



HAL
open science

Étude exploratoire sur les représentations des pharmaciens d'officine de l'Isère concernant le décret du pharmacien correspondant

Mylène Casali

► **To cite this version:**

Mylène Casali. Étude exploratoire sur les représentations des pharmaciens d'officine de l'Isère concernant le décret du pharmacien correspondant. Sciences pharmaceutiques. 2012. dumas-00740651

HAL Id: dumas-00740651

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00740651v1>

Submitted on 10 Oct 2012

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il n'a pas été réévalué depuis la date de soutenance.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact au SICD1 de Grenoble : thesebum@ujf-grenoble.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

UNIVERSITE JOSEPH FOURIER
FACULTE DE PHARMACIE DE GRENOBLE

Année 2012

n°

**ETUDE EXPLORATOIRE SUR LES REPRESENTATIONS DES PHARMACIENS
D'OFFICINE DE L'ISERE CONCERNANT LE DECRET DU PHARMACIEN
CORRESPONDANT**

THESE

PRESENTEE POUR L'OBTENTION DU TITRE DE DOCTEUR EN PHARMACIE

DIPLOME D'ETAT

Par Mlle Mylène CASALI

Née le 01 août 1988

A Grenoble (38)

THESE SOUTENUE PUBLIQUEMENT A LA FACULTE DE PHARMACIE DE GRENOBLE

Le 1^{er} octobre 2012

DEVANT UN JURY COMPOSE DE

Président du jury : Monsieur le Docteur Benoît ALLENET

Directeurs de thèse : Madame le Docteur Béatrice BELLET

Madame le Docteur Audrey LEHMANN

Membre du Jury : Monsieur le Docteur Jean-Didier BARDET

La Faculté de Pharmacie de Grenoble n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions sont considérées comme propres à leurs auteurs

Année 2011-2012

MAITRE DE CONFERENCES DE PHARMACIE (n = 35)

ALDEBERT	Delphine	Parasitologie-Mycologie (L.A.P.M)
ALLENET	Benoît	Pharmacie Clinique (ThEMAS TIMC-IMAG / MCU-PH)
BATANDIER	Cécile	Nutrition et Physiologie (L.B.F.A)
BOURGOIN	Sandrine	Biochimie – Biotechnologie (IAB)
BRETON	Jean	Biologie Moléculaire / Biochimie (L.C.I.B – LAN)
BRIANCON-MARJOLLET	Anne	Physiologie Pharmacologie (HP2)
BUDAYOVA SPANO	Monika	Biophysique (I.B.S)
CAVAILLES	Pierre	Biologie Cellulaire et génétique (L.A.P.M)
CHOISNARD	Luc	Pharmacotechnie (D.P.M)
DELETRAZ-DELPORTE	Martine	Droit Pharmaceutique
DEMEILLIERS	Christine	Biochimie (L.B.F.A)
DURMORT-MEUNIER	Claire	Biotechnologies (I.B.S)
GEZE	Annabelle	Pharmacotechnie (D.P.M)
GERMI	Raphaëlle	Microbiologie (U.V.H.C.I / MCU-PH)
GILLY	Catherine	Chimie Thérapeutique (D.P.M)
GROSSET	Catherine	Chimie Analytique (D.P.M)
GUIEU	Valérie	Chimie Analytique (D.P.M)
HININGER-FAVIER	Isabelle	Biochimie (L.B.F.A)
JOYEUX-FAURE	Marie	Physiologie - Pharmacologie (HP2)
KHALEF	Nawel	Pharmacie Galénique (TIMC-IMAG)
KRIVOBOK	Serge	Biologie Végétale et Botanique (L.C.B.M)
MOUHAMADOU	Bello	Cryptogamie, Mycologie Générale (L.E.C.A)
MORAND	Jean-Marc	Chimie Thérapeutique (D.P.M)
MELO DE LIMA	Christelle	Biostatistiques (L.E.C.A)
NICOLLE	Edwige	Chimie Thérapeutique (D.P.M)
PERES	Basile	Pharmacognosie (D.P.M)
PEUCHMAUR	Marine	Chimie Organique (D.P.M.)
PINEL	Claudine	Parasitologie - Mycologie Médicale (GIN / MCU-PH)
RACHIDI	Walid	Biochimie (L.C.I.B)
RAVEL	Anne	Chimie Analytique (D.P.M)
RAVELET	Corinne	Chimie Analytique (D.P.M)
SOUARD	Florence	Pharmacognosie (D.P.M)
TARBOURIECH	Nicolas	Biophysique (U.V.H.C.I.)
VANHAVERBEKE	Cécile	Chimie Organique (D.P.M.)
VILLET	Annick	Chimie Analytique (VP Form Adjoint UJF, D.P.M.)

Dernière mise à jour : 08/09/201124/02/2012

Rédacteur : L.FAURE; Secrétaire du Doyen

DOMAINE DE LA MERCI – 38706 LA TRONCHE CEDEX – France - TEL : +33 (0)4 75 63 71 00 – FAX : +33 (0)4 75 63 71 70

UFR de Pharmacie de Grenoble

DOMAINE DE LA MERCI
38706 LA TRONCHE CEDEX – France
TEL : +33 (0)4 75 63 71 00
FAX : +33 (0)4 75 63 71 70



ASSISTANTS HOSPITALO-UNIVERSITAIRES (AHU) (n=2)

BUSSER	Benoît	Biochimie (IAB, AHU-Biochimie)
VAN NOOLEN	Laëtitia	Biochimie (HP2, AHU-Biochimie)

ENSEIGNANTS ANGLAIS (n=3)

FITE	Andrée	Professeur Certifié
GOUBIER	Laurence	professeur Certifié

ATER (n= 6)

BIROS Camille	ATER	Anglais Master ISM (JR)
DEFENDI Frédérica	ATER	Immunologie Médicale (GREPI-TIMC)
EL BAKKALI Abdellatif	ATER	Pharmacie Galénique (Therex/TIMC, La serve)
HENRI Marion	ATER	Physiologie (HP2.LER)
NGO TOM Esther	½ ATER	Pharmacologie (HP2.LER)
REGENT Myriam	½ ATER	Biochimie Biotechnologie (IAB)

MONITEUR ET DOCTORANTS CONTRACTUELS (n=10)

BOUCHET	Audrey	(01-10-2009 au 30-09-2012)	Biotechnologie (GIN, ESRF)
CAVAREC	Fanny	(01-10-2011 au 30-09-2014)	Laboratoire HP2 (JR)
FAVIER	Mathieu	(01-10-2009 au 30-09-2012)	Laboratoire HP2 (JR)
GRAS	Emmanuelle	(01-10-2010 au 30-09-2013)	Laboratoire HP2 (JR)
LESART	Anne-Cécile	(01-10-2009 au 30-09-2013)	Informatique C2i
MELAINE	Feriel	(01-10-2011 au 30-09-2014)	Laboratoire HP2(JR)
NASRALLAH	Chady	(01-10-2011 au 30-09-2014)	Laboratoire HP2(JR)
POULAIN	Laureline	(01-10-2009 au 30-09-2012)	Laboratoire HP2 (JR)
THOMAS	Amandine	(01-10-2011 au 30-09-2014)	Laboratoire HP2 (JR)

ATER : Attachés Temporaires d'Enseignement et de Recherches
CHU : Centre Hospitalier Universitaire
CIB : Centre d'Innovation en Biologie
DPM : Département de Pharmacochimie Moléculaire
HP2 : Hypoxie Physiopathologie Respiratoire et Cardiovasculaire
IAB : Institut Albert Bonniot, Centre de Recherche « Oncogenèse et Ontogenèse »
IBS : Institut de Biologie Structurale
JR : Jean Roget
LAPM : Laboratoire Adaptation et Pathogenèse des Microorganismes
LBFA : Laboratoire Bioénergétique Fondamentale et Appliquée
LCBM : Laboratoire Chimie et Biologie des Métaux
LCIB : Laboratoire de Chimie Inorganique et Biologie
LECA : Laboratoire d'Ecologie Alpine
LR : Laboratoire des Radio pharmaceutiques
PAST : Professeur Associé à Temps Partiel
PRAG : Professeur Agrégé
TIMC-IMAG : Laboratoire Technique de l'Imagerie, de la Modélisation et de Cognition
UVHCI : Unit of Virus Host Cell Interactions

Dernière mise à jour : 08/09/201124/02/2012

Rédacteur : L.FAURE; Secrétaire du Doyen

DOMAINE DE LA MERCI – 38706 LA TRONCHE CEDEX – France - TEL : +33 (0)4 75 63 71 00 – FAX : +33 (0)4 75 63 71 70

UFR de Pharmacie de Grenoble

DOMAINE DE LA MERCI
38706 LA TRONCHE CEDEX – France
TEL : +33 (0)4 75 63 71 00
FAX : +33 (0)4 75 63 71 70



Directeur de l'UFR : **M. Pr. Christophe RIBUOT**
Vice-doyen et Directeur des Etudes : **Mme Delphine ALDEBERT**

Année 2011-2012

PROFESSEURS A L'UFR DE PHARMACIE (n = 18)

BAKRI	Aziz	Pharmacie Gélénique et Industrielle, Formulation et Procédés Pharmaceutiques (TIMC-IMAG)
BOUMENDJEL	Ahcène	Chimie Organique (D.P.M.)
BURMEISTER	Wim	Biorphysique (U.V.H.C.I)
CALOP	Jean	Pharmacie Clinique (TIMC-IMAG, PU-PH)
CORNET	Murielle	Parasitologie – Mycologie Médicale (LAPM, PU-PH)
DANEL	Vincent	Toxicologie (SMUR SAMU / PU-PH)
DECOUT	Jean-Luc	Chimie Inorganique (D.P.M.)
DROUET	Christian	Immunologie Médicale (TIMC-IMAG)
DROUET	Emmanuel	Microbiologie (U.V.H.C.I)
FAURE	Patrice	Biochimie (HP2/PU-PH)
GODIN-RIBUOT	Diane	Physiologie-Pharmacologie (HP2)
GRILLOT	Renée	Parasitologie – Mycologie Médicale (LAPM, PU-PH) (Eméritat)
LENORMAND	Jean Luc	Ingénierie Cellulaire, Biothérapies (THEREX, TIMC, IMAG)
MOSSUZ	Pascal	Hématologie (PU-PH)
PEYRIN	Eric	Chimie Analytique (D.P.M.)
SEVE	Michel	Biochimie – Biotechnologie (IAB, PU-PH)
RIBUOT	Christophe	Physiologie – Pharmacologie (HP2)
WOUESSIDJEWE	Denis	Pharmacotechnie (D.P.M.)

PROFESSEURS ASSOCIES (PAST) (n=3)

BELLET	Béatrice	Pharmacie Clinique
RIEU	Isabelle	Qualitologie (Praticien Attaché – CHU)
TROUILLER	Patrice	Santé Publique (Praticien Hospitalier – CHU)

ATER : Attachés Temporaires d'Enseignement et de Recherches
CHU : Centre Hospitalier Universitaire
CIB : Centre d'Innovation en Biologie
DPM : Département de Pharmacochimie Moléculaire
HP2 : Hypoxie Physiopathologie Respiratoire et Cardiovasculaire
IAB : Institut Albert Bonniot, Centre de Recherche « Oncogenèse et Ontogenèse »
IBS : Institut de Biologie Structurale
JR : Jean Roget
LAPM : Laboratoire Adaptation et Pathogénèse des Microorganismes
LBFA : Laboratoire Bioénergétique Fondamentale et Appliquée

Dernière mise à jour : 05/09/11

Rédacteur : L.FAURE, Secrétaire du Directeur

DOMAINE DE LA MERCI – 38706 LA TRONCHE CEDEX – France - TEL : +33 (0)4 75 63 71 00 – FAX : +33 (0)4 75 63 71 70

UFR de Pharmacie de Grenoble

DOMAINE DE LA MERCI
38706 LA TRONCHE CEDEX – France
TEL : +33 (0)4 75 63 71 00
FAX : +33 (0)4 75 63 71 70



LCBM : Laboratoire Chimie et Biologie des Métaux
LCIB : Laboratoire de Chimie Inorganique et Biologie
LECA : Laboratoire d'Ecologie Alpine
LR : Laboratoire des Radio pharmaceutiques
PAST : Professeur Associé à Temps Partiel
PRAG : Professeur Agrégé
TIMC-IMAG : Laboratoire Technique de l'Imagerie, de la Modélisation et de Cognition
UVHCI : Unit of Virus Host Cell Interactions

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Docteur Benoît Allenet

Je vous remercie de m'avoir aidée dans mon projet et d'avoir accepté de présider ce travail.

A Mesdames les Docteurs Audrey Lehmann et Béatrice Bellet

Je vous remercie pour votre aide, votre écoute, vos relectures minutieuses et votre implication dans ce travail. Merci de m'avoir consacré de votre temps précieux.

A Monsieur le Docteur Jean-Didier Bardet

Je vous remercie pour votre aide précieuse lors de mon enquête, votre implication dans mon travail et d'avoir accepté de faire partie de ce jury.

Aux pharmaciens officinaux qui ont répondu à mon enquête

Je vous remercie de m'avoir accordé de votre temps et pour l'intérêt que vous avez porté à mon travail.

A Maxime, merci pour ta compréhension, ton aide et ta patience. Merci de me rendre si heureuse. Ce travail est aussi le tien.

A mes parents, à Georges, merci pour votre affection, votre soutien, votre aide précieuse tout au long de ces années. Vous m'avez donné la force de concrétiser mes aspirations.

A mon frère, merci d'être toujours là pour moi. Merci pour ton implication, pour tous ces bons moments passés ensemble, et tous ceux à venir.

A toute ma famille, merci pour votre soutien et votre amour.

A ma Jiji, merci pour ces moments inoubliables passés ensemble. J'espère que beaucoup d'autres sont à venir, malgré la distance qui nous sépare.

A mes amis, merci pour ces années étudiantes mémorables.

A Mr et Mme Champon, à Stéphanie merci pour votre gentillesse et votre patience. Merci pour m'avoir tant appris sur mon métier que j'adore.

Enfin, je remercie toutes les personnes présentes ce soir 1^{er} octobre 2012.

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	18
SYNTHESE BIBLIOGRAPHIQUE	19
1. Le patient dans le système de santé.....	20
1.1. L'iatrogénie.....	21
1.2. L'iatrogénie médicamenteuse	21
1.3. Effets indésirables	22
1.4. Evénements indésirables médicamenteux = Evènements iatrogènes médicamenteux	23
1.5. Evénements indésirables graves (EIG)	24
1.6. Erreurs médicamenteuses.....	24
1.7. Le comportement du patient face à la thérapeutique : observance, alliance ou adhésion ?.....	26
2. Les différents niveaux d'interaction du pharmacien au sein du système de santé	28
2.1. La relation entre le patient et le pharmacien	28
2.1.1. La perception du pharmacien par les patients	28
2.1.2. La communication pharmacien-patient en pharmacie d'officine	29
2.2. La coopération entre médecins et pharmaciens	30
2.2.1. Les relations entre médecins et pharmaciens	31
2.2.2. La communication entre médecins et pharmaciens.....	32
2.2.3. Les protocoles de coopération	34
2.2.4. Les modalités de mise en place des protocoles de coopération.....	34
2.2.5. Le suivi et l'interruption des protocoles de coopération	35
2.2.6. Conditions de succès des protocoles de coopération.....	36
2.2.7. Exemples de coopérations existantes	38
3. Le pharmacien acteur du réseau de santé	39

3.1.	Les rôles du pharmacien d'officine.....	39
3.2.	La validation de l'ordonnance	39
3.3.	L'opinion pharmaceutique	40
3.4.	Les rôles attribués par la loi HPST	41
3.5.	Les limites du rôle de pharmacien d'officine	43
3.6.	L'étendue des missions des pharmaciens d'officine à l'étranger	44
3.6.1.	En Allemagne	44
3.6.2.	En Belgique	45
3.6.3.	Aux Pays Bas.....	46
3.6.4.	En Angleterre.....	47
3.7.	Les différents modes de rémunération des pharmaciens d'officine en Europe	49
4.	Le décret du pharmacien correspondant.....	50
4.1.	Le décret.....	50
4.2.	Le contexte.....	51
4.3.	Les patients concernés	53
4.4.	Les enjeux	54
5.	Prérequis à la mise en place du pharmacien correspondant	56
5.1.	Les formations	56
5.1.1.	La formation universitaire	56
5.1.2.	Développement Professionnel Continu (DPC).....	57
5.1.3.	Formations communes aux médecins et aux pharmaciens.....	60
5.2.	La rémunération.....	61
5.3.	L'opinion des médecins	65
5.4.	L'opinion des pharmaciens	68
	MATERIEL ET METHODES	69
1.	Problématique et objectif de la recherche	70

1.1.	Objectif général de l'enquête	70
1.2.	Question de recherche et hypothèses	70
2.	Une étude qualitative et quantitative	70
2.1.	Technique de recueil	70
2.2.	Préparation de l'instrument d'observation.....	71
2.2.1.	Choix des thèmes abordés	71
2.2.2.	Contraintes pour le questionnaire	72
2.2.3.	Format de questions.....	73
3.	Plan d'observation.....	74
3.1.	Population	74
3.2.	Lieu de l'étude	74
3.3.	Mode d'administration.....	75
3.4.	Prise de contact avec l'interviewé.....	75
3.5.	Echantillon	76
3.5.1.	Choix de l'échantillon	76
3.5.2.	Taille de l'échantillon.....	76
3.6.	Enregistrement et transcription des données.....	77
4.	Procédure d'analyse des données	77
4.1.	Première partie : analyse thématique	77
4.1.1.	Définition de l'analyse thématique.....	77
4.1.2.	Les différentes étapes de l'analyse thématique	78
4.2.	Deuxième partie : analyse quantitative	79
4.2.1.	Différents types de variables	80
4.2.1.1.	Variables qualitatives.....	80
4.2.1.2.	Variables quantitatives ou numériques	81
4.2.2.	Codification des variables	82

4.2.3.	Le dictionnaire des codes	83
4.2.4.	Tableaux de données	83
4.2.5.	Construction des tableaux croisés.....	84
5.	Conduite des entretiens	85
5.1.	Compte rendu des rencontres.....	85
5.2.	Le pré-test	85
	RESULTATS.....	87
	Analyse qualitative	92
1.	Description des activités du pharmacien d'officine	92
1.1.	L'observance.....	92
1.2.	Le conseil	93
1.3.	Le dépistage	93
1.4.	Le suivi.....	94
1.5.	La prise de tension	94
2.	Les besoins exprimés pour la mise en place du pharmacien correspondant	94
2.1.	La rémunération	94
2.2.	Un espace dédié	95
2.3.	Le temps, la disponibilité des pharmaciens	96
2.4.	La décision du titulaire.....	97
3.	Les attentes liées à ces activités	97
3.1.	La fidélisation de la patientèle	97
3.2.	La valorisation de la profession	98
4.	Les réponses émotionnelles.....	98
4.1.	Positives	98
4.1.1.	La curiosité, l'intérêt.....	98
4.1.2.	Le réveil de la passion du métier	98

4.1.3.	L'enthousiasme.....	99
4.1.3.1.	Des pharmaciens	99
4.1.3.2.	Des patients.....	100
4.1.3.3.	Des médecins	101
4.2.	Les réticences.....	101
4.2.1.	Des pharmaciens.....	101
4.2.1.1.	L'adaptation posologique.....	101
4.2.1.2.	Les dérives possibles.....	102
4.2.2.	Des médecins.....	102
4.2.3.	Des patients.....	103
5.	La collaboration avec le médecin.....	104
5.1.	La gestion du risque médicamenteux.....	104
5.2.	L'aspect réglementaire.....	105
5.3.	L'échange d'expertise.....	106
5.4.	La confiance.....	107
5.4.1.	Les freins	107
5.4.2.	Les facilitateurs.....	107
5.4.3.	Nécessaire à la collaboration	108
5.5.	Relation de dépendance	109
5.5.1.	Aval du médecin.....	109
5.5.2.	Validation des décisions par le médecin.....	109
	Analyse quantitative	110
1.	Tableaux de données	110
2.	Profil des répondeurs.....	110
3.	Analyse des tris à plat.....	113
4.	Observation du tableau : analyse comparative	120

DISCUSSION.....	121
1. Les limites de l'étude	122
1.1. L'échantillonnage	122
1.2. Le biais de sélection.....	122
1.3. L'identité de l'enquêteur.....	123
1.4. Perception de l'entretien par les participants	123
1.5. Intérêt des participants pour le sujet de recherche	124
1.6. Difficultés rencontrées lors de la conduite des entretiens.....	125
1.7. L'analyse des entretiens.....	126
2. Discussion des résultats.....	126
2.1. Activités pharmaceutiques	126
2.2. Les besoins exprimés pour la mise en place du pharmacien correspondant.....	129
2.3. Les attentes liées à ces activités	131
2.4. Les réponses émotionnelles	131
2.5. Vision du pharmacien par le patient	132
2.6. Vision du pharmacien par le médecin.....	134
2.7. Les réticences.....	135
2.7.1. Les réticences concernant l'adaptation posologique	135
2.7.2. La formation : non adaptée aux nouvelles missions.....	139
2.7.3. Les dérives possibles	140
2.8. La collaboration avec les médecins	141
CONCLUSION	146
BIBLIOGRAPHIE.....	149
ANNEXES.....	155

INDEX DES FIGURES

<u>Figure 1</u> : Relation entre les évènements indésirables médicamenteux, erreurs médicamenteuses et effets indésirables.....	27
<u>Figure 2</u> : Poste des personnes interrogées.....	110
<u>Figure 3</u> : Nombre d'années d'exercice des répondants.....	111
<u>Figure 4</u> : Nombre de pharmaciens exerçant dans l'officine de la personne interrogée....	111
<u>Figure 5</u> : Milieu dans lequel se trouve l'officine.....	112
<u>Figure 6</u> : Répartition des répondants en fonction du sexe.....	112
<u>Figure 7</u> : Connaissance du décret du pharmacien correspondant des personnes interrogées	113
<u>Figure 8</u> : Fréquence de prise de contact des personnes interrogées avec les médecins....	114
<u>Figure 9</u> : Fréquence à laquelle le médecin est contacté par les pharmaciens interrogés pour des interactions médicamenteuses, une mauvaise observance ou encore des effets indésirables	115
<u>Figure 10</u> : Difficultés ressenties pour adapter les posologies des AVK, des injections d'insuline, des traitements de l'insuffisance cardiaque, des traitements de l'asthme et des traitements antalgiques par les personnes interrogées.....	116
<u>Figure 11</u> : Besoin de formation ressenti par les pharmaciens interrogés pour remplir le rôle de pharmacien correspondant.....	117

<u>Figure 12</u> : Type de FPC suivie par les personnes interrogées.....	117
<u>Figure 13</u> : Satisfaction de l'offre de FPC des pharmaciens interrogés.....	118
<u>Figure 14</u> : Nombre de patients intéressés par le suivi par le pharmacien correspondant, selon les pharmaciens interrogés.....	119
<u>Figure 15</u> : Nombre de contact entre le pharmacien et le médecin en fonction du nombre de pharmaciens travaillant dans l'officine de la personne interrogée.....	128
<u>Figure 16</u> : Difficultés ressenties par les pharmaciens interrogés pour adapter les posologies des traitements de l'insuffisance cardiaque en fonction du nombre d'années d'exercice.....	136
<u>Figure 17</u> : Difficultés ressenties par les pharmaciens interrogés pour adapter les posologies des AVK en fonction du nombre d'années d'exercice.....	136
<u>Figure 18</u> : Difficultés ressenties par les pharmaciens interrogés pour adapter les posologies des insulines en fonction du milieu dans lequel se trouve l'officine.....	137
<u>Figure 19</u> : Difficultés ressenties par les pharmaciens interrogés pour adapter les posologies de l'asthme en fonction du milieu dans lequel se trouve l'officine.....	138
<u>Figure 20</u> : Besoin de formation exprimé par les pharmaciens interrogés en fonction de leur nombre d'années d'exercice.....	139

INDEX DES TABLEAUX

<u>Tableau 1</u> : Echantillon de l'étude.....	88
<u>Tableau 2</u> : Compte rendu des entretiens semi-directifs.....	89
<u>Tableau 3</u> : Pharmacies retirées de l'enquête.....	90

TABLE DES ANNEXES

<u>Annexe A</u> : Méthodologie de validation de l'ordonnance.....	155
<u>Annexe B</u> : Décret n° 2011-375 du 5 avril 2011 relatif aux missions des pharmaciens d'officine correspondants.....	158
<u>Annexe C</u> : Questionnaire.....	160
<u>Annexe D</u> : Dictionnaire des codes.....	162
<u>Annexe E</u> : Verbatims de l'analyse thématique.....	165
<u>Annexe F</u> : Tableaux de données.....	185
<u>Annexe G</u> : Tableaux croisés.....	187

LISTE DES ABREVIATIONS

- AMM : autorisation de mise sur le marché
- ARS : Agence Régionale de Santé
- CEP : Contrat d'Etudes Prospectives
- CNOP : Conseil National de l'Ordre des Pharmaciens
- CSP : Code de la Santé Publique
- DPC : Développement Professionnel Continu
- DU : Diplôme Universitaire
- EGOS : Etats généraux de l'organisation de la santé
- EIG : événement indésirable grave
- ENEIS : Enquête nationale sur les évènements indésirables liés aux processus de soins
- EPP : Evaluation des pratiques professionnelles
- FCC : Formation continue conventionnelle
- FPC : Formation pharmaceutique continue
- FTO: *Farmaco-Therapeutisch Overleg*
- HAS : Haute Autorité de Santé
- HPST : loi Hôpital, Patients, Santé, Territoire
- IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales
- LMD : Licence Master Doctorat
- NHS : National Health Service
- OGDPC : Organisme Gestionnaire du DPC
- OMS : Organisation Mondiale de la Santé
- ONDPS : Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé
- OTC: *Over The Counter*
- PLFSS : projet de loi de financement de la Sécurité sociale
- USPO : Union des Syndicats de Pharmaciens d'Officine
- UTIP : Union Technique Intersyndicale Pharmaceutique

INTRODUCTION

Le nombre de patients atteints de maladies chroniques en France est estimé à 15 millions, l'amélioration de leur prise en charge est au cœur des préoccupations des professions de santé comme des organismes d'assurance maladie. [1]

L'intérêt d'une prise en charge multidisciplinaire pour le suivi des pathologies chroniques n'est à ce jour plus discutable. [2]

Les pharmaciens d'officine se voient attribuer de nouveaux rôles, avec la loi Hôpital, Patients, Santé, Territoires (HPST). Ils ont pour objectif de favoriser la collaboration avec les différents professionnels de santé et, in fine d'améliorer le suivi des patients atteints de maladies chroniques. C'est dans ce cadre que s'inscrit le décret du pharmacien correspondant qui constitue une évolution importante pour la profession. [3]

L'objectif de ce travail était d'analyser les représentations des pharmaciens d'officine isérois concernant le rôle de pharmacien correspondant.

Notre travail s'organise en quatre parties. A la suite d'une revue bibliographique qui présentera la place du patient dans le système de santé et les différents niveaux d'interaction du pharmacien avec les médecins et les patients, la description des différents rôles du pharmacien nous mènera aux nouvelles missions liées au décret du pharmacien correspondant.

Nous exposerons ensuite la méthodologie mise en œuvre pour réaliser notre enquête. Les résultats de ce travail seront présentés puis discutés afin de mettre en exergue les perspectives proposées selon les pharmaciens interrogés, pour la mise en place de cette nouvelle mission.

SYNTHESE BIBLIOGRAPHIQUE

1. Le patient dans le système de santé

Le nombre de patients atteints de maladie chroniques est d'environ 15 millions en France. L'augmentation de cette population est attribuable à l'allongement de l'espérance de vie, à la démographie, au changement des modes de vie, à l'amélioration de la prise en charge des maladies et à une meilleure compréhension des facteurs à l'origine de la maladie. [4]

Le diagnostic d'une maladie chronique est un bouleversement qui s'inscrit dans le temps pour le patient et sa famille. L'accompagnement médical et la pathologie provoquent des modifications dans les habitudes de vies de ces derniers. Selon le Haut Conseil de Santé Publique, « les maladies chroniques conduisent en effet à des incapacités, de la fatigue, de l'asthénie ; elles imposent des contraintes thérapeutiques, et des modifications de comportements, comme l'obligation de prendre son traitement à horaires fixes pour les personnes atteintes de diabète, ou de procéder à des adaptations du régime alimentaire. Elles imposent également parfois les effets indésirables des traitements ». Les patients doivent être dans une démarche, à la fois psychologique et sociale pour parvenir à vivre mieux avec leur maladie. L'autonomie des patients pourra être atteinte grâce à une gestion personnalisée du traitement et des gestes de la vie quotidienne. [5, 6, 7, 8]

Les soignants, notamment les intervenants de premier recours doivent accompagner les patients sur le long terme dans cette démarche. Le patient est en contact avec de multiples acteurs de santé pour la prise en charge de sa maladie chronique, le développement de liens étroits entre ces derniers est primordial pour que leurs interventions auprès du patient soient coordonnées. [5, 6]

Parmi les enjeux de l'amélioration de l'accompagnement du patient atteint de maladie chronique, la prise en charge médicamenteuse est un processus combinant des étapes pluridisciplinaires et interdépendantes visant un objectif commun : l'utilisation sécurisée,

appropriée et efficiente du médicament. La coordination des soins et la mise en place d'un accompagnement personnalisé du patient sont des pistes de sécurisation du patient, qui visent la diminution de l'iatrogénie et l'amélioration de l'observance.[9]

1.1. L'iatrogénie

Le terme « iatrogénie » provient du grec iatros qui signifie médecin et génos qui signifie origine, cause. Il signifie donc « qui est provoqué par le médecin », au sens littéraire. [10, 11]

L'iatrogénie représente « l'ensemble des conséquences indésirables ou négatives sur l'état de santé d'un individu ou d'un groupe d'individu de tout acte pratiqué ou prescrit par un professionnel de santé qui vise au départ à préserver, améliorer ou rétablir la santé. » Elle concerne aussi bien les événements survenus en ville (officines, cabinets médicaux) que ceux rencontrés en établissement de soins publics ou privés (affections dites nosocomiales). [11]

L'iatrogénie peut concerner aussi bien un geste thérapeutique que la prise de médicaments, y compris en automédication et ne préjuge en aucune façon d'une erreur, d'une faute ou d'une négligence. [10]

1.2. L'iatrogénie médicamenteuse

L'iatrogénie médicamenteuse est représentée par tous les incidents imputés à une thérapeutique médicamenteuse ou par l'intervention d'un professionnel de santé dans le

cadre de l'utilisation d'un médicament. Elle peut être liée à une erreur médicamenteuse : un problème de prescription, de dispensation, d'administration ou d'observance, mais ne découle pas forcément du mauvais usage des thérapeutiques. [10]

Les conséquences de l'iatrogénie médicamenteuse sont sanitaires, assurantielles, juridiques et économiques. La réduction de ce risque iatrogénique est l'un des objectifs associés à la loi de santé publique votée en août 2004 qui a inscrit l'iatrogénie médicamenteuse comme priorité de santé publique et de la loi HPST votée en 2009. [3, 11, 12]

1.3. Effets indésirables

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) [13] et la Communauté Européenne, la définition d'un effet indésirable est la suivante « toute réaction nocive et non voulue à un médicament, se produisant aux posologies normalement utilisées chez l'homme pour la prophylaxie, le diagnostic ou le traitement d'une maladie ou pour la restauration, la correction ou la modification d'une fonction physiologique ».

Par la suite a été introduite l'expression : « ou résultant d'un mésusage du médicament ou produit » depuis la publication de deux décrets relatifs à la pharmacovigilance en 1995 puis en 2004. [14, 15]

Cette définition comprend donc les effets indésirables survenus lors d'une utilisation du médicament conforme à l'autorisation de mise sur le marché (AMM) du médicament, mais aussi ceux survenus suite à un mésusage de ce dernier. La gravité et la prévisibilité des effets indésirables sont deux paramètres qui s'articulent autour de cette notion. [14, 15]

La proportion des hospitalisations dues à des effets indésirables de médicaments est estimée à 4,1% par l'Enquête Nationale sur les Evènements Indésirables liés aux processus de Soins (ENEIS). Une étude menée en 2007 par les centres régionaux de pharmacovigilance sur un échantillon représentatif des services de spécialités médicales a estimé cette population à 3,6%. [16]

1.4. Evénements indésirables médicamenteux = Evènements iatrogènes médicamenteux

L'événement indésirable médicamenteux est un dommage survenant chez le patient, lié à sa prise en charge médicamenteuse et résultant de soins appropriés, de soins inadaptés ou d'un déficit de soins. Il peut se traduire, notamment : par l'aggravation de la pathologie existante, l'absence d'amélioration attendue de l'état de santé, la survenue d'une pathologie nouvelle ou prévenue, l'altération d'une fonction de l'organisme, une réaction nocive due à la prise d'un médicament. [11, 17]

Lorsqu'un événement indésirable médicamenteux s'avère secondaire à une erreur médicamenteuse, il est considéré comme évitable. [17]

L'analyse d'études réalisées en France et à l'étranger laisse supposer que 2% à 16% des séjours hospitaliers sont marqués par un évènement indésirable, dont la moitié est liée au médicament. [11, 18, 19]

Aux Etats-Unis, plusieurs études se sont intéressées au taux d'hospitalisation liées aux évènements indésirables médicamenteux, il a été estimé entre 1,8% et 7%. [11, 19, 20]

1.5. Événements indésirables graves (EIG)

Un EIG lié aux soins est défini comme un « événement ayant une nature négative pour le patient, un caractère certain de gravité (cause ou prolongation du séjour hospitalier, incapacité, risque vital), et qui ont un lien avec les soins de prévention, de diagnostic, de thérapeutique ou de réhabilitation». [21, 22]

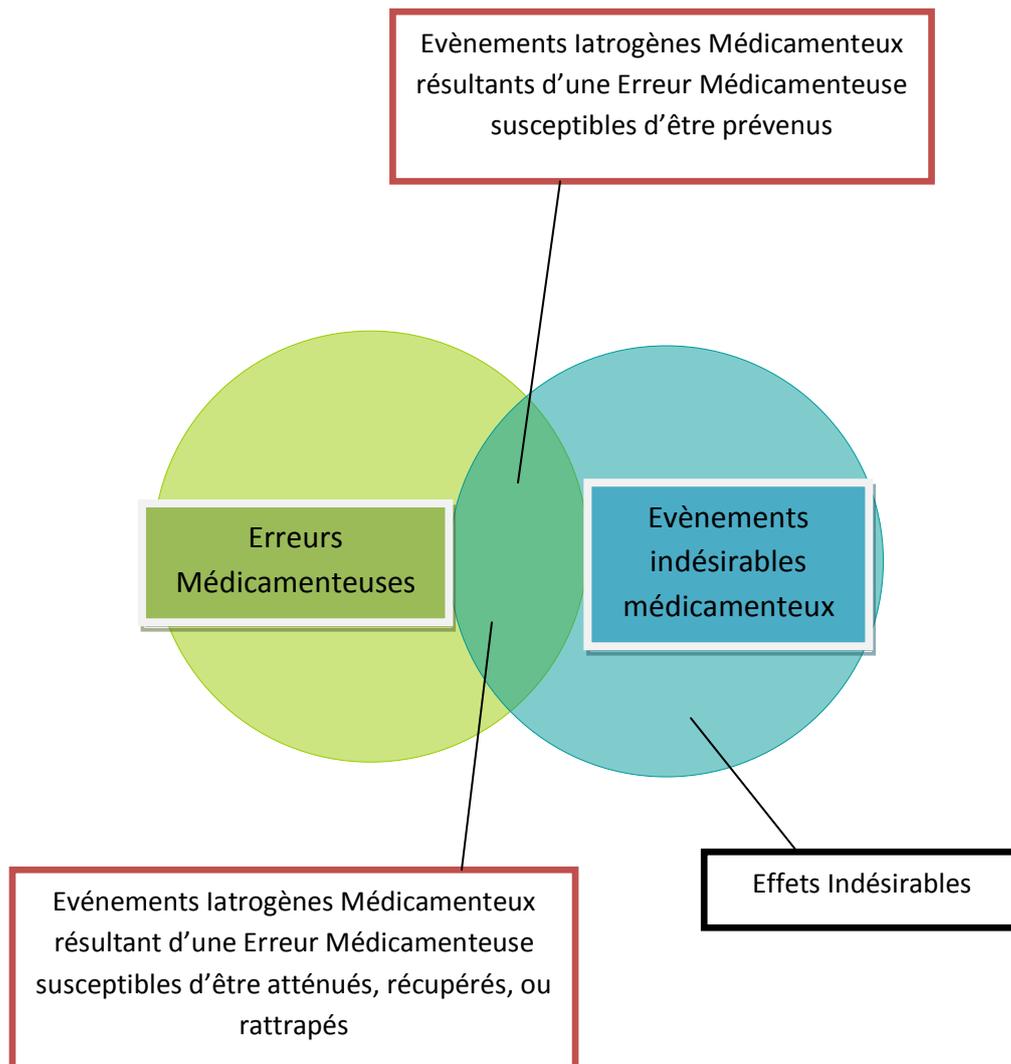
Les deux rapports successifs de l'ENEIS ont mis en avant un nombre important d'EIG liés aux médicaments. En effet, parmi les 195 EIG responsables d'hospitalisations, 38,7% étaient liés à des médicaments. Parmi les EIG motivant une hospitalisation, ceux liés à l'administration de produits de santé, en particulier les médicaments, ont plus souvent été jugés évitables que les autres. Il a été estimé que près de la moitié auraient pu être évités. [12, 23]

1.6. Erreurs médicamenteuses

L'erreur médicamenteuse se définit comme « un écart par rapport à ce qui aurait dû être fait au cours de la prise en charge thérapeutique médicamenteuse du patient et ce qui a été fait». Elle correspond à l'omission ou à la réalisation non intentionnelle d'un acte relatif à un médicament, qui peut être à l'origine d'un risque ou d'un événement indésirable pour le patient. L'erreur médicamenteuse est donc évitable car elle est le résultat de ce qui aurait dû être fait et qui ne l'a pas été, au cours de la prise en charge thérapeutique médicamenteuse d'un patient. Elle peut concerner une ou plusieurs étapes du circuit du médicament, telles que la prescription, la dispensation, l'analyse des ordonnances ou encore la délivrance. [11, 17, 18, 24]

Selon une étude réalisée dans les établissements de soin français, le type d'erreur médicamenteuse le plus répandu est l'erreur de dosage (dans 37% des cas). [24]

Figure 1 : Relation entre les évènements indésirables médicamenteux, erreurs médicamenteuses et effets indésirables [25]



Le comportement du patient face à son traitement peut être source d'iatrogénie lorsque les recommandations du médecin et du pharmacien ne sont pas suivies, que le traitement n'est

pas pris de façon optimale ou que d'autres traitements qui interagissent avec ce dernier sont pris en automédication.

1.7. Le comportement du patient face à la thérapeutique : observance, alliance ou adhésion ?

Dans la littérature, plusieurs approches et concepts du comportement du patient face à sa thérapeutique sont décrits. Selon l'OMS, l'observance correspond à la : « Concordance entre le comportement d'une personne – prise de médicaments, suivi d'un régime et/ou modifications du comportement – et les recommandations d'un soignant. » [26]

Une autre approche est de parler d'adhérence, ou d'adhésion thérapeutique qui peut se définir comme « ce que le patient fait de manière acceptée » et « ce que le médecin dit en essayant de convaincre ». Elle traduit mieux la motivation du patient vis-à-vis de l'acceptation de sa thérapeutique et son maintien au fil du temps et met en avant le fait qu'il s'agit d'un comportement dynamique, variable dans le temps et dans la forme ; en fonction du type de prise en charge, mais aussi de facteurs psychosociaux ou contextuels propres au patient. [27, 28]

Enfin, la concordance ou alliance thérapeutique est définie comme l'établissement d'un accord entre le patient et le professionnel sur le choix de la stratégie thérapeutique et la façon de la mettre en place, dans le respect des croyances, des peurs, des contraintes et des souhaits du patient en impliquant activement ce dernier dans les décisions. L'objectif dans ce cas est d'intégrer dans la vie du patient la maladie et les traitements de façon optimale afin qu'il puisse s'adapter et vivre au mieux avec sa maladie au quotidien. [27]

Adhérer et maintenir son engagement dans la prise en charge de ses médicaments au quotidien représente un défi pour le patient chronique. [28]

En effet, on estime que ce comportement d'adhésion a un taux moyen de 50 % et qu'il est variable selon le type de pathologie et le traitement prescrit. [29, 30]

La non observance n'est pas dénuée de conséquences tant au niveau médical où on observe des pertes de bénéfices immédiats et/ou à long terme, qu'au niveau économique ou ce comportement entraîne des coûts supplémentaires, directs (hospitalisations induites), indirects (arrêt de travail lié à la détérioration de l'état de santé) ou intangibles. [28, 31]

L'OMS estime ainsi qu' « optimiser l'observance médicamenteuse aurait plus d'impact en termes de santé mondiale que le développement de nouveaux médicaments ». [26]

La maladie, le traitement médicamenteux, les facteurs démographiques et socio-économiques, le patient et/ou son entourage ainsi que le système de soins sont autant de dimensions citées dans la littérature qui influencent et déterminent l'observance médicamenteuse du patient. [28]

La connaissance du patient, l'établissement d'une relation de confiance et la compréhension de la problématique d'adhésion du patient à son traitement médicamenteux sont donc indispensables pour lui proposer une prise en charge personnalisée afin de favoriser son observance. [28]

2. Les différents niveaux d'interaction du pharmacien au sein du système de santé

2.1. La relation entre le patient et le pharmacien

2.1.1. La perception du pharmacien par les patients

En 2008, la société Ipsos réalise un sondage sur le thème « les français et leur pharmacien » ; ce dernier a montré que le pharmacien jouit d'une excellente image auprès des patients. 87% des français estiment que le pharmacien n'est pas seulement commerçant, mais d'abord un professionnel de santé. 92% des interrogés déclarent être sensibles à la possibilité de disposer d'un conseil par leur pharmacien et 45% déclarent entrer dans l'officine sans vouloir forcément acheter de médicaments, mais dans l'attente spécifique de conseils. Parmi ces derniers, 45% posent des questions au sujet d'un problème de santé et 33% sont en demande de conseils sur des traitements médicamenteux. Les populations qui ont recours à ces conseils de la part des pharmaciens sont principalement les femmes, 51% d'entre elles déclarent y avoir recours contre 37% des hommes. Selon les résultats de l'enquête, ce rôle est principalement attendu parmi les personnes à bas revenus et/ou disposant d'un faible niveau d'instruction. Ces chiffres nous montrent l'image des pharmaciens auprès du grand public, ils sont vus comme des professionnels de santé. [32]

La fonction de conseil lors de la délivrance d'une ordonnance est aussi mise en avant par les français, ainsi 41% se disent très sensibles et 51% plutôt sensibles au fait que leur pharmacien leur fournisse ces conseils. Les conseils délivrés par les pharmaciens concernant la posologie et le plan de prise des traitements sont perçus comme très utiles ou plutôt utiles par 92% des interrogés. Cette enquête met en avant l'intérêt des conseils du pharmacien pour limiter les risques liés au médicament. S'agissant d'éviter les interactions

médicamenteuses, 58% jugent très utile et 34% utile l'intervention du pharmacien. Lorsqu'on évoque le fait d'alerter les patients sur d'éventuels effets secondaires, 53% jugent les conseils de bon usage du pharmacien très utiles et 37% utiles et seuls 3% pensent que ce n'est pas du tout utile. [32]

Pour 76% des français, l'achat de médicaments ailleurs que dans les pharmacies pourrait présenter ou faire prendre plus de risques pour la santé. [32]

Il est à noter que cette étude oppose le rôle de conseil du pharmacien au risque médicamenteux. [32]

La proximité géographique est aussi mise en avant par la population : le fait d'avoir une pharmacie près de chez soi est jugé comme très important pour 61% des personnes interrogées, plutôt important pour 36% et peu important pour 3% seulement. Ce sentiment est partagé indépendamment du milieu social et dans les milieux ruraux comme urbains. [32]

Une autre étude, menée en 2009 par l'Ordre des Pharmaciens, montre aussi que les français considèrent le pharmacien comme un professionnel de santé qui a un rôle de santé publique et une fonction importante de conseil. Cependant 40% des français pensent que les pharmacies sont un commerce comme un autre. [33]

2.1.2. La communication pharmacien-patient en pharmacie d'officine

Le pharmacien d'officine est l'un des professionnels de santé les plus facilement accessibles. Il est donc facile pour les patients de le consulter pour diverses raisons, que ce soit un conseil, une information concernant un médicament ou une pathologie. C'est aussi

ce soignant qui rencontre le patient le plus régulièrement, il a donc un rôle de première ligne pour déceler une amélioration ou une dégradation dans l'état de santé des patients, mais aussi dans la détection de l'inobservance. Cette position lui permet de pouvoir assurer au patient un suivi plus rapproché de son traitement pharmacologique. La diversification des tâches du pharmacien d'officine et les responsabilités qui en découlent font appel à la capacité du pharmacien à communiquer avec le patient en vue d'établir une relation de confiance qui permettra l'initiation d'une alliance thérapeutique entre le patient et son pharmacien. In fine, cela aura pour objectif de soulager les symptômes du patient, d'aboutir à un traitement optimisé et à une réduction des contraintes et des effets indésirables liés au traitement. [34]

Une communication efficace doit être mise en place par le pharmacien pour transmettre son message et décoder celui de ses interlocuteurs. [34]

Outres ses connaissances et ses compétences professionnelles, le pharmacien doit faire preuve d'une grande capacité d'adaptation. Ses interventions devront être basées sur une écoute active, une ouverture à l'autre, une grande disponibilité, une attitude empathique, un bon sens de l'observation et la maîtrise du langage non verbal. [34]

2.2. La coopération entre médecins et pharmaciens

Depuis 2002, la coopération entre professionnels de santé est au cœur des attentes, tant de la part des pouvoirs publics que des professionnels de santé eux-mêmes. L'insuffisance actuelle de collaboration est citée comme la cause de nombreuses difficultés de notre système de soins et on attend de sa réalisation une résolution de celles-ci. [16]

2.2.1. Les relations entre médecins et pharmaciens

Les attentes et les perceptions des rôles respectifs du médecin et du pharmacien peuvent différer. Selon une étude réalisée en 2000, la perception des rôles du pharmacien par le médecin varient en fonction de l'âge de ce dernier, la perception étant plus favorable chez les jeunes médecins que chez les plus âgés. [34]

Les évolutions des rôles du pharmacien ont une répercussion sur la qualité et la quantité des échanges avec le médecin. L'augmentation de la fréquence de la collaboration interprofessionnelle permet l'amélioration de connaissance réciproque des rôles professionnels de chacun. [34]

Une enquête menée en 2004 auprès de 103 médecins de la région des Vosges permet de faire un état des lieux sur la relation entre le médecin et le pharmacien. 20% des médecins interrogés déclarent communiquer fréquemment avec le pharmacien. Toutefois 6% d'entre eux admettent n'avoir jamais eu d'échange verbal avec le pharmacien. Les moyens de communication utilisés sont principalement le téléphone, avec 83% des échanges, les réunions, rencontres ou courriers représentent quant à eux 25% de ces derniers. Les motifs de ces échanges sont dans 94% des cas des problèmes liés à l'ordonnance et pour 38% des problèmes liés aux modalités de remboursement. [35]

Cette étude met en avant une demande d'expertise pharmaceutique de la part de certains médecins. En effet, d'après cette enquête, 36% des médecins ont contacté le pharmacien pour lui demander d'effectuer un suivi du patient et de sa prise en charge. 11% des médecins interrogés lors de cette enquête ont fait part de leur désir d'effectuer des formations communes avec les pharmaciens et 28% souhaiteraient une augmentation de la fréquence des rencontres interprofessionnelles. [35]

Au début 2012, l'Union des Syndicats de Pharmaciens d'Officine (USPO) et le syndicat des médecins généralistes (MG-France) affirmaient leur souhait commun de mettre en place un système de santé de proximité « basé sur la complémentarité et la coordination des professionnels de santé ». Cette coopération devra être accrue, notamment à la sortie du patient de l'hôpital, et au niveau du suivi des patients qu'ils soient atteints de maladie chronique ou non. [36]

2.2.2. La communication entre médecins et pharmaciens

La communication entre médecins et pharmaciens doit être de qualité. Elle peut avoir comme objet la discussion d'informations relatives à l'ordonnance, la précision d'informations médicales ou pharmaceutiques, mais aussi le partage de points de vue sur le traitement ou le suivi d'un patient en particulier. Cette communication peut se faire par plusieurs biais, écrits comme oraux. La communication verbale permet une interaction plus efficace, une meilleure compréhension à l'aide d'une rétroaction mutuelle. Alors que la communication écrite a l'avantage de permettre une traçabilité. L'ordonnance est le premier moyen de communication entre ces deux professionnels de santé, elle informe, bien que partiellement le pharmacien sur l'état de santé du patient ainsi que sur le traitement médicamenteux qui lui est proposé. [34]

Le lieu de pratique du médecin et du pharmacien influe sur les relations humaines et professionnelles qu'ont le médecin et le pharmacien en modifiant le nombre d'entretiens et de rencontres entre ces professionnels et leur type. [34]

L'insuffisance ou l'inefficacité de la communication entre médecins et pharmaciens peut avoir plusieurs causes : [34]

- Le pharmacien n'a pas confiance dans sa capacité de persuader le médecin à accepter ces recommandations ;
- Le pharmacien peut se sentir frustré de ne pas être apprécié et reconnu par le médecin en tant que professionnel de santé ;
- Les médecins sont peu enclins à écouter les interventions des pharmaciens car ils les jugent peu efficaces ou jugent que le pharmacien outrepassé ces fonctions ;
- Les médecins et les pharmaciens ne se connaissent pas personnellement dans la majorité des cas, il est donc difficile d'instaurer une relation de confiance plus propice à l'échange.
- Le manque de temps : ces deux professionnels de santé sont le plus souvent débordés et souvent pressés. Il faut donc trouver des parades à ce problème, comme par exemple des demandes de rappel à un moment plus propice pour les deux parties.
- L'absence de respect mutuel entre les deux professions.

La connaissance personnelle, la facilité de prise de contact et la proximité des lieux de pratique sont des facteurs favorisant la communication médecin-pharmacien.

Diverses données, concernant en particulier l'observance du traitement, indiquent que l'amélioration de la communication entre le patient, le médecin et le pharmacien est de nature à augmenter l'adaptation et l'observance du traitement. [34]

2.2.3. Les protocoles de coopération

La loi du 9 août 2004, relative à la politique de santé publique, a donné une base légale à la mise en place d'expérimentations de coopération entre professionnels de santé, ainsi qu'aux possibilités de transfert de tâches entre les professions médicales et les autres professions de santé. [37]

Ces expérimentations ont été évaluées par l'Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé (ONDPS) et par la Haute Autorité de Santé (HAS). Les évaluations ont démontré que les résultats obtenus au bénéfice des patients étaient réels. Des recommandations ont été rédigées par l'ONDPS et la HAS, elles décrivent les conditions pouvant favoriser la généralisation de ces formes de coopération. [2]

Les conclusions des EGOS (Etats généraux de l'organisation de la santé) en 2008 arrivaient au même constat « la modification de la mission des différents professionnels de santé, le partage des rôles et l'articulation des interventions dans le cadre de nouvelles formes de coopération sont des enjeux majeurs pour l'avenir de notre système de santé ». [2]

Par la suite, la loi HPST a étendu le principe des coopérations entre professionnels de santé, en les sortant du cadre expérimental et en supprimant la notion de durée. [3]

2.2.4. Les modalités de mise en place des protocoles de coopération

L'article 51 de la loi HPST permet aux professionnels de santé, aux ARS, à la HAS ainsi qu'aux patients concernés de mettre en place des protocoles de coopération. [2, 3]

Les professionnels de santé sont à l'initiative de la création des protocoles de coopération et volontaires pour les mettre en œuvre. L'ARS statue sur la recevabilité de ces protocoles, en vérifie le besoin de santé au niveau régional, autorise par arrêté la mise en œuvre de ces derniers, gère leur suivi et enregistre les adhésions. L'HAS a la responsabilité de délivrer un avis sur la conformité des protocoles soumis par l'ARS. Le patient, lui, est informé de cette nouvelle organisation des pratiques pour sa prise en charge dans le cadre de ce protocole par les professionnels de santé concernés.

La HAS, avant de rendre son avis positif, veillera à ce que les protocoles de coopération garantissent : [2]

- Un niveau d'efficacité clinique au moins équivalent à la prise en charge habituelle ;
- Un accès à des soins de qualité
- Une maîtrise des risques inhérents à la nouvelle prise en charge des patients.

Un guide méthodologique élaboré par la HAS et la Direction générale de l'offre des soins est à la disposition des professionnels de santé pour aider ces derniers à rédiger des protocoles de coopération éligibles au titre de l'article 51 de la loi HPST. [38]

2.2.5. Le suivi et l'interruption des protocoles de coopération

L'Arrêté du 21 juillet 2010 décrit la mise en œuvre d'un protocole de coopération entre professionnels de santé et les procédures pour y mettre fin. [39]

Dans un premier temps cet article confirme la responsabilité des professionnels de santé qui ont signé ce protocole dans le suivi de la mise en œuvre effective de ce dernier, en

application de l'article L. 4011-3 du code de la santé publique. Ce suivi est effectué par le biais de certains indicateurs définis au préalable, ils seront transmis à la HAS selon une périodicité prédéfinie. L'ARS s'assure du respect de cette périodicité. De même, toute anomalie ou difficulté rencontrée devra être signalée à l'ARS. [2]

L'article 2 précise que l'ARS a la possibilité de mettre fin à un protocole autorisé ou à l'adhésion à un protocole autorisé, dans certains cas, par exemple si le besoin de santé constaté lors de l'autorisation du protocole n'est plus avéré ou en cas de non-respect du protocole. Dans ce cas, les professionnels de santé concernés sont informés de cette interruption, ils en informent les patients et sont invités à présenter leurs observations dans un délai fixé, d'un mois maximum. [2]

Un bilan du suivi de ces protocoles au niveau régional est transmis annuellement par le directeur général de l'ARS à la HAS et au ministre chargé de la santé. Il permet aussi de les informer des décisions d'arrêts de protocoles. La HAS rédige un bilan de son activité relative aux protocoles de coopération, qu'elle transmet au ministre chargé de la santé, aux conseils nationaux des ordres des professions de santé ainsi qu'au Haut Conseil des professions paramédicales. [2]

Le premier protocole, né de l'initiative de professionnels de santé, a été évalué favorablement par la HAS en juillet 2011. [2, 40]

2.2.6. Conditions de succès des protocoles de coopération

Une étude de la HAS, publiée en 2011 a évalué la qualité des expérimentations de coopération entre les professionnels de santé. [41]

Les différents éléments constitutifs de ces coopérations étudiés sont: [41]

- Structure organisationnelle et règles de fonctionnement ;
- Interactions et relations entre les acteurs ;
- Identités et cultures professionnelles.

Ces analyses ont permis d'identifier l'incidence des pratiques de délégation ou de collaboration sur les structures, les interactions entre acteurs et les cultures professionnelles ainsi que les problématiques soulevées dans une perspective de généralisation ou d'extension. Les perspectives de généralisation ou d'extension relèvent de trois champs principaux [41] :

- Le champ de la normalisation des processus de délégation ou des pratiques collaboratives ;
- Le champ de leur reconnaissance et de leur légitimation ;
- Le champ de leur intégration et leur assimilation au sein des organisations de travail.

Cette étude amène plusieurs conclusions, elle appuie le fait que la généralisation de la mise en œuvre des pratiques de collaboration repose sur la reconnaissance et la légitimation de celles-ci par les acteurs concernés, leurs communautés professionnelles ainsi que par les acteurs administratifs et institutionnels. Elle introduit un changement en termes d'incidence sur les systèmes de relations et les cultures professionnelles préexistants. [41]

De plus, le système de délégation d'actes est amené à faire évoluer un certain nombre de frontières institutionnelles et culturelles identifiées dans le système de soins français.

L'élaboration de ces projets de coopération interprofessionnelle constitue une opportunité à

saisir pour relier la problématique de la prise en charge des patients avec celle d'une évolution de la répartition des tâches entre professionnels de santé. [41]

2.2.7. Exemples de coopérations existantes

Le rapport HAS portant sur l'analyse des témoignages des professionnels de santé concernant leur collaboration, constate que 6% seulement des coopérations citées dans l'enquête ont pour lieu des pharmacies. [42]

Les coopérations comportant des pharmaciens auraient les objectifs suivants [42]:

- Suivi des patients atteints d'une maladie chronique : 86%
- Participation à des procédures de dépistage : 64%
- Réalisation de procédures de prévention : 64%
- Prise de décisions de prescription : 57%
- Prise de décisions relatives à la suite de la prise en charge : 50%

Cette enquête met aussi en avant des coopérations informelles dont font partie les pharmaciens et qui ont pour objectifs l'organisation de dépistages et de prévention des risques. Un pharmacien cité comme exemple explique qu'il effectue régulièrement des dépistages des risques cardio-vasculaires, de l'hypertension artérielle, du diabète et de l'obésité dans son officine. Ses conclusions sont ensuite remises au patient et destinées à son médecin traitant. [42]

Le pharmacien est également amené à collaborer avec l'ensemble des acteurs de santé qui accompagnent le patient au quotidien.

3. Le pharmacien acteur du réseau de santé

3.1. Les rôles du pharmacien d'officine

Le code de la santé publique (CSP) décrit une liste de rôles réservés aux pharmaciens. Ces rôles sont essentiellement la préparation des médicaments destinés à l'usage de la médecine humaine, ainsi que des objets de pansements, des produits d'entretien ou d'application des lentilles de contact et des générateurs, trousseaux ou précurseurs. La dispensation en gros, au détail ainsi que toute dispensation au public des produits et objets précités est également du ressort du pharmacien. La dispensation des plantes médicinales inscrites à la pharmacopée, la dispensation au détail et la dispensation des huiles essentielles, des aliments lactés diététiques pour nourrissons et de dispositifs médicaux destinés à être utilisés par le public font aussi partie des rôles du pharmacien. [43]

3.2. La validation de l'ordonnance

Le médicament est délivré sous la responsabilité des pharmaciens, titulaires et adjoints, assistés par les préparateurs en pharmacie qui exercent sous le contrôle « effectif » du pharmacien. Il doit, selon le CSP, refuser une délivrance « lorsque l'intérêt du patient lui paraît l'exiger ». Selon une jurisprudence constante, le pharmacien demeure responsable de la délivrance, même dans le cas où le médecin maintient sa prescription.

Le contrôle des ordonnances s'exerce à plusieurs niveaux. Le CSP définit le contenu réglementaire d'une ordonnance que le pharmacien doit vérifier (identité et qualité du prescripteur, identité et caractéristiques du patient...). Mais au-delà de ce contrôle administratif visant notamment à prévenir les falsifications, le pharmacien doit en outre et

surtout procéder à une analyse pharmaceutique de l'ordonnance visant à vérifier la cohérence du traitement (posologies, recherche d'interactions...). Le contrôle du pharmacien s'exerce indéniablement sur la cohérence interne de l'ordonnance. [16]

La méthodologie de validation d'ordonnance doit permettre de répondre aux besoins de qualité de services et de sécurité dans la dispensation des médicaments, elle permet une meilleure prise en compte de la dimension humaine. [44] (Annexe A)

Le pharmacien a un rôle majeur de conseil auprès des patients lors de la délivrance d'une ordonnance. Il peut dans ce cas répéter ou compléter des informations déjà données par le médecin. Chaque fois que la pathologie s'y prête, il est indispensable de prodiguer des conseils hygiéno-diététiques préventifs et curatifs. Il pourra aussi, éventuellement, relever les anomalies et les confusions dans la prescription potentiellement préjudiciables au patient. Ces informations doivent être claires, complètes, délivrées par un professionnel dans des conditions qui la rendent intelligible par un enfant de douze ans et qui respectent la dignité et la confidentialité du patient. [16]

La validation de l'ordonnance doit conduire à sécuriser le patient. Cela nécessite une écoute attentive et l'utilisation d'outils informatiques. [44]

3.3. L'opinion pharmaceutique

Le concept d'opinion pharmaceutique a été créé en 1995 pour permettre aux pharmaciens de tracer leurs interventions pharmaceutiques. Selon l'Ordre des Pharmaciens, l'opinion pharmaceutique est « Un avis motivé, dressé sous l'autorité d'un pharmacien, portant sur la pertinence pharmaceutique d'une ordonnance, d'un test ou d'une demande du patient,

consigné dans l'officine, et impérativement communiqué sur un document normalisé au prescripteur lorsqu'il invite à la révision, ou lorsqu'il justifie le refus ou la modification d'office de sa prescription. » Elle permet au pharmacien de protéger son patient contre des erreurs thérapeutiques, mais aussi de se justifier au regard de la loi. [45]

Selon le rapport de l'IGAS (Inspection Générale des Affaires Sociales), l'Opinion Pharmaceutique « n'a pas rencontré le succès escompté. Ainsi, l'étude des ARS montre que seules 11,3 % des officines avaient rédigé des fiches d'Opinion Pharmaceutique au cours du second semestre 2010. Cet insuccès est peut-être à mettre au compte de l'absence de rémunération associée et du peu d'intérêt des médecins pour cette formule. » [16]

Une enquête a été menée auprès des pharmaciens de Meurthe-et-Moselle, dans le but d'explorer le devenir de l'opinion pharmaceutique. Les résultats montrent que l'opinion pharmaceutique est perçue comme un acte trop contraignant, procédurier et gourmand en temps. [46]

3.4. Les rôles attribués par la loi HPST

Depuis 2009, en plus de la dispensation et de la préparation des médicaments, le CSP [3] officialise dans le cadre de la loi HPST les missions d'ores et déjà réalisées par le pharmacien d'officine et ouvre de nouvelles opportunités d'évolution de ses pratiques.

Ces missions, sont les suivantes :

- La contribution aux soins de premiers secours ;
- La participation à la coopération entre professionnels de santé ;
- La contribution au service public de permanence des soins ;
- L'appui aux actions de veille et de protection sanitaire organisées par les autorités de santé ;
- La participation à l'éducation thérapeutique ;
- La fonction de pharmacien référent pour un établissement ;
- La fonction de pharmaciens correspondants au sein de l'équipe de soins, désignés par le patient ;
- La possibilité de proposer des conseils et prestations destinés à favoriser l'amélioration ou le maintien de l'état de santé des personnes.

Un décret fixe les conditions d'application pour les deux derniers rôles cités.

Parmi ces missions, certaines sont effectuées depuis longtemps par les pharmaciens officinaux, comme la fonction de conseil, mais d'autres, comme la fonction de pharmacien correspondant, constituent un changement important dans la profession. Ces nouvelles missions confiées au pharmacien confortent son rôle dans la protection de la patientèle. Ces nouvelles responsabilités, sont pour la plupart partagées avec le médecin prescripteur, c'est la conjonction de ces deux expertises qui devra permettre un meilleur contrôle du risque encouru par le patient. [47]

3.5. Les limites du rôle de pharmacien d'officine

Le pharmacien a plusieurs attributions en dehors de la délivrance des médicaments, certaines d'entre elles sont susceptibles d'interférer avec celles du médecin. Le CSP définit très clairement ce qui est du domaine de l'exercice de la médecine ou de la pharmacie.

En ce qui concerne les analyses biologiques, le CSP est très clair, le pharmacien doit «éviter de commenter médicalement auprès des malades ou de leurs préposés les conclusions des analyses qui leur sont demandées». Bien que le pharmacien ait pu acquérir des connaissances dans ce domaine, il devra simplement traduire qualitativement un résultat chiffré par rapport aux valeurs normales, à la demande du patient. De même, selon le CSP: «Exerce illégalement la médecine toute personne qui [...] pratique l'un des actes professionnels prévus par la nomenclature en vigueur». Selon cette dernière, la mesure de la tension artérielle est un acte médical et constitue donc une infraction au CSP. Ainsi, un pharmacien ne peut pas réaliser lui-même cet acte, mais le patient peut le faire lui-même après avoir reçu des informations sur son fonctionnement. On notera que ce même article de loi s'intéresse au diagnostic : «Exerce illégalement la médecine toute personne qui prend part, même en présence d'un médecin, à l'établissement d'un diagnostic». [48, 49]

Le pharmacien ne se substitue donc en aucun cas au médecin, il doit connaître les limites de son activité et, chaque fois qu'il est nécessaire, orienter les patients vers un médecin. [50]

Cependant, dans le cadre des nouvelles missions du pharmacien d'officine, et notamment celle du pharmacien correspondant, un article paru en 2011 fait dérogation à ces lois. En effet, un pharmacien pourra s'engager, avec un autre professionnel de santé, dans une

coopération qui donnera lieu à des transferts d'activités ou d'actes de soins, et qui pourra nécessiter de réorganiser leurs interventions auprès du patient. [51]

3.6. L'étendue des missions des pharmaciens d'officine à l'étranger

La volonté d'impliquer plus activement le pharmacien dans le suivi thérapeutique du patient et la gestion du risque pharmacologique semble être une motivation pour plusieurs pays européens. Une évolution générale se dessine avec l'apparition du droit de prescription du pharmacien dans le cadre du renouvellement d'ordonnances pour les patients chroniques ou dans le cadre de protocoles spécifiques d'urgence comme c'est déjà le cas pour la « pilule du lendemain » ainsi que les pilules contraceptives. [52]

3.6.1. En Allemagne

En Allemagne, les rôles des pharmaciens officinaux ont évolué dès 1993, sous l'impulsion des syndicats de pharmaciens. Ils sont aujourd'hui des professionnels de santé, offrant de larges services aux patients, en collaboration étroite avec les médecins. [16]

Leurs principaux rôles sont les suivants : [16]

- L'optimisation des prescriptions des médecins ;
- La prévention et le dépistage de certaines pathologies ;
- L'accompagnement des patients chroniques ;
- La revue de médication ;

- La participation à des campagnes d'information et de promotion de la santé, notamment au niveau du tabac et de l'alcoolisme ;

Un accord signé entre les syndicats des pharmaciens, des médecins et l'assurance maladie permet aux patients de choisir un « médecin de famille » en même temps qu'un « pharmacien de famille ». Cette collaboration est rémunérée par l'assurance maladie pour des pathologies chroniques comme l'asthme ou le diabète. Près de la moitié des officines allemandes travaillent actuellement dans le cadre de cet accord, pour y participer, les pharmaciens suivent une formation spécifique. Pour le patient, cette collaboration permet d'avoir accès à des services particuliers comme la dispensation à domicile ou l'accompagnement personnalisé pour les patients chroniques. [16]

3.6.2. En Belgique

En Belgique, l'évolution des missions des pharmaciens d'officine a été accompagnée par une nouvelle réglementation de l'officine par la publication d'un « guide de bonnes pratiques pharmaceutiques officinales » en 2009. [16]

Ce guide définit notamment le concept de « suivi des soins pharmaceutiques », qui est un processus basé sur les étapes suivantes : [16]

- Identification des problèmes liés au médicament ou à la pathologie ;
- Evaluation des attentes du patient ;
- Etablissement d'un plan spécifique avec des objectifs bien définis, en concertation si possible, avec les autres prestataires de soins, ainsi qu'un plan de monitoring ;

- Exécution du plan ;
- Evaluation des résultats en fonction des objectifs ;
- Adaptation du plan si nécessaire et communication aux autres intervenants concernés.

Ce suivi s'adresse à des patients atteints de pathologies chroniques ou d'état physiologiques particuliers, il est mis en œuvre dans le cadre d'un accord conclu entre le patient, son pharmacien et, si nécessaire, son médecin. [16]

3.6.3. Aux Pays Bas

Depuis la fin des années 80, les pharmaciens officinaux des Pays Bas ont fait évoluer leur rôle de professionnel de santé. La coopération avec les médecins s'est accrue et des groupes de discussions nommés *Farmaco-Therapeutisch Overleg* (FTO) ont été créés. Ces derniers comptent deux à trois pharmaciens et sept à dix médecins, ils sont au nombre de 800. Ces groupes se réunissent quatre à six fois par ans et travaillent sur les prescriptions, l'observance et l'information du patient, la participation à ces réunions est un indicateur de qualité de la pratique du pharmacien d'officine. Les différents rôles du pharmacien d'officine sont définis sous le terme de « soins pharmaceutiques », ces derniers sont composés des éléments suivants : [16]

- Le suivi de la médication permettant de repérer les contre-indications, et la surveillance de l'observance ;
- L'analyse de médication pour les patients chroniques par exemple, ce sujet étant souvent débattu au sein des FTO ;

- Le conseil de primo-dispensation, sur la base de protocoles nationaux des traitements complexes ou des dispositifs médicaux sophistiqués ;
- Le conseil lors de l'achat de médicaments OTC (Over The Counter), obéissant à un protocole appelé WWHAM (What is the problem, for Whom is the medicine, How long do the complains exist, what are possible other /A/ diseases, what other Medication has already been used).

D'autres actions sont mises en place régulièrement comme la « semaine du soin pharmaceutique », portant sur une pathologie donnée et le dépistage du diabète, qui est proposé chaque année aux patients. [16]

3.6.4. En Angleterre

Le pharmacien a la possibilité de renouveler une prescription après un bilan avec le patient dans le cadre de la prescription renouvelable ou « *repeat prescribing* ». Dans ce cas, le médecin émet une prescription comportant plusieurs volets et s'en remet au pharmacien pour renouveler cette dernière dans la limite d'une année. Ce dispositif est destiné principalement aux patients stabilisés, et a pour objet de lui faciliter l'accès à son traitement et d'alléger la charge de travail des médecins généralistes. Le consentement du patient est bien entendu requis. Les officines reçoivent toutes une allocation au titre du « *repeat dispensing* », indépendante de leur activité dans ce domaine, ce service faisant partie des services essentiels que doivent dispenser toutes les officines. [16]

La revue de médication « *medecines use review* » est aussi une des missions du pharmacien d'officine anglais. Les pharmacies sont rémunérées pour chaque revue de médication effectuée. [16]

Les pharmaciens se sont vus octroyer la possibilité de prescrire avec la délégation de prescription. Les objectifs sont les suivants : « améliorer les soins sans atteinte à la sécurité; faciliter l'accès des patients aux médicaments dont ils ont besoin, accroître les possibilités de choix du patient pour l'accès aux médicaments, faire un meilleur usage des compétences des professionnels de santé, contribuer à la mise en place d'un travail en équipe plus souple au sein du *National Health Service* (NHS)». Cette politique d'élargissement de la prescription concerne l'hôpital et la ville. [16]

Les pharmaciens ont la possibilité, depuis 2003 de devenir des prescripteurs complémentaires ou « *supplementary prescriber* », tout comme les infirmières. Il s'agit d'un programme de soin détaillé, défini pour chaque patient et approuvé par ce dernier, par le médecin et par le prescripteur complémentaire. Il comprend les médicaments qui peuvent être prescrits, les limitations dans l'emploi de ces médicaments, les problèmes rencontrés par le patient, les circonstances dans lesquelles le prescripteur complémentaire doit se référer au médecin et l'échéance à laquelle le patient doit être revu par le médecin prescripteur. Les pharmaciens doivent valider une formation spécifique et par la suite justifier d'actions de développement professionnel continu pour avoir ce rôle. [16]

Le dispositif de prescripteur indépendant a été créé en 2006. Il donne aux infirmières et aux pharmaciens la responsabilité d'établir le diagnostic, de décider de la thérapie adaptée et d'en suivre la mise en œuvre. Les exigences en termes de formation sont semblables à celles du prescripteur complémentaire. Cependant, pour ne pas être en conflit d'intérêt, le pharmacien prescripteur ne peut être le dispensateur. [16]

3.7. Les différents modes de rémunération des pharmaciens d'officine en Europe

Concernant la rémunération des pharmaciens, de nombreuses disparités existent. Il semble toutefois difficile de les comparer compte tenu de la différence de pouvoir d'achat entre les pays. Les réformes politiques de santé européenne à venir vont sans doute s'attacher à organiser cette rémunération du pharmacien pour ces différents suivis et services. [52]

Une majorité de pays, comme l'Autriche, la Belgique, la Finlande, la France, la Grèce, l'Italie ou le Portugal ont encore un système de rémunération dépendant de la marge sur le prix des médicaments. Cependant, la rémunération forfaitaire semble progressivement remplacer celle « à la marge ». Elle distingue en effet les rémunérations liées aux différentes activités du pharmacien. Ainsi, la rémunération correspondant à la dispensation du médicament, peut être liée à l'ordonnance elle-même comme en Angleterre, au nombre de boîtes délivrées, comme aux Pays Bas, ou à la prestation intellectuelle qui y est rattachée, comme en Suisse ou en Allemagne. De même, la rémunération de l'offre de prestation de services, qui n'aboutit pas nécessairement sur la délivrance de médicaments est très variable d'un pays à l'autre. En effet, la mise en place d'un « honoraire pharmacien » lié à ces services proposés dépend largement des missions que peut adopter le pharmacien dans chacun des pays. [52]

Dans l'exemple du Danemark, les pharmaciens perçoivent des rémunérations distinctes pour les diverses prestations de services. Ces dernières sont prises en charge par les assurances ou les collectivités locales dans le cadre de la prévention et de l'éducation sanitaire. [52]

4. Le décret du pharmacien correspondant

4.1. Le décret

La notion de pharmacien correspondant a été introduite par l'article 38 de la loi HPST[3] et le décret d'application paru le 5 avril 2011. [53] (Annexe B)

Le décret d'application donne les missions suivantes au pharmacien désigné comme pharmacien correspondant par le patient : [53]

- Réalisation d'un bilan de médication ;
- Renouvellement du traitement ;
- Adaptation des posologies ;
- Communication avec le médecin, transmission d'informations concernant ses actions et les bilans réalisés.

Le bilan de médication est défini par le décret de la manière suivante : « évaluation de l'observance et de la tolérance du traitement ainsi que tous les éléments prévus avec le médecin pour le suivi du protocole. » Le pharmacien recense donc les effets indésirables et identifie les interactions avec les autres traitements du patient. [53]

La prescription médicale rédigée dans le cadre de ce protocole devra préciser, entre autres : les posologies minimales et maximales, et la durée totale du traitement comprenant les renouvellements, ainsi que la nature des prestations à associer (selon le produit prescrit). Le protocole définit le nombre de renouvellements autorisés et leur durée, qui ne peut excéder douze mois au total. Chaque renouvellement est mentionné par le pharmacien sur l'ordonnance et les ajustements éventuels de posologies sont précisés sur une feuille

annexée à l'ordonnance, datée et signée (la présence de cette feuille annexée est indiquée sur l'ordonnance). Le Dossier Pharmaceutique du patient répertorie tous ces éléments. [53]

Le dispositif juridique apporté par la loi 4011-1 du CSP, permet alors aux professionnels de santé engagés dans ces protocoles, d'établir une coopération « ayant pour objet d'opérer entre eux des transferts d'activités ou d'actes de soins ou de réorganiser leurs modes d'intervention auprès du patient. » [50]

Pour cela, ils devront impérativement intervenir dans les limites de leur expérience et de leurs connaissances et dans le cadre strict de protocoles.

Le code de la santé publique, définit la démarche à suivre pour soumettre un protocole de coopération dans le cadre du décret du pharmacien correspondant. Elle est similaire à celle décrite précédemment pour la mise en place de protocoles entre médecins et pharmaciens. Les professionnels de santé s'engagent pour une durée de douze mois, au suivi de la mise en œuvre du protocole et à la transmission des informations relatives à ce suivi à l'ARS et l'HAS. Le patient est informé de cet engagement dans un protocole par les professionnels de santé. [3]

4.2. Le contexte

Ce décret s'inscrit dans le cadre de la loi HPST adoptée le 23 juin 2009 par l'assemblée nationale. Ce texte de loi a par la suite été promulgué le 21 juillet 2009 et publié au journal officiel du 22 juillet 2009. Il définit un projet d'organisation sanitaire et doit permettre de mettre en place une offre de soins gradués, de qualité, accessible à tous et satisfaisant à l'ensemble des besoins de santé. [3, 54]

La loi HPST a plusieurs axes : [54]

- La modernisation des établissements de santé :

Elle passe par le renforcement des missions de service public des établissements, l'allègement des contraintes de fonctionnement et d'organisation et favorise la mise en place de coopération à l'échelle territoriale. Les établissements de santé sont invités à apporter plus de transparence quant à la qualité et à la sécurité de prise en charge du patient.

- L'amélioration de l'accès à des soins de qualité :

Optimiser l'accès de tous aux soins dans le maillage territorial. Cependant la liberté d'installation des professionnels libéraux est respectée.

- La prévention et la santé publique :

La loi HPST définit la prévention des principaux facteurs de risques ainsi que des complications et des rechutes liées aux maladies chroniques et aux cancers. De plus elle formalise la notion d'éducation thérapeutique du patient. [3]

- L'organisation territoriale du système de santé :

Elle est structurée par la création des agences régionales de santé (ARS), qui deviennent les autorités responsables du pilotage du système de santé en région. Elles permettent une organisation décentralisée et davantage ancrée dans les territoires.

La loi HPST redéfinit notamment l'offre de soin en fonction des niveaux de recours et des besoins de santé. Le rôle pivot du médecin généraliste est décrit, en termes de soins de premier recours et de participation à la permanence des soins. Cette loi apporte aussi des précisions sur le rôle du pharmacien d'officine dans les soins de premier recours, mais

aussi dans le cadre de coopération entre les professionnels de santé. C'est dans ce cadre qu'a été défini le rôle de pharmacien correspondant. [54]

4.3. Les patients concernés

Les patients ciblés par ce décret sont les patients chroniques.

La maladie chronique est définie par « une maladie de longue durée, évolutive, souvent associée à une invalidité et à la menace de complications graves. » [1]

Les maladies chroniques comprennent : [1]

- Des maladies comme l'insuffisance rénale chronique, les bronchites chroniques, l'asthme, les maladies cardio-vasculaires, le cancer ou le diabète, des maladies lourdement handicapantes, comme la sclérose en plaques ;
- Des maladies rares, comme la mucoviscidose, la drépanocytose et les myopathies ;
- Des maladies transmissibles persistantes, comme le Sida ou l'hépatite C ;
- Enfin, des troubles mentaux de longue durée (dépression, schizophrénie, ...) la douleur chronique, ou les conséquences de certains actes chirurgicaux comme les stomies.

Ces pathologies évoluent plus ou moins rapidement, pendant plusieurs mois au minimum. Elles se traduisent dans nombre de cas par un risque d'invalidité, ou de handicap temporaire ou définitif. La maladie chronique détériore la qualité de vie de manière plus ou moins importante, et a un retentissement sur la vie quotidienne de la personne. [1]

En France, la population de malades chroniques est évaluée à près de 20% de la population, soit 15 millions de personnes. L'OMS a fait de l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de pathologies chroniques une priorité dès 2004, avec plusieurs lois s'y rapportant. De même, le traitement et la prévention de certaines de ces maladies ont bénéficié de mesures, de programmes ou de plans ciblés, comme par exemple le diabète, les maladies cardiovasculaires, les cancers, ou la maladie d'Alzheimer. La loi HPST de 2009 confirme cette volonté des pouvoirs publics de renforcer le suivi multidisciplinaire autour du patient chronique. [1, 3]

4.4. Les enjeux

Les enjeux de la coopération entre professionnels de santé sont définis par le CSP, dans le cadre de la loi HPST de la manière suivante : [3, 50]

- Optimisation du parcours de soin par la prise en charge du patient dans une coordination performante de tous les intervenants ;
- Evolution de l'exercice professionnel et extension des champs d'intervention des professions paramédicales, au regard de la mutation des pratiques professionnelles ;
- Gain de temps médical afin de permettre aux professions médicales de recentrer leurs activités sur des missions d'expertise. [2]

Les EGOS soulignent la nécessité de poursuivre le développement de ces collaborations entre professionnels de santé du fait: [2, 55]

- Des besoins de prise en charge sanitaires accrus, du fait de l'augmentation des maladies chroniques et des polyopathologies dans un contexte de vieillissement de la population.
- De l'évolution défavorable de la démographie médicale, dans le cadre de disparités territoriales déjà importantes.
- Des progrès technologiques médicaux facilitent les partages de compétences entre professionnels de santé.
- Du contexte de difficultés croissantes de financement des dépenses de santé, il est nécessaire d'assurer l'efficacité des prises en charges.
- De la nécessité de favoriser l'accès aux soins pour une meilleure qualité et sécurité des soins.
- De la motivation des professionnels de santé et leur aspiration à faire évoluer leurs activités, leurs compétences ainsi que leur cadre d'exercice.
- De la définition d'un nouveau modèle de la médecine libérale.

Ces nouvelles dispositions permettent donc aux professionnels de santé de déployer des protocoles de coopération, tout en garantissant la qualité et la sécurité des soins dues aux patients en passant par une diminution de l'iatrogénie et une augmentation de l'observance.

5. Prérequis à la mise en place du pharmacien correspondant

5.1. Les formations

5.1.1. La formation universitaire

Le diplôme d'Etat de docteur en pharmacie est délivré par les 24 Unités de Formation et de Recherche des Facultés de Pharmacie françaises, habilitées par arrêté conjoint des Ministères chargés de l'Enseignement supérieur et de la recherche et de la Santé. Le programme d'enseignement est unique au niveau national et régi par l'arrêté du 17 juillet 1987 modifié par l'arrêté du 14 août 2003. Chaque université est libre d'adapter les modalités d'organisation et de répartition des enseignements et a la possibilité d'exprimer sa spécificité dans le cadre des enseignements des 5^{ème} et 6^{ème} années conduisant aux carrières de l'officine, de la recherche, de la biologie, de l'hôpital, ainsi qu'aux carrières des industries pharmaceutiques, chimiques, agroalimentaires et cosmétologiques. [51]

La loi instaurant une première année commune pour les étudiants en médecine, pharmacie, dentaire et sage-femme a été votée en 2009. Ce dispositif est entré en vigueur à la rentrée 2010-2011. En effet, depuis quelques années, les études de santé sont en refonte, tout comme l'ensemble des parcours universitaires. Les études pharmaceutiques s'inscrivent désormais dans la voie du LMD (Licence Master Doctorat). Les buts de ces modifications sont la « naissance d'une culture médicale commune à tous les professionnels de santé », ainsi qu'une avancée vers le modèle du LMD pour une harmonisation européenne.[56]

Ni la loi HPST, ni le décret d'application ne prévoient une obligation de formation spécifique pour exercer le rôle de pharmacien correspondant. Pour permettre aux futurs pharmaciens d'être compétents dans le domaine de la pharmacie clinique, l'Académie nationale de pharmacie a jugé qu'une adaptation de la formation initiale des pharmaciens

en matière de pharmacie clinique et de coopération avec les autres professionnels de santé était nécessaire. Selon B. Charles, président du Centre d'études et de formation hospitalière (CEFH) « On va passer d'un pharmacien qui gère des boîtes de médicaments à un pharmacien clinicien ». Il se dit cependant inquiet de la formation des pharmaciens « Pour bien prendre ce virage, il faudra être attentifs à plusieurs éléments... il faudra traiter la question de l'enseignement en pharmacie,... ». La refonte des études pharmaceutiques va permettre aux facultés de modifier en profondeur la formation initiale afin de mieux préparer les futurs professionnels aux nouvelles missions des pharmaciens d'officine.[16, 57]

5.1.2. Développement Professionnel Continu (DPC)

Le DPC est un dispositif de formation continue mis en place pour tous les professionnels de santé, notamment les pharmaciens et les préparateurs en pharmacie. Il a été introduit par la loi HPST et renforce l'obligation de formation continue pour les pharmaciens et préparateurs. Le DPC permet aussi de réunir en seul dispositif la Formation pharmaceutique continue (FPC), la Formation continue conventionnelle (FCC) et l'Evaluation des pratiques professionnelles (EPP). [3, 58]

Les objectifs généraux du DPC pour les professionnels de santé sont définis par le Code de la santé publique :

- L'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) ;
- Le perfectionnement des connaissances ;
- L'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ;

- La prise en compte des priorités de santé publique et de la maîtrise médicalisée des dépenses de santé. [58]

Pour les pharmaciens officinaux, les enjeux sont l'analyse de leurs pratiques professionnelles et l'acquisition ou l'approfondissement de leurs connaissances ou compétences.

Le décret 2011-2113 établissant le DPC a été publié au Journal officiel le 30 décembre 2011 et est entré en vigueur officiellement le 1^{er} janvier 2012. 2012 est une année transitoire afin de permettre au dispositif de se mettre en place.

Les programmes de DPC devront être conformes aux orientations nationales définies par le Ministère de la Santé et complétées au niveau régional par les ARS. En ce qui concerne les officinaux, le DPC devrait intégrer des actions sur le cœur du métier ainsi que sur le management et la communication.

Pour permettre aux professionnels de santé de valider leur obligation de DPC, les organismes auprès desquels ils effectuent leurs formations devront être enregistrés auprès des l'Organisme Gestionnaire du DPC (OGDPC). Pour satisfaire à son obligation de DPC, tout pharmacien et tout préparateur devra chaque année participer à un programme de DPC ou obtenir un diplôme universitaire évalué favorablement en tant que programme de DPC. La formation continue est une démarche permanente, qui débute dès que la formation initiale est achevée.

Le Conseil National de l'Ordre des Pharmaciens (CNOP) est chargé du contrôle de l'obligation annuelle de DPC pour les pharmaciens. Les textes prévoient un contrôle tous les cinq ans de cette obligation annuelle. [59]

Selon les résultats de l'enquête menée par le CEP (Contrat d'Etudes Prospectives) de la pharmacie d'officine, les attentes en matière de formation attestent d'une relative adéquation avec l'offre de formation. Les souhaits en matière de formation seraient similaires chez les salariés et les titulaires, axés sur le cœur de métier, comme les pathologies, les classes thérapeutiques, la pharmacie clinique. Sont aussi demandées les formations sur les techniques de vente, d'achat et la négociation. Toutefois, pour les titulaires, la demande de formation dans le domaine du management semble plus forte que pour les salariés. On note que la forte demande du DU (Diplôme Universitaire) d'orthopédie pourrait être due au fait qu'il soit obligatoire pour obtenir l'agrément nécessaire à la vente d'orthèses. [51]

Plusieurs titulaires déclarent qu'il est indispensable de participer à des journées formations. Elles permettent de rencontrer d'autres professionnels de santé, d'échanger sur leurs pratiques. Cependant, d'autres privilégient les modules courts dispensés sur le lieu de travail et la formation à distance, plus compatibles avec les impératifs de l'officine.

Le décret du 11 octobre 2010, rédigé par le ministre de la santé et des sports, établit les modalités d'intégration des protocoles de coopération entre professionnels de santé étendus par la HAS au DPC et à la formation initiale des professionnels de santé. Dans un premier temps, l'objet du protocole de coopération sera pris en compte au niveau national dans les orientations du DPC. Puis, au niveau régional, les orientations en matière de DPC seront fixées par les ARS, en cohérence avec les divers projets régionaux de coopération. De même, les employeurs, publics et privés devront prendre les dispositions utiles pour inscrire les protocoles de coopération dans le plan de DPC des professionnels de santé qui mettent en œuvre ces protocoles. [60]

Pour les pharmaciens désirants devenir pharmaciens correspondants, on peut penser qu'il sera utile de prévoir des formations ciblées sur la pharmacie clinique dans cadre de la DPC. Dans ce cadre, la faculté de Grenoble propose un DU « Pharmacie clinique et acte pharmaceutique officinal », un certificat universitaire « éducation thérapeutique du patient » ainsi qu'un DU « éducation thérapeutique du patient : expérimenter et formaliser ». [16]

5.1.3. Formations communes aux médecins et aux pharmaciens

Les derniers changements effectués dans la formation initiale des pharmaciens, notamment la première année commune aux professions de santé traduisent la volonté de créer une « culture médicale commune ». Dans le même objectif de former les médecins et les pharmaciens ensemble, certaines facultés ont mis en place des cours communs aux deux filières. [56]

Dans ce domaine, la faculté de Lyon est précurseur. En effet, des cours sur le métier de pharmacien sont organisés à la faculté de pharmacie et destinés aux étudiants en médecine. C'est une occasion pour eux de prendre conscience du rôle du pharmacien, afin faire appel à lui plus facilement dans leur pratique future. A la faculté de Rouen, les étudiants en médecine ont la possibilité de s'immerger deux jours dans une officine, et d'analyser le devenir des prescriptions. Ces stages sont un succès, il est arrivé qu'ils soient prolongés à une semaine à la demande des étudiants. Dans le même but, à la faculté de Nancy des séances de travaux dirigés sont organisées pour les élèves de 5^{ème} année option officine et les étudiants en médecine. Elles sont l'occasion d'échanges sur les rôles des médecins et des pharmaciens et ont été appréciées des étudiants. [50]

Pour ce qui est de la formation continue, plusieurs programmes sont multidisciplinaires, par exemple le DU « éducation thérapeutique du patient : Formaliser et expérimenter », proposé à Grenoble, est ouvert aux médecins, pharmaciens, paramédicaux et métiers de santé.

Ces formations communes sont l'occasion pour les deux professions de mieux apprécier leurs compétences respectives et de mieux se connaître pour faciliter leur collaboration future.

5.2. La rémunération

Les articles de loi instaurant le rôle de pharmacien correspondant ne mentionnent pas de rémunération associée aux différents actes fournis par le pharmacien. De manière générale, le métier de pharmacien d'officine évolue vers le conseil et l'accompagnement des patients ainsi que vers l'adoption de rôles spécifiques. De telles missions, mises en place, voire imposées par les pouvoirs publics, devront vraisemblablement être sources de rémunération pour être adoptées par les pharmaciens. En effet, ces dernières demandent un travail supplémentaire notamment un bilan de médication et/ou la mise en place d'un protocole avec l'accord du médecin. Elles peuvent donc nécessiter le recrutement de pharmaciens supplémentaires. [16]

Pour la collectivité économique, cette mesure n'a d'intérêt que si elle permet des économies pour les régimes obligatoires et complémentaires. Il faudrait savoir si elle va permettre de diminuer le nombre de consultations médicales, car le patient chronique a souvent recours au médecin pour des pathologies intercurrentes, qui sont l'occasion du renouvellement de la prescription. [16]

Ajouté à cela, plusieurs études, notamment celle du Dr Bugnon (Université de Lausanne – Genève), ont exploré l’aspect pharmaco-économique des interventions du pharmacien d’officine et les économies engendrées. Selon ces dernières, il faudra tenir compte du fait que les interventions pharmaceutiques peuvent engendrer une économie, notamment en matière de frais d’hospitalisation entraînés par des problèmes d’iatrogénie médicamenteuse. [61]

Selon une étude réalisée par la société Call Medi Call pour le Quotidien du pharmacien, une très large majorité de pharmaciens titulaires, soit 76% se montrent favorables à une évolution de leur mode de rémunération vers des honoraires de dispensation. Alors que 16% s’y opposent. Quant à la part représentée par ces derniers, près de 45% des titulaires penchent pour 20% du total, un quart pense qu’elle ne devrait pas excéder 10% alors que 17% d’entre eux estime qu’elle pourrait représenter la moitié de la rémunération totale. On notera tout de même que 3,6% des répondants sont partisans du « tout honoraire ». [62]

Il convient de se demander quel type de rémunération serait adapté, et à quel niveau. Une rémunération à l’acte en fonction de la charge de travail induite pourrait être envisagée.

Dans le but d’établir une référence permettant de définir concrètement l’acte pharmaceutique, Barnett et al ont réalisé une étude sur 7 ans de suivi pharmaceutique dans 47 états américains, regroupant 76000 actes pharmaceutiques. Elle a abouti à un référentiel permettant d’associer une intervention pharmaceutique à un indicateur. Ce type de référentiel pourrait être utilisé dans le cadre d’une rémunération à l’acte pour codifier les actions du pharmacien et ainsi attribuer une rémunération en fonction du travail pharmaceutique effectué. [61, 63]

Selon le rapport du CEP, le principe de rémunération à l'acte semble difficile à mettre en œuvre techniquement, notamment du fait que les protocoles sont tous différents et mis au point au niveau régional. [51]

Le projet de loi de financement de la Sécurité sociale (PLFSS) pour 2012, prévoyait dès le mois d'octobre 2011, l'évolution du mode de rémunération des pharmaciens officinaux vers une part d'honoraires. Ce dernier prévoyait aussi la possibilité de proposer des nouvelles missions rémunérées. En effet, les régimes obligatoires d'assurance maladie verseraient une rémunération aux pharmaciens d'officine en contrepartie d'engagements individualisés « Ces engagements peuvent porter sur la dispensation, la participation à des actions de dépistage ou de prévention, l'accompagnement de patients atteints de pathologies chroniques, des actions destinées à favoriser la continuité et la coordination des soins, ainsi que toute action d'amélioration des pratiques et de l'efficacité de la dispensation ». [57]

Depuis décembre 2011, le Code de la Sécurité Sociale prévoit deux nouveaux modes de rémunération :

- « (...) des honoraires de dispensation, autre que les marges (...), dus aux pharmaciens par les assurés sociaux ;
- une rémunération, autre que celle des marges (...), versée par les régimes obligatoires d'assurance maladie en contrepartie du respect d'engagements individualisés. Ces engagements peuvent porter sur la dispensation, la participation à des actions de dépistage ou de prévention, l'accompagnement de patients atteints de pathologies chroniques, des actions destinées à favoriser la continuité et la coordination des soins, ainsi que sur toute action d'amélioration des pratiques et de

l'efficacité de la dispensation. La rémunération est fonction de la réalisation des objectifs par le pharmacien. » [64]

Conformément aux propositions émises par le rapport de l'IGAS, la volonté d'introduire progressivement une rémunération à l'acte dans la rémunération actuelle est affirmée dans l'article 39. Cette volonté de rémunérer le pharmacien pour ces actes pharmaceutique facilitera la mise en place du pharmacien correspondant. [57]

Plus récemment, en mars 2012, les syndicats de pharmaciens, le Ministère de la Santé et l'organisme d'Assurance maladie ont mené des négociations concernant le nouveau mode de rémunération des pharmaciens. Elles ont abouti à une nouvelle convention, qui va prendre en compte les nouvelles missions prévues par la loi HPST pour le pharmacien d'officine. Cette nouvelle convention prévoit donc un nouveau mode de rémunération pour les officines qui étaient jusqu'alors payées au forfait (c'est-à-dire 0,53 euros par boîte de médicament vendue) ainsi que par la marge effectuée sur le prix des boîtes de médicaments. Celui-ci prendra en compte les services fournis par le pharmacien d'officine, notamment le conseil, en matière de prévention par exemple, ou encore concernant le suivi des patients sous traitements substitutifs. Ce nouveau mode de rémunération débutera en janvier 2013 par un forfait de 40 euros pour le suivi des patients sous anticoagulants. Cette mesure est amenée à s'étendre au suivi d'autres pathologies chroniques, dont l'asthme en juillet 2013. Les pharmaciens recevront également une rémunération en fonction de certains objectifs tels que la part de génériques délivrés. La nouvelle convention prévoit une mise en place progressive de ces nouvelles mesures, l'objectif étant que, d'ici 5 ans, 25% de la rémunération des pharmaciens soit constituée par ce nouveau mode de rémunération. Ces nouvelles dispositions ont également été inscrites au budget de la sécurité sociale pour l'année 2012. [65]

Il paraît important de noter que ces missions ne doivent pas être perçues comme un moyen d'obtenir une rémunération supplémentaire pour les officines en difficultés économiques. Les nouveaux services ne doivent être envisagés que si les pharmaciens d'officine se donnent les moyens de fournir un apport en termes de santé publique. [16]

5.3. L'opinion des médecins

Dans la réussite de la mission de pharmacien correspondant, l'image du pharmacien auprès du médecin est déterminante. En effet il faut prendre en compte le fait que la mission de pharmacien correspondant ne sera mise en place qu'avec l'accord du médecin.

Lors d'une enquête menée en 2004 auprès de 103 médecins de la région des Vosges, la relation entre le médecin et le pharmacien a été étudiée. Les résultats obtenus semblent nous montrer un défaut de communication entre médecins et pharmaciens susceptible de mettre en difficulté la coopération entre ces professionnels de santé. Cette enquête reliait la réticence du médecin à laisser des prérogatives au pharmacien à l'image de commerçant qu'il se fait de ce dernier. En effet, lorsqu'il a été demandé aux médecins les réserves qu'ils pouvaient émettre vis-à-vis de leur rapport aux pharmaciens, 44% ont déclaré que ces derniers étaient trop portés sur le commerce et 35% étaient agacés par ses prises d'initiatives personnelles trop fréquentes. De même, 7% déclaraient que le pharmacien ne communiquait pas assez et 7 autres % qu'ils n'avaient pas assez de connaissances.[35]

Une autre étude, réalisée au Royaume-Uni, a montré que les médecins généralistes considéraient essentiellement les pharmaciens comme des « *boutiquiers* » et nullement comme des membres de l'équipe soignante. [16]

Ces résultats sont donc paradoxaux, car il est reproché au pharmacien d'être plus commerçant qu'acteur de santé, mais également de s'impliquer et prendre des décisions concernant le traitement.

La représentation actuelle que les médecins ont du pharmacien joue un rôle important dans son opinion sur les nouvelles missions accordées à ce dernier. La représentation forme un système organisé et structuré d'idées, d'explications qui constituent le cadre de référence des individus et qui répond à une finalité. C'est également un processus évolutif et personnel. Il permet au sujet d'agréger au système ce qu'il rencontre et intègre au fur et à mesure de son expérience. [66]

En France, les pharmaciens sont, après les spécialistes, les professionnels de santé avec lesquels les médecins ont le plus d'échanges. Une étude sur les réseaux de généralistes nous montre que le pharmacien a une relation avec le médecin sur le mode de « L'instrumentalisation où le partenaire est dépersonnalisé et identifié uniquement à son rôle professionnel ». Les relations entre ces professionnels de santé sont donc cordiales, mais cette cordialité serait, selon les conclusions de l'IGAS, due au respect des frontières entre les deux professions. [16]

Concernant l'extension des missions du pharmacien, les médecins soulignent que ce dernier est en situation de conflit d'intérêts, puisqu'il est à la fois commerçant et professionnel de santé : « le pharmacien obéit à deux codes : le code de déontologie et le code du commerce ». L'IGAS relève une opposition importante de la part des médecins concernant le pharmacien correspondant. Les représentants de la profession qualifient cette mission comme un « transfert de tâche vers une profession moins compétente ». Bien qu'ils reconnaissent la compétence des pharmaciens dans le contrôle de l'ordonnance ainsi que dans l'optimisation de l'observance, ils sont réticents à leur accorder la possibilité

d'adapter les posologies : « le pharmacien n'est pas un pharmacologue ». Ils avancent l'argument selon lequel ils sont autorisés à prescrire des renouvellements pendant un an, ce qui permet de faire face aux besoins des patients stabilisés. Selon eux, cette mesure devrait être mise en place pour des patients chroniques stabilisés pour lesquels l'adaptation posologique reste exceptionnelle. [16]

Les enjeux de cette extension des rôles du pharmacien d'officine ne semblent pas se limiter à un ajustement entre les deux professions. Le vrai problème semble se situer dans le fait que toute promotion du rôle du pharmacien est considérée comme une dévalorisation corrélative de celui du médecin. Les médecins sont donc réticents à voir leur rôle banalisé, et ont peur de l'incompréhension éventuelle de leurs patients. Cependant, on notera que la délégation vers l'infirmière ne pose pas ces problèmes, probablement parce que la hiérarchie entre le médecin et l'infirmière est suffisamment établie dans l'esprit des patients. [16]

Un des arguments avancés pour déléguer des tâches aux pharmaciens est le gain de temps médical. Or, les médecins ne sont pas d'accord avec ce fait et considèrent, pour certains que l'on ne manque pas de temps médical, et pour d'autres que les médecins ont besoin d'être soulagés de tâches telles que les tâches administratives, mais ne doivent pas céder leurs activités médicales. [16]

Une des inquiétudes le plus souvent mentionnée par les médecins est la perte de revenus. En effet, ces missions des pharmaciens vont inévitablement priver les médecins de certains actes courts et bien rémunérés. Les médecins étant payés à l'acte, ils peuvent logiquement voir dans cette délégation de tâches un risque de perte de revenus. Du point de vue de la rémunération, cette collaboration n'est donc pas intéressante pour les médecins, à l'exception de ceux exerçant dans des zones de sous-densité médicale. [16]

Pour conclure, les médecins sont conscients de la « nécessité d'améliorer la coordination entre les professionnels de santé », mais ne se montrent pas favorables aux modifications significatives du rôle des pharmaciens proposées du fait de l'image qu'ils ont de ce dernier. La difficulté de mise en place de cette collaboration proviendrait donc de la volonté d'indépendance de la part des différentes professions. En effet, chacune veut affirmer son autonomie professionnelle, confronter sa position dans la hiérarchie entre les professions et garantir la source de ces revenus. Dans un tel contexte, l'élargissement des rôles du pharmacien d'officine pose la question de la place du médecin traitant dans le processus de soins. [16]

5.4. L'opinion des pharmaciens

La revue de la littérature nous révèle un certain nombre de leviers et de freins à la mise en place du pharmacien correspondant et des missions qu'ils s'y rapportent. Nous l'avons vu, la représentation des médecins sur le rôle du pharmacien impacte leur opinion sur la mise en place du décret du pharmacien correspondant, mais qu'en est-il des représentations des pharmaciens sur ce décret ?

Les objectifs de cette étude sont : 1. Décrire la perception du pharmacien d'officine concernant le décret du pharmacien correspondant et leurs connaissances à ce sujet ; 2. Etudier la faisabilité de la mise en place de cette mission ; 3. Explorer les moteurs et les freins en lien avec cette nouvelle activité.

MATERIEL ET METHODES

1. Problématique et objectif de la recherche

1.1. Objectif général de l'enquête

Un questionnaire a été réalisé afin de connaître les perceptions des sujets sur le décret du pharmacien correspondant et les rôles de ce dernier par le biais d'une analyse qualitative qui a été complétée par une analyse quantitative afin de mettre en avant des tendances d'opinions.

1.2. Question de recherche et hypothèses

La question de recherche était la suivante : Quelles sont les représentations du pharmacien d'officine isérois concernant le décret du pharmacien correspondant ?

L'enquête avait pour objectif de déterminer l'influence de différents facteurs sur la perception du décret par le pharmacien d'officine. Tels que le poste occupé par le pharmacien, le nombre d'années d'exercice, la taille de l'officine et l'environnement dans lequel elle se situe ont été différenciés.

2. Une étude qualitative et quantitative

2.1. Technique de recueil

Nous avons choisi de réaliser des entretiens pour répondre à notre problématique. Selon Leventhal, c'est la méthode de choix pour explorer le contenu des représentations des personnes. [67]

La situation de l'entrevue permet de révéler ce que pense l'autre et qui ne peut être observé comme les sentiments, les pensées, ou encore les intentions. Elle permet également de pouvoir établir des liens entre les expériences antérieures et le présent ou de révéler des expériences peu accessibles. L'entretien a l'avantage de permettre l'accès aux conceptions générales de la personne : il permet de comprendre et d'interpréter la façon dont une personne construit le monde qui l'entoure à partir de son expérience vécue et de son point de vue. [68]

D'autre part, un questionnaire quantitatif permet d'observer des relations entre les variables, de faire des comparaisons, de mesurer des fréquences. Nous avons donc recours à un entretien semi-dirigé, qui va combiner ces deux techniques, tout en privilégiant l'aspect qualitatif. [69]

2.2. Préparation de l'instrument d'observation

2.2.1. Choix des thèmes abordés

Les items abordés dans le questionnaire ont été définis de manière bibliographique :

- Connaissance du Décret du pharmacien correspondant.
- Perceptions du pharmacien au sujet du décret du pharmacien correspondant.
- Pratiques du pharmacien autour du patient chronique.
- Communication entre le pharmacien et le médecin.
- Formations pharmaceutiques initiales et continues.

Les dernières questions sont les questions de signalétique qui avaient pour objectif de décrire les répondants. La clôture de l'entretien a été laissée à la disposition du pharmacien interviewé afin d'aborder les sujets qu'il jugeait intéressants et qui n'avaient pas été traités dans le questionnaire.

2.2.2. Contraintes pour le questionnaire

Pour permettre un bon déroulement de l'entretien et ainsi une interaction propice au recueil d'informations concernant les représentations, l'ordre des questions doit être logique. L'interviewé doit comprendre l'enchaînement des questions et avoir la sensation que le questionnaire se déroule harmonieusement. [70]

De plus, pour permettre une interprétation quantitative des réponses, le questionnaire doit être standardisé, et placer tous les sujets dans la même situation, cela permet de comparer les différents groupes. Ainsi, l'ordre des items sera toujours proposé dans le même sens.

Il est nécessaire de s'attacher à formuler des questions neutres, pour ne pas influencer la personne interrogée. Aucune des propositions ne sera mise en valeur par rapport aux autres, pour ne pas influencer la réponse.

Enfin, le questionnaire ne doit pas être trop long car il sera facile pour la personne interrogée de raccrocher à la première difficulté ou en cas de manque de temps. [70]

2.2.3. Format de questions

Concernant les questions quantitatives, il faut limiter au maximum les questions fermées avec deux modalités de réponse : oui ou non pour privilégier plusieurs choix de réponses ce qui permet de mieux cerner l'opinion du sujet. [70]

Les renseignements signalétiques, qui permettent de décrire les répondants et de les classer en catégories sont très importantes pour l'analyse des résultats, mais elles ne présentent aucun intérêt pour le répondant. Elles ont donc été posées à la fin du questionnaire pour ne pas lasser l'interlocuteur dès le début et ainsi le tenter de mettre fin à l'interrogatoire. Ces questions ont été introduites par une phrase explicative sur leur but. [70]

Pour les questions quantitatives à réponses multiples, différentes échelles ont été utilisées :

- Des échelles unidimensionnelles où l'on demande le degré d'accord du répondant sur une échelle avec plusieurs degrés. Il est précisé au répondant à quoi correspondent le premier et le dernier degré, par exemple le 1 correspond à très insatisfait et le 5 à tout à fait satisfait, ce type d'échelle est nommée échelle de Likert.
- Des échelles bipolaires, toujours sur une échelle numérique de 1 à 5, mais le degré le plus bas correspond au désaccord et le plus haut à l'accord. [70]

Toujours concernant les questions fermées, pour éviter que la personne interrogée ne réponde au hasard lorsqu'elle n'a pas d'avis tranché, la possibilité ne pas avoir d'opinion lui a été proposée. [70]

Pour faciliter la tâche du répondant, les questions sont courtes, peu élaborées avec des instructions simples et un nombre de modalités de réponses limitées. L'enquête étant

réalisée par téléphone, il est nécessaire que la personne interrogée puisse mémoriser facilement les questions, du fait de l'absence de support visuel. [70]

Le questionnaire (Annexe C) a été validé par quatre pharmaciens : un officinal, deux hospitaliers et un pharmacien chercheur doctorant.

3. Plan d'observation

3.1. Population

La population parente est constituée de tous les pharmaciens d'officine titulaires et adjoints d'Isère, c'est-à-dire les pharmaciens inscrits aux sections A et D de l'ordre.

Pour participer à l'étude, les critères d'inclusion ont été :

- Etre pharmacien d'officine
- Travailler en Isère
- Etre actuellement en exercice

Le seul critère d'exclusion était : après trois appels successifs avec des rendez-vous convenus, si la personne n'était toujours pas disponible, elle était exclue de l'étude.

3.2. Lieu de l'étude

Le questionnaire étant administré par téléphone, les personnes interrogées étaient sur leur lieu de travail.

3.3. Mode d'administration

Le choix a été fait d'administrer le questionnaire par téléphone car ce mode de communication autorise une interaction sociale proche de l'entretien en face à face et permet d'obtenir un meilleur taux de réponses que lors d'enquêtes postales.

De plus, dans notre cas, la population était dispersée dans tout le département, cette méthode était donc plus rapide et économique que l'entretien en face à face qui aurait nécessité un déplacement. [70]

Tous les entretiens ont été réalisés par le même enquêteur.

3.4. Prise de contact avec l'interviewé

Lors de la prise de contact avec le sujet, l'enquêteur s'est présenté, a demandé à parler à un pharmacien et a expliqué le but de sa recherche sur les nouvelles missions du pharmacien dans la loi HPST. Il a précisé que le questionnaire était composé de 15 questions, et que la durée ne devait pas excéder les 30 minutes. Lorsque l'entretien était accepté par le pharmacien, l'enquêteur précisait que le questionnaire était anonyme et que les réponses sont confidentielles. Il sollicitait son autorisation à enregistrer l'interview.

Le sujet du questionnaire n'a pas été présenté afin de ne pas influencer la réponse à la question concernant la connaissance du décret du pharmacien correspondant. Dans le cas où le pharmacien ne connaissait pas le décret, il était prévu de le lui expliquer.

3.5. Echantillon

3.5.1. Choix de l'échantillon

La méthode du hasard simple a été utilisée pour la sélection de l'échantillon : les éléments ont été choisis par tirage au sort. Ici le tirage au sort n'a pas été effectué à partir des noms des pharmaciens car on ne pouvait se procurer leurs coordonnées personnelles, mais à partir des noms des officines. Nous disposions d'une liste exhaustive et non répétitive des officines de l'Isère. Cette liste a été établie à partir des données disponibles sur le site de l'ordre des pharmaciens. Les officines ont été classées par ordre alphabétique du nom de la ville à laquelle elles appartiennent.

A partir de cette base de sondage, 50 numéros ont été tirés de façon aléatoire. La pharmacie Champon à Echirolles a été volontairement exclue de cet échantillon, car les réponses obtenues auraient été biaisées. En effet, les pharmaciens qui y travaillent connaissent l'étude. Parmi ces 50 officines tirées au sort, un rang a été donné à chacune, elles ont été numérotées de 1 à 50. L'échantillon a été constitué de la manière suivante : L'officine numéro 1 a été contactée. En cas de refus de répondre au questionnaire, l'officine du rang 2 a été contactée.

3.5.2. Taille de l'échantillon

Dans notre recherche qualitative, la validité des résultats était assurée par la saturation des thèmes. La taille de l'échantillon a donc été déterminée par l'obtention de la redondance des thèmes analysés. Après 8 entretiens, nous avons effectué des analyses supplémentaires

par groupe de 3 entretiens. L'étude a été arrêtée lorsque la saturation des thèmes a été obtenue et qu'il n'y avait plus aucun élément nouveau pour un groupe de 3 entretiens.

3.6. Enregistrement et transcription des données

L'expression orale des sujets a été retranscrite le plus fidèlement possible en une expression écrite par la retranscription des *verbatim*. Les entretiens ont été retranscrits dès qu'ils venaient d'avoir lieu, à partir de leur enregistrement audio afin de garder en mémoire le ressenti de l'entretien et des intonations de l'interviewé.

4. Procédure d'analyse des données

4.1. Première partie : analyse thématique

L'analyse thématique a été réalisée pour l'ensemble des *verbatim* des personnes interrogées. Le but de l'analyse était de trouver un sens aux données recueillies afin de répondre à notre question de recherche.

4.1.1. Définition de l'analyse thématique

D'après Blanchet et Gotman, ce type d'analyse : « défait la singularité du discours et découpe transversalement, ce qui, d'un entretien à l'autre, se réfère au même thème. Elle ignore ainsi la cohérence singulière de l'entretien, et cherche une cohérence thématique inter-entretiens. La manipulation thématique consiste ainsi à jeter l'ensemble des éléments

signifiants dans une sorte de sac à thèmes qui détruit définitivement l'architecture cognitive et affective des personnes singulières ». [71]

L'analyse du contenu des verbatims des entretiens va nous permettre d'aller au-delà de la première lecture et de s'intéresser au contenu mais aussi au contenant de l'échange avec l'interviewé. Cette méthode consiste en la classification des éléments significatifs dans diverses catégories pour en faire ressortir les différentes caractéristiques en vue de mieux en comprendre le sens exact et précis des verbatims. [69]

4.1.2. Les différentes étapes de l'analyse thématique

L'analyse thématique se décompose selon différentes étapes :

- Retranscription des verbatims. Elle produit une grande quantité de données qu'il va falloir interpréter par la définition de thèmes de manière inductive.
- Lecture globale du matériel récolté. Une fois les données récoltées, on procède à l'écoute globale de tout le matériel. Lors de cette écoute on prend en compte les expressions et les notes relatives aux émotions ressenties par l'intervieweur.
- Une fois que le chercheur a une bonne connaissance de l'ensemble des entretiens, on va le décortiquer en strates et sous strates. Pour cela, la lecture de l'intégralité des entretiens est à nouveau réalisée en soulignant les passages importants, les autres passages étant dans un premier temps laissés à l'écart.
- Découpage des verbatims en unité de sens. Les unités de sens sont regroupées autour des thèmes préliminaires. Puis la récurrence autour des thèmes préliminaires permet l'identification des catégories. [68]

- Etablissement des liens entre les thèmes : on hiérarchise les thèmes en sous thèmes. Ces derniers sont constitués par les thématiques identifiées pour répondre aux questions de recherche. [69]

Il est important que le chercheur s'efforce d'être le plus objectif possible lors de ces étapes qui sont très subjectives et soumises à la sensibilité et aux connaissances du sujet.

L'avis extérieur de trois pharmaciens a été sollicité lors de l'analyse du matériel récolté.

4.2. Deuxième partie : analyse quantitative

Les questions fermées ont été analysées statistiquement. Nous avons choisi d'utiliser un codage pour les variables quantitatives. Cela nous permet de présenter les informations recueillies sous une forme simple et systématique. Dans l'analyse statistique, chaque question va devenir une variable, voir même plusieurs variables. Une variable peut prendre plusieurs valeurs numériques, qui correspondent ici aux différentes réponses aux questions, les modalités.

Il a été choisi de privilégier l'analyse thématique qui était l'objectif premier de ce travail, c'est pourquoi l'échantillon défini par saturation est réduit et ne permet pas d'effectuer de test statistique.

Dans un premier temps, les différents types de variables présentes dans cette enquête ont été définis.

4.2.1. Différents types de variables

4.2.1.1. Variables qualitatives

- **variable nominale** : une variable nominale est une variable qualitative dont les modalités sont un ensemble de réponses simplement distinctes. Cette variable est appelée dichotomique si la variable nominale n'a que deux modalités.

Les variables nominales de notre enquête sont les suivantes:

- Question 8 : besoin de formation : réponses proposées : oui, non et pourquoi pas.
- Question 9 : type de formation suivie : réponses données : Groupement, UTIP, formations à la journée, journaux, e-learning, laboratoires, DU orthopédie
- Question 14 : Zone dans laquelle est située l'officine : urbaine, rurale, zone touristique.

Les variables nominales dichotomiques sont:

- Question 1 : connaissances du décret : oui ou non.
 - Question 14 : Statut du pharmacien dans l'officine : titulaires, adjoints.
-
- **variable ordonnée** : les variables sont dites ordonnées lorsqu'un ordre existe entre les modalités de réponses, elles constituent un ensemble de classe ordonnée. Les répondants seront rangés sur une échelle ordinale.

Les variables ordonnées de notre enquête sont :

- Question 4 : fréquence à laquelle on contacte les médecins pour les raisons suivantes :
 - interaction entre les médicaments prescrits sur l'ordonnance : 1, 2, 3, 4 ou 5
 - suspicion d'effets indésirables dus au traitement : 1, 2, 3, 4 ou 5
 - suspicion de mauvaise observance de la part du patient : 1, 2, 3, 4 ou 5

- Question 7 : difficultés pour adapter les posologies des traitements suivants :
 - AVK : 1, 2, 3, 4 ou 5
 - injections d'insuline : 1, 2, 3, 4 ou 5
 - traitements de l'insuffisance cardiaque : 1, 2, 3, 4 ou 5
 - traitements de l'asthme : 1, 2, 3, 4 ou 5
 - antalgiques : 1, 2, 3, 4 ou 5

- Question 10 : satisfaction de l'offre de formation continue : 1, 2, 3, 4 ou 5

4.2.1.2. Variables quantitatives ou numériques

Les variables sont nommées quantitatives quand on dispose d'une mesure avec un intervalle constant, en effet, l'augmentation d'une unité aura toujours la même signification.

Dans notre enquête les variables quantitatives sont les suivantes :

- Question 3 : fréquence de la prise de contact avec les médecins, en nombre de fois par semaine : les réponses à cette question étant très disparates, on les a classés en plusieurs groupes : 1 à 2 fois par semaine, 3 à 5 fois par semaine, ou + de 6 fois par semaine ;
- Question 11 : nombre supposé de patients demandeurs du suivi par le pharmacien correspondant : aucun, entre 1 et 5, entre 5 et 20, + de 20 ou pas de réponse.
- Question 14 :
 - o Nombre d'années d'exercice : de même, les réponses étant très étendues, on va les regrouper de la manière suivante : de 0 à 5, 6 à 10, 11 à 20, 21 à 30, 31 à 40.
 - o Nombre de pharmaciens exerçant dans l'officine du pharmacien interrogé : 1, 2, 3, 4 ou 5.

4.2.2. Codification des variables

Une fois toutes les variables identifiées, elles ont été codifiées. Le code permet d'associer une valeur à chaque modalité de réponse. Le code utilisé est logique ou bien aléatoire lorsqu'il n'y a pas de logique dans l'ordre des réponses.

Ainsi pour les variables nominales, les codes attribués sont arbitraires et n'indiquent pas une quantité. Alors que pour les variables quantitatives, le code correspond parfois au chiffre donné lors de l'enquête et a le sens d'une unité de mesure. Lorsqu'il y a des

regroupements, on va suivre un ordre d'importance. Pour une des questions, certains répondants n'ont pas pu choisir une des modalités de réponse, un code est donc prévu pour ces non réponses.

La question 9 (type de formation suivie) est un cas particulier, car elle peut avoir plusieurs modalités de réponse, et certains répondants ont cité des réponses multiples. Elle a donc été traitée comme une question à choix multiple et une décomposition logique a été procédée. C'est-à-dire que chaque modalités de réponse est devenu une question fermée, sur le modèle : « suivez-vous ce type de formation ? » oui ou non. Cette question a donc autant de variables qu'elle a de modalités de réponse.

4.2.3. Le dictionnaire des codes

Le tableau en Annexe D synthétise la façon dont chaque information du questionnaire sera notée dans le fichier de données et qui rassemble les différents codes.

4.2.4. Tableaux de données

Une fois ces étapes terminées, toutes les informations des questionnaires ont été reportées dans le tableau de données. Dans ce tableau chaque ligne représente un questionnaire différent, agrémenté par son numéro de questionnaire de 1 à 12. Chaque colonne représente une variable de l'enquête. Toutes les informations apportées par les questions fermées ont été représentées dans ce tableau (partie résultats, Annexe F).

Une fois ces tableaux remplis, les données ont été traitées. A la suite d'un tri à plat, c'est-à-dire une description simple des informations, les caractéristiques des répondants ont été examinées. Cela nous a permis de rapporter les observations liées à la spécificité de l'échantillon interrogé. La distribution des effectifs et des modalités de réponse de chaque question ont été calculées. [70]

4.2.5. Construction des tableaux croisés

Pour construire les tableaux croisés, le fichier de données a été croisé avec les réponses à deux questions pour un même répondant. Le calcul des distributions a été réalisé avec une variable dépendante et une variable indépendante. La variable dépendante était la variable à expliquer et le facteur explicatif était la variable indépendante. Les modalités de la variable indépendante ont servi de base au calcul.

Les tableaux comparant les réponses aux questions de l'enquête selon les différents critères donnés par les questions signalétiques ont été réalisés ainsi que les tableaux correspondants aux hypothèses de l'enquête ou au plan de recherche.

Il a été convenu dans le plan expérimental de comparer les groupes qui se distinguaient clairement pour certaines réponses. Puis, la consistance des questions relatives à un même thème a été vérifiée afin de confirmer si les résultats étaient cohérents et s'ils correspondaient à nos attentes.

5. Conduite des entretiens

5.1. Compte rendu des rencontres

Lors de l'enquête, nous avons appelé les officines et nous avons demandé à parler au premier pharmacien disponible. Si les pharmaciens de l'officine refusaient de répondre, nous passions à l'officine suivante. Il était envisagé de renouveler les appels voire de prendre des rendez-vous téléphoniques en cas d'indisponibilité du pharmacien. Dans ce cas le nom du pharmacien était noté afin d'avoir le même interlocuteur.

5.2. Le pré-test

Il est nécessaire de réaliser un pré-test, pour tester tout questionnaire en conditions réelles avant de débiter une enquête. Le but du pré-test est de voir si le guide d'entretien engendre des réponses ou non et de l'améliorer en fonction de ses résultats afin d'obtenir un gain en qualité de réponse. [69]

Le test du questionnaire est effectué sur un échantillon de 2 personnes prises dans les premiers rangs du tirage au sort. Ainsi, elles ne pourront pas être à nouveau interrogées.

A la fin du pré-test, la personne interrogée donne son avis concernant les difficultés et facilités rencontrées. Elle a la possibilité de dire si elle a bien compris les questions et leurs consignes, si l'enchaînement lui a paru logique, si elle a eu du mal à répondre ou envie de répondre autre chose. Elle peut suggérer des améliorations : ajouter ou supprimer des questions, clarifier certaines parties, les présenter autrement. [70]

A l'issue du pré-test réalisé sur 2 pharmaciens dans les conditions réelles de l'enquête, les modifications suivantes ont été effectuées :

- L'ordre des questions 3 et 4 a été inversé. Ainsi, le sujet du contact avec le médecin est mieux abordé, cet ordre-là semble plus logique selon les interviewés du pré-test.
- Lors de la prise de contact avec le pharmacien on précisera que le questionnaire va se dérouler par téléphone. Car lors des deux pré-tests, les interlocuteurs n'ont pas compris tout de suite que l'entretien allait se dérouler au téléphone.
- Lors de la prise de contact, la durée approximative de l'entretien annoncée au pharmacien sera de moins de 30 minutes, car les deux pré-tests ont duré moins longtemps. Il est donc préférable de ne pas prendre le risque d'écarter des répondeurs potentiels en leur annonçant une durée plus longue.

RESULTATS

12 entretiens ont été menés dans le cadre de ce travail afin d'obtenir la redondance. Les caractéristiques des pharmaciens interrogés sont présentées dans le tableau ci-dessous.

Tableau 1 : Echantillon de l'étude

N°	Sexe	Poste	Nombre d'années d'exercice	Nombre de pharmaciens exerçant dans l'officine	Milieu dans lequel se trouve l'officine
1	Femme	Titulaire	20	3	Rural
2	Femme	Titulaire	6	1	Rural
3	Femme	Titulaire	33	4	Urbain
4	Homme	Titulaire	24	3	Urbain
5	Homme	Titulaire	2.5	1	Urbain
6	Femme	Titulaire	28	2	Rural
7	Femme	Titulaire	15	3	Rural
8	Homme	Titulaire	7	3	Rural
9	Homme	Titulaire	24	3	Rural
10	Femme	Adjoint	18	3	Urbain
11	Femme	Titulaire	26	3	Urbain
12	Homme	Titulaire	5	2	Rural

Le tableau 2 présente le déroulement des entretiens.

Tableau 2 : Compte rendu des entretiens semi-directifs

N°	Date	Heure	Durée	Nombre d'appels	Rappel	Lieu
Pré test 1	15/12/11	9h49	12 mn	1		Urbain
Pré test 2	15/12/11	10h05	14 mn	1		Rural
1	15/12/11	14h55	39 mn	2	oui	Rural
2	15/12/11	15h50	9 mn	1		Rural
3	16/12/11	9h50	11 mn	1		Urbain
4	16/12/11	10h20	12 mn	1		Urbain
5	19/12/11	15h15	17 mn	1		Urbain
6	19/12/11	16h15	25 mn	2	oui	Rural
7	20/12/11	14h10	14 mn	2		Rural
8	20/12/11	16h	16 mn	3		Rural
9	20/12/11	17h	16 mn	1		Rural
10	21/12/11	9h	11 mn	2		Urbain
11	21/12/11	13h	24 mn	3		Urbain
12	21/12/11	14h20	9 mn	2		Rural

Huit pharmacies ont été retirées de l'enquête :

Tableau 3 : Pharmacies retirées de l'enquête

N°	Date	Nombre de rappels	Motif de retrait de l'enquête
1	15/12/11 prétest	1	Prétest terminé car obtention de deux réponses. Cette pharmacie a été abandonnée.
2	19/12/11	3	Interlocuteur non disponible après trois rappels successifs avec rendez-vous convenus.
3	19/12/11	3	Interlocuteur non disponible après trois rappels successifs avec rendez-vous convenus.
4	19/12/11	3	Interlocuteur non disponible après trois rappels successifs avec rendez-vous convenus.
5	19/12/11	3	Interlocuteur non disponible après trois rappels successifs avec rendez-vous convenus.
6	19/12/11	1	Refus de participer de la part du titulaire de l'officine.
7	20/12/11	2	Problème technique : la ligne téléphonique fonctionne mal, l'interviewé décide de ne pas répondre au questionnaire.
8	21/12/11	3	Interlocuteur non disponible après trois rappels successifs avec rendez-vous convenus.

Parmi ces huit pharmacies retirées de l'enquête, cinq l'ont été par manque de disponibilité des pharmaciens.

L'une d'entre elle a préféré ne pas réaliser l'entretien parce que la ligne téléphonique coupait régulièrement.

Enfin, seulement une pharmacienne a refusé de répondre, pour le motif suivant : « je m'occupe déjà d'une stagiaire pendant 6 mois, je ne vais pas me mettre à prendre du temps pour tous les étudiants de 6^{ème} année, sinon je m'en sors plus ! ».

Analyse qualitative

Dans un premier temps, nous allons nous intéresser aux résultats de l'analyse thématique. Les verbatims ont été analysés, puis regroupés en thèmes et sous thèmes dans le but de répondre à notre problématique.

Le choix a été fait de ne mettre qu'un ou deux verbatims illustrant chaque sous-thème, un tableau rassemble la totalité des verbatims utilisés. (Annexe E)

1. Description des activités du pharmacien d'officine

1.1. L'observance

Les pharmaciens interrogés mettent en avant leur plus-value concernant la détection de l'inobservance. C'est un vrai problème dans la prise en charge du patient et certains pensent que l'accompagnement apporté par le pharmacien correspondant leur permettrait de suivre de plus près le traitement et ainsi de pouvoir mieux prendre en charge la mauvaise observance.

« Ah oui, ça peut apporter pour le problème de l'observance déjà. Je pense plutôt l'observance du traitement, parce que on voit qu'il y a des gens qui viennent renouveler des produits avant d'autres, donc, ça nous permet à un certain moment de voir ce qu'il prend en plus ou en moins. »

1.2. Le conseil

Le pharmacien apporte des conseils au patient concernant sa pathologie et ses traitements.

« C'est souvent que l'on sert de tampon entre deux visites, pour le conseil, pour le dépannage ... Notre rôle c'est vraiment entre deux consultations, pour des tas de choses. »

1.3. Le dépistage

La volonté de mettre en place des actions de dépistage des pathologies chroniques à l'officine est présente dans le discours de trois des interviewés :

« En novembre, on a organisé le mois du diabète, on a pris le dernier comptoir et on a mis un paravent. Ça nous a permis de dépister un jeune de 35 ans qui ne savait pas qu'il était diabétique. »

Dans ce cadre, ils sont en demande de partage d'informations médicales avec les médecins :

« Il y aurait aussi plus de liens interprofessionnels, le pharmacien aura plus accès au dossier médical du patient, ce qui permettra de faire des pré-diagnostic, des consultations en pharmacie. »

1.4. Le suivi

Parmi les interviewés, beaucoup se sentent capables d'effectuer un suivi des traitements dans le cadre des pathologies chroniques.

« On le suivra encore de plus près et ça permettra de corriger quelques bêtises...enfin moi je pense que ça ne peut qu'améliorer le suivi de son traitement en tout cas. »

L'un d'entre eux affirme même que le suivi du traitement est plus simple pour le pharmacien que pour le médecin :

« Le suivi, franchement il est plus facile par notre intermédiaire que par le médecin. »

1.5. La prise de tension

Une pharmacienne déclare effectuer, un suivi en accord avec les médecins :

« Comme ils font souvent des ordonnances de six mois, sur l'ordonnance ils marquent que je fais une surveillance de la tension tous les mois. »

2. Les besoins exprimés pour la mise en place du pharmacien correspondant

2.1. La rémunération

Trois répondants citent la rémunération comme condition sans laquelle le rôle ne sera pas adopté par les pharmaciens d'officine :

« Comme pour une consultation médicale... Donc moi, ça va dépendre de la rémunération... »

Pour eux, la rémunération à l'acte est une évolution intéressante de la rémunération des pharmaciens d'officine, ils souhaitent sa mise en place.

« Si on en arrive à la rémunération à l'acte ça serait bien ! »

2.2. Un espace dédié

Dans leur organisation à l'officine, onze répondants ont pensé à la nécessité d'avoir un lieu de confidentialité dédié à ce type de mission.

« Ben déjà il faudrait un espace dédié »

Certains ont déjà fait les aménagements nécessaires dans leurs officines, pour d'autres c'est un projet :

« Actuellement j'ai un espace de confidentialité devant avec un poste un peu isolé, mais je n'ai pas de salle de confidentialité à proprement parler, non ! Mais c'est prévu d'en faire une. »

2.3. Le temps, la disponibilité des pharmaciens

Dans le discours des interviewés, le temps ressort comme un facteur important dans l'organisation des rendez-vous à l'officine. Les projets d'organisation divergent à ce niveau.

Parmi les pharmaciens participants à l'enquête, certains pensent à dédier une journée dans la semaine durant laquelle un pharmacien sera disponible pour accueillir les patients en rendez-vous.

« On a prévu une journée par semaine où on pourra fixer des rendez-vous. J'ai monté le nombre de mon personnel de manière à ce que moi je puisse me libérer toute la journée. »

Beaucoup d'entre eux ont pensé à prendre des rendez-vous à des horaires qui leur permettraient de se libérer des autres obligations de l'officine :

« Ben, il faudrait fixer un rendez-vous à un horaire spécial. Pour pouvoir accorder plus de temps... »

« Donc déjà il faudrait une prise de rendez-vous. Ne pas arriver comme ça et demander un entretien au pied levé »

D'autres pensent avoir le temps de recevoir les patients en entretien sans nécessité de prendre rendez-vous :

« Si une personne vient et qu'on est cinq à servir, ben il y a toujours quelqu'un qui peut prendre le temps. »

Néanmoins, tous insistent sur la nécessité de prendre le temps, afin d'organiser correctement ces rendez-vous.

« Parce que le vrai intérêt là c'est d'être à l'écoute et de prendre le temps avec les patients, ... Moi je me dis, quelqu'un pour qui ça ne va pas du tout, il faut vraiment y passer beaucoup de temps. »

2.4. La décision du titulaire

La pharmacienne adjointe interviewée pense que la mise en place de ces missions nécessite beaucoup de changements dans l'organisation à l'officine. La décision du mode d'organisation sera du ressort du pharmacien titulaire.

« Après c'est pas facile à dire pour moi, je pense qu'il faudrait plutôt voir ce qu'en pense la titulaire, et au niveau du temps...moi je ne peux pas vous dire, elle décidera comment faire. »

3. Les attentes liées à ces activités

3.1. La fidélisation de la patientèle

La patientèle est perçue comme fidèle, elle a choisi sa pharmacie pour les services, le suivi et les conseils qu'elle y trouve.

« Par contre, moi je pense qu'en campagne les gens ils ont choisi. Moi je crois que les gens viennent chez moi parce qu'ils ont confiance en moi »

3.2. La valorisation de la profession

Les pharmaciens ressentent le besoin de valoriser leur profession en adoptant des rôles comme celui du pharmacien correspondant. Pour eux, l'intérêt est de montrer que le pharmacien a un rôle à jouer dans le suivi des patients chroniques. Selon les interviewés, l'image du pharmacien qui ne pense qu'à son bénéfice doit évoluer.

« Les moteurs pour moi c'est évidemment la valorisation de notre métier, ça permet de montrer qu'on est autre chose qu'un simple vendeur de boîte et une personne qui ne pense qu'à sa marge et son tiroir-caisse ! On est un peu plus polyvalents que ça ! »

4. Les réponses émotionnelles

4.1. Positives

4.1.1. La curiosité, l'intérêt

La mise en place de ce rôle soulève des interrogations chez certains des pharmaciens de l'enquête. Ils sont curieux de savoir comment va se faire la mise en place, quelles sont les formalités à remplir.

« Mais alors comment ça se passe ? C'est la CRAM qui va nous envoyer un dossier à remplir ou pas ? Au niveau pratique je ne sais pas du tout comment on fait ? »

4.1.2. Le réveil de la passion du métier

Les pharmaciens parlent de leur métier de façon très positive, ils pensent avoir un rôle très important à jouer auprès des patients.

« On a un super rôle, nous les pharmaciens, surtout dans les villages, on a un rôle génial »

4.1.3. L'enthousiasme

4.1.3.1. Des pharmaciens

Les pharmaciens de l'étude se montrent enthousiastes à plusieurs niveaux :

Les liens interprofessionnels avec les médecins seraient plus nombreux, l'accès aux dossiers médicaux serait aussi facilité, ainsi le pharmacien pourrait jouer un rôle important dans la prise en charge médicamenteuse du patient.

« Il y aurait aussi plus de liens interprofessionnels, le pharmacien aura plus accès au dossier médical du patient, ce qui permettra de faire des pré-diagnostic, des consultations en pharmacie. »

Ils sont aussi enthousiastes de voir leur mode de rémunération et leurs missions évoluer avec la loi HPST.

« Personnellement, comme la plupart des pharmaciens, je pense qu'on a un rôle à jouer, aussi bien dans la loi HPST que dans les dernières compositions qui ont été faites pour essayer de nous trouver une autre forme de rémunération. »

De même, les pharmaciens insistent sur l'intérêt pour le patient d'un suivi rapproché du traitement et des paramètres biologiques de surveillance par le pharmacien.

« Ça permet un suivi pour les patients qui ne le font pas bien et qui ne vont que 2 à 3 fois chez le médecin par an.

Et du coup, une meilleure efficacité du traitement ! »

4.1.3.2. Des patients

D'après les pharmaciens interrogés, ce suivi permet au patient de se sentir plus encadré, et ainsi d'améliorer son rapport à la prise en charge médicamenteuse.

« C'est-à-dire que le patient, il sent qu'il est suivi de près, donc il va prendre mieux son traitement. Il voit que l'on s'occupe de lui personnellement, donc ça c'est quelque chose qui, pour lui-même est important quand même ! »

Certains patients sont très réceptifs à l'intérêt qui est porté à leur traitement par le pharmacien.

« Mais d'une manière générale je pense qu'il (le patient) nous fait déjà confiance. S'asseoir avec lui et lui expliquer les choses, c'est très bien perçu. Les fois où on l'a fait c'était très bien passé, donc voilà. »

L'une des interviewée a pensé que la population âgée de plus de 65 ans serait plus intéressée, car elle sollicite souvent le pharmacien.

« Moi je verrai plutôt des tranches d'âge, c'est-à-dire, je pense que les clients qui auraient plus de 65 ans seraient ouverts,

Dans un premier temps ça sera sûrement plutôt les personnes d'un certain âge. Elles comptent déjà sur nous »

4.1.3.3. Des médecins

Certains pharmaciens pensent que l'avis des médecins sera positif.

En effet, cette collaboration permettrait de les soulager de certaines consultations.

« Un médecin submergé ça peut le soulager un peu. »

4.2. Les réticences

4.2.1. Des pharmaciens

4.2.1.1. L'adaptation posologique

L'adaptation posologique n'est pas dans les habitudes du pharmacien. Sept d'entre eux l'ont souligné et ont fait part de leur appréhension à endosser cette responsabilité.

« Mais c'est pas facile pour nous de changer les posologies, on n'est pas médecin quand même ! »

L'adaptation posologique sera plus facile, selon les interrogés, si ils ont les formations adaptées, et toutes les informations médicales, c'est-à-dire les comptes rendus médicaux, les analyses et les bilans.

« en tout cas on aura besoin de formation,

Alors si on a à adapter les traitements anticoagulants évidemment qu'il faudra une formation, et ensuite avec les résultats d'analyse, évidemment qu'on saura faire !

*Mais voilà il va falloir être vigilant et être bien formé pour ne pas faire d'erreurs... voilà.
...On saura faire si on se forme mais en tout cas aujourd'hui on ne pourrait pas le
faire...sans formation. »*

4.2.1.2. Les dérives possibles

Un pharmacien interviewé a fait part de son inquiétude concernant des dérives possibles de la part des pharmaciens. Il pense que certains pourraient être tentés de facturer un suivi sans l'effectuer réellement.

« Après le problème ça va être les dérives qu'il peut y avoir. Des pharmaciens peuvent commencer à facturer, renouveler des ordonnances si le patient n'en n'a pas besoin, pour se faire des sous, c'est problématique. »

4.2.2. Des médecins

Les médecins sont perçus comme des freins à la mise en place de cette collaboration par sept des pharmaciens interviewés.

Leur réticence viendrait, selon deux d'entre eux du fait qu'on diminue le nombre de consultations médicales car certaines seraient remplacées par l'entretien pharmaceutique.

« Ils ont peur de perdre une prescription ou deux dans l'année. Parce que, apparemment, d'après ce que j'ai compris, le pharmacien coordinateur va renouveler une fois ou deux l'ordonnance, avec l'accord du médecin, mais ça lui fait quand même une consultation en moins. Les médecins ils ne sont pas d'accord avec ça. »

Selon deux autres, les médecins ne seraient pas prêts à déléguer certaines de leurs fonctions au pharmacien.

« à moins qu'ils aient l'impression qu'on empiète sur leur territoire ! Il peut y avoir ça aussi. »

Deux autres répondants pensent que certains médecins dévalorisent le rôle des pharmaciens.

« Parce qu'il y en a certains qui sont trop attachés à leur rôle, ils pensent que le pharmacien n'est qu'un épicier, qu'il n'est pas capable de...de prendre une quelconque initiative. Bon...ceux qui sont en fin de carrière en général ils ont un peu de mal à accepter notre intervention et notre signalement. »

4.2.3. Des patients

Certains pharmaciens interrogés présentent une réticence de la part des patients.

Selon l'un des interviewés, les patients n'ont pas confiance dans le pharmacien lorsqu'il s'agit de pathologies lourdes et chroniques.

« Et puis il faut que le patient nous fasse confiance, pour qu'on puisse avoir notre rôle à jouer. Je pense que c'est pas évident ça. Ils ont confiance pour des petites pathologies, des petites choses... »

Un autre pense que les patients sont très attachés au fait de se faire examiner par un médecin.

« Le fait qu'on ne les examine pas ça les inquiète quand même. »

Les patients font part de leurs inquiétudes liées au fait de ne pas pouvoir consulter leur médecin aussi souvent qu'ils en ont besoin. Cette inquiétude pourrait être accentuée si on leur propose un suivi par un pharmacien correspondant.

« Ils sont tellement inquiets de ne plus pouvoir joindre un médecin, surtout pour les plus âgés, qu'ils ont l'impression qu'ils le verront encore moins souvent. »

Une des pharmaciennes interviewée déclare avoir peur de l'interprétation que les patients vont se faire des conseils qu'elle donne. C'est une responsabilité de prendre des personnes en rendez-vous, elle se méfie de patients qui peuvent mal comprendre ses interventions.

« Le problème c'est que les gens interprètent très mal ce qu'on leur dit, ils n'ont parfois pas compris et pour nous c'est une très grosse responsabilité »

5. La collaboration avec le médecin

5.1. La gestion du risque médicamenteux

Le dialogue avec le médecin apparaît indispensable pour limiter les erreurs médicamenteuses.

« Donc quand on se parle bien avec le médecin, ça évite pas mal d'erreurs quand même. »

Il permet aussi de réagir face à un problème, notamment à la lecture de l'ordonnance, mais surtout à des problèmes d'iatrogénie ou d'interactions médicamenteuses.

« Et puis euh... d'évaluer, avec le médecin... d'évaluer les effets désirés et indésirables quoi. »

Le suivi de certains paramètres biologiques à l'officine, comme la glycémie dans le cadre d'un traitement du diabète est aussi mis en avant comme facteur de meilleure efficacité du traitement.

« Si jamais on nous donne le droit de surveiller la glycémie ou des choses comme ça...ca permettra une détection plus rapide, plus précoce d'un problème. »

5.2. L'aspect réglementaire

Les pharmaciens sont demandeurs de loi qui leur permettent de légitimer leurs interventions auprès des prescripteurs.

« Mais là ça serait validé et reconnu, dans le cadre d'un protocole, ça donnerait plus de crédibilité à notre façon de travailler. »

5.3. L'échange d'expertise

Dans leur pratique, les pharmaciens sollicitent les médecins lorsqu'ils ont besoin de prendre une décision concernant le traitement.

« Mais c'est vrai qu'heureusement qu'on peut faire ça, on se contacte, même rapidement et on voit ensemble ce qu'il faut faire. »

« Il y a que comme ça que ça peut marcher à mon avis, parce que si chacun reste dans son coin et qu'on ne se concerte pas, il y a beau avoir des missions... ça ne sert à rien. »

Cet échange d'expertise leur permet de confronter leurs points de vue et de prendre des décisions pour optimiser les traitements.

« Par plus de dialogue avec le patient et avec le médecin, on peut tout de suite détecter les freins à ce que... à la prise de médicaments »

Certains pharmaciens interviewés voudraient faire part au médecin des problèmes qu'ils constatent dans la prise en charge par le patient.

« Comme ça on pourrait en faire part au médecin... que le patient ne suit pas son traitement. C'est bien qu'il le sache aussi. Si le patient va ensuite se plaindre d'un certain nombre de choses, mais enfaite il ne prend pas son traitement. »

5.4. La confiance

5.4.1. Les freins

Selon l'un des interviewés, les médecins, comme les pharmaciens veulent garder leur indépendance, ce qui pose problème dans le travail collaboratif.

« Mais... c'est vrai qu'un travail ensemble entre le médecin et le pharmacien c'est bien, mais le problème c'est qu'en ce moment, il n'y a pas de travail ensemble. Chacun veut garder son indépendance donc c'est compliqué. »

Un autre frein couramment cité est le fait que les médecins sont peu souvent joignables. De plus, les patients chroniques vont consulter leur médecin généraliste ainsi que des spécialistes, ce qui multiplie les interlocuteurs.

« Et si on arrive à joindre le médecin, parce que c'est pas souvent qu'on arrive à joindre le médecin ! A l'hôpital, j'en parle même pas, c'est toujours niéte, on n'arrive pas à les joindre... C'est surtout pour des interactions où le client est allé consulter chez plusieurs médecins. »

5.4.2. Les facilitateurs

Le fait de connaître les médecins facilite la collaboration avec des pharmaciens avec ces derniers.

« Nous on se connaît vraiment bien avec les médecins. »

De plus, deux pharmaciens de zones rurales connaissent mieux les médecins qui consultent aux alentours, ce qui semble être un facteur de succès de la collaboration.

« Oui, ils le prennent très bien, on s'entend bien avec les médecins du coin, donc il n'y a pas de problèmes. »

Le pharmacien est souvent l'initiateur de ces dialogues, il s'attache à créer un climat de dialogue agréable avec les médecins pour pouvoir travailler dans de meilleures conditions.

« Alors je préfère ne pas rester dans mon coin, je fais un geste envers le médecin et il y a peu de conversations qui se passent mal... C'est pas parce que j'ai que des médecins géniaux, c'est parce que aussi il faut le vouloir. »

5.4.3. Nécessaire à la collaboration

La confiance semble être la clé de la réussite de la collaboration professionnelle avec le médecin.

« La confiance doit s'installer entre nous trois. Le client, le médecin et moi. Je pense que même pour le client c'est rassurant d'avoir l'avis des deux. »

L'échange d'informations est aussi à la base de la relation de confiance qui va s'installer entre médecins et pharmaciens.

« Je pense que plus on tend la main vers les médecins, plus on leur donnera des choses et plus ils pourront nous donner »

5.5. Relation de dépendance

5.5.1. Aval du médecin

Plusieurs pharmaciens parmi ceux interviewés ont fait part de leur besoin d'une mise au point préliminaire avec le médecin.

« En tout cas on est obligé de travailler avec le médecin ! Moi je suis contre le fait de le faire tout seul, il faut le faire avec l'avis du médecin. La première fois on demande l'avis du médecin et après on va voir avec l'avis du client comment il va s'en sortir. »

Cette mise au point préliminaire permettra de définir une façon de procéder, des protocoles en accord avec le prescripteur.

« Qu'on nous dise, quand vous avez tel type de problème il faut faire comme ça, comme ça et comme ça, et puis qu'on n'en déroge pas quoi ! »

5.5.2. Validation des décisions par le médecin

Pour d'autres, la validation des décisions par le médecin doit être systématique.

« Mais je pense que la décision de modifier le traitement doit être prise conjointement avec le médecin. Pour moi on travaille en équipe, le médecin sait pourquoi il a mis telle molécule et pas une autre. »

Analyse quantitative

1. Tableaux de données

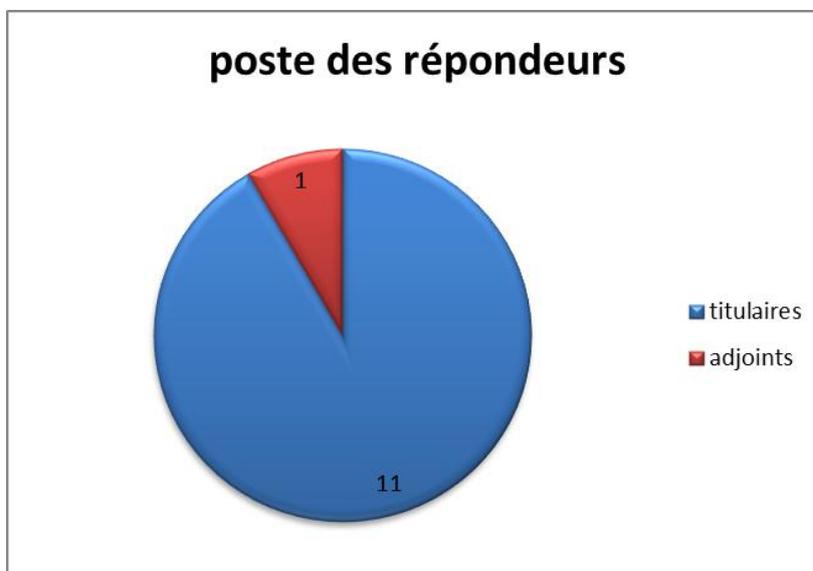
L'ensemble des informations apportées par les questions fermées ont été codées à l'aide du dictionnaire des codes et regroupées dans le tableau de données (Annexe F). [70]

2. Profil des répondeurs

Le profil des répondeurs a été analysé dans un premier temps à l'aide de questions signalétiques. Toutefois, le but n'était pas d'avoir un échantillon représentatif de la population parente, mais une exhaustivité dans les réponses.

Notre échantillon étant de petite taille, nous avons choisi de présenter nos résultats avec leurs effectifs respectifs et non pas les pourcentages.

Figure 2 : Poste des personnes interrogées



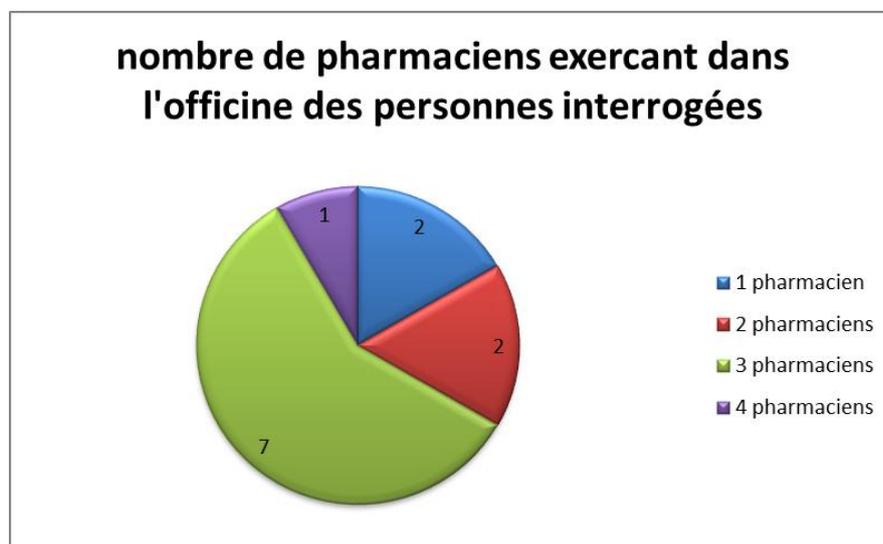
Les répondants sont en très grande majorité des titulaires et les pharmaciens assistants ne sont représentés dans notre échantillon que par une personne.

Figure 3 : Nombre d'années d'exercice des répondants



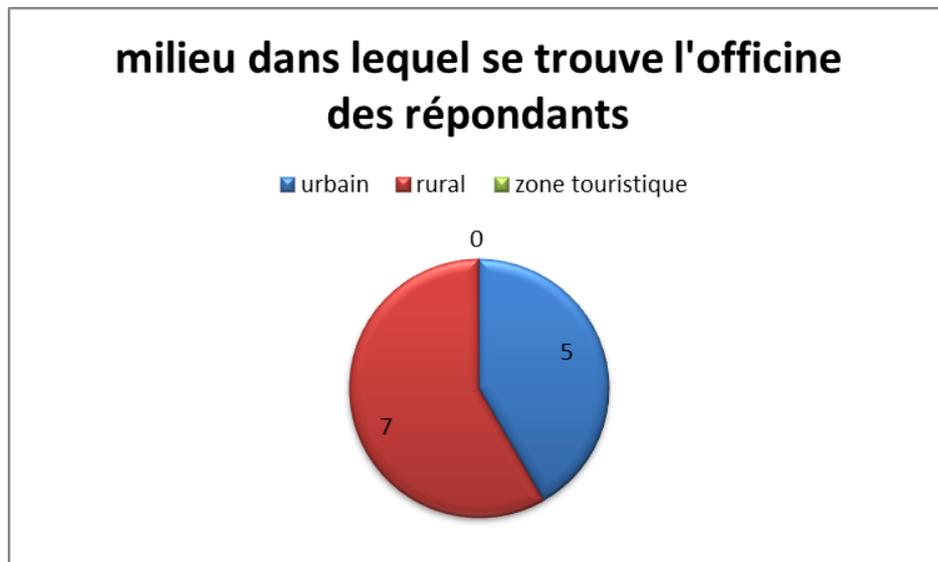
Les pharmaciens interrogés ont un nombre d'année d'exercice diversifié et on retrouve des représentants pour chaque tranche d'ancienneté, bien que le groupe 31 à 40 ans d'exercice soit le moins représenté.

Figure 4 : Nombre de pharmaciens exerçant dans l'officine de la personne interrogée



Une majorité de pharmaciens répondants travaillent au sein d'une officine employant 3 pharmaciens.

Figure 5 : Milieu dans lequel se trouve l'officine



Aucun des pharmaciens interrogé ne travaille dans une zone touristique, 7 travaillent dans une zone rurale et 5 dans une zone urbaine ;

Figure 6 : Répartition des répondants en fonction du sexe

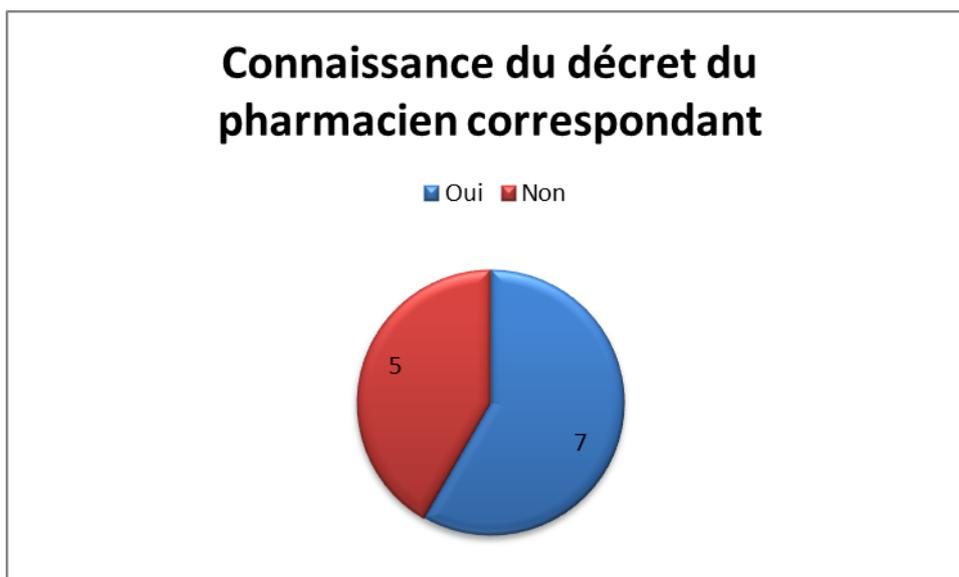


3. Analyse des tris à plat

Nous nous attacherons dans cette partie à toujours citer la question en entier pour que l'on en comprenne bien le contexte.

Question 1 - Pour commencer, je souhaite savoir si vous avez entendu parler du décret du pharmacien correspondant ?

Figure 7 : Connaissance du décret du pharmacien correspondant des personnes interrogées



Par la suite des précisions sont demandées : « Que pouvez-vous m'en dire ? »

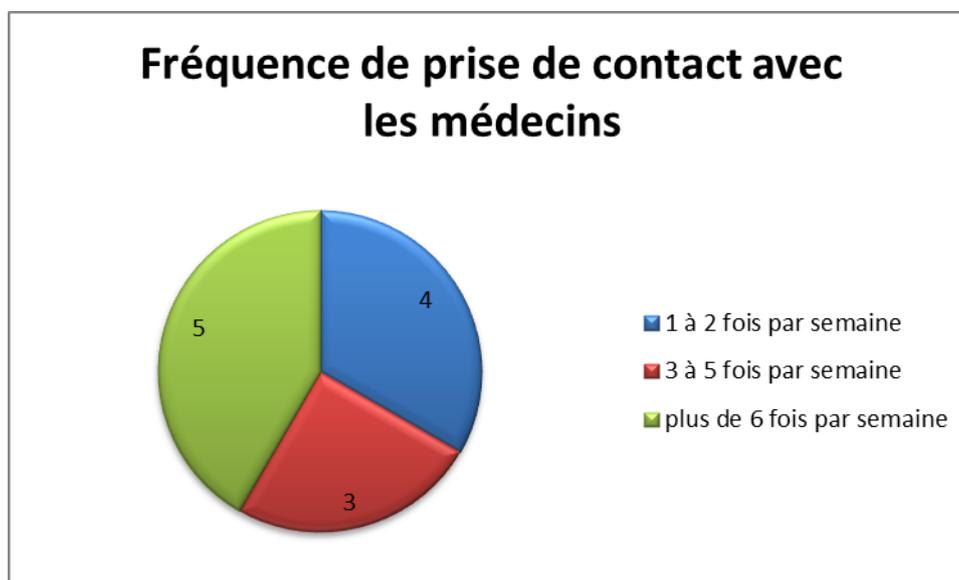
Les précisions apportées par les pharmaciens qui déclaraient connaître le décret du pharmacien correspondant sont :

« Ben je sais pas trop quoi vous dire »

« Ça n'a rien à voir avec ce que je vous disais alors, je mélange les deux... moi je parlais du pharmacien référent alors...ça s'appliquerait à toutes les officines alors ?»

Question 3- Dans vos pratiques habituelles, à quelle fréquence environ prenez-vous contact avec les médecins ? En nombre de fois par semaine :

Figure 8 : Fréquence de prise de contact des personnes interrogées avec les médecins

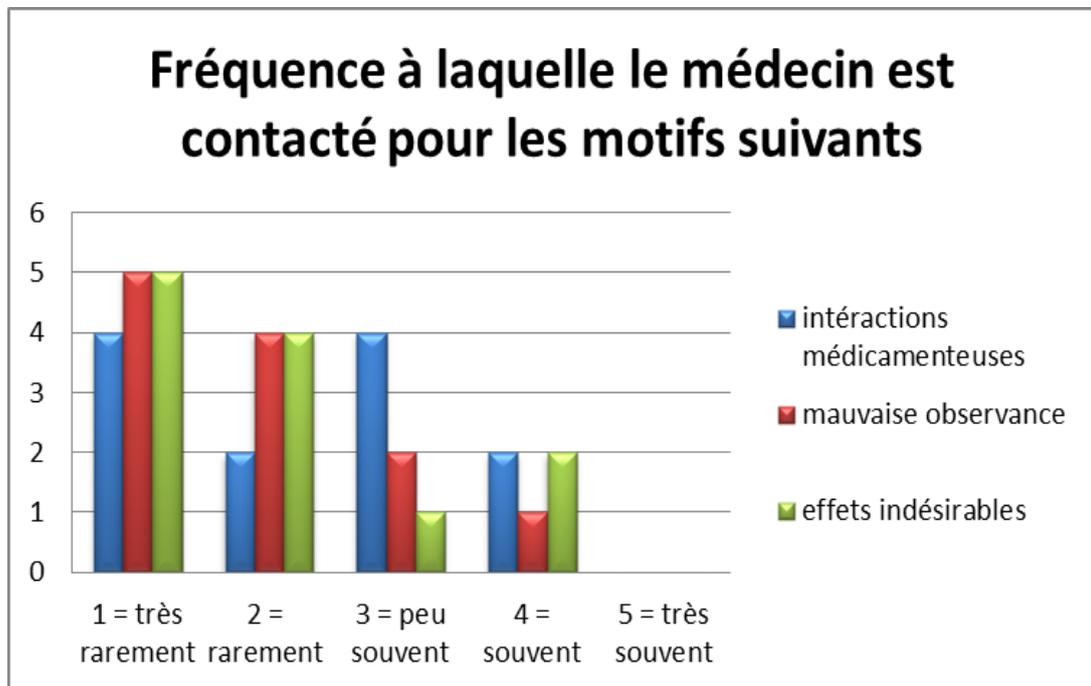


Tous les répondants nous citent au moins un contact par semaine avec les médecins. Cependant le groupe le plus représenté déclare contacter les médecins une fois par jour ou plus.

Question 4- Vous arrive-t-il de contacter le médecin pour lui faire part des problèmes suivants : *1 correspondant à très rarement et le 5 à très souvent* :

- interaction entre les médicaments prescrits sur l'ordonnance :
- suspicion d'effets indésirables dus au traitement :
- suspicion de mauvaise observance de la part du patient :

Figure 9 : Fréquence à laquelle le médecin est contacté par les pharmaciens interrogés pour des interactions médicamenteuses, une mauvaise observance ou encore des effets indésirables



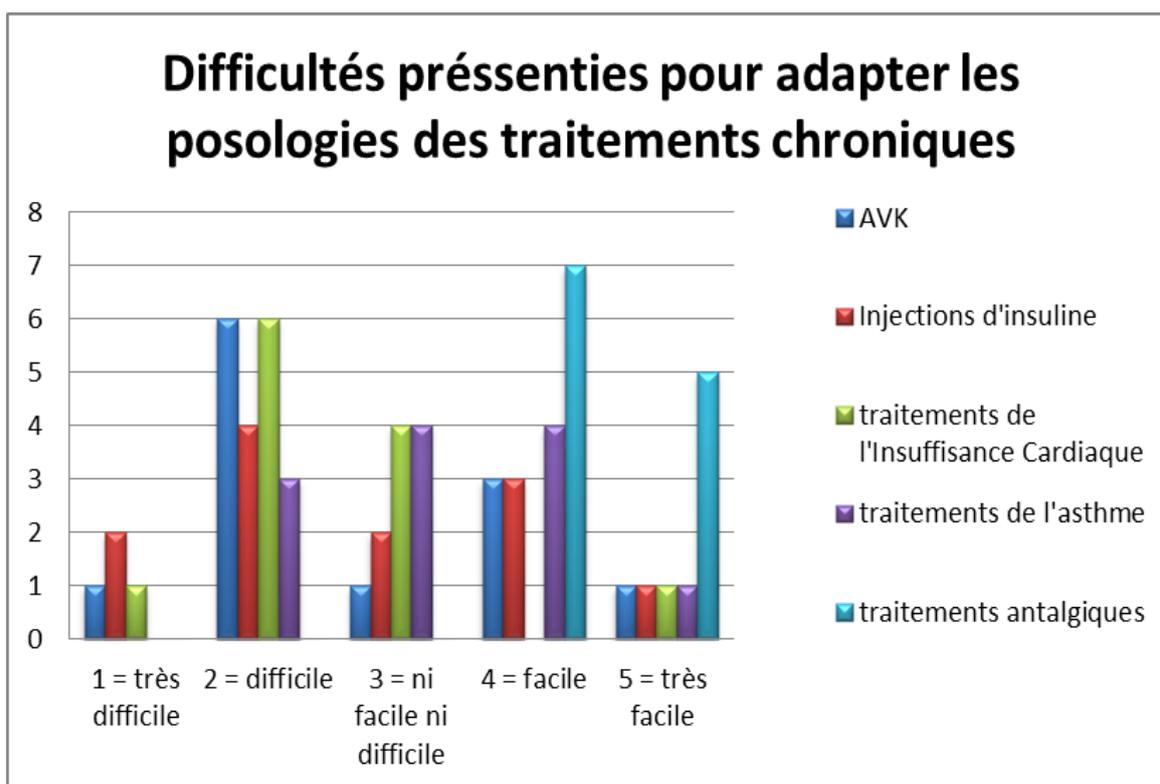
La fréquence de la prise de contact avec le médecin pour ces interventions pharmaceutiques semble être faible pour les pharmaciens interrogés.

L'observance paraît être le motif de prise de contact le moins représenté, selon les pharmaciens répondants.

Question 7- Pensez-vous qu'il sera facile ou difficile d'adapter les posologies de ces différents traitements ?

Sur une échelle de 1 à 5, la note de 1 correspondant à très difficile et le 5 à très facile

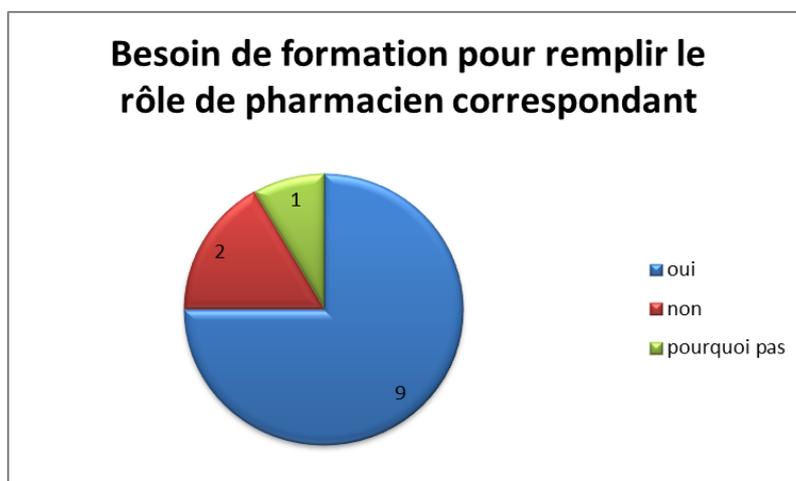
Figure 10 : Difficultés ressenties pour adapter les posologies des AVK, des injections d'insuline, des traitements de l'insuffisance cardiaque, des traitements de l'asthme et des traitements antalgiques par les personnes interrogées.



Les interviewés rapportent que l'adaptation des AVK et des traitements de l'insuffisance cardiaque est relativement difficile. Alors qu'ils déclarent que l'adaptation des traitements de l'asthme et des traitements antalgiques est plus facile.

Question 8- Pensez-vous qu'une formation pourrait vous aider dans cette mission ?

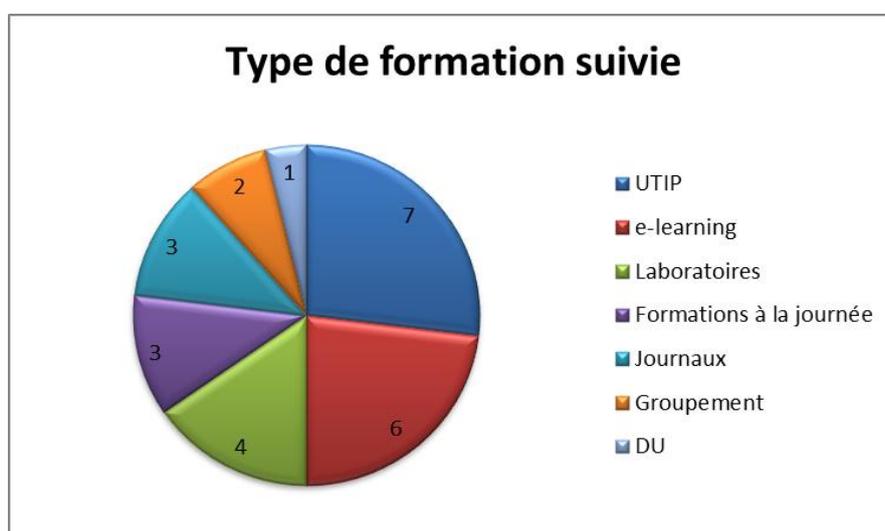
Figure 11 : Besoin de formation ressenti par les pharmaciens interrogés pour remplir le rôle de pharmacien correspondant



Les trois quarts des pharmaciens qui ont été interrogés déclarent avoir besoin d'une formation pour remplir leur rôle de pharmacien correspondant.

Question 9 – Quel type de formation professionnelle continue suivez-vous ?

Figure 12 : Type de FPC suivie par les personnes interrogées

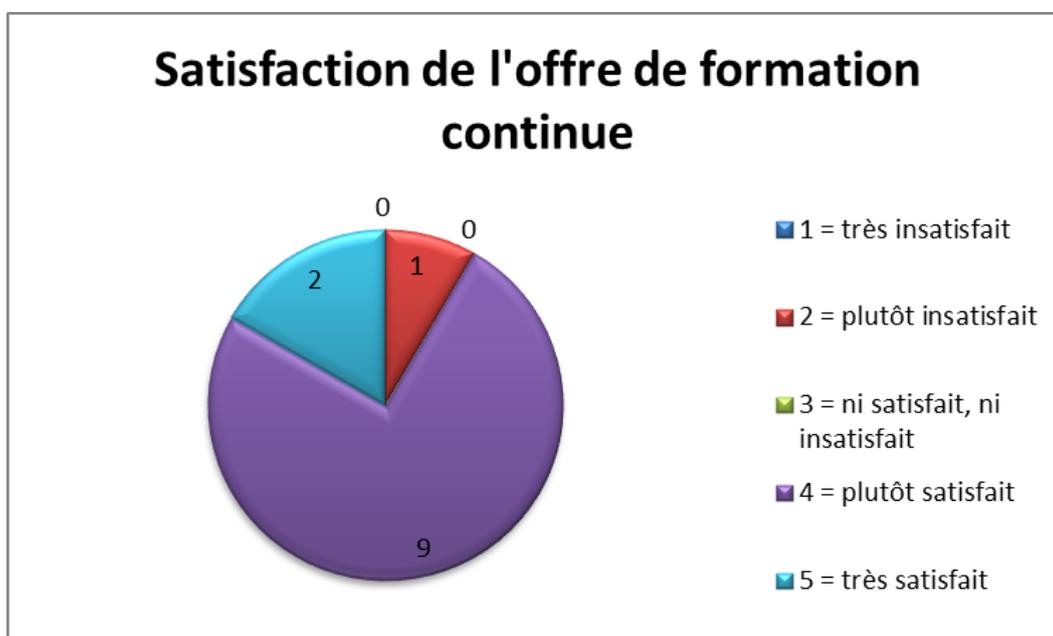


Le type de formation citée le plus souvent est l'UTIP (Union Technique Intersyndicale Pharmaceutique), suivi par le e-learning et les formations par les laboratoires. On retrouve dans des proportions plus faibles les formations à la journée, les formations par des journaux, les groupements et enfin les DU.

Question 10 : Etes-vous satisfaits des offres de formation continue?

La note de 1 correspond à très insatisfait et le 5 à très satisfait.

Figure 13 : Satisfaction de l'offre de FPC des pharmaciens interrogés

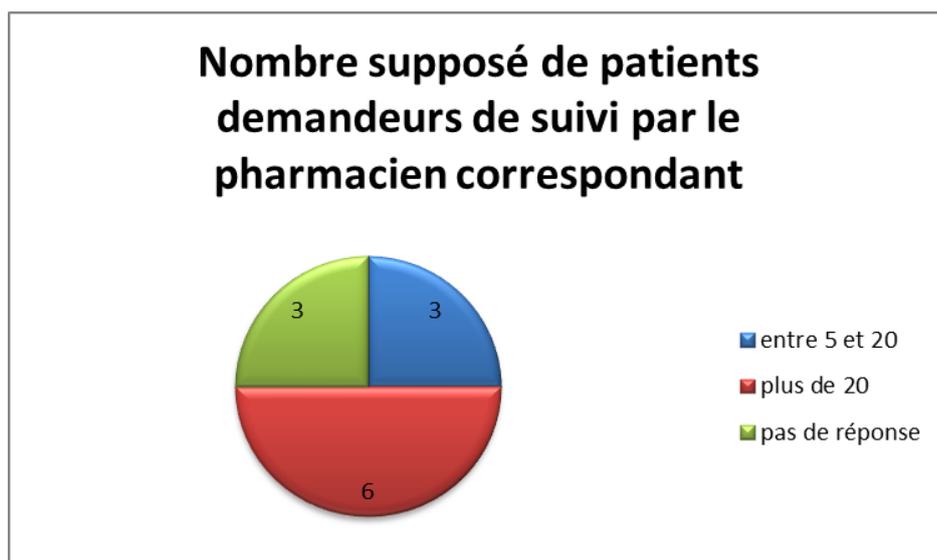


La grande majorité des pharmaciens, soit onze sur douze déclarent être plutôt satisfaits voire très satisfaits de l'offre de formation continue.

Question 11 : Pour en revenir à la mission de pharmacien correspondant, selon vous, combien de patients chroniques de votre pharmacie seraient demandeurs de ce suivi à l'officine ?

Aucun, entre 1 et 5, entre 5 et 20, ou plus de 20.

Figure 14 : Nombre de patients intéressés par le suivi par le pharmacien correspondant, selon les pharmaciens interrogés



Parmi les répondants, trois n'ont pas su répondre à cette question :

« Au niveau du nombre, je n'ai absolument aucune idée, j'espère que vous pouvez cocher une case « aucune idée » parce que je ne sais pas du tout ! »

Pour ceux qui ont répondu, tous ont cité des nombre supérieurs à 5 patients et la moitié des répondants pensent que plus de 20 personnes seraient intéressées par ce décret.

4. Observation du tableau : analyse comparative

La population sur laquelle nous avons effectué l'enquête étant trop faible nous n'avons pas pu réaliser de test statistique.

Pour nous permettre d'aller plus loin dans l'interprétation de l'enquête, les résultats à deux questions distinctes ont été mis en parallèles à l'aide de tableaux croisés. Cela nous a permis de donner des tendances, qui illustrent les résultats de l'analyse thématique. Nous avons choisi de présenter l'ensemble de ces tableaux dans l'annexe G. Les plus pertinents seront également présentés dans la partie discussion.

DISCUSSION

1. Les limites de l'étude

1.1. L'échantillonnage

Pour la sélection de l'échantillon de l'étude, la redondance de thèmes a été utilisée comme facteur limitant. Nous avons donc arrêté l'enquête lorsqu'elle a été obtenue.

Les résultats de l'enquête sont représentatifs de la population étudiée et non pas de l'ensemble de la population des pharmaciens d'officine, l'objectif de cette étude qualitative étant l'exhaustivité et non pas la représentativité. L'échantillon restreint déterminé par la redondance dans le cadre de l'analyse qualitative ne nous a pas permis d'effectuer de test statistique pour l'analyse quantitative.

Dans les critères de sélection de l'échantillon, il n'a pas été imposé de choisir des titulaires ou des adjoints. Au final, l'échantillon interrogé est constitué principalement de pharmaciens titulaires, l'opinion des pharmaciens adjoints n'est donc pas représentée. Cependant, le seul adjoint participant a déclaré qu'il ne pourrait prendre de décision concernant le pharmacien correspondant sans l'aval du titulaire de son officine. Cela ne devrait donc pas modifier les résultats quant à la mise en place de protocole de pharmacien correspondant.

1.2. Le biais de sélection

Lors de l'administration de l'enquête, nous avons sollicité les pharmaciens sur leur lieu de travail. Seuls ont pu répondre ceux qui avaient la possibilité de prendre sur leur temps de travail ou de me donner un rendez-vous en dehors de ces horaires. Le manque de temps a vraisemblablement été un facteur limitant de la participation des adjoints.

De plus, seule la perception d'un pharmacien par officine a été prise en compte.

1.3. L'identité de l'enquêteur

Le questionnaire a été rédigé et respecté dans l'ensemble des entretiens afin de limiter les oublis ou reformulations de l'enquêteur.

La retranscription des verbatims a été réalisée en vue de rester fidèle aux entretiens et d'empêcher l'interprétation du discours des interviewés

Les entretiens ont été réalisés par un étudiant en pharmacie. Cela a créé donc une proximité avec les interrogés qui ont pu se comporter en « modèles » ou vouloir donner des conseils à ce dernier. Cela peut être considéré en avantage ou comme une source de biais dans les réponses.

1.4. Perception de l'entretien par les participants

Avant de commencer le questionnaire, il a été précisé que cette enquête était réalisée dans le cadre de la thèse d'exercice d'une étudiante en pharmacie. Certains pharmaciens ont donc répondu en se plaçant comme conseillers, ils se sont montrés encourageants.

« Si je vous dis ça c'est parce que vous êtes jeune et que les premières années où on a un diplôme de pharmacien, on pense que la fac nous a tout appris et qu'on sait tout. »

« Bon courage pour la rédaction ! »

« Vous êtes très courageuse, c'était très bien, bonne continuation pour vous »

Beaucoup ont trouvé le sujet intéressant:

« Merci pour votre sujet de thèse qui est intéressant je pense. »

La majorité des participants m'a remerciée pour l'intérêt qui lui avait été porté et aussi de
« promouvoir » les futures missions du pharmacien.

« C'est super ce que vous faites. »

« Merci beaucoup, votre génération doit prendre des initiatives comme celle-ci ! »

1.5. Intérêt des participants pour le sujet de recherche

Certains répondants ont souhaité en savoir plus sur mon sujet de thèse :

« Et votre thèse c'est quoi vraiment ? ».

Deux personnes parmi les interviewés ont demandé à recevoir mes résultats par mail, une fois que la thèse serait terminée :

« En tout cas je vous remercie pour l'intérêt que vous portez à notre profession et à ce genre de missions, vous le prenez à cœur et c'est très bien ce que vous faites mademoiselle. Vous pourriez me communiquer les résultats de votre enquête ? »

« Simplement, j'aimerais savoir si c'est possible d'avoir la synthèse de votre enquête ? Ça m'intéresse de savoir ce que les autres en ont pensé. »

1.6. Difficultés rencontrées lors de la conduite des entretiens

Lors des entretiens, en fonction de l'attitude de l'interlocuteur, diverses difficultés ont été rencontrées par l'enquêteur.

Certaines personnes ont beaucoup fait de digressions par rapport aux questions initiales et il a parfois été difficile de les gérer. Il a pu être nécessaire de les interrompre pour les rediriger sur une autre question ou pour préciser les termes de la question.

D'autres répondaient très rapidement, seulement par quelques mots, sans apporter de précisions.

Un des entretiens a été interrompu par une collègue du pharmacien interrogé. Ce dernier a été ensuite pressé de terminer l'enquête.

Un pharmacien a affirmé dès l'annonce de l'objet de la recherche :

« Cette loi n'est plus d'actualité, ça ne risque pas d'arriver, vous le savez ? Tout ce qui concerne la loi HPST a finalement été abandonné par l'assemblée, on a fait un grand pas en arrière ! C'est passé aux nouvelles en novembre je crois, toutes les nouvelles missions du pharmacien, qui étaient très bien, c'est tout fini. Toutes les nouvelles missions dans le cadre de cette loi sont abandonnées, c'est-à-dire qu'on en parlera plus tard, dans 2, 3 ans ou plus. ... C'est le gouvernement qui a tout abandonné. Rien ne verra le jour, tout ce qui a été fait est abandonné, ça n'a servi à rien ! Tout ce qui a été dit depuis les 6 derniers mois, c'est tombé à l'eau, au point mort. »

J'ai dû me montrer insistante afin de réaliser mon questionnaire.

1.7. L'analyse des entretiens

L'analyse thématique est basée sur la sélection de verbatims et leur regroupement en thèmes. La subjectivité ainsi que les conceptions de la personne qui réalise cette analyse peuvent influencer cette étape.

Le point de vue de l'étudiant a été confronté à celui de trois pharmaciens qui ont l'expérience de ce type d'analyse. Etant eux-mêmes pharmaciens, ils connaissent et ont leur propre représentation de la population cible de cette étude. Cela a pu leur donner un regard averti et influencer l'analyse thématique. Trois pharmaciens de domaines différents ont donc été choisis afin de représenter les différents univers pharmaceutiques : hôpital, recherche, officine.

2. Discussion des résultats

2.1. Activités pharmaceutiques

Dans un premier temps, les pharmaciens interviewés ont décrit leurs activités pharmaceutiques. Les principales activités regroupent le suivi de l'observance, les conseils, le suivi du traitement ainsi que la prise de tension. Une pharmacienne précise réaliser la prise de tension lorsque le médecin le précise sur l'ordonnance du patient. Certains citent le dépistage comme une activité amenée à se développer au sein de leurs officines.

La majorité de ces activités sont retrouvées dans le code de la santé publique, tant dans la description des attributions du pharmacien d'officine que dans celle de l'acte de dispensation. Règlementairement, la mise à disposition d'auto tensiomètre aux patients peut être proposée par le pharmacien d'officine. Cependant, l'acte de prise de tension ainsi

que la réalisation de dépistages constituent un exercice illégal de la médecine. Dans une enquête menée par l'institut de sondage Ipsos pour le Quotidien du Pharmacien auprès des pharmaciens d'officine, 75% d'entre eux déclarent proposer des actions de dépistage à leurs patients. Ces programmes de dépistages ont parfois été établis en collaboration avec les médecins ou certaines sociétés savantes, mais n'ont pas fait l'objet de validation par la HAS, ils ne sont donc pas autorisés. [72]

Dans la description du rôle de pharmacien, il semble étonnant que le signalement des interactions médicamenteuses et la gestion des effets indésirables n'aient pas été des thèmes prioritairement cités par les pharmaciens interrogés. Cela pose la question de la perception de ces derniers quant à leur cœur de métier.

Pour la majorité des interviewés, la fréquence des contacts des médecins pour les motifs de signalement de mauvaise observance, d'interactions médicamenteuses ou d'effets indésirables étaient peu souvent, rarement ou très rarement. La figure 9 correspondant à la fréquence à laquelle le médecin est contacté par les pharmaciens interrogés pour des interactions médicamenteuses, une mauvaise observance ou encore des effets indésirables est dans la partie résultats.

Selon une enquête réalisée en 2004 auprès des médecins, 6% des médecins admettent ne jamais avoir eu de contact verbal avec les pharmaciens. Les motifs des échanges sont dans 94% des cas des problèmes liés à l'ordonnance et dans 38% des cas des problèmes liés aux modalités de remboursement. [35]

Lorsque nous avons donné la définition du décret du pharmacien correspondant, cette dernière mentionnait l'obligation de suivi de l'observance et de la tolérance du traitement,

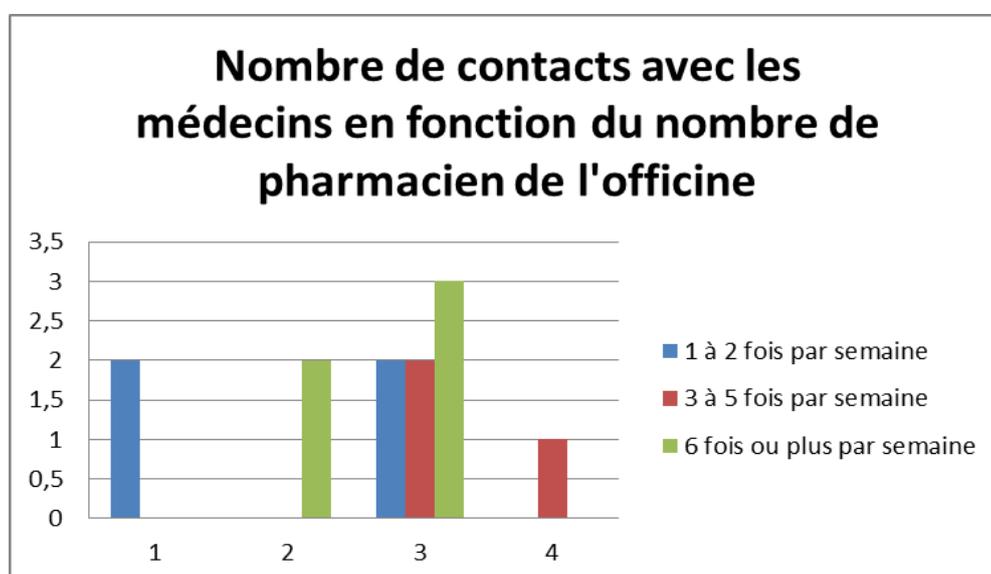
mais pas des interactions médicamenteuses. Ce qui pourrait expliquer l'absence de références aux interactions médicamenteuses de la part des pharmaciens.

Les pharmaciens précisent mesurer facilement la mauvaise observance des patients. Cette information n'est pourtant pas transmise aux médecins :

« *Après les patients sont maîtres de leurs choix, on ne peut pas appeler les médecins si les patients prennent pas leurs médicaments...il va dire qu'on est des flics...* » déclare un des pharmaciens interrogés.

Plusieurs facteurs favorisant cette transmission d'information des défauts d'observance aux médecins peuvent être identifiés. L'étude quantitative a mis en avant une augmentation du nombre de contact avec le médecin quand le nombre de pharmacien de l'officine augmente.

Figure 15 : Nombre de contact entre le pharmacien et le médecin en fonction du nombre de pharmacien travaillant dans l'officine de la personne interrogée.



Cela est certainement proportionnel aux fréquentations de ces officines, mais pourrait également être conditionné par la disponibilité du pharmacien. Ce dernier, secondé en présence d'autres pharmaciens dans l'officine, est plus à même de consacrer du temps pour contacter les médecins.

2.2. Les besoins exprimés pour la mise en place du pharmacien correspondant

Les répondants nous ont décrit les aménagements nécessaires à la mise en place du suivi par le pharmacien correspondant à l'officine.

Une des requêtes citée est la rémunération. En effet elle apparaît comme nécessaire pour trois des pharmaciens qui n'envisagent pas de pouvoir assumer ces missions sans compensation financière. Les pharmaciens interrogés par la commission de l'IGAS évoquent une possibilité de libérer des plages de temps libre, jusqu'alors utilisées pour des tâches administratives sous condition de bénéficier d'une rémunération adéquate pour leurs actes. Dans l'ensemble, les pharmaciens interviewés se réjouissent de l'évolution du mode de rémunération. [16]

Les différents éléments d'organisation cités semblent montrer que les titulaires interrogés ont déjà réfléchi à la mise en place du pharmacien correspondant ou de missions similaires et s'y projettent. En effet, ils rapportent l'importance de l'aménagement de l'emploi du temps pour pouvoir assumer ces missions. Pour certains des titulaires ces mises en place se feront si on leur confie le rôle de pharmacien correspondant, alors que d'autres ont déjà fait le nécessaire pour pouvoir libérer un pharmacien. Il est d'autre part indispensable d'avoir

un espace de confidentialité pour recevoir les patients en rendez-vous. Plusieurs pharmaciens qui n'en possèdent pas ont pour projet d'en aménager un rapidement.

Selon Gilles Bonnefond, président de l'Union des syndicats de pharmaciens d'officine (USPO), la moitié des officines françaises possèdent déjà un espace de confidentialité. Concernant l'organisation des rendez-vous, il se veut rassurant : « Il y aura une gestion organisée des entretiens pharmaceutiques qui pourront s'effectuer sur rendez-vous. » [59]

Selon ces résultats, il semblerait que les pharmaciens officinaux s'intéressent aux nouvelles missions qui vont leur être confiées. On peut ajouter à cela qu'ils s'informent de l'actualité pharmaceutique. En effet, l'analyse quantitative nous a montré que la moitié des répondants avait au moins une notion de ce qu'est le décret du pharmacien correspondant. La figure 7 représentant la connaissance du décret du pharmacien correspondant des personnes interrogées est dans la partie résultats.

Une enquête réalisée début 2011 rapportait une méconnaissance de la loi HPST. En effet, seuls 22% des répondants pensaient à l'époque connaître les implications de cette loi pour l'officine alors que 64% considéraient qu'elle allait modifier leurs rôles. L'intérêt accru des pharmaciens pour cette loi qui ressort de notre étude est peut être lié à la parution du décret d'application du pharmacien correspondant en avril 2011. [72]

On peut noter qu'aucun des pharmaciens interrogés n'a cité les difficultés liées à la lourdeur de la procédure administrative lors de la mise en place du protocole. Or, la responsabilité d'établir des protocoles va leur être confiée. L'IGAS avait soulevé ce point, en soulignant le caractère « délicat et compliqué » de la rédaction du protocole.

2.3. Les attentes liées à ces activités

Le rôle de pharmacien correspondant est perçu de manière très positive, les pharmaciens pensent aux bénéfices qu'ils pourront en tirer, à plusieurs points de vue. Ils pensent fidéliser leur patientèle en leur assurant un suivi, une écoute et des conseils. Ils attendent de ce rôle de pharmacien correspondant une valorisation de leur profession. C'est pour eux une occasion de faire évoluer leur métier, de montrer leurs capacités et de se détacher de l'image de pharmacien commerçant.

Ce qui nous amène à nouveau à nous interroger sur leur propre perception des rôles du pharmacien. En effet, la démarche réflexive des pharmaciens et l'évolution de leur métier pourrait être envisagée par ces derniers sans que ce soit uniquement étiqueté à la mission du pharmacien correspondant. Si les aspects péculniaires peuvent freiner la mise en place et la réorganisation du quotidien du pharmacien, cela ne l'empêche pas d'avoir un suivi personnalisé de sa patientèle et de se remettre en question en vue d'améliorer ses pratiques professionnelles.

2.4. Les réponses émotionnelles

Les pharmaciens qui ont participé à notre étude ont montré de l'enthousiasme pour la mission de pharmacien correspondant.

Actuellement, le pharmacien ne dispose pour la plupart des dispensations que de l'ordonnance et de l'historique des délivrances effectuées pour le patient dans son officine voire dans l'ensemble des officines si le dossier pharmaceutique du patient a été activé. Cela peut être un des freins à l'engagement des pharmaciens, par manque de transmission

d'information de la part des autres professionnels de santé. La mise en place de la collaboration permettra aux pharmaciens d'avoir plus de données sur l'historique et le dossier médical du patient et de s'investir dans la prise en charge des patients chroniques.

Les pharmaciens souhaiteraient également pouvoir effectuer un suivi biologique afin de permettre une intervention pharmaceutique adaptée au patient. Le suivi de la glycémie des patients diabétiques de types II leur permettra par exemple d'adapter les conseils aux patients, sur la base de critères objectifs.

Enfin, les pharmaciens ont mentionné les nouveaux modes de rémunération apportés par ces missions.

Selon l'étude réalisée par la société Call Medi Call pour le quotidien du pharmacien, 76% des pharmaciens titulaires se montrent favorables à une évolution de leur mode de rémunération vers des honoraires de dispensation. De même, 9 pharmaciens sur 10 déclarent avoir entendu parler de cette évolution de la rémunération. Les avantages perçus par les pharmaciens sont dans 81% des cas une revalorisation de l'acte pharmaceutique, pour 79% un renforcement de leur image de professionnel de santé et pour 59% un moyen d'améliorer l'économie de leurs entreprises. Cette évolution semble donc être bien accueillie par les pharmaciens. [62]

2.5. Vision du pharmacien par le patient

Les pharmaciens sont partagés concernant l'accueil réservé à cette mission par les patients. Certains pharmaciens semblent penser que les patients ont une vision positive du rôle de

pharmacien d'officine. L'instauration d'une relation de confiance et le suivi rapproché par le pharmacien correspondant pourrait sécuriser la prise en charge des patients chroniques.

L'enquête IPSOS rapporte que le pharmacien jouit d'une image de professionnel de santé pour 87% des français. 92% considèrent que les conseils délivrés par les pharmaciens concernant la posologie et le plan de prise sont très utiles ou plutôt utiles et les conseils du pharmacien sont associés à la diminution des risques liés au médicament. Ces résultats viennent appuyer l'opinion des pharmaciens d'officine interrogés dans notre enquête. [32]

Cependant, les pharmaciens rapportent l'attachement des patients aux consultations médicales et la confiance de ces derniers envers leur médecin pour la prise en charge des pathologies chroniques. Une pharmacienne interrogée mentionne :

« Moi j'en ai déjà un peu parlé aux patients du pharmacien correspondant, et ils sont tellement inquiets de ne plus pouvoir joindre un médecin, surtout pour les plus âgés, qu'ils ont l'impression qu'ils le verront encore moins souvent. Ils se disent que ça va juste pallier à l'absence des médecins. Le fait qu'on ne les examine pas ça les inquiète quand même. »

Dans l'analyse statistique, lorsqu'il leur a été demandé le nombre supposé de patients qui seraient demandeurs de ce suivi par le pharmacien correspondant. La moitié des interviewés a répondu plus de vingt, un quart a déclaré que seuls cinq à vingt patients seraient intéressés et le dernier quart n'a pas su répondre à la question. C'est la seule question à laquelle certains pharmaciens n'ont pas su répondre, ce qui montre leur incertitude à ce sujet.

Le succès de cette mission de pharmacien correspondant semble en partie soumis à l'opinion que les patients vont s'en faire. En effet, le protocole de coopération est signé par

le médecin et le pharmacien, mais cette mise en place est soumise à l'acceptation du patient.

2.6. Vision du pharmacien par le médecin

Il en est de même pour l'opinion des médecins, alors que certains des interviewés semblent penser que ce suivi pharmaceutique soulagerait les médecins de certaines consultations, d'autres pensent qu'il serait mal vu par ces derniers.

Certains pharmaciens estiment que les médecins vont voir dans ces missions une diminution du nombre de leurs consultations au profit d'interventions de la part du pharmacien. Ils peuvent aussi percevoir ce rôle comme un glissement de tâches médicales vers les pharmaciens.

D'autres verbatims énoncent la dévalorisation des pharmaciens d'officine et de leurs rôles par les médecins.

Les pharmaciens semblent avoir des appréhensions quant aux réactions de ces derniers à leurs interventions. Peut-être est-ce une des raisons pour lesquelles les pharmaciens ne sont pas actuellement moteurs dans la démarche de transmission d'informations aux médecins.

Un travail de thèse a permis de montrer que les médecins sont demandeurs d'expertise pharmaceutique. 39% d'entre eux ont déclaré solliciter le pharmacien pour une question sur un dispositif médical ou un médicament. De même, 36% ont contacté le pharmacien pour lui demander d'effectuer un suivi du patient et de sa prise en charge. [35]

2.7. Les réticences

Les pharmaciens font preuve de quelques réticences concernant le rôle de pharmacien correspondant.

2.7.1. Les réticences concernant l'adaptation posologique

Si certains pensent pouvoir assumer la responsabilité d'adapter les posologies, d'autres sont très prudents et avouent ne pas s'en sentir capables actuellement. Ces résultats sont corroborés par l'analyse quantitative qui met en avant des divergences dans les réponses à la question concernant la capacité d'adaptation posologique pour divers traitements. De manière générale, l'adaptation posologique des traitements chroniques semble difficile ou plutôt difficile pour les pharmaciens à l'exception d'un d'entre eux qui pense que ce serait très facile. Les antalgiques font aussi exception car la totalité des répondants a pensé qu'il était facile, voire très facile d'adapter ces posologies (cf figure 10).

La divergence de ces résultats pourrait être liée au manque d'expérience du pharmacien quant à l'adaptation de traitements pour les médicaments pour lesquels il n'a pas l'habitude d'assumer ce rôle. En effet, le pharmacien n'intervient pas au quotidien dans l'adaptation des posologies des traitements de l'insuffisance cardiaque, de l'asthme, les AVK ou les injections d'insuline. Pour ce qui est des traitements antalgiques, il est plus souvent amené à intervenir d'autant plus que certains d'entre eux sont disponibles en vente libre et qu'il est donc amené à conseiller les patients, notamment sur leur adaptation posologique.

L'hypothèse selon laquelle la pratique facilite l'adaptation posologique est corroborée par d'autres informations apportées par l'analyse quantitative. En effet, les pharmaciens les plus expérimentés, notamment ceux possédant 21 à 30 ans d'expérience déclarent qu'il est plus facile que les autres d'adapter les posologies des traitements chroniques.

Figure 16 : Difficultés ressenties par les pharmaciens interrogés pour adapter les posologies des traitements de l'insuffisance cardiaque en fonction du nombre d'années d'exercice.

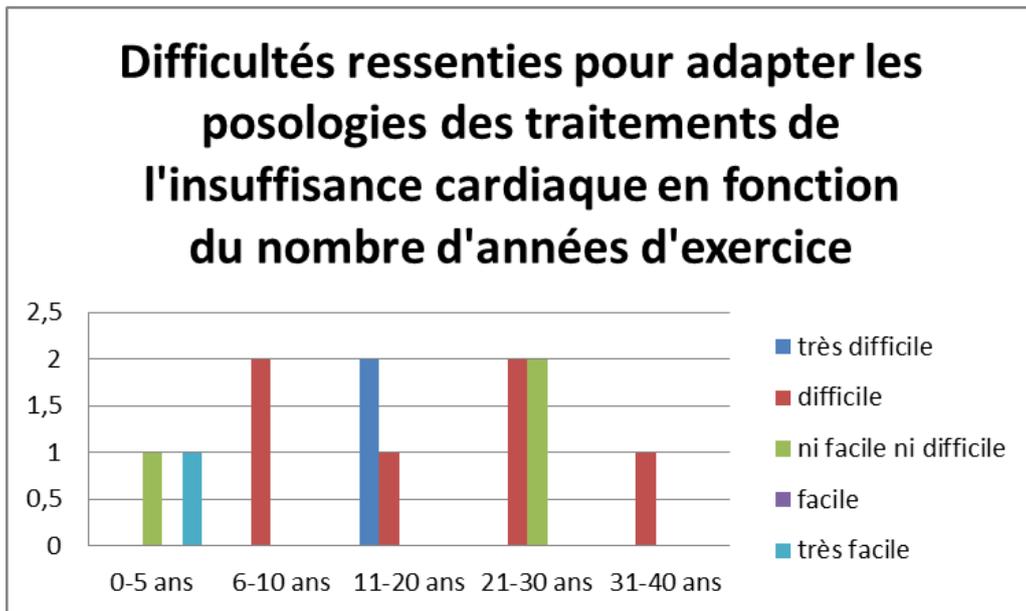
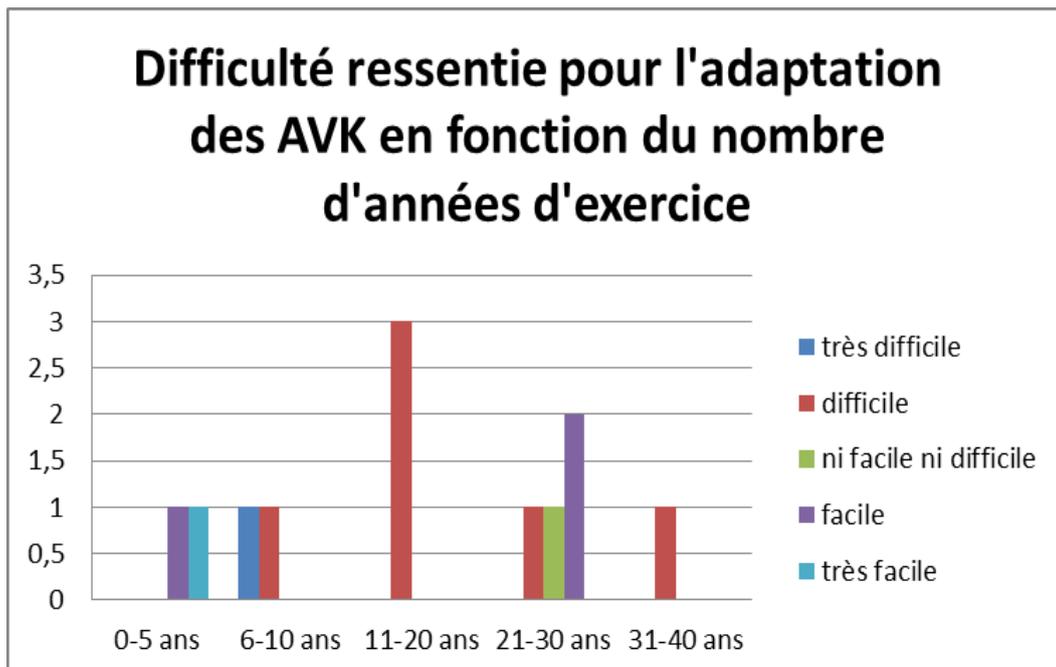


Figure 17 : Difficultés ressenties par les pharmaciens interrogés pour adapter les posologies des AVK en fonction du nombre d'années d'exercice.



Les plus jeunes pharmaciens, appartenant à la tranche de 0 à 5 ans d'exercice déclarent aussi que l'adaptation posologique de ces traitements serait facile. Les modifications récentes dans la formation universitaire pourraient expliquer cette relation.

D'autre part, la localisation géographique est également retrouvée comme un élément déterminant. En effet, les pharmaciens ruraux perçoivent moins de difficultés à adapter les posologies des insulines et des antiasthmatiques.

Figure 18 : Difficultés ressenties par les pharmaciens interrogés pour adapter les posologies des insulines en fonction du milieu dans lequel se trouve l'officine.

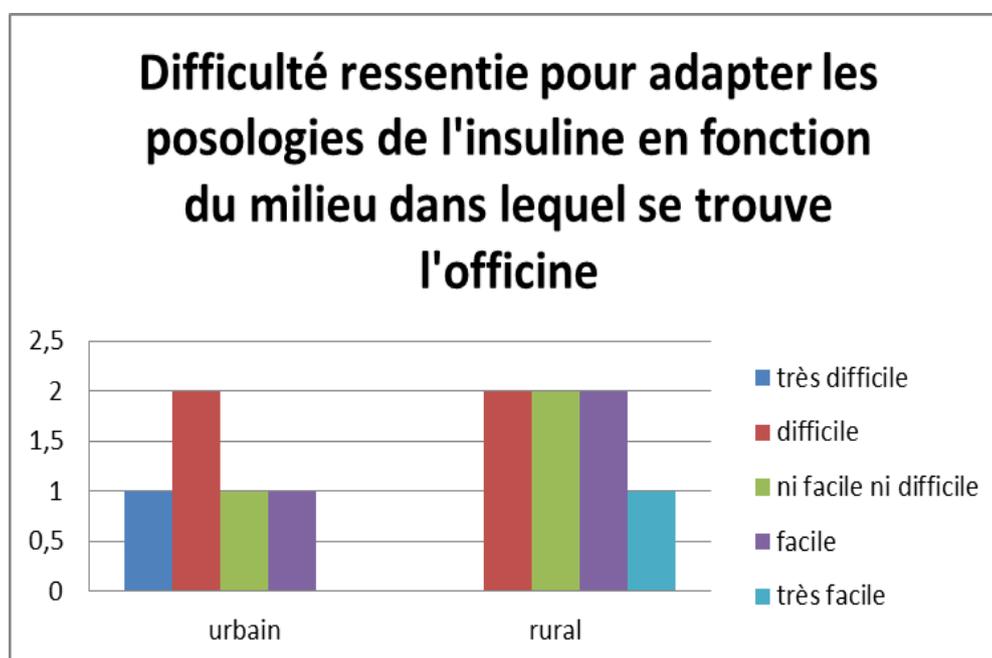
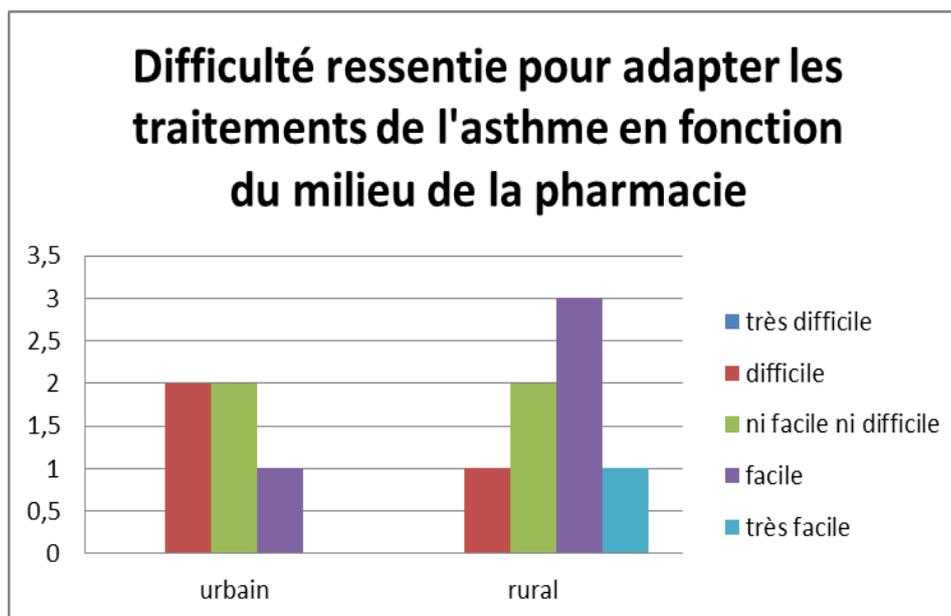


Figure 19 : Difficultés ressenties par les pharmaciens interrogés pour adapter les posologies de l'asthme en fonction du milieu dans lequel se trouve l'officine.



Cela est certainement lié au fait que les patients sont d'autant plus amenés à solliciter leurs pharmaciens en premier recours en zone rurale qu'ils ont des difficultés à pouvoir consulter un médecin en urgence. Les pharmaciens ruraux sont donc déjà investis à minima dans ce rôle et cette prise de responsabilité ce qui explique qu'ils aient moins d'appréhensions que leurs collègues urbains.

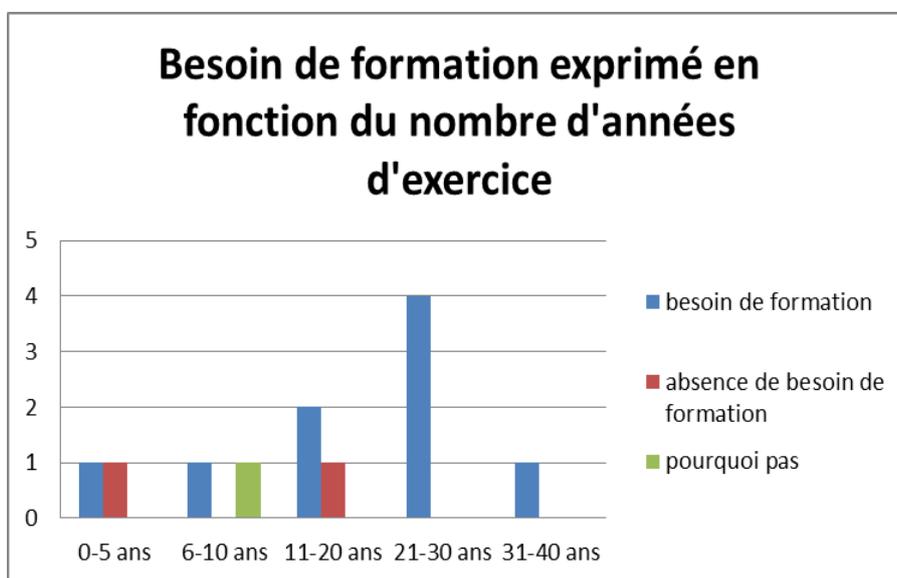
L'enquête Call Medi Call rapporte que les pharmaciens ont le sentiment de déjà s'investir dans leurs nouvelles attributions, qui n'étaient pas encore reconnues avant la loi HPST. En effet, 82% ont déclaré adapter la posologie, en cas de notification d'effets indésirables et après avoir contacté le médecin. De même, 80% effectuent le renouvellement exceptionnel pour des traitements chroniques pour des clients connus. Dans ce cas, les pharmaciens précisent qu'ils adaptent la posologie « après avoir contacté le médecin », ils sont donc à l'initiative de cette adaptation, mais s'en remettent au médecin pour prendre la décision.

[62]

2.7.2. La formation : non adaptée aux nouvelles missions

Concernant la formation continue, onze pharmaciens parmi les douze interviewés déclarent être plutôt satisfaits ou très satisfaits de l'offre de formation continue. Neuf d'entre eux pensent avoir besoin de formation pour remplir leur rôle de pharmacien correspondant. L'analyse des données montre d'autre part une augmentation du besoin de formation lorsque le nombre d'années d'exercice augmente.

Figure 20 : Besoin de formation exprimé par les pharmaciens interrogés en fonction de leur nombre d'années d'exercice



La formation continue des pharmaciens suivie par les interviewés n'est donc vraisemblablement pas adaptée pour le suivi du traitement des patients chroniques et les nouvelles missions du pharmacien décrites par le décret du pharmacien correspondant.

Dans notre étude, les types de formations auxquelles participent les répondants sont l'UTIP pour 7 pharmaciens sur 12, le e-learning pour 6 d'entre eux et les formations par les

laboratoires pour 4 sur les 12. Les formations à la journée, les formations par des journaux, les groupements et enfin les DU sont citées dans des proportions plus faibles.

L'enquête sur la formation continue menée par le Moniteur des Pharmacies en 2004 montre que les pharmaciens salariés interrogés se disent satisfaits des formations reçues, mais estiment ne pas bénéficier d'un nombre suffisant de jours de formation. En effet, 68% des salariés interrogés lors de cette étude déclarent bénéficier de formations qui durent moins d'une journée ; 21% déclarent entre 7 et 20 heures de formation et 11% ont bénéficié d'une formation supérieure à 3 jours. Les résultats montrent aussi que les pharmaciens titulaires ont une préférence pour les formations courtes, ou qui peuvent être dispensées sur le lieu de travail. Les thèmes de formations les plus suivies par les pharmaciens sont les grandes pathologies et la pharmacologie (20%), ainsi que le DU orthopédie (11%). L'investissement dans la FPC semblait, jusqu'alors peu développé et orienté principalement sur le cœur de métier. [51]

Les pharmaciens semblent être volontaires dans la démarche de formation continue et demandeurs de formations plus spécifiques et plus adaptées à leur futur rôle de pharmacien correspondant.

2.7.3. Les dérives possibles

Un des pharmaciens participant à l'étude aborde la légitimité et la bonne foi de certains confrères qui pourraient ne voir dans ces missions qu'une rémunération supplémentaire et profiter de cette dernière sans que les consultations ne soient justifiées.

« Et après le problème ça va être les dérives qu'il peut y avoir. Des pharmaciens peuvent commencer à facturer, renouveler des ordonnances si le patient n'en n'a pas besoin, pour se faire des sous, c'est problématique. »

Si cela peut être envisagé, la mise en place des protocoles et le suivi réalisé par l'ARS devrait contrecarrer ces pratiques inappropriées et le bénéfice escompté pour le patient de la mise en place de ces nouvelles mesures en vaut la peine.

2.8. La collaboration avec les médecins

Le sujet de la collaboration avec les médecins a été largement abordé.

Pour plusieurs répondants, cette collaboration permettrait de limiter le risque d'erreurs médicamenteuses, par l'augmentation des échanges d'informations. Les pharmaciens sont donc conscients de l'intérêt de cette collaboration dans la problématique de l'iatrogénie médicamenteuse.

Les témoignages de collaboration impliquant des pharmaciens recueillies par la HAS montrent que ces dernières ont de multiples objectifs : le suivi des patients atteints de pathologies chroniques dans 86% des cas, la prise de décision sur la prescription à 57% ou encore la prise de décisions relatives à la suite de la prise en charge dans la moitié des cas.

Ces cas de collaboration montrent un intérêt du travail conjoint des médecins et des pharmaciens dans l'amélioration de la prise en charge et du suivi des patients chroniques.

[2]

Or, il a été démontré précédemment dans notre étude que les échanges entre médecins et pharmaciens ayant pour objet la diminution de l'iatrogénie médicamenteuse sont rares. De

plus, le nombre de contact avec le médecin semble faible, moins de la moitié des répondants a déclaré contacter les médecins tous les jours.

On peut supposer que différents facteurs entravent cette communication entre médecins et pharmaciens. Parmi ces facteurs, le manque de confiance du pharmacien, qui peut penser que le médecin n'acceptera pas ces recommandations, le manque de reconnaissance de la part du médecin, ou encore le fait que le médecin et le pharmacien ne connaissent pas personnellement peuvent être cités. Le manque de temps est également un facteur limitant de la transmission d'information entre ces deux professionnels de santé. [34]

Les pharmaciens semblent tout à fait conscients de l'intérêt de la mise en place du pharmacien correspondant et du rôle qu'ils ont à jouer auprès du patient chronique, mais cette nouvelle mission nécessite une remise en question et la mise en place d'un travail en collaboration dont ils ne sont pas les seuls déterminants.

Pour développer leurs nouvelles missions, les pharmaciens souhaitent que leur rôle soit reconnu lorsqu'ils appellent les médecins. Les résultats précédents avaient mis en avant des appréhensions des pharmaciens concernant les réactions des médecins lors de cette collaboration. Il semblerait alors que le décret, et la collaboration qu'il implique permette au pharmacien de légitimer ses interventions, sans « empiéter sur le territoire » des médecins.

L'échange d'expertise apparaît dans les verbatims des pharmaciens interrogés comme un des intérêts majeurs de la collaboration. Ceci montre à nouveau la certitude des pharmaciens de pouvoir apporter des informations au médecin concernant le traitement des patients chroniques.

Dans la collaboration médecin pharmacien, il est indispensable de développer une relation de confiance afin que les échanges soient productifs. Or, certains des pharmaciens interrogés semblent penser que les médecins n'ont pas confiance en eux, et appréhendent de ne pas pouvoir les joindre facilement. Ces réticences semblent freiner la collaboration actuelle entre ces deux professions.

Le fait que les médecins et les pharmaciens apprennent à se connaître personnellement et entretiennent de bons rapports semble être une piste à développer. L'analyse statistique nous montre que le nombre de contact interprofessionnel augmente avec le nombre d'années d'exercice. Si on relie ceci avec le ressenti des pharmaciens, on peut penser que les pharmaciens qui ont plus d'expérience connaissent mieux les médecins et ainsi ont plus de facilités à les contacter pour donner leur avis concernant le traitement. Cette augmentation des interactions est probablement liée à l'assurance du pharmacien, plus il a d'expérience, plus il va oser s'affirmer face au médecin.

Ces résultats vont dans le sens de l'hypothèse selon laquelle les pharmaciens ont des difficultés à contacter les médecins car ils appréhendent leurs réactions. Ainsi, il semble plus facile pour eux de contacter les médecins lorsqu'ils les connaissent et qu'ils savent que leur intervention sera bien perçue.

Les pharmaciens de l'enquête sollicitent l'avis du médecin pour savoir comment organiser ce suivi par le pharmacien correspondant. Ils souhaitent demander l'aval du médecin avant de prendre une décision. Cette avis consultatif est indispensable afin d'homogénéiser le discours au patient et de réaliser un suivi de qualité. Il permettra également aux pharmaciens de prendre plus confiance en eux et en leurs responsabilités. Il est tout de même à noter que cela correspond aux dispositions mises en place par le décret puisqu'il est prévu dans le cadre du protocole que le médecin précise sur l'ordonnance les intervalles

de posologie et de renouvellement dans lesquels le pharmacien peut intervenir. La confiance du pharmacien dans ces compétences et la formation adaptée semblent être des clés de voute pour pouvoir endosser les nouveaux rôles qui lui seraient confiés en tant que pharmacien correspondant. Cela lui permettra également de gagner en pertinence clinique, d'assumer ses responsabilités et ses désaccords potentiels avec les médecins face au patient pour servir au mieux ce dernier.

Enfin, il est nécessaire que médecins et pharmaciens passent outre de leurs préjugés et leurs représentations et apprennent à travailler ensemble au quotidien pour le patient. C'est dans ce sens que l'Association Française de Développement de l'Education Thérapeutique a développé une formation à l'interdisciplinarité pour les étudiants en formation initiale de 8 filières de formation différentes (sage-femme, infirmier, diététicienne, kinésithérapeute, ergothérapeute, podologue, médecin, pharmacien) pour l'avenir de la prise en charge globale et coordonnée des patients. En effet, si la collaboration est indispensable, sa mise en place est enrayée par plusieurs facteurs. Parmi ces derniers, la méconnaissance des compétences des uns et des autres, l'installation de chacun dans un cabinet isolé, le rythme de travail, responsable d'un manque de temps, l'absence de formation spécifique décloisonnées et la présence de représentations fortes qu'elles soient conscientes ou non. Comme le précise F. Annezo « Travailler ensemble, ça ne s'improvise pas ça s'apprend ! ». Ces formations actuellement proposées à un ensemble privilégié de professionnels en formation initiale devraient s'ouvrir à la formation continue et sont susceptibles de révolutionner la mise en place d'un travail collaboratif autour du patient en laissant de côté les représentations respectives des professionnels. [73]

Elles ont l'avantage de ne pas se cantonner aux professions médicales. En effet, si le décret du pharmacien correspondant met en avant la collaboration médecin-pharmacien, il ne faut

pas perdre de vue que le patient rencontre au fil de son parcours de patient bien d'autres professionnels de santé. Il est indispensable que la collaboration entre l'ensemble de ces partenaires, qu'ils soient médicaux ou paramédicaux soit l'objectif de tous afin de travailler ensemble autour du patient et d'améliorer sa prise en charge et sa qualité de vie.

CONCLUSION

THESE SOUTENUE PAR : MYLENE CASALI

TITRE : ETUDE EXPLORATOIRE SUR LES REPRESENTATIONS DES PHARMACIENS D'OFFICINE DE L'ISERE CONCERNANT LE DECRET DU PHARMACIEN CORRESPONDANT

CONCLUSION

Dans l'objectif constant d'amélioration de la prise en charge des patients chroniques, se développent de nouveaux modes de collaboration entre professionnels de santé. Ces collaborations sont l'occasion d'attribuer au pharmacien d'officine de nouveaux rôles, comme celui du pharmacien correspondant. Une fois engagé par la mise en place d'un protocole avec le médecin traitant et le patient, le pharmacien aura pour mission de réaliser des bilans de médication, de renouveler le traitement du patient, d'adapter les posologies, de transmettre les informations concernant ses actions et bilans réalisés au médecin afin d'améliorer le suivi du patient.

L'objectif de ce travail était d'appréhender les représentations des pharmaciens d'officine isérois par rapport au décret du pharmacien correspondant. Il avait également pour but de déterminer l'influence de différents facteurs, comme le nombre d'années d'exercice du pharmacien, la taille de l'officine ou encore l'environnement dans lequel elle se situe sur leur perception du décret.

Pour cela, une étude qualitative a été réalisée grâce à des entretiens semi-directifs. Douze pharmaciens d'officine ont participé à cette enquête.

Ce travail a permis de mettre en lumière l'intérêt des pharmaciens d'officines pour l'actualité de leur profession, pour les nouvelles missions qui leur sont confiées, ou qui vont l'être dans un avenir proche. Les pharmaciens interrogés sont conscients de la nécessité d'évolution de leur profession et sont, pour la plupart, moteurs dans cette démarche.

Plusieurs éléments moteurs à la mise en place du pharmacien correspondant sont mis en exergue. La valorisation de leur profession et l'opportunité de changer leur image de commerçant pour une image de professionnel de santé est citée, mais également l'évolution du mode de rémunération, à laquelle les pharmaciens sont majoritairement ouverts. La participation à une formation spécifique au rôle de pharmacien correspondant est vivement souhaitée par les pharmaciens interrogés.

En revanche, si l'amélioration de la collaboration avec le médecin est rapportée comme une nécessité pour une meilleure prise en charge des patients, les pharmaciens interrogés appréhendent les difficultés potentielles qu'ils pourront rencontrer lors de la communication et de la collaboration avec ce dernier. La réaction des patients à cette évolution des rôles est aussi une source d'inquiétude.

Parmi les pré-requis à la mise en place du pharmacien correspondant, les facteurs organisationnels tels que le temps, la pièce où recevoir les patients en toute confidentialité ou encore l'organisation du personnel sont souvent cités. Plusieurs pharmaciens ont fait part de leur volonté d'anticiper l'organisation de ces nouvelles missions.

Aucune inquiétude concernant la mise en œuvre du protocole n'a été mise en exergue dans cette étude alors que sa rédaction peut s'avérer complexe et chronophage.

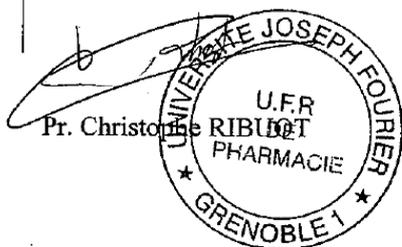
A partir de ces résultats, peuvent émerger plusieurs recommandations pour la mise en place de ce rôle : 1. Encourager la coopération entre médecins et pharmaciens, avec des formations communes ou encore des réunions de concertations ; 2. Sensibiliser des patients aux rôles du pharmacien et à la possibilité d'être suivis dans le cadre du protocole du pharmacien correspondant ; 3. Calibrer la rémunération afin de permettre aux pharmaciens de s'organiser avec leur personnel et de réaliser les aménagements nécessaires dans leurs officines.

Au 21 août 2012, aucune demande de protocole de pharmacien correspondant n'a été déposée à l'ARS en Isère.

Vu et permis d'imprimer le : 6/09/12

Le Doyen,

Pr. Christophe



Le Président de Thèse,

Dr. Benoit ALLENET

BIBLIOGRAPHIE

1. Ministre de la Santé et des Sports. Plan pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques 2007-2011- APPEL A PROJETS 2010. Conditions et modalités d'intervention de patients dans la mise en œuvre de programmes d'éducation thérapeutique; 2007; [consulté : le 15 septembre 2012] Disponible en ligne : URL : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/appel_projets_2010_vf.pdf
2. HAS. Coopération entre professionnels de santé : Guide méthodologique tome 2. Élaboration d'un protocole de coopération Article 51 de la loi HPST; 2010.
3. Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (JO 22 juillet 2009)
4. Singh. D. Comment mettre en oeuvre des programmes de prise en charge des maladies chroniques en tenant compte de la diversité des contextes et des prestataires de soins ? Actes de la Conférence ministérielle européenne de l'OMS sur les systèmes de santé " Systèmes de santé et prospérité" 25-27 juin 2008; Tallin- Estonie.
5. Fournier C, Vincent I, Loaec A, Modèles et pratiques en éducation du patient : Apports internationaux. INPES. Actes des 5èmes journées de la prévention 2-3 avril 2009. Paris; [Consulté le 15 septembre 2012] Disponible en ligne: URL: <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1309.pdf>
6. Haut conseil de la santé publique. L'éducation thérapeutique intégrée aux soins de premiers recours; 2009. [Consulté le 15 septembre 2012] Disponible en ligne: URL: http://www.hcsp.fr/docspdf/avisrapports/hcspr20091112_edthsopre.pdf
7. Ministre de la Santé et des Sports, Société française de santé publique. Mieux vivre au quotidien avec une maladie chronique; Actes des journées des 22 et 23 octobre 2009.
8. Baudrant-Boga M, Allenet B, Calop N, Certain A, Trout H; L'éducation thérapeutique du patient : contexte, concepts et méthodes. Dans : Gimenez F, Calop J, Limat D, Fernandez C. Pharmacie Clinique et thérapeutique. 3^{ème} édition. Paris : Elsevier Masson ; 2008,1273-1288.
9. Direction générale de l'offre de soin, Ministère du travail de l'emploi et de la santé. Qualité de la prise en charge médicamenteuse. Outils pour les établissements de santé; 2012.
10. Bedouch P, Allenet B, Calop J. L'iatrogénie médicamenteuse, quels enjeux pour la pharmacie clinique. Dans : Gimenez F, Calop J, Limat D, Fernandez C. Pharmacie Clinique et thérapeutique. 3^{ème} édition. Paris : Elsevier Masson ; 2008, 9-18
11. Bedouch P. Diffusion des bonnes pratiques de prescription: Modélisation des interventions pharmaceutiques. [Thèse] Université Claude Bernard - Lyon 1; 2008.

12. Michel P, Quenon J-L, Djihoud A, Tricaudvialle S, Domecq S, Haury B, *et al.* Ministère de l'Emploi du Travail et de la Cohésion Sociale, Ministère des Solidarités de la Santé et de la Famille. Les événements indésirables graves liés aux soins observés dans les établissements de santé : premiers résultats d'une étude nationale; 2005.
13. OMS. Rapport de l'OMS-Europe. Therapeutic Patient Education – Continuing Education Programmes for Health Care Providers in the field of Chronic Disease; 1996.
14. Décret n°95-278 du 13 mars 1995 (JO 14 mars 1995)
15. Décret n°2004-99 du 29 janvier 2004 (JO 31 janvier 2004)
16. Bras P-L, Kiour A, Maquart B, Morin A. Pharmacies d'officine : rémunération, missions, réseau. Dans: Rapport de l'IGAS, juin 2011.
17. Schmitt E, SFPC. Dictionnaire français de l'erreur médicamenteuse, 1^{ère} édition. Montry ; 2006.
18. Bernheim, Schmitt, Dufay. Iatrogénie médicamenteuse nosocomiale et gestion des risques d'erreur médicamenteuse : à propos de l'analyse des notifications du réseau REEM; Oncologie 2005; 7: 104-119
19. Leape, Bates, Cullen, *et al.* Systems analysis of adverse drug events. Department of Health Policy and Management, Harvard School of Public Health, Boston, USA. 1995; 274(1):35-43.
20. Institute of Medicine. To Err is Human: Building a safer health system; 1999. [Consulté le 15 septembre 2012] Disponible en ligne: URL: <http://www.iom.edu/~media/Files/Report%20Files/1999/To-Err-is-Human/To%20Err%20is%20Human%201999%20%20report%20brief.pdf>
21. Tabuteau D. La sécurité sanitaire. 2^{ème} édition. Berger-Levrault; 1994.
22. Haut Comité de la Santé Publique. Rapport : contribution du Haut Comité de la Santé Publique aux réflexions sur la lutte contre la iatrogénie; ADSP 1998; 25:9-12 [Consulté le 15 septembre 2012] Disponible en ligne: URL: <http://www.hcsp.fr/docspdf/adsp/adsp-25/ad250912.pdf>
23. Michel P, Minodier C, Lathelize M, Moty-Monnereau C, Domecq S, Chaleix M, *et al.* Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé, Ministère des Solidarités et de la Cohésion Sociale, Ministère du Budget, des Comptes Publics, de la fonction publique et de la réforme de l'état. Les événements indésirables graves associés aux soins observés dans les établissements de santé. Résultats des enquêtes nationales menées en 2009 et 2004; Dossiers solidarité et santé 2010; 17:1-18.
24. Effets indésirables médicamenteux: à la recherche de l'évitable. La revue Prescrire mars 2004; 248(24):225-227

25. Morimoto T, Gandhi T, Seger A, Hsieh TC, Bates DW. Adverse drug events and medication errors: detection and classification methods. *Quality Safety Health Care* 2004; 13: 306-14
26. OMS. Adherence to Long-Term Therapies: Evidence for Action. 2003.
27. Aronson JK. Compliance, concordance, adherence. *Br J Clin Pharmacology*; 2007 April; 63(4): 383–384.
28. Baudrant-Boga M, Lehmann A, Allenet B. Penser autrement l'Observance médicamenteuse : D'une posture injonctive à une alliance thérapeutique entre le patient et le soignant. *Ann Pharm Fr.* 2012 Jan;70(1):15-25
29. Nunes V, Neilson J, O'Flynn N, Calvert N, Kuntze S, Smithson H, *et al.* National Institute for Health and Clinical Excellence. CG76: medicines adherence: involving patients in decisions about prescribed medicines and supporting adherence. London, UK; 2009.
30. Carter S., Taylor D, Levenson R. A question of choice compliance in medicine taking. A preliminary review. 3^{ème} édition. London: Medicines Partnership; 2009 Jun. [Consulté le 15 septembre 2012] Disponible en ligne: URL: <http://www.keele.ac.uk/pharmacy/npcplus/medicinespartnershipprogramme/medicinespartnershipprogrammepublications/aquestionofchoicecomplianceinmedicinetakin/research-qoc-compliance.pdf>
31. Moreau A, Queneau P. La décision thérapeutique personnalisée. *Observance médicamenteuse. Rev Prat* 2005; 55:899-902.
32. Ipsos. Etude « les Français et leur pharmacien ». Rapport d'étude; 2008. [Consulté le 15 septembre 2012] Disponible en ligne: URL: <http://www.ipsos.fr/ipsos-public-affairs/actualites/francais-et-leur-pharmacien>
33. Ordre National des Pharmaciens. Image et attachement des Français à la profession de pharmacien. Enquête quantitative réalisée pour l'Ordre national des pharmaciens; 2009. [Consulté le 15 septembre 2012] Disponible en ligne: URL: http://www.google.fr/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CCUQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.cespharm.fr%2Ffr%2Fcontent%2Fdownload%2F23034%2F502005%2Fversion%2F1%2Ffile%2FImage-et-attachement-des-francais-a-la-profession-de-pharmacien-Vision-critical_2009.pdf&ei=r6tUUImZBonAhAerr4HADA&usg=AFQjCNE4SDsLX_uP5UF3TT2sCLAVg8H5pA&sig2=fAp5MRdvjksRvx0J3SupiA
34. Richard C, Lussier M-T. La communication professionnelle en santé. Editions ERPY; 2005.
35. Mougin C. Le pharmacien d'officine vu par la population et les médecins généralistes. [Thèse] Université de Nancy; 2004.

36. Quotipharm.com. L'USPO et MG-France pour une coopération médecins-pharmaciens. [revue électronique] 15 février 2012 [consulté le 15 février 2012]. Disponible en ligne. URL: <http://www.quotipharm.com/Flashes-Infos/L-USPO-et-MG-France-pour-une-cooperation-medecins-pharmaciens-6355.cfm>
37. Article 131 de la loi du 9 août 2004 (JO 9 août 2004)
38. HAS. Guide de coopération des professionnels de santé de la HAS. [Consulté le 15 septembre 2012] Disponible en ligne: URL: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_980425/cooperation-entre-professionnels-de-sante-deux-guides-pour-reussir-un-projet-et-elaborer-un-protocole?xtmc=&xtr=1
39. Arrêté du 21 juillet 2010 relatif au suivi de la mise en oeuvre d'un protocole de coopération entre professionnels de santé et à la décision d'y mettre fin. (JO juillet 2010)
40. HAS. Rapport d'activité 2011 : synthèse; 2012. [Consulté le 15 septembre 2012] Disponible en ligne: URL: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1267546/rapport-annuel-d-activite-2011
41. Poutout G, Auge P, Cabe M-H, Pepin JL, Bogard D, Lecarpentier M. Réalisation d'une étude sur l'évaluation qualitative des expérimentations de coopération entre professionnels de santé. 2008: 108.
42. Berland Y, Maffioli C, Yann B, Philippe M, Lise R, François R, *et al.* Les pratiques actuelles de coopération : analyse des témoignages des professionnels de santé. HAS; 2007.
43. Article L4211-1 du Code de la santé publique, modifié par Ordonnance n°2007-613 du 26 avril 2007 - art 26 (JO avril 2007).
44. Calop J, Brudieu E, Allenet B, Méthodologie de validation d'ordonnance. Dans : Gimenez F, Calop J, Limat D, Fernandez C. Pharmacie Clinique et thérapeutique. 3^{ème} édition. Paris : Elsevier Masson ; 2008, 31-34
45. Site de l'Ordre des pharmaciens, l'opinion pharmaceutique. [Consulté le 15 septembre 2012] Disponible en ligne: URL: <http://www.ordre.pharmacien.fr>.
46. Loiseau P. Le devenir de l'opinion pharmaceutique. [Thèse] Université de Nancy; 2002
47. Vilanova J. Responsabilité civile et pénale du pharmacien. Revue Pharma; 2012. [Consulté le 15 septembre 2012] Disponible en ligne: URL: <http://www.rencontresdelofficine.org/actus-interviews/49,responsabilite-civile-et-penale-du-pharmacien.html>
48. Code de la santé publique; Article R4235-47.
49. Code de la santé publique; Article L4161-1.

50. Code de la Santé Publique; Article R4235-62.
51. Code de la santé publique; Article L4011-1, modifié par la loi n°2011-940 du 10 août 2011 – art.60 (V).
52. Delair J, Billet B, Darchen L, Kraxec M. Contrat d'études prospectives dans la pharmacie d'officine. Rapport final 2006: 15 ; 69-95 ; 103-10; 38; 93-230.
53. Décret n° 2011-375 du 5 avril 2011 relatif aux missions des pharmaciens d'officine correspondants. (JO avril 2011).
54. Ministre de la Santé et des Sports. "Hôpital, patients, santé, territoires"
Une loi à la croisée de nombreuses attentes; 2009: 51.[Consulté le 15 septembre 2012]
Disponible en ligne: URL: http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Loi_Hpst_07-09-09.pdf
55. Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins, Observatoire National de la Démographie de Professions de Santé. Etats généraux de l'organisation de la santé (EGOS). Synthèse des travaux des 2 journées nationales; 8 février et 9 avril 2008.
56. Péresse V, ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche. La loi sur la 1ère année commune des études de santé en vigueur à la rentrée 2010-2011. 2009.
[Consulté le 15 septembre 2012] Disponible en ligne: URL: <http://www.enseignementsup-recherche.gouv.fr/cid28628/la-loi-sur-la-1ere-annee-commune-des-etudes-de-sante-en-vigueur-a-la-rentree-2010-2011.html>
57. Micas C, Moulun A-G. Projet de loi de financement de la Sécu pour 2012 : l'article qui pourrait tout changer. Quotipharm.com; [revue électronique] 17 octobre 2011 [consulté le 15 février 2012]. Disponible en ligne URL: <http://www.urps-oi.net/Pharmaciens/article39-tout-changer-Quotipharm.pdf>
58. Code de la santé publique, Article L. 4236-1.
59. WK Pharma. Le Développement Professionnel Continu (DPC); 2012.
[revue électronique] 30 mai 2012 [Consulté le 15 septembre 2012] Disponible en ligne:
URL: <http://www.wk-pharma.fr/outils/html/obligation-formation-pharmaceutique/3,3.1/3.1/OPCA-PL-formation.html>
60. Décret n° 2010-1204 du 11 octobre 2010 relatif aux modalités d'intégration des protocoles de coopération étendus dans le développement professionnel continu et la formation initiale des professionnels de santé. (JO 2010).
61. Michiels Y. Nouvelle Rémunération du Pharmacien : Le Passage à l'acte
Mise en place d'un nouveau mode de rémunération à partir de l'opinion pharmaceutique.
Journal of Managed Care Pharmacy; jan/feb 2009; 15(1): 1-31

62. Micas C. Huit titulaires sur dix favorables à l'honoraire. Quotipharm.com. 23 février 2012. [revue électronique] [Consulté le 15 septembre 2012] Disponible en ligne: URL:<http://www.quotipharm.com/Archives/Actualite89/Selon+une+enqu+et+ecirc+te+Call+Medi+Call+pour+et+laquo+et+nbsp+le+Quotidien+et+nbsp+et+raquo+Huit+titulaires+s+ur+dix+favorables+et+grave+l+et+rsquo+honoraire-447940.cfm>
63. Mitchell, Barnet, Frank, Wehring, *et al.* Analysis of Pharmacist-Provided Medication Therapy Management (MTM) Services in Community Pharmacies Over 7 Years. *Journal of Managed Care Pharmacy*, jan/feb 2009; 15(1):17-31
64. Code de la Santé Publique, Article L5125-11, modifié par la loi n°2011-1906 du 21 décembre 2011 - art.74.
65. Les pharmaciens signent la convention sur le nouveau mode de rémunération. *Le Monde.fr*; 2012. [revue électronique] 21 mars 2012 [Consulté le 15 septembre 2012] Disponible en ligne: URL: http://www.lemonde.fr/sante/article/2012/03/29/les-pharmaciens-signent-la-convention-sur-le-nouveau-mode-de-remuneration_1677205_1651302.html
66. Giordan A, Lager G, Chambouleyron M, Golay A, Lasserre-Moutet A. "Education thérapeutique: mise en pratique des modèles en 5 dimensions", *Médecine* 2008; 6(4): 269-273.
67. Ogden J. *Illness Cognitions*. Health Psychology 3ème édition, Maidenhead, Open University Press; 2004.
68. Sylvain H. Le devis constructiviste: une méthodologie de choix en sciences infirmières. *Infirmière Clinicienne*, 2008: 1-5:1-11
69. Boutin G., *L'entretien de recherche qualitatif*. Presses de l'Université de Québec; 2008.
70. Nicole B. *Les techniques d'enquête en sciences sociales : Méthodes et exercices corrigés*. 4ème édition, Armand Colin; 2010.
71. Blanchet A, Gotman A. *L'enquête et ses méthodes - L'entretien*. 2ème édition, Paris Armand Colin; 2011.
72. Moulin A-G. La loi HPST reste mal connue. Quotipharm.com; [revue électronique] 17 nov 2011. [Consulté le 15 septembre 2012] Disponible en ligne: URL: <http://www.quotipharm.com/Journal+Quotidien+Pharmacien/15621/Actualite-89/Une+enquete+IPSOS+Pierre+Fabre+Le+Quotidien+La+loi+HPST+reste+mal+connue-447078.cfm>
73. Annezo F, Association française pour le développement de l'éducation thérapeutique. Travailler ensemble, ça ne s'improvise pas, ça s'apprend. *Journal de l'Afdet*, 2011: 2(21): 12-13

ANNEXES

ANNEXE A : Méthodologie de validation d'ordonnance [44]

1-Démarche lors d'une première dispensation à un patient :

S'agit-il d'une première prescription ? Première question à poser au patient et nécessitant pour les patients chroniques l'ouverture d'un véritable dossier patient.

Tout d'abord il est important d'identifier le patient car celui qui vient chercher les médicaments à la pharmacie peut, ne pas être le patient. Il est vraisemblable que si ce dernier est invalidé par la maladie il n'aura pas pu se déplacer pour aller chercher ses médicaments. Ce patient est-il un enfant ? Un nouveau-né ? Un nourrisson ? Un adolescent ? Un adulte ? Une personne âgée ? Nous savons que l'élément âge est particulièrement important en termes de conséquences pharmacocinétiques. Il y aura également des conséquences sur les posologies et le plan de prises. Certaines contre-indications peuvent aussi apparaître.

L'intérêt doit obligatoirement être donc dans un premier temps centré sur le patient avec le contexte physiopathologique et l'historique médicamenteux du patient ceci est particulièrement valable pour des patients chroniques. Cette première approche serait considérablement facilitée si était systématisé un dossier patient dans chaque officine.

La seconde étape reste le lien entre les médicaments prescrits pour une pathologie et l'état physiopathologique. A la lecture de l'ordonnance le pharmacien doit être capable de situer et de comprendre les objectifs thérapeutiques poursuivis et de voir s'il s'agit d'une pathologie simple ou d'une polyopathie.

La présence de médicaments à marge thérapeutique étroite doit être rapidement repérée lors d'une première lecture de l'ordonnance.

Dès lors trois éléments que l'on pourrait appeler des points critiques (points qui en cas d'erreur peuvent avoir des incidents gravissimes) sont à analyser.

Les contre-indications des médicaments par rapport à l'état physiopathologique peuvent être appréciées rapidement par la consultation des banques de données. Des questions si nécessaire doivent permettre d'apprécier la situation avec du bon sens.

Les posologies doivent être appréciées en fonction de cet état physiopathologique du patient. Il faut se rappeler que beaucoup d'effets indésirables peuvent apparaître à cause de posologies souvent trop élevées en particulier chez les personnes âgées. Cet aspect est important à considérer en particulier au niveau des médicaments à marge thérapeutique étroite. L'appréciation de l'état rénal peut être calculé surtout en milieu hospitalier. Au niveau de l'officine cet aspect peut être abordé d'une façon plus sommaire avec des questions simples et la connaissance du poids du patient. (mg/kg.).

Les interactions médicamenteuses contre indiquée ou à proscrire, à déconseiller (dangereuses) doivent être détectées à l'aide de banque de données et l'attention doit être portée également sur les médicaments à marge thérapeutique étroite. Une fois apparues à l'écran les interactions doivent être analysées (de quel type d'interaction s'agit-il ? Pharmacologique ? Pharmacocinétique ? Et gérées (Quelle doit être mon attitude ?). Pour les autres interactions médicamenteuses nécessitant des précautions d'emploi, ou à prendre en compte il s'agit souvent d'optimisation thérapeutique pouvant être gérée par des conseils appropriés et une interrogation du patient lors du renouvellement.

L'ensemble de ces vérifications nécessite un investissement au départ et il faut se rappeler que les principaux médicaments sont souvent les mêmes ; très vite le pharmacien mémorise rapidement les données pour acquérir une véritable compétence en temps réel. Pour les autres médicaments la maîtrise de la consultation des banques de données permet de répondre rapidement aux questions qui ne devront plus se poser lors d'un renouvellement chez des patients chroniques.

Il reste ensuite toute une série de vérification permettant d'optimiser la mise en place de la stratégie thérapeutique : L'élaboration d'un véritable plan de prises, calculé selon -les propriétés pharmacocinétiques des produits, -du mode de vie du patient, -de l'heure des repas, -des connaissances chronopharmacologiques - et des interactions médicamenteuses détectées et analysées. Les appellations matin, midi et soir ne correspondent à rien. Des heures de prises doivent être proposés au patient afin d'optimiser l'action de certains médicaments et atténuer certains effets indésirables.

L'éventuelle vitesse de perfusion et la vérification d'éventuelles incompatibilités physicochimiques doit être faite.

La perturbation éventuelle de certains tests biologiques par les médicaments peut être vérifié si cela est nécessaire et correspond à une interrogation.

La découverte d'anomalies risquant de nuire au malade peut amener le pharmacien à rédiger une opinion pharmaceutique. Cet élément abordé par un groupe de travail de l'ordre des pharmaciens nécessite une formation à l'image des québécois. L'assistance technique grâce à un centre d'assurance qualité devrait être organisée dans toutes les facultés de pharmacie.

La dernière étape importante reste l'explication de l'ordonnance au patient : le rôle de chaque médicament doit être précisé, en reprenant les plans de prises en insistant sur le respect des posologies (une fois validés) en prévenant de certains effets indésirables difficilement évitables (rassurer le patient) en diminuant d'autres par une bonne adaptation posologique et en insistant si besoin est sur la nécessité d'un contrôle biologique régulier. Enfin le pharmacien doit souligner l'importance de l'observance régulière de la prise de certains médicaments plus importants que d'autres. Ce dernier aspect nécessite l'utilisation d'un langage simple et accessible à des patients non familiers au monde médical. La reformulation par le patient peut être nécessaire pour vérifier que le patient a bien compris le message c'est ce qui différencie l'éducation du patient et l'information du patient.

Un maximum d'informations devrait pouvoir être saisi sur le dossier patient en particulier chez ceux atteints de maladies chroniques et clients réguliers de la pharmacie. La Pharmacie d'officine n'aura de crédibilité scientifique que lorsque ce problème sera réglé. Notons que ce dossier patient existe depuis 1974 au Québec.

2 -Démarche lors d'un renouvellement d'ordonnance.

A partir d'un dossier patient informatisé le renouvellement signifie que la validation d'ordonnance a déjà été faite ; l'état d'esprit qui préside au renouvellement de l'ordonnance c'est celui de vérifier que le traitement médicamenteux mis en place est efficace et ne génère pas plus d'effets néfastes que bénéfiques. Il doit également à cette occasion rapidement déterminer

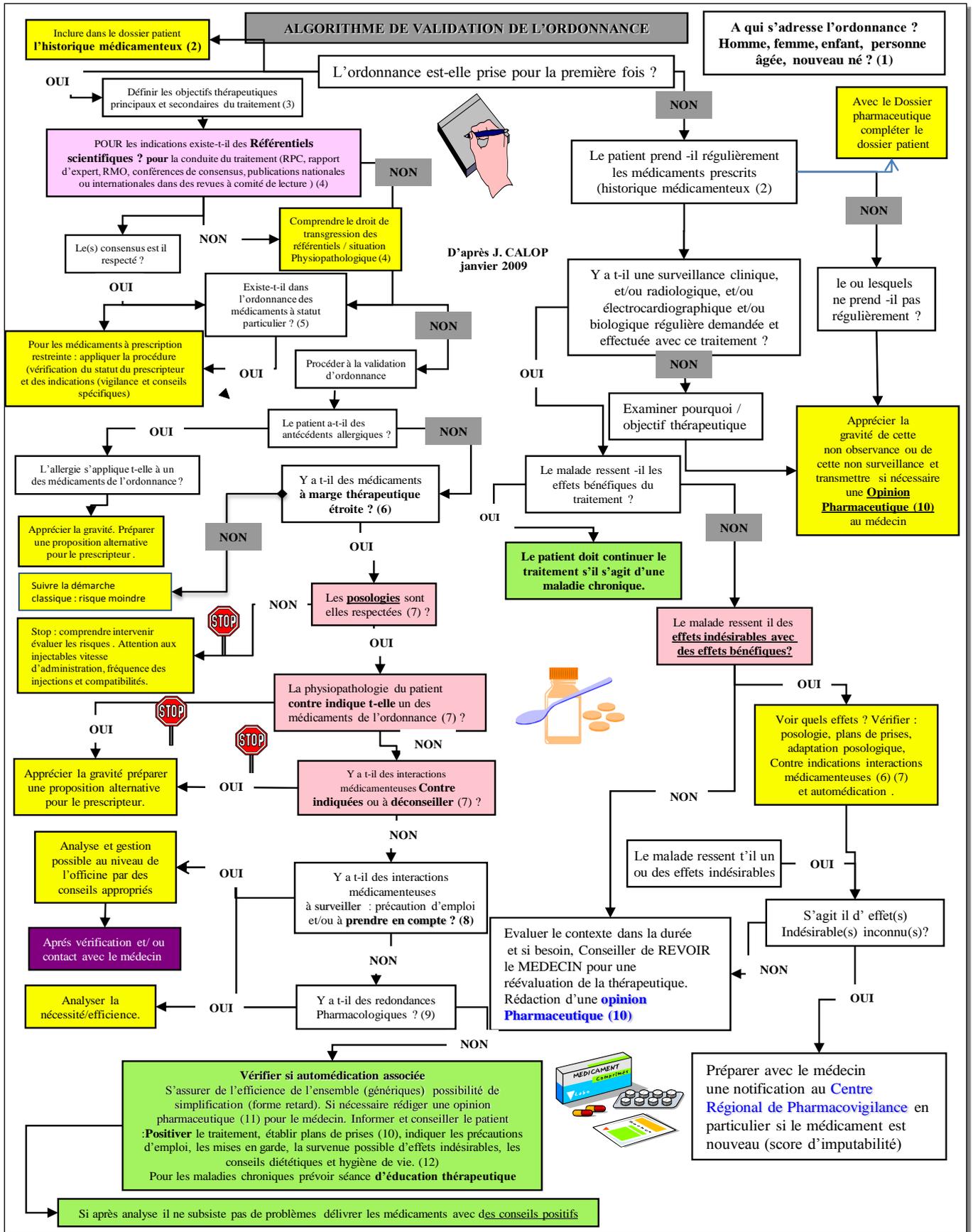
-si le patient prend correctement ses médicaments.

-si des effets indésirables apparaissent. Dans ce cas il doit vérifier les posologies et le plan de prises. Si le médicament est nouveau en cas d'effets indésirables le pharmacien est placé dans une situation d'effectuer obligatoirement une notification d'effets indésirables au centre régional de pharmacovigilance.

-si le patient a un suivi biologique régulier si les résultats sont perturbés ou normaux.

-si l'observance est bonne.

Il peut être envisagé également de rédiger une opinion pharmaceutique à l'intention du médecin prescripteur si des anomalies majeures sont constatées pouvant expliquer l'échec d'une thérapeutique médicamenteuse.



Méthodologie de validation d'ordonnance

ANNEXE B : Décret n° 2011-375 du 5 avril 2011 relatif aux missions des pharmaciens d'officine correspondants [53]

JORF n°0082 du 7 avril 2011 Texte n°16

Publics concernés : les pharmaciens d'officine, les médecins, les patients.

Objet : définition des missions des pharmaciens d'officine dans le cadre de protocoles de coopération.

Entrée en vigueur : immédiate.

Notice : le présent décret a pour objet de définir certaines missions pouvant être exercées par les pharmaciens d'officine dans le cadre des protocoles de coopération entre professionnels de santé définis à l'article L. 4011-1 du code de la santé publique. Lorsque ce protocole de coopération porte sur un traitement chronique, le pharmacien d'officine correspondant peut renouveler le traitement et en ajuster la posologie. La prescription médicale rédigée dans le cadre du protocole précise, notamment, les posologies minimales et maximales et la durée totale du traitement comprenant les renouvellements. Le pharmacien d'officine correspondant tient le médecin prescripteur informé.

Le Premier ministre,

Sur le rapport du ministre du travail, de l'emploi et de la santé,

Vu le CSP, notamment ses articles L.4011-1 à L.4011-3 et L.5125-1-1-A

Vu le code de la sécurité sociale, notamment son article L. 162-5-3 ;

Le Conseil d'Etat (section sociale) entendu,

Décète :

Article 1

A la section 2 du chapitre V du titre II du livre Ier de la cinquième partie du code de la santé publique, il est inséré une sous-section préliminaire ainsi rédigée :

« Sous-section préliminaire

« Missions pouvant être exercées par les pharmaciens d'officine

« Art.R. 5125-33-5.-I. — En application du 7° de l'article L. 5125-1-1-A, le patient peut désigner un pharmacien d'officine correspondant, titulaire ou adjoint ou pharmacien gérant d'une pharmacie d'officine avec l'accord de ce pharmacien, pour mettre en œuvre un protocole prévu à l'article L. 4011-1.

« II. — Dans le cadre d'un protocole portant sur un traitement chronique, le pharmacien d'officine désigné comme correspondant par le patient peut, à la demande du médecin ou

avec son accord, renouveler périodiquement le traitement concerné, ajuster au besoin sa posologie au vu du bilan de médication qu'il a effectué, selon un rythme et des modalités définis par le protocole.

« Ce protocole détermine le nombre de renouvellements autorisés et leur durée. La durée totale de la prescription et des renouvellements ne peut excéder douze mois.

« La prescription médicale rédigée dans le cadre du protocole précise les posologies minimales et maximales, la durée totale du traitement comprenant les renouvellements ainsi que la nature éventuelle des prestations à associer selon le produit prescrit.

« Le protocole peut prévoir des bilans de médication à effectuer par le pharmacien. Un bilan de médication comprend 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. Dans ce bilan, le pharmacien recense les effets indésirables et identifie les interactions avec d'autres traitements en cours dont il a connaissance. Il s'assure du bon déroulement des prestations associées.

« Le pharmacien communique le bilan ainsi effectué au médecin prescripteur. Cette transmission est à réaliser sans préjudice des dispositions de l'article R. 5121-170.

« Le pharmacien mentionne le renouvellement de la prescription sur l'ordonnance. En cas d'ajustement de la posologie, le pharmacien précise sur une feuille annexée à l'ordonnance datée et signée, et comportant le timbre de la pharmacie, le nom du médicament qui donne lieu à un ajustement de la posologie ainsi que la nouvelle posologie ou le nom du produit concerné associé éventuellement à une prestation. Le pharmacien indique sur l'ordonnance la présence de la feuille annexée.

« Il informe le médecin prescripteur de l'ajustement de la posologie.

« Le dossier pharmaceutique du patient, mentionné à l'article R. 161-58-1 du code de la sécurité sociale, lorsqu'il existe, prend en compte tous ces éléments. »

Article 2

Le ministre du travail, de l'emploi et de la santé et la secrétaire d'Etat auprès du ministre du travail, de l'emploi et de la santé, chargée de la santé, sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

Fait le 5 avril 2011.

Par le Premier ministre : François Fillon

Le ministre du travail, de l'emploi et de la santé, Xavier Bertrand

La secrétaire d'Etat auprès du ministre du travail, de l'emploi et de la santé, -chargée de la santé, Nora Berra

ANNEXE C : Questionnaire

Bonjour, je me présente, je suis Mylène Casali, étudiante en 6^{ème} année de pharmacie à la faculté de Grenoble. Dans le cadre de ma thèse j'effectue une enquête auprès des pharmaciens isérois sur les nouvelles missions du pharmacien d'officine définies par la loi HPST.

Votre avis m'intéresse, seriez-vous d'accord de répondre à mon questionnaire ?

(Si refus par manque de temps : Sinon peut-on prendre rendez-vous à un moment plus propice ?)

Avant de commencer, je tiens à vous préciser que cet entretien va être enregistré par dictaphone pour faciliter le recueil des données, cela vous pose-t-il problème ?

Par ailleurs le questionnaire est anonyme et vos réponses seront confidentielles.

Le questionnaire est composé de 15 questions, si certaines vous posent problème, vous êtes libre de ne pas y répondre. Cet entretien va durer environ une demi-heure.

1- Pour commencer, je souhaite savoir si vous avez entendu parler du décret du pharmacien correspondant ?

Si non : explications*

Si oui : Que pouvez-vous m'en dire ? *Précisions si besoin*.*

**Explications pharmacien correspondant : citation de la définition selon l'IGAS :*

La 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.

Le protocole de coopération détaillé doit être rédigé par le médecin et le pharmacien et soumis à l'ARS et l'HAS.

Un patient peut alors désigner le pharmacien signataire comme pharmacien correspondant. Le médecin peut ensuite rédiger pour ce patient une prescription mentionnant les posologies minimales et maximales, la durée totale du traitement comprenant les renouvellements ainsi que la nature éventuelle des prestations à associer à ces renouvellements.

2- Selon vous, que pourrait apporter le pharmacien correspondant dans la prise en charge du patient chronique ?

3- Dans vos pratiques actuelles, vous arrive-t-il de contacter le médecin pour lui faire part des problèmes suivants :

Pour chacune des propositions vous pouvez répondre sur une échelle de 1 à 5 :

1 correspondant à très rarement et le 5 à très souvent, vous pouvez aussi ne pas avoir d'avis :

(2=rarement, 3=peu souvent, 4=souvent)

-interactions entre des médicaments prescrits sur l'ordonnance

-suspicion d'effets indésirables dus au traitement

-suspicion de mauvaise observance de la part du patient

4- A quelle fréquence environ prenez-vous contact avec les médecins ?

5- Racontez-moi comment les médecins réagissent à vos interventions ?

6- A votre avis, les médecins de votre environnement seront-ils favorables à cette mise en place ?

7- Pensez-vous qu'il sera facile ou difficile d'adapter les posologies de ces différents traitements ?

Sur une échelle de 1 à 5, la note de 1 correspondant à très difficile et le 5 à très facile, vous pouvez aussi ne pas avoir d'avis : (2=*difficile*, 3=*ni facile ni difficile*, 4=*facile*)

- les anticoagulants/AVK
- les injections d'insuline
- les traitements de l'insuffisance cardiaque
- les traitements de l'asthme
- les antalgiques

8- Pensez-vous qu'une formation pourrait vous aider dans cette mission ?
Si oui, laquelle ?

9- Quel type de formation professionnelle continue suivez-vous ?

10 –Etes-vous satisfaits des offres de formation continue?

Sur une échelle de 1 à 5 pour évaluer la satisfaction. La note de 1correspondant à très insatisfait et le 5 à très satisfait, vous pouvez aussi ne pas avoir d'avis.

(2= *plutôt insatisfait* ; 3=*ni satisfait, ni insatisfait* ; 4= *plutôt satisfait*)

Si mauvaise satisfaction = réponses de 1 à 3 :

Pouvez-vous nous dire pourquoi ?

11- Pour en revenir à la mission de pharmacien correspondant, selon vous, combien de patients chroniques de votre pharmacie seraient demandeurs de ce suivi à l'officine ?

Aucun, entre 1 et 5, entre 5 et 20, ou plus de 20.

12- Comment envisagez-vous la mise en place de ces rendez-vous dans votre organisation actuelle à l'officine ?

Si non : Pourquoi ?

13- Selon vous, quels seront les principaux freins et moteurs à la mise en place du rôle de pharmacien correspondant ?

14- Nous arrivons à la fin de l'entretien, il me reste quelques questions qui seront utilisées pour analyser et comparer les réponses des répondants :

- êtes-vous pharmacien titulaire ou adjoint ?
- combien d'années d'exercice avez-vous ?
- combien de pharmaciens exercent dans votre officine?
- votre officine est-elle en milieu urbain, rural, ou zone touristique ?

15- Je vous remercie pour votre participation, y a-t-il un point que l'on n'a pas abordé et dont vous auriez aimé parler ?

ANNEXE D : Dictionnaire des codes :

question	n°	nom variable	description du codage
n° du questionnaire	1	numéro	1 à 12
Q1 : connaissance du décret	2	décret	1=ooui/ 2=non
Q3 : nombre de prises de contact avec les médecins	3	contact médecin	1= 1 à 2 fois par semaine / 2 = 3 à 5 fois par semaine / 3= + de 6 fois par semaine
Q4 : fréquence des contacts avec les médecins pour des IM.	4	avertissement IM	1= très rarement /2=rarement / 3=peu souvent / 4=souvent / 5=très souvent
Q4 : fréquence des contacts avec les médecins pour des EI	5	avertissement EI	1= très rarement /2=rarement / 3=peu souvent / 4=souvent / 5=très souvent
Q4 : fréquence des contacts avec les médecins pour des problèmes d'observance	6	avert. Observance	1= très rarement /2=rarement / 3=peu souvent / 4=souvent / 5=très souvent
Q7 : difficultés pour adapter les posologies des AVK	7	adapt AVK	1 = très difficile /2=difficile / 3=ni facile ni difficile / 4=facile/ 5 = très facile
Q7 : difficultés pour adapter les posologies des insulines	8	adapt insuline	1 = très difficile /2=difficile / 3=ni facile ni difficile / 4=facile/ 5 = très facile
Q7 : difficultés pour adapter les posologies des traitements de l'IC	9	adapt ttt IC	1 = très difficile /2=difficile / 3=ni facile ni difficile / 4=facile/ 5 = très facile
Q7 : difficultés pour adapter les posologies des traitements de l'asthme	10	adapt ttt asthme	1 = très difficile /2=difficile / 3=ni facile ni difficile / 4=facile/ 5 = très facile
Q7 : difficultés pour adapter les posologies des antalgiques	11	adapt antalgiques	1 = très difficile /2=difficile / 3=ni facile ni difficile / 4=facile/ 5 = très facile
Q8 : besoin de formation	12	besoin form.	1= oui / 2= non / 3= pourquoi pas
Q9 : formation = GPT	13	form GPT	1= oui / 2= non
Q9: formation = UTIP	14	form UTIP	1= oui / 2= non
Q9 : formation = JOURNEES	15	form JOURNEE	1= oui / 2= non
Q9 : formation = JOURNAUX	16	form JOURNAUX	1= oui / 2= non
Q9: formation = E-LEARNING	17	form e-learning	1= oui / 2= non
Q9 : formation = LABORATOIRES	18	form laboratoires	1= oui / 2= non
Q9: formation = DU	19	form DU	1= oui / 2= non
Q10 : satisfaction des formations	20	satisf. Formation	1=très insatisfait/2= plutôt insatisfait/3=ni satisfait, ni insatisfait/4= plutôt satisfait/5=très satisfait
Q11 : nombre de demandeurs du suivi par le pharmacien correspondant	21	nbre demandeurs	1=Aucun / 2=Entre 1 et 5 /3=Entre 5 et 20 /4=+ de 20 /5=Pas de réponse
Q14 : poste	22	poste	1=Titulaires 2=Adjoints
Q14 : nombre d'années d'exercice	23	années exercice	1= 0 à 5 / 2= 6 à 10 / 3 = 11 à 20 / 4 = 21 à 30 / 5= 31 à 40
Q14 : nombre de pharmaciens dans l'officine	24	nbre pharmaciens	1 à 4
Q14 : milieu dans lequel se trouve l'officine	25	milieu	1=Urbain 2=Rural 3=Zone touristique

ANNEXE E : Verbatims de l'analyse thématique

1. Les activités pharmaceutiques

1.1. Description des activités du pharmacien d'officine

1.1.1. L'observance

1	« on peut voir surtout quand les gens ne prennent pas leur traitement, ils ne redemandent pas les aérosols, par contre la Ventoline® on leur donne par tonneau ! »
3	« Parce que souvent on se rend compte que les gens viennent en disant : oh il m'en reste de celui-là il ne faut pas m'en remettre. Or, il ne devrait pas en rester. Ça veut dire qu'ils ne suivent pas bien leurs traitements. »
5	« Je pense plutôt l'observance du traitement, parce que on voit qu'il y a des gens qui viennent renouveler des produits avant d'autres, donc, ça nous permet à un certain moment de voir ce qu'il prend en plus ou en moins. »
3	« Ça veut dire qu'ils ne suivent pas bien leurs traitements. »
11	« elle prenait ses traitements d'un mois sur quinze jours ! Elle ne s'est jamais rendu compte qu'elle prenait deux fois ces médicaments. Et moi je m'en suis rendue compte parce qu'elle elle voulait vraiment qu'on renouvelle au bout de quinze jours. » « Il faut dire aussi que pour l'observance c'est très bien. »
5	« Ah oui, ça peut apporter pour le problème de l'observance déjà. Je pense plutôt l'observance du traitement, parce que on voit qu'il y a des gens qui viennent renouveler des produits avant d'autres, donc, ça nous permet à un certain moment de voir ce qu'il prend en plus ou en moins. »
9	« euh... à mon avis... une meilleure observance »
11	« Il faut dire aussi que pour l'observance c'est très bien. »

1.1.2. Le conseil

6	« Dans ce cas on conseille au patient d'aller faire un bilan, on lui demande ses modalités de prises, comment il gère le traitement. »
3	« oui, là ça nous arrive de leur donner des conseils, comment mieux adapter, oui. »
6	« Mais, bon, c'est souvent que l'on sert de tampon entre deux visites, pour le conseil, pour le dépannage, pour des aides au niveau de l'administratif, enfin bon, pour plein de choses. Oui, aussi pour des avances de vignettes. Donc, oui aujourd'hui on n'a pas le droit de prescrire mais c'est souvent que les clients viennent à la pharmacie pour demander notre avis, nos conseils, et parfois une avance de vignettes. Notre rôle c'est vraiment entre deux consultations, pour des tas de choses. »
6	« On a un rôle quand même important, en étant objectif, pour une pharmacie de cette typologie, on est un lieu d'écoute. »
3	« Là (antalgiques) ça nous arrive de leur donner des conseils, comment mieux adapter, oui. »

1.1.3. Le dépistage

1	« En novembre, on a organisé le mois du diabète, on a pris le dernier comptoir et on a mis un paravent... Ça nous a permis de dépister un jeune de 35 ans qui ne savait pas qu'il était diabétique. Là c'est positif ! »
6	« Il y aurait aussi plus de liens interprofessionnels, le pharmacien aura plus accès au dossier médical du patient, ce qui permettra de faire des pré-diagnostic, des consultations en pharmacie. »

1.1.4. Le suivi

9	« Le suivi, franchement il est plus facile par notre intermédiaire que par le médecin. »
6	« Donc voilà, le suivi c'est quelque chose qu'on a déjà essayé de proposer à des personnes comme ça, mais c'est vraiment ponctuel, c'est pas souvent. »
8	« Ça peut qu'être bien pour eux, mais le suivi il est déjà là. »
4	« On le suivra encore de plus près et ça permettra de corriger quelques bêtises...enfin moi je pense que ça ne peut qu'améliorer le suivi de son traitement en tout cas. »

1.1.5. La prise de tension

1	« Parce qu'on peut prendre la tension, et la revérifier si elle n'est pas bonne. »
1	« Les médecins nous demandent souvent une surveillance de la tension. Pour parler concret, comme ils font souvent des ordonnances de six mois, sur l'ordonnance ils marquent que je fais une surveillance de la tension tous les mois. »

2. Les besoins exprimés pour la mise en place du pharmacien correspondant

2.1. La rémunération

9	« Et alors les moteurs, la rémunération aussi (rires), et, oh...on est tous d'accord qu'à un moment donné...on perd de la marge à tout va...ça pourrait faire en sorte que nos très petites entreprises restent viables, même si il y en a beaucoup qui n'y arriveront pas ! »
6	« Alors autrement, ça dépend de la rémunération. Moi je peux embaucher une personne dédiée à ce rôle, un pharmacien, pour pouvoir accueillir toute la journée. Mais évidemment que dans l'état actuel de mon organisation salariale, c'est évident que je ne pourrai pas...c'est vrai que ça prend du temps, il faut bien compter, comme pour une consultation médicale. Donc quelqu'un de disponible ! Donc moi, ça va dépendre de la rémunération... »
6	« Si on en arrive à la rémunération à l'acte ça serait bien ! »

9	« Si on avait un pharmacien correspondant, que c'était vraiment dans les statuts, avec une indemnité financière, parce que ça pourrait aussi être une source de revenus. »
4	« je pense que les pharmaciens vont vouloir le faire, pour pouvoir être rémunérés. »
9	« (les deux principaux freins c'est les médecins) et la rémunération ! »
6	« c'est vrai que si on nous rémunère comme on a été rémunérés pour les masques avec la grippe H1N1, c'était une misère par masque, alors là moi je ne suis pas d'accord non plus. On ne va pas le faire pour rien. »

2.2. Un espace dédié

1	« coin confidentiel, on en a un devant, qui est derrière une porte, il est isolé mais pas insonorisé. Et puis on a un espace orthopédie qui, là est insonorisé, c'est là qu'on prend la tension actuellement. J'ai ces deux endroits selon ce que l'on a à dire ou à faire. »
2	« J'ai un lieu de confidentialité dédié à cette mission. »
5	« on a un espace, comme on appelle « de confidentialité », »
6	« Donc, moi j'ai fait des agencements il y a six mois. Donc on a prévu un espace de confidentialité et à l'arrière on a deux petits espaces. »
7	« Par contre au niveau de l'espace, on a plusieurs bureaux et il n'y a pas de soucis de ce côté-là ! »
9	« J'ai l'espace de confidentialité, j'ai même le local d'orthopédie qui est totalement fermé. »
4	« Il y aura peut-être aussi une question de place...quoi que moi j'ai de la place, il faudra juste l'aménager. En faire comme un local, un petit endroit de confidentialité. Que l'on a, mais que l'on n'utilise pas, c'est un peu à part de l'espace vente. »
11	« Et quand même prendre un lieu de confidentialité, il y en a déjà sûrement, mais des mieux quand même. »
3	« Ben déjà il faudrait un espace dédié »
12	« et surtout une salle dédiée à ça ! Actuellement j'ai un espace de confidentialité devant avec un poste un peu isolé, mais je n'ai pas de salle de confidentialité à proprement parler, non ! Mais c'est prévu d'en faire une. »
8	« Au niveau de l'espace surtout, on en n'a pas ! »

2.3. Le Temps, la disponibilité des pharmaciens

2	« On a prévu une journée par semaine où on pourra fixer des rendez-vous. J'ai monté le nombre de mon personnel de manière à ce que moi je puisse me libérer toute la journée. »
4	« Pour l'instant s'il faut on prend le temps mais ça se fait au coup par coup. Si une personne vient et qu'on est cinq à servir, ben il y a toujours quelqu'un qui peut prendre le temps. »
10	« Ben, il faudrait fixer un rendez-vous à un horaire spécial. Pour pouvoir accorder plus de temps... »
8	« Après le temps je pense que c'est bon ! »
9	« Et ben...à chaque fois qu'on verrait la personne... on...prendrait un rendez-vous, et puis...euh...on verrait si il faut adapter le traitement ou pas et on adaptera. »
4	« Ça sera un peu comme pour les médecins, le facteur temps. Si ça tombe quand il y a beaucoup de monde, c'est plus difficile. »
11	« Parce que le vrai intérêt là c'est d'être à l'écoute et de prendre le temps avec les patients, Moi je me dis, quelqu'un pour qui ça ne va pas du tout, il faut vraiment y passer beaucoup de temps. »
7	« Donc déjà il faudrait une prise de rendez-vous. Ne pas arriver comme ça et demander un entretien au pied levé »
3	« Ben, le temps que ça peut prendre, vu qu'on travaille quand même en flux tendu au niveau du personnel Donc voilà, le temps que ça prend. »
5	« Après ça dépend de la disponibilité des pharmacies. »
6	« mais c'est vrai que j'imagine qui si vraiment le rôle est mis en place, je ne sais pas comment on va gérer si on a 20 personnes par jour qui se présentent dans la pharmacie ça fait beaucoup. Je ne sais pas ce qu'en pensent les autres ? ... Mais j'imagine que pour eux aussi c'est un problème de disponibilité... »
11	« Les freins, c'est l'obligation de dégager du temps pour un employé, ce n'est pas toujours évident »
3	« parce que comme déjà on n'est pas nombreuses pour travailler. Il faudrait pas que ça mobilise une personne à faire ça alors qu'il y a besoin de quelqu'un au comptoir pour servir ! »
11	« je pense qu'il faudrait changer l'organisation de la pharmacie pour libérer une personne ou prendre une personne en plus juste pour ça ! »

2.4. La décision du titulaire

10	« Après c'est pas facile à dire pour moi, je pense qu'il faudrait plutôt voir ce qu'en pense la titulaire, et au niveau du temps...moi je ne peux pas vous dire, elle décidera comment faire. »
----	---

3. Les attentes liées à ces activités

3.1. La fidélisation de la patientèle

1	« Par contre, moi je pense qu'en campagne les gens ils ont choisi. moi je crois que les gens viennent chez moi parce qu'ils ont confiance en moi »
6	« On est dans un état de fait qui fait que, nous les pharmaciens de quartiers où il y a peu de passage, on a une clientèle locale qui nous est fidèle et qui consulte les mêmes médecins de quartier et qui vient chez nous »

3.2. La valorisation de la profession

6	« Les moteurs pour moi c'est évidemment la valorisation de notre métier, ça permet de montrer qu'on est autre chose qu'un simple vendeur de boîte et une personne qui ne pense qu'à sa marge et son tiroir-caisse ! On est un peu plus polyvalents que ça ! »
9	« l'évolution du métier aussi »
6	« Notre rôle c'est vraiment entre deux consultations, pour des tas de choses. On a un rôle quand même important, en étant objectif, pour une pharmacie de cette typologie, on est un lieu d'écoute. Et même si on n'est pas encore pharmacien correspondant pour l'instant, je pense qu'on n'est pas loin de ce qui est proposé dans les protocoles. »

4. Les réponses émotionnelles

4.1. Positives :

4.1-1. La curiosité, l'intérêt

4	« Mais alors comment ça se passe ? C'est la CRAM qui va nous envoyer un dossier à remplir ou pas ? Au niveau pratique je ne sais pas du tout comment on fait ? »
8	« Mais ça ne va pas se passer comme ça ! Ça sera pas le patient qui demandera, si ma mémoire est bonne ... »

4.1-2. Le réveil de la passion du métier

1	« Il y a un vrai problème de fond, il faut que le pharmacien joue d'abord son rôle de pharmacien, c'est le plus beau métier de la planète, mais si on le fait avec son cœur et si on accorde du temps aux gens. »
1	« On a un super rôle, nous les pharmaciens, surtout dans les villages, on a un rôle génial,... »
8	« Ben c'est notre métier quand même. »

4.1-3. L' enthousiasme

4.1-3.1. Des pharmaciens

6	« Il y aurait aussi plus de liens interprofessionnels, le pharmacien aura plus accès au dossier médical du patient, ce qui permettra de faire des pré-diagnostic, des consultations en pharmacie. »
8	« personnellement, comme la plupart des pharmaciens, je pense qu'on a un rôle à jouer, aussi bien dans la loi HPST que dans les dernières compositions qui ont été faites pour essayer de nous trouver une autre forme de rémunération. »
	Adaptation posologies :
9	« ben oui, c'est assez facile, c'est pas plus compliqué que pour un médecin, ça dépend les cas ! » « moi je pense de toute façon qu'il n'y a rien de compliqué du moment qu'on se met dedans hein ! » « Sinon c'est clair que c'est quelque chose que l'on peut faire ! »
7	« si jamais on nous donne le droit de surveiller la glycémie ou des choses comme ça...ça permettra une détection plus rapide, plus précoce d'un problème. Ça permet un suivi pour les patients qui ne le font pas bien et qui ne vont que 2 à 3 fois chez le médecin par an. Et du coup, une meilleure efficacité du traitement ! »

4.1-3.2. Des patients

6	« Moi je verrai plutôt des tranches d'âge, c'est-à-dire, je pense que les clients qui auraient plus de 65 ans seraient ouverts, Dans un premier temps ça sera sûrement plutôt les personnes d'un certain âge. Elles comptent déjà sur nous »
7	« Et puis, le principal moteur, je pense, c'est que les patients nous font confiance, parce qu'on est dans une pharmacie rurale, donc avec une clientèle fidèle. »
7	« mais d'une manière générale je pense qu'il (le patient) nous fait déjà confiance. S'asseoir avec lui et lui expliquer les choses, c'est très bien perçu. Les fois où on l'a fait c'était très bien passé, donc voilà. »
12	« mais beaucoup de patients seraient intéressés par ça »
11	« Et bien, ça va apporter un suivi...moi je pense que c'est vraiment bien ce suivi-là... c'est bien pour le patient...pour son traitement. Il faut dire aussi que pour l'observance c'est très bien. C'est-à-dire que le patient, il sent qu'il est suivi de près, donc il va prendre mieux son traitement. Il voit que l'on s'occupe de lui personnellement, donc ça c'est quelque chose qui, pour lui-même est important quand même ! »

4.1-3.3. Des médecins

1	« Si on sait le vendre, si le médecin joue le jeu, ça peut être bien accueilli. »
---	---

10	« un médecin submergé ça peut le soulager un peu. »
3	« C'est un plus, je pense qu'il n'y a pas de raison qu'ils ne le soient pas... Ils peuvent dire oui, mais c'est pas sûr ! »
4	« Je pense que sur le fond ils seront d'accord, »

4.2- Les réticences

4.2-1. Des pharmaciens

4.2-1.1. L'adaptation posologique

6	« en tout cas on aura besoin de formation, Alors si on a à adapter les traitements anticoagulants évidemment qu'il faudra une formation, et ensuite avec les résultats d'analyse, évidemment qu'on saura faire ! Mais voilà il va falloir être vigilant et être bien formé pour ne pas faire d'erreurs... voilà. ...On saura faire si on se forme mais en tout cas aujourd'hui on ne pourrait pas le faire...sans formation. »
6	« C'est vrai que quand on a une formation on est déjà plus à l'aise. »
7	« il va falloir qu'on revoie pour les posologies »
1	« Je me vois très mal, très honnêtement. Je ne fais pas ça d'habitude. »
1	« Ca nous est arrivé de changer les insulines à des gens, quand on n'a pas le choix, mais on n'est pas fiers, ça fait peur. »
2	« pas facile non plus ! Mais c'est pas facile pour nous de changer les posologies, on n'est pas médecin quand même ! C'est sûr que quand on a tout en main, les analyses, les bilans, il faudrait beaucoup de choses pour faire ça ! non, mais on ne change aucune posologie, c'est pas facile ! »
7	« il va falloir qu'on revoie pour les posologies...pour les antalgiques par exemple c'est pas difficile, mais pour les anticoagulants par exemple, ... suivant les anticoagulant, c'est quand même pas facile... Nous on n'a pas l'habitude de se dire : si j'augmente d'un quart de comprimé de préviscan®, mon INR va augmenter de tant ! »
3	« Mais c'est pas facile pour nous de changer les posologies, on n'est pas médecin quand même ! C'est sûr que quand on a tout en main, les analyses, les bilans, il faudrait beaucoup de choses pour faire ça ! »

4.2-1.2. Les dérives possibles

5	« Et après le problème ça va être les dérives qu'il peut y avoir. Des pharmaciens peuvent commencer à facturer, renouveler des ordonnances si le patient n'en n'a pas besoin, pour se faire des sous, c'est problématique. »
---	--

4.2-2. Des médecins

6	« Oui...dans la mesure où ça n'empiète pas trop sur leurs... euh sur leurs revenus, il faut dire ça comme ça, abréger, hein ! »
1	« Si on sait le vendre, si le médecin joue le jeu, ça peut être bien accueilli. Si le médecin n'est pas OK, on va s'en prendre plein les gencives. A mon avis il faut faire une annonce conjointement avec le médecin généraliste. Il faut faire une affiche qui soit dans toutes les pharmacies et les cabinets de médecins. Je le redis, si on ne joue pas le jeu de l'équipe, on court à ce que ça ne serve jamais. Je pense qu'une annonce mal faite peut enrayer le système et ça ne servira finalement à rien ! »
12	« Les principaux freins ça va être les médecins »
8	« Donc, la loi HPST, c'est pas bon pour eux, ils le voient d'un mauvais œil. Ben non, évidemment ils sont contre, c'est l'ordre des médecins qui est contre de toute façon ! »
3	« à moins qu'ils aient l'impression qu'on empiète sur leur territoire ! Il peut y avoir ça aussi. »
8	« en général les médecins n'aiment pas les pharmaciens, et vice versa. A part quand on se connaît personnellement. Donc, la loi HPST, c'est pas bon pour eux, ils le voient d'un mauvais œil.»
2	« les principaux freins je pense que ça va être l'ordre des médecins »
5	« Ils ont peur de perdre une prescription ou deux dans l'année. Parce que, apparemment, d'après ce que j'ai compris, le pharmacien coordinateur va renouveler une fois ou deux l'ordonnance, avec l'accord du médecin, mais ça lui fait quand même une consultation en moins. Les médecins ils ne sont pas d'accord avec ça. »
8	« A mon avis, les médecins ça ne leur plaît pas trop ce genre de missions. »
1	« Ce n'est parce que d'un coup on a le droit de faire les choses qu'il faut partir « la fleur au fusil » et prendre les décisions seul, parce que pour moi le médecin se manœuvre avec précaution et il risque de mal le prendre. Pour moi ça peut devenir gênant, on peut en arriver au conflit avec le médecin. Je pense qu'il vaudrait mieux y aller en douceur, parce que si on ne fait pas comme lui il aurait fait, on risque le retour de bâton. »
5	« C'est délicat, ça reste du ressort du médecin. Quand le médecin va regarder les analyses, il va dire, mais attendez, là il y a un problème, et là il découvre que le patient il ne le prend pas. »
7	« c'est pas d'habitude notre mission, donc il faut que dans les mentalités, le médecin ne se sente pas mis sur la touche »
1	« Je pense que si on s'entend mal c'est qu'il y a une incompréhension. Certains médecins pensent que les pharmaciens ne servent à rien. »

4.2-3. Des patients

11	« Chaque ordonnance est un combat, on est toujours sur le qui-vive ! Il faut être méfiant et bien dialoguer. Mais là il ne faut pas baisser la vigilance, même 5 minutes. Il faut vraiment vivre les choses pour s'en rendre compte ! »
3	« Et puis il faut que le patient nous fasse confiance, pour qu'on puisse avoir notre rôle à jouer. Je pense que c'est pas évident ça. Ils ont confiance pour des petites

	pathologies, des petites choses... »
7	« que le patient nous fasse confiance, »
4	« et ils sont tellement inquiets de ne plus pouvoir joindre un médecin, surtout pour les plus âgés, qu'ils ont l'impression qu'ils le verront encore moins souvent. »
1	« Le fait qu'on ne les examine pas ça les inquiète quand même. »
5	« Après les patients sont maîtres de leurs choix, on ne peut pas appeler les médecins si les patients prennent pas leurs médicaments...il va dire qu'on est des flics... »
3	« en plus les gens ils veulent vraiment que ça soit le médecin qui dise et pas le pharmacien, pour beaucoup. Et surtout les anciens ! Si le médecin n'a rien dit, nous on peut dire quelque chose derrière, mais il faudra faire confirmer au médecin pour que la personne accepte les modifications. »
11	« Le problème c'est que les gens interprètent très mal ce qu'on leur dit, ils n'ont parfois pas compris et pour nous c'est une très grosse responsabilité,»

5. La collaboration avec le médecin

5.1. La gestion du risque médicamenteux

7	« si jamais on nous donne le droit de surveiller la glycémie ou des choses comme ça...ça permettra une détection plus rapide, plus précoce d'un problème. Ça permet un suivi pour les patients qui ne le font pas bien et qui ne vont que 2 à 3 fois chez le médecin par an. Et du coup, une meilleure efficacité du traitement ! »
11	« Donc quand on se parle bien avec le médecin, ça évite pas mal d'erreurs quand même. »
11	« Il faut être méfiant et bien dialoguer. moi au premier doute sur une ordonnance, j'appelle ! »
7	« Dans ces cas-là, il nous est arrivé d'appeler le médecin et de lui dire « attention, cette personne commence à être désorientée, ne pourrait-on pas mettre en place un passage infirmier pour qu'elle prenne ces médicaments ? ». Vous voyez, ce genre de choses. »
4	« Et puis euh... d'évaluer, avec le médecin... d'évaluer les effets désirés et indésirables quoi. »

5.2. L'aspect réglementaire

1	« C'est vrai que ça sera bien quand il y aura un vrai cadre, on saura qu'on peut le faire. »
4	« mais bon là ça serait encore plus...plus officiel. »
1	« Je ne dis pas que si c'était marqué dans une loi précise : petit 1, petit 2,... On ferait ce qu'il y a de marqué, »

6	« mais là ça serait validé et reconnu, dans le cadre d'un protocole, ça donnerai plus de crédibilité à notre façon de travailler. »
6	« ben d'ailleurs le jour où on sera pharmacien correspondant ça sera pas facile ! Remarquez si on a signé le protocole »
9	« Si on avait un pharmacien correspondant, que c'était vraiment dans les statuts, avec une indemnité financière, ... »

5.3. L'échange d'expertise

1	« Et plus on avance en âge, plus on s'aperçoit qu'on a besoin de tout le monde, les médecins, les pharmaciens, les préparatrices. Il faut arriver à travailler ensemble pour faire un vrai monde médical qui soit sympa. Travailler conjointement pour moi c'est le secret. »
11	« on préfère avoir un contact direct avec le médecin. »
7	« par plus de dialogue avec le patient et avec le médecin, on peut tout de suite détecter les freins à ce que... à la prise de médicaments »
1	« C'est un peu comme ce qu'il se fait à l'hôpital, il y a une pluridisciplinarité qui est très intéressante. »
3	« Comme ça on pourrait en faire part au médecin... que le patient ne suit pas son traitement. C'est bien qu'il le sache aussi. Si le patient va ensuite se plaindre d'un certain nombre de choses, mais enfaite il ne prend pas son traitement. »
1	« Mais je pense que la décision de modifier le traitement doit être prise conjointement avec le médecin. pour moi on travaille en équipe, le médecin sait pourquoi il a mis telle molécule et pas une autre. »
1	« quand vous nous donnerez un peu des informations sur les diagnostics des patients et leurs examens. ça nous intéresse quand on donne des produits conseils, tout ça. »
11	« On ne peut pas faire tout seul, dans notre coin. »
11	« Mais c'est vrai qu'heureusement qu'on peut faire ça, on se contacte, même rapidement et on voit ensemble ce qu'il faut faire. Par exemple là je vois le cas d'une dame, sur un mois, elle avait une ordonnance d'un mois, mais importante, polypathologie avec surtout pour le cœur et la tension. Et ben, elle prenait ses traitements d'un mois sur quinze jours ! Elle ne s'est jamais rendu compte qu'elle prenait deux fois ces médicaments. Et moi je m'en suis rendue compte parce qu'elle elle voulait vraiment qu'on renouvelle au bout de quinze jours. Voilà, j'ai appelé le médecin pour l'avertir, le mettre en garde aussi. Et là on voit ensemble ce que l'on peut faire. Dans ce cas elle est retournée le voir. Ce dialogue c'est important, ça peut sauver des gens ! Nous ici, on est très vigilants... le souci sur ce secteur...c'est qu'il faut être vraiment vigilant. Donc quand on se parle bien avec le médecin, ça évite pas mal d'erreurs quand même. Moi j'ai toujours une peur bleue, je dis toujours à mes employés de bien relire deux fois les ordonnances avant de délivrer. »
9	« Il y a que comme ça que ça peut marcher à mon avis, parce que si chacun reste dans son coin et qu'on ne se concerte pas, il y a beau avoir des missions...ça ne sert à rien. »

5.4. La Confiance

5.4.1. Les freins

5	« Mais... c'est vrai qu'un travail ensemble entre le médecin et le pharmacien c'est bien, mais le problème c'est qu'en ce moment, il n'y a pas de travail ensemble. Chacun veut garder son indépendance donc c'est compliqué. »
5	« oui, en général c'est ce qui nous pose le plus de problème les interactions, et si on arrive à joindre le médecin, parce que c'est pas souvent qu'on arrive à joindre le médecin ! A l'hôpital, j'en parle même pas, c'est toujours nié, on n'arrive pas à les joindre... C'est surtout pour des interactions où le client est allé consulter chez plusieurs médecins. »
6	« Parce qu'il y en a certains qui sont trop attachés à leur rôle, ils pensent que le pharmacien n'est qu'un épicier, qu'il n'est pas capable de...de prendre une quelconque initiative. Bon...ceux qui sont en fin de carrière en général ils ont un peu de mal à accepter notre intervention et notre signalement. »

5.4.2. Les facilitateurs

1	« et on programme nos gardes aussi bien médicales que pharmaceutiques ensemble. On se réunit tous une fois par an. On a déjà des contacts, on habite un village où tout le monde se connaît... nous on se connaît vraiment bien avec les médecins. Alors je préfère ne pas rester dans mon coin, je fais un geste envers le médecin et il y a peu de conversations qui se passent mal. C'est pas parce que j'ai que des médecins géniaux, c'est parce que aussi il faut le vouloir. »
7	« oui, ils le prennent très bien, on s'entend bien avec les médecins du coin, donc il n'y a pas de problèmes. »
1	« Il serait bien qu'on se retrouve tous autour de la table pour se dire : voilà on nous a donné ça comme mission, il y a des choses bien, pour vous aussi des médecins et il y a des choses aussi qu'il faut qu'on discute. »
1	« C'est vrai que quand on connaît pas les médecins, des fois on tombe sur certains qui nous prennent un peu de haut. Et ça devient détestable comme appel. »
8	Ca dépend desquels, je dirai généralement bien, quand on les connaît...mais...euh... en général les médecins n'aiment pas les pharmaciens, et vice versa. A part quand on se connaît personnellement.

5.4.3. Nécessaire à la collaboration

5	« La confiance doit s'installer entre nous trois. Le client, le médecin et moi. Je pense que même pour le client c'est rassurant d'avoir l'avis des deux. »
1	« je pense que plus on tend la main vers les médecins, plus on leur donnera des choses et plus ils pourront nous donner »

5.5. Relation de dépendance

5.5.1. Aval du médecin

11	« je pense qu'au début ça se fait avec le médecin, il nous dit quoi faire, on peut lui passer un coup de fil. »
5	« Normalement on peut le faire mais il faut l'avis du médecin, pour prendre en charge la première fois au moins. »
5	« En tout cas on est obligé de travailler avec le médecin ! Moi je suis contre le fait de la faire tout seul, il faut le faire avec l'avis du médecin. La première fois on demande l'avis du médecin et après on va voir avec l'avis du client comment il va s'en sortir. »
11	« Qu'on nous dise, quand vous avez tel type de problème il faut faire comme ça, comme ça et comme ça, et puis qu'on n'en déroge pas quoi ! »
11	« Parce que, après si il va voir le médecin et qu'il dit : à la pharmacie on m'a dit ça et que le médecin n'est pas d'accord, c'est un problème, à ce niveau il est quand même au-dessus de nous ! »

5.5.2. Validation des décisions par le médecin

1	« Si on est amené à le faire quand même, j'espère qu'on verra avec les médecins pour faire ça ensemble et pas prendre des décisions dans notre coin. »
1	« Mais je pense que la décision de modifier le traitement doit être prise conjointement avec le médecin. pour moi on travaille en équipe, le médecin sait pourquoi il a mis telle molécule et pas une autre. »
2	« Si on a l'accord du médecin on prendra plus de temps pour faire expliquer au patient sa maladie et le traitement. »
1	« Moi je suis assez prudente, si je ne le sens pas, je m'en remets aux personnes qualifiées. »
5	« Ce qui fait que nous, on ne peut pas enlever la statine pendant la période de l'antibiotique mais on peut déjà appeler le médecin pour le prévenir. »
9	« Il faudrait aussi voir avec les médecins, pas être en désaccord avec eux sur ce qu'on fait. Là c'est du travail d'équipe ! A partir du moment où le médecin est d'accord pour mettre en place le pharmacien correspondant, il faut tout faire ensemble. »

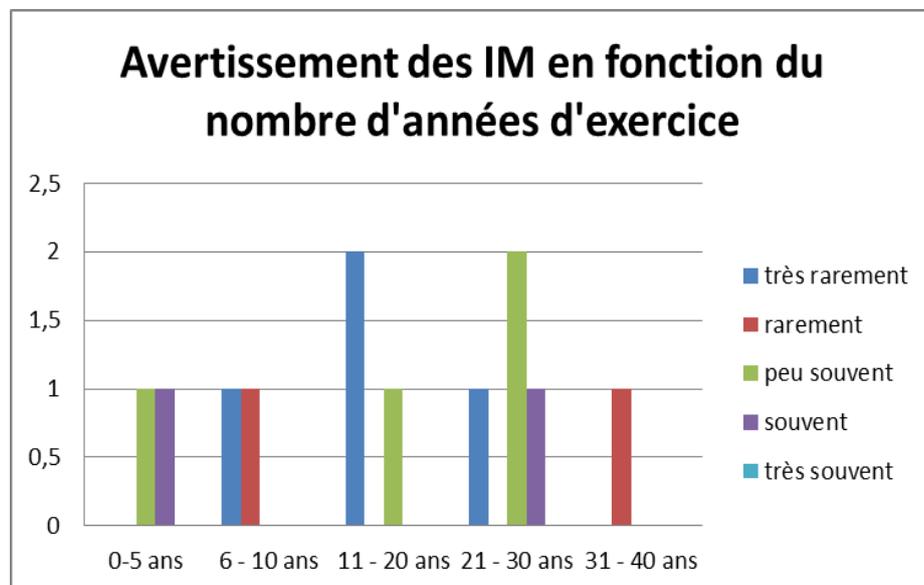
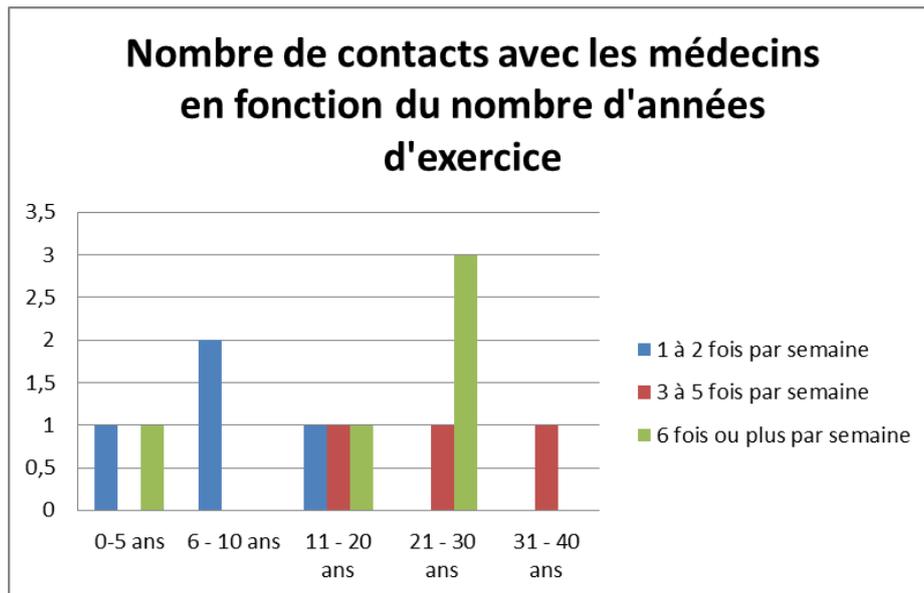
ANNEXE F: Tableaux de données :

n°	décret	Contact avec les médecins	Avertissement IM	Avertissement EI	Avertissements Observance	Adaptation AVK	Adaptation insulines	Adaptation traitements IC
1	1	2	3	4	2	2	3	1
2	2	1	2	1	1	1	3	2
3	1	2	2	2	1	2	2	2
4	1	3	1	1	1	3	1	3
5	1	1	4	2	2	4	3	3
6	1	3	3	3	3	2	2	2
7	2	3	1	1	2	2	4	1
8	1	1	1	1	1	2	2	2
9	2	2	3	2	3	4	4	2
10	2	1	1	1	1	2	2	2
11	2	3	4	4	4	4	4	3
12	2	3	3	2	2	5	5	5

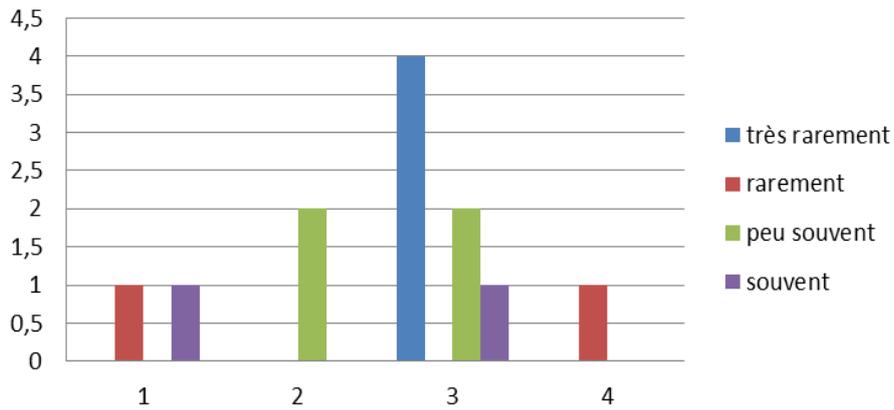
n°	Adaptation asthme	Adaptation antalgiques	besoin formation	formation groupement	formation UTIP	formation journée	formation journaux	formation e-learning
1	4	4	2	1	1	1	2	2
2	4	4	1	2	1	2	1	1
3	2	4	1	2	1	2	2	1
4	4	4	1	2	1	2	2	2
5	3	4	2	2	2	2	2	2
6	4	5	1	1	2	2	2	1
7	3	5	1	2	2	1	1	1
8	3	4	3	2	2	2	1	2
9	2	5	1	2	2	1	2	1
10	2	4	1	2	1	2	2	2
11	3	5	1	2	1	2	2	1
12	5	5	1	2	1	2	2	2

n°	formation labo	formation DU	satisfaction formation	nombre demandeurs	poste	années exercice	nombre pharmaciens	milieu
1	2	2	4	5	1	3	3	2
2	2	2	4	4	1	2	1	2
3	2	2	4	5	1	5	4	1
4	2	2	4	4	1	4	3	1
5	1	2	4	3	1	1	1	1
6	1	2	5	4	1	4	2	2
7	2	2	4	3	1	3	3	2
8	1	2	4	5	1	2	3	2
9	2	2	4	4	1	4	3	2
10	1	2	4	4	2	3	3	1
11	2	1	5	3	1	4	3	1
12	2	2	2	4	1	1	2	2

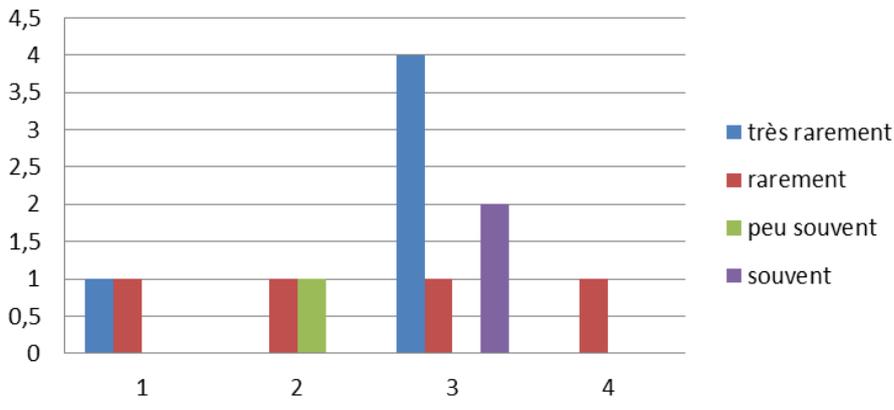
ANNEXE G : Tableaux croisés :



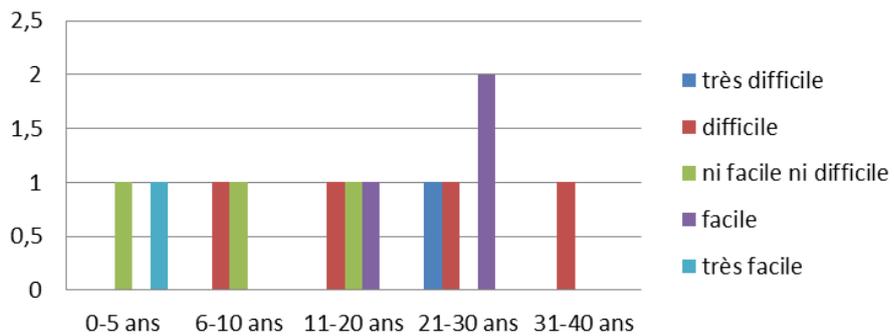
Avertissement des IM en fonction du nombre de pharmaciens de l'officine



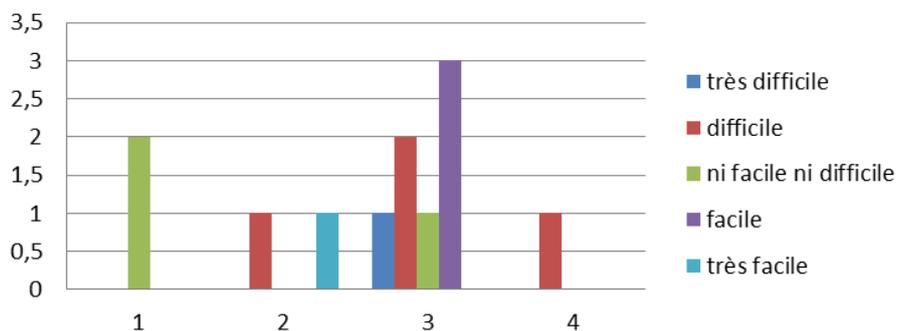
Avertissement des EI en fonction du nombre de pharmaciens de l'officine



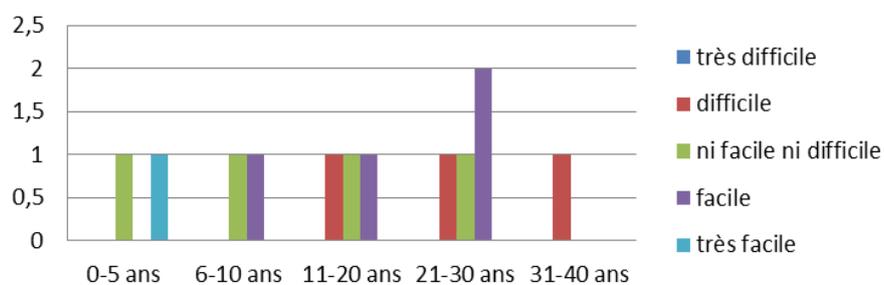
Difficulté ressentie pour l'adaptation de la posologie de l'insuline en fonction des années d'exercice



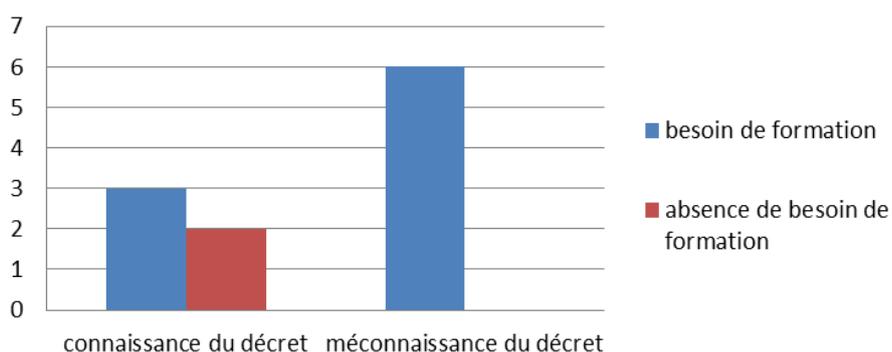
Difficulté ressentie pour adapter la posologie de l'insuline en fonction du nombre de pharmacien de l'officine



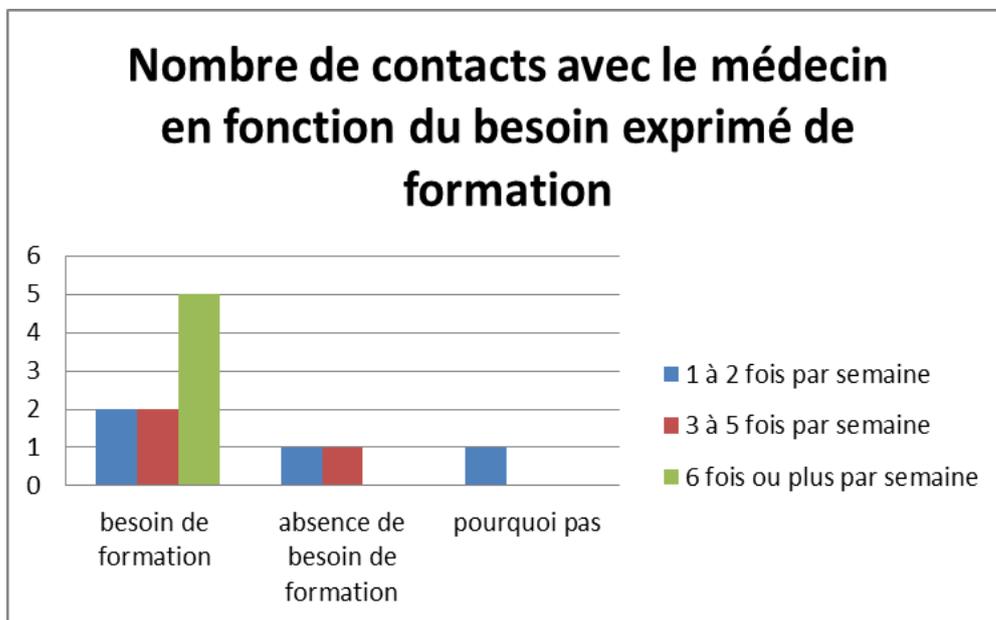
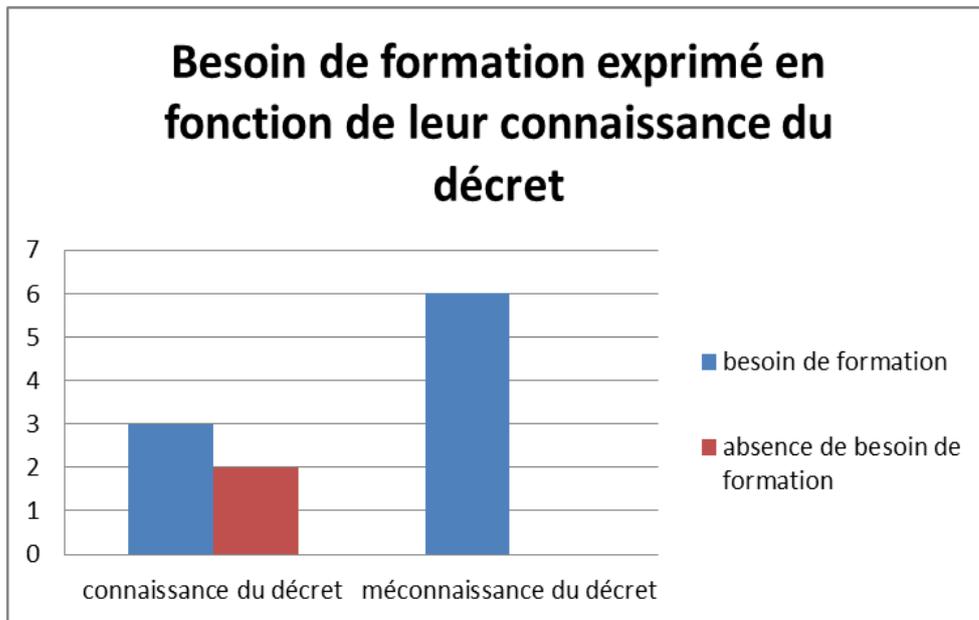
Difficulté ressentie pour adapter les posologies des médicaments de l'asthme en fonction du nombre d'années d'exercice



Besoin de formation exprimé en fonction de leur connaissance du décret



- Tableaux correspondants au plan de recherche.





Serment de Galien



« Je jure en présence des Maîtres de la Faculté, des Conseillers de l'Ordre des Pharmaciens et de mes condisciples :

D'honorer ceux qui m'ont instruit(e) 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 et mes devoirs envers le malade et sa dignité humaine ; en aucun cas, je ne consentirai à utiliser mes connaissances et mon état pour corrompre les mœurs et favoriser des actes criminels.

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

ETUDE EXPLORATOIRE SUR LES REPRESENTATIONS DES PHARMACIENS D'OFFICINE DE L'ISERE CONCERNANT LE DECRET DU PHARMACIEN CORRESPONDANT

Résumé :

Le nombre de patients atteints de maladies chroniques en France est estimé à 15 millions, l'amélioration de leur prise en charge est au cœur des préoccupations des professions de santé comme des organismes d'assurance maladie. La loi HPST attribue de nouveaux rôles aux pharmaciens d'officine, notamment celui de pharmacien correspondant. Il formalise la collaboration entre médecins et pharmaciens pour la prise en charge de patients chroniques par le biais de protocole personnalisé de soins.

Les missions du pharmacien correspondant décrites par le décret d'application sont la réalisation de bilans de médication, le renouvellement du traitement du patient, l'adaptation des posologies, la transmission des informations concernant ces actions et bilans au médecin traitant. L'objectif de ce travail était d'analyser les représentations des pharmaciens d'officine isérois concernant le rôle de pharmacien correspondant.

Une étude qualitative a été réalisée grâce à des entretiens semi-directifs, auprès de douze pharmaciens officinaux de l'Isère. Elle a permis de mettre en exergue les freins et leviers identifiés par les pharmaciens d'officine à leurs nouvelles missions, leur enthousiasme, mais aussi leur appréhension face à l'opinion des médecins et des patients sur ce nouveau rôle qui leur est attribué. Plusieurs pistes de travail concernant la mise en place du rôle de pharmacien correspondant peuvent émerger à partir du discours des pharmaciens interrogés.

Mots-clés :

- Pharmacien correspondant
- Collaboration
- Professionnels de santé
- Loi HPST
- Patients chroniques
- Enquête
- Représentation

Adresse auteur :

25 rue Casimir Brenier, 38120 Saint Egrève
mylene.casali@hotmail.fr