

## COMMUNICATION

### De l'historique médicamenteux au suivi du patient. Rôle du pharmacien

MOTS-CLÉS : PHARMACIENS. MÉDECINS. ÉTUDES DE SUIVI. ÉDUCATION DU PATIENT COMME SUJET. OBSERVANCE DE LA PRESCRIPTION

#### *From treatment history to patient follow-up: the role of the pharmacist*

KEY-WORDS (Index medicus): PHARMACISTS. PHYSICIANS. FOLLOW-UP STUDIES. PATIENT EDUCATION AS TOPIC. PATIENT COMPLIANCE

**Les auteurs déclarent ne pas avoir de lien d'intérêt en relation avec le contenu de cet article**

Jean CALOP \*, Pierrick BEDOUCH \*\*, Benoit ALLENET \*\*\*

## RÉSUMÉ

*Le rôle des pharmaciens reste complémentaire de celui des médecins en ce qui concerne les connaissances qu'ils ont des médicaments et des relations qu'ils entretiennent avec les patients au travers de l'ordonnance, en particulier au niveau de l'officine. L'intégration des pharmaciens au sein de l'équipe médicale selon le modèle nord-américain permet une meilleure reconnaissance mutuelle, des interventions de proximité et un rôle apprécié des prescripteurs qui restent rassurés de la vérification de leurs prescriptions et apprécient de voir des éléments analysés qui peuvent optimiser ou modifier des traitements. La prise en compte des relations que le patient entretient avec son traitement et/ou ses médicaments est essentielle à cerner au cours de l'historique médicamenteux du patient. Le modèle français d'enseignement de pharmacie clinique au travers de la cinquième année hospitalo-universitaire s'inspire de cette expérience ; le challenge est de montrer l'intérêt pour les*

---

\* Professeur émérite de pharmacie clinique Docteur Honoris Causa de l'université de Montréal  
Membre de l'académie nationale de pharmacie

\*\* Maître de conférence en pharmacie clinique, UFR de pharmacie, Université Joseph Fourier, Grenoble 1 Laboratoire TIMC — IMAG et pharmacien praticien hospitalier (CHU de Grenoble).

\*\*\* Professeur de pharmacie clinique (UFR de pharmacie, Université Joseph Fourier, Grenoble 1 Laboratoire TIMC — IMAG et pharmacien praticien hospitalier (CHU de Grenoble).

*Tirés à part* : Professeur Jean CALOP, même adresse

*Article reçu le 22 novembre 2013*

*patients, les médecins et les soignants d'avoir des pharmaciens avec eux dans leur équipe. Cette formation fait évoluer le métier en ville et peut faciliter les relations ville hôpital sur les relais pris sur les traitements médicamenteux, ainsi que leur suivi, à condition de bien définir des règles de communication entre les prescripteurs et les dispensateurs.*

## SUMMARY

*Pharmacists and physicians have complementary roles. Indeed, pharmacists have specific knowledge of medications and a particular relationship with patients, especially in the community. Integration of pharmacists within medical teams, based on the north-american model, helps to ensure close collaboration founded on mutual trust and face-to-face contacts. This role of the pharmacist is appreciated by physicians, notably because it helps them to verify their prescriptions. It is essential to determine patients' relationships with their medications, through a knowledge of their treatment history. The French educational model of clinical pharmacy, based on the fifth hospital year, is inspired by this experience. The challenge is now to prove the benefits both for patients, physicians and nurses, of integrating a pharmacist within the medical team. This educational model helps to develop the pharmacist's role within the community and facilitates relationships between the hospital and the community.*

## INTRODUCTION : MÉDECINS ET PHARMACIENS : UN OBJECTIF COMPLÉMENTAIRE ET DES RELATIONS PARFOIS TENDUES

L'objectif de l'ensemble des professionnels de santé se résume en un sigle bien connu mais pour d'autres raisons : P.S.G., Prévenir, Soulager, Guérir. Les médicaments qui mobilisent les pharmaciens participent à l'atteinte de ces objectifs en relation avec les médecins et les soignants. Or les relations entre les « potards » et les « carabins » ont toujours été tendues, du fait d'une frontière commune qu'est l'ordonnance ; cette dernière entraîne des relations quotidiennes entre ces deux corporations, avec de temps en temps des « incidents de frontières ». Les mots employés et utilisés dans le langage courant sont plutôt de nature à entretenir des « agressivités » latentes avec une « domination » du prescripteur : « j'ordonne, tu exécutes ». Les mots sont forts. La réponse souvent maladroite du « je contrôle l'ordonnance » reste mal perçue car le terme de « contrôle » comporte une connotation fiscale, douanière et/ou policière. Enfin, l'exemple du droit de substitution avec la polémique sur les génériques traduit bien cette tension.

En 2009, la loi HPST permet aux pharmaciens de sortir d'une certaine passivité et de participer activement à la prévention de l'iatro-pathologie et à l'optimisation thérapeutique<sup>1, 2</sup>. Bien évidemment, des réactions de la corporation médicale se sont

1. Loi du 11 Juillet 2009 Art L.5125-23-2 — Dans le cadre des coopérations entre professionnels de santé prévues aux articles L.4011-1 à L.4011-3. Le patient peut désigner un pharmacien d'officine pour assurer auprès de lui un suivi de ses médicaments. À ce titre, le pharmacien désigné peut notamment à la demande ou avec l'accord du médecin, renouveler périodiquement des traite-

largement exprimées. Pourtant, rien que de très banal dans la réalisation hospitalière de collaboration de proximité.

Comment faire en sorte que ces deux professionnels puissent travailler ensemble dans un climat de confiance ? Rappeler que le médecin a la responsabilité de la prise en charge du patient, et le pharmacien un rôle dans l'aide à la prescription médicamenteuse, sa validation, l'évaluation des effets et son suivi. Une cohabitation plus précoce et plus régulière, pendant leur formation hospitalière, permettrait une meilleure compréhension des rôles de chacun. Sur ce dernier point, il nous est difficile de ne pas évoquer l'erreur historique qui a été de manquer l'opportunité offerte aux pharmaciens de rentrer dans le cadre du CHU en 1958<sup>3</sup> ; si les médecins et les pharmaciens avaient eu la possibilité, à partir de la troisième année de leurs études, de pouvoir se côtoyer et de travailler ensemble, un climat de confiance et de collaboration aurait certainement été plus profitable.

L'industrie s'est progressivement substituée au pharmacien dans la préparation des médicaments et a placé ce dernier dans un rôle de « dispensateur » qui délivre les médicaments en dernier avant que le patient ne les prenne ; ses messages sont écoutés, interprétés, et rapportés au médecin, parfois déformés, ce qui peut accroître encore des tensions.

Il a fallu attendre la réforme Bohuon en 1979<sup>4</sup> (stage de 6 semaines) pour que les étudiants en pharmacie rentrent à l'hôpital en cinquième année, mais surtout la réforme Laustriat, Puisieux, Cano en 1985<sup>5</sup> qui crée la cinquième année hospitalo-universitaire (5<sup>e</sup> AHU, soit la présence une année à mi-temps dans des services cliniques, pharmaceutiques et biologiques) et nous y reviendrons. Le modèle québécois de la présence des pharmaciens au sein des unités de soins a inspiré cette réforme et a permis à quelques-uns d'entre nous d'aller chercher une formation pour définir le « quoi faire » et le « comment faire » pour être utile au patient, au médecin, au personnel soignant et à la formation de l'étudiant.

Le rôle du pharmacien reste complémentaire, indispensable, doit être positif et basé sur des relations de confiance ; charge au pharmacien de gagner cette confiance par la pertinence de ses remarques (opinion ou intervention pharmaceutique [9 ; 10 ; 13] et par la compétence qu'il se doit de maintenir avec la mise en place du développe-

---

ments chroniques, ajuster au besoin leur posologie et effectuer des bilans de médication destinés à en optimiser les effets.

2. Loi du 21 juillet 2009 dite « Hôpital, patients, santé et territoire » loi HPST (art. 38, 7°) et le décret d'application relatif au pharmacien correspondant permettent au pharmacien, dans le cadre d'un protocole de coopération, de renouveler les traitements en adaptant éventuellement la posologie et en réalisant le cas échéant des bilans de médication qui comprennent notamment l'évaluation de l'observance et de la tolérance du traitement ainsi que tous les éléments prévus avec le médecin pour le suivi du protocole et le recensement des effets indésirables. Ce bilan est communiqué au médecin prescripteur.
3. Ordonnance du 30 décembre 1958 qui crée le CHU.
4. Loi du 2 janvier 1979 : Réforme BOHUON C.
5. Arrêté du 12 sept 1985 Instauration de la 5<sup>e</sup> AHU et création d'une 6<sup>e</sup> A.

ment professionnel continu <sup>6</sup> (DPC). À noter cependant que ce rôle est plus facile à réaliser à l'hôpital qu'en ville si le pharmacien exerce au sein d'une unité de soins, pour une raison évidente de proximité. Il reste en ville essentiel de définir des règles de communication, pour que cela ne soit pas perçu négativement, de façon chronophage et désuète. Former des pharmaciens à l'hôpital pendant une année à mi-temps représentait en 1985 une véritable révolution, surtout dans les facultés dont l'histoire n'avait pas favorisé les liaisons hospitalo-universitaires, c'est-à-dire la majorité des facultés, sauf Paris, Lyon et Marseille. Ces dernières disposaient majoritairement de praticiens hospitaliers et d'enseignants hospitalo-universitaires, mais n'ont pas bénéficié du statut du CHU.

Il faudra attendre 2006 <sup>7</sup> et cinquante années de lutte pour que les pharmaciens rejoignent les médecins dans le même statut, mais avec des conséquences délétères au niveau de l'université, avec la création de deux corps : celui des monoappartenants (U) désormais largement majoritaires, et celui des biappartenants (HU).

## **UN ENJEU DE FORMATION DU PHARMACIEN AU SEIN DES ÉQUIPES HOSPITALIÈRES : APPORTER UNE VALEUR AJOUTÉE AU MÉDECIN PRESCRIPTEUR ET AU PATIENT**

### **La pharmacie clinique**

Si la formation sur les médicaments est on ne peut plus complète durant les études de pharmacie, elle reste trop théorique quant à leurs parties pratiques vis-à-vis du patient. Il reste fondamental que le pharmacien comprenne sur le terrain et assez tôt dans les études 1-les aspects pratiques du choix et de l'utilisation des médicaments 2-les relations que le patient entretient avec ses médicaments et son traitement.

C'est la discipline « pharmacie clinique <sup>8</sup> » (*clinical pharmacy*) qui fait les liens et la synthèse utilisant les connaissances des médicaments, du patient et de sa physiopathologie. Elle se définit comme étant l'exercice de la pharmacie au lit du patient, et suppose l'intégration du pharmacien au sein de l'équipe médicale, ce qui facilite considérablement, nous le répétons, la communication.

Après la validation et l'aide apportée par des éléments recueillis auprès du patient, le pharmacien doit être considéré comme le garant de la qualité de l'ordonnance. De plus il garantit une sécurité au patient en assurant son rôle « d'enseignant accessible au comptoir » et en s'investissant dans le suivi, surtout chez les patients atteints d'une pathologie chronique. L'ensemble est appelé par les Anglo-Saxons le « *pharmaceutical care* » que l'on peut traduire par « soins pharmaceutiques [15] » et que

6. Article 59 de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009.

7. Décret N° 2006-593 du 23 mai 2006 (Articles 35 et 36) modifiant le statut des personnels enseignants et hospitaliers des CHU.

8. La pharmacie clinique peut se résumer à l'exercice pharmaceutique au lit du patient ; elle sous-entend l'appartenance à l'équipe médicale.

l'on peut mieux comprendre comme étant « la prise en charge pharmaceutique globale du patient », allant de la connaissance des antécédents jusqu'au suivi du traitement. Cette approche nécessite à la fois de bien définir les mots et de délimiter les rôles de chacun pour préserver les relations entre les professionnels de santé. Elle exclut tout diagnostic et sous-entend un retour des informations recueillies au médecin traitant.

### **L'importance de la formation à l'hôpital**

Les nouvelles générations de « potards » sont-elles en capacité d'être efficaces et efficientes, en aidant le médecin dans la prescription des thérapeutiques médicamenteuses (parfois complexes) une fois le diagnostic établi ? Nous avons constaté avec l'internat et la cinquième année hospitalo-universitaire qu'accomplissent les étudiants, que la rencontre permettait **d'établir des relations de proximité entre les jeunes générations**. Le manque reste la présence de séniors au niveau des services cliniques. Les différentes réformes des études qui se sont succédées en 1978 <sup>9</sup>, 1985 <sup>10</sup>, 1987 <sup>11</sup> et en 2003 <sup>12</sup> et la réforme actuellement en cours, ont maintenu les stages en clinique, en insistant sur la nécessité d'accomplir des tâches précises à forte valeur ajoutée [6] et centrées autour du médicament, de la prescription et du patient. **Il est essentiel** cependant pour être crédible, d'assurer la continuité des tâches et atteindre les objectifs de formation souhaités, **et que la présence soit effective à mi-temps** tout au long de l'année.

### **QUELLES SONT LES DIFFÉRENTES TÂCHES QUI SONT DEMANDÉES AUX ÉTUDIANTS EN PHARMACIE AU SEIN DES SERVICES CLINIQUES ?**

#### **Connaître le circuit du médicament et les risques de iatrogénèse médicamenteuse**

Avant son entrée à l'hôpital, l'étudiant connaît le circuit du médicament au sein de l'hôpital : qui achète ? Qui prescrit ? Qui commande ? Qui délivre ? Qui range ? Qui gère les stocks à la pharmacie et dans l'unité de soins ? Qui évalue ? Comment est organisé le circuit du médicament ? Quelles sont les règles qui régissent la qualité du circuit du médicament ? Quels sont les principaux dysfonctionnements ?

---

9. Arrêté du 19 juin 1980. La réforme la plus marquante est la mise en place d'une sélection sous forme de concours en fin de première année. Introduction de la thèse obligatoire. Au cours de la quatrième année, les étudiants en pharmacie doivent effectuer un stage hospitalier à temps complet pendant deux mois.

10. L'arrêté du 12 septembre 1985. La durée des études pharmaceutiques passe à six ans. Cet arrêté introduit le stage hospitalo-universitaire ; il se déroule au cours de la cinquième année (*Article 7*).

11. L'arrêté du 17 juillet 1987 régit l'organisation actuelle des études pharmaceutiques ; il a été révisé et adapté à plusieurs reprises.

12. L'arrêté en date du 14 août 2003 (publié au journal officiel du 2 octobre 2003) modifie l'arrêté du 17 juillet 1987.

Il a fallu développer dans le milieu universitaire un enseignement plus adapté à un exercice professionnel, et basé sur l'apprentissage par résolution de problèmes. Cette adaptation pédagogique bien connue des enseignants médecins permet de mieux mobiliser les connaissances de l'étudiant pour résoudre des problèmes centrés à la fois sur la thérapeutique des patients hospitalisés, mais aussi sur la sécurisation du circuit du médicament. Charge à ce dernier de faire preuve d'initiatives au sein de l'unité de soins.

### **L'observation pharmaceutique et l'historique médicamenteux [1, 7]**

Cible : Tout patient entrant à l'hôpital qui suivait un traitement avant son hospitalisation. L'étudiant en pharmacie prépare l'entretien et doit s'appuyer sur les informations physiopathologiques recueillies par l'étudiant et ou l'interne en médecine, et compléter avec des informations plus spécifiques au traitement médicamenteux et aux médicaments eux-mêmes (observation pharmaceutique). L'étudiant en pharmacie doit tenter de répondre à la question suivante : *est-ce que le patient est hospitalisé à cause de ses médicaments et/ou la façon de les prendre ?* Il ne sert à rien de s'intéresser à la pharmacologie et à la pharmacocinétique des médicaments si ces derniers ne sont pas pris ou s'ils sont mal pris. **Il s'agit de comprendre les relations que le patient entretenait avec ses médicaments avant son hospitalisation.** Focaliser uniquement sur les produits est loin d'être suffisant et ne peut pas expliquer un éventuel échec thérapeutique.

Dans cette tâche, l'étudiant en pharmacie doit s'intéresser :

- aux prescriptions médicamenteuses,
- aux différents médicaments pris mais non prescrits,
- aux éléments personnels relatifs au patient qui peuvent avoir une influence sur la réussite ou l'échec d'un traitement, et son éventuelle mauvaise tolérance. Il essaie de procéder à la « conciliation médicamenteuse <sup>13</sup> » et de vérifier que les transmissions entre les services hospitaliers entre eux, entre la ville et l'hôpital et au sein du milieu personnel du patient permettent de connaître l'ensemble des médicaments pris par le patient, que ces derniers soient prescrits ou non. L'information peut être complétée par des éventuelles habitudes sur les compléments alimentaires (*exemples significatifs : jus de pamplemousse, tisane de millepertuis, certaines plantes chinoises...*).
- aux éléments essentiels dans la réussite ou l'échec d'un traitement pour le patient précis : quelles sont ses attentes, croyances, représentations, habitudes, mode et rythme de vie, motivation à se soigner, degré d'autonomie, prise en charge financière, niveau socio-culturel, connaissance du traitement et de sa gestion, degré d'observance, état cognitif, effets (positifs ou indésirables) ressentis...

---

13. La conciliation des traitements médicamenteux du patient à son admission dans un établissement de santé projet med'rec. MEDication REConciliation Dossier documentaire. Evalor HAS Janvier 2010. L'INITIATIVE HIGH 5s : Agir pour la sécurité des patients OMS.

À la suite de cet « historique médicamenteux » avec le patient, l'étudiant doit préparer **la synthèse** pour le médecin en charge du patient, et résumer les problèmes qui sont soit — liés au patient (mauvaise ou non adhésion, allergie, confusion, mauvaise répartition des prises, etc.) — liés aux médicaments (par exemple, effets indésirables mal supportés, formes galéniques non adaptées), — liés au prescripteur (médecin traitant) (confusion de médicaments, dépassement de doses, interactions médicamenteuses à déconseiller ou contre-indiquées, contre-indications transgressées, etc.).

Une fois les problèmes identifiés, les causes à ces problèmes doivent être précisées, avec les actions préconisées et argumentées pour être proposées au prescripteur, et enfin tracer si ces recommandations sont prises en considération, soit par le patient, soit par le prescripteur.

Il est aisé de comprendre dans ce contexte l'importance de l'historique médicamenteux qui peut révéler l'origine de l'hospitalisation et qui ne nécessite pas forcément pour le patient une longue hospitalisation mais un réajustement du traitement ; *par exemple : reconstruire un plan de prises, réadapter certaines posologies, expliquer ou réexpliquer le traitement en précisant que certains effets indésirables sont incontournables, etc.* Cette synthèse est utile au médecin qui peut aussi identifier des complications d'une pathologie, diagnostiquer d'autres pathologies en prenant en compte dans sa prescription hospitalière certains éléments transmis par l'étudiant en pharmacie et validé de préférence par un interne aguerri ou par un pharmacien sénior.

### **Apprendre la validation de la nouvelle prescription**

Le patient hospitalisé ayant été examiné par le médecin avec un possible diagnostic fait l'objet d'une nouvelle prescription qui tient compte aussi des suggestions apportées par l'historique médicamenteux et l'observation pharmaceutique. L'étudiant et/ou l'interne en pharmacie sont susceptibles de valider en infirmant ou en confirmant cette prescription. La validation consiste en une analyse pharmaceutique de l'ordonnance et en l'application d'une méthode pour laquelle l'étudiant a été normalement préparé et qui se déroule en plusieurs étapes, selon un algorithme et une méthodologie précise [5].

### **Vérifier les points critiques**

C'est-à-dire les éléments qui peuvent entraîner s'ils ne sont pas respectés des accidents graves, voire mortels. Il s'agit essentiellement du respect des référentiels scientifiques (en particulier pour les médicaments hors GHS <sup>14</sup>), des posologies, des contre-indications physiopathologiques, des interactions médicamenteuses contre-indiquées et à déconseiller.

14. GHS Groupe homogène de séjour = médicaments hors T2A (hors tarification à l'activité = médicaments remboursés en sus du séjour contrat de bon usage cité précédemment) voir contrat de bon usage des médicaments et des dispositifs médicaux.

**a) Respect des référentiels scientifiques** : apprendre aux étudiants en médecine et en pharmacie que désormais les médicaments ne seront pris en charge par l'assurance maladie que si la prescription respecte les référentiels scientifiques est un élément important.

Cependant la superposition de protocoles édités par les différentes sociétés savantes aboutit à des **prescriptions « mille-feuilles »** et à l'éventuelle apparition d'une iatrogenèse médicamenteuse. Les prescriptions du gastro-entérologue, du rhumatologue, du cardiologue, de l'endocrinologue, etc. peuvent se superposer, chacun appliquant « l'état actuel des connaissances de la science », le médecin traitant étant souvent amené à recopier l'ensemble des prescriptions. Les urgentistes, gériatres, anesthésistes et pharmaciens connaissent bien cet écueil qui génère des pathologies iatrogènes. La prévention de l'iatropathologie reste un objectif de la pharmacie clinique [3] et au niveau des événements indésirables graves [11], de l'ensemble des responsables hospitaliers. Il convient de retrouver avec les prescripteurs de la logique et du bon sens, d'analyser les risques et de distinguer en particulier chez les personnes âgées ce qui est indispensable de ce qui est nécessaire, et de ce qui peut être considéré comme superflu. Dans ces cas relativement fréquents, le rôle du pharmacien clinicien est de porter à la connaissance du médecin certaines alertes. *L'exemple des chutes chez les personnes âgées dues à des médicaments relève souvent des interactions mal gérées, des posologies mal ou non adaptées (non prise en compte de la clairance de la créatinine [12], des mauvais plans de prises, des superpositions de médicaments à risques, des contre-indications non respectées, des confusions ou enfin d'une adhésion fantaisiste au traitement).*

**b) le respect des posologies** : Dans ce domaine, une inattention est fréquente, soit lors de l'écriture, soit lors du clic dans les logiciels de prescription malgré certaines alertes [8 ; 17]. La vérification des formes pharmaceutiques adaptées au patient et des posologies attenantes constitue une sécurité pour le médecin prescripteur et pour le patient.

Plus technique est l'adaptation posologique, en particulier pour les médicaments à marge thérapeutique étroite et pour les patients insuffisants rénaux <sup>15</sup> ; les greffés, les épileptiques, les diabétiques, les asthmatiques, les insuffisants cardiaques, les patients sous anticoagulants, etc. doivent faire l'objet d'un suivi thérapeutique régulier, avec des messages clairs, homogènes et cohérents, repris par l'ensemble des professionnels de santé. Il existe des logiciels d'aide à la prescription <sup>16</sup>, mais l'interprétation et l'application nécessite une attention permanente.

Nous pourrions à ce niveau introduire le plan de prises des médicaments en fonction du rythme de vie du patient et des propriétés pharmacocinétiques des médicaments ciblés. Le classique schéma : matin, midi et soir ne signifie rien, seules les heures de

15. <http://www.sitegpr.com/> Site permettant d'être renseigné sur le maniement des médicaments chez le patient insuffisant rénal. Source certifiée HON/HAS

16. Issus des banques de données : les principales sont Vidal, Thériaque, Claude Bernard, Thesaurimed.



prises doivent être calculées en fonction du rythme de vie du patient : à quelle heure et à quelle distance des repas dois-je prendre mes médicaments et lesquels ? Pourquoi séparer la prise de certains médicaments ? Pourquoi certains autres doivent être pris au milieu du repas ?, etc. La remise d'un plan de prises au patient construit sur un papier prévu à cet effet doit constituer un objectif, surtout chez les personnes âgées, souvent seules et avec un début de troubles cognitifs.

**c) Le respect des contre-indications physiopathologiques** : intégrer la physiopathologie dans la prescription nécessite aussi une attention de tous les instants ; connaître les médicaments contre-indiqués dans telle ou telle pathologie réclame l'aide des logiciels à condition d'avoir le temps de les utiliser. Il est donc essentiel à ce niveau que le pharmacien accède au dossier patient. Le dossier pharmaceutique partagé (DPP) devrait être accessible aux médecins prescripteurs et permettre aux pharmaciens en accédant aussi à des informations partagées du dossier médical personnel (DMP) d'être pertinent à ce niveau et d'éviter des prescriptions contre-indiquées et donc à risque. Cette information indispensable s'applique également à un moindre degré aux mises en garde et précautions d'emploi.

#### **d) Détecter, analyser et gérer les interactions médicamenteuses**

La **détection** de l'interaction nécessite l'accès à une banque de données fiable et situe le niveau de gravité (contre-indiquée, à déconseiller, à prendre en compte ou précaution d'emploi), les deux premiers niveaux, nécessitant une intervention pharmaceutique auprès du prescripteur, constituent un point critique ; l'**analyse** est l'étape qui permet de comprendre l'interaction : est-ce une interaction pharmacologique ? Pharmacocinétique ? À quel niveau (absorption, distribution, métabolisation ou élimination) ? Enfin la **gestion** de l'interaction médicamenteuse se résume à : qu'est-ce que je fais ? Est-ce que je propose de changer de produit, de réduire les doses, de séparer les prises de 2 heures, de renforcer la surveillance biologique ?, etc. C'est une des tâches que les pharmaciens maîtrisent le mieux s'ils ont été bien formés.

#### **Optimiser la thérapeutique**

Elle intervient après la validation de l'ordonnance proprement dite et est plus orientée vers des éléments précis que le patient peut entendre (conseils) et parfois gérer lui-même ; pour faire simple, ce sont les précautions d'emploi et les mises en garde qui vont permettre d'éviter des effets iatrogènes moins graves, mais qui peuvent participer à des ressentis négatifs ayant un impact sur l'adhésion du traitement. *C'est par exemple éviter l'alcool avec certains psychotropes, vérifier l'absence de sucre dans certains médicaments pour les diabétiques, ne pas s'exposer au soleil quand on prend certains médicaments photo sensibilisants...*

#### **Le suivi et l'évaluation clinique et biologique à court moyen et long terme du traitement mis en place**

**Le suivi clinique médical** : Le suivi clinique reste important, concerne le médecin et doit prendre en compte le ressenti du patient : « est-ce qu'il se sent mieux ? ».

**Le suivi biologique et ou thérapeutique** avec parfois nécessité d'un dosage régulier des médicaments dans le sang (*exemple des antiépileptiques, des immunosuppresseurs chez les greffés*) pour un ajustement de doses, ou la surveillance des résultats des tests biologiques pour évaluer l'efficacité du traitement et son adhésion.

**Les vigilances** : la pharmacovigilance : elle est centrée sur le recueil des effets indésirables des médicaments perçus et ressentis par le patient, en particulier avec les nouveaux médicaments. La matériovigilance : s'il y a utilisation pour cette dernière de certains dispositifs médicaux et si ces derniers présentent un défaut, le recueil se fait et est transmis au ministère. Ces vigilances sont volontiers confiées à l'étudiant en pharmacie et cette tâche doit être poursuivie et exploitée dans le cadre de la pharmaco-épidémiologie par les pharmaciens d'officine.

### **Apprendre au patient à gérer son traitement**

Lorsque le patient va sortir de l'hôpital, si le diagnostic d'une pathologie chronique a été posé, il est important qu'il puisse bénéficier d'une éducation thérapeutique, individuelle et/ou collective ou d'un entretien d'accompagnement plus simple à mettre en œuvre. Le rôle de chaque professionnel de santé dans cette dimension, dont il est beaucoup question actuellement, doit être complémentaire. Le médecin informe et/ou éduque le patient sur sa pathologie, et s'il en a le temps, sur son traitement ; il peut aussi déléguer au pharmacien, lorsque ce dernier est présent, l'information et/ou l'éducation thérapeutique médicamenteuse [2]. Le diététicien, le kinésithérapeute, le soignant, interviendront si nécessaire et chacun dans son domaine. Il reste une fois de plus que la coordination de cet ensemble doit être réalisée par le médecin référent choisi par le patient. Chacun peut comprendre qu'il est essentiel d'avoir des messages complémentaires, cohérents et non contradictoires. L'éducation thérapeutique ne s'improvise pas <sup>17</sup>, <sup>18</sup> [14]. Il existe des réseaux et des services hospitaliers qui ont largement développé cette activité : *exemples : écoles de l'asthme, du diabète, de la greffe, de l'insuffisance cardiaque, etc.* L'éducation thérapeutique n'est pas de l'information : elle sous-entend que l'on vérifie que le patient a bien compris, assimilé les messages délivrés, qu'il est capable de les restituer et de les mettre en application.

Il est utile que l'étudiant en pharmacie s'initie et maîtrise progressivement cette fonction. Il doit entretenir ces pratiques, les adapter à l'exercice officinal en définissant des méthodes de travail avec le médecin de ville.

## **LA SORTIE DU PATIENT : LA RELATION VILLE HÔPITAL**

L'importance de la formation des étudiants passe par le milieu hospitalier et l'apprentissage d'un travail en équipe. Cela s'inscrit dans la recherche de faciliter au patient le parcours de soins et d'abaisser les barrières entre la ville et l'hôpital ; c'est

17. (<http://www.has-sante.fr/>)

18. L'article 84 de la loi HPST a précisé le cadre légal de l'éducation thérapeutique du patient.

normalement l'état d'esprit de la loi HPST (déjà citée précédemment en début d'article). L'instauration ou la modification d'un traitement médicamenteux par le médecin hospitalier sera relayé par le médecin traitant et un courrier sera adressé par le médecin hospitalier à son confrère de ville avec un compte rendu. La même chose peut être imaginée pour le pharmacien d'officine chez lequel se rend régulièrement le patient.

Au travers d'un dossier patient que ce pharmacien peut ouvrir pour les patients chroniques, il peut rapidement avec quelques questions pertinentes se rendre compte de la plus ou moins bonne gestion du traitement par le patient et de l'adhésion de ce dernier au traitement. Le dossier pharmaceutique (DP) <sup>19</sup> proposé par le pharmacien pour le patient atteint d'une pathologie chronique prend d'autant plus de valeur que le patient n'a pas de pharmacien fixe. À l'aide de ces outils, logiciels métiers, dossier patient, dossier pharmaceutique partagé et accès au DMP, le pharmacien peut assurer un suivi régulier du traitement médicamenteux mis en place et alerter le médecin référent s'il constate des anomalies qui peuvent être fortement préjudiciables à l'efficacité et/ou à la tolérance du traitement. Cette notion de retour d'information est essentielle.

La fusion des pharmacies, le changement de rémunération, la reconnaissance par l'assurance maladie des actions d'éducation thérapeutique (*exemple : accompagner dans la gestion des traitements anticoagulants oraux*) et de prévention devraient permettre d'assurer ce service de proximité, de redistribuer les rôles et missions entre les pharmaciens d'une même officine. Nous percevons un mouvement très net dans ce sens y compris au niveau de la réglementation <sup>20, 21</sup> de l'IGAS [4] de la profession [16] si l'on compare à un bilan établi il y a plus de dix ans. La recherche sur les pratiques professionnelles et la collaboration entre la profession et l'université doit être développée et encouragée <sup>22</sup>. C'est à ce niveau que la collaboration intelligente et complémentaire entre le médecin et le pharmacien peut être établie. L'hôpital communiquant vite et bien avec les médecins et pharmaciens, à eux de prendre des relais pour que le patient puisse en profiter avec des informations cohérentes et non contradictoires ; au pharmacien d'informer le médecin (par un mode de communication qu'il faut définir) d'éléments pouvant nuire à la bonne gestion du traitement par le patient. Cet objectif reste un challenge d'avenir pour l'ensemble des professionnels de santé et pour le plus grand bien du patient. À nous, leurs aînés, de les encourager à continuer et à progresser dans ce sens. Nos académies peuvent constituer à ce niveau une formidable caisse de résonance.

19. La loi du 30 janvier 2007 confie à l'Ordre la mise en œuvre du Dossier Pharmaceutique et le décret relatif au DP est publié le 15 décembre 2008 au Journal officiel.

20. Loi du 11 Juillet 2009 Art L.5125-23-2 — déjà citée précédemment.

21. JORF n° 0147 du 27 juin 2013 page 10620 Arrêté du 24 juin 2013 organisant les rapports entre les pharmaciens titulaires d'officine et l'assurance maladie relatif à l'accompagnement des patients chroniques sous anticoagulants oraux.

22. CNOP/Direction des Technologies en Santé juin 2013 Evaluation DP/Règlement de l'appel à projets CNOP AO sur le dossier pharmaceutique la loi du 30 janvier 2007 confie à l'Ordre la mise en œuvre du DP et décret relatif au DP est publié le 15 décembre 2008 au Journal officiel.

L'objectif de cet article est de mieux faire connaître l'apport des pharmaciens aux prescripteurs en précisant que les ateliers pratiques avec nos étudiants existent au sein de notre CHU.

## BIBLIOGRAPHIE

- [1] ALLENET B., BEDOUCH P., BAUDRANT M., FEDERSPIEL I., BERTHET S., DETAVERNIER M., *et al.* — De l'historique médicamenteux à l'observation pharmaceutique: Recueil standardisé pour le développement de la pharmacie Clinique en unité de soins. *Journal de pharmacie de Belgique*, 2010, 2, 39-46.
- [2] BAUDRANT M., CALOP N., LEHMANN A., CERTAIN A., TROUT H., ALLENET B. — Éducation thérapeutique du patient : contexte, concepts et méthodes. *Pharmacie clinique et thérapeutique*. Paris : Elsevier-Masson, 2012, 1195-1212.
- [3] BEDOUCH P., BARDET J.D., CALOP J., ALLENET B. — In : Pharmacie clinique et thérapeutique. L'iatrogénèse médicamenteuse : quels enjeux pour la pharmacie Clinique ? Paris : Elsevier Masson, 2012, 9-22.
- [4] BRAS P.L., KIOUR A., MAQUART B. et MORIN A. — Pharmacies d'officine : rémunération, missions, réseau. Rapport Inspection générale des affaires sociales (IGAS) RM2011-090P. Juin 2011.
- [5] CALOP J., BEDOUCH P., ALLENET B. — La validation d'ordonnance. In : *Pharmacie clinique et thérapeutique*. Paris : Elsevier-Masson, 2012. 23-32.
- [6] CALOP J. — La pharmacie clinique pourquoi ? Comment ? Paris : Ellipses, 1986.
- [7] CALOP J. — L'historique médicamenteux du patient hospitalisé : une tâche de routine à effectuer par l'étudiant en pharmacie ? *Actualités pharmaceutiques hospitalières*, 2005, 2, 59-60.
- [8] CHARPIAT B. — Rôle des prescriptions informatisées dans la survenue des erreurs médicamenteuses. *Lettre DPC et pratiques*. Janvier 2012, 61.
- [9] CHEDRU V., JUSTE M. — Évaluation médicale de l'impact clinique des interventions pharmaceutiques. *J. Pharm. Clin.*, 1997, 16(4), 254-8.
- [10] CONORT O., BEDOUCH P., JUSTE M., AUGEREAU L., CHARPIAT B., ROUBILLE R., ALLENET B. — Validation d'un outil de codification des interventions de pharmacie clinique. *J. Pharm. Clin.*, 2004, 23, 141-7.
- [11] DRESS — Les événements indésirables graves associés aux soins observés dans les établissements de santé. Résultats des enquêtes nationales menées en 2009 et 2004. *Dossiers Solidarité santé*. 2010, 2, n° 17.
- [12] GIBERT P. — Optimisation de la prise en charge médicamenteuse chez la Personne âgée hospitalisée : diffusion d'un guide local et évaluation de la qualité de la prescription par mesure de la conformité des posologies a la fonction rénale. Grenoble : UFR de Pharmacie, 2012.
- [13] GUIGNON A.M., GRAIN F., BRUDIEU E., BOSSON J.L., BARJHOUX J., ALLENET B., *et al.* — Evaluation de l'impact clinique des opinions pharmaceutiques dans un service de pneumologie. *J. Pharm. Clin.*, 2001, 118-123.
- [14] HAS — Consulter les nombreux guides et documents traitant de l'éducation thérapeutique, 2007 à 2013. Disponible sur <[http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_39085/fr/recherche?portlet=c\\_39085&text=education+therapeutique+du+patient&opSearch=&lang=fr](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_39085/fr/recherche?portlet=c_39085&text=education+therapeutique+du+patient&opSearch=&lang=fr)> (consulté le 19 novembre 2013).

- [15] MAILHOT C., MALLET L. — Concept des soins pharmaceutiques (pharmaceutical care) au Québec : une approche systématique du patient. *Pharmacie clinique et thérapeutique*. Paris: Elsevier Masson, 2012. 1245-1255.
- [16] RIOLI M. — Le pharmacien d'officine dans le parcours de soins. Projet professionnel chapitre I Projet économique chapitre II. Synthèse du groupe de travail pharmaciens d'officine, 9 juillet 2009.
- [17] VIALLE V. — Erreurs médicamenteuses induites par l'informatisation du circuit du médicament (interview HAS). *DPC & Pratiques*, 2012, 47.

## DISCUSSION

### M. Jacques MILLIEZ

#### *Qu'en est-il des médicaments hors AMM ?*

Le rôle du pharmacien est encadré pour le pharmacien hospitalier si l'on considère les médicaments comptabilisés hors groupe homogène de séjour (Hors GHS ou hors T2A). Cette procédure est particulière car elle s'applique à des médicaments onéreux prix en sus du prix du séjour. Les indications doivent être strictement respectées et les pharmaciens doivent faire respecter l'indication sauf si en son âme et conscience le prescripteur s'appuyant sur des publications parues dans des revues à comité de lecture considère que c'est la seule alternative (droit de transgression). Il doit alors inclure dans le dossier médical les éléments de preuves et le fruit de sa réflexion. Pour les produits peu onéreux le principe est applicable mais l'on trouve de moins en moins de prescriptions ne respectant pas les indications de l'AMM. Il est probable qu'en ville le pharmacien d'officine soit sollicité pour le même objectif s'il s'agit de médicaments onéreux et particulièrement à surveiller (effets indésirables et liste de l'ANSM) Le rôle du dossier pharmaceutique partagé reste dans le système d'alerte très intéressant et devra encore évoluer.

### M. Claude JAFFIOL

#### *L'évolution de la fonction du pharmacien dans le parcours de soins conduit à s'interroger sur l'efficacité de l'enseignement clinique en Faculté de Pharmacie, surtout pour les pharmaciens d'officine. Cette efficacité est-elle évaluée ?*

L'enseignement clinique, lors de la formation des pharmaciens, se résume à la séméiologie des petites pathologies d'urgence qui doit se faire en 40 heures et qui doit apprendre au pharmacien à reconnaître ces pathologies pour mieux orienter les patients. Il n'y a pas d'autres enseignements cliniques mais un enseignement de pharmacologie classique et de pharmacie clinique c'est-à-dire — la pharmacie au lit du patient, — l'apprentissage du meilleur choix de produit pour un type d'indication (rapports risque/bénéfice et coût/efficacité) — la prise en compte des effets des médicaments sur un patient précis — l'étude des relations que le patient entretient avec ses médicaments. Sur ces éléments nous avons présenté lors de la lecture un diaporama décrivant ce que le pharmacien peut apporter au médecin prescripteur comme éléments complémentaires ou correcteurs

(interventions pharmaceutiques) en synthétisant des données recueillies — lors de l'historique médicamenteux à l'entrée du patient (le patient est-il hospitalisé à cause de ses médicaments — lors de la révision de la thérapeutique médicamenteuse en cours d'hospitalisation et lors de la sortie du patient en aidant le patient à gérer son traitement (information, éducation thérapeutique). La prise de contact avec le pharmacien correspondant que désigne le patient reste un élément important de suivi et de retour d'information et nécessite la tenue d'un dossier patient pour les patients chroniques et l'ouverture d'un dossier pharmaceutique partagé. L'évaluation de ces enseignements consiste à mesurer la capacité de l'étudiant à réagir devant des situations cliniques excluant le diagnostic mais orientées vers la pertinence du choix des médicaments, les risques et leurs effets attendus sur un patient précis. Les cas sont construits avec des enseignants praticiens hospitaliers (APP). La forme de la docimologie étant variable d'une fac à l'autre. Ajoutons que le DPC est actuellement adapté aux nouvelles missions du pharmacien prévues par la loi HPST. Enfin si la question est orientée sur le degré de satisfaction des médecins à avoir dans leur équipe des pharmaciens au travers des services rendus la réponse est positive et le modèle nord-américain est riche en références bibliographiques sur ce thème.

### **M. Gérard DUBOIS**

*Vous avez présenté l'épidémie de « scandales » médicamenteux suivie d'une épidémie de textes réglementaires renforçant le contrôle du secteur sous la pression de l'opinion publique. Dans le même temps, deux demandes de mise à disposition de moyens thérapeutiques sont apparues, appuyées par des organisations « d'utilisateurs » : le baclofène pour l'alcool, la cigarette électronique pour le tabac. Que pensez-vous de cette situation contradictoire ?*

Question complexe qui met en évidence le rôle des médias dans le questionnement sur des sujets sensibles et intéressant une large population. Les réponses doivent être basées sur l'importance du niveau de preuve et de la démarche scientifique, rigoureuse et indépendante que les pouvoirs publics doivent apporter sans précipitation. Reste alors à hiérarchiser l'urgence des réponses à diffuser entraînant plus ou moins la mobilisation des chercheurs, des praticiens, et divers autres acteurs pour que cette réponse soit rapide et satisfaisante ; la politique souvent s'en mêle et cela devient plus complexe (dans un autre champ d'action le débat sur les OGM reste un modèle du genre).