



**HAL**  
open science

# Conception d'un stage ambulatoire afin de favoriser la collaboration entre les médecins généralistes et les pharmaciens d'officine

Laura Algayres, Célia Fournier

## ► To cite this version:

Laura Algayres, Célia Fournier. Conception d'un stage ambulatoire afin de favoriser la collaboration entre les médecins généralistes et les pharmaciens d'officine. Sciences pharmaceutiques. 2017. dumas-01511200

**HAL Id: dumas-01511200**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01511200>**

Submitted on 20 Apr 2017

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

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

## AVERTISSEMENT

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

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

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

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

Contact au SID de Grenoble :  
[bump-theses@univ-grenoble-alpes.fr](mailto:bump-theses@univ-grenoble-alpes.fr)

## LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4  
Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

<http://www.cfcopies.com/juridique/droit-auteur>  
<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

Année : 2017

# CONCEPTION D'UN STAGE AMBULATOIRE AFIN DE FAVORISER LA COLLABORATION ENTRE LES MÉDECINS GÉNÉRALISTES ET LES PHARMACIENS D'OFFICINE

THÈSE PRÉSENTÉE POUR L'OBTENTION DU TITRE DE DOCTEUR EN PHARMACIE  
DIPLÔME D'ÉTAT

**Laura ALGAYRES**

*[Données à caractère personnel]*

THÈSE PRÉSENTÉE POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MÉDECINE  
DIPLÔME D'ÉTAT

**Célia FOURNIER**

*[Données à caractère personnel]*

THÈSE SOUTENUE PUBLIQUEMENT À LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE GRENOBLE \*  
Le 7 avril 2017

DEVANT LE JURY PHARMACIE COMPOSÉ DE

Président du jury : Monsieur le Professeur Benoît ALLENET, codirecteur de thèse

Membres : Monsieur le Docteur en pharmacie Jean-Didier BARDET  
Madame le Docteur en pharmacie Cécile TRIBOUILLARD  
Monsieur le Docteur en médecine Yoann GABOREAU, directeur de thèse

ET DEVANT LE JURY MEDECINE COMPOSÉ DE

Président du jury : Monsieur le Professeur Patrick IMBERT

Membres : Madame le Professeur Françoise STANKE  
Madame le Docteur en médecine Isabelle DUPRE-LANGLOIS  
Monsieur le Docteur en médecine Yoann GABOREAU, directeur de thèse  
Monsieur le Professeur Benoît ALLENET, codirecteur de thèse

*\*Les Facultés de Médecine et de Pharmacie de Grenoble n'entendent donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions sont considérées comme propres à leurs auteurs.*

Doyen de la Faculté : **M. le Pr. Michel SEVE**

Vice-doyen et Directrice des Etudes : **Mme Christine DEMEILLIERS**

**Année 2016-2017**

**ENSEIGNANTS A L'UFR DE PHARMACIE**

STATUT	NOM	PRENOM	LABORATOIRE
MCU	ALDEBERT	Delphine	LAPM - UMR CNRS 5163
PU-PH	ALLENET	Benoit	THEMAS TIMC-IMAG UMR CNRS 5525
PU	BAKRI	Aziz	TIMC-IMAG CNRS UMR 5525
ATER	BARDET	Jean-Didier	
MCU	BATANDIER	Cécile	LBFA - INSERM U1055
MCU-PH	BEDOUCHE	Pierrick	THEMAS TIMC-IMAG UMR CNRS 5525
MCU	BELAIDI-CORSAT	Elise	HP2 - INSERM U1042
MAST	BELLET	Béatrice	-
ATER	BOUCHERLE	Benjamin	DPM
DCE	BOULADE	Marine	SyMMES
PU	BOUMENDJEL	Ahcène	DPM -UMR 5063 UJF CNRS
DCE	BOURDIER	Guillaume	HP2
MCU	BOURGOIN	Sandrine	IAB - CRI INSERM UJF U823
DCE	BOUVET	Raphaël	HP2
MCU	BRETON	Jean	L.C.I.B. - UMR E3 CEA UJF
MCU	BRIANCON-MARJOLLET	Anne	HP2 - INSERM U1042
DCE	BROCCO	Benjamin	ILL
MCU	BUDAYOVA SPANO	Monika	IBS - UMR 5075 CEA CNRS UJF
PU	BURMEISTER	Wim	UVHCI - UMI 3265 UJF EMBL CNRS
MCU-PH	BUSSER	Benoit	IAB - CRI INSERM UJF U823
Professeur émérite	CALOP	Jean	-
MCU	CAVAILLES	Pierre	LAPM - UMR 5163 CNRS UJF
AHU	CHANOINE	Sébastien	THEMAS TIMC-IMAG UMR CNRS 5525
MCU	CHOISNARD	Luc	DPM -UMR 5063 UJF CNRS
AHU	CHOVELON	Benoit	DPM -UMR 5063 UJF CNRS
PU-PH	CORNET	Murielle	THEREX - TIMC IMAG UMR 5525 CNRS UJF
DCE	COUCHET	Morgane	LBFA
PU-PH	DANEL	Vincent	SMUR SAMU
PU	DECOUT	Jean-Luc	DPM -UMR 5063 UJF CNRS
MCU	DELETRAZ- DELPORTE	Martine	Equipe SIS -EAM 4128 UCB
MCU	DEMEILLIERS	Christine	LBFA - INSERM U1055
PU	DROUET	Christian	AGIM - CNRS 3405

Mise à jour le 03 nov.2016

STATUT	NOM	PRENOM	LABORATOIRE
PU	DROUET	Emmanuel	UVHCI - UMI 3265 UJF-EMBL- CNRS
MCU	DURMORT - MEUNIER	Claire	I.B.S – UMR 5075 CEA UJF CNRS
PU-PH	FAURE	Patrice	HP2- INSERM U1042
PRCE	FITE	Andrée	-
AHU	GARNAUD	Cécile	THEREX – TIMC IMAG UMR 5525 NCRS UJF
PRAG	GAUCHARD	Pierre-Alexis	-
MCU-PH	GERMI	Raphaëlle	UVHCI, UMI 3265 UJF-EMBL- CNRS
MCU	GEZE	Annabelle	DPM –UMR 5063 UJF CNRS
MCU	GILLY	Catherine	DPM –UMR 5063 UJF CNRS
PU	GODIN-RIBUOT	Diane	HP2- INSERM U1042
PRCE	GOUBIER MATHYS	Laurence	-
Professeure émérite	GRILLOT	Renée	-
MCU	GROSSET	Catherine	DPM –UMR 5063 UJF CNRS
MCU	GUIEU	Valérie	DPM –UMR 5063 UJF CNRS
AHU	HENNEBIQUE	Aurélie	sous réserve de création de poste
MCU	HININGER-FAVIER	Isabelle	LBFA - Inserm U1055
MCU	JOYEUX-FAURE	Marie	HP2- INSERM U1042
MCU	KHALEF	Nawel	TIMC-IMAG CNRS UMR 5525
MCU	KRIVOBOK	Serge	LCBM, IRTSV CEA
DCE	LE	Cong Anh Khanh	CERMAV
PU	LENORMAND	Jean Luc	THEREX, TIMC-IMAG
DCE	MARILLIER	Mathieu	HP2
PU	MARTIN	Donald	TIMC-IMAG, UMR 5525 UJF CNRS
AHU	MAZET	Roseline	DPM –UMR 5063 UJF CNRS
MCU	MELO DE LIMA	Christelle	L.E.C.A – UMR CNRS 5553
PU	MOINARD	Christophe	LBFA - Inserm U1055
DCE	MONTEMAGNO	Christopher	LRB
ATER	MORAND	Jessica	HP2
PU-PH	MOSSUZ	Pascal	THEREX - TIMC-IMAG UMR 5525 CNRS
MCU	MOUHAMADOU	Bello	L.E.C.A – UMR CNRS 5553
DCE	MOULIN	Sophie	HP2
DCE	NADER	Serge	LCBM
DCE	NGUYEN	Kim-Anh	DPM
MCU	NICOLLE	Edwige	DPM –UMR 5063 UJF CNRS
MCU	OUKACINE	Farid	DPM –UMR 5063 UJF CNRS
MCU	PERES	Basile	DPM- UJF/CNRS UMR 5063
DCE	PERONNE	Lauralie	IAB
MCU	PEUCHMAUR	Marine	DPM –UMR 5063 UJF CNRS
PU	PEYRIN	Éric	DPM –UMR 5063 UJF CNRS
MCU	RACHIDI	Walid	L.C.I.B - UMR E3 CEA/UJF
MCU	RAVELET	Corinne	DPM –UMR 5063 UJF CNRS
PU	RIBUOT	Christophe	HP2- INSERM U1042

Mise à jour le 03 nov.2016

STATUT	NOM	PRENOM	LABORATOIRE
PAST	RIEU	Isabelle	-
Professeure émérite	ROUSSEL	Anne -Marie	-
PU-PH	SEVE	Michel	CR INSERM / UJF U823 Institut Albert Bonniot
MCU	SOUARD	Florence	DPM –UMR 5063 UJF CNRS
DCE	TAHER	Raleb	IBS
ATER	TAHMASEBI	Faezeh	TIMC-IM2AG
MCU	TARBOURIECH	Nicolas	UVHCI, UMR 3265 UJF-EMBL- CNRS
DCE	TODOROV	Zlatomir	BCI
PAST	TROUILLER	Patrice	-
DCE	VACHEZ	Yvan	CRI-GIN
MCU	VANHAVERBEKE	Cécile	DPM –UMR 5063 UJF CNRS
DCE	VERNET	Céline	CRI-IAB
DCE	VRAGNIAU	Charles	UVHCI
PU	WOUESSIDJEWÉ	Denis	DPM –UMR 5063 UJF CNRS

ATER : Attachés Temporaires d'Enseignement et de Recherches

BCI : Biologie du Cancer et de l'Infection

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CIB : Centre d'Innovation en Biologie

CRI : Centre de Recherche INSERM

CNRS : Centre National de Recherche Scientifique

DCE : Doctorants Contractuels Enseignement

DPM : Département de Pharmacochimie Moléculaire et de Cognition et Ontogenèse »

HP2 : Hypoxie Physiopathologie Respiratoire et Cardiovasculaire

IAB : Institut Albert Bonniot,

IBS : Institut de Biologie Structurale

JR : Jean Roget

LAPM : Laboratoire Adaptation et Pathogenèse des Microorganismes

LBFA : Laboratoire Bioénergétique Fondamentale et Appliquée

LCBM : Laboratoire Chimie et Biologie des Métaux

LCIB : Laboratoire de Chimie Inorganique et Biologie

LECA : Laboratoire d'Ecologie Alpine

LR : Laboratoire des Radio pharmaceutiques

MCU : Maître de Conférences des Universités

MCU-PH : Maître de Conférences des Universités et Praticiens Hospitaliers

PAST : Professeur Associé à Temps Partiel

PRAG : Professeur Agrégé

PRCE : Professeur certifié affecté dans l'enseignement

PU : Professeur des Universités

PU-PH : Professeur des Universités et Praticiens Hospitaliers

TIMC-IMAG : Laboratoire Technique de l'Imagerie, de la Modélisation

UMR: Unité Mixte de Recherche

UVHCI: Unit of Virus Host Cell Interactions

Mise à jour le 03 nov.2016

Doyen de la Faculté : M. le Pr. Jean Paul ROMANET

Année 2016-2017

**ENSEIGNANTS A L'UFR DE MEDECINE**

CORPS	NOM-PRENOM	Discipline universitaire
PU-PH	ALBALADEJO Pierre	Anesthésiologie réanimation
PU-PH	APEL Florent	Ophthalmologie
PU-PH	ARVIEUX-BARTHELEMY Catherine	Chirurgie générale
PU-PH	BALOSSO Jacques	Radiothérapie
PU-PH	BARONE-ROCHETTE Gilles	Cardiologie
PU-PH	BARRET Luc	Médecine légale et droit de la santé
PU-PH	BAYAT Sam	Physiologie
PU-PH	BENHAMOU Pierre Yves	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	BERGER François	Biologie cellulaire
MCU-PH	BIDART-COUTTON Marie	Biologie cellulaire
MCU-PH	BOISSET Sandrine	Agents infectieux
PU-PH	BONAZ Bruno	Gastro-entérologie, hépatologie, addictologie
PU-PH	BONNETERRE Vincent	Médecine et santé au travail
PU-PH	BOREL Anne-Laure	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	BOSSON Jean-Luc	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	BOTTARI Serge	Biologie cellulaire
PU-PH	BOUGEROL Thierry	Psychiatrie d'adultes
PU-PH	BOUILLET Laurence	Médecine interne
PU-PH	BOUZAT Pierre	Réanimation
PU-PH	BRAMBILLA Christian	Pneumologie
MCU-PH	BRENIER-PINCHART Marie Pierre	Parasitologie et mycologie
PU-PH	BRICAULT Ivan	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	BRICHON Pierre-Yves	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
MCU-PH	BRIOT Raphaël	Thérapeutique, médecine d'urgence
MCU-PH	BROUILLET Sophie	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
PU-PH	CAHN Jean-Yves	Hématologie
MCU-PH	CALLANAN-WILSON Mary	Hématologie, transfusion
PU-PH	CARPENTIER Françoise	Thérapeutique, médecine d'urgence
PU-PH	CARPENTIER Patrick	Chirurgie vasculaire, médecine vasculaire
PU-PH	CESBRON Jean-Yves	Immunologie
PU-PH	CHABARDES Stephan	Neurochirurgie
PU-PH	CHABRE Olivier	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	CHAFFANJON Philippe	Anatomie

PU-PH	CHARLES Julie	Dermatologie
PU-PH	CHAVANON Olivier	Chirurgie thoracique et cardio- vasculaire
PU-PH	CHIQUET Christophe	Ophthalmologie
PU-PH	CINQUIN Philippe	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	COHEN Olivier	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	COUTURIER Pascal	Gériatrie et biologie du vieillissement
PU-PH	CRACOWSKI Jean-Luc	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
PU-PH	CURE Hervé	Oncologie
PU-PH	DEBILLON Thierry	Pédiatrie
PU-PH	DECAENS Thomas	Gastro-entérologie, Hépatologie
PU-PH	DEMATTEIS Maurice	Addictologie
MCU-PH	DERANSART Colin	Physiologie
PU-PH	DESCOTES Jean-Luc	Urologie
MCU-PH	DETANTE Olivier	Neurologie
MCU-PH	DIETERICH Klaus	Génétique et procréation
MCU-PH	DOUTRELEAU Stéphane	Physiologie
MCU-PH	DUMESTRE-PERARD Chantal	Immunologie
PU-PH	EPAULARD Olivier	Maladies Infectieuses et Tropicales
PU-PH	ESTEVE François	Biophysique et médecine nucléaire
MCU-PH	EYSSERIC Hélène	Médecine légale et droit de la santé
PU-PH	FAGRET Daniel	Biophysique et médecine nucléaire
PU-PH	FAUCHERON Jean-Luc	Chirurgie générale
MCU-PH	FAURE Julien	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	FERRETTI Gilbert	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	FEUERSTEIN Claude	Physiologie
PU-PH	FONTAINE Éric	Nutrition
PU-PH	FRANCOIS Patrice	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
MCU-MG	GABOREAU Yoann	Médecine Générale
PU-PH	GARBAN Frédéric	Hématologie, transfusion
PU-PH	GAUDIN Philippe	Rhumatologie
PU-PH	GAVAZZI Gaétan	Gériatrie et biologie du vieillissement
PU-PH	GAY Emmanuel	Neurochirurgie
MCU-PH	GILLOIS Pierre	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	GRAND Sylvie	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	GRIFFET Jacques	Chirurgie infantile
PU-PH	GUEBRE-EGZIABHER Fitsum	Néphrologie
MCU-PH	GUZUN Rita	Endocrinologie, diabétologie, nutrition, éducation thérapeutique
PU-PH	HAINAUT Pierre	Biochimie, biologie moléculaire
PU-PH	HENNEBICQ Sylviane	Génétique et procréation
PU-PH	HOFFMANN Pascale	Gynécologie obstétrique
PU-PH	HOMMEL Marc	Neurologie
PU-MG	IMBERT Patrick	Médecine Générale
PU-PH	JOUK Pierre-Simon	Génétique
PU-PH	JUVIN Robert	Rhumatologie

PU-PH	KAHANE Philippe	Physiologie
PU-PH	KRACK Paul	Neurologie
PU-PH	KRAINIK Alexandre	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	LABARERE José	Epidémiologie ; Eco. de la Santé
MCU-PH	LANDELLE Caroline	Bactériologie - virologie
MCU-PH	LAPORTE François	Biochimie et biologie moléculaire
MCU-PH	LARDY Bernard	Biochimie et biologie moléculaire
MCU-PH	LARRAT Sylvie	Bactériologie, virologie
MCU - PH	LE GOUËLLEC Audrey	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	LECCIA Marie-Thérèse	Dermato-vénéréologie
PU-PH	LEROUX Dominique	Génétique
PU-PH	LEROY Vincent	Gastro-entérologie, hépatologie, addictologie
PU-PH	LEVY Patrick	Physiologie
MCU-PH	LONG Jean-Alexandre	Urologie
PU-PH	MAGNE Jean-Luc	Chirurgie vasculaire
MCU-PH	MAIGNAN Maxime	Thérapeutique, médecine d'urgence
PU-PH	MAITRE Anne	Médecine et santé au travail
MCU-PH	MALLARET Marie-Reine	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
MCU-PH	MARLU Raphaël	Hématologie, transfusion
MCU-PH	MAUBON Danièle	Parasitologie et mycologie
PU-PH	MAURIN Max	Bactériologie - virologie
MCU-PH	MC LEER Anne	Cytologie et histologie
PU-PH	MERLOZ Philippe	Chirurgie orthopédique et traumatologie
PU-PH	MORAND Patrice	Bactériologie - virologie
PU-PH	MOREAU-GAUDRY Alexandre	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	MORO Elena	Neurologie
PU-PH	MORO-SIBILOT Denis	Pneumologie
PU-PH	MOUSSEAU Mireille	Cancérologie
PU-PH	MOUTET François	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie
MCU-PH	PACLET Marie-Hélène	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	PALOMBI Olivier	Anatomie
PU-PH	PARK Sophie	Hémato - transfusion
PU-PH	PASSAGGIA Jean-Guy	Anatomie
PU-PH	PAYEN DE LA GARANDERIE Jean-François	Anesthésiologie réanimation
MCU-PH	PAYSANT François	Médecine légale et droit de la santé
MCU-PH	PELLETIER Laurent	Biologie cellulaire
PU-PH	PELLOUX Hervé	Parasitologie et mycologie
PU-PH	PEPIN Jean-Louis	Physiologie
PU-PH	PERENNOU Dominique	Médecine physique et de réadaptation
PU-PH	PERNOD Gilles	Médecine vasculaire
PU-PH	PIOLAT Christian	Chirurgie infantile
PU-PH	PISON Christophe	Pneumologie
PU-PH	PLANTAZ Dominique	Pédiatrie
PU-PH	POIGNARD Pascal	Virologie

PU-PH	<b>POLACK Benoît</b>	<b>Hématologie</b>
PU-PH	<b>POLOSAN Mircea</b>	<b>Psychiatrie d'adultes</b>
PU-PH	<b>PONS Jean-Claude</b>	<b>Gynécologie obstétrique</b>
PU-PH	<b>RAMBEAUD Jacques</b>	<b>Urologie</b>
PU-PH	<b>RAY Pierre</b>	<b>Biologie et médecine du développement et de la reproduction</b>
PU-PH	<b>REYT Émile</b>	<b>Oto-rhino-laryngologie</b>
PU-PH	<b>RIGHINI Christian</b>	<b>Oto-rhino-laryngologie</b>
PU-PH	<b>ROMANET Jean Paul</b>	<b>Ophthalmologie</b>
PU-PH	<b>ROSTAING Lionel</b>	<b>Néphrologie</b>
MCU-PH	<b>ROUSTIT Matthieu</b>	<b>Pharmacologie fondamentale, pharmaco clinique, addictologie</b>
MCU-PH	<b>ROUX-BUISSON Nathalie</b>	<b>Biochimie, toxicologie et pharmacologie</b>
MCU-PH	<b>RUBIO Amandine</b>	<b>Pédiatrie</b>
PU-PH	<b>SARAGAGLIA Dominique</b>	<b>Chirurgie orthopédique et traumatologie</b>
MCU-PH	<b>SATRE Véronique</b>	<b>Génétique</b>
PU-PH	<b>SAUDOU Frédéric</b>	<b>Biologie Cellulaire</b>
PU-PH	<b>SCHMERBER Sébastien</b>	<b>Oto-rhino-laryngologie</b>
PU-PH	<b>SCHWEBEL-CANALI Carole</b>	<b>Réanimation médicale</b>
PU-PH	<b>SCOLAN Virginie</b>	<b>Médecine légale et droit de la santé</b>
MCU-PH	<b>SEIGNEURIN Arnaud</b>	<b>Epidémiologie, économie de la santé et prévention</b>
PU-PH	<b>STAHL Jean-Paul</b>	<b>Maladies infectieuses, maladies tropicales</b>
PU-PH	<b>STANKE Françoise</b>	<b>Pharmacologie fondamentale</b>
MCU-PH	<b>STASIA Marie-José</b>	<b>Biochimie et biologie moléculaire</b>
PU-PH	<b>STURM Nathalie</b>	<b>Anatomie et cytologie pathologiques</b>
PU-PH	<b>TAMISIER Renaud</b>	<b>Physiologie</b>
PU-PH	<b>TERZI Nicolas</b>	<b>Réanimation</b>
MCU-PH	<b>TOFFART Anne-Claire</b>	<b>Pneumologie</b>
PU-PH	<b>TONETTI Jérôme</b>	<b>Chirurgie orthopédique et traumatologie</b>
PU-PH	<b>TOUSSAINT Bertrand</b>	<b>Biochimie et biologie moléculaire</b>
PU-PH	<b>VANZETTO Gérald</b>	<b>Cardiologie</b>
PU-PH	<b>VUILLEZ Jean-Philippe</b>	<b>Biophysique et médecine nucléaire</b>
PU-PH	<b>WEIL Georges</b>	<b>Epidémiologie, économie de la santé et prévention</b>
PU-PH	<b>ZAOUTI Philippe</b>	<b>Néphrologie</b>
PU-PH	<b>ZARSKI Jean-Pierre</b>	<b>Gastro-entérologie, hépatologie, addictologie</b>

**PU-PH** : Professeur des Universités et Praticiens Hospitaliers

**MCU-PH** : Maître de Conférences des Universités et Praticiens Hospitaliers

**PU-MG** : Professeur des Universités de Médecine Générale

**MCU-MG** : Maître de Conférences des Universités de Médecine Générale

## REMERCIEMENTS COMMUNS

Nous souhaitons adresser nos sincères remerciements à toutes les personnes ayant participé à cette thèse.

À Monsieur le Professeur Patrick IMBERT, pour nous avoir fait l'honneur de présider ce jury. Nous vous remercions pour l'intérêt que vous portez à ce travail et pour la bienveillance que vous portez à l'ensemble des internes en médecine générale et à leur formation.

À Monsieur le Professeur Benoît ALLENET, pour nous avoir fait l'honneur de présider ce jury et avoir accepté de codiriger ce travail. Nous vous remercions pour votre implication et les conseils apportés pour l'amélioration de ce travail.

À Monsieur le Docteur Yoann GABOREAU, pour avoir accepté de diriger ce travail. Nous te remercions pour la qualité de l'encadrement que tu nous as offert, pour ta confiance, ta patience et ta disponibilité. Merci aussi de nous avoir mises en contact toutes les deux.

À Madame le Professeur Françoise STANKE, pour avoir accepté de consacrer du temps pour évaluer ce travail, nous vous remercions sincèrement.

À Madame le Docteur Isabelle DUPRE-LANGLOIS, pour l'intérêt que vous nous avez témoigné en acceptant de participer à ce jury. Nous vous exprimons ici notre profonde considération.

À Madame le Docteur Cécile TRIBOUILLARD, pour votre enthousiasme à l'égard de notre travail et pour avoir accepté spontanément de participer à ce jury. Nous vous en sommes profondément reconnaissantes.

À Monsieur le Docteur Jean-Didier BARDET, pour avoir accepté de juger ce travail. Nous tenions également à vous remercier et féliciter pour votre remarquable travail de thèse qui nous a été très utile lors de notre rédaction. Soyez assuré de notre profonde gratitude.

À l'ensemble des experts sollicités lors de notre étude, pour votre disponibilité et votre implication dans notre travail.

## REMERCIEMENTS de Célia

Je souhaite remercier l'ensemble des personnes qui ont croisé mon chemin lors de mon internat.

À mes maîtres de stage universitaires, pour avoir participé à cultiver, mûrir et épanouir mon amour de la médecine générale. Isabelle et Jean-Yves particulièrement, je vous remercie de m'avoir fait découvrir et aimer notre métier de médecin généraliste. Permettez-moi de vous exprimer toute mon estime et mon admiration.

À l'ensemble de mes cointernes. Mon internat a été parsemé de fous rires, de réflexions et de discussions enrichissantes grâce à vous. Merci pour tout.

À toutes les équipes médicales et paramédicales que j'ai côtoyées pour m'avoir permis de me construire, pour leur humanité et leur professionnalisme.

Mes remerciements vont également à mes proches.

Robin, je te remercie de m'avoir soutenue et encouragée pendant ces neuf années d'études. Merci pour ta patience, ton aide et ton amour. Merci aussi pour tout ce qui n'appartient qu'à nous. Je t'aime.

Jade, ma choupinette, tu es sans conteste mon rayon de soleil. Tu m'émerveilles un peu plus chaque jour, je suis fière de toi. Je t'aime tellement.

Ma deuxième choupinette (ton prénom reste encore secret au moment où j'écris ces lignes), sans toi je n'aurais pas avancé si vite dans cette thèse. Merci de rester au chaud jusqu'au bout. J'ai hâte de voir pointer ta frimousse, je t'aime déjà.

Merci à mes parents Papa, Maman, pour votre soutien tout au long de mes études et pour votre soutien dans la vie en général malgré la distance. Merci pour votre patience et votre courage lors des relectures orthographiques. Merci tout simplement d'être des parents en or !

Merci à mon frère Pierrick, pour ta disponibilité quand j'avais besoin de toi, pour ton aide technique et tes compétences en informatique. Merci d'être là, même de loin. Je t'adore.

Merci à Papy Pierre, d'avoir traversé la France pour me voir devenir Docteur.

J'ai évidemment un mot pour mes deux mamies, parties au cours de mes études. Merci pour l'amour que vous m'avez apporté, j'ai grandi avec vous, et vous m'avez aidé à me construire.

À toute ma famille, pour tous ces moments partagés, passés et à venir, je vous aime.

À ma belle-famille, merci de nous accompagner et de nous soutenir Robin et moi dans tous nos projets.

À mes amis de fac, Léa, Carole, Aude, Tauzi, Ubi, Emeline, Martin, Arnaud, Thibault, Joff (et les autres), merci pour toutes ces années de complicité. On a partagé nos moments de stress et de doute ; mais je retiens surtout les fou-rires, les soirées endiablées, les discussions à n'en plus finir et tous les bons moments. Merci spécial à Tauzi pour les traductions de dernières minutes. Je suis la première à rentrer dans le sud-ouest, j'espère que vous en ferez autant ! Merci pour votre amitié à toute épreuve.

À Laura, pour ce beau travail accompli ensemble. C'est à mon sens une très belle collaboration. Je te remercie pour ton sérieux, ta rigueur, ta motivation et ton soutien. Je te remercie pour avoir rendu ce travail de thèse agréable, et m'avoir fait découvrir de nombreuses choses sur le métier de pharmacien d'officine. Je suis heureuse d'avoir fait ta connaissance, et j'espère te revoir dans le Tarn-et-Garonne !

Enfin, à tous ceux que j'oublie, qui ont fait un bout de chemin avec moi, je vous dis merci !

## REMERCIEMENTS de Laura

À Madame le Docteur Cécile TRIBOUILLARD, je tiens à vous remercier pour la formation inégalable que j'ai reçue, pour m'avoir donné le goût de mon métier et votre vision de la pharmacie avec Michelle et Nathalie. Je me réjouis de revenir travailler parmi vous.

Merci à toi Maman d'avoir été à mes côtés pendant ces longues années d'études, de m'avoir si bien soutenue et encouragée. Merci d'avoir rempli mon frigo de victuailles quand j'étais trop occupée à réviser. Tu m'as donné l'envie d'étudier depuis toute petite et je voulais juste te remercier d'être une si bonne mère.

A toi Papa, qui étais bien souvent plus stressé que moi par mes examens. Merci d'avoir toujours eu confiance en moi et de m'avoir poussée à me surpasser. J'ai toujours travaillé pour moi mais aussi pour toi, pour que tu sois fier de moi, tout autant que je suis fière de t'avoir pour papa.

Je tiens à te remercier Tatie, toi qui m'a accompagnée pour mon inscription en pharmacie quand j'étais dans l'incertitude tu as toujours cru en moi. Merci également pour ton aide depuis mes dissertations de philosophie jusqu'aux nombreuses relectures de thèse. Tu as toujours été présente pour moi.

Laurent, mon compagnon depuis un bout de temps, je sais que ces années d'études n'ont pas été faciles pour toi, mais c'est ça d'avoir une femme jeune ! Maintenant nos projets vont enfin pouvoir se concrétiser et j'ai tellement hâte ! Je te remercie de ta patience. Je t'aime.

Papi bien que tu ne puisses être présent ce jour, je pense à toi et je suis reconnaissante du soutien et de l'affection que tu m'as apportés depuis toutes ces années. Je viens te voir bien vite.

Je vous remercie également mes taties de cœur, Cathy et Mimi, d'être venues me soutenir pour ce grand moment. Je me réjouis que vous soyez à mes côtés.

Fannie, ma meilleure amie, ma sœur, merci pour toutes ces années passées ensemble à rire et à se soutenir. Ces années d'études tu les as vécues avec moi, tu m'as supportée bien souvent et je t'en remercie.

Merci à Géraldine de m'avoir appris à être forte et indépendante et à toujours aller de l'avant.

Pierre-Alexandre, mon frère, merci pour tes conseils et ton expérience, pour avoir partagé avec moi des moments de révision depuis les cours Piebert jusqu'à l'université. J'espère pouvoir venir te voir en Belgique avant ton départ.

Merci à Jean-Pierre pour ce modèle de droiture et pour m'avoir permis de m'affirmer et de ne pas me laisser faire.

Marion, Aneso, Margaux et Cha, nous avons passé tant de bons moments. Les années de pharmacie avec vous étaient fantastiques : beaucoup de danse, de sorties mais aussi beaucoup de révision, de café et de pâtes au pesto. Merci à vous pour ces années de bonheur !

Merci également à mes nouvelles « coupines » de Grenoble, Lilou et AnneB de m'avoir si bien accueillie dans une faculté qui m'était inconnue. Je suis heureuse de partager mes mésaventures avec vous.

A Célia, merci pour avoir partagé la réalisation de ce projet avec moi. Travailler avec toi fut un véritable plaisir. Sans ton enthousiasme, ta rigueur et ton soutien rien n'aurait été possible. Ce fut une belle expérience et je te souhaite de t'épanouir pleinement dans le Sud-Ouest. Je suis certaine que tu seras un excellent médecin à l'écoute et attentionnée envers ses patients, tu en as toutes les qualités.

## SOMMAIRE

<b>RÉSUMÉ .....</b>	<b>20</b>
<b>ABSTRACT.....</b>	<b>21</b>
<b>INTRODUCTION GÉNÉRALE .....</b>	<b>22</b>
1. Le système de santé français .....	22
2. La collaboration médecins généralistes - pharmaciens d'officine.....	23
2.1. Définition.....	23
2.2. Les différents modèles théoriques de collaboration MG – PO .....	23
2.3. Exemples de collaborations interprofessionnelles .....	24
2.3.1. Maisons et pôles de santé pluriprofessionnels.....	24
2.3.2. Pharmacien clinicien .....	25
3. Intérêts de la collaboration interprofessionnelle en pratique.....	26
3.1. Sécurisation de la prise en charge des patients .....	26
3.2. Intérêt économique .....	29
3.3. Intérêt pour les praticiens.....	29
4. Limites et freins à la généralisation de cette collaboration .....	30
5. Description des études de pharmacie et de médecine en France.....	31
6. La conception pédagogique.....	34
7. Objectif.....	36
BIBLIOGRAPHIE .....	37
<b>ARTICLE 1 : État des lieux des programmes d'éducation interprofessionnelle médecine générale – pharmacie d'officine en France, en 2017.....</b>	<b>40</b>
RÉSUMÉ.....	40
ABSTRACT .....	41
INTRODUCTION.....	42
MATERIELS ET METHODES .....	44
RÉSULTATS .....	44
DISCUSSION.....	51
BIBLIOGRAPHIE .....	55
<b>ARTICLE 2 : Conception d'un stage ambulatoire afin de favoriser la collaboration entre les médecins généralistes et les pharmaciens d'officine.....</b>	<b>57</b>
RÉSUMÉ.....	57
ABSTRACT .....	58
INTRODUCTION.....	59
MATERIELS ET METHODES .....	62
RÉSULTATS .....	67
DISCUSSION.....	74
BIBLIOGRAPHIE .....	81
ANNEXES .....	83
<b>CONCLUSION .....</b>	<b>96</b>
<b>Serment de Galien.....</b>	<b>98</b>
<b>Serment d'Hippocrate .....</b>	<b>99</b>

## TABLE DES TABLEAUX

### **Introduction générale**

Tableau 1. Caractéristiques comparatives du paradigme d'enseignement et du paradigme d'apprentissage .....	35
--	----

### **Article 1 : État des lieux des programmes d'éducation interprofessionnelle médecine générale – pharmacie d'officine en France, en 2017**

Tableau 1. Synthèse du recueil d'informations concernant les programmes d'éducation interprofessionnelle médecine générale – pharmacie d'officine .....	45
---	----

### **Article 2 : Conception d'un stage ambulatoire afin de favoriser la collaboration entre les médecins généralistes et les pharmaciens d'officine**

Tableau 1. Propositions d'objectifs pédagogiques pour l'interne en médecine générale créées par les investigateurs.....	63
---	----

Tableau 2. Propositions d'objectifs pédagogiques pour l'étudiant en 6 <sup>ème</sup> année de pharmacie filière officine créées par les investigateurs.....	64
---	----

Tableau 3. Ensemble des propositions d'objectifs pédagogiques de l'interne en médecine générale lors du stage en pharmacie d'officine.....	68
--	----

Tableau 4. Ensemble des propositions d'objectifs pédagogiques de l'étudiant en 6 <sup>ème</sup> année de pharmacie filière officine lors du stage chez le médecin généraliste.....	69
--	----

Tableau 5. Comparaison des résultats discordants en fonction des groupes d'experts médecine et pharmacie .....	72
--	----

Tableau 6. Avis des experts concernant les modalités pratiques de stage .....	74
---	----

## TABLE DES FIGURES

### **Article 2 : Conception d'un stage ambulatoire afin de favoriser la collaboration entre les médecins généralistes et les pharmaciens d'officine**

Figure 1. Synthèse des résultats concernant les objectifs pédagogiques de l'interne en médecine générale lors du stage en pharmacie d'officine.....	70
Figure 2. Synthèse des résultats concernant les objectifs pédagogiques de l'étudiant en 6 <sup>ème</sup> année de pharmacie filière officine lors du stage chez le médecin généraliste .....	71

## TABLE DES ANNEXES

Annexe A. Liste des experts inclus dans l'étude Delphi .....	83
Annexe B. Résultats quantitatifs des trois rondes Delphi concernant les objectifs pédagogiques de l'interne en médecine générale lors du stage en officine.....	84
Annexe C. Résultats quantitatifs des trois rondes Delphi concernant les objectifs pédagogiques de l'étudiant en 6 <sup>ème</sup> année de pharmacie filière officine lors du stage chez le médecin généraliste.....	85
Annexe D. Détails des résultats quantitatifs des trois rondes Delphi .....	86
Annexe E. Référentiel pédagogique .....	91

## ABRÉVIATIONS

ARS : Agence Régionale de Santé

DES : Diplôme d'Études Spécialisées

DFASM : Diplôme de Formation Approfondie en Sciences Médicales

DFGSM : Diplôme de Formation Générale en Sciences Médicales

DP : Dossier Pharmaceutique

E6PO : Étudiant en 6<sup>ème</sup> année de Pharmacie filière Officine

EAM : Écart Absolu Médian

ECN : Épreuves Classantes Nationales

EI : Événements Indésirables

EIG : Effets Indésirables Graves

EIP : Éducation InterProfessionnelle

ENEIS : Enquête Nationale sur les Événements Indésirables graves associés aux Soins

ES : Établissements de Santé

EVISA : Événements Indésirables graves liés aux Soins Ambulatoires extrahospitaliers

FASP : Formation Approfondie en Sciences Pharmaceutiques

FGSP : Formation Générale en Sciences Pharmaceutiques

HPST : Hôpital, Patients, Santé et Territoires

IIQ : Intervalle InterQuartile

IMG : Interne en Médecine Générale

INR : International Normalized Ratio

IP : Interventions Pharmaceutiques

MAST : Maître de conférences ASSocié à Temps partiel

MCU : Maître de Conférences des Universités

MG : Médecin Généraliste

MSP : Maisons de Santé Pluriprofessionnelles

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PACES : Première Année Commune des Études de Santé

PAST : Professeur ASSocié à Temps partiel

PO : Pharmacien d'Officine

PSP : Pôles de Santé Pluriprofessionnels

PU-PH : Professeur des Universités - Praticien Hospitalier

RAND : *Research ANd Development*

SASPAS : Stage Ambulatoire de Soins Primaires en Autonomie Supervisée

UFR : Unité de Formation et de Recherche

UPL : Unité Pédagogique Locale

## RÉSUMÉ

**Contexte :** La collaboration entre médecins généralistes (MG) et pharmaciens d'officine (PO) permet de sécuriser la prise en charge du patient et de diminuer le coût des soins de santé. Mais la méconnaissance du métier et des compétences de l'autre, le manque d'intérêt pour cette pratique collaborative et les difficultés de communication sont des freins à sa généralisation.

L'**objectif** de cette étude était de concevoir un stage pratique de découverte de l'exercice pharmaceutique par les internes en médecine générale (IMG) et de l'exercice du médecin généraliste par les étudiants en sixième année de pharmacie filière officine (E6PO) à Grenoble.

**Méthode :** Une étude épidémiologique descriptive transversale a d'abord été réalisée auprès des Unités de Formation et de Recherche (UFR) de médecine et de pharmacie françaises. L'ensemble des méthodes pédagogiques actuellement utilisées abordant l'éducation interprofessionnelle MG – PO a été recueilli par échanges numériques avec relances entre septembre 2016 et février 2017. Puis un consensus formalisé d'experts par rondes Delphi® a été conduit entre décembre 2016 et février 2017 afin de définir les objectifs pédagogiques des stages ambulatoires. Les propositions d'objectifs pédagogiques du stage ambulatoire étaient issues des modèles pédagogiques existants et des propositions des investigateurs. Les experts ont eu la possibilité de proposer de nouveaux objectifs pédagogiques, soumis au processus de validation.

**Résultats :** Sur un recueil national exhaustif (36 UFR médecine – 24 UFR pharmacie), 11 universités dispensaient une formation initiale commune MG-PO. Trois rondes Delphi ont été réalisées, incluant 18 experts. Parmi les 53 objectifs proposés, 23 sur 30 ont obtenu un consensus pour l'IMG, 20 sur 23 pour l'E6PO. Un référentiel pédagogique a été créé à partir de ces objectifs.

**Conclusion :** L'éducation interprofessionnelle dans le cursus des étudiants en médecine et en pharmacie se développe progressivement en France et apparaît essentielle à la collaboration interprofessionnelle.

Mots clés : Étude observationnelle, Méthode Delphi, Soins de santé primaires, Médecine générale, Pharmacie d'officine, Éducation interprofessionnelle, Comportement coopératif

## ABSTRACT

Design of ambulatory clerkship in order to promote collaboration between general practitioners and community pharmacists

**Background:** Collaboration between general practitioners (GP) and community pharmacists (CP) helps to secure patient care, reduce health costs, and improve comfort for professionals' practice. However, difficulties to communicate between professionals, lack of interest in collaborative practice and ignorance of each other's skills limit the development of this beneficial practice. The aim of this study was to design a pharmacy clerkship for general practice residents (GPR) to discover pharmaceutical practice and a medical training period for students in the 6<sup>th</sup> year of community pharmacy (S6CP) to discover clinical practice in Grenoble.

**Methods:** An observational transversal study was first conducted in French medicine and pharmacy universities. Data regarding existing educational methods for interprofessional GP-CP trainings were collected from September 2016 to February 2017. Then, a formalized consensus of experts by rounds Delphi<sup>®</sup> was conducted between December 2016 and February 2017 to define the educational objectives of those ambulatory clerkships. These objectives were derived from the existing pedagogical models and from the investigators' proposals. Experts were able to propose new educational objectives, subject to the validation process. The rating of the RAND corporation was used to define the consensus.

**Results:** An exhaustive data collection (36 medicine and 24 pharmacy universities) showed that eleven universities provided a conjoint initial training for PG and CP. A three-round Delphi approach was conducted including 18 experts. Among the 53 proposed objectives, 23 out of 30 reached a consensus for the GPR, 20 out of 23 for the S6CP. A pedagogical reference system was created based on these objectives.

**Conclusion:** Interprofessional education for medicine and pharmacy students is emerging in France and seems essential to interprofessional collaboration. Following this work, a pilot study to assess feasibility and pedagogical relevance should take place in Grenoble Alpes University.

Key words: Observational study, Delphi technique, Primary health care, General practice, Community pharmacy, Interprofessional education, Cooperative behavior

# INTRODUCTION GÉNÉRALE

## 1. Le système de santé français

En France, l'offre de soins se différencie en soins de ville, établissements hospitaliers et structures médico-sociales. Les soins de ville, appelés également soins ambulatoires sont décrits comme des soins "effectués par des professionnels libéraux et salariés exerçant à titre individuel, en groupe ou de manière coordonnée en maison ou centre de santé : médecins généralistes, chirurgiens-dentistes, pharmaciens...". Parmi eux, le rapport de 2014 de la direction générale de l'offre de soins fait état de 37 000 cabinets médicaux et 22 795 officines de pharmacies<sup>1</sup>.

Les missions du médecin généraliste (MG) ont été redéfinies au travers de la loi « Hôpital, patients, santé et territoires » (HPST) en 2009. Celui-ci doit "contribuer à l'offre de soins ambulatoire, en assurant pour ses patients la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des maladies ainsi que l'éducation pour la santé". La loi lui confère le rôle de coordinateur des soins nécessaires au patient, il assure son orientation dans le système de soins<sup>2</sup>.

Les pharmaciens d'officine (PO) contribuent également aux soins de premier recours par « la dispensation et l'administration des médicaments, produits et dispositifs médicaux, ainsi que le conseil pharmaceutique ». De nouvelles missions leur sont attribuées au travers de cette loi. Ils "participent à la coopération entre professionnels de santé", "peuvent participer à l'éducation thérapeutique et aux actions d'accompagnement de patients", "peuvent assurer la fonction de pharmacien référent pour un établissement", ou encore ont la possibilité d'être choisis comme "correspondants au sein de l'équipe de soins par le patient"<sup>2</sup>.

Le développement de nouvelles missions attribuées aux professionnels de santé découle d'une volonté de recentrer le système de santé sur les soins primaires<sup>3</sup>. Afin de proposer une offre de soin de qualité, tous ces acteurs doivent apprendre à travailler en synergie<sup>1</sup>.

## 2. La collaboration médecins généralistes - pharmaciens d'officine

### 2.1. Définition

L'organisation mondiale de la santé (OMS) a défini en 2010 la collaboration interprofessionnelle. Elle « se produit lorsque différents professionnels de santé exercent ensemble, avec les patients, les familles, les soignants, et les collectivités pour offrir la meilleure qualité de soins possible »<sup>4</sup>. La collaboration interprofessionnelle introduit la notion d'échanges entre professionnels qui partagent des valeurs, et congruent vers un but commun : la prise de décision partagée, centrée sur le patient. Cette approche participative nécessite que chacun soit à l'écoute de l'autre, apporte son expérience et partage ses connaissances. Elle se pratique en dehors de tout cadre juridique.

Par l'article 51 de la loi HPST, la coopération entre professionnels de santé se distingue de la collaboration. Effectuée par eux-mêmes, cette démarche est un "transfert d'activités" ou "d'actes de soins" ou une volonté de "réorganiser leur mode d'intervention auprès du patient". Dans le cadre de cette démarche de coopération interdisciplinaire, des protocoles de coopération sont soumis à l'agence régionale de santé (ARS) et engagent alors de nouveaux modes de rémunération<sup>2</sup>.

### 2.2. Les différents modèles théoriques de collaboration MG – PO

Quatre modèles de collaboration entre médecin généraliste et pharmacien d'officine ont été mis en évidence : « le *Collaborative Working Relationship model* développé par McDonough et Doucette, le *General Practitioner – Community Pharmacists Collaboration conceptual model* développé par Bradley *et al.* et les modèles développés par Van *et al.* : le *Community Pharmacist's Attitude towards collaboration with General Practitioners model* et *General Practitioner's Attitude towards collaboration with Community Pharmacists model* »<sup>5</sup>.

Les facteurs décrits comme interférant dans la collaboration peuvent être classés comme suit : déterminants individuels, déterminants relationnels et déterminants de l'interaction<sup>5</sup>.

Les déterminants individuels pouvant influencer positivement l'attitude des MG et PO sont la proximité de leurs pratiques et les expériences interprofessionnelles antérieures au cours de la formation initiale. De même, les soins pharmaceutiques (conciliation médicamenteuse, interventions pharmaceutiques, éducation thérapeutique...) mis en place par le pharmacien d'officine ont une incidence positive sur l'attitude du médecin généraliste envers la collaboration.

Parmi les déterminants relationnels, les attentes des professionnels sur la qualité des soins apportés aux patients, ainsi que la fiabilité et l'évaluation de leur performance sont mises en avant dans plusieurs modèles. La volonté personnelle et la disponibilité à collaborer sont aussi soulignées.

Les déterminants de l'interaction agissant comme moteurs dans cette relation sont la confiance, l'interdépendance, la communication et la définition des rôles<sup>5</sup>.

L'analyse de ces modèles met en avant les éléments clés de cette dynamique de collaboration : la confiance, l'interdépendance, les perceptions et les attentes professionnelles vis-à-vis de l'autre, l'évaluation de ses compétences, l'intérêt pour la pratique collaborative, la définition des rôles et la communication<sup>5</sup>.

## 2.3. Exemples de collaborations interprofessionnelles

### 2.3.1. Maisons et pôles de santé pluriprofessionnels

Les maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) sont un exemple de collaboration interprofessionnelle. Une MSP est définie comme « une personne morale constituée entre des professionnels médicaux, auxiliaires médicaux ou pharmaciens »<sup>6</sup>. Les MSP sont un regroupement de professionnels de santé exerçant des soins de premier ou de second recours et

participant ensemble à un projet de santé. Les pôles de santé pluriprofessionnels (PSP) correspondent à des regroupements d'organisations de soins territoriaux.

La fédération française des maisons et pôles de santé décrit de nouveaux modes de coordination pluriprofessionnelle, au travers de l'élaboration de protocoles de soins, de réunions de concertation ou de dossiers électroniques partagés.

Ces structures d'exercice ambulatoire ont donné la possibilité aux professionnels libéraux de s'ouvrir à un mode d'exercice multidisciplinaire et coordonné. Le rapport d'activité de l'offre de soins de 2014 recense 600 maisons et pôles de santé<sup>1</sup>. L'ARS de Rhône-Alpes y voyait une solution concourant au maintien voire au développement de l'offre de soins dans les secteurs définis comme déficitaires.

D'après l'étude réalisée par AL Vernus, les avantages reconnus d'une collaboration entre médecins généralistes et pharmaciens d'officine au sein d'une MSP ou d'un PSP sont : « la prise en charge globale des patients, l'apport d'une expertise pharmacologique et la complémentarité des interventions »<sup>7</sup>.

### 2.3.2. Pharmacien clinicien

Le pharmacien clinicien, exerçant en établissement hospitalier, est un autre exemple de collaboration interprofessionnelle. Son activité principale est l'analyse pharmaceutique des prescriptions en regard du contexte et de l'historique médicamenteux et physiopathologique du patient. En cas de désaccord avec la prescription, il est amené à formuler des propositions, par le biais d'interventions pharmaceutiques (IP) qui sont acceptées ou non.

Les pharmaciens cliniciens ont prouvé leur efficacité en matière de « réduction de l'iatrogénie et réduction des coûts de traitement »<sup>8</sup>. Le pharmacien clinicien peut participer à la visite de service des médecins, il est décrit comme le « copilote » du médecin dans l'instauration et le suivi médicamenteux. Il est de plus en plus considéré comme « partie intégrante de l'équipe de soins ». D'autres activités lui sont également attribuées notamment celle de la conciliation des

traitements médicamenteux (pratique collaborative nécessitant le lien de tous les membres de l'équipe soignante, avec obtention d'un bilan médicamenteux optimisé) ou encore celles de conseil et d'éducation thérapeutique au patient<sup>8</sup>.

Ce mode de collaboration utilisant l'expertise du pharmacien est transposable au milieu ambulatoire<sup>9</sup>.

### 3. Intérêts de la collaboration interprofessionnelle en pratique

#### 3.1. Sécurisation de la prise en charge des patients

La collaboration des acteurs du système de santé primaire est « un enjeu de première importance pour la sécurisation de la prise en charge des patients »<sup>5</sup>. La prise en charge d'un patient atteint de maladies chroniques est complexe. L'implication de plusieurs professionnels de santé est nécessaire. Il existe souvent une absence de visibilité des interventions diverses, par méconnaissance de l'action de chacun auprès du patient<sup>10</sup>. Une meilleure utilisation de l'expertise de chacun permet de garantir une meilleure sécurité pour le patient, et une meilleure continuité des soins. Des actions coordonnées permettent aussi au patient d'acquiescer plus facilement la confiance des professionnels de santé qui l'entourent.

Une revue de la littérature Cochrane étudiant spécifiquement l'action des pharmaciens ambulatoires confirmait l'importance des pharmaciens en matière de suivi médicamenteux et de conseil aux patients dans le but d'améliorer le processus de soins<sup>11</sup>.

Une autre revue de la littérature a été effectuée en 2013, sur l'évaluation de l'efficacité des interventions de coopération (intriquant les modèles de collaboration et les modèles de substitution d'actes) entre médecins généralistes et pharmaciens. Sur 22 articles sélectionnés, 16 étaient en faveur d'un bénéfice de l'intervention du pharmacien en termes de gestion d'un

problème de santé chronique ou de gestion du traitement médicamenteux avec une diminution des problèmes de prescription<sup>12</sup>.

Un des objectifs de la collaboration entre médecin généraliste et pharmacien d'officine est de sécuriser le traitement médicamenteux au sein de la prise en charge globale.

L'iatrogénèse médicamenteuse a été étudiée, comme dans l'enquête nationale sur les événements indésirables graves associés aux soins (ENEIS) en 2004, reconduite en 2009. Celles-ci se concentraient sur des effets indésirables graves (EIG) ayant conduit à une hospitalisation et ceux survenus dans des établissements hospitaliers français. Les rapports ENEIS mettaient en avant que 48% en 2004 et 58 % en 2009 des EIG « impliquaient un produit de santé » et que la moitié d'entre eux était jugée évitable<sup>13</sup>.

L'étude régionale sur les événements indésirables graves liés aux soins ambulatoires extrahospitaliers (EVISA) a été réalisée en 2008. Elle estimait le taux de patients hospitalisés suite à un effet indésirable évitable, lié à une prise en charge extrahospitalière, à 1,8 % des hospitalisations totales. Les causes immédiates mises en avant étaient « des erreurs d'indication thérapeutique, des défauts de surveillance et des retards thérapeutiques ». L'analyse approfondie montrait que 81% des cas d'EIG étaient associés à un médicament (particulièrement les antivitamines K, les neuroleptiques et les diurétiques). Celle-ci avait également révélé qu'un défaut de vigilance de la part du médecin traitant à l'égard de l'état de santé ou du traitement de son patient était le plus fréquent. Elle témoignait aussi « d'erreurs de choix thérapeutiques par défaut de connaissance des recommandations » ou encore de « problèmes de communication entre médecin traitant et soignants extrahospitaliers »<sup>14</sup>.

Bedouch et al. expliquaient que l'erreur médicamenteuse se produisait généralement lors de l'une des quatre étapes du circuit du médicament : prescription, transcription, délivrance ou administration. Tous les acteurs du circuit (médecins, pharmaciens, infirmiers et patients) étaient concernés par ces erreurs médicamenteuses et chaque acteur devait « agir en

collaboration afin de détecter et corriger les erreurs médicamenteuses aux différentes étapes de ce circuit »<sup>8</sup>.

La sécurisation de la dispensation médicamenteuse s'effectue à l'officine au travers des interventions pharmaceutiques. Tout comme le pharmacien clinicien, le pharmacien d'officine est amené à soumettre des IP. Il procède à l'analyse pharmaceutique de la prescription et peut proposer de modifier la thérapeutique médicamenteuse<sup>15</sup>.

Le dossier pharmaceutique (DP) créé en 2009 permet à tous les pharmaciens d'officine de disposer d'un même outil professionnel. Il inventorie l'historique des produits de santé dispensés au patient au cours des quatre derniers mois.

L'étude DOPI-OFFI, réalisée entre 2014 et 2015 en France, se penchait sur les IP réalisées en pharmacie d'officine et l'apport du DP dans la sécurisation de la dispensation médicamenteuse. Celui-ci apparaît être "un outil efficace pour prévenir les divergences par rapport à l'historique". Cette étude avait révélé que 72,4% des IP impliquaient la prescription d'un médecin généraliste et que 50% avaient fait l'objet d'un appel au médecin. Enfin 91,6% des IP étaient acceptées en cas d'appel au prescripteur<sup>16</sup>. La communication entre le pharmacien et le médecin généraliste autour de ces IP est donc primordiale pour l'amélioration de la prise en charge du patient.

À l'officine, la conciliation médicamenteuse et le bilan médicamenteux optimisé sont en phase d'essai. Le bilan médicamenteux optimisé permet d'établir la liste exhaustive et complète des médicaments pris ou à prendre par le patient, qu'ils soient prescrits ou pris en automédication, par un entretien avec le patient. La conciliation médicamenteuse s'appuie sur la consultation des autres professionnels de santé et d'autres données telles que le dossier pharmaceutique, pour obtenir un résultat plus exhaustif. Enfin pendant la conciliation médicamenteuse, il est réalisé une comparaison de ce bilan à l'ordonnance « actuelle » du patient, afin de prendre une décision face aux divergences et de proposer des modifications si nécessaires. Ces démarches

ont pour but de sécuriser la prise en charge du patient en diminuant les erreurs médicamenteuses et de favoriser le lien ville-hôpital<sup>17</sup>.

### 3.2. Intérêt économique

En dehors de l'importance de la collaboration dans la prise en charge du patient, celle-ci présente un intérêt majeur au niveau économique.

L'étude EVISA a analysé les coûts et conséquences économiques des événements indésirables (EI). La durée moyenne de séjours hospitaliers causés par un EI évitable était de 13,9 jours pour les établissements de santé (ES) publics et de 10,4 jours dans les ES privés. Le coût moyen de séjour par EI évitable, attribuable à l'EI, était respectivement estimé à 7784 euros et à 2197 euros. Le coût des EI évitables apparaît supérieur à celui des EI non évitables<sup>14</sup>.

En Suisse, les cercles de qualité médecins-pharmaciens ont prouvé leur efficacité sur le plan économique. Des séances mensuelles entre pairs (MG et PO) ont permis de diminuer le « coût médicaments total par patient » de 4,38% en 2 ans. Dans le même temps, l'évolution de cette dépense a augmenté de 4,98 % chez les professionnels n'utilisant pas ce dispositif. Cela a été possible en « s'appuyant sur la rationalisation des prescriptions et la promotion des génériques, sans sacrifier la qualité des soins »<sup>18</sup>.

### 3.3. Intérêt pour les praticiens

La collaboration interprofessionnelle permet à chacun d'améliorer ses pratiques par l'expérience que l'autre lui apporte. En améliorant la qualité des relations entre professionnels, la qualité des soins se développe, l'efficacité augmente, l'entraide est favorisée et le confort d'exercice renforcé. Un des avantages est aussi celui du partage de responsabilité<sup>19</sup>. À chaque prescription, les responsabilités du médecin prescripteur et du pharmacien dispensateur sont engagées. En cas d'erreur sur une prescription médicamenteuse ayant conduit à la délivrance au

patient, les responsabilités du médecin et du pharmacien peuvent être recherchées et mises en cause. Le pharmacien et le médecin œuvrent en respect de leurs obligations (envers le patient et le système de santé) et disposent des mêmes responsabilités civiles, pénales, déontologiques, et de santé publique. Le pharmacien en bout de chaîne est parfois considéré comme le garde-fou de « l'assurance qualité » du circuit du médicament.

Enfin, l'optimisation de la prise en charge du patient à travers la collaboration interprofessionnelle est nécessaire pour faire face aux problèmes de démographie des professionnels de santé. En effet, si la France n'a jamais dénombré autant de médecins, une part importante d'entre eux est aujourd'hui retraitée. Le conseil national de l'ordre des médecins recense une baisse de 8,4% des effectifs des médecins généralistes en activité régulière en France entre 2007 et 2016 (3,8% pour la région Auvergne-Rhône-Alpes). Cette tendance à la baisse a une forte probabilité de se confirmer jusqu'en 2025<sup>20</sup>.

En 2015, il existait une disparité dans la distribution des MG sur la région Rhône-Alpes. Un bassin de vie comptait en moyenne 8,5 MG pour 10 000 habitants et 50% des bassins de vie avaient une densité plus faible en MG. En ce qui concerne les pharmacies d'officine, un bassin de vie comprenait en moyenne 4,5 pharmacies pour 10 000 habitants et plus de 50% avaient une densité plus faible<sup>21</sup>.

#### 4. Limites et freins à la généralisation de cette collaboration

Dans le contexte actuel des soins de premiers recours, la collaboration interprofessionnelle apparaît relativement limitée<sup>15</sup>. Malgré les pistes développées par la loi HPST pour promouvoir la collaboration des acteurs du système de santé, l'évolution de leurs rôles peine à se développer.

Parmi les freins à la généralisation de la collaboration entre médecins généralistes et pharmaciens d'officine, il est évoqué le manque de motivation et le manque d'intérêt. Il apparaît aussi que « la perception que le professionnel a de l'autre et l'évaluation de ses compétences » sont des composantes majeures de cette dynamique de collaboration<sup>15</sup>. La vision d'un travail mercantile du pharmacien par le médecin généraliste est encore très ancrée. La méconnaissance du métier de l'autre, le manque de confiance envers le collaborateur, la difficulté à accorder du temps aux échanges et des difficultés de communication sont aussi des éléments d'explication<sup>22,23,24</sup>.

Le secret médical pourrait être un obstacle à la collaboration, mais « deux ou plusieurs professionnels de santé peuvent toutefois sauf opposition de la personne dûment avertie, échanger des informations relatives à une même personne prise en charge, afin d'assurer la continuité des soins ou de déterminer la meilleure prise en charge sanitaire possible. Lorsque la personne est prise en charge par une équipe de soins dans un établissement de santé, les informations la concernant sont réputées confiées par le malade à l'ensemble de l'équipe »<sup>25</sup>.

Enfin, il n'existe aucune obligation en termes de formation initiale à propos de la collaboration interprofessionnelle<sup>26</sup>. Le manque d'expérience interprofessionnelle pendant le cursus des études de médecine et de pharmacie peut être une limite à la généralisation de cette pratique collaborative. Des programmes d'éducation interprofessionnelle (EIP) pourraient faire changer l'image de chaque profession, et augmenter la motivation des étudiants.

## 5. Description des études de pharmacie et de médecine en France

Les études de médecin généraliste durent 9 ans. Elles commencent par la première année commune des études de santé (PACES) à l'issue de laquelle un concours permet l'accès au

diplôme de formation générale en sciences médicales (DFGSM2 puis DFGSM3). Durant deux ans, les étudiants réalisent des « stages sémiologiques » d'une demi-journée par semaine, effectués à l'hôpital. Ensuite, le diplôme de formation approfondie en sciences médicales s'effectue sur 3 ans (DFASM 1/2/3) et correspond à l'externat. Il inclut une formation pratique à l'hôpital dédiée à l'apprentissage des responsabilités diagnostiques et thérapeutiques, dont les modalités varient en fonction des facultés. À l'issue de ces 6 années, les épreuves classantes nationales (ECN), devenues informatisées depuis 2016, permettent l'accès au 3<sup>ème</sup> cycle des études médicales communément appelées l'internat. En fonction de ce classement, les étudiants choisissent leur spécialité ainsi que leur subdivision de rattachement. Le diplôme d'études spécialisées (DES) de médecine générale dure ensuite 3 ans. Six semestres, durant lesquels la « maquette » obligatoire comprend un stage de médecine adulte, un stage d'urgence adulte, un stage de pédiatrie et/ou de gynécologie et un stage ambulatoire de premier niveau nommé unité pédagogique locale (UPL). Les deux derniers semestres sont libres et peuvent permettre de réaliser entre autres un stage ambulatoire de 2<sup>ème</sup> niveau intitulé stage autonome en soins primaires ambulatoires supervisé (SASPAS) ou un projet personnel. L'UPL est la première mise en situation professionnelle ambulatoire. Ce stage a pour objectif de développer les capacités d'analyses et de prise en charge globale des patients, ainsi que d'identifier la place et les fonctions du médecin généraliste dans le système de santé. Il s'effectue en trois phases de durée variable : l'observation participante, la supervision directe puis la supervision indirecte. Le SASPAS a pour objectif de mettre l'interne en situation professionnelle réelle, en le confrontant aux aspects cliniques, mais aussi organisationnels et administratifs. C'est l'occasion de mettre en œuvre des méthodes de développement professionnel continu et de créer un réseau de soin. Ce stage est réalisé en autonomie complète, tout en conservant la supervision indirecte des maîtres de stage universitaires. Le diplôme de Docteur en médecine générale est obtenu après validation du DES, ainsi que la soutenance d'un mémoire et d'une thèse d'exercice<sup>26</sup>.

Les études de pharmacien officinal durent 6 ans. Elles se composent de trois cycles. Elles débutent par un premier cycle comprenant la PACES, à l'issue de laquelle le concours permet l'accès au diplôme de formation générale en sciences pharmaceutiques (FGSP2 et FGSP3). Cette formation comprend la réalisation du « stage officinal d'initiation », durant lequel l'étudiant est initié à la dispensation des médicaments et reçoit une information sur les posologies. Elle passe aussi par la réalisation des « stages d'application des enseignements coordonnés » lors de la FGSP3 (3ème année) et de la formation approfondie en sciences pharmaceutiques (FASP1 - 4ème année), d'une durée d'une ou deux semaines. Ces stages permettent à l'étudiant de mettre en application des connaissances acquises lors des modules thématiques sur les pathologies et leurs traitements. Le cursus se poursuit avec le diplôme de FASP 1 et FASP 2 et sanctionne le second cycle. Au cours du FASP 1, le premier semestre appartient toujours au tronc commun, mais dès le début du deuxième semestre, l'étudiant choisit sa spécialisation vers l'une des trois filières (officine, industrie-recherche et pharmacie hospitalière). Certaines universités, comme Grenoble Alpes, segmentent en 4 filières les choix de spécialisation, en créant deux filières distinctes internat et recherche. Durant le FASP 2, l'étudiant réalise le « stage hospitalier » d'une durée de 12 mois à mi-temps qui lui permet de se familiariser avec « la prescription des médicaments, les analyses biologiques, les suivis thérapeutiques et d'assurer ses futures fonctions professionnelles d'information, de vigilance et de gestion. »

Enfin pour l'étudiant ayant choisi la filière officine, le troisième cycle correspond à la FASP 3 et dure deux semestres. Il réalise le « stage de pratique professionnelle » d'une durée de 6 mois en officine. Le diplôme d'état de Docteur en pharmacie est obtenu après validation de ce troisième cycle court et soutenance d'une thèse d'exercice<sup>26</sup>.

## 6. La conception pédagogique

Dans l'optique de créer une intervention pédagogique efficace, il est nécessaire de se pencher sur la question du processus d'apprentissage.

Au cours des siècles, plusieurs théories se sont succédé. Initialement, l'enseignement était de type normatif. Cela correspond à une accumulation de savoirs transmis du maître à l'élève, dans une relation d'autorité. Puis, après les découvertes du physiologiste russe Pavlov sur le « réflexe conditionné », Burrhus Skinner propose le concept de « conditionnement opérant », élément central de la théorie comportementaliste (ou béhaviorisme). « Ainsi l'apprenant par essais-erreurs successifs, finit par adopter le comportement prévu ». Aujourd'hui l'approche constructiviste domine. Initiée par Ausubel en 1968, cette approche a pour « principe essentiel l'affirmation du caractère individuel et actif de tout apprentissage ». Il « provoque une modification des représentations du sujet, qui est l'acteur de la construction de ses connaissances ». L'enseignant est un médiateur des savoirs et un facilitateur des apprentissages<sup>27</sup>. Cette approche constructiviste conduisant au paradigme d'apprentissage apporte une ouverture singulière et complémentaire dans les approches pédagogiques<sup>28</sup>. A visée didactique, le tableau 1 propose une opposition des 2 approches.

<b>Paradigme d'enseignement</b>	<b>Paradigme d'apprentissage</b>
Les savoirs sont transmis aux étudiants par les professeurs	Les étudiants construisent leurs connaissances à partir des questions qu'ils se posent, en interaction avec leurs professeurs et avec leurs pairs
Les étudiants reçoivent passivement l'information	Les étudiants traitent activement l'information à l'occasion d'activités de recherche, d'analyse critique, de résolution de problèmes, de conduite de projets...
Les connaissances sont acquises sans lien avec leur contexte prévisible de réutilisation	Les connaissances sont construites prioritairement à partir des contextes (professionnels) authentiques
Le professeur est conçu avant tout comme un dispensateur de savoirs et comme un examinateur	Le professeur est conçu avant tout comme un facilitateur des apprentissages et comme un modèle de rôle explicite
L'enseignement, l'apprentissage et l'évaluation sont séparés	L'évaluation est enchâssée dans les activités d'enseignement et d'apprentissage
L'évaluation est utilisée essentiellement pour mesurer la quantité des apprentissages	L'évaluation est utilisée pour promouvoir et diagnostiquer les apprentissages
L'évaluation privilégie l'obtention de la bonne réponse	L'évaluation se préoccupe autant du processus que du résultat et exploite les erreurs pour développer les apprentissages
Les apprentissages sont mesurés indirectement grâce à des tests plus ou moins standardisés	Les apprentissages sont appréciés directement à partir de performances, de projets réalisés, de travaux personnels, de portfolios
Seuls les étudiants sont considérés comme apprenants	Les professeurs et les étudiants apprennent ensemble

Tableau 1. Caractéristiques comparatives du paradigme d'enseignement et du paradigme d'apprentissage, d'après JOUQUAN J. et BAIL P.<sup>28</sup>

La mise en situation professionnelle authentique, par le biais d'un stage pratique, permet à l'étudiant d'être à l'initiative de ses apprentissages. La découverte de la pratique quotidienne, avec des situations parfois complexes, entraîne un questionnement puis une modification de ses représentations et donc l'acquisition de connaissances contextualisées. Favoriser la compétence communicationnelle professionnelle de l'étudiant nécessite que ce dernier ait été confronté dans son expérience à cette pratique quotidienne au sein de sa propre profession, avant de découvrir l'exercice de son collaborateur.

## 7. Objectif

Patrick Bouet, président de l'ordre des médecins, explique que « les professionnels de santé doivent apprendre à mieux se connaître mutuellement et donc à définir précisément le contenu de leurs métiers respectifs » pour ensuite pouvoir définir les possibilités de collaboration<sup>10</sup>.

De plus, la communication apparaît dans les études comme essentielle à la collaboration interprofessionnelle. Pour remédier à ce défaut de communication entre professionnels, JD Bardet suggère, "le développement de formations interprofessionnelles tant en formation initiale que continue". Pour ce dernier, l'éducation interprofessionnelle a pour objectif de "construire une culture commune entre professionnels de santé et d'éviter les phénomènes de différenciation et d'individualisation des professions"<sup>15</sup>.

Enfin, la haute autorité de santé souligne que les pratiques collaboratives se développent naturellement si la formation est interprofessionnelle dès le départ<sup>29</sup>. Nous faisons l'hypothèse que connaître le métier de l'autre, et ses compétences permettrait d'améliorer la collaboration.

L'objectif de cette étude était de concevoir un stage pratique de découverte de l'exercice pharmaceutique par les internes en médecine générale et de l'exercice du médecin généraliste par les étudiants en pharmacie filière officine à Grenoble.

## BIBLIOGRAPHIE

1. Direction Générale de l'Offre de Soins. Rapport d'activité 2014. Paris ; 2015 [Internet]. Disponible sur : [http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport\\_activite\\_dgos\\_2014.pdf](http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_activite_dgos_2014.pdf)
2. Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.
3. Gay B. Repenser la place des soins de santé primaires en France – Le rôle de la médecine générale. *Rev Epidemiol Sante Publique* 2013;61:193-8.
4. World Health Organization. Framework for action on interprofessional education and collaborative practice. Report No : WHO/HRH/HPN/10.3. 2010 [On-line]. Disponible sur : [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70185/1/WHO\\_HRH\\_HP\\_N\\_10.3\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70185/1/WHO_HRH_HP_N_10.3_eng.pdf)
5. Bardet JD, Vo TH, Bedouch P, Allenet B. Physicians and community pharmacists collaboration in primary care : A review of specific models. *Research in Social and Administrative Pharmacy Journal* 2015;11:602-22.
6. Code de la santé publique-art L6323-1.
7. Vernus AL, Catala O, Supper I, Flaujac N, Letrilliart L. Maisons et pôles de santé pluriprofessionnels incluant des pharmaciens : un état des lieux. *Ann Pharm Fr* 2016;74:463-72.
8. Bedouch P, Bardet JD, Calop J, Allenet B. L'iatrogénèse médicamenteuse : quels enjeux pour la Pharmacie Clinique ? In : *Pharmacie clinique et thérapeutique (4e édition)*. Paris : Elsevier Masson, 2012:9-22.
9. Allenet B, Develay A, Doerper S, Gravoulet J, Piney D, Pourrat X, et al. Préconisations pour la pratique de conciliation des traitements médicamenteux. *Société française de pharmacie clinique*; 2015 [Internet]. Disponible sur : <http://sfpc.eu/fr/item1/finish/34-documents-sfpc-public/1608-sfpc-memo-conciliation-v2016/0.html>
10. Faure S. Médecins et pharmaciens doivent apprendre à se connaître pour travailler ensemble. *Actualités Pharmaceutiques* 2013;52:4.
11. Nkansah N, Mostovetsky O, Yu C, Chheng T, Beney J, Bond CM, et al. Effect of outpatient pharmacists' non-dispensing roles on patient outcomes and prescribing patterns. *Cochrane Database Syst Rev* 2010;7:CD000336.
12. Michot P, Catala O, Supper I, Bouliou R, Zerbib Y, Colin C, et al. Coopération entre médecins généralistes et pharmaciens : une revue systématique de la littérature. *Sante Publique* 2013;25:331-41.
13. Michel P, Lathelize M, Quenon JL, Bru Sonnet R, Domecq S, Kret M. Comparaison des deux Enquêtes Nationales sur les Événements Indésirables graves associés aux Soins menées en 2004 et 2009. Rapport final à la DREES (Ministère de la Santé et des Sports). Bordeaux ; 2011 [Internet]. Disponible sur : <http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/serieetud109.pdf>
14. Michel P, Quenon JL, Djihoud A, Bru Sonnet R. EVISA : Les événements indésirables liés aux soins extra-hospitaliers : fréquence et analyse approfondie des causes. Bordeaux

; 2008 [Internet]. Disponible sur : [http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport\\_EVISAFinal\\_17aout09.pdf](http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_EVISAFinal_17aout09.pdf)

15. Bardet JD. Les pratiques pharmaceutiques collaboratives en soins de premier recours dans le contexte de l'émergence des technologies de l'information et de la communication. [Thèse pour obtenir le grade de Docteur de la communauté Université Grenoble Alpes, Spécialité : Modèles, méthodes et algorithmes pour la Biologie, la Santé et l'environnement]. Université Grenoble Alpes; 2016.
16. Bardet JD, Allenet B, Provent A-L. DOPI-OFFI Apport du Dossier Pharmaceutique sur les Interventions Pharmaceutiques en Pharmacie d'Officine. XVIe Congrès de la Société Française de Pharmacie Clinique. Montpellier ; 2016 [Internet]. Disponible sur : <http://www.sdpdm56.com/medias/files/sfpc-2016-montpellier-dopi-offi-poster-vf-1-.pdf>
17. Haute Autorité de Santé. Mettre en œuvre la conciliation des traitements médicamenteux en établissement de santé - Sécuriser la prise en charge médicamenteuse du patient lors de son parcours de soins. Paris, 2016.
18. Prescrire Rédaction. Cercles de qualité médecins-pharmaciens suisses : intérêt confirmé. La revue Prescrire 2008;28:542-4.
19. Regroupement des Intervenantes et Intervenants francophones en santé et en services sociaux de l'Ontario (RIFSSSO). La collaboration interprofessionnelle, module d'information. 2015 [Internet]. Disponible sur : <http://www.rifssso.ca/wp-content/uploads/2013/08/La-collaboration-interprofessionnelle-module-dinformation-.pdf>
20. Conseil national de l'ordre des médecins. Atlas de la démographie médicale en France. Situation au 1er janvier 2016. Paris, 2016.
21. Conseil national de l'ordre des médecins. Atlas régional de la démographie médicale. La démographie médicale en région Rhône-Alpes. Situation en 2015. Paris, 2015.
22. Mettavant L. Identification des freins et des leviers dans la coopération médecin généraliste-pharmacien d'officine, au sein d'un programme d'ETP sur l'ostéoporose (Projet SIOUX) [Thèse pour obtenir le diplôme d'état de docteur en pharmacie]. Université de Lorraine; 2014.
23. Thibaud C. Interdisciplinarité pharmacien - médecin : quelle est la perception des médecins ? Etude qualitative [Thèse pour obtenir le diplôme d'état de docteur en pharmacie]. Université de Nantes; 2012.
24. Le Tourneur A. Enquête d'opinion auprès de 75 médecins spécialistes en médecine générale à propos de leur collaboration avec les pharmaciens d'officine [Thèse pour obtenir le diplôme d'état de docteur en pharmacie]. Université Grenoble Alpes; 2016.
25. Code de la santé publique-art L1110-4.
26. Ministère de l'Enseignement supérieur et de la Recherche. Bulletin officiel n° 20 du 16 mai 2013.
27. Bernard J, Reyes P. Apprendre, en médecine (1ère partie). Pédagogie Médicale 2001;2:163-9.

28. Jouquan J, Bail P. À quoi s'engage-t-on en basculant du paradigme d'enseignement vers le paradigme d'apprentissage ? *Pédagogie Médicale* 2003;4:163-75.
29. Haute Autorité de Santé. Les pratiques collaboratives se développent naturellement si la formation est interprofessionnelle dès le départ. *Initiatives & Développement de Pratiques Collaboratives* 2014;78 [Internet]. Disponible sur : [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_1721119/fr/les-pratiques-collaboratives-se-developpent-naturellement-si-la-formation-est-interprofessionnelle-des-le-depart](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1721119/fr/les-pratiques-collaboratives-se-developpent-naturellement-si-la-formation-est-interprofessionnelle-des-le-depart)

# ARTICLE 1 : État des lieux des programmes d'éducation

interprofessionnelle médecine générale – pharmacie d'officine en

France, en 2017

## RÉSUMÉ

**Contexte :** Face aux enjeux de sécurisation de la prise en charge du patient, de demande et d'accès aux soins de proximité, la collaboration entre les médecins généralistes (MG) et les pharmaciens d'officine (PO) apparaît être une réponse prioritaire. Pourtant, leurs formations respectives sont cloisonnées et monoprofessionnelles. Aucun texte réglementaire n'incite les universités à développer des programmes d'éducation interprofessionnelle (EIP).

**But :** Réaliser un état des lieux des programmes d'EIP MG –PO mis en place en France durant l'année universitaire 2016-2017.

**Méthodes :** Une étude descriptive transversale a été réalisée auprès des 36 Unités de Formation et de Recherche (UFR) de médecine et des 24 UFR de pharmacie françaises. L'ensemble des méthodes pédagogiques utilisées dans les programmes d'EIP MG-PO a été recueilli par échanges numériques entre septembre 2016 et février 2017.

**Résultats :** Treize universités étaient investies dans l'EIP. Dix pratiquaient des formations initiales communes MG – PO, deux proposaient des formations continues MG-PO et une dispensait les deux types de formations. Les formats pédagogiques utilisés étaient variés. Cinq UFR utilisaient des jeux de rôles et 5 des travaux de groupe sur la représentation des métiers. Trois travaillaient sur des cas cliniques, 2 ont mis en place un stage pratique, 2 utilisaient la conférence traditionnelle et 1 le *speed dating* pédagogique.

**Conclusion :** L'EIP dans le cursus des étudiants en médecine et en pharmacie se développe progressivement en France sous des formes variées. Elle peut apparaître comme un outil pédagogique intéressant pour le développement des habiletés à la collaboration interprofessionnelle.

Mots clés : Pédagogie, Éducation interprofessionnelle, Médecine générale, Pharmacie d'officine.

## ABSTRACT

**Background:** Collaboration between general practitioners (GP) and community pharmacists (CP) is a priority to respond to the demand for primary health care, to improve the supply of care in the territories and to secure patient care. However, their respective curriculum are isolated and monoprofessional. There isn't any regulatory obligation encouraging universities to implement interprofessional education (IPE) programs.

**Aim:** To carry out an inventory of GP-CP interprofessional education curriculums in France during the academic year 2016-2017.

**Methods:** An observational transversal study was conducted in the 36 medicine universities and the 24 pharmacy universities in France. Data regarding existing pedagogical methods for interprofessional GP-CP education were collected by digital exchanges from September 2016 to February 2017.

**Results:** Thirteen universities were invested in IPE programs. Ten universities provided initial GP-CP trainings, two provided continuing GP-CP trainings, and one provided both types of training. Different pedagogical methods were used. Five universities used role plays and five groups discussion worked on the representation of the profession. Three worked on clinical cases, two set up a practical clerkship, two used the classical lecture and one the educational speed dating.

**Conclusion:** IPE is gradually emerging in the curriculum of medical and pharmacy students in France. It may be an interesting educational tool for the development of interprofessional collaboration skills.

Keywords: Pedagogy, Interprofessional education, General practice, Community pharmacy.

## INTRODUCTION

En France, afin de répondre à la demande de soins de santé primaire et afin d'améliorer l'offre de soins sur les territoires, les rôles et missions des acteurs du système de santé ont été redéfinis par la loi HPST en 2009. Le rôle de coordinateur des soins du médecin généraliste s'est ancré dans le système de santé. Les responsabilités du pharmacien d'officine se sont enrichies par le biais de la structuration des activités cliniques : bilan de médication, interventions pharmaceutiques, entretiens pharmaceutiques et éducation thérapeutique <sup>1</sup>.

Face à ces bouleversements organisationnels et la mutation des profils des patients pris en charge en soins primaires, la nécessité de collaborer a émergé pour les médecins généralistes et les pharmaciens d'officine. La collaboration interprofessionnelle a été définie par l'OMS comme étant l'interaction de "différents professionnels de santé exerçant ensemble, avec les patients, les familles, les soignants, et les collectivités pour offrir la meilleure qualité de soins possible »<sup>2</sup>.

La collaboration entre médecins généralistes et pharmaciens d'officine représente un élément majeur de la sécurisation de la prise en charge du patient. De nombreuses études sur l'iatrogénie médicamenteuse montrent que les médecins et les pharmaciens sont concernés par les erreurs médicamenteuses et qu'ils doivent « agir en collaboration afin de détecter et corriger les erreurs médicamenteuses aux différentes étapes du circuit »<sup>3</sup>.

Quatre modèles de collaboration entre médecin généraliste et pharmacien d'officine ont été mis en évidence : « le *Collaborative Working Relationship model* développé par McDonough et Doucette, le *General Practitioner – Community Pharmacists Collaboration conceptual model* développé par Bradley *et al.* et les modèles développés par Van *et al.* : le *Community Pharmacist's Attitude towards collaboration with General Practitioners model* et *General Practitioner's Attitude towards collaboration with Community Pharmacists model* »<sup>4</sup>.

L'analyse de ces modèles met en avant les éléments clés de cette dynamique de collaboration : la confiance, l'interdépendance, les perceptions et les attentes professionnelles vis-à-vis de l'autre, l'évaluation de ses compétences, l'intérêt pour la pratique collaborative, la définition des rôles et la communication<sup>4</sup>.

Pourtant, dans le contexte des soins de premier recours français, cette collaboration entre MG et PO apparaît relativement limitée<sup>5</sup>. Des freins à sa généralisation ont été identifiés : le manque d'intérêt et de motivation pour cette pratique ainsi que la méconnaissance du métier de l'autre ont été évoqués<sup>6,7,8</sup>.

Le manque d'éducation interprofessionnelle pendant le cursus professionnalisant des études médicales et pharmaceutiques peut également être une limite à la généralisation de cette pratique. L'EIP réunit deux ou plusieurs professions dans une formation commune, initiale ou continue afin qu'ils apprennent ensemble l'un de l'autre<sup>9</sup>. Elle apparaît essentielle pour décroiser les cursus disciplinaires et former des professionnels prêts à la pratique collaborative<sup>10</sup>.

L'OMS propose d'intégrer l'EIP comme une composante obligatoire des parcours de formations des professionnels de santé<sup>11</sup>. En France, il n'existe pas de texte réglementaire incitant les universités à développer la formation interprofessionnelle initiale ou continue<sup>12</sup>. Quelques initiatives ont vu le jour, mais elles semblent être liées à des sensibilités locales avec une communication scientifique balbutiante. Les UFR ont un rôle à jouer dans la refonte de l'organisation du système de soins et l'essor de la prise en charge des pathologies chroniques dans notre pays. La collaboration interprofessionnelle avec une prise en charge centrée sur le patient est une réponse à ces évolutions par le biais de l'EIP. L'objectif de cette étude était de réaliser un état des lieux des programmes d'éducation interprofessionnelle médecine générale – pharmacie d'officine mis en place en France durant l'année universitaire 2016-2017.

## MATERIELS ET METHODES

Une étude descriptive transversale a été menée entre septembre 2016 et février 2017. Le recensement des 24 UFR de pharmacie et des 36 UFR de médecine française a été effectué. Un courriel était d'abord adressé à chaque service responsable du 3<sup>ème</sup> cycle des études pharmaceutiques et médicales et à la communauté des chefs de clinique universitaires de médecine générale français via une liste de diffusion électronique. Puis, en cas d'absence de réponse, un courriel de relance identique au premier accompagné d'appels téléphoniques auprès des scolarités étaient réalisés. Enfin, un dernier courriel de relance était envoyé auprès des universitaires titulaires de la discipline. Des précisions ont pu être demandées par courriels ou par téléphone lorsque la première réponse était imprécise. Les données recueillies concernaient l'existence de programmes d'éducation interprofessionnelle MG - PO en formation initiale, ou au cours de formations continues. Le modèle pédagogique utilisé, le caractère obligatoire ou facultatif, le public concerné et la date de début de mise en place étaient requis. Les programmes d'EIP n'incluant pas les MG et/ou les PO n'étaient pas prises en compte.

Les réponses ont été classées par UFR dans un tableur. L'avis du comité d'éthique n'a pas été sollicité puisqu'aucune donnée à caractère personnel n'était requise.

## RÉSULTATS

La réponse des 24 UFR de pharmacie et des 36 UFR de médecine a été recueillie. Le tableau 1 synthétise l'ensemble des données.

UFR de médecine	Programmes d'éducation interprofessionnelle médecine générale-pharmacie d'officine	UFR de pharmacie
Amiens	Aucune formation existante	Amiens
Angers	<b>Formation initiale obligatoire</b> : « Travailler ensemble dans l'intérêt du patient »	Angers
Antilles-Guyane	Aucune formation existante	
Besançon	Aucune formation existante	Besançon
Bordeaux	Aucune formation existante	Bordeaux
Brest	Aucune formation existante	
Caen	Aucune formation existante	Caen
Clermont-Ferrand	<b>Formation initiale optionnelle</b> : « Journée interprofessionnalité » (ateliers, mises en situation)	Clermont-Ferrand
Dijon	<b>Formation initiale optionnelle</b> : Séminaire interprofessionnel	Dijon
Grenoble	<b>Formation continue</b> : « Rencontres Universitaires en Soins Primaires »	Grenoble
Lille institut catholique	Aucune formation existante	
Lille 2	<b>Formation initiale obligatoire</b> : Mises en situation MG/PO <b>Formation initiale optionnelle</b> : Séminaire interprofessionnel	Lille 2
Limoges	Aucune formation existante	Limoges
Lyon (Est et Sud)	<b>Formation initiale optionnelle</b> : ½ journée de jeux de rôles et stage d'échange interprofessionnel	Lyon
Marseille	Aucune formation existante	Marseille
Montpellier	Aucune formation existante	Montpellier
Nancy	<b>Formation continue</b> : Semaine médicale	Nancy
Nantes	<b>Formation initiale</b> : « Compétences partagées »	Nantes
Nice	Aucune formation existante	
Océan Indien	Aucune formation existante	
Paris V – Descartes	Aucune formation existante	Paris V – Descartes
Paris VI – Pierre et Marie Curie	Aucune formation existante	
Paris VII – Diderot	Aucune formation existante	
Paris XI – Kremlin Bicêtre	<b>Formation initiale optionnelle</b> : « Mini-stages ambulatoires »	Paris XI – Kremlin Bicêtre
Paris XII – Créteil	Aucune formation existante	
Paris XIII – Bobigny	Aucune formation existante	
Paris IDF Ouest	Aucune formation existante	
Poitiers	Aucune formation existante	Poitiers
Reims	Aucune formation existante	Reims
Rennes	<b>Formation initiale optionnelle</b> : Séminaire interprofessionnel « Travailler ensemble » et journée MG/PO	Rennes
Rouen	<b>Formation initiale obligatoire</b> : Mises en situation MG/PO	Rouen
Saint-Etienne	Aucune formation existante	
Strasbourg	<b>Formation initiale obligatoire</b> : Journée « iatrogénie médicamenteuse »	Strasbourg
Toulouse	Aucune formation existante	Toulouse
Tours	<b>Formation initiale optionnelle</b> : Séminaire interprofessionnel <b>Formation continue</b> : pour les MG ouverte aux PO	Tours

 Formation interprofessionnelle existante
  Aucune formation interprofessionnelle
  Absence d'UFR de pharmacie

Tableau 1. Synthèse du recueil d'informations concernant les programmes d'éducation interprofessionnelle médecine générale – pharmacie d'officine

## 1. Formations initiales obligatoires

À l'université d'Angers, depuis 2013, une journée de formation commune est ouverte aux étudiants en 6<sup>ème</sup> année de pharmacie filière officine et aux internes en médecine générale. Les objectifs de cette formation sont multiples : recueillir les représentations du médecin et du pharmacien, identifier leurs domaines de compétences, apprendre à mieux communiquer avec un patient, développer des échanges entre futurs professionnels et améliorer les pratiques dans l'intérêt du patient. L'approche par simulation avec jeux de rôles est notamment utilisée<sup>13</sup>. Depuis 2016, la formule est devenue obligatoire et est étendue aux étudiants sages-femmes. Des groupes de 20 étudiants en santé (médecine, pharmacie, maïeutique) produisent un travail commun sur des situations cliniques complexes pour lesquelles la collaboration serait nécessaire dans la pratique réelle. Puis deux jours sont sanctuarisés pour les présentations et des conférences sur le "travailler ensemble dans l'intérêt du patient"<sup>13</sup>.

À l'université Lille 2, il existe depuis 1 an un enseignement obligatoire commun pharmacie d'officine - médecine générale dans l'officine virtuelle de l'UFR de pharmacie. Les jeux de rôle poussent les étudiants en DES de médecine générale et les étudiants en 6<sup>ème</sup> année de pharmacie filière d'officine à échanger au téléphone dans le contexte de la prise en charge médicamenteuse du patient en ambulatoire. Ces mises en situation font ensuite l'objet d'un débriefing individuel et collectif. L'objectif est d'améliorer la communication entre professionnels de santé pour améliorer la qualité et la sécurité de la prise en charge médicamenteuse.

L'université de Rouen Normandie propose aux étudiants en médecine et en pharmacie depuis 2 ans, une formation commune obligatoire au sein de la pharmacie-école et du cabinet médical-école. Des mises en situation permettent d'améliorer les relations entre médecins généralistes et pharmaciens d'officine, et de mieux appréhender le travail de l'autre.

À l'université de Strasbourg, se déroule une journée de formation commune obligatoire entre les étudiants en 6<sup>ème</sup> année de pharmacie filière officine et les étudiants de 5<sup>ème</sup> année de médecine (DFASM2). Elle est organisée depuis plus de 5 ans sur l'iatrogénie médicamenteuse. Un temps de la journée est consacré à un travail de groupe, où les étudiants en pharmacie et en médecine analysent ensemble des ordonnances. Cette journée est l'occasion pour chacun de découvrir la complémentarité apportée par chaque acteur de santé publique au profit du patient.

## 2. Formations initiales optionnelles

À l'université Claude Bernard – Lyon 1, depuis 3 ans, une journée d'échange de stage est proposée, sur la base du volontariat, entre les étudiants en 6<sup>ème</sup> année de pharmacie filière officine et les internes en médecine générale en stage chez le praticien. Cette journée est précédée d'une demi-journée de formation commune basée sur des jeux de rôles. Les objectifs sont de découvrir le métier de l'autre et de comprendre la complémentarité de chacun. Les retours des étudiants sont très positifs<sup>14</sup>, mais seulement une dizaine d'étudiants par an sont concernés et le dispositif est difficile à généraliser.

À l'université Paris Sud (Paris XI), toujours sur la base du volontariat, des mini-stages ambulatoires sont organisés, dont la durée varie de ½ journée à 3 jours en fonction des possibilités et contraintes de chacun. Celui-ci a lieu pendant le stage de 6 mois des étudiants en 6<sup>ème</sup> année de pharmacie filière officine et pendant le SASPAS de l'interne en médecine générale. Les propositions d'activités au cours de ce mini-stage sont réévaluées chaque année

en fonction des retours des étudiants. Elles sont orientées vers la découverte des différentes facettes du métier de l'autre.

À l'université d'Auvergne de Clermont-Ferrand, une journée dédiée à l'interprofessionnalité est mise en place depuis 8 ans. Elle s'adresse aux stagiaires de 6<sup>ème</sup> année de pharmacie filière officine (à mi-parcours du stage) et aux internes en médecine générale en stage praticien. Plusieurs ateliers sur les thèmes de la « caricature » autour de la représentation du professionnel de santé, des mises en situation sur des cas concrets de prise en charge pluridisciplinaire ainsi que sur la prise en charge d'un patient en soin palliatif sont animés par des professionnels en santé (pharmaciens, médecins, infirmiers, kinésithérapeutes).

À l'université de Nantes depuis une quinzaine d'années, les internes en médecine générale et les étudiants en 5<sup>ème</sup> année de pharmacie filière officine, partagent leurs connaissances et leurs compétences lors d'une formation appelée « compétences partagées ». La séance est organisée sous la forme de jeux de rôles, enregistrés en vidéo et retransmis pour être discutés en groupes d'échange.

À l'université de Rennes, une formation initiale facultative a été mise en place depuis 8 ans. Cette formation est organisée sur 6 jours (répartis en 3 sessions de 2 jours). Elle concerne les étudiants diététiciens, ergothérapeutes, infirmiers, kinésithérapeutes, médecins généralistes, pharmaciens, pédicures-podologues et sages-femmes. L'objectif est d'enseigner le « travailler ensemble » et d'envisager les différents aspects du travail en interprofessionnalité. Les étudiants travaillent sur l'interconnaissance professionnelle par le biais du *speed dating* pédagogique. Ils développent ensemble un projet commun interprofessionnel<sup>15,16</sup>.

D'autre part, une journée de formation réunissant une trentaine d'étudiants en pharmacie et en médecine se déroulera pour la première fois au second trimestre 2017. Les étudiants

travailleront ensemble sur la représentation de leurs futures professions et sur des situations cliniques.

À l'université de Dijon, depuis 4 ans une journée de formation initiale facultative concerne à la fois les internes en médecine générale, les étudiants en 6<sup>ème</sup> année de pharmacie filière officine, en soins infirmiers, en kinésithérapie et les étudiants aides-soignants. Au total, une cinquantaine d'étudiants travaillent autour de la représentation de chaque métier et le rôle de chacun dans la prise en charge du patient.

À l'université Lille 2, en plus de l'enseignement obligatoire mis en place récemment, il existe depuis 3 ans un séminaire interprofessionnel facultatif réunissant une dizaine d'étudiants de chaque discipline représentant des acteurs de soins primaires ambulatoires (médecine, pharmacie, maïeutique, kinésithérapie, soins infirmiers et orthophonie). Le séminaire se présente sur 6 journées (réparties en 3 sessions de 2 jours) alternant séances de groupes et plénières. Les thèmes abordés cette année étaient les représentations professionnelles, la maladie chronique ainsi que la création d'un projet pluriprofessionnel à partir d'une situation donnée. L'objectif est toujours d'améliorer la communication entre les différents professionnels.

À l'université de Tours se tient depuis 1 an un séminaire interprofessionnel du Collégium Santé Centre Val de Loire intitulé « déterminants sociaux de santé/coopération des professionnels et territoire ». Il réunit des étudiants médicaux et paramédicaux. Quelques étudiants en médecine et un étudiant en pharmacie y ont participé. L'objectif de ce séminaire est de développer la culture du « savoir travailler ensemble » à partir d'ateliers et de différentes interventions.

### 3. Formations continues

À l'université de Nancy, il existe depuis 2 ans, la semaine médicale de Lorraine au cours de laquelle sont réalisées des formations continues entre médecins généralistes et pharmaciens d'officine. Ces formations rentrent dans le cadre du développement professionnel continu. Les thèmes varient chaque année, ont par exemple été abordé le sevrage en benzodiazépine ainsi que la prescription et la dispensation d'orthèses.

L'Université Grenoble-Alpes organise depuis 2 ans les "Rencontres Universitaires en Soins Primaires ». Cette demi-journée permet de promouvoir et communiquer les travaux de recherche académique de jeunes professionnels de médecine générale, de kinésithérapie, de maïeutique, de soins infirmiers et de pharmacie. Elle est à destination des professionnels et des étudiants en fin de cursus. C'est l'occasion de mettre en avant la recherche en soins primaires, de découvrir les autres disciplines et d'entretenir les échanges interprofessionnels pour mieux collaborer dans l'intérêt du patient.

A l'université de Tours, se déroulent des échanges dans le cadre de la formation continue. « Les journées de la formation médicale continue » sont ouvertes depuis 2 ans aux pharmaciens.

### 4. Autres formations interprofessionnelles

À l'université de Besançon, depuis 5 ans un « séminaire étudiant pluridisciplinaire pour devenir interdisciplinaire » apprend aux futurs professionnels à travailler ensemble. Les étudiants concernés sont issus des soins infirmiers, d'orthophonie, de maïeutique, de kinésithérapie, d'assistants de vie sociale, et de médecine. Lors de la première édition, les pharmaciens étaient impliqués, ils n'y participent plus à ce jour.

Les diplômes universitaires ou interuniversitaires et les unités d'enseignements de master évoqués par les différentes UFR lors du recueil de données n'ont pas été considérés comme des programmes d'éducation interprofessionnelle. Les formations ouvertes aux étudiants en médecine et en pharmacie évoquées n'avaient pas pour objectif premier de promouvoir la collaboration interprofessionnelle.

Parmi les 36 UFR de médecine, 11 n'ont pas d'UFR de pharmacie homologue ou à proximité (Brest, Antilles-Guyane, Océan Indien, Lille institut catholique, Nice, Paris VI, VII, XII, XIII, IDF Ouest et Saint-Étienne). Ceci limite les possibilités de mettre en place des formations interprofessionnelles communes.

Les UFR de Nancy, Limoges, Toulouse, et l'université Antilles-Guyane ont envisagé de créer des formations interprofessionnelles entre les étudiants en médecine générale et ceux en pharmacie d'officine. Des projets sont ainsi en cours sur différents sites.

## DISCUSSION

L'état des lieux des formations interprofessionnelles a permis de mettre en évidence 13 UFR de médecine et de pharmacie investies dans l'EIP. Dix d'entre elles pratiquaient des formations initiales communes MG – PO, deux proposaient des formations continues MG-PO et une dispensait les deux types de formations. Divers formats pédagogiques ont été utilisés. Cinq UFR de médecine et de pharmacie ont instauré des jeux de rôles et 5 des travaux de groupe sur la représentation des métiers. Trois travaillaient sur des cas cliniques, 2 ont mis en place un stage pratique, 2 utilisaient la conférence traditionnelle et 1 a innové avec le *speed dating* pédagogique. Dans de nombreuses UFR, la création d'une formation interprofessionnelle était en projet.

La plupart des UFR ont compris l'intérêt d'intégrer l'éducation interprofessionnelle dans la formation initiale pour favoriser la collaboration interprofessionnelle.

Ce travail est original. Aucun état des lieux n'avait été réalisé jusque-là sur l'ensemble des UFR françaises. Les UFR ont témoigné de leur intérêt et leur enthousiasme quant à l'initiative des investigateurs de créer un stage interprofessionnel MG - PO. La plupart d'entre elles souhaitaient connaître le devenir de ce projet.

Il aurait été intéressant de recueillir la définition des objectifs attendus de ces initiatives d'EIP ainsi que les avantages retirés de ces formations mais le recueil écrit des déroulés pédagogiques et de la synthèse des évaluations n'ont pas été explicitement demandés. Il a été choisi d'optimiser l'exhaustivité des réponses. Certains échanges ont été informels, la rédaction des courriels et les entretiens téléphoniques auraient pu être davantage standardisés, mais l'entretien duel personnalisé a permis de recueillir des informations précieuses complémentaires.

Le choix de ne traiter ici que l'EIP MG/PO est discutable. Le développement de l'interprofessionnalité ne s'arrête pas à la collaboration du MG et du PO. En effet, la collaboration interprofessionnelle est plus large et regroupe l'ensemble des disciplines sanitaires et sociales. Parmi les UFR dispensant des formations initiales communes médecine/pharmacie, 6 impliquaient d'autres disciplines (soins infirmiers, kinésithérapie, maïeutique...). D'autres UFR proposaient des formations interprofessionnelles au sens large, incluant de multiples disciplines, mais n'incluant pas les pharmaciens. La recherche actuelle s'est axée uniquement sur la collaboration MG – PO.

L'OMS a réalisé en 2008 une enquête environnementale auprès des 193 pays membres afin d'évaluer l'état de l'EIP à l'échelle internationale et d'élaborer son cadre d'action. Les participants ayant répondu à l'enquête étaient issus de 41 pays. Ils ont fait état d'une expérience

personnelle modérée dans l'encadrement de l'EIP. Leur expérience dans l'EIP était pour 36% de moins de 5ans, pour 25% de 5 à 10 ans, et pour 24% de plus de 10 ans. Quinze pour cent des participants n'avaient pas d'expérience dans un programme d'EIP<sup>11</sup>. La France n'apparaît pas parmi les répondants de cette enquête. L'intérêt de la présente étude était de mettre en avant l'émergence de l'EIP en France au cours de la formation universitaire.

Les méthodes pédagogiques utilisées à l'étranger étaient de façon prédominante des conférences, des groupes de réflexions entre étudiants, des cas cliniques préparés et des mises en situations réelles en équipe de soins hospitalière. De façon moins fréquente la simulation sous forme de jeux de rôles, ainsi que des stages étaient également des moyens d'EIP<sup>11</sup>. Les résultats de la présente étude identifient des modèles pédagogiques proches. A noter que le *speed dating* pédagogique a été une innovation<sup>15</sup>. La répartition de ceux-ci diffère cependant, puisqu'on observe une proportion plus importante de simulation sous forme de jeux de rôle avec pour avantage le développement de la communication avec le patient ainsi que la communication interprofessionnelle. En contrepartie, on observe moins de conférences classiques. De même, les stages ambulatoires croisés semblent être une initiative originale du modèle français.

À l'Université Laval dans la province de Québec, au Canada, un programme d'EIP a été mis en place et développé auprès de 10 parcours de santé et sciences sociales. Le format d'apprentissage mixte utilisé est un exemple original de pédagogie de l'EIP. Il intègre dans un premier temps des autoapprentissage en ligne à faire à domicile suivis d'activités à l'université. Cela permet une organisation plus aisée des formations et réduit le temps de classe sans compromettre le temps de discussion et de travail de groupe. Cette approche pédagogique de la « classe inversée » permet d'acquérir au préalable une compréhension du sujet qui sera abordé pendant la phase d'apprentissage de groupe<sup>10</sup>.

Dans l'enquête de l'OMS, une large gamme d'étudiants était concernée par l'EIP (kinésithérapeutes, infirmiers, médecins, pharmaciens, orthophonistes, podologues, dentistes, psychologues...). La plupart des formations étaient obligatoires, à l'inverse des formations françaises. En France comme à l'international les formations initiales étaient prédominantes<sup>11</sup>.

Le nombre d'étudiants participant en France à ces programmes d'EIP est souvent faible. Des exemples comme celui de l'Université Laval regroupant plus de 1200 étudiants chaque année, nous montrent que l'EIP à l'étranger est parfois très étendue. Ce programme obligatoire de 45 heures concerne notamment les étudiants en formation de kinésithérapie, médecine, soins infirmiers, diététique et pharmacie<sup>10</sup>.

L'utilisation d'expériences réelles, la découverte du métier de l'autre et de son parcours de formation, ainsi que le travail de groupe sont des éléments importants des programmes d'EIP rapportés par l'OMS<sup>11</sup>.

L'objectif de l'EIP est de faire connaître aux futurs professionnels de santé les fondements de la collaboration interprofessionnelle centrée sur les patients et leurs familles. Elle leur permet d'acquérir une compréhension pratique des compétences essentielles nécessaires pour s'engager dans des pratiques collaboratives<sup>10</sup>. Malgré l'absence de cadre réglementaire, de nombreuses UFR françaises ont compris l'enjeu de la pratique collaborative dans l'organisation du système de soins français. Ainsi 11 UFR de médecine et de pharmacie ont mis en place des séquences pédagogiques centrées sur l'interprofessionnalité MG-PO, 4 sont en projet. Cet état des lieux est une base de travail permettant la conception d'un stage ambulatoire pratique croisant les regards des juniors et seniors MG-PO.

## BIBLIOGRAPHIE

1. Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.
2. World Health Organization. Framework for action on interprofessional education and collaborative practice. Report No : WHO/HRH/HPN/10.3. 2010 [On-line]. Disponible sur : [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70185/1/WHO\\_HRH\\_HP\\_N\\_10.3\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70185/1/WHO_HRH_HP_N_10.3_eng.pdf)
3. Bedouch P, Bardet JD, Calop J, Allenet B. L'iatrogénèse médicamenteuse : quels enjeux pour la Pharmacie Clinique ? In : Pharmacie clinique et thérapeutique (4e édition). Paris : Elsevier Masson, 2012:9-22.
4. Bardet JD, Vo TH, Bedouch P, Allenet B. Physicians and community pharmacists collaboration in primary care : A review of specific models. *Research in Social and Administrative Pharmacy Journal* 2015;11:602-22.
5. Bardet JD. Les pratiques pharmaceutiques collaboratives en soins de premier recours dans le contexte de l'émergence des technologies de l'information et de la communication. [Thèse pour obtenir le grade de Docteur de la communauté Université Grenoble Alpes, Spécialité : Modèles, méthodes et algorithmes pour la Biologie, la Santé et l'environnement]. Université Grenoble Alpes; 2016.
6. Mettavant L. Identification des freins et des leviers dans la coopération médecin généraliste-pharmacien d'officine, au sein d'un programme d'ETP sur l'ostéoporose (Projet SIOUX) [Thèse pour obtenir le diplôme d'état de docteur en pharmacie]. Université de Lorraine; 2014.
7. Thibaud C. Interdisciplinarité pharmacien - médecin : quelle est la perception des médecins ? Etude qualitative [Thèse pour obtenir le diplôme d'état de docteur en pharmacie]. Université de Nantes; 2012.
8. Le Tourneur A. Enquête d'opinion auprès de 75 médecins spécialistes en médecine générale à propos de leur collaboration avec les pharmaciens d'officine [Thèse pour obtenir le diplôme d'état de docteur en pharmacie]. Université Grenoble Alpes; 2016.
9. Gallant S, Clerc M, Gachoud D, Morin D. Apprendre ensemble pour travailler ensemble : l'éducation interprofessionnelle, un mythe ou une réalité ? *Recherche en soins infirmiers* 2011;106:40-6.
10. Milot E, Dumont S, Aubin M, Bourdeau G, Azizah GM, Picard L, et al. Building an interfaculty interprofessional education curriculum: what can we learn from the Université Laval experience? *Education for Health* 2015;28:58-63.
11. Rodger S, J. Hoffman S, on behalf of the World Health Organization Study Group on Interprofessional Education and Collaborative Practice. Where in the world is interprofessional education? A global environmental scan. *Journal of Interprofessional Care* 2010;24:479-91.
12. Ministère de l'Enseignement supérieur et de la Recherche. Bulletin officiel n° 20 du 16 mai 2013.

13. Garnier F, Pech B, Faure S. Travailler ensemble dans l'intérêt du patient : médecins-pharmaciens. *Exercer* 2013;24:64.
14. Anglard N. Coopération pharmaciens – médecins : à partir d'expériences en France et en Suisse, élaboration de voies d'avenir [Thèse pour obtenir le diplôme d'état de docteur en pharmacie]. Université Claude Bernard - Lyon 1; 2014.
15. Renaut P, Fiquet L, Allory E, Chapron A, Hugé S, Annezo F. Le speed dating pédagogique : une innovation pour enseigner la collaboration interprofessionnelle. *Exercer* 2015;26:84-90.
16. Fiquet L, Hugué S, Annezo F, Chapron A, Allory E, Renaut P. Une formation interprofessionnelle pour apprendre à travailler ensemble. La perception des étudiants en santé. *Pédagogie Médicale* 2015;16:105-17.

## ARTICLE 2 : Conception d'un stage ambulatoire afin de favoriser la collaboration entre les médecins généralistes et les pharmaciens d'officine

### RÉSUMÉ

**Contexte :** La collaboration entre médecins généralistes (MG) et pharmaciens d'officine (PO) sécurise la prise en charge du patient, diminue le coût des soins de santé et leur assure un confort d'exercice. Mais la méconnaissance du métier et des compétences de l'autre, le manque d'intérêt pour cette pratique collaborative et les difficultés de communication sont des freins à son essor. La découverte de l'exercice professionnel de son correspondant sénior par les étudiants en situation d'apprentissage authentique pourrait être une des réponses.

**But :** Concevoir un stage pratique de découverte de l'exercice pharmaceutique par les internes en médecine générale (IMG) et de l'exercice du médecin généraliste par les étudiants en sixième année de pharmacie filière officine (E6PO) à Grenoble.

**Méthode :** Un consensus formalisé d'experts par rondes Delphi<sup>®</sup> a été conduit entre décembre 2016 et février 2017. Les objectifs pédagogiques du stage ambulatoire proposés étaient issus des modèles pédagogiques existants dans les unités de formation et de recherche françaises, et des propositions des investigateurs. Les experts ont pu en proposer de nouveaux. L'ensemble a été soumis à la validation par un consensus issu de la cotation RAND.

**Résultats :** Trois rondes Delphi ont été réalisées incluant 18 experts. Parmi les 53 objectifs proposés (35 par les investigateurs, 18 par les experts), 23 sur 30 ont obtenu un consensus pour l'IMG, 20 sur 23 pour l'E6PO. Un référentiel pédagogique a été créé à partir de ces objectifs.

**Conclusion :** Ce travail devra être suivi d'une étude pilote afin d'évaluer sa faisabilité, son acceptation et sa pertinence clinique à l'Université Grenoble Alpes.

Mots clés : Méthode Delphi, Soins de santé primaires, Médecine générale, Pharmacie d'officine, Comportement coopératif

## ABSTRACT

**Background:** Collaboration between general practitioners (GP) and community pharmacists (CP) help to secure patient care, to reduce health costs, and to improve comfort for professional's practice. However, difficulties to communicate between professionals, lack of interest in cooperative practice and ignorance of each other's skills limit the development of this beneficial practice. The discovery of the professional practice of his senior correspondent, by students in authentic learning situations, could be one of the answers.

**Aim:** Design a pharmacy clerkship for general practice residents (GPR) to discover pharmaceutical practice and a medical training period for students in the 6<sup>th</sup> year of community pharmacy (S6CP) to discover clinical practice in Grenoble.

**Methods:** A formalized consensus of experts by rounds Delphi<sup>®</sup> was conducted between December 2016 and February 2017. The educational objectives for those ambulatory training proposed were based on the pedagogical models existing in the French universities and the proposals of the investigators. Experts could also propose new pedagogical objectives. The set was submitted to consensus validation using the RAND corporation rating.

**Results:** A three-round Delphi approach was conducted including 18 experts. Among the 53 proposed objectives (35 by investigators, 18 by experts), 23 out of 30 reached a consensus for the GPR, 20 out of 23 for the S6CP. A pedagogical reference system was created based on these objectives.

**Conclusion:** Following this work, a pilot study to assess feasibility, acceptance and clinical relevance should take place in Grenoble Alpes University.

Key words: Delphi technic, Primary health care, General practice, Community pharmacy, Cooperative behavior

## INTRODUCTION

### **La collaboration entre médecins généralistes et pharmaciens d'officine, intérêts et limites.**

L'organisation mondiale de la santé (OMS) a défini en 2010 la collaboration interprofessionnelle. Elle « se produit lorsque différents professionnels de santé exercent ensemble, avec les patients, les familles, les soignants, et les collectivités pour offrir la meilleure qualité de soins possible »<sup>1</sup>. La collaboration interprofessionnelle introduit la notion d'échange entre professionnels qui partagent des valeurs et congruent vers un but commun : la prise de décision partagée centrée sur le patient. Cette approche participative nécessite que chacun soit à l'écoute de l'autre, apporte son expérience et partage ses connaissances.

La collaboration interprofessionnelle entre médecins généralistes et pharmaciens d'officine permet la sécurisation de la prise en charge des patients. Deux revues de la littérature ont montré l'importance des pharmaciens en matière de suivi des traitements médicamenteux, de gestion des maladies chroniques et de conseil aux patients. Elles ont mis en évidence une diminution des prescriptions inappropriées et une amélioration des processus de soins<sup>2,3</sup>. L'étude EVISA a souligné en 2008 les problèmes de communication entre médecin traitant et soignants extrahospitaliers dans la genèse des hospitalisations provoquées par un effet indésirable évitable (erreurs d'indication thérapeutique, défauts de surveillance, retards thérapeutiques)<sup>4</sup>. L'ensemble des acteurs de proximité est concerné par le risque d'être à l'origine d'erreurs médicamenteuses, ainsi dans l'intérêt du patient, chacun est convié à « agir en collaboration afin de détecter et corriger les erreurs médicamenteuses aux différentes étapes de ce circuit »<sup>5</sup>.

La collaboration interprofessionnelle présente aussi un intérêt économique. Le coût moyen d'un séjour en établissement de santé public provoqué par un effet indésirable (EI) évitable a été estimé à 7784 euros. Il apparaît supérieur à celui des EI non évitables<sup>4</sup>. En Suisse, des séances

mensuelles entre pairs (MG et PO) ont permis de diminuer le « coût médicaments total par patient » de 4,38% en 2 ans<sup>6</sup>.

La collaboration interprofessionnelle permet d'améliorer la pratique professionnelle et renforce le confort d'exercice via le partage de responsabilité<sup>7</sup>. Enfin, l'optimisation de la prise en charge du patient à travers la collaboration interprofessionnelle est nécessaire pour faire face aux problèmes de démographie des professionnels de santé<sup>8</sup>.

Dans le contexte actuel des soins de premiers recours, la collaboration interprofessionnelle apparaît relativement limitée. Parmi les freins, il est évoqué le manque de motivation et d'intérêt pour cette pratique collaborative de la part des professionnels de santé. Il apparaît que la perception de l'autre et l'évaluation de ses compétences sont des composantes majeures de cette dynamique de collaboration<sup>9</sup>. La vision d'un travail mercantile du pharmacien par le médecin généraliste est encore très ancrée. Enfin, la difficulté à accorder du temps aux échanges et les difficultés de communication sont aussi des éléments d'explication<sup>10,11,12</sup>.

Pour remédier à ce défaut de communication entre professionnels, JD Bardet suggère "le développement de formations interprofessionnelles tant en formation initiale que continue". Pour ce dernier, la formation interprofessionnelle a pour objectif de "construire une culture commune entre professionnels de santé et d'éviter les phénomènes de différenciation et d'individualisation des professions"<sup>9</sup>.

### **La conception pédagogique**

Dans l'optique de créer une intervention pédagogique efficace, l'approche constructiviste a été privilégiée. Elle est basée sur le concept de « l'apprenant acteur de la construction de ses connaissances » et de « l'enseignant médiateur des savoirs et facilitateur des apprentissages »<sup>13</sup>.

Ce paradigme d'apprentissage se développe progressivement dans les filières professionnalisantes puisqu'elle ancre le savoir sur le long terme. L'essor de l'apprentissage par compétences est favorisé dans la filière santé par la difficulté de faire converger les objectifs pédagogiques visés avec les activités proposées et par le risque de morcellement des apprentissages<sup>14</sup>. Selon Tardif, « une compétence est un savoir-agir complexe prenant appui sur la mobilisation et la combinaison d'une variété de ressources internes et externes à l'intérieur d'une famille de situations »<sup>14</sup>. Une compétence a donc un caractère développemental, évolutif et contextuel. Elle permet l'élaboration d'une représentation globale. La construction d'une compétence passe par l'exposition des étudiants à des situations authentiques et aux contenus spécifiques à chaque profession. Ceci permet la contextualisation des apprentissages<sup>14</sup>.

Un état des lieux exhaustif de la formation initiale à l'EIP MG-PO proposée par les Unités de Formation et de Recherche (UFR) de médecine et de pharmacie françaises a été mené au cours de l'année universitaire 2016-17. Parmi les 36 UFR de médecine et 24 UFR de pharmacie recensées, 11 UFR de médecine et de pharmacie proposaient une formation initiale. L'approche pédagogique majoritairement choisie en France et à l'étranger était fondée sur un apprentissage par compétences, rarement en situation authentique, majoritairement en situation simulée, parfois en conférences<sup>15</sup>. L'exposition en milieu authentique à des situations contextualisées apparaît être une réponse adéquate à cette nécessité d'apprentissage.

La formation initiale est une période clé pour chaque étudiant dans la structuration de son identité professionnelle. Elle est une période d'apprentissage de la pratique réflexive et des intentions de collaboration. L'apprentissage durant cette période façonne leurs projets professionnels et leur périmètre d'actions.

Nous faisons l'hypothèse que connaître le métier de l'autre et son champ de compétences permettrait d'améliorer les habiletés à la collaboration interprofessionnelle. L'objectif de cette étude était de concevoir un stage pratique de découverte de l'exercice pharmaceutique par les internes en médecine générale (IMG) et de l'exercice du médecin généraliste par les étudiants en 6<sup>ème</sup> année de pharmacie filière officine (E6PO) à Grenoble.

## MATERIELS ET METHODES

Un consensus formalisé d'experts par rondes Delphi® a été utilisé pour déterminer les objectifs pédagogiques des stages ambulatoires (de l'IMG en stage en officine et de l'E6PO en stage chez le médecin généraliste)<sup>16</sup>.

Les propositions d'objectifs pédagogiques, présentées dans les tableaux 1 et 2, ont été créées à partir des supports pédagogiques fournis par les enseignants des Universités Claude Bernard Lyon 1 et Paris Sud (ressentis des étudiants après une journée d'échange MG/PO ; propositions d'activités rédigées par les enseignants) et des propositions des investigateurs. Le guide de stage de pratique professionnelle en officine réalisé par le Collège français des pharmaciens conseillers et maîtres de stage, et le référentiel des compétences génériques du MG structuré par le Collège national des généralistes enseignants ont également été des supports d'inspiration.

<b>Objectifs de l'interne en médecine générale lors du stage en pharmacie d'officine</b>
1- Découvrir les différentes étapes de l'acte de dispensation du médicament (de la lecture de l'ordonnance jusqu'à la validation)
2- Découvrir la diversité des spécialités pharmaceutiques disponibles à l'officine
3- Appréhender la réglementation et le mode de dispensation des médicaments stupéfiants et assimilés stupéfiants
4- Appréhender la réglementation et le mode de dispensation des médicaments à délivrance particulière : prescription initiale hospitalière, médicaments à prescription restreinte, médicaments d'exceptions, autorisation temporaire d'utilisation... (meddispar)
5- Découvrir les préparations magistrales : mode de rédaction et de dispensation de l'ordonnance
6- Découvrir la location d'appareillage (aérosols, tire-laits...) et conseils associés
7- Découvrir les fonctionnalités d'un logiciel pharmaceutique
8- Comprendre la gestion du stock et des commandes
9- Comprendre la gestion administrative du dossier malade (régime obligatoire et régime complémentaire) et la gestion du tiers payant (conditions, facturations, rejets)
10- Comprendre l'enjeu des médicaments génériques, droit de substitution et tarif forfaitaire de responsabilité
11- Intégrer l'utilité du dossier pharmaceutique dans la pratique courante
12- Découvrir l'opinion pharmaceutique à l'officine (ordonnances posant problème consignées à l'écrit : interaction médicamenteuse, dépassement de posologie, ordonnance imprécise...)
13- Découvrir le rôle du pharmacien dans le suivi des maladies chroniques : éducation à la santé, contenu d'un entretien pharmaceutique (asthme, antivitamines K), observance thérapeutique
14- Observer la prise en charge d'une demande spontanée : le conseil officinal
15- Comprendre les enjeux de la vente de médicaments en accès direct
16- Découvrir les autres produits de santé : phytothérapie, aromathérapie, dermopharmacie, diététique, orthopédie, homéothérapie, soins et maintien à domicile
17- Découvrir l'existence de groupements de pharmacies
18 - Comprendre la signification des informations présentes sur l'emballage de la spécialité pharmaceutique (codifications, autorisation de mise sur le marché, pictogramme, DataMatrix™ ...)

Tableau 1. Propositions d'objectifs pédagogiques pour l'interne en médecine générale créées par les investigateurs

**Objectifs de l'étudiant en 6<sup>ème</sup> année de pharmacie filière officine lors du stage chez le MG**

1- Observer l'organisation d'une journée (temps de consultation au cabinet/en visite à domicile, temps de travail administratif)
2- Appréhender l'organisation du cabinet (prise de rendez-vous, agenda, secrétariat, appels, gestion des urgences...)
3- Découvrir les différents temps de la consultation
4- Appréhender la relation médecin-patient
5- Prendre conscience de la prise de décision partagée
6- Observer le fonctionnement d'un logiciel médical (dossier patient, biologie, courriers, rédaction de l'ordonnance, rappels individualisés...)
7- Découvrir la gestion du travail administratif : courriers, biologie, télétransmission, tiers payant, rédaction de dossiers médico-sociaux
8- Comprendre le suivi des INR (International Normalized Ratio) par le médecin traitant
9- Découvrir les protocoles d'autosurveillance proposés par le médecin généraliste au patient (tension artérielle, glycémie, débit expiratoire de pointe ...)
10- Découvrir le rôle de coordination des soins par le médecin traitant
11- Connaître les ressources documentaires utilisées pour la prise de décision (centre de référence sur les agents tératogènes, antibiocliv, gestacliv, référentiels ...)
12- Connaître les ressources documentaires pour l'information médicale (institut national de prévention et d'éducation pour la santé, mpedia, pasteur...)
13- Echanger autour du calendrier vaccinal (recommandations, ordonnances, ruptures de stock)
14- Comprendre les problématiques relatives aux médicaments génériques et à la mention « Non Substituable » : le dialogue avec le patient
15- Découvrir les rémunérations sur objectifs de santé publique (arrêt de travail, prescription médicamenteuse...)
16- Prendre connaissance de l'existence de groupes de pairs
17- Savoir comment sont informés les médecins des alertes sanitaires

Tableau 2. Propositions d'objectifs pédagogiques pour l'étudiant en 6<sup>ème</sup> année de pharmacie filière officine créées par les investigateurs

Les experts ont été sélectionnés pour leurs compétences dans le domaine de l'enseignement, de la pédagogie et de l'expérience professionnelle dans les deux disciplines : médecine générale et pharmacie d'officine. Ils comprenaient des professeurs des universités-praticiens hospitaliers (PU-PH), des maîtres de conférences des universités (MCU), des maîtres de stage universitaires (MSU), des professeurs et maîtres de conférences associés à temps partiel (respectivement PAST et MAST), des intervenants externes et des représentants étudiants. Ils provenaient des universités Grenoble Alpes, Paris Sud et Claude Bernard Lyon 1.

La liste des experts a été dressée sur un tableur, contenant un numéro d'anonymisation individuel, son adresse électronique, sa fonction et son université de rattachement.

Le contact avec les experts a été réalisé par courrier électronique. Ils ont consenti à participer après avoir été informés des objectifs du travail de recherche, du déroulé et de leur rôle. La diffusion des questionnaires de chaque ronde a été effectuée via LimeSurvey<sup>®</sup>. Un rappel par courriel leur a été signifié après le 10<sup>ème</sup> et le 13<sup>ème</sup> jour sans réponse. Leur réponse était attendue après 2 semaines. Les experts n'ayant pas répondu dans ce délai étaient exclus pour les rondes suivantes.

Pour chaque proposition d'objectif pédagogique, il a été demandé à l'expert de se prononcer sur une échelle de 1 (proposition d'objectif totalement inappropriée) à 9 (proposition d'objectif totalement appropriée). La cotation de la fondation RAND (*Research and development*) a été utilisée<sup>17</sup>. Un consensus « positif » était obtenu si la médiane des évaluations était  $\geq 7$ , en l'absence de désaccord. Le désaccord a été défini par plus de 30% des scores compris entre 1 et 3 et plus de 30% des scores entre 6 et 9. Par extrapolation, un consensus « négatif » était obtenu si la médiane était  $\leq 3$ , en l'absence de désaccord. En cas de consensus « positif » l'objectif a été accepté définitivement ; en cas de consensus « négatif », l'objectif a été rejeté définitivement. Dans ces deux cas, l'objectif n'a pas été soumis aux tours suivants. Si la médiane était strictement supérieure à 3 et strictement inférieure à 7, il y avait absence de consensus, l'objectif était réévalué au tour suivant. Il en était de même pour les objectifs pour lesquels les experts étaient en désaccord.

Sur le plan statistique, le paramètre de position utilisé a été la médiane, accompagné de deux paramètres de dispersion : l'intervalle interquartile (IIQ) et l'écart absolu médian (EAM). La médiane et l'IIQ (intervalle entre le 25<sup>ème</sup> percentile et le 75<sup>ème</sup> percentile) ont été fournis aux experts pour leur permettre une rétroaction contrôlée. L'EAM (moyenne des valeurs absolues des différences entre les cotations et leur médiane) a permis d'interpréter l'évolution des résultats au cours des itérations. Plus l'EAM est faible, plus le degré de consensus est fort.

Lors de la première ronde, les experts ont eu la possibilité de proposer de nouveaux objectifs pédagogiques. Lors de chaque ronde, les experts ont pu faire des commentaires concernant les objectifs proposés. Les commentaires pouvaient entraîner des reformulations. Si l'objectif avait obtenu un consensus, les deux formulations étaient soumises aux experts, la formulation obtenant la majorité des voix était acceptée. Si l'objectif n'avait pas obtenu de consensus, la nouvelle formulation était soumise au processus de validation habituel lors de la ronde suivante. À l'issue de chaque tour, une synthèse a été envoyée aux experts par voie électronique. Elle comprenait pour chaque objectif un rappel de la réponse de l'expert, comparée aux résultats du groupe. Les commentaires libres, les nouveaux objectifs proposés et les justifications étaient retranscrits et anonymisés.

Lors de la deuxième ronde, les nouveaux objectifs suggérés par les experts étaient soumis aux mêmes règles de notation que les premiers. Concernant les objectifs soumis pour la deuxième fois, il était demandé aux experts de réévaluer leur réponse (en la modifiant ou non) et de se justifier si leur notation était en dehors de l'intervalle interquartile.

Une troisième ronde Delphi a été réalisée selon les mêmes modalités. À l'issue de celle-ci, si un objectif n'obtenait pas de consensus, il était retiré définitivement.

Un questionnaire au cours de la première ronde a permis le recueil des modalités pratiques du stage souhaitées par les experts : durée, caractère obligatoire ou facultatif, type d'évaluation et semestre du cursus de l'IMG concerné.

Il n'y a pas eu de sollicitation auprès d'un comité d'éthique. Le protocole de l'étude ne nécessitait pas de demande préalable auprès de la Commission nationale de l'informatique et des libertés, ni d'un Comité de protection des personnes.

## RÉSULTATS

Les rondes Delphi se sont déroulées entre novembre 2016 et février 2017.

Vingt experts ont été sollicités, 18 ont accepté. Un expert pharmacien et un expert médecin n'ont pas donné suite. Quinze experts étaient issus de l'Université Grenoble Alpes (8 de l'UFR de pharmacie, 7 de l'UFR de médecine) et deux experts provenaient de l'Université Paris Sud (l'un de l'UFR de médecine, l'autre de l'UFR de pharmacie). Un expert était rattaché à l'université Claude Bernard Lyon 1, UFR de médecine (détails en annexe A).

Lors de la première ronde, l'ensemble des experts a répondu au questionnaire. Lors de la 2<sup>ème</sup> et 3<sup>ème</sup> ronde, 16 experts sur 18 ont répondu. Un expert médecin et un expert pharmacien de l'université Grenoble Alpes, n'ont pas donné suite.

Les propositions d'objectifs pédagogiques sont présentées dans les tableaux 3 et 4.

Pour l'IMG, les objectifs 1 à 18 ont été proposés par les investigateurs, les objectifs 19 à 30 par les experts. Pour l'E6PO, les objectifs 1 à 17 ont été formulés par les investigateurs, les objectifs 18 à 23 par les experts. Les intitulés bis sont des reformulations suite aux remarques des experts.

Propositions d'objectifs pédagogiques de l'interne en médecine générale lors du stage en pharmacie d'officine	
1-	Découvrir les différentes étapes de l'acte de dispensation du médicament (de la lecture de l'ordonnance jusqu'à la validation)
2-	Découvrir la diversité des spécialités pharmaceutiques disponibles à l'officine
3-	Appréhender la réglementation et le mode de dispensation des médicaments stupéfiants et assimilés stupéfiants
4-	Appréhender la réglementation et le mode de dispensation des médicaments à délivrance particulière : prescription initiale hospitalière, médicaments à prescription restreinte, médicaments d'exceptions, autorisation temporaire d'utilisation... (meddispar)
5-	Découvrir les préparations magistrales : mode de rédaction et de dispensation de l'ordonnance
6-	Découvrir la location d'appareillage (aérosols, tire-laits...) et conseils associés
7-	Découvrir les fonctionnalités d'un logiciel pharmaceutique
8-	Comprendre la gestion du stock et des commandes
9-	Comprendre la gestion administrative du dossier malade (régime obligatoire et régime complémentaire) et la gestion du tiers payant (conditions, facturations, rejets)
10-	Comprendre l'enjeu des médicaments génériques, droit de substitution et tarif forfaitaire de responsabilité
11-	Intégrer l'utilité du dossier pharmaceutique dans la pratique courante
12-	Découvrir l'opinion pharmaceutique à l'officine (ordonnances posant problème consignées à l'écrit : interaction médicamenteuse, dépassement de posologie, ordonnance imprécise...)
12 bis-	Découvrir les <u>interventions pharmaceutiques</u> à l'officine (ordonnances posant problème, consignées à l'écrit : interaction médicamenteuse, dépassement de posologie, ordonnance imprécise...)
13-	Découvrir le rôle du pharmacien dans le suivi des maladies chroniques : éducation à la santé, contenu d'un entretien pharmaceutique (asthme, antivitamines K), observance thérapeutique
14-	Observer la prise en charge d'une demande spontanée : le conseil officinal
15-	Comprendre les enjeux de la vente de médicaments en accès direct
16-	Découvrir les autres produits de santé : phytothérapie, aromathérapie, dermopharmacie, diététique, orthopédie, homéothérapie, soins et maintien à domicile
17-	Découvrir l'existence de groupements de pharmacies
17 bis-	Découvrir <u>les modèles économiques</u> des pharmacies d'officine (différentes sociétés, groupements de pharmacie)
18 -	Comprendre la signification des informations présentes sur l'emballage de la spécialité pharmaceutique (codifications, autorisation de mise sur le marché, pictogramme, DataMatrix™ ...)
19-	Prendre connaissance du rôle et des responsabilités de chaque intervenant à l'officine : pharmacien titulaire, pharmacien adjoint, préparateur en pharmacie et rayonniste
20-	Discuter de l'apport de la communication entre médecins généralistes et pharmaciens d'officine dans la pratique quotidienne, ainsi que des modalités de prise de contact (appel téléphonique, e-mail, rencontre)
21-	Appréhender la relation équipe officinale-patient
22-	Appréhender l'espace de confidentialité à l'officine
23-	Prendre connaissance des parcours de formations initiales et continues des pharmaciens d'officine et des préparateurs en pharmacie
24-	Observer et discuter le rôle d'orientation du pharmacien dans les soins de premier recours (vers le médecin généraliste, les urgences...)
25-	Comprendre le rôle du pharmacien dans le maintien des traitements médicamenteux chroniques au patient (avance, renouvellement exceptionnel)
26-	Découvrir les démarches mises en œuvre concernant les produits prescrits et en rupture d'approvisionnement
27-	Découvrir la déontologie disciplinaire dans l'exercice professionnel
28-	Discuter avec l'équipe officinale des informations médicales utiles à sa pratique, pouvant améliorer la prise en charge des patients
29-	Découvrir le rôle de relais en santé publique du pharmacien d'officine
30-	Découvrir la démarche qualité à l'officine



Objectifs ayant obtenu un consensus final



Objectif n'ayant pas obtenu de consensus

Tableau 3. Ensemble des propositions d'objectifs pédagogiques de l'interne en médecine générale lors du stage en pharmacie d'officine

Propositions d'objectifs de l'étudiant en 6 <sup>ème</sup> année de pharmacie filière officine lors du stage chez le MG	
<input checked="" type="checkbox"/>	1- Observer l'organisation d'une journée (temps de consultation au cabinet/en visite à domicile, temps de travail administratif)
<input checked="" type="checkbox"/>	2- Appréhender l'organisation du cabinet (prise de rendez-vous, agenda, secrétariat, appels, gestion des urgences...)
<input checked="" type="checkbox"/>	3- Découvrir les différents temps de la consultation
<input checked="" type="checkbox"/>	4- Appréhender la relation médecin-patient
<input checked="" type="checkbox"/>	5- Prendre conscience de la prise de décision partagée
<input checked="" type="checkbox"/>	5 bis- Découvrir les éléments intervenants dans la prise de décision thérapeutique, notamment la décision partagée médecin-patient
<input checked="" type="checkbox"/>	6- Observer le fonctionnement d'un logiciel médical (dossier patient, biologie, courriers, rédaction de l'ordonnance, rappels individualisés...)
<input checked="" type="checkbox"/>	7- Découvrir la gestion du travail administratif : courriers, biologie, télétransmission, tiers payant, rédaction de dossiers médico-sociaux
<input checked="" type="checkbox"/>	8- Comprendre le suivi des INR (International Normalized Ratio) par le médecin traitant
<input checked="" type="checkbox"/>	9- Découvrir les protocoles d'autosurveillance proposés par le médecin généraliste au patient (tension artérielle, glycémie, débit expiratoire de pointe ...)
<input checked="" type="checkbox"/>	10- Découvrir le rôle de coordination des soins par le médecin traitant
<input checked="" type="checkbox"/>	11- Connaître les ressources documentaires utilisées pour la prise de décision (centre de référence sur les agents tératogènes, antibioclic, gestaclic, référentiels ...)
<input checked="" type="checkbox"/>	11 bis- Connaître <u>et repérer</u> les ressources documentaires <u>fiables</u> pour la prise de décision (Centre de Référence sur les Agents Tératogènes, antibioclic, gestaclic, référentiels...)
<input checked="" type="checkbox"/>	12- Connaître les ressources documentaires pour l'information médicale (institut national de prévention et d'éducation pour la santé, mpedia, pasteur...)
<input checked="" type="checkbox"/>	12 bis- Connaître <u>et repérer</u> les ressources documentaires <u>fiables</u> pour l'information médicale (Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé, mpedia, pasteur...)
<input checked="" type="checkbox"/>	13- Echanger autour du calendrier vaccinal (recommandations, ordonnances, ruptures de stock)
<input checked="" type="checkbox"/>	14- Comprendre les problématiques relatives aux médicaments génériques et à la mention « Non Substituable » : le dialogue avec le patient
<input checked="" type="checkbox"/>	15- Découvrir les rémunérations sur objectifs de santé publique (arrêt de travail, prescription médicamenteuse...)
<input checked="" type="checkbox"/>	15 bis- Découvrir les Rémunérations sur Objectifs de Santé Publique ( <u>indicateurs d'organisation du cabinet et indicateurs de qualité de la pratique médicale</u> )
<input checked="" type="checkbox"/>	16- Prendre connaissance de l'existence de groupes de pairs
<input checked="" type="checkbox"/>	17- Savoir comment sont informés les médecins des alertes sanitaires
<input checked="" type="checkbox"/>	18- Discuter de l'apport de la communication entre médecins généralistes et pharmaciens d'officine dans la pratique quotidienne, ainsi que des modalités de prise de contact (appel téléphonique, e-mail, rencontre)
<input checked="" type="checkbox"/>	19- Prendre connaissance de l'existence de différents modes de pratique professionnelle (médecin isolé, cabinets de groupe, travail en réseau de soins...)
<input checked="" type="checkbox"/>	20- Prendre connaissance des parcours de formation initiale et continue des médecins généralistes
<input checked="" type="checkbox"/>	21- Découvrir les missions de prévention, de dépistage et d'éducation pour la santé du médecin généraliste
<input checked="" type="checkbox"/>	22- Découvrir la déontologie disciplinaire dans l'exercice professionnel
<input checked="" type="checkbox"/>	23- Découvrir la démarche qualité chez le médecin généraliste

Objectifs ayant obtenu un consensus final       Objectif n'ayant pas obtenu de consensus

Tableau 4. Ensemble des propositions d'objectifs pédagogiques de l'étudiant en 6<sup>ème</sup> année de pharmacie filière officine lors du stage chez le médecin généraliste

L'évolution du consensus sur les objectifs proposés au cours des rondes est présentée sur les figures 1 et 2.

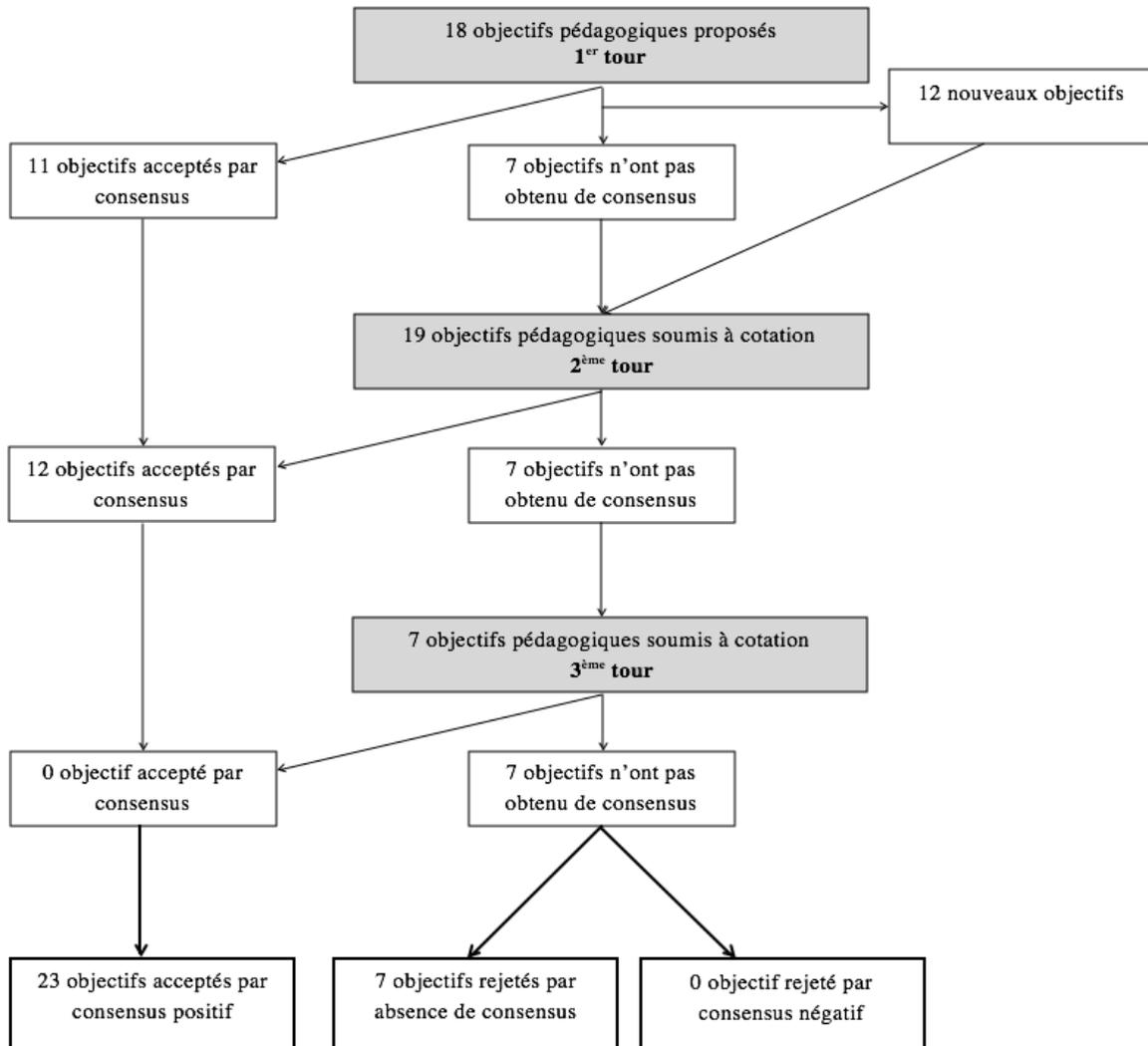


Figure 1. Synthèse des résultats concernant les objectifs pédagogiques de l'interne en médecine générale lors du stage en pharmacie d'officine

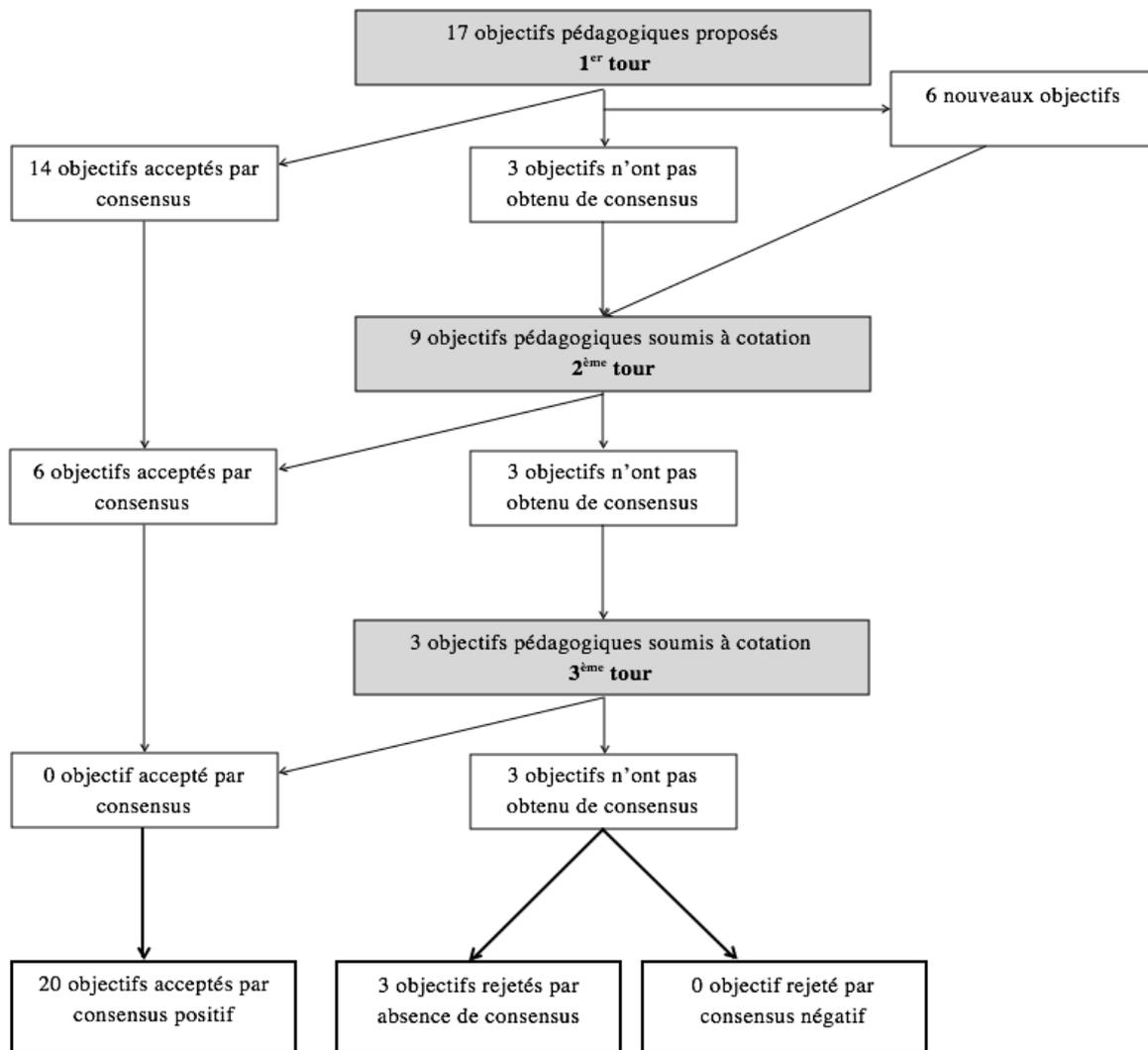


Figure 2. Synthèse des résultats concernant les objectifs pédagogiques de l'étudiant en 6<sup>ème</sup> année de pharmacie filière officine lors du stage chez le médecin généraliste

Les résultats quantitatifs ronde par ronde sont présentés en annexe B, C et D. Il n'y a pas eu de désaccord entre les experts lorsque la médiane était supérieure ou égale à 7.

Les résultats pour lesquels il existait une discordance entre les « experts médecine » et les « experts pharmacie » sont présentés dans le tableau 5.

<b>Objectifs de l'interne en médecine générale</b>	Tous les experts		Experts pharmacie		Experts médecine	
<b>1<sup>ère</sup> ronde</b>	Médiane	Consensus	Médiane	Consensus	Médiane	Consensus
2 - Diversité des spécialités pharmaceutiques	7	OUI	8	OUI	6	NON
5 - Préparations magistrales : rédaction d'ordonnance et dispensation	6,5	NON	6	NON	7	OUI
9 - Gestion administrative dossier malade et tiers payant	6	NON	5	NON	7	OUI
15 - Enjeux de la vente de médicaments en accès direct	6	NON	6	NON	7	OUI
<b>2<sup>ème</sup> ronde</b>	Médiane	Consensus	Médiane	Consensus	Médiane	Consensus
15 - Enjeux de la vente de médicaments en accès direct	6	NON	6	NON	7	OUI
23 - Parcours de formations initiales et continues	7	OUI	8	OUI	6,5	NON
26 - Démarches pour les produits en rupture d'approvisionnement	8	OUI	9	OUI	6	NON
30 - La démarche qualité à l'officine	7	OUI	8	OUI	6	NON
<b>3<sup>ème</sup> ronde</b>	Médiane	Consensus	Médiane	Consensus	Médiane	Consensus
15 - Enjeux de la vente de médicaments en accès direct	6	NON	6	NON	7	OUI
<b>Objectifs de l'étudiant en pharmacie filière officine</b>	Tous experts		Experts pharmacie		Experts médecine	
<b>1<sup>ère</sup> ronde</b>	Médiane	Consensus	Médiane	Consensus	Médiane	Consensus
6 - Fonctionnement d'un logiciel médical	6	NON	7	OUI	5	NON
7 - Gestion du travail administratif	6	NON	7	OUI	6	NON
17 - Moyens d'information des médecins des alertes sanitaires	7	OUI	8	OUI	6	NON
<b>2<sup>ème</sup> ronde</b>	Médiane	Consensus	Médiane	Consensus	Médiane	Consensus
15 - Rémunérations sur objectifs de santé publique	7	OUI	7	OUI	6,5	NON
19 - Différents modes de pratique professionnelle	7	OUI	6,5	NON	7	OUI
20 - Parcours de formation initiale et continue	6,5	NON	7,5	OUI	6	NON
22 - La déontologie disciplinaire	7,5	OUI	8	OUI	6	NON
23 - La démarche qualité chez le médecin généraliste	7	OUI	7	OUI	5,5	NON

Tableau 5. Comparaison des résultats discordants en fonction des groupes d'experts médecine et pharmacie

Concernant les reformulations d'objectifs ayant obtenu un consensus au premier tour, les intitulés « bis » ont tous obtenu l'approbation des experts. Pour l'IMG, l'objectif 12 bis a obtenu 14 voies sur 16. Pour l'E6PO, les objectifs 5 bis et 11 bis ont été acceptés avec 14 voies sur 16, l'objectif 12 bis avec 13 voies sur 16. L'objectif 17 de l'IMG n'avait pas obtenu de consensus au premier tour. Sa reformulation (objectif 17 bis) n'a pas permis d'obtenir un consensus. L'objectif 15 a été reformulé après avoir obtenu un consensus au deuxième tour. L'intitulé 15 bis a obtenu 10 voies sur 16.

Le référentiel pédagogique créé à partir des résultats finaux de cette étude est présenté en annexe E. Quatre objectifs n'ayant pas obtenu de consensus à l'issue de la méthode, ont été inclus dans les objectifs pédagogiques finaux par le choix des investigateurs (objectifs 9 et 15 de l'IMG et 6 et 7 de l'E6PO). L'intitulé de l'objectif 13 de l'IMG a été modifié, l'observance médicamenteuse a été remplacée par l'adhésion thérapeutique, afin d'être plus rigoureux sur le plan sémantique.

La durée moyenne de stage suggérée par les experts était de 9,16 jours, avec une médiane à 6 jours (extrêmes 1 jour et 30 jours). Les experts étaient plutôt en faveur du caractère obligatoire des stages. La majorité s'est prononcée pour une évaluation formative par supervision continue des stages ambulatoires. Les experts étaient partagés sur l'intégration du stage dans le cursus des IMG (tableau 6).

Durée de stage (en jours)			
Moyenne	Médiane	Valeurs extrêmes	
9,16	6	1 - 30	
Caractère de l'enseignement concernant l'E6PO			
Obligatoire	Facultatif	Ne se prononce pas	
12	6	0	
Caractère de l'enseignement concernant l'IMG			
Obligatoire	Facultatif	Ne se prononce pas	
13	5	0	
Intégration du stage dans le cursus de l'IMG			
À l'UPL	Au SASPAS	Ne se prononce pas	
8	3	7	
Modalités d'évaluation du stage ambulatoire			
Évaluation formative par supervision continue	Évaluation sommative par examen final	Aucune évaluation	Ne se prononce pas
12	1	4	1

Tableau 6. Avis des experts concernant les modalités pratiques de stage

## DISCUSSION

Cette étude a permis d'établir les objectifs pédagogiques des stages ambulatoires des IMG en pharmacie d'officine et des E6PO chez le MG, dans le but de favoriser les habiletés à la collaboration entre les deux professions. Parmi les 53 objectifs proposés (35 par les investigateurs, 18 par les experts), 23 sur 30 ont obtenu un consensus pour l'IMG, et 20 sur 23 pour l'E6PO. Un référentiel pédagogique a été créé à partir de ces objectifs.

La procédure Delphi est appropriée pour définir le contenu et les modalités d'enseignement d'un programme en santé<sup>17</sup>. Il s'agit d'une méthode de consensus validée.

Elle avait l'avantage d'être peu coûteuse, car réalisée par voie électronique. En comparaison avec le groupe nominal, la procédure Delphi a permis d'inclure des experts issus de villes différentes, il n'y a pas eu de limitation géographique. Elle évite aussi la confrontation des experts, l'effet de domination, ou les conflits d'intérêt<sup>17</sup>.

Les caractéristiques fondamentales décrites par la fondation RAND ont été respectées : la sélection d'experts qualifiés ayant une compréhension claire du phénomène étudié, la conservation de l'anonymat des experts, l'itération avec rétroaction contrôlée, et l'analyse quantitative des réponses du groupe avec justification et interprétation des données<sup>16</sup>.

La validité des résultats dépend de la représentativité et de la qualification des experts sélectionnés<sup>18</sup>. Dans l'étude la grande majorité des experts étaient issus de l'Université Grenoble Alpes, lieu d'implantation du futur stage. Cette caractéristique a favorisé leur intérêt et leur implication dans la problématique. L'élargissement souhaité aux experts des universités de Paris Sud et Lyon 1, eux-mêmes impliqués dans la conception de programmes d'EIP MG – PO au sein de leur UFR, a permis une pondération extérieure à la dynamique locale.

Le refus initial de participation des 2 experts, l'un en pharmacie, l'autre en médecine n'a pas modifié le panel en termes d'équilibre des deux professions. Le nombre d'experts choisi était en adéquation avec les études Delphi dont la taille du panel était le plus souvent entre 15 et 30 experts<sup>16</sup>. Parmi les 18 experts inclus, 2 ont été perdus de vue au cours de la 2<sup>ème</sup> ronde. Le taux de participation était donc satisfaisant.

Le premier questionnaire de la procédure Delphi a été initié par les investigateurs. La cotation des propositions d'objectif pédagogique, plutôt que la création d'objectifs a permis d'augmenter l'acceptabilité et la faisabilité de l'étude, mais peut être considérée comme un biais de suggestibilité. Cependant, le premier tour de la méthode Delphi est resté ouvert et exploratoire, puisque les experts ont proposé 18 nouveaux objectifs qui s'additionnaient au 35 initialement proposés.

Des nuances à la méthode référente ont été effectuées.

La stabilité des résultats entre deux tours peut être étudiée lorsqu'il est demandé aux experts de se positionner sur un questionnaire identique au cours des deux premières rondes. Celle-ci n'a

pas été recherchée pour les objectifs ayant obtenu un consensus, dans le but de diminuer le temps de réponse des experts à chaque tour, facilitant ainsi leur participation. Néanmoins, les consensus étaient majoritairement « forts » avec 18 objectifs sur 23 pour l'IMG et 13 objectifs sur 20 pour l'E6PO ayant une médiane à 8 ou 9 et des EAM < 1,5. De plus, lors de l'itération pour les objectifs n'ayant pas obtenu de consensus, les experts avaient réévalué leur réponse sans modification significative en matière de consensus.

Issu des nouveaux objectifs pédagogiques créés par les experts, l'objectif 20 de l'E6PO, n'a pas obtenu de consensus après les 2 rondes prévues. La justification des experts s'écartant de la norme pour cet objectif n'a pas pu être traitée. Pour autant, l'avis des experts a été stable entre la 2<sup>ème</sup> et 3<sup>ème</sup> ronde pour chacun des 9 autres objectifs n'ayant pas eu de consensus à terme.

Un faible nombre d'objectifs ayant obtenu un consensus au premier tour ont cependant été reformulés. Cette décision a été motivée par la discordance des experts à noter l'objectif comme totalement approprié tout en proposant une modification. Seuls, des différences sémantiques ou des précisions ont été apportées à l'objectif. Le sens de l'objectif a été conservé.

Lors du premier tour, deux réponses retardataires ont été prises en compte, cela a augmenté le taux de participation et la validité des résultats. L'intérêt privilégié par les investigateurs a été la pertinence des citations et commentaires apportés par ces deux experts.

Seule l'opinion des experts s'écartant de l'IIQ avait été requise, ces opinions divergentes étant considérées comme plus intéressantes en terme prospectif pour faire mûrir la réflexion générale<sup>18</sup>. Certains experts dont la cotation se situait dans l'IIQ ont souhaité se justifier. Comme la cotation attribuée à un objectif n'était pas toujours représentative de la justification

associée, elles ont été prises en compte et soumises aux experts au même titre que les opinions de cotations divergentes.

Les experts des deux professions ont donné leur avis aussi bien sur les objectifs de stage qui concernaient leur discipline que ceux concernant leurs collaborateurs. Ainsi, la vision et les attentes de chaque profession étaient prises en compte. L'intérêt porté à certains objectifs dans le but d'une pratique collaborative divergeait en fonction de la profession. En analysant séparément les médianes obtenues par les groupes « experts médecine » et « experts pharmacie » (tableau 5), on observe que les experts avaient tendance à vouloir découvrir les différents aspects du métier de l'autre, mais que pour leur propre profession ils ne trouvaient pas indispensable de les faire connaître à leurs collaborateurs.

Au cours de la création du référentiel pédagogique, il a été décidé d'intégrer 4 objectifs n'ayant pas obtenu de consensus. Ce choix a été réalisé en concertation avec les référents pédagogiques et se justifie aussi par l'avis des experts isolés par discipline.

L'objectif 9 de l'IMG « Comprendre la gestion administrative du dossier malade (régime obligatoire et régime complémentaire) et la gestion du tiers payant (conditions, facturations, rejets) » aurait été accepté par le panel d'expert médecine lors de la première ronde. Cet aspect administratif intéresse les médecins, eux-mêmes confrontés à ces problématiques. Découvrir le métier de l'autre passe par la connaissance des contraintes avec lesquelles il travaille. L'objectif 15 de l'IMG « Comprendre les enjeux de la vente de médicaments en accès direct » obtenait un consensus lors de chaque ronde chez les experts médecins. Dans le but de modifier la représentation de la profession et notamment la vision mercantile du travail du pharmacien, il paraissait pertinent que l'IMG puisse aborder ce thème avec les pharmaciens.

L'objectif 6 de l'E6PO « Observer le fonctionnement d'un logiciel médical (dossier patient, biologie, courriers, rédaction de l'ordonnance, rappels individualisés...) » et l'objectif 7 de l'E6PO « Découvrir la gestion du travail administratif : courriers, biologie, télétransmission,

tiers payant, rédaction de dossiers médico-sociaux » avait obtenu un consensus chez les experts pharmacie lors de la première ronde. Là encore, connaître les conditions de travail et les obligations administratives de son interlocuteur paraissait important pour faciliter la communication et le travail collaboratif.

Le choix de mettre en place un stage plutôt qu'un autre type d'enseignement est discutable.

D'autres formats sont utilisés pour l'éducation interprofessionnelle en France (jeux de rôles, travaux de groupe ou *speed dating* pédagogique).

L'utilisation du stage ambulatoire répond aux attentes d'un enseignement élaboré dans une approche constructiviste. La mise en situation professionnelle authentique permet à l'étudiant d'être à l'initiative de ses apprentissages. La découverte de la pratique quotidienne, avec des situations parfois complexes, entraîne un questionnement puis une modification de ses représentations et donc l'acquisition de connaissances contextualisées<sup>13</sup>. Ce mode d'enseignement favorisant une attitude réflexive permet un apprentissage signifiant en interprofessionnalité. L'objectif de cette formation ambulatoire est de participer à la construction des compétences professionnelles et communicationnelles des étudiants. Ceux-ci devraient être confrontés à la pratique quotidienne au sein de leur propre profession, avant de découvrir l'exercice de son collaborateur. C'est pourquoi cet apprentissage devrait s'intégrer dans le cursus des étudiants en pharmacie au cours du stage officinal de 6<sup>ème</sup> année. Pour les étudiants en médecine, il serait réalisé au cours d'un des deux stages ambulatoires (UPL ou SASPAS). Ce modèle pédagogique de stage ambulatoire a été utilisé par deux universités françaises pour l'éducation interprofessionnelle : Paris Sud et Claude Bernard - Lyon 1. Les retours des étudiants et des enseignants sont décrits par leurs responsables comme positifs.

Un stage ambulatoire croisé donne l'opportunité aux étudiants comme aux maîtres de stage d'échanger autour de situations professionnelles complexes et variées. Ce mode d'enseignement favorise la communication interprofessionnelle lors de la formation initiale des étudiants, et pousse aussi les maîtres de stage à réfléchir sur les pistes d'amélioration de leur propre pratique. Enseignants et étudiants progressent ainsi ensemble<sup>13</sup>.

Une revue de littérature a permis d'identifier des objectifs essentiels d'apprentissage développés dans les programmes d'EIP. Les thèmes abordés étaient : « le travail en équipe ; le rôle et les responsabilités des différents professionnels de santé ; la communication ; l'apprentissage et la réflexivité ; la centration sur le patient et l'éthique »<sup>19</sup>.

Le référentiel élaboré (annexe E) reprend ces thématiques essentielles.

La procédure Delphi n'avait pas pour vocation de hiérarchiser la pertinence des objectifs du référentiel proposé, aucune limite de nombre n'avait été imposée. Il devra être testé au cours d'une étude pilote de mise en pratique.

Il est actuellement envisagé que ce référentiel soit utilisé comme une liste des objectifs à aborder par les maîtres de stage universitaires. Il leur permettrait d'aborder plusieurs aspects du métier autour des compétences en communication et de l'habileté collaborative, fondements du stage. L'étudiant lui serait amené à rédiger un « rapport d'étonnement » après chaque journée d'observation. Ceci permettra de développer la communication entre les deux disciplines et d'améliorer le référentiel pédagogique chaque année.

L'éducation interprofessionnelle est essentielle dans le cursus des étudiants en santé. Le format pédagogique de stage ambulatoire est adapté à ce type de programme. Ce travail a permis la conception d'un stage pratique de découverte de l'exercice pharmaceutique par les IMG et de l'exercice du médecin généraliste par les E6PO à l'Université Grenoble Alpes. Il a été élaboré par une méthode rigoureuse avec des objectifs pédagogiques centrés sur l'apprentissage par compétences. L'objectif général serait de développer les habiletés communicationnelles et

collaboratives. L'étude pilote permettra d'ajuster les propositions faites dans le référentiel proposé. Elle permettra aussi d'évaluer sa faisabilité, son acceptabilité et sa pertinence pédagogique. De même, il pourra être intéressant d'évaluer l'habileté communicationnelle en lien avec la collaboration professionnelle par une étude avant/après auprès des étudiants ayant réalisés ce stage.

## BIBLIOGRAPHIE

1. World Health Organization. Framework for action on interprofessional education and collaborative practice. Report No : WHO/HRH/HPN/10.3. 2010 [On-line]. Disponible sur : [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70185/1/WHO\\_HRH\\_HP\\_N\\_10.3\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70185/1/WHO_HRH_HP_N_10.3_eng.pdf)
2. Nkansah N, Mostovetsky O, Yu C, Chheng T, Beney J, Bond CM, et al. Effect of outpatient pharmacists' non-dispensing roles on patient outcomes and prescribing patterns. *Cochrane Database Syst Rev* 2010;7:CD000336.
3. Michot P, Catala O, Supper I, Bouliou R, Zerbib Y, Colin C, et al. Coopération entre médecins généralistes et pharmaciens : une revue systématique de la littérature. *Sante Publique* 2013;25:331-41.
4. Michel P, Quenon JL, Djihoud A, Bru Sonnet R. EVISA : Les événements indésirables liés aux soins extra-hospitaliers : fréquence et analyse approfondie des causes. Bordeaux ; 2008 [Internet]. Disponible sur : [http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport\\_EVISAfinal\\_17aout09.pdf](http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_EVISAfinal_17aout09.pdf)
5. Bedouch P, Bardet JD, Calop J, Allenet B. L'iatrogénèse médicamenteuse : quels enjeux pour la Pharmacie Clinique ? In : *Pharmacie clinique et thérapeutique* (4e édition). Paris : Elsevier Masson, 2012:9-22.
6. Prescrire Rédaction. Cercles de qualité médecins-pharmaciens suisses : intérêt confirmé. *La revue Prescrire* 2008;28:542-4.
7. Regroupement des Intervenantes et Intervenants francophones en santé et en services sociaux de l'Ontario (RIFSSSO). La collaboration interprofessionnelle, module d'information. 2015 [Internet]. Disponible sur : <http://www.rifssso.ca/wp-content/uploads/2013/08/La-collaboration-interprofessionnelle-module-dinformation-.pdf>
8. Conseil national de l'ordre des médecins. Atlas de la démographie médicale en France. Situation au 1er janvier 2016. Paris, 2016.
9. Bardet JD. Les pratiques pharmaceutiques collaboratives en soins de premier recours dans le contexte de l'émergence des technologies de l'information et de la communication. [Thèse pour obtenir le grade de Docteur de la communauté Université Grenoble Alpes, Spécialité : Modèles, méthodes et algorithmes pour la Biologie, la Santé et l'environnement]. Université Grenoble Alpes; 2016.
10. Le Tourneur A. Enquête d'opinion auprès de 75 médecins spécialistes en médecine générale à propos de leur collaboration avec les pharmaciens d'officine [Thèse pour obtenir le diplôme d'état de docteur en pharmacie]. Université Grenoble Alpes; 2016.
11. Thibaud C. Interdisciplinarité pharmacien - médecin : quelle est la perception des médecins ? Etude qualitative [Thèse pour obtenir le diplôme d'état de docteur en pharmacie]. Université de Nantes; 2012.
12. Mettavant L. Identification des freins et des leviers dans la coopération médecin généraliste-pharmacien d'officine, au sein d'un programme d'ETP sur l'ostéoporose (Projet SIOUX) [Thèse pour obtenir le diplôme d'état de docteur en pharmacie]. Université de Lorraine; 2014.

13. Jouquan J, Bail P. A quoi s'engage-t-on en basculant du paradigme d'enseignement vers le paradigme d'apprentissage ? *Pédagogie Médicale* 2003;4:163-75.
14. Nguyen DQ, Blais JG. Approche par objectifs ou approche par compétences ? Repères conceptuels et implications pour les activités d'enseignement, d'apprentissage et d'évaluation au cours de la formation clinique. *Pédagogie Médicale* 2007;8:232-51.
15. Rodger S, J. Hoffman S, on behalf of the World Health Organization Study Group on Interprofessional Education and Collaborative Practice. Where in the world is interprofessional education? A global environmental scan. *Journal of Interprofessional Care* 2010;24:479-91.
16. Dalkey N. An experimental study of group opinion : The Delphi method. *Futures* 1969;1:408-26.
17. Letrilliart L, Vanmeerbeek M. A la recherche du consensus : quelle méthode utiliser ? *Exercer* 2011;22:170-7.
18. Ekionea J-PB, Bernard P, Plaisent M. Consensus par la méthode Delphi sur les concepts clés des capacités organisationnelles spécifiques de la gestion des connaissances. *Recherches Qualitatives* 2011;29:168-92.
19. Gallant S, Clerc M, Gachoud D, Morin D. Apprendre ensemble pour travailler ensemble : l'éducation interprofessionnelle, un mythe ou une réalité ? *Recherche en soins infirmiers* 2011;106:40-6.

## ANNEXES

### Annexe A. Liste des experts inclus dans l'étude Delphi

Nom Prénom	Fonction	Université de rattachement
Benoît ALLENET	PU-PH - Responsable filière officine année 2016-2017	Université Grenoble Alpes -Pharmacie
Béatrice BELLET	MAST - Responsable 6 <sup>ème</sup> année pharmacie et responsable des stages officine, année 2016-2017	Université Grenoble Alpes -Pharmacie
Martine DELETRAZ	MCU - Responsable 6 <sup>ème</sup> année pharmacie filière officine, année 2015-2016	Université Grenoble Alpes -Pharmacie
Jean-Didier BARDET	Attachés temporaires d'enseignement et de recherches	Université Grenoble Alpes -Pharmacie
Cécile TRIBOUILLARD	Présidente de l'association des conseillers et pharmaciens maitres de stage de la faculté de pharmacie de Grenoble, Maître de stage officine	Université Grenoble Alpes -Pharmacie
Marina VAUCHE	Délégué étudiant 2015-2016	Université Grenoble Alpes -Pharmacie
Diane ZOLA	Délégué étudiant 2015-2016	Université Grenoble Alpes -Pharmacie
Lucile BROSSIER	Maître de stage officine, membre du conseil UFR 2015-2019	Université Grenoble Alpes -Pharmacie
Vivien VEYRAT	Professeur associé, à l'initiative de mini-stages ambulatoire MG / PO	Université Paris SUD - Faculté de Pharmacie
Patrick IMBERT	Directeur, département de médecine générale Coordinateur du DES de médecine générale	Université Grenoble Alpes - Médecine
Françoise PAUMIER	Directrice adjointe département de médecine générale, Directrice des programmes de formation	Université Grenoble Alpes - Médecine
Dominique LAMY	Responsable stage ambulatoire SASPAS	Université Grenoble Alpes - Médecine
Guillaume ROYER DE VERICOURT	Responsable stage ambulatoire UPL	Université Grenoble Alpes - Médecine
Jean-Nicolas LEDOUX	Responsable des évaluations	Université Grenoble Alpes - Médecine
Farouk BENDAMENE	Président du Collège Inter-alpin des Médecins généralistes Enseignants	Université Grenoble Alpes - Médecine
Alphane BAQUERRE	Syndicat Représentatif des Internes de Médecine Générale des Alpes, Vallées de l'Isère et des Savoie ; Responsable des stages 2014-2016	Université Grenoble Alpes - Médecine
Laurent LETRILLARD	Directeur adjoint, Collège universitaire de médecine générale	Université Claude Bernard Lyon 1
Mireille BECCHIO	Professeur associé, à l'initiative de mini-stages ambulatoire MG / PO	Université Paris SUD - Faculté de Médecine

Annexe B. Résultats quantitatifs des trois rondes Delphi concernant les objectifs pédagogiques de l'interne en médecine générale lors du stage en officine

Objectifs de l'IMG en stage en officine	Première ronde			Deuxième ronde			Troisième ronde		
	Médiane	EAM	Consensus	Médiane	EAM	Consensus	Médiane	EAM	Consensus
1- Étapes de l'acte de dispensation	9	0,83	OUI						
2- Diversité des spécialités pharmaceutiques	7	2,00	OUI						
3- Réglementation des médicaments stupéfiants	9	0,33	OUI						
4- Réglementation des médicaments à délivrance particulière	9	0,28	OUI						
5- Préparations magistrales	6,5	1,39	NON	6	1,31	NON	5,5	1,69	NON
6- Location d'appareillage	8	1,00	OUI						
7-Fonctionnalités d'un logiciel pharmaceutique	5	1,50	NON	5	1,38	NON	5	1,00	NON
8- Gestion du stock et des commandes	5	1,11	NON	4	0,88	NON	4,5	1,13	NON
9- Gestion administrative (dossier malade, tiers payant)	6	1,94	NON	5,5	1,88	NON	6	1,69	NON
10- Médicaments génériques, droit de substitution	7	1,56	OUI						
11- Dossier pharmaceutique	8	1,06	OUI						
12- Opinion pharmaceutique	9	0,28	OUI						
13- Rôle du pharmacien dans le suivi des maladies chroniques	9	0,50	OUI						
14- Demande spontanée : le conseil officinal	8	0,94	OUI						
15- Enjeux de la vente de médicaments en accès direct	6	1,56	NON	6	0,75	NON	6	1,00	NON
16- Autres produits de santé	7	1,78	OUI						
17- Groupements de pharmacies / 17 bis- Modèles économiques	5	1,83	NON	4	1,75	NON	4	1,00	NON
18 - Signification des informations sur l'emballage	6	1,22	NON	6	1,13	NON	6	1,19	NON
19- Rôle de chaque intervenant à l'officine				8	0,94	OUI			
20- Apport de la communication MG-PO				9	0,31	OUI			
21- Relation équipe officinale-patient				8	0,56	OUI			
22- Espace de confidentialité à l'officine				8	0,63	OUI			
23- Parcours de formations initiales et continues				7	1,44	OUI			
24- Rôle d'orientation dans les soins de premier recours				8	0,56	OUI			
25- Maintien des traitements médicamenteux chroniques				9	0,38	OUI			
26- Produits prescrits et en rupture d'approvisionnement				8	1,19	OUI			
27- Déontologie disciplinaire dans l'exercice professionnel				8	1,00	OUI			
28- Informations médicales utiles pour l'équipe officinale				8	0,5	OUI			
29- Rôle de relais en santé publique du PO				8	0,63	OUI			
30- Démarche qualité à l'officine				7	1,19	OUI			

Annexe C. Résultats quantitatifs des trois rondes Delphi concernant les objectifs pédagogiques de l'étudiant en 6ème année de pharmacie filière officine lors du stage chez le médecin généraliste

Objectifs de l'E6PO en stage chez le médecin généraliste	Première ronde			Deuxième ronde			Troisième ronde		
	Médiane	EAM	Consensus	Médiane	EAM	Consensus	Médiane	EAM	Consensus
1- Organisation d'une journée	8	1,17	OUI						
2- Organisation du cabinet	8	1,44	OUI						
3- Différents temps de la consultation	8	1,11	OUI						
4- Relation médecin-patient	9	0,56	OUI						
5- Décision partagée	9	0,67	OUI						
6- Fonctionnement d'un logiciel médical	6	1,5	NON	5,5	1,31	NON	6,5	1,56	NON
7- Gestion du travail administratif	6	1,22	NON	6	1,06	NON	6	1,50	NON
8- Suivi des INR (International Normalized Ratio)	8	1,00	OUI						
9- Protocoles d'autosurveillance proposés par le MG	8,5	0,67	OUI						
10- Rôle de coordination des soins par le médecin traitant	8	0,72	OUI						
11- Ressources documentaires pour la prise de décision	8	1,28	OUI						
12- Ressources documentaires pour l'information médicale	7	1,44	OUI						
13- Calendrier vaccinal	8,5	1,11	OUI						
14- Médicaments génériques et mention « Non Substituable »	9	1,17	OUI						
15- Rémunérations sur objectifs de santé publique	6	1,61	NON	7	1,13	OUI			
16- Groupes de pairs	7	1,44	OUI						
17- Information des médecins des alertes sanitaires	7	1,50	OUI						
18- Apport de la communication entre MG – PO				9	0,44	OUI			
19- Différents modes de pratique professionnelle				7	0,81	OUI			
20- Parcours de formation initiale et continue des MG				6,5	1,44	NON	6	1,13	NON
21- Mission de prévention, dépistage, d'éducation pour la santé				8	0,63	OUI			
22- Déontologie disciplinaire dans l'exercice professionnel				7,5	1,19	OUI			
23- Démarche qualité chez le médecin généraliste				7	1,38	OUI			

## Annexe D. Détails des résultats quantitatifs des trois rondes Delphi

1 <sup>ère</sup> ronde						
Objectifs de l'interne en médecine générale	Médiane	Écart absolu à la médiane	% score [1-3]	% score [6-9]	Accord	Consensus
1 - Étapes de dispensation du médicament	9	0,83	0,00	100,00	OUI	OUI
2 - Diversité des spécialités pharmaceutiques	7	2,00	27,78	72,22	OUI	OUI
3 - Règlementation et dispensation des stupéfiants	9	0,33	0,00	100,00	OUI	OUI
4 - Règlementation et dispensation des médicaments à délivrance particulière	9	0,28	0,00	100,00	OUI	OUI
5 - Préparations magistrales : rédaction d'ordonnance et dispensation	6,5	1,39	11,11	77,78	OUI	NON
6 - Location d'appareillage et conseils associés	8	1,00	5,56	94,44	OUI	OUI
7 - Fonctionnalités d'un logiciel pharmaceutique	5	1,50	27,78	44,44	OUI	NON
8 - Gestion du stock et des commandes	5	1,11	22,22	27,78	OUI	NON
9 - Gestion administrative dossier malade et tiers payant	6	1,94	16,67	50,00	OUI	NON
10 - Médicaments génériques, droit de substitution et tarif forfaitaire de responsabilité	7	1,56	11,11	72,22	OUI	OUI
11 - Utilité du dossier pharmaceutique	8	1,06	0,00	83,33	OUI	OUI
12 - L'opinion pharmaceutique à l'officine	9	0,28	0,00	100,00	OUI	OUI
13 - Rôle du pharmacien dans le suivi des maladies chroniques	9	0,50	0,00	94,44	OUI	OUI
14 - Demande spontanée, le conseil officinal	8	0,94	0,00	94,44	OUI	OUI
15 - Enjeux de la vente de médicaments en accès direct	6	1,56	11,11	61,11	OUI	NON
16 - Autres produits de santé : phyto, aroma, dermopharma...	7	1,78	11,11	61,11	OUI	OUI
17 - Groupements de pharmacies	5	1,83	38,89	33,33	NON	NON
18 - Signification des informations présentes sur l'emballage	6	1,22	11,11	83,33	OUI	NON

1 <sup>ère</sup> ronde						
Objectifs de l'étudiant en pharmacie filière officine	Médiane	Écart absolu à la médiane	% score [1-3]	% score [6-9]	Accord	Consensus
1 - Organisation d'une journée	8	1,17	5,56	94,44	OUI	OUI
2 - Organisation du cabinet	8	1,44	5,56	72,22	OUI	OUI
3 - Les différents temps de la consultation	8	1,11	5,56	94,44	OUI	OUI
4 - La relation médecin - malade	9	0,56	0,00	100,00	OUI	OUI
5 - La prise de décision partagée	9	0,67	0,00	94,44	OUI	OUI
6 - Fonctionnement d'un logiciel médical	6	1,5	16,67	61,11	OUI	NON
7 - Gestion du travail administratif	6	1,22	16,67	72,22	OUI	NON
8 - Suivi des International Normalized Ratio (INR)	8	1,00	5,56	88,89	OUI	OUI
9 - Protocoles d'autosurveillance	8,5	0,67	0,00	100,00	OUI	OUI
10 - Rôle de coordination des soins par le médecin traitant	8	0,72	0,00	100,00	OUI	OUI
11 - Ressources documentaires pour la prise de décision	8	1,28	5,56	88,89	OUI	OUI
12 - Ressources documentaires pour l'information médicale	7	1,44	11,11	83,33	OUI	OUI
13 - Calendrier vaccinal	8,5	1,11	0,00	88,89	OUI	OUI
14 - Médicaments génériques et mention "non substituable"	9	1,17	5,56	88,89	OUI	OUI
15 - Rémunérations sur objectifs de santé publique	6	1,61	16,67	72,22	OUI	NON
16 - Groupes de pairs	7	1,44	11,11	77,78	OUI	OUI
17 - Moyen d'information des médecins des alertes sanitaires	7	1,50	5,56	83,33	OUI	OUI

2 <sup>ème</sup> ronde						
Objectifs de l'interne en médecine générale	Médiane	Écart absolu à la médiane	% score [1-3]	% score [6-9]	Accord	Consensus
5 - Préparations magistrales : rédaction d'ordonnance et dispensation	6	1,31	12,50	75,00	OUI	NON
7 - Fonctionnalités d'un logiciel pharmaceutique	5	1,38	31,25	37,50	NON	NON
8 - Gestion du stock et des commandes	4	0,88	18,75	12,50	OUI	NON
9 - Gestion administrative dossier malade et tiers payant	5,5	1,88	25,00	50,00	OUI	NON
15 - Enjeux de la vente de médicaments en accès direct	6	0,75	0,00	75,00	OUI	NON
17 - Modèles économiques des pharmacies d'officine	4	1,75	37,50	31,25	NON	NON
18 - Signification des informations présentes sur l'emballage	6	1,13	6,25	68,75	OUI	NON
19 - Rôle et responsabilités des intervenants à l'officine	8	0,94	0,00	87,50	OUI	OUI
20 - Apport de la communication	9	0,31	0,00	100,00	OUI	OUI
21- Relation équipe officinale-patient	8	0,56	0,00	100,00	OUI	OUI
22 - Espace de confidentialité	8	0,63	0,00	100,00	OUI	OUI
23 - Parcours de formations initiales et continues	7	1,44	6,25	75,00	OUI	OUI
24 - Rôle d'orientation du pharmacien dans les soins de premier recours	8	0,56	0,00	100,00	OUI	OUI
25 - Rôle du pharmacien dans le maintien des traitements chroniques	9	0,38	0,00	100,00	OUI	OUI
26 - Démarches pour les produits en rupture d'approvisionnement	8	1,19	0,00	93,75	OUI	OUI
27 - La déontologie disciplinaire	8	1,00	6,25	87,50	OUI	OUI
28 - Informations médicales utiles à la pratique	8	0,5	0,00	100,00	OUI	OUI
29 - Rôle de relais en santé publique	8	0,63	0,00	100,00	OUI	OUI
30 - La démarche qualité à l'officine	7	1,19	0,00	81,25	OUI	OUI

2 <sup>ème</sup> ronde						
<b>Objectifs de l'étudiant en pharmacie filière officine</b>	Médiane	Écart absolu à la médiane	% score [1-3]	% score [6-9]	Accord	Consensus
6 - Fonctionnement d'un logiciel médical	5,5	1,31	12,50	50,00	OUI	NON
7 - Gestion du travail administratif	6	1,06	12,50	62,50	OUI	NON
15 - Rémunérations sur objectifs de santé publique	7	1,13	6,25	81,25	OUI	OUI
18 - Apport de la communication	9	0,44	0,00	100,00	OUI	OUI
19 - Différents modes de pratique professionnelle	7	0,81	0,00	100,00	OUI	OUI
20 - Parcours de formation initiale et continue	6,5	1,44	6,25	75,00	OUI	NON
21 - Missions du médecin généraliste	8	0,63	0,00	100,00	OUI	OUI
22 - La déontologie disciplinaire	7,5	1,19	6,25	87,50	OUI	OUI
23 - La démarche qualité chez le médecin généraliste	7	1,38	6,25	75,00	OUI	OUI

3 <sup>ème</sup> ronde						
<b>Objectifs de l'interne en médecine générale</b>	Médiane	Écart absolu à la médiane	% score [1-3]	% score [6-9]	Accord	Consensus
5 - Préparations magistrales : rédaction d'ordonnance et dispensation	5,5	1,69	31,25	50,00	NON	NON
7 - Fonctionnalités d'un logiciel pharmaceutique	5	1,00	25,00	18,75	OUI	NON
8 - Gestion du stock et des commandes	4,5	1,13	18,75	25,00	OUI	NON
9 - Gestion administrative dossier malade et tiers payant	6	1,69	25,00	56,25	OUI	NON
15 - Enjeux de la vente de médicaments en accès direct	6	1,00	6,25	75,00	OUI	NON
17 - Modèles économiques des pharmacies d'officine	4	1,00	31,25	12,50	OUI	NON
18 - Signification des informations présentes sur l'emballage	6	1,19	12,50	68,75	OUI	NON

3 <sup>ème</sup> ronde						
<b>Objectifs de l'étudiant en pharmacie filière officine</b>	Médiane	Écart absolu à la médiane	% score [1-3]	% score [6-9]	Accord	Consensus
6 - Fonctionnement d'un logiciel médical	6,5	1,56	18,75	62,50	OUI	NON
7 - Gestion du travail administratif	6	1,50	25,00	56,25	OUI	NON
20 - Parcours de formation initiale et continue	6	1,13	25,00	68,75	OUI	NON

## RÉFÉRENTIEL PÉDAGOGIQUE

### Objectifs pédagogiques de l'interne en médecine générale lors du stage en pharmacie d'officine

#### I - L'acte pharmaceutique

##### I.1 - Dispensation du médicament sur ordonnance

###### I.1.1 - Modalités de la dispensation du médicament et autres produits de santé prescrits

- Découvrir les différentes étapes de l'acte de dispensation du médicament (de la lecture de l'ordonnance jusqu'à la validation)
  - Identification du prescripteur et du bénéficiaire sur l'ordonnance
  - Analyse du contexte de la demande et conciliation médicamenteuse (bilan médicamenteux optimisé)
  - Analyse technique et réglementaire de la demande
  - Analyse pharmacologique de la prescription
  - Analyse économique
  - Validation de la demande (accord ou refus de délivrance, intervention pharmaceutique)
  - Délivrance et conseils associés
- Découvrir les interventions pharmaceutiques à l'officine (ordonnances posant problème, consignées à l'écrit : interaction médicamenteuse, dépassement de posologie, ordonnance imprécise...)
- Découvrir les démarches mises en œuvre concernant les produits prescrits et en rupture d'approvisionnement
- Comprendre l'enjeu des médicaments génériques, droit de substitution et tarif forfaitaire de responsabilité

###### I.1.2 - Outil d'aide à la dispensation

- Intégrer l'utilité du dossier pharmaceutique dans la pratique courante

###### I.1.3 - Règlementation et dispensation des médicaments à prescription particulière

- Appréhender la réglementation et le mode de dispensation des médicaments stupéfiants et assimilés stupéfiants
- Appréhender la réglementation et le mode de dispensation des médicaments à délivrance particulière : prescription initiale hospitalière, médicaments à prescription restreinte, médicaments d'exceptions, autorisation temporaire d'utilisation... (meddispar)

##### I.2 - Dispensation du médicament sur demande

- Observer la prise en charge d'une demande spontanée : le conseil officinal

- Identification du bénéficiaire de la demande
  - Analyse du contexte de la demande
  - Analyse technique et scientifique de la demande
  - Élaboration de l'arbre décisionnel
  - Décision du pharmacien : délivrance, conseils et/ou réorientation
- Comprendre les enjeux de la vente de médicaments en accès direct

## II - Les médicaments et autres produits de santé

- Découvrir la diversité des spécialités pharmaceutiques disponibles à l'officine
- Découvrir les autres produits de santé : phytothérapie, aromathérapie, dermopharmacie, diététique, orthopédie, homéothérapie, soins et maintien à domicile
- Découvrir la location d'appareillage (aérosols, tire-laits...) et conseils associés

## III - Suivi patient et « soins pharmaceutiques »

- Découvrir le rôle de relais en santé publique du pharmacien d'officine
- Observer et discuter le rôle d'orientation du pharmacien dans les soins de premier recours (vers le médecin généraliste, les urgences...)
- Découvrir le rôle du pharmacien dans le suivi des maladies chroniques : éducation à la santé, contenu d'un entretien pharmaceutique (asthme, antivitamines K), adhésion médicamenteuse
- Comprendre le rôle du pharmacien dans le maintien des traitements médicamenteux chroniques au patient (avance, renouvellement exceptionnel)

## IV - Organisation d'une officine

### IV.1 - L'équipe officinale

- Prendre connaissance du rôle et des responsabilités de chaque intervenant à l'officine : pharmacien titulaire, pharmacien adjoint, préparateur en pharmacie et rayonniste
- Prendre connaissance des parcours de formations initiales et continues des pharmaciens d'officine et des préparateurs en pharmacie
- Appréhender la relation équipe officinale-patient

### IV.2 - Les locaux

- Appréhender l'espace de confidentialité à l'officine

### IV.3 - La gestion administrative

- Comprendre la gestion administrative du dossier malade (régime obligatoire et régime complémentaire) et la gestion du tiers payant (conditions, facturations, rejets)

## V - Échange et communication

### V.1 - Améliorer les pratiques professionnelles

- Discuter avec l'équipe officinale des informations médicales utiles à sa pratique, pouvant améliorer la prise en charge des patients
- Découvrir la déontologie disciplinaire dans l'exercice professionnel
- Découvrir la démarche qualité à l'officine

#### V.2 - Améliorer la communication interprofessionnelle

- Discuter de l'apport de la communication entre médecins généralistes et pharmaciens d'officine dans la pratique quotidienne, ainsi que des modalités de prise de contact (appel téléphonique, e-mail, rencontre)

## **Objectifs pédagogiques de l'étudiant en 6<sup>ème</sup> année de pharmacie filière officine lors du stage chez le médecin généraliste**

### I - L'entrevue médicale

- Découvrir les différents temps de la consultation
- Appréhender la relation médecin-patient
- Découvrir les éléments intervenants dans la prise de décision thérapeutique, notamment la décision partagée médecin-patient
- Comprendre le suivi des INR (International Normalized Ratio) par le médecin traitant
- Découvrir les protocoles d'autosurveillance proposés par le médecin généraliste au patient (tension artérielle, glycémie, débit expiratoire de pointe ...)
- Comprendre les problématiques relatives aux médicaments génériques et à la mention « Non Substituable » : le dialogue avec le patient

### II – Rôle du médecin généraliste

- Découvrir le rôle de coordination des soins par le médecin traitant
- Découvrir les missions de prévention, de dépistage et d'éducation pour la santé du médecin généraliste

### III – Organisation d'un cabinet

- Observer l'organisation d'une journée (temps de consultation au cabinet/en visite à domicile, temps de travail administratif)
- Appréhender l'organisation du cabinet (prise de rendez-vous, agenda, secrétariat, appels, gestion des urgences...)
- Prendre connaissance de l'existence de différents modes de pratique professionnelle (médecin isolé, cabinets de groupe, travail en réseau de soins...)
- Observer le fonctionnement d'un logiciel médical (dossier patient, biologie, courriers, rédaction de l'ordonnance, rappels individualisés...)
- Découvrir la gestion du travail administratif : courriers, biologie, télétransmission, tiers payant, rédaction de dossiers médico-sociaux

### IV- Échanges et communication

#### IV 1. Améliorer la communication interprofessionnelle

- Discuter de l'apport de la communication entre médecins généralistes et pharmaciens d'officine dans la pratique quotidienne, ainsi que des modalités de prise de contact (appel téléphonique, e-mail, rencontre)

#### IV 2. Améliorer les pratiques professionnelles

- Connaître et repérer les ressources documentaires fiables pour la prise de décision (Centre de Référence sur les Agents Tératogènes, antibiogramme, gestaclic, référentiels...)

- Connaître et repérer les ressources documentaires fiables pour l'information médicale (Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé, mpedia, pasteur...)
- Echanger autour du calendrier vaccinal (recommandations, ordonnances, ruptures de stock)
- Découvrir la déontologie disciplinaire dans l'exercice professionnel
- Découvrir la démarche qualité chez le médecin généraliste
- Savoir comment sont informés les médecins des alertes sanitaires
- Prendre connaissance de l'existence de groupes de pairs
- Découvrir les Rémunérations sur Objectifs de Santé Publique (indicateurs d'organisation du cabinet et indicateurs de qualité de la pratique médicale)

**THESE CO-SOUTENUE PAR :**

Célia FOURNIER (UFR de Médecine) et Laura ALGAYRES (UFR de Pharmacie)

**TITRE :** CONCEPTION D'UN STAGE AMBULATOIRE AFIN DE FAVORISER LA COLLABORATION ENTRE LES MEDECINS GENERALISTES ET LES PHARMACIENS D'OFFICINE

### **CONCLUSIONS**

La collaboration entre médecins généralistes (MG) et pharmaciens d'officine (PO) permet de sécuriser la prise en charge du patient, de diminuer le coût des soins de santé et d'assurer un confort d'exercice aux professionnels. Mais la méconnaissance du métier et des compétences de l'autre, le manque d'intérêt pour cette pratique collaborative et les difficultés de communication sont des freins à sa généralisation. L'objectif de cette étude est de concevoir un stage pratique de découverte de l'exercice pharmaceutique par les internes en médecine générale (IMG) et de l'exercice du médecin généraliste par les étudiants en sixième année de pharmacie filière officine (E6PO) à Grenoble.

La méthode Delphi a été choisie pour établir un consensus concernant les objectifs pédagogiques de ces stages ambulatoires. Au préalable, un recueil d'informations concernant les formations interprofessionnelles MG – PO a été réalisé au sein des facultés de pharmacie et de médecine françaises. Celui-ci a été croisé aux attentes des investigateurs pour permettre de définir les objectifs pédagogiques proposés aux experts lors de la première ronde Delphi. La cotation de la fondation RAND a été utilisée pour définir le consensus. Les experts ont eu la possibilité de proposer de nouveaux objectifs pédagogiques.

L'état des lieux des formations interprofessionnelles a été réalisé entre septembre 2016 et février 2017. Onze facultés dispensaient une formation initiale commune MG-PO. Trois rondes

Delphi ont été réalisées entre décembre 2016 et février 2017, incluant 18 experts. Au total 23 objectifs ont obtenu un consensus pour l'IMG, et 20 pour l'E6PO. Un référentiel pédagogique a été créé à partir de ces objectifs.

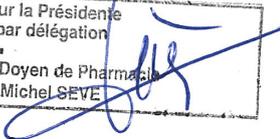
La formation interprofessionnelle dans le cursus des étudiants en médecine et en pharmacie se développe progressivement en France et apparaît essentielle à la collaboration interprofessionnelle. Ce travail devrait être suivi d'une étude de faisabilité afin d'être mis en place à l'Université Grenoble Alpes.

Mots clés : Méthode Delphi, soins primaires, médecine générale, pharmacie d'officine, comportement coopératif

VU ET PERMIS D'IMPRIMER  
Grenoble, le :

LE DOYEN DE L'UFR PHARMACIE

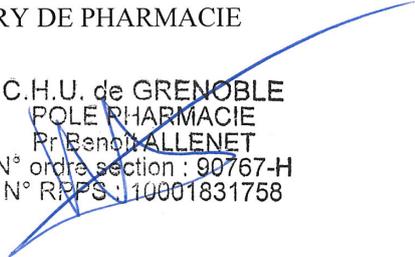
Pour la Présidente  
et par délégation  
Le Doyen de Pharmacie  
Pr. Michel SEVE



Pr. Michel SEVE

PRESIDENT DE LA THESE  
JURY DE PHARMACIE

C.H.U. de GRENOBLE  
POLE PHARMACIE  
Pr. Benoît ALLENET  
N° ordre section : 90767-H  
N° RPPS : 10001831758



Pr Benoît ALLENET

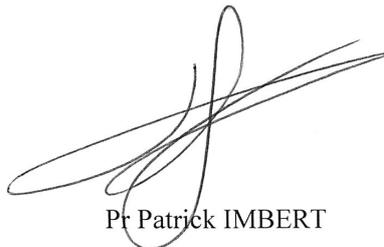
LE DOYEN DE L'UFR MEDECINE

Pour la Présidente  
et par délégation  
Le Doyen de Médecine  
Pr. Jean-Paul ROMANET



Pr Jean-Paul ROMANET

PRESIDENT DE LA THESE  
JURY DE MEDECINE



Pr Patrick IMBERT



# **Serment de Galien**



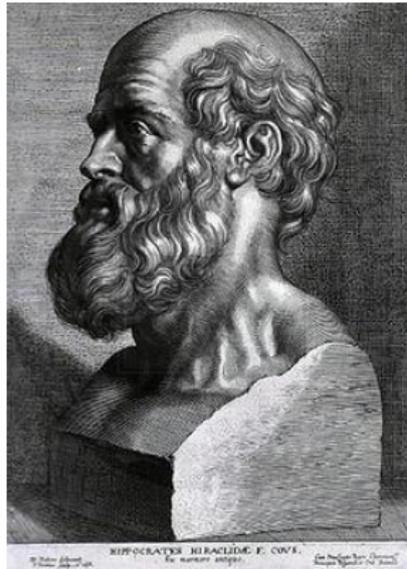
« Je jure en présence des Maîtres de la Faculté, des Conseillers de l'Ordre des Pharmaciens et de mes condisciples :

**D'honorer ceux qui m'ont instruit(e) dans les préceptes de mon art et de leur témoigner ma reconnaissance en restant fidèle à leur enseignement.**

**D'exercer, dans l'intérêt de la santé publique, ma profession avec conscience et de respecter non seulement la législation en vigueur, mais aussi les règles de l'honneur, de la probité et du désintéressement.**

**De ne jamais oublier ma responsabilité et mes devoirs envers le malade et sa dignité humaine ; en aucun cas, je ne consentirai à utiliser mes connaissances et mon état pour corrompre les mœurs et favoriser des actes criminels.**

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



## **SERMENT D'HIPPOCRATE**

*En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'HIPPOCRATE,*

*Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.*

*Je donnerais mes soins gratuitement à l'indigent et n'exigerais jamais un salaire au dessus de mon travail. Je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.*

*Admis dans l'intimité des maisons, mes yeux n'y verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.*

*Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.*

*Je garderai le respect absolu de la vie humaine.*

*Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.*

*Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.*

*Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.*

*Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.*