

Implication du pharmacien d'officine dans le parcours de soins de la maladie rénale chronique

Community pharmacists' interventions to prevent and screen chronic kidney disease patients

Stéphanie Belaïche^{1,2}, Edwige Mercier¹, Damien Cuny³, Nicolas Kambia², Patrick Wierre⁴, Elisabeth Bertoux⁴, Daniel Mascout⁴, Raymond Azar⁵, Pierre Bataille⁶, Franck Bourdon⁷, Evelyne Mac Namara⁸, Nathalie Maisonneuve⁹, Bernard Painchart¹⁰, Laurence Vrigneau⁹, Christian Noel^{11,12}, Bertrand Décaudin^{1,2}, François Glowacki^{3,11}, avec la collaboration du réseau Néphronor*

¹ CHU Lille, Institut de pharmacie, Lille, France

² Univ Lille, EA 7365-GRITA-Groupe de recherche sur les formes injectables et les technologies associées, Lille, France

³ Univ Lille, EA 4483 - IMPECS - impact de l'environnement chimique sur la santé humaine, Lille, France

⁴ Univ Lille, Faculté de pharmacie, Lille, France

⁵ Service de néphrologie, CH de Dunkerque, France

⁶ Service de néphrologie, CH de Boulogne-sur-Mer, France

⁷ Clinique du Bois, Lille, France

⁸ Service de néphrologie, CH de Béthune, France

⁹ Service de néphrologie-dialyse, CH de Valenciennes, France

¹⁰ Service de néphrologie, CH de Cambrai, France

¹¹ CHU Lille, Service de néphrologie, Lille, France

¹² Univ. Lille, Inserm U995 - LIRIC - Lille *Inflammation research international center*, Lille, France

* Réseau Néphronor, CHU Lille, France

Résumé. Le pharmacien d'officine est reconnu comme un acteur de la prévention et de l'éducation thérapeutique. Un projet pédagogique mené dans les officines du Nord-Pas-de-Calais et coordonné par la faculté de pharmacie de Lille avec le réseau Néphronor nous a permis de collecter des données permettant d'évaluer l'intérêt d'une évaluation pharmaceutique officinale de la MRC. Nous rapportons ici le résultat de l'intervention réalisée dans 109 pharmacies d'officine. Les entretiens pharmaceutiques ont concerné 2 populations de patients. Le groupe A concerne des patients se connaissant porteurs d'une IRC (entretien pharmaceutique d'optimisation thérapeutique). Le groupe B regroupe des patients à risque de MRC pour lesquels est proposée une stratégie de dépistage. Ainsi, 354 patients ont été inclus dans le groupe A, majoritairement des femmes (51,2 %), en stade 3 d'IRC, d'âge moyen 73 ans, diabétiques (44 %). Environ 70 % des patients avaient déjà été vus par un néphrologue et 45 % d'entre eux présentaient une bonne adhésion thérapeutique selon le questionnaire de Morisky Green. Par ailleurs, 20 % des patients n'avaient pas de traitement néphroprotecteur en stades 3 et 4 de la MRC et plus de la moitié ne connaissaient pas les situations à risque d'insuffisance rénale aiguë. Le groupe B a inclus 532 patients (âge moyen 70 ans). L'intervention pharmaceutique a permis de dépister 10 % de patients avec un DFG < 60 mL/min/1,73 m². L'entretien pharmaceutique en officine a permis d'optimiser la prise en charge thérapeutique et l'information des patients IRC, ainsi que le dépistage précoce chez certains patients à risque.

* Cet article a été repris de *Néphrologie & Thérapeutique* sous la référence : Belaïche S, Mercier E, Cuny D, *et al.* Implication du pharmacien d'officine dans le parcours de soins de la maladie rénale chronique. *Nephrol Ther* 2017 ; 13(2) : 87-92. doi: 10.1016/j.nephro.2016.06.006. Epub 2016 Oct 31. Copyright © 2016, publié par Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Mots clés : entretien pharmaceutique, maladie rénale chronique, prévention

Abstract. Chronic kidney disease (CKD) is a major concern of public health. The pharmacist is known as a health practitioner involved in prevention and therapeutic education. Our study aimed at defining the impact of community pharmacists' interventions for preventing and screening CKD. In our observational prospective study of 5 months conducted in 109 community pharmacy, we included 2 groups of patients: A (therapeutic optimization): CKD patients and B (CKD screening): population at risk. In group A, we included 354 patients, mainly women (51.2%), in stage 3 of CKD, mean age 73 years old, with hypertension alone (40.6%) or associated with diabetes (44%). About 70% of the patients had a follow up by a nephrologist and 45% of them were good adherent according to the Morisky Green self-report. However, approximately 20% of patients did not have nephroprotective treatments in their regimen although they were on stage 3 or 4 CKD patients, and about half of them were not aware of medical situations at risk. Concerning group B, 532 patients were included. The pharmaceutical interventions screened 10 % of patients with a GFR < 60 mL/min/1.73m². The community pharmacists' interventions helped to optimize the therapeutic management of CKD patients and in the early screening of patients at risk. More studies are needed to extrapolate our observations to a larger population.

Key words: pharmacist intervention, chronic kidney disease, prevention

La maladie rénale chronique (MRC) est en constante progression dans la population générale et sa prise en charge thérapeutique souvent tardive [1]. Le dépistage de la MRC est limité à celui de la population à risque selon les recommandations de la haute autorité de santé (HAS) : diabète, hypertension artérielle (HTA) traitée ou non, âge > 60 ans, obésité (IMC > 30 kg/m²), facteurs de risque et maladies cardiovasculaires, maladie de système ou auto-immune, antécédents familiaux de maladie rénale ayant évolué au stade d'IRCT (insuffisance rénale chronique terminale), antécédents de néphropathie aiguë, exposition à des toxiques professionnels (plomb, cadmium, mercure), uropathies malformatives, usage de substances néphrotoxiques. Le dépistage est réalisé une fois par an et porte sur l'estimation du débit de filtration glomérulaire (DFG estimé) réalisée à partir du dosage de la créatininémie, de la mesure de l'albuminurie réalisée à partir d'un échantillon urinaire à tout moment de la journée, et dont le résultat est exprimé sous la forme d'un ratio albuminurie/créatininurie (A/C) [1, 2].

Le pharmacien d'officine occupe une place grandissante au sein du parcours de soins des patients souffrant de pathologie chronique. En France, cette implication s'inscrit dans plusieurs dispositifs conventionnels ou réglementaires. À ce titre, il est possible de citer l'accompagnement des patients sous anticoagulants oraux ainsi que des patients asthmatiques faisant l'objet d'entretiens pharmaceutiques et la possibilité pour le patient de choisir un pharmacien correspondant. Dans les maladies chroniques de l'adulte, la HAS positionne l'intervention du pharmacien à plusieurs niveaux, notamment l'accompagnement du patient lors de la dispensation des médicaments incluant l'information sur les risques associés à l'automédication et sur l'auto-mesure de la

pression artérielle et la participation à l'éducation thérapeutique [1].

Certains auteurs ont revu l'ensemble des interventions de pharmacie clinique auprès des patients en insuffisance rénale chronique [3]. On retrouve les activités en lien avec la révision et le suivi des traitements, le conseil et l'éducation thérapeutique et la participation aux programmes de santé publique. Des programmes de prise en charge des patients en insuffisance rénale chronique incluant des interventions de pharmacie clinique ont montré des résultats très positifs notamment en termes d'amélioration de la connaissance des patients [4] et de diminution des taux d'hospitalisation [5].

Pour mener à bien ces missions fondamentales, les études pharmaceutiques se basent notamment sur les stages professionnels et tout particulièrement le stage de pratique professionnelle en 6^e année. D'une durée de 6 mois, ce stage est réalisé dans une pharmacie d'officine pour les étudiants se destinant à cette carrière. Au sein de la faculté de pharmacie de Lille, ce stage est l'occasion pour les étudiants de mener un projet de santé publique. En 2014, le sujet portait sur l'insuffisance rénale chronique non terminale avec deux objectifs : orienter vers le dépistage les patients à risque, et optimiser, si besoin, la prise en charge des patients déjà diagnostiqués et traités. Cet article rapporte les principaux résultats de ce projet permettant d'identifier des priorités dans l'intervention du pharmacien d'officine.

Matériel et méthode

Il s'agit d'une étude observationnelle prospective réalisée du 1^{er} janvier au 30 juin 2014 dans 109 pharmacies du Nord-Pas de Calais accueillant un stagiaire de 6^e année.

Le groupe de travail constitué d'enseignants de la faculté de pharmacie, de pharmaciens d'officine et de néphrologues a rédigé plusieurs documents destinés à standardiser les procédures au cours de l'étude :

- guide de l'entretien pharmaceutique avec le patient ;
- support d'entretien et de recueil d'informations ;
- courrier à destination du médecin traitant du patient.

De plus, l'ensemble du projet a bénéficié d'un plan de formation à destination des pharmaciens d'officine portant sur la prise en charge de l'IRC (insuffisance rénale chronique). La définition de la pathologie ainsi que les recommandations de prise en charge étaient fondées sur les recommandations de la HAS [1].

Le travail des étudiants en pharmacie consistait à présenter le travail à l'équipe officinale, repérer les patients potentiellement concernés et diffuser le courrier à leur médecin traitant, prendre rendez-vous en accord avec le patient en lien avec leur maître de stage, préparer et conduire l'entretien puis assurer un suivi des patients.

Les données collectées par les étudiants étaient anonymisées avant remise de leur rapport aux enseignants de la faculté.

Les entretiens menés par les étudiants portaient sur deux aspects : l'optimisation de la prise en charge des patients IRC (groupe A) et le repérage des patients à risque (groupe B).

L'orientation des patients entre les 2 groupes s'est faite en fonction de la réponse du patient à la question posée par l'étudiant : « Savez-vous si vous avez une maladie des reins ? » Il était suggéré à l'étudiant que cette question pouvait être ouverte de différentes façons (par exemple « votre médecin vous a-t-il dit que vous aviez une IRC ? Est-ce que, sur vos prises de sang, votre créatinine ou votre urée sont trop élevées ? Est-ce que vos reins fonctionnent bien ? »).

Groupe A : optimisation de la prise en charge des patients IRC

Les patients se connaissant déjà comme porteur d'une IRC et suivis pour celle-ci étaient concernés par ces entretiens. Les patients greffés et dialysés n'étaient pas concernés par ce projet et donc exclus de ce travail.

Les entretiens pour ces patients consistaient à 1) évaluer l'état de connaissances du patient sur sa maladie et son traitement, puis à l'informer sur la maladie rénale, les situations à risque iatrogène et les règles hygiéno-diététiques et 2) évaluer l'adhésion thérapeutique avec l'auto-questionnaire en 6 questions de Morisky-Green [6] afin d'identifier, le cas échéant, des motifs de non-adhésion.

Abréviations

MRC : maladie rénale chronique
 IRC : insuffisance rénale chronique
 HAS : Haute autorité de santé
 HPST : (loi) Hôpital, patient, santé, territoire
 HTA : hypertension artérielle
 IEC : inhibiteur de l'enzyme de conversion

Tableau 1. Données démographiques des patients du groupe A (n = 354).

Âge moyen (années), n = 351	72,53 ± 11,78
Sexe n (%), n = 342	
Femmes	175 (51,2)
Hommes	167 (48,8)
IMC (kg/m ²), n = 308	28,75 ± 5,71
Domiciliation n (%), n = 334	
Nord	252 (75,55)
Pas-de-Calais	82 (24,45)
Tabagisme n (%), n = 351	30 (8,55)
Facteurs de risque, n = 325	
Diabète seul	43 (13,2 %)
HTA seule	132 (40,6 %)
Maladie athéromateuse	148 (45,5)
Lithium seul	3 (0,9 %)
Diabète et HTA	143 (44,0 %)
Diabète et lithium	2 (0,6 %)
HTA et lithium	1 (0,3 %)
Diabète, HTA et lithium	1 (0,3 %)
Stades d'IRC n (%), n = 214	
Stade 1 (> 90 mL/min/1,73m ²)	0 (0,0 %)
Stade 2 (entre 60 et 89 mL/min/1,73 m ²)	15 (7,0 %)
Stade 3 (entre 30 et 59 mL/min/1,73 m ²)	141 (65,9 %)
Stade 4 (entre 15 et 29 mL/min/1,73 m ²)	48 (22,4 %)
Stade 5 (< 15 mL/min/1,73 m ²)	10 (4,7 %)
Connaissance des médicaments n (%), n = 342	
Oui	266 (77,8)
Non	76 (22,2)
Nombre de médicaments	8,6 ± 3,5

IMC : indice de masse corporelle ; HTA : hypertension artérielle ; IRC : insuffisance rénale chronique.

Groupe B : repérage et orientation des patients à risque de MRC

Les patients ont été sélectionnés sur les critères suivants :

- âge > 60 ans et diabète objectivé par la présence d'un antidiabétique ;
- âge > 60 ans et prescription d'un traitement anti-hypertenseur ;
- prescription de lithium. Ces patients ne devaient pas avoir préalablement notion d'un diagnostic de MRC.

Un premier entretien permettait d'informer le patient de ses facteurs de risque de développer une MRC et de déterminer si le patient avait déjà réalisé un bilan biologique de dépistage. En cas de réponse négative, le patient était orienté vers son médecin traitant avec une incitation à prescrire un tel bilan. Lors des venues suivantes à l'officine, un suivi du patient était réalisé afin de savoir si un bilan avait été prescrit et, le cas échéant, d'en connaître et d'en colliger les résultats.

Analyse statistique

Les variables catégorielles sont décrites par les effectifs et proportions, les variables continues par leur moyenne \pm déviation standard ou leur médiane (selon la nature de leur distribution). La comparaison des caractéristiques (score d'adhésion thérapeutique de Girerd selon les différents

paramètres enregistrés lors des entretiens (critères socio-démographiques, liés aux médicaments, comorbidités. . .) a été réalisée avec des tests du Khi2 pour les variables catégorielles et avec des analyses de variance pour les variables continues. Le seuil de signification était fixé à 5 %.

Résultats

Groupe A

Les entretiens concernant l'optimisation de la prise en charge thérapeutique ont concerné 354 patients. Les données démographiques des patients sont répertoriées dans le *tableau 1*. L'âge moyen était de 72,5 \pm 11,7 ans avec une population majoritairement féminine (51,2 %), en surpoids (IMC moyen de 28,75 \pm 5,71 kg/m²), avec comme facteurs de risque une HTA isolée (40,6 % des patients) ou associée à un diabète (44 % des patients) ; 13,2 % des patients souffraient de diabète sans pour autant recevoir de traitement antihypertenseur. Un antécédent de maladie athéromateuse était observé dans 45,5 % des cas. Environ les deux tiers des patients étaient au stade 3 de la MRC et 71,8 % déclaraient être suivis par un néphrologue ou en avoir rencontré un au moins une fois.

Le nombre moyen de médicaments par jour était de 8,6 \pm 3,5 (*figure 1*). Parmi les traitements des patients, nous

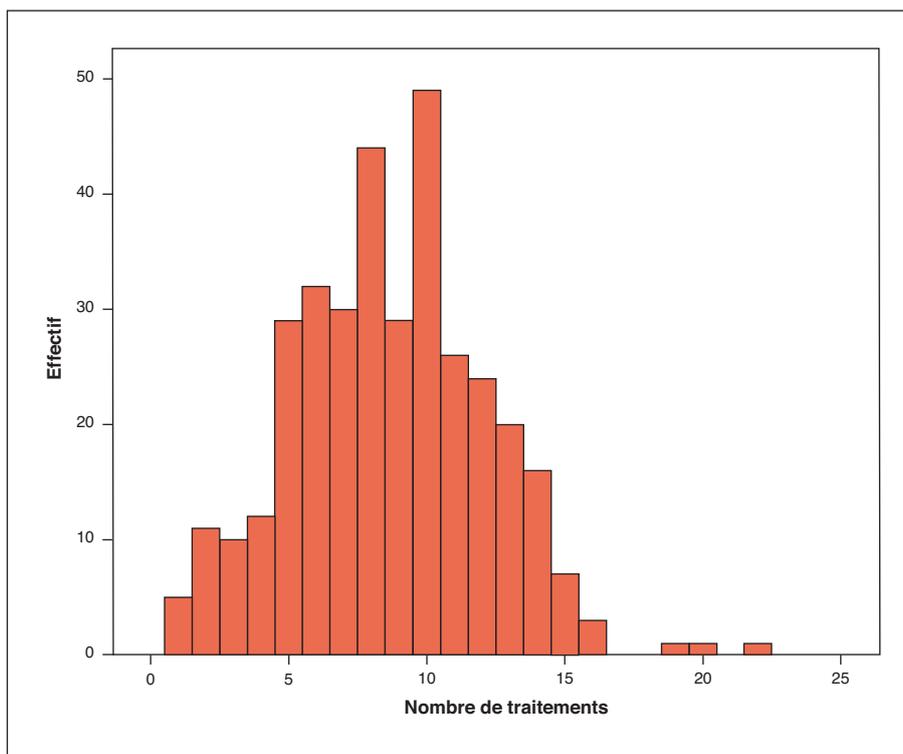


Figure 1. Distribution du nombre de médicaments par jour des patients du groupe A.

Tableau 2. Prescription de diurétiques et de bloqueurs du système rénine angiotensine-aldostérone pour les patients stade 3 et 4 de la MRC inclus dans le groupe A.

	Stade 3 n = 141	Stade 4 n = 48
<i>IEC n (%)</i>	41 (29,1)	12 (25)
Seul n (%)	15 (36,5)	3 (25)
+ diurétique n (%)	24 (58,5)	9 (75)
+ anti-aldostérone n (%)	1 (2,5)	0 (0)
+ diurétique + anti-aldostérone n (%)	1 (2,5)	0 (0)
<i>Sartans n (%)</i>	55 (39,0)	12 (25)
Seul n (%)	18 (32,8)	2 (16,6)
+ diurétique n (%)	35 (63,6)	10 (83,4)
+ diurétique + anti-aldostérone n (%)	2 (3,6)	0 (0)
<i>Double blocage (IEC + sartan) n (%)</i>	4 (2,8)	5 (10,4)
IEC + sartan n (%)	2 (50)	3 (60)
IEC + sartan + diurétique n (%)	2 (50)	2 (40)
<i>Autre traitement n (%)</i>	15 (10,6)	11 (22,9)
Aliskiren n (%)	0 (0)	0 (0)
Diurétique seul n (%)	11 (73,3)	11 (100)
Anti-aldostérone n (%)	1 (6,7)	0 (0)
Diurétique + anti-aldostérone n (%)	3 (20)	0 (0)
<i>Pas de traitement n (%)</i>	26 (18,4)	8 (16,7)

MRC : maladie rénale chronique ; IEC : inhibiteur de l'enzyme de conversion.

avons analysé la fréquence de prescriptions des bloqueurs du système rénine angiotensine (inhibiteur de l'enzyme de conversion (IEC), sartans, inhibiteur de la rénine) et des diurétiques (*tableau 2*).

Les patients en stade 3 de la MRC, bénéficiaient pour 71 % d'entre eux d'un blocage du SRA par des sartans dans la majorité des cas (39 % vs 29 % pour les IEC) ; 64 % des patients bénéficiaient de l'association sartan/diurétique et 58 % de l'association IEC/diurétique. Les patients en stade 4 de la MRC bénéficiaient pour 60 % d'entre eux d'une néphroprotection par IEC et/ou par sartan ; 83 % des patients bénéficiaient de l'association sartan/diurétique et 75 % de l'association IEC/diurétique. Ce résultat est néanmoins à interpréter avec prudence en l'absence de données sur l'histoire clinique et biologique du patient (protéinurie, antécédents d'hyperkaliémie, d'intolérance au traitement ou d'IRA...).

Tableau 3. Adhésion thérapeutique du groupe A.

Questionnaire de Moriski-Green (n = 343)	n (%)
Oubli de prise n (%)	7 (2)
Panne de médicaments n (%)	37 (10,8)
Prise en retard n (%)	97 (28,2)
Problème de mémoire n (%)	34 (10)
Problème de tolérance n (%)	24 (7)
Trop de comprimés n (%)	143 (42)
Score de Girerd (n = 343)	n (%)
Bonne adhésion n (%)	159 (46,4 %)
Problème minime n (%)	155 (45,2 %)
Mauvaise adhésion n (%)	29 (8,5 %)

IMC : indice de masse corporelle ; HTA : hypertension artérielle.

Concernant l'état de leur connaissance sur leur maladie rénale et son traitement, les données collectées montrent que 53 % des patients ne connaissaient pas les situations responsables de déshydratation, et 71 % ne savaient pas quelles précautions prendre dans une telle situation avec leur traitement néphroprotecteur.

Néanmoins, 77,8 % des patients présentaient une bonne connaissance de leur traitement et reconnaissaient l'indication de chaque médicament (*tableau 1*). Concernant la connaissance de leur pathologie, 78 % des patients pouvaient décrire partiellement la fonction rénale par la notion de « filtre ». Parmi les 354 patients, 343 (97 %) d'entre eux ont répondu à l'auto-questionnaire de Morisky-Green. Selon le score de Girerd, 46,4 % des patients avaient une bonne adhésion thérapeutique, 45,2 % des problèmes minimes d'adhésion thérapeutique et 8,5 % une mauvaise adhésion thérapeutique. Les patients pensaient avoir trop de comprimés dans 42 % des cas, et admettaient prendre parfois leur traitement avec retard dans 28,2 % des cas (*tableau 3*).

Nous avons recherché les facteurs influençant la non-adhésion thérapeutique (score de Girerd > 2) et avons observé une association significative avec un nombre élevé de médicaments (supérieur ou égal à 10/jour), la présence de maladie athéromateuse, la méconnaissance des médicaments, et un tabagisme actif (*tableau 3*).

Groupe B

Les entretiens concernant le repérage et l'orientation des patients à risque de MRC ont concerné 532 patients,

majoritairement des femmes (53 %), d'un âge moyen de 70,13 +/- 9,62 ans, avec un IMC moyen de 28 +/- 5,20 kg/m², et principalement de la région Nord (82,6 %). Environ la moitié des patients (43,7 %) étaient diabétiques et hypertendus et environ un tiers présentaient une hypertension seule (35,6 %) (*tableau 4*).

Tableau 4. Données démographiques des patients du groupe B (n = 532).

Age moyen (années), n = 528	70,13 ± 9,62
Sexe n (%), n = 525	
Femmes	278 (53)
Hommes	247 (47)
IMC (kg/m ²), n = 451	28,09 ± 5,20
Domiciliation n(%), n = 500	
Nord	413 (82,6)
Pas de Calais	87 (17,4)
Facteurs de risque n(%), n = 522	
Diabète seul	76 (14,6 %)
HTA seule	186 (35,6 %)
Lithium seul	14 (2,7 %)
Diabète et HTA	228 (43,7 %)
Diabète et lithium	2 (0,4 %)
HTA et lithium	3 (0,6 %)
Diabète, HTA et lithium	1 (0,2 %)
Autres	12 (2,3 %)

IMC : indice de masse corporelle ; HTA : hypertension artérielle.

Sur les 532 patients du groupe B, aucun n'a déclaré avoir connaissance d'un problème rénal ; et pour les 516 patients ayant répondu à la question, 95,3 % déclaraient avoir déjà eu des analyses sanguines et/ou urinaires avec ou sans lien avec la recherche d'une MRC ; 319 patients ont été revus au moins une fois ensuite au sein de l'officine. Parmi ces patients, 63,6 % (203 patients) ont évoqué le problème du risque de MRC avec leur médecin. Pour ces patients, cela a débouché dans 69 % des cas sur une prescription de bilan rénal. Parmi eux, 103 patients ont ramené leurs résultats à l'officine, ce qui a permis d'observer 65 patients avec un DFG estimé < 60 mL/min/1,73 m². Ces patients avaient un âge moyen de 77 ± 7,4 ans, avec une MRC de stade 2 dans 53 % des cas (n = 55) et stade 3 dans 10 % des cas (n = 10) (*tableau 5*).

Discussion

Ce travail a permis de mettre en évidence des points clés de l'intervention du pharmacien d'officine dans le parcours de soins des patients à risque ou souffrant d'IRC.

Adhésion du patient au traitement

Un premier point concerne l'adhésion au traitement. Plus de la moitié des patients présentaient des problèmes minimes ou une mauvaise adhésion. Cependant, le problème minime d'adhésion correspondait à des patients pensant prendre trop de médicaments, mais qui pour autant n'avaient pas interrompu leurs thérapeutiques. La MRC (maladie silencieuse), les traitements (nombreux, et avec beaucoup d'effets indésirables), et les caractéristiques psychosociales du patient lui-même (avec des croyances inappropriées, en déni, en dépression, ou seul) sont des critères de non-adhésion thérapeutique [7]. L'amélioration de l'adhésion passe par l'apprentissage

Tableau 5. Démographie des patients du groupe B dépistés avec une MRC.

DFGe (mL/min/1,73m ²)	n (%)	Age moyen (années) +/- écart type	Homme n (%)
≥ 90	38 (37)	67,7 +/- 9,9	19 (50)
Entre 60 et 89	55 (53)	72,3 +/- 9,1	27 (50)
Entre 30 et 59	10	77,6 +/- 7,4	5 (50)
Entre 45 et 59	5 (50)		2 (40)
Entre 30 et 44	5 (50)		3 (60)
Entre 15 et 29	0 (0)		
< 15	0 (0)		

MRC : maladie rénale chronique ; DFGe : débit de filtration glomérulaire estimé.

du patient à une thérapeutique complexe. Or, le temps dédié par le médecin est souvent assez court [8]. Le pharmacien s'inscrit donc comme un véritable acteur de santé dans cette stratégie [9]. Ses compétences en matière d'optimisation thérapeutique le placent comme un allié dans la stratégie thérapeutique, comme cela a été déjà été démontré dans la MRC et dans d'autres pathologies chroniques [9-12].

Prévention de la iatrogénie et éducation thérapeutique

Par ailleurs, le pharmacien peut avoir un rôle dans la prévention de l'iatrogénie médicamenteuse. En effet, ces patients présentaient un nombre moyen de médicaments de 8,6 par jour ce qui augmente ce risque [13, 14]. Le nombre de traitements prescrits peut être un critère prédictif de mortalité, et ce pour plusieurs raisons [9, 15, 16] :

- d'une part parce qu'ils sont souvent le reflet d'une aggravation de l'état du patient qui nécessite un nombre important de médicaments afin de stabiliser sa pathologie ;
- d'autre part, parce que le nombre de traitements augmente le risque de développer des effets indésirables qui dans certains cas peuvent être potentiellement létaux [9, 15].

En effet, à partir du stade d'insuffisance rénale modérée (stade 3), l'intensification du traitement néphroprotecteur peut se justifier afin d'atteindre les cibles thérapeutiques recommandées.

Au cours de phénomènes de déshydratations courants (notamment lors d'une gastro-entérite), les insuffisances rénales aiguës fonctionnelles, les dyskaliémies sont les complications fréquemment rencontrées sous traitements par IEC/sartan, diurétiques ou en cas d'association [9, 17, 18]. Durant des entretiens pharmaceutiques, nous avons observé que 52 % des patients ne connaissaient pas les conduites à tenir en cas de situations à risque (diarrhées, vomissements, déshydratation...). Ce constat est comparable aux entretiens pharmaceutiques réalisés par Belaiche *et al.*, en milieu hospitalier, qui montraient que 85 % des patients IRC interrogés ne connaissaient pas ces situations à risque [9]. Le rôle de l'éducation thérapeutique que peut mener le pharmacien prend ici toute sa place.

Dépistage de la MRC

Concernant les 532 patients à risque mais non diagnostiqués comme porteurs d'une MRC, l'intervention pharmaceutique a permis la transmission d'informations et la facilitation du dépistage de la MRC.

En effet, nous avons observé qu'environ les deux tiers des patients ayant reçu l'information à l'officine en ont

parlé à leur médecin traitant et environ la moitié a effectué un bilan rénal. Parmi eux, 10 % des patients, d'un âge moyen de 77 ans, se sont révélés porteurs d'une IRC avec un DFG estimé $< 60 \text{ mL/min/1,73 m}^2$. Cette approche est bien sûr limitée par le faible effectif de patients, et le manque de résultats analysables concernant la protéinurie. L'entretien pharmaceutique en officine faciliterait le dépistage précoce de ces patients à risque, en lien avec le médecin traitant. Nos résultats rejoignent ceux de l'étude de Pourrat *et al.*, dans laquelle le pharmacien d'officine avait permis un dépistage de 23,5 % des patients avec un DFG $< 60 \text{ mL/min/1,73 m}^2$ [19].

Au vu de ces résultats, et comme le décrivent Vigan *et al.*, les moyens de communication en vue d'un dépistage précoce de la MRC auprès des patients à risque doivent encore être améliorés [20]. Renforcer la collaboration des différents professionnels de santé paraît indispensable au succès du travail multidisciplinaire. Alors que la méconnaissance de la MRC est souvent à l'origine d'une prise en charge tardive du patient [21, 22], la demande systématique d'une étude de la fonction rénale par le pharmacien d'officine permettrait l'amélioration du dépistage des patients à risque, ce d'autant que la HAS recommande la présentation du bilan biologique au pharmacien d'officine [1, 19]. D'autre part, la méconnaissance des patients sur les thérapeutiques et les conduites à risque, montre l'importance du rôle du pharmacien d'officine dans le conseil et l'éducation thérapeutique dans ces populations prises en charge en médecine de ville.

Limites et biais de l'étude

Notre étude présente des limites méthodologiques liées à la nature même du travail. Plusieurs biais peuvent être identifiés, notamment la sélection de patients capables d'accéder à un entretien pharmaceutique et le manque d'exhaustivité dans le recueil des données cliniques et biologiques.

Conclusion

Malgré ses limites, ce travail montre que les entretiens pharmaceutiques à l'officine permettent de repérer et d'orienter les patients à risque, mais aussi d'intervenir sur des points clés de la prise en charge thérapeutique de l'IRC de la MRC.

Liens d'intérêts : les auteurs déclarent ne pas avoir de lien d'intérêts en rapport avec cet article.

Références

1. Haute autorité de santé (HAS). Guide du parcours de soins : maladie rénale chronique de l'adulte 2012. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-04/guide_parcours_de_soins_mrc_web.pdf. (accessed November 25, 2015).
2. Agence de la biomédecine. Rapport annuel 2013.pdf. n.d.
3. Stemer G, Lemmens-Gruber R. Clinical pharmacy activities in chronic kidney disease and end-stage renal disease patients : a systematic literature review. *BMC Nephrol* 2011 ; 12 : 35. doi: 10.1186/1471-2369-12-35.
4. Sathvik BS, Parthasarathi G, Narahari MG, Gurudev KC. An assessment of the quality of life in hemodialysis patients using the WHOQOL-BREF questionnaire. *Indian J Nephrol* 2008 ; 18 : 141-9. doi: 10.4103/0971-4065.45288.
5. Pai AB, Boyd A, Depczynski J, Chavez IM, Khan N, Manley H. Reduced drug use and hospitalization rates in patients undergoing hemodialysis who received pharmaceutical care : a 2-year, randomized, controlled study. *Pharmacotherapy* 2009 ; 29 : 1433-40. doi: 10.1592/phco.29.12.1433.
6. Girerd X, Hanon O, Anagnostopoulos K, Ciupek C, Mourad JJ, Consoli S. Assessment of antihypertensive compliance using a self-administered questionnaire : development and use in a hypertension clinic. *Presse Med Paris Fr* 2001 ; 30 : 1044-8.
7. Baudrant-Boga M, Lehmann A, Allenet B. Thinking differently the patient medication compliance : from an injunctive posture to a working alliance between the patient and the healthcare provider : concepts and determinants. *Ann Pharm Fr* 2012 ; 70 : 15-25. doi: 10.1016/j.pharma.2011.10.003.
8. Latter S, Rycroft-Malone J, Yerrell P, Shaw D. Evaluating educational preparation for a health education role in practice : the case of medication education. *J Adv Nurs* 2000 ; 32 : 1282-90.
9. Belaiche S, Romanet T, Allenet B, Calop J, Zaoui P. Identification of drug-related problems in ambulatory chronic kidney disease patients : a 6-month prospective study. *J Nephrol* 2012 ; 25 : 782-8. doi: 10.5301/jn.5000063.
10. Murray MD, Ritchey ME, Wu J, Tu W. Effect of a pharmacist on adverse drug events and medication errors in outpatients with cardiovascular disease. *Arch Intern Med* 2009 ; 169 : 757-63. doi: 10.1001/archinternmed.2009.59.
11. Machado M, Nassor N, Bajcar JM, Guzzo GC, Einarson TR. Sensitivity of patient outcomes to pharmacist interventions. Part III : systematic review and meta-analysis in hyperlipidemia management. *Ann Pharmacother* 2008 ; 42 : 1195-207. doi: 10.1345/aph.1K618.
12. Satger B, Blaise S, Fontaine M, Yver J, Allenet B, Baudrant M, *et al.* Therapy education for patients receiving oral anti-coagulants vitamin K antagonists. *Presse Med Paris Fr* 2009 ; 38 : 1780-7. doi: 10.1016/j.lpm.2009.07.019.
13. Dreischulte T, Morales DR, Bell S, Guthrie B. Combined use of nonsteroidal anti-inflammatory drugs with diuretics and/or renin-angiotensin system inhibitors in the community increases the risk of acute kidney injury. *Kidney Int* 2015 ; 88 : 396-403. doi: 10.1038/ki.2015.101.
14. Manley HJ, Cannella CA, Bailie GR, St Peter WL. Medication-related problems in ambulatory hemodialysis patients : a pooled analysis. *Am J Kidney Dis Off J Natl Kidney Found* 2005 ; 46 : 669-80. doi: 10.1053/j.ajkd.2005.07.001.
15. Machado M, Bajcar J, Guzzo GC, Einarson TR. Sensitivity of patient outcomes to pharmacist interventions. Part II: Systematic review and meta-analysis in hypertension management. *Ann Pharmacother* 2007 ; 41 : 1770-81. doi: 10.1345/aph.1K311.
16. Macedo AF, Alves C, Craveiro N, Marques FB. Multiple drug exposure as a risk factor for the seriousness of adverse drug reactions: Multiple drug exposure. *J Nurs Manag* 2011 ; 19 : 395-9. doi: 10.1111/j.1365-2834.2011.01216.x.
17. Karie S, Launay-Vacher V, Deray G, Isnard-Bagnis C. Drugs renal toxicity. *Néphrologie Thérapeutique* 2010 ; 6 : 58-74. doi: 10.1016/j.nephro.2009.02.006.
18. Investigators ONTARGET, Yusuf S, Teo KK, Pogue J, Dyal L, Copland I, *et al.* Telmisartan, ramipril, or both in patients at high risk for vascular events. *N Engl J Med* 2008 ; 358 : 1547-59. doi: 10.1056/NEJMoa0801317.
19. Pourrat X, Sipert A-S, Gatault P, Sautenet B, Hay N, Guinard F, *et al.* Community pharmacist intervention in patients with renal impairment. *Int J Clin Pharm* 2015 ; 37 : 1172-9. doi: 10.1007/s11096-015-0182-4.
20. Vigan J, Adja É, Zannou J, Agboton BL, Kérékou CA, Amoussou-Guenou D, *et al.* Means of communication for an early detection of diabetic nephropathy among the diabetics followed in the academic hospital of Cotonou. *Néphrologie Thérapeutique* 2014 ; 10 : 165-9. doi: 10.1016/j.nephro.2013.12.005.
21. Jones RK, Hampton D, O'Sullivan DJ, Phillips AO. Diabetes and renal disease : who does what ? *Clin Med* 2013 ; 13 : 460-4. doi: 10.7861/clinmedicine.13-5-460.
22. Duranton F, Brunet P, Laville M, Landais P, Daurès J-P, Mourad G, *et al.* Prévention de la maladie rénale chronique en France : intérêt, faisabilité et difficultés. *Néphrologie Thérapeutique* 2014 ; 10 : 492-9. doi: 10.1016/j.nephro.2014.06.007.