

Étude de la non-délivrance médicamenteuse d'une ordonnance d'un médecin généraliste en officine, en Haute-Normandie

Thibault Mars

► **To cite this version:**

Thibault Mars. Étude de la non-délivrance médicamenteuse d'une ordonnance d'un médecin généraliste en officine, en Haute-Normandie. Médecine humaine et pathologie. 2015. dumas-01224880

HAL Id: dumas-01224880

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01224880>

Submitted on 5 Nov 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.

FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE ROUEN

ANNEE 2015

N°

THESE POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

MARS Thibault

Né le 28 février 1987 à ROUEN

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 29 septembre 2015

**Étude de la non-délivrance médicamenteuse
d'une ordonnance d'un médecin généraliste en
officine, en Haute-Normandie**

Président de jury : Pr CHASSAGNE Philippe
Pr CZERNICHOW Pierre
Dr GUERARD-DETUNCQ Cécile
Directeur de Thèse : Dr FISSET BERTRAND

ANNEE UNIVERSITAIRE 2014 - 2015
U.F.R. DE MEDECINE ET DE-PHARMACIE DE ROUEN

DOYEN : **Professeur Pierre FREGER**

ASSESEURS : **Professeur Michel GUERBET**
Professeur Benoit VEBER
Professeur Pascal JOLY
Professeur Stéphane MARRET

I - MEDECINE

PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mr Frédéric ANSELME	HCN	Cardiologie
Mme Isabelle AUQUIT AUCKBUR	HCN	Chirurgie plastique
Mr Bruno BACHY (<i>surenchère</i>)	HCN	Chirurgie pédiatrique
Mr Fabrice BAUER	HCN	Cardiologie
Mme Soumeya BEKRI	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Jacques BENICHOU	HCN	Bio statistiques et informatique médicale
Mr Jean-Paul BESSOU	HCN	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme Françoise BEURET-BLANQUART (<i>surenchère</i>)	HCN	Commission E.P.P. D.P.C. Pôle Qualité
Mr Guy BONMARCHAND (<i>surenchère</i>)	HCN	Réanimation médicale
Mr Olivier BOYER	UFR	Immunologie
Mr Jean-François CAILLARD (<i>surenchère</i>)	HCN	Médecine et santé au travail
Mr François CARON	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Philippe CHASSAGNE	HCN	Médecine interne (gériatrie)
Mr Vincent COMPERE	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mr Antoine CUVELIER	HB	Pneumologie
Mr Pierre CZERNICHOW	HCH	Epidémiologie, économie de la santé
Mr Jean-Nicolas DACHER	HCN	Radiologie et imagerie médicale

Mr Stéfan DARMONI	HCN	Informatique médicale et techniques de communication
Mr Pierre DECHELOTTE	HCN	Nutrition
Mme Danièle DEHESDIN (<i>surnombre</i>)	HCN	Oto-rhino-laryngologie
Mr Frédéric DI FIORE	CB	Cancérologie
Mr Fabien DOGUET	HCN	Chirurgie Cardio Vasculaire
Mr Jean DOUCET	SJ	Thérapeutique - Médecine interne et gériatrie
Mr Bernard DUBRAY	CB	Radiothérapie
Mr Philippe DUCROTTE	HCN	Hépto-gastro-entérologie
Mr Frank DUJARDIN	HCN	Chirurgie orthopédique - Traumatologique
Mr Fabrice DUPARC	HCN	Anatomie - Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mr Eric DURAND	HCN	Cardiologie
Mr Bertrand DUREUIL	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mme Hélène ELTCHANINOFF	HCN	Cardiologie
Mr Thierry FREBOURG	UFR	Génétique
Mr Pierre FREGER	HCN	Anatomie - Neurochirurgie
Mr Jean François GEHANNO	HCN	Médecine et santé au travail
Mr Emmanuel GERARDIN	HCN	Imagerie médicale
Mme Priscille GERARDIN	HCN	Pédopsychiatrie
Mr Michel GODIN (<i>surnombre</i>)	HB	Néphrologie
M. Guillaume GOURCEROL	HCN	Physiologie
Mr Philippe GRISE (<i>surnombre</i>)	HCN	Urologie
Mr Olivier GUILLIN	HCN	Psychiatrie Adultes
Mr Didier HANNEQUIN	HCN	Neurologie
Mr Fabrice JARDIN	CB	Hématologie
Mr Luc-Marie JOLY	HCN	Médecine d'urgence
Mr Pascal JOLY	HCN	Dermato - Vénérologie
Mme Annie LAQUERRIERE	HCN	Anatomie et cytologie pathologiques
Mr Vincent LAUDENBACH	HCN	Anesthésie et réanimation chirurgicale
Mr Xavier LE LOET	HCN	Rhumatologie
Mr Joël LECHEVALLIER	HCN	Chirurgie infantile
Mr Hervé LEFEBVRE	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques
Mr Thierry LEQUERRE	HB	Rhumatologie
Mr Eric LEREBOURS	HCN	Nutrition
Mme Anne-Marie LEROI	HCN	Physiologie
Mr Hervé LEVESQUE	HB	Médecine interne
Mme Agnès LIARD-ZMUDA	HCN	Chirurgie Infantile

Mr Pierre Yves LITZLER	HCN	Chirurgie cardiaque
Mr Bertrand MACE	HCN	Histologie, embryologie, cytogénétique
M. David MALTETE	HCN	Neurologie
Mr Christophe MARGUET	HCN	Pédiatrie
Mme Isabelle MARIE	HB	Médecine interne
Mr Jean-Paul MARIE	HCN	Oto-rhino-laryngologie
Mr Loïc MARPEAU	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Stéphane MARRET	HCN	Pédiatrie
Mme Véronique MERLE	HCN	Epidémiologie
Mr Pierre MICHEL	HCN	Hépatogastro-entérologie
Mr Bruno MIHOUT (<i>surnombre</i>)	HCN	Neurologie
Mr Jean-François MUIR	HB	Pneumologie
Mr Marc MURAINÉ	HCN	Ophtalmologie
Mr Philippe MUSETTE	HCN	Dermatologie - Vénérologie
Mr Christophe PEILLON	HCN	Chirurgie générale
Mr Jean-Marc PERON (<i>surnombre</i>)	HCN	Stomatologie et chirurgie maxillo-faciale
Mr Christian PFISTER	HCN	Urologie
Mr Jean-Christophe PLANTIER	HCN	Bactériologie - Virologie
Mr Didier PLISSONNIER	HCN	Chirurgie vasculaire
Mr Bernard PROUST	HCN	Médecine légale
Mr François PROUST	HCN	Neurochirurgie
Mme Nathalie RIVES	HCN	Biologie du développement et de la reproduction
Mr Jean-Christophe RICHARD (<i>détachement</i>)	HCN	Réanimation médicale - Médecine d'urgence
Mr Horace ROMAN	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Jean-Christophe SABOURIN	HCN	Anatomie - Pathologie
Mr Guillaume SAVOYE	HCN	Hépatogastrologie
Mme Céline SAVOYE-COLLET	HCN	Imagerie médicale
Mme Pascale SCHNEIDER	HCN	Pédiatrie
Mr Michel SCOTTE	HCN	Chirurgie digestive
Mme Fabienne TAMION	HCN	Thérapeutique
Mr Luc THIBERVILLE	HCN	Pneumologie
Mr Christian THUILLEZ	HB	Pharmacologie
Mr Hervé TILLY	CB	Hématologie et transfusion
Mr Jean-Jacques TUECH	HCN	Chirurgie digestive
Mr Jean-Pierre VANNIER	HCN	Pédiatrie génétique
Mr Benoît VEBER	HCN	Anesthésiologie - Réanimation chirurgicale

Mr Pierre VERA	CB	Biophysique et traitement de l'image
Mr Eric VERIN	CRMPR	Médecine physique et de réadaptation
Mr Eric VERSPYCK	HCN	Gynécologie obstétrique
Mr Olivier VITTECOQ	HB	Rhumatologie
Mr Jacques WEBER	HCN	Physiologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme Noëlle BARBIER-FREBOURG	HCN	Bactériologie – Virologie
Mr Jeremy BELLIEN	HCN	Pharmacologie
Mme Carole BRASSE LAGNEL	HCN	Biochimie
Mme Valérie BRIDOUX HUYBRECHTS	HCN	Chirurgie Vasculaire
Mr Gérard BUCHONNET	HCN	Hématologie
Mme Mireille CASTANET	HCN	Pédiatrie
Mme Nathalie CHASTAN	HCN	Physiologie
Mme Sophie CLAEYSSENS	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Moïse COEFFIER	HCN	Nutrition
Mr Stéphanie DERREY	HCN	Neurochirurgie
Mr Manuel ETIENNE	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Serge JACQUOT	UFR	Immunologie
Mr Joël LADNER	HCN	Epidémiologie, économie de la santé
Mr Jean-Baptiste LATOUCHE	UFR	Biologie cellulaire
Mr Thomas MOUREZ	HCN	Bactériologie
Mr Jean-François MENARD	HCN	Biophysique
Mme Muriel QUILLARD	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Vincent RICHARD	UFR	Pharmacologie
Mr Mathieu SALAUN	HCN	Pneumologie
Mme Pascale SAUGIER-VEBER	HCN	Génétique
Mme Anne-Claire TOBENAS-DUJARDIN	HCN	Anatomie
Mr Olivier TROST	HCN	Chirurgie Maxillo Faciale

PROFESSEUR AGREGE OU CERTIFIE

Mme Dominique LANIEZ	UFR	Anglais
Mr Thierry WABLE	UFR	Communication

II - PHARMACIE

PROFESSEURS

Mr Thierry BESSON	Chimie Thérapeutique
Mr Jean-Jacques BONNET	Pharmacologie
Mr Roland CAPRON (PU-PH)	Biophysique
Mr Jean COSTENTIN (Professeur émérite)	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
Mr Loïc FAVENNEC (PU-PH)	Parasitologie
Mr Jean Pierre GOULLE	Toxicologie
Mr Michel GUERBET	Toxicologie
Mme Isabelle LEROUX - NICOLLET	Physiologie
Mme Christelle MONTEIL	Toxicologie
Mme Martine PESTEL-CARON (PU-PH)	Microbiologie
Mme Elisabeth SEGUIN	Pharmacognosie
Mr Rémi VARIN (PU-PH)	Pharmacie clinique
Mr Jean-Marie VAUGEOIS	Pharmacologie
Mr Philippe VERITE	Chimie analytique

MAITRES DE CONFERENCES

Mme Cécile BARBOT	Chimie Générale et Minérale
Mme Dominique BOUCHER	Pharmacologie
Mr Frédéric BOUNOURE	Pharmacie Galénique
Mr Abdeslam CHAGRAOUI	Physiologie
Mr Jean CHASTANG	Biomathématiques
Mme Marie Catherine CONCE-CHEMTOB santé	Législation pharmaceutique et économie de la
Mme Elizabeth CHOSSON	Botanique
Mme Cécile CORBIERE	Biochimie
Mr Eric DITTMAR	Biophysique
Mme Nathalie DOURMAP	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUC	Pharmacologie

Mr Abdelhakim ELOMRI	Pharmacognosie
Mr François ESTOUR	Chimie Organique
Mr Gilles GARGALA (MCU-PH)	Parasitologie
Mme Najla GHARBI	Chimie analytique
Mme Marie-Laure GROULT	Botanique
Mr Hervé HUE	Biophysique et mathématiques
Mme Laetitia LE GOFF	Parasitologie - Immunologie
Mme Hong LU	Biologie
Mme Sabine MENAGER	Chimie organique
Mr Mohamed SKIBA	Pharmacie galénique
Mme Malika SKIBA	Pharmacie galénique
Mme Christine THARASSE	Chimie thérapeutique
Mr Frédéric ZIEGLER	Biochimie

PROFESSEURS ASSOCIES

Mme Cécile GUERARD-DETUNCQ	Pharmacie officinale
Mr Jean-François HOUIVET	Pharmacie officinale

PROFESSEUR CERTIFIE

Mme Mathilde GUERIN	Anglais
----------------------------	---------

ASSISTANT HOSPITALO-UNIVERSITAIRE

Mr Jérémie MARTINET	Immunologie
----------------------------	-------------

ATTACHES TEMPORAIRES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

Mr Romy RAZAKANDRAINIBE	Parasitologie
Mr François HALLOUARD	Galénique

LISTE DES RESPONSABLES DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

Mme Cécile BARBOT	Chimie Générale et minérale
Mr Thierry BESSON	Chimie thérapeutique
Mr Roland CAPRON	Biophysique
Mr Jean CHASTANG	Mathématiques
Mme Marie-Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation et économie de la santé
Mme Elisabeth CHOSSON	Botanique
Mr Jean-Jacques BONNET	Pharmacodynamie
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
Mr Loïc FAVENNEC	Parasitologie
Mr Michel GUERBET	Toxicologie
Mr François ESTOUR	Chimie organique
Mme Isabelle LEROUX-NICOLLET	Physiologie
Mme Martine PESTEL-CARON	Microbiologie
Mme Elisabeth SEGUIN	Pharmacognosie
Mr Mohamed SKIBA	Pharmacie galénique
Mr Philippe VERITE	Chimie analytique

III – MEDECINE GENERALE

PROFESSEUR

Mr Jean-Loup **HERMIL** UFR Médecine générale

PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS

Mr Emmanuel **LEFEBVRE** UFR Médecine Générale

Mr Alain **MERCIER** UFR Médecine générale

Mr Philippe **NGUYEN THANH** UFR Médecine générale

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS

Mr Pascal **BOULET** UFR Médecine générale

Mme Elisabeth **MAUVIARD** UFR Médecine générale

Mme Yveline **SEVRIN** UFR Médecine générale

Mme Marie Thérèse **THUEUX** UFR Médecine générale

ENSEIGNANTS MONO-APPARTENANTS

PROFESSEURS

Mr Serguei FETISSOV (med)	Physiologie (ADEN)
Mr Paul MULDER (phar)	Sciences du Médicament
Mme Su RUAN (med)	Génie Informatique

MAITRES DE CONFERENCES

Mr Sahil ADRIOUCH (med) Inserm 905)	Biochimie et biologie moléculaire (Unité)
Mme Gaëlle BOUGEARD-DENOYELLE (med)	Biochimie et biologie moléculaire (UMR 1079)
Mme Carine CLEREN (phar)	Neurosciences (Néovasc)
Mme Pascaline GAILDRAT (phar)	Génétique moléculaire humaine (UMR 1079)
Mr Nicolas GUEROUT (phar)	Neurophysiologie
Mr Antoine OUVRARD-PASCAUD (med)	Physiologie (Unité Inserm 1076)
Mr Frédéric PASQUET	Sciences du langage, orthophonie
Mme Isabelle TOURNIER (phar)	Biochimie (UMR 1079)

CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS : Mme Véronique DELAFONTAINE

HCN - Hôpital Charles Nicolle

HB - Hôpital de BOIS GUILLAUME

CB - Centre Henri Becquerel

CHS - Centre Hospitalier Spécialisé du Rouvray

CRMPR - Centre Régional de Médecine Physique et de Réadaptation SJ – Saint Julien Rouen

Serment d'Hippocrate

Au moment d'être admis 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 les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis 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 déshonoré et méprisé si j'y manque.

Par délibération en date du 3 mars 1976, la faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni interprétation.

REMERCIEMENTS

À Monsieur le Professeur Philippe CHASSAGNE,

Qui me fait l'honneur de présider mon jury de thèse,
Merci pour toutes les connaissances que vous m'avez apportez dans votre service
ainsi que l'amour pour la gériatrie
Veuillez agréer de mon plus sincère respect et reconnaissance.

À Monsieur le Professeur Pierre CZERNICHOW,

Pour avoir accepté d'être membre de mon jury de thèse,
Merci pour vos cours de première année et vos « jeunes gens, bonjours»

À Madame le Docteur Cécile GUERARD-DUTUNCQ,

Pour avoir accepté d'être membre de mon jury de thèse
Merci pour votre présence

À Monsieur le Docteur Bertrand FISSET,

Pour avoir accepté d'encadrer ma thèse
Merci de m'avoir guidé tout au long de cette thèse et de cet internat

***À Gwen, Alexandre, Catherine, Pierre et Laure et l'ensemble des préparateurs
en pharmacie,***

Pour votre aide fournit pour cette thèse

À Madame MARY Jan,

Pour sa gentillesse et son aide précieuse dans le traitement des données statistiques

À Monsieur le Docteur Sébastien BALEIZAO,

Merci pour ton accueil et ton partage

Merci pour tout ce que tu m'as apporté professionnellement mais aussi
personnellement

Au Docteur CALBEL, GALLOIS, CHANTRE, LOIN et DE VIENNE,

Pour l'ensemble des connaissances qu'ils m'ont apportées

Et pour m'avoir conforté dans mes choix professionnels

À tous les services hospitaliers qui m'ont accueillis

Merci pour tout le savoir que vous avez partagé avec moi

Merci pour toute l'expérience que vous m'avez apportés

À l'ensemble de mes co-internes,

Pour tous les bons moments passés en leur présence

À ma mère,

Merci pour toute ton aide dans la vie de tous les jours

Merci pour ta présence, ton soutien sans faille

À toute ma famille, et tout mes amis,

Pour leur aide et leur soutien

TABLES DES MATIÈRES

I. ETAT DES LIEUX.....	19
A. RELATION MEDECIN – MALADE	19
1. <i>En quelques chiffres</i>	19
2. <i>Des changements dans la relation médecin – malade</i>	19
3. <i>Relation médecin – malade et prescription</i>	20
4. <i>Relation médecin – malade et observance</i>	21
B. RELATION MEDECIN – PHARMACIEN	22
1. <i>En quelques chiffres</i>	22
2. <i>Les différents rôles du pharmacien</i>	23
a) Rôle de prévention.....	23
b) Aide à la compréhension de sa maladie et de son traitement par le patient .	23
c) Promotion du bon usage du médicament	24
d) Substitution médicamenteuse	25
C. QUELQUES DEFINITIONS	25
1. <i>Non-Observance</i>	25
2. <i>Non-Observance Primaire</i>	26
3. <i>Non-Observance Secondaire</i>	27
4. <i>Non-Observance Intentionnelle</i>	27
5. <i>Non-Observance non-intentionnelle</i>	27
6. <i>Adhésion au Traitement</i>	28
D. EPIDEMIOLOGIE	28
1. <i>Non-observance</i>	28
a) Les populations à risque de mauvaise observance.....	28
b) La Mauvaise observance et les conséquences médicales.....	29
c) La mauvaise observance et ses conséquences économiques.....	30
2. <i>Non-observance primaire</i>	30
II. MATERIEL ET METHODE	32
A. TYPE D’ETUDE	32
ETUDE DE LA NON-DELIVRANCE MEDICAMENTEUSE D’UNE ORDONNANCE D’UN	15
MEDECIN GENERALISTE EN OFFICINE EN HAUTE-NORMANDIE	

B.	CRITERES D'INCLUSION ET D'EXCLUSION	32
1.	<i>Critères d'inclusion</i>	32
2.	<i>Critères d'exclusion</i>	32
C.	ELABORATION DU QUESTIONNAIRE	33
1.	<i>Partie patient</i>	33
2.	<i>Partie pharmacien</i>	34
D.	DISTRIBUTION DU QUESTIONNAIRE	35
E.	SAISIE DES REPONSES	35
III.	RESULTATS	36
A.	REONDANT	36
B.	PARTIE PATIENT	36
C.	PARTIE PHARMACIEN	38
1.	<i>Les médicaments non-délivrés</i>	38
2.	<i>La durée de présentation des ordonnances en pharmacie</i>	42
3.	<i>Les prescripteurs</i>	43
D.	MOTIF DE NON-DELIVRANCE	45
1.	<i>Motif du pharmacien de non-délivrance</i>	45
2.	<i>Motif du patient de non-délivrance</i>	46
IV.	DISCUSSION	48
A.	DISCUSSION DE LA METHODE	48
B.	DISCUSSION DES RESULTATS	49
1.	<i>Discussion des résultats concernant la population</i>	50
2.	<i>Discussion des résultats concernant les médicaments</i>	50
3.	<i>Discussion des résultats concernant les pharmaciens</i>	52
C.	ENJEUX	53
D.	MOYEN D'AMELIORATION	54
V.	CONCLUSION	56
VI.	BIBLIOGRAPHIE	58
VII.	ANNEXES	61

Introduction

La France est le premier consommateur européen de médicaments, le chiffre d'affaire des ventes de médicaments en officine réalisé en 2013 s'élève à 20,6 milliards d'euros. Dans 78% des cas, l'acte médical est associé à une prescription médicamenteuse, avec en moyenne une prescription de 2,9 médicaments par consultation chez le médecin généraliste.

Mais quel est le comportement du patient une fois sorti du cabinet médical ? L'ensemble des médicaments prescrits sont-ils délivrés en pharmacie ?

Avec l'informatisation des cabinets médicaux, les patients ne retournent plus systématiquement leurs anciennes ordonnances à leur médecin généraliste. Il devient alors plus difficile au praticien de contrôler la délivrance médicamenteuse de leurs anciennes ordonnances, et ils sont, de plus, privés des annotations des pharmaciens.

La non-délivrance de médicaments en officine peut être décidée par le pharmacien quand celui-ci estime que le médicament n'est pas dans l'intérêt du patient. Dans ce cas là, les médecins généralistes sont généralement contactés par les pharmaciens. Mais dans la majorité des cas, la non-délivrance médicamenteuse en officine fait suite à la décision du patient lui-même. Ce refus peut traduire un défaut d'observance du médicament, phénomène dont le pharmacien est témoin.

L'observance est un problème de santé publique majeur dans notre société. En 2003, l'OMS a déclaré que résoudre le problème de la non-observance thérapeutique représenterait un progrès plus important que n'importe quelle découverte biomédicale. Le défaut d'observance chez les patients ainsi que les facteurs qui l'influencent a fait l'objet de nombreuses études, mais peu d'entre elles,

se sont penchées la non observance primaire par la non-délivrance médicamenteuse en officine.

Ce défaut d'observance peut être intentionnel ou non, et il peut être le fruit de multiples raisons, en lien avec le médicament, la pathologie, une mauvaise relation médecin-malade, une mauvaise relation médecin-pharmacien, ou encore pour une raison purement financière.

Le but de cette étude est d'étudier le comportement du patient, une fois qu'il est sorti du cabinet médical de son médecin généraliste. L'objectif étant d'étudier les médicaments qui sont le plus refusés par le patient en officine et de connaître les facteurs qui influencent cette non délivrance médicamenteuse, dans le but d'améliorer nos pratiques quotidiennes.

I. Etat des lieux

A. Relation Médecin – Malade

1. En quelques chiffres

Le médecin généraliste est le médecin qui a, à son actif, le plus grand nombre de consultations. Un français consulte son médecin généraliste en moyenne 4,9 fois par an. Le médecin généraliste a un rôle de suivi des patients pendant une longue période de sa vie. Il est donc primordial d'avoir confiance en son médecin traitant et dans les traitements qu'il prescrits. D'après un sondage français, 82% des patients déclarent faire confiance à leur médecin pour lui fournir les informations sur les médicaments prescrits (1). Mais, en même temps, 27% d'entre eux déclarent aussi, avoir décidé de ne pas prendre un médicament après avoir lu la notice de celui-ci (1).

2. Des changements dans la relation médecin – malade

Ces dernières années, on a assisté à une modification de la relation médecin malade. Dans le passé, la relation était dominée par un modèle de paternalisme médical, substitué aujourd'hui par un modèle d'échange, d'information, de consentement et de partage. Un partage d'une information claire fournie par le praticien à ses patients et avec le droit de refuser ou de discuter une prise en charge thérapeutique.

Lors d'un sondage réalisé par la société IPSOS, « un médecin qui, si vous le souhaitez, vous explique précisément la situation, vous présente les choix possibles et vous associe à la décision » est plébiscité par les français à hauteur de 93% (2). L'ancien modèle paternaliste est de nos jours de plus en plus remplacé par un modèle basé sur la confiance et le partenariat, entre le patient et son praticien. Une étude américaine montre qu'environ 40% des patients pensent avoir pris la décision

finale sur leur traitement à la sortie d'une consultation chez leur médecin généraliste (3).

Pour expliquer ces changements dans la relation médecin malade, beaucoup évoquent une baisse de la confiance des patients envers leur médecin. Cette baisse de confiance a été observée depuis plusieurs dizaines d'années. Pour l'expliquer, on peut évoquer une augmentation des moyens d'informations (internet, radio, télévision) qui peuvent apporter parfois une information médicale erronée, mais aussi la divulgation d'affaires judiciaires médicales.

3. *Relation médecin – malade et prescription*

Pour un patient, une consultation chez un médecin est souvent synonyme de prescription médicale, une enquête de la DREES retrouve que 78% des consultations chez un médecin généraliste se concluent par une prescription médicamenteuse, avec en moyenne 2,9 médicaments par consultation (4). L'ordonnance a une représentation forte pour le patient, elle est le lien manuscrit qui unit le patient à son médecin, mais elle est aussi le témoin de sa maladie.

Le médecin a, entre autre, le rôle d'expliquer son traitement et de veiller à la bonne compréhension de ses explications afin de s'assurer de la bonne prise médicamenteuse de ses patients. Une étude américaine a analysé les consultations chez les médecins généralistes. On découvre qu'un médecin prend environ 4min du temps de la consultation pour discuter du traitement, sur une consultation qui dure en moyenne 20min, ce qui représente 20% du temps de la consultation (3). Mais seulement 54% des patients posent des questions sur leur traitement (3). Donc, pas loin de la moitié des patients ne posent pas de questions, alors qu'ils peuvent en avoir sans oser les exprimer.

A la fin de la consultation, presque l'ensemble des patients sont d'accord avec la prescription faite par leur médecin traitant, soit en estimation 96,9% au vu des résultats d'une thèse de médecine générale (5).

Lors d'une consultation, le médecin peut être influencé par plusieurs facteurs lors de la réalisation de sa prescription. 5,9% des patients demandent une modification de leur ordonnance à leur praticien, avec pour 60% d'entre eux la demande d'ajout d'un médicament supplémentaire, qui fait généralement partie de la classe des analgésiques (5).

La quantité de médicaments prescrite est principalement influencée par le motif de consultation : consultation de suivi d'une pathologie chronique, consultation pour une affection aiguë, ou au vu d'explorations en cours. Mais aussi, par la nature des pathologies dont souffre le patient, avec une quantité de médicaments prescrits plus importante pour les pathologies cardio-vasculaires, puis neurologiques, et enfin pour les pathologies digestives et respiratoires (4).

Mais la prescription médicale est aussi influencée par le patient que le médecin généraliste a en face de lui. Une enquête révèle qu'un médecin généraliste prescrit plus de médicaments chez ses patients réguliers et si ces patients ont une affection de longue durée (ALD) (4). Ils sont aussi influencés par la catégorie socio-professionnelle de leur patient ; en effet, ils prescrivent plus chez les femmes, les personnes âgées, les patients sans emplois et chez les bénéficiaires de la couverture médicale universelle (CMU) (4). Tous ces facteurs peuvent expliquer pourquoi il existe une grande variabilité dans la prescription des médecins généralistes pour traiter une même maladie.

4. *Relation médecin – malade et observance*

La relation médecin – malade est primordiale pour le bon suivi de ses patients; elle influence, en outre, l'observance par le patient de son traitement, comme l'ont montré plusieurs études. Un patient aura tendance à être moins observant de son traitement, s'il est prescrit par un médecin désagréable (6) ; à l'inverse, une bonne relation médecin malade aura pour effet d'améliorer l'observance des patients (7).

Dans la relation médecin-malade, la communication possède une place importante, qui influence l'observance des patients, comme l'a montré une méta-analyse américaine. Celle-ci a mis en évidence que les patients, suivis par un médecin ayant suivi une formation en communication, a 1,62 fois plus de chance d'être observant. À l'inverse, un médecin sans formation, augmente de 1,2 fois le risque de non-observance de son traitement (8).

B. Relation Médecin – Pharmacien

1. En quelques chiffres

La France est le premier pays consommateur de médicaments en Europe, avec en moyenne une consommation de 48 boîtes de médicaments par an et par français (9). 38,5% de la population française ont consommé un médicament pendant le mois (10) et avec 10% du volume total des prescriptions, les analgésiques sont les plus prescrits (4).

Les pharmaciens possèdent le monopole de la distribution médicamenteuse en France, ce qui implique aussi un rôle important dans notre système de santé ainsi qu'un certain devoir. Le chiffre d'affaire des ventes médicamenteuses réalisées en officine en France s'élève à 20,6 milliard d'euros en 2013 (9), des dépenses qui sont croissantes avec l'âge et ce, dès 40 ans (11).

Tout comme la relation médecin-malade, la relation entre le patient et le pharmacien a, elle aussi, évolué ces dernières années. Aujourd'hui, le patient n'hésite plus à refuser qu'on lui délivre des médicaments prescrits par son médecin. La relation patient-pharmacien est différente de la relation entre un patient et son médecin, le patient ayant plus tendance à se confier à son pharmacien plutôt qu'à son médecin.

Ces chiffres montrent l'importance des pharmacies dans notre système de soins par le volume de médicaments qu'elles délivrent. Elles sont le dernier maillon

de la chaîne de distribution du médicament en France. Il est donc important pour le bon fonctionnement de celui-ci, qu'il y ait une bonne relation médecin-pharmacien.

2. *Les différents rôles du pharmacien*

Les pharmaciens possèdent un rôle important dans notre système de santé, par leur proximité avec la population. Il existe, en effet, un grand nombre de pharmacies sur l'ensemble du territoire qui sont disponibles et faciles d'accès. Les pharmaciens ont un contact fréquent avec la population, ce qui leur permet de développer une relation de confiance avec leur patient et ainsi en avoir une approche globale. Voici un listing non exhaustif des différents rôles que peut avoir un pharmacien dans notre système de santé.

a) Rôle de prévention

Les pharmaciens ont un rôle d'éducation à la santé, en participant à des opérations visant à promouvoir le dépistage des maladies mais aussi à la sensibilisation aux problèmes de santé publique. Ils ont aussi un rôle préventif en repérant les personnes à risques et en les incitant à consulter leur médecin.

Ce rôle est commun avec celui du médecin traitant ; il convient donc d'avoir une bonne entente entre le médecin et le pharmacien afin d'améliorer la prévention des problèmes de santé publique.

b) Aide à la compréhension de sa maladie et de son traitement par le patient

Quand un patient arrive dans une pharmacie, il a souvent peu d'information sur ses nouveaux traitements, c'est ce que révèle une étude canadienne (12). Cette méconnaissance peut malheureusement influencer son observance du patient. Le pharmacien a donc aussi ce rôle d'information, avec un discours adapté pour le patient sur son médicament : sa prise médicamenteuse, ses effets secondaires, ses

contre-indications. L'objectif étant de faire adhérer le patient à son traitement pour en améliorer l'observance.

Mais ce rôle d'information du patient sur le médicament n'est pas réservé uniquement au pharmacien. Il est aussi important que le praticien ayant effectué la prescription, donne toutes les informations nécessaires à son patient. Un patient qui est bien informé par son médecin va faciliter la relation médecin-pharmacien. Il est ainsi nécessaire d'avoir une bonne communication interprofessionnelle pour permettre une bonne collaboration.

c) Promotion du bon usage du médicament

Un autre rôle du pharmacien dans notre système de santé, est celui de sécuriser la délivrance médicamenteuse, un rôle attendu par le médecin envers les pharmaciens. Le pharmacien peut ainsi découvrir des erreurs de posologie, de prescription, ou de contre-indication dans l'ordonnance. Pour cela, il est primordial d'avoir une bonne collaboration interprofessionnelle.

En 1997, 61% de la consommation des médicaments sont couverts par l'assurance maladie et 19% par les mutuelles (11). Cependant, 75% des patients déclarent acheter des médicaments en pharmacie sans ordonnance ; le pharmacien a alors un rôle important dans notre système de santé (1). Il possède un rôle d'information sur le médicament auprès du patient, mais aussi, de prévention des effets secondaires des médicaments en vente libre ainsi que celle d'éventuelles interactions médicamenteuses avec leurs traitements.

Le pharmacien doit aussi veiller à la bonne observance du traitement par le patient, sachant, qu'au vu des différentes études, entre 30 et 70% des patients suivent mal leur traitement. Chez ces patients mal observants, 20% de leurs ordonnances n'arriveront jamais jusqu'à la pharmacie et pour les 80% restant, elles représentent une utilisation inappropriée du médicament ou une non-délivrance médicamenteuse (12).

d) Substitution médicamenteuse

Le pharmacien possède entre autre, le rôle de substitution médicamenteuse, d'un princeps pour un générique quand celui-ci existe. Rôle souvent peu apprécié par les patients et qui génère régulièrement des tensions au sein des officines.

Sachant que, quand un médecin a le choix entre un princeps et un générique, ce dernier est prescrit uniquement dans 37% des cas (4). Cette habitude peut mettre en difficulté le pharmacien face à son patient, et donc altérer la relation pharmacien-patient mais aussi, mettre un obstacle supplémentaire pour le patient, à comprendre son ordonnance une fois rentré chez lui.

C. Quelques Définitions

1. *Non-Observance*

C'est un problème ancien déjà décrit par Hippocrate : « Les malades mentent souvent quand ils disent qu'ils prennent leurs médicaments » (cité dans 13). Cette notion est en opposition avec la notion d'observance ; elle consiste au mauvais suivi des prescriptions médicales, des consignes hygiéno-diététiques élaborées par le professionnel de santé, ainsi que du suivi médical : consultation de suivi, examen complémentaire (14).

Beaucoup d'études sur l'observance des traitements par le patient ont permis de mettre en évidence les facteurs qui l'influencent. Le défaut d'observance a le plus souvent une cause multifactorielle, qui est influencée par la pathologie traitée, par le traitement en lui-même, par le patient et son environnement, le médecin prescripteur et le système de santé.

Un trouble de l'observance est plus souvent retrouvé dans le cadre des pathologies asymptomatiques, des maladies chroniques et dans le cadre des troubles psychiatriques.

L'observance est aussi influencée par le traitement ; son efficacité thérapeutique perçue, en améliore l'observance ; à l'inverse, elle est moins bonne chez les patients ayant une poly-médication et une prise fréquente de médicaments.

Il existe aussi une influence du patient sur l'observance en fonction de ses capacités cognitives, de ses croyances, de son milieu socio-professionnel, et ses addictions. L'entourage, la relation médecin – malade et le système de soins sont aussi des facteurs influençant l'observance de son traitement par le patient (14).

Un médecin qui possède une bonne relation médecin-malade avec son patient, et également une bonne relation de confiance aura ainsi des patients plus observants.

Le système de santé influence aussi l'observance du patient par deux éléments. Le premier, étant le coût des soins ; que cela soit le coût du traitement, des consultations ou des examens complémentaires ; qui peuvent tous être un frein à l'accès aux soins et donc à l'observance. Le second, étant un manque de coordination entre les différents acteurs du système de santé, une baisse de l'observance qui est plus marquée quand le patient souffre d'une pathologie nécessitant une prise en charge pluridisciplinaire : médecin généraliste, spécialiste, pharmacien, infirmières, kinésithérapeute et autre professionnel de santé.

2. *Non-Observance Primaire*

La notion de non-observance primaire correspond à la notion de non initiation du traitement par le patient, autrement dit, par le fait que le patient n'aille même pas chercher son traitement à la pharmacie ou par le fait que le patient refuse que le pharmacien lui délivre les médicaments prescrits. Cette non-observance primaire correspond à un acte volontaire et actif de la part du patient. Elle est peu étudiée dans la littérature car difficile à mesurer.

3. *Non-Observance Secondaire*

La non-observance secondaire est la non-observance la plus fréquente, c'est le fait de ne pas respecter la prescription du médecin, une fois que le traitement a été délivré en officine. Elle peut se manifester sous différentes formes : une forme intentionnelle ou non-intentionnelle (15).

Ce comportement a pour conséquence un phénomène d'engorgement des armoires à pharmacie des patients, et donc des dépenses inutiles pour notre société.

4. *Non-Observance Intentionnelle*

La non-observance intentionnelle implique une décision consciente et volontaire de la part du patient de ne pas prendre, ou de prendre mal le traitement prescrit. Ce type de non-observance peut inclure aussi bien la non-observance primaire comme la non-observance secondaire (16).

Les facteurs qui influencent la non-observance intentionnelle sont : les croyances sur la pathologie et sur le traitement : son efficacité perçue et ses éventuels effets indésirables. La relation médecin-malade peut aussi influencer l'observance intentionnelle par l'utilisation d'un vocabulaire adapté et par la prestance du médecin. (16). Les risques perçus par le traitement mais aussi par la maladie influencent la non-observance du traitement. D'après une revue de la littérature, un patient dépressif a trois fois plus de risques d'être non-adhérent à son traitement. Mais aussi son coût du traitement et ses avantages potentiels peuvent influencer sa non-observance intentionnelle. (16)

5. *Non-Observance non-intentionnelle*

Cette non-observance non-intentionnelle est une décision inconsciente et passive du patient de ne pas respecter la thérapeutique prescrite. Ce type de non-observance inclus l'oubli, l'incompréhension de la prescription. (16) Elle touche

souvent les personnes âgées, qui sont les plus touchées par les troubles cognitifs, mais aussi souvent par les patients actifs qui ont des horaires de travail difficilement compatibles avec une bonne observance thérapeutique.

6. *Adhésion au Traitement*

L'idée d'adhésion au traitement par le patient implique une approbation réfléchie dans sa prise en charge. Ce terme d'adhésion se différencie de celui d'observance par l'idée que le patient est actif dans son traitement et non passif pour l'observance (14). Pour obtenir l'adhésion du patient à son traitement, il est nécessaire d'avoir une bonne relation médecin-malade et une bonne relation médecin-pharmacien. Cette notion d'adhésion est très importante pour toutes les pathologies chroniques, nécessitant un traitement et un suivi chronique.

D. Epidémiologie

1. *Non-observance*

En 2003, pour l'OMS « améliorer l'adhésion du patient à un traitement chronique devrait s'avérer plus bénéfique que n'importe quelle découverte biomédicale », elle estime qu'environ un patient sur 2 a une mauvaise observance de son traitement. Une autre étude retrouve un résultat similaire avec un trouble de l'observance chez 50% des patients (17). Selon une étude française, seulement 70% des patients déclarent suivre leur traitement à la lettre (1). Ces estimations montrent l'importance de la non-observance chez les patients, ce qui a de nombreuses conséquences sur le patient lui-même mais aussi sur l'ensemble de la société.

a) Les populations à risque de mauvaise observance

La non-observance touche plus, certains patients que d'autres. Elle a tendance à être plus présente chez les patients atteints de pathologies chroniques

que dans les pathologies aiguës. Il est estimé qu'environ 50% des patients hypertendus arrêtent leur traitement durant la première année après son introduction. 75% des patients diabétiques sous antidiabétiques oraux respectent bien leur prescription et 60% chez seulement les patients sous insuline. Mais, seul 43% des asthmatiques respectent le schéma thérapeutique prescrit, ainsi qu'un tiers des patients séropositifs (14). La non-observance est d'autant plus importante quand la pathologie est asymptomatique du fait que les patients ne ressentent pas le besoin de prendre leur traitement, et n'observent pas, à court terme, les conséquences de l'omission d'une prise médicamenteuse.

La population la plus touchée par les erreurs de prise médicamenteuse se trouve chez les personnes âgées. Elles sont plus exposées à ce phénomène en raison d'une poly-médication importante, de leurs troubles sensoriels, et cognitifs qui favorisent les erreurs, les oublis et compliquent la prise médicamenteuse pour ces patients. D'après une étude, il existe 59% d'erreurs de prise médicamenteuse chez les personnes âgées, l'erreur la plus fréquente étant l'omission de la prise médicamenteuse. On estime qu'il existe en moyenne 1,5 erreurs par patient (18).

b) La Mauvaise observance et les conséquences médicales

La mauvaise observance a pour conséquence une augmentation de la morbi-mortalité des patients, avec l'apparition éventuelle de complications secondaires à leur pathologie chronique. Elle concerne notamment les complications du diabète et de l'hypertension artérielle, mais aussi des conséquences biologiques en favorisant l'émergence de résistances dans les maladies infectieuses. Elle induit aussi un coût socio-économique important, par des hospitalisations, des arrêts de travail et des soins plus importants que chez un patient bien observant.

Elle a pour conséquence notamment une augmentation des consultations aux services des urgences qui sont souvent déjà sollicités par les patients. D'après la littérature, il a été estimé qu'environ 32% des consultations aux urgences pour un problème iatrogène sont dues à une mauvaise observance (19). Une autre étude

estime qu'environ 50% des admissions aux urgences pour une pathologie d'origine iatrogène sont dues à un défaut d'observance (17).

En France, on estime qu'environ 6% des journées d'hospitalisation sont imputables à un évènement iatrogène. On estime aussi qu'un quart à la moitié des pathologies iatrogènes sont liées à une imprudence ou à une erreur évitable de type : automédication, négligence, erreur, mauvaise observance (20).

c) La mauvaise observance et ses conséquences économiques

La non-observance secondaire est importante, elle a pour conséquence que beaucoup de médicaments sont délivrés en officine sans être consommés par les patients. Ce qui conduit à un phénomène de stockage important de médicaments qui dorment chez les patients, dans leurs armoires à pharmacie. Une étude américaine estime que le coût de ces médicaments non utilisés s'élève à 100 milliards de dollars par an (21).

2. *Non-observance primaire*

Peu d'études ont exploré la non-observance primaire et ses caractéristiques, avec parfois des résultats discordants.

Selon une étude danoise, la non observance primaire touche environ 9,3% des patients. Selon cette même étude, il a été constaté que la non-observance primaire était plus présente chez les jeunes adultes, chez les hauts revenus, chez les patients avec une poly-médication, ainsi que chez les patients souffrants de BPCO ou de cardiopathie ischémique (15).

Une étude islandaise a aussi travaillé sur la non-observance primaire ; selon elle, le taux de non-observance primaire est de 6,2% chez les patients islandais. Ce taux est augmenté chez les personnes âgées et les personnes handicapées.

Cependant cette étude ne retrouve pas de lien entre la non-délivrance médicamenteuse et le prix des traitements (22).

Un étude américaine retrouve, elle, un taux de non-délivrance médicamenteuse d'environ 24% sur des ordonnances électroniques. Les antibiotiques sont les médicaments avec la meilleure observance primaire (90%), tandis que les nouveaux traitements anti-diabétiques et anti-hypertenseurs, eux, ne sont pas délivrés dans plus de 25% des cas. On remarque juste que ce sont les enfants et adolescents qui sont les plus mauvais observants par rapport au plus de 65 ans, et que, paradoxalement, ce sont les ordonnances émises par les pédiatres et les gynécologues qui sont proportionnellement les plus délivrées (23).

Les personnes âgées ont un taux de non-adhérence intentionnelle médicamenteuse estimé à environ 50% selon plusieurs études (16).

Une étude a permis d'estimer à environ ¼ le nombre de médicaments prescrits qui ne sont pas délivrés dans les pharmacies aux patients.

Et en Allemagne, une étude a ainsi montré qu'il existe un écart entre la prescription médicale et la consommation médicamenteuse chez 43% des patients (24).

Enfin, en France, pays réputé dans le monde entier pour son système de santé, en 2012, 26% de la population a déclaré avoir renoncé à au moins un soin pour des raisons financières. Et cette population tend à augmenter avec les années (25). On peut donc imaginer qu'un certain nombre de patients refuse la délivrance de traitements en pharmacie, pour une raison économique.

Les études étrangères ont des résultats parfois discordants et d'autres complémentaires, ce qui nous permet d'avoir une première approche sur le comportement du patient dans une officine avec sa prescription médicamenteuse. Aucune étude française n'a exploré la non-observance primaire, mis à part pour des raisons financières. L'objectif de cette étude est donc d'étudier la non-observance primaire d'une ordonnance d'un médecin généraliste par le biais de la non-délivrance médicamenteuse en officine.

II. Matériel et méthode

A. Type d'étude

Afin d'étudier la non-délivrance médicamenteuse en officine, le plus simple était de réaliser l'étude dans des pharmacies. Pour cela, il a été décidé de réaliser un questionnaire afin de réaliser une évaluation quantitative en officine de la non-délivrance médicamenteuse.

Le questionnaire a été divisé en deux parties, une partie réservée aux patients, anonyme et complétée par auto-déclaration et une partie pharmacien complétée par le professionnel de santé.

B. Critères d'inclusion et d'exclusion

1. Critères d'inclusion

Plusieurs critères d'inclusion ont été décidés pour cette étude, ils sont volontairement larges afin de pouvoir inclure le plus de patients possible.

Le premier critère d'inclusion, le patient doit avoir plus de 18 ans, le second étant que l'ordonnance doit provenir d'un médecin généraliste : médecin traitant, médecin remplaçant ou autres. Le dernier critère étant le refus de délivrance d'au moins un médicament par le patient.

2. Critères d'exclusion

Les critères d'exclusion sont donc les patients âgés de moins de 18 ans et toutes les ordonnances émanant d'un médecin spécialiste non généraliste. Le but étant d'étudier le comportement du patient à la sortie du cabinet médical d'un médecin généraliste.

C. Elaboration du questionnaire

1. Partie patient

La partie Patient est une partie anonyme. Il a été volontairement décidé de réaliser un questionnaire court et simple pour le patient afin d'augmenter la participation à l'étude. La partie Patient du questionnaire est disponible en annexe 1.

Le patient dispose de la possibilité de refuser de répondre à sa partie en cochant la case correspondante sur le questionnaire.

Dans la partie Patient, les caractéristiques socio économiques sont recueillies telles que : le sexe, l'âge, la profession, le niveau d'études et le motif de non-délivrance médicamenteuse en pharmacie.

La réponse, concernant la question sur la profession, est libre ; il a été choisi de les classer par la suite selon la nomenclature des professions et catégories socioprofessionnelles décrites par l'INSEE (2).

Pour la question sur le niveau d'études, il a été choisi de proposer un choix multiple entre : sans diplôme, BEPC/ CAP/ BEP, baccalauréat, et études supérieures.

Pour la partie concernant la cause de la non-délivrance médicamenteuse, un choix multiple est proposé ; il a été décidé de proposer la possibilité de sélectionner plusieurs cases. Ce choix est motivé par la possibilité d'avoir plusieurs motifs différents en fonction des médicaments non-délivrés. L'objectif étant de garder une question simple et claire pour améliorer la compréhension du patient. Mais, avec en contrepartie, la perte du lien entre le médicament non-délivré et sa cause.

2. *Partie pharmacien*

Il a été choisi de réaliser une partie Pharmacien du questionnaire, courte et rapidement complétée afin d'augmenter l'adhésion au questionnaire par le pharmacien et ainsi augmenter le nombre de participants à l'étude. Elle est visualisable en annexe 2.

Pour la première question, il est inscrit l'ensemble des médicaments non délivrés qui peuvent être écrits soit sous la forme DCI ou bien sous leur nom commercial. On peut ainsi connaître la classe médicamenteuse à laquelle ils appartiennent, et si le médicament est prescrit pour une pathologie aiguë ou bien chronique, mais aussi, défini par son taux de remboursement par la sécurité sociale. Les médicaments seront ensuite classés en fonction du système ATC de l'OMS.

Dans la seconde question, il est demandé de rapporter le nombre total de médicaments sur l'ordonnance, le but étant de connaître le ratio du nombre de médicaments non délivrés sur le nombre de médicaments prescrits.

Ensuite, la date de prescription et la date de délivrance sont demandées, afin de pouvoir en déduire la durée avant la délivrance médicamenteuse, dans le but de déterminer si cette dernière influence la non-délivrance.

Puis il est demandé d'indiquer le professionnel de santé qui a réalisé la prescription, avec au choix : le médecin traitant, un médecin remplaçant ou un autre médecin généraliste.

La dernière question concerne les motifs potentiels de non-délivrance médicamenteuse évalués par le pharmacien. Il est demandé à celui qui complète le questionnaire d'entourer la lettre qui correspond au médicament non délivré en face de la ligne correspond à sa cause de non délivrance. Ainsi, on peut connaître quelle est la raison de la non-délivrance pour chaque médicament. Mais aussi s'il n'y a pas eu de motif de non-délivrance médicamenteuse retenu par le pharmacien, mais uniquement un motif émanant du patient, aucune réponse n'est saisie dans la partie

pharmacien du questionnaire. Il est aussi possible de donner plusieurs raisons à la non-délivrance quand la situation le nécessite.

D. Distribution du questionnaire

Pour la distribution des questionnaires dans les officines, il a été important de choisir plusieurs pharmacies afin d'obtenir un échantillon représentatif de l'ensemble des différentes activités que peut avoir une pharmacie. Les questionnaires ont été distribués dans des pharmacies en Seine Maritime et dans l'Eure. L'objectif est d'évaluer si le lieu d'exercice de la pharmacie peut avoir une influence sur la non-délivrance médicamenteuse.

Pour les pharmacies exerçant en milieu urbain, des questionnaires ont été distribués dans les villes d'Evreux, et de Grand Quevilly ; pour le secteur semi-rural, ils ont été distribués dans la ville de St Caër et, pour le milieu rural, à Longueville-sur-Scie et à Fleury-sur-Andelle.

Dans chaque pharmacie où le questionnaire a été déposé, le questionnaire a été expliqué à chaque personne qui devait remplir le questionnaire afin d'éviter les erreurs de remplissage. Le questionnaire a été réalisé pour que la partie pharmacien puisse être complétée aussi bien par les pharmaciens, que par les préparateurs en pharmacie.

L'étude a été réalisée sur une période de trois mois, débutant début juin et se finissant fin août 2015.

E. Saisie des réponses

L'ensemble des données sont saisies et analysées dans le logiciel Microsoft Excel version 2011, puis des graphiques ont été réalisés par ce même logiciel.

III. Résultats

A. Répondant

Pendant la période de l'étude, 108 ordonnances de médecins généralistes n'ont pas été délivrées dans leur totalité, ce qui représente un ensemble de 164 médicaments non délivrés.

Les réponses proviennent de manière homogène entre chaque pharmacie (figure 1).

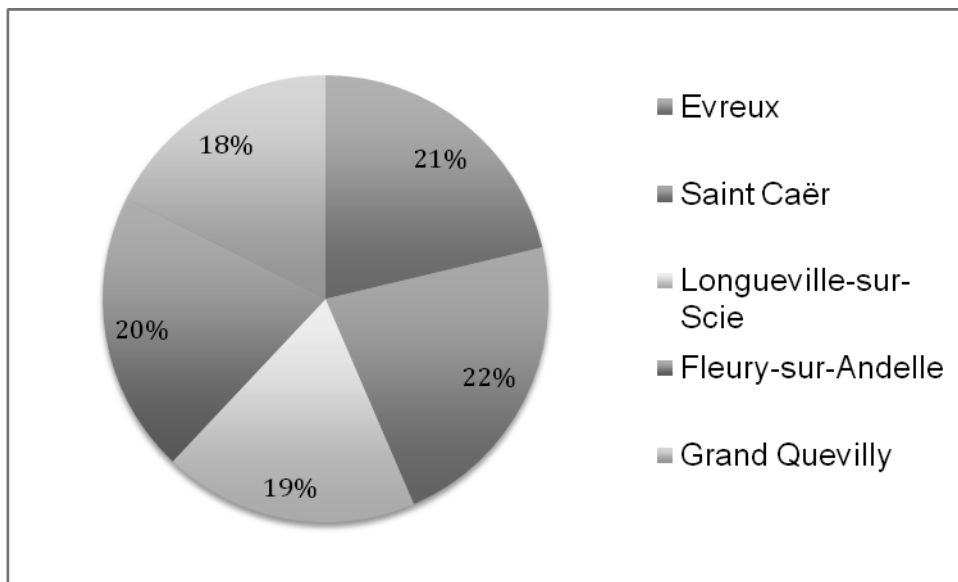


Figure 1 : taux de réponse de chaque pharmacie

B. Partie Patient

Les patients ont bien participé au questionnaire avec 11 refus, ce qui représente un taux de refus de 10,19%. Sur l'ensemble des 97 questionnaires complétés par les patients, 19 avaient des données manquantes sur au moins une question. Les résultats des caractéristiques socio-économiques sont regroupés dans le tableau 1.

Caractéristiques socio-professionnelles	Nombre de réponses	Taux en %
Âge		
18-25 ans	3	3,09
26-45 ans	10	10,31
46-65 ans	33	34,02
>65 ans	51	52,58
Ne se prononce pas	0	0,00
Total	97	100
Sexe		
Féminin	60	61,86
Masculin	37	38,14
Ne se prononce pas	0	0,00
Total	97	100
Niveau d'étude		
Sans Diplôme	20	20,62
BEPC/CAP/BEP	36	37,11
Baccalauréat	13	13,40
Études supérieures	14	14,43
Ne se prononce pas	14	14,43
Total	97	100
Catégorie professionnelle (INSEE)		
Agriculteur exploitant	0	0,00
Artisan, commerçant, chef d'entreprise	3	3,09
Cadre et profession intellectuelles supérieures	4	4,12
Profession intermédiaire	7	7,22
Employé	8	8,25
Ouvrier	5	5,15
Retraité	53	54,64
Sans activité professionnelle	9	9,28
Ne se prononce pas	8	8,25
Total	97	100

Tableau 1 : caractéristiques socio-économiques des patients

Ces résultats montrent que les patients qui refusent la délivrance d'au moins un médicament sont le plus souvent des femmes, âgées de plus de 65 ans, qui sont à la retraite et qui majoritairement ont un niveau d'étude inférieur au égale au BEPC, BEP ou CAP.

C. Partie Pharmacien

1. Les médicaments non-délivrés

Sur les 108 ordonnances contenant au moins un médicament non-délivré, en tout 164 médicaments n'ont pas été délivrés. Les résultats des médicaments non délivrés sont regroupés dans le tableau 2.

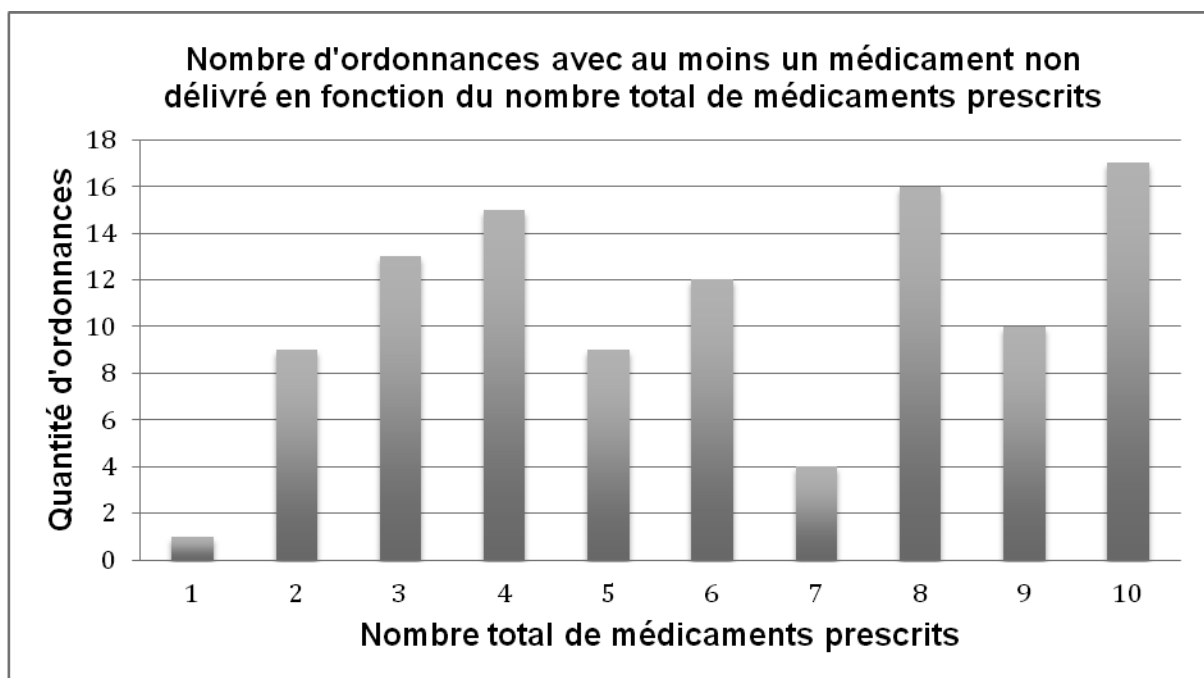
Classe médicamenteuse non-délivré	Total de non délivrance	Taux de non-délivrance en %
ANALGESIQUES	22	13,41
ANTIACIDES	13	7,93
ANTIAGRÉGANTS PLAQUETTAIRES	8	4,88
ANTI-INFLAMMATOIRES	8	4,88
BRONCHODILATATEURS	8	4,88
ANTIDEPRESSEURS	7	4,27
LAXATIFS	7	4,27
SUPPLEMENTS MINERAUX	7	4,27
ANTIHYPERTENSEURS	6	3,66
ANTISPASMODIQUES	6	3,66
CORTICOIDES LOCAUX	6	3,66
HYPOLIDIDEMIANANT	6	3,66
ANTI-DIABÉTIQUES ORAUX	5	3,05
ANTIARTHROSIQUES	5	3,05

ANTIHISTAMINIQUES	5	3,05
ANXIOLYTIQUES	5	3,05
BETA-BLOQUANTS	4	2,44
VACCINS	3	1,83
ANTIBIOTIQUES	2	1,22
ANTIDIARRHEIQUES	2	1,22
ANTIPSYCHOLEPTIQUES	2	1,22
CORTICOIDES	2	1,22
DERIVES NITRES	2	1,22
DIURETIQUES	2	1,22
MYORELAXANTS	2	1,22
PREPARATIONS POUR LA GORGE	2	1,22
VEINOTONIQUES	2	1,22
ANESTHESIQUES LOCAUX	1	0,61
ANTICOAGULANTS	1	0,61
ANTIEMETIQUES	1	0,61
ANTIEPILEPTIQUES	1	0,61
ANTIFONGIQUES	1	0,61
ANTIGOUTTEUX	1	0,61
ANTIOSTEOPOROTIQUES	1	0,61
ANTIVIRAUX	1	0,61
ANTIVITAMINES K	1	0,61
HOMEOPATHIE	1	0,61
HYPNOTIQUES	1	0,61
MEDICAMENTS UTILISE DANS L'HYPERTROPHIE DE PROSTATE	1	0,61
MUCOLYTIQUES	1	0,61
PANSEMENTS	1	0,61
VITAMINES	1	0,61
Total	164	100,00

Tableau 2 : Médicaments non-délivrés

Dans les médicaments les plus fréquemment non-délivrés, il y a majoritairement des médicaments à usage symptomatique comme : les analgésiques, les antiacides, les anti-inflammatoires, les bronchodilatateurs et les laxatifs. Cependant, on remarque une forte proportion de non-délivrance chez certains traitements chroniques comme : les antiagrégants plaquettaires, les antidépresseurs, les antihypertenseurs, les hypolipémiants et les antidiabétiques oraux.

Concernant le nombre de médicaments total sur chaque ordonnance contenant au moins un médicaments non délivré, les résultats sont représentés sur l'histogramme 1.



Histogramme 1 : Nombre d'ordonnances avec au moins un médicament non délivré en fonction du nombre total de médicaments prescrits

Cet histogramme ne permet pas de mettre en évidence une tendance à une augmentation de la non-délivrance médicamenteuse en cas d'ordonnances avec beaucoup de médicaments.

L'étude nous a permis d'évaluer la moyenne d'âge en fonction du nombre de médicaments non-délivrés, les résultats sont regroupés dans le tableau 3 :

Nombre de médicament non-délivrés par ordonnance			
	Nombre d'ordonnance	Moyenne de l'âge des patients (en année)	Écart type (en années)
1	73	61,32	16,23
2	20	68,84	13,29
3	7	59,86	17,66
4	5	58,00	9,51
5	3	63,67	7,77
Total	108	62,59	15,43

Tableau 3 : moyenne d'âge des patients en fonction de la quantité de médicaments refusés

Avec ce tableau, on peut constater que les patients refusant la délivrance d'au moins un médicament ont en moyenne l'âge de 62,5 années. Cependant, il n'est pas possible de connaître les différences d'âge entre chaque groupe, et si la quantité de médicaments non-délivrés est significativement différente ou non.

Ensuite, l'étude nous a permis de comparer la quantité de médicaments non-délivrés en fonction du sexe. Les résultats sont regroupés dans le tableau 4 :

Sexe	Nombre de médicament non-délivrée par ordonnance					Total
	1	2	3	4	5	
Féminin	37	13	6	3	2	61
Masculin	29	7	1	2	1	40
Total	66	20	7	5	3	101

Tableau 4 : Nombre de médicaments non-délivrés en fonction du sexe

Afin de savoir s'il existe une différence significative entre les deux sexes, un test exact de Fisher a été réalisé avec un score de 0,67 ($p > 0,05$). On ne peut donc pas conclure à une différence significative entre le sexe masculin et féminin sur le nombre de médicaments refusés à la délivrance dans une pharmacie.

Puis, une comparaison entre le niveau d'études des patients et le nombre de médicaments refusés à la délivrance a été réalisée. Les résultats sont regroupés dans le tableau 5 :

Niveau d'études	Nombre de médicament non-délivré					Total
	1	2	3	4	5	
Sans diplôme	13	5	2	0	0	20
BEPC/CAP/BEP	24	6	2	2	2	36
Baccalauréat	8	2	1	1	1	13
Études supérieures	9	1	2	2	0	14
Total	54	14	7	5	3	83

Tableau 5 : Nombre de médicaments non-délivrés en fonction du niveau d'étude

Pour savoir, s'il existe une différence significative sur la quantité de médicaments non-délivrés en fonction du niveau d'études, un test exact de Fisher a été réalisé. Le résultat du test exact de Fisher est de 0,81 ($p > 0,05$), ce qui ne permet de conclure que le niveau d'études influence la quantité de médicaments refusés en pharmacie.

2. La durée de présentation des ordonnances en pharmacie

Concernant la durée entre la prescription de l'ordonnance et sa présentation en pharmacie, les résultats sont regroupés dans le tableau 6.

Nombre de médicament non-délivré sur chaque ordonnance	Nombre d'ordonnance	Moyenne de délai de présentation de l'ordonnance (j)	Écart type (j)
1	73	15,66	26,08
2	20	31,60	35,23
3	7	27,29	34,42
4	5	40,80	56,14
5	3	33,33	41,63
Total	108	21,02	30,99

Tableau 6 : Durée de présentation des ordonnances en pharmacie

On constate, qu'en moyenne, une ordonnance, avec au moins un médicament qui n'est pas délivré, est présentée en moyenne en pharmacie, 21 jours après la prescription. On remarque aussi, que les ordonnances, avec plus de deux médicaments non délivrés, sont présentées à la pharmacie avec une durée plus longue après la prescription.

3. Les prescripteurs

Les résultats concernant les prescripteurs des ordonnances, concernant au moins un médicament non-délivré, sont regroupés dans le tableau 7.

Prescripteur	Nombre D'ordonnance
Médecin traitant habituel	101
Un autre médecin généraliste	3
Un médecin remplaçant	4
Total	108

Tableau 7 : prescripteur des médicaments non-délivrés

On constate que les médecins traitants sont dans une large majorité les prescripteurs des médicaments non-délivrés en pharmacie.

Ensuite, il a été essayé de chercher un lien entre le prescripteur de l'ordonnance contenant au moins un médicament non-délivré et le nombre de médicaments non-délivrés. Les résultats sont regroupés dans le tableau 8.

Nombre de médicament non-délivré	Prescripteur			Total général
	Médecin traitant	Autre médecin généraliste	Médecin remplaçant	
1	70	1	2	73
2	17	1	2	20
3	6	1	0	7
4	5	0	0	5
5	3	0	0	3
Total général	101	3	4	108

Tableau 8 : Nombre de médicaments non-délivrés en fonction du prescripteur

Pour savoir s'il existe un lien entre le prescripteur et le nombre de médicaments refusés à la délivrance en pharmacie, un test exact de Fisher a été réalisé. Le résultat du test exact de Fisher est de 0,28 ($p > 0,05$), il n'y donc pas de différence significative entre les prescripteurs sur le nombre de médicaments non-délivrés en officine.

D. Motif de non-délivrance

La non-délivrance d'un médicament peut être à l'origine de deux personnes distinctes, à savoir le patient ou le pharmacien. Pour cette raison, la question sur le motif de la non-délivrance est en deux parties, une partie patient et une partie pharmacien.

Une non-délivrance d'un traitement peut avoir aucune imputabilité au pharmacien mais une imputabilité uniquement liée au patient et inversement. Tout comme il peut très bien y avoir une imputabilité multiple, du fait de la proposition du choix multiple dans le questionnaire.

1. Motif du pharmacien de non-délivrance

Pendant la durée de l'étude, il y a eu 30 motifs de non-délivrance médicamenteuse du pharmacien, qui ont été recensés. Les résultats du questionnaire sur les motifs de non-délivrance d'un traitement par le pharmacien sont regroupés dans le tableau 9.

Motif du pharmacien de non-délivrance	Nombre de réponses	Taux de réponses en %
Rupture de stock	9	30,00
Appel du médecin	6	20,00
Substitution par une autre molécule	4	13,33
Autre erreur du médecin	3	10,00
Autre motif	3	10,00
Arrêt de la commercialisation	2	6,67
Erreur posologique	2	6,67
Allergie	1	3,33
Total	30	100,00

Tableau 9 : Motif du pharmacien de non-délivrance d'un traitement

On constate que la plupart des cas, la raison d'une non-délivrance d'un traitement de la part d'un pharmacien est une rupture de stock. On constate aussi que les médecins sont souvent appelés dans ces situations là.

Pour les motifs de non-délivrance « autre erreur du médecin », dans la partie libre, il a été inscrit : « traitement arrêté depuis 6 mois », « association de traitement contre-indiquée », et « traitement arrêté ».

Pour les motifs de non-délivrance « autre erreur du médecin », dans la partie libre, il a été inscrit : deux fois « changement thérapeutique » et « mention non substituable pas inscrite ».

2. Motif du patient de non-délivrance

Au cours de l'étude, 107 réponses, concernant le motif du patient de non-délivrance d'un médicament, ont été recensées. Les résultats sont regroupés dans la partie du questionnaire sur les raisons du patient de refuser un traitement en pharmacie et sont inscrites dans le tableau 10.

Motif non-délivrance du patient	Nombre de réponse	Taux de réponse en %
Délivrance inutile car vous possédez encore assez de traitement	64	59,81
Traitement jugez inutile, pourquoi ?	12	11,21
Coût (non remboursement ou partiel, absence de mutuelle,...)	9	8,41
Autre motif	8	7,48
Effet secondaires avérés	7	6,54
Refus du traitement car c'est un générique	3	2,80
Peur des effets secondaires sans jamais avoir utilisé le traitement	2	1,87
Vous n'êtes plus malade	2	1,87
Vous préférez un traitement homéopathique	0	0,00
Total	107	100

Tableau 10 : Motif du patient de non-délivrance

On constate que, dans la grande majorité des cas, les patients possèdent déjà ce traitement en quantité suffisante à leur domicile. Mais on peut aussi constater que le second motif du patient de non-délivrance d'un traitement, est qu'il le juge inutile.

Concernant les raisons pour lesquelles les patients jugent le traitement inutile, on retrouve notamment: « traitement homéopathique », « ne fonctionne pas », « je n'ai pas d'allergie », « je ne veux pas prendre de traitement supplémentaire ».

Et pour les autres motifs du patient de non-délivrance médicamenteuse, on constate comme réponses : « prise irrégulière », à cinq reprises, « substitution par prise alimentaire », « n'arrive pas l'avaler », « traitement arrêté depuis 6 mois, mais oublié de le supprimer de l'ordonnance sur l'ordinateur ». On peut constater que certains patients avouent spontanément une mauvaise observance de leur traitement par oubli de prises.

IV. Discussion

A. Discussion de la Méthode

Pour réaliser cette étude, il a été décidé de réaliser une étude quantitative via un questionnaire en pharmacie. En effet, une étude qualitative apparaît difficilement réalisable, par le fait qu'il est difficile d'obtenir une pièce à part dans la pharmacie, afin d'interroger le patient dans un environnement calme et, en même temps, de préserver le secret médical. Il a donc été décidé de réaliser une étude quantitative afin de mieux évaluer la non-délivrance des traitements prescrits par un médecin généraliste.

Le questionnaire est donc rempli en pharmacie par les pharmaciens et les préparateurs en pharmacie. En faisant remplir le questionnaire par un pharmacien ou préparateur en pharmacie, et non par un médecin, on évite que la réponse du patient soit influencée par le médecin. Car le patient possède une relation avec son pharmacien qui est différente de sa relation avec son médecin, avec peut être une plus grande tendance à avouer une mauvaise prise médicamenteuse à son pharmacien. Cependant, on peut imaginer que les réponses du patient, qui sont auto-déclarées, peuvent aussi être influencées par la présence du pharmacien.

Ensuite, il a été envisagé de calculer le taux de non-délivrance médicamenteuse sur l'ensemble des ordonnances. Cependant, du fait que cette étude porte sur les ordonnances réalisées par les médecins généralistes, il était difficile techniquement de connaître uniquement le nombre d'ordonnances de médecins généralistes délivrées dans une pharmacie pendant la période de l'étude. Par conséquent le calcul du taux de non-délivrance fut impossible.

De par ce fait, on n'a pas pu réaliser une étude comparative entre une population refusant une délivrance médicamenteuse et une population qui ne la refuse pas. Pour cette raison, il n'a pas été possible de mettre significativement en évidence des facteurs influençant la non-délivrance d'un traitement.

Un biais de cette étude par le recueil des données a été réalisé par les pharmaciens et les préparateurs en pharmacie. Pour améliorer le remplissage des questionnaires, il a été expliqué à chaque pharmacien comment le compléter correctement afin d'améliorer le recueil des données. Cependant, on peut supposer qu'un questionnaire n'ait pas été systématiquement rempli après chaque non-délivrance d'un médicament.

L'étude a été réalisée sur une période de trois mois, pendant une période estivale, période où généralement les patients mais aussi les médecins prennent des vacances. Cependant, dans l'étude, peu d'ordonnances contenant au moins un médicament non-délivré, ont été prescrites par un médecin remplaçant ou un autre médecin généraliste autre que le médecin traitant. Cette période de vacances peut être aussi propice à des modifications lors de la prescription médicamenteuse des médecins généralistes.

Cette étude est une première approche afin de mieux connaître les différents aspects de la non-délivrance médicamenteuse en pharmacie. Jusqu'à présent peu d'études françaises ont exploré ce comportement. Afin de continuer à étudier, la non-délivrance médicamenteuse en officine, il serait intéressant de réaliser une étude afin de comparer d'une part les ordonnances de médecins généralistes entièrement délivrés et, d'autre part, les ordonnances avec au moins un traitement non-délivré. Pour avoir un résultat significatif, il serait intéressant de réaliser l'étude sur une période plus longue et dans plus de pharmacies. Mais pour réaliser ce type d'étude, il est nécessaire d'avoir un grand investissement humain, par les médecins et les pharmaciens, mais aussi financier.

B. Discussion des Résultats

Un biais de cette étude est que, d'après une étude française, 20% des ordonnances réalisées n'arrivent pas jusqu'à la pharmacie et, de fait, ne sont donc pas délivrées (12). L'étude étant réalisée dans les pharmacies, une partie des ordonnances non-délivrées ne sont donc pas présentées aux pharmaciens et, par conséquent, ne sont pas recueillies dans cette étude.

1. Discussion des résultats concernant la population

Cette étude permet de mettre en évidence que, les patients qui refusent la délivrance de médicaments en pharmacie, sont le plus souvent des femmes, âgées et à la retraite. On peut comparer ces résultats à ceux d'une autre étude qui prouve que les personnes âgées sont les patients les plus touchés par les erreurs médicamenteuses, et le plus souvent par des erreurs de prises (12).

Ce résultat montrant, que les personnes âgées sont les plus touchées par la mauvaise observance primaire, est en accord avec le résultat d'une étude islandaise (22), mais en désaccord avec une étude danoise (15) et une américaine (23) qui mettent en évidence que la population qui est le plus touchée par le non-observance primaire sont les jeunes adultes. On peut expliquer cette discordance par le fait que cette étude est une étude descriptive sur une petite population, et non une étude comparative qui permet de mettre évidence des différences significatives avec une population qui ne refuse pas des médicaments prescrits en pharmacie.

Les résultats de cette étude ne permettent pas de mettre en évidence une influence du sexe ou du niveau d'études sur la quantité de médicaments refusés lors de la délivrance médicamenteuse en pharmacie. Un lien entre la profession et le nombre de médicaments refusés n'a pas pu être recherché à cause d'une population étudiée trop faible.

L'étude étant réalisée sur une petite population, il n'a pas été possible de trouver une différence significative entre le prescripteur de l'ordonnance et la quantité de médicaments non-délivrés en officine.

2. Discussion des résultats concernant les médicaments

Cette étude met en évidence, que ce sont en premier les traitements symptomatiques, qui sont le plus souvent refusés lors de la délivrance médicamenteuse en pharmacie, avec en premiers, les analgésiques, puis les

antiacides, les anti-inflammatoires, les bronchodilatateurs et enfin les laxatifs. On peut supposer que ce sont des traitements symptomatiques, prescrits en cas de besoin par le médecin généraliste et qui, par le biais de l'informatique, sont represcrits à chaque renouvellement de médicaments.

Par ces résultats, on peut supposer que beaucoup de patients possèdent des stocks de médicaments dans leurs armoires à pharmacie, souvent des médicaments de prise occasionnelle et symptomatique. On peut y voir un effet pervers de l'informatisation, avec un renouvellement systématique de l'ordonnance précédente par le médecin généraliste, sans que pour autant la consommation médicamenteuse du patient ne soit surveillée. Si le patient ne refuse pas la délivrance médicamenteuse, ce comportement entraîne de manière insidieuse, une augmentation des dépenses de santé, parfois inutile avec des stocks de médicaments qui dorment chez les patients. Une étude américaine a estimé qu'environ 100 milliards de dollars de médicaments par an dorment chez les patients (21).

Mais dans les résultats sur les médicaments non-délivrés, on retrouve les antiagrégants plaquettaires comme troisième médicament le plus refusé par les patients en pharmacie. Médicaments dont la prise est chronique et qu'il ne faut pas arrêter. Comme autres médicaments, traitant des pathologies chroniques, qui sont souvent non-délivrés, on retrouve : les antidépresseurs, les antihypertenseurs, les hypolipémiants et les antidiabétiques oraux. On retrouve des résultats similaires dans l'étude américaine (23) où les traitements chroniques sont significativement plus refusés à la délivrance en officine que les traitements de pathologies aiguës. Ces résultats sont le signe d'une probable mauvaise observance du traitement par le patient, qui peut avoir des conséquences sur la morbidité et la mortalité du patient en cas de mauvaise prise.

L'étude a aussi comme résultat, une longue durée moyenne de présentation de l'ordonnance, contenant au moins un médicament non-délivré, avec une moyenne croissante si le nombre de médicaments non-délivrés augmente. Cependant notre étude ne permet pas de dire si ces chiffres sont significatifs, à cause d'une population étudiée trop faible.

Les résultats de cette étude ne permettent pas de mettre en évidence de lien entre la non-délivrance médicamenteuse et le coût des médicaments, bien qu'une étude ait réussi à prouver l'importance des considérations économiques qui influencent l'observance des patients âgés (16). L'étude ne permet pas de conclure à un lien entre la poly-médication et une non-observance primaire ou un refus de délivrance médicamenteux en pharmacie.

3. Discussion des résultats concernant les pharmaciens

Pour les résultats concernant les motifs de non-délivrance d'un traitement par un pharmacien, on constate que la première des raisons est un manque de stock du médicament. Ce problème est de plus en plus fréquent et commence à devenir un problème de santé publique, en particulier pour les vaccins. Ce problème n'est pas forcément dû au pharmacien, mais souvent aux laboratoires et aux fournisseurs des pharmacies, les répartiteurs (CERP, OCP).

On constate aussi que les pharmaciens appellent souvent les médecins prescripteurs de l'ordonnance. Ceci met en exergue l'importance d'une bonne relation entre médecin-pharmacien, car ce sont les derniers maillons dans la chaîne de délivrance des médicaments aux patients, avec un rôle de sécurité, notamment en cas d'erreur du médecin, mais aussi de surveillance du bon usage des médicaments. Le pharmacien, de par sa relation avec le patient, est souvent le premier à découvrir un mauvais usage d'un médicament lors de la délivrance du médicament. Une bonne relation entre le pharmacien et le médecin généraliste permet donc une meilleure communication des informations notamment concernant un mésusage médicamenteux, et ainsi peut permettre une adaptation thérapeutique du médecin généraliste.

C. Enjeux

Cette étude a permis de mettre en évidence que la majorité des patients qui refusent la délivrance de médicaments en pharmacie, est due au fait, que les patients possèdent déjà ce traitement en quantité suffisante à leur domicile. Ce phénomène est expliqué par plusieurs raisons, tout d'abord les médicaments en cause sont en majorité des traitements symptomatiques donc généralement avec une prise occasionnelle. Le second phénomène est dû à l'informatisation des cabinets médicaux avec un renouvellement systématique des ordonnances par le médecin généraliste sans une adaptation de celle-ci à la consommation médicamenteuse du patient et à son évolution thérapeutique.

Ce phénomène de stockage des médicaments chez les patients induit deux problèmes. Un problème lié au risque d'intoxication, à cause de la présence de médicaments en grande quantité au domicile du patient. Mais aussi un problème de santé publique avec un coût important pour la société pour des médicaments délivrés mais non utilisés par les patients. La quantité de médicaments stockés chez les patients est difficilement évaluable, mais on peut aussi imaginer qu'une partie des patients qui ne refusent pas la délivrance médicamenteuse en pharmacie, stockent des médicaments à leur domicile en grande quantité. Tous ces médicaments inutilisés sont des coûts inutiles pour la société.

Cependant, cette étude a aussi constaté que beaucoup de traitements chroniques présentent aussi une mauvaise observance primaire. Traitements nécessitant une prise continue notamment dans le cadre du diabète et de pathologies cardiovasculaire. On peut expliquer ce résultat par une mauvaise prise du traitement, pour diverses raisons. Dans ce cadre là, le pharmacien est le premier acteur de santé à pouvoir détecter une mauvaise observance du traitement par le patient et ainsi peut en avertir le médecin généraliste. Le but étant, par la suite, de connaître les raisons de la mauvaise observance du traitement par le patient, afin que le médecin généraliste puisse modifier sa thérapeutique avec pour objectif d'améliorer l'observance du patient. Il est donc important d'avoir une bonne relation entre le médecin et le pharmacien, pour permettre une bonne communication des signaux d'alerte, afin

améliorer la collaboration interdisciplinaire, dans l'objectif d'améliorer l'observance du traitement par le patient.

D. Moyen d'Amélioration

Afin d'améliorer, la non-délivrance médicamenteuse, on peut recommander aux médecins généralistes de bien surveiller la consommation des traitements symptomatiques de leurs patients, mais aussi d'être vigilants vis à vis du renouvellement automatique de l'ordonnance par informatique.

On peut aussi, imaginer comme solution à ce problème, que la médecin généraliste réclame au patient son ancienne ordonnance, afin qu'il puisse contrôler les annotations écrites par le pharmacien, pour connaître les médicaments qui n'ont pas été délivrés en pharmacie. Cette solution permettrait au médecin, de mieux connaître les habitudes du patient dans les pharmacies, et permettrait ainsi d'adapter au mieux son ordonnance.

Il est aussi important que les médecins généralistes informent bien les patients sur la bonne prise médicamenteuse des traitements symptomatiques. Ainsi dans quel cas prendre le traitement, à quelle dose, à quelle fréquence et dans quel cas, il ne faut pas l'utiliser. Tout ceci, dans le but de prévenir un mésusage médicamenteux.

Pour améliorer la non-délivrance des traitements chroniques, on peut imaginer d'améliorer la collaboration interdisciplinaire entre médecin et pharmacien, afin que le pharmacien puisse prévenir facilement le médecin en cas de suspicion de mauvaise observance du traitement, pour que par la suite le médecin généraliste puisse améliorer l'observance du traitement.

Pour améliorer l'observance des patients à leur traitement, on peut imaginer plusieurs moyens. Tout d'abord, on peut questionner les patients pour dépister les patients non-observants, puis essayer d'en connaître la cause (oubli, coût, effets

secondaires, sensation d'inefficacité, ...). Ensuite, on peut adapter les solutions aux problèmes, comme motiver les patients atteints de pathologies chroniques asymptomatiques, voire baisser le nombre de prises médicamenteuses, informer les patients des éventuels effets secondaires. Il est aussi important d'impliquer le patient dans une équipe pluridisciplinaire composée, entre autre, des pharmaciens, infirmières, et kinésithérapeutes.

Dans l'objectif d'améliorer l'observance des patients, on doit améliorer leur adhésion au traitement. Pour cela, il est important d'améliorer la communication entre patient et médecin, en changeant le style. En passant d'un style paternaliste, à celui d'échange et de partage des décisions médicales, après une information éclairée du patient afin qu'il soit consentant et actif dans le soin.

D'une manière globale, il est important d'améliorer la communication des médecins, avec plusieurs objectifs : tout d'abord, améliorer l'observance des traitements du patient, mais aussi améliorer la communication avec les pharmaciens et ainsi permettre une meilleure collaboration interdisciplinaire.

V. Conclusion

En conclusion, le refus d'une délivrance d'un médicament est une pratique de plus en plus courante dans les pharmacies. Elle résulte d'une mauvaise observance primaire et intentionnelle de la part du patient. Le comportement du patient a peu été étudié en France, dans une période en pleine évolution de la relation que partage le patient avec les acteurs du monde de la santé. Cette étude a permis de connaître un peu mieux cette non-délivrance médicamenteuse en officine, par plusieurs aspects.

Tout d'abord, les médicaments les plus souvent refusés par le patient, sont les traitements symptomatiques de prises occasionnelles. On peut supposer que c'est l'informatisation généralisée dans de nombreux cabinets de médecine générale, qui avec le renouvellement systématique des traitements symptomatiques ou chroniques, entraîne une difficulté de contrôle de la consommation médicamenteuse des patients. Cet effet pervers de l'informatisation a pour conséquence, un phénomène de stockage du médicament chez les patients, avec une dépense de santé inutile et évitable pour la société.

Par ailleurs, une potentielle mauvaise observance émanant du patient lui-même, est décelable lors du refus de la délivrance du traitement pour une pathologie chronique, qui est généralement pris en continu. Le pharmacien est donc le premier spectateur d'une mauvaise observance d'un traitement chronique quand il n'est pas délivré en officine. Ce qui lui donne un rôle important afin de pouvoir prévenir le médecin traitant d'une suspicion de mauvaise observance d'un patient, avec pour objectif d'adapter le traitement pour améliorer son observance thérapeutique.

Afin d'améliorer cette non-délivrance médicamenteuse en pharmacie, nous pouvons proposer comme solution d'améliorer la communication entre médecin et pharmacien afin de faciliter les échanges d'informations entre les professionnels de santé, et de mettre en place un suivi pluridisciplinaire du patient pour contrôler sa consommation médicamenteuse.

Nous pouvons aussi proposer comme solution d'alerter les médecins généralistes de cet état, afin que ceux-ci soient plus vigilants à la consommation médicamenteuse de leurs patients lors des renouvellements d'ordonnances pour les traitements chroniques ou symptomatiques. En insistant également sur le besoin de questionner les patients ou en leur réclamant directement les anciennes ordonnances, afin de mieux évaluer leurs habitudes, et ainsi optimiser la prescription.

VI. Bibliographie

- (1) TNS Sofres. Observatoire sociétale du médicament 2011, enquête TNS Sofres pour le LEEM. In : TNS Sofres. [Internet]. Disponible sur : http://www.leem.org/sites/default/files/1525_0.pdf . Dernière Consultation le 08/08/2015
- (2) IPSOS/CISS. Les français et la réforme du système médicale – Synthèse et résultats d'ensemble. IPSOS, 14 juin 2001 : 13 pages
- (3) Sleath B, Roter D, Chewing B, Svarstad B. Asking questions about medication. Med Care. 1999 Nov ; 37 (11) : 1169-73
- (4) Amar E, Pereira C. Les prescriptions des médecins généralistes et leurs déterminants. DREES. Nov 2005 ; 440. [Internet]. Disponible sur : <http://www.drees.sante.gouv.fr/les-prescriptions-des-medecins-generalistes-et-leurs-determinants,4768.html> . Dernière Consultation le 09/08/2015
- (5) Esman L . Rôle du patient dans la prescription au cours d'une consultation de médecine générale – 146. Th D : médecine générale : Toulouse 3 : 2003 ; 2003TOU31027
- (6) Francis V, Kosch BM, Morris KJ. Gaps in doctor communication : patient reponse to medical advice. N Eng J Med. 1969 ; 280 (10) : 355-40
- (7) Stewart MA. What is a successful doctor-patient interview ? A Study of interractions and outcomes. Soc Sci Medl 9 : 16775
- (8) Zolnierek KB, DiMatteo MR. Physician communication and patient adherence to traitement : a meta-analysis. Med Care 2009 ; 47 , 826-834
- (9) ANSM. Analyse des ventes de médicament en France en 2013. Juin 2014. [Internet]. Disponible sur : http://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/3df7b99f8f4c9ee634a6a9b094624341.pdf . Dernière consultation le 10/08/2015

- (10) Auvray L, Dumesnil S, Le Fur P. Santé, soins et protection sociale 2000. CREDES. Décembre 2001. [Internet]. Disponible sur : <http://www.irdes.fr/Publications/Rapports2001/rap1364.pdf>. Dernière consultation le 11/10/2015
- (11) Serment C. Consommation et prescription. Adps, 27 juin 1999 ; 27 : 46-47
- (12) Richard C, Lussier MT. Les médicaments. Dans Richard C, Lussier MT (Eds). La communication professionnelle en santé. Montréal : Éditions du nouveau pédagogique. ERPI, 2005. pp. 623-654
- (13) Scheen A, Giet D. NON-OBSERVANCE THERAPEUTIQUE : causes, conséquences, solutions. Rev Med Liège, 2010 ; 65 : 5-6 : 239-245
- (14) Desbrus-Qochih A, Cathébras P. Obéir ou adhérer ? L'observance thérapeutique en question. Rev Médecine et Longévité. Décembre 2012 ; 4:3 – 4 : 111-122
- (15) Pottegard A, dePont Christensen R, Houji A, Binderup Christiansen C, Skov Paulsen M, Laust Thomsen J, Hallas J. Primary non-adherence in general practice : a Danish register study. Eur J Clin Pharmacol (2014) 70 : 757-763
- (16) Mukhtar O, Weinman J, Jackson SHD. Intentional Non-Adherence of Medications by Older Adults. Drugs Aging (2014) 31 : 149-157
- (17) Osterberg L, Blaschke T. Adherence to medication. N Engl J Med. 2005 ; 353 (5) : 487-497
- (18) Schwartz D, Wang M, Zeitz L, Goss MEW. Medication errors made by elderly chronically ill patients. Am J Public Health Nations Health. 1962 Dec ; 52 (12) : 2018-2029
- (19) Tafreshi MJ, Melby MJ, Kaback KR, et al. Medication-related visits to the emergency department : a prospective study. Am Pharmacotter. 1999 ; 33 (12) : 1252-7

- (20) Rapport de la documentation française sur la iatrogénie médicamenteuse et sa prévention. Réalisé à la demande Mr Bernard Kouchner, secrétaire d'état. 20 mars 1998. [Internet]. Disponible sur : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/984001548.pdf>. Dernière consultation le 11/10/2015
- (21) Vermeire E, Wens J, Van Royen P, Biot Y, Heanshaw H, Lindermeier A. Interventions for improving adherence to treatment recommendations in people with 2 diabetes mellitus. Cochrane data base Syst Rev. 2005 ; 18 :CD003638
- (22) Linnet K, Halldorsson M, Thengilsdottir G, Einarsson OB, Jonsson K, Almarsdottir AB. Primary non-adherence to prescribed medication in general practice : lack of influence of moderate increases in patient copayment. Fam Pract 2013 Feb ; 30 (1) : 69-75
- (23) Fisher MA, Choudhry NK, Brill G, Avor, J, Schneeweiss S, Hutchins D, Liberman JN, Brennan TA, Shrank WH. Trouble getting started : predictors of primary medication nonadherence. Am J Med. 2011 Nov ; 124 (11) : 1081
- (24) Muth C, Beyer M, Zint K et al. A matter of attention : inconsistencies between prescription and drug intake in elderly multimorbid patients in primary care. Exercer. 2009 ; 88(supp2) : 76-77
- (25) Celan N, Guillaume S, Rochereau T. Enquête sur la santé et la protection sociale 2012. IRDES. Juin 2014. [Internet]. Disponible sur : <http://www.irdes.fr/recherche/rapports/556-enquete-sur-la-sante-et-la-protection-sociale-2012.pdf>. Dernière consultation le 10/10/2015

VII. Annexes

Annexe 1 : Questionnaire parti patient	p. 48
Annexe 2 : Questionnaire parti pharmacien.....	p. 49

Annexe 1 : questionnaire parti patient

Question : Etude des facteurs influençant la non délivrance médicamenteuse d'une ordonnance de médecin généraliste en officine.

Critère d'inclusion dans l'étude : _ Âge > 18 ans
_ Refus de délivrance d'au moins un médicament
_ Ordonnance émanant d'un médecin généraliste

Procédure : Lors de la venue d'un patient correspondant aux critères d'inclusion ci-dessus :
_ Remettre le feuillet au patient afin qu'il complète sa partie (« patient »),
_ Le pharmacien ou le préparateur en pharmacie remplira ensuite sa partie de questionnaire

QUESTIONNAIRE PHARMACIEN

Nom du ou des médicament(s) NON délivré(s) (Commercial ou DCI) :

A. -----
B. -----
C. -----
D. -----
E. -----

Nombre total de médicaments sur l'ordonnance :

1 2 3 4 5 6 7 8 9 >10

Date de prescription : ----- / ----- / 2015

Date de délivrance : ----- / ----- / 2015

La prescription émane :

- du médecin traitant habituel
 d'un autre médecin généraliste
 d'un médecin remplaçant

Motif(s) de la non délivrance (entourez la lettre correspondant au médicament concerné) :

Rupture de stock	A	B	C	D	E
Arrêt commercialisation	A	B	C	D	E
Appel du médecin	A	B	C	D	E
Substitution par une autre molécule	A	B	C	D	E
Erreur posologique	A	B	C	D	E
Allergie	A	B	C	D	E
Autre erreur du médecin : -----	A	B	C	D	E
-----	A	B	C	D	E
Autre(s) motif(s) : -----	A	B	C	D	E
-----	A	B	C	D	E

Annexe 2 : Questionnaire partie pharmacien

QUESTIONNAIRE PATIENT	<input type="checkbox"/> refus du patient
Age : _____ ans	
Sexe : <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin	
Profession : _____	
Niveau d'étude : <input type="checkbox"/> Sans Diplôme <input type="checkbox"/> BEPC/CAP/BEP <input type="checkbox"/> Baccalauréat <input type="checkbox"/> Etude supérieur	
Motif(s) de la non délivrance (plusieurs réponses possibles) :	
<input type="checkbox"/> Coût (non remboursement, remboursement partiel, absence de mutuelle, ...)	
<input type="checkbox"/> Effet(s) secondaire(s) « avéré(s) »	
<input type="checkbox"/> Peur des effets secondaires sans jamais avoir utilisé ce traitement	
<input type="checkbox"/> Délivrance inutile car vous possédez encore assez de traitement	
<input type="checkbox"/> Vous n'êtes plus malade	
<input type="checkbox"/> Refus du traitement car c'est un générique	
<input type="checkbox"/> Vous préférez un traitement homéopathique	
<input type="checkbox"/> Traitement que vous jugez inutile, pourquoi ? _____	

<input type="checkbox"/> Autre(s) motif(s) : _____	

Mars Thibault

Étude de la non-délivrance d'une ordonnance d'un médecin généraliste en officine, en Haute-Normandie

Th. D. Med., Rouen, 2015, 64 p.

RESUME

En France 78% des actes médicaux se concluent par une prescription médicamenteuse, et c'est le premier pays consommateur de médicaments en Europe. Mais, une partie de ces médicaments prescrits, ne sont pas délivrés aux patients dans les pharmacies. Le but de l'étude est de connaître les médicaments qui sont les plus non-délivrés dans les pharmacies et d'en connaître les raisons.

L'étude réalisée dans les pharmacies sur les ordonnances contenant au moins un médicament non-délivré, a permis de mettre en évidence que les traitements symptomatiques sont les médicaments les plus souvent refusés par les patients. Les médicaments sont refusés par les patients car ils en possèdent déjà suffisamment en stock. Un phénomène de stockage, dû au renouvellement systématique des traitements symptomatiques et des traitements chroniques, sans surveillance de la consommation médicamenteuse par le médecin généraliste. Ce comportement génère un stockage des médicaments chez les patients, qui sont des dépenses de santé inutiles et évitables pour la société.

Cette étude montre aussi qu'après les traitements symptomatiques, beaucoup de traitements chroniques sont refusés dans les officines. Ce comportement est probablement lié à une inobservance de la part du patient, dont les pharmaciens sont les premiers spectateurs. Il est donc important d'avoir une bonne relation médecin-pharmacien afin que les pharmaciens puissent prévenir facilement les médecins généralistes d'une suspicion de mauvaise observance thérapeutique, dans le but d'améliorer la prescription du médecin généraliste.

MOTS CLES :

Non-délivrance – Médecine générale – Ordonnance – Pharmacie – Observance

JURY

Président : Mr CHASSAGNE Philippe, Professeur

Membres : Mr CZERNICHOW Pierre, Professeur

Mme GUERARD-DETUNCQ Cécile, Docteur en Pharmacie

DATE DE SOUTENANCE : 29 septembre 2015