan partagé de médication à près de six-cents personnes chaque année, dont un tiers de nouveaux patients. La systématisation de ces analyses pharmaceutiques pourrait contribuer significativement à la sécurisation du circuit du médicament dans les établissements concernés. Aussi, le suivi annuel de ces patients et la mise à jour de leur analyse pharmaceutique, en cas de modification, a aussi pour objet d'évaluer l'implémentation des recommandations formulées dans le cadre des réunions de synthèse et l'évolution des pratiques de prescription.

Ce projet a permis de renforcer les liens du pharmacien d'officine avec les équipes de soins coordinatrices participantes et de l'impliquer davantage dans le parcours de soins des patients. Les conseils formulés ont permis la mise en place d'habitudes de surveillance et de prescriptions qui seront bénéfiques au patient. Les établissements impliqués dans cette expérimentation ont accueilli très favorablement les propositions qui en sont ressorties et les bénéfiques en termes de qualité de prise en charge et de sécurisation du circuit du médicament. Ces conclusions nous confortent et nous encouragent à poursuivre le déploiement de ce projet à plus grande échelle.

Cependant, et malgré les bénéfices de ce dispositif largement relevés par les établissements, il apparaît que sa mise en œuvre est souvent difficile en raison du manque de personnels, tant dans les établissements médico-sociaux que dans les officines. En effet, un personnel soignant coordinateur (médecin et infirmier) est nécessaire pour mettre en place les bilans partagés de médication et assurer la transmission des recommandations du pharmacien auprès des équipes de soins. En pharmacie d'officine, les contraintes de recrutement limitent le temps disponible pour des missions transversales de ce type, la priorité étant souvent donnée à la délivrance des médicaments et à la prise en charge immédiate des patients.

Pour valoriser ce type d'activité qui vise à améliorer la prise en charge du patient, il sera nécessaire de repenser le fonctionnement du parcours de soins et d'encourager la collaboration interprofessionnelle. En ce sens, les bilans partagés de médication semblent être

une piste prometteuse. Il serait intéressant que le pharmacien puisse intervenir directement dans les établissements avec lesquels il établit une convention de partenariat dans le cadre de la préparation des doses à administrer comme le suggère l'expérimentation OPTIMED. Son intégration comme acteur de terrain donnerait une nouvelle dimension à sa mission de professionnel de santé.

En conclusion, les bilans partagés de médication en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes réalisés par le pharmacien d'officine représentent une avancée significative vers une meilleure prise en charge des patients âgés polymédiqués. Ils renforcent la sécurité du circuit du médicament et favorisent une collaboration étroite entre les différents acteurs de santé, posant ainsi les bases d'un parcours de soins plus sécuritaire et optimisé pour une population particulièrement vulnérable et exposée au risque iatrogène.

Références bibliographiques

1. Dictionnaire de français Larousse. Définitions : vieillesse [Internet]. [cité 25 juin 2023]. Disponible sur : <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/vieillesse/81921>
2. Agence nationale de la cohésion des territoires. Comment définir la vieillesse et mesurer le vieillissement sur le temps long ? (1851-1968) [Internet]. 2022 [cité 25 juin 2023]. Disponible sur : <https://www.observatoire-des-territoires.gouv.fr/methodes/methode-comment-definir-la-vieillesse-et-mesurer-le-vieillissement-sur-le-temps-long-1851>
3. OMS. Vieillissement et santé [Internet]. 2022 [cité 25 juin 2023]. Disponible sur : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
4. Haut Conseil de la santé publique. Âge et représentation de la vieillesse. 1997 [cité 25 juin 2023] ;
5. Insee. Espérance de vie à divers âges [Internet]. 2023 [cité 19 févr 2024]. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2416631>
6. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Les Français vivent plus longtemps, mais leur espérance de vie en bonne santé reste stable. 2018 [cité 17 déc 2023] ; Disponible sur : https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-09/er_1046_-_esperance_de_vie.pdf
7. Santé publique France. Adultes et avancée en âge [Internet]. 2023 [cité 19 févr 2024]. Disponible sur : <https://www.santepubliquefrance.fr/la-sante-a-tout-age/la-sante-a-tout-age/enfants-et-jeunes>
8. Insee. Perte d'autonomie [Internet]. 2020 [cité 19 févr 2024]. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4797614?sommaire=4928952>
9. Service public de l'Autonomie. Comment fonctionne la grille AGGIR ? [Internet]. 2022 [cité 19 févr 2024]. Disponible sur : <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/preserver-son-autonomie-s-informer-et-anticiper/perte-d-autonomie-evaluation-et-droits/comment-fonctionne-la-grille-aggir>
10. Haut commissariat au plan. Vieillissement de la société française : réalité et conséquences [Internet]. 2023 [cité 19 févr 2024]. Disponible sur : <https://www.gouvernement.fr/actualite/vieillissement-de-la-societe-francaise-realite-et-consequences>
11. Insee. Population et structure par âge dans le monde [Internet]. 2021 [cité 27 févr 2024]. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2381482>
12. Insee. Population par âge [Internet]. 2020 [cité 27 févr 2024]. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4277619?sommaire=4318291#graphique-figure1>
13. Guilbaud A, Mailliez A, Boulanger É. Vieillissement: une approche globale, multidimensionnelle et préventive. Med Sci (Paris). 2020;36(12):1173-80.
14. Monod S. Comment dépister les syndromes gériatriques au cabinet ? [Internet]. 2009 [cité 17 déc 2023].

- Disponible sur : <https://www.revmed.ch/revue-medicale-suisse/2009/revue-medicale-suisse-224/comment-depister-les-syndromes-geriatriques-au-cabinet>
15. Mangerel K, Armand-Branger S, Rhalimi M. Le pharmacien clinicien face aux syndromes gériatriques. 2014 [cité 19 juin 2024];33.
Disponible sur : https://www.researchgate.net/publication/286603012_Clinical_pharmacist_and_geriatric_syndromes
 16. Sorbonne Université (Paris 6). La personne âgée malade : particularités sémiologiques, psychologiques et thérapeutiques [Internet]. [cité 17 déc 2023].
Disponible sur : <https://www.seformeralageriatrie.org/chapitre6cneg#>
 17. HAS. Prendre en charge une personne âgée polypathologique en soins primaires [Internet]. 2015 [cité 17 déc 2023].
Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/c_2028194/fr/prendre-en-charge-une-personne-agee-polypathologique-en-soins-primaires
 18. Santé publique France. Bien vieillir [Internet]. 2022 [cité 27 févr 2024].
Disponible sur : <https://www.santepubliquefrance.fr/la-sante-a-tout-age2/bien-vieillir>
 19. HAS. Comment repérer la fragilité en soins ambulatoires ? [Internet]. 2013 [cité 27 févr 2024].
Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/c_1602970/fr/comment-reperer-la-fragilite-en-soins-ambulatoires
 20. Libault Dominique. Concertation Grand âge et autonomie [Internet]. 2019 [cité 27 févr 2024].
Disponible sur : https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_grand_age_autonomie.pdf
 21. Ministère des Affaires sociales, du Travail et de la Solidarité. L'allocation personnalisée d'autonomie au 30 juin 2002. 2002 [cité 29 févr 2024];
Disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/er191.pdf>
 22. Service public de l'Autonomie. Les mesures de la loi d'adaptation de la société au vieillissement [Internet]. 2022 [cité 27 févr 2024].
Disponible sur : <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/preserver-son-autonomie-s-informer-et-anticiper/les-politiques-du-grand-age/les-mesures-de-la-loi-dadaptation-de-la-societe-au-vieillissement>
 23. Ministère du Travail, de la Santé et des Solidarités. Ce qui change au 1er janvier 2024 [Internet]. 2023 [cité 29 févr 2024].
Disponible sur : <https://solidarites.gouv.fr/ce-qui-change-au-1er-janvier-2024>
 24. Haut Conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge. L'implication des femmes seniors dans l'aide à un proche en situation de handicap ou de perte d'autonomie et dans l'aide grand-parentale [Internet]. 2019 [cité 27 févr 2024].
Disponible sur : https://www.hcfea.fr/IMG/pdf/Rapport_femmes_seniors_chapitre_2_aidantes_Vf-2.pdf
 25. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. L'allocation personnalisée d'autonomie (APA) [Internet]. 2022 [cité 2 mars 2024].
Disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2022-12/AAS22-Fiche%2015%20-%20L'allocation%20personnalisée%20d'autonomie%20%28APA%29.pdf>

26. Service-Public.fr. Quels établissements ou résidences hébergent des personnes âgées ? [Internet]. 2021 [cité 17 févr 2024].
Disponible sur : <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F255>
27. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Les établissements d'hébergement pour personnes âgées [Internet]. 2020 [cité 2 mars 2024].
Disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-01/Fiche%2017%20-%20Les%20établissements%20d'hébergement%20pour%20personnes%20âgées.pdf>
28. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Des résidents de plus en plus âgés et dépendants dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées [Internet]. 2022 [cité 2 mars 2024].
Disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communique-de-presse/etudes-et-resultats/des-residents-de-plus-en-plus-ages-et>
29. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. L'Ehpad, dernier lieu de vie pour un quart des personnes décédées en France en 2015 | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. 2018 [cité 7 mai 2024].
Disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/lehpads-dernier-lieu-de-vie-pour-un-quart-des-personnes-decedees-en#>
30. ARS Bretagne. Entrée précoce en EHPAD [Internet]. 2019 [cité 7 mai 2024].
Disponible sur : <https://www.bretagne.ars.sante.fr/entree-precoce-en-ehpad-5-des-residents-entrent-avant-70-ans>
31. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. En EHPAD, les résidents les plus dépendants souffrent davantage de pathologies aiguës [Internet]. 2015 [cité 7 mai 2024].
Disponible sur : https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/er_989.pdf
32. ARS Auvergne Rhône Alpes. Sécurisation du circuit du médicament dans les EHPAD sans pharmacie à usage intérieur [Internet]. 2012 [cité 19 juin 2023].
Disponible sur : https://www.auvergne-rhone-alpes.ars.sante.fr/sites/default/files/2016-12/201409_Maquette_circuit_medicament_EHPAD_OK.pdf
33. ARS Hauts de France, OMEDIT Hauts de France. Guide sur la sécurisation de la prise en charge médicamenteuse en EHPAD sans pharmacie à usage intérieur [Internet]. 2020 [cité 19 juin 2023].
Disponible sur : https://www.omedit-hdf.arshdf.fr/wp-content/uploads/2020/08/Guide-Point-de-vigilance_.pdf
34. ANESM. Prise en charge médicamenteuse en EHPAD [Internet]. 2017 [cité 19 juin 2023].
Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-05/fr_medicament_vdef_crea.pdf
35. AMELI. Risque iatrogénique : prévention chez la personne âgée de 65 ans et plus [Internet]. [cité 2 mars 2024].
Disponible sur : <https://www.ameli.fr/medecin/sante-prevention/medicaments/risque-iatrogenique-prevention-chez-la-personne-agee-de-65-ans-et-plus>
36. Berthelot A, Monfort AS, Louette ACL. Prise en charge médicamenteuse des résidents en EHPAD [Internet]. 2017 [cité 19 juin 2023].
Disponible sur: <https://anap.fr/s/article/pharma-bio-ste-publication-2546?language=fr>

37. ARS. Les OMEDIT [Internet]. 2018 [cité 2 mars 2024].
Disponible sur : <https://www.ars.sante.fr/les-omedit>
38. OMEDIT Normandie, ARS Normandie. Liste préférentielle médicaments adaptés personne âgée [Internet]. 2021 [cité 19 juin 2023].
Disponible sur : <https://www.omeditbretagne.fr/wp-content/uploads/2021/10/11.-Liste-preferentielle-medicaments-adaptés-personne-agee.pdf>
39. OMEDIT Normandie. Liste nationale des médicaments concernant l'écrasement des comprimés et l'ouverture des gélules. 2023.
40. OMEDIT Pays de Loire. OMEDIT. 2021 [cité 19 juin 2023]. Bilan partagé de médication.
Disponible sur : <https://www.omedit-paysdelaloire.fr/lien-ville-hopital/pharmacie-clinique/accompagnements-pharmaceutiques-ville/bilan-partage-de-medication/>
41. URPS Pharmaciens Pays de Loire. Bilan partagé de médication [Internet]. 2019 [cité 19 juin 2023].
Disponible sur : https://urpspharmaciens-pdl.com/wp-content/uploads/2019/11/santepub_bpm.pdf
42. Arrêté du 9 mars 2018 portant approbation de l'avenant 12 à la convention nationale du 4 mai 2012 [Internet]. de la Sécurité Sociale mars 9, 2018.
Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000036711358>
43. AMELI. Le bilan partagé de médication : l'accompagnement pharmaceutique des patients âgés polymédiqués [Internet]. 2022 [cité 19 juin 2023].
Disponible sur : <https://www.ameli.fr/pharmacien/exercice-professionnel/sante-prevention/accompagnements/accompagnement-pharmaceutique-patients-chroniques/bilan-partage-medication>
44. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Les pathologies des personnes âgées vivant en établissement. 2006;
45. URIOPSS Pays de Loire, URPS Pharmaciens Pays de Loire, OMEDIT Pays de Loire, CROP Pays de Loire, FNADEPA Pays de Loire, ARS Pays de Loire. Guide de mise en place du partenariat EHPAD – pharmacien(s) d'officine [Internet]. 2016 [cité 19 juin 2023].
Disponible sur : <https://www.pays-de-la-loire.ars.sante.fr/media/15113/download?inline>
46. Avis relatif à l'avenant n° 21 à la convention nationale du 4 avril 2012 organisant les rapports entre les pharmaciens titulaires d'officine et l'assurance maladie [Internet]. de la Sécurité Sociale juill 29, 2020.
Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000042376946>
47. Arrêté du 31 mars 2022 portant approbation de la Convention nationale organisant les rapports entre les pharmaciens titulaires d'officine et l'assurance maladie [Internet]. de la Sécurité Sociale mars 31, 2022.
Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000045538155>
48. USPO. Modalités de mise en œuvre du bilan partagé de médication en EHPAD [Internet]. [cité 19 juin 2023].
Disponible sur : <https://uspo.fr/wp-content/uploads/2020/08/bpm-ehpad-avenant.pdf>
49. AMELI. BPM en EHPAD [Internet]. [cité 19 juin 2023].
Disponible sur : https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/fiche-bilans%20partages-de-medication_ehpad_assurance-maladie.pdf

50. AMELI. Aide à la facturation. 2020.
51. AMELI, Ministère des Solidarités et de la Santé. Guide sur les modalités de financement - Article 51.
52. AMELI. Article 51 : un dispositif qui a trouvé sa vitesse de croisière - 122 expérimentations en cours de déploiement [Internet]. 2022 [cité 5 mars 2024].
Disponible sur : <https://assurance-maladie.ameli.fr/presse/2022-11-14-cp-article-51>
53. ARS Ile de France. OPTIMED : amélioration de la prise en charge médicamenteuse des résidents dans les EHPAD franciliens [Internet]. [cité 19 juin 2023].
Disponible sur : <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/media/81765/download?inline>
54. Collectif OPTIMED. Cahier des charges du projet d'innovation en santé « OPTIMED ». 2020.
55. ARS Nouvelle Aquitaine. Bonnes pratiques à partager et à développer, médicaments en EHPAD [Internet]. 2015 [cité 18 mars 2024].
Disponible sur : https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/sites/default/files/2017-01/Pharma_Etab_BP_Medicaments_EHPAD.pdf
56. HAS. La Commission de coordination gériatrique en EHPAD [Internet]. 2018 [cité 13 mai 2024].
Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/c_2873852/fr/la-commission-de-coordination-geriatrique-en-ehpad-fiche-repere
57. Ministère de la Santé, de la Famille et des personnes handicapées. Mise en place et fonctionnement des COMEDIMS. 2001;
58. AMELI. Entretien de suivi d'observance [Internet]. [cité 19 juin 2023].
Disponible sur : https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/506_BPM_formulaire_suivi_observance.pdf

Annexes

Annexe 1. Bulletin d'adhésion et de désignation du pharmacien.....	73
Annexe 2. Entretien de recueil d'information	75
Annexe 3. Analyse des traitements du patient.....	81
Annexe 4. Entretien conseil avec le patient	83
Annexe 5. Entretien de suivi d'observance	85
Annexe 6. Conclusions.....	87
Annexe 7. Brochure sur le projet OPTIMED, article 51.....	92
Annexe 8. Processus de production PDA manuelle	94
Annexe 9. Processus de production PDA robotisée	95
Annexe 10. Échelle de Briet ou CIA (coefficient d'imprégnation anticholinergique)	96
Annexe 11. Échelle de Boustani ou ACB (<i>anticholinergic cognitive burden</i>)	98

Annexe 1. Bulletin d'adhésion et de désignation du pharmacien

Support proposé par l'Assurance maladie (43).



Patients âgés polymédiqués, Bilan Partagé de Médication DISPOSITIF D'ACCOMPAGNEMENT PAR LE PHARMACIEN

Bulletin d'adhésion et de désignation du pharmacien

Votre pharmacien, en accord avec votre caisse d'assurance maladie, vous propose d'adhérer au bilan partagé de médication.

Afin de bénéficier de ce dispositif vous offrant un suivi et des conseils personnalisés sur vos traitements, merci de bien vouloir compléter les deux bulletins en majuscules et au stylo à bille, et les signer.

Votre pharmacien et vous-même en tant qu'adhérent devez conserver votre exemplaire original du bulletin d'adhésion. Votre pharmacien tient son exemplaire à la disposition du service du contrôle médical.

OUI, je souhaite adhérer au dispositif d'accompagnement des patients âgés polymédiqués, le bilan partagé de médication

NON, je ne souhaite pas adhérer au dispositif d'accompagnement des patients âgés polymédiqués, le bilan partagé de médication

Identification de l'adhérent :

- Nom et Prénom :
- Date de naissance :
- N° d'immatriculation :
- Régime d'affiliation (reporter le code figurant dans la carte Vitale ou sur l'attestation papier) :
- Adresse :
.....

Identification de la pharmacie et du pharmacien désigné en charge de l'accompagnement de l'adhérent :

- Nom de la pharmacie :
- Adresse :
.....
- N° d'identification Assurance Maladie :
- Nom du pharmacien désigné en charge de l'accompagnement¹ :

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



l'Assurance Maladie

Agir ensemble, protéger chacun



L'adhérent donne son accord pour que le pharmacien porte à la connaissance de son médecin traitant et/ou du prescripteur du traitement, son adhésion au dispositif d'accompagnement et prenne contact autant que de besoin avec lui :

OUI

NON

(en cas de refus,
l'adhésion au dispositif n'est pas possible)

Nom du médecin traitant :

Nom du médecin prescripteur si différent :

L'adhérent ne peut pas solliciter son adhésion au dispositif d'accompagnement auprès de plusieurs pharmaciens de façon concomitante. Toute nouvelle adhésion auprès d'un pharmacien rend caduque l'adhésion précédente.

L'adhérent peut décider à tout moment de sortir du dispositif d'accompagnement.

Adhésion établie à l'initiative du pharmacien (si oui, cocher la case)

Fait le :

Signature de l'adhérent

Nom du pharmacien titulaire

Signature et cachet de la pharmacie

La mise en œuvre de cet accompagnement peut nécessiter le traitement de données à caractère personnel vous concernant. Vous disposez d'un droit d'accès et de rectification à ces données ainsi qu'un droit d'opposition à leur traitement. Ces droits s'exercent auprès du médecin chef de l'échelon local du service du contrôle médical de l'Assurance Maladie et du pharmacien que vous avez désigné. Vous êtes informé(e) que le refus de participer au dispositif d'accompagnement que peut vous proposer votre pharmacien n'a aucune conséquence sur vos remboursements.

57/3

Annexe 2. Entretien de recueil d'information

Support proposé par l'Assurance maladie (43).



BILAN PARTAGÉ DE MÉDICAMENT ENTRETIEN DE RECUEIL D'INFORMATION



Objectifs de l'entretien :

- Expliquer au patient les objectifs du bilan de médication et son déroulement.
- Recueillir les informations générales sur le patient mais aussi ses habitudes de vie et son état physiologique.
- Recenser l'ensemble des traitements pris par le patient ainsi que leur connaissance par le patient.

LE PATIENT

Ses habitudes de vie

- Pour la prise de médicaments, car certains médicaments doivent être pris au cours d'un repas et d'autres à l'inverse à distance.
- Pour déceler les patients âgés dénutris et déshydratés, ce qui impacte fortement l'état général de la personne âgée mais aussi les effets des médicaments.

Le mode de vie permet aussi de cerner les besoins des patients, notamment en termes d'aide à domicile ou autre...

Son état physiologique

Les insuffisances rénales et hépatiques peuvent modifier la biodisponibilité et donc impacter l'efficacité et la tolérance des médicaments. L'attention des patients doit être attirée sur les situations cliniques possiblement associées à une fonction rénale altérée (hypovolémie, déshydratation, diarrhée, associations médicamenteuses).

Certains problèmes physiologiques tels que des problèmes de déglutition, une vision altérée ou encore des douleurs articulaires peuvent empêcher certains patients de prendre leurs médicaments. Il est donc important de repérer ces problèmes afin d'améliorer l'observance. De plus, il est important de noter les éventuelles allergies du patient.

LES MÉDICAMENTS

Le recueil de ses médicaments

Il est important de recueillir l'ensemble des médicaments prescrits ou non à un patient car le bilan partagé de médication doit être exhaustif pour être le plus pertinent possible.

La connaissance qu'il a de ses médicaments

Un patient qui connaît ses médicaments (il sait pourquoi il les prend et les conséquences sur sa santé) est un patient plus observant et ayant une meilleure adhésion à ses traitements. Il est important pour le patient de bien connaître les effets des médicaments et notamment les effets indésirables car ils peuvent entraîner des problèmes d'observance et donc avoir des conséquences très néfastes pour le patient. Les éventuelles modifications de traitements par le prescripteur sont de bons indicateurs de traitements non optimisés, soit en termes d'efficacité, soit en termes d'effets indésirables. Vous pouvez, en outre, aider le patient à lutter contre ces derniers.

L'analyse des prises de médicaments

Cette analyse vous permettra de repérer les problèmes d'observance (via le questionnaire de Girerd), les ruptures de traitements, les problèmes liés à la forme galénique et la nécessité d'une aide à la prise de médicaments.

➤➤➤



INFORMATIONS GÉNÉRALES

NOM	
PRÉNOM	
ÂGE	POIDS
N° DE SÉCURITÉ SOCIALE	
RÉGIME D'AFFILIATION	
ADRESSE	
NOM DU MÉDECIN TRAITANT	

➤➤➤



HABITUDES DE VIE DU PATIENT

VIVEZ-VOUS SEUL-E CHEZ VOUS OU EN INSTITUTION? OUI NON

QUELLE INSTITUTION?

QUELQU'UN VOUS AIDE-T-IL DANS VOTRE QUOTIDIEN? OUI NON

SI OUI, QUI?

QUELLES SONT VOS HABITUDES ALIMENTAIRES (NOMBRE DE REPAS PAR JOUR, HORAIRES, COLLATION...)?

SUIVEZ-VOUS UN RÉGIME PARTICULIER (DIABÉTIQUE, SANS SEL...)? OUI NON

CONSOMMEZ-VOUS CERTAINS PRODUITS COMME DE L'ALCOOL OU DU PAMPLEMOUSSE PAR EXEMPLE? OUI NON



ÉTAT PHYSIOLOGIQUE DU PATIENT

SOUFFREZ-VOUS D'UNE MALADIE RÉNALE OU HÉPATIQUE (INSUFFISANCE RÉNALE, HÉPATIQUE) OU TOUT AUTRE ANTÉCÉDENT IDENTIFIÉ? OUI NON

AVEZ-VOUS DES PROBLÈMES DE DÉGLUTITION OU DE VISION, DES DOULEURS ARTICULAIRES...? OUI NON

PRÉCISEZ

SOUFFREZ-VOUS D'ALLERGIES? OUI NON

LESQUELLES?

AVEZ-VOUS UN CARNET DE SUIVI? OUI NON





TRAITEMENTS OU PRODUITS CONSOMMÉS PAR LE PATIENT

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



COMPRÉHENSION ET USAGE DES TRAITEMENTS PAR LE PATIENT

TRAITEMENTS EN COURS **POUVEZ-VOUS EXPLIQUER À QUOI SERVENT VOS MÉDICAMENTS?**

.....

.....

.....

À QUELLE FRÉQUENCE PRENEZ-VOUS VOS MÉDICAMENTS?

.....

.....

AUTRES PRODUITS **PRENEZ-VOUS D'AUTRES PRODUITS PAR VOUS-MÊME?** **OUI** **NON**

Aromathérapie, phytothérapie, médicaments en libre accès ou sans ordonnance, crèmes, oligoéléments, vitamines, collyre, inhalations, tisanes, compléments alimentaires, dispositifs médicaux...

.....

.....

AVEZ-VOUS PRIS DES ANTIBIOTIQUES RÉCEMMENT? SI OUI, LESQUELS? **OUI** **NON**

.....

.....

MODIFICATIONS **AVEZ-VOUS DERNIÈREMENT ARRÊTÉ OU MODIFIÉ UN DE VOS TRAITEMENTS PRESCRITS? EXPLIQUEZ LEQUEL ET POURQUOI.** **OUI** **NON**

.....

.....





COMPRÉHENSION ET USAGE DES TRAITEMENTS PAR LE PATIENT (SUITE)

EFFETS DES TRAITEMENTS	RESSENTEZ-VOUS DES EFFETS PARTICULIERS LIÉS À LA PRISE DE VOS MÉDICAMENTS? PRÉCISEZ (SOMNOLENCE, DOULEURS ARTICULAIRES...).	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
	<hr/> <hr/> <hr/>		
	AVEZ-VOUS DÉJÀ RESENTI DES EFFETS INDÉSIRABLES LIÉS À VOS MÉDICAMENTS? SI OUI, LESQUELS ET COMMENT LUTTEZ-VOUS CONTRE EUX?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
<hr/> <hr/> <hr/>			
	PRENEZ-VOUS UN MÉDICAMENT QUI NÉCESSITE UN SUIVI PARTICULIER (ANTIDIABÉTIQUE, ANTICOAGULANT...)?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
<hr/> <hr/> <hr/>			



COMPRÉHENSION ET USAGE DES TRAITEMENTS PAR LE PATIENT (SUITE)

PRISE DES MÉDICAMENTS	À QUEL MOMENT DE LA JOURNÉE PRENEZ-VOUS VOS MÉDICAMENTS?	<hr/> <hr/>	
	AVEZ-VOUS DES RAPPELS POUR Y PENSER?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
	VOUS RESTE-IL DES MÉDICAMENTS DANS LES BOÎTES À LA FIN DU MOIS? LESQUELS?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
	<hr/> <hr/>		
	Y-A-T-IL DES MÉDICAMENTS POUR LESQUELS VOUS ÊTES SOUVENT EN RUPTURE? LESQUELS?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
<hr/> <hr/>			
	AVEZ-VOUS TENDANCE À OUBLIER CERTAINS MÉDICAMENTS? LESQUELS?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
<hr/> <hr/>			





COMPRÉHENSION ET USAGE DES TRAITEMENTS PAR LE PATIENT (SUITE)

PRISE DES MÉDICAMENTS (SUITE)

AVEZ-VOUS CERTAINS MÉDICAMENTS EN GRANDE QUANTITÉ CHEZ VOUS? OUI NON

SI OUI, PRÉCISEZ

.....

VOS MÉDICAMENTS SONT-ILS PRÉPARÉS PAR VOUS OU PAR QUELQU'UN D'AUTRE?

.....

ÊTES-VOUS AIDÉ-E DANS LA PRISE DE VOS MÉDICAMENTS? ET SI OUI, PAR QUI?

.....

ÉPROUVEZ-VOUS DES DIFFICULTÉS À PRENDRE VOS MÉDICAMENTS (GÉLULES TROP GROSSES, SÈCHESSE DE LA BOUCHE, DÉGLUTITION DIFFICILE...)? PRÉCISEZ LES MÉDICAMENTS QUI SONT DIFFICILES À PRENDRE OUI NON

.....

AIMERIEZ-VOUS ÊTRE AIDÉ(E) DANS LA PRISE DE VOS MÉDICAMENTS? OUI NON



OBSERVANCE DU PATIENT

LE PATIENT SAIT-IL QU'IL EST IMPORTANT D'ÊTRE OBSERVANT?

QUESTIONNAIRE DE GIRERD (1 pt par réponse négative)* :

- CE MATIN AVEZ-VOUS OUBLIÉ DE PRENDRE VOTRE MÉDICAMENT? OUI NON

- DEPUIS LA DERNIÈRE CONSULTATION, AVEZ-VOUS DÉJÀ ÉTÉ EN PANNE DE MÉDICAMENTS? OUI NON

- VOUS EST-IL ARRIVÉ DE PRENDRE VOTRE TRAITEMENT EN RETARD PAR RAPPORT À L'HEURE HABITUELLE? OUI NON

- VOUS EST-IL ARRIVÉ DE NE PAS PRENDRE VOTRE TRAITEMENT PARCE QUE, CERTAINS JOURS, VOTRE MÉMOIRE VOUS FAIT DÉFAUT? OUI NON

- VOUS EST-IL ARRIVÉ DE NE PAS PRENDRE VOTRE TRAITEMENT PARCE QUE, CERTAINS JOURS, VOUS AVEZ L'IMPRESSIION QUE LE TRAITEMENT VOUS FAIT PLUS DE MAL QUE DE BIEN? OUI NON

- PENSEZ-VOUS QUE VOUS AVEZ TROP DE MÉDICAMENTS À PRENDRE? OUI NON

TOTAL RÉPONSE(S) NÉGATIVE(S) = 6 4 ou 5 ≤ 3

* Plus le nombre de points est faible, plus il dénote un manque d'observance du patient : bonne observance = 6 - Faible observance = 4 à 5 - Non observance ≤ 3.



Annexe 3. Analyse des traitements du patient

Support proposé par l'Assurance maladie (43).



BILAN PARTAGÉ DE MÉDICATION ANALYSE DES TRAITEMENTS DU PATIENT



GUIDE POUR L'ANALYSE

Dans un premier temps, il s'agit de vérifier sur la base des éléments en votre possession les posologies et les contre-indications de chaque médicament. Dans un second temps, votre logiciel métier vous permettra de vérifier toutes les interactions médicamenteuses en indiquant tous les médicaments que prend le patient (prescrits ou non).

Ensuite le Score de GIRERD vous permettra d'évaluer l'observance globale aux traitements du patient (prescrits). Chaque réponse négative vaut un point. L'observance est appréciée comme suit :

- Bonne observance : score = 6
- Faible observance : score = 4 ou 5
- Non observance : score \leq 3

Au vu des éléments de l'entretien de recueil et de votre analyse, vous pourrez préconiser des changements de forme galénique, ou alerter le médecin traitant d'une rupture de traitement, d'une mauvaise observance, de la survenue d'effets indésirables, d'interactions médicamenteuses...

La fiche d'analyse ci-dessous est à votre disposition pour vous simplifier la démarche vers le médecin traitant. Vous pourrez l'adresser via la messagerie sécurisée, puis l'enregistrer dans le DMP. Le cas échéant, vous échangerez avec le médecin traitant sur les éléments du bilan partagé de médication.

>>>



FICHE D'ANALYSE INFORMATIONS SUR LE PATIENT

NOM	
PRÉNOM	
ÂGE	POIDS
N° DE SÉCURITÉ SOCIALE	
RÉGIME D'AFFILIATION	
ADRESSE	
NOM DU MÉDECIN TRAITANT	
NOM DU PHARMACIEN	
DATE	

>>>



ANALYSE DES TRAITEMENTS ET DES POSOLOGIES EN COURS

PRODUIT	ORIGINE PRESCRIPTEUR OU AUTOMÉDICATION	DOSAGE ET FORME	FRÉQUENCE ET POSOLOGIE	PROBLÈMES LIÉS À LA FORME GALÉNIQUE?	PROBLÈMES D'OBSERVANCE?	SURVENUE D'EFFETS INDÉSIRALES?	REMARQUES LIÉES À L'ANALYSE	NOTES DU MÉDECIN TRAITANT



SCORE D'OBSERVANCE AU TEST DE GIRERD

.....

ALERTES LIÉES À L'OBSERVANCE (RUPTURES, DÉFAUTS D'OBSERVANCE...)

.....

RECOMMANDATIONS

.....

RECOMMANDATIONS GÉNÉRALES LIÉES À L'ÉTAT DU PATIENT

.....

ALERTES VIS-À-VIS DE L'ENTOURAGE*

.....

* Sous réserve de l'accord du patient.

 **ENREGISTRER**
Pensez à enregistrer le formulaire
dans le dossier de votre patient,
sur votre ordinateur

Annexe 5. Entretien de suivi d'observance

Support proposé par l'Assurance maladie (43).



BILAN PARTAGÉ DE MÉDICATION ENTRETIEN DE SUIVI D'OBSERVANCE



Objectifs de l'entretien :

- Faire le bilan des stratégies mises en place avec le patient.
- Réévaluer son adhésion au traitement et son niveau d'observance.

Deux entretiens de suivi au moins par an sont à programmer à la suite de l'entretien-conseil avec votre patient. En cas de nouveaux traitements la deuxième année, l'analyse initiale sera actualisée au travers d'un nouvel entretien.

OBSERVANCE DU TRAITEMENT

Le suivi de l'observance est réalisé à l'aide du questionnaire de Girerd que vous trouverez à votre disposition ci-dessous. Il vous permet de réévaluer l'observance de votre patient aux prescriptions, et de faire évoluer si besoin votre accompagnement. Pour cela, les stratégies évoquées ci-dessus vous aideront dans votre tâche.

Selon le score obtenu par votre patient au test de Girerd, vous recentrez votre suivi sur les traitements qui nécessitent un accompagnement plus appuyé. Chaque réponse négative au test vaut un point. L'observance s'apprécie ainsi :

- Bonne observance : score = 6
- Faible observance : score = 4 ou 5
- Non observance : score \leq 3

Une attention particulière sera portée aux médicaments pour lesquels un problème d'adhésion avait précédemment été mis au jour, mais aussi aux médicaments à risque (AVK, AOD, diurétiques, IEC, AINS, benzodiazépines, médicaments aux propriétés anticholinergiques dont les neuroleptiques).

Au cours de votre suivi, vous serez en mesure de vérifier que le prescripteur a tenu compte de vos propositions d'ajustement de traitement (galénique par exemple), et pourrez en mesurer l'impact sur votre patient.

OBSERVANCE DU PATIENT

LE PATIENT SAIT-IL QU'IL EST IMPORTANT D'ÊTRE OBSERVANT ?

QUESTIONNAIRE DE GIRERD (1 pt par réponse négative)* :

- | | | |
|---|------------------------------|------------------------------|
| • CE MATIN AVEZ-VOUS OUBLIÉ DE PRENDRE VOTRE MÉDICAMENT ? | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |
| • AVEZ-VOUS DÉJÀ ÉTÉ EN PANNE DE MÉDICAMENTS ? | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |
| • VOUS EST-IL ARRIVÉ DE PRENDRE VOTRE TRAITEMENT EN RETARD PAR RAPPORT À L'HEURE HABITUELLE ? | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |
| • VOUS EST-IL ARRIVÉ DE NE PAS PRENDRE VOTRE TRAITEMENT PARCE QUE, CERTAINS JOURS, VOTRE MÉMOIRE VOUS FAIT DÉFAUT ? | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |
| • VOUS EST-IL ARRIVÉ DE NE PAS PRENDRE VOTRE TRAITEMENT PARCE QUE, CERTAINS JOURS, VOUS AVEZ L'IMPRESSION QUE LE TRAITEMENT VOUS FAIT PLUS DE MAL QUE DE BIEN ? | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |
| • PENSEZ-VOUS QUE VOUS AVEZ TROP DE MÉDICAMENTS À PRENDRE ? | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |

TOTAL RÉPONSE(S) NÉGATIVE(S) = 6 4 ou 5 \leq 3

* Plus le nombre de points est faible, plus il dénote un manque d'observance du patient :
bonne observance = 6 – Faible observance = 4 à 5 – Non observance \leq 3.





CONCLUSION



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

1. SI LE PLAN DE POSOLOGIE A ÉTÉ MODIFIÉ, LE REMETTRE AU PATIENT.
2. DEMANDER AU PATIENT S'IL A DES QUESTIONS OU REMARQUES.
3. FIXER UN ÉVENTUEL PROCHAIN RENDEZ-VOUS DE SUIVI.

REMARQUES/QUESTIONS DU PATIENT

Large area with horizontal dotted lines for patient remarks/questions.



ENREGISTRER
Pensez à enregistrer le formulaire dans le dossier de votre patient, sur votre ordinateur

Annexe 6. Conclusions

Support proposé par l'Assurance maladie (43).



BILAN PARTAGÉ DE MÉDICATION CONCLUSIONS

SYNTHÈSE DES CONCLUSIONS DU PATIENT

ENTRETIEN DE RECUEIL D'INFORMATION	LE PATIENT A-T-IL DES QUESTIONS?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
DATE/...../.....	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>		

ANALYSE DES TRAITEMENTS DU PATIENT	LE PATIENT A-T-IL DES QUESTIONS?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
DATE/...../.....	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>		

ENTRETIEN-CONSEIL AVEC LE PATIENT	LE PATIENT A-T-IL DES QUESTIONS?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
DATE/...../.....	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>		

ENTRETIEN DE SUIVI D'OBSERVANCE	LE PATIENT A-T-IL DES QUESTIONS?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
DATE/...../.....	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>		





**ANALYSE
DES TRAITEMENTS
DU PATIENT**

DATE/...../.....

SYNTHÈSE DE L'ENTRETIEN ET DURÉE

Lined area for the synthesis of the interview and duration.

APPRÉCIATION SUR LE NIVEAU DE CONNAISSANCE DU PATIENT

Lined area for the appreciation of the patient's knowledge level.

PRÉSENCE D'UN ACCOMPAGNANT POUR L'ENTRETIEN SUIVANT

OUI NON

ORIENTATION DU PATIENT VERS LE PRESCRIPTEUR

OUI NON

PRISE DE CONTACT AVEC LE PRESCRIPTEUR

OUI NON





**ENTRETIEN-CONSEIL
AVEC LE PATIENT**

DATE/...../.....

SYNTHÈSE DE L'ENTRETIEN ET DURÉE

Lined area for writing the summary of the consultation and its duration.

APPRÉCIATION SUR LE NIVEAU DE CONNAISSANCE DU PATIENT

Lined area for evaluating the patient's knowledge level.

PRÉSENCE D'UN ACCOMPAGNANT POUR L'ENTRETIEN SUIVANT

OUI NON

ORIENTATION DU PATIENT VERS LE PRESCRIPTEUR

OUI NON

PRISE DE CONTACT AVEC LE PRESCRIPTEUR

OUI NON



Annexe 7. Brochure sur le projet OPTIMED, article 51

Atlas Francilien des expérimentations Article 51, ARS Île-de-France (53)

ATLAS FRANCILIEN DES EXPÉRIMENTATIONS ARTICLE 51

EXPERIMENTATION
REGIONALE



Tester une nouvelle organisation pluri professionnelle et interdisciplinaire visant à améliorer la prise en charge médicamenteuse chez les résidents en EHPAD, en renforçant l'intervention du pharmacien d'officine en EHPAD (activités et temps dédiés), dans l'objectif final de réduire le risque iatrogène.



PORTEUR DU PROJET

Le collectif Optimed Île-de-France (collectif d'Ehpad et de pharmaciens d'officine)

PARTENAIRES

ARS IDF, OMEDIT IDF, les médecins traitants des résidents des EHPAD, l'URPS des pharmaciens d'Île-de-France, l'Ordre régional des pharmaciens

EXPERIMENTATEURS

75 = Phie Martinez Villemont, Ehpap Pean | 77 = Phie Godart, EHPAD Medicis | 78 = Phie Leterme- Testu, EHPAD La Tour | 92 = Phie Créneau, Phie Val Fleury, EHPAD : Champfleury, Les Tybilles, Esterel | 93 = Phie Conti, EHPAD La Seigneurie | 95 = Phie Bensaid, EHPAD Achard

75 77 78 92 93 95

3 ans

**509 K € (FISS)
200 K € (FIR)**

**Personnes âgées de 75 ans et plus
1 200 patients en 3 ans**

Publié au Recueil des Actes Administratifs
le **03/08/2020**

FINANCEMENT COMPLEMENTAIRE
forfait annuel et à la performance

Cahier des charges
[Avis CTIS](#)

ars-idf-art51@ars.sante.fr

ARS ILE DE FRANCE

1

Mots clés :
pharmacies, EHPAD,
personnes âgées, iatrogénie
médicamenteuse



MODÈLE ORGANISATIONNEL

- **Objectifs**

- Sortir d'une logique cloisonnée de financement et de régulation prix-volume au profit d'une logique de prise en charge et de réponse globales auprès du résident en EHPAD
- Améliorer la qualité, la pertinence et la sécurité de la prise en charge médicamenteuse des résidents, en associant une incitation financière à la qualité dans une logique de territoire (coordination, souplesse et réactivité)

- **Population cible - Critères d'inclusion**

Le projet est destiné aux résidents permanents dans tout type d'EHPAD pour lequel la délivrance des médicaments est réalisée par une pharmacie d'officine engagée dans le plan régional d'actions d'amélioration de la prise en charge médicamenteuse (PECM) en EHPAD de l'ARS Ile de France.

- **Etapes principales du parcours de soins**

Le modèle organisationnel s'articule en 8 étapes permettant de structurer le projet autour des 3 temps du parcours du résident :

- 1 - De l'entrée du résident à 1 mois après son admission
- 2 - Le suivi quotidien des résidents
- 3 - La rupture dans la prise en charge



MODÈLE FINANCIER

Le nouveau modèle de financement complémentaire dérogatoire inclut un paiement à la performance pour les 3 parties prenantes de la prise en charge (pharmacien, EHPAD, médecin traitant), et est composé :

- **d'une part fixe forfaitaire annuelle pour le pharmacien** de 8 320€ par an pour rémunérer son temps de présence en EHPAD, soit 4H hebdomadaires valorisées à hauteur de 40€/h ;
- **d'une part fixe pour l'acte de bilan partagé de médication adapté aux EHPAD** avec les mêmes règles de facturation que celles du bilan partagé de médication (60€ pour les 6 premiers mois et 30€ pour un renouvellement) dans la limite de 3 000€/an par EHPAD ;
- **d'une part variable à la performance de type « partage de risque »** (EHPAD, pharmacien et médecin), attribuée selon l'atteinte des objectifs (4 indicateurs de processus dans l'EHPAD avec un total de 900€ maximum et 3 indicateurs de résultats pour les résidents avec un total de 9 000€ maximum).

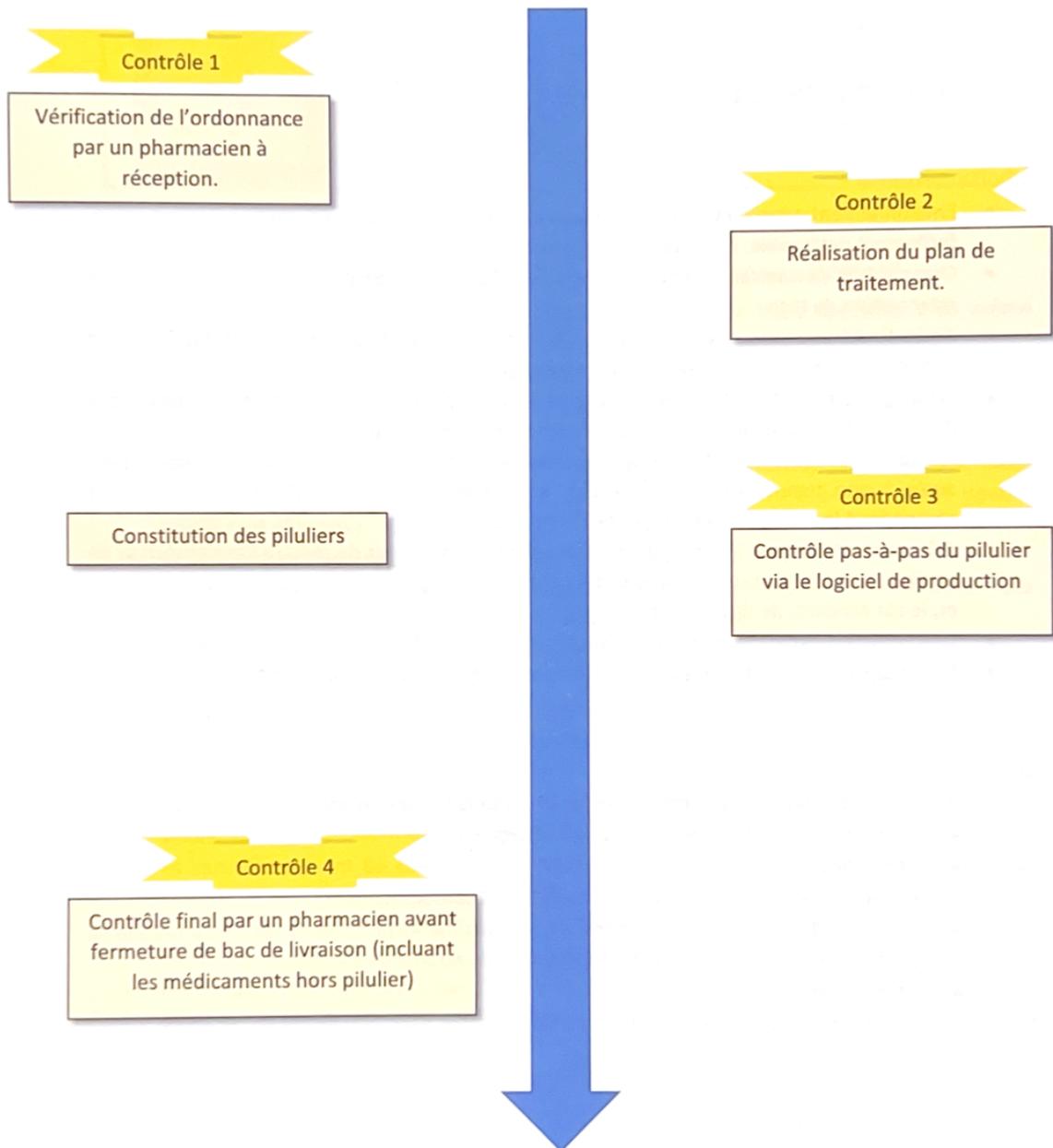


MISE EN ŒUVRE DE L'EXPÉRIMENTATION

Lancement de l'expérimentation : début du **2^{ème} semestre 2021**
Fin de l'expérimentation : début du **2^{ème} semestre 024**
Dates prévisionnelles – durée de 3 ans à l'inclusion du 1^{er} patient

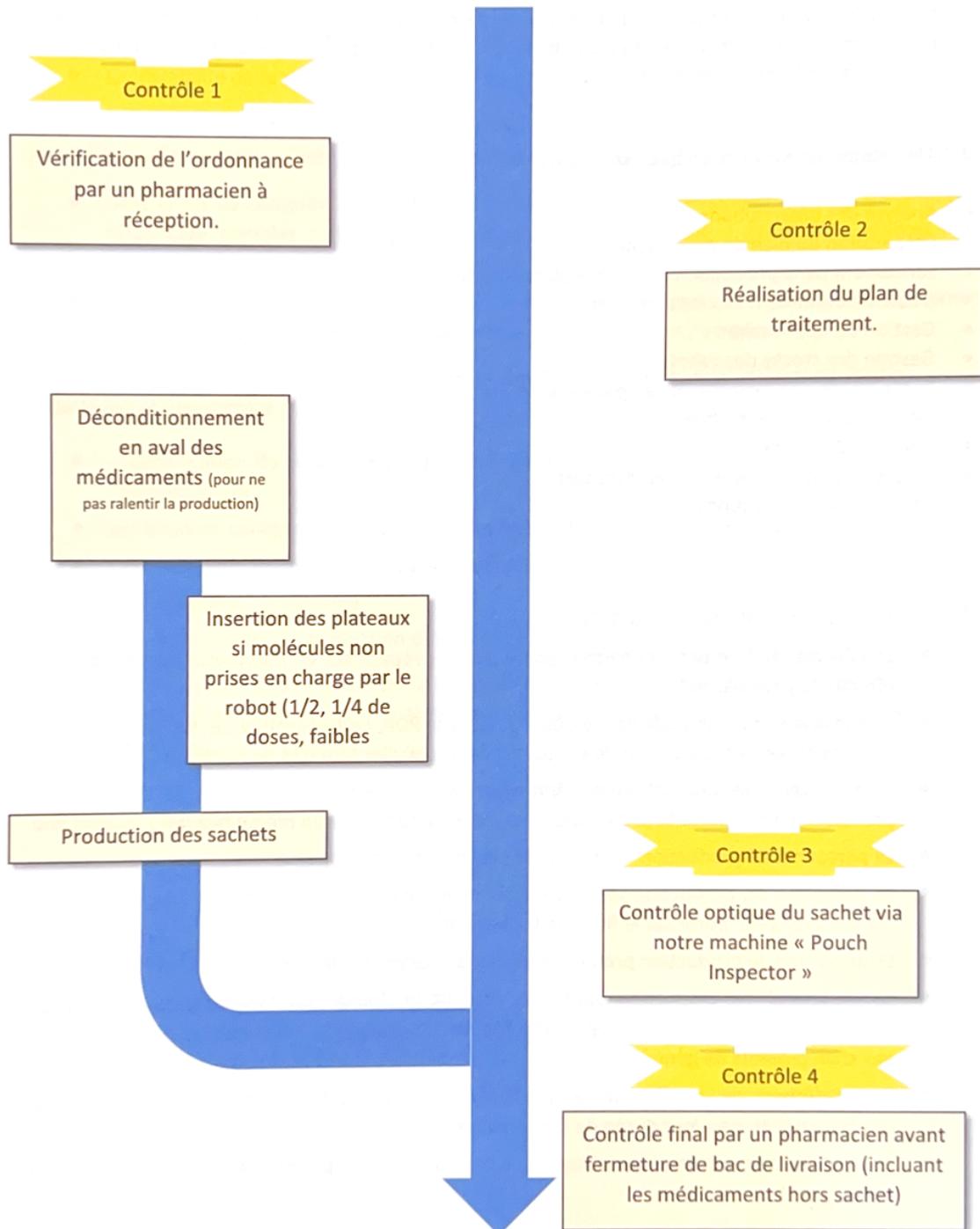
Annexe 8. Processus de production PDA manuelle

Pharmacie Santé Plus, charte de production, version 16/06/2022



Annexe 9. Processus de production PDA robotisée

Pharmacie Santé Plus, charte de production, version 16/06/2022



Annexe 10. Échelle de Briet ou CIA (coefficient d'imprégnation anticholinergique)

OMEDIT Pays de la Loire, 2022

Classe thérapeutique	Score CIA = 1	Score CIA = 2	Score CIA = 3
Analgésique	Codeine Fentanyl Morphine Oxycodone Tramadol	Phétidine	
Antiarythmique	Digoxine Isosorbide	Disopyramide	
Antiasthmatique	Theophylline		Ipratropium
Antibactérien	Ampicilline Cefoxitine Clindamycine Gentamicine Piperacilline Vancomycine		
Anticoagulant	Warfarine		
Antidépresseur	Bupropion Citalopram Duloxetine Fluoxetine Fluvoxamine Mirtazapine Phenelzine Sertraline Trazodone	Dosulepine Paroxetine	Amitriptyline Amoxapine Clomipramine Doxepine Imipramine Maprotiline Nortriptyline Trimipramine
Antiépileptique	Acide valproïque Clonazepam	Carbamazepine Oxcarbazepine	
Antigoutteux	Colchicine		
Antihistaminique	Alimemazine	Cetirizine Doxylamine Fexofenadine Loratadine Loxapine Triprolidine	Brompheniramine Chlorpheniramine Cyproheptadine Desloratadine Dexchlorpheniramine Diphenhydramine Hydroxyzine Mequitazine Prochlorperazine
Antinauséieux			Dimenhydratate
Antipaludéen	Quinidine		
Antiparkinsonien	Bromocriptine Carbidopa Entacapone Levodopa Pramipexole Selegiline	Amantadine	Biperidene Trihexyphenidyle Tropatepine
Antipsychotique	Haloperidol Lithium Pipotiazine Proprietaryazine Risperidone	Levomepromazine Olanzapine Pimozide Quetiapine	Chlorpromazine Clozapine Cyamemazine Fluphenazine Perphenazine
Antispasmodique urinaire			Flavoxate Oxybutynine Solifenacine Tolterodine Trospium

Antiulcéreux	Nizatidine		
Anxiolytique	Alprazolam Chlordiazepoxide Clorazepate Diazepam Lorazepam Oxazepam		Hydroxyzine
Beta bloquant	Atenolol Metoprolol		
Corticoïde	Dexamethasone Hydrocortisone Methylprednisolone Prednisone Prednisolone Triamcinolone		
Décongestionnant		Pseudoephedrine	
Désordres gastro-intestinaux	Alverine Domperidone Famotidine Metoclopramide Ranitidine	Cimetidine Loperamide	Atropine
Diurétique	Furosemide Triamterene		
Diurétique thiazidique	Chlortalidone		
Hypnotique	Midazolam Temazepam		
IEC	Captopril		
Immunosuppresseur	Azathioprine Ciclosporine		
Inhibiteur calcique	Diltiazem Nifedipine		
Myorelaxant	Methocarbamol	Baclofene	Tizanidine
Normothymique	Divalproate de sodium		
Sevrage opiacés		Methadone	

Annexe 11. Échelle de Boustani ou ACB (*anticholinergic cognitive burden*)

OMEDIT Pays de la Loire, 2022

DCI	Spécialité	Classe thérapeutique	Score ACB
Alimemazine	Theralène	Antihistaminique	1
Alprazolam	Xanax	Anxiolytique	1
Alverine	Meteospasmyl	Désordres gastro-intestinaux	1
Amantadine	Mantadix	Antiparkinsonien	2
Amitriptyline	Elavil, Laroxyl	Antidépresseur	3
Amoxapine	Defanyl	Antidépresseur	3
Atenolol	Betatop, Tenordate, Tenormine, Tenoretic	Betabloquant	1
Atropine	Atropine	Désordres gastro-intestinaux	3
Belladonna	Homéopathie		2
Brompheniramine			3
Brompheniramine maleate	Dimegan	Antihistaminique	1
Bupropion	Zyban	Antidépresseur	1
Captopril	Lopril, Captea, Ecazide	IEC	1
Carbamazepine	Tegretol	Antiépileptique	2
Chlorpheniramine	Drill Rhume, Hexapneumine, Hexarhume, Humex rhume, Hymexlib	Antihistaminique	3
Chlorpromazine	Largactil	Antipsychotique	3
Chlorthalidone	Logroton, Tenoretic	Diurétique thiazidique	1
Cimetidine	Tagamet, Stomedine	Désordres gastro-intestinaux	1
Clomipramine	Anafranil	Antidépresseur	3
Clorazepate	Tranxène	Anxiolytique	1
Clozapine	Leponex	Antipsychotique	3
Codeine	Codenfan, Euphon, Codoliprane	Analgésique	1
Colchicine	Colchimax	Antigoutteux	1
Cyproheptadine	Periactine	Antihistaminique	2
Diazepam	Valium	Anxiolytique	1
Digoxine	Digoxine, Hemigoxine	Antiarythmique	1
Dimenhydrinate	Nausicalm, Mercalm	Antinauséux	3
Diphenhydramine	Actifed rhume, Nautamine	Antihistaminique	3
Dipyridamole	Persantine, Cleridium	Antithrombotique	1
Disopyramide	Isorythm, Rythmodan	Antiarythmique	1
Doxepine	Quitaxon	Antidépresseur	3
Fentanyl	Abstral, Actiq, Effentora, Durogesic, Breakyl, Instanyl, Matrifen, Pecfent	Analgésique	1
Flavoxate	Urispas	Antispasmodique urinaire	3
Fluvoxamine	Floxyfral	Antidépresseur	1
Furosemide	Lasilix, Logirene	Diurétique	1
Haloperidol	Haldol	Antipsychotique	1
Hydrocortisone	Hydrocortisone	Corticoïde	1
Hydroxyzine	Atarax	Antihistaminique	3
Hyoscyamine	Homéopathie		3
Imipramine	Tofranil	Antidépresseur	3
Isosorbide	Isocard, Langoran, Monicor, Risordan	Antiarythmique	1
Levomepromazine	Nozinan	Antipsychotique	2

Loperamide	Imodium, Arestal, Diaretyl, Dyspagon, Ercestop, Peracel	Désordres gastro-intestinaux	1
Loxapine	Loxapac	Antipsychotique	2
Meclozine	Agyrax	Antivertigineux/ Antiémétique	3
Metoprolol	Logimax, Logroton, Lopressor, Seloken, Selozok	Betabloquant	1
Morphine	Actiskenan, Skenan, Oramorph, Sevredol, Moscontin, Morphine	Analgésique	1
Nifedipine	Adalate, Beta adalate, Chronadalate, Tenordate	Inhibiteur calcique	1
Nortriptyline	Nortrilen	Antidépresseur	3
Olanzapine	Zalasta, Zyprexa, Zypadhera	Antipsychotique	3
Oxcarbazepine	Trileptal	Antiépileptique	2
Oxybutynine	Ditropan, Driptane	Antispasmodique urinaire	3
Paroxetine	Deroxat, Divarius	Antidépresseur	3
Perphenazine	Decentan	Antipsychotique	3
Pimozide	Orap	Antipsychotique	2
Prednisolone		Corticoïde	1
Prednisone		Corticoïde	1
Promethazine	Phenergan, Fluisedal, Rhinathiol, Tussisedal	Antihistaminique	3
Quetiapine	Xeroquel	Antipsychotique	3
Quinidine	Quinimax	Antipaludéen	1
Ranitidine	Azantac, Raniplex	Désordres gastro-intestinaux	1
Risperidone	Risperdal, Risperdalconsta	Antipsychotique	1
Scopolamine	Scoburen		3
Theophylline	Dilatrane, Euphylline, Tedralan, Theostat, Xanthium	Antiasthmatique	1
Tolterodine	Detrusitol	Antispasmodique urinaire	3
Trazodone	Trazolan, Trittico	Antidépresseur	1
Triamterene	Isobar, Prestole	Diurétique	1
Trihexyphenidyle	Artane, Parkinane, Trihexy	Antiparkinsonien	3
Trimipramine	Surmontil	Antidépresseur	3
Warfarine	Coumadine	Anticoagulant	1

Serment de Galien

Je jure en présence de mes Maîtres de la Faculté et de mes condisciples :

- d'honorer ceux qui m'ont instruit dans les préceptes de mon art et de leur témoigner ma reconnaissance en restant fidèle à leur enseignement ;
- d'exercer, dans l'intérêt de la santé publique, ma profession avec conscience et de respecter non seulement la législation en vigueur, mais aussi les règles de l'honneur, de la probité et du désintéressement ;
- de ne jamais oublier ma responsabilité, mes devoirs envers le malade et sa dignité humaine, de respecter le secret professionnel.

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

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

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

Mise en place de bilans partagés de médication en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

Les bilans partagés de médication sont une des nouvelles missions du pharmacien d'officine. Ils consistent en l'analyse détaillée du traitement des patients âgés polymédiqués dans l'objectif de limiter le risque iatrogène et d'améliorer la prise en charge. Leur adaptation récente aux patients résidants en EHPAD permet de cibler une population particulièrement concernée par la polymédication. L'intervention du pharmacien, dans le cadre de la sécurisation du circuit du médicament dans ces établissements médico-sociaux, permet de projeter de nouvelles responsabilités pour le pharmacien dans un souci d'amélioration des pratiques et de sécurisation de la prise médicamenteuse. Les échanges entre les différents acteurs du parcours de soins s'imposent de plus en plus comme un élément essentiel de la prise en charge et du parcours de soins.

Mots-clés : bilan partagé de médication, BPM, nouvelles missions, pharmacien, officine, risque iatrogène, sécurisation du circuit du médicament, EHPAD, polymédiqué, personnes âgées

Joint medication reviews in medical establishments for dependent elderly people

One of the new roles of the community pharmacist is to conduct joint medication reviews. They involve a detailed analysis of elderly patients' with multiple medications. The aim is to limit the risk of iatrogenic side effects and improve patient care. It has recently been adapted for patients living in nursing homes with a population affected by polymedication. The pharmacist's involvement in ensuring the safety of the medication cycle in these institutions has given rise to new responsibilities to improve practices and ensure the safety of medication administration. Exchanges between the various actors involved in the care pathway are increasingly becoming an essential part of care.

Keywords: joint medication reviews, new roles, pharmacist, community pharmacy, iatrogenic side effects, safety of the medication cycle, nursing homes, polymedication, elderly patient

