

<https://ressources.anap.fr/pharma-bio-ste/publication/2661-organiser-lactivite-de-pharmacie-clinique>

Méthode

Organiser l'activité de pharmacie clinique

La pharmacie clinique permet de contribuer à la sécurisation, la qualité, la pertinence ainsi qu'à l'efficacité des soins, en collaboration avec les membres de l'équipe de soins en y associant si besoin le patient. Cette activité se développe de plus en plus dans les établissements de santé, comme le demandent les derniers textes sur la pharmacie ou encore le Contrat d'Amélioration de la Qualité et de l'Efficacité des Soins (CAQES). Pour la mettre en place, les pharmaciens doivent composer avec les réalités opérationnelles du fonctionnement de la pharmacie : temps disponible, profils à associer, définition du périmètre, etc...

Sans rentrer dans le détail du contenu des activités de pharmacie clinique, dont le champ est très large, cette fiche se propose d'apporter des réponses méthodologiques sur leur déploiement.

Cible

- Equipes pharmaceutiques
- Encadrement
- Equipes médico-soignantes

Enjeux

- Répondre au mieux aux attentes des soignants et des médecins
- Augmenter la visibilité des enjeux de la pharmacie auprès du reste de l'établissement
- Organiser des actions concrètes selon le temps disponible des pharmaciens et préparateurs
- Participer à la sécurisation de la transition ville-hôpital
- Répondre au mieux aux besoins des patients en terme d'information et d'éducation
- Répondre aux exigences des autorités sanitaires

Intérêt de l'action



Difficulté de mise en œuvre



Délais d'obtention des 1^{ers} résultats



Indicateurs de suivi

- Pourcentage de validation pharmaceutique
- Nombre de conciliations médicamenteuses (entrée, sortie)
- Temps pharmaceutique consacré à des activités de pharmacie clinique

Kit outils

1. SFPC _ Pharmacie clinique
2. OMEDIT Normandie _ Grille de priorisation services
3. OMEDIT Normandie _ Guide Outil

- 4. OMEDIT Normandie _ Outil priorisation patients
- 5. HAS _ Mettre en œuvre la CTM
- 6. OMEDIT PDL _ Guide Stratégie Pharmacie clinique
- ANAP _ Enjeux de l'informatisation de la conciliation des traitements médicamenteux - Retours d'expérience et enseignements



Prérequis

- Être formé à la pharmacie clinique (Diplôme Universitaire, formation universitaire, formation "en interne" dans l'établissement)



Clés de la réussite

- Identifier des pilotes parmi les services de soins et la communauté médicale
- Créer une polyvalence des compétences parmi l'équipe pharmaceutique



Thèmes et fiches associés

- Organiser l'équipe pharmaceutique pour créer ou renforcer le lien avec les équipes médico-soignantes

Sommaire

1. Etat des lieux : niveau de départ et périmètre cible maximal

1.1. Faire le bilan du niveau actuel de pharmacie clinique

1.2. Déterminer un périmètre idéal maximal

2. Déterminer des objectifs et les dimensionner

2.1. Estimation du besoin pour répondre à la cible

2.2. Evaluation des moyens disponibles

2.3. Objectifs et priorisation

2.4. Bonnes pratiques pour une mise en œuvre opérationnelle

3. Suivi de l'activité

3.1. Indicateurs de suivi

3.2. Evaluation qualitative

3.3. Réactualisation des besoins et objectifs

Actions pour la mise en oeuvre

Le décret n° 2019-489 du 21 mai 2019 relatif aux pharmacies à usage intérieur (PUI) définit les différentes de pharmacie clinique.

« Art. R. 5126-10.-La pharmacie à usage intérieur peut assurer pour son propre compte ou dans le cadre de coopérations pour le compte d'autres pharmacies à usage intérieur tout ou partie des missions prévues aux 2 et 3 de l'article L. 5126-1.

« Les actions de pharmacie clinique sont les suivantes

« 1° L'expertise pharmaceutique clinique des prescriptions faisant intervenir des médicaments, produits ou objets mentionnés à l'article L. 4211-1 ainsi que des dispositifs médicaux stériles aux fins d'assurer le suivi thérapeutique des patients ;

« 2° La réalisation de bilans de médication définis à l'article R. 5125-33-5 ;

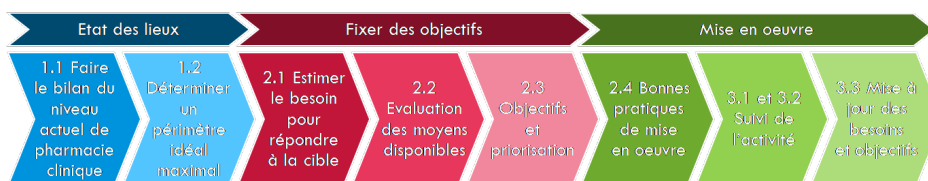
« 3° L'élaboration de plans pharmaceutiques personnalisés en collaboration avec les autres membres de l'équipe de soins, le patient, et, le cas échéant, son entourage ;

« 4° Les entretiens pharmaceutiques et les autres actions d'éducation thérapeutique auprès des patients ;

« 5° L'élaboration de la stratégie thérapeutique permettant d'assurer la pertinence et l'efficacité des prescriptions et d'améliorer l'administration des médicaments

« Les actions mentionnées aux 2°, 3°, 4° et 5° peuvent s'exercer dans le cadre de l'équipe de soins mentionnée à l'article L. 1110-12.

Cette fiche détaille une méthodologie visant à la mise en œuvre d'activités de pharmacie clinique, en suivant les étapes suivantes :



1. Etat des lieux : niveau de départ et périmètre cible maximal

1.1. Faire le bilan du niveau actuel de pharmacie clinique

Le point de départ de la démarche doit consister en un état des lieux de l'existant, sur la base duquel il sera ensuite possible de s'appuyer comme étant le référentiel d'origine.

Il s'agit donc de lister les activités de pharmacie clinique instaurées sur l'établissement et de les mettre en parallèle des indicateurs d'activité existants permettant de quantifier ces tâches :

Activité réalisée	Exemples d'indicateurs
Analyse et validation pharmaceutique	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pourcentage d'ordonnances validées ▪ Temps pharmacien associé ▪ Pourcentage d'ordonnances validées avant la dispensation du traitement ▪ Nombre d'opinions pharmaceutiques envoyées aux médecins ▪ Pourcentage d'acceptation d'opinions pharmaceutiques
Conciliation médicamenteuse	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nombre de patients conciliés ▪ Nombre de services concernés ▪ % de patients conciliés par rapport à un profil déterminé ▪ Temps pharmaceutique associé ▪ Nombre de DNI (Divergences Non Intentionnelles) détectées et/ou corrigées
Education thérapeutique du patient	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nombre de patients accompagnés ▪ Types de pathologie associés à la mise en place d'une éducation thérapeutique
Conseils et formations auprès des soignants	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nombre de formations dispensées ▪ Nombre de soignants formés ▪ Nombre de services concernés
Relation ville-hôpital	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nombre de réunions réalisées

Ce travail d'état des lieux doit aussi s'accompagner d'éléments qualitatifs pour compléter les indicateurs chiffrés. Il est ainsi utile de recenser les avis des soignants et leurs commentaires sur les activités déployées, les difficultés rencontrées, les projets n'ayant pas abouti, la satisfaction de la communauté médicale...

1.2. Déterminer un périmètre idéal maximal

Dans un second temps, il est intéressant de réaliser un exercice de projection pour déterminer quel pourrait être le périmètre cible idéal. En reprenant le tableau présenté en 1.1, les indicateurs qui y ont été recensés et en le complétant si nécessaire, il est possible de dresser un scénario cible.

À ce stade, la réflexion ne s'appuie pas sur les moyens matériels et humains disponibles à la pharmacie, mais sur une estimation d'un besoin.

À l'inverse, afin d'être utilisable par la suite, ce travail doit rester réaliste et ne pas afficher 100% de réalisation sur tout l'établissement pour chaque activité. Il est possible pour cela de se projeter avec la question : « Quel pourrait être l'objectif de déploiement de la pharmacie clinique dans 5 ans ? »

* Vous trouverez en annexe un document de la SFPC reprenant les différentes activités de pharmacie clinique, leur définition et leur contenu (Annexe 1 : SFPC _ Pharmacie clinique).

2. Déterminer des objectifs et les dimensionner

2.1. Estimation du besoin pour répondre à la cible

Sur la base des indicateurs obtenus lors du travail d'état des lieux, il est possible de dimensionner le besoin (en temps pharmaceutique notamment) pour répondre à la cible déterminée en 1.2.

Par exemple : L'établissement réalise l'analyse pharmaceutique pour 70% des prescriptions et y consacre en moyenne 25 heures par semaine. Son objectif est de réaliser 98% de validation. Le besoin en temps pharmacien pour répondre à la cible est donc d'environ 35 heures par semaine, soit 10 heures hebdomadaires supplémentaires par rapport à la situation actuelle.

Lorsque la cible comporte le déploiement d'activités actuellement inexistantes au sein de l'établissement, il faut alors réaliser des estimations des temps associés en fonction du périmètre cible.

2.2. Evaluation des moyens disponibles

Un travail interne à la PUI est ensuite nécessaire pour évaluer quels moyens et quel temps humain peuvent être alloués à ces activités, et ce pour les différents profils concernés (pharmacien, interne, préparateur, fonctions administratives...)

Cette évaluation est d'autant plus pertinente quand elle s'inscrit dans une démarche globale de réorganisation interne de la PUI, par exemple dans le cas de mutualisation territoriale de certaines activités, entraînant des redéfinitions des temps de travail à allouer par tâche.

La disponibilité médicale et soignante ne doit pas être oubliée dans cette étape, afin de permettre par la suite la mise en place d'un réel projet médico-pharmaceutique.

Lors de cette étape, il s'agit également de lister les prérequis éventuels pour répondre au développement de la pharmacie clinique : formations, outils informatiques, nouveau paramétrage, etc...

2.3. Objectifs et priorisation

Au vu des temps nécessaires pour atteindre la cible et des temps disponibles à la pharmacie, des objectifs réalistes court-termes peuvent être fixés de manière quantitative (en reprenant les indicateurs d'activités de la partie 1.1) et qualitative (lien avec les médecins, action spécifique sur certains secteurs, etc...).

Pour déterminer un objectif court-terme moins ambitieux à partir d'une cible idéale, un travail de priorisation est à réaliser.

Ce travail de priorisation et de ciblage peut en particulier s'appuyer sur 3 critères :

- Médicaments à risque (ex : patients sous anticoagulants)
- Patients à risque (ex : patients avec plus de 10 lignes de prescriptions, patients malades chroniques, etc...)
- Organisations à risque (ex : patients en Hospitalisation À Domicile (HAD), patients du service gériatrique...)

* Vous pouvez pour cela vous appuyer sur l'outil de priorisation de l'Observatoire des Médicaments, Dispositifs Médicaux et de l'Innovation Thérapeutique (OMEDIT) Normandie, ainsi que du guide d'utilisation (Annexe 2 : OMEDIT Normandie _ Grille de priorisation services, Annexe 3 : OMEDIT Normandie _ Guide Outil et Annexe 4 : OMEDIT Normandie _ Outil priorisation patients)

2.4. Bonnes pratiques pour une mise en œuvre opérationnelle

D'un point de vue opérationnel, il est primordial, pour démarrer une nouvelle activité de pharmacie clinique, d'identifier un service pilote ainsi qu'un médecin intéressé par le projet pouvant jouer le rôle d'ambassadeur et de porte-parole au sein de la communauté médicale.

Par ailleurs, dans la situation la plus fréquente où les ressources pharmaceutiques disponibles sont limitées, il est conseillé de commencer modestement sur un petit périmètre, avec quelques interlocuteurs soignants et/ou médicaux convaincus par l'utilité de la démarche. Même avec peu de temps disponible, il est possible d'obtenir résultats intéressants et de pouvoir objectiver les intérêts de ce travail au bout de quelques mois. Il convient alors de communiquer largement sur ces résultats auprès de la direction et de la communauté médicale, avec le soutien des médecins pilotes, afin de faire reconnaître l'activité et pouvoir la développer petit à petit.

Il est également possible de s'appuyer sur des erreurs médicamenteuses, des événements indésirables ou autres cas étudiés lors de CREX, afin de montrer les bénéfices d'actions de pharmacie clinique.

Enfin, il est conseillé au niveau de la pharmacie de ne pas faire reposer les responsabilités de ces activités sur un nombre restreint de personnes, afin que ce déploiement ne soit pas personne-dépendante et ne soit pas mis en danger dans le cas d'un départ, d'un arrêt ou d'une impossibilité pour la personne concernée de continuer cette activité. Une certaine polyvalence doit donc être assez rapidement mise en place.

Tous les points de transition dans le parcours de soins du patient présentent un risque de survenue d'erreur médicamenteuse (EM). La conciliation des traitements médicamenteux (CTM) vise à prévenir ces erreurs grâce à un partage efficace des informations complètes des traitements du patient entre les professionnels de santé à tous les points de transition, au sein ou entre les établissements de santé, les structures médicosociales et la ville.

Dans la plupart des cas, la réalisation de la conciliation bénéficie fort peu de la mobilisation des outils numériques.



Pour aller plus loin sur ce sujet de l'informatisation de la conciliation, vous pouvez consulter le document ANAP « Enjeux de l'informatisation de la conciliation des traitements médicamenteux - Retours d'expérience et enseignements », qui a pour objectif d'identifier les enseignements des réussites et des freins au déploiement de la démarche informatisée de la CTM et de proposer une cible pour la CTM informatisée

* Vous pouvez également consulter le guide de la Haute Autorité de Santé (HAS) de février 2018, « Mettre en œuvre la conciliation des traitements médicamenteux en établissement de santé » (Annexe 5 : HAS _ Guide - Mettre en œuvre la CTM)

3. Suivi de l'activité

3.1. Indicateurs de suivi

Un suivi quantitatif du déploiement de ces activités doit être mis en place au travers d'indicateurs de suivi. Ces indicateurs doivent reprendre les paramètres utilisés pour déterminer les objectifs (cf. partie 2.3) et peuvent être également complétés.

Il peut s'agir d'indicateurs portant sur :

- L'évolution de l'activité (ressources dédiées, nombre de patients concernés...)
- L'impact clinique (nombre d'erreurs détectées, gravités de ces erreurs, nombre de modifications de prescription ...)
- L'impact financier (estimations de gains liés à la durée de séjour, à l'arrêt ou le remplacement d'un traitement coûteux...)

Les indicateurs du CAQES en lien avec la pharmacie clinique peuvent également être suivis dans ce cadre.

Chaque indicateur doit être assorti d'une définition précise et d'une méthodologie de calcul si nécessaire. Les informations nécessaires à la production des indicateurs doivent être listées, les modalités de recueil de ces informations doivent être précisées (extraction informatique, traçabilité manuelle, etc...) ainsi que la fréquence de calcul et de diffusion de ces indicateurs.

3.2. Evaluation qualitative

Une évaluation qualitative peut également venir compléter la vision chiffrée des indicateurs. Cela peut concerner par exemple les informations suivantes :

- Estimation de la satisfaction des médecins et soignants concernés, de leur vision du déploiement et de leurs suggestions au travers d'un questionnaire
- Recensement des points de difficulté ressentis par la pharmacie
- Liste des fois où la conciliation/éducation thérapeutique/etc... n'a pas pu avoir lieu et des raisons associées

3.3. Réactualisation des besoins et objectifs

Enfin, à une fréquence déterminée, un travail de réactualisation doit être mené. Cela consiste en une évaluation des temps effectifs passés aux différentes activités de pharmacie clinique, à mettre en regard avec les estimations faites (dans les étapes de la partie 2.)

Au vu de ces données, des impacts mesurés et de l'évaluation qualitative réalisée, de nouveaux objectifs peuvent être fixés, répondant aux attentes des professionnels et aux objectifs institutionnels de qualité de la prise en charge médicamenteuse.

* Pour aller plus loin, vous pouvez consulter le « Guide méthodologique pour l'élaboration d'une stratégie de pharmacie clinique de l'OMEDIT Normandie » (Annexe 6 : OMEDIT PDL _ Guide Stratégie Pharmacie clinique)

Glossaire

ANAP
HAS
parcours de soins

Télécharger la production