



HAL
open science

La place du pharmacien d'officine dans le parcours de soins du patient : enquête en région Aquitaine sur les activités de coopération

Marc d'Elbée

► **To cite this version:**

Marc d'Elbée. La place du pharmacien d'officine dans le parcours de soins du patient : enquête en région Aquitaine sur les activités de coopération. Sciences pharmaceutiques. 2015. dumas-01168744

HAL Id: dumas-01168744

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01168744>

Submitted on 26 Jun 2015

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.

Université de Bordeaux
U.F.R DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES

Année 2015

N°33

Thèse pour l'obtention du
DIPLÔME D'ETAT de DOCTEUR EN PHARMACIE

Présentée et soutenue publiquement

Par **Marc d'ELBÉE**

Né le 17 mars 1990 à Bayonne

Le 6 mars 2015 à Bordeaux

LA PLACE DU PHARMACIEN D'OFFICINE DANS LE PARCOURS DE SOINS DU PATIENT
-
ENQUÊTE EN RÉGION AQUITAINE SUR LES ACTIVITÉS DE COOPÉRATION

Directrice de thèse

Dr. Catherine DUMARTIN

Jury

Dr. Marie BAUMEVIEILLE	Docteur en Pharmacie Maître de Conférences des Universités – Habilitation à diriger des recherches	Président
Dr. Catherine DUMARTIN	Docteur en Pharmacie Maître de Conférences des Universités – Praticien hospitalier	Juge
Mr. Jean-Pierre VACHER	Docteur en Pharmacie	Juge

Remerciements

A mes chers parents, à ma sœur Claire ainsi qu'à mes frères Jean-Marie, Raphaël et Christian, pour votre amour, votre soutien et votre présence.

A ma chère Suzy, comme ma famille, pour ton amour et ta présence.

A mes amis du Pays Basque Florian, Sébastien, Christelle, Nenek, Ptit Gui, Pierrot, Matthieu,...
... Et d'ailleurs, Nicolas, Lucie, Pierre Dulong, Maxime, Suzon, Gaëlle, Lucien, Nick et ceux que j'oublie,

Merci pour tous ces bons moments passés ensemble et pour ceux que nous passerons encore...

*Au Dr. Elisabeth Bardet,
Pharmacien inspecteur à l'ARS Aquitaine,
Et à son équipe,
Pour votre temps, vos conseils et pour avoir aidé à la diffusion de cette enquête.*

A mes juges,

A ma directrice de thèse,

*Madame le Docteur Catherine Dumartin
Maître de conférences en Droit et Economie Pharmaceutiques à l'Université de Bordeaux
Praticien hospitalier au CHU de Bordeaux
Docteur en Pharmacie, Docteur de l'Université*

Je vous remercie pour votre disponibilité, le partage de vos connaissances, votre esprit critique et vos encouragements.

A mon juge,

*Dr. Jean-Pierre Vacher
Pharmacien titulaire d'officine, Pharmacie Sainte-Catherine à Bordeaux*

Pour avoir aimablement accepté de participer à ce jury de thèse. Pour votre encadrement et le partage de vos connaissances durant mon stage de 6^{ème} année.

A ma présidente de thèse,

*Madame le Docteur Marie Baumevielle,
Maître de conférences en Droit et Economie Pharmaceutiques à l'Université de Bordeaux
Habilitée à diriger des recherches
Docteur en Pharmacie, Docteur de l'Université*

Pour m'avoir fait l'honneur de présider le jury de cette thèse. Pour l'intérêt que vous avez porté à mon travail et pour vos conseils sur mon avenir professionnel.

A tous, un grand merci !

Liste des abréviations :

ALD :	Affection de Longue Durée
AM :	Assurance Maladie
ANCREC :	Association Nationale de Coordination des Réseaux Diabète
APALD :	Actes et Prestations nécessaires pour l'ALD
ARS :	Agence Régionale de Santé
AVK :	Anti-Vitaminique K
CNAM :	Caisse Nationale d'Assurance Maladie
CSP :	Code de la Santé Publique
CSS :	Code de la Sécurité Sociale
DU :	Diplôme Universitaire
EHPAD :	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
ENMR :	Expérimentations sur les Nouveaux Modes de Rémunération
ETP :	Education thérapeutique du Patient
FA :	Fibrillation Atriale
FSPF :	Fédération des Syndicats Pharmaceutiques de France
GTH :	Groupe Thématique Régional
HAS :	Haute Autorité de Santé
HPST :	Hôpital Patients Santé Territoires
INR :	International Normalized Ratio
INSEE :	Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
IRDES :	Institut de Recherche et de Documentation en Economie de la Santé
MSP :	Maison de Santé Pluridisciplinaire
OMEDIT :	Observatoire des Médicaments, des Dispositifs Médicaux et de l'Innovation Thérapeutique
PAERPA :	Personnes Agées en Risque de Perte d'Autonomie
PDA :	Préparation des Doses à Administrer
PLFSS :	Projet de Loi de Financement de la Sécurité Sociale
PPS :	Programme Personnalisé des Soins
PPSPR :	Protocole Pluriprofessionnel de Soins de Premiers Recours
PRS :	Projet Régional de Santé
PS :	Pôle de Santé
SROS :	Schéma Régional d'Organisation des Soins
UNCAM :	Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie
URPS :	Union Régionale des Professionnels de Santé
VIH :	Virus de l'Immunodéficience Humaine

TABLE DES MATIÈRES

Remerciements.....	3
Liste des abréviations :	4
INTRODUCTION	8
Partie I : Parcours de soins et missions du pharmacien dans la coopération.....	9
Chapitre I : Le parcours de soins : outil de coopération	9
Section I. Comprendre le parcours de soins.....	9
A- Le parcours de soins du patient.....	9
B- Les acteurs et les bénéficiaires du parcours de soins.....	10
1- Les acteurs	10
2- Les bénéficiaires	10
C- La loi « Hôpital Patients Santé Territoires » de 2009 facilite la mise en place du parcours de soins en réorganisant l'offre de soins	11
1- L'amélioration de l'offre de soins grâce à la coopération entre les professionnels de santé....	11
2- L'éducation thérapeutique du patient.....	12
Section II. Le parcours de soins bénéficie à des populations spécifiques de patients	13
A- Les différents parcours de soins.....	13
1- Les maladies chroniques : un enjeu majeur	13
2- Les personnes âgées, cibles spécifiques	13
3- Un parcours de soins autour de la naissance.....	14
B- Les patients chroniques au cœur du parcours de soins	15
1- Les maladies chroniques.....	15
2- Le dispositif d'Affectation de longue durée (ALD).....	15
3- Ce qu'apporte le parcours de soins pour cette catégorie de patients	16
Section III. Les outils d'aides à la réalisation d'un parcours de soins	16
A- Des outils fournis par la HAS.....	16
B- Le guide du parcours de soins d'une maladie chronique et la synthèse des points critiques	17
1- Du « Guide médecin ALD » au « Guide parcours de soins »	17
2- Elaboration de fiches « points-clés »	17
C- Les actes et prestations nécessaires pour l'ALD correspondant à la maladie chronique (APALD)	18
D- Le plan personnalisé de soins (PPS).....	18
E- Exemple des PAERPA « Personnes Agées En Risque de Perte d'Autonomie »	19
F- Le guide patient.....	19
Section IV. Un exemple de parcours en place : « La fibrillation atriale »	19
A- Enjeux autour de cette pathologie	20
B- Les points critiques dans la prise en charge de la fibrillation atriale	20
C- Actes et prestations sur la fibrillation auriculaire	20
Chapitre II : Le pharmacien d'officine dans le parcours de soins : des perspectives offertes par la loi HPST	21
Section I. Des missions pharmaceutiques précisées et renforcées par la loi HPST.....	21
A- Les soins de premiers recours.....	22
1- Définition des soins de premiers recours.....	22

2- Les professionnels concernés par l'offre de soins de premiers recours	22
B- L'organisation territoriale des soins de premiers recours	23
C- Les soins de premiers recours comme porte d'entrée dans le parcours de soins	23
1- Les maisons et les pôles de santé	24
2- Les protocoles pluriprofessionnels de soins de premiers recours (PPSPR)	24
D- Le pharmacien d'officine dans l'offre de soins de premiers recours	25
1- Le pharmacien d'officine : un professionnel de santé accessible	25
2- L'intégration des pharmaciens d'officine dans les formes de coopération en ville	25
3- Les activités de soins de premiers recours	26
Section II. Les « nouvelles » missions confiées aux pharmaciens d'officine	27
A- La participation à l'éducation thérapeutique et aux actions d'accompagnement des patients	27
1- Les programmes d'éducation thérapeutique de patients (ETP)	27
2- Les programmes d'éducation thérapeutique en région Aquitaine	28
3- Le niveau de formation à l'ETP chez les pharmaciens d'officine	28
4- Participation des pharmaciens d'officine aux actions d'accompagnement	29
B- La fonction de pharmacien référent	31
1- Définition du pharmacien référent	31
2- Pharmacien référent et coopération avec les autres professionnels de l'établissement	32
3- Un cadre juridique à préciser	33
C- La fonction de pharmacien correspondant	33
1- Définition et cadre juridique	33
2- Une fonction à développer	34

Partie II : Evaluation de la participation des pharmaciens d'officine aux actions de coopération mises en place avec la loi HPST

Chapitre I : Présentation de l'enquête et de la méthode de réalisation

Section I. Les objectifs de l'enquête	36
Section II. Méthode de réalisation de l'enquête	37
A- Recherches bibliographiques orientant la rédaction du questionnaire d'enquête	37
B- Elaboration du questionnaire	37
C- Administration du questionnaire par email diffusé avec l'aide de l'Agence Régionale de Santé d'Aquitaine	39
D- Recueil et analyse des résultats	40

Chapitre II. Résultats de l'enquête

Section I. Description des participants	41
A- Répartition géographique des répondants	41
B- Environnement des répondants	42
C- Année d'obtention du diplôme	43
D- Nombre d'employés par officine	44
E- Nombre de pharmaciens dans l'officine	45
Section II. Participation aux missions de la loi HPST	46
A- Réalisation des entretiens pharmaceutiques AVK	46
B- Participation à la fonction de pharmacien référent	46
C- Connaissance de la fonction de pharmacien correspondant	47
D- Participation aux programmes d'éducation thérapeutique du patient	48
E- Participation aux actions pluridisciplinaires de prise en charge de patients atteints de pathologies chroniques	48

Section III. Les facteurs de non participation	49
A- Présentation globale des non-participants aux missions de coopération.....	49
B- Description des facteurs de non-participation.....	50
C- Les autres facteurs soulevés par les pharmaciens d'officine.....	52
1- Les entretiens pharmaceutiques AVK.....	52
2- La fonction de pharmacien référent.....	52
3- La fonction de pharmacien correspondant.....	52
4- Les programmes d'ETP.....	53
Section IV. La participation des pharmaciens aux missions en fonction des caractéristiques des répondants.....	54
A- L'environnement de l'officine	54
B- L'expérience du pharmacien titulaire en officine.....	56
C- Le nombre d'employés dans l'officine	58
D- Le nombre de pharmaciens dans l'officine	60
Chapitre III. Discussion et limites	62
Section I. Discussion.....	62
A- Participation aux missions de la loi HPST	62
1- Réalisation des entretiens pharmaceutiques AVK.....	62
2- Participation à la fonction de pharmacien référent	63
3- Connaissance de la fonction de pharmacien correspondant.....	64
4- Participation aux programmes d'éducation thérapeutique du patient.....	64
5- Participation aux actions pluridisciplinaires de prise en charge de patients atteints de pathologies chroniques.....	65
B- Les facteurs de non participation.....	66
1- Le manque de temps.....	66
2- Le manque de personnel.....	67
3- Evaluation de la demande	67
4- La rémunération de l'activité.....	68
5- Le manque d'information et la méconnaissance des missions	68
6- Le manque d'intérêt.....	69
7- Les autres facteurs soulevés par les pharmaciens d'officine	69
C- La participation des pharmaciens aux missions en fonction des caractéristiques des répondants	70
1- L'environnement de l'officine	70
2- L'année d'obtention du diplôme du pharmacien	71
3- Le nombre d'employés dans l'officine.....	71
4- Le nombre de pharmaciens dans l'officine	72
Section II. Les limites de l'enquête	73
CONCLUSION	75
Bibliographie.....	76
Annexe	81
Résumé de thèse.....	94
Thesis Summary	95
Serment de Galien.....	96

INTRODUCTION

En 2050 en France, un habitant sur trois aura 60 ans ou plus (1). L'allongement de l'espérance de vie et le progrès médical ont pour conséquence une augmentation du nombre de malades atteints de pathologies chroniques. Ces patients nécessitent des prises en charge complexes, de longue durée et font appel à de nombreuses compétences professionnelles médicales, soignantes et sociales.

La loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires dite « loi HPST » a réorganisé l'offre de soins en favorisant une meilleure coordination des soins par la coopération entre les professionnels de santé et l'éducation thérapeutique du patient (2). Elle a, dans ce cadre, facilité l'introduction du parcours de soins du patient, outil indispensable à la coordination des soins.

Cette loi a confié aux pharmaciens d'officine des missions qui élargissent leur champ d'activité et intègrent mieux leur compétence pharmaceutique au sein de la prise à charge du patient en collaboration avec l'équipe soignante.

Cette thèse s'intéresse à la mise en place de ces activités de coopération cinq ans après la loi. Pour cela, une enquête a été réalisée en région Aquitaine, elle a pour objectif de faire un état des lieux de l'implication des pharmaciens d'officine dans la coopération avec les autres professionnels de santé. Nous avons aussi cherché à identifier des freins et des facteurs facilitants la mise en place de ces actes pharmaceutiques chez cette profession en constante évolution.

Partie I : Parcours de soins et missions du pharmacien dans la coopération

Chapitre I : Le parcours de soins : outil de coopération

Section I. Comprendre le parcours de soins

Les maladies chroniques sont une préoccupation majeure en termes de santé publique notamment sur le plan économique. Elles concernent plus de 15 millions de personnes en France (3).

Ces maladies font l'objet de différents plans nationaux et la loi HPST de 2009 a souligné la nécessité d'une approche coordonnée entre les différents professionnels de santé dans une optique d'amélioration de la qualité des soins pour les malades atteints de pathologies chroniques, le tout à moindre coût.

Cette approche coordonnée implique une véritable coopération des professionnels dont l'organisation et les modalités juridiques se sont précisées depuis une dizaine d'années. Cette coopération se matérialise dans la mise en place du parcours de soins pour les patients.

A- Le parcours de soins du patient

Le parcours de soins du patient (ou parcours de soins coordonné) a été mis en place par la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie.

Il consiste à donner au médecin traitant un rôle pilier sur l'ensemble de la prise en charge du patient afin de structurer l'offre de soins à partir de ce professionnel de santé. L'objectif est de permettre une meilleure coordination des interventions des différentes disciplines de santé dans un souci d'efficacité et de qualité. D'autre part, il s'agit aussi de rationaliser les soins, ainsi le respect du parcours de soins conditionne la prise en charge des dépenses de santé (articles L162-5 à L162-5-4 du code de la Sécurité Sociale).

Selon la Haute Autorité de Santé (HAS), le parcours de soins comprend, pour le patient, *« le juste enchaînement et au bon moment de ces différentes compétences professionnelles liées directement ou indirectement aux soins : consultations, actes techniques ou biologiques, traitements médicamenteux et non médicamenteux, prise en charge des épisodes aigus*

(décompensation, exacerbation), autres prises en charge (médico-sociales notamment, mais aussi sociales) » (4).

B- Les acteurs et les bénéficiaires du parcours de soins

1- Les acteurs

Les acteurs du parcours de soins sont les différents professionnels de santé libéraux et hospitaliers mais aussi les intervenants paramédicaux et sociaux.

Le plus souvent ce sont les professionnels impliqués dans la prise en charge générale s'inscrivant dans la durée, habituellement le médecin généraliste, les soignants paramédicaux (infirmier ou autre) et le pharmacien.

D'autres professionnels interviennent dans des situations spécifiques : médecins ou paramédicaux spécialisés dans la prise en charge de certaines maladies chroniques, ou encore les professionnels intervenant dans l'hospitalisation incluant l'hospitalisation à domicile.

Enfin, les associations de patients peuvent intervenir dans la prise en charge du patient et de sa maladie.

2- Les bénéficiaires

Les bénéficiaires du parcours de soins sont principalement les populations de malades atteints de pathologies chroniques, bénéficiant ou non de l'ALD. Ces populations ont la particularité de bénéficier d'une prise en charge pluridisciplinaire, c'est-à-dire par des professionnels médicaux et/ou sociaux avec des spécialités différentes.

Le parcours de soins est aussi mis en place pour d'autres catégories comme les personnes âgées ainsi que les futures mamans.

C- La loi « Hôpital Patients Santé Territoires » de 2009 facilite la mise en place du parcours de soins en réorganisant l'offre de soins

La loi HPST a facilité l'établissement du parcours de soins coordonné car elle a permis l'exercice en coopération des professionnels prenant en charge le patient, mais aussi par l'introduction de l'éducation thérapeutique du patient dans l'offre de soins.

1- L'amélioration de l'offre de soins grâce à la coopération entre les professionnels de santé

a- Les enjeux auxquels répond le principe de coopération

La coopération, au delà d'une collaboration classique, consiste en des transferts d'activités ou d'actes de soins entre professionnels et une approche de soins coordonnée, souvent pluridisciplinaire. Cependant, coordonner l'activité de différents professionnels nécessite de réorganiser l'intervention notamment dans l'échange d'informations sur le patient ou bien encore, dans la réalisation des actes et la communication entre les professionnels concernés.

Se pose alors la question de l'intérêt d'un tel travail de coordination des soins. Plusieurs constats permettent de montrer que la coopération peut répondre à divers enjeux actuels.

Tout d'abord, il existe des besoins croissants de prise en charge coordonnée, liés au vieillissement de la population et à l'augmentation des maladies chroniques. L'exercice en coopération est aussi une réponse à l'évolution défavorable de la démographie médicale car ce mode de travail est attractif pour les jeunes professionnels qui s'installent désormais plus facilement dans les zones à densité médicale faible (5). Enfin, cette prise en charge concorde avec la nécessité d'efficience de l'offre de soin dans le contexte de crise économique actuel (6).

b- Des phases d'expérimentation menées depuis 2004

La loi du 9 août 2004, relative à la politique de santé publique, a donné une base légale à la mise en œuvre d'expérimentations de coopérations entre professionnels de santé et aux

possibilités de transfert de compétences entre les professions médicales et les autres professions de santé.

Ainsi, la HAS a mené entre 2004 et 2007 plusieurs études s'intéressant aux modes de fonctionnement en coopération. Elle a ainsi démontré un intérêt pour la santé publique par une meilleure prise en charge (liée à un meilleur suivi) du patient mais aussi un intérêt économique par une organisation de l'offre de soins plus efficiente.

Les différents rapports publiés à la fin des expérimentations s'intéressent aux aspects juridiques (comme la question de la responsabilité dans les actes transférés), recueillent des témoignages, évaluent les formes de coopérations en place sur leur sécurité, qualité et efficience.

Ainsi, le travail en coopération ayant démontré son intérêt, les autorités de tutelle décident de lui donner un cadre juridique afin de faciliter ces modes d'exercice (6).

c- La loi HPST sort la coopération du cadre expérimental

A l'article 51 de la loi HPST est écrit que les professionnels de santé « *peuvent s'engager, à leur initiative, dans une démarche de 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. Ils interviennent dans les limites de leurs connaissances et de leur expérience ainsi que dans le cadre des protocoles définis aux articles L. 4011-2 et L. 4011-3.* »

La démarche de coopération concerne tous les professionnels de santé et quel que soit le secteur et cadre d'exercice (salarié public ou privé, libéral, établissements de santé, centres de santé, cabinet libéral, maison de santé pluriprofessionnelle...). Elle répond donc à deux enjeux de coordination des soins : coopération des professionnels médicaux, paramédicaux et sociaux mais aussi le renforcement des liens entre hôpital et médecine de ville (6).

2- L'éducation thérapeutique du patient

La loi HPST positionne l'éducation thérapeutique du patient comme une composante essentielle de l'offre de soins qui vient compléter la prise en charge des patients au sein du parcours de soins : « *L'éducation thérapeutique [...] a pour objectif de rendre le patient plus*

autonome en facilitant son adhésion aux traitements prescrits et en améliorant sa qualité de vie. Elle n'est pas opposable au malade et ne peut conditionner le taux de remboursement de ses actes et des médicaments afférents à sa maladie (2). » (Article 84 de la loi HPST)

Le plan pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques, lancé fin 2007, place l'éducation thérapeutique comme un élément essentiel. En 2009, avec la loi HPST l'éducation thérapeutique est désormais partie intégrante de la prise en charge du patient (7).

Section II. Le parcours de soins bénéficie à des populations spécifiques de patients

A- Les différents parcours de soins

1- Les maladies chroniques : un enjeu majeur

La prise en charge des patients atteints de maladies chroniques est au cœur de cette démarche qui vise à promouvoir une médecine organisée autour du parcours de soins.

Avec le vieillissement de la population, 15 millions de Français sont atteints de maladies chroniques, dont 9 millions en ALD. Ces patients chroniques sont « *témoins des fonctionnements de notre système de santé : ils sont les premiers à percevoir le cloisonnement entre les différents maillons de la prise en charge que sont l'hôpital, la médecine de ville et le secteur médico-social* », explique Thomas Le Ludec, directeur de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins à la HAS (8).

L'enjeu du parcours de soins réside principalement dans la prise en charge de cette population de patients toujours croissante.

2- Les personnes âgées, cibles spécifiques

Une meilleure coordination de la prise en charge des personnes âgées est également recherchée. La loi de financement de la sécurité sociale pour 2012 (article 70) avait mis en place

onze projets pour tester de nouveaux modes d'organisation destinés à optimiser les parcours de soins des personnes âgées en risque de perte d'autonomie (PAERPA) (9).

L'évaluation de ces expérimentations, faite par la HAS, a deux objectifs : prévenir les hospitalisations évitables et améliorer la gestion et les suites de la sortie d'hospitalisation. Pour ceci, il est indispensable de mieux coordonner les soins en favorisant la continuité entre prises en charge sanitaire et médico-sociale.

3- Un parcours de soins autour de la naissance

Le parcours de soins « périnatalité » concerne les couples ayant un projet de naissance, puis la femme enceinte et le futur père, l'enfant à venir et le nourrisson. Parmi ses objectifs : préparer la grossesse dans les meilleures conditions de santé, éviter d'éventuelles complications obstétricales, préparer avec le couple l'accueil de l'enfant, prévenir les problèmes de santé chez l'enfant et la mère après la naissance et durant la période postnatale.

Il s'articule autour de cinq étapes : avant la conception, la période anténatale avec l'entretien prénatal précoce et les séances de préparation, l'accouchement et le séjour à la maternité, le suivi postnatal précoce à domicile, enfin, l'accompagnement de la mère et de l'enfant dans les mois suivant la naissance.

Ainsi, la notion du parcours de soins ne se limite pas aux patients chroniques, l'intérêt de la coopération qu'il instaure amène à l'appliquer pour d'autres populations de personnes tels que les personnes âgées et les femmes procréant.

La priorité restant l'optimisation de la prise en charge des patients chroniques, nous allons nous intéresser de plus près à ces populations de patients.

B- Les patients chroniques au cœur du parcours de soins

1- Les maladies chroniques

Une maladie chronique correspond à une maladie de longue durée, évolutive, souvent associée à une invalidité et à un risque de complications graves. Ces maladies comprennent :

- des maladies comme la broncho-pneumopathie chronique obstructive, l'asthme, les maladies cardio-vasculaires, les cancers, le diabète, la sclérose en plaque, les maladies neuro-dégénératives,
- des maladies rares, comme la mucoviscidose, la drépanocytose et les myopathies,
- des maladies transmissibles persistantes, comme le sida ou l'hépatite C
- des troubles mentaux de longue durée comme la dépression ou la schizophrénie.

Ces pathologies évoluent à vitesse variable pendant plusieurs mois au minimum, au rythme de complications plus ou moins graves. Elles provoquent souvent des situations de handicap temporaire ou définitif.

Le point commun de la majorité des maladies chroniques est qu'elles retentissent sur les dimensions sociale, psychologique et économique de la vie du malade. La part de mortalité due aux maladies chroniques non transmissibles et aux maladies mentales devrait passer de 46% en 2000 à 60% en 2020 (10).

Les patients chroniques nécessitent donc un traitement et une prise en charge le plus souvent à vie. Mais se faire soigner à vie est coûteux et requiert un suivi régulier du patient, c'est pour ces raisons qu'a été créé le dispositif d'affection de longue durée.

2- Le dispositif d'Affection de longue durée (ALD)

Le dispositif d'affection longue durée a été mis en place en 1945. Selon l'article L. 322-3 du Code de la Sécurité Sociale, les ALD sont « *des affections comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse, ouvrant droit, pour ceux qui en sont atteints, à l'exonération du ticket modérateur, c'est-à-dire à une prise en charge intégrale de leurs frais de traitement, dans la limite du périmètre remboursable* ».

Ce dispositif résulte du vieillissement de la population, du développement du nombre de maladies chroniques, de l'accroissement du coût des prises en charge et du progrès médical. Originellement, l'ALD concernait quatre longues maladies. La liste des ALD a évolué vers 400 pathologies différentes regroupées dans 30 ALD (11).

Dans la prise en charge en ALD, le rôle de chaque professionnel de santé est défini, ce qui amène à une meilleure coordination des soins et qui facilite l'instauration du parcours de soins.

3- Ce qu'apporte le parcours de soins pour cette catégorie de patients

Les patients chroniques nécessitent une prise en charge médicale sur une période importante de leur vie (le plus souvent jusqu'au décès). Ils sont exposés à des risques iatrogènes, à l'évolution et l'aggravation de leur état de santé lié à leur maladie. Ces événements ont des conséquences importantes sur leur qualité de vie mais aussi en termes de santé publique et de dépenses liées aux soins.

Il a été démontré que la prise en charge coordonnée du patient dans le cadre de sa maladie permettait de limiter des rechutes, des aggravations de l'état de santé du patient (5). Cela limite aussi les dépenses inutiles, par exemple, répétition d'une radiologie pour un même patient car ses documents n'ont pas été transmis d'un établissement de santé à un autre.

La prise en charge des patients chroniques s'établit donc avec le dispositif d'ALD. Le parcours de soins est l'outil qui permet d'organiser cette intervention auprès du patient. Nous allons maintenant nous intéresser à la mise en place du parcours de soins.

Section III. Les outils d'aides à la réalisation d'un parcours de soins

A- Des outils fournis par la HAS

Depuis sa création en 2004, la HAS travaille sur le fonctionnement des affections de longue durée (ALD) et sur la promotion du parcours de soins. Cette institution est donc chargée de mettre en place ce dispositif dans les pratiques professionnelles.

Les objectifs sont d'améliorer la qualité de la prise en charge et de rendre le parcours de soins plus « fluide » grâce à une mise en œuvre coordonnée des bonnes pratiques

professionnelles en ville, en lien avec l'hôpital, et en intégrant la dimension médico-sociale, voire sociale.

Ainsi, les quatre outils suivants ont été développés pour les principales maladies chroniques :

- le guide du parcours de soins d'une maladie chronique et la synthèse des points critiques de ce parcours,
- les actes et prestations nécessaires pour l'ALD correspondant à la maladie chronique,
- le programme personnalisé de soins (PPS),
- le guide patient.

Les deux premiers sont destinés aux professionnels de santé, le PPS est utile au médecin et au patient, enfin, le quatrième outil est donné au patient par son médecin.

B- Le guide du parcours de soins d'une maladie chronique et la synthèse des points critiques

1- Du « Guide médecin ALD » au « Guide parcours de soins »

En 2012, la HAS a ainsi fait évoluer les guides Affection Longue Durée (guides adressés aux médecins rassemblant toutes les mesures nécessaires à la prise en charge d'une pathologie classée en ALD) vers des guides « parcours de soins ». Les quatre premiers guides parus s'intéressent aux maladies chroniques suivantes : broncho-pneumopathie chronique obstructive, maladie de Parkinson, maladie rénale chronique et insuffisance cardiaque.

Ces guides couvrent l'ensemble de la maladie chronique, et ne se limitent donc pas au champ de l'ALD. Ils ont pour objectif de définir un parcours de soins.

2- Elaboration de fiches « points-clés »

L'objectif des fiches « points-clés et solutions » est d'apporter des réponses à des questions qui portent sur l'organisation et l'optimisation des parcours.

Il existe deux types de fiches points clés et solutions :

- des fiches qui correspondent à un « épisode de soin critique » choisi pour son importance en termes de qualité, de sécurité et d'efficacité d'un parcours de santé lié à une population ou à une pathologie,
- des fiches « à contenu technique » qui portent sur les aspects nécessaires à l'organisation des parcours de santé, sans relation directe avec une pathologie.

C- Les actes et prestations nécessaires pour l'ALD correspondant à la maladie chronique (APALD)

Ce document décrit les actes et prestations pouvant être nécessaires au traitement des affections longue durée. Il a pour but de faciliter ici la mise en place du parcours de soins en définissant les actes qui seront réalisés, les professionnels impliqués, les traitements,...

Sur les 58 APALD diffusés par la HAS en 2014, le pharmacien d'officine n'est cité dans les professionnels impliqués que sur 5 d'entre-elles : ALD n°5 : « Fibrillation atriale », ALD n°20 : « Paraplégie », ALD n°25 : « Sclérose en plaque », ALD n°30 : « Lymphomes non Hodgkiniens de l'adulte » et ALD n°30 : « Leucémies aiguës de l'adulte ».

Dans cette prise en charge, le pharmacien d'officine est donc peu intégré dans l'équipe de soins pluriprofessionnelle.

D- Le plan personnalisé de soins (PPS)

Le PPS est un outil proposé aux professionnels de santé pour mieux organiser et planifier le parcours de soins d'une personne ayant une ou plusieurs maladies chroniques car il prend en compte la situation personnelle et globale du patient. Il correspond à un plan d'action pour la prise en charge de cette personne (4).

Il s'agit d'un outil de coordination des différents professionnels participant à la prise en charge des personnes ayant une maladie chronique qui est partagé par les professionnels et le patient

E- Exemple des PAERPA « Personnes Agées En Risque de Perte d'Autonomie »

En Mars 2014, la HAS a élaboré un modèle de PPS dans le cadre de la mise en œuvre des expérimentations concernant les PAERPA (12).

Ce PPS concerne les personnes âgées en situation de fragilité et/ou atteintes d'une ou plusieurs maladie(s) chronique(s). Il s'agit de favoriser la prise en charge en équipe pluriprofessionnelle dans un cadre de coopération non hiérarchique.

Dans le cadre des PAERPA, le pharmacien d'officine assure un rôle dans l'éventuelle préparation des doses à administrer, dans le suivi de l'observance et dans l'éducation thérapeutique. Mais cela peut aussi concerner la livraison de médicaments au domicile du patient et le soutien de l'entourage.

F- Le guide patient

Des guides patients ont été réalisés pour faciliter le dialogue entre le médecin et le malade à un moment précis de la prise en charge : l'entrée en ALD.

Ces guides ont pour objectif d'informer le patient sur sa maladie et son traitement, ils mentionnent également d'autres sources d'informations que le patient peut consulter.

Ils sont complémentaires du guide de l'Assurance maladie adressé au patient par son organisme d'assurance maladie.

Section IV. Un exemple de parcours en place : « La fibrillation atriale »

La fibrillation atriale (FA) est le trouble du rythme le plus fréquent dont la prévalence est d'environ 1 % dans la population en France. Près de 70 % des patients atteints de FA ont plus de 75 ans. Sa prévalence est supérieure à 10 % chez les personnes de plus de 80 ans (13).

A- Enjeux autour de cette pathologie

Les complications de la FA sont graves et comprennent le risque thromboembolique (accident vasculaire cérébral notamment) et l'insuffisance cardiaque. L'objectif de la prise en charge de cette pathologie est donc de prévenir ces complications.

La fibrillation atriale constitue un exemple type car elle nécessite une prise en charge pluridisciplinaire et un suivi régulier pour limiter le risque d'aggravation de la maladie.

Le guide parcours de soins pour la FA a été publié par la HAS en février 2014. Les objectifs de ce parcours de soins sont de détailler les différentes étapes de prise en charge du malade ayant une FA en médecine de ville et d'organiser cette prise en charge en définissant le rôle de chacun des professionnels concernés : cardiologue, médecin généraliste, infirmière et pharmacien. Nous nous intéresserons notamment au rôle tenu par le pharmacien d'officine dans le cadre du parcours de soins des patients atteints de cette pathologie.

B- Les points critiques dans la prise en charge de la fibrillation atriale

Dans cette prise en charge, le suivi est soumis à un certain nombre de points critiques où la santé du patient peut être à risque, où les soins peuvent être redondants, où la qualité des soins peut être trop faible... Les principaux points critiques pour cette pathologie sont le diagnostic et le bilan cardiologique, les traitements médicamenteux et le contrôle du rythme cardiaque.

Les épisodes critiques intéressant le pharmacien portent sur les traitements médicamenteux anticoagulants (anti-vitaminiques K et nouveaux anticoagulants oraux), la prévention et la prise en charge d'un accident hémorragique. En effet, le pharmacien d'officine a un rôle à jouer dans l'observance du traitement et, plus largement, dans l'éducation thérapeutique du patient.

C- Actes et prestations sur la fibrillation auriculaire

Le document des actes et prestations ALD est une aide à l'élaboration du protocole de soins établi pour l'admission en ALD du patient. Concernant la participation du pharmacien

d'officine dans la prise en charge du patient, ses missions portent sur le respect du schéma thérapeutique ainsi que sur l'éducation thérapeutique du patient.

Ces missions s'illustrent notamment avec la mise en place en 2013 des entretiens pharmaceutiques proposés aux patients sous traitement anticoagulant AVK. Ces entretiens ont pour but de s'assurer de l'observance au traitement, de déceler les difficultés à une bonne observance, mais aussi être à l'écoute et répondre aux questions du patient (cf. Chapitre II, section II).

Grâce à cette prise en charge, le patient est mieux informé sur sa maladie et est susceptible de mieux se soigner. Les risques d'accidents et d'aggravation de l'état de santé du patient deviennent moins importants.

Après avoir décrit le parcours de soins, ses intérêts et les outils permettant sa mise en place, nous allons maintenant nous intéresser aux évolutions juridiques apportées par la loi de 2009 concernant l'acte pharmaceutique.

Chapitre II : Le pharmacien d'officine dans le parcours de soins : des perspectives offertes par la loi HPST

Section I. Des missions pharmaceutiques précisées et renforcées par la loi HPST

La loi HPST met l'accessibilité des soins de premier recours au centre de ses réformes en valorisant notamment l'entrée dans le parcours de soins par la ville.

A- Les soins de premiers recours

1- Définition des soins de premiers recours

Les soins de premiers recours désignent les soins de proximité. Ils comprennent plusieurs domaines : la prévention, l'éducation à la santé, le dépistage le diagnostic, le traitement, la surveillance et le suivi des patients. A partir de ces soins de premiers recours, les patients peuvent être orientés vers des systèmes de soins plus spécialisés (soins de second recours).

Les soins de premiers recours s'organisent autour de trois grandes fonctions :

- L'accès et l'entrée dans le système de soins : diagnostic, orientation, traitement,
- Le suivi du patient et la coordination de son parcours,
- Le relais des politiques de santé publique dont la prévention, le dépistage, l'éducation à la santé.

Les soins de premiers recours visent à mettre en place le parcours de soins du patient, favoriser son maintien à domicile, éviter les hospitalisations inutiles et permettre une meilleure répartition des professionnels de santé.

L'organisation des soins de premiers recours s'appuie sur une démarche d'amélioration de la continuité et de la coordination des soins entre les acteurs de santé.

2- Les professionnels concernés par l'offre de soins de premiers recours

La loi HPST a donné au médecin généraliste un rôle majeur dans l'organisation et la mise en œuvre des soins de premiers recours dans le respect des missions de chaque professionnel. Prenons l'exemple du médecin, du pharmacien et de l'infirmier :

« Le médecin traitant est l'acteur essentiel de l'accès et de l'orientation du patient dans le système de santé, ainsi que le garant de la coordination des soins, responsable de la synthèse et du suivi global du patient.

Le pharmacien, grâce au maillage des officines, est pour certains patients le seul contact avec le système de santé. Il a une forte capacité d'accueil et de conseils. De plus, la loi donne à ce professionnel un rôle important en matière de prévention, de dépistage et d'éducation à la santé.

L'infirmier participe à la coordination de proximité immédiate de la personne et des aidants, en lien avec le médecin traitant. Il est un maillon indispensable pour le maintien et les soins à domicile, notamment dans la prise en charge et le suivi des patients porteurs de pathologies chroniques, des personnes âgées et dans le cadre des soins palliatifs (14). »

D'autres professionnels ont naturellement leur place dans les soins de premiers recours en fonction des besoins du patient : masseurs-kinésithérapeutes, les chirurgiens-dentistes, les sages-femmes,...

B- L'organisation territoriale des soins de premiers recours

Le fonctionnement des soins de premiers recours met en avant la notion de proximité dans l'offre de soins.

Les agences régionales de santé (ARS) sont « *les établissements publics administratifs de l'État français chargé de la mise en œuvre de la politique de santé dans la région et qui organisent donc l'offre de soins de premiers recours* ». Ces agences ont pour but de mieux « *répondre aux besoins de la population et d'accroître l'efficacité du système.* ».

Concrètement, un des rôles des ARS est de rationaliser l'offre de soins, c'est-à-dire permettre l'accès à des soins de qualité en régulant les dépenses hospitalières et médicales. Aidées par l'ensemble des acteurs de la santé en région, elles organisent les soins de premiers recours dans leur projet régional de santé (PRS) et notamment dans le schéma régional d'organisation des soins (SROS).

C- Les soins de premiers recours comme porte d'entrée dans le parcours de soins

Dans l'organisation de l'offre de soins de premiers recours, l'accès aux soins est conditionné par la proximité avec les professionnels de santé.

Or, certaines zones en France souffrent d'une pénurie, de médecins notamment, qui limite l'accès aux soins. En 2007, les maisons de santé (MSP) et les pôles de santé (PS) ont été créés pour orienter les professionnels de santé vers les zones à densité médicale faible.

Ce regroupement professionnel facilitant une coordination des soins semble être une réponse efficace à ces « déserts médicaux » (15).

1- Les maisons et les pôles de santé

Les maisons de santé pluridisciplinaires sont apparues en 2010, ce sont des établissements où exercent au minimum deux médecins généralistes et un professionnel paramédical (généralement une infirmière). Ils peuvent aussi rassembler d'autres professions tels que masseur-kinésithérapeute ou spécialistes, une pharmacie peut également être intégrée dans les locaux.

Les pôles de santé sont aussi un regroupement d'exercice professionnel à la différence qu'il n'y a pas cette unité géographique.

Ces professionnels établissent entre eux un projet de santé qui a pour objectif d'assurer à la population locale une offre de soins de premiers recours. Ce projet, soumis à l'ARS, se positionne selon les objectifs des SROS.

Ces regroupements répondent au besoin d'accès au soin dans les zones à densité médicale faible. En effet, ce mode d'exercice attire dans ces zones (le plus souvent rurales) les jeunes professionnels qui y trouvent une meilleure conciliation entre vie professionnelle et personnelle. Il est aussi montré que l'accès aux soins y est facilité et le suivi des patients chroniques mieux établi (5).

Les maisons et pôles de santé répondent d'une part aux inégalités territoriales de l'offre de soins mais facilitent aussi un exercice en coopération notamment à l'aide des protocoles pluriprofessionnels de soins de premiers recours.

2- Les protocoles pluriprofessionnels de soins de premiers recours (PPSPR)

Les PPSPR sont les outils destinés à aider les professionnels de santé offrant les soins de premiers recours. Ils peuvent se mettre en place au sein d'une MSP mais pas uniquement.

Une équipe identifie un problème, l'analyse, s'assure que différents professionnels de santé sont concernés, et qu'il existe des recommandations de bonne pratique. Pour résoudre ce problème, elle envisage d'élaborer un PPSPR, en tenant compte du contexte territorial.

La HAS propose des fiches méthodologiques pour aider à la réalisation des PPSPR, nous verrons comment cela se met en place avec un exemple de PPSPR sur la gestion des AVK.

Ainsi, les MSP apparaissent comme les lieux privilégiés de coopération et d'établissement des parcours de soins des patients. Il est donc intéressant de voir quelle est la place des pharmaciens d'officines dans ces structures et leur intégration à ce processus de coordination de soins.

D- Le pharmacien d'officine dans l'offre de soins de premiers recours

1- Le pharmacien d'officine : un professionnel de santé accessible

Le maillage officinal constitue l'un des principaux atouts des pharmaciens dans l'offre de soins de premiers recours. En effet, avec environ 23 000 pharmacies réparties sur tout le territoire français, les patients sont généralement à moins de 15 minutes d'une officine. Cependant, avec les changements de l'organisation de l'offre de soins, les situations économiques difficiles que subissent les pharmaciens, le maillage tend à s'éclaircir à cause de fermeture de pharmacies pour raisons économiques, départs à la retraite, regroupements de pharmacies. Les zones rurales sont les plus touchées (16).

Cette proximité géographique et la possibilité de voir le pharmacien sans rendez-vous fait de ce professionnel un acteur de santé particulièrement accessible.

2- L'intégration des pharmaciens d'officine dans les formes de coopération en ville

Si les maisons de santé continuent à se développer en France (environ 1000 MSP prévues en début 2015), l'intégration des pharmaciens d'officine ne concerne qu'une minorité (17).

Malgré tout, la volonté de la part des pharmaciens est d'évoluer vers ces formes de coopération, d'après Pierre de Haas, médecin généraliste et président de la Fédération française des maisons et pôles de santé interrogé par le journal 'Le Pharmacien de France' en 2012 « *tous les textes réglementaires récents, que ce soit la loi Fourcade, la loi HPST ou le dernier PLFSS, le montrent : le pharmacien a choisi son camp et a plutôt envie de venir travailler avec l'équipe de soins de premier recours plutôt qu'avec la grande surface locale !* ».

Il y a toutefois à l'heure actuelle une problématique sur l'implication des pharmaciens dans la coopération avec les médecins qui se tournent vers le corps infirmier. « *Les pharmaciens ont raison de craindre que l'infirmier puisse prendre une grande place en ambulatoire comme à l'hôpital, parce que cela peut être une piste.* » précise Pierre de Haas (17).

3- Les activités de soins de premiers recours

En plus de sa mission de délivrance et de conseils sur le bon usage du médicament, le pharmacien participe aussi aux actions de prévention, dépistage, information et suivi des patients. Le conseil pharmaceutique concernant la prévention s'organise autour de conseils hygiéno-diététiques sur les habitudes alimentaires, la consommation de tabac ou autres.

Mais le pharmacien joue aussi un rôle dans l'évaluation de la gravité de certaines situations et dans l'orientation du patient. Il pourra l'adresser vers son médecin traitant ou un spécialiste ou encore vers des structures pouvant intéresser le patient : associations de malades (diabétiques, hémophiles,...).

Depuis juin 2013, le pharmacien est autorisé à réaliser à l'officine des tests, des recueils et des traitements de signaux biologiques (18). C'est notamment le cas du test oro-pharyngé d'orientation diagnostique des angines à streptocoques du groupe A. Ces tests visent à évaluer rapidement la nécessité de l'initiation d'une antibiothérapie et donc à limiter les consultations inutiles chez le médecin.

Enfin, le pharmacien, par son accessibilité et sa compétence, participe à l'accompagnement du patient, notamment pour le suivi médicamenteux et l'éducation du patient sur son traitement. Cette politique d'information et de responsabilisation du patient s'inscrit bien dans cette démarche du parcours de soins qui vise à mieux engager le patient dans sa propre prise en charge.

Les soins de premiers recours constituent un passage privilégié pour intégrer le patient dans une prise en charge pluriprofessionnelle avec le parcours de soins. Même si des exemples de coopérations entre les professionnels participant aux soins existent, l'intégration des pharmaciens d'officine dans cette organisation reste limitée.

Section II. Les « nouvelles » missions confiées aux pharmaciens d'officine

A- La participation à l'éducation thérapeutique et aux actions d'accompagnement des patients

1- Les programmes d'éducation thérapeutique de patients (ETP)

a- Définition

À l'article L.1161-2 du CSP est créée la notion de programme d'éducation thérapeutique dont la mise en œuvre est autorisée au niveau local par l'ARS. Il est proposé au malade par le médecin prescripteur et donne lieu à l'élaboration d'un programme adapté.

Les programmes concernent une ou plusieurs des ALD ainsi que l'asthme et les maladies rares. Il décrit une procédure permettant de définir pour chaque patient des objectifs éducatifs et un programme d'éducation thérapeutique personnalisé.

b- Les outils d'aide à la réalisation des programmes d'ETP

La HAS fournit des documents et notamment le guide méthodologique « *Structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient dans le champ des maladies chroniques* » (juin 2007) ayant pour but d'aider à la rédaction de programmes d'ETP. Il s'agit d'offrir une démarche permettant de faciliter le lancement dans ce type d'activité.

Des outils, des recommandations ayant pour but d'aider à réaliser une ETP, des démarches d'auto-évaluation et d'amélioration des programmes sont aussi téléchargeables sur le site de la HAS, l'idée est de faire en sorte que l'initiative sur ces programmes vienne du terrain (19).

2- Les programmes d'éducation thérapeutique en région Aquitaine

A l'heure actuelle, la grande majorité des programmes d'ETP en région Aquitaine sont initiés dans un cadre hospitalier et impliquent des professionnels de santé hospitaliers (voir annexe 1 - Répartition des programmes d'ETP autorisés en Aquitaine).

Certaines équipes qui ont élaboré des programmes d'ETP comportent bien des pharmaciens, mais il s'agit le plus souvent de pharmaciens exerçant en hôpital.

Néanmoins, des réseaux organisés autour d'une pathologie, mettent en place des programmes d'éducation et sont plus en lien avec les professions de ville impliquant les médecins généralistes, les infirmiers libéraux et des pharmaciens d'officine. Parmi ces réseaux on retrouve : réseau VIH (www.isa-aquitaine.fr), réseau cancer (www.canceraquitaine.org), maison du diabète (www.maison-diabete.info),...

3- Le niveau de formation à l'ETP chez les pharmaciens d'officine

Le niveau de formation et l'accès à l'information jouent un rôle dans l'implication des pharmaciens d'officine dans les programmes d'ETP.

Il existe des diplômes universitaires (DU) permettant aux pharmaciens d'officine de se former à l'éducation thérapeutique. Par exemple, le DU d'«Education thérapeutique» proposé à la faculté de pharmacie de Bordeaux.

Les réformes portant sur les études de pharmacie ont permis d'intégrer au cursus officinal une formation équivalente au diplôme universitaire pour devenir promoteur d'ETP comptant environ 40 heures de cours.

Certains organismes de formation continue sont spécialisés dans l'ETP tel que l'IPCEM ou EDUSANTE et proposent aux pharmaciens d'officine des formations à l'ETP. D'autres, tel que le CESPARM, mettent à disposition des pharmaciens l'information nécessaire à l'implication dans cette activité (www.cespharm.fr).

D'après l'ARS Nord-Pas-De-Calais (20), l'implication des pharmaciens d'officine devrait passer par une formation à l'ETP la plus pluridisciplinaire possible afin de favoriser les échanges de pratiques et le décroisement entre les professionnels de santé.

En définitive, s'intéresser aux modalités de formation des pharmaciens à l'ETP est aussi un moyen de développer ce type d'activité en ville. Des formations communes aux médecins et aux pharmaciens (ainsi qu'aux autres professionnels concernés) facilitent la mise en relation des professionnels libéraux et donc le déploiement de programmes d'ETP.

4- Participation des pharmaciens d'officine aux actions d'accompagnement

a- Les actions d'accompagnement : une composante de l'éducation thérapeutique

Autre élément de l'éducation thérapeutique, les actions d'accompagnement, prévues à l'article L.1161-3 du Code de la Santé Publique ont pour objet d'apporter « *une assistance et un soutien aux malades ou à leur entourage, dans la prise en charge de la maladie* ». Elles sont conformes à un cahier des charges national, dont les modalités d'élaboration et le contenu sont définis par arrêté du ministre chargé de la Santé.

b- Les pharmaciens d'officine dans les actions d'accompagnement

Depuis la loi HPST de 2009, les actions d'accompagnement de patient se sont peu développées, l'éducation thérapeutique ayant été mise en priorité. Ainsi, il y a très peu d'actions d'accompagnement auxquelles les pharmaciens participent, l'accompagnement des aidants dans la maladie d'Alzheimer et les entretiens pharmaceutiques AVK constituent deux exemples.

α – L'accompagnement des aidants dans la maladie d'Alzheimer

Des fiches qualités destinées aux pharmaciens d'officine ont été publiées par la HAS et constituent des outils pour conduire des actions de type « accompagnement ». C'est notamment

le cas de la fiche qualité « *Maladie d'Alzheimer – Accompagnement des aidant* » (voir annexe 2 - Fiche d'action maladie d'Alzheimer – Accompagnement des aidants) qui aide à :

- dépister et prévenir l'épuisement des aidants,
- améliorer la prise en charge des troubles du comportement des personnes vivant avec la maladie d'Alzheimer,
- améliorer la qualité de vie des aidants.

L'objectif est ici d'accompagner les aidants dans le soutien aux patients atteints de la maladie d'Alzheimer (21).

β- L'exemple des entretiens pharmaceutiques sur les traitements anti-vitamine K (AVK)

Les entretiens pharmaceutiques AVK ont été mis en place par la convention nationale pharmaceutique signée entre l'union nationale des caisses de l'assurance maladie (UNCAM) et les syndicats des pharmaciens le 10 janvier 2013. Ce dispositif d'accompagnement constitue l'un des axes de rémunération sur objectif de santé publique du pharmacien. La rémunération est fixée à 40 € par an et par patient. Ils concernent plus d'un million de patients en France.

Les objectifs des entretiens pharmaceutiques sont de renforcer l'information du patient sur sa maladie et d'améliorer l'observance à son traitement (voir annexe 3 – Questionnaire sur les entretiens pharmaceutiques AVK). Dans le cadre de ces entretiens, la prescription médicale n'est pas modifiée.

Les AVK sont un élément essentiel de la prise en charge de pathologies thrombotiques courantes (fibrillation auriculaire, valvulopathies, phlébothromboses,...).

Ainsi, la prise en charge pluridisciplinaire des patients sous AVK a pour but de limiter le risque hémorragique et pour le pharmacien, d'éduquer le patient sur son traitement, contribuant ainsi à une amélioration de la prise en charge.

A l'heure actuelle, d'autres entretiens pharmaceutiques se mettent en place ou sont en projet. L'avenant sur les entretiens pharmaceutiques pour l'accompagnement des patients asthmatiques est paru le 2 décembre 2014 (22). A l'avenir, il est aussi question d'établir un suivi des patients diabétiques par ces entretiens pharmaceutiques.

En conclusion, l'éducation thérapeutique en ville reste peu développée entre les professionnels de santé. Néanmoins grâce à certains réseaux de soins cités précédemment, l'ETP en ambulatoire se met en place progressivement. Mis à part les entretiens pharmaceutiques AVK, les actions d'accompagnement restent relativement peu nombreuses.

Le pharmacien d'officine, même s'il est peu impliqué à l'heure actuelle, a les moyens de se former à l'éducation thérapeutique et de s'intégrer dans ces programmes d'ETP.

B- La fonction de pharmacien référent

Le pharmacien d'officine peut assurer la fonction de pharmacien référent pour un EHPAD, si celui-ci ne dispose pas de PUI permettant ainsi son approvisionnement en médicaments.

1- Définition du pharmacien référent

Selon l'article L5126-6-1 du CSP : « *Ce pharmacien concourt à la bonne gestion et au bon usage des médicaments destinés aux résidents. Il collabore également, avec les médecins traitants, à l'élaboration de la liste des médicaments à utiliser préférentiellement dans chaque classe pharmaco-thérapeutique.* »

Le pharmacien référent a des missions au sein de l'EHPAD en plus de la dispensation. Elles sont de plusieurs natures et permettent d'assurer une dispensation médicamenteuse sécurisée au sein de l'EHPAD. Ces missions consistent à :

- garantir une maîtrise des dépenses pharmaceutiques par ses missions autour de la prescription,
- veiller à la bonne préparation des traitements,
- concourir à l'organisation du circuit de distribution des médicaments par les infirmières au sein de l'établissement ainsi qu'à la bonne administration de ceux-ci,
- veiller à la bonne conservation des médicaments (produits thermosensibles, stupéfiants),
- s'occuper de la gestion des dispositifs médicaux,
- participer de manière active à la vie de l'établissement pour la formation du personnel, la réalisation de protocoles, la veille sanitaire,
- être membre de la commission gériatrique.

Ainsi, en collaboration avec le médecin coordonnateur, le pharmacien référent sécurise la prise en charge médicamenteuse au sein de l'EHPAD.

Selon le rapport WILCKE (23), il est important de différencier la fonction de pharmacien référent et de pharmacien dispensateur. Le pharmacien dispensateur s'occupe uniquement de la délivrance de médicaments pour l'EHPAD et n'est pas engagé dans les autres missions du pharmacien référent.

La dispensation aux résidents de l'EHPAD doit s'inscrire dans un cadre conventionnel qui fixe les obligations mutuelles des parties dans le respect des règles et contraintes de santé publique.

2- Pharmacien référent et coopération avec les autres professionnels de l'établissement

En France, on estime à environ 200, le nombre d'officines dispensatrices de médicaments en EHPAD. La plupart de ces établissements sont approvisionnés en médicaments par la ou les pharmacies d'officine de proximité.

Les expérimentations menées par l'Union Régionale des Professionnels de Santé (URPS) Pharmaciens de Lorraine en 2013 et présentées dans le rapport de Christophe WILCKE ont mis en évidence les bénéfices apportés par la présence d'un pharmacien référent. Ce rapport montre notamment que la collaboration d'un pharmacien référent avec le médecin coordonnateur et les infirmières permet une diminution des erreurs dans la délivrance des médicaments et une meilleure intégration du patient dans un parcours de soins.

La collaboration se matérialise aussi par la participation du pharmacien à la commission de coordination gériatrique de l'établissement (24).

3- Un cadre juridique à préciser

Aujourd'hui, les pharmaciens référents, s'ils sont reconnus par les textes (Art L5126-6-1 du CSP), ne le sont pas dans la réalité et ne sont pas rémunérés pour cette mission spécifique (rapport WILCKE).

La fonction de pharmacien référent doit en effet faire face à plusieurs problématiques :

- celle du circuit du médicament à l'EHPAD : il n'existe pas de bonnes pratiques pour la réalisation de la préparation des doses à administrer (25),
- Se pose aussi le problème du statut juridique de la fonction de pharmacien référent. Le rapport VERGER (26) sur la politique du médicament en EHPAD publié en décembre 2013 recommande d'« élaborer un texte relatif au pharmacien référent définissant son statut, ses missions, sa formation et sa rémunération. », mais les propositions sont toujours en cours.

Ainsi, cette fonction de pharmacien référent reste encore à préciser sur le plan juridique pour lui permettre de se mettre en place. Il s'agit d'une fonction intéressante pour les pharmaciens d'officine car celle-ci les met directement en relation avec le reste de l'équipe soignante en étant membre de la commission gériatrique, facilitant ainsi une coopération des professionnels autour de la mise en place du parcours de soins pour les résidents.

C- La fonction de pharmacien correspondant

1- Définition et cadre juridique

La fonction de pharmacien correspondant a été définie dans les nouvelles missions du pharmacien par la loi HPST de 2009 (2).

Le décret d'application définissant les missions des pharmaciens d'officine correspondant date du 5 avril 2011 et précise le cadre de cette fonction. Il stipule notamment que le patient peut désigner un pharmacien correspondant (27).

Les missions du pharmacien correspondant portent sur le suivi de patients chroniques. Le pharmacien désigné 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 » (Art. R. 5125-33-5).*

C'est dans ce cadre qu'ont été créés les protocoles de coopération qui organisent ces transferts d'activités entre les pharmaciens d'officine et les médecins généralistes.

Selon le CSP, ces protocoles définissent *« 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 ».

Les protocoles de coopération doivent être autorisés par le directeur général de l'ARS, après avis conforme de la HAS.

Il est important de souligner que la coopération reste sur la base du volontariat, ainsi, les professionnels désireux de s'engager dans la coopération trouvent les informations nécessaires à l'établissement des protocoles dans des guides pratiques disponibles sur le site de la HAS.

2- Une fonction à développer

Les résultats d'une étude française montrent que les pharmaciens *« souhaitent être davantage impliqués dans le choix et le suivi des traitements médicamenteux, et se sentent*

capables de prendre en charge certaines maladies bénignes » (28). La volonté des pharmaciens de s'intégrer est donc bien présente, mais des difficultés subsistent dans les collaborations médecin généraliste – pharmacien d'officine.

Un rapport de la HAS publié en septembre 2014 a fait un état des lieux au 31 décembre 2013 sur les protocoles de coopération en place (29). Actuellement, les principales activités de délégation se font des médecins vers le personnel infirmier. Sur les deux années d'étude, 71 protocoles ont été envoyés à la HAS et 30 ont reçu un avis favorable. Pour les pharmaciens correspondants, le rapport recense deux protocoles de coopérations en cours de validation lors de la publication du rapport. Cependant, au 8 février 2015, la plateforme COOP-PS (30) qui recense les protocoles en place sur le territoire français ne rapporte aucun protocole n'impliquant des pharmaciens (un protocole ayant reçu un avis défavorable (31) et un autre ayant été déclaré sans objet (32)).

Les difficultés présentées par le rapport de la HAS sont que l'établissement d'un protocole entre deux professionnels de santé est lourd à mettre en place, nécessitant de nombreux échanges entre les professionnels concernés.

Nous pouvons supposer que le faible nombre de protocoles établis entre un médecin et un pharmacien est expliqué par les difficultés de coordinations liées à leurs modes d'intervention auprès des patients. Ces deux professionnels étant moins amenés à collaborer dans le cadre de leur pratique, les médecins se tournent alors vers le personnel infirmier.

Nous avons présenté dans cette première partie comment l'organisation des soins permet au patient un suivi pluridisciplinaire basé sur la collaboration entre les professionnels de santé.

Nous avons aussi défini l'outil de coopération que constitue le parcours de soins du patient. Il se base sur une collaboration entre professionnels de santé pour offrir au patient chronique placé au cœur de ce dispositif des soins de qualité tout en limitant les dépenses de santé. L'objectif de ce parcours est aussi de rendre le patient acteur de sa propre prise en charge grâce à l'éducation thérapeutique.

A travers les missions élargies avec la loi HPST de 2009, nous avons analysé comment le pharmacien d'officine, professionnel de soins de premiers recours, s'implique dans l'amélioration des soins du patient dans le cadre du parcours de soins.

Nous nous sommes aussi intéressés aux différentes formes de coopération que le pharmacien établit avec des professionnels de santé notamment avec le médecin généraliste et avec des établissements médico-sociaux comme les EHPAD.

Nous observons cependant que l'implication des pharmaciens d'officine reste limitée dans les programmes d'ETP et les fonctions de pharmacien correspondant notamment. C'est pourquoi la deuxième partie de cette thèse concerne la réalisation d'une enquête adressée aux pharmaciens titulaires d'officine en région Aquitaine dans l'objectif d'évaluer la mise en place de ces missions de coopération.

Partie II : Evaluation de la participation des pharmaciens d'officine aux actions de coopération mises en place avec la loi HPST

Chapitre I : Présentation de l'enquête et de la méthode de réalisation

Section I. Les objectifs de l'enquête

L'objectif de cette enquête était d'une part, de faire un état des lieux de l'implication des pharmaciens d'officine en région Aquitaine dans des actions de coopération. D'autre part, il s'agissait d'étudier certains freins et facteurs conditionnant la réalisation de ces activités.

L'enquête devait aussi permettre d'identifier des critères associés à la participation des pharmaciens à ces missions : localisation géographique de l'officine, typologie de la pharmacie, nombre d'employés, nombre et ancienneté des pharmaciens.

Ces informations sur les facteurs facilitants et les freins permettraient de déterminer, le cas échéant, les actions à conduire pour faciliter la mise en œuvre de ces activités auprès des pharmaciens (formation, diffusion d'information, financement,...).

Section II. Méthode de réalisation de l'enquête

A- Recherches bibliographiques orientant la rédaction du questionnaire d'enquête

Le questionnaire a été rédigé en se basant sur le travail bibliographique réalisé dans la première partie de cette thèse : c'est-à-dire la loi HPST et ses textes d'application ainsi que les documents et publications sur le site de la Haute Autorité de Santé, de l'ARS Aquitaine, de l'Ordre des Pharmaciens et divers journaux (Le moniteur du pharmacien, Le pharmacien de France), qui ont permis de rassembler des informations sur la mise en place de ces missions.

En complément, une démarche de terrain en s'informant directement auprès des pharmaciens d'officine, a permis d'identifier des facteurs dont il serait intéressant d'évaluer l'impact.

Les éléments à recueillir concernant la participation des pharmaciens sur les activités de coopération et les caractéristiques des officines ont ainsi été déterminés.

B- Elaboration du questionnaire

Le questionnaire est présenté en annexe. Un format informatique a été créé avec l'aide du logiciel Eval&Go. C'est un logiciel permettant de créer des questionnaires afin de réaliser des enquêtes dont le mode de diffusion est principalement par email.

Le questionnaire comprenait 18 questions, certaines à choix unique, d'autres à choix multiples, toutes obligatoires. Les 5 premières questions concernaient le recueil d'informations sur la typologie de la pharmacie :

1. le département de localisation de l'officine (sur la région Aquitaine) permettait de mettre en évidence d'éventuelles différences d'implication d'un département à un autre.
2. l'environnement de l'officine : pharmacie de quartier, rurale, de centre commercial ou de centre-ville qui informait, selon l'IMS Pharmastat (33), sur le type de clientèle, la concurrence entre les pharmacies et la population médicale environnante :
 - a. Centre-ville :
 - i. Clientèle jeune (25-39 ans),
 - ii. Concurrence forte,

- iii. Population médicale importante.
 - b. Centre commercial :
 - i. Clientèle de passage,
 - ii. Concurrence forte,
 - iii. Population médicale importante.
 - c. Quartier :
 - i. Clientèle fidèle, familles,
 - ii. Concurrence faible,
 - iii. Population médicale moyenne.
 - d. Rurale :
 - i. Clientèle fidèle et âgée,
 - ii. Concurrence faible,
 - iii. Population médicale faible.
- 3. l'année d'obtention du diplôme du pharmacien titulaire qui renseigne sur les années d'expériences du pharmacien.
- 4. le nombre d'employés dans l'officine (pharmaciens titulaires, adjoints et préparatrices uniquement) correspondant au nombre d'employés habilités à délivrer et qui donne une estimation de la taille de l'officine.
- 5. le nombre de pharmaciens dans l'officine. Il donne une estimation de la capacité de l'officine à se lancer dans les nouvelles missions (dont l'exercice est réservé à des pharmaciens).

Les questions suivantes portaient sur l'engagement des pharmaciens dans les entretiens pharmaceutiques AVK, la fonction de pharmacien référent, les programmes d'éducation thérapeutique du patient et enfin dans des réseaux pluridisciplinaires de prise en charge de patients atteints de pathologies chroniques.

Concernant la fonction de pharmacien correspondant, plutôt que d'évaluer l'implication des pharmaciens dans cette mission, nous avons cherché à évaluer la connaissance qu'avaient les pharmaciens sur cette fonction.

Les facteurs évalués jouant sur l'implication des pharmaciens dans ces missions étaient :

1. le manque de temps,
2. le manque de personnel,
3. le manque d'information,
4. la méconnaissance de la mission,
5. la rémunération insuffisante,
6. la demande :
 - a. pour les entretiens pharmaceutiques : les patients traités par AVK,
 - b. pour la fonction de pharmacien référent : les EHPAD demandeurs de ce type d'activité.
7. le manque d'intérêt.

Les répondants avaient aussi la possibilité de cocher une case « Autre » pour renseigner d'autres facteurs auxquels nous n'aurions pas pensé.

Le temps moyen pour répondre à ce questionnaire était d'environ 5 minutes. Les pharmaciens d'officine avaient accès à ce questionnaire en cliquant sur le lien hypertexte présenté dans le mail de diffusion (voir annexe 4 - Questionnaire de l'enquête).

C- Administration du questionnaire par email diffusé avec l'aide de l'Agence Régionale de Santé d'Aquitaine

Nous avons choisi de réaliser cette enquête avec un questionnaire en ligne car cela permettait la constitution automatique d'une base de données, simplifiant par la suite l'analyse statistique. D'autre part, ce mode de diffusion facilitait la participation puisqu'il n'y avait pas d'envoi des réponses à faire par le pharmacien ayant répondu.

La diffusion de l'enquête a été limitée aux pharmaciens titulaires pour éviter les doublons lors du recueil des données. En effet, la diffusion par email à une officine leur est naturellement adressée. Une seule réponse par officine était demandée.

L'ARS Aquitaine dispose des adresses mails de l'ensemble des pharmacies de la région Aquitaine. Elle a donc aidé à la diffusion en adressant l'email de l'enquête aux pharmacies d'officine des cinq départements : Dordogne, Gironde, Landes, Lot-et-Garonne et Pyrénées-

Atlantiques. Notre population cible correspond donc à l'ensemble de la région Aquitaine, soit 1261 pharmacies.

Le détail par région est présenté dans le tableau 1 ci-dessous :

Tableau 1 : Répartition des pharmacies par département

Département d'Aquitaine (numéro de département)	Nombre de pharmacie par département	Pourcentage par rapport à la région Aquitaine
Dordogne (24)	167	13 %
Gironde (33)	568	45 %
Landes (40)	140	11 %
Lot-et-Garonne (47)	132	10 %
Pyrénées-Atlantiques (64)	254	21 %
TOTAL	1261	100 %

L'enquête a été diffusée une première fois, le jeudi 03 juillet 2014. Nous avons par la suite laissé un délai de réponse de 3,5 semaines, puis un mail de relance a été envoyé le mardi 29 juillet 2014.

D- Recueil et analyse des résultats

Le logiciel Eval&Go a été utilisé pour le recueil et l'analyse des données.

Nous avons réalisé une analyse descriptive des réponses en considérant le nombre et pourcentage des réponses à chacune des modalités du questionnaire. L'analyse descriptive a ensuite été stratifiée sur les caractéristiques des officines : lieu géographique, typologie de la pharmacie, année d'obtention de diplôme du pharmacien titulaire, nombre d'employés dans l'officine et nombre de pharmaciens dans l'officine.

Pour l'analyse explicative, les facteurs associés à la participation à des missions de coopération ont été étudiés en utilisant le test du Chi2 d'indépendance et le test exact de Fischer

(lorsque les effectifs étaient inférieurs à 5) en fixant les seuils de significativité à 5 %. Ces tests ont été réalisés avec le logiciel de statistiques en ligne BiostaTGV (34).

Chapitre II. Résultats de l'enquête

Section I. Description des participants

A- Répartition géographique des répondants

La répartition géographique des répondants est présentée dans le tableau 2.

Tableau 2 : Répartition géographique des répondants

Département	Nombre sollicités	Nombre de répondants	Pourcentage de répondants / sollicités (en %)	Pourcentage de réponse sur l'ensemble des répondants (en %)
Dordogne	167	32	19,2 %	12,8 %
Gironde	568	108	19,0 %	43,3 %
Landes	140	35	25,0 %	14,1 %
Lot-et-Garonne	132	31	23,5 %	12,5 %
Pyrénées-Atlantiques	254	43	16,9 %	17,3 %
Ensemble Aquitaine	1261	249	20,7 %	100 %

Le taux de réponse global est de 20,7 %. Le taux de réponse par département est compris entre 16,9 % et 25 %.

B- Environnement des répondants

La figure 1 présente la répartition des 249 répondants selon l'environnement de l'officine.

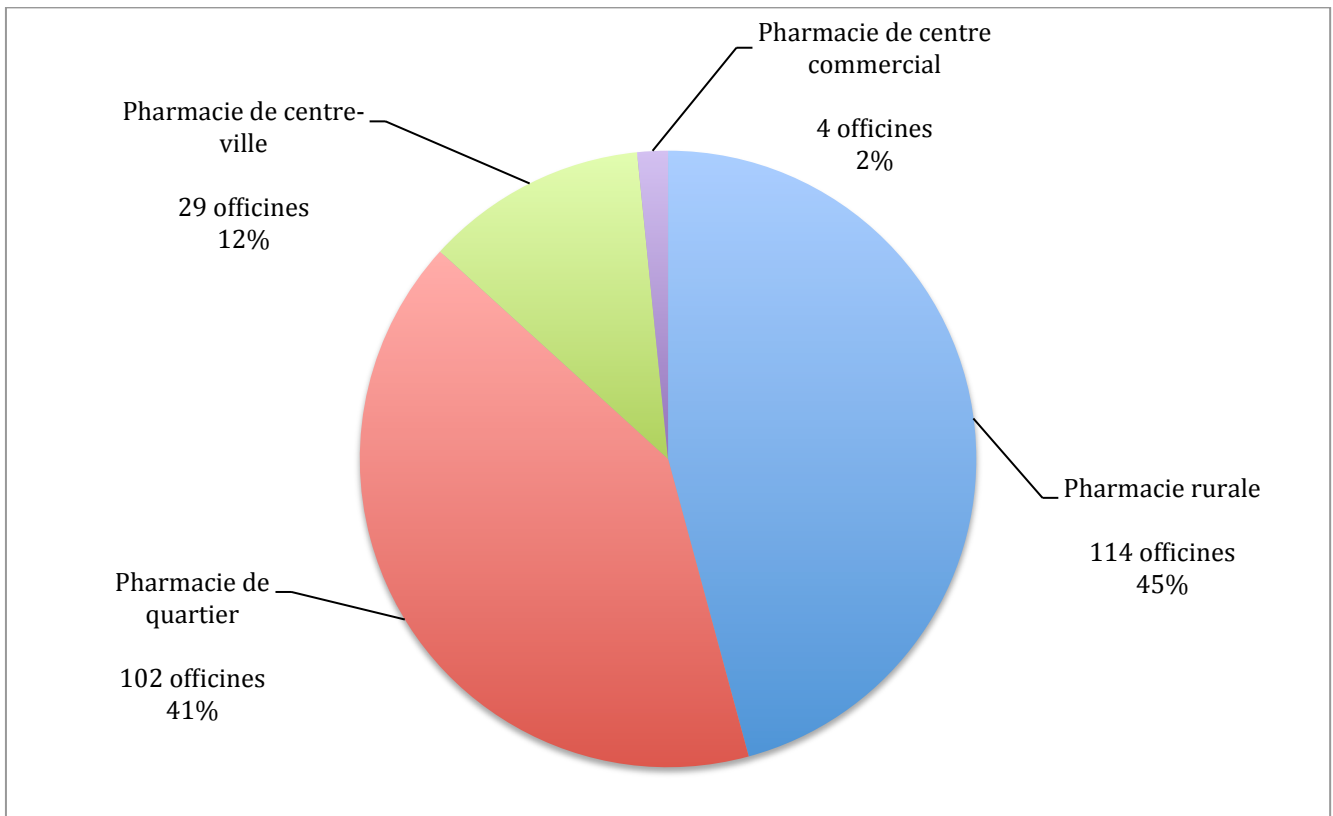


Figure 1 : Répartition des officines selon leur environnement

Les officines répondantes se répartissent principalement entre les pharmacies de quartier (40,8 %) et les pharmacies rurales (45,7 %). Ainsi environ 85 % des officines répondantes ont une clientèle considérée comme fidèle, une concurrence faible avec les pharmacies environnantes et une population médicale faible à moyenne. Environ 10 % des pharmacies sont de centre-ville et 2 % de pharmacies de centre commercial.

L'échantillon de pharmacies de centre commercial étant très petit (4 pharmacies), il a été décidé de le regrouper avec l'autre sous-groupe « pharmacies de centre-ville » dont les caractéristiques se rapprochent le plus pour la suite de l'analyse. Le sous-groupe « pharmacies de centre-ville et de centre commercial » est donc constitué de 33 officines (13,5 % des répondants).

C- Année d'obtention du diplôme

La figure 2 présente la répartition de l'échantillon selon l'année d'obtention du diplôme de pharmacien d'officine.

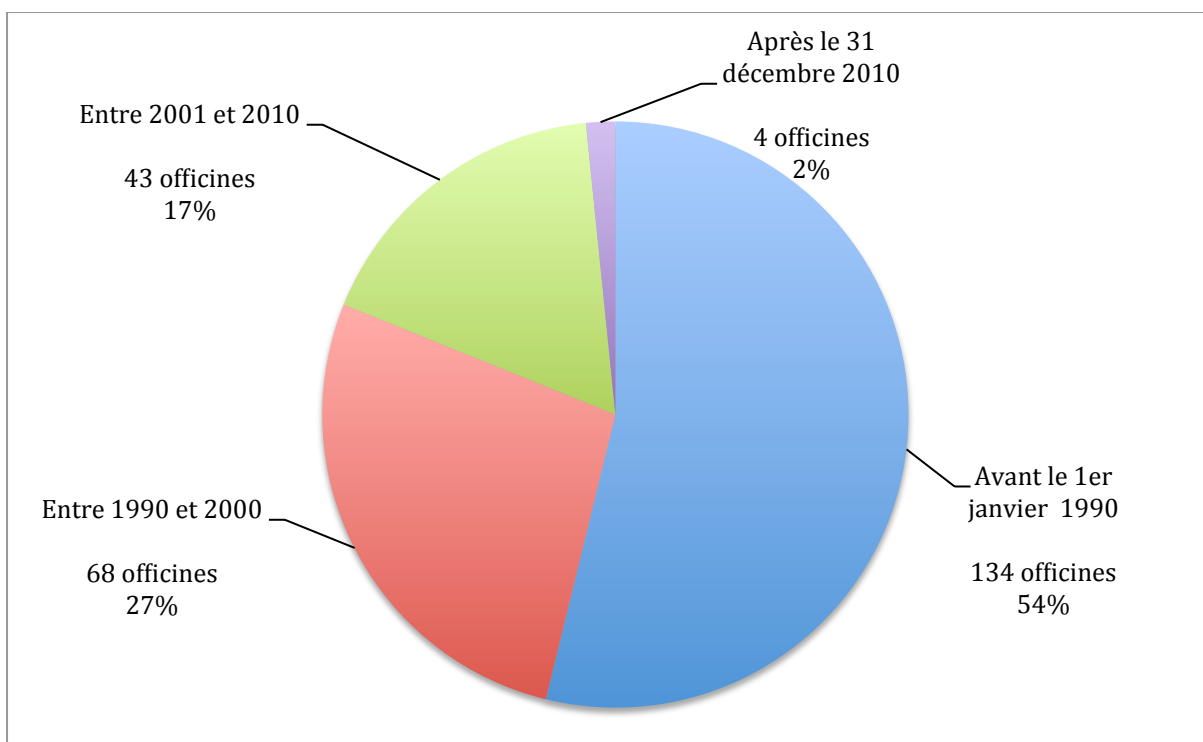


Figure 2 : Année d'obtention du diplôme

Le dernier sous-groupe ne comportant que 4 pharmaciens, il est décidé de fusionner les groupes « après le 31 décembre 2010 » et « entre 2001 et 2010 » en un seul groupe « Après 2000 ».

Plus de la moitié des répondants sont des pharmaciens ayant obtenu leur diplôme avant 1990 (53,8 %), donc ayant plus de 23 ans d'expérience officinale. Environ un quart des répondants (27,3%) ont entre 13 et 23 ans d'expérience (diplôme obtenu entre 1990 et 2000), les pharmaciens ayant moins de 13 ans d'expérience (diplôme obtenu après 2000) totalisent 18,9% de l'échantillon.

D- Nombre d'employés par officine

La figure 3 présente le nombre d'employés par officine (pharmaciens titulaires, adjoints et préparatrices uniquement). Nous rappelons que ce critère traduit aussi la taille de l'officine du répondant.

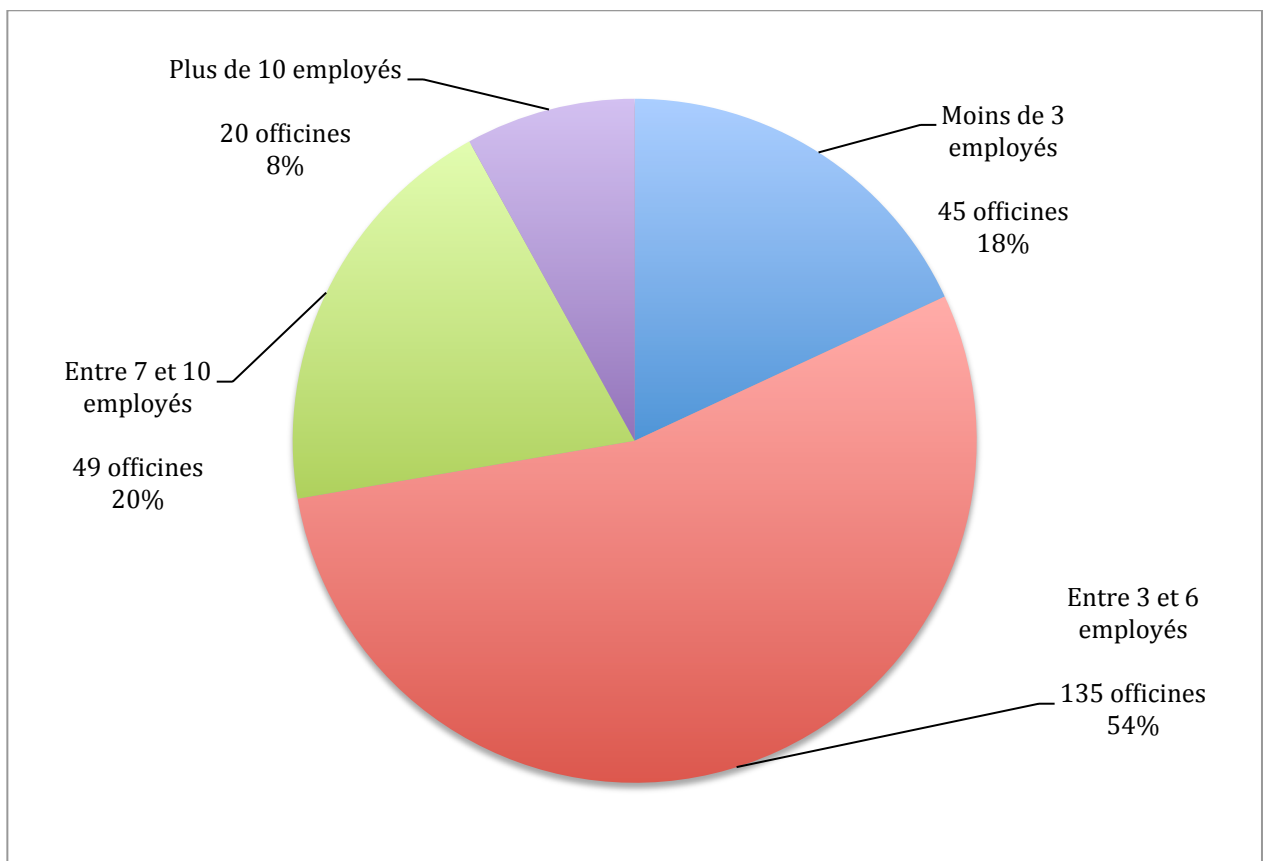


Figure 3 : Nombre d'employés dans l'officine

Plus de la moitié des officines répondantes comportent entre 3 et 6 employés (54,2 %). Les pharmacies extrêmes, c'est-à-dire ayant moins de 3 employés ou plus de 10 employés représentent environ 25 % de l'échantillon. Enfin, les pharmacies avec 7 à 10 employés comptent pour 20 % des répondants.

E- Nombre de pharmaciens dans l'officine

La figure 4 présente le nombre de pharmaciens par officine (y compris les titulaires). Environ les 2/3 des officines répondantes comportent 1 ou 2 pharmaciens.

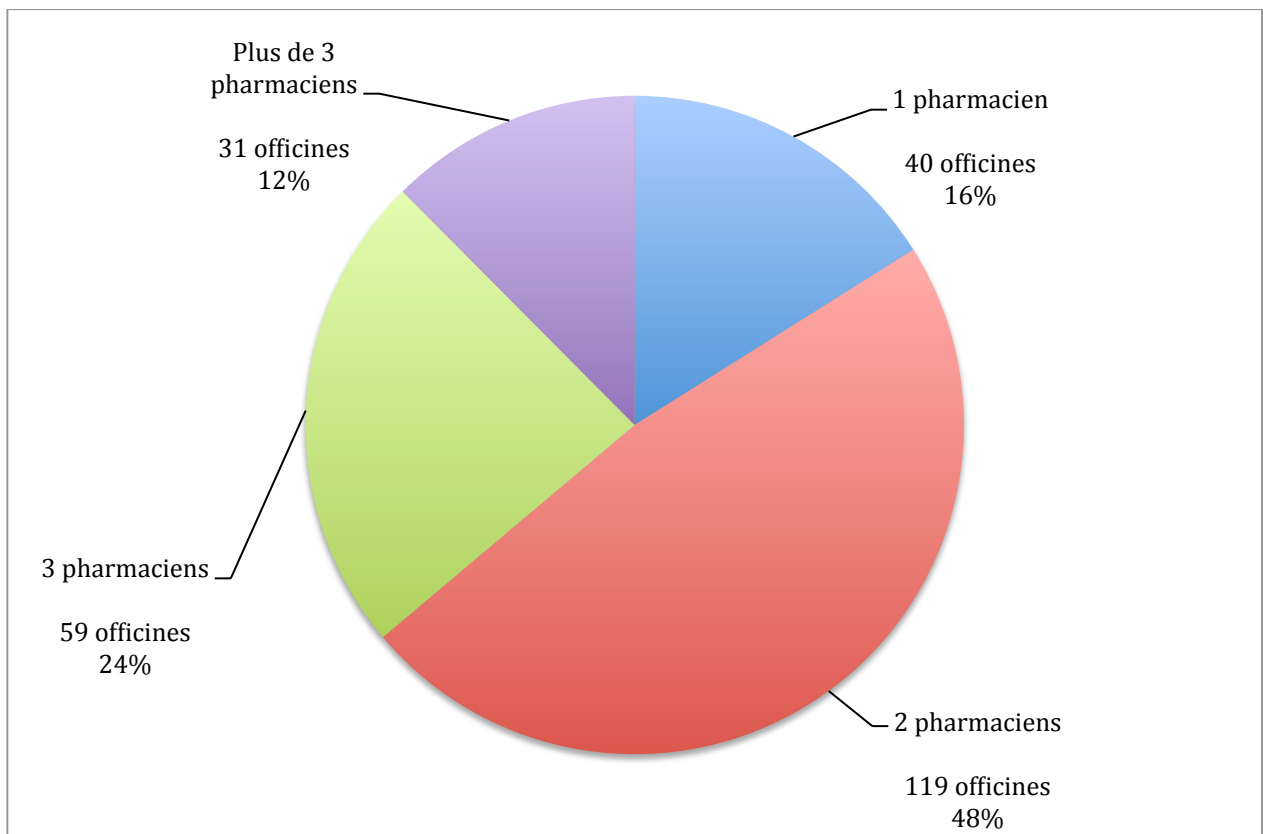


Figure 4 : Nombre de pharmaciens dans l'officine

Section II. Participation aux missions de la loi HPST

A- Réalisation des entretiens pharmaceutiques AVK

Les résultats d'enquête montrent que le taux de participation aux entretiens pharmaceutiques AVK est de 77,5 %.

La question suivante évaluait l'éventuelle participation des pharmaciens aux prochains entretiens pharmaceutiques à venir et qui concernent des pathologies comme l'asthme ou le diabète. Les résultats montrent que 87 % des répondants participeront à ces futurs entretiens.

B- Participation à la fonction de pharmacien référent

Les répondants impliqués dans des activités de pharmacien référent représentent 19 % de l'échantillon. Ces 47 pharmaciens participent à diverses actions présentées dans la figure 5.

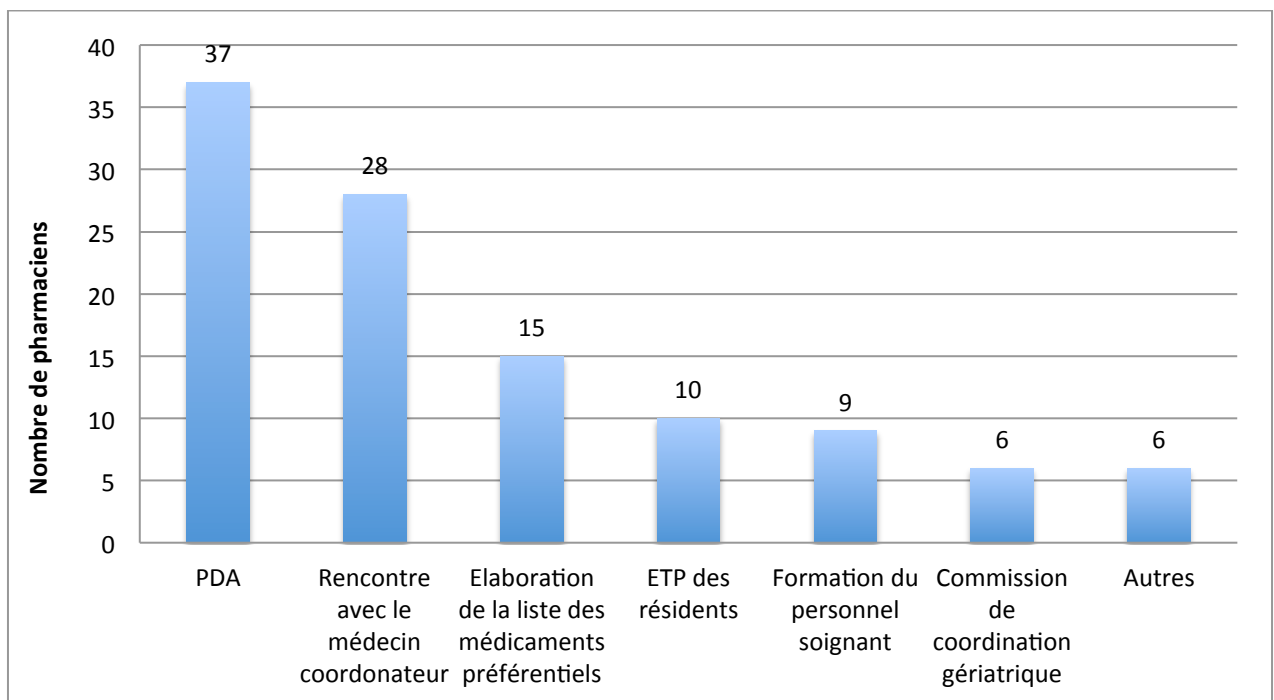


Figure 5 : Activités réalisées par les pharmaciens référents (N = 47)

Les activités « Autres » correspondent à l'élaboration de listes de médicaments et conseils en prévention de la canicule ou encore à la préparation des trousse de secours.

Dans le cadre de cette fonction, nous avons cherché à évaluer la fréquence des contacts (téléphoniques ou sur place) que les pharmaciens entretenaient avec les EHPAD. Environ 85 % des répondants ont des contacts hebdomadaires avec l'EHPAD, les 15 % restants ayant plutôt des contacts mensuels.

C- Connaissance de la fonction de pharmacien correspondant

La figure 6 présente les résultats obtenus concernant la connaissance ou non des pharmaciens d'officine sur la fonction de pharmacien correspondant.

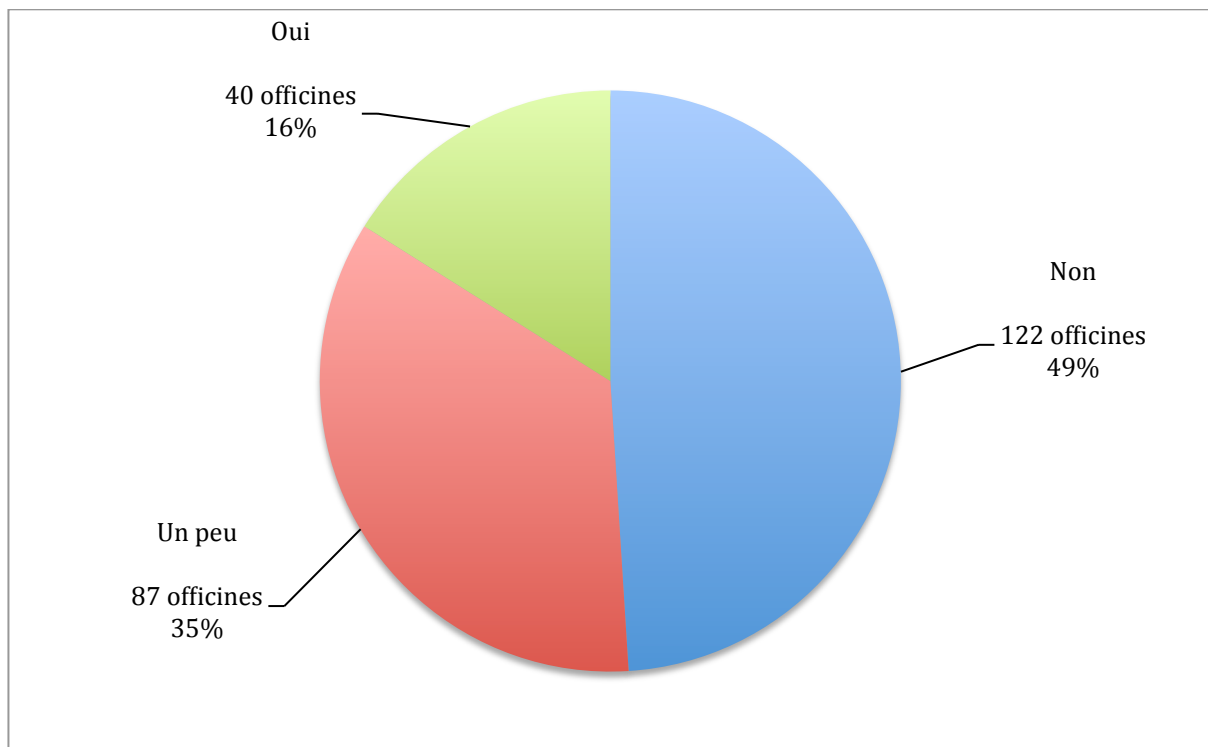


Figure 6 : Connaissance de la fonction de pharmacien correspondant

Environ la moitié des pharmaciens (49 %) ne connaissent pas la fonction de pharmacien correspondant.

D- Participation aux programmes d'éducation thérapeutique du patient

Un tiers des répondants (34 %) participe ou ont déjà participé à des programmes d'éducation thérapeutique de patients.

E- Participation aux actions pluridisciplinaires de prise en charge de patients atteints de pathologies chroniques

Environ 13 % des répondants (34 pharmaciens) ont indiqué participer à des actions pluridisciplinaires de prise en charge. La figure 7 présente les réseaux dans lesquels ils se sont engagés.

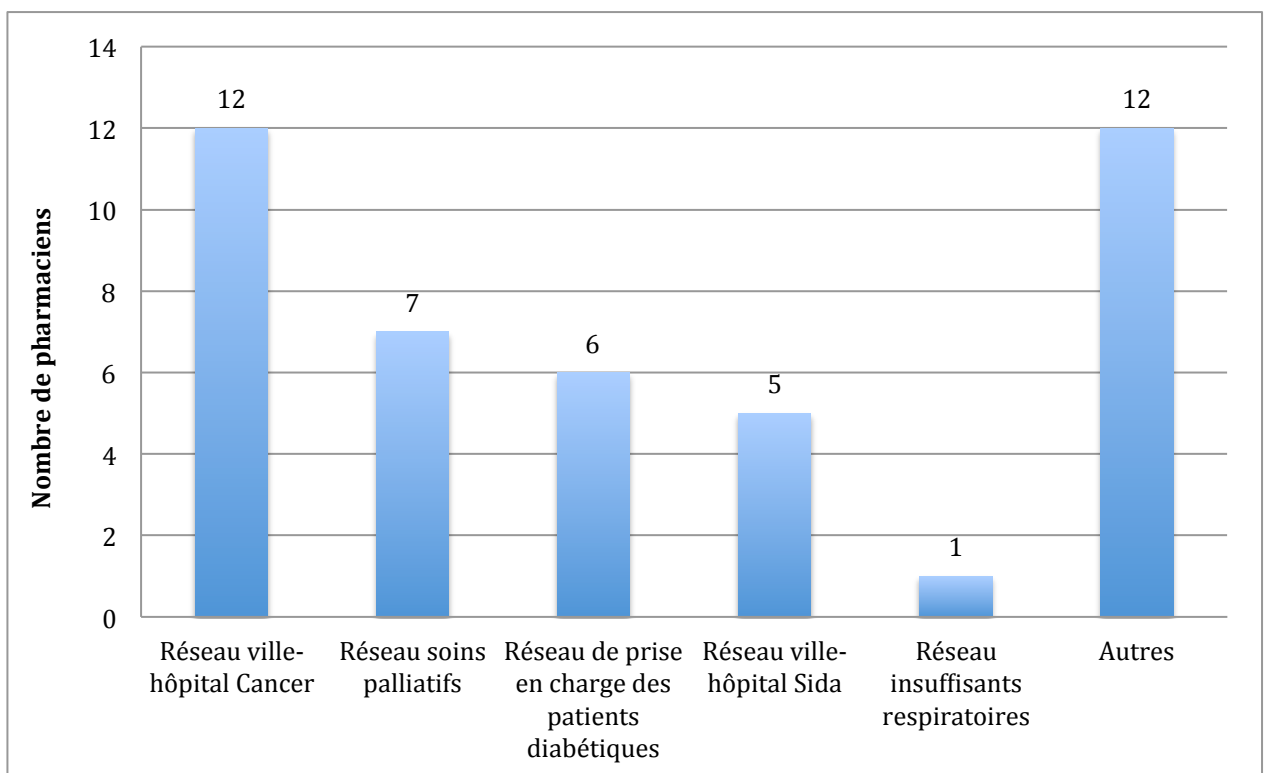


Figure 7 : Actions dans lesquelles les pharmaciens s'impliquent (N = 34)

Les programmes de prise en charge « Autres » concernaient des maisons et pôles de santé pluridisciplinaires et des réseaux informels. Aucun des pharmaciens répondants n'était impliqué dans un réseau de dialyse.

Section III. Les facteurs de non participation

Les différentes raisons de non-participation évoquées par les répondants sont présentées pour chacune des missions de coopération.

A- Présentation globale des non-participants aux missions de coopération

Le tableau 3 présente le nombre et le pourcentage des répondants n'ayant pas participé aux missions de coopération. Le pourcentage de non-participation correspond au nombre de non-participants sur l'échantillon total (249 répondants).

Tableau 3 : Les taux de non-participation aux différentes actions

Activité	Nombre de non-participants	Pourcentage sur l'échantillon total
Entretiens AVK	56	22,5 %
Pharmacien référent	202	81,1 %
Programmes d'ETP	165	66,3 %

Seuls 15 % des répondants connaissaient la fonction de pharmacien correspondant. L'étude des facteurs de non-participation pour cette mission a donc été réalisée sur cette portion de l'échantillon, soit 40 pharmaciens.

Remarques :

Les actions pluridisciplinaires de prise en charge (réseaux formels et informels confondus) ne faisant pas partie des nouvelles missions des pharmaciens, les facteurs de non-participation n'ont pas été évalués.

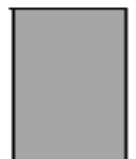
B- Description des facteurs de non-participation

Le tableau 4 présente les principaux facteurs évoqués par les non-participants aux différentes activités. Un même pharmacien peut avoir déclaré plusieurs facteurs pour une même mission.

Tableau 4 : Facteurs de non-participation aux missions de coopération

Activité	Manque de temps		Manque de personnel		Absence de demande		Rémunération insuffisante		Manque d'information		Méconnaissance de cette mission		Manque d'intérêt	
	Nb	% total	Nb	% total	Nb	% total	Nb	% total	Nb	% total	Nb	% total	Nb	% total
Entretiens AVK (N = 56)	26	46,4	6	10,7	26	46,4	16	28,6	1	1,8			11	19,6
Pharmacien référent (N = 202)	29	14,4	16	7,9	138	68,3	33	16,3			30	14,9	14	6,9
Pharmacien correspondant (N = 40)	7	17,5	6	15			9	22,5	14	35			2	5
Programmes d'ETP (N = 165)	85	51,5	36	21,8			33	20			61	37	11	6,7

Légende : « Nb » : nombre de pharmaciens ; « % total » : Nb / nombre de non-participants selon la mission.



: Non évalué dans notre enquête.

Les résultats montrent que l'importance des facteurs varie selon les missions. Les facteurs majeurs de non-participation sont le manque de temps, la rémunération et l'absence de demande. Les facteurs mineurs sont le manque de personnel et le manque d'intérêt.

C- Les autres facteurs soulevés par les pharmaciens d'officine

1- Les entretiens pharmaceutiques AVK

Trois pharmaciens déclaraient avoir des difficultés avec le médecin traitant qui se positionnait contre. Un autre pharmacien exerçant seul, devait les effectuer sur son temps de repos.

2- La fonction de pharmacien référent

Cinq pharmaciens exprimaient la nécessité de robotiser la PDA mais ceci avait un coût qui limitait leurs prestations auprès des EHPAD.

Quatre pharmaciens évoquaient des difficultés liées à la concurrence entre les officines environnantes, certaines possédant le partenariat de plusieurs EHPAD sur tout le secteur.

Enfin, quatre pharmaciens soulevaient des problèmes relationnels avec les EHPAD, notamment la difficulté à trouver un accord dans la rémunération des services offerts par les pharmaciens.

3- La fonction de pharmacien correspondant

Onze pharmaciens témoignaient des difficultés relationnelles avec les médecins traitants. L'absence de protocole en place dans le secteur d'activité de la pharmacie était recensée par sept pharmaciens.

4- Les programmes d'ETP

Cinq pharmaciens renseignaient l'absence de relation avec les autres équipes de santé, trois pharmaciens avaient un programme d'ETP en cours de réalisation lors de l'enquête.

Au total, 20 % des pharmaciens d'Aquitaine soit 249 ont répondu à notre enquête. Il s'agissait d'officines majoritairement rurales (46 %) ou de quartier (41 %), possédant entre trois et six employés (54 %) dont deux pharmaciens (48 %). Plus de la moitié des répondants (54 %) étaient des pharmaciens ayant plus de vingt d'expérience professionnelle.

Pour la participation aux missions de coopération, la majorité des pharmaciens (78 %) avaient réalisé des entretiens pharmaceutiques AVK et se disaient prêts à continuer (87 %). L'implication était moins fréquente dans les autres actions telles que la fonction de pharmacien référent (19 %), les programmes d'ETP (34 %) ou encore dans les action pluridisciplinaires de prise en charge (13 %). La fonction de pharmacien correspondant restait méconnue ou peu connue pour une grande partie des pharmaciens (85 %).

Le motif de non-participation le plus fréquemment avancé pour les entretiens pharmaceutiques AVK et la fonction de pharmacien référent était l'absence de demande (46,4 % et 68,3 % respectivement). Concernant la fonction de pharmacien correspondant, le principal facteur de non-participation était le manque d'information (35 %). Enfin, le manque de temps était le frein majeur à l'implication dans les programmes d'ETP (51,5 %).

Après avoir effectué une analyse descriptive de la participation des répondants aux différentes missions, nous allons maintenant étudier ces résultats en fonction des caractéristiques des officines.

Section IV. La participation des pharmaciens aux missions en fonction des caractéristiques des répondants

Les tableaux suivants présentent l'implication des répondants dans les différentes actions en fonction des caractéristiques des officines : typologie de la pharmacie, année d'obtention de diplôme du pharmacien titulaire, nombre d'employés dans l'officine et nombre de pharmaciens dans l'officine.

Note : L'analyse stratifiée entre les sous-groupes doit tenir compte de la taille de chaque sous-groupe. C'est pour cela que les résultats sont présentés en chiffre et en pourcentage par rapport au nombre total de pharmaciens dans le sous-groupe correspondant.

A- L'environnement de l'officine

Le tableau 5 présente l'engagement dans les missions en fonction de l'environnement de la pharmacie.

Tableau 5 : Participation aux missions en fonction de l'environnement officinal

		Environnement de la pharmacie								valeur de p	Indépendance
		Pharmacie de quartier		Pharmacie rurale		Pharmacie de c.-ville et de c. commercial		Nb	Nb (%)		
		Nb	Nb (%)	Nb	Nb (%)	Nb	Nb (%)				
Missions	249 participants	102	100 %	114	100 %	33	100 %				
Réalisation d'entretiens pharmaceutiques AVK	Oui	78	76,5 %	92	80,7 %	23	69,7 %				
	Non	24	23,5 %	22	19,3 %	10	30,3 %		0.39	Oui	
Fonction de pharmacien référent	Oui	12	11,8 %	30	26,3 %	5	15,2 %				
	Non	90	88,2 %	84	73,7 %	28	84,8 %		0.02	Non	
Participation aux programmes d'ETP	Oui	29	28,4 %	41	36,0 %	14	42,4 %				
	Non	73	71,6 %	73	64,0 %	19	57,6 %		0.27	Oui	
Participation à des actions pluridisciplinaires de prise en charge	Oui	16	15,7 %	15	13,2 %	2	6 %				
	Non	86	84,3 %	99	86,8 %	31	94 %		0.41	Oui	

Les pharmacies rurales étaient plus impliquées dans les partenariats avec les EHPAD (test du Chi2, $p = 0,02$). L'environnement officinal ne semblait pas influencer sur l'implication dans les autres missions de coopération. Même si les résultats n'étaient pas significatifs (test du Chi2, $p=0,27$), la participation aux programmes d'ETP apparaissait un peu plus élevée pour les pharmacies de centre commercial et de centre-ville.

B- L'expérience du pharmacien titulaire en officine

Le tableau 6 présente l'implication des pharmaciens dans les missions de coopération en fonction de l'année d'obtention du diplôme.

Tableau 6 : Participation aux missions en fonction de l'ancienneté du diplôme

		Ancienneté du diplôme								
		Avant le 1 ^{er} janvier 1990		Entre 1990 et 2000		Après 2000				
		Nb	Nb (%)	Nb	Nb (%)	Nb	Nb (%)			
Missions	249 participants	134	100 %	68	100 %	47	100 %			
Réalisation d'entretiens pharmaceutiques AVK	Oui	107	79,8 %	50	73,5 %	36	76,6 %			
	Non	27	20,2 %	18	26,5 %	11	23,4 %		Oui	
Fonction de pharmacien référent	Oui	27	20,2 %	11	16,2 %	9	19,1 %			
	Non	107	79,8 %	57	83,8 %	38	80,9 %		Oui	
Participation aux programmes d'ETP	Oui	47	35,1 %	17	25,0 %	20	42,6 %			
	Non	87	64,9 %	51	75,0 %	27	57,4 %		Oui	
Participation à des actions pluridisciplinaires de prise en charge	Oui	18	13,4 %	9	13,2 %	6	12,8 %			
	Non	116	86,6 %	59	86,8 %	41	87,2 %		Oui	
								valeur de p		
								0.59		
								0.79		
								0.13		
								0.99		

L'année d'obtention du diplôme traduisait le nombre d'années d'expérience du pharmacien. Les pharmaciens ayant obtenu leur diplôme après 2000 (donc les plus jeunes de notre échantillon) semblaient plus impliqués dans les programmes d'ETP que les autres pharmaciens mais ce résultat n'était pas significatif (test du Chi2, $p=0,13$).

C- Le nombre d'employés dans l'officine

Le tableau 7 présente l'implication dans les différentes actions selon le nombre d'employés dans l'officine (pharmaciens titulaires, adjoints et préparatrices en pharmacie).

Tableau 7 : Participation aux missions en fonction du nombre d'employés

		Nombre d'employés dans l'officine										
		Moins de 3 employés		Entre 3 et 6 employés		Entre 7 et 10 employés		Plus de 10 employés		valeur de p	Indépendance	
		Nb	Nb (%)	Nb	Nb (%)	Nb	Nb (%)	Nb	Nb (%)			
Missions	249 participants	45	100 %	135	100 %	49	100 %	20	100 %			
Réalisation d'entretiens pharmaceutiques AVK	Oui	29	64,4 %	113	83,7 %	37	75,5 %	14	70,0 %		Non	
	Non	16	35,6 %	22	16,3 %	12	24,5 %	6	30,0 %	0.04		
Fonction de pharmacien référent	Oui	7	15,6 %	22	16,3 %	10	20,4 %	8	40,0 %		Oui	
	Non	38	84,4 %	113	83,7 %	39	79,6 %	12	60,0 %	0.08		
Participation aux programmes d'ETP	Oui	20	44,4 %	45	33,3 %	15	30,6 %	4	20,0 %		Oui	
	Non	25	55,6 %	90	66,7 %	34	69,4 %	16	80,0 %	0.26		
Participation à des actions pluridisciplinaires de prise en charge	Oui	5	11,1 %	19	14,1 %	4	8,2 %	5	25,0 %		Oui	
	Non	40	88,9 %	116	85,9 %	45	91,8 %	15	75,0 %	0.30		

Le tableau 7 montre que le nombre d'employés est significativement associé à la participation aux entretiens pharmaceutiques AVK. En effet, le taux de participation est plus faible (64 %) pour les officines comprenant moins de 3 employés. Le taux est aussi plus faible (70 %) pour les pharmacies de plus de 10 employés.

Concernant la fonction de pharmacien référent, les taux de participation sont croissants avec le nombre d'employés dans l'officine, cependant ces résultats ne sont pas significatifs.

Pour les programmes d'ETP, l'implication diminue au fur et à mesure que la taille de l'officine augmente, mais pas de manière significative.

Enfin, l'engagement dans les actions pluridisciplinaires de prise en charge ne semble pas influencé par le nombre d'employés dans l'officine bien que les pharmacies ayant plus de 10 employés aient un taux plus élevé de participation (25 %).

D- Le nombre de pharmaciens dans l'officine

Le tableau 8 présente la participation aux missions en fonction du nombre de pharmaciens dans l'officine.

Tableau 8 : Participation aux missions en fonction du nombre de pharmaciens

		Nombre de pharmaciens dans l'officine										
		1 pharmacien		2 pharmaciens		3 pharmaciens		plus de 3 pharmaciens		valeur de p	Indépendance	
		Nb	Nb (%)	Nb	Nb (%)	Nb	Nb (%)	Nb	Nb (%)			
Missions	249 participants	40	100 %	119	100 %	59	100 %	31	100 %			
Réalisation d'entretiens pharmaceutiques AVK	Oui	23	57,5 %	99	83,2 %	49	83,1 %	22	71,0 %	0.004	Non	
	Non	17	42,5 %	20	16,8 %	10	16,9 %	9	29,0 %			
Fonction de pharmacien référent	Oui	4	10,0 %	21	17,7 %	13	22,0 %	9	29,0 %	0.19	Oui	
	Non	36	90,0 %	98	82,3 %	46	78,0 %	22	71,0 %			
Participation aux programmes d'ETP	Oui	13	32,5 %	50	42,0 %	13	22,0 %	8	25,8 %	0.04	Non	
	Non	27	67,5 %	69	58,0 %	46	78,0 %	23	74,2 %			
Participation à des actions pluridisciplinaires de prise en charge	Oui	3	7,5 %	17	14,3 %	6	10,2 %	7	22,6 %	0.27	Oui	
	Non	37	92,5 %	102	85,7 %	53	89,8 %	24	77,4 %			

Les officines où le pharmacien exerce seul ont un taux de participation significativement plus faible que les autres sous-groupes pour les entretiens pharmaceutiques AVK. Les pharmacies comptant 1 ou 2 pharmaciens sont plus impliquées dans les programmes d'ETP.

L'implication dans la fonction de pharmacien référent est proportionnelle au nombre de pharmaciens exerçant dans cette officine. L'engagement des répondants dans des groupes d'action pluridisciplinaire est plus important dans les officines avec plus de 3 pharmaciens (22,6 %), et moins développée avec 1 pharmacien (7,5 %), mais le test n'est pas significatif.

Chapitre III. Discussion et limites

Section I. Discussion

A- Participation aux missions de la loi HPST

1- Réalisation des entretiens pharmaceutiques AVK

Nous observons que plus de trois répondants sur quatre ont réalisé des entretiens pharmaceutiques (77,5 %), démontrant une bonne capacité d'investissement dans cette activité, dans un cadre défini conventionnellement, pour lequel des outils et une rémunération ont été mis en place (voir chapitre II, section II).

Pour l'avenir, presque 9 pharmaciens sur 10 (87,2 %) se disent coopératifs pour le lancement des prochains entretiens pharmaceutiques. Le pourcentage de pharmaciens prêts à participer pour les entretiens futurs est plus important que n'est celui pour les entretiens AVK, ce qui laisse penser un engagement croissant de la part des officinaux.

Cette mobilisation importante reflète donc une volonté de la part des pharmaciens de faire évoluer leurs activités impliquant davantage le suivi et l'éducation des patients.

En décembre 2014, la caisse nationale d'assurance maladie a publié les premiers chiffres de son enquête sur les entretiens pharmaceutiques (35). Ces résultats sont positifs avec une augmentation du nombre de patients AVK réalisant des tests d'INR réguliers. Les chiffres de l'assurance maladie présentent aussi une satisfaction globale positive des patients (7 patients

sur 10) et des pharmaciens (9 pharmaciens sur 10). D'autres données sont encore nécessaires pour confirmer l'intérêt de ce dispositif, notamment l'évolution des hospitalisations liées à un mauvais usage (sur- ou sous-dosage) des AVK.

Les premiers résultats de l'assurance maladie comptent 14 584 officines (63 % des officines en France) ayant mis en place ces entretiens et 92 % des pharmaciens se disent prêts à poursuivre ces entretiens. Nos résultats d'enquête en Aquitaine sont donc concordants avec ceux de la CNAM au niveau national.

2- Participation à la fonction de pharmacien référent

Dans notre enquête, une proportion importante des répondants (20 %) est engagée dans des activités de pharmacien référent.

Les participants s'engagent dans toutes les activités étudiées dans notre enquête avec une fréquence variable. Ils sont principalement impliqués dans l'approvisionnement de l'EHPAD en médicaments (77 % font de la PDA) et peu dans des activités de coordination des soins (21 % font de l'éducation thérapeutique, 19 % forment le personnel soignant et 17 % participent à la commission gériatrique).

Il y a une bonne capacité de communication des participants avec l'EHPAD (80 % ont un contact téléphonique ou sur place hebdomadaire) et avec le médecin coordonnateur (57 % des participants).

Bien que les rapports WICKLE et VERGER de 2013 démontrent les bénéfices apportés par la fonction de pharmacien référent, l'avenir de cette activité dépendra d'une clarification de son cadre juridique qui devra notamment fixer les modalités de rémunération or le projet de santé ne prévoit pas d'apport sur cette fonction.

NB : En ville, il est probable qu'une même officine travaille pour plusieurs EHPAD, or notre échantillon est composé à 45 % de pharmacies rurales, l'implication dans cette activité pourrait donc être surestimée.

3- Connaissance de la fonction de pharmacien correspondant

Les résultats sont assez instructifs, la moitié (49 %) des pharmaciens ne connaissent pas cette mission et environ 35 % la connaissent un peu.

Ce facteur vient donc s'ajouter aux difficultés évoquées en première partie sur la lourdeur de planification des protocoles de coopération.

C'est bien parce que ces protocoles rencontrent des difficultés dans leur mise en place que les pharmaciens d'officine sont moins susceptibles de les connaître. Ainsi la méconnaissance de cette mission serait surtout une conséquence de son manque de succès.

Ce résultat pourrait orienter les pouvoirs publics vers une campagne d'information des médecins et des pharmaciens d'officine sur la possibilité de s'engager dans cette fonction.

Notre enquête a, en ce sens, diffusé de l'information sur la fonction de pharmacien correspondant et pourrait susciter un intérêt chez les participants.

Nous n'avons pas évalué dans cette enquête le degré de connaissance qu'avaient les médecins généralistes sur les protocoles de coopération mais nous pouvons supposer qu'ils sont mieux informés que les pharmaciens, y étant eux-mêmes engagés avec le corps infirmier.

Enfin, il s'agit aussi de considérer le point de vue du patient qui peut demander à ce que son pharmacien soit correspondant, la campagne d'information pourrait donc aussi s'adresser aux patients en ALD plus susceptibles d'avoir recours à ce dispositif.

4- Participation aux programmes d'éducation thérapeutique du patient

Les résultats d'enquête montrent qu'environ un pharmacien sur trois (34 % de l'échantillon) participe ou a déjà participé à un programme d'ETP.

L'échantillon sur lequel nous travaillons est constitué à 54 % de pharmaciens ayant plus de 20 ans d'expérience. Or, c'est avec la loi HPST de 2009 qu'a été placée au cœur de la prise en charge des patients chroniques l'éducation thérapeutique. Ainsi il s'agit d'un concept récent auquel les pharmaciens diplômés il y a 20 ans n'ont pas forcément été formés et sensibilisés, influant donc aussi sur le taux de participation.

La formation à l'éducation thérapeutique tend à se développer au sein d'organismes tel que Edusanté ou le Cespharm qui propose des stages aux professionnels. A l'université, les réformes sur les études de santé présentées en première partie favoriseront aussi l'arrivée de jeunes pharmaciens formés à l'éducation thérapeutique du patient.

Ainsi, l'implication des pharmaciens dans les équipes d'éducation thérapeutique devrait évoluer favorablement dans les prochaines années.

5- Participation aux actions pluridisciplinaires de prise en charge de patients atteints de pathologies chroniques

Cette question évaluant la participation des pharmaciens d'officine à des actions de prise en charge qu'elles soient formelles ou informelles permet de recenser des domaines où des coopérations entre professionnels de santé s'établissent. Environ 13 % des répondants (33 pharmaciens) sont engagés dans ces activités.

Les réseaux « ville-hôpital Cancer », « Prise en charge de patients diabétiques » et « Soins palliatifs » rassemblent 80 % des répondants, il s'agit de réseaux généralement formalisés où les pharmaciens s'impliquent donc plus naturellement.

A titre d'exemple, le « réseau de cancérologie d'Aquitaine », qui regroupe plus de 1200 professionnels de santé, est organisé en « Groupes Thématique Régionaux » (GTH). Le « GTH Pharmacie » a pour mission de recenser et de relire des fiches d'information sur les chimiothérapies orales délivrées en officines à destination des patients et des professionnels de santé. Ces travaux s'inspirent d'autres réseaux régionaux et des publications de l'Observatoire des médicaments, des dispositifs médicaux et de l'innovation thérapeutique (OMEDIT).

Pour la prise en charge de patients diabétiques en Aquitaine, il existe le réseau « diapason-24 » coordonné aux autres réseaux de France par l'ANCRED (Association Nationale de Coordination des Réseaux Diabète).

En Gironde, ESCALE est un réseau de soins palliatifs qui vise à accompagner le développement d'une dynamique de travail coordonné entre les professionnels médicaux et sociaux.

Environ 35 % des pharmaciens répondants déclarent participer à des réseaux plus informels tels que réunions de quartier, réseau informel « médecin-pharmacien-infirmier », hospitalisation à domicile, secourisme...

Ainsi, la participation des pharmaciens d'officine aux activités engagées avec la loi HPST varie de manière importante selon l'activité considérée. Les entretiens pharmaceutiques AVK constituent une exception grâce au cadre conventionnel établi entre l'assurance maladie et les pharmaciens d'officine qui offre une rémunération sur cette activité et apporte les outils nécessaires à leur réalisation.

B- Les facteurs de non participation

1- Le manque de temps

Environ la moitié des pharmaciens qui n'ont pas participé aux entretiens AVK ou aux programmes d'ETP l'expliquent par un manque de temps. Cependant, avec 77,5 % de participation aux entretiens, ce facteur concerne une minorité de participants (26 pharmaciens).

La notion de temps n'apparaît pas comme un frein majeur pour les fonctions de pharmaciens référent et correspondant (explique respectivement 14,4 % et 17,5 % de non-participation). Ces résultats sont surprenants car il s'agit pourtant de missions chronophages. En effet, pour la fonction de pharmacien correspondant, nous avons mentionné en première partie la lourdeur d'élaboration d'un protocole. En ce qui concerne la fonction de pharmacien référent, l'implication du pharmacien dans des activités en EHPAD entraîne nécessairement un investissement de temps important (rapport WILCKE). Mais cela peut aussi signifier que la question de temps n'est pas le premier frein que les pharmaciens considéraient lors de l'enquête.

Enfin, 51,5 % des non-participants aux programmes d'éducation thérapeutique ont une contrainte de temps. Ces résultats sont concordants avec la littérature car l'éducation thérapeutique du patient prend du temps et nécessite un investissement important du professionnel de santé dans ces programmes (36).

Si, au départ, ces professionnels n'ont pas le temps nécessaire à la réalisation de ces activités, il convient de comprendre, pour les pouvoirs publics, comment réorganiser les activités à l'officine pour y inclure ces missions de coopération.

2- Le manque de personnel

Le manque de personnel ne semble pas freiner l'implication dans la fonction de pharmacien référent (cela peut être mis en relation avec la robotisation de la PDA), la fonction de pharmacien correspondant et pour les entretiens pharmaceutiques.

En revanche, dans le cadre des programmes d'ETP, 21,8 % des non-participants évoquent le manque de personnel comme facteur de non-participation. L'implication dans un programme se traduit par l'engagement vis-à-vis d'une équipe de soins avec la participation à des réunions, faire de l'ETP dans une structure qui n'est pas forcément l'officine. Or, le pharmacien a le devoir d'être présent dans son officine pendant son activité. Ainsi, ne pas avoir de pharmacien adjoint ou associé, limitera sa capacité d'investissement. Les programmes d'ETP qui permettraient aux pharmaciens de faire de l'éducation thérapeutique directement dans leur officine seraient plus susceptibles de fonctionner.

3- Evaluation de la demande

Presque la moitié des pharmaciens n'ayant pas participé aux entretiens AVK n'avaient pas de patients demandeurs. Ce résultat suggère :

- d'une part que cette proportion de pharmaciens aurait potentiellement effectué ces entretiens si elle en avait la possibilité, confirmant une forte coopération des pharmaciens pour cette activité.
- d'autre part qu'il y a une réceptivité importante de la part des patients, qui sont ouverts à la réalisation de ces entretiens avec leur pharmacien. Nous voyons ainsi évoluer la relation patient-pharmacien, en concordance avec l'enquête de la CNAM.

Concernant la demande des EHPAD, 55,4 % évoquent une absence de demande de la part de ces établissements. Cela signifierait que les autres 44,6 % des pharmaciens auraient pu s'engager dans cette fonction de pharmacien référent pour répondre à une demande de la part des EHPAD. D'autres facteurs (manque de cadre juridique, apport financier, manque de temps) influencent sûrement ce décalage entre l'offre et la demande.

4- La rémunération de l'activité

La rémunération pour les entretiens pharmaceutiques AVK est de 40 € par an et par patient. Cet accord conventionnel semble convenir à la majorité des participants car seul 16 pharmaciens n'ont pas réalisé ces entretiens à cause d'une rémunération insuffisante.

Pour la fonction de pharmacien référent et les programmes d'ETP, le manque de rémunération atteint respectivement un taux de 16,3 % et 20 %. Il semble que, malgré l'absence de rémunération sur les activités de pharmacien référent, le profit réalisé par l'approvisionnement des EHPAD en médicaments ne couvre pas l'investissement dans cette mission.

La mise en place des programmes d'ETP prend du temps et nécessite une implication importante de tous les professionnels concernés. Ces programmes se mettent place au sein de structures tels que des centres de santé, maisons et pôle de santé ou bien encore des réseaux de soins (37). Les expérimentations sur les nouveaux modes de rémunération (ENMR) lancées en 2008 ont pour objectif de valoriser financièrement ces activités de suivi pluridisciplinaire incluant les programmes d'ETP. Ces expérimentations connaissent un important succès (5), les financements accordés devraient donc faciliter davantage l'implication des pharmaciens dans les programmes d'ETP.

5- Le manque d'information et la méconnaissance des missions

Les entretiens pharmaceutiques AVK doivent obligatoirement être proposés par les pharmaciens au patient et leur réalisation est suivie par l'assurance maladie. Nos résultats montrent que seul 1 pharmacien manquait d'information traduisant une bonne diffusion de l'information par l'assurance maladie.

Le défaut d'information relatif à la fonction de pharmacien correspondant est bien corrélé avec la méconnaissance qu'il y a autour de cette mission. Nous avons vu que d'autres facteurs

entraient en considération mais l'absence d'information autour de cette activité doit aussi contribuer au manque d'implication des pharmaciens.

Concernant les programmes d'éducation thérapeutique, 37 % des non-participants ne connaissent pas cette mission, ceci suggère un problème de communication important. Il en est de même pour la fonction de pharmacien référent méconnue par 14,9 % des non-participants.

Ces résultats suggèrent qu'une meilleure communication auprès des pharmaciens et des médecins sur les protocoles de coopération et sur les programmes d'ETP faciliterait l'implication de ces deux professionnels dans ces activités.

6- Le manque d'intérêt

Toutes missions confondues, moins de 14 pharmaciens expriment un désintérêt pour ces activités de coopération. Les pharmaciens ont la volonté de s'engager dans ces nouvelles missions avec les autres professionnels de santé dans la prise en charge des patients. Comme le rappelle Mme Isabelle Adenot (présidente du Conseil National de l'Ordre des Pharmaciens) dans son discours du 24 novembre 2014 à Mme Marisol Touraine (Ministre de la Santé), les pharmaciens d'officine ont la volonté de faire évoluer leurs activités pour les orienter vers une meilleure coopération dans les soins et désirent que leur place et leur rôle soient reconnus (38).

7- Les autres facteurs soulevés par les pharmaciens d'officine

Les témoignages recueillis dans l'enquête renseignent principalement sur les relations entre pharmaciens et médecins généralistes qui ont traditionnellement des difficultés à coopérer. Enfin, sont évoqués, pour les pharmaciens référents, des problèmes liés au statut juridique de cette fonction ; ceux-ci ont peu de pouvoir de négociations avec les EHPAD.

Les témoignages ne sont émis que par un petit nombre de pharmaciens (26 au total) ; ils peuvent constituer des pistes de réflexion et peut être permettre de trouver des solutions afin de faciliter les coopérations entre professionnels de santé.

L'analyse de ces différents facteurs de non-participation a été réalisée point par point. Il convient cependant de garder à l'esprit que ces facteurs interagissent et s'influencent entre eux. Par exemple, une rémunération plus importante impactera sur le temps que l'on acceptera de consacrer à telle mission. Ainsi, l'implication dans ces missions pourrait être améliorée, dans certains cas, en ne jouant que sur un seul des facteurs de non-participation.

Nous allons maintenant nous intéresser à l'implication des pharmaciens aux différentes missions de coopération en fonction des caractéristiques des répondants.

C- La participation des pharmaciens aux missions en fonction des caractéristiques des répondants

1- L'environnement de l'officine

Les résultats montrent que les pharmaciens d'officines rurales sont significativement plus impliqués dans la fonction de pharmacien référent. Nous l'avons présenté en section II, l'environnement est moins concurrentiel entre les pharmacies rurales qui ont donc une facilité plus importante pour s'impliquer dans ces partenariats que les autres officines. D'autre part, la principale activité associée à la fonction de pharmacien référent dans notre échantillon est la préparation des doses à administrer (76,6 %). Celle-ci peut être robotisée, nécessitant un espace important dans l'officine et donc plus réalisable dans un milieu rural où la surface de travail est moins restreinte par le loyer.

Les pharmacies de centre commercial et de centre-ville semblent plus engagées dans des programmes d'ETP. Cela peut s'expliquer par l'existence d'un plus grand nombre de programme d'ETP mis en place dans les villes (voir annexe 1 - Répartition des programmes d'ETP autorisés en Aquitaine).

Ainsi, l'environnement officinal conditionne la capacité du pharmacien à s'engager dans la fonction de pharmacien référent et son implication dans les programmes d'ETP.

2- L'année d'obtention du diplôme du pharmacien

Il semble que les pharmaciens les plus jeunes de notre échantillon, c'est-à-dire, ayant obtenu leur diplôme après 2000, soient plus engagés dans les programmes d'éducation thérapeutique. Cela pourrait être lié à la formation croissante des pharmaciens à l'éducation thérapeutique du patient, les plus jeunes pharmaciens étant plus sensibilisés à cette approche d'accompagnement des patients.

Cette tendance devrait évoluer favorablement dans les prochaines années car la formation à l'ETP commence désormais pendant les études de pharmacie depuis l'arrêté du 8 avril 2013 (39).

3- Le nombre d'employés dans l'officine

Les pharmacies de moins de 3 employés sont significativement moins impliquées dans la réalisation des entretiens pharmaceutiques AVK. En effet, lorsque l'équipe officinale est petite, la capacité du pharmacien à s'engager dans cette mission est réduite. Les pharmacies de cette taille constituent 18 % de notre échantillon. Même si certains pharmaciens réalisent, malgré tout, ces entretiens, il s'agit d'une proportion importante d'officines limitées dans cette activité.

A l'inverse, les officines avec plus de 10 employés auraient une plus grande capacité à s'engager dans cette activité par une plus grande disponibilité dans l'équipe et plus d'espace dans l'officine. Les résultats montrent que celles-ci ne sont engagées « qu'à » 70 %. Cependant, notre échantillon est faible (20 pharmacies) pour cette catégorie, ce résultat n'est peut être pas représentatif.

Les pharmacies à plus de 10 employés sont plus impliquées dans la fonction de pharmacien référent (40 %). Cet engagement est proportionnel au nombre d'employés dans l'officine. Ceci nous renvoie à la nécessité de personnel pour la PDA si absence de robotisation. D'autre part, la PDA est souvent un investissement coûteux en temps et en argent pour les pharmaciens, ainsi, seules les pharmacies avec un fond important pourront se lancer dans cette activité. La PDA étant fortement associée à la fonction de pharmacien référent, la capacité des pharmaciens à coopérer avec ces établissements médico-sociaux est aussi conditionnée par le nombre d'employés dans leur officine.

4- Le nombre de pharmaciens dans l'officine

Les officines où un seul pharmacien exerce avaient réalisé significativement moins souvent d'entretiens pharmaceutiques AVK que les autres officines à la date d'enquête. Ce résultat est expliqué par le fait que les entretiens pharmaceutiques sont uniquement réalisés par des pharmaciens. Or, ce même pharmacien se doit d'être présent au comptoir aux heures d'ouverture de l'officine. Il s'agit donc de deux activités difficilement conciliables dans ce cas là. Si certains pharmaciens s'adaptent (dans l'enquête, un pharmacien réalisait ces entretiens entre 12h et 14h, l'officine étant fermée), un pourcentage important de pharmaciens (42,5 %) dans cette situation n'ont pas réalisé ces entretiens pharmaceutiques.

L'implication dans les programmes d'éducation thérapeutique présente elle aussi des différences significatives selon le nombre de pharmaciens exerçant dans l'officine. Les pharmacies avec 1 ou 2 pharmaciens seraient plus impliquées dans les programmes d'ETP (32,5 % et 42 % respectivement) que les pharmacies à 3 ou plus de 3 pharmaciens (22 % et 25,8 % respectivement). Ce résultat est surprenant car l'ETP est une activité chronophage, les pharmaciens exerçant seuls ou à 2 devraient avoir plus de difficultés pour s'engager dans ces programmes d'ETP. Nous pouvons supposer que l'implication dans un programme d'ETP nécessite une forte capacité organisationnelle plus facile à acquérir dans une équipe avec un nombre restreint de personnes.

Les résultats montrent aussi que l'engagement dans la fonction de pharmacien référent est proportionnellement croissant avec le nombre de pharmaciens mais ce n'est pas significatif. Cependant cela concorde avec les observations précédentes qui montraient que les pharmacies avec un nombre plus important d'employés étaient davantage impliquées dans cette activité.

En définitive, notre analyse de l'implication des pharmaciens en fonction des caractéristiques de l'officine a identifié des capacités différentes d'engagement dans telle ou telle activité de coopération. A titre d'exemple, une pharmacie rurale, de plus de 10 employés (dont plus de 3 pharmaciens) s'orientait plus facilement dans des activités de pharmacien référent qu'une officine de centre-ville de moins de 3 employés avec 1 seul pharmacien.

Cette analyse a montré des différences parmi les officines face à la diversification des activités pharmaceutiques et à leur évolution dans ce contexte de coopération.

La force de l'activité officinale résidant, entre autre, dans son maillage territorial, si ces actions ne parviennent pas à s'implanter dans le plus grand nombre d'officines, celui-ci se retrouvera fragilisé. L'enjeu réside donc autour de l'accès à ces fonctions pour un maximum de pharmaciens.

Section II. Les limites de l'enquête

La diffusion du questionnaire a été réalisée sur la région Aquitaine qui compte 1261 officines mais en France l'Ordre national des pharmaciens recense 22407 officines en 2014. Les résultats obtenus par cette enquête ne sont pas représentatifs de la situation en France.

L'enquête étant adressée par email, la réponse est faite sur la base du volontariat, ce qui peut modifier la situation réelle. En effet, les répondants les plus susceptibles de s'intéresser à l'enquête sont ceux qui ont des expériences d'engagement dans ces missions de coopération. Il faut ainsi s'attendre à une surestimation de l'implication des pharmaciens par cette enquête.

Les pharmaciens destinataires de notre enquête sont titulaires d'officine, nous n'avons donc pas les témoignages des pharmaciens adjoints. La moyenne d'âge des titulaires est assez élevée en France (49,6 ans selon l'Ordre (16)) donc nous n'avons que peu de témoignages de jeunes pharmaciens. Le phénomène de coopération étant récent, il semble logique que les jeunes pharmaciens soient plus sensibilisés que leurs aînés à ces missions de coopération. Ainsi, les pharmaciens titulaires ayant répondu à l'enquête pourraient être moins engagés dans ces missions de coopération que la population globale de pharmaciens.

Par ailleurs, la gestion de l'entreprise officinale nécessite un investissement de temps important pour les pharmaciens titulaires, notre enquête a montré que ce facteur limite leur implication dans les missions de coopération. Il serait intéressant d'évaluer l'implication des pharmaciens adjoints dans ces activités et de voir si leur capacité d'engagement est la même ou plus importante.

Lors de l'analyse stratifiée en fonction des critères des répondants, l'effectif de certains sous-groupes étant très faibles (jusqu' 4 individus), l'analyse statistique manque de puissance. Ainsi, un nombre plus important de réponses dans notre enquête aurait renforcé la robustesse de nos tests.

L'analyse des résultats de cette enquête peut orienter sur les actions pouvant être menées pour améliorer l'implication des pharmaciens dans ces missions de coopération.

Les entretiens pharmaceutiques AVK sont adoptés par la majorité des pharmaciens. Les pharmaciens exerçant seuls ont néanmoins des difficultés à proposer cet accompagnement à leurs patients. Ainsi, considérer cette population spécifique de pharmaciens permettrait d'accroître davantage l'adhésion des pharmaciens à ce dispositif.

Concernant la fonction de pharmacien référent, outre l'absence de demande qui est le facteur majeur, le manque de temps, de rémunération et de connaissance constituent des freins importants. Comme évoqué dans le rapport Verger, la précision du cadre juridique apporterait une réponse à ces facteurs de « non-participation ». Il permettrait également d'harmoniser les actions conduites par les pharmaciens déjà impliqués (rencontre avec le médecin coordonnateur,...).

L'engagement dans la fonction de pharmacien correspondant pourrait être amélioré par une meilleure diffusion de l'information auprès des pharmaciens d'officine et des médecins. D'autre part, l'absence de rémunération et la complexité de mise en place sont aussi des facteurs à considérer et constituent des pistes de réflexion pour les actions à mener.

L'implication des pharmaciens dans les programmes d'ETP est limitée par la contrainte de temps. Ainsi, la mise en place de programmes prenant en compte la nécessité pour un pharmacien d'être présent à son officine contournerait cette difficulté. Par ailleurs, la diffusion d'informations sur les programmes d'ETP pourrait améliorer l'engagement dans cette mission méconnue par plus d'un pharmacien sur cinq dans notre échantillon.

Enfin, les actions pluridisciplinaires de prise en charge de patients chroniques prennent diverses formes, certaines étant formelles et d'autres informelles. Une étude approfondie sur leur mise en place et sur leur fonctionnement permettrait d'identifier des facteurs facilitants l'établissement de ces formes d'exercice en coopération.

CONCLUSION

Cet état des lieux sur les activités de coopération du pharmacien d'officine avec les autres professionnels de santé et sur l'apport du pharmacien dans le parcours de soins du patient nous laisse optimiste sur l'avenir de la profession. Bien que l'aboutissement des missions telles que les fonctions de pharmacien référent et pharmacien correspondant nécessitent plus d'aide pour leur mise en place, l'apport de l'éducation thérapeutique dans les études de pharmacie et en formation continue, ainsi que le lancement des entretiens pharmaceutiques en juillet 2013, facilitent l'implication du pharmacien d'officine dans la prise en charge du patient au sein du parcours de soins.

Les principaux facteurs limitant l'engagement dans ces missions sont le manque de temps, l'absence de rémunération de ces services et le manque d'information. Les actions pouvant être menées afin d'améliorer l'engagement dans ces missions sont la mise en place d'outils facilitant la coopération dans l'élaboration des programmes d'ETP, une valorisation financière des fonctions de pharmacien référent et la diffusion d'information sur les activités possibles de pharmacien correspondant ciblant les pharmaciens et les médecins.

Le Journal Officiel du mardi 2 décembre 2014 a publié plusieurs avenants à la convention pharmaceutique (22). L'avenant n°5 a introduit au 1^{er} janvier 2015, des honoraires de rémunération des pharmaciens d'officine. La réforme doit permettre de faire passer environ 50% de la rémunération en honoraires fixes basés sur les volumes des médicaments. L'objectif pour l'Assurance maladie et la Fédération des syndicats pharmaceutiques de France est, à moyen terme, de « *déconnecter davantage la rémunération officinale des volumes de médicaments délivrés* » (40). D'autre part, l'avenant n°4 permet désormais la mise en place des entretiens pharmaceutiques pour les patients asthmatiques.

Ces réformes sont dans la continuité de celles introduites par la loi HPST de 2009 car elles orientent davantage les pharmaciens vers des activités de coopération notamment avec le parcours de soins, et ce grâce à l'évolution de leur rémunération se détachant progressivement de la vente médicamenteuse.

Le projet de loi Santé de 2015, dont l'un des axes de réforme est la prévention, prévoit de développer cette orientation de continuité interprofessionnelle des soins. Une illustration est l'article 31 du projet de loi de santé qui prévoit d'autoriser les pharmaciens à administrer certains vaccins à l'officine.

Bibliographie

1. Robert-Bobée I. Projections de population 2005-2050 pour la France métropolitaine. Institut national de la statistique et des études économiques [Internet]. Insee résultats. sept 2006; Disponible sur: http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?reg_id=0&ref_id=ip1089&page=sdb
2. Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. Journal Officiel de la République Française. Paris; 22 juill 2009;12184.
3. Haute Autorité de Santé. Guide méthodologique - Elaboration du guide et des outils parcours de soins pour une maladie chronique [Internet]. Les parcours de soins; 2012. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1249209/fr/methode-d-elaboration-du-guide-et-des-outils-parcours-de-soins-pour-une-maladie-chronique
4. Haute Autorité de Santé. Parcours de soins - Questions/Réponses [Internet]. 2012 mai p. 1. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-05/quest-rep_parcours_de_soins.pdf
5. Afrite A., Bourgueil Y., Daniel F., Mousquès J. L'impact du regroupement pluriprofessionnel sur l'offre de soins. Objectifs et méthode de l'évaluation des maisons, pôles et centres de santé dans le cadre de l'expérimentation des nouveaux modes de rémunération. Question d'économie de la santé. juill 2013;1:6.
6. Direction générale de l'offre de soins. La coopération entre les professionnels de santé [Internet]. Ministère des Affaires Sociales, de la Santé et des Droits des Femmes; 2012. Disponible sur: <http://www.sante.gouv.fr/la-cooperation-entre-les-professionnels-de-sante.html>
7. Ministère chargé de la Santé. Loi Hôpital Patients Santé Territoires - Plaquette [Internet]. Disponible sur: http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plaquette_HPST_grand_public-2.pdf
8. Haute Autorité de Santé. Des parcours de soins pour un système de santé plus efficient. Lettre d'information de la Haute Autorité de Santé n°36 [Internet]. Webzine de la HAS. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1616095/fr/des-parcours-de-soins-pour-un-systeme-de-sante-plus-efficient
9. Loi n° 2011-1906 du 21 décembre 2011 de financement de la sécurité sociale pour 2012. Journal Officiel de la République Française [Internet]. 22 déc 2011; Disponible sur:

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000025005833&categorieLien=id>

10. Organisation mondiale de la Santé. Former les professionnels de santé du XXI^e siècle - Le défi des maladies chroniques. Editions de l'OMS; 2005. p. 63. Disponible sur: http://www.who.int/chp/knowledge/publications/workforce_report_fre.pdf
11. Code de la Sécurité Sociale. Décret n° 2011-77 du 19 janvier 2011 portant actualisation de la liste et des critères médicaux utilisés pour la définition des affections ouvrant droit à la suppression de la participation de l'assuré. Journal Officiel de la République Française. texte 20. Paris; 21 janv 2011;1287.
12. Haute Autorité de Santé. Mode d'emploi du plan personnalisé de santé (PPS) pour les personnes à risque de perte d'autonomie (PAERPA) [Internet]. Les parcours de soins; 2014. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-09/pps-version_web_juillet2013.pdf
13. Haute Autorité de Santé. Guide parcours de soins - Fibrillation atriale. Les parcours de soins; 2014. p. 11. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-05/guide_pds_fibrillation_atriale_vf.pdf
14. Agence régionale de santé Midi-Pyrénées. Schéma régional d'organisation des soins - Soins de premiers recours [Internet]. 2012. Disponible sur: http://www.ars.midipyrenees.sante.fr/fileadmin/MIDI-PYRENEES/0_INTERNET_ARS_MIP/PRS/Diagnostic/DIAGNOSTIC_PREMIER_RECOURS_VFinal.pdf
15. Chevillard G., Mousquès J., Lucas-Gabrielli V., Bourgueil Y., Rican S., Salem G. Maisons et pôles de santé : places et impacts dans les dynamiques territoriales d'offre de soins en France. nov 2013;33:34.
16. Ordre national des pharmaciens. Les grandes tendances de la démographie des pharmaciens en 2013. Journal de l'ordre des pharmaciens [Internet]. 19 juin 2014; Disponible sur: <http://www.ordre.pharmacien.fr/Le-pharmacien/Le-metier-du-pharmacien/La-demographie-des-pharmaciens>
17. Interview Pierre de Haas - Les maisons de santé sont inéluctables. Le pharmacien de France. févr 2012;
18. Arrêté du 11 juin 2013 déterminant la liste des tests, recueils et traitements de signaux

biologiques qui ne constituent pas un examen de biologie médicale, les catégories de personnes pouvant les réaliser et les conditions de réalisation de certains de ces tests, recueils et traitements de signaux biologiques. Journal Officiel de la République Française. 15 juin 2013;9914.

19. Haute Autorité de Santé. Guide méthodologique - Structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient dans le champ des maladies chroniques [Internet]. 2007. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_601290/fr/structuration-dun-programme-deducation-therapeutique-du-patient-dans-le-champ-des-maladies-chroniques

20. Agence régionale de santé Nord-Pas-de-Calais. Schéma régional de l'offre de soins - Annexe Education thérapeutique du patient [Internet]. 2011. Disponible sur: http://www.ars.nordpasdecalais.sante.fr/fileadmin/NORD-PAS-DE-CALAIS/PRS/SROS/1_annexe_ETP_31-12-2011.pdf

21. Haute Autorité de Santé. Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : suivi médical des aidants naturels [Internet]. 2010. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_938713/fr/maladie-d-alzheimer-et-maladies-apparentees-suivi-medical-des-aidants-naturels

22. Arrêté du 28 novembre 2014 portant approbation des avenants n° 3, 4 et 5 à la convention nationale du 4 mai 2012 organisant les rapports entre les pharmaciens titulaires d'officine et l'assurance maladie. Journal Officiel de la République Française. 2 déc 2014;20062.

23. Wilcke C. La place du pharmacien d'officine en EHPAD : retours d'expérience en Lorraine et proposition de guide du pharmacien référent [Internet]. Union régionale des professionnels de santé pharmaciens Lorraine; 2013 oct p. 3. Disponible sur: <http://goldowag.o2switch.net/www.urpspharmacienslorraine.fr/uploads/Le%20pharmacien%20r%C3%A9f%C3%A9rent%20en%20EHPAD.pdf>

24. Arrêté du 5 septembre 2011 relatif à la commission de coordination gériatrique mentionnée au 3° de l'article D. 312-158 du code de l'action sociale et des familles et modifiant l'arrêté du 30 décembre 2010 fixant les modèles de contrats types devant être signés par les professionnels de santé exerçant à titre libéral et intervenant au même titre dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. Journal Officiel de la République Française. Paris; 7 sept 2011;15050.

25. Académie nationale de Pharmacie. Rapport & Recommandations de l'Académie nationale de Pharmacie « La préparation des doses à administrer -PDA : la nécessaire évolution des

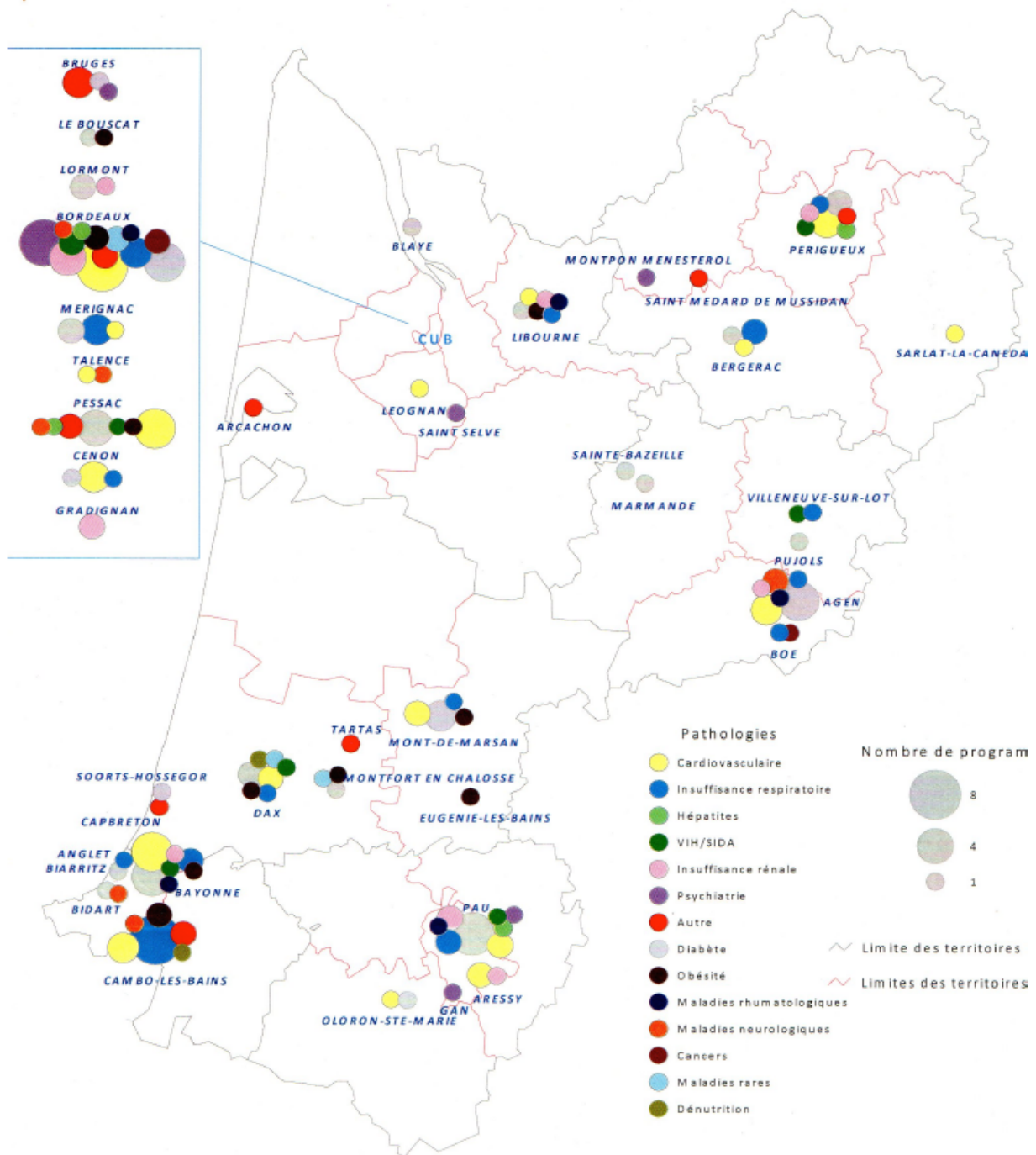
- pratiques de dispensation du médicament» [Internet]. 2013 juill p. 13. Disponible sur: http://acadpharm.org/dos_public/Recommandations_-_Rapport_AnP_PDA_adoptE_Conseil_02.07.2013_et_sEance_du_03.07.2013__VF.pdf
26. Verger P. La politique du médicament en EHPAD [Internet]. 2013 déc p. 36. Disponible sur: http://www.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Politiquedu_medicament_en_EHPAD_final.pdf
27. Décret n° 2011-375 du 5 avril 2011 relatif aux missions des pharmaciens d'officine correspondants. Journal Officiel de la République Française. Paris; 7 avr 2011;6199.
28. Michot P., Catala O., Supper I., Bouliou R., Zerbib Y., Colin C., Letrilliart L. Coopération entre médecins généralistes et pharmaciens : une revue systématique de la littérature. Santé Publique. mai 2013;25(3):331.
29. Haute Autorité de Santé. Rapport d'activité 2013 - Les protocoles de coopération - art 51 de la loi HPST [Internet]. 2014 sept p. 28:31. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-09/rapport_dactivite_2013_-_article_51.pdf
30. Agence régionale de santé. COOP-PS : protocole de coopération entre professionnels de santé [Internet]. Disponible sur: <http://www.ars.sante.fr/Coop-PS-protocole-de-coopera.173748.0.html>
31. Haute Autorité de Santé. AVIS N° 2014.0070/AC/SEVAM du 25 juin 2014 du collège de la HAS relatif au protocole de coopération« Adaptation des doses d'anticoagulant par l'infirmière, le biologiste ou le pharmacien d'officine constitués en équipe de soins de ville et partage des informations de prise en charge (y compris biologiques). » [Internet]. 2014. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-09/a_2014_0070_protocole_pc_059.pdf
32. Haute Autorité de Santé. Avis N° 2014.0032/AC/SEVAM du 16 avril 2014 du collège de la Haute Autorité de Santé relatif au protocole de coopération « Test de Dépistage Rapide du Streptocoque (TDR) dans les cas d'angines. Réalisation par un pharmacien. » [Internet]. 2014. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-05/a_2014_0032_pc069.pdf
33. IMS Health France. Typologie des officines selon l'IMS Health Pharmastat [Internet]. 2015. Disponible sur: <http://ims-pharmastat.fr/index.php/actualite-de-l-officine/typologie-d-officines>

34. Inserm. BiostaTGV - Logiciel de statistiques en ligne [Internet]. Disponible sur: <http://marne.u707.jussieu.fr/biostatgv/>
35. Caisse nationale d'assurance maladie. Accompagnement pharmaceutique des patients sous traitement par AVK - Premier bilan à un an. 17 déc 2014; Disponible sur: http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/CP_Bilan_1_an_AVK_141217_01.pdf
36. Académie nationale de médecine. L'éducation thérapeutique du patient (ETP), une pièce maîtresse pour répondre aux nouveaux besoins de la médecine [Internet]. 2013 déc p. 12. Disponible sur: http://www.academie-medicine.fr/wp-content/uploads/2013/12/jaffiolRapport-ETP-vot%C3%A9-10-XII-13-3_.pdf
37. Agence régionale de santé Ile-de-France. Education thérapeutique du patient (ETP) [Internet]. Disponible sur: <http://www.ars.iledefrance.sante.fr/Education-therapeutique-du-pat.97573.0.html>
38. Adenot I. Discours du président du Conseil national de l'Ordre des pharmaciens à Marisol Touraine, ministre de la Santé - Journée de l'Ordre 2014 à Paris. 2014.
39. Arrêté du 8 avril 2013 relatif au régime des études en vue du diplôme d'Etat de docteur en pharmacie. Journal Officiel de la République Française. 26 avr 2013;7278.
40. J. Schenckéry. Avenants à la convention. Profession Pharmacien [Internet]. 3 déc 2014; Disponible sur: www.profession-pharmacien.fr

Annexe

Annexe 1 - Répartition des programmes d'ETP autorisés en Aquitaine

Répartition des programmes d'ETP autorisés par pathologie en Aquitaine au 31/12/2012



Fonds de carte : Artique©

Source : ARS Aquitaine, Service Prévention et Promotion de la Santé

Aide au repérage de l'épuisement de l'aidant, exemple de la Grille Mini-Zarit

Grille mini-Zarit

Évaluation de la souffrance des aidants naturels dans le maintien à domicile des personnes âgées

Notation : 0 = jamais, 1/2 = parfois, 1 = souvent	0	1/2	1
1 - Le fait de vous occuper de votre parent entraîne-t-il :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• des difficultés dans votre vie familiale ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• des difficultés dans vos relations avec vos amis, vos loisirs, ou dans votre travail ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• un retentissement sur votre santé (physique et/ou psychique) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 - Avez-vous le sentiment de ne plus reconnaître votre parent ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 - Avez-vous peur pour l'avenir de votre parent ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 - Souhaitiez-vous être (davantage) aidé(e) pour vous occuper de votre parent ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 - Ressentez-vous une charge en vous occupant de votre parent ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Score : + + + + = /7 Total :			
0 à 1.5 : fardeau absent ou léger ; 1.5 à 3 : fardeau léger à modéré ; 3.5 à 5 : fardeau modéré à sévère ; 5.5 à 7 : fardeau sévère			

Sources : Recommandation de bonne pratique « Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : suivi médical des aidants naturels », Février 2010 ; « Maladie d'Alzheimer, réaliser une visite longue », Répères pour votre pratique, IAPES, mai 2012.

PRINCIPES GENERAUX

Les actions d'amélioration des pratiques des pharmaciens d'officine s'inscrivent dans le respect des dispositions du Code de la santé publique. Ces actions ne doivent pas être utilisées comme arguments publicitaires. L'adhésion du patient et/ou de l'aidant doit être la règle quelle que soit l'action d'amélioration des pratiques proposée.

Contracteurs

Plateforme professionnelle HAS PMSA « Prescription médicamenteuse chez le sujet âgé et prévention de la iatrogénie »

Groupe de travail – Pharmaciens d'officine

Nathalie BESSARD, Saulieu (21)	Jean Pierre LACHEZE, Pesseac (33)
Gilles BONNEFOND, Montelmar (26)	Catherine LEVRISSOUX, Lanester (56)
Philippe DENRY, Gondreville (54)	Florence LOYER, Cognières (78)
Valérie GARNIER, Meyres (30)	Olivier TRIQUENEAUX, Paris (75)
Julien GRAVOULET, Leyr (54)	François VIGOT, La Hay du Puy (50)
Jeanne KARAKI, Reims (51)	

Haute Autorité de Santé – Direction de l'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins - Service Programmes Pilotes Impact Clinique (SPPIC)

Armelle LEPERRE DESPLANQUES, chef de service, Nathalie RIOLACCI, adjoint chef de service
Carole MICHENEAU, chef de projet Programme Pilote AMI PMSA, Marie ERBAULT, chef de projet

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

HAS

AMELIORATION DE LA QUALITE ET DE LA SECURITE DES SOINS

PHARMACIEN

ACTIONS D'AMELIORATION DES PRATIQUES

DOCUMENT PHARMACIEN D'OFFICINE

FICHE D'ACTION

MALADIE D'ALZHEIMER

ACCOMPAGNEMENT DES AIDANTS



MALADIE D'ALZHEIMER : ACCOMPAGNEMENT DES AIDANTS

DOCUMENT
PHARMACIEN D'OFFICINE

QUELS OBJECTIFS ?

- Dépister et prévenir l'épuisement des aidants
- Améliorer la prise en charge des troubles du comportement des personnes vivant avec la maladie d'Alzheimer
- Améliorer la qualité de vie des aidants

QUELLE POPULATION CIBLE ?

Toute personne partageant le quotidien d'une personne vivant avec la maladie d'Alzheimer

Une personne partageant le quotidien d'une personne vivant avec la maladie d'Alzheimer arrive à l'officine avec l'expression de symptômes et/ou une demande de médicaments conseil

QUELLE EVALUATION ET OUTILS ?

Mise en place d'une évaluation des actions d'amélioration des pratiques mises en œuvre



Exemple d'OUTIL d'évaluation des actions d'amélioration des pratiques

- Nombre d'aidants repérés
- Nombre d'aidants repérés avec la grille de MiniZarit
- Nombre d'aidants repérés orientés vers leur médecin traitant
- Nombre de patients repérés pour lesquels il y a eu un accompagnement
- Evolution de l'épuisement des aidants repérés
- Satisfaction des aidants.
- Nombre de fiches de suivi...
- Etc.....

QUELLES ACTIONS ET OUTILS ?

LES ACTIONS

1. Repérer l'épuisement de l'aidant avec son accord en utilisant, par exemple, la grille du « MiniZarit »
2. Orienter l'aidant vers le médecin traitant en fonction des résultats du repérage
Un suivi médical annuel des aidants est recommandé*
3. Apporter une information à l'aidant concernant :
 - Les troubles du comportement qui contribuent à son épuisement
 - Les thérapies non médicamenteuses dans la prise en charge des troubles du comportement
 - Les dispositifs existants pour accompagner la prise en charge
4. Mettre en place une fiche de suivi de l'aidant
La fiche de suivi peut être sous format papier et/ou renseignée dans le logiciel d'aide à la dispensation

LES OUTILS (disponibles sur le site de la HAS)

Recommandation de bonne pratique

- « Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : suivi médical des aidants naturels », Février 2010

Aide mémoire

- La grille « Mini Zarit » (Cf. verso)
- Les neuroleptiques : Quelle place dans les troubles du comportement ?
- La prise en charge des troubles du comportement
- Les thérapies non médicamenteuses

Document patient ➤ Les dispositifs existants pour accompagner la prise en charge
Outil pour le suivi de l'aidant



Exemple d'OUTIL pour le suivi de l'aidant

- Résultat du repérage (avec grille «MiniZarit ») Score : _____ OUI NON
- Orientation vers le médecin traitant OUI NON
- Information à l'aidant OUI NON
- Les troubles du comportement MA OUI NON
- Les thérapies non médicamenteuses MA OUI NON
- Les dispositifs de prise en charge OUI NON
- Elément de suivi de l'aidant (avec son accord) OUI NON
- Consultation médecin traitant OUI NON
- Accès aux dispositifs de prise en charge OUI NON
- Evolution de la situation : nouveau repérage (grille « MiniZarit ») Score : _____

*Références HAS : Recommandation de bonne pratique « Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : suivi médical des aidants naturels », Février 2010

Annexe 3 – Questionnaire : Entretiens pharmaceutiques AVK

ENTRETIEN PHARMACEUTIQUE AVK FICHE DE SUIVI PATIENT

Ce questionnaire, élaboré à partir des documents de référence établis par l'ANSM, constitue une trame d'échanges avec le patient. Il aborde dans ce cadre l'ensemble des points qui apparaissent incontournables pour un suivi optimal du patient. Il doit ainsi être considéré comme un fil conducteur de l'entretien et non comme un *verbatim* précis des questions à poser. Vous devrez par conséquent vous l'approprier afin d'être en mesure de vous adapter à la situation réelle de l'entretien.

Ce questionnaire constitue également, pour vous, un support du suivi du patient qu'il conviendra de conserver afin de mieux appréhender le prochain entretien. A chaque question posée, complétez si nécessaire avec des explications et analysez les réponses faites par le patient afin d'adapter votre discours et vous assurer de la bonne compréhension des messages transmis. Le carnet d'information et de suivi du traitement par AVK remis au patient peut constituer un bon support d'informations complémentaires. Demandez au patient de vous le présenter ou, s'il n'en a pas, remettez-lui en un.

Vous devez enfin évaluer la situation et juger s'il est opportun ou non de contacter le médecin ou de conseiller au patient une consultation chez son médecin.

Il relève de la compétence du pharmacien d'apprécier le degré d'accompagnement qui doit être mis en œuvre ainsi que le nombre d'entretiens nécessaire au suivi optimal du patient. Ce degré d'accompagnement doit être adapté à chaque patient en fonction de sa réceptivité et de son appropriation des messages transmis.

La convention stipule que l'accompagnement du pharmacien passe par un entretien à l'initialisation du traitement et la réalisation d'au moins deux entretiens annuels

L'appréciation de l'appropriation par le patient des informations essentielles se fait selon 3 niveaux :

- Acquis (A) Partiellement Acquis (PA) Non Acquis (NA)

Le pharmacien considère qu'une notion est

- « acquise » dès lors qu'elle est parfaitement intégrée par le patient,
- « partiellement acquise » dès lors que le patient a des connaissances incomplètes ou imprécises,
- « non acquise » dès lors que le patient ne sait rien sur le sujet.

1

INFORMATIONS GENERALES CONCERNANT LE PATIENT

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

N° d'Immatriculation :

Régime d'affiliation :

Adresse :

Date entretien 1 et nom du pharmacien :

Date entretien 2 et nom du pharmacien :

Date entretien 3 et nom du pharmacien :

2

	Entretien 1	Entretien 2	Entretien 3
Poids			
Nom de l'AVK prescrit			
Nom du prescripteur			
Autres médicaments prescrits			
Autres médicaments/produits consommés par le patient			
Habitudes de vie pouvant interférer avec le traitement AVK			
Historique de la prescription des AVK			
Difficultés motrices/cognitives/sensorielles			
Laboratoire qui dose habituellement l'INR			
Le patient a-t-il un carnet de suivi et une carte AVK ?			
Demander au patient comment il vit globalement son traitement			

3

1- NOTIONS GENERALES SUR LE TRAITEMENT AVK

Principes du traitement

	Entretien 1	Entretien 2	Entretien 3
1. Le patient sait-il à quoi sert « nom de la spécialité AVK prescrite » ?	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> NA
2. Le patient sait-il pourquoi « nom de la spécialité AVK prescrite » lui a été prescrit ? Si oui, dans quelle situation ?	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> NA
3. Le patient sait-il si ce médicament comporte certains risques ? Si oui, le patient les connaît-il ?	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> NA
4. Le patient connaît-il la dose qu'a prescrite son médecin ? si oui, la respecte-t-il ?	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> NA
5. Le patient sait-il à quelle heure il doit prendre ce médicament et qu'il faut le prendre tous les jours à la même heure ?	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> NA
6. Le patient sait-il quoi faire en cas d'oubli ? Si oui, explicitez.	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> NA
7. Le patient sait-il qu'il est important : - de noter les prises sur son carnet de suivi ? - de noter tout oubli éventuel dans son carnet de suivi ?	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> NA

4

Surveillance biologique du traitement

	Entretien 1	Entretien 2	Entretien 3
8. Le patient connaît-il la valeur de son INR cible ? Si oui, quelle est-elle ?	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> NA
9. Le patient sait-il que le dosage de l'INR doit être effectué impérativement selon le calendrier établi par le médecin et toujours dans le même laboratoire ? Vérifiez avec le patient qu'il dispose bien du calendrier de suivi de son INR.	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> NA
10. A quelle période de la journée le patient fait-il faire sa prise de sang pour le dosage de l'INR ?	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> NA
11. Le patient sait-il que, dès qu'il la connaît, il doit immédiatement noter la valeur de l'INR dans son carnet de suivi et la transmettre à son médecin ?	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> NA
12. Observance de la régularité de la réalisation de l'INR	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> NA

5

Surveillance de l'apparition des signes évocateurs d'une dose trop élevée

	Entretien 1	Entretien 2	Entretien 3
13. Le patient connaît-il les signes évocateurs d'un surdosage ? - signes plus inquiétants : sang dans les urines, sang dans les selles, selles noires et nauséabondes, crachats sanglants, vomissements sanglants, saignement persistant ; - signes trompeurs : fatigue, essoufflement, pâleur, céphalées ne cédant pas au traitement antalgique habituel, malaise inexplicable ; - signes banals : saignement des gencives, saignement de nez, hémorragie conjonctivale, règles exceptionnellement abondantes, hématomes.	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> NA
14. Lui est-il déjà arrivé de ressentir certains de ces signes ? Si oui, qu'a-t-il fait ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

Les autres médicaments

	Entretien 1	Entretien 2	Entretien 3
15. Hormis ce traitement, le patient prend-il d'autres médicaments ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
16. Le patient connaît-il les médicaments qui sont contre-indiqués avec son traitement ? Si oui, peut-il citer 3 médicaments d'usage courant contre-indiqués avec son traitement ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
17. Arrive-t-il au patient de prendre de l'aspirine lorsqu'il a des douleurs ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
18. Arrive-t-il au patient de prendre d'autres médicaments qu'il a par exemple dans son armoire à pharmacie ? Si oui, lesquels	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

6

L'alimentation

	Entretien 1	Entretien 2	Entretien 3
19. Le patient connaît-il les principaux aliments riches en vitamine K ? Peut-il en citer 3 ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
20. Le patient connaît-il les règles à suivre en matière d'alimentation ?	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> NA
21. Le patient sait-il qu'il ne doit pas prendre certaines tisanes, ni de complément alimentaire sans en parler à son médecin ou son pharmacien ?	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> NA

Les professionnels de santé

	Entretien 1	Entretien 2	Entretien 3
22. En-dehors de son médecin ou de son pharmacien, quels autres professionnels de santé le patient rencontre-t-il ?
23. Le patient leur présente-t-il la carte « je prends un traitement anticoagulant par AVK » qui lui a été remise ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
24. Le patient sait-il qu'il doit tenir informé son médecin traitant de toute intervention médicale (extraction dentaire, petite chirurgie, etc.) ou changement dans sa situation (par exemple survenue d'une grossesse) ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

7

2- CONCLUSION POUR LE PATIENT

	Entretien 1	Entretien 2	Entretien 3
25. Le patient a-t-il des questions ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

3- CONCLUSION POUR LE PHARMACIEN

	Entretien 1	Entretien 2	Entretien 3
26. Petite synthèse de l'entretien			
27. Appréciation du pharmacien sur le niveau d'information du patient			
28. Principaux points sur lesquels il faudra revenir en priorité lors de l'entretien suivant			
29. Prévoir la présence d'un accompagnant pour l'entretien suivant	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

8

30. Prévoir l'orientation du patient vers le prescripteur	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
31. Prévoir une prise de contact avec le prescripteur	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non

4- SUIVI DE L'ACCOMPAGNEMENT

Convenir avec le patient des modalités de suivi de l'accompagnement. Envisager avec lui le nombre et la fréquence des entretiens.

Switch d'AVK vers NACO oui/non Date :

Le switch vers les NACO implique l'arrêt de l'accompagnement AVK

Source : http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/pharmaciens/votre-caisse-haute-loire/vous-informer/traitement-des-patients-sous-a.v.k._haute-loire.php

Evaluation de l'application des
missions confiées aux
pharmaciens d'officine avec la
loi HPST

CONTEXTE : Avec la loi HPST (Hôpital Patients Santé Territoires) de 2009, sont apparues de nouvelles missions confiées aux pharmaciens. Ces missions s'inscrivent dans le « parcours de soin du patient » et se basent sur une coopération entre professionnels de santé.

OBJECTIF : L'objectif de cette enquête est de faire un état des lieux sur la mise en place des nouvelles missions du pharmacien d'officine, ainsi que de comprendre les facteurs facilitants et les freins à l'établissement de ces activités.

Merci de bien vouloir remplir ce questionnaire en répondant aux questions dans l'ordre, cela ne prend que 5 min !

NB : Les informations recueillies restent confidentielles et anonymes, elles ne serviront qu'au travail sur la thèse.

- 1.
- Dans quel département est localisée votre officine ?
- *
- Dordogne
- Gironde
- Landes
- Lot-et-Garonne
- Pyrénées-Atlantiques
-

2.
 Dans quel environnement se situe votre pharmacie ?
 *

Pharmacie de centre-ville
 Pharmacie de quartier
 Pharmacie rurale
 Pharmacie de centre commercial

•

3.
 En quelle année avez-vous obtenu votre diplôme ?
 *

Avant le 1er janvier 1990
 Entre 1990 et 2000
 Entre 2001 et 2010
 Après le 31 décembre 2010

•

4.
 Combien d'employés compte votre officine (pharmaciens titulaires, adjoints et préparatrices uniquement) ?
 *

Moins de 3 employés
 Entre 3 et 6 employés
 Entre 7 et 10 employés
 Plus de 10 employés

•

5.
 Nombre de pharmaciens dans votre officine (y compris titulaires) ?
 *

1
 2
 3
 > 3

•

6.
 Des entretiens pharmaceutiques AVK ont-ils été réalisés dans votre officine ?
 *

oui
 non

•

7.

- Si non, pourquoi ? (plusieurs choix possibles)
- *
- Manque d'espace dans l'officine
- Manque de personnel
- Manque d'information
- Manque de temps
- Manque de formation
- Manque d'intérêt
- Rémunération insuffisante
- Pas de patients demandeurs
- Autre
-
- 8.
- A l'avenir, si d'autres entretiens se mettent en place à l'officine (asthme, diabète), projetez-vous d'y participer ?
- *
- oui
- non
-
- 9.
- Assurez-vous la fonction de pharmacien référent ?

(Approvisionnement en médicaments d'Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes et autres missions)

- *
- oui
- non
-
- 10.
- Si oui, à quelles actions participez-vous? (plusieurs choix possibles)
- *
- Préparation des doses à administrer
- Education thérapeutique des personnes âgées
- Formation du personnel soignant
- Commission de coordination gériatrique
- Elaboration de la liste des médicaments à utiliser préférentiellement
- Rencontres avec le médecin coordinateur
- Autre
- 11.

Si oui, fréquence des contacts (téléphoniques ou sur place) avec les professionnels de l'EHPAD ?

*

Plusieurs fois par semaine

Plusieurs fois par mois

•

12.

Si non, pourquoi ? (plusieurs choix possibles)

*

Méconnaissance de cette mission

Manque d'espace dans l'officine

Manque de personnel

Manque de temps

Rémunération insuffisante

Manque d'intérêt

Pas d'EHPAD demandeur de ce type d'activité dans les environs

Autre

•

13.

Connaissez-vous la fonction de pharmacien correspondant ?

(Le pharmacien d'officine établit en accord avec le patient et avec d'autres professionnels de santé (par exemple un médecin traitant) un protocole de coopération pour le suivi de patients chroniques dans le cadre du parcours de soin)

*

oui

un peu

non

•

14.

Si vous connaissez cette mission, vous n'y participez pas parce que :

*

Vous manquez d'informations sur la procédure à suivre

Vous manquez de personnel pour pouvoir vous lancer dans ce type d'activité

Vous manquez de temps pour cette activité

Vous n'en voyez pas l'intérêt

La rémunération est insuffisante

Autre

•

15.

Participez-vous ou avez-vous déjà participé à des programmes d'éducation thérapeutique ?

*

- oui
- non

•

16.

Si non, pourquoi ? (plusieurs choix possibles)

*

- Je ne connais pas cette mission
- Manque de temps pour cette activité
- Manque de personnel pour pouvoir se lancer dans ce type d'activité
- La rémunération est insuffisante
- Je ne suis pas intéressé(e)
- Autre

•

17.

Participez-vous à des actions pluridisciplinaires de prise en charge de patients atteints de pathologies chroniques ?

*

- oui
- non

•

18.

Si oui, lesquelles ? (plusieurs choix possibles)

*

- Réseau ville-hôpital Sida
- Réseau ville-hôpital Cancer
- Réseau de prise en charge de patients diabétiques
- Réseau insuffisants respiratoire
- Réseau soins palliatifs
- Réseau dialyse
- Autre (par exemple : participation à des formations communes, à des groupes informels de professionnels de santé du quartier ou de la commune...)

Résumé de thèse

Cette thèse s'intéresse à la place du pharmacien d'officine dans le parcours de soins du patient et aux missions de coopération qui leur ont été confiées avec la loi Hôpital Patients Santé Territoire de 2009.

Dans un premier temps, nous avons présenté le parcours de soins du patient comme outil de coopération, puis nous avons étudié la place du pharmacien dans les soins de premier recours. Nous avons ensuite détaillé les missions introduites par la loi HPST que sont l'éducation thérapeutique du patient, la fonction de pharmacien référent et la fonction de pharmacien correspondant.

Avec l'aide de l'Agence régionale de santé Aquitaine, nous avons réalisé une enquête auprès des pharmaciens titulaires d'officine en juillet 2014. L'objectif était de faire un état des lieux des activités de coopération en place cinq ans après loi HPST. Il s'agissait aussi d'identifier des freins et des facteurs facilitant l'établissement de ces activités afin de proposer des actions pouvant être menées pour améliorer l'engagement dans ces missions.

Au total, 20 % des pharmaciens d'Aquitaine soit 249 ont répondu à notre enquête. Il s'agissait d'officines majoritairement rurales (46 %) ou de quartier (41 %), possédant entre trois et six employés (54 %) dont deux pharmaciens (48 %). Plus de la moitié des répondants (54 %) étaient des pharmaciens ayant plus de vingt d'expérience professionnelle.

Pour la participation aux missions de coopération, la majorité des pharmaciens (78 %) avaient réalisé des entretiens pharmaceutiques AVK et se disaient prêts à continuer (87 %). L'implication était moins fréquente dans les autres actions telles que la fonction de pharmacien référent (19 %), les programmes d'ETP (34 %) ou encore dans les actions pluridisciplinaires de prise en charge (13 %). La fonction de pharmacien correspondant restait méconnue ou peu connue pour une grande partie des pharmaciens (85 %).

Les principaux freins à l'engagement dans ces activités de coopération étaient la méconnaissance de ces missions et l'absence de rémunération.

Notre analyse de l'implication des pharmaciens en fonction des caractéristiques de l'officine a identifié des capacités différentes d'engagement dans telle ou telle activité de coopération.

En conclusion, les résultats de cette enquête nous laissent optimistes sur l'avenir de la profession et suggèrent qu'une meilleure diffusion de l'information et la reconnaissance par une rémunération faciliteraient l'engagement dans ces missions. La mise en place des honoraires pharmaceutiques au 1^{er} janvier 2015 illustre bien l'évolution des activités réalisées à l'officine et le rôle du pharmacien comme acteur incontournable du parcours de soins.

Thesis Summary

This thesis examines the role of the community pharmacist in the patient care pathway and the cooperation missions introduced with the French 2009 Act about Hospital, Patients, Health and Territories (*Loi "Hôpital, patients, santé et territoires" - HPST*).

First, we presented the patient care pathway as a cooperation tool, and then we studied the role of the pharmacist in primary health care. Then we detailed the tasks introduced by the HPST law that include therapeutic patient education (TPE), and the duties of referent pharmacists and correspondent pharmacists.

With the help of the Regional Health Agency of Aquitaine, we conducted a survey on pharmacy holders in July 2014. The goal was to make an inventory of cooperation activities performed five years after the HPST law. It also aimed to identify factors that could hamper or ease the establishment of these activities in order to propose actions that can be taken to improve commitments to these missions.

In total, 20% (249) of pharmacists working in Aquitaine responded to our survey. They owned predominantly rural pharmacies (46%) or neighbourhood pharmacies (41%), and had between three and six employees (54%), two of whom were pharmacists too (48%). More than half of the respondents (54%) were pharmacists with over twenty years of professional experience.

For participation in cooperative missions, the majority of pharmacists (78%) had conducted interviews with their patients taking vitamin K antagonist therapy and were willing to continue (87%). The implication was less common in other actions such as the referent pharmacist function (19%), TPE programs (34%) or in multidisciplinary supported actions (13%). The function of correspondent pharmacist remained unknown or little known for most of the respondents (85%).

The main obstacles to engaging in these cooperative activities were the ignorance of these missions and the lack of remuneration.

Our analysis of the involvement of pharmacists according to the characteristics of the dispensary has identified different commitment capabilities in particular activities of cooperation.

In conclusion, the results of this survey leave us optimistic about the future of the profession and suggest that better information dissemination and recognition by remuneration would facilitate commitment to these missions. The establishment of « Honoraires pharmaceutiques » in January 2015 illustrates the evolution of the activities at the pharmacy and the role of the pharmacist as a key player in the care pathway.

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 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 d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

