



HAL
open science

La collaboration entre médecins généralistes et pharmaciens d'officine autour de la prescription médicamenteuse : enquête réalisée auprès de pharmaciens d'officine dans le sud des Landes

Sabrina Morlaes

► To cite this version:

Sabrina Morlaes. La collaboration entre médecins généralistes et pharmaciens d'officine autour de la prescription médicamenteuse : enquête réalisée auprès de pharmaciens d'officine dans le sud des Landes. Médecine humaine et pathologie. 2015. dumas-01223425

HAL Id: dumas-01223425

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01223425>

Submitted on 9 Dec 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 Bordeaux 2
U.F.R. DES SCIENCES MÉDICALES

Année 2015

N° 111

Thèse pour l'obtention du
DIPLOME d'ÉTAT de DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Par **Sabrina MORLAES**

Née le 03 mai 1984 à Toulouse (31)

Le 05 octobre 2015

Titre de la thèse

**LA COLLABORATION ENTRE MEDECINS
GENERALISTES ET
PHARMACIENS D'OFFICINE AUTOUR DE LA
PRESCRIPTION MEDICAMENTEUSE.
Enquête réalisée auprès de pharmaciens d'officine dans le
Sud des Landes.**

DIRECTEUR DE THÈSE :

Monsieur le Docteur Jean-Philippe PECASTAING

JURY :

Monsieur le Professeur Patrick MERCIE, Président

Monsieur le Professeur Jean-Louis DEMEAUX

Monsieur le Professeur Jean-Philippe JOSEPH

Monsieur le Docteur Jean-Philippe PECASTAING

Monsieur le Docteur LAGRAVE Laurent

REMERCIEMENTS.

A mon jury,

A Monsieur le Professeur Patrick MERCIÉ,

Je suis honorée et vous exprime toute ma gratitude pour avoir accepté de présider cette thèse. Je vous remercie de l'attention que vous portez à ce travail.

A Monsieur le Professeur Jean-Louis DEMEAUX,

Je vous remercie de d'avoir consenti à juger ce travail aussi rapidement et vous suis très reconnaissante des remarques toujours fondées et bienveillantes que vous avez pu émettre.

A Monsieur le Professeur Jean-Philippe JOSEPH

Je vous suis profondément reconnaissante d'avoir consenti à participer au jury de cette thèse.

A Monsieur le Docteur Laurent LAGRAVE

Je vous exprime toute ma gratitude pour avoir accepté de faire partie de ce jury et nous faire partager votre expérience.

A mon maître de thèse, Jean-Philippe PECASTAING

Un immense merci pour votre disponibilité, pour l'accompagnement que vous m'avez apporté, pour votre implication et pour le point de vue expérimenté dont vous m'avez fait bénéficier. J'espère que le résultat sera à la hauteur de vos attentes.

A mes proches,

A bébé Jean, (dit Gino) qui me comble de bonheur et qui est un moteur extraordinaire et qui a changé notre vie pour le meilleur.

A Pinpino, qui m'a donné le plus beau des cadeaux et qui me couvre d'amour au quotidien.

A ma sœur, Jenny sans qui je ne serais pas qui je suis aujourd'hui. Tu as toujours su m'épauler et trouver les mots justes dans mes moments de doute.

Tu représentes pour moi un modèle de réussite tant professionnelle que personnelle.

A Louise qui grandit beaucoup trop vite et qui fera tourner plus d'une tête d'ici pas si longtemps que ça.

A mes parents, qui ont toujours été là pour nous, encore aujourd'hui. A eux, qui nous inculquent le goût du travail bien fait et la saveur de la récompense après l'effort.

A Papilou et Mamilou, même si Papilou n'est plus là, qui ont toujours cru en nous.

A Pilou, le beau-frère idéal.

A Marie-Claire et Xavier, qui ont toujours gardé un œil bienveillant.

A So Anne-So et Aurel mes acolytes pendant toutes ces années d'études.

A Amandine et Simon : on va au caveau après ?

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS	02
ABREVIATIONS.....	10-11
INTRODUCTION	12-14
CHAPITRE 1 : LES RELATIONS MEDECINS GENERALISTES- PHARMACIENS D'OFFICINE	15-59
I. LA PRESCRIPTION MEDICAMENTEUSE EN FRANCE	16
A. Etat des lieux.....	16
1. Les médecins généralistes prescrivent souvent des médicaments.....	16
2. Les médecins généralistes prescrivent beaucoup de médicaments	17
3. Les prescriptions sont souvent inadaptées.....	18
4. Le coût est élevé	19
5. La iatrogénie est souvent importante.....	20
6. Autres causes de surconsommation médicamenteuse	21
a. Les attentes du patient.....	21
b. L'offre de médicaments est très abondante en France.....	22
c. La dispensation des médicaments est encore trop peu inscrite dans une logique de santé publique	22
7. L'influence de l'industrie pharmaceutique sur la prescription.....	22
B. Règles de bonne pratique : la rédaction de l'ordonnance	23
1. La rédaction de l'ordonnance « classique ».....	24
2. La prescription de stupéfiants.....	25
3. L'ordonnance bizona	25
4. L'ordonnance des produits d'exception	26
C. Les obligations du prescripteur	26
1. Le code de déontologie.....	26
2. Le code de la sécurité sociale	27
3. Le code de santé publique	27
II. RÔLE DU PHARMACIEN D'OFFICINE	28

A Le pharmacien d'officine en France	28
1. Démographie officinale	28
2. Rôle du pharmacien d'officine	28
a. Garant de l'accès au médicament.....	29
b. Analyse pharmaceutique et responsabilité.....	29
c. Conseil et suivi de l'observance.....	30
d. Opinion pharmaceutique.....	31
e. Pharmacovigilance	32
i. Organisation nationale	32
ii. Professionnels de santé et pharmacovigilance.....	33
iii. Déclaration facilitée à la pharmacovigilance.....	33
f. Pharmacien d'officine et contraception d'urgence.....	34
3. Nouvelles missions du pharmacien d'officine.....	34
a. Le Dossier Pharmaceutique	34
i. Contenu et modalités.....	34
ii. le portail Dossier Pharmaceutique	36
b. Les entretiens pharmaceutiques	37
i. Les grands principes de l'entretien pharmaceutique.....	37
ii. L'exemple des AVK.....	38
c. Le Pharmacien correspondant.....	40
d. le Bilan de médication	42
e. L'entretien d'accompagnement.....	43
f. Le dépistage à l'officine	44
f. La vaccination à l'officine.....	45
4. Honoraires de dispensation : un pas vers la revalorisation.....	45
a. L'honoraire de dispensation à la boîte	46
b. L'honoraire pour ordonnance complexe.....	46
5. Point de vue du patient sur le pharmacien d'officine	47
B. Les autres pharmaciens d'officine francophones	48
1. Au Québec	48
2. En Suisse.....	49
3. En Belgique	50
III. RELATION MEDECIN GENERALISTE-PHARMACIEN D'OFFICINE DANS LA LITTERATURE	52
A. La coopération médecin généraliste-pharmacien d'officine.....	53
B. Point de vue du pharmacien d'officine sur sa profession	53
1. Selon une étude lyonnaise en 1999.....	53
2. Selon le rapport de l'IGAS en 2011	54
3. Selon l'enquête des ARS en 2011.....	55

C. Point de vue du médecin généraliste sur le pharmacien d'officine	55
1. Concernant leur coopération	56
2. Concernant le conseil pharmaceutique	58
3. Concernant l'Education Thérapeutique	58
4. Concernant le Pharmacien Correspondant	58
D. Les relations avec les médecins lors du contrôle des ordonnances.....	59

CHAPITRE 2 : COLLABORATION MEDECIN GENERALISTE-PHARMACIEN D'OFFICINE AU TRAVERS D'UNE ETUDE MENEES DANS LE SUD DES LANDES 61-82

I. OBJECTIF..... 61

II. TYPE D'ETUDE..... 61

III. METHODE..... 61

A. Premier relevé

62

B. Choix des pharmacies

62

C. Proposition de rendez-vous

62

D. Premier entretien

62

E. Distribution du tableau de relevé modifié

63

 1. Le tableau de relevé d'appels.....

64

 2. Les appels inclus

65

 3. Les appels exclus

65

F. Période d'étude

65

G. Contact téléphonique.....

65

H. Ramassage.....

66

IV. RESULTATS 66

A. Caractéristiques socio-démographiques des officines

67

1. Localisation des pharmacies	67
2. Les pharmaciens.....	68
B. Les généralistes	69
C. Le nombre d'appels	70
D. Motifs des appels sortants	71
1. Produits manquants	71
2. Confirmation de posologie.....	72
3. Demande d'avance de traitements	73
4. Stupéfiants.....	73
5. Génériques	74
6. Autres motifs.....	75
E. Motifs des appels entrants	75
1. Traitements délivrés	76
2. Matériel médical	76
3. Avance de traitements	77
4. Renseignements sur la galénique	77
5. Traitement équivalent	77
6. Service au patient	78
7. Autres motifs.....	79
F. Erreurs évitées.....	79
G. Coopération entre les deux corps de métier	80
H. Qualité du contact	82

CHAPITRE 3 : DISCUSSION 83-107

I. POINTS FORTS ET LIMITES 84

A. Points forts	84
1. Originalité	84
2. Bonnes conditions de réalisation	84
3. Echantillon représentatif de la population des pharmaciens.....	84
B. Limites.....	85
1. Biais de sélection	85
2. Biais d'échantillonnage.....	86

3. Biais d'interprétation	86
4. Biais d'information	87
II. PRINCIPAUX RESULTATS	87
A. Aucune rencontre physique.....	87
B. Pauvreté des échanges	88
C. Qualité du contact.....	88
D. Problèmes principaux.....	89
1. Demande d'avance	89
a. Renouvellement d'un traitement chronique	89
b. Avance de traitement ponctuel.....	90
c. Psychotropes.....	90
2. Rupture de stocks	91
3. Génériques	92
4. Ordonnances illisibles.....	92
5. Suivi	92
6. Stupéfiants.....	93
III. LES ENTRAVES A LA COOPERATION.....	93
A. Des formations initiales en parallèle	93
B. L'image du pharmacien.....	94
C. L'image du médecin.....	94
D. La communication.....	95
E. Le dossier médical	95
F. Le mode de rémunération	95
G. Le vide juridique	96
H. Le manque de rigueur de certains prescripteurs.....	97
I. Le manque de rigueur de certains pharmaciens	97
J. Les petites officines.....	97

K. L'enjeu économique	98
IV. POURQUOI VOULOIR AMELIORER LA COOPERATION ?.....	99
A. La loi HPST prévoit une coopération	99
B. L'amélioration de la qualité des soins pour les patients	99
C. L'amélioration du coût/efficacité de nos ordonnances	100
D. Une démographie médicale en déclin.....	100
V. PROPOSITIONS D'AMELIORATION	100
A. Décloisonner les formations.....	100
B. Changer les mentalités.....	101
1. Bilan de médication	102
2. Conciliation médicamenteuse.....	103
3. Cercles de qualité suisses	104
C. Favoriser une communication efficace	105
CONCLUSION	108-110
ANNEXES	111-119
ANNEXE 1 : Ordonnance des produits d'exception.....	112
ANNEXE 2 : Opinion pharmaceutique	113
ANNEXE 3 : Loi HPST, pharmacien d'officine	115
ANNEXE 4 : Schéma du Dossier Pharmaceutique	116
ANNEXE 5 : Fiche explicative du relevé des appels	117
ANNEXE 6 : Le tableau de relevé	119
LISTE DES FIGURES ET TABLEAUX	120
BIBLIOGRAPHIE.....	121-128

SERMENT D'HIPPOCRATE.....129

ABREVIATIONS

AFIPA : Association Française de l'Industrie Pharmaceutique pour une Automédication responsable.

ALD : Affection Longue Durée.

AFSSAPS : Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé.

ANSM : Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé.

APNET : Association Pédagogique Nationale pour l'Enseignement de la Thérapeutique

ARS : Agence Régionale de Santé.

ASMR : Amélioration du Service Médical Rendu.

AVK : Anti-Vitamine K.

BPCO : Broncho-Pneumopathie Chronique Obstructive.

CNAM : Caisse Nationale de l'Assurance Maladie.

CNAMTS: Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés.

CNGE : Collège National des Généralistes Enseignants.

CNOP : Conseil National de l'Ordre des Pharmaciens.

CPN : Comité Paritaire National.

CPN-PA : Comité Paritaire National des Programmes d'Actions

CSP : Code de Santé Publique.

DGS : Direction Générale de la Santé.

DOM : Département d'Outre Mer.

DP : Dossier Pharmaceutique.

EHPAD : Etablissement pour Personnes Agées Dépendantes.

EIG : Effet Indésirable Grave.

ENEIS : Evènements Indésirables graves liés aux Soins.

FSPF : Fédération des syndicats Pharmaceutiques de France.

HAS : Haute Autorité de Santé.

IDE : Infirmière Diplômée d'Etat.

IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales.

INPES : Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé.

INR : International Normalized Ratio.

InVS : Institut de Veille Sanitaire.

IRMG : Institut de Recherche en Médecine Générale.

Loi HPST : loi Hôpital, Patients, Santé, Territoires.

NFS : Numération Formule Sanguine.

OMS : Organisation Mondiale de la Santé.

PACA : Provence-Alpes-Côte d'Azur.

SMR : Service Médical Rendu.

UE : Union Européenne.

UNCAM : Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie.

UNOCAM : Union Nationale des Organismes Complémentaires d'Assurance Maladie.

UNPF : Union Nationale des Pharmacies de France.

USPO : Union des Syndicats de Pharmaciens d'Officine.

INTRODUCTION

Du fait d'enjeux économiques mais aussi de la répartition territoriale de la population et des problématiques d'accès aux soins, notre système de santé est en pleine mutation.

La loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009, dite loi HPST (Hôpital, Patients, Santé, Territoires) acte le principe général de complémentarité et de coopération entre acteurs du système de santé, plus particulièrement par son article 51 qui prévoit 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* »

Elle réaffirme la nécessité de revaloriser le statut du pharmacien, pour contrôler le problème de pénurie médicale dans certaines régions en redisant l'officine comme pivot dans l'accessibilité aux soins primaires.

Il s'agit d'un projet d'organisation sanitaire qui doit permettre la mise en place d'une offre de soins graduée de qualité, accessible à tous, satisfaisant à l'ensemble des besoins de santé sur la totalité du territoire.

Se profile alors dans cette nouvelle dynamique, la question de la collaboration entre deux professionnels de santé de premier recours : le médecin généraliste et le pharmacien d'officine.

Actuellement, le médecin généraliste doit faire face en plus de son rôle premier de soignant, à de multiples tâches extra-cliniques : lourdeurs administratives, gestion de maladies chroniques, accompagnement d'une population vieillissante complexe à gérer médicalement mais aussi psycho-socialement, tout ceci, dans un système économique déficitaire induisant au quotidien des restrictions.

Le pharmacien d'officine, spécialiste du médicament, au statut hybride, professionnel de santé et « commerçant », est lui aussi impacté par la conjoncture économique (diminution des marges) et le déficit de notre système de soins. Il est secoué par les différentes affaires médiatisées de conflit d'intérêt et éclaboussé par l'opinion publique quant à sa place dans le

système de santé : médicaments en vente libre, menace de perdre le monopole de la vente par E.LECLERC, autorisation des ventes sur internet.

Il se voit désormais proposer de nouvelles missions pour lesquelles ni ses responsabilités juridiques, ni sa rémunération ne sont encore définies, sans parler des moyens de formations initiale ou continue à mettre en œuvre.

Aujourd'hui, le médicament est devenu un produit de consommation comme les autres. Il est pourtant un produit bien à part : financé en grande partie par les instances publiques, il est soumis à une réglementation en terme de disponibilité (nécessité d'une ordonnance, règles de dispensation officinale) et peut être néfaste pour le consommateur.

Le problème du médicament c'est qu'il coûte cher et qu'il est trop prescrit, au prix d'une iatrogénie générant elle même un surcoût.

Non seulement la communication médecin généraliste-pharmacien devrait aller de soi, mais on s'attend à ce qu'elle soit efficace et de qualité .Pourtant ils se connaissent peu ou pas du tout et se voient soumis à des transferts de tâche qui font poindre la concurrence.

N'ont-ils pas un objectif commun, par la prescription médicamenteuse sous la forme d'ordonnances, soit le bien-être des patients ?

Il est alors licite de se demander quelles sont les relations qu'ils entretiennent actuellement : qu'en est-il en réalité ?

Dans un premier temps, nous ferons un point sur la prescription médicamenteuse en France.

Il sera ensuite évoqué, successivement, le rôle et les obligations du médecin généraliste dans la rédaction de l'ordonnance de médicaments puis les missions anciennes et surtout récentes du pharmacien d'officine.

Dans un deuxième temps, une évaluation de l'état de leurs relations sera faite au travers d'une étude qualitative menée dans le Sud des Landes pendant un mois.

Pour terminer, des obstacles empêchant une bonne communication seront abordés et des propositions d'amélioration seront faites.

CHAPITRE 1:
Les relations médecins
généralistes-pharmaciens
d'officine.

I. LA PRESCRIPTION MEDICAMENTEUSE EN FRANCE.

A ETAT DES LIEUX.

1. LES MÉDECINS GÉNÉRALISTES PRESCRIVENT SOUVENT DES MÉDICAMENTS.

La France est le premier pays consommateur de médicaments en Europe avec pourtant un nombre de consultations médicales très proche de celui de l'Allemagne ou de l'Espagne (1).

Dans notre pays, 90 % des consultations se concluent par une ordonnance de médicaments pour seulement 43 % des consultations aux Pays-Bas, ou 72 % en Allemagne (1).

Les consultations sans prescription concernent plus fréquemment des recours pour des motifs administratifs, des conseils, des gestes de prévention ou la rédaction de certificats médicaux.

Les médecins évoquent notamment la pression des patients pour expliquer leur prescription. Pourtant 8 patients sur 10 déclarent être prêts à ce qu'une consultation se termine sans prescription médicamenteuse, grâce à une écoute attentive du médecin et à ses explications personnalisées (2).

Les médecins généralistes seraient à l'origine de plus des trois quarts de l'ensemble de la prescription médicale (3).

2. LES MÉDECINS GÉNÉRALISTES PRESCRIVENT BEAUCOUP DE MÉDICAMENTS.

En 2011, le nombre moyen de médicaments prescrits sur l'ordonnance est de 2,87 (1).

C'est dans le nombre de médicaments prescrits à chaque consultation que réside l'explication : 10 % des ordonnances comportent plus de 6 produits, 25 % plus de 4 (4).

L'équation consultation = ordonnance = médicaments se vérifie.

En 2012, 3,1 milliards de boîtes ont été vendues, soit en moyenne 48 par habitant et la consommation médicamenteuse française reste supérieure de 22 % à la moyenne observée dans les pays voisins (5).

A ceci se rajoute le problème du gaspillage : en 2012 le gisement de médicaments non utilisés était estimé en France à 23 300 tonnes (6) !

La surconsommation ou surmédication désigne, d'un point de vue médical et sociétal, le fait qu'un individu ou une collectivité prenne une médication de façon excessive ou non nécessaire. Selon les critères d'évaluation de l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé), elle est en lien avec un usage incorrect, ce qui se manifeste sous la forme d'une consommation exagérée, insuffisante ou erronée des médicaments sur prescription ou en vente libre.

En 2011, l'OMS rapporte que 50 % des médicaments (7) ne sont pas prescrits, délivrés ou vendus comme il convient :

- Les antibiotiques sont consommés 2 à 3 fois plus en France qu'en Allemagne ou en Grande Bretagne, toutes familles confondues, et pour certaines, jusqu'à 7 fois. Ce qui pose à terme le problème de l'inefficacité, particulièrement dans la période actuelle où de nouvelles molécules se font désirer (8).

- Les psychotropes sont utilisés 2 à 4 fois plus en France que dans n'importe quel pays européen. C'est encore plus marqué pour les anxiolytiques (80 millions de boîtes consommées par an) et les somnifères (8). En sachant que les patients qui devraient en prendre ne le font pas et que beaucoup (trop) n'en ont pas besoin et deviennent dépendants.

- Les veinotoniques et les vasodilatateurs sont utilisés 19 fois plus en France qu'au Royaume-Uni... malgré leur inefficacité et leur déremboursement partiel ou total (8).

Les médecins généralistes sont toutefois confrontés à des difficultés diverses pour prendre en charge ce problème de surconsommation: manque de temps, complexité des polyopathologies pour lesquelles des recommandations simples ne sont pas disponibles, intervention de plusieurs prescripteurs.

Peut-être existe-t-il une part imputable à la mentalité française qui conçoit que la prescription médicamenteuse est la réponse à tous leurs maux ; et que s'il y a prescription, il y a eu écoute ?

3. LES PRESCRIPTIONS SONT SOUVENT INADAPTÉES.

Selon une étude publiée par la CNAM (Caisse Nationale d'Assurance Maladie) en 2003 sur les prescriptions potentiellement dangereuses, sur près de 300 millions d'ordonnances passées en revue, 58 823 comportaient au moins une interaction médicamenteuse formellement contre-indiquée. Même si en proportion le chiffre de 1,9 pour 1 000 paraît relativement faible, cela correspond à un danger potentiel pour 38 402 patients. Ces erreurs concernaient des généralistes dans 31 % des cas.

Une étude de la Fédération Nationale de la Mutualité Française de 2005 précise que les médecins français prescrivent trop de médicaments à Service Médical Rendu (SMR) insuffisant. De même, elle annonce que 17 % des médicaments vendus en France (prescrits ou non) sont à SMR insuffisant (9).

Une enquête menée par les pharmaciens d'officine pour les ARS (Agences Régionales de Santé) pour la mission IGAS (Inspection Générale des Affaires Sociales) 2011, fait apparaître que leur taux d'intervention est de 1,97 %, ramené à 1,6 % si l'on écarte les interventions liées aux difficultés de lecture des ordonnances. Ces interventions correspondent à des ordonnances non conformes contenant notamment des contre-indications ou des interactions (10).

4. LE COÛT EST ÉLEVÉ.

La prise en charge des médicaments, en 2012 représentait 18,4 % de la consommation médicale totale, soit l'équivalent moyen de 525 euros par habitant sur un total de 2 858 euros consacrés aux frais de santé (dont 1 300 euros en frais d'hospitalisation et 722 euros en soins de ville) (11).

Les dépenses remboursées par l'assurance maladie tous régimes confondus s'élevaient à 26, 8 milliards d'euros ce qui correspond à 74,5 % de l'achat total de médicaments en 2011 (12).

Selon le rapport publié le 24 juin 2013 par Michèle RIVASI députée européenne, Serge RADER, pharmacien et le professeur Philippe EVEN, le coût des dépenses pour les médicaments à l'hôpital et en ville, s'est élevé en 2012, à 35,5 milliards d'euros pour la France contre 17,8 pour l'Italie, soit 85 % de plus à populations égales « pour les mêmes résultats sanitaires » (13) (14).

Le surcoût ne réside pas seulement dans la iatrogénie elle-même, mais aussi dans la pharmacodépendance et sa prise en charge, dans la résistance aux antibiotiques, dans le traitement des médicaments non utilisés qui sont collectés via l'association CYCLAMED et détruits dans les usines d'incinération.

En 2012, l'association en a collecté plus de 14 000 tonnes.

Le problème particulier des personnes âgées souvent polypathologiques et polymédiquées est à prendre en compte, même si des progrès ont été faits :

- Les plus de 65 ans (15 % de la population) sont la cible du 1/3 de toutes les prescriptions, 38 % prennent 5 à 10 médicaments par jour, 1 % en prend plus de 10 (8).

- Les plus de 75 ans prennent en moyenne 7 médicaments prescrits, selon l'ARS d'Aquitaine.

- Les plus de 80 ans consomment 5 molécules différentes par jour (15) et souvent nécessitent de la part du médecin la prescription concomitante de l'intervention de l'infirmier pour veiller à leur préparation et à leur prise.

- En Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD), la moyenne atteint 7 molécules par jour (15).

La polymédication augmente le risque de iatrogénie et diminue probablement l'observance. Elle implique de la part du médecin une surveillance étroite des effets secondaires et de la préférence la prescription de médicaments à haut niveau de preuve (8).

La prescription française se caractérise par un nombre élevé de médicaments, avec un recours privilégié aux molécules récentes (16) et un emploi des génériques encore relativement faible, même s'il est en forte croissance ces dernières années (5).

La France est donc le plus gros consommateur de médicaments toutes catégories dans l'UE (Union Européenne). Elle n'est pourtant pas mieux soignée.

5. LA IATROGÉNIE EST SOUVENT IMPORTANTE.

Il va de soi que la surmédication entraîne des effets iatrogènes supplémentaires, ce qui a un coût.

En 2008, le nombre d'hospitalisations liées à des interactions médicamenteuses était de 144 000 (soit 3,6 %), 1 sur 2 étant considérée comme évitable (17).

Chaque année, à cause des médicaments, en moyenne 140 000 hospitalisations et 9 % de décès sont à déplorer.

L'Enquête Nationale sur les Evènements Indésirables graves liés aux Soins (ENEIS) à l'initiative du ministère de la santé publiée en 2009 (18) confirme que les médicaments ont représenté l'essentiel des admissions causées par un Effet Indésirable Grave (EIG).

En 2009, 374 ont été notés :

- 214 en cours d'hospitalisation, dont 87 identifiés comme évitables.
- 160 à l'origine d'une hospitalisation, dont 9 évitables (18).

Selon l'ARS d'Aquitaine, 40 % des EIG seraient associés à des médicaments dont plus de 2/3 auraient pu être évités.

En France, nous avons le plus fort taux de résistance aux antibiotiques du monde (prescription dans les viroses). C'est une des principales causes de décès des personnes âgées (mauvaise élimination rénale).

Le surcoût lié aux médicaments n'est pas que le fait du médecin ou du pharmacien. Le patient a également sa part de responsabilité, avec un mésusage fréquent lié à:

- Une mauvaise observance.
- Des pratiques d'automédication pouvant se révéler peu adaptées, voire dangereuses.

Selon l'étude AFIPA (Association Française de l'Industrie Pharmaceutique pour une Automédication responsable), TNS, « *La relation des français au médecin et aux médicaments* » en 2011, plus des 2/3 des français de 18 à 64 ans ont pratiqué l'automédication, et en 2012, près de 70 % ont utilisé de 1 à 6 fois des médicaments sans ordonnance (19).

Un consommateur sur 2 ne lirait pas les notices, ce qui peut donner lieu à des erreurs de dosage, par exemple, 40 % surestiment la dose nécessaire en IBUPROFENE. Près de 1 individu sur 4 déclare avoir déjà consommé des médicaments au-delà de la date indiquée (20).

Ces résultats sont comparables à ceux d'autres pays.

Parmi les pratiques d'automédication les plus nocives, figurent celles qui consistent à réutiliser des médicaments délivrés sur ordonnance et conservés dans la pharmacie familiale.

Elles sont particulièrement développées en France : en 2012, près de 60 % des personnes interrogées déclaraient les réutiliser, qu'ils aient été prescrits ou non (19).

6. AUTRES CAUSES DE SURCONSOMMATION MEDICAMENTEUSE.

D'autres facteurs concourent à la surconsommation de médicaments, comme :

a. *Les attentes du patient.*

Il peut se comporter comme un consommateur et prescrire un médicament est une façon symbolique de reconnaître son état pathologique.

L'ordonnance peut être également considérée, au moment du paiement, comme un contre-don de la part du médecin et comme un acte permettant de conclure la consultation (21) (22).

b. L'offre de médicaments très abondante en France.

En 2012, 2 800 substances actives étaient disponibles dont 2 400 pour le secteur ambulatoire (23). Les prescripteurs ont ainsi à leur disposition de multiples solutions tout en ayant peu d'outils pour les discriminer (11). Dans l'imaginaire populaire, médecine et soins entraînent obligatoirement la prescription d'un médicament, une consultation sans médicament semble inaboutie (importance de l'homéopathie) (8).

c. La dispensation des médicaments est encore trop peu inscrite dans une logique de santé publique.

Le pharmacien est, avec le médecin, le principal interlocuteur du patient. Au moment de son passage à l'officine, il joue un rôle de régulateur de la consommation des médicaments, tant sur le plan économique que sur la qualité de l'usage.

D'un point de vue de santé publique, il a pour mission d'informer sur les médicaments, notamment sur leurs effets secondaires.

Son intervention lors de la vente peut alors influencer les comportements, d'achat et de consommation (11).

Son mode de rémunération, essentiellement lié au nombre de boîtes vendues et à la marge sur les médicaments conseil, peut expliquer une délivrance abondante, voire excessive.

7. L'INFLUENCE DE L'INDUSTRIE PHARMACEUTIQUE SUR LA PRESCRIPTION.

Elle est omniprésente et s'exerce tout au long de la vie du médecin : du début de ses études jusqu'à la fin de sa carrière.

Elle fait intervenir les visiteurs médicaux et utilise volontiers les leaders d'opinion.

Christopher A. VIEHBACHER, directeur général de SANOFI, n'a pas hésité à dire le 06 septembre 2011 : « Notre objectif d'augmenter le taux de distribution du dividende à 50% reflète l'amélioration des perspectives de la société et notre engagement à créer de la valeur pour nos actionnaires ».

Dans la pratique, cela passe par la création de liens d'intérêts dans des nœuds stratégiques comme : la recherche (les essais cliniques), les recommandations professionnelles, les experts (expertise interne et externe des agences, les auteurs scientifiques) , les réunions de médecins, la presse professionnelle et scientifique (une seule revue indépendante de l'industrie pharmaceutique en France : la revue PRESCRIRE), les agences sanitaires françaises et européennes, les universités et la formation initiale, les sociétés savantes, les organismes de formation et la formation continue, les associations d'usagers de soins, le répertoire commercial des médicaments.

Les médecins sous-estiment généralement son importance. Il y a à la fois une banalisation de cette stratégie d'influence qui n'est pas spécifique du milieu médical, et une impuissance de diverses institutions elles-mêmes cibles privilégiées des firmes (24)...

Bref, elle se trouve partout, y compris dans des outils qui nous semblent neutres et que nous utilisons au quotidien comme le VIDAL qui résume les caractéristiques du médicament mais qui ne parle jamais de SMR et ASMR (amélioration du SMR).

B RÈGLES DE BONNE PRATIQUE : LA RÉDACTION DE L'ORDONNANCE.

Les ordonnances de traitements non-médicamenteux (séances de kinésithérapie, passage infirmier, matériel, etc), de même que les subtilités concernant les renouvellements de celles initiées par les spécialistes ne seront pas traitées.

Neuf fois sur 10, une consultation va s'achever par une prescription médicamenteuse, ceci via une ordonnance qui engage la responsabilité du médecin. Aussi sa délivrance doit-elle être accompagnée par des explications claires et précises, nécessaires au patient et à son entourage, pour une bonne observance.

1. LA RÉDACTION DE L'ORDONNANCE « CLASSIQUE ».

Conformément à l'article R. 5132-3 du Code de la Santé Publique (CSP), modifié par le Décret n°2007-596 du 24 avril 2007 - art. 1 JORF 26 avril 2007 « *la prescription de médicaments ou produits destinés à la médecine humaine mentionnés à la présente section est rédigée, après examen du malade, sur une ordonnance et indique lisiblement :*

1° Le nom, la qualité et, le cas échéant, la qualification, le titre, ou la spécialité du prescripteur telle que définie à l'article R. 5121-91, son identifiant lorsqu'il existe, son adresse, sa signature (qui doit être apposée immédiatement après la dernière ligne de la prescription ou rendre inutilisable l'espace laissée libre entre cette dernière ligne et la signature par tout moyen approprié afin d'éviter les ajouts et les fraudes), la date à laquelle l'ordonnance a été rédigée, et pour les médicaments à prescription hospitalière ou pour les médicaments à prescription initiale hospitalière, le nom de l'établissement ou du service de santé ;

2° La dénomination du médicament ou du produit prescrit, ou le principe actif du médicament désigné par sa dénomination commune, la posologie et le mode d'emploi, et, s'il s'agit d'une préparation, la formule détaillée ;

3° La durée de traitement ou, lorsque la prescription comporte la dénomination du médicament au sens de l'article R. 5121-2, le nombre d'unités de conditionnement et, le cas échéant, le nombre de renouvellements de la prescription ;

4° Pour un médicament classé dans la catégorie des médicaments à prescription initiale hospitalière, la date à laquelle un nouveau diagnostic est effectué lorsque l'autorisation de mise sur le marché ou l'autorisation temporaire d'utilisation le prévoit ;

5° Les mentions prévues à l'article R. 5121-95 et au huitième alinéa de l'article R. 5121-77 lorsque l'autorisation de mise sur le marché ou l'autorisation temporaire d'utilisation les prévoit ;

6° Le cas échéant, la mention prévue à l'article R. 5125-54 ; concernant le « non substituable ».

7° Les nom et prénoms, le sexe et l'âge du malade et, si nécessaire, sa taille et son poids », notamment en pédiatrie.

2. LA PRESCRIPTION DE STUPÉFIANTS.

La prescription de produits stupéfiants ou soumis à la réglementation des stupéfiants connaît un régime particulier (articles R.5132-5, R.5132-27 et suivants du CSP).

Elle comporte les mêmes règles avec des contraintes supplémentaires :

- Rédaction sur des ordonnances sécurisées, avec l'inscription du nombre de spécialités prescrites dans le carré en bas à droite de l'ordonnance,
- Durée ne devant pas excéder 28 jours,
- Pas de renouvellement possible,
- Rédaction en toutes lettres : la quantité prescrite, les unités thérapeutiques par prise, les doses ou les concentrations de substances, etc. (Art. R5132-5 et 29 du CSP),
- Pour les traitements substitutifs, l'ordonnance doit comporter la durée de la délivrance, ainsi que le nom et l'adresse de la pharmacie où le traitement sera délivré (après contact téléphonique pour coordonner la prise en charge),
- En cas d'ordonnance chevauchante, noter en toute lettre « *en tenant compte de la prescription précédente datant du ...* ».

3. L'ORDONNANCE BIZONE.

Elle concerne les malades atteints d'une (ou plusieurs) Affection(s) de Longue Durée (ALD) reconnue(s) comme exonérante(s) et a été créée en application de l'article R. 161-45 du code de la sécurité sociale.

Les traitements prescrits dans la partie haute de l'ordonnance bizona ouvrent droit à une exonération du ticket modérateur mais ne doivent y figurer que ceux ayant un rapport direct et incontestable avec l'ALD. Ils figurent sur le protocole de soins établi par le médecin traitant du patient et validé par le médecin conseil de la Caisse d'Assurance Maladie.

Le patient reconnu atteint d'une ALD exonérante doit pouvoir présenter son exemplaire du protocole de soins (volet 3 patient) pour être pris en charge à 100 %.

La zone inférieure contient les prescriptions sans relation avec l'ALD (maladie associée, affection intercurrente) qui sont prises en charge aux taux habituels de remboursement par la sécurité sociale.

A noter qu'elle existe aussi en version sécurisée, pour les produits stupéfiants ou considérés comme tels.

4. L'ORDONNANCE DES PRODUITS D'EXCEPTION.

Le médecin utilisera le formulaire n° S3326 ou Cerfa n° 12708*02 : « Ordonnance de médicaments ou de produits et de prestations d'exception ». (Cf annexe 1).

Si le traitement est en rapport avec une affection de longue durée prise en charge à 100%, il faut le préciser sur l'ordonnance.

C LES OBLIGATIONS DU PRESCRIPTEUR.

La prescription médicamenteuse répond à des obligations de plusieurs ordres :

1. LE CODE DE DÉONTOLOGIE.

L'article 8, prévoit que « *dans les limites fixées par la loi et compte tenu des données acquises de la science, le médecin est libre de ses prescriptions qui seront celles qu'il estime les plus appropriées en la circonstance. Il doit, sans négliger son devoir d'assistance morale, limiter ses prescriptions et ses actes à ce qui est nécessaire à la qualité, à la sécurité et à l'efficacité des soins. Il doit tenir compte des avantages, des inconvénients et des conséquences des différentes investigations et thérapeutiques possibles* ».

Selon l'article 34, « *le médecin doit formuler ses prescriptions avec toute la clarté indispensable, veiller à leur compréhension par le patient et son entourage et s'efforcer d'en*

obtenir la bonne exécution ».

Il doit donc s'assurer auprès de son patient et de son entourage que ses prescriptions ont été bien comprises et attirer leur attention sur les contre-indications et effets secondaires. Il s'agit du respect du devoir d'information qui figure aussi dans d'autres dispositions du code de déontologie médicale et qui a été renforcé par des arrêts de la Cour de Cassation les 17 février, 27 mai et 7 octobre 1998.

2. LE CODE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE.

L'article L162-2-1 Créé par Ordonnance n°96-345 du 24 avril 1996 - art. 17 (V) JORF 25 avril 1996 précise que « *les médecins sont tenus, dans tous leurs actes et prescriptions, d'observer, dans le cadre de la législation et de la réglementation en vigueur, la plus stricte économie compatible avec la qualité, la sécurité et l'efficacité des soins* ».

3. LE CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE.

Le médecin doit tenir compte du coût du traitement pour le patient mais aussi pour la société :

- Article 53 : « *un médecin doit répondre à toute demande d'information préalable et d'explications sur ses honoraires ou le coût d'un traitement* ».
- Art. L. 1111-3 « : *les professionnels de santé d'exercice libéral doivent, avant l'exécution d'un acte, informer le patient de son coût et des conditions de son remboursement par les régimes obligatoires d'assurance maladie* », loi du 4 mars 2002 relative à l'information des usagers du système de santé et expression de leur volonté.

II. RÔLE DU PHARMACIEN D'OFFICINE.

A LE PHARMACIEN D'OFFICINE EN FRANCE.

La durée de la formation initiale est de 6 ans post-baccalauréat.

On distingue le pharmacien titulaire, propriétaire en tout ou partie de l'officine, du pharmacien adjoint ou assistant, qui est salarié.

1. DÉMOGRAPHIE OFFICINALE.

En 2013, l'Ordre des Pharmaciens dénombrait 74 270 inscrits dont 37,1 % de titulaires d'officine et 36,6 % d'adjoints soit 54 367 pharmaciens d'officines (1 pour 1 206 habitants).

Au premier janvier 2014, 21 915 officines étaient recensées en métropole et 627 dans les Départements d'Outre Mer (DOM):

- moyenne nationale : 35 pour 100 000 habitants.
- 1 pour 2 900 habitants et 33,83 pour 1 000 Km².

2. RÔLE DU PHARMACIEN D'OFFICINE.

Au niveau international, cette aspiration à une redéfinition de son rôle s'est concrétisée à travers l'émergence au début des années 90 de la notion de soins pharmaceutiques ou « *pharmaceutical care* » dont la définition admise est « *la dispensation responsable des thérapeutiques médicales en vue d'un résultat défini qui améliore la qualité de vie du patient* » (25).

Elle traduit sa volonté de ne pas être simplement un professionnel du produit médicament mais de voir reconnaître son rôle auprès du patient.

Elle s'inscrit dans la recherche d'un surcroît de légitimité pour la profession.

Les tâches commerciales et logistiques ne mobilisent pas ses compétences spécifiques et pourraient, à la rigueur, être assurées par d'autres professionnels.

La fabrication des préparations magistrales, par laquelle se matérialisait sa compétence sur les produits, n'est plus qu'une fonction résiduelle et la fonction de lien social, que revendiquent notamment les ruraux, est, certes une fonction éminente, mais non spécifique.

a. Garant de l'accès au médicament.

Le pharmacien d'officine :

- Contribue à la continuité de l'accès au médicament, 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7.
- Réalise des adaptations galéniques ou des préparations magistrales et officinales.
- Répond aux attentes du public en matière de santé : disponible sans rendez vous, il joue un rôle majeur dans les soins de premier recours (conseil pharmaceutique et/ou orientation vers d'autres professionnels de santé si nécessaire).
- Garantit en toute circonstance un bon accès au médicament en gérant les achats, les stocks et la bonne conservation des médicaments.

b. Analyse pharmaceutique et responsabilité.

Il assure la dispensation et le bon usage du médicament (humain ou vétérinaire), que ce soit lui même (titulaire ou adjoint) qui le délivre ou un préparateur qui agit sous sa responsabilité (article L.414-1 du CSP).

Il doit refuser une délivrance « *lorsque l'intérêt du patient lui paraît l'exiger* » (Art. R.4235-61 du CSP).

Il demeure responsable de la délivrance, même dans le cas où le médecin maintient sa prescription (Conseil d'Etat, 29 juillet 1994, Mme GUILLOTIN : requête n°121615).

Le contrôle des ordonnances s'exerce à plusieurs niveaux (Art R.5132-3 du CSP) :

- Le contenu réglementaire : identité et qualité du prescripteur, identité et caractéristiques du patient : sexe, âge et poids pour les enfants...
- L'analyse pharmaceutique : vérification de la cohérence du traitement (posologies, recherche d'interactions...).

L'intervention sur les ordonnances à partir de l'analyse pharmaceutique est au cœur des missions du pharmacien. Elle n'est pas aujourd'hui rémunérée.

D'après le rapport de l'IGAS de juin 2011, le nombre d'ordonnances concernées par l'intervention pharmaceutique (c'est à dire l'appel au médecin par l'officine) serait de l'ordre de 9 pour 1 000 soit environ 5 millions par an (10).

c. Conseil et suivi de l'observance.

Il s'assure de la bonne compréhension du traitement par le patient.

En lien avec l'analyse pharmaceutique à laquelle il a procédé, il doit accompagner la délivrance de conseils appropriés.

Même quand le médecin prend le temps, les patients n'ont pas toujours saisi l'utilisation, l'intérêt, la posologie ou le mode de prise des traitements ordonnés.

Lors de la délivrance, il peut donc expliquer de nouveau les posologies, mettre en garde contre les effets secondaires et répondre aux questions qu'ils n'ont pas osé ou ont oublié de poser.

Il en est de même pour les traitements délivrés sans ordonnance ou pris sur ses conseils ou en automédication.

Le conseil peut également porter sur les règles hygiéno-diététiques à appliquer, comme chez les diabétiques, les patients prenant des traitements anti-rétroviraux ou des AVK (anti-vitamine K), les femmes enceintes ou encore les nourrissons.

Il permet également de contribuer à la bonne observance :

- mise en garde contre les risques liés à la non observance,
- explication des effets indésirables afin de les dé-diaboliser, avec conduite à tenir en cas de survenue de ceux-ci,
- distribution de carnets de surveillance exemple des AVK et du diabète,
- Suivi des traitements substitutifs chez les toxicomanes pour veiller à la non surconsommation en ne délivrant, de concert avec le prescripteur, que pour une durée limitée voire quotidienne,

- délivrance conditionnelle de certains médicaments : comme la CLOZAPINE uniquement sur présentation du carnet de suivi contenant la dernière NFS (numération formule sanguine).

Cette surveillance est notamment rendue efficace par le Dossier Pharmaceutique lorsqu'il existe.

d. Opinion pharmaceutique.

Pour valoriser et conserver la trace des interventions pharmaceutiques, l'Ordre des pharmaciens a introduit au début des années 2000, le concept d'Opinion Pharmaceutique (art R-5015, R-5015-60 du CSP).

C'est un avis motivé (26), édité par un membre de l'équipe officinale, sous l'autorité d'un pharmacien, portant sur la pertinence pharmaceutique d'une ordonnance, d'un test ou d'une demande du patient.

Elle reste consignée dans l'officine et est impérativement communiquée au médecin prescripteur par écrit sur un document normalisé. (Cf annexe 2).

Celui-ci est alors invité à se prononcer sur la recevabilité de l'Opinion Pharmaceutique (à l'accepter ou la refuser en apportant une justification).

Elle permet ainsi :

- de préciser la démarche suivie s'il modifie sa prescription,
- d'assurer la mémoire (le témoignage de l'acte),
- la traçabilité (retrouver l'auteur),
- l'opposabilité : face au patient, au médecin ou aux différentes instances juridiques.

Au terme de cette Opinion Pharmaceutique, le pharmacien peut si « *l'intérêt du patient lui paraît l'exiger* » Art. R.4235-61 du CSP refuser la délivrance.

Malgré son intérêt, elle n'a pas rencontré le succès escompté.

L'étude des ARS montre que seules 11,3% des officines avaient rédigé des fiches d'Opinion Pharmaceutique au cours du second trimestre 2010.

Cet insuccès est peut-être à mettre sur le compte de l'absence de rémunération associée à cette procédure chronophage et du peu d'intérêt des médecins (10).

e. Pharmacovigilance.

Le pharmacien contribue aux dispositifs de sécurité sanitaire notamment via la pharmacovigilance (et la matériovigilance que nous traiterons de façon indistincte).

Le CSP précise actuellement : « *La pharmacovigilance a pour objet la surveillance du risque d'effet indésirable résultant de l'utilisation des médicaments et produits à usage humain* » (article R. 5121-150).

Il s'agit donc de la surveillance des médicaments et de la prévention du risque d'effet indésirable résultant de leur utilisation, que ce risque soit potentiel ou avéré ; que l'utilisation ait été conforme aux termes de son autorisation de mise sur le marché ou lors de toute autre utilisation (surdosage, mésusage, abus ou erreur).

i Organisation nationale (27).

Elle repose sur :

- Le recueil basé sur la notification spontanée des effets indésirables par les professionnels de santé, les patients et associations agréées de patients et les industriels avec l'appui du réseau des 31 centres régionaux.
- L'enregistrement et l'évaluation de ces informations.
- La mise en place d'enquêtes ou d'études pour analyser les risques, la participation à la mise en place et au suivi des plans de leur gestion.
- L'appréciation du profil de sécurité d'emploi du médicament en fonction des données recueillies.
- La prise de mesures correctives (précautions ou restriction d'emploi, contre-indications, voire retrait du produit) et la communication vers les professionnels de santé et le public.
- La communication et la diffusion de toute information relative à la sécurité d'emploi du médicament.
- La participation à la politique de santé publique de lutte contre la iatrogénie médicamenteuse.

ii Professionnels de santé et pharmacovigilance.

Ils jouent un rôle fondamental dans le système national. En effet, ce sont eux qui sont habilités, d'une part à prescrire les médicaments, à les administrer ou à les délivrer et, d'autre part, à assurer le suivi médical des patients.

« Les médecins, les sages-femmes, les chirurgiens-dentistes et les pharmaciens doivent déclarer immédiatement tout effet indésirable suspecté d'être dû à un médicament ou à un produit de santé dont ils ont connaissance, au centre régional de pharmacovigilance » (articles L. 5121-25 et R. 5121-161 du CSP) (27).

iii Déclaration facilitée à la pharmacovigilance.

Le pharmacien d'officine participe au système de vigilance sanitaire en recueillant les évènements indésirables concernant notamment les médicaments et les dispositifs médicaux.

Toutefois, dans les faits, les déclarations qu'il fait sont très rares, comme l'indiquent les résultats de l'enquête des ARS (49 déclarations de pharmacovigilance en 2010 pour les 250 pharmacies évaluées)(16)(10).

Il admet, même s'il le déplore, sous-déclarer et explique cette attitude, pour partie, par la lourdeur du dispositif de déclaration.

C'est donc pour faciliter les déclarations, que l'Ordre des Pharmaciens a inclus un dispositif de déclaration dans le Dossier Pharmaceutique (10).

De même, l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de Santé (ANSM) a ouvert en septembre 2013 une nouvelle rubrique sur son site Internet, afin de faciliter les déclarations d'effets indésirables, quel que soit le type de produit ou le type de déclarant (professionnels de santé, industriels, patients ou associations de patients agréés (articles L. 5121-25 et R. 5121-161 du CSP) (28).

Elle a aussi simplifié la procédure de transmission de la déclaration et la gestion des signalements : *« Cette nouvelle interface, plus lisible et plus simple, pour déclarer les effets indésirables, constitue une première étape vers une véritable télé déclaration en ligne ».*

f. *Pharmacien d'officine et contraception d'urgence.*

Sa délivrance en pharmacie est libre et n'est donc pas soumise à prescription médicale, mais elle n'est remboursée que sur prescription d'un médecin.

Toutefois, une mineure peut y accéder directement de façon anonyme et gratuite sur simple déclaration de sa minorité. Dans ce cas, le pharmacien obtient le remboursement du médicament auprès de l'assurance maladie, sans avoir à vérifier l'identité de la personne, ni sa Carte Vitale.

Il est également tenu de lui délivrer un message de prévention, notamment sur les risques d'infections ou de maladies sexuellement transmissibles, et de le faire avec la plus grande discrétion, à l'écart des autres personnes présentes (29).

3. *NOUVELLES MISSIONS DU PHARMACIEN D'OFFICINE.*

Avec la loi HPST, de nouvelles missions lui sont confiées pour améliorer la prise en charge des patients et notamment l'accessibilité aux soins (Annexe 3).

a. *Le Dossier Pharmaceutique (DP).*

i Contenu et modalités. (Cf annexe 4)

Il a été mis en place fin 2008 à l'initiative de l'Ordre des Pharmaciens. Ses modalités d'utilisation sont définies par la loi (Art. L 4231-2 du CSP et article L.161-36-4-2 du code de la sécurité sociale) et par un décret (n°2008-1326 du 15 décembre 2008).

Fin 2013, près de 1 français sur 2 bénéficiait d'un DP (soit plus exactement 30 123 753 DP) ouvert dans l'une des 22 300 officines raccordées soit 98,3 % du réseau (30).

Sa création est gratuite et nécessite le consentement du patient. Il permet d'améliorer son suivi.

Les informations sont stockées via la carte vitale du patient.

Il contient :

- l'identité du patient : nom, prénom, sexe, âge, date de naissance et rang de naissance.

- le nom des médicaments, la quantité et la date de délivrance de chacun, qu'il soit délivré sur prescription, ou sur conseil. Ceci sur les 4 derniers mois.

« Le Dossier Pharmaceutique (DP) recense, pour chaque bénéficiaire de l'assurance maladie qui le souhaite, tous les médicaments délivrés au cours des quatre derniers mois, qu'ils soient prescrits par votre médecin ou conseillés par votre pharmacien. Le DP a été créé par la loi du 30 janvier 2007 relative à l'organisation de certaines professions de santé. Sa mise en œuvre a été confiée au Conseil national de l'Ordre des pharmaciens. » Ordre National des Pharmaciens.

Il contribue à sécuriser la dispensation des médicaments en permettant d'éviter les risques d'interaction et les traitements redondants. Il aide le pharmacien à agir efficacement contre la iatrogénie, notamment en cas de nomadisme.

Il permet une meilleure coordination des soins entre la ville et l'hôpital. En effet, depuis octobre 2012, les pharmaciens hospitaliers peuvent y accéder dans les mêmes conditions que les pharmaciens d'officine.

En complément, et en expérimentation, depuis début 2013 son accès a été ouvert à certains médecins hospitaliers : anesthésistes-réanimateurs, urgentistes et gériatres.

Sa base anonyme permet de contribuer au suivi sanitaire : l'ANSM, l'Institut de Veille Sanitaire (InVS) et le Ministre de la Santé peuvent accéder à ses données anonymes.

Son hébergement doit répondre à des exigences de sécurité, de confidentialité, de continuité, d'accessibilité et de performances conformément aux dispositions de l'article L. 1111-8 du CSP qui prévoit que *« les professionnels de santé ou les établissements de santé peuvent déposer des données de santé à caractère personnel, recueillies ou produites à l'occasion des activités de prévention, de diagnostic ou de soins auprès des personnes physiques ou morales agréées à cet effet »* et du décret n°2006-6 du 4 janvier 2006 relatif à l'hébergement des données de santé à caractère personnel.

ii Le portail Dossier Pharmaceutique.

Il contribue à renforcer la sécurité du circuit du médicament et permet de relayer en temps réel les alertes sanitaires et les rappels de lots.

Depuis février 2013, à titre expérimental, il permet à 200 pharmaciens de signaler des difficultés d'approvisionnement.

- **"DP-Alertes", pour les alertes sanitaires :**

Depuis juillet 2010, l'Ordre peut diffuser une alerte sanitaire à l'ensemble des pharmacies raccordées au Dossier Pharmaceutique, en métropole et dans les DOM. Le dispositif fonctionne 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 ;

Le message d'alerte s'affiche sur tous les postes informatiques, en ville et à l'hôpital. Pour poursuivre l'activité en cours, les pharmaciens doivent obligatoirement le valider pour qu'il disparaisse. Un accusé de réception est alors envoyé au serveur du portail DP, afin de suivre et mesurer la prise en compte de l'alerte sanitaire.

- **"DP-Rappels", pour les rappels et retraits de lots de médicaments :**

Depuis novembre 2011, ils sont transmis aux pharmacies par le portail DP, selon les mêmes modalités que les alertes sanitaires.

Les pharmaciens, ainsi avertis en temps réel, peuvent retirer sans délai de la vente les médicaments concernés. Ce dispositif, réalisé avec l'ANSM et les exploitants, fonctionne également en continu.

- **"DP-Ruptures", pour la gestion de l'information sur les ruptures d'approvisionnement :**

Depuis mars 2013, plus de 200 pharmaciens expérimentent le signalement de ruptures d'approvisionnement au pharmacien responsable du laboratoire concerné, à l'ANSM et à ARS dont il dépend.

Ce dispositif permet de faire passer le flux d'informations entre les acteurs concernés afin de trouver plus facilement des solutions pour le traitement des patients.

- **« DP-suivi sanitaire », pour le suivi de la situation sanitaire de la France :**

La loi n° 2011-2012 du 29 décembre 2011 permet au ministre de la Santé, à l'ANSM et à l'InVS d'accéder, sur demande, pour des raisons de santé publique, aux données anonymes du DP. Ces statistiques constituent un outil d'aide à la décision, dans la mesure où elles offrent une meilleure visibilité de la situation sanitaire de la population.

Le processus est sécurisé : ni l'Ordre, ni personne, n'a accès aux données nominatives du DP.

b. Les entretiens pharmaceutiques.

Le pharmacien, via l'éducation thérapeutique contribue avec les autres professionnels de santé à un accompagnement personnalisé, notamment au travers de ces entretiens proposés par la loi HPST. A ce jour, ils ne concernent que le suivi des patients sous AVK et ceux asthmatiques.

« Un entretien pharmaceutique est proposé par le pharmacien aux patients entrant dans le champ des programmes d'actions définis par le comité mentionné à l'article 50 ». (Art50 : Ce comité, le Comité Paritaire National des Programmes d'Actions (CPN-PA) a pour mission, conformément aux objectifs fixés par la Commission Paritaire Nationale (CPN), de proposer les programmes d'actions et les modalités de prise en charge optimale du patient.

i Les grands principes de l'entretien pharmaceutique.

Il constitue l'un des principaux moyens permettant au pharmacien d'assurer la *« prise en charge personnalisée et optimale du patient »* (article 10-2 de la convention nationale).

Il doit notamment permettre :

- de renforcer ses rôles de conseil, d'éducation et de prévention,
- de valoriser son expertise sur le médicament,
- d'évaluer la connaissance par le patient de son traitement,

- de rechercher l'adhésion thérapeutique du patient et l'aider à s'approprier son traitement,
- d'évaluer, à terme, l'appropriation de son traitement.

ii L'exemple des AVK.

Plus d'un million de patients sont traités chaque année par des AVK. Le suivi de ces patients, dont l'âge moyen est de 73 ans et qui sont à 75 % fidèles à une seule pharmacie, constitue un véritable enjeu de santé publique (31).

Les AVK, médicaments à marge thérapeutique étroite, nécessitent une surveillance renforcée en raison du risque hémorragique élevé qu'ils peuvent induire s'ils ne sont pas correctement utilisés.

Chaque année, selon l'Assurance Maladie, les accidents iatrogéniques liés à leur consommation sont responsables de 17 300 hospitalisations et de 4 000 décès. Ils constituent à ce titre la première cause de iatrogénie en France.

L'accompagnement par le pharmacien s'effectue en articulation avec le médecin prescripteur.

L'avenant n° 1 prévoit que seuls les patients chroniques sous AVK « *pour une durée consécutive, prévisible ou effective supérieure ou égale à 6 mois* » sont éligibles à l'accompagnement.

Préalablement ciblés par l'Assurance Maladie, les concernés recevront un courrier d'information sur le contenu et les modalités de l'accompagnement et seront invités à solliciter le pharmacien de leur choix pour intégrer ce dispositif.

Le pharmacien pourra également proposer aux assurés concernés, à l'initiation de leur traitement, d'intégrer le dispositif d'accompagnement.

Un bulletin d'adhésion formalise leurs engagements respectifs, permet au pharmacien d'obtenir le consentement de l'assuré sur les éventuelles prises de contact qu'il jugerait opportun d'avoir avec le prescripteur et précise que l'adhésion ne se fait qu'auprès d'une seule officine.

L'adhésion pourra intervenir en ligne via le télé-service ouvert aux pharmaciens sur

l'Espace Pro d'Ameli (32).

L'avenant n° 1 à la convention nationale pharmaceutique (du 4 avril 2012) a été signé le 10 janvier 2013 entre l'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie (UNCAM), les trois syndicats représentatifs des pharmaciens d'officine : la Fédération des Syndicats Pharmaceutiques de France (FSPF), l'Union des Syndicats de Pharmaciens d'Officine (USPO) et l'Union Nationale des Pharmacies de France (UNPF), ainsi que l'Union Nationale des Organismes Complémentaires d'Assurance Maladie (UNOCAM), le 10 janvier 2013. Publié au Journal officiel le 27 juin 2013, il est rentré en vigueur le 28 juin 2013.

Il fixe les modalités de mise en œuvre du dispositif d'accompagnement de ces patients conformément aux dispositions de l'article 28.1 de la convention nationale.

L'article 31.2.2 de la convention prévoit le versement d'une rémunération de 40 € par an et par patient.

Pour cela, il s'engage à :

- disposer au sein de l'officine d'un espace de confidentialité dédié (article 8).
- respecter les principes suivants (article 10.1) :
 - Droits, devoirs et interdictions : obtenir le consentement éclairé de l'assuré sur son intégration dans le dispositif d'accompagnement et s'interdire d'établir un diagnostic.
 - Publicité et communications : s'abstenir d'utiliser tout support publicitaire qui ferait référence à la rémunération qu'il perçoit de l'assurance maladie.
 - Continuité de service de l'officine : veiller à garantir l'exercice personnel de sa profession. L'organisation de son officine doit ainsi lui permettre à la fois d'accomplir ses actes professionnels ou d'en surveiller attentivement l'exécution et d'assurer l'accompagnement des patients.
- respecter les modalités de mise en oeuvre suivantes :
 - un entretien à l'initiation du traitement,
 - au moins deux entretiens annuels pour informer et conseiller le patient,
 - le contrôle de la réalisation de l'INR (International Normalized Ratio),
 - en cas de besoin, la prise de contact avec le prescripteur avec l'accord du patient.

Pour aider le pharmacien dans cette démarche, des supports d'accompagnement

validés par l'ANSM et la HAS (Haute Santé) sont mis à sa disposition:

- un guide d'accompagnement, qui constitue un référentiel pour mener à bien l'entretien et assurer un accompagnement optimal ;
- une fiche de suivi de l'entretien qui constitue un support d'échange avec le patient et permet d'assurer la traçabilité et le suivi. Il la tient à la disposition du service du contrôle médical.

c. *Le pharmacien correspondant.*

La loi HPST (art. 38, 7°) et le décret d'application n°2011-375 du 5 avril 2011, permettent au pharmacien désigné par le patient, dans le cadre d'un protocole de coopération, de renouveler les traitements en adaptant éventuellement la posologie et en réalisant le cas échéant des bilans de médication. Ces bilans comprennent notamment l'évaluation de l'observance et de la tolérance du traitement ainsi que tous les éléments prévus avec le médecin pour le suivi du protocole et le recensement des effets indésirables.

Ce bilan est communiqué au médecin prescripteur.

Il s'inscrit dans le cadre des coopérations définies par l'article 51 de la loi HPST et s'applique pour un traitement chronique.

Un protocole de coopération détaillé doit être rédigé par le médecin et le pharmacien.

Il est soumis à l'ARS qui vérifie qu'il correspond à un besoin de santé et à la HAS, qui apprécie sa pertinence en termes de qualité des soins.

S'il est approuvé, les deux professionnels sont tenus de faire enregistrer leur demande d'adhésion auprès de l'ARS. Ils s'engagent à procéder pendant un an au suivi de sa mise en œuvre et à transmettre les informations relatives à ce suivi à l'ARS et à la HAS.

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

Si le pharmacien ajuste la posologie, il devra préciser sur une feuille annexée à l'ordonnance datée et signée, et comportant le timbre de la pharmacie, le nom du médicament qui donne lieu à un ajustement de la posologie ainsi que la nouvelle posologie ou le nom du produit concerné associé éventuellement à une prestation. Il indique sur l'ordonnance la présence de la feuille annexée et en informe le médecin prescripteur. Lorsqu'il existe, le dossier pharmaceutique du patient prend en compte tous ces éléments.

Cette procédure est particulièrement lourde et la rémunération du pharmacien correspondant n'est pas abordée dans les textes publiés, ni celle du médecin.

Cette mesure, souhaitée par les pharmaciens, même si les modalités retenues ne font pas l'unanimité, est très critiquée par les médecins. (10)

Seul le pharmacien spécifiquement désigné dans le protocole pourra réaliser cette mission. Il ne pourra donc pas la déléguer à d'autres et a fortiori aux préparateurs. Du fait de l'amplitude horaire d'ouverture des pharmacies, une organisation spécifique devra être prévue (10).

D'autre part, cette mesure va à l'encontre de la notion de continuité de la prise en charge des maladies chroniques. Ainsi, avec la mise en place du protocole, le patient chronique peut ne consulter son médecin qu'une fois par an. L'apparition de signes cliniques marquant l'évolution de la pathologie pourrait passer inaperçue d'une part à cause de l'absence d'examen clinique et d'autre part si le patient néglige ce signe (10).

La loi HPST et le décret d'application ne prévoient aucune obligation de formation spécifique pour exercer les fonctions de pharmacien correspondant et pour l'instant il n'existe aucun enseignement dans la formation initiale.

Ainsi, pour pouvoir prendre en charge les nouvelles missions, l'académie nationale de pharmacie (33) a jugé nécessaire une adaptation de la formation initiale. Pour les pharmaciens en activité, il sera nécessaire de prévoir des formations spécifiques dans ces domaines via le développement personnel continu.

A la mi-mai 2011, soit presque deux ans après l'adoption de la loi, mais seulement un mois après la publication du décret (publié le 5 avril 2011), six protocoles

avaient été soumis à la HAS dans le cadre de l'article 51 et deux avaient reçu un avis favorable du groupe de travail technique. Ils concernaient des professionnels travaillant dans une même structure hospitalière mais aucun ne reliait des professionnels de ville indépendants et *a fortiori* des médecins et des pharmaciens (10).

La mise en place de ce concept semble donc rencontrer beaucoup d'obstacles pour pouvoir escompter un développement suffisant.

d. *Le bilan de médication.*

L'article 38 de la loi HPST prévoit qu'il pourrait être réalisé dans le cadre du pharmacien correspondant ou pas.

L'objectif principal est d'adapter et d'optimiser les prescriptions médicamenteuses dans un souci d'économies de iatrogénie et financière.

Il appartient bien sûr aux médecins de rationaliser les ordonnances et ils disent s'y employer (34).

Le pharmacien, parce qu'il apporte un autre regard sur la prescription et parce qu'il dispose d'une compétence spécifique en matière de médicaments, pourrait contribuer à optimiser cette prescription.

Il est donc proposé qu'il puisse réaliser des bilans de médication sur prescription du médecin (10).

C'est un entretien au cours duquel il fait le point avec le patient sur les médicaments qui lui sont prescrits. En fonction des données recueillies auprès du patient il procède à une analyse des prescriptions. A l'issue de celle-ci, il peut conseiller au médecin d'adapter sa prescription, mais celui-ci reste bien évidemment le décideur de la stratégie thérapeutique.

Pour qu'il puisse effectivement réaliser ce bilan, il faudrait qu'il puisse accéder au dossier du patient, avec son accord.

La mise en place de ce type de bilan n'est pas d'actualité dans les officines et les modalités de rémunération n'ont pas été évoquées.

e. *L'entretien d'accompagnement.*

Il consisterait en une rencontre avec un patient souffrant d'une affection chronique qui permettrait de l'informer sur sa pathologie, de lui expliquer les prescriptions, de le former à l'utilisation des dispositifs médicaux, de promouvoir l'observance, de le motiver pour qu'il adopte des comportements hygiéno-diététiques adaptés.

Cet entretien plus centré sur le patient pourrait éventuellement déboucher sur une proposition d'adaptation de la prescription, qui serait adressée au médecin.

Le choix a été fait de réserver la dénomination de bilan de médication aux entretiens spécifiquement tournés vers l'optimisation des prescriptions.

Il pourrait être réalisé, à priori, sur prescription médicale par un pharmacien ou une infirmière en fonction de celui que le prescripteur jugerait le plus adéquat et le déchargeant ainsi de cette tâche.

Le mode de rémunération n'a pas encore été abordé.

Cet entretien pourrait s'inscrire dans les actions d'accompagnement prévues par l'article 84 de la loi HPST : « *Les actions d'accompagnement font partie de l'éducation thérapeutique ayant 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* ».

Toutefois, le cahier des charges précité n'a pas encore été publié.

f. Le dépistage à l'officine.

Dans ses différentes attributions, le pharmacien compte la participation aux actions de santé publique, de prévention et de dépistage (10).

Le terme de dépistage sera ici utilisé pour faciliter la compréhension bien qu'il soit impropre, puisque le pharmacien n'a pas à faire de diagnostic (art. R.4235-63 du CSP).

En réalité il s'agira de tests permettant de soupçonner ou non une maladie et d'éventuellement orienter le patient vers son médecin.

Il est d'ores et déjà pratiqué dans certaines officines pour le diabète, la broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO), l'hypertension artérielle et l'insuffisance rénale chronique et a été entrepris à l'initiative de la profession, avec le soutien parfois de l'industrie pharmaceutique ou des assureurs complémentaires.

Toutefois, les protocoles n'ont pas été validés par la HAS. Il faudrait mener des études pour une utilisation optimale de tests fiables, notamment en terme de sensibilité et spécificité, pour des pathologies bien précises permettant un bénéfice dans la prise en charge précoce chez des patients cibles, à un prix acceptable.

La prise en charge par l'assurance maladie est légitime, le but étant d'accéder à une population qui ne consulte que peu ou pas les généralistes, avec tous les impacts positifs que cela pourrait avoir sur ces malades chroniques.

Il faudra pour autant veiller à éviter la redondance avec d'autres modes de dépistage comme la médecine du travail, le médecin généraliste...

Il pourrait être réalisé durant toute l'année par les pharmaciens et non de façon discontinue pendant les campagnes nationales ou régionales, avec l'évaluation de sa bonne exécution lors de la procédure de certification.

Sa réalisation devra être notée dans le DP pour éviter les doublons et nécessitera un espace de confidentialité dans l'officine.

Des initiatives de dépistage en officine ayant déjà été engagées, d'autres devraient être entreprises rapidement et conduites dans un délai d'un an. Un chef de projet au sein de la DGS (Direction Générale de la Santé) devrait piloter le processus et le conduire avec les agences sanitaires concernées (HAS, INPES...).

g. La vaccination à l'officine.

Initialement la loi HPST proposait que le pharmacien puisse effectuer le suivi et l'acte vaccinal. Finalement, elle a été retirée de la loi par les députés le 19 mars 2015. En effet, dans l'exposé de son amendement, Madame le Ministre de la Santé, Marie-Sol TOURAINE a souligné qu' « à ce jour, les pharmaciens ne disposent ni des compétences, ni de la formation indispensables à la réalisation de vaccins » et que « l'étude d'impact jointe au projet de loi ne permet pas d'affirmer que ce transfert d'acte aura un effet significatif sur la couverture vaccinale ».

Au total, une multiplicité d'entretiens et de bilans, parfois redondants, est proposée, mais le cadre reste floue.

Est-il possible de tous les cumuler chez un même patient chronique?

Leur mise en application permettrait probablement une prise en charge plus complète pour certains patients réticents à se rendre chez le médecin, ou ayant des difficultés du fait de la pénurie médicale.

Mais ceux qui seront les plus demandeurs ne seront-ils pas ceux qui en ont le moins besoin parce que déjà très impliqués dans leur maladie ?

La question de la rémunération reste en suspend...

A l'exception du bilan de médication, il ne s'agit que de transferts de tâches et non de l'utilisation des compétences spécifiques du pharmacien.

4. HONORAIRES DE DISPENSATION : UN PAS VERS LA REVALORISATION.

Deux nouveaux honoraires de dispensation sont entrés en vigueur le 1^{er} janvier 2015 : un à la boîte (remplaçant le forfait existant) et un pour les ordonnances complexes (35), en complément du barème de marge revu à la baisse.

L'objectif de cette réforme est de revaloriser la fonction de conseil du pharmacien et de permettre que leur rémunération dépende moins du prix et des volumes des médicaments vendus qu'auparavant.

a. L'honoraire de dispensation à la boîte.

Le travail de vérification, de contrôle et de conseil associé à la dispensation de médicaments sera désormais valorisé par un honoraire de 0,82€ TTC pour chaque boîte remboursable délivrée.

En contrepartie, la marge commerciale par boîte vendue (calculée en pourcentage du prix du fabricant) a été ajustée à la baisse.

Cette réforme s'applique à l'ensemble des médicaments remboursables, qu'ils aient été prescrits ou non.

Cet honoraire est pris en charge par l'assurance maladie obligatoire et les assureurs complémentaires dans les mêmes conditions que les médicaments auxquels il se rattache.

b. L'honoraire pour ordonnance complexe.

Il s'applique aux ordonnances dites complexes, c'est-à-dire celles mentionnant au moins 5 médicaments remboursables différents et vise à valoriser le rôle du pharmacien dans ses missions de conseil et de prévention de la iatrogénie.

Il s'élève à 0,51€ TTC par dispensation et s'ajoute à celui de dispensation par boîte.

Il devra s'assurer de la bonne compréhension de cette ordonnance et proposer l'édition d'un plan de posologie destiné à faciliter l'observance.

Il est intégralement pris en charge par l'assurance maladie.

Le site gouvernemental, www.sante.gouv.fr (35), ne précise pas si cela va majorer ou diminuer les revenus du pharmacien par rapport à la baisse de marge commerciale que cette réforme a entraîné.

5. POINT DE VUE DU PATIENT SUR LE PHARMACIEN D'OFFICINE.

Le rôle de conseil lors de la délivrance est jugé important par les représentants des médecins et des patients. Il favorise l'observance du traitement (10)(36).

En 2008, selon une étude IPSOS santé sur « *les français et leur pharmacien* » (36) :

- pour une très large majorité des personnes interrogées, avant d'être un commerçant comme un autre (13 %), le pharmacien est d'abord et avant tout un professionnel de santé (87 %).

- plus de 4 personnes sur 10 déclarent qu'il leur arrive de ressortir de l'officine sans avoir acheté de médicament. Les femmes (49 %) étant plus nombreuses ici que les hommes (33 %).Elles y sont entrées pour:

- demander un conseil sur un problème de santé (45 %) ;
- évoquer un médicament qu'eux ou un de leurs proches sont en train d'utiliser (33 %).

- plus de 9 personnes sur 10 (92 %) se disent ainsi très sensibles (41 %) ou plutôt sensibles (51 %) au fait que leur pharmacien soit en mesure de leur fournir des conseils quand il leur délivre des médicaments.

- pour une grande majorité, les médicaments constituent une catégorie de produits spécifiques, 97 % des français sont tout à fait d'accord (77 %) ou plutôt d'accord (20 %) avec l'idée selon laquelle les médicaments sont des produits actifs présentant certains risques.

Ainsi, la nature des médicaments et la sensibilité aux conseils ancrent la position essentielle du pharmacien dans le système de distribution.

- de façon frappante, l'idée d'un libre accès de certains médicaments dans la pharmacie ne recueille qu'une approbation minoritaire : 37 % y sont tout à fait (15 %) ou plutôt (22 %) favorables ; à l'inverse, 62 % se disent plutôt pas (30 %) ou pas du tout favorables (32 %) à ce principe.

Dans l'hypothèse de la vente autorisée de médicaments en grande surface, 92 % des français déclarent qu'à prix équivalent ils préféreraient acheter leurs médicaments en pharmacie.

- au-delà de ces conseils, la distribution en pharmacie est également perçue par la quasi-totalité des personnes interrogées comme une forme de garantie contre les contrefaçons, notamment au regard de nouvelles formes de distribution telle qu'internet.

Cette étude IPSOS santé (36), confirme bien que les français font tout à fait confiance à leur pharmacien et le considèrent comme professionnel de santé à par entière.

Nous avons plutôt l'impression d'une certaine méfiance à l'égard du pharmacien, elle n'est donc pas fondée.

B LES AUTRES PHARMACIENS D'OFFICINE FRANCOPHONES.

1. AU QUEBEC.

La formation initiale dure 6 ans au delà du baccalauréat.

En 2013, selon l'Ordre des pharmaciens du Québec, on comptait 8 392 pharmaciens (soit 1 041 par million d'habitants) dont 5 938 officinaux pour 1 795 officines.

Son rôle consiste à:

- émettre une opinion pharmaceutique;
- préparer les médicaments;
- vendre les médicaments, conformément au règlement pris en application de l'article 37.1 du Code des Professions;
- surveiller la thérapie médicamenteuse.

Par rapport au pharmacien français, il peut :

- initier ou ajuster, selon une ordonnance, la thérapie médicamenteuse en recourant, le cas échéant, aux analyses de laboratoire appropriées;

- prescrire un médicament requis à des fins de contraception orale d'urgence et exécuter lui-même l'ordonnance, lorsqu'une attestation de formation lui est délivrée par l'Ordre dans le cadre d'un règlement pris en application du paragraphe o de l'article 94 du Code des professions (chapitre C-26) (37).

2. EN SUISSE.

La formation initiale dure 5 ans au delà du baccalauréat.

En 2012, il y avait 5 220 pharmaciens d'officine en Suisse.

En 2013, selon SantéSuisse (Assurance Maladie Suisse), on comptait 1 744 pharmacies (38).

Le pharmacien d'officine suisse a le même rôle que le français avec, depuis 2010, un équivalent des entretiens pharmaceutiques : « les entretiens de polymédication » pour les patients ayant 4 médicaments ou plus en cours. Deux entretiens par an lui sont remboursés selon un accord avec les organismes de sécurité sociale.

Il a un rôle de santé publique plus large notamment dans le dépistage avec possibilité de mesure de la tension artérielle, mais aussi de la glycémie, du cholestérol, la recherche de sang dans les selles et l'évaluation de la fonction pulmonaire, mais il ne pose pas de diagnostic.

Un système dit de « rémunération basée sur les prestations » a été introduit en juillet 2001 pour limiter l'évolution de la marge. Dissociée du prix du médicament, sa rémunération est fonction des actes qu'il pratique, selon une nomenclature détaillée.

Conformément au cadre conventionnel, chaque acte est affecté d'un nombre de points, la valeur de chaque acte étant obtenue par le produit du nombre de points et de la valeur du point. Sont ainsi notamment rémunérés :

- la validation du médicament (vérification de l'ordonnance, de l'admissibilité des renouvellements, de la posologie, contrôle des interactions, des facteurs de risque et des contre-indications, prise de contact avec le médecin traitant, conseils au

patient, choix de la taille de la boîte, dispensation) : 4 points par ligne de prescription ;

- la validation des traitements (ouverture d'un nouveau dossier, historique de la médication, tenue du dossier patient, vérification des éventuels effets cumulatifs entre médicaments, contrôle des interactions sur la base du dossier etc.) : 3 points (limite d'une seule fois par jour et par patient) ;
- le service d'urgence : 16 points ;
- la prise sous surveillance du pharmacien : 10 points ;
- la remise fractionnée pour prise ambulatoire : 5 points ;
- la substitution par un générique : 20 points ;
- la dispensation sous forme de « semainier » : 20 points ;
- l'entretien de polymédication : 45 points (2 par an maximum) ;
- Est également rémunérée spécifiquement la dispensation de METHADONE : de 100 à 310 CHF (soit entre 96 et 297 euros)(10).

3. EN BELGIQUE.

La formation initiale dure 5 ans au delà du baccalauréat.

En 2012, 5 186 pharmacies avec 17 524 pharmaciens (soit 1 489 par million d'habitants) dont 16 426 pharmaciens d'officine selon le service public fédéral de la santé publique belge et le cabinet du ministre de la santé.

Depuis 2009, le pharmacien belge effectue le « suivi pharmaceutique » qui est un processus basé sur les étapes suivantes :

- identification des problèmes liés au médicament ou à la pathologie ;
- évaluation des attentes du patient ;
- établissement d'un plan spécifique avec des objectifs bien définis (en concertation si possible/si nécessaire avec les autres prestataires de soins) ainsi qu'un plan de monitoring ;
- exécution du plan ;
- évaluation des résultats en fonction des objectifs ;

- adaptation du plan si nécessaire et communication aux autres intervenants concernés.

Le suivi des soins pharmaceutiques est mis en œuvre dans le cadre d'un accord conclu entre le patient, le pharmacien et chaque fois que nécessaire le médecin. Il s'adresse en priorité à certains patients souffrant de pathologies ou d'états physiologiques particuliers, de risques iatrogènes ou de non observance et s'inscrit dans un dossier soumis au consentement écrit du patient.

Contrairement au français, le pharmacien belge n'a pas le droit de substitution.

Depuis avril 2010, le nouveau système de rémunération a pour but « de lier les bonnes pratiques pharmaceutiques (...) à une rétribution juste et équitable des services rendus » et ne dépend plus seulement de la marge de délivrance en liaison directe avec le prix de vente du médicament.

La rémunération se fait à hauteur de :

- 20% sur la marge du médicament.
- 75% par un honoraire de délivrance pour les médicaments remboursés, dont le montant est fixe.
- 5% pour des honoraires spécifiques aux soins pharmaceutiques.

Par ailleurs, il doit mettre en place un système qualité comportant notamment la rédaction de procédures écrites et la mise en œuvre d'une auto-évaluation interne.

Les pharmaciens québécois, belges et suisses ont donc, aujourd'hui plus d'attributions que le pharmacien d'officine français.

III. RELATION MEDECINS GERALISTES-PHARMACIENS D'OFFICINE DANS LA LITTERATURE.

La communication entre le généraliste et le pharmacien est multiforme, verbale et non verbale. Elle se fait au quotidien sous forme d'ordonnances : chacune est un message transmis au pharmacien par le médecin au bénéfice du patient mais ce mode de communication a ses limites.

La communication verbale se prête mieux aux échanges et peut se faire à l'initiative de l'un ou l'autre des deux professionnels de santé.

On pourrait facilement penser que le volume de leurs échanges est important mais qu'en est il réellement?

La littérature médicale portant spécifiquement sur leurs relations est rare bien qu'il soit dans l'air du temps de parler de plus en plus de coopération et il est difficile de trouver des références.

Nous avons revu les principaux ouvrages de médecine générale :

- « *Médecine Générale : concepts et pratiques* » du CNGE (Collège National des Généralistes Enseignants) (39),
- « *Médecine Générale : Connaissances et pratique* » du CNGE (édition MASSON collection les Abrégés) (40),
- « *Un référentiel professionnel pour le médecin généraliste. Des compétences pour un métier* » de MGFORM (41),
- « *Singuliers généralistes. Sociologie de la médecine générale* » de Géraldine BLOY et François-Xavier SCHWEYER édité par Presses de l'EHESP (42),
- « *Thérapeutique en médecine générale , 2^{ième} édition* » des CNGE et APNET (Association Pédagogique Nationale pour l'Enseignement de la Thérapeutique), Editions de presses de l'EHESP (43),

Nous n'y avons trouvé aucun chapitre sur ce problème spécifique.

A COOPERATION MEDECIN GENERALISTE-PHARMACIEN D'OFFICINE.

L'article L. 4011-1 du CSP mentionne le terme de coopération entre professionnels de santé en lui donnant le sens suivant :

- « *Par dérogation, 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 leur mode d'intervention auprès du patient.* »

- « *Processus par lequel au moins deux professionnels de santé, volontaires, définissent ensemble leurs nouvelles modalités d'intervention auprès du patient, en maintenant la qualité et la sécurité des soins qui leur est due* » (44).

B POINT DE VUE DU PHARMACIEN D'OFFICINE SUR SA PROFESSION.

1. SELON UNE ETUDE LYONNAISE EN 1999.

Une enquête a été réalisée par des pharmaciens universitaires et officinaux auprès de 37 officines lyonnaises pendant six semaines et s'est intéressée à leur exercice au quotidien (45).

1006 notifications ont été recueillies et analysées. Sur les 603 anomalies rapportées (imprécisions ou oublis dans la prescription, vérification des noms ou des posologies des spécialités, des interactions ou contre-indications), un contact a été nécessaire avec le prescripteur dans 63% des cas et a permis :

- . une modification de posologie dans 216 cas,
- . un changement de classe pharmacologique dans 88 cas,
- . une suppression de médicaments dans 33 cas.

Quatre-vingt onze cas d'allergie ou d'effets indésirables ont été relevés et 23 cas d'inobservance.

Le contact avec le prescripteur a permis :

- . un arrêt du médicament suspecté dans 44 cas,
- . une modification de posologie ou de classe pharmacologique dans 17 cas,
- . une nouvelle consultation dans 26 cas.

L'écoute des patients a été particulièrement importante, 13 minutes en moyenne par patient sous traitement substitutif. Soixante quinze pourcent des cas d'inobservance ont été la conséquence d'une incompréhension de la prescription et ou une sous estimation de la gravité de la pathologie. La rémunération est indépendante actuellement du temps d'écoute du patient.

La qualité du contact avec le prescripteur a été perçue par le dispensateur comme très bonne dans :

- . 88 % des cas pour une inobservance,
- . 80 % des cas pour un effet indésirable,
- . 68 % des cas pour une interaction,
- . seulement 36% des cas une anomalie de posologie.

Ces résultats suggèrent une discordance entre médecins et pharmaciens sur le rôle de ce dernier et ou sur la notion de surdosage (46)(10).

2. SELON LE RAPPORT DE L'IGAS EN JUIN 2011.

Les entretiens de la mission IGAS de juin 2011 (10) avec des pharmaciens ont confirmé ce sentiment de faible reconnaissance, même si tous soulignent combien leurs interventions sont utiles et appréciées des patients.

Les interlocuteurs de la mission insistent sur le fait que les compétences acquises au cours de leur formation ne sont pas pleinement utilisées dans l'organisation actuelle du système de soins.

La volonté des pharmaciens de développer les soins pharmaceutiques a trouvé un écho dans certains pays auprès des pouvoirs publics. Les objectifs visés étaient pour

l'essentiel de faire face à une pénurie de temps médical, promouvoir la prévention primaire, soutenir et accompagner les patients chroniques.

Les difficultés les plus communément relevées dans la réalisation concrète du concept de soins pharmaceutiques sont l'absence de rémunération adaptée, le manque de confiance des professionnels eux-mêmes dans leur capacité à prendre en charge efficacement de nouvelles missions, l'impossibilité de dégager du temps pour s'y consacrer.

3. SELON L'ENQUETE DES ARS DE 2011.

Près de 95% des pharmaciens se sont déclarés volontaires pour assurer la fonction de pharmacien correspondant, réaliser des bilans de médication, des actions de dépistage, participer aux programmes d'éducation thérapeutique du patient et assurer le suivi vaccinal. Pour autant, cette unanimité pour s'engager dans des activités de santé se conjugue avec la nécessité économique de veiller au développement commercial de leur officine (10).

Avec toutes ces attributions nouvelles, la question du rôle du préparateur va se poser: va-t-il évoluer et se modifier ?

L'obstacle majeur reste que le pharmacien n'est pas intégré dans l'équipe de soins, n'a pas accès au dossier médical et n'entretient que des relations distantes avec le médecin (47) (48) (49) (50).

C POINT DE VUE DU MEDECIN GENERALISTE SUR LE PHARMACIEN D'OFFICINE.

La perception qu'il a de la pratique du pharmacien varie en fonction de ce qu'il lui apporte. Ainsi, lorsqu'il met en évidence une inobservance, un effet indésirable ou intercepte une erreur (de posologie, interaction médicamenteuse), le ressenti est favorable. Par contre, lorsqu'il suggère une prescription plus efficiente, demande de

refaire une ordonnance non conforme ou effraie le patient avec la liste des effets indésirables d'un nouveau médicament prescrit, la perception est négative (51).

Il en est de même lorsqu'il décharge le médecin du mode d'emploi d'un traitement ou de l'éducation thérapeutique, celui-ci ayant alors beaucoup de mal à envisager le transfert de certaines tâches.

1. CONCERNANT LEUR COOPERATION.

Cette volonté actuelle de promouvoir et de valoriser la coopération conduit parfois à un discours lénifiant qui oublie que les relations entre les professions de santé sont structurées par des relations de concurrence.

Chaque profession entend affirmer son autonomie, conforter sa position dans la hiérarchie et surtout garantir la source de ses revenus.

Dans ce contexte, la volonté du pharmacien d'élargir le spectre de ses missions questionne la place du médecin traitant dans le processus de soins, d'autant que pour la plupart de ses nouvelles missions, il s'agit de transferts de tâches plutôt que de l'exploitation de ses compétences pour une optimisation des prescriptions.

A cet égard, l'image du pharmacien auprès des médecins est déterminante. Au Royaume- Uni, une étude a montré que les généralistes considéraient essentiellement les pharmaciens comme des « boutiquiers » (*shopkeepers*) et nullement comme des membres de l'équipe de soins (52).

Nous ne disposons pas d'étude de ce type en France. Selon l'étude « *Les médecins généralistes!: un réseau professionnel étendu et varié.* » menée en 2012 dans 5 régions françaises, les pharmaciens seraient, après les spécialistes, les professionnels de santé avec lesquels les généralistes ont les échanges les plus fréquents (53).

Toutefois, selon une étude, pour la HAS, sur les réseaux de soins informels auprès des généralistes entre 2002 et 2004 en région PACA (Provence-Alpes-Côte d'Azur), le pharmacien figure parmi les professionnels pour lesquels la relation se situe sur le mode de « *l'instrumentalisation où le partenaire est dépersonnalisé et identifié uniquement à son rôle professionnel* » (54), mais le médecin n'est pas le seul en tort : lorsqu'il téléphone, le pharmacien ne se présente pas personnellement, il appelle au nom d'une pharmacie (51).

Un des arguments majeurs pour envisager une extension du rôle du pharmacien est le manque de temps médical, mais il n'est pas reçu par le médecin qui considère qu'il doit surtout être soulagé de ses tâches administratives et ne veut rien céder de ses activités médicales.

Enfin, une inquiétude économique est souvent mentionnée : des délégations de tâches vers le pharmacien priveraient le médecin d'actes courts, relativement bien rémunérés par rapport aux consultations longues. Payé à l'acte, il peut effectivement s'inquiéter de l'impact sur ses revenus de toute délégation vers d'autres professionnels.

Les pharmaciens rencontrés par la mission IGAS de juin 2011 sont pour leur part parfaitement conscients des réticences des médecins à voir évoluer les frontières entre professions.

Ils y répondent par plusieurs attitudes : mise en avant de la notion de coopération plutôt que de délégation, dénonciation du corporatisme médical, recherche d'accommodements, pari sur les relations de proximité pour dépasser les clivages...

Une autre crainte exprimée par les médecins est que la délégation de certaines tâches au pharmacien dévaloriserait irrémédiablement leur l'image auprès du patient ; la mission de l'IGAS de juin 2011 (10) s'étonne qu'ils ne soient pas plus conscients de la force de leur « magistère ». S'il doit être écorné, ce ne sera pas par une éventuelle extension des missions des pharmaciens mais par d'autres phénomènes : mutations scientifiques avec leurs impacts sur la nature des consultations, développement du niveau de formation et d'information des patients...

Les médecins ne sont donc pas favorables à des modifications significatives du rôle du pharmacien même s'ils sacrifient au discours convenu sur la « *nécessité d'améliorer la coordination entre les professionnels de santé* » (rapport IGAS juin 2011). Cette mission a aussi rencontré des médecins des représentants de la profession. Nous pouvons toujours spéculer sur un écart entre la base et ses représentants mais ce serait, du moins sur ce sujet, une hypothèse audacieuse (10).

2. CONCERNANT LE CONSEIL PHARMACEUTIQUE.

Le rôle de conseil lors de la délivrance est jugé important par les représentants des médecins et des patients que la mission a pu rencontrer. Il favorise l'observance du traitement (10).

3. CONCERNANT L'EDUCATION THERAPEUTIQUE.

Le développement de l'observance passera également par la mise en œuvre des nouvelles missions, telles que l'éducation thérapeutique, le suivi par le pharmacien correspondant, le bilan de médication, l'entretien d'accompagnement et le développement du DP.

Les représentants des médecins rencontrés par la mission de l'IGAS ont unanimement mentionné qu'il s'agissait d'une mission primordiale des pharmaciens et que leur attente à ce sujet était forte (10).

4. CONCERNANT LE PHARMACIEN CORRESPONDANT.

Cette mesure, souhaitée par la profession pharmaceutique, même si les modalités retenues ne font pas l'unanimité en son sein, est très critiquée par les médecins.

Leurs représentants ont fait part de leur très forte opposition à cette disposition qu'ils estiment être un «*transfert de tâche vers une profession moins compétente*».

Ils sont fermement opposés à toute modification de posologie et précisent que les dispositions actuelles qui les autorisent à prescrire des renouvellements pendant un an permettent de faire face aux besoins des patients stabilisés (10).

Hormis ceux exerçant en zone sous-dense et ne pouvant pas faire face au nombre croissant de patients, ils n'ont aucun intérêt à accepter ce transfert de compétence qui impliquera une baisse de leurs revenus associée à un travail administratif non rémunéré majoré (10).

D LES RELATIONS AVEC LES MEDECINS LORS DU CONTRÔLE DES ORDONNANCES.

Lors de la délivrance des traitements, le pharmacien est amené à contacter le médecin prescripteur, soit pour obtenir des renseignements manquants, soit pour lui faire part de problèmes d'interactions médicamenteuses, de posologie, de durée de traitement inadaptées...

Les médecins indiquent à la mission IGAS, ne contacter les pharmaciens que pour des renseignements techniques sur des médicaments ou pour connaître la disponibilité de certains produits dont les vaccins, certains ayant connu par le passé de nombreuses ruptures de stock (10).

Ils n'évoquent que de façon exceptionnelle le traitement d'un patient.

La perception de la nature des contacts est différente selon les deux professions. Les pharmaciens jugent important ce dialogue mais font état de difficultés pour joindre les médecins hospitaliers. Ainsi selon l'enquête des ARS, ils ont estimé respectivement à 4,43 sur 10 et 8,05 sur 10 la facilité pour joindre les médecins hospitaliers et les généralistes (10). Les médecins quant à eux ne mentionnent pas spontanément les pharmaciens comme des partenaires habituels.

Une étude, menée en 2000, par une équipe de Pharmaco-Epidémiologie, de la Faculté de Pharmacie de l'Université Laval au Québec (55), précise que la peur de la réaction du médecin est un frein à l'établissement des opinions pharmaceutiques et même de façon générale aux appels téléphoniques.

Par ailleurs le pharmacien mentionne fréquemment qu'il n'a pas confiance de pouvoir persuader le médecin d'accepter ses recommandations. Il peut alors se sentir frustré de ne pas être apprécié et reconnu en tant que professionnel qui possède une expertise particulière pouvant contribuer aux soins du patient (51) (56).

CHAPITRE 2:

**Collaboration médecin
généraliste-pharmacien
d'officine au travers d'une
étude menée dans le sud des
Landes.**

I. OBJECTIF.

Depuis plusieurs années, les rapports concernant les médicaments s'empilent. Toutes les instances représentatives s'y mettent : l'IGAS, les ARS, les Ordres (des Pharmaciens et des Médecins). Et malheureusement, rien ne change : les prescriptions sont toujours aussi longues et onéreuses.

Nous avons donc souhaité évaluer réellement les relations existant entre médecins généralistes et pharmaciens, l'objectif étant de mieux comprendre les compétences de chacun pour optimiser l'utilisation du médicament tant sur le plan de la qualité des soins que sur le plan économique.

Nous avons donc choisi une méthode par questionnaire, correspondant à un relevé des appels téléphoniques dans des pharmacies.

II. TYPE D'ETUDE.

Il s'agit d'une enquête observationnelle prospective, qualitative et descriptive sur le relevé de leurs appels téléphoniques, le téléphone étant leur moyen de communication privilégié.

III. MÉTHODE.

Cette évaluation a été réalisée à partir d'un relevé prospectif des appels téléphoniques passés ou reçus par des officines du Sud des Landes. Ce relevé de 7 items, a pris la forme d'un tableau.

Le tableau initialement élaboré, a été amélioré par les pharmaciens participant à l'étude.

A PREMIER RELEVÉ.

La première ébauche du tableau de relevé des appels entrants (passés par les médecins aux pharmaciens) et sortants (passés par les pharmaciens aux médecins) a été soumise à deux officines pour avoir leur avis sur la faisabilité de l'étude. Ayant eu un bon accueil et un échange favorable, il a été décidé de la proposer à d'autres.

B CHOIX DES PHARMACIES.

La sélection a été faite sur un critère géographique : aux alentours de SAINT-VINCENT DE TYROSSE (40230), en milieu semi-rural où pharmaciens et médecins sont sensés mieux se connaître, à proximité de mon lieu de résidence et des cabinets de médecine générale dans lesquels je remplace.

C PROPOSITION DE RENDEZ-VOUS.

Dans un premier temps, un rendez-vous a été proposé aux pharmaciens sélectionnés pour discuter de notre projet.

D PREMIER ENTRETIEN.

La remise du tableau de relevé s'est faite au terme d'un entretien ayant duré entre 30 et 45 minutes, avec au moins un des titulaires de la pharmacie, au cours duquel a été :

- exposé les objectifs : surtout confirmer le rôle du pharmacien dans les soins primaires et vérifier la qualité de sa collaboration avec le médecin,
- discuté le but du relevé : noter précisément tous les appels et leurs motifs pour les exploiter dans la rédaction de cette thèse,
- évoqué le travail à fournir par le personnel de la pharmacie : comment remplir les différentes colonnes de façon précise,

- recueilli leur avis sur le tableau, sa fonctionnalité et les modifications à proposer,
- Répertorié les pharmaciens de chaque équipe pour mieux les connaître : nombre de diplômés (titulaires et adjoints), sexe et âge.

Ces entretiens ont tous été réalisés, en tête à tête dans un bureau (ou à l'écart de la patientèle).

Aucune directive stricte n'a été donnée concernant les appels afin de leur laisser libre champ et d'essayer de ne pas les influencer sur le motif des appels. Il leur a simplement été demandé de faire le relevé le plus exhaustif possible des appels et de noter aussi leurs éventuelles rencontres physiques.

Le relevé type leur a été fourni en plusieurs exemplaires avec une fiche explicative jointe afin d'améliorer le remplissage. (Cf annexes 5 et 6).

E DISTRIBUTION DU TABLEAU DE RELEVÉ MODIFIÉ.

Une seconde rencontre a eu lieu pour leur distribuer le tableau de relevé modifié. La modification proposée par un des pharmaciens portait surtout sur la création d'une colonne supplémentaire pour bien individualiser les appels entrants et sortants.

Avant la prise de contact avec les titulaires, le tableau a été construit en veillant à répondre aux critères suivants:

- Clarté : bien « visuel » et facile de compréhension.
- Lisibilité.
- Facilité et rapidité de remplissage.

Aucun référentiel n'a servi de base étant donné qu'aucune étude similaire n'a été retrouvée dans la littérature.

1. LE TABLEAU DE RELEVÉ DES APPELS (C.F ANNEXE 6).

Il est formé de sept colonnes :

- **1^{ière} colonne : date et heure.**

Pour mieux se situer : près de la fermeture ? Lors d'une garde ? etc...

- **2^{ème} colonne : nom du médecin.**

Il est toujours resté confidentiel et a permis de supprimer les appels pouvant faire l'objet de biais mais surtout de préciser les points suivants :

- Est-ce bien un généraliste ?
- Un même médecin est-il régulièrement appelé pour un défaut de lisibilité ?
- S'agit-il d'un généraliste addictologue, pour mieux tracer les appels plus fréquents de ce type de prise en charge ?
- Est-ce toujours le même médecin qui est désagréable ?
- Est-ce toujours le même médecin qui appelle ?
- Où se situe géographiquement le médecin par rapport à l'officine ?

- **3^{ème} colonne : E/S.**

E pour appel « Entrant », et S pour « Sortant ». Colonne rajoutée après la rencontre avec les pharmaciens afin de faciliter la traçabilité de l'appel.

- **4^{ème} colonne : motif de l'appel.**

Permettant de comprendre la situation et de pointer le problème ou la demande.

- **5^{ème} colonne : réponse.**

S'il y en a une.

- **6^{ème} colonne : ressenti.**

L'appel a plutôt été : agréable, désagréable, confraternel, condescendant, dédaigneux, sympathique...

- **7^{ème} colonne : statut.**

Pharmacien ou préparateur, imaginant une relation plus compliquée avec ce dernier.

2. LES APPELS INCLUS.

Tous les appels aux (ou des) médecins généralistes et coordonnateurs d'EHPAD, dont le relevé était complet donc exploitable, mais aussi les mails ou contacts physiques à titre professionnel.

3. LES APPELS EXCLUS.

Tous les appels aux (ou des) spécialistes et hospitaliers dont le relevé était incomplet donc inexploitable, mais aussi les miens pour ne pas biaiser l'interprétation.

F PERIODE D'ETUDE.

Le relevé a été effectué pendant un mois, du 1^{ier} mai au 1^{ier} juin 2014, afin de ne pas empiéter sur la saison estivale, la plupart des officines connaissant une variation importante de la fréquentation liée au tourisme et d'essuyer le moins de refus possibles malgré probablement un nombre d'appels moindre.

G CONTACT TELEPHONIQUE.

Pendant ce mois de relevés, les participants ont été recontactés brièvement par téléphone tous les 10 jours, prétextant l'émergence d'éventuels problèmes, ceci permettant de leur rappeler l'étude en cours.

H RAMASSAGE.

Il a été effectué au terme du mois fixé, après avoir convenu téléphoniquement d'un rendez-vous avec au moins un des titulaires. Cette nouvelle rencontre a permis :

- de voir les difficultés rencontrées,
- de sonder les premiers résultats,
- de les remercier de s'être investis dans ce travail, la plupart des tableaux étant correctement remplie.

IV. RESULTATS.

Sur les 15 officines sollicitées, le seul refus de participation se justifiait par le fait qu'il s'agissait d'une petite officine avec des problèmes financiers et une diminution récente du personnel faisant craindre une surcharge de travail.

Lors du recueil final des relevés, il s'avère que sur les 14 officines ayant accepté de participer, une seule ne les a pas rempli. Elle avait été rachetée un mois auparavant et n'était ouverte jusque là que l'été, d'où sa faible fréquentation et l'absence d'appel.

Les 2/3 des titulaires sollicités ont été agréablement surpris par notre démarche, nous ont réservé un bon accueil lors des rendez-vous et se sont montrés rapidement disponibles.

Aucune rencontre physique n'a eu lieu sur le mois de surveillance, malgré, dans certains cas, la proximité entre prescripteurs et pharmaciens (portes adjacentes, face à face).

La colonne « statut » n'a eu aucun intérêt dans l'exploitation des résultats étant donné que l'officinal qui appelait, pharmacien ou préparateur ne se présentait pas en son

non mais en celui de la pharmacie. Par ailleurs, les préparateurs ne téléphonaient qu'après avis auprès d'un diplômé.

A CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES DES OFFICINES.

1. LOCALISATION DES PHARMACIES.

Le tableau 1 résume leur répartition en fonction de la population.

VILLES	nombre de pharmacies	pharmacies participant	nombre d'habitants (INSEE 2011)
BENESSE-MAREMNE	1	1	2 372
CAPBRETON	4	3	8 087
HOSSEGOR	3	3	3 758
ST-GOEURS DE MAREMNE	1	1	2 291
ST VINCENT DE TYROSSE	3	3	7 743
SEIGNOSSE	2	2	3 313
TOSSE	1	1	2 391

Tableau 1 : Répartition des pharmacies et nombres d'habitants en 2011 selon l'INSEE.

Les cartes ci-dessous permettent de localiser les communes les unes par rapport aux autres et en Aquitaine :

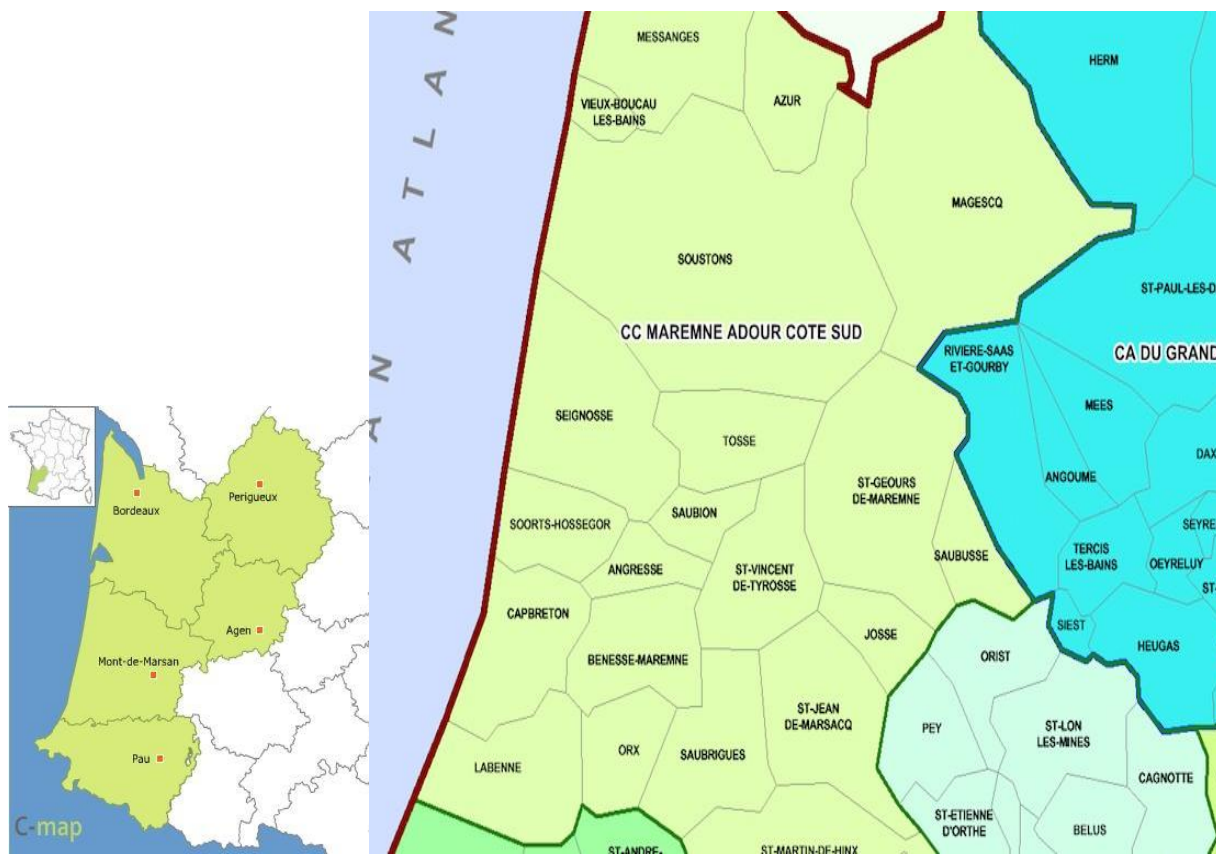


Figure 1 : Carte du sud des Landes

2. LES PHARMACIENS.

Le tableau 2, regroupe des caractéristiques de la population des pharmaciens sollicités.

En moyenne :	Pharmaciens	
Nb de pharmaciens par officine	2,79	
Nb de titulaires par officine	1,57	
Nb d'assistants par officine	1,2	
Age des pharmaciens	44,41 ans	
Répartition F/H	61,53 %	38,46 %
% F/H chez les titulaires	45,45 %	54,54 %
% F/H chez les assistants	82,53 %	17,64 %
Age des titulaires F/H	44,7 ans	44,83 ans
Age des assistants F/H	45,79 ans	35,33 ans

Légende : F : Femmes.

H : Hommes.

% : pourcentage.

Nb : Nombre.

Tableau 2 : Caractéristiques des Pharmaciens sollicités.

B LES GENERALISTES.

Le nom des médecins a permis de recouper les appels et d'avoir les résultats suivants :

- 4 appels ont concerné des médecins généralistes exerçant en dehors des Landes (2 % des appels).
- 60,9 % des appels entrants ont été passés par des médecins de moins de 40 ans et 17,39 % par des remplaçants.
- 2 médecins ont appelé plus (4 appels chacun sur 23).
- Un médecin s'est particulièrement démarqué par ses erreurs, à l'origine de 2 des 5 erreurs graves et de 7 des 22 moins graves. Nous avons qualifié d'erreurs graves, un net surdosage pouvant mettre en danger le patient, une

confusion de molécule (comme OXYNORM[®] et NOVONORM[®]) ou une contre-indication absolue et de moins graves, un oubli de molécule ou une erreur de posologie sans surdosage majeur.

- Pour la prescription des stupéfiants, 1 des 6 ordonnances non conformes avait été rédigée par un généraliste ayant un Diplôme Universitaire d'addictologie.

C LE NOMBRE D'APPELS.

Deux cent douze appels ont été relevés et 185 (87,26 %) ont été inclus, se répartissant de la manière suivante : 162 sortants (87,57 %) et 23 entrants (12,43 %).

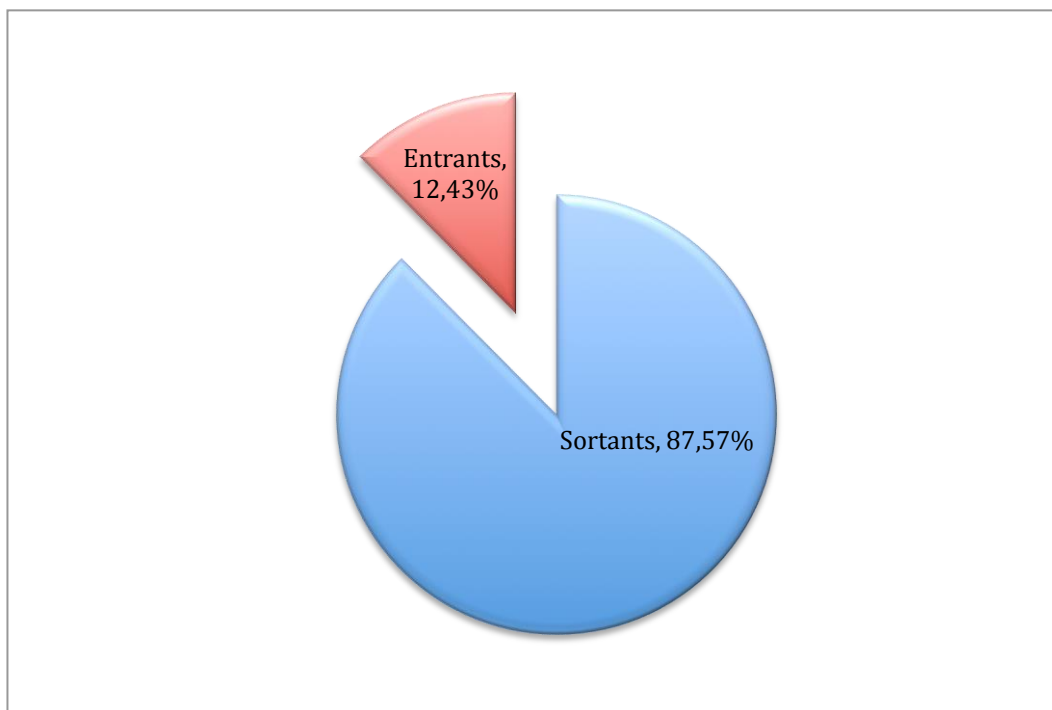


Figure 2 : Répartition des appels.

En moyenne, nous dénombrons 14,23 appels effectifs par pharmacie sur le mois (de 6 à 31 appels), soit un appel tous les deux jours.

D MOTIFS DES APPELS SORTANTS.

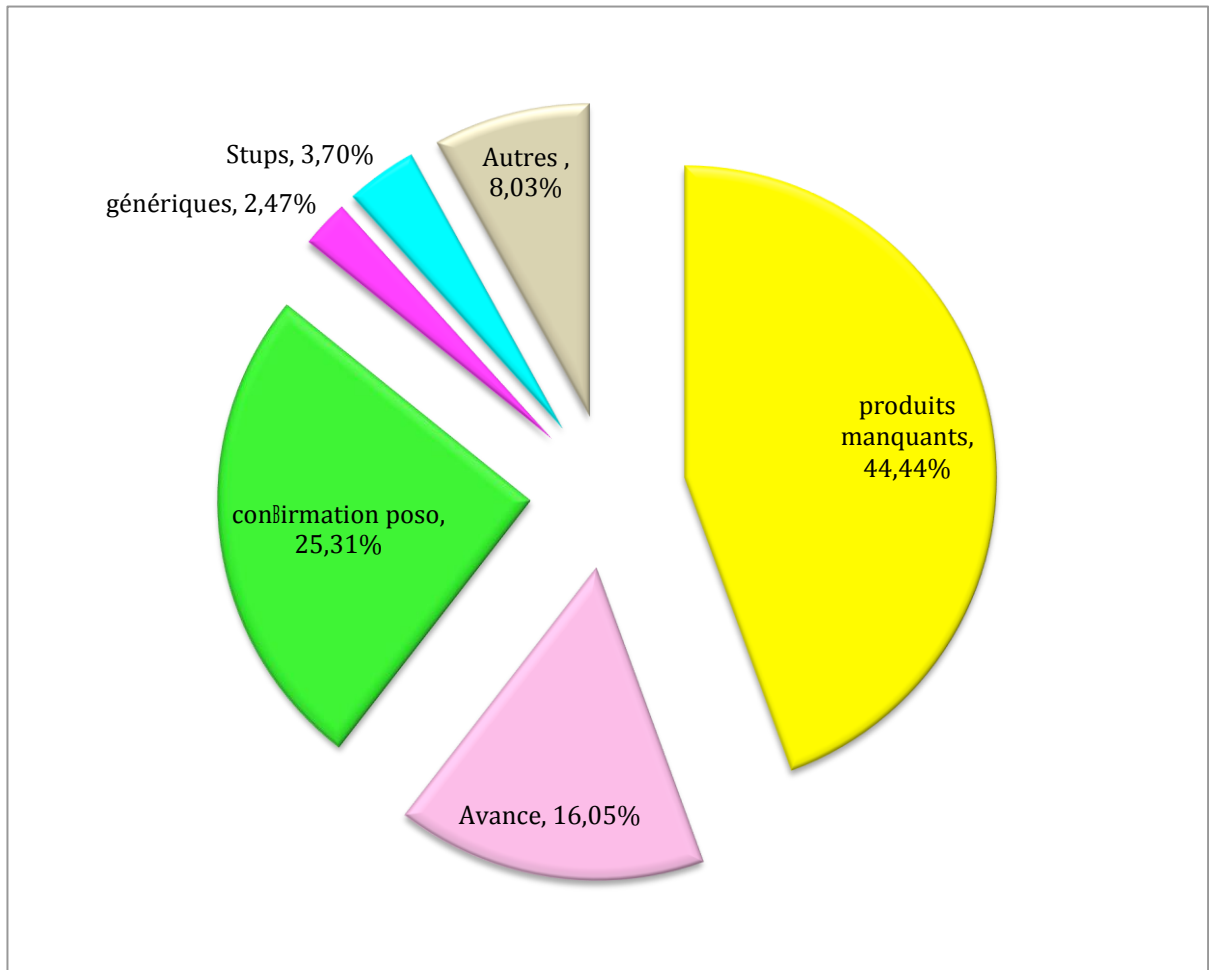


Figure 3 : Motifs des appels sortants.

Les appels passés aux généralistes concernaient :

1. PRODUITS MANQUANTS.

La majorité des appels (44%) concernait une rupture de stock : FURANDANTINE[®], VOGALENE[®], STAGID[®], REPEVAX[®], PYOSTACINE[®], CHIBROXINE[®], autres non précisés.

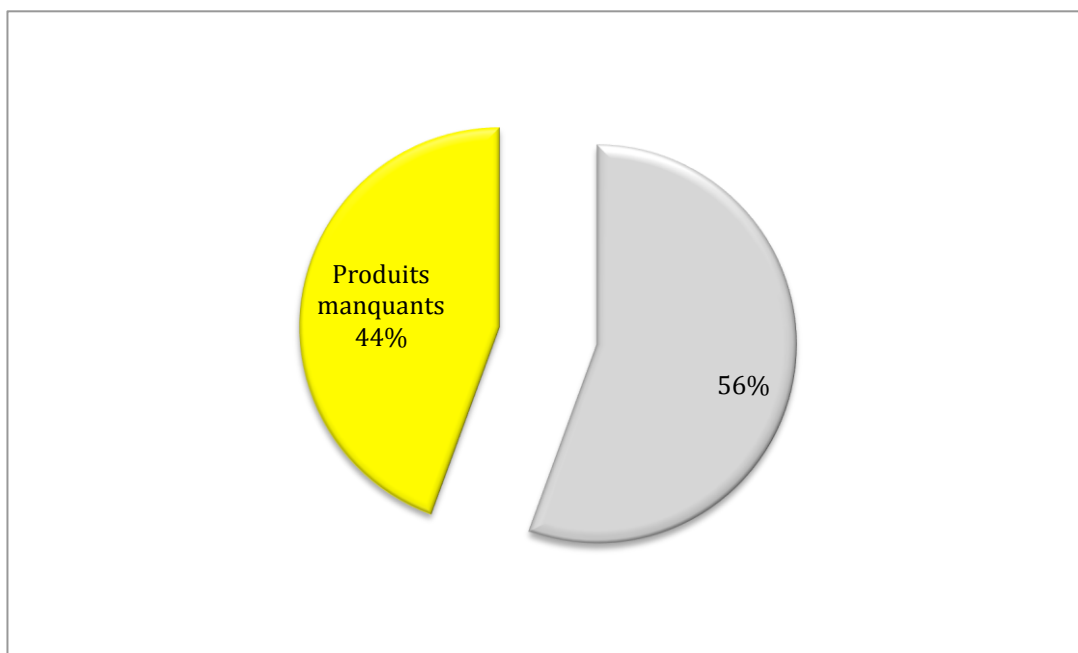


Figure 4 : Produits manquants.

2. CONFIRMATION DE POSOLOGIE.

Elle a concerné 25,31 % de ces appels.

Un exemple cité : TAREG[®] 80mg noté alors que d'habitude le patient prend du 160mg et le patient ne se rappelle pas que son médecin ait changé de dose.

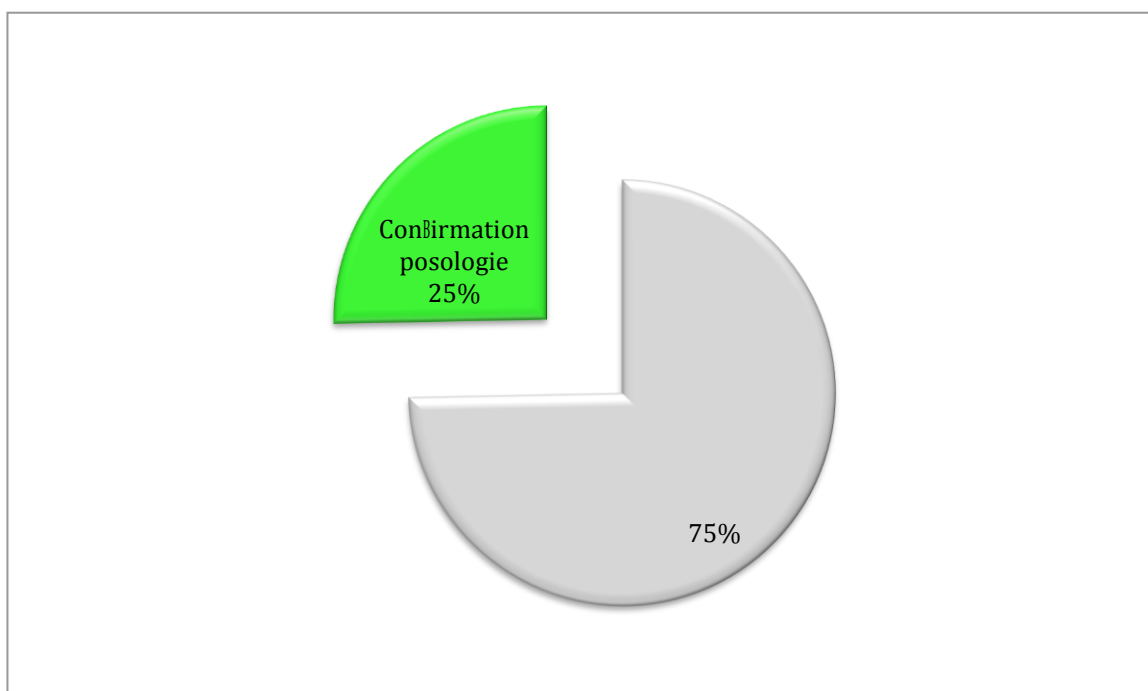


Figure 5 : Confirmation de posologies.

3. DEMANDE D'AVANCE DE TRAITEMENTS.

Elle a concerné 16,05 % de ces appels : les pharmaciens appelaient pour avoir l'autorisation d'avancer un médicament sans ordonnance.

Médicaments cités : SERESTA[®], STILNOX[®], VOLTARENE[®] 75, VENTOLINE[®], COVERAM[®], BETASERC[®], ATARAX[®], FUNGIZONE[®], Contraception orale, autres non précisés.

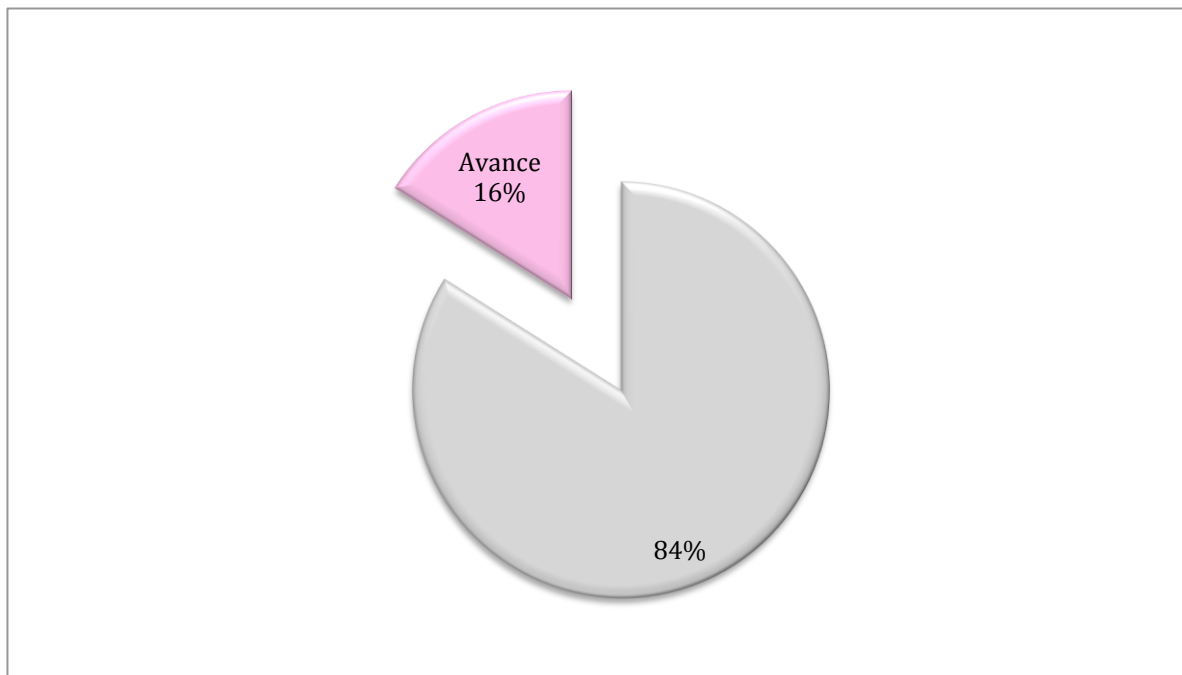


Figure 6 : Demande d'avance de traitements.

4. STUPEFIANTS.

Quatre pour cent (soit 6 appels) ont concerné leur prescription : règles du chevauchement mal appliquées, mauvaise rédaction de l'ordonnance sécurisée.

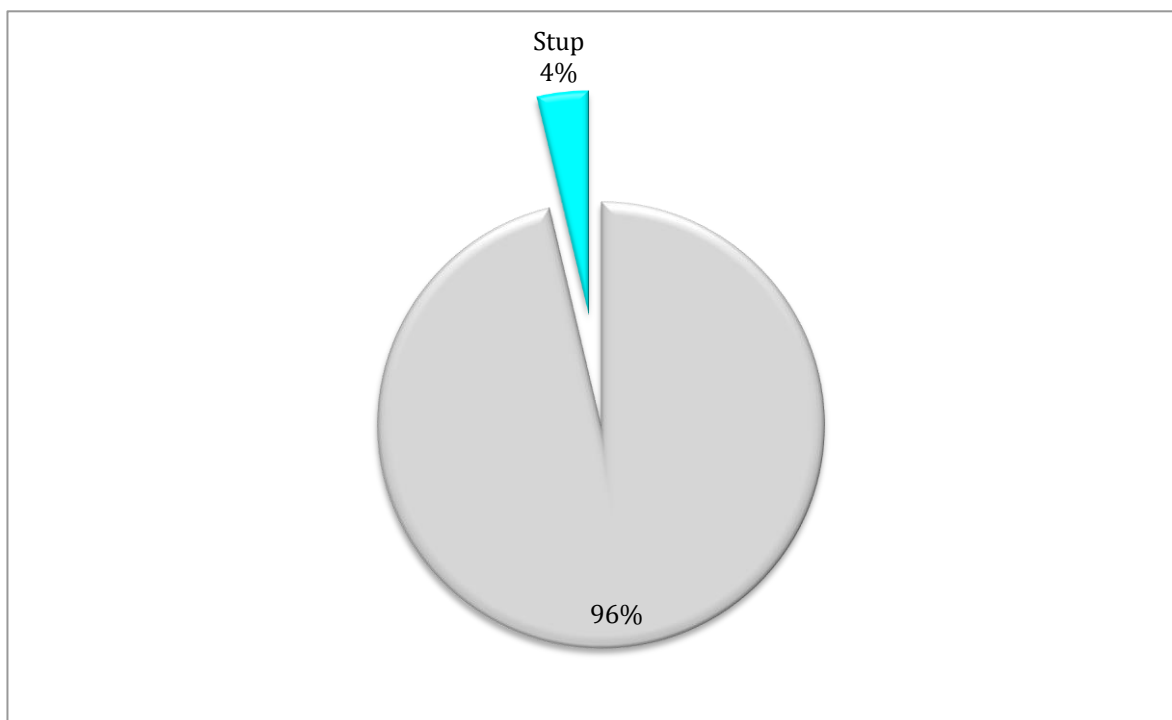


Figure 7 : Les stupéfiants.

5. GÉNÉRIQUES.

Seulement 2 %, soit 4 appels ont concerné leur prescription.

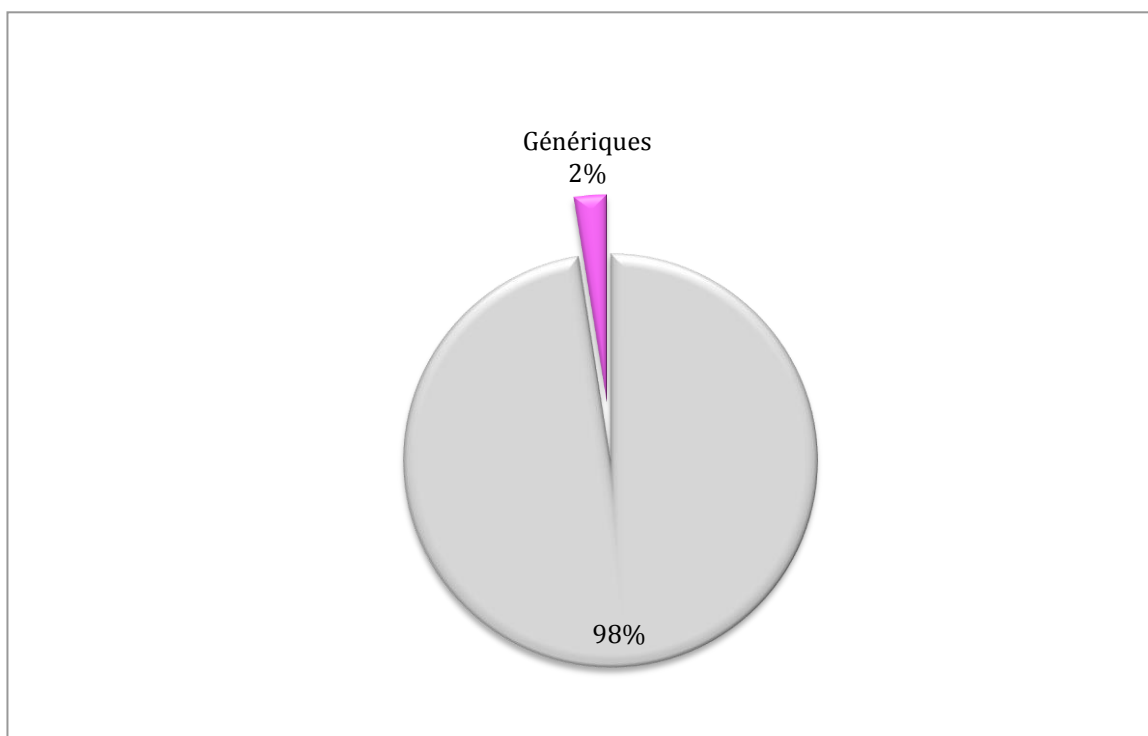


Figure 8 : Les génériques.

6. AUTRES MOTIFS.

La répartition des autres appels était la suivante :

- 2 pour prendre en charge un patient,
- 1 pour expliquer un bilan sanguin à la demande d'un patient,
- 1 seul pour confirmer un traitement devant une ordonnance illisible.

E MOTIFS DES APPELS ENTRANTS.

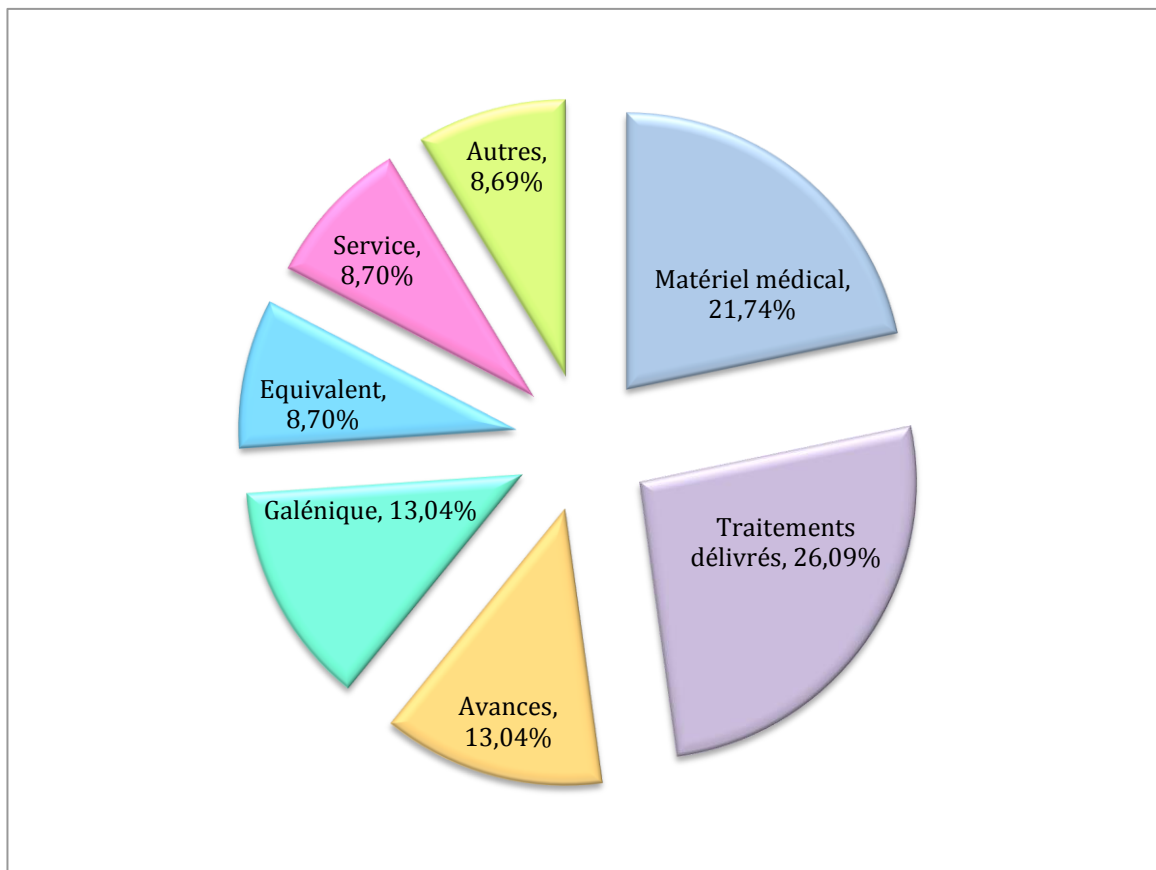


Figure 9 : Motifs des appels entrants.

1. TRAITEMENTS DELIVRES.

La majorité de ces appels, 26 % (soit 6 appels) concernait les traitements en cours, délivrés par les pharmaciens et en particulier 3 de ces 6 appels provenaient de remplaçants qui ne les trouvaient dans le dossier médical.

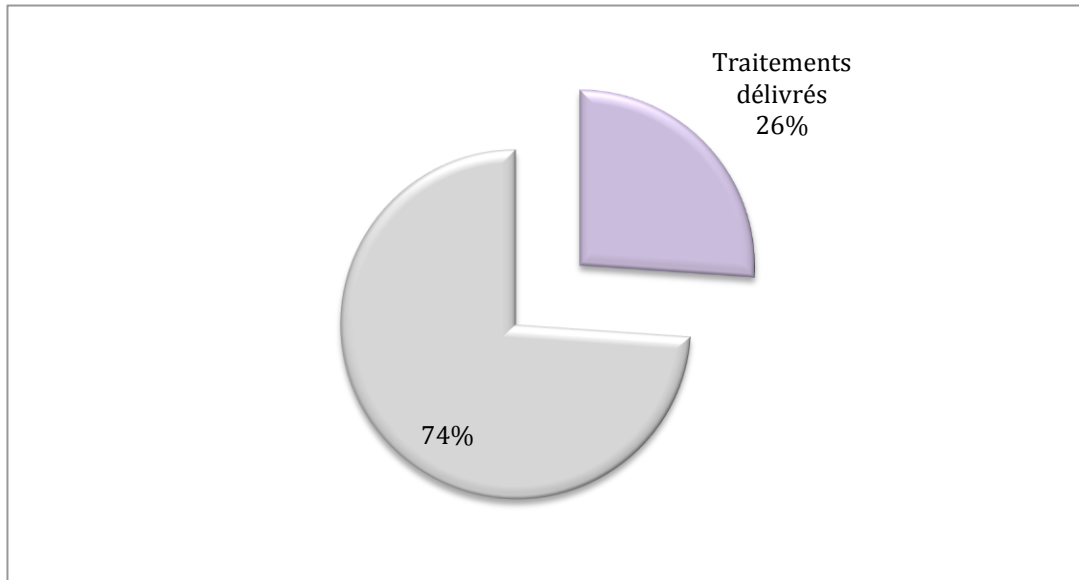


Figure 10 : Traitements délivrés.

2. MATERIEL MEDICAL.

Vingt deux pour cent (soit 5 appels) émanaient de médecins qui cherchaient des renseignements sur du matériel médical, notamment orthopédique : les différentes attelles existantes, leur disponibilité.

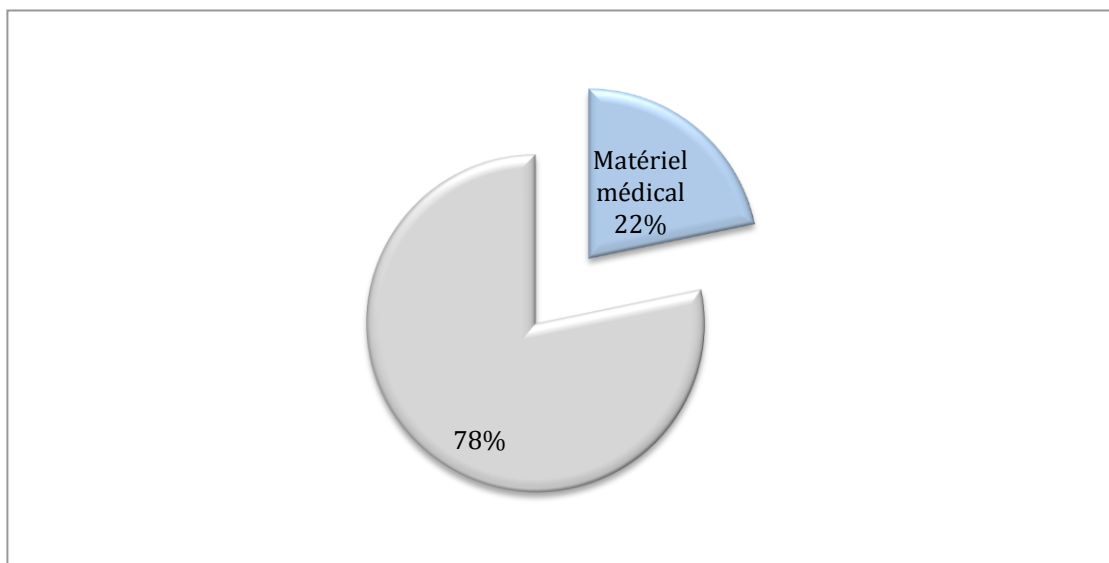


Figure 11 : Matériel médical.

3. AVANCE DE TRAITEMENTS.

Cette demande d'avance concernait 13% (soit 3 appels) :

- 2 de médecins qui ne pouvaient pas recevoir les patients le jour même pour un renouvellement et qui demandaient au pharmacien de faire l'avance sans ordonnance.
- 1 d'un médecin pour expliciter son refus de nouvelle délivrance sans ordonnance.

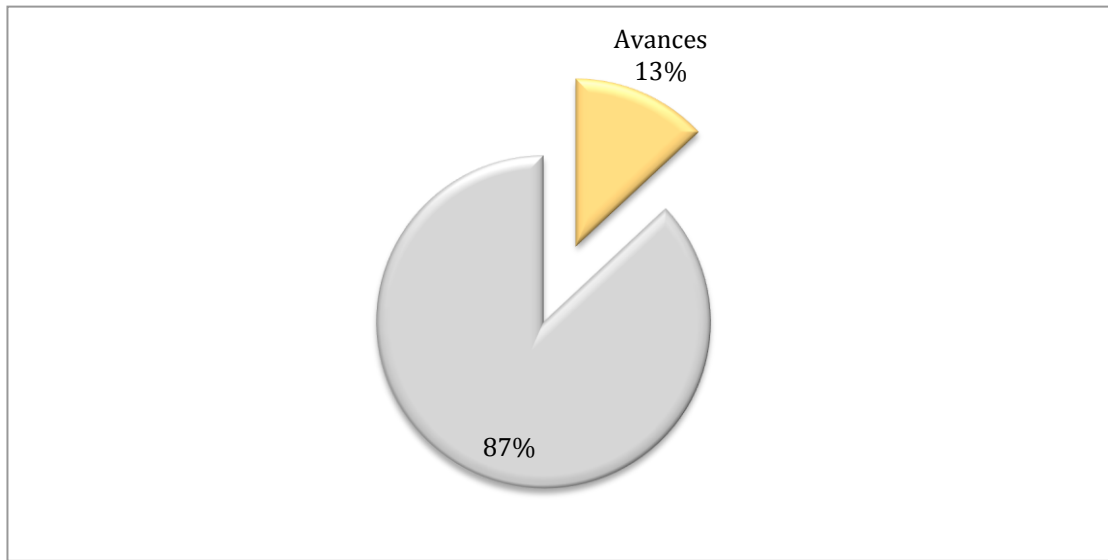


Figure 12 : Avance de traitements.

4. RENSEIGNEMENTS SUR LA GALENIQUE.

Treize pour cent (3 appels) concernaient des renseignements sur la galénique existante pour un même traitement.

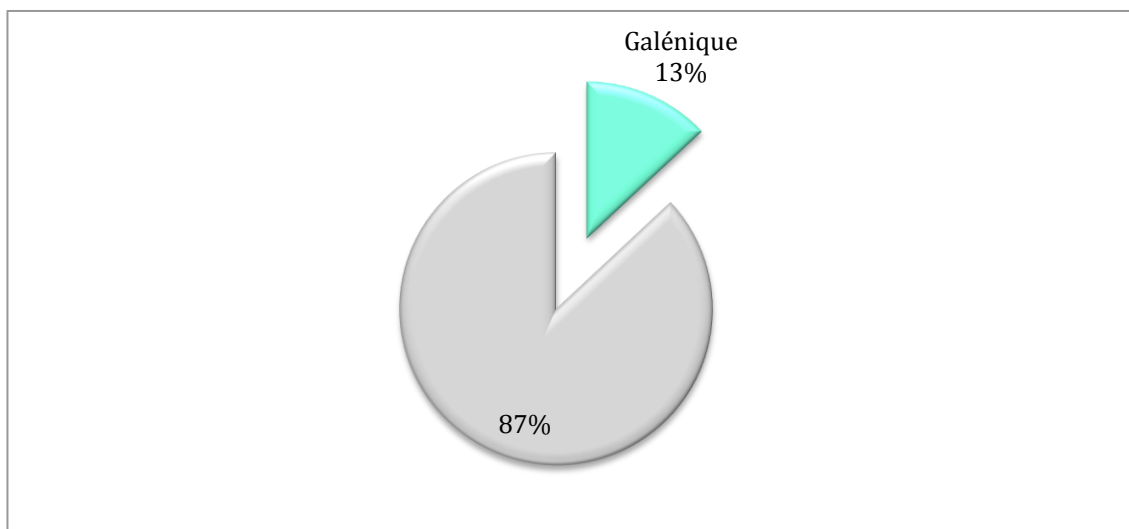


Figure 13 : enseignements sur la galénique.

5. TRAITEMENT EQUIVALENT.

Neuf pour cent (soit 2 appels) concernaient une demande de produit de remplacement devant une rupture de stock.

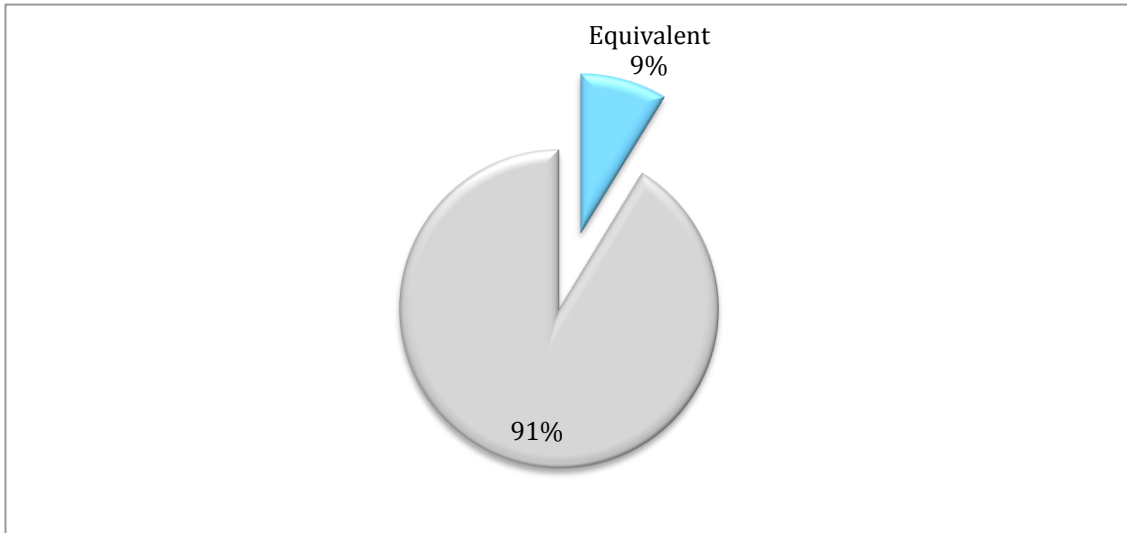


Figure 14 : Traitement équivalent.

6. SERVICE AU PATIENT.

La demande d'aide au patient a concerné 9 % des appels sortants (soit 2 appels) :

- 1 pour livrer des traitements au domicile d'un patient,
- 1 pour demander de bien vouloir attendre un patient malgré l'heure de fermeture proche.

Dans les 2 cas les pharmaciens ont accepté.

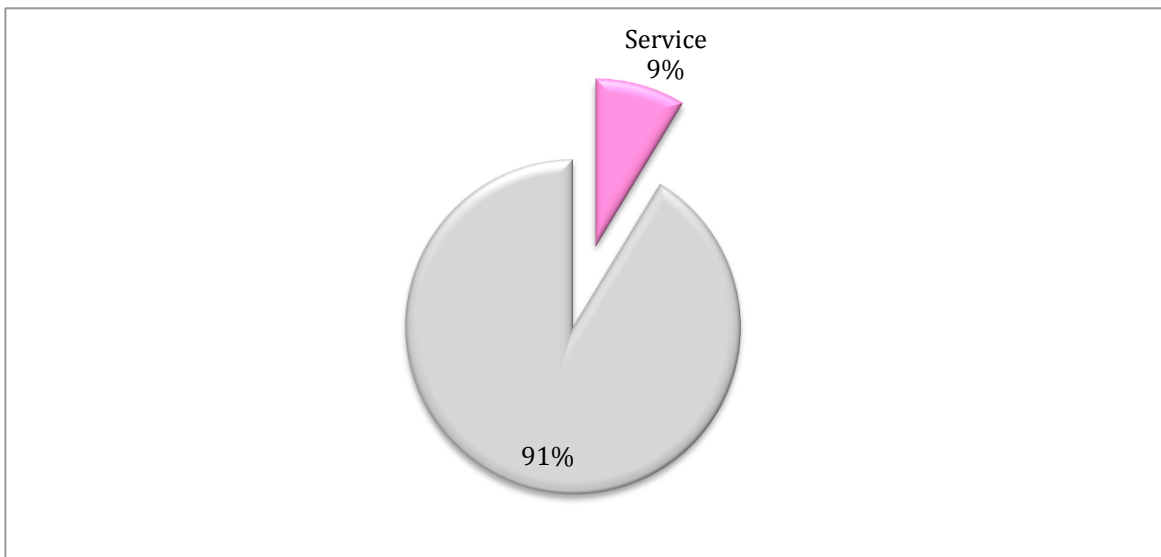


Figure 15 : Service au patient.

7. AUTRES MOTIFS.

Les 2 appels restants concernaient :

- une commande personnelle de médicaments à usage professionnel
- un renseignement sur la disponibilité d'un produit.

F LES ERREURS ÉVITÉES.

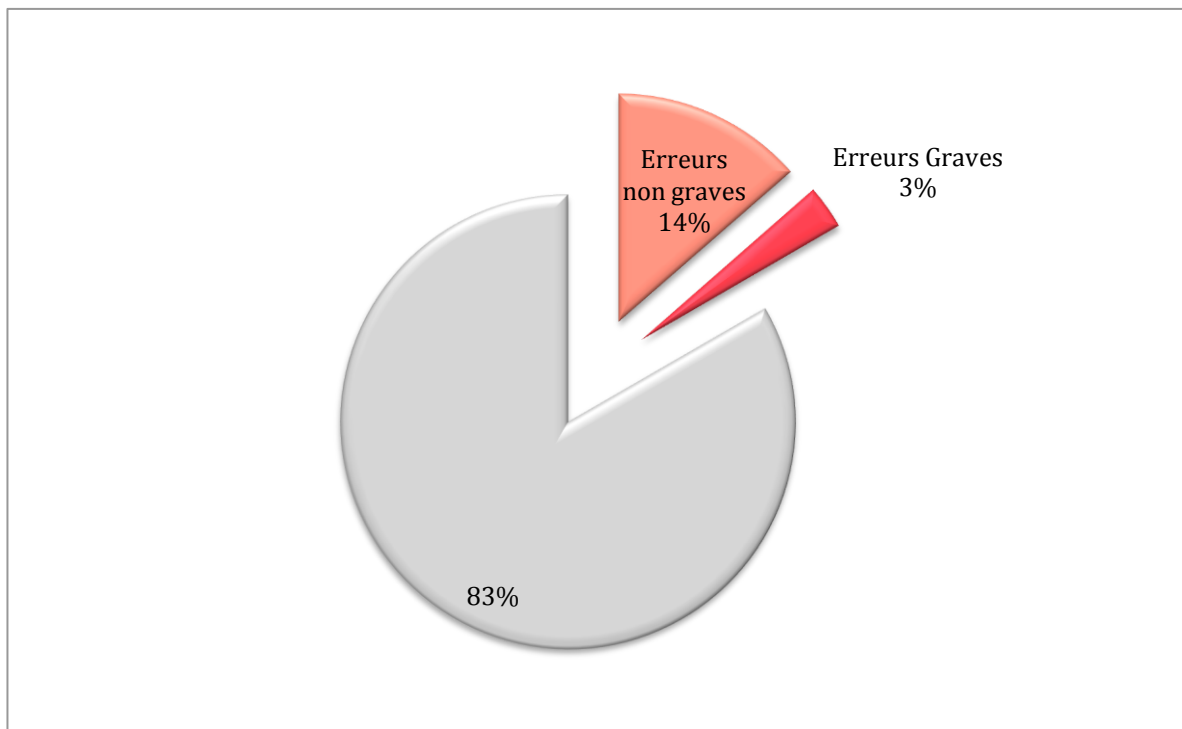


Figure 16 : Les erreurs évitées.

Dans 16,66 % des cas (27 appels parmi les sortants), l'appel passé par le pharmacien a permis de corriger une erreur d'un médecin généraliste, et 5 de ces appels ont même permis d'éviter des erreurs graves :

- 2 témoignaient de contre-indications absolues entre 2 médicaments d'une même ordonnance :
 - association sel de potassium - anti-hypertenseur hyperkaliémiant,
 - l'autre n'ayant pas été précisée.
- 2 alertaient le médecin sur une prescription incohérente, exemple cité: aérosols de GENTAMICINE[®] prescrits à la place de GOMENOL).

- 1 permettait de refaire le point sur une ordonnance pédiatrique contenant plusieurs erreurs majeures pour un enfant de 7 ans :
 - ! poids non noté,
 - ! DOLIPRANE® 150 mg 3 fois par jour,
 - ! ORELOX® 100 mg 2 comprimés matin et soir,
 - ! ADVIL® 100 mg 1 comprimé 6 fois par heure ...

G COOPÉRATION ENTRE LES DEUX CORPS DE MÉTIER.

Sous ce terme de coopération, il est envisagé qu'il y a eu une véritable entraide et pas seulement une conversation d'ordre « administratif ».

Dans le tableau de relevé, il n'y avait pas de colonne spécifique (ou spécifiant qu'il avait eu entraide), mais elle a été déduite grâce aux colonnes « motif », « réponse » et « ressenti ».

Globalement, elle a eu lieu dans 24,86 % des appels, soit 46 tous confondus (entrants ou sortants), environ 1 appel sur 4.

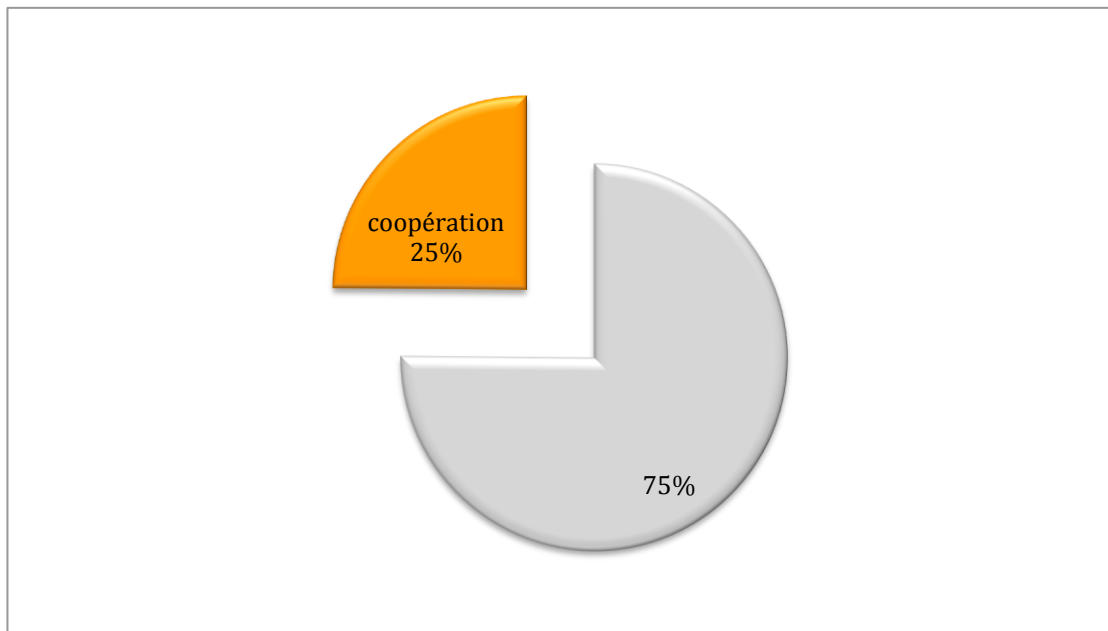


Figure 17 : Coopération médecin-pharmacien.

Lorsque le pharmacien appelait il y avait un échange productif dans 19,14 % des cas et dans la situation inverse, dans 65,22 % des cas mais cela n'a concerné que 15 appels.

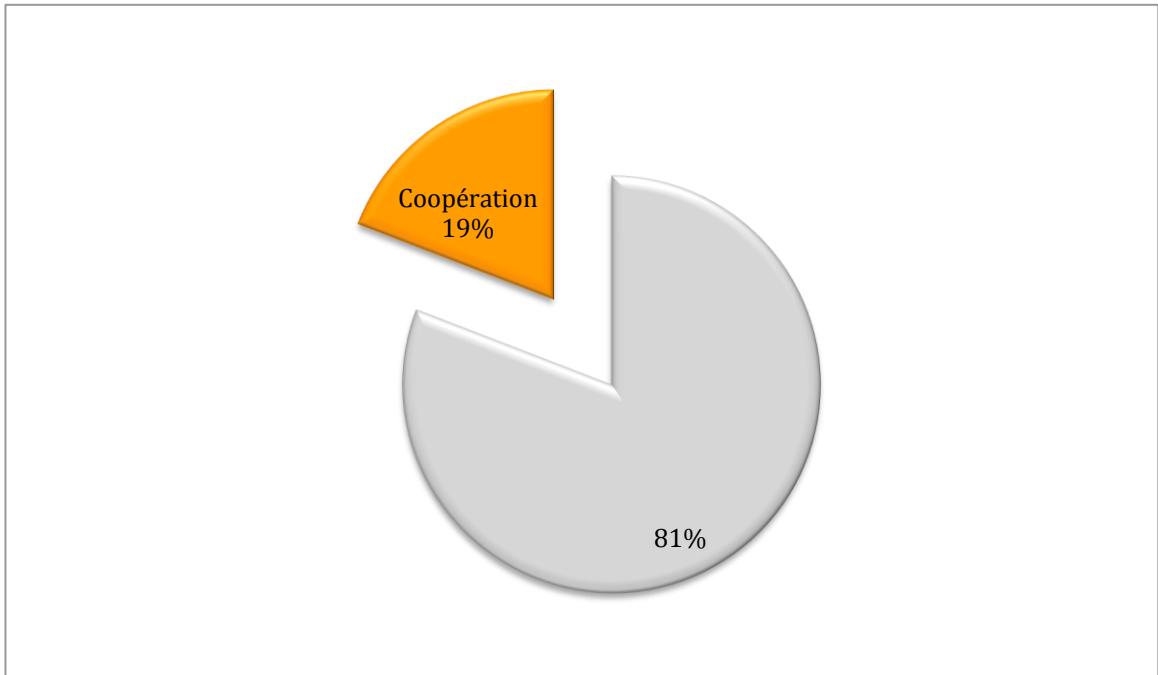


Figure 18 : Coopération lors des appels sortants.

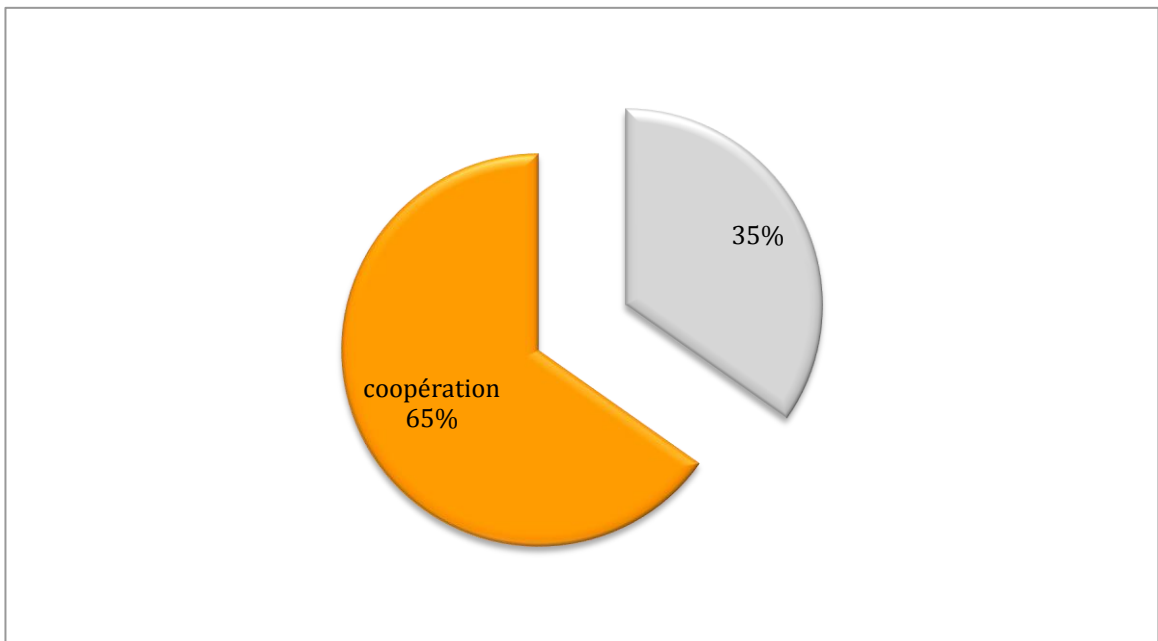


Figure 19 : Coopération lors des appels entrants.

Un seul appel (0,54 %) a sollicité l'expertise du pharmacien et sa connaissance du patient. Il s'agissait d'une fin de vie et le médecin demandait de l'aide pour la prescription du matériel médical. Les 2 professionnels étant déjà allés au domicile du patient, la discussion a permis de trouver le lit médicalisé le plus adapté à son confort, celui des aidants et à l'aménagement du domicile.

H QUALITE DU CONTACT.

En référence à la colonne ressenti du tableau.

Les pharmaciens ont jugé agréables 68 % des appels et désagréables 13 %.

La qualité de l'appel n'a pas été annotée 43 fois.

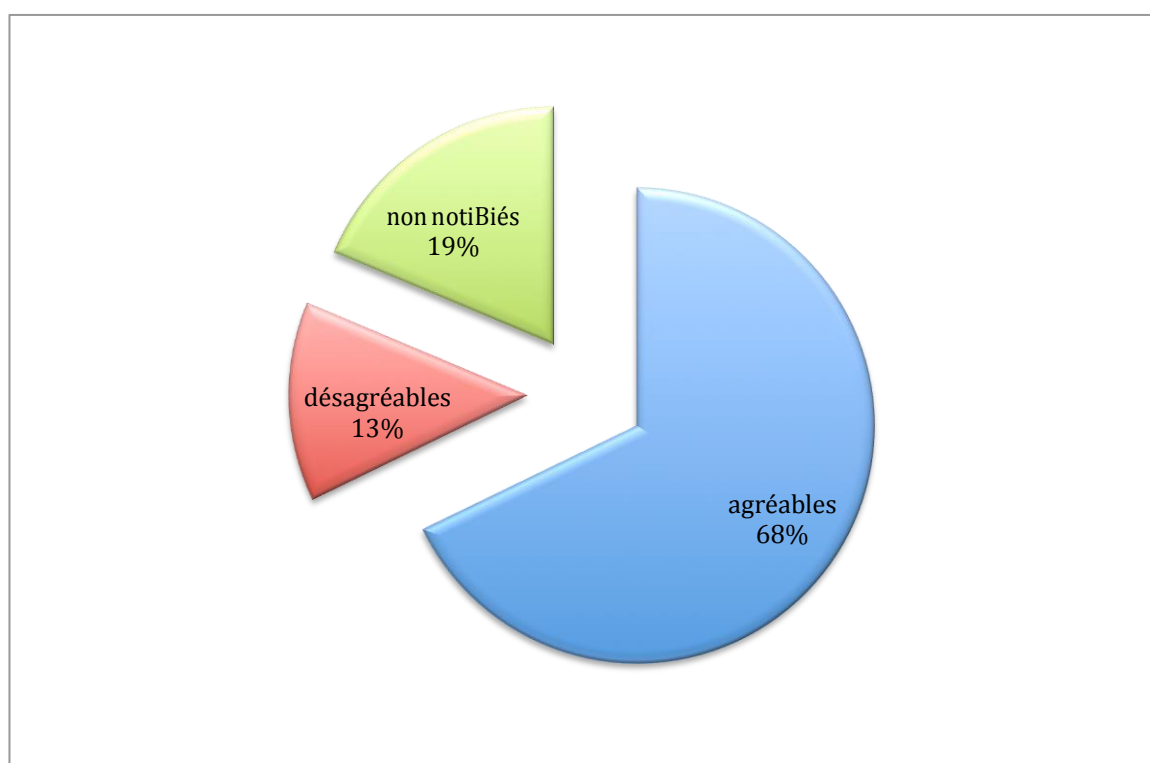


Figure 20 : Qualité des appels.

CHAPITRE 3:

Discussion.

I. POINTS FORTS ET LIMITES.

A POINTS FORTS.

1. ORIGINALITE.

Nous avons choisi d'étudier ce sujet suite aux nombreux constats sur le problème du médicament en France et notre incompréhension de la situation.

La communication médecin-pharmacien est quotidienne au travers des ordonnances et il est surprenant de constater que très peu d'études ou d'articles lui soient consacrés.

2. BONNES CONDITIONS DE REALISATION.

Dans l'ensemble, l'étude a motivé les pharmaciens : ils ont été étonnés qu'un médecin s'intéresse à leur travail et ils nous ont bien accueilli.

Les entretiens d'explication ont pu se dérouler à l'écart de la patientèle dans le calme et le respect mutuel.

3. LA POPULATION DES PHARMACIENS SOLLICITES.

Le groupe de pharmaciens choisis pour l'étude a des caractéristiques communes avec l'ensemble de la population des pharmaciens d'officine français, comme le montre le tableau 3, pourtant il semble difficile d'extrapoler quant au fait qu'elles soient comparables.

En moyenne :	ETUDE		NATIONAL	
Nb de pharmaciens par officine	2,79		2,4	
Nb de titulaires par officine	1,57		1,26	
Nb d'assistants par officine	1,2		-	
Age des pharmaciens	44,41 ans		46,6 ans	
Répartition F/H	61,53 %	38,46 %	68,15 %	31,85 %
% F/H chez les titulaires	45,45 %	54,54 %	54,8 %	45,2 %
% F/H chez les assistants	82,53 %	17,64 %	82 %	18 %
Age des titulaires F/H	44,7 ans	44,83 ans	49,7 ans	50,2 ans
Age des assistants F/H	45,79 ans	35,33 ans	43,5 ans	43,6 ans

Légende : F : Femmes.

H : Hommes.

% : pourcentage.

Nb : Nombre.

Tableau 3 : Caractéristiques des Pharmaciens sollicités par rapport à la moyenne nationale.

B LIMITES.

1. BIAIS DE SELECTION.

- . Les pharmacies choisies se trouvent dans un même secteur géographique, qui est également le lieu où j'exerce en tant que remplaçante de médecine générale... Les pharmaciens ont-ils accepté de participer par complaisance à un prescripteur ?

- La saison estivale a volontairement été écartée et l'on peut se demander si le relevé n'aurait pas été plus « riche » lors de cette période : patients en vacances non connus de la pharmacie donc pas d'historique à consulter, nombre plus important d'appels donc échantillon plus grand, mais potentiellement non représentatif puisque ce qui est intéressant ici c'est la coopération entre professionnels d'une même zone et donc travaillant régulièrement ensemble.
- Des pharmaciens ont confié ne pas appeler ou essayer d'éviter d'appeler certains généralistes sachant d'avance qu'ils risquaient de ne pas être bien reçus.
- Des généralistes refuseraient de répondre aux pharmaciens, ainsi les relations peuvent paraître meilleures qu'elles ne le sont réellement car ne sont répertoriés que les appels qui ont abouti.

2. BIAIS D'ECHANTILLONNAGE.

L'échantillon est réduit même si la quasi-totalité des pharmacies sollicitées a accepté de participer. Il est donc difficile de généraliser nos résultats à l'échelle nationale.

La sélection n'a pas été randomisée, elle s'est faite par facilité : à proximité, dans un même un secteur géographique.

3. BIAIS D'INTERPRETATION.

- Même s'il semble que les jeunes médecins aient une perception plus favorable du rôle du pharmacien (51), il n'en reste pas moins vrai que ma sœur jumelle est pharmacien d'officine : j'ai donc une vision probablement orientée et j'entends régulièrement parler des problèmes quotidiens au comptoir.

De plus, elle travaille dans une des officines qui a accepté de participer à notre enquête.

- Mon maître de thèse compte dans sa famille deux pharmaciens : un frère (qui participe à l'étude) et un fils ...

Mais c'est également ce qui a permis la réalisation de ce travail.

- Les pharmaciens sont-ils vraiment honnêtes dans leurs appréciations quant aux relations avec les médecins généralistes ? Ils ont estimé agréables 67,82 % des appels : n'ont-ils pas « enjolivé » les relations puisque je fais partie des prescripteurs ou en tout cas du corps médical ?
- Les données recueillies ont été analysées sans recours à un logiciel spécifique, ce qui pose le problème de la fiabilité des résultats.

4. BIAIS D'INFORMATION.

Certains relevés n'ont pas été exhaustifs. Les équipes officinales m'ont confié avoir oublié de temps en temps quelques appels...

II. PRINCIPAUX RESULTATS.

A AUCUNE RENCONTRE PHYSIQUE.

Il est apparu lors des entretiens préparatoires que les médecins et les pharmaciens se connaissaient rarement même en travaillant à proximité.

Il n'est donc pas étonnant qu'ils ne se rencontrent pas et que la communication entre eux soit source de frustration, aucune relation de confiance n'ayant pu se développer au préalable.

B PAUVRETE DES ECHANGES.

Les résultats paraissent pauvres et superficiels. Les problèmes donnant lieu à des appels concernent la forme et pas le fond, c'est-à-dire qu'aujourd'hui le pharmacien appelle le médecin pour régulariser une ordonnance mais pas pour l'améliorer.

Il y a donc peu de bénéfices tant pour le patient que pour chacun des intervenants.

L'étude a veillé à ne pas influencer les pharmaciens : libre champ a été laissé pour avoir un extrait des leurs réels échanges et non « une réalité modifiée ».

Le constat reste décevant : l'accent est le plus souvent mis sur l'erreur que sur la mise à profit de deux expertises complémentaires au bénéfice du patient (51).

C QUALITE DU CONTACT.

L'étude : «*Evaluation d'actes pharmaceutiques à l'officine* » (46) de novembre 1999 a permis d'apprécier la qualité de la relation avec les médecins : elle est majoritairement très satisfaisante (92 à 98 %) et cette analyse est confortée par l'enquête récente des ARS (10).

Cause du contact	Fréquence du contact	Qualité du contact	
		Bonne ou très bonne	mauvaise
Interactions médicamenteuses	47 %	92 %	8 %
Anomalies de posologies	58 %	93 %	7 %
Effets indésirables	38 %	98 %	2 %
Inobservance	20 %	97 %	3 %

Source : Evaluation d'actes pharmaceutiques à l'officine, novembre 1999.

Tableau 4 : Qualité de la relation avec les médecins.

Les chiffres de l'étude effectuée dans le Sud des Landes, bien que suivant la même tendance, ne sont pas aussi optimistes : seulement 68 % d'échanges agréables. Toutefois, cette perception est à moduler selon le motif de l'appel: de 92 à 98%.

Plusieurs facteurs peuvent expliquer cette différence :

- la taille des échantillons n'est pas comparable,
- le médecin est de plus en plus sollicité téléphoniquement,
- le pharmacien a plus besoin de se couvrir médico-légalement avec l'aval du médecin, donc il l'appelle plus, interrompant ses consultations,
- le DP permet de relever plus d'erreurs d'où toujours plus d'appels au médecin,
- le nomadisme des patients augmente,
- le nombre de médicaments augmente aussi...

De façon étonnante, 43 appels n'ont pas été notifiés. Les pharmaciens n'oseraient-ils pas dire à un médecin généraliste que leurs relations ne sont pas toujours aussi cordiales ?

Pourquoi un chiffre d'abstention aussi élevé ?

D PROBLEMES PRINCIPAUX.

1. DEMANDE D'AVANCE.

Plusieurs cas de figure sont à distinguer :

a. Renouvellement d'un traitement chronique.

Le pharmacien ne voulant pas refuser la délivrance d'un traitement chronique (exemple des antihypertenseurs ou des antidiabétiques oraux) afin de ne pas l'interrompre et de faciliter l'observance, peut être obligé d'appeler le médecin traitant pour une régularisation.

Dans cette étude, les pharmaciens n'ont pas précisé s'ils avaient déjà délivré une boîte comme ils ont le droit de le faire, si c'est le médecin qui avait oublié de le renouveler sur la dernière ordonnance ou encore si le patient était coutumier du fait.

Il semble toutefois préférable que le pharmacien téléphone : cela permet de rappeler au patient qu'il doit consulter, de le noter dans son dossier pour éviter les avances multiples ou de refuser la régularisation qui n'est pas légitime.

Et si le médecin refuse, cela montre au patient que le pharmacien a bien joué son rôle et qu'ils travaillent en collaboration.

b. L'avance de traitement ponctuel.

Le pharmacien a aujourd'hui plus que jamais besoin de se couvrir au niveau médico-légal mais aussi vis à vis de la sécurité sociale pour le remboursement des traitements.

La VENTOLINE® chez les personnes hors de leur résidence habituelle, est un exemple cité dans notre étude.

Déontologiquement, il paraît difficile de refuser la délivrance. Si le patient ne veut pas faire l'avance des frais (cas le plus fréquent), il doit présenter une ordonnance. Sinon, tenant compte des contre-indications et ne connaissant pas toujours le patient, il doit téléphoner au médecin.

c. Les psychotropes.

En 2009, un état des lieux de l'AFSSAPS (Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé) plaçait la France au deuxième rang des pays européens consommateurs d'anxiolytiques (après le Portugal) et d'hypnotiques (après la Suède) (57).

En 2012, 131 millions de boîtes de benzodiazépines ou apparentés ont été vendues en France : 11,5 millions de français en ont consommé au moins 1 fois (58).

Le mésusage des psychotropes (exemple du STILNOX® cité dans notre étude) met le pharmacien en difficultés, en l'obligeant à d'âpres négociations.

2. RUPTURE DE STOCKS.

Une rupture d'approvisionnement d'un médicament est définie comme une incapacité pour une pharmacie à le dispenser dans un délai de 72 heures.

Les causes sont multiples : elles peuvent être liées à sa fabrication (indisponibilité de matières premières, défaut de qualité, etc.) ou à des dysfonctionnements liés à sa chaîne de distribution.

Un dispositif de prévention a été mis en place par le Ministère de la Santé, notamment par la publication d'un décret (du 28 septembre 2012, relatif à l'approvisionnement en médicaments à usage humain, pris en application de l'article 47 de la loi n° 2011-2012 du 29 décembre 2011).

Ce décret a renforcé les obligations pesant sur tous les acteurs de la chaîne :

- Les entreprises pharmaceutiques exploitant le médicament sont tenue d'informer ANSM en cas d'anticipation d'une situation de rupture potentielle.
- les grossistes-répartiteurs doivent respecter leurs obligations de service public sur tout le territoire de répartition autorisé, notamment en assurant un approvisionnement en moins de huit heures le samedi à partir de 14h, le dimanche et les jours fériés.
- Les pharmaciens d'officine et hospitaliers ont l'obligation de signaler les ruptures dont ils n'ont pas été encore informés par l'exploitant ou par l'ANSM via les centres d'appel d'urgence.

L'ANSM informe parallèlement les professionnels de santé des ruptures d'approvisionnement effectives ou anticipées et précise, s'il y a lieu, les recommandations éventuelles pour gérer cette pénurie.

Malgré tout ce système, nous remarquons au travers de notre étude qu'il s'agit d'un problème fréquent et chronophage pour le médecin mais aussi le pharmacien.

Le problème prend une autre ampleur quand le patient et (ou) la santé publique en subissent les conséquences, comme on peut le voir avec l'exemple actuel des vaccins combinés contenant la valence coqueluche.

Les arguments liés aux contraintes industrielles, aux incidents techniques, aux modifications de composition nécessaires peuvent aisément être entendus, mais les patients ne doivent pas pâtir des restructurations industrielles, des stratégies commerciales, des questions de rentabilité, voire de la pénurie organisée pour promouvoir des « nouveautés plus chères ».

Lors des ruptures de stocks, il est bien difficile d'en connaître les raisons et le terme. Les instances gouvernementales (ANSM et ARS) semblent bien impuissantes (59).

3. GENERIQUES.

Ils posent beaucoup de problèmes au pharmacien au quotidien (si on tape dans Prescrire.org « officine génériques problèmes » on retrouve 540 textes (60)), mais cela ne transparait pas dans les résultats de l'étude.

En effet, la substitution participant à sa rémunération, il semblait attendu que le pharmacien solliciterait beaucoup plus le médecin. Il est probablement « rodé », et a dû acquérir une certaine autonomie, peut-être négocie-t-il plus facilement avec les patients.

4. ORDONNANCES ILLISIBLES.

Un seul appel a concerné une prescription illisible. Il y en a probablement eu d'autres mais ils n'étaient pas notifiés comme tels.

Est-ce parce que l'historique détenu par le pharmacien lui a permis d'identifier la prescription difficile à déchiffrer?

La généralisation des logiciels de prescription avec des ordonnances pré-imprimées serait-elle une explication ?

Le pharmacien évite-il d'appeler les prescripteurs pour cette raison ?

Une officine nous a confirmé ne pas oser appeler un médecin peu enclin à répondre agréablement ...

5. SUIVI.

Malgré son rôle reconnu dans l'observance comme nous l'avons vu notamment au travers du rapport de l'IGAS de juin 2011 (10), nous n'avons relevé qu'un seul appel à un généraliste pour lui signaler que son patient sous traitement substitutif était venu acheter une *steribox*, ceci au risque de perdre sa confiance et de ne plus le suivre.

Il n'y a eu aucun appel pour signaler un effet indésirable médicamenteux ou une suspicion d'allergie, alors que dans l'étude lyonnaise (45), on notait 91 cas sur les 603 rapportés.

6. STUPEFIANTS.

Ils n'ont concerné que 6 appels (4%) :

- 4 sur la non conformité de la rédaction de l'ordonnance,
- 2 pour s'assurer de l'absence d'abus dans le cadre d'un chevauchement d'ordonnance.

Ces 6 appels auraient pu être évités si les prescripteurs avaient respectés les règles de prescription (2 provenaient du même addictologue).

Nous n'avons pas demandé aux pharmaciens de noter le nombre d'ordonnances traité sur la période ce qui aurait pu nous permettre de calculer le pourcentage d'interventions pharmaceutiques pour chaque officine.

Mais nous n'aurions pas pu le comparer aux 1,97 % des enquêtes des ARS ou de IGAS de juin 2011 (10) qui tenait compte de l'ensemble des interventions quel que soit le prescripteur.

III. LES ENTRAVES A LA COOPERATION.

A DES FORMATIONS INITIALES EN PARALLELE.

Il existe un cloisonnement des formations initiales malgré des objectifs communs et des rôles complémentaires, parfois même se chevauchant.

Ces formations bien que dans la plupart des cas sur un même lieu (mêmes universités) ne leur permettent pas de se rencontrer.

B L'IMAGE DU PHARMACIEN.

Il règne actuellement un climat médiatique un peu hostile pour le pharmacien qui porte à croire qu'il n'est qu'un vendeur de médicaments, comme on pourrait faire l'amalgame lors des manifestations contre la perte du monopole, image qu'il accentue lui-même avec par exemple la vente sur internet.

Avec cette autorisation de vente sur internet, l'accès libre à certains médicaments (« over the counter ») et la forte revendication de ce droit par certains pharmaciens, la profession ne se saboterait-elle pas toute seule ?

Dans ces conditions, comment revendiquer une place dans le système de soins primaires et vouloir revaloriser la profession ?

Ainsi, comme le précise la Revue PRESCRIRE, *Pharmaciens-soignants*, n° 374, décembre 2014, il s'agira pour le pharmacien de bien faire attention de ne pas défendre « *un monopole, mais bien une compétence au service des patients et en coopération avec les autres soignants* » (61).

C L'IMAGE DU MEDECIN.

Les français font confiance au médecin pour ses prescriptions médicamenteuses alors que sa formation initiale en pharmacologie est limitée. Ainsi, une étude menée en 2006 auprès de 37 facultés de médecine françaises aboutissait à une moyenne de 67,6 heures de cours au total pour les 6 années de formation médicale (62). Cette moyenne était déjà très inférieure aux 120 heures recommandées par l'Association Européenne de Pharmacologie Médicale. La prescription est probablement l'acte le plus fréquent d'un futur praticien et donc celui auquel il devrait être le mieux préparé.

En 2013, une enquête menée dans le cadre du rapport Bégaud relatif à « *la surveillance et la promotion du bon usage du médicament en France* » (63), auprès de

facultés de médecine de plusieurs pays d'Europe (France, Suède, Pays Bas, Royaume Uni, Italie, Espagne) confirme que le volume horaire consacré en France à la connaissance et à la prescription du médicament au cours du cursus médical est inférieur (1,5 à 4 fois) à celui de nos voisins.

Malgré cela, le pharmacien n'ose pas le critiquer ou lui rappeler les règles de bonne pratique.

D LA COMMUNICATION.

La communication amorcée par le pharmacien porte le plus souvent, comme nous l'avons vu, sur un problème relatif à une ordonnance : posologie, interactions médicamenteuses, rédaction incorrecte et ou illisible, demande d'avance...

Le médecin perçoit souvent cette communication comme une remise en question de ses décisions cliniques et une atteinte à son égo (51).

La discussion débute mal puisqu'elle est souvent centrée sur le problème et non sur le patient, et le médecin le vit souvent comme une erreur (51).

E LE DOSSIER MEDICAL.

Le pharmacien n'y a pas accès, ce qui peut rendre difficile son travail, et nous pouvons imaginer que cela ne va pas s'améliorer avec les nouvelles missions qui lui seront confiées.

Etant sensé ne connaître ni les antécédents ni le diagnostic, comment peut-il vérifier le respect de l'AMM ou les contre-indications ?

F LE MODE DE REMUNERATION.

Le mode de rémunération à l'acte incite le médecin à ne pas perdre son monopole ou en tout cas est une entrave au partage des tâches voire à la substitution de certaines de

ses compétences par le pharmacien et de façon générale au profit d'un autre professionnel de santé.

Pourquoi laisserait-il un pharmacien correspondant faire un renouvellement ?

Le transfert de tâche représente pour lui plus de travail administratif (rédaction d'un protocole de coopération avec le pharmacien correspondant, par exemple) et moins de consultations rémunérées. Au final, il continue à suivre son patient mais le perd de vue. La rédaction de ce protocole paraît largement plus contraignante, chronophage et moins rassurante que de voir le patient plus régulièrement.

N'est-il pas légitime que le généraliste s'insurge quand la loi envisage de rémunérer le pharmacien pour la surveillance des INR alors qu'il l'a fait au quotidien?

Comment inciter le pharmacien à passer du temps avec un patient sans rémunération de son activité, sans compter qu'il aura également à remplir ce protocole et mettre son officine aux normes pour avoir un local de confidentialité.

G LE VIDE JURIDIQUE.

Au niveau juridique, une évolution de la législation serait souhaitable afin que les nouvelles missions confiées au pharmacien s'accompagnent des responsabilités qui vont avec. La loi aujourd'hui ne lui donne ni le pouvoir ni les responsabilités lors de cette délégation (64).

A qui incombera la faute en cas d'erreur chez un patient suivi à la fois par son pharmacien correspondant et par son médecin traitant ? Où se trouve la limite de la coopération ?

La loi, quand elle existe, met le pharmacien dans une mauvaise posture quand il ose s'affirmer. En effet, il demeure responsable de la délivrance, même dans le cas où le médecin maintient sa prescription (Conseil d'Etat, 29 juillet 1994, Mme GUILLOTIN : requête n°121615).

Sa seule façon de s'opposer au prescripteur est de refuser la délivrance.

H LE MANQUE DE RIGUEUR DE CERTAINS PRESCRIPTEURS.

Les ordonnances mal rédigées sont à l'origine d'appels téléphoniques qui pourraient être évités. Leur conformité permettrait au pharmacien d'économiser du temps et des risques pour le patient, mais aussi éviterait au médecin d'être dérangé ou de devoir refaire une ordonnance.

La répétition peut se transformer en usure et entraîner des tensions : le pharmacien ne se sent pas respecté et dérange régulièrement le médecin. Parfois la situation se dégrade : le pharmacien ne téléphone plus et le patient revient chercher la traduction au cabinet.

I LE MANQUE DE RIGUEUR DE CERTAINS PHARMACIENS.

Ils ont aussi leur part de responsabilité quant à leur manque d'intégration dans le système de soins. Même si le conseil lors de la délivrance d'un médicament est un rôle reconnu par tous (10), dans la réalité, certains manquent à leurs devoirs, comme l'a montré l'enquête de l'UFC-Que Choisir menée auprès de 648 officines (65), en 2012. Selon l'association de consommateurs, face à une personne sur le point d'acheter une boîte d'ASPIRINE et une autre d'IBUPROFENE :

- seules 52 % des officines ont signalé spontanément le risque d'interaction entre ces deux molécules,
- 10 % évoquant ce risque uniquement après une question du patient.
- Les autres pharmacies n'ont pas rempli leur devoir de conseil.

J LES PETITES OFFICINES.

Pour celles qui ne comptent qu'un pharmacien et malgré la présence d'un ou plusieurs préparateurs, comment concilier entretien pharmaceutique sans être dérangé et

surveillance de la délivrance ? Comment agrandir l'effectif si le budget ne le permet pas ?

Pour les plus anciennes ou de petite superficie comment libérer un espace de confidentialité ? Sont-elles vouées à mettre la clé sous la porte ou à être transférées ?

K L'ENJEU ECONOMIQUE.

Si nous devons aller au-delà du problème de la rémunération du médecin et du pharmacien qu'implique le transfert de tâche, mais aussi de l'investissement et du recrutement pour développer de nouveaux services au sein de l'officine, les pouvoirs publics pourraient s'interroger sur l'aide la plus pertinente à apporter.

Les nouvelles missions du pharmacien ont pour objet principal de faire gagner du temps au médecin, de développer la prévention primaire et d'accroître les possibilités d'accompagner les patients chroniques. Compte tenu de ces objectifs, serait-il plus judicieux d'investir dans les officines ou dans les cabinets de généralistes en renforçant leurs moyens, voire en créant autour d'eux une équipe intégrant des infirmières ou même, comme dans certains pays, des pharmaciens cliniciens (66) (67) ?

Les difficultés économiques des officines ne doivent pas être à l'origine de nouveaux services qui ne seraient envisageables que si leur apport en terme de santé publique était avéré et si le pharmacien d'officine était le plus à même de les fournir de manière efficiente (10).

IV. POURQUOI VOULOIR AMELIORER LA COOPERATION ?

Plusieurs raisons à cela :

A LA LOI HPST PREVOIT UNE COOPERATION.

De nouvelles missions vont être confiées au pharmacien d'officine, l'incluant dans les soins de premier recours, la prévention, le dépistage, le traitement, l'éducation et le suivi des patients.

Selon cette loi, le médecin désignera avec l'accord du patient un « pharmacien correspondant » qui pourra renouveler les traitements médicamenteux, ajuster les posologies et évaluer leur pertinence.

Cette prise en charge particulière serait financée par les assurances maladies obligatoires et complémentaires.

B L'AMELIORATION DE LA QUALITE DES SOINS POUR LES PATIENTS.

Les études montrent un bénéfice dans la prise en charge de pathologies chroniques comme l'hypercholestérolémie ou l'HTA (68)(69)(70). Celle parue en 2008 dans la Revue belge MINERVA et réalisée aux Pays-Bas précisait que les patients (n=778) bénéficiant d'un accompagnement complémentaire par le pharmacien d'officine dans le suivi et le traitement de leur HTA avaient 1,74 fois plus de chances d'atteindre une pression artérielle normale que ceux traités de manière courante ($p < 0,001$) (71).

C L'AMELIORATION DU COUT/EFFICACITE DE NOS ORDONNANCES.

Elle serait effective en exploitant au mieux le spécialiste du médicament qu'est le pharmacien d'officine.

En effet, il est nécessaire d'assurer l'efficacité des prises en charge au regard des difficultés croissantes de financement des dépenses de santé.

D UNE DEMOGRAPHIE MEDICALE EN DECLIN.

L'officine et le pharmacien ont par leur accessibilité une place de premier choix dans les soins primaires.

Une meilleure collaboration pourrait pallier à l'évolution de la démographie médicale, aux disparités de répartition territoriale et aux besoins croissants de prise en charge sanitaire liés à l'explosion des maladies chroniques et des polyopathologies dans un contexte de vieillissement de la population.

Le pharmacien, souvent sollicité par les patients pour du conseil, se trouve donc être une porte d'entrée dans le parcours de soins et peut alors les orienter vers le médecin ou leur donner des conseils d'automédication.

V. PROPOSITIONS D'AMELIORATION.

A DECLOISONNER LES FORMATIONS.

Connaître et reconnaître les compétences de chacun permettrait notamment au médecin généraliste de coordonner au mieux les soins autour du patient.

Dans le cadre de la formation initiale qui a souvent lieu dans les mêmes facultés, la mise en place de modules communs pourrait leur permettre de mieux comprendre leurs compétences respectives.

Une expérience de formation initiale interprofessionnelle a eu lieu, à la faculté de Angers, en 2012 (72) : un module de 2 journées par an a été mis en place et le programme, destiné à des internes de médecine générale et des étudiants en pharmacie de 6^{ème} année de la filière officine, a été construit par des formateurs du département de médecine générale et de la faculté de pharmacie.

Au terme de ces 2 journées, 57 % des étudiants pharmaciens et 67 % des internes se déclaraient très satisfaits.

Ils renaient trois notions : le désir et la possibilité de communiquer entre médecins et pharmaciens, les propositions pour savoir dire non à une demande inacceptable et la nécessité de réfléchir aux représentations sur le médicament générique.

Nous pourrions également imaginer favoriser des lieux d'échanges dans le cadre de la formation continue.

L'IRMG (institut de recherche en médecine générale) organise par exemple un séminaire "*Pharmaciens et médecins généralistes ensemble pour améliorer la prise en charge des patients diabétiques de type 2*" dont l'objectif est d'initier ou de renforcer la coopération et la coordination entre eux avec le partage d'expériences .

B CHANGER LES MENTALITES.

Se référer au pharmacien comme le spécialiste du médicament et non le simple exécutant de l'ordonnance, avec le développement des bilans de médication, ou prendre exemple sur les cercles de qualité suisses, serait une véritable révolution.

Le médecin l'appellerait pour avoir son avis comme il le ferait avec n'importe lequel de ses confrères spécialistes.

Veiller à la mise en place de formations initiale et continue solides en pharmacie clinique, centrée sur l'intérêt premier du patient, serait alors un objectif prioritaire, comme le souligne le « *Rapport sur la surveillance et la promotion du bon usage du médicament en France* » (63).

La solution ne semble donc pas passer par le transfert de tâches, qui au contraire, pourrait majorer la scission du fait de la concurrence économique qu'il engendre.

Faut-il encore supposer que tous les deux soient affranchis de l'industrie pharmaceutique...

1. BILAN DE MEDICATION.

Les hautes instances de la santé en France éditent des recommandations pour donner un cadre à la coopération mais comme on peut le voir dans celle de l'HAS, de 2008, «*Délégation, transferts, nouveaux métiers... comment favoriser des formes nouvelles de coopération entre professionnels de santé ?* » (64), cela ne concerne que les infirmières et les kinésithérapeutes, les pharmaciens ne sont pas évoqués.

Cette proposition repose évidemment sur l'hypothèse qu'il puisse accéder au dossier du patient et qu'il ait les compétences nécessaires pour optimiser les prescription, mais ceci reste à démontrer et nous ne retrouvons pas d'étude en France.

Les pharmaciens rencontrés au cours de la mission de l'IGAS en 2011 (10), semblaient, dans leur grande majorité, confiants dans leur capacité à apporter des conseils pertinents aux médecins. Mais la plupart de ceux-ci doutaient que leur intervention puisse être utile, considérant que l'optimisation de l'ordonnance relevait de leur seule responsabilité.

Le pharmacien a-t-il la formation suffisante pour la réalisation de tels bilans et devenant à la fois prescripteur et délivreur sera-t-il suffisamment objectif, certains médecins avançant le conflit d'intérêt?

Il s'agirait d'une option ouverte au corps médical, via une prescription et sans intervention intempestive du pharmacien. Le médecin usera-t-il de cette opportunité ? A-t-il conscience de ses limites quant à la connaissance des médicaments ? Fera-t-il suffisamment confiance en son collègue?

L'étude landaise montre bien qu'actuellement les médecins ne téléphonent pas aux pharmaciens pour avoir leurs avis : seulement 1 appel sur les 185 exploités pour faire le point sur un patient en particulier.

Ce bilan de médication sera probablement peu utilisé, mais il n'est pas exclu que certains médecins y adhèrent.

La mission de l'IGAS dans son rapport de 2011, a noté avec intérêt qu'aux Pays-Bas, les médecins généralistes et les pharmaciens se réunissaient régulièrement pour analyser ensemble les prescriptions (10).

Pourquoi ne pas l'imaginer en France et utiliser au mieux les compétences du pharmacien en matière d'analyse pharmaceutique ?

Si ce bilan se concrétisait, il resterait à étudier le mode de rémunération et la responsabilité de chacun (10).

2. CONCILIATION MEDICAMENTEUSE.

Il s'agit d'un processus interactif et pluri professionnel qui a vocation à garantir la continuité de la prise en charge médicamenteuse entre la ville, l'hôpital et les EHPAD. Il entre dans le cadre de « l'initiative High 5s », projet international lancé par l'Alliance mondiale pour la sécurité du patient de l'OMS en 2006, dont l'objectif général est de réduire, de façon pérenne et mesurable, des problèmes majeurs liés à la sécurité des patients (73).

De manière plus précise, il comprend à l'entrée du patient à l'hôpital :

- une étape de recherche d'informations sur les traitements réellement pris,
- une étape de consolidation de la liste exhaustive des médicaments,
- une étape de conciliation médicamenteuse proprement dite, qui met en jeu la collaboration médico-pharmaceutique pour établir une nouvelle prescription.

A sa sortie, le patient se voit expliquer l'ensemble des modifications de son traitement qui sera signalé aux professionnels de ville via un système informatisé sécurisé, avec une messagerie gratuite, permettant de partager et d'échanger des données de santé dans le respect de la confidentialité (74).

A la suite d'un appel à candidatures lancé par l'HAS, 9 établissements ont été sélectionnés pour expérimenter le projet qui ne concerne que les patients de plus de 65 ans hospitalisés.

3. CERCLES DE QUALITE SUISSES. (75)(76)(77)

Il s'agit de groupes de travail entre médecins et pharmaciens, en accord avec les caisses d'assurance maladie, mis en place dans le canton de FRIBOURG, en Suisse, en 1997, dont les objectifs déclarés étaient les suivants :

- Développer la qualité des soins,
- Améliorer les modes de relations entre médecins et pharmaciens au niveau local,
- Evaluer une méthode de formation post universitaire interdisciplinaire gérée par les professionnels eux mêmes, sur la base des recommandations internationales,
- Proposer une réponse à l'attente des autorités politiques et des organismes d'assurance maladie en matière d'économie, sans sacrifier la qualité des soins.

Initialement fondés sur le volontariat et le bénévolat, ces cercles ont ensuite été reconnus comme structures de formation continue par santéSuisse (organisme national des assurances maladie suisses), par la société suisse de médecine générale et par pharmaSuisse (ex société suisse des pharmaciens, l'équivalent de notre Ordre des Pharmaciens) et se sont organisés en groupes d'intérêt professionnel (GIP) leur permettant d'utiliser un service de documentation et de statistiques, une structure de suivi et d'analyse.

Les résultats 10 ans après, ont été sans appel : amélioration de l'efficacité et de la sécurité de la prescription médicale et surtout diminution des coûts de médicaments par patient.

L'économie totale entre 2004 et 2006 a été de 3,2 millions d'euros, pour un coût de financement s'élevant à 525 000 euros.

Depuis la création des cercles donc de 1998 à 2006 19 millions d'euros ont été économisés.

Il y a eu plusieurs « vagues » de médecins participant aux cercles :

- « les pionniers » (depuis le début, de 1999 à 2006) : économie de 120 000 euros,
- « les nouveaux médecins » (de 2001 à 2006) : économie de 70 000 euros,
- « les Valois » (de 2002 à 2006) : économie de 50 000 euros.

Le coût total en médicaments par patient de 2004 à 2006 a diminué de :

- 2,7 % pour les pionniers,

- 3,39 % pour les nouveaux médecins,
- 3,98 % pour les Valois,
- alors qu'il a augmenté de 4,98 % pour les témoins, les nouveaux participants ayant une marge de progression sur 2 ans bien sûr plus grande que les pionniers.

D'autres résultats des études d'impact annuelles des cercles de qualité sont à prendre en compte (75) :

- Economies substantielles (10%) sur le volume prescrit par les médecins du cercle de qualité par rapport aux autres médecins.
- Progression importante de la dispensation des génériques (proportionnellement 41 % des antibiotiques dans le cercle de qualité contre 25 % dans le groupe contrôle).
- Objectivité accrue face aux campagnes de marketing de l'industrie pharmaceutique.
- Confiance accrue entre professions de santé.
- Meilleure application des recommandations internationales.
- Meilleure prise en charge des patients.

Bien sûr, cette expérience est limitée mais elle prouve que sans attendre les solutions "qui viennent d'en haut", des professionnels de santé peuvent localement lancer un mouvement de réorganisation des soins.

Même s'il n'est pas certain qu'une telle organisation coûte moins cher à la collectivité, il y a tout lieu de croire que les professionnels de santé sont capables de proposer des méthodes qui améliorent la qualité de leurs soins aux patients. Cette expérience suisse constitue une source d'inspiration novatrice pour les autres pays.

C FAVORISER UNE COMMUNICATION EFFICACE.

Pour améliorer la communication, le médecin et le pharmacien doivent être conscients des divers facteurs qui compliquent l'échange d'informations : les

contraintes de temps, les dérangements fréquents, les différences dans la perception des priorités etc.....

Au Canada, des groupes de réflexion ont mis en évidence plusieurs facteurs favorables et défavorables qui influent sur la qualité de la communication médecin-pharmacien :

- Facteurs favorables :
 - Fréquence des contacts,
 - Proximité des lieux de pratique,
 - Facilité de prendre contact,
 - Confiance mutuelle dans leurs compétences,
 - Proposition de solutions,
 - Assurance d'un suivi par le médecin,
 - Priorité du bien être du patient.

- Facteurs défavorables :
 - Absence de respect mutuel,
 - Attente avant de pouvoir parler à la bonne personne,
 - Lourdeur du filtrage d'appels,
 - Méconnaissance mutuelle des exigences du travail,
 - Sentiment que l'autre professionnel outre passe ses fonctions.

Quelques recommandations pourraient favoriser l'efficacité de la communication avec le médecin (51) :

- Se présenter physiquement et faire connaissance.
- Se présenter personnellement lors d'un appel, aborder succinctement le problème clinique et des pistes de solution en ayant préparé l'appel.
- Ne pas blâmer : ne pas créer de conflit, ne pas insister sur les erreurs, ne pas essayer de trouver un coupable, proposer des solutions, se centrer sur le patient plus que sur les erreurs.
- Faciliter la prise de contact : limiter les intermédiaires, échanger par exemple les numéros de téléphones portables.

- Parler le même langage : se familiariser avec les termes médicaux pour l'un et pharmaceutiques pour l'autre,
Sans perdre de vue que l'objectif commun est le patient.

CONCLUSION

La loi HPST incite le pharmacien à prendre une place plus centrale dans l'accès aux soins, mais aussi, à devenir un véritable acteur de santé.

Ce n'est qu'en lui transférant des tâches initialement médicales qu'on le revalorise et toujours sous le contrôle du médecin généraliste, afin de pallier à une diminution du temps médical à un coût identique voire moindre.

Avec cette loi, les zones de chevauchements entre les deux professions vont se majorer avec le risque de détériorer leurs relations et il semble illusoire de croire que l'entente va perdurer ou même s'améliorer alors que la concurrence entre en jeu.

L'étude menée montre qu'effectivement une collaboration existe, mais elle paraît sous exploitée et ne bénéficie pas suffisamment au patient.

Pourquoi ne pas faire du pharmacien un véritable soignant : pourquoi ne pas l'utiliser comme le spécialiste du médicament ? Pourquoi ne pas l'appeler pour un avis pharmaceutique comme nous prendrions conseil auprès d'un confrère spécialiste ?

Il pourrait alors critiquer les ordonnances et permettre de mieux prescrire et moins cher en terme de qualité, de quantité de médicaments mais aussi d'économie de iatrogénie.

Pourquoi ne pas développer les rencontres entre généralistes et pharmaciens ? Ceci pour une critique constructive des ordonnances de façon systématique et non uniquement sur demande médicale comme dans les bilans de médication, tout en y mettant un cadre légal quant à la responsabilité de chacun en cas de litige.

Autrement dit, travailler dans le sens d'une meilleure prescription plutôt qu'à une substitution des tâches, à l'instar des cercles de qualité suisses.

Cela permettrait d'éviter ainsi les problèmes de concurrence et la multiplication des discours qui pourrait facilement noyer le patient dans sa prise en charge.


Utiliser au mieux les compétences du pharmacien nécessite une formation initiale et continue solide en pharmacie clinique, centrée sur l'intérêt premier du patient et une rémunération adaptée pour assurer la pérennité d'un réseau officinal de proximité.

S'il aspire à prendre la place proposée dans le système de soins, il ne pourra pas jouer sur les deux tableaux : il doit se positionner soit en tant que commerçant soit en tant que professionnel de santé. Les pharmacies sur internet sont l'inverse de la volonté de faire de lui un acteur de santé.

Au final, la loi HPST cherche plutôt à combler les lacunes dans les déserts médicaux, mais n'apporte pas de solution sur le problème du médicament en France et de façon générale sur le coût de la santé. Elle implique de nombreuses concessions de la part des généralistes, mais aussi des pharmaciens pour aboutir à leur mise en concurrence.

ANNEXES

ANNEXE 1 : Ordonnance des produits d'exception.



n° 12708*02

ordonnance de médicaments, de produits ou de prestations d'exception

article R. 163-2, 3ème alinéa et R. 165-1 dernier alinéa du Code de la sécurité sociale
article L. 115 du Code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre

VOLET 1
à conserver
par l'assuré(e)

personne recevant les soins et assuré(e) (voir notice au verso du volet 1)

personne recevant les soins (la ligne "nom et prénom" est obligatoirement remplie par le médecin)

nom et prénom _____

(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))

numéro d'immatriculation _____ nom et n° du centre de paiement ou de la section mutualiste (pour les salariés) ou nom et n° de l'organisme conventionné (pour les non salariés)

date de naissance _____ **1**

assuré(e) (à remplir si la personne recevant les soins n'est pas l'assuré(e))

nom et prénom _____

(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))

numéro d'immatriculation _____

adresse de l'assuré(e) _____

1 Informations patient
Nom, prénoms, date de naissance
Taille et poids (si nécessaire)

identification du prescripteur et de la structure dans laquelle il exerce

nom et prénom _____	raison sociale _____
2	adresse _____
identifiant _____	n° structure _____ <small>(AM, FINESS ou SIRET)</small>

à compléter par le prescripteur

médicament, indiquer son nom (marque ou générique) : _____

produit ou prestation, indiquer sa désignation précise : _____

s'il s'agit d'un médicament, préciser la forme, la posologie, la voie d'administration _____

s'il s'agit d'un produit ou d'une prestation, préciser la quantité de produits nécessaires ou la posologie _____

3

durée du traitement, le cas échéant _____

conditions de prise en charge

maladie soins en rapport avec une ALD : oui non soins dispensés au titre de l'art. L. 115

accident du travail ou maladie professionnelle date _____

Je soussigné(e), Docteur....., atteste que la prescription concernant le patient susvisé est conforme aux indications et aux conditions des prescriptions et d'utilisation prévues par la fiche d'information thérapeutique établie par la Haute Autorité de Santé. S'il existe, le volet patient de ladite fiche a été remis par mes soins à ce patient.

si prescription initiale par un établissement, date limite de la prochaine consultation dans l'établissement _____

date _____ signature du prescripteur _____

2 Informations prescripteur
Nom, prénoms, qualité
Titre ou spécialité (le cas échéant)
Numéro d'identification (Adeli ou RPPS)
Nom de l'établissement ou du service de santé (pour PH ou PIH)
Adresse professionnelle, coordonnées téléphoniques, adresse électronique)

3 Informations prescription
Dénomination médicament ou dénomination commune (DC), posologie et mode d'emploi,
durée du traitement ou nombre d'unités de conditionnement
Nombre de renouvellements de la prescription (le cas échéant)
Conditions de prise en charge
Date de la prochaine consultation (le cas échéant)
Date de rédaction de l'ordonnance, signature du prescripteur

ANNEXE 2 : Opinion Pharmaceutique.

OPINION PHARMACEUTIQUE

Document protégé par le Secret Professionnel

Date :/../.....

Rédacteur de l'opinion pharmaceutique :

fonction :

Patient

N° identification :

Nom :

Prénom :

Date de naissance :/../..... ou âge :

sexe : taille : poids :

Prescripteur

Nom :

Fonction :

Service :

Unité fonctionnelle :

Objet

- Traitement médicamenteux qu'avait le malade à son arrivée.
- Traitement en cours d'instauration, le :/../.....
- Traitement prescrit pour la sortie du patient, le :/../.....

Relevé des médicaments prescrits et posologie

1 -	6-
2-	7-
3-	8-
4-	9-
5-	10-

Nature du problème*

	Médicaments concernés
Interactions médicamenteuses	
Contre-indications	
Anomalies de posologie	
Effets indésirables	
Interactions hors AMM	

***Pathologie impliquées :**

.....

.....

.....

Tournez SVP 

Opinion pharmaceutique

Arguments :

.....
.....

Proposition :

.....
.....
.....

Références bibliographiques

- Dictionnaire (type Vidal (nom et édition).....
- Banque de données (nom et édition) :
- Autres :
- Consultation Centre Régional de Pharmacovigilance : Date/...../.....

Décision et arguments médicaux

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Arrêt du traitement | <input type="checkbox"/> Maintien du traitement |
| <input type="checkbox"/> Changement de classe thérapeutique | <input type="checkbox"/> Aménagement du traitement |
| <input type="checkbox"/> Adaptation de posologie | <input type="checkbox"/> Déclaration au centre de pharmacovigilance faite
le...../...../..... |

Arguments médicaux :

.....
.....
.....

**Validation :

date :/...../..... Nom du pharmacien : fonction Signature

date :/...../..... Nom du prescripteur : fonction : Signature

**** Ce document ne pourra être inséré au dossier du patient qu'après validation**

L'OP est une décision motée, fondée sur l'historique pharmaco-thérapeutique connu d'un patient, dressé sous l'autorité d'un pharmacien, portant sur la pertinence pharmaceutique d'un ou d'un ensemble de traitements le concernant. Consignée dans l'ordonnance, elle est communiquée sur un document normalisé au prescripteur ou au patient lorsqu'il devra à modifier ou résilier le traitement médicamenteux. (Art L5125-23, R4235-48 & R4235-61 du CSP).

Annexe II - CHRU de Tours / Collège d'enseignement hospitalo-universitaire.
Version n° 3.

ANNEXE 3 : Loi HPST, Pharmacien d'officine.

Loi HPST – PHARMACIEN Article 38 I. Le chapitre V du titre II du livre Ier de la cinquième partie du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° L'intitulé est ainsi rédigé : « *Pharmacie d'officine* » ;

2° Après l'article L. 5125-1, il est inséré un article L. 5125-1-1 A ainsi rédigé : « Art. 5125-1-1 A. Dans les conditions définies par le présent code, les pharmaciens d'officine :

« 1° Contribuent aux soins de premier recours définis à l'article L. 1411-11 ;

« 2° Participent à la coopération entre professionnels de santé ;

« 3° Participent à la mission de service public de la permanence des soins ;

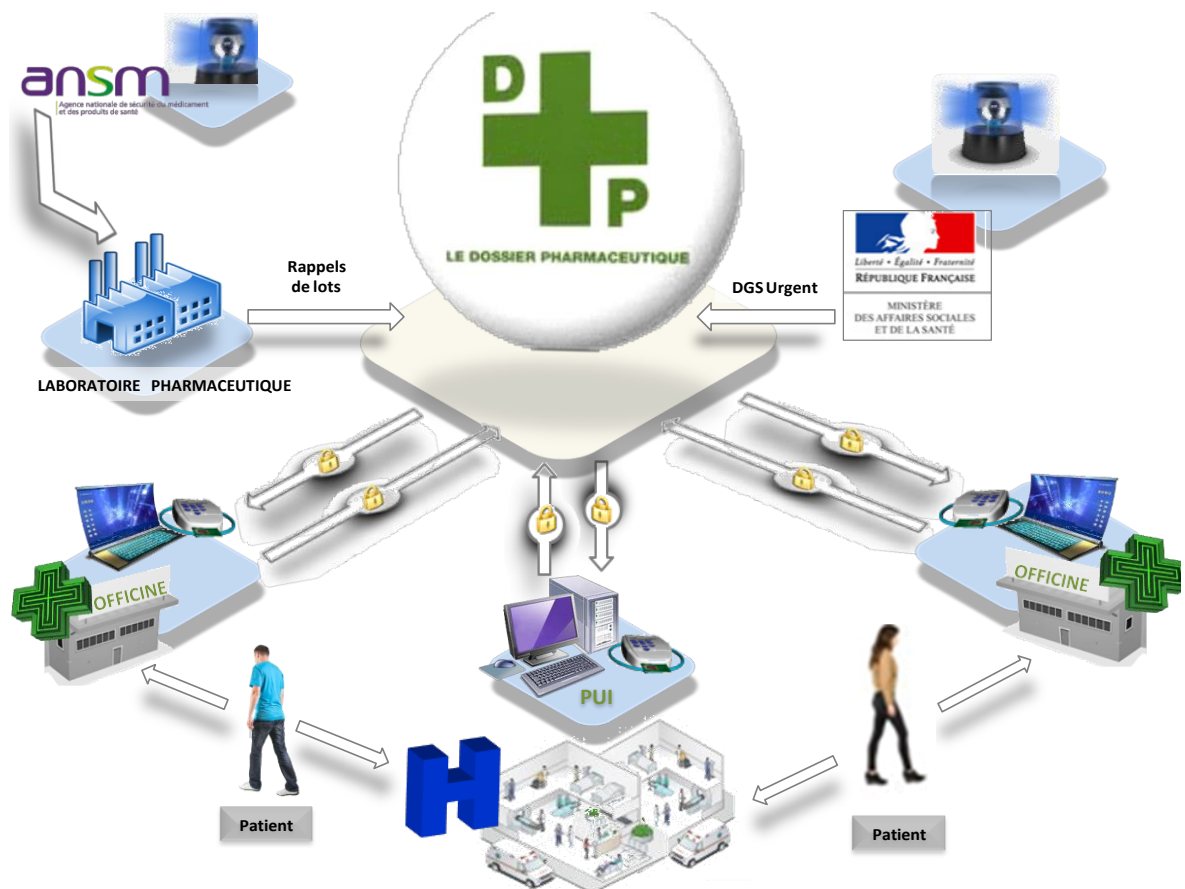
« 4° Concourent aux actions de veille et de protection sanitaire organisées par les autorités de santé ;

« 5° Peuvent participer à l'éducation thérapeutique et aux actions d'accompagnement de patients définies aux articles L. 1161-1 à L. 1161-5 ;

« 6° Peuvent assurer la fonction de pharmacien référent pour un établissement mentionné au 6° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles ayant souscrit la convention pluriannuelle visée au I de l'article L. 313-12 du même code qui ne dispose pas de pharmacie à usage intérieur ou qui n'est pas membre d'un groupement de coopération sanitaire gérant une pharmacie à usage intérieur ;

« 7° Peuvent, dans le cadre des coopérations prévues par l'article L. 4011-1 du présent code, être désignés comme correspondants au sein de l'équipe de soins par le patient. A ce titre, ils peuvent, à la demande du médecin ou avec son accord, renouveler périodiquement des traitements chroniques, ajuster, au besoin, leur posologie et effectuer des bilans de médicaments destinés à en optimiser les effets.

ANNEXE 4 : Schéma du DP.



ANNEXE 5 : Fiche explicative du relevé des appels.

RELEVÉ DES APPELS.

Je suis actuellement médecin remplaçant. Mon travail de thèse porte sur le regard des pharmaciens d'officine sur les généralistes au travers de leurs ordonnances.

Partant du postulat que nous (les médecins généralistes) ne sommes pas étrangers à notre mésentente, mais aussi de l'utilisation non optimale de vos compétences de spécialistes du médicament, je voudrais essayer de trouver des solutions afin de pallier au défaut de coopération que la situation génère dans la prise en charge de nos patients.

Le but de ce relevé est de faire un inventaire des **appels passés et reçus** à l'officine et mettant en scène un des intervenant de votre officine et un généraliste et d'en retirer **votre ressenti** en fonction des situations, ceci afin de faire un état des lieux de la coopération et des relations pouvant exister entre médecins généralistes et l'officine. La finalité serait d'améliorer nos pratiques.

Ce relevé concerne donc tous les appels passés ou reçus du ...au avec des médecins généralistes.

Plus le relevé sera exhaustif, plus il sera informatif et nous permettra de pointer les entraves à une bonne entente entre nos 2 corps de métiers.

Merci par avance de votre participation.

MORLAES Sabrina, médecin généraliste remplaçant

Ce relevé peut aussi bien être fait par un pharmacien que par un préparateur.

Appels exclus :

- . appels aux spécialistes.
- . Appels aux patients.
- . Appels aux autres intervenants pharmaceutiques : grossistes, autres pharmacies...

Appels inclus :

- . appels reçus ou passés uniquement à des médecins généralistes, en journée ou lors d'une garde.

Le nom des intervenants : pharmaciens, préparateurs, généralistes restera **confidentiel et anonyme**.

Le but de ce relevé est de faire un état des lieux des relations entre l'officine et le médecin généraliste et non de critiquer vos pratiques ou votre mode de fonctionnement.

Même si vous jugez que l'appel ne vaut pas le coup d'être noté merci de le faire quand même, je m'occuperais de l'exclure si la pertinence n'était pas au rendez-vous.

La première colonne de ce tableau correspond au relevé de la **date et de l'heure** de l'appel : ceci peut avoir son importance par rapport au contexte : juste avant une fermeture, lors d'une garde...

La deuxième colonne correspond au **nom du médecin généraliste appelé ou appelant**. Le but n'étant pas de juger tel ou tel médecin mais de voir si par exemple le motif d'appel est toujours le même pour un médecin donné, par exemple : problème de lisibilité. Je rappelle que le nom **ne sera pas communiqué**.

La troisième colonne permet d'identifier le type d'appel : « **E** » pour entrant (appels d'un médecin à la pharmacie) et « **S** » pour sortant (appel de la pharmacie à un médecin).

La quatrième colonne recense les **motifs des appels** passés ou reçus. Merci de la compléter au mieux, cela nous donnera un maximum d'informations sur la situation. Ex : problème de lisibilité de l'ordonnance : mal écrit...

La cinquième colonne récapitule les **réponses** qui découlent des différents appels. S'il s'agit d'un appel entrant : la réponse que vous avez fourni au médecin. S'il s'agit d'un appel sortant : la réponse que le médecin a apporté à votre demande.

La sixième colonne correspond au **ressenti** que vous avez eu lors de cet appel : avez vous eu l'impression d'être écouté, d'avoir rendu service au médecin , que le médecin a été condescendant, indifférent, agacé.

Enfin la dernière colonne me permet d'avoir le **statut** ; pharmacien ou préparateur de celui ou celle qui a traité l'appel.

ANNEXE 6 : Le tableau de relevé.

Date/ heure	Nom du médecin	E / S	Motif de l'appel	Réponse	Ressenti	statut

LISTE DES FIGURES ET TABLEAUX.

- LES FIGURES :

Figure 1 : Carte du sud des Landes.....	p68
Figure 2 : Répartition des appels.....	p70
Figure 3 : Motifs des appels sortants.....	p71
Figure 4 : Produits manquants.....	p72
Figure 5 : Confirmation de posologies.....	p72
Figure 6 : Demande d'avance de traitements.....	p73
Figure 7 : Les stupéfiants.....	p74
Figure 8 : Les génériques.....	p74
Figure 9 : Motifs des appels entrants.....	p75
Figure 10 : Traitements délivrés.....	p76
Figure 11 : Matériel médical.....	p76
Figure 12 : Avance de traitements.....	p77
Figure 13 : enseignements sur la galénique.....	p77
Figure 14 : Traitement équivalent.....	p78
Figure 15 : Service au patient.....	p78
Figure 16 : Les erreurs évitées.....	p79
Figure 17 : Coopération médecin-pharmacien.....	p80
Figure 18 : Coopération lors des appels sortants.....	p81
Figure 19 : Coopération lors des appels entrants.....	p81
Figure 20 : Qualité des appels.....	p82

- LES TABLEAUX :

Tableau 1 : Répartition des pharmacies et nombres d'habitants en 2011 selon l'INSEE.....	p67
Tableau 2 : Caractéristiques des Pharmaciens sollicités.....	p 69
Tableau 3 : Caractéristiques des Pharmaciens sollicités par rapport à la moyenne nationale.....	p85
Tableau 4 : Qualité de la relation avec les médecins.....	p88

BIBLIOGRAPHIE

1. IPSOS santé. Quel est le rapport des Français et des Européens à l'ordonnance et aux médicaments? [Internet]. CNAMTS; 2005 [cité 24 févr 2015]. Disponible sur: http://ars.sante.fr/fileadmin/MIDI-PYRENEES/2_BON_USAGE/Fichiers/ANTIBIOS_Etudeeuropeensetmedicaments.pdf
2. Fiquet L, Grimault C, Allory E. La consultation sans prescription médicamenteuse. *Exerc Rev Fr Médecine Générale*. 2013;24(110 (supp.3)):82-3.
3. Masson P. La prescription des médecins généralistes": conflits entre la profession médicale et l'Assurance maladie. *Sociétés Contemp*. 29 août 2011;83(3):33-57.
4. Projet de loi de financement de la Sécurité sociale - PLFSS. programmes de qualité et d'efficience, « maladie » annexe 1 [Internet]. Ministère du travail, de l'emploi et de la santé; 2012 [cité 24 févr 2015]. Disponible sur: http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/annexe1_plfss2012_pqe_maladie.pdf
5. Le Garrec M-A, Bouvet M. Comptes nationaux de la santé 2012. [Internet]. DREES; 2013 [cité 24 févr 2015]. Disponible sur: <http://www.drees.sante.gouv.fr/comptes-nationaux-de-la-sante-2012,11188.html>
6. Cyclamed, CSA. Collecte des Médicaments Non Utilisés des foyers": Où en est la France? [Internet]. CYCLAMED; 2012 [cité 24 févr 2015]. Disponible sur: <http://www.cyclamed.org/images/fichier/estimation-et-evolution-du-gisement-des-menages-francais-2010-12.pdf>
7. OMS. Médicaments": usage rationnel. Aide-mémoire n°338. 2010.
8. Faroudja J-M, Delga M-E, Bureau J, Dezetter A. La prescription et la place du médicament dans la relation Médecin-Patient-Pharmacien. Aspects réglementaires éthiques et déontologiques [Internet]. Conseil National de l'Ordre des Médecins; 2012 sept [cité 27 févr 2015]. Disponible sur: http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/Prescription_et_place_du_medicament_dans_relati on_medecin_patient_pharmacien_CNP_2012.pdf
9. Lemorton C. Rapport d'information de Mme Catherine Lemorton sur la prescription, la consommation et la fiscalité des médicaments. [Internet]. 2008 [cité 26 juill 2015]. Disponible sur: <http://www.assemblee-nationale.fr/13/rap-info/i0848.asp>
10. Bras P-L, Kiour A, Maquart B. Pharmacie d'officine": rémunération, mission, réseau [Internet]. Ministère des affaires sociales et de la santé; 2011 juin [cité 27 févr 2105] p. 208. Report No.: RM2011-090P. Disponible sur: <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/114000355/index.shtml>
11. Gimbert V. Les médicaments et leurs usages": comment favoriser une consommation adaptée (volet 1) [Internet]. Commissariat général à la stratégie et à la prospective; 2014 [cité 24 févr 2015]. Disponible sur: <http://www.strategie.gouv.fr/sites/strategie.gouv.fr/files/archives/2014-03-04-Medicaments-Usages2.pdf>

12. Cour des comptes. La maîtrise des dépenses de médicaments [Internet]. Paris: Sécurité sociale; 2011. Disponible sur: <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/114000546/0000.pdf>

13. Nouvelle polémique sur les médicaments. [Internet]. Le Figaro. 2013 [cité 27 févr 2015]. Disponible sur: <http://www.lefigaro.fr/conjoncture/2013/06/24/20002-20130624ARTFIG00591-nouvelle-polemique-sur-les-medicaments.php>

14. Médicaments: la facture des Français pourrait s'alléger de 10 milliards d'euros sur trois ans. [Internet]. Challenges. [cité 27 févr 2015]. Disponible sur: <http://www.challenges.fr/economie/20130624.CHA1178/medicaments-comment-alleger-la-facture-des-francais-de-10-milliards-d-euros-en-trois-ans.html>

15. Verger P. la politique du médicament en EHPAD [Internet]. Ministère des affaires sociales et de la santé; 2013 déc [cité 27 févr 2015] p. 125. Disponible sur: http://www.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Politiquedu_medicament_en_EHPAD_final.pdf

16. Bensadon A-C, Marie E, Morelle A. Rapport sur la pharmacovigilance et gouvernance de la chaîne du médicament. [Internet]. IGAS; 2011 juin [cité 24 févr 2015]. Report No.: RM2011-103P. Disponible sur: http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/RM2011-103P_pharmacovigilance-2.pdf

17. Etude EMIR (Effets indésirables des Médicaments": Incidence et Risque. [Internet]. AFSSAPS; 2008 [cité 24 févr 2015]. Disponible sur: <http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/EMIR.pdf>

18. Michel P, Minodier C, Lathelize monique, Moty-Monnereau C. Les évènements indésirables graves associés aux soins observés dans les établissements de santé. Résultats des enquêtes nationales menées en 2009 et 2004. [Internet]. DREES; 2010 [cité 24 févr 2015]. Disponible sur: <http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/article201017.pdf>

19. Afipa/TNS sofres. La relation des français au médecin et au médicament. Afipa; 2011.

20. BVA. Les français et le stockage des médicaments. [Internet]. 2011 [cité 27 févr 2015]. Disponible sur: http://www.bva.fr/fr/sondages/les_francais_et_le_stockage_de_medicaments.html

21. Fainzang S. L'automédication ou les mirages de l'autonomie. PUF. Paris: 2012; 182 p.

22. Fainzang S. Médicaments et société. PUF. Paris; 2001. 156 p.
23. Cavalié P, Djeraba A. Analyse des ventes de médicaments en France en 2012. [Internet]. ANSM; 2013 [cité 26 févr 2015]. Disponible sur: http://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/796352eff0e9119cca0ea5bbd898353a.pdf

24. Nicot P. Formindep [Internet]. 2013 [cité 8 avr 2015]. Disponible sur: <http://www.formindep.org/Influence-de-l-industrie.html>
25. Hepler CD, Strand LM. Possibilités et responsabilités en matière de soins pharmaceutiques. Am J Hosp Pharm. mars 1990;47(3):533-43.
26. Lepage H. guide de stage pratique professionnelle en officine [Internet]. 22^e éd. Paris: Collège national des pharmaciens conseillers et maîtres de stage et; 2015. 104 p. Disponible sur: http://www.ordre.pharmacien.fr/content/download/3872/45205/version/12/file/Guide_PH6_2015_partie1.pdf.
27. ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes. La pharmacovigilance [Internet]. medicaments.gouv.fr. 2013 [cité 25 févr 2015]. Disponible sur: <http://www.sante.gouv.fr/la-pharmacovigilance.html>
28. ANSM. Comment déclarer un effet indésirable. [Internet]. ANSM. [cité 23 mars 2015]. Disponible sur: <http://ansm.sante.fr/Declarer-un-effet-indesirable/Comment-declarer-un-effet-indesirable/Declarer-un-effet-indesirable-mode-d-emploi/%28offset%29/0>
29. Contraception d'urgence. [Internet]. [cité 16 mars 2015]. Disponible sur: <http://vosdroits.service-public.fr/particuliers/F1100.xhtml#N10072>
30. Ordre National des Pharmaciens. le Dossier Pharmaceutique, Rapport d'activité 2013 [Internet]. 2013 [cité 23 mars 2015]. Disponible sur: http://www.google.fr/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CCEQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.ordre.pharmacien.fr%2Fcontent%2Fdownload%2F159051%2F774465%2Fversion%2F1%2Ffile%2FRapport%2Bd%2527activit%25C3%25A9%2BDP%2B03062014.pdf&ei=AEsQVbncHM7TaJK0gsgP&usg=AFQjCNEmzC8L_WLKY_-UnrwFQEX7O3X5GA&bvm=bv.88528373,d.d2s
31. Assurance Maladie. Avenant n°1 à la convention nationale pharmaceutique. [Internet]. ameli.fr. 2013 [cité 23 mars 2015]. Disponible sur: <http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/pharmaciens/votre-convention/convention-nationale-titulaires-d-officine/avenant-n-1-a-la-convention-nationale.php>
32. Assurance Maladie. Espace pro. [Internet]. ameli.fr. [cité 23 mars 2015]. Disponible sur: https://espacepro.ameli.fr/PortailPS/appmanager/portailps/professionnelsante?_nfpb=true&_pageLabel=vp_login_page
33. Hazebroucq G, Moreau R, Brandon M-T, Casaurang P. Rôle du pharmacien correspondant [Internet]. Paris: Académie nationale de Pharmacie; 2009 déc [cité 26 févr 2015] p. 13. Disponible sur: http://www.acadpharm.org/dos_public/Rapport_Pharmacien_Correspondant_RM_RMC_JPC_Vd_23_dc_09_word.pdf
34. Ventelou B, Rolland S. Évaluation de l'implication des médecins généralistes libéraux dans le bon usage des médicaments. Santé Publique. 19 mai 2009;21(2):129-38.

35. ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes. Mise en place d'honoraires de dispensation en officine. [Internet]. medicaments.gouv.fr. 2015 [cité 23 mars 2015]. Disponible sur: <http://www.sante.gouv.fr/mise-en-place-d-honoraires-de-dispensation-en-officine.html>
36. IPSOS santé. Les français et leur pharmacien. [Internet]. 2008 [cité 26 févr 2015]. Disponible sur: <http://www.ipsos.fr/sites/default/files/attachments/2427-3-enquete-86.pdf>
37. Loi sur la pharmacie [Internet]. RLRQ c P-10. Disponible sur: http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=P_10/P10.HTM
38. Santésuisse [Internet]. 2014 [cité 26 févr 2015]. Disponible sur: http://www.santesuisse.ch/fr/dyn_output.html?content.vname=portal&sess_contentonly=
39. Pouchain D, Attali C, De Butier J, Clément G. Médecine Générale concepts et pratiques. MASSON. Paris; 1996. 1026 p.
40. Druais P-L, Gay B, Le Goaziou M-F. Médecine Générale": Connaissance et pratique. [Internet]. MASSON. Paris; 2009. 488 p. Disponible sur: <http://www.elsevier-masson.fr/medecine-generale-9782294067686.html>
41. Certain M-H, Gervais Y, Perrin A. Un référentiel professionnel pour le médecin généraliste. Des compétences pour un métier. [Internet]. OSMOSE. Paris; 1999 [cité 11 mai 2015]. 113 p. Disponible sur: <http://www.bdsp.ehesp.fr/Base/193425/>
42. Bloy G, Schweyer. Singuliers généralistes. Sociologie de la médecine générale; [Internet]. Presses de l'EHESP. Rennes; 2010 [cité 11 mai 2015]. 424 p. Disponible sur: http://www.cairn.info/resume.php?ID_ARTICLE=RFAS_112_0049
43. Gay B, Beis J-N, Imbert P, Bouguet J. Thérapeutique en médecine générale. (2ème édition). Global Média Santé. Paris: Wolters Kluwer; 2013. 844 p.
44. HAS. Coopération entre professionnels de santé. Guide méthodologique tome 2. Elaboration d'un protocole de coopération. [Internet]. Ministère de la santé et des sports; 2010 [cité 26 févr 2015]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-09/guide_methodo_tome2_21072010_2010-09-03_13-59-2_321.pdf
45. Chamba G, Bauguil G, Galiezot J. le rôle du pharmacien d'officine français dans la distribution de médicaments. [Internet]. [cité 13 avr 2015]. Disponible sur: http://translate.google.fr/translate?hl=fr&sl=en&u=http://erspublications.com/lookup/external-ref%3Faccess_num%3DBauguil%2520G%26link_type%3DAUTHORSEARCH&prev=search
46. Chamba G, Bauguil G, Galiezot J. Evaluation d'actes pharmaceutiques à l'officine. 1999.

47. Morak S, Vogler S, Walser S, Kijlstra N. Understanding the pharmaceutical care concept and applying it in practice [Internet]. Austrian Federal Ministry of Health; 2010 [cité 26 févr 2015]. Disponible sur: <http://whocc.goeg.at/Literaturliste/Dokumente/BooksReports/Gesamt%20Publikation%20Understanding%20the%20Pharmaceutical%20Care%20Concept%20and%20Applying%20it%20in%20Practice.pdf>
48. Hughes CM, Hawwa AF, Scullin C, Anderson C, Bernsten CB, Björnsdóttir I, et al. Provision of pharmaceutical care by community pharmacists: a comparison across Europe. *Pharm World Sci PWS*. août 2010;32(4):472-87.
49. Chan P, Grindrod KA, Bougher D, Pasutto FM, Wilgosh C, Eberhart G, et al. A Systematic Review of Remuneration Systems for Clinical Pharmacy Care Services. *Can Pharm J Rev Pharm Can*. 1 mars 2008;141(2):102-12.
50. J. W.Foppe van Mil MS. A review of Pharmaceutical Care in Community Pharmacy in Europe. *Harv Health Policy Rev*. 2006;7:155-68.
51. Richard C, Lussier M-T. La communication professionnelle en santé. Québec: Erpi; 2005. 700 p.
52. Hughes CM, McCann S. Perceived interprofessional barriers between community pharmacists and general practitioners: a qualitative assessment. *Br J Gen Pract*. août 2003;53(493):600-6.
53. Bournot M-C, Goupil M-C, Tuffreau F. Les médecins généralistes": un réseau professionnel étendu et varié. 22 mai 2012 [cité 26 févr 2015]; Disponible sur: <http://www.epsilon.insee.fr:80/jspui/handle/1/12551>
54. Sarradon-Eck A, Vega A, Faure M, Humbert-Gaudart A, Lustman M. Créer des liens": les relations soignants–soignants dans les réseaux de soins informels. *Rev DÉpidémiologie Santé Publique*. juill 2008;56(4):S197-206.
55. Kröger E, Moisan J, Grégoire JP. Billing for cognitive services: understanding Québec pharmacists' behavior. *Ann Pharmacother*. mars 2000;34(3):309-16.
56. Biss J, Ranelli P-L. Les perceptions des médecins de communication avec et responsabilités des pharmaciens. [Internet]. 2000 [cité 15 juin 2015]. Disponible sur: <http://translate.google.fr/translate?hl=fr&sl=en&u=http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11029843&prev=search>
57. Afssaps. l'Afssaps dresse un état des lieux de la consommation des benzodiazépines en France [Internet]. 2012 [cité 23 mars 2015]. Disponible sur: <http://ansm.sante.fr/S-informer/Presse-Communiqués-Points-presse/L-Afssaps-dresse-un-etat-des-lieux-de-la-consommation-des-benzodiazepines-en-France-Communique>
58. ANSM. Etat des lieux en 2013 de la consommation des benzodiazépines en France. [Internet]. 2014 [cité 23 mars 2015]. Disponible sur: <http://ansm.sante.fr/S-informer/Points-d-information-Points-d-information/Etat-des-lieux-en-2013-de-la-consommation-des-benzodiazepines-en-France-Point-d-Information>

59. Revue Prescrire. Trop de ruptures de stocks! mai 2001;21(217):351.
60. Revue Prescrire. site Prescrire. [Internet]. prescrire.org. [cité 11 août 2015]. Disponible sur: <http://www.prescrire.org/fr/Search.aspx>
61. Pharmaciens-soignants. Rev Prescrire. déc 2014;34(374):881.
62. Jaillon P. L'enseignement de la pharmacologie fondamentale et clinique aux étudiants en médecine": résultats d'une enquête réalisée en 2006 dans les facultés de médecine françaises. *Thérapie*. oct 2006;61(5):436-46.
63. Bégaud B, Costagliola D. Rapport sur la surveillance et la promotion du bon usage du médicament en France. [Internet]. Paris: Ministère des affaires sociales et de la santé; 2013 sept [cité 9 août 2015] p. 57. Disponible sur: http://www.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Begaud_Costagliola.pdf
64. Berland Y, Maffioli C, Bourgueil Y, Michel P. Délégation, transferts, nouveaux métiers... comment favoriser des formes nouvelles de coopération entre professionnels de santé? [Internet]. HAS; 2008 [cité 27 févr 2015]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/reco_cooperation_vvd_16_avril_2008_04_16__12_23_31_188.pdf
65. Auguste O. Conseil, prix": UFC-Que choisir épingle les pharmaciens. [Internet]. lefigaro.fr. 2012 [cité 9 août 2015]. Disponible sur: <http://www.lefigaro.fr/conso/2012/03/27/05007-20120327ARTFIG00669-ufc-que-choisir-polemique-avec-les-pharmaciens.php>
66. Chisholm-Burns MA, Kim Lee J, Spivey CA, Slack M, Herrier RN, Hall-Lipsy E, et al. US pharmacists' effect as team members on patient care: systematic review and meta-analyses. *Med Care*. oct 2010;48(10):923-33.
67. Carter BL, Rogers M, Daly J, Zheng S, James PA. The potency of team-based care interventions for hypertension: a meta-analysis. *Arch Intern Med*. 26 oct 2009;169(19):1748-55.
68. spinewine A. Collaboration pharmaciens-médecins généralistes": impact sur la santé des patients? *Minerva*. 6 juill 2012;11(6):73-4.
69. Christiaens T. Revue du traitement par le pharmacien avec communication au médecin généraliste. *Minerva*. 5 mai 2008;7(5):70-1.
70. Laekeman G. Diminution des erreurs médicamenteuses grâce aux pharmaciens. *Minerva*. 4 janv 2013;12(4):43-4.
71. De Cort P, De Jonghe M, Laekeman G. Hypertension": les pharmaciens dans l'engrenage thérapeutique. *Minerva*. janv 2010;9(1):1.
72. Fiquet L, Dibao-Dina C. Travailler ensemble dans l'intérêt du patient": médecins-pharmaciens. *Exerc Rev Fr Médecine Générale*. 2013;24(106 (suppl 2)):64.

73. HAS, OMEDIT Aquitaine. La sécurité de la prescription médicamenteuse aux points de transition du parcours de soins. [Internet]. 2013 [cité 16 mars 2015]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/r_1498439/fr/la-securite-de-la-prescription-medicamenteuse-aux-points-de-transition-du-parcours-de-soins
74. TSA. la e-santé en Aquitaine. [Internet]. [cité 16 mars 2015]. Disponible sur: <http://www.tsa-esante.fr/services/messagerie-securisee>
75. Cercles de qualité médecins-pharmaciens suisses": intérêt confirmé. Prescrire. juill 2008;28(297):542-4.
76. Bugnon O, Niquille A, Repond C, Curty C, Nyffeler R. Les cercles de qualité médecins-pharmaciens": un réseau local reconnu pour maîtriser les coûts et la qualité de la prescription médicale": Médecine de premier recours et pharmacie. Médecine Hygiène. 2004;62(2501):2054-8.
77. Locca J-F et al. Qualité de la prescription médicamenteuse": des progrès grâce à la collaboration médecins-pharmaciens. Médecine Prem Recours. 25 nov 2009;Volume 227(43):2382-7.

SERMENT D'HIPPOCRATE.

Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me le demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque.