



HAL
open science

Identification des freins et leviers d'une coopération du médecin généraliste et du pharmacien d'officine dans la lutte contre l'iatrogénie médicamenteuse chez les personnes âgées sur le pays voironnais

Sarah Herzberger, Marjorie Thiot

► To cite this version:

Sarah Herzberger, Marjorie Thiot. Identification des freins et leviers d'une coopération du médecin généraliste et du pharmacien d'officine dans la lutte contre l'iatrogénie médicamenteuse chez les personnes âgées sur le pays voironnais. Médecine humaine et pathologie. 2018. dumas-01813256

HAL Id: dumas-01813256

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01813256>

Submitted on 12 Jun 2018

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

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 : 2018

**IDENTIFICATION DES FREINS ET LEVIERS D'UNE COOPERATION
DU MEDECIN GENERALISTE ET DU PHARMACIEN D'OFFICINE
DANS LA LUTTE CONTRE L'IATROGENIE MEDICAMENTEUSE
CHEZ LES PERSONNES AGEES SUR LE PAYS VOIRONNAIS.**

THÈSE
PRÉSENTÉE POUR L'OBTENTION
DU TITRE DE DOCTEUR EN MÉDECINE GÉNÉRALE
DIPLOME D'ÉTAT

HERZBERGER Sarah

THIOT Marjorie

[Données à caractère personnel]

THÈSE SOUTENUE PUBLIQUEMENT À LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE GRENOBLE*

Le : 05 juin 2018

DEVANT LE JURY COMPOSÉ DE

Président du jury : M. le Professeur Gaëtan GAVAZZI

Membres :

Monsieur le Docteur Yoann GABOREAU

Madame le Docteur Prudence GIBERT

Monsieur le Docteur Matthieu ROUSTIT

Madame le Docteur Julie TYRANT (directrice de thèse)

**L'UFR de Médecine de Grenoble n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions sont considérées comme propres à leurs auteurs.*

Doyen de la Faculté : Pr. Patrice MORAND

Année 2017-2018

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	BAILLET Athan	Rhumatologie
PU-PH	BARONE-ROCHETTE Gilles	Cardiologie
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
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
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	CHIRICA Mircea	Chirurgie générale
PU-PH	CINQUIN Philippe	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	CLAVARINO Giovanna	Immunologie
PU-PH	COHEN Olivier	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	COURVOISIER Aurélien	Chirurgie infantile
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
MCU-PH	KASTLER Adrian	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	KRACK Paul	Neurologie
PU-PH	KRAINIK Alexandre	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	LABARERE José	Epidémiologie ; Eco. de la Santé
MCU-PH	LABLANCHE Sandrine	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
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 PISSART 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
PU-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

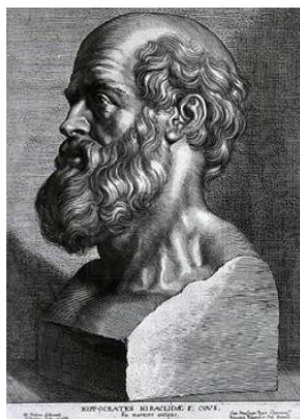
PU-PH	PLANTAZ Dominique	Pédiatrie
PU-PH	POIGNARD Pascal	Virologie
PU-PH	POLACK Benoît	Hématologie
PU-PH	POLOSAN Mircea	Psychiatrie d'adultes
PU-PH	PONS Jean-Claude	Gynécologie obstétrique
PU-PH	RAMBEAUD Jacques	Urologie
PU-PH	RAY Pierre	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
PU-PH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

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



SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

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

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

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

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

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

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

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

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.

Remerciements au jury

Au professeur Gaëtan GAVAZZI : Merci de l'intérêt que vous avez porté à notre travail et de nous faire l'honneur de présider ce jury.

Au Docteur Yoann GABOREAU : Merci d'avoir accepté de participer à ce jury. Vos conseils nous ont permis d'améliorer ce travail.

Au Docteur Prudence GIBERT : Merci d'avoir accepté de participer à ce jury et d'avoir contribué à notre travail. Votre expertise nous a permis de mieux appréhender le sujet de l'optimisation thérapeutique.

Au Docteur Matthieu ROUSTIT : Merci d'avoir accepté de lire notre travail et de participer à ce jury.

Au Docteur Julie TYRANT : Merci d'avoir accepté d'encadrer ce travail. Ta patience et ta disponibilité nous ont été d'un grand soutien dans nos moments d'égarement.

Remerciements Communs

Merci aux *PHARMACIENS* et *MEDECINS* du pays Voironnais qui ont pris le temps de participer à notre enquête dans cette période de l'année chargée.

Merci au *Docteur BETEGNIE* et au *Docteur GIBERT* d'avoir pris le temps de nous recevoir et de nous avoir présenté vos projets. Ce travail a pu avancer grâce à vos informations.

Merci au *Docteur Jean-Baptiste KERN*, qui a pris le temps de nous aider à la réalisation du guide et au *Docteur Agnès PELLETIER* de nous avoir éclairées sur la piste du codage et de la recherche qualitative.

Remerciements Marjorie

Sarah, un grand merci pour tout, ta bonne humeur pendant toutes ces heures de travail, pour tes petits plats, pour être arrivée à me motiver. En espérant que notre amitié commencée à cette thèse se poursuivra longtemps.

A mon papa et ma maman, qui ont supporté mes crises de nerfs durant ces dix ans. Merci beaucoup.

Merci à l'homme de ma vie, qui a sacrifié sa saison de ski pour m'aider, merci Olivier pour toute l'aide que tu m'as apportée pour cette thèse et surtout pour tout le reste.

A Damien et Estelle, pour nos éternelles disputes de frère et sœur mais qui se finissent toujours avec le sourire. A ma petite nièce Alice (promis tatie va se rattraper après la thèse). A ma tatie Evelynne pour m'avoir soignée à chaque fois que je tombais malade avant que je puisse soigner les autres. A mes grand-mères adorées mamy Clo et Myonne et à mes grand-pères auxquels je pense souvent (papy Jeannot et papy Georges).

Merci à ma chérie Claire et à Candice qui j'espère bientôt nous fera de beaux sourires, à son père aussi.

Aux couples beaucoup trop communs médecin-ingé : Mathilde, Quentin, Laurence, Mikael sans oublier Sarah et Loris et Ayden, à nos futurs planchas, voyages et fous rires.

Merci aux meilleures des meilleures les girls Nola Camille et Hélène (bon d'accord et Benj), vivement ce mois d'août.

Merci à Nadia et Farouk d'avoir toujours été présents pour moi.

Aux camillars Cricri, Nany, Marie, Magdé, Anaïs et les autres, Oui seigneur des ténèbres au tarot jusqu'à 5h du mat' !!!

A mes amis de fac Julie, Cécile, Clémentine, Arthur et tous les autres

Merci pour votre bonne humeur Laura, Antoine, Sylvie, Hédi, Yannick, Sofia, Fabien, Audrey, Carole

Un grand merci à tous mes seniors de m'avoir fait évoluer tout au long de ces années : à toute la médecine A, à l'équipe de Rocheplane, au pôle de santé du Champsaur et tous les autres.

Remerciements Sarah

Tout d'abord un GRAND merci à ma cothésarde, Marjorie, d'avoir gardé ta joie de vivre durant toutes ces heures de travail, malgré tes épreuves personnelles. Tes petites blagues, anecdotes et macarons chocolat blanc-thé ont ponctués ces longues journées... Merci d'avoir gardé la pêche ! A très vite pour de nouvelles aventures !

A la fin de ce travail, je pense à vous...

Maman, Papa qui avez toujours su être présents au bon moment pour moi et votre petite fille. Merci d'avoir supporté les périodes de tension durant toutes ces années. Et bravo maman pour ce travail orthographique !

Camille, super papa, à ta patience quotidienne durant ces six mois difficiles et toutes ces attentions... Merci de m'avoir attendue. A nous la plage et les volcans !

Maëlys, tu es arrivée au tout début de cette recherche et tes premiers rires, « areuh », « mama » et « dada » ont su égayer ces journées de travail (et toutes les autres !) ... Même si tu as mélangé (et mangé) quelques post-it...

Milena, à tout ce chemin parcouru ensemble. Depuis la salle de solfège jusqu'aux bancs des amphis, ta douceur et tes mots souvent très justes m'ont permis de repartir dans les périodes de creux. La bonne humeur permanente de ton petit mexicain a, je suis obligée de l'avouer, souvent aidée ! Merci JN!

Hélène, ma sœur, à tes précieux conseils pour la soutenance et à cette belle journée de mars. Nathan, petit frère, merci d'avoir pris le temps de me donner tes premières impressions sur le début de ce travail.

Clara, à toutes nos longues discussions depuis les tutorats de P1 ;) Même si nous n'avons pas été cothésardes, nous serons libérées en même temps ! Garde ta force...

Agathe, à ton dynamisme à toute épreuve, à ces séances de révisions de l'ECN toujours clôturées par une bonne dégustation. Bientôt ton tour !

Julia, ma première cointerne préférée (même si la seule...) qui m'a fait abandonner ce diadème princier ...

Julie, merci de si bien veiller au quotidien sur mon trésor.

Lucie, merci d'avoir relu ce travail avec pertinence même en toutes circonstances...

Manu, à toi et ton Tullinois pour ces moments de pause qui m'ont permis de respirer un peu cette année.

Nathalie et Thierry, à votre accueil toujours chaleureux et merci d'être les grands-parents que vous êtes.

Bruno, à toute cette énergie que tu sais si bien transmettre ! Et Muriel, Nicolas, merci encore de m'avoir accompagnée pour mes derniers pas d'interne. A tous les trois, merci de m'avoir transmis votre passion de ce métier. Hâte de vous rejoindre !

Catherine, merci d'avoir pris le temps de corriger notre anglais.

Et à vous qui avez croisé ce long chemin étudiant et m'avez apporté plein d'ondes positives : Clément, Laura, Antoine(S), Julian, Audrey, Loïc, Marina et l'équipe de la MSP de Moirans !

Table des matières

ABREVIATIONS	13
RESUME	15
ABSTRACT	16
INTRODUCTION	17
1. Vieillessement de la population	17
a. Epidémiologie.....	17
b. Vieillessements : définitions	17
2. Polypathologie et polymédication	18
3. Iatrogénie médicamenteuse (IM)	19
4. Optimisation thérapeutique.....	20
5. Evolution des soins primaires	22
6. Objectif de l'étude.....	24
METHODE.....	25
1. Choix de la méthode qualitative	25
2. Elaboration du guide.....	25
3. Echantillonnage	25
4. Recueil des données	26
5. Analyse des données	27
6. Législation	27
RESULTATS	28
1. Echantillonnage	28
2. Caractéristiques des entretiens	29
3. Données du journal de bord	30
4. Analyse.....	31
a. Etat des lieux des relations médecin généraliste pharmacien d'officine sur le pays Voironnais.	31
b. Facteurs conditionnant l'analyse interprofessionnelle de l'ordonnance....	34
c. Modalités organisationnelles de l'analyse	40
DISCUSSION	43
1. Principaux résultats et données bibliographiques	43
2. Forces et faiblesses.....	49
3. Ouverture	52
CONCLUSION.....	53
BIBLIOGRAPHIE	55
ANNEXES	58
ANNEXE 1a : ENTRETIEN D'EXPERT	58
ANNEXE 1b : ENTRETIEN D'EXPERT	62

ANNEXE 2a : GUIDE INITIAL.....	64
ANNEXE 2b : GUIDE FINAL.....	65
ANNEXE 3 : CARTE DU PAYS VOIRONNAIS	66
ANNEXE 4 : CARTE DE L'ISERE.....	67
ANNEXE 5 : INFORMATIONS DONNEES AUX PARTICIPANTS.....	68
ANNEXE 6 : VERBATIM.....	69
ANNEXE 7 : GRILLES D'ANALYSE	104
ANNEXE 8 : ARBRES DE CODAGE	131
ANNEXE 9 : THE COLLABORATIVE WORKING RELATIONSHIP MODEL	134
ANNEXE 10 : GRILLE COREQ *	135
ANNEXE 11 : LISTE DES FIGURES et TABLEAUX	138

ABREVIATIONS

ACI : Accord Conventionnel Interprofessionnel

AVK : Anti-vitamine K (anticoagulant oral)

BMO : Bilan Médicamenteux optimisé

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CIL : Correspondant Informatique et Liberté

CNOP : Conseil National de l'Ordre des Pharmaciens

COREQ : COnsolidated criteria for REporting Qualitative research

DP : Dossier Pharmaceutique

DPC : Développement Professionnel Continu

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

EI : Effet indésirable

EIG : Effet Indésirable Grave

EM : Erreur Médicamenteuse

ENEIS : Enquête Nationale sur les Evènements Indésirables liés aux Soins

ESPREC : Equipe de Soins de Premier REcours en suivi de Cas complexe

FFMPS : Fédération Française des Maisons et Pôles de Santé

HAS : Haute Autorité de Santé

HPST : Hôpital Patient Santé Territoire

IDE : Infirmière Diplômée d'Etat

IM : Intoxication médicamenteuse

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

IRDES : Institut de Recherche et Documentation en Economie de Santé

MG : Médecin Généraliste

MSP : Maison de santé pluriprofessionnelle

NMR : Nouveaux Modes de Rémunération

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PO : Pharmacien d'Officine

ROSP : Rémunération sur Objectif de Santé Publique

SFPC : Société Française de Pharmacie Clinique

SISRA : Système d'Information en Santé de la région Rhône Alpes

URPS : Union Régionale des Professionnels de Santé

RESUME

Introduction : La polymédication est un problème de santé publique particulièrement dans la population âgée. L'évolution du système de soins de premier recours encourage les professionnels de santé à mieux se coordonner.

Objectif : Cette étude cherchait à définir les freins et les leviers à une coopération médecin généraliste pharmacien d'officine pour une analyse commune de l'ordonnance des personnes de plus de 75 ans sur le pays Voironnais.

Méthode : Etude qualitative, par entretiens semi dirigés individuels, de décembre 2017 à février 2018 dans le pays Voironnais.

Résultats : Onze entretiens ont été analysés (cinq pharmaciens, six médecins). Bien que les relations semblaient cordiales, un cloisonnement entre les professionnels ressortait. Plusieurs difficultés étaient soulevées pour la mise en place de ces analyses : la surcharge de travail, la rémunération et la nécessité de connaissances spécifiques dans l'optimisation thérapeutique gériatrique. Malgré cela, l'amélioration de la qualité de vie du patient, la revalorisation des métiers et l'harmonisation des pratiques motivaient les professionnels. Des propositions étaient faites quant aux modalités organisationnelles.

Conclusion : L'identification de ces facteurs permettra de proposer des solutions pour une expérience de mise en place de séances d'analyse. Une recherche action pourrait être initiée par la suite avec les modalités proposées.

Mots clés : pharmacien, médecin généraliste, iatrogénie médicamenteuse, prescriptions inappropriées, personnes âgées, interprofessionnalité, coopération.

ABSTRACT

Introduction : Polypharmacy is a public health problem especially for the elderly population. The evolution of the primary health care system encourages the professionals to better coordinate.

This study aimed at defining the brakes and levers in a possible cooperation between family physicians and pharmacists for a shared analysis of the prescriptions given to people aged over 75 in the Voiron area in France.

Method : Qualitative study by semi-directed individual interviews, from December 2017 to February 2018 in the Voiron area.

Results : Eleven interviews were done with five pharmacists and six physicians. Although the relations seemed cordial, some divisions between the professionals could be noted. Several difficulties were identified in carrying out these analyses : the work overload, the remuneration and the need for some specific knowledge in the geriatric therapeutic optimization. But the improvement of the patient's quality of life, of the professionals' working conditions and the harmonization of practices motivated the professionals. Propositions were made for new organizational arrangements.

Conclusion : Identifying these factors will enable to propose solutions for experimenting these shared analyses. A search action could then be carried out with the proposed arrangements.

Keys words : pharmacist, family physician, adverse drug event, inadequate prescription, elderly, interdisciplinary, cooperation

INTRODUCTION

1. Vieillissement de la population

a. Epidémiologie

Nous assistons depuis quelques décennies à un vieillissement de la population française. L'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE) projette qu'en 2050, en France, une personne sur trois sera âgée de plus de 65 ans, contre une sur cinq en 2005. En 2017, ceux-ci représentaient 19,2% de la population, soit plus de 12,8 millions de personnes (1).

Le seuil des plus de 65 ans est le plus souvent retenu pour définir les personnes âgées (2) . Cependant la médecine spécialisée en gériatrie prend en charge les patients de plus de 75 ans (3), qui atteignaient 9,1% de la population sur le dernier recensement (1). Cette limite d'âge sera choisie pour la suite du travail.

b. Vieillissements : définitions

On parle de vieillissements au pluriel pour approcher la population âgée.

En effet, les sociétés savantes gériatriques (3) ont identifié différentes évolutions dans l'âge :

- Le vieillissement « réussi », sans pathologie, avec une atteinte nulle ou minime des fonctions physiologiques ;

- Le vieillissement « habituel, usuel » qui correspond à la sénescence physiologique ;

- Le vieillissement « pathologique » responsable de dépendance majeure et de morbidité.

Tout l'enjeu de la prise en charge des patients âgés en soins primaires réside dans la prévention de ce dernier.

2. Polypathologie et polymédication

La définition de la polypathologie est variable et non consensuelle. La Haute autorité de santé (HAS) retient « *la cooccurrence de plusieurs maladies chroniques (au moins 2) chez le même individu sur la même période* » (4).

Les maladies chroniques sont définies par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) comme « *des affections de longue durée qui en règle générale, évoluent lentement* » (5).

L'augmentation de ces maladies chroniques avec l'âge s'accompagne d'une augmentation du nombre de thérapeutiques médicamenteuses (6).

La polymédication est caractérisée par la HAS comme « *comme la prise régulière de plusieurs médicaments nécessaires au traitement de plusieurs maladies chroniques* » (4).

On ne retrouve pas de seuil clairement établi dans la littérature mais l'Institut de recherche et documentation en économie de santé (IRDES) retrouve un seuil fréquent de 5 médicaments ou plus (5) sur lequel s'accorde la plupart des avis d'experts.

Les personnes âgées consommaient, en 2001, 39% des médicaments en ville (7). La moyenne de consommation journalière des personnes de plus de 65 ans est de 3,7 molécules (8). Et plus de 10 % des personnes âgées de 75 ans ou plus en France prenaient quotidiennement entre 8 et 10 médicaments (4).

La polymédication est souvent justifiée mais peut impliquer de potentielles prescriptions inappropriées (5), entraînant des risques d'iatrogénie médicamenteuse.

3. Iatrogénie médicamenteuse (IM)

L'iatrogénie médicamenteuse (9) correspond à « *tout évènement clinique indésirable ou pathologique pour le patient lié à la prise d'un ou plusieurs médicaments* ».

Elle comprend les effets indésirables des médicaments ainsi que les conséquences de l'erreur médicamenteuse. Ces notions sont définies ci-après à l'aide du dictionnaire de Société française de pharmacie clinique (SFPC) (9).

Les effets indésirables des médicaments (EI) : « *réaction nocive et non voulue à un médicament, se produisant aux posologies normalement utilisées chez l'homme pour la prophylaxie, le diagnostic ou le traitement d'une maladie ou pour la restauration, la correction ou la modification d'une fonction physiologique ou résultant d'un mésusage du médicament ou produit* ».

L'erreur médicamenteuse (EM) : « *écart par rapport à ce qui aurait dû être fait au cours de la prise en charge thérapeutique médicamenteuse du patient (...) à l'origine d'un risque ou d'un évènement indésirable pour le patient. Par définition, l'erreur médicamenteuse est évitable (...) et peut concerner une ou plusieurs étapes du circuit du médicament (...)* ».

L'évènement indésirable grave (EIG) : « *tout évènement iatrogénique médicamenteux conduisant à la mise en jeu du pronostic vital du patient* ».

Une étude nationale épidémiologique « Enquête Nationale sur les Evénements Indésirables liés aux Soins (ENEIS) », conduite en 2004 et renouvelée en 2009 (10), a évalué la fréquence des EIG conduisant à une admission hospitalière ou ayant été développés durant une hospitalisation. Elles ont abouti à des résultats similaires.

Les événements indésirables graves évitables seraient responsables de 2,1% des hospitalisations.

L'iatrogénie médicamenteuse serait responsable de plus de 10% des hospitalisations des patients âgés et de plus de 20% de celles des octogénaires (10).

L'enquête régionale « EVISA » réalisée en 2009 en Aquitaine (11) a cherché à identifier les causes des EIG liés aux soins extra hospitaliers. Elle a montré que 81% des EIG étaient associés à un médicament. Un anticoagulant oral Anti Vitamine K (AVK) était impliqué dans 21,3% des cas.

Plusieurs causes de survenue des EIG étaient identifiées dans le contexte des soins ambulatoires :

- Le patient et son entourage, directement à l'origine de 23% des EIG ;
- Une erreur d'indication thérapeutique, par méconnaissance des recommandations ;
- Un défaut de surveillance notamment par défaut de vigilance de l'état de santé ;
- Un problème de communication entre médecins et soignants ;
- Le problème de traçabilité des informations concernant le patient, notamment dans le cadre de l'exercice isolé des professionnels de santé.

La polymédication est identifiée, dans ces études, comme un soin à risque contribuant à la survenue d'EIG (10).

4. Optimisation thérapeutique

Les ordonnances complexes peuvent être optimisées en repérant les prescriptions inappropriées.

Ce « mieux prescrire » est un enjeu de santé publique détaillé par le Pr. Legrain S. dans un rapport de la HAS (7).

L'optimisation thérapeutique implique de détecter (7) :

- Les excès de traitement (« overuse ») : médicaments non indiqués ou n'ayant pas démontré leur efficacité ;
- Les traitements inappropriés (« misuse ») : médicaments dont les risques dépassent les bénéfices encourus ;
- Le défaut de traitement (« underuse ») : absence d'instauration d'un traitement dans une pathologie pour laquelle une ou plusieurs classes thérapeutiques ont démontré leur efficacité.

Pour mieux appréhender les acteurs impliqués, il est intéressant de suivre le circuit du médicament (9) :

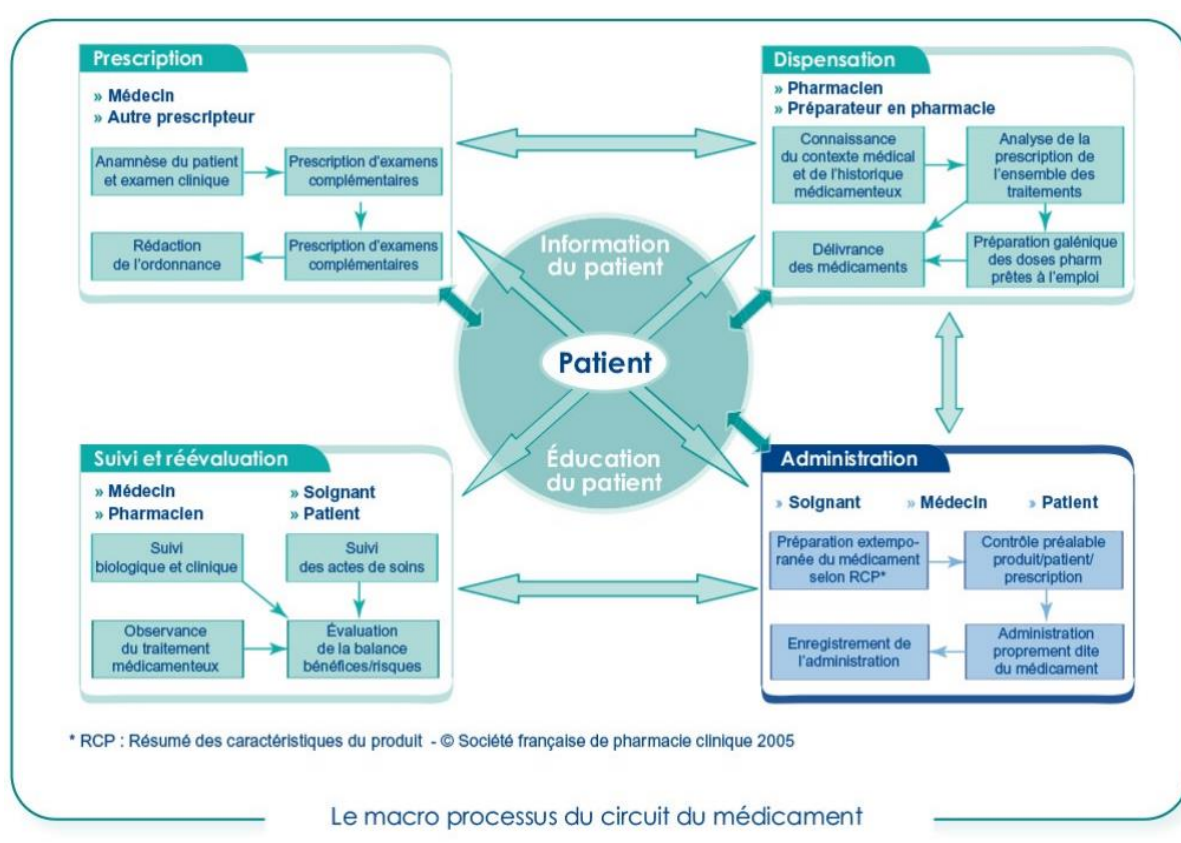


Figure 1 : Schéma du circuit du médicament. SFPC.

Le médecin généraliste et le pharmacien d'officine sont des acteurs prépondérants sur ce circuit.

La coopération médecin-pharmacien existe déjà dans certains centres hospitaliers depuis l'installation de la pharmacie clinique. Celle-ci assure une sécurité du circuit du médicament grâce à différentes interventions (participation aux visites médicales, interventions pharmaceutiques, etc...) (12).

5. Evolution des soins primaires

En France, la loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires (HPST) (13) a donné une définition des soins de premier recours qui comprennent :

- la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des patients,
- la dispensation et l'administration des médicaments, produits et dispositifs médicaux, ainsi que le conseil pharmaceutique,
- l'orientation dans le système de soins et le secteur médico-social,
- l'éducation pour la santé.

La loi de modernisation du système de santé de 2016 (14) réaffirme un « virage ambulatoire » où l'équipe de soins primaires est le pivot central de la coordination des soins de chaque patient.

Le rôle de soignant du pharmacien d'officine, est aussi réaffirmé par la loi HPST, qui lui définit de nouvelles missions (Article 38) (13) :

- « 2° (...) *Participent à la coopération entre professionnels de santé (...)* »
- « 8° (...) *Peuvent proposer des conseils et prestations destinés à favoriser l'amélioration ou le maintien de l'état de santé des personnes* ».

La proposition par la législation française du bilan médicamenteux optimisé (BMO) comme un des services pharmaceutiques, renforce le rôle d'expert du médicament du pharmacien (13).

Les soins de premiers recours évoluent donc vers un travail en commun des différents acteurs de santé.

La coopération, définie comme la « participation à une œuvre commune [...] en vue d'un but commun » (15), permet aux professionnels un « transfert d'activité [...], d'actes de soins » et de réorganiser les interventions auprès des patients, notamment par la mise en place de protocoles de coopération (16).

Ce type de pratique est différent de la simple collaboration, qui est aussi la « participation à une œuvre commune » mais par un partage d'expériences, de connaissances (17).

L'interprofessionnalité représente les interactions des différents professionnels de santé autour du patient, avec une idée d'horizontalité dans les relations.

Cette notion diffère de la pluriprofessionnalité décrivant les différentes interventions menées pour un patient, mais de manière juxtaposée sans coordination.

Les termes de coopération et d'interprofessionnalité seront utilisés dans la suite de ce travail.

6. Objectif de l'étude

Une coopération médecins généralistes-pharmaciens d'officine dans la lutte contre l'iatrogénie médicamenteuse chez la personne âgée pourrait être envisagée en extrahospitalier. Et plus précisément en ambulatoire sur le futur lieu d'exercice des investigatrices.

L'objectif principal de ce travail était d'identifier les facteurs pouvant freiner ou inciter les professionnels (médecins généralistes et pharmaciens d'officine) à réaliser une analyse commune des ordonnances des patients âgés polymédiqués, sur le pays Voironnais.

METHODE

1. Choix de la méthode qualitative

Il s'agissait d'une étude qualitative (18) pour recueillir et analyser les ressentis, les opinions et les expériences des professionnels.

Tout au long du travail, un journal de bord était tenu par les deux investigatrices.

2. Elaboration du guide

Le guide d'entretien était élaboré à partir de recherches bibliographiques sur le thème de la coopération médecin-pharmacien. Deux entretiens d'experts étaient réalisés pour le compléter. Ceux-ci étaient menés auprès de pharmaciennes cliniciennes spécialisées dans l'optimisation thérapeutique chez la personne âgée (Annexe 1a et 1b).

Il était relu par deux chefs de clinique du département de médecine générale de Grenoble et préalablement testé sur deux médecins généralistes, deux pharmaciens d'officine et une pharmacienne clinicienne hospitalière. Il était réévalué après chaque entretien et modifié si besoin. (Annexe 2a et 2b).

Le guide utilisé était similaire pour les médecins généralistes et les pharmaciens d'officine. Cette recherche se basant sur une coopération entre ces deux professionnels de santé, le protocole et l'analyse se devaient d'être identiques et les résultats traités ensemble.

3. Echantillonnage

L'enquête était réalisée au sein du pays Voironnais. Le pays Voironnais comporte 31 communes (Annexe 3) et se situe au nord de l'Isère (Annexe 4).

La population était recrutée en fonction des caractéristiques de ces communes. Les critères d'inclusion des communes au sein de l'étude étaient :

- Commune du pays Voironnais,
- Commune devant comporter au moins un médecin généraliste (MG) et un pharmacien d'officine (PO) installés,
- Pourcentage d'habitants de plus de 75 ans supérieur ou égal à 8,1 % (pourcentage de l'Isère en 2014) (19).

Le recrutement était initialement ciblé puis complété par effet « boule de neige » par l'intermédiaire des premiers participants (PO ou MG) de l'étude.

4. Recueil des données

Les médecins généralistes et pharmaciens d'officine étaient contactés par téléphone, par mail, ou directement sur leur lieu de travail.

Une information orale leur était délivrée et leur participation sollicitée.

Une explication écrite était remise par la suite en cas d'accord (Annexe 5).

Des entretiens semi-dirigés individuels étaient menés par les investigatrices auprès des MG et PO volontaires. Une seule investigatrice était présente par entretien. Une explication était fournie sur l'anonymisation des données ainsi qu'un rappel des objectifs de l'étude.

Les entretiens étaient enregistrés via un dictaphone et les éléments de communication non verbale notés à part par l'investigatrice.

Les données étaient retranscrites dans un document de traitement de texte Microsoft Word®, anonymisées et stockées sur les ordinateurs des deux investigatrices. La retranscription était réalisée dans les trois jours suivant l'entretien.

Les entretiens étaient réalisés de décembre 2017 à février 2018.

5. Analyse des données

Les entretiens étaient réalisés jusqu'à suffisance des données c'est-à-dire lorsque deux entretiens consécutifs ne rapportaient que peu de nouvelles données.

Les deux investigatrices analysaient les données de façon indépendante selon une méthode inductive générale, phénoménologique (20). Deux méthodes de codage différentes étaient utilisées grâce au logiciel Microsoft Excel® : le « mot à mot » et le « ligne par ligne » (20). Les codes obtenus étaient ensuite regroupés pour former une grille de codage, élaborée en commun.

Une triangulation des données était utilisée pour renforcer la validité des données : en cas de désaccord, l'avis du directeur de thèse était demandé.

6. Législation

Toutes les données retranscrites étaient anonymisées puis renvoyées aux participants pour qu'ils valident le contenu de l'entretien, qu'ils le modifient ou le suppriment selon leur souhait. Le nom du participant était remplacé par la lettre E et un numéro d'entretien défini par ordre chronologique. L'indice « m » pour médecin généraliste et un « p » pour pharmacien d'officine précisait leur profession.

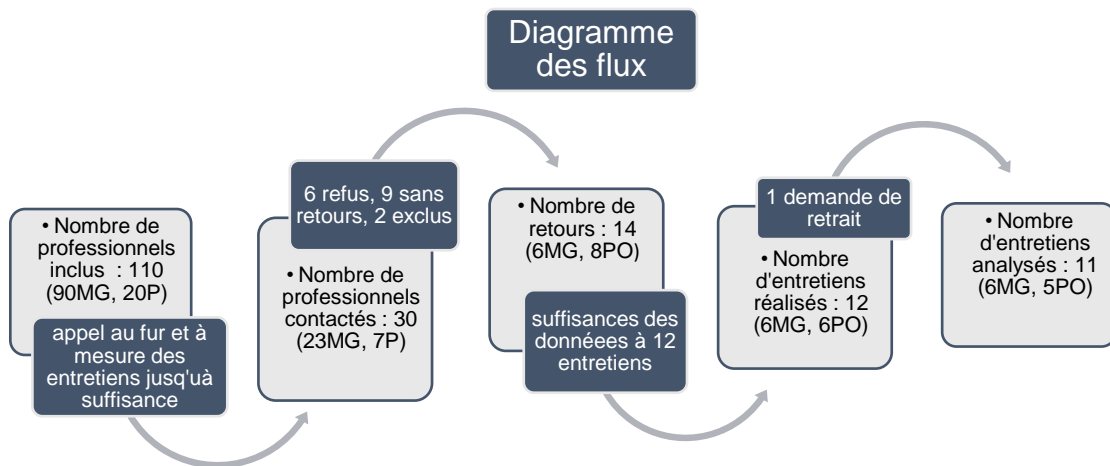
Les droits des participants étaient rappelés en début de chaque entretien.

Les démarches de déclaration étaient effectuées auprès du Correspondant Informatique et Liberté (CIL) de l'Université Grenoble Alpes.

RESULTATS

1. Echantillonnage

Huit communes étaient sélectionnées d'après les critères d'inclusion.



P : pharmacie, PO : pharmacien d'officine, MG : médecin généraliste (21)

Figure 2 : Diagramme de Flux

Les données sociodémographiques sont présentées dans ce paragraphe et n'ont volontairement pas été associées à chaque entretien pour préserver l'anonymat des participants.

La médiane des âges se situait à 50 ans, avec des extrêmes de 32 à 62 ans.

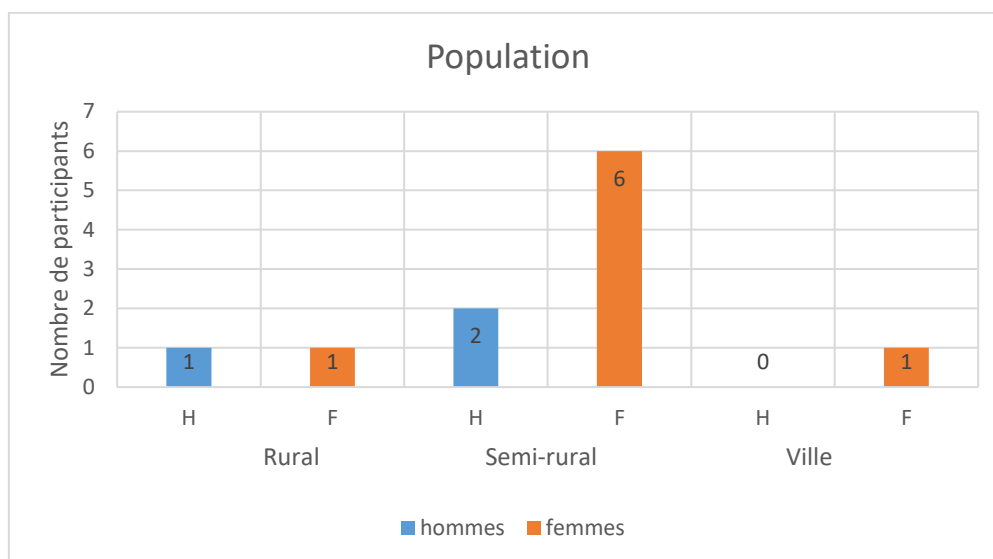


Figure 3 : Caractéristiques de la population

Tous les participants étaient informatisés.

Trois participants recevaient des étudiants.

2. Caractéristiques des entretiens

Le guide d'entretien était testé en interrogeant quatre professionnels (deux médecins généralistes et deux pharmaciens d'officine) travaillant dans un même pôle de santé pluriprofessionnel, hors département de l'Isère, ainsi qu'une pharmacienne clinicienne hospitalière.

Douze entretiens au total, d'une durée médiane de 22min ont été menés de mi-décembre 2017 à février 2018, sur le lieu de travail de chaque participant (cabinet médical, comptoir ou bureau arrière des officines).

Le tableau 1 décrit leur évolution :

N°	Date/horaire	Temps	Nouveaux codes	Total par participant
E1 _m	20/12/2017	22 min 12sec	45	45
E2 _p	22/12/2017	30 min	22	37
E3 _p	08/01/2018	18 min	19	42
E4 _p	09/01/2018	9 min 30 sec	6	24
E5 _p	11/01/2018	33 min	<i>Demande de retrait</i>	
E6 _p	16/01/2018	24 min	20	55
E7 _m	16/01/2018	25 min	5	31
E8 _m	20/01/2018	10 min	3	30
E9 _p	21/01/2018	9 min	2	22
E10 _m	22/01/2018	25 min	4	20
E11 _m	31/01/2018	25 min	2	25
E12 _m	07/02/2018	17 min	1	28

Tableau 1 : Description des entretiens.

3. Données du journal de bord

Des données issues du journal de bord (entretiens test, entretiens d'experts), étaient utilisées pour réaliser la grille de codage.

4. Analyse

L'analyse des entretiens test permettait de réaliser une première ébauche de la grille d'analyse. Les propos de ces professionnels n'étaient cependant pas cités dans les résultats.

Le travail portait sur 11 entretiens. (Annexe 6)

L'analyse des verbatim extrayait 122 codes, classés ensuite en 3 grands thèmes (Annexes 7 et 8).

a. Etat des lieux des relations médecin généraliste pharmacien d'officine sur le pays Voironnais.

Qualité de la relation déjà existante

La plupart des professionnels interrogés exprimait une vision positive de la relation MG-PO, souvent bonne ou du moins cordiale.

« Alors, ici, là où je travaille, aucun problème. Il y a une bonne relation » E8_m l.13p.89.

La communication

La fréquence des échanges variait selon les participants. Ils pouvaient être quotidiens *« pratiquement tous les jours »* E6_p l.63p.81 ou *« ponctuels »* E3_p l.16p76. Ils étaient définis, dans les entretiens tests, comme inopinés, non programmés.

Les échanges étaient décrits le plus souvent comme unilatéraux, à l'initiative du pharmacien vers le médecin :

« Appeler le pharmacien c'est très rare, c'est plutôt l'inverse qui se passe » E11_m

l.100p.98.

La communication entre professionnels était présentée comme « *relativement limitée aux coups de téléphone* » E1_m 1.20p.69, entraînant des limites de disponibilité : « (...) *Il y a des médecins qui ne sont pas joignables* » E2_p 1.6p.74.

La rencontre était, par contre, dépeinte comme plus bénéfique :

« *Il y avait un repas où tout le monde mange ensemble. Et ça on le fait régulièrement, tous les trimestres pour entretenir la relation. Et c'est top* » E2_p 1.34p.73.

Les discussions apparaissaient principalement à visée informative et non dans une optique coopérative.

Les professionnels échangeaient principalement des informations d'ordre pratique, telles que les horaires d'ouverture : « *La seule fois où je vais les contacter (...) c'est quand il est sept heures moins cinq et que je veux que (...) l'enfant que j'ai au cabinet, ait son antibiotique pour le soir* » E7_m 1.36p.86, les ruptures de stock : « *aussi quand il y a des ruptures d'approvisionnement au niveau régional (...) rupture grossiste* » E3_p 1.43p.76, ou des questions administratives : « *pas d'ordo sécurisée, (...) pourquoi tu m'as fait une ordo de perf sur une ordo classique...* » E2_p 1.63p.73.

Mais ils notaient qu'ils communiquaient déjà autour de thérapeutiques des patients : sur des erreurs de posologie, d'interactions thérapeutiques ou pour substituer :

« *Je suis bien contente qu'ils m'appellent pour me dire « vous avez remis du 4 mg à Mr machin qui avait 8 mg* » E8_m 1.96p.89.

De plus, ils précisaient échanger autour de cas complexes :

« *Je les ai déjà appelés quand j'avais des difficultés avec certains patients, pour les prévenir, parce que certains patients demandent n'importe quoi* » E8_m 1.39p.89.

Représentations des professionnels

Certains participants décrivaient un mode de fonctionnement corporatiste, cloisonné de chaque métier :

« Donc (...) chacun fait son travail dans son coin (...) je me suis aperçu que pharmacien et médecin c'était vraiment deux métiers différents (...) c'est vraiment très compartimenté. » E1_m l.4p.70.

La notion de hiérarchisation des professions de santé était évoquée au cours de quelques entretiens :

« Je pense qu'on n'a pas encore des rapports assez égalitaires pour s'autoriser ce genre de chose » E6_p l.89p.82 ; « Vous, votre rôle il est là avant moi » E2_p l.108p.74.

Cependant, l'autre pouvait aussi être envisagé comme un allié, notamment dans les situations complexes :

« Je les ai déjà appelés quand j'avais des problèmes (...) les patients allaient chez d'autres médecins. Et les pharmaciens avaient de multiples ordonnances. Donc il était convenu (...) qu'ils me préviennent systématiquement quand il y avait d'autres ordonnances, pour voir si effectivement ça ne faisait pas doublon ou si ce n'était pas du n'importe quoi... » E8_m l.37p.89.

Toutefois d'autres visions pourraient limiter les échanges comme celle du médecin peu accessible car surchargé ou peu ouvert :

« (...) Oui si ils ont le temps hein (rictus) (...) ils sont saturés quoi » E3_p l.96p.77,

« (...) C'est les médecins de ville qui prescrivent et pff y'en a certains je ne suis pas sûr qu'ils accepteraient qu'on leur dise de retirer tel ou tel médicament voilà » E11_m

l.98p.99.

Comportements des professionnels

Certains pharmaciens décrivaient une crainte de contacter le médecin :

« *Entre guillemet je pense qu'on ne s'autorise pas à dire attention là vous avez prescrit un truc complètement inutile* » E6_p 1.45p.81.

A contrario, le fait de se montrer disponible faciliterait le dialogue :

« *Ils savent qu'ils ont le portable ouvert parce que nous on a souvent besoin de les appeler* » E2_p 1.77p.73, « *Quand on reçoit l'appel d'une pharmacie je prends toujours le temps de répondre comme il faut.* » E10_m 1.26p.95.

Il était évoqué que la discussion serait favorisée par un discours « *diplomatique* » E12_m 1.58p.102 des professionnels.

b. Facteurs conditionnant l'analyse interprofessionnelle de l'ordonnance

i. *Facteurs temporo-spatiaux*

Le temps

Le frein principal exprimé par la plupart des participants était la surcharge de travail professionnel :

« *On a pas mal de temps au cabinet entre les consultations et la paperasserie, il faut le dire. Et après la formation aussi qu'on a à côté, c'est vrai que ça fait quand même beaucoup de choses et ça se surajoute les réunions de concertation pluridisciplinaires* » E7_m 1.63p.87.

Le temps de cette analyse ne pourrait pas être pris sur celui de la vie privée :

« *Parce que le quotidien faut que ce soit pratique tellement c'est riche quand même (montre sa fille qu'elle garde car malade)* » E2_p 1.55p.74.

Par ailleurs, ils leur semblaient que plus les intervenants autour de cette analyse étaient nombreux, plus il serait difficile de se coordonner pour organiser l'analyse :

« ... qu'après il faut voir que tout le monde soit disponible en même temps donc ça c'est sûr qu'il faut trouver un créneau horaire qui convienne à tout le monde » E9_p

I.115p.93.

Il était donc proposé de déterminer un temps dédié à l'avance : « Si on se donne un rendez-vous pour se retrouver tel jour de telle heure à telle heure. Et bien prévoir à l'avance » E8_m I.64p.90.

Le lieu

La proximité physique des acteurs favorisée par la taille de la commune était citée comme facteur à prendre en compte :

« On peut se déplacer, vous savez ils ne sont pas loin les médecins de (Ville X) » E3_p

I.125p.77, « Je pense aussi que les échanges sont plus faciles dans des petits villages, car plus de proximité (...) » E12_m I.72p.103.

ii. Expérience

La formation initiale

Certains professionnels avaient déjà eu une expérience de l'optimisation thérapeutique ou de la coopération MG PO durant leur formation initiale :

« Nous c'est ce qu'on faisait à l'hôpital, hein, la pharmacie clinique des choses comme ça... » E4_p I.119p.79,

« En hospitalier on avait les internes de pharma qui était aussi avec nous » E7_m I.54p.86.

Les connaissances spécifiques

Un point soulevé était la nécessité de connaissances spécifiques sur l'optimisation thérapeutique chez la personne âgée :

« Voir si le médicament est à la bonne dose, voir si en fonction de la pathologie des gens est ce qu'ils ont tous les médicaments. C'est « overuse », « underuse » et « misuse » (...) Il y a aussi les underuse, quand on ne prescrit pas les médicaments qu'il faudrait malgré les antécédents que le patient a (...). Ces réunions permettraient de rajouter certains médicaments » E10_m 1.70p.95.

Compétences apportées par chaque profession dans l'analyse commune de l'ordonnance

Les pharmaciens mentionnaient l'importance de leurs nouvelles missions comme le BMO *« A partir de cette année donc un bilan pour les personnes âgées polymédicamentées... » E6_p 1.22p.83*, ainsi que leur connaissance du patient par leur écoute : *« Je pense que nous on a cette proximité (...) cette connaissance du patient parce que nous on l'écoute beaucoup au comptoir » E6_p 1.54p.84.*

Ils parlaient également du fait qu'ils centralisent toutes les ordonnances :

« On a beaucoup de patients qui ont des ordonnances multiples, de plusieurs médecins (...) Par exemple un patient qui voit son endocrino, (...) lui fait toute son ordonnance pour son diabète, après il revoit son généraliste, le traitement n'est pas forcément le même parce que le médecin n'a pas eu l'ordonnance de l'endocrino... » E4_p 1.90p.79.

Les médecins généralistes voyaient leur rôle par l'apport des informations cliniques :

« Nous on prescrit des médicaments pour des patients qu'on a examinés » E1_m 1.66p.71, ainsi que leur rôle de coordonnateur des soins : *« Après le médecin généraliste c'est un peu le coordonnateur entre tous les spécialistes (...) je mets tous les médicaments*

sur la même ordonnance même si c'est pas moi qui prescris, pour que sous les yeux j'ai toujours tous les médicaments pris par le patient » E10_m I.103p.95.

iii. Le patient

Le nomadisme pharmaceutique et médical était cité comme obstacle :

« J'ai beaucoup de patients qui vont d'une pharmacie à l'autre. Enfin, j'en ai quelques-uns qui vont souvent à la même, mais la plupart vont dans plusieurs pharmacies »

E12_m I.89p103, « C'est-à-dire que les patients allaient chez d'autres médecins et les pharmaciens avaient de multiples ordonnances » E8_m I.41p.89.

Il était mentionné que certains patients étaient réticents au changement de leur ordonnance :

« Il y a aussi certains patients qui ne veulent pas décrocher de telle ou telle molécule »

E7_m I.99p.88.

Enfin, certains participants craignaient que cette analyse n'altère la confiance du patient envers son médecin :

« Ce qui arrive déjà en pratique en fait parfois le pharmacien dit « Bahh qu'est-ce qu'il vous a mis ??? », (...) Même si le pharmacien a raison, c'est pas forcément une bonne idée pour le patient, qui se retrouve dans le doute et perd confiance » E12_m I.48p.102.

iv. La rémunération

Il était précisé que le temps passé à cette analyse devrait être rémunéré :

« Qui va nous payer pour ça ? » E1_m I.8p.71.

v. Modification des pratiques professionnelles

Un des atouts repéré était que certains participants expérimentaient déjà le travail en commun :

« Peu à peu s'installe le besoin de travailler en groupe. Et je le trouve très, très bien, c'est pour ça que j'y suis (à la MSP) » E8_m 1.6p.91.

Le travail en commun était perçu comme une perspective pour l'avenir des soins ambulatoires, accentuée avec l'arrivée de la nouvelle génération de professionnels :

« Je pense que la nouvelle génération, qui a peut-être plus de rapports avec les étudiants en médecine, ça sera peut-être plus facile pour eux » E6_p 1.90p.82.

vi. Motivations des professionnels

Pour ou contre ?

La plupart des professionnels interrogés montraient leur intérêt pour le projet (10 pour et 1 contre).

Apports attendus

- Pour les professionnels

Ces séances revaloriseraient le métier de pharmacien :

« Et ça fait du bien de pouvoir retrouver un vrai rôle de pharmacien, de refaire notre vrai métier de pharmacien » E4_p 1.63p.80.

Cette coopération permettrait d'initier un travail interprofessionnel :

« C'est plutôt quelque chose qu'il faudrait étudier effectivement à plusieurs personnes » E9_p 1.92p.93.

Les professionnels pourraient mieux connaître leurs patients :

« Ils ont plein d'informations sur les patients que ceux-ci ne nous disent pas. (...) Mais par exemple, sur l'ordonnance, certains patients leur disent « ah non celui-là, ne me le donnez pas, je ne le prends pas... » E11_m l.33p.100.

Un autre objectif serait d'harmoniser les pratiques professionnelles et le discours donné au patient :

« Je pense que c'est dans l'intérêt de tout le monde surtout des patients quand tout le monde va dans le même sens » E6_p l.42p.85.

Enfin, l'optimisation de l'ordonnance pourrait *« faire faire des économies à la sécurité sociale » E6_p l.19p.84.*

- Pour le patient

L'optimisation de son ordonnance améliorerait sa qualité de vie :

« Avoir dix comprimés à prendre le matin avant de prendre le petit déjeuner je veux dire après on va plus avoir faim » E11_m l.71p.95.

Elle permettrait aussi une meilleure observance de son traitement :

« Dans la facilité de la prise, le nombre de prise ça aussi quand on a beaucoup de médicaments on peut aussi trouver des solutions pour que le patient il en ait un petit peu moins à avaler » E6_p l.6p.84.

c. Modalités organisationnelles de l'analyse

Le cadre

Les professionnels souhaitaient qu'un cadre soit défini par l'intervention d'une personne référente :

« *Un médecin qui chapote tout ça, peut être que ce serait possible d'avoir un travail en commun* » E6_p I.96p.83.

De plus, l'accord du patient leur paraissait essentiel : « *Si le patient concerné est d'accord* » E3_p I.63p.77.

Organisation temporelle

L'horaire qui était le plus souvent proposé était celui de la pause déjeuner :

« *Je ne sais pas à quel moment... enfin entre midi et deux, quand je suis là* » E3_p I.1p.78.

En termes de fréquence d'analyse, les points de vue divergeaient : pour certains, « *le plus simple ça serait d'organiser des réunions régulières hebdomadaires ou mensuelles, peut être plutôt hebdomadaires* » E4_p I.113p.79, pour d'autres « *il faudrait qu'il y ait une consultation dédiée une fois par an à la revue de l'ordonnance* » E10_m I.117p.95.

Cette analyse ne pouvait pas se faire en toutes saisons :

« *Au moins pendant les périodes plus calmes. Pas en plein hiver, hein, je pense pas mais pourquoi pas à la belle saison* » E3_p I.17p.78.

De plus, il était souligné qu'un temps de préparation serait nécessaire : « *Il faut se demander si il n'y a pas du temps de préparation pour le médecin et pour le pharmacien avant [cette analyse] pour avoir du temps* » E7_m I.10p.88, avec des critères de sélection des dossiers : « *C'est vrai que il faudrait cibler peut être au départ une liste de personnes qui nous semblent quand même intéressantes* » E6_p I.95p.84.

Modalités des échanges

Deux modalités étaient particulièrement plébiscitées : les réunions et les échanges par mails sécurisés :

« *On peut tout à fait envisager des réunions de concertations* » E7_m 1.94p.87, « *Faut que ça circule par mail ou le SISRA (Système d'Information en Santé de la région Rhône Alpes)* » E2_p 1.58p.74.

Un professionnel suggérait le téléphone et un autre la visio-conférence dans un des entretiens test.

Lieu

Les professionnels étaient ouverts sur le lieu de réalisation des analyses si celles-ci se faisaient par réunion. Les Maisons de Santé Pluriprofessionnelles (MSP) étaient citées comme un lieu permettant facilement les rencontres :

« *C'est dans la maison de santé ben c'est facile. Après si c'est des médecins qui sont dans leur cabinet tous seuls ça peut être fait à la pharmacie ou au cabinet* » E4_p 1.12p.80.

Les participants

La présence de plusieurs médecins généralistes ainsi que de plusieurs pharmaciens d'officine était suggérée :

« *Prendre des ordonnances de patients, puis les discuter avec plusieurs médecins et puis plusieurs pharmaciens...* » E10_m 1.77p.95.

Beaucoup solliciteraient la participation des infirmiers diplômés d'état (IDE) :

« *Les infirmières elles sont bien placées auprès des personnes âgées* » E11_m 1.71p.100.

L'intervention d'un professionnel spécialisé dans l'optimisation thérapeutique était mentionnée :

« *Je pense que d'un côté il faudrait un pharmacien spécialisé uniquement qui fait ça* »

E1_m I.22p.71.

La présence des aidants était proposée dans les entretiens tests.

La présence du patient, en revanche, était écartée : « *Devant le patient je ne pense pas que ça soit ni nécessaire ni judicieux* » E11_m I.8p.100, « *Donc il faudrait que cette ordonnance soit discutée en l'absence du patient* » E12_m I.55p.102.

DISCUSSION

1. Principaux résultats et données bibliographiques

Les relations interprofessionnelles

Avant de débiter un projet en commun entre médecins et pharmaciens, il ressortait de cette enquête que les facteurs relationnels entre ces professionnels étaient à prendre en compte.

Les relations semblaient cordiales. Mais il était décrit un mode de fonctionnement corporatiste où chacun travaille isolément. De plus, le sentiment d'une hiérarchie entre les différentes professions pourrait gêner l'idée d'une coopération.

Mac Donough et Doucette (22) proposent un modèle explicatif des mécanismes qui sous-tendent la collaboration médecin pharmacien (Annexe 9). Celui-ci intègre les facteurs relationnels dont les caractéristiques individuelles de chaque professionnel, celles de leur contexte de travail ainsi que celles de leurs échanges.

Il ressortait dans l'étude que la proximité physique favoriserait les échanges.

Il s'agit d'une caractéristique du contexte de travail des professionnels retrouvée dans le modèle précité (22) et dans d'autres travaux. En Lorraine par exemple, les médecins généralistes semblent avoir plus de relations avec la pharmacie de proximité (23).

Ce fait est renforcé dans les zones rurales. En effet, le travail des pharmaciens d'officines est moins propice à l'échange entre professionnels en ville, où il paraît plus tourné sur le versant commercial concurrentiel avec des patients souvent de passage (24).

Formation initiale commune pharmacien-médecin

Le fait d'avoir déjà expérimenté les pratiques collaboratives pendant l'internat et l'externat, était perçu comme pouvant faciliter l'optique d'un travail en commun durant l'exercice professionnel.

En effet, selon l'étude « *Créer des liens* » réalisé en région Provence Alpes Côte d'Azur (25), dans les réseaux de soins informels, aucun des professionnels n'a de vue transversale de la prise en charge du patient du fait la méconnaissance du travail de l'autre.

Une formation initiale ou continue commune entre les médecins généralistes et pharmaciens d'officine devrait aussi aider à une meilleure coopération et une meilleure connaissance du travail de l'autre. Des enseignements aux pratiques collaboratives sont proposés aux étudiants par certaines facultés françaises. Toutefois, sur les 36 facultés de médecine françaises recensées en 2017, un peu moins de la moitié d'entre elles était concernée par ces enseignements (26) .

Modification des pratiques professionnelles

Les pratiques s'orientaient vers l'interprofessionnalité. L'exercice en MSP semblait plébiscité.

La maison de santé pluriprofessionnelle est définie par la Fédération Française des Maisons et Pôles de Santé (FFMPS) comme une structure de soins de premier recours, composée d'au moins deux médecins généralistes et d'un professionnel paramédical.

Fin 2017, 1021 MSP étaient recensées. La Région Auvergne-Rhône-Alpes en compte 153 et poursuit une certaine dynamique avec 23 projets de MSP en cours (27).

Selon une enquête réalisée en Rhône Alpes de 2015, près de 50% des maisons de santé pluriprofessionnelles intégraient au moins un pharmacien (28).

Depuis l'été 2017, le nouvel accord conventionnel interprofessionnel (ACI) a été négocié entre 18 différents syndicats professionnels pour améliorer le cadre de travail de la prise en charge en équipe coordonnée. Cet accord encourage les MSP à proposer une offre de soins diversifiée, notamment avec l'intégration de pharmaciens, grâce à une valorisation financière (29).

Surcharge de travail

La principale limite retrouvée était la surcharge de travail qui ne permettrait pas de rajouter des séances sur les agendas des professionnels.

Un rapport de l'IRDES de 2009 (30) estime que les médecins généraliste libéraux ou avec activité mixte travaillent déjà entre 52 et 60h par semaine. Ce temps inclut l'activité de diagnostic et de soins, la formation continue, les visiteurs médicaux et autres activités (comptabilité, entretien des locaux...). Pour les pharmaciens, le temps passé à l'officine varie entre 44 et 48 heures selon une étude régionale des Hauts-de-France (31).

La programmation de ces séances hors période épidémique semblait être une solution à ce problème d'après les participants. De plus une séance annuelle pour les ordonnances les plus complexes semblait suffisante et serait plus facilement acceptable pour les professionnels (pré entretien).

En Suisse, les cercles de qualité se réunissent de manière trimestrielle (32).

La rémunération

Dans l'hypothèse de la mise en place de cette analyse, la question de la rémunération de ce temps de travail était posée.

Ce frein est soulevé dans différentes études exploratoires, dont une étude qualitative américaine interrogeant des médecins et pharmaciens ayant expérimenté des séances d'analyse d'ordonnance en ambulatoire (33).

En France, plusieurs dispositifs pourraient apporter des solutions à ce problème.

En effet, les rémunérations sur objectif de santé publique (ROSP) prennent en compte l'optimisation et l'efficacité des prescriptions dans l'exercice des médecins généralistes (34).

De plus, les nouveaux modes de rémunération (NMR) encadrés par l'ACI permettent de financer le fonctionnement des maisons de santé selon le calcul d'indicateurs. Les réunions de concertation pluriprofessionnelles et la diversité de l'offre de soins en font partie (29).

Enfin, la nomenclature des actes en médecine générale permet une rémunération « visite longue » pour la coordination des soins autour des patients atteints de maladies neurodégénératives. Elle peut être cotée 3 fois par an depuis novembre 2018.

Nomadisme pharmaceutique, dossier pharmaceutique

Le problème du nomadisme pharmaceutique des patients était mis en évidence.

En effet, le patient n'est pas « fidèle » à la même pharmacie. Le pharmacien n'a donc pas toujours toutes les ordonnances du patient.

Un des freins à la coopération médecin-pharmacien en ambulatoire, retrouvé dans une étude qualitative de 2014 (23), est le fait que les médecins devraient s'entretenir avec plusieurs pharmaciens pour récupérer toutes les informations thérapeutiques de chacun de leurs patients. Avec les difficultés organisationnelles que cela implique.

L'intérêt d'un « pharmacien correspondant » défini systématiquement par le patient peut être soulevé afin d'améliorer le suivi (13).

L'utilisation du dossier pharmaceutique (DP) permet également de pallier à ce fait.

Le dossier pharmaceutique est un outil informatique développé par le Conseil national de l'Ordre des pharmaciens (CNOF) en 2007.

Il permet d'assurer une sécurisation de la dispensation des médicaments en accédant à un historique des traitements achetés (sur ordonnance ou automédication) par tout assuré de l'assurance maladie, dans toutes les pharmacies reliées au réseau (99,9%) sur les 4 derniers mois (35).

Accessible par les pharmaciens d'officine, préparateurs en pharmacie, étudiants en pharmacie dès la 3^{ème} année, il n'est pas encore autorisé aux médecins.

De plus, le dossier médical partagé encore en test dans certains départements, s'il était généralisé, pourrait pallier à la perte d'information liée au nomadisme des patients.

Attentes des professionnels

S'impliquer dans des séances d'analyse de l'ordonnance était perçu par les participants comme un moyen d'améliorer la sécurité du patient.

D'après une revue systématique de la littérature sur la coopération médecin généraliste-pharmacien d'officine menée en 2013 (36), sept essais sur onze concluaient à une amélioration des problèmes de prescription médicamenteuse (jusqu'à 24% des problèmes corrigés).

De plus, ces échanges entre professionnels permettraient d'enrichir leurs connaissances en optimisation thérapeutique et s'intégreraient dans une formation continue.

Les retours des expériences de coopération médecin-pharmacien au sein des équipes de soins primaires canadiennes, ainsi que celles des cercles suisse vont dans ce sens (33, 34).

Modalités organisationnelles

Pour les participants, l'analyse de l'ordonnance lors de réunions dédiées avec sélection des dossiers en amont, serait préférable. Cependant, elles ne devraient pas être trop fréquentes et devraient être programmées sur des périodes creuses.

Cette organisation pourrait se rapprocher de celle des cercles de qualité suisses (37), mise en place depuis la fin des années 90. Ils réunissent, de manière trimestrielle, cinq à quinze médecins de famille et un à trois pharmaciens d'un même réseau. Ces derniers animent la séance.

L'importance d'un coordonnateur de ces séances était mentionnée par les participants de l'étude.

En analysant l'organisation mise en place dans le dispositif d'optimisation thérapeutique de la personne âgée en Haute-Savoie (Annexe 1a) et sur le bassin Grenoblois (Annexe 1b), le rôle d'un ou plusieurs professionnel « moteur » apparaît nécessaire et déterminant.

Connaissances spécifiques dans l'optimisation thérapeutique de la personne âgée

Des connaissances et un savoir-faire particulier dans l'optimisation thérapeutique chez la personne âgée semblaient nécessaires avant de débiter ces séances.

Une formation spécifique dans le cadre de la formation continue pourrait y pallier. Le centre hospitalier Annecy Genevois propose ce type de formation dans sa dynamique de projet d'optimisation thérapeutique chez la personne âgée (Annexe 1). Des formations universitaires portant sur la thérapeutique médicamenteuse chez les personnes âgées, ouvertes aux médecins et aux pharmaciens sont aussi proposées dans certaines universités françaises.

Il était aussi proposé l'intervention d'un professionnel spécialisé.

L'aide ponctuelle d'un spécialiste (médecin gériatre et/ou pharmacien clinicien hospitalier) pourrait être envisagée.

De plus, l'intégration d'un « pharmacien référent » en charge de la gestion du bon usage du médicament, de la sécurisation de la chaîne du médicament et de la vérification des bonnes pratiques de prescription au sein de l'établissement serait une solution (13). Celui-ci devrait être formé spécifiquement en gérontologie.

Enfin, suite au développement de MSP universitaires, il pourrait se discuter l'ouverture de terrains de stage aux internes de pharmacie pour assurer ce rôle, encadrés par les pharmaciens cliniciens de Centres Hospitaliers Universitaires (CHU).

Triade Médecin-Pharmacien-Infirmier

L'infirmier ambulatoire intervenant au domicile du patient semblait être un acteur majeur à intégrer dans ces séances d'analyse.

Dans l'expérience Fribourgeoise (39), réalisée dans les établissements pour personnes âgées dépendantes, la revue des ordonnances par l'équipe médecin-infirmier-pharmacien a permis sur les premières années une diminution de la mortalité de 6,4% sans augmentation des coûts d'hospitalisation.

La coopération de ce trio dans le suivi des patients polyopathologiques est en cours d'évaluation en France (protocole ESPREC : Equipe de Soins de Premier REcours en suivi de Cas complexe) (40).

2. Forces et faiblesses

Caractère original

L'originalité de l'étude résidait dans le fait d'avoir recueilli les opinions des médecins généralistes et des pharmaciens d'officine dans le cadre d'un projet d'évolution des pratiques, sur le pays Voironnais.

Méthodologiquement

L'étude respectait vingt-sept critères sur trente-deux de la grille COREQ (COnsolidated criteria for REporting Qualitative research) (Annexe 10).

Le guide d'entretien a pu être testé sur cinq professionnels différents qui avaient tous une expérience dans l'optimisation thérapeutique de la personne âgée, sur des lieux d'exercice mixtes (ambulatoire ou hospitalier).

Population

L'échantillonnage était réalisé de manière à choisir des participants contrastés sur les facteurs profession, âge, sexe, mode d'exercice.

Biais de recrutement :

L'inclusion des participants pouvait être biaisée par l'annonce du thème. En effet, il est possible que cela ait favorisé la participation des professionnels intéressés par l'idée d'une coopération. Les opinions de ceux ayant refusé ne pouvaient donc pas être explorées.

Tous les pharmaciens contactés ont accepté une prise de rendez-vous. Les médecins généralistes contactés par l'intermédiaire d'une secrétaire médicale ont refusé l'entretien. Il peut être supposé que l'intervention de ces dernières ait joué un rôle dans la réponse de ces médecins.

Recueil des données

Le recueil était réalisé durant la période hivernale, épidémique, durant laquelle les professionnels avaient une charge de travail importante. Ils souhaitaient que l'entretien soit rapide. Le guide d'entretien était donc travaillé dans ce sens.

Les entretiens étant menés avec un canevas semi-dirigé, les réponses pouvaient être orientées. La durée des entretiens était relativement courte (médiane 22minutes) et pouvait entraîner une perte d'informations.

Biais d'investigation :

L'inexpérience des deux investigatrices en recherche qualitative pouvait altérer la qualité de la méthode de recueil (gestion d'un entretien semi dirigé).

Les entretiens étaient répartis entre les deux investigatrices selon les disponibilités de leur emploi du temps respectif.

Biais de désirabilité sociale :

Les propos tenus pouvaient être influencés par le statut de jeune médecin des deux investigatrices. Cela pouvait entraîner une retenue sur les propos dans un souci de « bien répondre », de peur du jugement des pairs ou des autres professionnels.

Pour limiter cet effet, les investigatrices rappelaient régulièrement l'anonymat appliqué.

De plus, il était précisé que l'objectif de l'étude était de recueillir les opinions des professionnels et non d'évaluer leur pratique.

Analyse

Biais d'interprétation :

Les données risquaient d'être analysées de manière subjective, les deux investigatrices étant novices en recherche qualitative et toutes deux motivées pour mettre en place des séances d'optimisation thérapeutique.

Cependant, un codage séparé était réalisé avec mise en commun secondairement pour limiter cette subjectivité. Enfin, une triangulation des données était faite sur les points litigieux.

3. Ouverture

L'exercice en structure interprofessionnelle (MSP, centres de soins ...) pourrait palier certaines problématiques soulevées dans cette étude pour la mise en place de séances communes d'analyse de l'ordonnance des personnes âgées.

Des avantages à cette coopération ayant été exprimés par les professionnels du pays Voironnais, une expérience pourra être tentée sur le futur lieu de travail des investigatrices.

Celle-ci pourrait faire l'objet d'une étude en recherche-action afin d'évaluer les modalités organisationnelles proposées.

De plus il serait intéressant d'inclure les IDE dans cette démarche et de recueillir leurs ressentis sur le sujet.

CONCLUSION

Thèse soutenue par Sarah HERZBERGER et Marjorie THIOT.

Identification des freins et leviers d'une coopération du médecin généraliste et du pharmacien d'officine dans la lutte contre l'iatrogénie médicamenteuse chez les personnes âgées.

Avec le vieillissement de la population, les patients polypathologiques et la polymédication associée augmentent, entraînant des risques iatrogéniques. Les soins ambulatoires évoluent vers l'interprofessionnalité et une meilleure coordination des soins.

Une coopération du médecin généraliste et du pharmacien d'officine semble nécessaire afin d'assurer une sécurité du médicament en ambulatoire, grâce à une analyse commune de l'ordonnance des personnes âgées.

Cette étude cherchait à recueillir les freins et les leviers à sa mise en place. Et plus particulièrement sur le pays Voironnais dans le cadre d'un projet professionnel.

Les médecins généralistes et pharmaciens d'officine du pays Voironnais exprimaient principalement des contraintes organisationnelles (surcharge de travail, rémunération, manque de cadre). La nécessité de connaissances spécifiques était aussi soulevée.

Cependant, des relations de qualité entre ces acteurs et l'exercice actuel dans une dynamique interprofessionnelle apparaissaient comme leviers dans cette démarche.

Ils étaient aussi motivés par les avantages qu'apporterait cette analyse aussi bien pour le patient que pour eux même (apports de connaissances, valorisation du métier, uniformisation des pratiques...).

L'identification de ces facteurs permettra de proposer des solutions pour une expérience de mise en place de séances d'analyse.

Une recherche - action pourrait être initiée par la suite avec les modalités proposées.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Grenoble, le : 18/05/2018

**LE DOYEN
DE L'UFR DE MÉDECINE**

Doyen de l'UFR de Médecine

Pr. Patrice MORAND
Pr. Patrice MORAND

**LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE
JURY DE MÉDECINE**

CHU de Grenoble
Pôle Pluridisciplinaire de Médecine
Médecine Gériatrique
Professeur Gaëtan GAVAZZI
RPPS 10003456224
Pr. Gaëtan GAVAZZI

BIBLIOGRAPHIE

1. Évolution de la population – Bilan démographique 2017 | Insee [Internet]. [cité 22 avr 2018]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1892117?sommaire=1912926#titre-bloc-9>
2. BDSP - Glossaire Européen en Santé Publique [Internet]. [cité 22 avr 2018]. Disponible sur: <http://asp.bdsp.ehesp.fr/Glossaire/>
3. Collège National des Enseignants en Gériatrie. Gériatrie. 3°. Elsevier Masson; 2014.
4. note_methodologique_polyopathie_de_la_personne_agee.pdf [Internet]. [cité 22 avr 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-04/note_methodologique_polyopathie_de_la_personne_agee.pdf
5. OMS | Maladies chroniques [Internet]. WHO. [cité 16 févr 2018]. Disponible sur: http://www.who.int/topics/chronic_diseases/fr/
6. Monégat M, Sermet C, Perronnin M, Rococo E. La polymédication: définition, mesures et enjeux. Revue de littérature et test de mesure. [Internet]. IRDES; 2014. Disponible sur: <http://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/204-la-polymedication-definitions-mesures-et-enjeux.pdf>
7. Pr.LEGRAIN S. Consommation Médicamenteuse chez le sujet Agé- Consommation, Prescription, Iatrogénie et Observance. HAS; 2005.
8. Cour des comptes. Rapport annuel au parlement sur la sécurité sociale septembre 2003 [Internet]. Disponible sur: <http://ccomptes.fr/Cour-des-comptes/publications/rapports/secu2003/introduction.htm>
9. dictionnaire_sfpc_em.pdf [Internet]. [cité 16 févr 2018]. Disponible sur: http://www.optimiz-sih-circ-med.fr/documents/dictionnaire_sfpc_em.pdf
10. Michel P, Lathelize M, Quenon J-L, Bru-Sonnet R, Domecq S, Kret M. Comparaison des deux Enquêtes Nationales sur les Evènements Indésirables graves associés aux Soins menées en 2004 et 2009. Bordeaux: Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques. Ministère de la Santé et des Sports; 2011.
11. Michel P, Quenon J-L, Djihoud A, Bru-Sonnet R. Les Evènements Indésirables liés aux soins extra-hospitaliers : fréquence et analyse approfondie des causes [Internet]. Bordeaux: Comité de coordination de l'évaluation clinique et de la qualité en Aquitaine; 2009. Disponible sur: http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_EVISAfinal_17aout09.pdf
12. Bedouch P, Bardet J-D, Calop J, Allenet B. L'iatrogénèse médicamenteuse : quels enjeux pour la pharmacie clinique ? In: Pharmacie Clinique et thérapeutique. 4ème. Calop J, Limat S, Fernandez C, Aulagner G, Association Nationale des Enseignants de Pharmacie Clinique,; 2012. p. 9-21.
13. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. 2009-879 juill 21, 2009.

14. LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. 2016-41 janv 26, 2016.
15. COOPERATION : Définition de COOPERATION [Internet]. [cité 16 févr 2018]. Disponible sur: <http://www.cnrtl.fr/definition/cooperation>
16. protocole_de_cooperation_fiche_technique_2013_01_31.pdf [Internet]. [cité 16 févr 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-02/protocole_de_cooperation_fiche_technique_2013_01_31.pdf
17. COLLABORATION : Définition de COLLABORATION [Internet]. [cité 16 févr 2018]. Disponible sur: <http://www.cnrtl.fr/definition/collaboration>
18. Kivits J, Balard F, Fournier C, Winance M. Les recherches qualitatives en santé. Armand Colin. Dunod Editeur; 2016. 329 p. (U).
19. Dossier complet – Département de l'Isère (38) | Insee [Internet]. [cité 25 févr 2018]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2011101?geo=DEP-38>
20. Lejeune C. Manuel d'analyse qualitative. Analyser sans compter ni classer. De Boeck Supérieur; 2014. 149 p.
21. Atlas_démographie_des_médecins_généralistes_V2 - C&D Online [Internet]. [cité 26 avr 2018]. Disponible sur: <https://cdonline.articque.com/share/display/40e989e6ae71814e8527d728dc978feb95b7af7>
22. McDonough R, Doucette W. Dynamics of pharmaceutical care: developing collaborative working relationships between pharmacists and physicians. J Am Pharm Assoc (2001). (41):682-92.
23. 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 d'exercice. Diplôme d'Etat de docteur en pharmacie.]. [Nancy]: de Lorraine; 2014.
24. Prescription_et_place_du_medicament_dans_relation_medecin_patient_pharmacien__CNP_2012.pdf [Internet]. [cité 4 nov 2017]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/Prescription_et_place_du_medicament_dans_relation_medecin_patient_pharmacien__CNP_2012.pdf
25. Sarradon-Eck A, Vega A, Faure M, Humbert-Gaudart A, Lustman M. Créer des liens : les relations soignants–soignants dans les réseaux de soins informels. /data/revues/03987620/005604SS/08002903/ [Internet]. 22 août 2008 [cité 15 avr 2018]; Disponible sur: <http://www.em-consulte.com/en/article/181211#N10346>
26. Tyrant J. Etat des lieux des formations initiales interprofessionnelles aux pratiques collaboratives à destination des étudiants en profession de santé et des méthodes pédagogiques associées en France en 2017 [Mémoire]. [Grenoble]: Université Grenoble Alpes; 2017.
27. 1021 maisons de santé en fonctionnement. Esop. avr 2018;(8):21.

28. BOYAU D. La place du pharmacien au sein des maisons et pôles de santé pluriprofessionnels - les attentes des médecins généralistes [titre de docteur en pharmacie]. [Grenoble]: Université Joseph fourier; 2015.
29. Vayssette P. ACI : une avancée majeure pour les équipes. juill 2017;(5):8-10.
30. Le Fur P, Bourgueil Y, Cases C. Le temps de travail des médecins généralistes. Une synthèse des données disponibles. [Internet]. Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé; 2009 juill p. 8. Report No.: 144. Disponible sur: www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes144.pdf
31. Ghesquière L. Le Burn out en pharmacie d'officine. Etude statistique dans la région des Hauts de France [Doctorat en Pharmacie]. [Lille]: Lille 2; 2017.
32. Bugnon O, Jotterand S, Niquille A. Cercles de qualité médecins- pharmaciens, pour une responsabilité partagée de la liberté de prescription. Rev Médicale Suisse. 2012;6.
33. Howard M, Trim K, Woodward C, Dolovich L, Sellors C, Kaczorowski J, et al. Collaboration between community pharmacists and family physicians: lessons learned from the Seniors Medication Assessment Research Trial. J Am Pharm Assoc JAPhA. oct 2003;43(5):566-72.
34. CNAM_- _Dossier_de_presse_Rosp_2017_-_25_Avril_2018.pdf [Internet]. [cité 1 mai 2018]. Disponible sur: [https://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/CNAM_- _Dossier_de_presse_Rosp_2017_-_25_Avril_2018.pdf](https://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/CNAM_-_Dossier_de_presse_Rosp_2017_-_25_Avril_2018.pdf)
35. Qu'est-ce que le DP ? - Le Dossier Pharmaceutique - Ordre National des Pharmaciens [Internet]. [cité 12 oct 2017]. Disponible sur: <http://www.ordre.pharmacien.fr/Le-Dossier-Pharmaceutique/Qu-est-ce-que-le-DP>
36. 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, Cooperation between general practitioners and pharmacists: a systematic review. Santé Publique. 6 août 2013;25(3):331-41.
37. Bugnon O, Jotterand S, Niquille Charrière A, Ruggli M, Herzig L. [Physicians-pharmacists quality circles: shared responsibility of the freedom of prescription]. Rev Med Suisse. 16 mai 2012;8(341):1042, 1044-8.
38. Pottie K, Farrell B, Haydt S, Dolovich L, Sellors C, Kennie N, et al. Integrating pharmacists into family practice teams: physicians' perspectives on collaborative care. Can Fam Physician Med Fam Can. déc 2008;54(12):1714-1717.e5.
39. Prescrire. Pharmaciens: un rôle important en établissements pour personnes âgées, en Suisse. Rev Prescrire. janv 2018;38(411):63-6.
40. 11_ESPREC_description.pdf [Internet]. [cité 4 nov 2017]. Disponible sur: http://www.lecmg.fr/livreblanc/docs/11_ESPREC_description.pdf

ANNEXES

ANNEXE 1a : ENTRETIEN D'EXPERT

DISPOSITIF D'OPTIMISATION DES PRESCRIPTIONS CHEZ LA PERSONNE AGE

Centre Hospitalier Annecy Genevois

12/12/2017

Entretien Emeline PINEAU-BLONDEL (pharmacienne CHANGE)
et Anne-Laure BETEGNIE (pharmacienne CHANGE)

Depuis 2012, le Dr Emeline PINEAU-BLONDEL avait initié une démarche à Aix les Bains puis à Annecy.

Il s'agit d'une démarche d'optimisation médicamenteuse du sujet âgé mise en place sur le secteur sanitaire (plusieurs hôpitaux du département), et sur le secteur médicosocial (38 EHPAD (Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes) intégrées) de la filière gériatrique.

On travaille sur le circuit du médicament qui commence par la prescription, puis la dispensation par le pharmacien d'officine, et enfin la préparation et de l'administration des traitements.

Démarche Hospitalière :

Initialement nous avons réalisé un état des lieux des prescriptions sur le secteur sanitaire et médico-social grâce à une grille d'audit, construite par un comité scientifique sur des bases bibliographiques solides.

Puis, après présentation des résultats, nous avons proposé des axes d'amélioration.

La relecture d'ordonnance dans les différents services du centre hospitalier est une de nos interventions, toujours en cours. Cette relecture se fait en binôme pharmacien-médecin gériatre et dure environ 30 minutes par patients. Le médecin généraliste n'est pas présent lors de cette réunion, il est contacté auparavant par l'interne pour avoir son accord sur la séance. Nos conclusions lui sont transmises par la suite.

Notre deuxième tour d'audit a montré une bonne évolution de nos résultats notamment sur les médicaments inappropriés.

Démarche sur le secteur médico-social :

La démarche est similaire dans les EHPAD, à la différence que nous travaillons main dans la main avec les médecins généralistes.

Le programme a été construit avec un comité de pilotage qui inclut les URPS (Union Régional des Professionnels de Santé) médecins et le conseil de l'ordre du département des médecins pour mieux s'adapter à leurs besoins.

Il y a deux axes de travail majeur avec les médecins sur la prescription :

La première est une réunion de sensibilisation, à l'EHPAD, animée par un pharmacien clinicien et un gériatre. Nous leur présentons notre outil (livret d'optimisation médicamenteuse du sujet âgé), autour de cas cliniques pour que son utilisation soit plus facile par la suite. Ce n'est pas un cours mais une première « accroche » pour un travail en collaboration.

Tous les médecins généralistes, intervenant à l'EHPAD concernée, sont invités par le médecin coordonnateur de l'EHPAD à participer à cette réunion.

Puis s'ils sont intéressés, on propose des relectures d'ordonnances durant lesquelles le médecin traitant propose ses ordonnances, présente ses patients. Il y a une discussion pluridisciplinaire. Mais il garde toujours la main sur ses prescriptions. Pour l'instant ces séances sont plutôt bien accueillies.

Nous invitons aussi le pharmacien d'officine qui approvisionne l'EHPAD. Pour eux c'est une véritable plus-value, car leur rôle est souvent sous-estimé, limité à la livraison de stock. Leur compétence d'analyse de l'ordonnance est oubliée. Pour l'instant nous avons de bons retours de leur part, ces séances valorisent leur travail.

C'est intéressant quand il y a d'autres MG parce qu'ils échangent aussi entre eux sur leurs résidents.

L'objectif n'est pas de faire la quantité d'ordonnances mais de sensibiliser à cette démarche qu'ils pourront reproduire au cabinet au cabinet sans que ça soit chronophage.

On propose aussi des formations DPC (Développement Professionnel Continu), dont le CHANGE a l'agrément. Le binôme pharmacien-gériatre intervient dans l'EHPAD sous forme de quatre soirées sur la problématique de l'iatrogénie médicamenteuse. Sous forme de cas cliniques. Deux des soirées sont axées sur la cardio-gériatrie et la psycho-gériatrie.

Cette démarche est en phase de déploiement. Annecy est coordonnateur et le travail se développe sur d'autres secteurs notamment dans le Nord de la Haute Savoie (Thonon, Sallanches, Annemasse) et on travaille maintenant avec le CHU de Grenoble.

Perspectives sur l'extension en ambulatoire hors structures :

Il faut que de plus en plus de relectures d'ordonnance soient faites.

Mais la formation en amont est importante car tous les professionnels ne sont pas formés à la problématique gériatrique. Les soirées initiales nécessitent ensuite une formation continue. Il faut aussi une méthode et un travail d'échange. Si chacun travaille séparément, le résultat sera limité.

Les relectures d'ordonnance sont souvent plus appropriées car on travaille en pluridisciplinaire. L'infirmier va repérer les difficultés de prise, le pharmacien proposer une autre galénique et le médecin envisager les modifications par exemple.

De notre connaissance il n'existe pas de démarche de ce type hors structures de soin.

Car il existe le **problème de la rémunération**. Pour les médecins généralistes, nos réunions à l'EHPAD peuvent être cotées comme visite longue ...

Il faut des **professionnels motivés** pour prouver l'utilité de ces démarches afin de justifier d'une rémunération.

On parle du bilan de médication fait à l'officine en expérimentation.

La communication entre professionnels est aussi primordiale. Certains médecins hospitaliers peuvent montrer une différence hiérarchique, et ont une image de « donneurs de leçons ». L'important est de travailler main dans la main car chacun a à apporter à l'autre.

Modalités de formations :

Les formations sont gérées par le Dr Pineau et le Dr Betegnié. Il faut s'adresser à la cellule de communication de l'hôpital qui gère les inscriptions. On a des fiches de présentation des formations.

Les outils sont distribués à l'occasion de ces formations.

FIN

ANNEXE 1b : ENTRETIEN D'EXPERT

OPTIMISATION DE PRESCRIPTION CHEZ LA PERSONNE AGE

Prudence Gibert (Pharmacienne clinicienne CHU Grenoble)

22/12/2017

1) Optimisation thérapeutique chez la personne âgée au sein du C.H.U :

Des audits sont régulièrement réalisés au sein de différents services du C.H.U. de Grenoble par l'équipe du Dr. Gibert afin d'identifier les unités de soins où l'intervention pharmaceutique serait la plus pertinente.

Des internes de pharmacie, en stage dans certains services, réalisent des revues d'ordonnance. Encadrés par des séniors pharmaciens, ils assurent une mission de lutte contre l'iatrogénie médicamenteuse chez les personnes âgées au sein des unités de soins :

Une **conciliation médicamenteuse d'entrée**, recherchant toutes les thérapeutiques prises (prescription par différents médecins, automédication etc...), est réalisée pour chaque patient. Des entretiens pharmaceutiques avec ces derniers sont aussi réalisés. Ces résultats sont ensuite comparés aux prescriptions réalisées dans l'unité de soins afin de discuter avec le médecin en charge du patient des différences intentionnelles ou non retrouvées.

Une **conciliation médicamenteuse de sortie** est aussi réalisée, comparant les traitements d'entrée et de sortie afin de sécuriser cette dernière.

Un bilan de sortie est enfin transmis directement via la messagerie sécurisée du SISRA au pharmacien d'officine qui est un des premiers professionnel de santé rencontré par le patient à sa sortie d'hospitalisation.

2) Projet d'optimisation thérapeutique en extrahospitalier au sein des

E.H.P.A.D

La démarche d'optimisation thérapeutique, initiée en Haute- Savoie (*Annexe 1a*), est en cours de déploiement en extrahospitalier sur la filière gériatrique du bassin Sud-Isère au sein des EHPAD depuis mai 2017.

Quarante-huit EHPAD ont été inclus, localisés du Touvet jusqu'à Corp et la plupart sur l'agglomération Grenobloise. Cette démarche est globalement bien accueillie et 10 EHPAD ont déjà été recrutées.

La coordination de cette démarche sur le bassin Grenoblois est facilitée par le financement d'un poste de pharmacien en temps plein par l'Agence Régionale de Santé.

Deux axes ont été déterminés dans cette démarche : la mise en place d'interventions sur le circuit même du médicament et un versant qualitatif avec des séances de formation et d'accompagnement à l'analyse pluridisciplinaire de l'ordonnance.

FIN

ANNEXE 2a : GUIDE INITIAL

Présentation de l'étude : prévention de l'iatrogénie chez la personne âgée.

<i>Age</i>	
<i>Sexe</i>	
<i>Profession</i>	
<i>Lieu d'exercice</i>	
<i>Type d'installation (seul, en groupe)</i>	
<i>Depuis combien de temps ?</i>	
<i>Appartenez-vous à une équipe pluri professionnelle (MSP, Pôle de santé ...)</i>	

1°. Quel a été votre dernier contact avec le PO /MG ?

2° Quelle(s) expérience(s) de travail en commun PO /MG avez-vous déjà eu ?

3° ? Racontez !

4° Participeriez-vous à une analyse des ordonnances complexes en particulier celles des personnes de plus de 75ans, avec d'autres professionnels de santé ? Pourquoi ?

5° Comment vous organiseriez vous pour le faire ?

ANNEXE 2b : GUIDE FINAL

1° Comment qualifieriez-vous vos relations avec les PO /MG ?

Quel a été votre dernier contact avec le PO /MG ?

Pour quelles raisons êtes-vous amené à contacter le PO ou le MG ?

A quelle fréquence avez-vous des contactent ?

Comment les contactez-vous ?

Est-ce qu'inversement, eux vous contact ?

2° Quels projets de santé avez-vous déjà eu en commun avec le(s) PO/MG ?

Avez-vous eu des propositions ? Avez-vous eu connaissance de projets de ce type ?

3° Quelle communication MG-PO y a t' il autour de l'ordonnance des patients ?

Sous quelle forme (téléphone ? mails ? face à face ?)

Pour quelle(s) raisons ?

Sont-ils constructifs ?

Quel est votre ressenti au moment de ces échanges ?

4° En tant que MT /PO, que représente pour le vous le terme de polymédication, que mettriez-vous dans cette définition, au regard de votre pratique quotidienne ?

Pendant notre internat au CHU de Grenoble, un système de coopération médecin hospitalier et pharmacien clinicien était mis en place. L'instauration de la pharmacie clinique dans les centres hospitaliers a permis une véritable « assurance qualité » du circuit du médicament. Le pharmacien clinicien intervient à différents moments : participation aux visites, analyse des prescriptions médicamenteuses et propositions. En Haute Savoie, un dispositif d'optimisation des prescriptions est mis en place en EHPAD avec relecture d'ordonnances complexes suite à une formation. Cette démarche réunie les médecins traitants et le PO approvisionnant l'EHPAD, proposée par le médecin coordonnateur. Ces séances sont encadrées par un gériatre hospitalier et un pharmacien clinicien hospitalier.

4° Que pensez-vous de participer à une analyse commune des ordonnances en particulier celles des personnes de plus de 75 ans, avec d'autres professionnels de santé en soins primaires?

Pourquoi ? L'avez-vous déjà fait ?

Qu'est-ce qui vous en empêcherait ? Voyez-vous des obstacles à une telle coopération ?

Y voyez-vous un intérêt ?

5° Comment vous organiseriez vous pour le faire ?

Avec qui le feriez-vous ?

Où ? à quel endroit ? quand ? à quelle fréquence ?

6° Avez-vous des choses à rajouter ? des remarques à faire ?

Données sociodémographiques

<i>Age</i>	
<i>Sexe</i>	
<i>Profession</i>	
<i>Lieu d'exercice</i>	
<i>Type d'installation (seul, en groupe)</i>	
<i>Depuis combien de temps ?</i>	
<i>Appartenez-vous à une équipe pluri professionnelle (MSP, Pôle de santé ...)</i>	
<i>Accueillez-vous des étudiants ?</i>	
<i>Etes-vous informatisés ? Utilisez-vous un logiciel de prescription (MT) ? Avez-vous le DMP ?</i>	

ANNEXE 3 : CARTE DU PAYS VOIRONNAIS



<http://www.paysvoironnais.com/nous-connaitre/le-territoire-312.html>

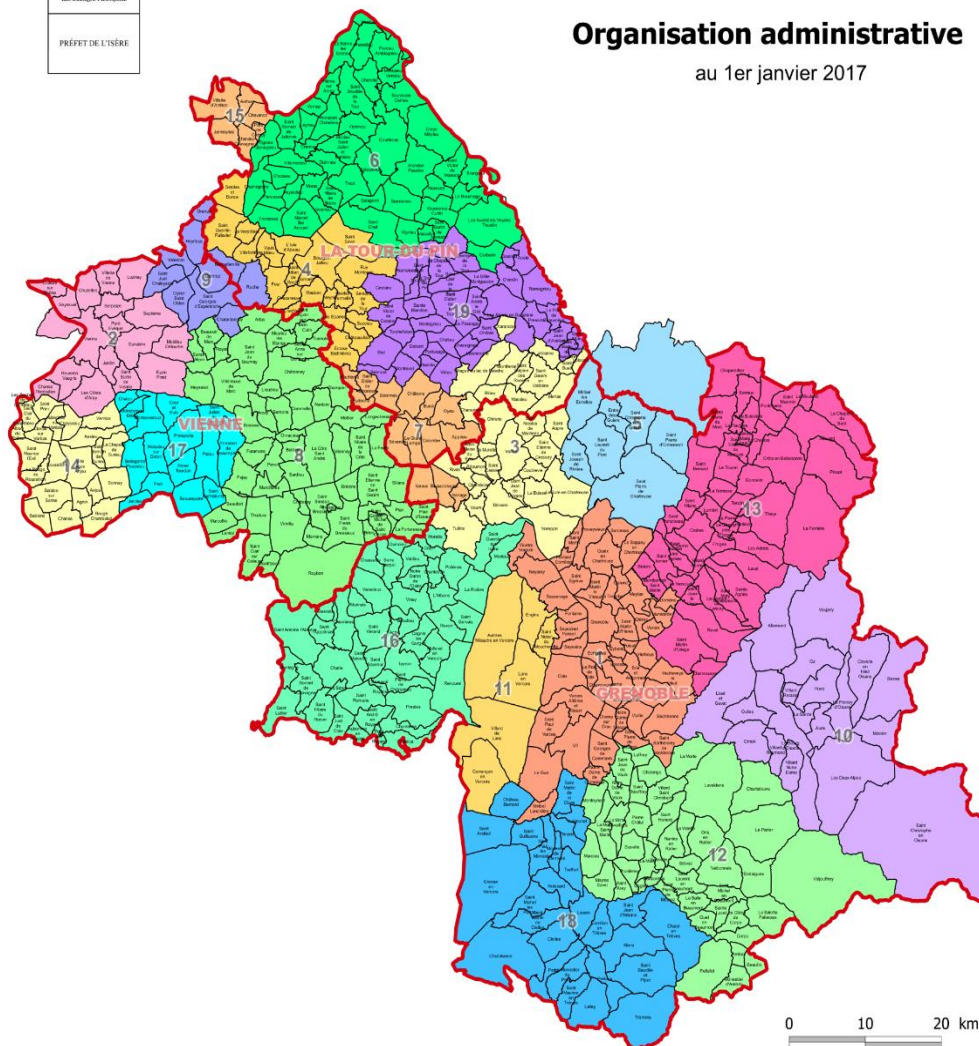
ANNEXE 4 : CARTE DE L'ISERE



Département de l'Isère

Organisation administrative

au 1er janvier 2017



ARRONDISSEMENTS

Communes (521)

Intercommunalités :

1 - Métropole Grenoble-Alpes Métropole

2 - CA du Pays Viennois (ViennAgglo)

3 - CA du Pays Voironnais

4 - CA Porte de l'Isère (CAPI)

5 - CC Coeur de Chartreuse

6 - CC Les Balcons du Dauphiné

7 - CC de Bièvre Est

8 - CC Bièvre Isère

9 - CC des Collines du Nord Dauphiné

10 - CC de l'Oisans

11 - CC du Massif du Vercors

12 - CC Matheysine, Pays de Corps & Vallées Valbonnais

13 - CC du Pays du Grésivaudan

14 - CC du Pays Roussillonnais

15 - CC Lyon Saint-Exupéry en Dauphiné (LYSED)

16 - CC du Sud Grésivaudan

17 - CC du Territoire de Beaurepaire

18 - CC du Trièves

19 - CC Les vals du Dauphiné

Source : Préfecture de l'Isère
 Direction Départementale des Territoires/SAET/SIGeD
 © IGN BD Topo
 Protocole MEDDTL-MAAPRAT-IGN du 24 octobre 2011
 Le 21 décembre 2016

<http://www.isere.gouv.fr/Publications/Observatoire-des-territoires/Atlas/Contexte-local/Organisation/Organisation-administrative-2017>

ANNEXE 5 : INFORMATIONS DONNEES AUX PARTICIPANTS

Coopération médecin généraliste-pharmacien d'officine Dans la lutte contre l'iatrogénie médicamenteuse.

Nous sommes interne et remplaçante en médecine générale.

Nous travaillons actuellement sur un projet de thèse dont l'objectif est d'analyser les freins et les leviers des médecins généralistes et pharmaciens d'officines, à une coopération pour l'analyse interprofessionnelle des ordonnances des personnes âgées de plus de 75 ans sur le pays Voironnais.

La population française est vieillissante et le nombre de maladies chroniques augmente. La polymédication chez ces patients fragiles est fréquente et souvent à risque d'iatrogénie médicamenteuse.

Notre travail s'appuie sur la loi HPST de 2009, qui définit de nouvelles missions pour le pharmacien d'officine, et s'inspire du travail mis en place au CHU de Grenoble par les pharmaciens cliniciens.

Nous recherchons les freins et les leviers des médecins généralistes et des pharmaciens d'officines à réaliser une coopération en ambulatoire, afin de prévenir la iatrogénie médicamenteuse chez la personne âgée.

Pour cela nous réalisons des entretiens de ces deux professionnels de santé dans certaines communes du pays Voironnais, sur rendez-vous.

La durée d'un entretien est d'une vingtaine de minutes. Aucune réponse n'est obligatoire.

Ces entretiens seront enregistrés, retranscrits, anonymisés et sauvegardés sur deux disques durs.

Nous avons choisi le pays Voironnais, car Sarah projette de s'y installer et Marjorie y a effectué plusieurs stages.

Une autorisation a été déposée au Correspondant Informatique et Liberté pour le stockage et l'utilisation des données.

La retranscription de votre entretien vous sera envoyée par la suite. Vous pourrez le modifier ou en demander la suppression à tout moment.

Si vous le désirez, nous pourrions vous envoyer l'ensemble de notre travail de recherche une fois ce dernier achevé. Il sera accessible à la bibliothèque universitaire de la faculté de médecine-pharmacie de Grenoble.

En vous remerciant par avance de votre aide pour notre travail.

Mme Sarah HERZBERGER et Mme Marjorie THIOT
Tel : xx.xx.xx.xx.xx et xx.xx.xx.xx.xx
Mail : xxx et xxx

ANNEXE 6 : VERBATIM

ENTRETIEN E1 20/12/2017

- 1 Conditions d'entretien : en fin de matinée
2 après les consultations, un peu pressé car
3 mauvaise nouvelle dans son entourage
4 proche. Dans son cabinet. Lui à sa place de
5 médecin, le chercheur (SH) à la place du
6 patient.
- 7 Durée : 20min
- 8 Ressentiments : Un peu pressé (contexte
9 familial). Il se détache petit à petit des
10 préoccupations professionnelles (pense
11 prendre sa retraite bientôt). Mais intéressé
12 par le sujet. Calme.
- 13 1^{er} entretien pour l'interviewer,
14 Présentation de l'enquête
- 15 Présentation de l'enquêteur
- 16 Début d'entretien :
- 17 *- Pour le moment, vos relations avec le*
18 *pharmacien comment vous les décriez ?*
- 19 *-Actuellement, euh (soupir), elles sont*
20 *relativement limitées aux coups de téléphone*
21 *euh... Mumm*
- 22 (Blanc) ...
- 23 Je dirais que globalement, c'est les
24 pharmaciens qui nous appellent souvent pour
25 nous dire que telle spécialité est en rupture
26 de stock, (rire), Ça, ça arrive tout le temps.
27 Ou alors, éventuellement, leur logiciel à eux,
28 il clignote effectivement énormément à
29 chaque fois qu'il y a des problèmes inter
30 médicamenteux- que nous on connaît et
31 qu'on laisse passer- mais qu'eux ils ne
32 laissent pas passer. Donc ils sont obligés
33 d'intervenir. Et, pour faire bien leur boulot ils
34 me téléphonent : « Ah ben, vous avez donné
35 du Rulid mais elle prend aussi de la
36 Flécaïne.Tout ça, est ce qu'il faut faire
37 attention, tout ça... » Voilà, c'est ça les
38 rapports essentiellement avec les
39 pharmaciens.
- 40 *- Donc, c'est par téléphone alors ? Pas trop*
41 *par mail*
- 42 *-Ben, par mail, jamais non, non jamais.*
- 43 *- C'est fréquent ?*
- 44 *-Ce genre d'appel ? Euh, alors.Oui ! Je dirais*
45 *que les appels les plus fréquents, ça va être*
46 *le pharmacien qui justement ne possède pas*
47 *le produit qu'on a prescrit et qui est en rupture*
48 *de stock, mais s'il y a des produits analogues*
49 *à côté, donc, il va nous demander*
50 *l'autorisation de prescrire ceci à la place de*
51 *cela quoi. Voilà.*
- 52 *- Ok.*
- 53 *- Donc en général on dit oui bien sûr.*
- 54 *- Oui d'accord...*
- 55 *-Ca peut être du Maxident à la place du*
56 *Sterdex ou le contraire, enfin des choses*
57 *comme ça. (Pause) Mais le pharmacien,*
58 *enfin la plupart des pharmaciens, il demande*
59 *quand même la permission (insiste sur le*
60 *mot) de modifier l'ordonnance. Car ils n'ont à*
61 *priori pas le droit de modifier l'ordonnance,*
62 *donc, ils nous demandent la permission. Ils*
63 *peuvent quand même, donc, rajouter de leur*
64 *main sur l'ordonnance, avec l'accord du*
65 *médecin, la modification.*
- 66 *- D'accord.*
- 67 *- Des fois on fait des petites bêtises aussi. On*
68 *peut prescrire, au lieu d'Amlor 5, on met du*
69 *10, donc euh, « Ah ! ben le mois dernier,*
70 *vous aviez donné du 5 .Est ce que c'est une*
71 *erreur ? » « Ah ben oui, non, c'est une erreur,*
72 *donnez-lui le 5 » ... Mais tout ça, se fait par*
73 *téléphone, pas par mail, pas par sms encore.*
74 *D'ailleurs ici à (anonymisation de la ville) on*
75 *n'a pas les mails des pharmaciens...(blanc)*
- 76 *-Et euh, il y a déjà eu des projets en commun,*
77 *non ? médecin pharmacien auquel vous avez*
78 *participé ou dont tu as entendu parler ?*
- 79 *-Ici ? Non, non rien du tout.*
- 80 *-Euh, donc la communication autour de*
81 *l'ordonnance c'est principalement ça, autours*
82 *des interactions.*
- 83 *- Oui, voilà, des erreurs de l'un ou de l'autre.*
84 *Des interactions qu'on a pas vues ou qui sont*
85 *signalées par le logiciel du pharmacien, qui*
86 *préfère prendre connaissance de la réalité du*
87 *produit ou pas. Moi une fois ou deux, c'est*

1 arrivé, qu'effectivement, ça permette de
2 dire : « Ah ben tiens, donnez pas ça et
3 donnez plutôt ça. » Pour éviter d'avoir
4 d'éventuels problèmes. Donc euh, chacun
5 fait son travail dans son coin et puis par
6 téléphone on se met d'accord.

7 *-D'accord, donc vous ne vous rencontrez
8 pas ?*

9 - Ah non, non, non (catégorique)

10 *-Et pour vous la polymédication qu'est-ce que
11 ça représente ? Est-ce que c'est un
12 problème ?*

13 - La polymédication, c'est un gros problème.
14 Pour les personnes âgées avant tout. Enfin,
15 pour tout le monde en général. Mais avant
16 tout, c'est un vrai problème. Je trouve que ça
17 s'améliore. Dans les années 80, il y avait un
18 symptôme et les laboratoires sortaient un
19 médicament pour le symptôme. Donc, on a
20 prescrit des médicaments quasiment inutiles
21 hein, il faut le reconnaître, qui se
22 mélangeaient à certains médicaments utiles.
23 Ce qui fait que ça rallongeait la liste de
24 l'ordonnance. Aujourd'hui, je pense qu'il y a
25 encore des gens qui sont polymédiqués. Par
26 exemple un post infarctus, il va avoir 6 à 7
27 médicaments mais quand tu regardes la liste,
28 tu ne peux pas en retirer un seul. Alors c'est
29 vrai que si avec ça ils prennent... Et puis on
30 fait beaucoup plus attention aux interactions,
31 diabète, et ne pas donner d'anti
32 inflammatoires enfin des choses comme ça
33 donc, euh, on abaisse la polymédication.

34 Je pense que ça va être facile, surtout vous,
35 la jeune génération, vous ferez encore mieux
36 que nous c'est évident.... (Hésitant)

37 Par contre. Euh, ce qui fiche un peu la
38 guigne, c'est euh, l'histoire des génériques,
39 quoi.

40 Vis-à-vis des personnes âgées qui veulent
41 continuer à gérer leur petit truc, et qui se
42 retrouvent un jour avec le générique
43 tartempion qui est de couleur machin et puis
44 le lendemain l'autre générique dont ils ne
45 savent pas le nom et tout. Si l'infirmière
46 n'intervient pas à ce moment-là pour préparer
47 le semainier ça peut être catastrophique.

48 Mais ça, ce n'est pas un rapport direct avec
49 les pharmaciens hein.

50

51 *- C'est pas grave, ça en fait partie*

52 -Sauf que le pharmacien il est tenu par la
53 sécurité sociale en principe, de se faire livrer
54 toujours les mêmes génériques pour une
55 pharmacie donnée

56 *- D'accord, ah ! C'est un accord qu'ils
57 passent... (coupée)*

58 - Je crois que c'est un accord comme ça. En
59 théorie. Ceci étant, euh... bien souvent les
60 laboratoires débarquent chez le pharmacien
61 pendant 3 mois, 6 mois... (sourire) : « Ben, si
62 vous acheté 10 boîtes de pilule tartempion,
63 ben, je vous en donne 2 gratuites ». C'est
64 comme ça que ça marche. Et donc, euh, au
65 bout d'un certain temps ! ... peut être que
66 ben, ça y est, le pharmacien, il est
67 accroché. Donc, le pharmacien il va aller
68 chercher ailleurs. Et ça, en théorie il n'a pas
69 le droit. Enfin, il n'a pas le droit... (se reprend)
70 Il n'a pas à faire ça, parce que justement, il
71 va donner à ses patients fidèles, il va leur
72 donner des médicaments différents. Alors
73 qu'il pourrait continuer à commander ceux
74 d'avant, qui sont tous des génériques...

75 *-Vous avez déjà eu ce cas-là ? Ils ne font pas
76 attention dans le coin à donner les mêmes
77 choses ?*

78 - Ça arrive de temps en temps. Non, en
79 général, en général hein, il ne faut pas ... un
80 patient qui va toujours à la même pharmacie,
81 il aura toujours le même générique, sauf
82 exception hein. Il y a aussi des tas de
83 génériques qui s'arrêtent aussi. Parce que,
84 hein, quand un produit est générique, tu as
85 vu la liste hein... Tu as dix, quinze
86 génériques différents, alors au bout d'un
87 certain temps, les usines ne fabriquent plus.
88 Donc, nous on voit « médicament supprimé »
89 donc on prescrit autre chose. Quand NOUS
90 (insiste) on prescrit des génériques on se fout
91 pas mal du labo parce qu'on sait que le
92 pharmacien derrière il va donner, en principe,
93 le même à chaque fois. Mais il y a des fois où
94 c'est pas le cas... (blanc). Voilà

95 *- Et là, dans peut être le projet d'élargir un
96 peu la pharmacie clinique, c'est la pharmacie
97 clinique qui se développe à l'hôpital...*

98 - Ouais ! (À l'écoute)

99 *-Donc, qui intervient comme ça dans les
100 visites des services, qui donne des conseils
101 sur les ordonnances Est ce que vous ça vous
102 intéresserait de participer à ses analyses
103 communes de l'ordonnance avec les
104 pharmaciens d'officine?*

105 - (Blanc) hum, Alors c'est TOUJOURS
106 (insiste) intéressant de faire mieux hum
107 ...Bon, eu égard que je suis plutôt vers la fin,
108 je pense que ça va être hyper chronophage
109 et qu'on a quand même besoin de temps

1 pour s'occuper de nos patients et de les
2 examiner. Donc, ça va être encore un truc en
3 plus qui va prendre du temps. Parce que s'il
4 faut discuter avec le pharmacien, ça ne va
5 pas être 30secondes. Si on prend une
6 ordonnance et qu'on en discute, on en a bien
7 pour 5 ou 10 minutes. Où est ce qu'on va
8 dégager ce temps-là ? Qui va nous payer
9 pour ça ? etc... Et s'il y a une épidémie de
10 grippe, qu'ils attendent tous dans le couloir
11 qu'on les soigne parce qu'ils sont malades...
12 Voilà c'est le problème...c'est sûrement une
13 très, très bonne idée dans la théorie. Mais
14 dans la pratique, j'ai peur que ça soit très
15 chronophage et que ça pose des soucis au
16 médecin voir au pharmacien. Je ne sais pas
17 si tous les pharmaciens accepteront de
18 passer une partie de leur journée à contrôler
19 toutes les ordonnances avec les médecins.

20 *-Donc il faut trouver une organisation...*

21 - Oui, une organisation tout à fait particulière.
22 Je pense que d'un côté il faudrait un
23 pharmacien spécialisé uniquement qui fait
24 ça. Mais bon, c'est pas comme ça que ça
25 tourne actuellement en France, en ville en
26 tous cas. (Blanc)

27 *- Ah oui un seul qui serait dédié à réévaluer.*
28 *- Alors bon, pour l'instant cette chose là en*
29 *médecine de ville je le vois de manière assez*
30 *utopique.... (Recroise les bras et se recule*
31 *dans le fauteuil)*

32 *- Alors bon ! Ça ne pourrait pas du tout*
33 *s'organiser... bon... (pas de relance du*
34 *discours) C'est principalement les questions*
35 *qu'on avait de toute façon...*

36 - (rires bienveillants)

37 *- Est-ce que vous auriez d'autres remarques*
38 *à faire ?*

39 - Par rapport à ??

40 *- Par rapport au sujet, du rapport avec les*
41 *pharmaciens ?*

42 - Non, non. Oh ben, les pharmaciens en
43 général ils font leur boulot correctement quoi,
44 euh.

45 Je dirai que... des amis personnels, j'ai plein
46 de pharmaciens. Donc, hum, c'est en
47 discutant avec eux que je me suis aperçu que
48 pharmacien et médecin c'était vraiment deux
49 métiers différents. Car le pharmacien n'a
50 vraiment pas l'approche clinique du malade,
51 zéro, zéro zéro. Ils vendent des
52 médicaments, ils savent ce que c'est qu'un

53 médicament, ils connaissent les indications,
54 les contre-indications et tout... mais ils nous
55 posent des fois des questions où on se
56 demande ou est ce qu'on leur a appris les
57 choses. Mais c'est justement des choses
58 qu'on ne leur a pas apprises. Donc c'est
59 vraiment très compartimenté. Ce qui peut, à
60 mon avis, porter préjudice à un rapport
61 médecin et pharmacien. Parce qu'avant de
62 se comprendre il va falloir déjà se mettre sur
63 la même longueur d'onde.

64 *-Oui d'accord*

65 - Alors, le pharmacien, il vend des
66 médicaments et nous, on prescrit des
67 médicaments pour des patients qu'on a
68 EXAMINE (insiste). C'est vraiment deux
69 choses différentes.

70 J'ai des amis pharmaciens. Ils sont
71 incapables de s'automédiquer.

72 *- D'accord (surprise) !!*

73 - Ah ! non ! ils ne savent pas. Ils nous
74 demandent hein : « Est ce que je peux
75 prendre ci, est ce que je peux prendre ça ».
76 Ils n'ont pas le médicament dans la tête. Ils
77 ne savent pas quoi... C'est vraiment des
78 distributeurs, alors ils font attention (se
79 reprend). C'est des spécialistes, mais tu ne
80 peux pas leur demander plus. Même la
81 vaccination contre la grippe faite par les
82 pharmaciens, c'est un geste tout bête tout ça,
83 mais je pense qu'il y a beaucoup de
84 pharmaciens qui n'ont pas voulu parce que
85 ça représentait quelque chose qui ne
86 correspondait pas à leurs activités.

87 *- Parce ce que maintenant ils ont développé*
88 *des séances d'éducation thérapeutique, mais*
89 *est-ce que ça se fait...*

90 - L'éducation thérapeutique chez les
91 pharmaciens... Tout dépend combien de
92 temps il va passer ? Est-ce qu'il va faire
93 rentrer dans son bureau un patient diabétique
94 en lui disant... « voilà ... » Et puis l'éducation
95 thérapeutique sans avoir les chiffres et
96 tout...T'éduque un diabétique en fonction de
97 ses résultats de de l'hémoglobine glyquée,
98 de l'évolution de son insuffisance rénale des
99 choses comme ça... le pharmacien,
100 l'éducation thérapeutique, ça va se limiter à
101 « Vous êtes diabétique, ben mangez pas de
102 sucre ». Voilà quoi...

103 *- Parce que là, ils la développent : pour les*
104 *AVK, pour l'asthme, principalement.*

1 -Ben, oui, pourquoi pas, tout ce qui va vers
2 l'avant c'est toujours mieux, mais je crains
3 que pour nous médecin, ça nous bouffe
4 encore du temps.

5 - *Ou il faut le rémunérer...*

6 - Oui, mais est-ce que c'est suffisant de
7 rémunérer ? Parce que si euh, (blanc) on
8 prend par exemple ici, déjà entre midi et
9 deux, il y a des choses qui se font. Mais si là,
10 il faut en plus, aller chercher toutes ses
11 petites interventions sur le temps réservé en
12 principe à la consultation... Bon ben si on voit
13 20 patients par jour, on ne va plus en voir que
14 19 puis 18 et puis voilà... Donc ça finit par
15 faire effectivement. Ca va bouchonner après,
16 pendant les phases épidémiques hein. Donc
17 moi je ne suis pas sûr que ça soit la priorité
18 du moment.

19 Il y aura une évolution de la médecine
20 générale hein c'est sûr. Je pense que dans
21 30 ans on ne va pas travailler comme on
22 travaille aujourd'hui. Mais ça, ça va se faire

23 petit à petit et peut être qu'à ce moment-là
24 tout se mettra en place. Mais à l'heure
25 actuelle, tel qu'on travaille encore nous, le
26 rapport avec le pharmacien je le verrai plutôt
27 de loin, hein. Tel qu'il est là, ça me suffit
28 largement.

29 - *Vous ne ressentez pas plus de besoin ?*

30 - J'ai besoin d'un renseignement, je peux
31 appeler le pharmacien qui est quand même
32 souvent là à (ville anonymisée). Lui, il veut
33 savoir si je n'ai pas fait une connerie où je ne
34 sais quoi, il peut m'appeler. C'est très bien
35 comme ça, on évite les grosses bêtises.

36 - *Bon, ben, très bien !*

37 - C'est tout ? J'espère que ça te suffira pour
38 ta thèse.

39 [Remerciements](#)

40

41 FIN

1 Conditions d'entretien : à l'arrière de la
2 pharmacie, avec petite ouverture sur la salle,
3 pas mal de bruit, en face à face sur des
4 chaises, surveillait sa petite fille malade.
5 Prise de rendez-vous très rapide. N'avait pas
6 eu le temps de lire la fiche de présentation.
7 Etat d'esprit du pharmacien : a mis du temps
8 à comprendre l'intérêt de la thèse car
9 communique déjà énormément avec les
10 médecins généralistes. Très à l'aise.
11 Durée d'entretien 30minutes (audio 11min
12 27sec)
13
14 - *Comment est-ce que vous qualifieriez vos*
15 *relations avec les médecins généralistes du*
16 *coin ?*
17
18 - Alors justement, je suis là depuis trois ans
19 et demi, euh, c'est la douzième pharmacie
20 dans laquelle je travaille. C'est la première
21 dans laquelle je suis titulaire et en arrivant ici
22 je ne connaissais personne. Je ne suis pas
23 du tout du coin, moi j'habite à (Ville X), je suis
24 pas du tout du coin ici. Et en fait, on a deux
25 cabinets médicaux. Donc, un avec... euh, ils
26 vont être trois bientôt mais quand je suis
27 arrivée, ils n'étaient que deux. Et un autre, où
28 c'est un médecin qui est là depuis des
29 années, qui a 68 ans, etc. mais qui est très
30 sympa. Aussi et euh, et tous les autres qui
31 gravitent autour, c'est à dire qu'au-delà de
32 médecin, pharmacien il y a les infirmières, les
33 podologues. Et en fait, il s'avère que le jour
34 où je suis arrivée, le lendemain, il y avait un
35 repas ou tout le monde mange ensemble.
36 Et ça, on le fait régulièrement, tous les
37 trimestres pour entretenir la relation, et c'est
38 top. Du coup, l'info circule très, très bien. Du
39 coup, quand on est coincé, on s'envoie
40 whatsapp, des textos... tout ce qu'on veut et
41 on dit « qu'est-ce que tu fais pour cette
42 ordonnance-là ? Pourquoi tu ne m'as pas mis
43 une ordonnance sécurisée. Qu'est ce qui se
44 passe ? Du coup l'info circule assez bien.
45 Ici relation médecin pharmacien top.
46
47 - *D'accord, et du coup c'est quoi les raisons*
48 *pour lesquelles vous êtes le plus amener à*
49 *contacter le médecin généraliste ?*
50
51 - Non, pas de relecture parce qu'il y a le
52 cabinet des plus jeunes on va dire, ceux de
53 40 ans qui est tout informatisé. Le cabinet du
54 docteur plus ancien, il écrit très, très bien,
55 donc, il n'y a pas de soucis.
56
57 - *C'est rare ...*
58
59 - (Rires) Donc, il n'y a pas de problème de
60 lecture, on peut le lire, y a pas de soucis.
61 Souvent, on les appelle pour : soit de la

62 posologie, soit de la technico technique.
63 Exemple : pas d'ordonnance sécurisée. Là,
64 l'autre jour j'en ai appelé un en lui disant «
65 mais pourquoi tu m'as fait un ordo de perf sur
66 une ordo classique ? Depuis mai, on a des
67 ordos avec les forfaits. Là du coup, je ne peux
68 pas facturer là -dessus. » Donc du coup, c'est
69 plus pour ce genre de chose. Après, hem
70 ouais, c'est souvent de la posologie ou
71 souvent des précisions surtout.
72
73 - *Les appels, les communications, c'est sous*
74 *quelle forme ?*
75
76 - Alors, on appelle d'abord sur leur portable.
77 Ils savent que..., enfin les jeunes, ils savent
78 qu'ils ont le portable ouvert parce que nous,
79 on a souvent besoin de les appeler, ne serait-
80 ce que pour des précisions. Le médecin plus
81 ancien sur son fixe, il répond, il est tout le
82 temps-là, donc, il n'y a pas de soucis. Et
83 après ça marche aussi dans l'autre sens,
84 souvent. Mais très souvent, d'ailleurs de plus
85 en plus souvent, moi, le médecin qui
86 m'appelle en me disant « Ben tiens, je suis
87 chez Mme truc, est ce que tu peux me relire
88 l'ordonnance, qu'est ce que tu penses de ça,
89 qu'est ce que tu me conseillerais pour tel
90 matériel médical. » Par exemple. On
91 échange pas mal. C'est assez riche.
92
93 - *C'est des deux côtés.*
94
95 - Ouais !
96
97 - *Est-ce que vous avez déjà eu des projets de*
98 *santé en commun avec les médecins*
99 *généralistes ?*
100
101 - Pour faire un pôle ?
102
103 - *Pôle, ça peut être... Moi, je viens d'un coin,*
104 *enfin, j'ai fait mon SASPAS dans un coin où*
105 *ils font, par exemple, pôle santé sport. Où du*
106 *coup, ils sont réunis ensemble pour favoriser*
107 *le sport des personnes soit à mobilité réduite*
108 *etc. Est ce qu'il y a des projets par exemple*
109 *là- dessus ?*
110 - Alors non, on n'a pas de projet commun. On
111 a un quotidien commun qui est déjà bien
112 riche. Voilà, on n'a pas de projet en plus.
113 Projet pôle de santé, euh non, parce que la
114 configuration en fait, moi je suis là, et eux ils
115 sont tout autour du parking qui est juste en
116 face. On n'a pas besoin de refaire encore
117 autre chose plus grand, d'autant que les
118 financements ben, c'est un peu compliqué.
119
120 - *Au niveau de l'ordonnance, on en a déjà*
121 *parlé, est ce que vous voulez rajouter*

1 *quelque chose sur l'ordonnance, au niveau*
2 *de la communication avec le MG ?*
3
4 - Non. Parce qu'après, moi, je vous ai cité
5 ceux qu'il y avait là, mais après il y en a des
6 plus loin aussi. Euh, il y a des médecins qui
7 ne sont pas joignables, et ça, ça peut-être
8 pénalisant pour le patient. Surtout parce
9 qu'on ne peut pas répondre à l'ordonnance à
10 la demande. Voilà, c'est compliqué. C'est
11 quand même assez rare. On trouve toujours
12 un moyen. Parce que nous, on a toujours fait
13 système D en pharmacie quand on n'arrive
14 pas à joindre les médecins. Mais même pour
15 joindre les médecins à l'hôpital c'est juste pas
16 possible. Quand vous avez une ordonnance
17 d'ALD avec un M, un trait, un Y et un trait et
18 ben, (claquement de main) pas de poso, rien
19 et ben bon courage.
20
21 - *J'espère que c'est pas mes ordonnance*
22 *(rire) j'ai travaillé à l'hôpital de Voiron pendant*
23 *un an.*
24
25 -Non. C'était surtout, parce que moi, j'ai fait
26 un peu le tour de la France. Il n'y a pas que
27 les expériences locales que je dis. Non ici, ça
28 va.
29
30 - *Donc, au niveau de l'ordonnance, je vous ai*
31 *expliqué, nous ce qui nous motive, c'est les*
32 *expériences faites en Haute Savoie. C'est en*
33 *train d'être mis en place sur le bassin*
34 *Grenoblois, d'extrapoler ça aux EHPAD.*
35 *Donc, qu'est ce que vous penseriez de*
36 *participer à une analyse commune de*
37 *l'ordonnance des personnes de plus de*
38 *75ans, les longues ordonnances de plus de 5*
39 *traitements ?*
40
41 - Ouais, ouais, ouais c'est intéressant ;
42 Après, moi, mon stage de 5eme année, j'en
43 garde un..., J'avais pris le stage à l'hôpital et
44 on avait mis euh, je faisais les visites aussi.
45 Bon c'est un stage de 6eme année, donc, on
46 n'est pas tout à fait pointu à ce point-là mais
47 c'était intéressant, Alors après, oui, si c'est
48 pas trop chronophage.
49
50 - *Et si, imaginons demain, y a le médecin qui*
51 *dit : « Faudrait qu'on le fasse. » Comment*
52 *vous penseriez organiser ça ?*
53
54 - Et bien moi je pense que, d'une façon
55 pratique, parce que le quotidien faut que ce
56 soit pratique tellement c'est riche quand
57 même (*montre sa fille qu'elle garde à*
58 *l'officine car malade*). Euh, faut que ça
59 circule par mail ou le SISRA. C'est ce qu'on
60 avait. Là, je me suis inscrite à une
61 messagerie un peu sécurisée, qui s'appelle
62 SISRA. Et du coup, je reçois des comptes
63 rendus de l'hôpital, des ordonnances même.
64 Tout ça c'est pratique, ça circule vite, on a le

65 temps d'analyser le truc pour dire « ça oui, ça
66 non, ça y a un blème », c'est peut-être le plus
67 pratique je pense .
68
69 - *Donc faire ça par mail.*
70
71 - Mmm
72
73 - *Et du coup, à n'importe quel moment de la*
74 *journée, au fur et à mesure que ça vient ?*
75
76 -Ouais.
77
78 - *Qu'est-ce qui vous freinerait pour faire un*
79 *petit peu ces relectures ?*
80
81 - Ce qui me freinerait, c'est qu'il y a du boulot
82 là (*montre la salle sourire*) Si y a du boulot ici
83 etc., et que je ne vais pas voir mes mails, ça
84 peut mettre un petit peu de temps. Enfin
85 quelques heures. C'est surtout une question
86 de temps.
87 Parce que voilà, moi je les consulte très
88 régulièrement. Ils sont là sur mon portable.
89 Dans la journée c'est sûr que c'est lu, même
90 par demi-journée. Mais après ouais, si c'est
91 plein de monde ici, ou si j'ai trop de boulot,
92 ma réponse peut mettre un peu de temps à
93 revenir donc ça serait ça qui serait freinant.
94
95 - *Y'aurait pas d'autre souci ?*
96
97 - Non, je pense que nous quand on a des
98 choses à dire sur des ordonnances longues,
99 c'est souvent des petites choses. Ça peut
100 amener une grosse pierre à l'édifice, mais
101 c'est souvent des petites choses au fond, en
102 fin d'ordo, en fin de course, en se disant
103 « Non mais là y a un truc qui va pas » Et j'ai
104 pas, j'ai jamais fait de changement majeur
105 dans une ordonnance, voilà c'est pas mon
106 rôle.... Enfin c'est mon rôle mais j'en ai pas
107 intercepté voilà, ça n'arrive jamais. Vous,
108 votre rôle il est là avant moi. Comme c'est fait
109 correctement la plupart du temps, j'ai pas eu
110 de rôle majeur à jouer là- dedans. Les petits
111 rôles mineurs, c'est important aussi quand
112 même.
113
114 - *Est-ce que vous avez des remarques ou*
115 *des questions ?*
116
117 - Je trouve que le thème est super bien. Je
118 pense que de toutes façons, parce que
119 quand je dis les douze pharmacies, c'est la
120 première où ça se passe comme ça. C'est le
121 pays des bisounours ici , non mais c'est vrai !
122
123 - (*Rires*) *Oui je sais c'est pour ça que j'adore*
124 *le pays voironnais.*
125
126 - Ça ne se passe jamais comme ça ailleurs.
127 J'ai fait la Bretagne, l'Orléanais, le Lyonnais.
128 On ne connaît pas les médecins. On ne sait

1 même pas quelle tête ils ont...Enfin, là ils se
2 calent sur mes gardes c'est quand même
3 beau .Top ! non, non c'est très bien.
4
5 - *Vous avez une bonne relation du coup avec*
6 *toute l'équipe.*
7
8 - Les infirmiers, ils passent à l'arrière. Ils
9 regardent ce que j'ai comme pansement. Ils
10 se dépannent. Moi, ça me gère mon stock et
11 eux, ils choisissent. Ça, c'est top. On se
12 concerte très souvent « Qu'est-ce que tu
13 choisis. Qu'est-ce que tu penses de cette
14 gamme. Est- ce que tu les aimes. Est- ce que
15 tu penses que ? » C'est ce genre de dialogue
16 qu'on a, donc c'est très bien pour elles et pour
17 moi. Elles, au pluriel, parce qu'elles sont trois.
18 Euh, après ouais, non. C'est en toute
19 intelligence.
20
21 - *D'ailleurs, j'ai oublié de vous demander tout*
22 *à l'heure, sur la relecture de l'ordonnance. «*
23 *Est ce que vous feriez participer quelqu'un*
24 *d'autre que le médecin généraliste et vous ?*

25
26 - Non. Après, ça dépend de ce que comporte
27 l'ordonnance, mais je ne pense pas. Parce
28 que si une ordonnance où on va chercher de
29 la iatrogénie , y a pas d'autres intervenant qui
30 ... Quoi que ça dépend du pilulier, si, si, les
31 infirmières, laissez-moi réfléchir, (*rires*) euh si
32 si. Parce que les infirmières, elles ont
33 souvent des bonnes idées. Oui, les
34 infirmières ça peut être intéressant. Alors
35 après, ça dépend du cas aussi, parce que si
36 la personne est toute seule et qu'elle se gère
37 correctement, il n'y a pas forcément besoin
38 de l'intervention de l'infirmière. S'il n'y a pas
39 de pilulier, s'il n'y a pas de chose comme ça,
40 du coup on est deux avec le médecin. Par
41 contre pour le cas où il y a besoin de plus de
42 suivi et de quotidien, je pense que si,
43 l'infirmière elle, peut avoir son rôle, son rôle
44 ouais, si, à bien réfléchir si. (*Rires*).
45
46 [Remerciements](#)
47
48 FIN

1 Pharmacien d'officine

2

3 Conditions : Entretien sur rendez-vous. Dans
4 un bureau à l'arrière salle de l'officine. 14h à
5 l'ouverture de l'après –midi.

6

7 Durée d'entretien : 18 min

8

9 - *On travaille sur la collaboration*
10 *pharmaciens et médecins généralistes dans*
11 *le cadre des prescriptions des personnes*
12 *âgées pour limiter l'iatrogénie. Pour l'instant*
13 *comment vous qualifieriez vos relations avec*
14 *le médecin généraliste ?*

15

16 - Pff ! Ben cordiales, mais ponctuelles on va
17 dire. En cas de..... Quand on a des
18 questions, si il y a des modifications par
19 rapport à d'habitude. Ou si nous, on voit un
20 dosage qui n'a jamais été délivré, des codes
21 couleurs qui disent si ça a déjà été délivré
22 récemment ou pas sur le logiciel. Voilà, euh,
23 oui, mais on ne fait pas comme on nous a
24 appris à l'externat : un avis pharmaceutique
25 à chaque délivrance... Mais bon on les
26 contacte, hein, quand il y a besoin. C'est
27 ponctuel par téléphone ou enfin... souvent
28 par téléphone.

29

30 - *Principalement par téléphone, pas par*
31 *mail ?*

32

33 - Ben, parfois par mail, mais plus pour des
34 échanges de prescriptions, c'est pas dans ce
35 sens-là. C'est de l'administratif quoi, pour des
36 renouvellements, des dépannages et après
37 ils nous répondent par mail mais c'est quand
38 même rare hein.

39

40 - *Et à quelle fréquence ? c'est tous les jours ?*

41

42 - Les contacts ? Opff, ben ça dépend aussi
43 quand il y a des ruptures
44 d'approvisionnement, ça dépend un peu des
45 périodes mais, ouah, je dirai une fois tous les
46 jours ou tous les deux jours, ouais, en
47 moyenne qu'on appelle un médecin.

48

49 - *D'accord. Et est-ce que vous avez déjà eu*
50 *des projets de soins en commun ?*

51

52 -Eupfff, de réseaux, de choses comme ça ?
53 Ben non. Mais c'est vrai que, enfin... Au
54 quotidien, le problème d'une pharmacie, c'est
55 que c'est des salariés, enfin JE suis
56 salariée... On est là à des heures précises et
57 dès que ça ouvre. Enfin, on est là qu'aux
58 heures d'ouvertures. Enfin, c'est partout
59 pareil, vous c'est pareil, vous recevez des
60 patients dès que vous arrivez, j'imagine, enfin

61 souvent. Donc en flux tendu, c'est toujours le
62 problème. Donc quand c'est pas chapeauté
63 par au-dessus, ben il n'y a personne pour
64 s'occuper de ça. Je pense que c'est le
65 problème. Je pense que je ne serai pas
66 contre mettre un réseau en place mais il n'y
67 a personne pour s'en occuper...

68

69 - *Et depuis le début de vos études vous avez*
70 *déjà participé à des projets en commun ?*

71

72 - Euhhhhhh non ... non, non. Moi je connais
73 que les réseaux et je n'ai jamais adhéré aux
74 réseaux de type RESIC ou RENTED, des
75 trucs comme ça mais euh, j'ai jamais fait
76 partie. Après je ne sais pas s'il y a d'autres
77 endroits où il y a comme ça un échange
78 pharmacie-médecin. Après c'est quoi, c'est
79 local c'est ça ?

80 Le seul réseau qu'on a récemment c'est le
81 SISRA. C'est pas vraiment des opinions mais
82 pour la transmissions de documents ça peut
83 être intéressant, car sécurisée.

84

85 - *Là, c'est avec l'hôpital ?*

86

87 - Oui, c'est ça. Ben, en fait oui, on s'identifie
88 en tant que. Là, c'est la chef, avec son
89 prénom et puis voilà. Directement, de
90 personne à personne connectable on
91 échange. C'est pas très compliqué, c'est vite
92 fait.

93

94 - *Donc pour l'instant la communication*
95 *autours de l'ordonnance c'est uniquement*
96 *par téléphone... Et pour quelles raison ?*

97

98 - Souvent quand on les contacte... On
99 n'appelle jamais pour dire « Pourquoi vous
100 avez mis celui-là au lieu d'un autre ». Je sais
101 pas moi, genre un diabétique s'il était sous
102 diamicron directement, on appellera jamais
103 pour demander pourquoi il n'y a pas de
104 metformine...enfin c'est malheureux mais je
105 pense que ça serait mal vu hein... enfin je
106 pense, je dis : « Je pense.

107

108 - *Vous avez eu de mauvaises expériences ?*

109

110 - Ben, fiouu, oui, les généralistes c'est
111 souvent. Même les interactions qui peuvent
112 être sévères. Euh, j'sais pas, anticoagulants
113 et antiinflammatoires ou cortisone, c'est déjà
114 arrivé qu'ils prescrivent quand même, et
115 même en appelant : « Laissez » et nous on
116 fait notre travail de notre côté, on met
117 « Réserve » sur l'ordonnance et voilà... hg,

118

119 - *Vous notez ?*

120

1 - Ben, on annote hein, mais quand on fait on
2 est quand même responsables hein, donc
3 voilà hein. Mais oui oui...
4 Donc souvent c'est rupture grossiste. Des
5 ruptures d'approvisionnement au niveau
6 régional. Donc euh... Un dosage inhabituel
7 ou un oubli de prescription, il manque une
8 ligne par rapport à d'habitude.
9
10 - *Et vous avez l'impression d'être mal reçue ?*
11
12 - Non, non, non pas vraiment, mais ça serait
13 pour justifier de la présence d'un produit pour
14 voir pourquoi ils l'ont prescrit, là oui. Voilà.
15 Ben ça peut se comprendre...
16
17 - *Non, mais c'est bien d'avoir les points de*
18 *vue de tout le monde. Parce que nous on va*
19 *travailler sur la polymédication. Pour vous*
20 *qu'est-ce que ça vous évoque ?*
21
22 - Ah, c'est une tartine incroyable pour pas mal
23 de monde ! Non mais c'est vrai que c'est une
24 cata hein ... Il y a des patients, pour eux, je
25 sais pas comment ils font pour prendre tout
26 ça, heuh. C'est sûr qu'on peut pas être bien
27 en prenant autant de médicaments hein, c'est
28 pas possible ! ... Il y en a qui ont deux pages
29 pleines ! Avec le coût que ça représente et le
30 risque d'accident, c'est ça... En plus, je suis
31 pas sûre qu'ils arrivent à tout prendre alors,
32 s'ils font à la louche une partie du traitement
33 un jour... ça sert à rien... c'est sûr que ça fait
34 du chiffre mais au bout d'un moment, si la
35 sécu ne rembourse plus, le serpent se mord
36 la queue... Ce n'est pas ce qu'on recherche,
37 c'est pas nous qui les forçons à prescrire 20
38 lignes... non non...mais il y en a pas mal.
39
40 - *Donc, nous on a fait nos stages au CHU de*
41 *Grenoble et il y a certains terrains de stage*
42 *où il y a des externes ou des internes en*
43 *pharmacie et on fait des visites à plusieurs.*
44 *Et comme on a été formés sur ce modèle-là,*
45 *nous, on s'était dit que ça pouvait être*
46 *intéressant de le mettre en place en ville.*
47 *Alors, il y a des choses qui existent dans les*
48 *EHPAD, ou qui sont en train d'être mise en*
49 *place. Mais est-ce que vous ça vous*
50 *intéresserait de participer à des analyses*
51 *communes de l'ordonnance chez les*
52 *personnes âgées ?*
53
54 -Euh ! ben oui. Mais comment ? Enfin c'est-
55 à-dire ?
56
57 - *Justement comment ça pourrait être*
58 *organisé ?*
59
60 - Euh, ben, sur le principe pourquoi pas. Si la
61 personne évidemment..., -peut être que ça
62 rentre dans les critères de mise en route...-,
63 si le patient concerné est d'accord et le
64 médecin aussi. Si ça peut leur être utile

65 pourquoi pas hein. Il y en a qui sont, euh,
66 après c'est pas justifié qu'il l'ai quand même
67 hein. Mais il y en a qui sont quasiment
68 soignés par le NOMBRE de médicaments
69 prescrit aussi. On sent que c'est un besoin.
70 Chaque problème doit avoir une réponse
71 médicamenteuse. Des fois c'est ça aussi.
72 N'empêche que c'est pas pour leur faire
73 plaisir que les médicaments sont notés.
74 Ben sur le principe, ben oui. Toujours dans la
75 limite du temps...
76
77 - *Ca ne serait pas forcément quotidien... Je*
78 *ne sais pas comment vous verriez, vous, le*
79 *temps que vous pourriez y consacrer ?*
80
81 -Ben du coup ça passe par euh, simplement
82 identifier des interactions possibles ou par
83 rapport à la pathologie ? Parce que des fois,
84 on sait à peu près les pathologies qu'ils ont
85 mais on n'a pas tout le bilan biologique euh,
86 - vraiment le détail des pathologies on
87 connaît pas ça -. Donc, après, les interactions
88 entre les médicaments, des fois, directement
89 le logiciel nous le dit quand c'est sérieux.
90 Mais on ne voit pas forcément tout non plus
91 hein.
92
93 - *Il y aurait différentes possibilités mais dans*
94 *l'idéal ça serait peut-être en face à face...*
95
96 - Ah ben oui s'ils ont le temps hein !
97
98 - *Qu'est-ce que vous verriez comme*
99 *obstacles à ça ?*
100
101 - Ah ben ! la première chose c'est le temps
102 hein ! C'est sûr. Ben, on voit bien, les gens,
103 ils arrivent, ils nous disent « Il y en a un qui
104 est absent, il y en a 36 qui attendent pour voir
105 l'autre » C'est LE gros problème. Et je
106 pense, même pour eux, pour prendre le
107 temps de revoir les traitements aussi. Parce
108 qu'il y a des médecins qui ne sont pas là
109 depuis très longtemps, qui ont repris des
110 patients qui avaient leur prédécesseur. En
111 général quand c'est comme ça, on ne va pas
112 tout révolutionner, mais on essaie quand
113 même de revoir les choses. Mais quand on
114 n'a pas le temps... ils prennent plus de
115 nouveaux patients. Ils sont saturés quoi...
116 Enfin, s'il n'y a pas d'a priori. Que l'on peut
117 discuter quoi, de notre niveau et
118 compétences respectives euh pas de
119 problème hein.
120
121 - *A quel endroit vous le feriez plutôt ?*
122
123 - Euh ! ben j'en sais rien ! Vous savez, ce
124 n'est pas ma pharmacie... Après, si c'est
125 avec un médecin on peut se déplacer, vous
126 savez ils ne sont pas loin les médecins de
127 (anonymisation de la ville). J'imagine que
128 Mme (X) serait d'accord pour qu'ils viennent

1 à la pharmacie mais alors après euh, je ne
2 sais pas à quel moment. Enfin, entre midi et
3 deux, quand je suis là. Mais bon, c'est peut-
4 être pas toujours pratique. Ça peut
5 s'organiser hein !
6
7 - *On fait aussi cette étude pour savoir*
8 *comment ça peut marcher ?*
9
10 - Ben oui, parce qu'il va y avoir besoin de
11 cadre. C'est bien beau d'y penser mais
12 après, concrètement, il faut que ça tourne...
13 C'est toujours le problème du temps ... C'est
14 surtout qu'il va falloir trouver un trou des
15 médecins en même temps qu'un trou des
16 pharmaciens enfin... on n'a pas trop de
17 moments de calme... Au moins, pendant les
18 périodes plus calmes. Pas en plein hiver
19 hein, je ne pense pas mais pourquoi pas à la
20 belle saison, c'est une meilleure période....
21
22 - *C'était nos principales questions. Si vous*
23 *aviez d'autres chose à rajouter ? ...*
24
25 - Oh ben, euh non... mais c'est bien de
26 penser à ça... Et du coup, c'est la dernière
27 étape avant les patients, la pharmacie. Et tout
28 ce qui est autres soignants ? Non ,là, vous
29 vous limitez aux médicaments ? Les soins ?
30 Les infirmiers ?
31
32 - *Si, on y a pensé. Mais après discussion*
33 *avec notre directrice de thèse, en termes de*
34 *faisabilité, on a écarté les IDE.*
35
36 - Oui, parce qu'ils interviennent pour certains
37 patients. Et souvent pour les polymédiqués.,
38 Après, c'est pas forcé, mais pour les plus
39 touchés il y a souvent quelqu'un à domicile.
40 Peut-être, cibler les patients qui sont déjà
41 passés par l'hôpital pour des problèmes
42 d'iatrogénie... Enfin, je ne sais pas si ça
43 réduit... Mais ça peut être les premiers à

44 risque. En tous cas c'est le plus justifié...
45 Possibilité que la sécu, un jour, finance ça
46 parce qu'ils ne veulent pas avoir un jour une
47 hospit quoi. Mais bon, ça rejoint un peu les
48 mêmes patients qui devraient avoir un
49 entretien pharmaceutique, par exemple, pour
50 les anticoagulants.
51
52 - *Et ça, ça se passe comment ?*
53
54 - Et ben, on prend rendez-vous. Enfin, ça fait
55 longtemps qu'on en a pas fait hein, parce
56 que, heu, c'est pareil. On a fait les
57 anticoagulants, on n'a pas fait l'asthme. On
58 prend rendez-vous au comptoir mais souvent
59 ils ne comprennent pas et ils commencent à
60 discuter au comptoir. Ça prend 20 minutes,
61 dans le local d'orthopédie...
62 Donc, ben d'abord, on vérifie qu'ils savent
63 pourquoi ils le prennent. Déjà savoir si, eux,
64 ils maîtrisent leur traitement, voir leurs
65 posologies.... On va les laisser parler et voir
66 s'ils ont des questions... souvent sur la
67 nutrition. Il y en a qui ont des questions très
68 précises sur l'alimentation, alors que c'est
69 pas si précis que ça...C'est surtout des
70 précautions à avoir... Tout ce qui est choux
71 et tout, ils ont tous retenu qu'il ne fallait pas
72 en manger.
73 On a fait une première cession. IL y a Ça
74 commence à faire... Il y a 3 ans, je crois hein,
75 parce que c'est obligatoire. Enfin
76 obligatoire... ! Puis on a fait les réentretiens
77 pour les mêmes patients, 6 mois après...Puis
78 après, on n'a pas redémarré, ni l'asthme,
79 diabète. Euh, je sais pas, je ne sais même
80 pas s'il faut qu'on le fasse ou pas... Euh bon
81 là c'est une autre paire de manche, l'entretien
82 du diabétique... (blanc)
83 - *Bon, ben très bien.*
84
85 [Remerciements](#)
86 FIN

- 1 Pharmacien d'officine
2 Conditions d'entretien : A l'arrière de la
3 pharmacie, dans un bureau, au calme. En fin
4 d'après-midi à 17h. J'étais attendue. La
5 pharmacienne avait lu et imprimé notre fiche
6 de présentation de thèse. Positionnement :
7 l'une en face de l'autre, de part et d'autre d'un
8 grand bureau, elle dans son grand fauteuil.
9 L'environnement était un peu intimidant.
10 Etat d'esprit: Intéressée par le travail. Mais un
11 peu froide et distante.
12 Durée d'entretien : 9'14sec
13 Présentation très courte de l'étude. Elle avait
14 déjà lu notre fiche de présentation, envoyée
15 par mail, avant mon arrivée.
16
17 - Comment vous qualifieriez vos relations
18 avec les médecins, du coin ou médecins
19 généralistes en général ?
20
21 - Elles sont bonnes.
22
23 - Et, par exemple, le dernier contact que vous
24 avez eu c'était pour quelle raison ?
25
26 - Euh ! c'était pour des prescriptions, voir
27 vérification d'une prescription. (Blanc).
28
29 - Et vous les contactez pour quelle raison le
30 plus souvent ?
31
32 - Pour euh, soit après... si je vous dis
33 vérification d'une prescription, c'est
34 suffisamment clair ou pas ? Ou vous voulez
35 que ça soit bien détaillé ?
36
37 -Je vous laisse continuer
38
39 - Par exemple la dernière fois que j'en ai eu
40 un, c'était pendant une garde. Il y avait :
41 SMECTA, SPASFON , SMECTA et ouais,
42 deux fois le même médicament. Donc, je
43 l'appelle en disant « Ben, je pense qu'il y a
44 une erreur ? Qu'est-ce que vous vouliez
45 prescrire » Des choses comme ça. Ici il n'y a
46 pas trop d'ordonnance qu'on n'arrive pas à
47 lire. Mais, ouais, souvent c'est ça, posologies
48 pas cohérentes ou prescriptions pas
49 cohérentes.
50
51 - Euh, c'est fréquent ?
52
53 - Une fois par semaine. Oui, on les appelle
54 pas mal pour les manquants, pour substituer.
55
56 - Et c'est des contacts surtout par
57 téléphone ?
58
59 - Ouais !
60
61 - Est-ce que vous avez déjà eu des projets de
62 santé en commun avec les médecins ?
63
64 - Euh, moi non, mais ça fait pas longtemps
65 que je suis installée, ça fait qu'un an, donc
66 euhh. !
67
68 - Et avant ?
69
70 - Non, avant non ! Parce que j'étais dans une
71 pharmacie de centre commercial donc c'était
72 pas du tout l'objectif.
73
74 - Et autours de l'ordonnance, vous
75 communiquez principalement autours des
76 erreurs qu'il peut y avoir sur les
77 prescriptions ?
78
79 - Oui.
80
81 - Pour vous, la polymédication de la personne
82 âgée qu'est-ce que ça évoque ?
83
84 - (Blanc) Euh, qu'est-ce que je pourrais vous
85 dire là-dessus ? Euhh, pffff !
86
87 - Est-ce que vous en voyez tous les jours, ?
88 Des exemples à donner ?
89
90 - Ben, oui, on a beaucoup de patients qui ont
91 des ordonnances multiples, de plusieurs
92 médecins, où il y a des changements.
93 Par exemple, un patient qui voit son
94 endocrino. Le médecin lui fait toute son
95 ordonnance pour son diabète. Après, il revoit
96 son généraliste, le traitement n'est pas
97 forcément le même parce que le médecin n'a
98 pas eu l'ordonnance de l'endocrino donc, il
99 reprend l'ancien traitement. Donc, ça peut
100 créer des confusions chez les patients. Voilà,
101 c'est plus des choses comme ça ! C'est des
102 choses où il faudrait un suivi plus important
103 pour les patients. Que ça soit mieux encadré.
104
105 - Le projet, parce qu'on a discuté avec des
106 pharmaciens cliniciens du CHU qui mettent
107 en place des séances d'analyse commune de
108 l'ordonnance dans les EHPAD, ça serait de
109 l'étendre en ville. Ça vous intéresserait de
110 participer à un projet comme ça ? Et
111 comment vous verriez l'organisation ?
112
113 - Ben je pense que le plus simple, ça serait
114 d'organiser des réunions régulières
115 hebdomadaires ou mensuelles, peut être
116 plutôt hebdomadaires je pense et puis, voilà,
117 échanger autour de l'ordonnance : comment
118 le patient supporte le traitement, les effets
119 indésirables... Après nous, c'est ce qu'on

1 faisait à l'hôpital, hein, la pharmacie clinique,
2 des choses comme ça...
3
4 - *Et comment est-ce que ça pourrait être*
5 *transposé en ville ? Réunions*
6 *hebdomadaires, vous auriez le temps ?*
7
8 - Oui (catégorique).
9
10 - *Et où ?*
11
12 - Si c'est dans la maison de santé, ben, c'est
13 facile. Après, si c'est des médecins qui sont
14 dans leur cabinet tous seuls, ça peut être fait
15 à la pharmacie ou au cabinet.
16
17 - *Qu'est-ce que vous verriez comme obstacle*
18 *qui empêcherait le projet de se faire ?*
19
20 - Comme obstacles ? Qu'est ce qui pourrait y
21 avoir ? (Blanc) Ça peut être le manque
22 de temps, si c'est trop chronophage mais ça
23 dépend comment on s'organise... euh...
24 C'est tout.
25
26 - *D'accord, et vous le feriez avec les*
27 *médecins du coin ou plus étendu ?*
28
29 - Du coin, si. On le fait régulièrement. De
30 toute façon nos patients, ils consultent des
31 médecins du coin.
32
33 - *Vous, vous avez des patients assez fidèles*
34 *qui ne font pas de nomadisme ?*
35
36 - Non, j'en ai quelques-uns, mais c'est pas la
37 majorité. 80% de mes clients sont des
38 personnes fidèles.
39
40 - *Bon, c'est à peu près toutes les questions...*
41 *Est-ce que vous avez des choses à rajouter ?*
42 *Des remarques à faire sur le sujet ?*
43
44 - Non, pas du tout.
45
46 -*Je vous pose quelques petites questions*
47 *pour nos données sociodémographiques*
48 *Vous êtes installée depuis quand ?*
49
50 -Un an. Mais avant, je travaillais. Je ne sais
51 pas si vous connaissez Grenoble, à
52 (anonymisation) c'était une pharmacie
53 discount, donc il y avait beaucoup de
54 nomadisme médical, on ne voyait jamais les
55 mêmes clients. Alors qu'ici, on a le temps
56 avant chaque délivrance d'analyser
57 l'ordonnance, de donner des conseils. Voilà,
58 on a plus le temps. Et sur (anonymisation du
59 village) on a vraiment des clients fidèles qui

60 viennent tout le temps à la même pharmacie.
61 Je pense que sur les trois pharmacies de
62 (village) on se répartit les gens de la
63 commune. Et ça fait du bien de pouvoir
64 retrouver un vrai rôle de pharmacien, de
65 refaire notre vrai métier de pharmacien.
66
67 - *Vous êtes informatisée ? Vous avez le DP ?*
68
69 - Le DP ? C'est obligatoire. Enfin, ce n'est
70 pas obligatoire, mais je pense que toutes les
71 pharmacies l'ont. C'est à partir de nos
72 logiciels de gestions...
73
74 -*Vous, vous le proposer régulièrement ?*
75
76 - Ben, plus maintenant parce que toute ma
77 clientèle l'a déjà. Mais ça a été mis en place
78 il y a 5/6 ans ! Plus même... Je me souviens
79 bien que quand ça a été mis en place- j'étais
80 pas ici hein- mais qu'on le proposait
81 systématiquement au comptoir. Je pense
82 qu'ici, ça a dû être fait parce que quand je
83 vois tous mes clients, quand j'ouvre la carte
84 vitale, c'est déjà ouvert, on n'a plus besoin de
85 le créer.
86
87 - *C'est bien. Puis ça serait un outil de partage*
88 *?*
89
90 - Ah oui ! ça, c'est super, super pratique...
91
92 Parce que là, les médecins, le DP, quand
93 vous lisez les cartes vitales, vous ne le lisez
94 pas sur la carte ? Vous ne pouvez pas voir ?
95
96 - *Non, je ne crois pas.*
97
98 - Parce que nous, en fait, quand on va sur
99 juste notre base de données pour un patient,
100 on voit ce qu'on lui a délivré, nous. Par
101 contre, s'il a un DP et qu'on lit la carte vitale,
102 on voit ce qu'on lui a délivré nous, et on voit
103 aussi la délivrance qui a été faite dans les
104 autres pharmacies avec la date... Je ne sais
105 pas si on a le prescripteur. Mais bref, ouais,
106 on a vraiment tout qui est détaillé ! Ça, c'est
107 quand même assez pratique, même pour les
108 renouvellements trop rapprochés, s'il y a des
109 chevauchements.
110 Mais ça, ils ne parlent pas de l'étendre
111 l'année prochaine ? C'était pas un projet ?
112 Dossier Médical... DMP ? C'est pas encore
113 trop détaillé....(Blanc)
114
115 [Remerciements](#)
116
117 FIN

1 Pharmacien d'officine

2
3 Conditions d'entretien : entretien au calme
4 dans un bureau fermé mais on entend la
5 sonnette de la pharmacie. Beaucoup de
6 monde, mais elle tenait à consacrer tout le
7 temps qu'il faut pour l'entretien. Rendez-vous
8 pris à l'avance par téléphone, avait lu la fiche
9 de thèse. Rendez-vous l'après-midi à 14h30
10 à la réouverture de la pharmacie. Bureau
11 face à face.

12
13 Etat d'esprit du pharmacien : très intéressée,
14 très motivée, a souhaité avoir notre thèse,
15 une fois finie.

16
17 Durée d'entretien : 24 minutes

18 Explications de l'étude

19
20 - C'est vrai que pour l'instant, le rapport qu'on
21 a, c'est qu'on les dérange pendant leur... (rire
22 nerveux) pendant leur travail. Et voilà, on n'a
23 pas toujours voilà, un dialogue réel, voilà.
24 (Rire)

25
26 - *Ça tombe bien, parce que ma première*
27 *question, c'était de savoir comment vous*
28 *qualifieriez vos relations avec le médecin*
29 *généraliste ? (Rires toutes les deux)*
30

31 - Euh, ben, moi je pense que nos
32 interventions ne sont pas inutiles. Mais eux,
33 peut-être qu'ils ne les voient pas de la même
34 manière... donc c'est vrai que... Alors
35 comment les qualifier ? Ça dépend des
36 prescripteurs et ça dépend de la demande
37 qu'on a au moment où on les appelle. Parfois,
38 ça peut être, c'est vrai, embêtant. Rappeler
39 un médecin pour lui dire qu'il faut une
40 ordonnance sécurisée pour le Stilnox®. C'est
41 vrai que ça ne lui fait pas spécialement
42 plaisir, d'être dérangé pour ça. Mais nous, on
43 n'a pas le choix. Euh, alors comment vous
44 dire ça... (Rires) Qu'on est un petit peu, je
45 vais dire ça "entre guillemets" pour rester
46 polie, nous sommes un peu embêtants. Voilà,
47 souvent, nos interventions, je pense qu'ils
48 trouvent qu'on les embête. Bon, de temps en
49 temps, on rattrape quand même des bêtises.
50 Ça peut arriver aussi donc, voilà.

51
52 - *Donc, de temps en temps ils sont peut-être*
53 *contents que vous les appelez aussi !*

54
55 - Voilà, ça aussi ça peut arriver.

56
57 - *C'était quoi votre dernier contact avec le*
58 *médecin généraliste ?*

59
60 - Alors moi, le dernier que j'ai fait euh ...
61 C'était la semaine dernière, mais je me

62 rappelle plus parce que cette semaine ça a
63 commencé... Enfin, on appelle pratiquement
64 tous les jours

65 , ça c'est sûr. Qu'est-ce que j'ai fait la
66 semaine dernière ? Euh. Holà ! J'ai eu un
67 contact un petit peu prolongé pour un
68 dépannage chez une personne qui a une
69 tendance à une consommation excessive de
70 médicaments. Donc, elle est arrivée à la
71 pharmacie en nous demandant un
72 dépannage. En nous disant qu'elle avait
73 égaré son sac de médicaments. Et, j'ai
74 appelé le médecin traitant, voilà. Et euh, c'est
75 très compliqué parce que le médecin ne
76 voulait plus lui faire d'ordonnance de
77 dépannage. Et cette personne elle a quand
78 même des traitements antiépileptiques donc
79 euh... donc moi je l'ai dépanné d'une
80 semaine de comprimés, voilà.

81
82 - *D'accord, le temps qu'elle revoit...*

83
84 - Le temps qu'elle revoit son médecin. Parce
85 que le médecin voulait attendre au moins
86 trois semaines entre les deux ordonnances.
87 Parce que c'est vrai, qu'il y a certains
88 traitements, c'est difficile de les arrêter. Et on
89 ne sait pas si elle est de bonne foi ou pas de
90 bonne foi, donc voilà.

91
92 - *D'accord, donc du coup, les contacts que*
93 *vous avez avec eux c'est surtout par*
94 *téléphone ?*

95
96 - Oui

97
98 - *Il y a des fois des mails, des fax. Vous avez*
99 *leurs numéros personnels ?*

100
101 - Donc, on peut parfois avoir des fax. Et puis
102 on a la messagerie SISRA® qui a été mise
103 en place. Mais très honnêtement, le
104 généraliste, je n'ai jamais eu de... De
105 généralistes sur SISRA®. C'est surtout
106 ...Ben, des étudiants de l'hôpital de Grenoble
107 hein, qui nous font des demandes.
108 Dernièrement j'ai transmis deux
109 ordonnances d'une patiente qui était chez
110 eux en infectiologie. Ils voulaient avoir son
111 traitement, donc je leurs ai transmis par
112 SISRA®. Voilà.

113
114 - *Ok, ça commence tout juste.*

115
116 - Mm(le mm affirmatif).

117
118 - *Là où je remplace, elle est inscrite au*
119 *conseil de l'ordre depuis pas longtemps, et*
120 *sur son SISRA®, ça fait trois semaines*
121 *qu'elle essaye d'avoir des choses, elle n'a*
122 *toujours rien.*

1
2 - Bon
3
4 - *Et est-ce que ça vous arrive que ce soit eux*
5 *qui vous appellent ?*
6
7 - Les médecins ?
8
9 - *Ouais.*
10
11 - Euh, ils peuvent parfois nous appeler pour
12 une précision. Euh, je pense à un docteur qui
13 n'est pas très loin d'ailleurs (rires), il est juste
14 à côté, et de temps en temps il a besoin de
15 précision : savoir si un médicament se fait
16 encore... Euh : les conditions de prescription
17 pour du matériel médical. Là dernièrement,
18 pour un siège coquille. Donc c'est vrai que le
19 pharmacien, ils ont l'impression, qu'il est plus
20 apte à les renseigner sur certaines choses.
21
22 - *Et ça arrive fréquemment qu'eux vous*
23 *appelle ?*
24
25 - Non.
26
27 - *D'accord euh, du coup est ce que vous avez*
28 *déjà eu des projets de santé en commun*
29 *avec les médecins généralistes ?*
30
31 - Et malheureusement non. Dans le secteur
32 non, non euh... on peut parfois échanger sur
33 des patients, voilà. Mais des projets en
34 commun non.
35
36 - *D'accord. Et est ce qu'il y a déjà eu des*
37 *projets en commun antérieurement ou qui*
38 *vont se créer ?*
39
40 - Euh, il n'y a rien qui est en voie actuellement
41 euh... Pour l'instant non, c'est vrai que
42 chacun travaille dans son coin, voilà. Chacun
43 est isolé.
44 Ce qui est dommage. Parce que on a, de
45 temps en temps aussi, des courriers qu'on
46 reçoit lors des sorties, euh, des patients
47 RESIC ? Ceux qui sont suivi pour
48 insuffisance cardiaque ?
49
50 - *Oui...*
51
52 - Donc voilà ! Là, on a souvent de très jolis
53 comptes-rendus. Mais on va dire, ça s'arrête
54 à peu près là. Et c'est vrai qu'on a pas, euh
55 ...on a un compte rendu, on sait qu'ils sont
56 inclus dedans, mais après il n'y a rien de plus
57 qui se met en place.
58
59 - *D'accord. Et au niveau de l'ordonnance des*
60 *patients, quelle communication vous avez*
61 *avec le médecin généraliste, spécifiquement*
62 *sur l'ordonnance ?*
63

64 - Sur l'ordonnance... Alors, on est souvent là
65 pour rappeler la législation, les prescriptions
66 pour certains médicaments : anxiolytiques,
67 hypnotiques, euh, médicaments réservés à
68 certains spécialistes. Aussi, parfois, ils
69 oublient qu'il faut passer par un spécialiste
70 pour le prescrire. Ça peut se voir, donc c'est
71 surtout des rappels de législation.
72 On peut être amené aussi à s'interroger sur
73 certaines posologies. Euh, donc qui nous
74 paraissent parfois aussi excessives. Donc,
75 on les rappelle pour voir s'il n'y a pas une
76 erreur. Voilà, c'est surtout ce genre de
77 choses. Après très honnêtement euh...
78 modifier une ordonnance... Enfin les appeler
79 pour modifier une ordonnance... Pour, euh,
80 enfin, sauf s'il y a une interaction majeure,
81 mais voilà. Donc ça, on ne le fait
82 généralement pas. Entre guillemets, je pense
83 qu'on ne s'autorise pas à dire « attention, là
84 vous avez prescrit un truc complètement
85 inutile (*rire, joue avec l'agrafeuse*) ou alors
86 qui fait redondance ». Parfois on le voit aussi
87 avec d'autres choses euh, voilà. Pour
88 l'instant je pense qu'on n'a pas encore des
89 rapports assez égalitaires pour peut-être
90 s'autoriser ce genre de chose. Je pense que
91 la nouvelle génération, qui a peut-être plus de
92 rapports avec les étudiants en médecine, ça
93 sera peut-être plus facile pour eux.
94
95 - *Ok, Et à chaque fois que vous les appelez,*
96 *est ce que c'est constructif, pour leur*
97 *rappeler... ?*
98
99 - Euh, ça peut être constructif... C'est pas
100 tellement constructif. Enfin, ils peuvent nous
101 remercier quand y a, euh, une erreur. Ça peut
102 arriver. Après, euh, constructif pfff(soupir)
103 constructif, malheureusement, je ne crois pas
104 non (catégorique). Je vois, en parlant de
105 cette personne qui surconsomme, c'est vrai
106 que le médecin dit « moi, je veux pas faire
107 d'ordonnance ». Mais, en gros, c'est
108 « Débrouillez-vous avec votre pharmacien ».
109 Voilà, on se sent quand même un petit peu...
110 Voilà, on se retrouve avec la personne...
111 C'est ça « débrouillez-vous » d'ailleurs il lui a
112 dit. « Vous allez à la pharmacie, vous verrez
113 bien ce qu'ils vont vous donner. » Voilà, en
114 gros donc je ne trouve pas que ce soit très
115 constructif comme réponse voilà, mais bon.
116
117 - *Ok, vous vous êtes senti un peu démunie ?*
118
119 - Oui, comme souvent... On se retrouve face
120 au patient. Et puis, peut-être, cette personne,
121 je sais pas, est ce qu'elle n'aurait pas besoin
122 d'une prise en charge un peu particulière ?
123 C'est délicat quand on rencontre des gens
124 qui ont tendance à surconsommer. Voilà, et
125 puis on ne sait jamais s'ils vous disent
126 vraiment la vérité ou si... voilà. Donc, c'est
127 compliqué. Ça, j'admets que pour le médecin

1 aussi c'est compliqué. Mais, euh, c'est vrai
2 que notre... enfin, euh, on a quand même
3 obligation de répondre à une demande. Et de
4 ne pas laisser un patient quand même, sans
5 traitement sur certains produits qu'on ne peut
6 pas arrêter comme ça du jour au lendemain.
7 Et dans le doute, on préfère délivrer quelques
8 comprimés que de lui dire « non, on sait que
9 vous surconsomez, on ne va pas vous
10 dépanner ». Voilà, je crois que chacun fait
11 selon un peu selon... son sens un peu de la
12 responsabilité donc, euh, voilà.

13
14 - *D'accord ok (Rire)*

15 *Donc nous, du coup, comme on se concentre*
16 *un peu sur les ordonnances des personnes*
17 *âgées, je voulais savoir ce que représente*
18 *pour vous le terme polymédication ?*

19
20 - Alors, polymédication... C'est vrai que là,
21 nous allons avoir accès... Je ne sais pas si
22 vous en avez entendu parler ? A partir de
23 cette année donc, un bilan pour les
24 personnes âgées polymédicamentées ? Voilà,
25 pour, euh, pour la sécurité sociale c'est à
26 partir de cinq lignes de prescription. Donc on
27 pourrait partir là-dessus. Et se dire « oui, on
28 va... ». Si on devait définir
29 polymédicamenté... Après si on dit qu'à partir
30 de deux médicaments il est déjà
31 polymédicamenté c'est vrai que... Non je
32 pense que cinq (rires) c'est déjà, c'est une
33 limite qui me paraît déjà correcte, ouais.

34
35 - *Est-ce que vous avez des patients avec des*
36 *ordonnances de treize traitements ?*
37 *(Coupée)*

38
39 - Ça peut arriver encore, euh, ... c'est des
40 choses oui, qu'on peut voir oui. C'est chez
41 des gens qui cumulent des pathologies
42 différentes. On peut tout à fait, avoir très
43 rapidement un certain nombre de produits.
44 Après, très honnêtement, les anciens
45 prescripteurs sont quand même euh... plus
46 gros prescripteurs que la nouvelle
47 génération. Ça aussi on le voit... Donc, euh,
48 où finalement, ils répondaient souvent à une
49 plainte du patient par un médicament. De
50 plus, après est ce que bon... Je pense que
51 vous avez été plus sensibilisés pour pas
52 forcément répondre par ce biais là (rires.)
53 Donc, vous avez déjà quelqu'un qui a du
54 diabète, du cholestérol, de l'hypertension...
55 Voilà, après il va se plaindre d'avoir mal au
56 ventre... Très souvent, on va lui rajouter
57 encore un médicament, voilà... Il ne dort pas,
58 donc, on lui rajoute, voilà, un peu d'angoisse
59 et ainsi de suite et finalement on arrive vite...

60
61 - *A de longues ordonnances.*

62
63 - Voilà.

64

65 - *D'accord, euh, du coup, je vous ai expliqué :*
66 *le pharmacien du CHU de Grenoble. En fait,*
67 *à Annecy, ils sont en train de faire pareil. Ils*
68 *ont un pharmacien clinicien qui va participer*
69 *à des formations des EHPAD...*

70

71 - D'accord.

72

73 - *Pour revoir toutes les ordonnances des*
74 *personnes âgées. Donc, ça se fait en Haute*
75 *Savoie et donc du coup, ce projet s'implante*
76 *sur le bassin Grenoblois...*

77

78 - Oui, je pense que là y aurait des choses
79 certainement intéressantes à faire dans les
80 EHPAD, euh... mais je pense qu'on va y
81 arriver... euh parce qu'on voit dans les
82 EHPAD les prescriptions, elles sont de plus
83 en plus réduites déjà, euh... Après, lié au
84 grand âge, il y a peut-être certaines
85 molécules à privilégier plutôt que d'autres,
86 ça... Ça serait certainement un travail
87 intéressant à faire euh... bon ! après, les
88 EHPAD, le pharmacien, il est aussi très
89 rarement, euh, sollicité pour, euh, discuter
90 avec les prescripteurs. Peut-être parce que
91 justement il y a encore... Nous dans les
92 EHPAD, on travaille plus qu'avec une. C'est
93 à (commune X). Mais y a plusieurs
94 intervenants médecins généralistes, et qui
95 ont leurs patients. Donc c'est vrai qu'il y aurait
96 peut-être quelque part, un médecin qui
97 chapote tout ça... Peut-être que ce serait
98 possible d'avoir un travail en commun mais
99 bon, ça c'est...

100 Du coup, ils font ça avec le médecin
101 coordinateur de l'EHPAD en fait ?

102

103 - Voilà.

104

105 - Et c'est vrai qu'il y aurait plusieurs choses à
106 mettre en place.

107 (...)

108

109 - *Euh, qu'est-ce que vous penseriez vous, de*
110 *participer à une analyse commune de*
111 *l'ordonnance avec les professionnels de*
112 *santé sur les personnes polymédiquées ?*
113 *(coupée)*

114

115 - Je pense que ça serait très, très intéressant,
116 ouais, ouais très intéressant.

117

118 - *Qu'est-ce qui vous motiverait à le faire ?*

119

120 - Euh, je pense alors... déjà ça permet de
121 discuter de la pathologie du patient, euh, de
122 voir exactement qu'elle est sa pathologie...
123 euh... Parce que nous, on a les
124 ordonnances, après, on les analyse à notre
125 manière. Euh, je pense aussi ... (Blanc)
126 D'être, bon..., aborder le traitement d'une
127 manière plus intéressante. Parce qu'à ce

1 moment-là, on comprend pourquoi c'est
2 prescrit.
3 On peut aussi peut-être intervenir à ce
4 moment-là, pour proposer. On peut peut-être
5 aussi proposer autre chose... euh. Chacun
6 sa place, mais nous, peut-être dans la facilité
7 de la prise. Le nombre de prises. Ça aussi,
8 quand on a beaucoup de médicaments, on
9 peut aussi trouver des solutions pour que le
10 patient en ait un petit peu moins à avaler...
11 euh... Des choses auxquelles ne penserait
12 pas forcément le médecin. Parfois, c'est juste
13 une association enfin, d'antihypertenseurs
14 dans le même comprimé, un truc tout bête...
15 Ou un traitement pareil... On voit des
16 produits hypocholestérolémiants, on a des
17 associations. C'est vrai que des fois, c'est
18 des trucs qui peuvent être intéressants, qui
19 peuvent faire faire des économies à la
20 sécurité sociale (rires). Non, non, c'est vrai
21 que l'échange, c'est toujours bénéfique pour
22 tout le monde. Ouais ! même pour les
23 médecins... Je pense aussi avoir un peu
24 (rires) une autre vision du pharmacien voilà.
25
26 - *D'accord, et à votre avis qu'est-ce qui vous*
27 *en empêcherait ? Qu'est-ce qui vous*
28 *freinerait pour faire cette analyse ?*
29 - Moi, je pense que, pas grand-chose. Après
30 c'est plus si le médecin est ouvert, y a pas de
31 raison. Enfin, nous on serait, ouais, plutôt
32 intéressés pour ce genre de chose.
33
34 - *D'accord*
35
36 - Et puis aussi, c'est vrai que dans le patient
37 y a tout... (enfin pour les patients âgés et
38 polymédicamentés),... y a tout un contexte.
39 Contexte familial, le contexte d'installation
40 chez lui, comment est ce qu'on peut lui
41 amener pour qu'il reste le plus longtemps
42 possible chez lui, indépendant ... Donc, euh,
43 parfois les médecins, ils ne le voient pas
44 forcément, ce genre de chose. Parce qu'ils
45 ne sont pas chez lui, ou euh, parce qu'ils ont
46 pas le temps. C'est qu'on devrait peut-être
47 lui faciliter la vie en mettant deux, trois
48 petites choses autour. Ça, ça serait peut-être
49 pas mal, discuter avec lui de ce genre de
50 chose. Ouais, ouais, parce que le
51 pharmacien maintenant, il est de plus en
52 plus, un petit peu squeezé par des sociétés
53 euh, de matériel entre autres.
54 Et je pense que nous, on a cette proximité et
55 puis, euh, cette connaissance du patient,
56 parce que nous, on l'écoute beaucoup au
57 comptoir. Et nous, on peut lui apporter, euh,
58 on peut lui apporter des réponses à certaines
59 problématiques du quotidien auxquelles le
60 médecin ne pensera peut-être pas forcément.
61 Parce qu'il n'a peut-être pas forcément le
62 temps, aussi, à s'y consacrer. Je vois, on a
63 souvent l'exemple, des personnes âgées qui
64 perdent du poids. Malheureusement, ils ne

65 sont pas pesés à chaque visite. Le médecin
66 prend peut-être pas le temps pour faire la
67 pesée ou vérifier que, là, y a un problème
68 quand même de perte de poids. Et une
69 réaction peut être rapide, de se dire : « on va
70 mettre quelque chose en place pour qu'il n'y
71 ait pas cette fonte musculaire importante. »
72 Des fois le pharmacien s'en rend compte au
73 comptoir. Oui, en effet, oui, euh... voilà. Elle
74 se voute...Voilà, puis le moral est moins bon.
75 Puis ça, le médecin, des fois, il le voit pas,
76 parce que, voilà, ils sont dans leur truc. Là,
77 ça peut être des échanges positifs avec le
78 médecin. Lui dire « et ben Mme Machin, on a
79 trouvé que voilà. Est ce qu'on mettrait pas
80 des choses en place, compléments
81 alimentaires ... ». Des choses comme ça, ça
82 peut être aussi... bien (rires).
83
84 - *Et du coup, si on vous disait : « ben on va*
85 *mettre ça en place, » comment est-ce que*
86 *vous vous organiseriez pour le faire ?*
87
88 - Euh, pff ! dans l'idéal, pfff ! Alors c'est vrai,
89 que le problème, c'est toujours trouver du
90 temps pour l'échange. Et quand est ce qu'on
91 va le placer ce temps ? Et puis, euh,
92 l'organisation c'est vrai, va demander
93 quelque chose de pas facile. C'est vrai. Parce
94 qu'on a tous des plannings qui sont bien
95 remplis. Euh, c'est vrai qu'il faudrait cibler
96 peut-être au départ, une liste de personnes
97 qui nous semblent quand même
98 intéressantes. Parce que, âgées. Parce que,
99 beaucoup de médicaments, et euh, voilà.
100 Euh, mais c'est vrai, qu'à organiser, je ne vois
101 pas comment cela peut se mettre en place.
102 Quand on est dans une même maison
103 médicale, y a des échanges qui peuvent se
104 faire. Moi je vois, euh, y a une maison
105 médicale sur (commune) où je vais. Y a des
106 kinés euh... je veux dire, le médecin entre
107 midi et deux, il a l'occasion de voir le kiné. Je
108 pense qu'ils peuvent parler de certains cas.
109 C'est un échange qui est facile. C'est vrai,
110 que quand y a pas la proximité comme ça,
111 physique, c'est vrai que c'est plus compliqué.
112 Je ne sais pas, peut être que vous vous allez
113 trouver une solution. (Rires).
114
115 -*Je vous en parlerai à la fin. Euh, du coup*
116 *comment est-ce que vous verriez ça. Plutôt*
117 *par réunion, par téléphone, par mail... ?*
118
119 -Euh ! Je pense qu'à l'heure actuelle, peut
120 être que, pfff, peut être que le mail ça pourrait
121 déjà être un premier, une première approche,
122 ouais euh... Ou, par téléphone, pourquoi pas.
123 Enfin le téléphone, ça arrive, euh, qu'on
124 échange par téléphone sur un patient. Euh,
125 après, je vous dis à l'heure actuelle, je ne me
126 permettrai pas d'appeler un médecin en
127 disant :« Mme Machin, elle perd du poids,
128 faudrait peut-être envisager de faire quelque

1 chose ». Ça, euh, je n'me sens pas, voilà,
2 ouais ! Donc généralement, on dit à la
3 famille : « N'hésitez pas à en parler au
4 généraliste, à son médecin la prochaine fois,
5 qu'il a perdu du poids. Peut-être mettre en
6 place quelque chose ... ». On n'a pas ce
7 rapport direct. On a l'impression que le
8 médecin peut penser qu'on juge qu'il n'a pas
9 fait son travail comme il faut, je pense que...
10
11 - *D'accord.*
12
13 - Ce... ce... ce ce petit truc, ce mur ouais,
14 voilà.
15
16 - *Et est-ce que vous feriez participer*
17 *quelqu'un d'autre à ces réunions ?*
18
19 - Alors, les infirmières, ça c'est certain. Parce
20 qu'elles, elles sont très importantes dans le
21 quotidien du patient. Ouais, je pense que les
22 infirmières ... En gros... le généraliste et le
23 pharmacien. Je pense que c'est déjà une
24 équipe qui est pas mal. Bon, le kiné euh ...
25 Nous, on a moins de, mais pourquoi pas,
26 aussi, parce que si on a à discuter d'une
27 amélioration, voilà, du cadre... Peut-être que

28 le kiné a son mot à dire aussi, du cadre de vie
29 d'une personne âgée. Peut-être qu'il va nous
30 dire : « Oui, en effet, il faut lui trouver un
31 déambulateur, mais attention, euh, tel
32 modèle parce que, voilà, il est pas capable de
33 soulever les roues, » Enfin, c'est peut être
34 aussi intéressant ouais !

35
36 - *Ok, est ce que vous avez des remarques à*
37 *faire ou des choses à rajouter sur le sujet ?*
38

39 - Ben ! écoutez, non. J'espère que dans le
40 temps les rapports entre les professionnels
41 de santé seront (rire nerveux), voilà, qu'il y
42 aura, un travail d'équipe. Je pense que c'est
43 dans l'intérêt de tout le monde, surtout des
44 patients. Quand tout le monde va dans le
45 même sens, essayer de... d'améliorer le
46 bien-être du patient, ouais, ça serait bien
47 (rire). Je le verrai peut-être pas, mais la
48 prochaine génération on espère, ouais.

49
50 [Remerciements](#)

51
52 FIN

ENTRETIEN E7 16/01/2018

- 1 [Médecin généraliste](#)
2
3 [Conditions d'entretien : à son cabinet, après](#)
4 [le repas à 13H30. Au calme, en face à face à](#)
5 [son bureau.](#)
6
7 [Durée d'entretien : 25 minutes au total,](#)
8
9 - *Donc vous, pour commencer, comment*
10 *vous qualifieriez vos relations avec les*
11 *pharmaciens ?*
12
13 - Les relations avec les pharmaciens..... euh,
14 MES relations avec le pharmacien sont plutôt
15 bonnes mais très faibles. Enfin, en faible
16 quantité. Elles ne sont pas très nombreuses.
17 Euh... de temps en temps ils nous appellent
18 quand ils ont des doutes sur notre
19 ordonnance et puis, en fait, ça s'en tient là....
20 Euh, c'est vraiment, ils appellent vraiment,
21 quand eux ils ont un doute ou qu'ils ne sont
22 pas tout à fait d'accord. D'ailleurs, ça permet
23 de temps en temps de rattraper des erreurs
24 ou des bourdes qui ont pu être faites.
25 Notamment avec les logiciels informatiques,
26 je trouve. Il suffit juste de te planter de ligne,
27 de te tromper de ligne et hop,
28 malheureusement tu as un dosage qui est un
29 peu différent, si tu vas un peu vite... Euh,
30 mais elles sont bonnes pour synthétiser mais
31 peu nombreuses. Je pense que c'est ça que
32 je dirai.
33
34 - *Vous les contactez, vous, parfois ?*
35
36 - Euhm, non (blanc) ... La seule fois où je vais
37 les contacter c'est dans des situations très
38 pratiques. C'est quand il est sept heures
39 moins cinq et que je veux que mon enfant,
40 enfin, (se reprend) l'enfant que j'ai au cabinet,
41 ai son antibiotique pour le soir et que je leur
42 dis : « Attendez Mme untel pour lui donner
43 son antibio »
44
45 - *D'accord.*
46
47 - *C'est tout ? (Rire)*
48
49 - *Et même durant votre cursus, vous n'avez*
50 *pas eu de contact avec eux ?*
51
52 - Non, moi j'ai pas fait de stage en pharmacie.
53 Je ne suis pas allé trop voir comment ça
54 fonctionnait... Non, en libéral, non. En
55 hospitalier, on avait les internes de pharma
56 qui était aussi avec nous, mais pas en libéral.
57
58 - *Et c'est tous les jours, qu'ils vous*
59 *contactent ?*
60
61 - Non, c'est pas fréquent, c'est moins d'une
62 fois par semaine. C'est peut être deux à trois
63 fois par mois en moyenne je dirai... c'est rare.
64
65 - *Ok.*
66
67 - *Et donc vous n'avez jamais eu de projet de*
68 *soins en commun avec les pharmaciens ?*
69
70 - Non. Par manque d'habitude, j'imagine.
71 Parce qu'on n'y a pas pensé. Mais c'est vrai
72 que ça peut être une idée intéressante...
73 Parce que, eux, ils ont la connaissance des
74 molécules, vraiment, de la pharmacopée en
75 tant que telle.... (hésite) je pense qu'ils en ont
76 plus conscience. Peut-être... Enfin ils sont
77 peut-être plus vigilants aux interactions que
78 nous... mais en tous cas non...(rire) j'anticipe
79 les questions peut être ...
80
81 - *Non, non, non.*
82
83 - Et je voulais dire- si je n'anticipe pas la
84 question- c'est hummm... Ils ont peut-être
85 plus une connaissance précise des
86 interactions, par contre, ils n'ont peut-être
87 pas forcément toujours connaissance de
88 toutes les ordonnances des patients, si le
89 patient ne va pas toujours à la même
90 pharmacie.... Ça peut des fois perturber un
91 peu les choses... Encore une fois j'anticipe un
92 peu les choses...
93
94 - *Au pire, si vous anticipez, je ne la pose pas !*
95 *(rires)*
96 *Donc la communication autour de*
97 *l'ordonnance pour l'instant c'est*
98 *principalement par téléphone ?*
99
100 - Oui, oui oui ! C'est uniquement par
101 téléphone d'ailleurs, parce que par mail....
102 Si ! Eventuellement, ça peut être, mais ce
103 n'est pas un avis d'ordonnance.
104 Eventuellement, un patient qui ne peut pas se
105 déplacer, qu'on doit dépanner : on peut leur
106 faxer, ou bien leur mailer l'ordonnance, parce
107 qu'on préfère le mail ici. Mais c'est juste un
108 moyen de leur transmettre l'ordonnance. Ce
109 n'est pas de la communication autour de
110 l'ordonnance....
111
112 - *Vous n'avez jamais reçu d'avis*
113 *pharmaceutique par mail...*
114
115 - Par mail, non, pas du tout.... Non non non.
116
117 - *Et les principales raisons pour lesquelles*
118 *vous avez des appels ?*
119
120 - Les principales raisons ... je te dis, c'est
121 quand il y a une prescription qui leur semble

1 pas correspondre, type un dosage euhm....
2 Récemment, il y avait eu une insuline rapide,
3 qu'effectivement, j'avais mis un dosage à 200
4 alors qu'habituellement, ils lui délivraient le
5 100. Donc, euh, ils m'ont dit « Est ce que
6 vous êtes sûre, est ce qu'il a changé ou est-
7 ce que c'est une erreur de votre part ?
8 Pour moi, plus des rattrapages d'erreurs de
9 ce type-là plutôt que des avis d'interaction
10 entre plusieurs traitements...
11
12 - *Et pour vous la polymédication, qu'est-ce*
13 *que ça représente ? Est-ce que c'est un*
14 *problème ?*
15
16 - Bien sûr, bien sûr. Parce que je pense qu'en
17 termes d'interactions, en tous cas dans notre
18 population âgée... C'est vrai que moi, j'ai pas
19 mal de population de patients un peu âgés et,
20 euhm, effectivement poly pathologiques donc
21 forcément polymédiqués, et euh.... Je n'en
22 doute pas qu'il y a des interactions. Et je
23 pense, honnêtement, que parfois ça
24 m'échappe. Je pense que j'ai des
25 ordonnances sur lesquelles il doit exister des
26 soucis- enfin je pense- j'ai jamais repéré.
27 Sinon je l'aurai corrigé. Mais je pense qu'il en
28 existe. Et pour autant, quand on les voit, ils
29 viennent pour un problème, puis six mois
30 après pour un autre. Et du coup, on a les
31 traitements du premier qui traînent... Donc
32 évidemment on les a en tête. Mais par
33 moments, j'imagine qu'il doit y avoir des
34 médicaments qui doivent poser soucis.
35 Il faut prendre le temps de réévaluer à
36 chaque renouvellement... Mais
37 concrètement, on essaie de le faire au
38 maximum. Mais il y a forcément des choses,
39 des fois, qui nous échappe. Ou des moments
40 où on est un peu plus dans le rush, et où tout
41 n'est pas forcément remis en cause à chaque
42 fois et euh, je pense qu'il y a des choses qui
43 échappent, ouais....
44
45 - *Donc le projet, ce serait de faire un peu*
46 *comme ce qui se fait à l'hôpital. Enfin, avec*
47 *les pharmaciens cliniciens. Donc, pas des*
48 *visites en commun, parce que c'est pas*
49 *possible en ambulatoire. Mais là, ils sont en*
50 *train de mettre en place, dans certaines*
51 *EHPAD, sur Grenoble et sur Annecy. De faire*
52 *des séances de réévaluation, enfin,*
53 *d'analyse commune de l'ordonnance.*
54 *Autours d'une table, ils prennent certains cas*
55 *et échangent. Pour l'instant, ça se fait avec*
56 *un pharmacien clinicien de l'hôpital, plus le*
57 *pharmacien de l'EHPAD, plus le médecin*
58 *traitant. Est-ce que vous ça vous intéresserait*
59 *de participer à un projet de ce type ?*
60
61 - Oui, oui. Après, le problème bien sûr, c'est
62 que ça soit chronophage. Ça, c'est sûr. Parce
63 qu'on a pas mal de temps au cabinet, entre
64 les consultations et la paperasserie, il faut le

65 dire. Et après, la formation aussi qu'on a à
66 côté. C'est vrai que ça fait quand même
67 beaucoup de choses et ça se surajoute : les
68 réunions de concertation pluridisciplinaires
69 etc... Ça se surajoutera mais je pense que
70 ça pourra apporter vraiment un point positif.
71 Et parfois, voilà, un œil nouveau sur les
72 ordonnances. Et puis, nous pointer du doigt
73 sur certains points... ne serait-ce que revoir
74 aussi certaines indications. Alors euh, voilà.
75 Pourquoi les IPP au long cours ? Des choses
76 qui sont à remettre en cause, qu'on fait pas
77 tout le temps... Et puis aussi, au niveau des
78 interactions, pour alléger au maximum
79 l'ordonnance, quand il y a des médicaments
80 qui ne sont plus utiles ou qui peuvent être
81 toxiques entre eux... Euh oui, si, je pense
82 qu'on aurait à s'enrichir. Je sais pas si les
83 pharmaciens auraient à s'enrichir de nous,
84 mais nous on aurait à s'enrichir d'eux, je
85 pense. (Rire)
86
87 - *Qu'est-ce qui vous en empêcherait ?*
88
89 - La limite, ça serait le temps. Après, c'est
90 comme tout, quand on veut, on peut. On fait
91 des réunions de concertation avec
92 l'infirmière, avec les kinés, avec les autres
93 équipes de soin, notamment dans la MSP ici.
94 On peut tout à fait envisager des réunions de
95 concertations avec les pharmaciens. En
96 termes de fréquence, là, c'est sûr que, reste
97 à voir, euh, ben justement : la fréquence pour
98 que ça soit pas trop, trop chronophage.
99
100 - *Et justement, vous, vous proposeriez... ?*
101
102 - Ce n'est pas évident à dire parce que je ne
103 me suis pas vraiment projeté dans cette
104 démarche-là. Moi je dirai, pas, franchement,
105 beaucoup plus que 2 à 3 fois par an. Parce
106 que nos chroniques – on parle
107 d'ordonnances chroniques – donc, c'est des
108 choses qui de toute façon ne bougent pas. Et
109 si on en gère déjà, euh, je sais pas Je sais
110 pas combien... Mais si on peut envisager d'en
111 faire, quoi : quatre à cinq, six peut être, je ne
112 me rends pas compte du temps que ça
113 pourrait prendre, par réunion. Et du coup, si
114 on peut faire dix, quinzaine de patients par
115 an.... (Réfléchi) bon, c'est sûr qu'il faut
116 quelques années pour faire le tour, euhh,
117 moi, c'est peut-être le rythme que
118 j'envisagerai... Plus, ça serait.... Par
119 exemple tous les mois, ça serait trop .
120
121 - *Je pense que c'est utopique*
122
123 - On est d'accord.
124
125 - *J'avais discuté avec la pharmacienne de*
126 *l'hôpital, elle me disait qu'une fois par an, ça*
127 *pourrait suffire.*
128

1 - Ouais, aussi... Enfin ça dépend du nombre
2 de personnes, du temps qu'on prend aussi...
3 Est-ce que c'est du temps qu'on prend une
4 fois par an, une après-midi ?? Je caricature
5 un peu, mais évidemment on a le temps d'en
6 voir plein, si c'est une heure, une heure et
7 demi... Peut-être qu'on peut faire deux fois
8 une heure, une heure et demi... Par contre si
9 on fait deux fois une heure, une heure et
10 demi, il faut se demander s'il n'y a pas du
11 temps de préparation pour le médecin et pour
12 le pharmacien AVANT. Pour avoir du
13 temps... parce que si on arrive sur
14 l'ordonnance le jour J, évidemment, on va en
15 passer moins et euh... Voilà ça demanderait
16 peut-être du travail en amont pour que le
17 rendez-vous soit utile et efficace, entre
18 guillemets. Parce que si c'est pour en traiter
19 que deux par an... Encore une fois je
20 caricature, mais si c'est vraiment une faible
21 quantité, encore une fois, ça a moins
22 d'intérêt... Voilà...

23
24 - OK... *Ecoutez c'est les principales*
25 *questions qu'on avait. Si vous aviez d'autres*
26 *choses à rajouter...*

27
28 - Non, je pense que c'est innovant. Et comme
29 toute chose innovante, pour l'instant, il va
30 falloir- si on veut y arriver- il va falloir de la
31 motivation de toutes les parties... et ça c'est
32 pas forcément facile, surtout dans des
33 emplois du temps bien chargé. Je pense que,
34 déjà, on essaie d'avoir un regard critique sur
35 nos ordonnances. Mais je pense que le
36 pharmacien, surtout avec ses
37 connaissances, surtout des molécules et de
38 la biochimie ou de la.... Je sais même pas
39 comment ça s'appelle... de la biodynamie
40 (sourire) Bref il pourrait, enfin, il nous
41 donnerait des informations qu'on ne connaît
42 pas. Donc je pense que c'est (hésite) à
43 creuser... Voilà la conclusion
44 Ah, et je ne sais pas si pour le coup, c'est
45 dans le sujet... je ne sais pas si c'est très
46 politiquement correct...

47
48 - *C'est anonymisé.*

49
50 - Ouais, d'accord. (Rire) Mais je pense que
51 ça dépend aussi de certains médecins... Tu
52 as certains médecins qui sont à des milliers
53 de kilomètres de se poser la question des
54 ménages d'ordonnances. Et c'est chez eux
55 qu'il faudrait faire le plus de tri, et, attention.
56 Sauf que c'est..., ça va malheureusement
57 être les mêmes qui n'auront pas envie de
58 prendre du temps avec le pharmacien pour
59 se faire faire donner des leçons- entre
60 guillemets- parce que c'est comme ça qu'ils

61 le vivent et euh... et ça, je trouve ça un peu
62 dommage, mais euh... c'est comme ça, on
63 peut pas refaire le monde et changer la
64 motivation des gens et leur façon d'exercer.
65 Et puis dernière chose, je pense aussi quand
66 même que, avec le renouveau des médecins,
67 je pense qu'en tant que jeune médecin, on
68 est aussi plus sensible à ça, plus sensible à
69 toute cette toxicité et le fait d'avoir des
70 médicaments vraiment utiles... Je déborde
71 un peu du sujet...

72
73 - *Non, non*

74
75 - Parce que la question est : est-ce qu'on fait
76 aussi le ménage sur ce qui n'est pas utile ou
77 est-ce que même dans les utiles ont fait aussi
78 attention aux interactions. Y a les deux
79 aspects. Mais voilà, je pense qu'avec les
80 jeunes, on est plus motivés à travailler en
81 pluri pro, donc du coup, ça permettra peut-
82 être d'aboutir sur beaucoup plus de
83 motivation à arriver sur ce genre de réunions.
84 Et puis, on est plus sensibles, à, euh, voilà. À
85 l'intérêt de faire attention à l'ordonnance dans
86 sa globalité.

87
88 - *hum hum .*

89
90 - Je ne sais pas si c'est très français ce que
91 j'ai dit, mais tu vois le message de fond
92 (rires). Et puis pour la bonne réussite
93 d'entretiens « croisés » on va dire, je pense
94 qu'il ne faut pas que les médecins soient trop
95 susceptibles. Et je pense que,
96 malheureusement, ça peut arriver. Et aussi,
97 que les pharmaciens, dans l'autre sens aient
98 du tact en remettant en cause le
99 traitement.... Puis il y a aussi certains
100 patients qui ne veulent pas décrocher de telle
101 ou telle molécule. Et ça c'est un frein aussi,
102 parce que même si nous, (nous, je parle du
103 corps médical et les pharmaciens ensemble,
104 hein, c'est pas que nous les docteurs,) on a
105 conscience que tel traitement euh, pfou
106 faudrait le modifier, et, des fois, il y a presque
107 l'avis du patient au milieu de tout ça, qui aussi
108 influe les choses. Donc, c'est vrai que si les
109 pharmaciens arrivent en disant ben « ça, ça,
110 ça, ça ,ça , ça va pas », ben oui.. Alors faut
111 savoir se remettre en question pour ce qui est
112 justifié, et puis pour d'autres, pouvoir leur
113 dire : « ben, telle thérapeutique, j'ai déjà
114 essayé et ça marche pas ». Enfin voilà, y a la
115 théorie puis il y a la pratique. Voilà.

116
117 - *C'est parfait merci !*

118
119 FIN

- 1 [Médecin Généraliste](#)
- 2 [Conditions d'entretien : à son cabinet, côte à](#)
3 [côte. Samedi matin à 11H30.](#)
- 4 [Etat d'esprit du médecin : Intéressée par le](#)
5 [sujet. Décontractée.](#)
- 6 [Durée d'entretien : 10 min](#)
- 7 - Pour notre thèse, on travaille sur la
8 collaboration médecin- pharmacien dans la
9 prévention de l'iatrogénie chez la personne
10 âgée. Et pour commencer, comment vous
11 qualifieriez vos relations avec les
12 pharmaciens ?
- 13 Alors, ici, là où je travaille, aucun problème. Il
14 y a une bonne relation. Ils m'appellent s'il y a
15 des problèmes. Ça se passe bien.
- 16 - Par exemple, quel était votre dernier contact
17 avec eux ?
- 18 - Dernier contact, euhh. (Réfléchi)
19 Malheureusement je ne pouvais pas les aider
20 parce que c'était ce matin, à propos d'une
21 ordonnance amenée par une patiente de (Dr
22 X) et, comme on n'a pas encore le dossier en
23 commun, je ne pouvais pas voir. Et
24 apparemment, c'était à propos de Lercan^R et
25 de statines, instaurés par, peut-être, un autre
26 médecin. Ou c'était peut-être une lettre, elles
27 ont pas été capables de voir... Et à priori,
28 cette patiente n'en avait jamais eu et je n'ai
29 pas été capable de leur répondre, parce que
30 je n'avais pas le dossier. J'aurais eu le
31 dossier j'aurais pu répondre. Pas de dossier,
32 tu peux rien faire... Donc ça, ça va
33 s'améliorer... Quand il y aura notre dossier
34 partagé. (Rires)...
- 35 - Et vous vous les appelez de temps en
36 temps ? Pour quelles raisons ?
- 37 - Oui. Alors... je les ai déjà appelés quand
38 j'avais des problèmes avec certains patients.
39 Par exemple, je les ai appelés quand il y avait
40 d'autres médecins qui faisaient n'importe
41 quoi. C'est-à-dire, que les patients allaient
42 chez d'autres médecins, et, les pharmaciens
43 avaient de multiples ordonnances. Donc, il
44 était convenu, par exemple, qu'ils me
45 préviennent systématiquement quand il y
46 avait d'autres ordonnances. Pour voir si
47 effectivement, ça ne faisait pas doublon ou si
48 c'était pas du n'importe quoi. Ça, ça m'est
49 déjà arrivé.
- 50 Voilà, et je les ai déjà appelés quand j'avais
51 des difficultés avec certains patients, pour les
52 prévenir, parce que certains patients
53 demandent n'importe quoi. Et à ce moment-
54 là je les appelle en disant « attention, untel,
55 faut pas lui donner ça ou faut faire attention à
56 ça, ou si vous ne comprenez rien, appelez-
57 moi ».
- 58 - Et vos contacts sont principalement par
59 téléphone ?
- 60 - Oui. Euh, avec une pharmacienne du coin,
61 on avait un peu échangé par mail, mais c'est
62 rare. Je trouve ça très pratique moi, les mails.
63 Comme pour les infirmières, on pourrait
64 faire....
- 65 - Et est-ce que vous avez déjà eu des projets
66 de santé en commun avec les pharmaciens ?
- 67 - Ben non ! Mais c'est une bonne idée. On
68 avait dit qu'on allait travailler un petit peu
69 ensemble à une époque. On avait eu des
70 réunions pharmaciens- médecins
71 généralistes par le biais d'un labo, hein, si je
72 peux me permettre, voilà, c'était pas mal. Il
73 aurait fallu continuer, mais on n'a pas fait...
- 74 - Et c'était quoi ces réunions ?
- 75 - Et ben, c'était pour discuter effectivement
76 de la relation médecin-pharmacien.
- 77 - C'était pas sur des patients ?
- 78 - Non ! Et, on s'était bien rendu compte qu'
79 on n'avait pratiquement pas de relations.
- 80 - D'accord. Bon. Donc pour l'instant autour
81 de l'ordonnance des patients, vous
82 communiquez par téléphone.
- 83 - Oui, c'est ça essentiellement
- 84 - Et pour quelles raisons ?
- 85 - Les raisons ? Quand ils nous appellent ?
86 Euuuuh Soit c'est - entre guillemets - une
87 « erreur » de ma part. C'est-à-dire que
88 bêtement, j'ai pas cliqué là où il fallait, voilà...
89 soit parfois, en renouvellement, ben je ne
90 sais pas pourquoi il y a un médicament qui
91 saute et ils me demandent pourquoi je ne l'ai
92 pas mis. Ça arrive aussi qu'ils me demandent
93 pourquoi j'ai mis mi- dose, euh, alors que j'ai
94 expliqué au patient. Mais ils m'appellent, au
95 cas où, voir si je ne me suis pas trompée...
96 Et puis parfois je me trompe, donc je suis bien
97 contente qu'ils m'appellent pour me

- 1 dire : « Vous avez remis du 4 mg à Mr machin
2 qui avait 8 mg ». Effectivement, je suis bien
3 contente qu'ils m'appellent à ce moment-là...
- 4 - *Ouais, c'est ça. Donc votre ressenti au*
5 *moment de ces échanges...*
- 6 - Oui, il est très confraternel. Et je ne me sens
7 ni attaquée, ni remise en cause. Mais je
8 trouve qu'on ne travaille pas assez
9 ensemble.
- 10 - *Et dans le cadre de la polymédication de la*
11 *personne âgée, qu'est-ce que ça vous*
12 *évoque ?*
- 13 - Ben, si les pharmaciens nous appellent -
14 parce que je pense qu'on en met trop- on est
15 pressés. Parfois, on regarde
16 l'ordonnance : « Oullala, je parle de ça et je
17 pense à enlever ça ». Mais je pense que
18 dans l'ensemble, je mets peut être trop de
19 temps à enlever certains médicaments qui
20 pourraient être enlevés. Alors depuis
21 quelques temps, on nous sensibilise à ça
22 donc on y pense plus.
- 23 - *Par la CPAM ?*
- 24 - Par le biais de la CPAM, par nos
25 discussions tous ensemble, par le risque
26 d'ordonnance extrêmement longue où il y a
27 obligatoirement un risque iatrogénique...
28 voilà
- 29 - *Donc en fait on a discuté avec les*
30 *pharmaciens cliniciens de l'hôpital d'Annecy*
31 *et du CHU et eux, ils mettent en place- c'est*
32 *dans les EHPAD pour l'instant- avec un*
33 *pharmacien clinicien de l'hôpital et un*
34 *médecin coordonnateur. Ils forment aussi le*
35 *pharmacien d'officine qui approvisionne*
36 *l'EHPAD et les médecins généralistes et ils*
37 *commencent à faire des séances de relecture*
38 *ensemble... (coupée)*
- 39 - Il y a un problème chez nous. Ça, il faudrait
40 que tu t'y intéresse peut-être dans ta thèse,
41 peut être ça peut servir. C'est que j'ai
42 remarqué, que quand on écrivait tout à la
43 main, euh, ça nous faisait plus réfléchir parce
44 qu'on prenait chaque médicament qu'on
45 recopiait et on se rendait compte que celui-là
46 on pourrait l'enlever complètement ou le
47 diminuer... Et là, le fait de cliquer et de
48 renouveler l'ordonnance, on regarde les
49 noms des médicaments et on « survole » les
50 noms et les posos. Donc je pense que ça
51 pourrait être intéressant de réfléchir à ça et
52 de nous obliger, une fois par an- je pense qu'il
53 y a des médecins qui le font hein ((je pense
54 que drX le fait) -, de reprendre tout et dire bon
- 55 est ce qu'il faut pas que j'enlève certaines
56 choses, et d'avoir une consultation rien que
57 pour ça. Avec les patients âgés à ordonnance
58 un petit peu longue.
- 59 - *D'accord ... (blanc) ... Donc vous y voyez*
60 *quand même un intérêt ?*
- 61 - Oui
- 62 - *Et qu'est ce qui vous empêcherai de le*
63 *faire ?*
- 64 - LE TEMPS ! C'est tout. Mais si on se donne
65 un rendez-vous pour se retrouver tel jour, de
66 telle heure à telle heure, pour voir tel patient,
67 tel patient, comme on le fait dans nos
68 réunions de concertation. Ça marcherait très
69 bien avec les pharmaciens. Et ils pourraient
70 avoir des idées totalement différentes des
71 nôtres.
- 72 - *C'est sûr. Et comment vous verriez*
73 *l'organisation ?*
- 74 - Ben par exemple, dire..., ben voilà : le lundi.
75 Une fois par mois, se retrouver pendant une
76 heure pour parler des patients qui nous
77 posent problèmes, ou âgés ou
78 polymédiqués... Euh, voilà. Et bien prévoir à
79 l'avance.
- 80 - *Et est-ce que vous verriez d'autres*
81 *personnes avec qui le faire ?*
- 82 - D'autres médecins ou d'autres
83 pharmaciens ?
- 84 - *D'autres professionnels de santé...*
- 85 - Ben oui, tous les professionnels d'ici. Je
86 pense que ça ne leur poserait aucun
87 problème. Et après, les spécialistes, je pense
88 que c'est plus compliqué.
- 89 - *Ah oui. (Blanc)*
- 90 - Je pense, enfin je peux me tromper hein,
91 après, il y a quelques spécialistes qui sont
92 supers, avec qui on pourrait discuter mais
93 ça serait plus compliqué d'avoir des réunions.
94 Ça serait plus par mail interposés. (Blanc)
- 95 - *Et ben voilà, c'étaient nos principales*
96 *questions, je ne sais pas si vous avez d'autre*
97 *remarques...*
- 98 - C'est parfait. Des remarques là-dessus ?
99 Non ! Je pense qu'on n'est pas bon dans ce
100 qui est le travail de groupe. On s'améliore
101 hein, parce qu'on a la MSP, hein, mais on
102 n'est pas encore bons. Voilà.
- 103 - *A cause du temps ?*

1 - Non. Je pense qu'on a pris l'habitude...,
2 parce que moi je suis un médecin
3 relativement vieux...
4 - Oh
5 - Ben si, relativement on dit. Euh... on nous a
6 appris à travailler seuls (blanc) et peu à peu
7 s'installe le besoin de travailler en groupe et
8 je le trouve très très bien, c'est pour ça que
9 j'y suis (à *la MSP*). Et c'est vrai que, c'était
10 toujours cette vision du médecin spécialiste,
11 le Dieu, la parole suprême, puis le médecin

12 généraliste, qui reste un médecin, avec la
13 parole d'or, et puis en dessous c'était -entre
14 guillemets- tous les « sous fifres » qui doivent
15 respecter cette parole d'or et on a du mal à
16 sortir de cette représentation. Alors que ...
17 moi c'est pour ça que je me suis installée
18 dans la MSP, parce que le travail de groupe
19 m'intéresse vraiment...Voilà j'ai tout dit.
20 - Eh ben super, merci.
21
22 FIN

- 1 Pharmacien d'officine
2 Conditions d'entretien : petite salle à part.
3 mais on entend la sonnerie de la porte
4 d'entrée. Face à face avec un bureau au
5 milieu. Rendez vous pris à l'avance, n'avait
6 pas lu la fiche de thèse. Beaucoup de monde
7 à la pharmacie et je venais de passer
8 30minutes avec l'autre pharmacienne.
9 Etat d'esprit du pharmacien : pressé par le
10 monde à la pharmacie, voulait faire vite,
11 hésitait à être enregistrée .Un peu crispée au
12 début puis détendu.
13 Durée d'entretien : 9minutes
14
15 - *Ma première question. Y en a pas*
16 *beaucoup... ça serait de savoir comment*
17 *vous qualifieriez vos relations avec les*
18 *médecins généralistes ?*
19
20 - Euh, (rire nerveux)
21
22 - *Tout est libre... c'est anonymisé, je*
23 *comprendrai que vous me disiez qu'ils sont*
24 *machin... pas de soucis !*
25
26 - Ben, c'est sûr, je vais dire, ça dépend
27 lesquels (rires). Non, en principe ça se passe
28 relativement bien. Bon, y a quelques fois des
29 médecins qui sont un peu (soupirs). Je dirais
30 qui..., qui veulent ça et rien d'autre. Et qui
31 sont pas ouverts à d'autres propositions. Ça,
32 c'est un petit peu dommage. Mais autrement
33 par contre, y en a, oui, ils sont bien ouverts.
34 Je dirais que ça dépend des médecins
35 auxquels on a à faire.
36
37 - *D'accord, et par exemple le dernier contact*
38 *que vous avez eu avec le médecin*
39 *généraliste c'était quand et pourquoi ?*
40
41 - Je me souviens plus... Voilà... Je sais pas.
42
43 - *D'accord, est ce que vous les contactez*
44 *fréquemment ?*
45
46 - Oui. Souvent pour des problèmes de
47 dosage. Ou des fois, problèmes de relecture
48 d'ordonnance. Donc ça, ça arrive moins.
49 Parce que souvent maintenant, c'est frappé à
50 la machine.
51 Des problèmes d'incompatibilité ou d'allergie.
52 Les personnes qui disent : « Ah ben non, je
53 suis allergique à ça. » Donc, on les appelle.
54 Problème de dosage surtout ou problèmes
55 d'interactions. Des fois, ça arrive aussi.
56 Essentiellement, c'est pour ça. Problème de
57 non substituable qui sont pas marqués
58 (rires). Donc ça, en général maintenant, on
59 renvoie le client chez le médecin parce qu'on
60 a autre chose à gérer, quoi. C'est le client qui
61 dit : « Ah ben, j'ai oublié de demander ». Ah
62 ben non ! Maintenant on dit : « Vous savez
63 comment ça fonctionne, les médecins ils ne
64 veulent pas tous mettre le non substituable ».
65 Donc on laisse gérer le patient avec le
66 médecin pour ce genre de chose.
67
68 - *Ok. Et est-ce que ça arrive que ce soit eux*
69 *qui vous appelle ?*
70
71 - Euh, oui. Parce que, même, des fois, on a
72 des appels des hôpitaux qui veulent
73 connaître les traitements des personnes. Ça,
74 c'est les hôpitaux, quand il y a des nouveaux
75 rentrés. Ou alors les médecins nous
76 appellent pour savoir quand est ce qu'on lui a
77 donné son dernier traitement. En général
78 c'est ça. C'est ce qu'ils nous demandent. Ou
79 alors, si, ils peuvent nous demander des
80 questions sur certains médicaments ou des
81 bases de remboursement aussi. Ou des fois,
82 pour savoir ce qu'on a en stock, parce que
83 des fois y a des produits qui sont limités en
84 distribution. Ils veulent savoir si le produit est
85 revenu en stock. Voilà essentiellement tout
86 ce que je vois. (Joue avec l'agrafeuse)
87
88 - *Et ces communications se font par*
89 *téléphone par mail ? (Coupée)*
90
91 - Par téléphone. (Insiste)
92
93 - *Ok ! euh, est ce que vous avez déjà eu des*
94 *projets de santé en commun avec le médecin*
95 *généraliste ?*
96
97 - Alors, ben ma collègue a déjà dû vous
98 répondre, on avait fait une demande pour
99 faire un regroupement médecin
100 éventuellement infirmier, sage-femme. Faire
101 une espèce de pôle médical. Et donc les
102 médecins qu'on avait vus n'étaient pas
103 intéressés par le projet.
104
105 - *D'accord, donc, y a rien eu du tout.*
106
107 - Non.
108
109 - *Ok ! au niveau de l'ordonnance, quelle*
110 *communication vous avez autour de*
111 *l'ordonnance. Spécifiquement autour de*
112 *l'ordonnance ?*
113
114 - C'est-à-dire ?
115
116 - *Est-ce que ... comment dire... Vous m'avez*
117 *déjà un petit peu répondu en fait, autour de*
118 *l'ordonnance. C'est quand vous l'appellez,*
119 *c'est surtout pour des problèmes de dose.*
120 *Soit de redondance ou d'interaction etcetera.*
121

1 - Oui.
2
3 - Et, est ce qu'à chaque fois que vous
4 l'appellez, c'est constructif ou alors il a pas le
5 temps, il répond pas, il raccroche ?
6
7 - Non, en général non. Il nous répond, y a pas
8 de soucis. Oui, oui il nous répond.
9
10 - Et à ce moment-là, votre ressenti c'est plutôt
11 quoi ?
12
13 - Ben, non en général il répond-
14 heureusement- à la question parce c'est pour
15 le patient donc... (rires) Non, non, en principe
16 ça se passe bien.
17
18 - D'accord. En principe ça se passe bien. Ok.
19 Je voulais savoir ce que représentait pour
20 vous le terme de polymédication ?
21
22 - (Blanc) Polymédication c'est à dire ?
23
24 - Ben, c'est le terme de polymédication,
25 savoir si vous avez une définition de ce mot
26 ou pas ?
27
28 - (Blanc) C'est-à-dire. ? Est-ce que ça veut
29 dire peut-être, qu'il doit y avoir plusieurs
30 médicaments pour traiter une seule
31 pathologie ? je pense que c'est ça ?
32
33 - Ouais. En fait, c'est avoir plusieurs
34 médicaments, pas forcément pour une
35 pathologie mais sur l'ordonnance. C'est des
36 patients qui ont plus de cinq médicaments.
37 - Ah oui d'accord !
38
39 - Trop de médicaments .
40
41 - Ah ok ! Je pensais que c'était par rapport à
42 une seule pathologie, oui. Oui, plus de cinq
43 médicaments oui, on en voit pour les
44 personnes âgées, c'est très souvent. Après,
45 justifié ou pas, c'est un peu délicat. Parce que
46 souvent, c'est des patients âgés qui vont voir
47 plusieurs spécialistes. Et chaque spécialiste
48 donne plusieurs médicaments dans sa
49 spécialité. Et après ils arrivent. Ils en ont
50 beaucoup quoi !
51
52 -Donc nous en fait, on s'appuyait là-dessus.
53 Ben déjà, y a les nouvelles choses de la
54 sécurité sociale qui vont demander que les
55 ordonnances soient un peu plus... on va
56 dire....
57
58 - Ciblé ! ...
59
60 - Ciblé, etc. Et puis nous, en fait dans notre
61 travail, on s'est rendu compte qu'ils
62 commençaient à faire ça dans les EHPAD,
63 vers Annecy. Donc, y a une pharmacienne
64 clinicienne qui a mis ça en place où ils
65 revoient l'ordonnance avec les médecins
66 généralistes des EHPAD pour diminuer le
67 nombre de traitements.
68
69 -C'est ça (très intéressé).
70
71 - Voila. Et comme ils font ça au CHU, ils font
72 ça dans les EHPAD. Ben, on s'est
73 dit : « Pourquoi pas le faire en ville ? ». Et du
74 coup, on voulait savoir ce que vous, en tant
75 que pharmacienne, vous en pensez de faire
76 une analyse commune de l'ordonnance des
77 personnes de plus de 75ans, avec le
78 médecin généraliste, avec d'autre
79 professionnel de santé ?
80
81 - Oui, ça serait bien. Par contre, ça demande
82 du temps. C'est comme tout (rire). Et les
83 pharmaciens, ils ont très peu de temps. Enfin
84 comme vous, aussi. Autrement c'est sûr, que
85 du moment que c'est pour le bien du patient,
86 je pense que c'est une chose à voir.
87 Effectivement, certainement, y a des fois des
88 choses qu'on pourrait supprimer,
89 certainement oui. Ou mieux, adapter par
90 rapport aussi aux résultats des analyses,
91 ptêtre au ressenti des spécialistes aussi.
92 Enfin, c'est plutôt quelque chose qu'il faudrait
93 étudier effectivement à plusieurs personnes.
94
95 - Et qu'est-ce qui vous motiverait du coup à
96 le faire ?
97
98 - Et bien. C'est qu'on soit rémunéré pour le
99 temps où on sera à discuter avec vous. Et où
100 on sera pas au comptoir. Voilà si je suis en
101 dehors de ma pharmacie, faut que quelqu'un
102 fasse le travail que je fais là actuellement.
103 Donc, je peux pas payer un assistant pour
104 faire autre chose à côté.
105
106 - Ben oui.
107
108 - Comme vous aussi, hein. Je pense que ce
109 sera la même chose pour vous, voilà.
110
111 - Est-ce qu'il y a autre chose qui pourrait vous
112 freiner autre que le temps et la rémunération.
113 Je sais pas, une question d'organisation ?
114
115 - Oui, c'est sûr qu'après, il faut voir que tout
116 le monde soit disponible en même temps.
117 Donc, ça c'est sûr qu'il faut trouver un
118 créneau horaire qui convienne à tout le
119 monde. Mais oui, autrement c'est une bonne
120 idée. Moi je pense, que c'est une bonne idée.
121
122 - Est-ce qu'hormis le médecin généraliste et
123 vous-même, vous feriez participer quelqu'un
124 d'autre à cette analyse de l'ordonnance ?
125
126 - Non, parce qu'on est que deux pharmaciens
127 dans le coin.
128

1 - Et si on vous disait : « Ben, le médecin il est
2 hyper motivé pour le faire. » Comment est-ce
3 que vous verriez ces analyses ? Enfin,
4 comment est-ce que vous l'organiseriez ?
5
6 - C'est-à-dire ?
7
8 - Et ben, est ce que vous feriez des réunions
9 plutôt par téléphone, en se disant : « ben
10 tient on va parler de ce patient ? » Est-ce que
11 tous les mois vous prenez un patient
12 différent ? Toutes les semaines ? est ce que
13 vous voulez faire ça face à face ?
14
15 - Faudrait réfléchir là ! Honnêtement ! Tout de
16 suite... Moi, faut que je réfléchisse. Je peux
17 pas vous répondre comme ça. Mais, je sais
18 pas... Ca serait bien... Déjà, voir avec la
19 personne avec qui on travaille. Faut qu'on
20 soit d'accord toutes les deux, c'est sûr. Je
21 sais pas ce qui serait le plus pratique.
22 Faudrait en discuter. Je sais pas.
23
24 - Faudrait y réfléchir un peu.
25
26 - Oui ! à réfléchir.
27

28 - Du coup- j'essaye de faire un peu vite
29 comme vous avez pas mal de monde- (rires
30 toutes les deux), est ce que vous avez des
31 choses à rajouter ou des questions sur le
32 sujet ?
33
34 - Euh... Ben non. Pas spécialement, non. Je
35 sais pas. Après oui ! Vous nous ferez un petit
36 topo sur votre travail, sur ce qui en est sorti.
37 Ça, par contre, c'est intéressant pour nous.
38 (Rires).
39
40 - On vous envoie notre travail quand c'est
41 terminé. Je prends votre adresse mail.
42
43 - Oui ! Vous nous envoyez votre travail quand
44 ce sera terminé. Comme ça, ça peut être
45 intéressant pour nous et enrichissant.
46 Effectivement, le but c'est d'échanger entre
47 professionnel pour faire avancer. Pour le bien
48 du patient. Enfin moi je vois ça comme ça je
49 pense que c'est aussi votre souhait.
50 Ben, oui, oui. !
51
52 Remerciements
53
54 FIN

1 [Médecin Généraliste](#)
2
3 [Conditions d'entretien : à son cabinet, 17h.](#)
4
5 [Après les consultations. Temps dédié. Le](#)
6 [médecin s'est mis à la place du patient et](#)
7 [l'investigatrice dans son fauteuil.](#)
8
9 [Etat d'esprit du médecin : Ouvert et intéressé](#)
10 [par le sujet. Motivé pour le travail](#)
11 [interprofessionnel.](#)
12 [Durée d'entretien : 25 min](#)
13
14 [Présentation de l'enquêteur](#)
15 [Présentation de l'étude.](#)
16
17 - *Pour commencer, comment vous décririez*
18 *vos relations avec les pharmaciens ?*
19
20 - *Mes relations avec les pharmaciens sont*
21 *bonnes (affirmatif). Donc ça part sur de*
22 *bonnes bases, mais c'est à approfondir dans*
23 *les mois et les années qui viennent. Quand il*
24 *m'appelle, je ne prends pas mal le fait, que*
25 *pharmacien vienne échanger sur mon*
26 *traitement. Quand on reçoit l'appel d'une*
27 *pharmacie, je prends toujours le temps de*
28 *répondre.*
29
30 - *C'est principalement par téléphone ?*
31
32 - *Oui, pour l'instant on n'a pas d'autres*
33 *relations.*
34
35 - *Et c'est fréquent, qu'ils vous contactent ?*
36
37 - *Oui (sourire) parce que je fais des fautes de*
38 *frappe. Parce qu'on fait des petites erreurs*
39 *sur les ordonnances et on est bien contents*
40 *que le pharmacien corrige nos erreurs. Soit*
41 *on a oublié de mettre la durée, (par exemple,*
42 *antibiotiques - posologie, il n'y a pas de*
43 *problèmes), c'est souvent la durée. Ils*
44 *peuvent appeler pour des posologies un peu*
45 *fortes. Alors maintenant, je marque bien :*
46 *100mg/kg par exemple pour l'amoxicilline,*
47 *pour pas qu'ils appellent... on devance un*
48 *peu... Voilà c'est tout.*
49
50 - *Et vous, vous les contactez de temps en*
51 *temps ?*
52
53 - *(Pause. Réfléchi) Pas souvent... Non...*
54
55 - *Et pour l'instant, est ce que vous avez déjà*
56 *eu des projets de soins avec eux ?*
57
58 - *Non, parce que ça fait des années que je*
59 *leur dis qu'ils vont rentrer dans le pôle de*
60 *santé pour travailler en pluri professionnel et*
61 *on n'a pas pris le temps de le faire. Et chaque*

62 *année on se dit que ça va être l'année*
63 *prochaine...*
64 *J'ai envie qu'ils rentrent dans la maison de*
65 *santé, « hors site », pour qu'on ait des revues*
66 *d'ordonnances complexes de gens*
67 *polymédiqués. Revoir avec eux les*
68 *indications des médicaments, les effets*
69 *secondaires, devancer un effet secondaire,*
70 *voir si le médicament est à la bonne dose,*
71 *voir si en fonction de la pathologie des gens :*
72 *est ce qu'ils ont tous les médicaments. C'est*
73 *« overuse », « underuse » et « misuse ». J'ai*
74 *envie de travailler sur ça avec les*
75 *pharmaciens. Donc après, je ne sais pas*
76 *comment l'organiser ... Faire des réunions*
77 *avec eux, prendre des ordonnances de*
78 *patients, puis les discuter avec plusieurs*
79 *médecins et puis plusieurs pharmaciens... Et*
80 *après, on peut aussi faire des réunions sur*
81 *les plaies chroniques parce qu'il y a*
82 *beaucoup de produits. Et éventuellement,*
83 *harmoniser avec les infirmiers et*
84 *pharmaciens... parce que nous on est*
85 *complètement perdus dans les produits...*
86 *pour les ulcères et les escarres... Il y en a*
87 *tellement... On a déjà un début de protocole*
88 *mais on pourrait harmoniser en choisissant*
89 *tel ou tel produit. Voilà pour l'instant...*
90
91 - *Et pour vous, la polymédication qu'est-ce*
92 *que ça représente dans votre patientèle ?*
93
94 - *Alors, (réfléchi), ça a beaucoup diminué*
95 *depuis les années 1990-2000, où tu avais*
96 *des ordonnances de 10 à 15 médicaments de*
97 *façon régulière avec des médicaments qui*
98 *n'avaient pas démontré leur efficacité... Donc*
99 *actuellement, les gens sont polymédiqués,*
100 *mais avec un nombre moindre, je trouve. Et*
101 *des médicaments qui ont plus montré leur*
102 *efficacité et qui ont presque chacun lieu*
103 *d'être prescrit... Après, le médecin*
104 *généraliste, c'est un peu le coordonnateur*
105 *entre tous les spécialistes : entre l'ophtalmo*
106 *qui prescrit le collyre bêtabloquant qui peut*
107 *avoir des effets secondaires- si en plus ils ont*
108 *un bêtabloquant prescrit par le cardiologue,*
109 *plus un inhibiteur de la cholinestérase qui*
110 *peut entraîner des troubles de conduction...*
111 *S'il n'y a pas le généraliste qui coordonne*
112 *tout... Moi, c'est ce que je fais, je mets tous*
113 *les médicaments sur la même ordonnance*
114 *même si c'est pas moi qui prescrit, pour avoir*
115 *sous les yeux, tous les médicaments pris par*
116 *le patient.*
117 *Et puis je pense qu'il faudrait qu'il y ait une*
118 *consultation dédiée une fois par an à la revue*
119 *de l'ordonnance....*
120 *Ça peut être le médecin avec le patient en*
121 *disant : « vous, vous avez beaucoup de*
122 *médicaments. Une fois par an, je vous verrai*

1 pour réévaluer chaque médicament. » Et
2 demander au patient, l'interroger une fois par
3 an : « Est ce que vous connaissez l'indication
4 de chaque médicament ». Et quand on le fait,
5 on s'aperçoit que souvent, il y en a qui ne
6 savent pas. Ça m'est arrivé, une patiente qui
7 prenait du Vastarel^R depuis 20 ans, sans
8 savoir pourquoi elle le prenait et qui avait un
9 syndrome extrapyramidal dû au Vastarel^R qui
10 était un effet secondaire nouvellement connu
11 Voilà, je pense que si on interroge le
12 patient : « Ce médicament, vous le prenez
13 pourquoi ? », qu'on regarde les antécédents
14 pour savoir s'il y a toujours besoin de le
15 prescrire. Il y a les doubles anti- agrégations
16 qui vont au-delà d'un an après un stent, par
17 exemple. Parce qu'après on sait qu'il y a plus
18 d'effets secondaires que de bénéfiques... Il y
19 a plein de choses : les IPP, les sorties
20 d'hôpitaux...

21
22 -*Donc on a discuté avec des pharmaciens*
23 *cliniciens hospitaliers... Et ils ont mis en place*
24 *autours d'Annecy, et sont en train de le*
25 *mettre en place autour de Grenoble, dans les*
26 *EHPAD, avec les médecins généralistes et le*
27 *médecin coordonnateur....*

28
29 - J'ai vu ça il y a quelques années. J'avais
30 discuté avec une pharmacienne dans une
31 soirée de gériatrie. Et j'avais commencé à
32 mettre ça en place à l'EHPAD quand j'étais
33 coordonnateur, je trouvais que c'était génial
34 et tout le monde a trouvé que c'était un plus
35 de le faire.

36
37 - *Avec le pharmacien aussi ?*

38
39 - Oui, il y avait le pharmacien de l'EHPAD...
40 Mais j'avais fait ce que j'avais entendu. Et je
41 me disais que dans un pôle ou la maison de
42 santé, on pourrait bien faire ça pour les
43 personnes polymédiquées. Mais ce n'était
44 pas les pharmaciens de (*ville du Dr.X*). Par
45 contre, je connais bien la pharmacie de (*ville*
46 *d'exercice*) et ils sont tous partants ;

47
48
49 - *Et qu'est-ce que vous verriez comme*
50 *obstacles à ces réunions ?*

51
52 - (Réflexion...) L'agenda des gens... Le mien
53 (rires)! A part ça, pas d'obstacles
54 (*catégorique*). Non je ne vois pas
55 d'obstacles
56 Il y a aussi les underuse , quand on ne
57 prescrit pas les médicaments qu'il faudrait
58 malgré les antécédents que le patient a. Par
59 exemple, s'il n'y a pas l'IEC chez un
60 insuffisant cardiaque. Ces réunions
61 permettraient de rajouter certains
62 médicaments.

63

64 - *Et à quelle fréquence vous verriez ces*
65 *réunions ?*

66

67 - Je pense que pour le polymédiqué, il
68 faudrait que le médecin se pose la question
69 une fois par an sur l'ordonnance de son
70 patient. Soit tout seul, soit l'idéal, serait de le
71 faire avec le pharmacien. Mais une fois par
72 an, par patient, au moins ça serait bien. Je ne
73 sais pas si ça serait faisable...

74 Ensuite, on peut aussi réfléchir à une autre
75 population... : ceux qui ne viennent pas au
76 cabinet. C'est ceux qui sont en
77 automédication en pharmacie. Le
78 pharmacien pourrait nous dire : « Voilà quel
79 type de patient on voit en automédication.
80 Quels conseils on donne, quel médicament
81 on donne... » Parce que l'automédication,
82 ça se fait de plus en plus parce que les
83 médecins sont moins abordables. On peut
84 avoir moins de consultations... Donc il y a
85 plein de consultations qui se font en
86 pharmacie. Et on pourrait peut-être voir avec
87 le pharmacien ce qu'ils ont comme demande
88 et à quel moment ils doivent passer la main
89 au médecin. En général ils le font pas mal...
90 Ils disent d'aller voir le médecin à bon
91 escient, je trouve... Ça peut être intéressant.
92 Ensuite, discuter avec un pharmacien, ça
93 peut être intéressant parce qu'ils ont plein
94 d'informations sur les patients que ceux-ci ne
95 nous disent pas. Bon, ils ne peuvent pas tout
96 répéter non plus, parce qu'il y a quand même
97 le secret... Mais par exemple, sur
98 l'ordonnance, certains patients leur disent :
99 « Ah non celui-là, ne me le donnez pas, je ne
100 le prends pas... ». Donc en échangeant avec
101 les pharmaciens, on récupèrera des infos ...

102

103 - *Parce qu'entre professionnels de santé il n'y*
104 *a pas de secret opposable ?*

105

106 - Après, quand les professionnels de santé
107 sont dans une maison de santé, on partage
108 le secret, sauf opposition du patient... Donc
109 quand le pharmacien sera dans la maison de
110 santé hors site, on pourra partager le secret
111 médical... On ne doit pas révéler les
112 éléments de la vie privée. On parle de
113 médecine, pas de la vie privée.... (*Blanc*)
114 Après, il y a la pharmacie de (*ville proche*).
115 Quand elle voit arriver des urgences et que le
116 médecin traitant n'est pas joignable, elle me
117 demandait si elle pouvait les orienter vers
118 nous plutôt qu'aux urgences... Ben oui, c'est
119 sûr que pour une maison de santé, il vaut
120 mieux qu'on les prenne nous, plutôt que
121 d'engorger les urgences.

122

123 Et puis aussi dans les ordonnances, il y a
124 aussi les sorties d'hospitalisations... J'ai vu
125 un courrier de (*centre hospitalier*
126 *universitaire*) avec un tableau : « traitement
127 d'entrée, de sortie et pourquoi les

1 modifications ont été faites ». Ça serait
2 intéressant de travailler avec l'hôpital de
3 (Ville Y). Ils ont fait des progrès en marquant
4 les traitements d'entrée au début du courrier,
5 et de sortie à la fin mais ça n'est pas pratique
6 à lire... et on ne retrouve pas les raisons des
7 modifications... Alors que quand on voit ce
8 tableau, on le lit vite et c'est plus pratique
9 pour le suivit. Quand on voit que le Ramipril^R
10 a été baissé pour une insuffisance rénale
11 durant l'hospitalisation, on peut revenir aux
12 doses dès que la clairance remonte. Ces
13 tableaux, ça serait à développer sur (centre
14 hospitalier de ville Y).

15
16 - Ils l'ont mis en place aussi au (Centre
17 Hospitalier Universtaire)... Les internes de
18 pharmacie réalisent des bilans
19 médicamenteux en recherchant toutes les
20 prises médicamenteuses, automédication
21 etc...

22
23 - Ah oui, c'est pas mal... Quand on fait nos
24 réunions, il faudrait demander ce que le
25 patient prend en plus en automédication...
26 On pourrait le rajouter dans ces réunions,
27 avec le pharmacien, et puis leur demander si
28 un spécialiste leur prescrit des médicaments
29 dont on ne serait pas au courant.
30 Vraiment le médecin généraliste est
31 coordonnateur de sa patientèle...

32
33 - Dans ce qu'elle me disait à Annecy, ils
34 commencent par une formation sur quelques
35 soirées et différentes thématiques
36 médicamenteuses.
37

38 - Oui, moi j'ai beaucoup travaillé sur les
39 médicaments. J'ai fait une liste pour
40 l'EPHAD. J'ai fait la capacité de gériatrie.
41 On pourrait se faire ça avec les pharmaciens.
42 Commencer par ça. On se fait un diaporama,
43 un médecin et un pharmacien sur l'iatrogénie.
44 On pose les bases : « voilà ce qu'est la
45 iatrogénie », est ce qu'on imagine tout ce qu'il
46 y a derrière tout ça ? Et une fois qu'on a décrit
47 ça, on se demandera comment on peut faire.
48 Se faire une première soirée comme ça...
49 Tu as d'autres questions ?...

50
51 - Non, c'était nos principales questions...

52
53 - D'accord, je pense qu'il y a encore des
54 tonnes de choses à dire... Pour l'instant, ça
55 donne quoi vos résultats ? ...

56
57 - Pour l'instant ce qui ressort le plus comme
58 frein c'est l'organisation temporelle.

59
60 - Oui, c'est un gros problème.... Après,
61 même si tu ne réfléchis qu'une fois par an sur
62 tes patients les « plus » polymédiqués, tu as
63 un raisonnement qui va être sensibilisé. Ce
64 qui va faire qu'après, le médecin va se dire :
65 « Ah oui c'est vrai qu'on a dit ça pour lui... ».
66 Tu rebondis pour les autres, ça fait ricochet...
67 Parce qu'on peut difficilement réfléchir sur
68 tous les patients mais ça sensibilisera le
69 généraliste dans les bonnes pratiques.

70 Bon, voilà ...

71
72 - Merci !

73
74 FIN

1 Conditions d'entretien : dans son cabinet
2 rendez vous pris à l'avance, à 8h00 du matin,
3 un jour où il ne travaille pas, avant l'arrivée
4 de son interne en SASPAS. En face en face
5 à son bureau. Interrompu deux fois par le
6 téléphone pour des appels de patient.

7
8 Etat d'esprit du médecin : très intéressé, car
9 est en ce moment en train de renforcer la
10 coopération au sein du pôle, et dans un projet
11 sur la personne âgée.

12
13 Durée d'entretien : 25 minutes

14
15 -Ma première question, ça serait de savoir
16 comment est ce que vous qualifieriez vos
17 relations avec les pharmaciens du coin ?

18
19 -Comment sont mes relations ?

20
21 - Oui...

22
23 -Très bonnes. Globalement, oui, ça se passe
24 bien. Il n'y a pas de soucis particuliers. Il y a
25 eu des choses qu'on a été obligé de mettre
26 au point certaines fois mais maintenant ça
27 roule... Par exemple, le fait de mettre QSP à
28 renouveler 2 fois. Ben, y avait des
29 pharmaciens ou leurs ... leurs employés, qui
30 ne donnaient que deux fois. Il y avait
31 marqué : à renouveler deux fois alors ils
32 donnaient que deux fois. Alors, j'ai été obligé
33 de leur expliquer ce que ça voulait dire, 3
34 fois... Des trucs comme ça tout bêtes. Leur
35 demander aussi que, quand je mets un
36 comprimé pendant 3 mois ça veut dire que je
37 veux une boîte de 3 mois et pas une boîte de
38 1 mois à renouveler 2 fois. C'est des petites
39 choses comme ça, quoi. Mais euh... Aussi,
40 on s'est mis d'accord pour... - en quelque-
41 sorte, on avait devancé l'appel - c'est que si
42 je marquais- mais maintenant ils sont tenus
43 de le faire- que si on marque- le nom de
44 molécules, ils doivent aussi donner le
45 générique. Et que si la personne réclame le
46 vrai, faut plus qu'ils leur disent demandez à
47 votre médecin de marquer « non substituable
48 » parce que sinon on passe notre temps à le
49 faire. Donc, c'est au patient de payer la boîte
50 et de se faire rembourser par la sécu s'il veut
51 le médicament commercial ...Donc, voilà des
52 petites choses comme ça où il a fallu, de
53 temps en temps, un peu insister pour
54 l'obtenir, pour décharger un peu d'un certain
55 travail voilà... mais globalement, ça c'est
56 toujours bien passé, pas de soucis. Et puis là,
57 ça fait plusieurs années qu'il n'y a plus besoin
58 de demander les choses pour les obtenir. Ça
59 se passe bien on a des relations
60 confraternelles sympathiques.

61

62 - Ok et votre dernier contact avec le
63 pharmacien c'était quand ?

64

65 - Hier soir. Mais en hors ordonnance. Parce
66 qu'en ce moment on est en train de voir...
67 c'est Mme X qui vous dit de venir me voir ?

68

69 - C'est la pharmacie de (Village X)...

70

71 - En fait on est en train de voir pour marcher
72 sur un même logiciel. Du coup, je leur ai fait
73 une réunion pour leur montrer comment
74 fonctionnait notre logiciel qui a pour vocation
75 de devenir pluriprofessionnel à terme. Donc,
76 voilà, c'est pour vous montrer qu'on essaye
77 de travailler en collaboration voilà.

78

79 -C'est quoi le nom de votre logiciel ?

80

81 - C'est un logiciel qui est pas du tout connu,
82 qui s'appelle (X). C'est un logiciel associatif
83 donc, géré par les médecins, pour les
84 médecins, pour pas se faire racketter par les
85 sociétés commerciales. Donc, on paye une
86 maintenance annuelle très peu cher par
87 rapport aux autres logiciels et en fait on glisse
88 notre avis parce qu'on aimerait bien que ça
89 marche comme ça etc. Et ils tiennent compte
90 de nos remarques. C'est pas des
91 technocrates ou des techniciens dans un
92 bureau qui gèrent ça, sans se préoccuper du
93 terrain. Donc c'est très intéressant comme
94 façon de travailler.

95

96 - Pour quelle raison vous êtes amené à
97 appeler le pharmacien ?

98

99 - Euh... Appeler le pharmacien c'est très rare,
100 c'est plutôt l'inverse qui se passe. Quand ils
101 ont un doute sur ce qu'on a prescrit ou
102 carrément qu'on a fait des erreurs ça peut
103 arriver euh... Appeler, c'est quand par
104 exemple, ben, je cherche le nom d'un
105 médicament. Je cherche quelque chose et je
106 sais pas trop comment ça s'appelle. Ou que
107 je leur demande : « Est ce qu'il existe un
108 médicament » ou « Est ce qu'on a le droit de
109 prescrire ». Voilà, c'est des précisions sur un
110 médicament ou sur un matériel en particulier,
111 que j'ai l'occasion d'appeler. Devant ou hors
112 la présence du patient sa dépend si c'est
113 urgent ou pas. Voilà c'est souvent comme ça
114 qu'on appelle.

115

116 - Les communications se font par téléphone
117 ou des fois ça peut se faire par mail ou ?

118

119 - Et bien, y a pas longtemps j'ai demandé par
120 mail, justement. Comme on est en train de
121 travailler sur le logiciel, maintenant on va
122 partager nos mails mais avant c'était par

1 téléphone uniquement. Là, dernièrement j'ai
2 demandé un renseignement par mail.
3
4 - Ok, est ce que vous avez des projets en
5 commun avec les pharmaciens d'officine ?
6
7 - Je viens de vous donner la réponse (rire).
8 En fait, on fait partie du pôle (XZ) maintenant.
9 Avant c'était (XYZ, nom de communes) donc
10 on travaillait beaucoup avec (Y). Donc là, on
11 a scindé avec (Y) parce qu'on était trop
12 nombreux. Donc (Y) est tout seul et nous on
13 reste avec (Z) et du coup, euh... on peut
14 intégrer des pharmaciens dedans. Donc, à
15 partir de 2018, j'ai demandé à la pharmacie
16 de (X)- comme c'est avec elle que je travaille
17 le plus- d'intégrer notre pôle pour travailler en
18 collaboration.
19
20 *Coupé, par téléphone, 5min*
21
22 -Heum, ok ! Donc, vous avez intégré la
23 pharmacie de (X) à partir de 2018 dans le
24 pôle de santé ?
25
26 - Oui voilà, Elle va faire partie du pôle de
27 santé à partir de 2018. Donc, on va être
28 amené à travailler en étroite collaboration.
29 D'autant plus qu'on a le projet de se faire
30 financer par l'ARS. On est en train de monter
31 le projet justement, pour les personnes âgées
32 à domicile, pour essayer de les maintenir,
33 d'optimiser leur maintien à domicile dans le
34 temps et dans le confort quoi. Et aussi de
35 faire de la prévention contre la chute, qui est
36 un des éléments principaux à éviter à
37 domicile. Donc du coup, là aussi on fait des
38 réunions régulièrement pour préparer ce
39 projet, pour l'écrire, et pour demander des
40 subventions à l'ARS. Donc, on est vraiment
41 en train de se rapprocher de plus en plus.
42 (Rires).
43
44 - D'accord ! Et au niveau de l'ordonnance,
45 spécifiquement, est ce que vous avez une
46 communication avec le pharmacien ?
47
48 - C'est rare, c'est rare. Disons que moi, je suis
49 assez sensible sur l'iatrogénie chez la
50 personne âgée, puisque je suis formateur
51 pour l'association de médecins, qui s'appelle
52 (*lambda*), vous connaissez peut-être ? Et
53 j'avais organisé, en deux occasions, des
54 formations sur l'iatrogénie de la personne
55 âgée. Donc du coup, un des objectifs de la
56 formation, c'était de nous apprendre à gérer
57 nos ordonnances pour élaguer et pour
58 structurer notre ordonnance. Par exemple, de
59 mettre par appareil : tout ce qui a trait à la
60 cardio, à la digestive ou moral. Tout
61 ensemble pour s'y retrouver et puis essayer
62 de voir tout ce qui peut être supprimé dedans.
63 Donc du coup, je ressens pas forcément le

64 besoin de téléphoner au pharmacien pour ça.
65 Je suis assez sensible à cette thématique.
66
67 - Ma prochaine question, c'était de savoir ce
68 que représente pour vous le terme
69 polymédication mais du coup ???
70
71 - Préoccupation majeure, on va dire (rises).
72 La première chose que je fais, non, pas la
73 première, la deuxième fois que je vois
74 quelqu'un arriver avec une ordonnance
75 longue comme ça, c'est voir qu'est ce que je
76 vais pouvoir retirer dans tout ça en gros.
77 Même chez les personnes non âgées,
78 j'essaye de tailler dans les effectifs, on va dire
79 (rire). Voilà.
80
81 - Du coup je vous ai expliqué un peu, au
82 CHU, ils font les visites avec les pharmaciens
83 etc., Et puis, on s'est rendu compte aussi
84 qu'à Annecy, ils allaient faire des visites entre
85 le pharmacien et le coordinateur des EHPAD,
86 pour revoir les ordonnances. Et à Grenoble
87 c'est en train de se mettre en place. Et du
88 coup, pour arriver à notre question principale,
89 je voudrais savoir ce que vous penseriez de
90 participer à une analyse commune des
91 ordonnances avec le pharmacien, pour les
92 personnes de plus de 75ans ?
93
94 - Oui oui, c'est sûr que serait un truc qui me
95 plairait, c'est sûr. ! Alors là, vous parlez de
96 coordinateur d'EHPAD. Le problème, c'est
97 qu'ils ont pas forcément emprise sur les
98 prescriptions puisque c'est les médecins de
99 ville qui prescrivent et, pff, y en a certains je
100 suis pas sûr qu'ils accepteraient qu'on leur
101 dise de retirer tel ou tel médicament. Voilà
102 (rire) Mais bon, voilà... mais si y a un travail
103 qui se fait, pourquoi pas ? Parce que c'est en
104 vue de faire quelque chose ?
105
106 - C'est en vue de faire quelque chose oui.
107
108 - Dans le coin ?
109
110 - Oui.
111
112 - Ben, c'est vrai que ça pourrait rentrer dans
113 notre projet de maintien à domicile et d'éviter
114 tout ce qui peut provoquer une chute chez la
115 personne...
116
117 *Coupé, par téléphone, 2min.*
118
119 - Heum, donc du coup si vous vous deviez
120 organiser ces analyses ...Enfin là, c'est à
121 froid, parce que je vous ai pas demandé d'y
122 réfléchir avant, mais comment est ce que
123 vous imagineriez ça ?
124
125 - Moi je pense qu'il faudrait faire ça, comme
126 on fait dans le pôle. Des réunions de
127 coordination. Et puis que, quand on voit des

1 ordonnances à renouveler où le pharmacien
2 a distribué, qu'on note sur un coin telle
3 personne. Et puis qu'on se voit une fois tous
4 les mois ou tous les trois mois - je me rends
5 pas compte combien de fois il faudrait se voir-
6 , et qu'on passe en revue les ordonnances
7 les plus chargées. Je pense que ce serait le
8 plus simple. Devant le patient, je ne pense
9 pas que ça soit, ni nécessaire, ni judicieux
10 parce que y a des choses qu'on va se dire
11 sans que le patient n'ait besoin de
12 l'entendre... Oui, je pense que, voilà, une
13 réunion comme ça, où on regarde
14 l'ordonnance ensemble et on voit les choses
15 qui sont absolument indispensable, celles qui
16 le sont moins et celles qui peuvent être
17 carrément dangereuses. Enfin, c'est ça la
18 question ?

19
20 - *Oui*

21
22 - Donc je pense que ça serait ça, donc voir
23 ça à froid.

24
25 - *Qu'est-ce qu'y vous motiverait à le faire ?*

26
27 - Ben, pour euh... oui, pour retirer tout ce qui
28 n'est pas indispensable et pour le confort du
29 patient. Moi je suis sûr qu'au bout d'un certain
30 nombre de médicaments, on rend plus
31 service au patient, quoi, on... C'est même
32 pas forcément des risques, c'est aussi en
33 terme de confort. Avoir dix comprimés à
34 prendre le matin avant de prendre le petit
35 déjeuner, je veux dire, après, on va plus avoir
36 faim (*rires*) par exemple oui, c'est pour ça.
37 C'est autant en termes de risques qu'en
38 termes de confort pour le patient. C'est ça qui
39 me motiverai en fait. Toujours rendre service
40 au patient (*rires*).

41
42 - *Et qu'est-ce qui vous freinerait à votre avis ?*

43
44 - Ce qui me freinerait ? (*Blanc*) ben euh...
45 Déjà, si on parle de Mme X (*pharmacienne*)
46 je suis sûr qu'elle serait partante sans
47 problèmes. Il y a peut-être d'autres
48 pharmaciens. Je sais pas forcément dans
49 quel état d'esprit ils sont par rapport à ça.
50 Donc ça, ça peut être un frein de savoir quelle
51 est la motivation de la personne en
52 face...Après euh, qu'est ce qui me freinait ?
53 Le temps à y passer ? Mais bon, nous on est

54 plus trop dans cet état d'esprit, par ce que
55 justement, pour la coordination entre nous,
56 entre professionnel, l'ARS nous rémunère au
57 sein du pôle. Pour ça, on signe une feuille
58 d'émargement, on voit le temps qu'on y a
59 passé, de combien de patients on a parlé et
60 tac, on se fait rémunérer. Donc ça, c'est plus
61 un frein non plus euh... mais c'est vrai que ça
62 pourrait l'être s'il y avait pas rémunération
63 parce qu'après tout passer plein de temps
64 non payé, c'est pas agréable. Pfff. Voilà. Je
65 crois que c'est à peu près tout, non je ne vois
66 pas beaucoup de frein en fait.

67
68 - *Ok ! Est-ce qu'hormis le pharmacien, vous*
69 *feriez participer quelqu'un d'autre ?*

70
71 L'infirmière, peut-être, oui. Les infirmières,
72 elles sont bien placées auprès des
73 personnes âgées. C'est elles qu'elles voient
74 le plus souvent, la plupart du temps. Donc,
75 celles, effectivement qui interviennent
76 régulièrement auprès des personnes âgées,
77 je pense que ça serait bien qu'elles soient là
78 aussi. Après y a des personnes âgées qui
79 sont parfaitement autonomes. Elles voient
80 l'infirmière une fois tous les trois mois ou
81 même jamais. Donc celles-là, il n'y a pas
82 besoin que l'infirmière soit là. Mais celles où
83 on fait des prescriptions de passage réguliers
84 tous les jours ou deux fois par semaines.
85 Elles, elles sont vraiment bien placées pour
86 voir l'état d'esprit de la personne par rapport
87 à son traitement et puis voir aussi ce qui se
88 passe. Oui, je pense que les infirmières
89 seraient un plus.

90
91 -*Ma dernière question... est ce que vous*
92 *avez des remarques à faire sur le sujet ou*
93 *des questions ?*

94
95 Très intéressant ! Et vraiment dans la logique
96 de ce que nous, on essaye de développer
97 dans le coin. Dans la coordination : on est en
98 plein dedans. Et l'optimisation de la prise en
99 charge des personnes âgées à domicile on
100 est en plein dedans. Donc nous, ça va
101 parfaitement avec ce qu'on fait (*rires*).

102
103 [Remerciements](#)

104
105 FIN

1 [Médecin Généraliste](#)
2 [Conditions d'entretien : à son cabinet, 8h15,](#)
3 [avant ses consultations. Est arrivée en](#)
4 [retard.](#)
5
6 [Etat d'esprit du médecin : N'avait pas lu notre](#)
7 [fiche de présentation, ne savait plus quel était](#)
8 [le sujet. Sur la retenue.](#)
9
10 [Durée d'entretien : 17 min](#)
11
12 [Présentation de la thèse](#)
13 - Pour débiter, comment vous décriez vos
14 relations avec le pharmacien ?
15
16 - Téléphoniques, uniquement par téléphone.
17 Après j'ai des amis pharmaciens et j'en
18 soigne certains. Donc, ça fait un peu plus de
19 connaissance de leur métier. Et sinon, c'est
20 uniquement des relations par téléphone.
21
22 - D'accord. Et par exemple, le dernier contact
23 que vous avez eu avec l'un d'entre eux...
24
25 - Ca date un peu... De temps en temps, c'est
26 quand il manque un produit. Par
27 exemple : « J'ai pas ce produit, par quoi on le
28 change ? ». De temps en temps, c'est pour
29 m'envoyer quelqu'un, parce qu'il y a une
30 urgence qu'ils ne savent pas gérer dans leur
31 officine. C'est surtout ça les rapports...
32
33 - Et vous, vous êtes amené à les contacter
34 pour certaines raisons ?
35
36 - Très rarement, très très rarement...
37
38 - Pour quels motifs ?
39
40 - (Pause, réflexion) Quand je veux une attelle
41 et que je veux expliquer ce que je veux.
42 Quand j'ai besoin d'un traitement de fond qui
43 manquerait, mais c'est quand même rare. Je
44 fais la pêche aux renseignements. C'est rare.
45
46 - Et eux vous appellent fréquemment ?
47
48 - Oh... je pense qu'ils m'appellent facilement,
49 mais ça dépend des pharmaciens. Ça
50 dépend aussi, si c'est la préparatrice ou le
51 pharmacien... Les préparatrices m'appellent
52 plus facilement, surtout quand c'est signé par
53 l'interne. Ils appellent souvent le lendemain
54 en me disant que c'est un peu inhabituel
55 comme ordonnance. Voilà.
56
57 - D'accord. Est-ce que vous avez déjà eu des
58 projets de soins avec les pharmaciens ?
59
60 - (Blanc, réflexion) Non, pas du tout...
61 Disons, qu'avant, on leur demandait de
62 prendre la tension. Quand on ne prêtait pas

63 l'appareil à tension, de repasser dans les
64 pharmacies, prendre la tension. A part ça, là,
65 cette année, il y en a certains qui ont été
66 vaccinés contre la grippe par les
67 pharmaciens. Les gens m'ont ramené leur
68 papier me montrant que c'est le pharmacien
69 qui les avait vaccinés. Mais voilà c'est tout...
70
71 - Et vous n'avez pas entendu parler de projet
72 de ce type ?
73
74 - Non (grimace, désolée)
75
76 - Mais c'est pas grave, il n'y a pas de
77 mauvaise réponse. C'est simplement pour
78 sonder le sujet... Et pour l'instant, à propos
79 de l'ordonnance des patients, c'est quel type
80 de communication ? Principalement par
81 téléphone ?
82
83 - De temps en temps par mail, mais surtout
84 par téléphone.
85
86 - Et sur les traitements, vous échangez sur
87 quelles raisons ?
88
89 - En général c'est la disparition d'un produit
90 c'est tout... C'est rarement pour autre chose.
91 Parfois, c'est pour un problème de dose,
92 surtout avec les internes. Ils veulent être
93 sûrs. Parfois, il y a des petits gags. Et parfois,
94 (soupire) c'est un produit manquant. Pour
95 savoir ce qu'on fait.
96
97 - Parce que vous, vous êtes en relation avec
98 différentes pharmacies ?
99
100 - Oui, (Ville V), (Village X), (Village Y),
101 (Village Z) etc... Ah oui, il y a beaucoup de
102 pharmaciens, qui me connaissent ou qui ne
103 me connaissent pas. A travers mes
104 ordonnances.
105
106 - Vous avez un rapport différent ?
107
108 - Ah oui, c'est forcément différent. Et puis
109 parfois, c'est les préparatrices qui sont
110 perdues. Des fois, c'est vraiment les
111 pharmaciens. C'est souvent les préparatrices
112 qui ne sont pas à l'aise.
113
114 - D'accord. Et votre ressenti au moment où
115 les pharmaciens vous appellent ?
116
117 (Coupure, appel téléphonique d'une
118 pharmacie)
119 (Blanc après la fin de la communication)
120
121 - Donc nous, avec ma co-interne, on a plus
122 axé notre recherche sur la polymédication de
123 la personne âgée. Qu'est-ce que ça
124 représente pour vous, dans votre pratique ?

1
2 - C'est un peu large. Je fais attention de ne
3 pas être iatrogène. Comme tous les
4 médecins. Après, ce n'est pas toujours
5 évident, parce qu'ils ont ci, ils ont ça. Il faut
6 traiter le cœur, la prostate, les fonctions
7 cognitives, le stress.... Donc ce n'est pas
8 facile. Les problèmes de constipation... etc.
9 Donc il faut prescrire le moins possible, et,
10 surtout, que les médicaments aillent bien
11 ensemble... C'est pas si simple...
12
13 - *Et nous, on a discuté avec les pharmaciens*
14 *hospitaliers qui échangent avec les médecins*
15 *des services, qui échangent lors des visites...*
16 *Et, ils sont en train de mettre ça en place*
17 *dans les EHPAD, avec des pharmaciens*
18 *d'officine et des médecins. Des séances*
19 *d'analyse de l'ordonnance, à plusieurs*
20 *autours d'une table, d'analyser les*
21 *ordonnance des personnes âgées. Est-ce*
22 *que vous, ça vous intéresserait de participer*
23 *à ce type de séances, avec des*
24 *pharmaciens ?*
25
26 - (Blanc) Oui... Après, c'est pas évident,
27 parce que eux ils connaissent le patient, nous
28 on connaît les médicaments. Ça peut être
29 intéressant comme échange, après je ne
30 ferais pas ça tous les jours. De temps en
31 temps, ça peut être intéressant.
32
33 - *A quelle fréquence par exemple ?*
34
35 - Une fois tous les trois mois... (rires)
36
37 - *Oui, oui, il n'y a pas forcément besoin de*
38 *beaucoup plus... Et qu'est-ce qui vous*
39 *empêcherai de le faire ?*
40
41 - Le patient. Dans le sens où le patient est
42 très attaché à l'ordonnance faite par le
43 médecin. Et le fait d'être « critiqué », même
44 si c'est une critique positive, par le
45 pharmacien, c'est pas forcément une bonne
46 chose pour le patient. Parce que si le
47 médecin dit quelque chose, qui est contredit
48 par le pharmacien Ce qui arrive déjà en
49 pratique en fait. Parfois, le pharmacien
50 dit : « Bah qu'est-ce qu'il vous a mis ??? ».
51 Non, mais c'est vrai. Même si le pharmacien
52 a raison, c'est pas forcément une bonne idée
53 pour le patient
54 , qui se retrouve dans le doute et perd
55 confiance. Donc il faudrait que cette
56 ordonnance soit discutée en l'absence du
57 patient, ou, de manière très délicate,
58 diplomatique. Surtout si c'est un traitement
59 qui est là depuis des années. Souvent la
60 remise en cause est très mal vécue... Mais
61 bon, par un autre médecin aussi... ou par un
62 médecin de l'hôpital... Il faut que ça soit bien
63 fait. Mais ça dépend des patients. Et là on
64 parle des personnes âgées en plus...

65
66 - *Et vous le feriez où ? Au cabinet, à la*
67 *pharmacie ?*
68
69 - *(Réflexion) Au cabinet, comme ça je ne*
70 *bouge pas... (sourire) N'importe... Ça peut*
71 *être très intéressant parce que nous, on ne*
72 *connait pas assez les interactions*
73 *médicamenteuses, ça c'est sûr...*
74
75 - *Qu'est-ce que vous y voyez comme*
76 *intérêt ?*
77
78 - Moi, ce que ça pourrait m'apporter, c'est des
79 connaissances sur les interactions
80 médicamenteuses. Que j'ai oublié, ou que je
81 ne fais pas attention, ou que je n'ai pas vu.
82 Parce qu'il y en a forcément, même si on
83 essaie de faire attention. Et pour le
84 pharmacien, ça lui permet de mieux
85 comprendre, connaître le patient, parce qu'il
86 ne connaît que la partie ordonnance. Donc
87 parfois il peut être amené à dire ou faire des
88 choses qui ne sont pas conformes mais par
89 méconnaissance. Et il ne connaît pas la
90 clinique ni la pathologie. Je pense que parfois
91 il aimerait bien mieux savoir. C'est plus
92 intéressant pour lui de travailler après ...
93
94 - *Voilà, c'était nos principales questions... Si*
95 *vous aviez d'autres choses à rajouter sur le*
96 *sujet...*
97
98 - Non, non mais c'est vrai, que la
99 pharmacologie, que nous..., enfin moi j'ai
100 appris ça en troisième année et que je trouve
101 vachement loin. Surtout qu'à l'époque je ne
102 connaissais pas la clinique et les pathologies
103 et surtout la sémio... Donc après, quand j'ai
104 réappris par certificat, -en cardio, par
105 exemple- on voyait les traitements de
106 certaines pathologies, très par groupe. C'était
107 vraiment très théorique. J'ai vraiment plutôt
108 appris en pratique. Donc, je suis sûr qu'il y a
109 plein de trucs que j'ai oubliés ou que je ne
110 sais pas. Donc, c'est un sujet très
111 intéressant. Et les aides des logiciels à la
112 prescription ne sont pas très bien faits.
113 Moi, il me manque toujours je ne sais pas
114 combien d'interactions, parce qu'il reprend
115 les interactions d'avant. Ça dépend des
116 logiciels je pense. Tout est toujours rouge.
117 Par exemple, il me marque des interactions
118 avec un antibiotique que j'ai mis 8 mois
119 avant. Peut-être qu'il y a des modifications à
120 faire. Il me semble que les pharmaciens ont
121 des logiciels plus performants.
122
123 - *Ils ont aussi le Dossier Pharmaceutique.*
124
125 - Puis eux, ils n'ont que ça à penser. Nous on
126 y pense moins.
127

1 -Et, est-ce que vous avez déjà reçu, par les
2 pharmaciens, des bilans médicamenteux ?
3
4 - Jamais. Jamais ça. Je ne suis pas sûr qu'ils
5 osent aussi. Il y a quand même (réfléchis) ..
6 Il y a quand même des médecins qui n'aiment
7 pas que le pharmacien critique. Ça, c'était
8 dans le temps. C'était quand même très mal
9 vécu et les pharmaciens veulent garder leur
10 bon contact avec les médecins. Je pense que
11 c'est la faute des médecins surtout.
12
13 - Des pratiques d'avant ?
14
15 - Ca changent, surtout avec les jeunes. Et tu
16 vas essayer de le mettre en place dans le
17 coin ? Ah ça pourrait être sympa... Ca
18 enregistre toujours ?
19
20 - Oui, ça serait l'objectif de le mettre en place
21 derrière. Ça serait des séances de
22 réévaluation en commun.
23
24 - Sur une ordonnance type ? Après ce qui
25 peut se faire, c'est que ça soit anonyme.
26 Comme ça, personne n'est vexé. On cache
27 le nom du patient et du médecin et, discuter
28 sur l'ordonnance. Prendre l'ordonnance de
29 quelqu'un d'autre...
30
31 -Comme une formation ... !
32
33 - Oui, Plus une discussion médicamenteuse.
34 Après, quand on prend un patient, ça va être
35 plus le médecin qui explique pourquoi telle
36 pathologie etc...Parce que des fois on est
37 quand même un peu coincés, ce n'est pas si
38 simple...
39 Et puis il y a la réticence des patients qui ne
40 veulent pas qu'on enlève. Le nombre de gens
41 qui vont à l'hôpital et qui ressortent et disent :
42 « Ah non, non, vous me remettez mon
43 traitement, ils ont fait n'importe quoi à
44 l'hôpital » Et, des fois c'est faux, parfois c'est
45 un peu vrai.... Moi je renégocie chaque truc,
46 par lettre. C'est vrai que, des fois, c'est la
47 même chose. Un IPP contre un autre IPP et
48 les gens sont vite perdus. Et ils veulent
49 revenir à leur ancienne ordonnance. C'est
50 souvent. Ils ont bien essayé d'enlever.
51 L'hôpital a bien essayé de l'enlever et le
52 patient revient « Ah mais ça, j'ai pas pris leur
53 truc, moi j'ai pris votre ordonnance. » ça c'est
54 souvent. Et des fois je me dis qu'ils ont raison
55 à l'hôpital, des fois pas (sourires) ...
56
57 - Parfois ils changent de molécules avec
58 celles qu'ils ont...
59
60 - Oui, oui, parfois si c'est la même famille.
61 C'est pas grave on remet l'ancien. Mais de
62 faire un vrai tri, c'est pas si simple. Et
63 souvent le patient ne sait pas. Par exemple,
64 à l'hôpital, ils mettent souvent des

65 hypnotiques ou benzo pour la nuit et puis ça
66 reste à la sortie. Alors que toi, pendant 6 mois
67 tu as lutté pour ne pas en mettre... C'est donc
68 parfois dans l'autre sens aussi.
69
70 (Coupure téléphone) (blanc)
71
72 Je pense aussi que les échanges sont plus
73 faciles dans des petits villages, car plus de
74 proximité. Mais par contre, les pharmaciens
75 sont peut-être plus retenus, car connaissent
76 les médecins. Je vois qu'à (village X) par
77 exemple, parfois, je les vois tiquer sur une
78 ordonnance mais ils ne disent rien. Ils ont
79 peut-être tendance à être moins libre, à plus
80 acheter ce que le médecin va prescrire.
81 Et les pharmaciens ont peut-être plus de
82 connaissance des patients (dans les petites
83 villes). Parce que je vois ici à (Ville Y), j'ai
84 beaucoup de patients qui vont d'une
85 pharmacie à l'autre. Enfin j'en ai quelques-
86 uns qui vont souvent à la même mais la
87 plupart vont dans plusieurs pharmacies
88 .
89 Voilà. J'ai donné les bonnes réponses ?
90 (sourire)
91
92 -Il n'y avait pas de "bonnes" réponses...
93 Merci beaucoup !
94
95
96 FIN

ANNEXE 7 : GRILLES D'ANALYSE

I. RELATIONS				
Sous THEMES	Catégories	Codes	E	Extraits
Qualité de la relation				
		Positive	E2 E4 E7 E8 E10 E11	Relation médecin pharmacien top (...) ils se calent sur mes gardes, c'est quand même beau, top E2 Elles sont bonnes (...) Il y a une bonne relation ici là où je travaille, aucun problème (...) E4 Mes relations avec le pharmacien sont plutôt bonnes E7 Ça se passe bien E8 Mes relations avec les pharmaciens sont bonnes (affirmatif) E10 Très bonnes, globalement E11
		Neutre	E1 E3 E9	Le rapport avec le pharmacien je le verrai plutôt de loin hein. Tel qu'il est là ça me suffit largement E1 Pour l'instant comment vous qualifieriez vos relations avec le médecin généraliste ? - Pff ben (rictus, hésite) cordiales E3 Non en principe ça se passe relativement bien E9
		Négative	E6	Le rapport qu'on a, c'est qu'on les dérange pendant leur... (rire nerveux) pendant leur travail et voilà on n'a pas toujours voilà, un dialogue E6
Temporalité				
	Fréquence variable	Fréquente	E2 E3 E6 E11	On échange pas mal E2 Je dirai une fois tous les jours ou tous les deux jours ouai en moyenne qu'on appelle un médecin E3 On appelle pratiquement tous les jours, ça c'est sûr E6 On fait des réunions régulièrement pour préparer ce projet E11

		Espacée	E4	Une fois par semaine E4
		Rare	E1 E3 E8 E7	Elles sont relativement limitées E1 Mais ponctuelles on va dire E3 On s'était bien rendu compte que on n'avait pratiquement pas de relations E8 Mes relations avec le pharmacien (...) mais très faibles. Enfin en faible quantité (...) c'est moins d'une fois par semaine, c'est peut-être deux à trois fois par mois E7
Rapports				
		Anonymat	E2	Ailleurs, (...) on connaît pas les médecins, on sait même pas quelle tête ils ont E2
		Professionnels	E1 E2 E6	<i>Confiance</i> : Quand nous ont prescrit des génériques on se fout pas mal du labo parce qu'on sait que le pharmacien derrière il va donner, en principe, le même à chaque fois E1 Votre rôle il est là avant moi, comme c'est fait correctement la plupart du temps (...) E2 <i>Conflictuels</i> : J'ai eu un contact un petit peu prolongé pour un dépannage (...) et c'est très compliqué parce que le médecin ne voulait plus lui faire d'ordonnance de dépannage E6
		Personnels/convivialité	E1 E2 E10 E12	Je dirai que... des amis personnels, j'ai plein de pharmaciens (...) c'est en discutant avec eux que je me suis aperçu que pharmacien et médecin c'était vraiment deux métiers différents E1 Il s'avère que le jour où je suis arrivée, le lendemain il y avait un repas où tout le monde mange ensemble et ça on le fait régulièrement, tous les trimestres pour entretenir la relation, et c'est top E2 Par contre je connais bien la pharmacie de (Commune X) et ils sont tous partants, dès qu'on leur dit ils viennent... E10 Mais par contre les pharmaciens sont peut-être plus retenus, car connaissent les médecins. E12
		Hiérarchisation	E1 E2 E8 E7 E6 E11	Enfin la plupart des pharmaciens, ils demandent quand même la permission de modifier l'ordonnance E1 Vous votre rôle il est là avant moi E2 Je pense qu'on n'a pas encore des rapports assez égalitaires pour s'autoriser ce genre de chose E6 Je pense qu'il ne faut pas que les médecins soient trop susceptibles E7 Et c'est vrai que, c'était toujours cette vision du médecin spécialiste, le Dieu, la parole suprême, puis le médecin généraliste, qui reste un

				médecin, avec la parole d'or, et puis en dessous c'était entre guillemets tous les « sous fifres » E8 Qu'il n'y a plus besoin de demander les choses pour les obtenir E11
multiples correspondants hospitaliers, de ville... vs peu de correspondants (Donc relation VARIABLE)			E2 E6 E9 E12	Il y en a des plus loin aussi, y a des médecins qui sont pas joignables (...) Mais même pour joindre les médecins à l'hôpital c'est juste pas possible. (...) Ici et en fait on a que deux cabinets médicaux (...) du coup l'info circule assez bien E2 Ça dépend DES prescripteurs E6 Ben c'est sûr, je vais dire : ça dépend lesquels (...) E9 Mais ça dépend des pharmaciens. Ça dépend aussi, si c'est la préparatrice ou le pharmacien... (...) Vous avez un rapport différent ? Ah oui, c'est forcément différent. Et puis parfois c'est les préparatrices qui sont perdues, des fois c'est vraiment les pharmaciens. E12
Communication				
	Moyens	Principal Téléphonique : perso et pro SMS	E1 E2 E3 E4 E8 E7 E9 E11 E12	Elles sont relativement limitées aux coups de téléphone (...) tout ça se fait par téléphone, pas par mail pas par sms encore E1 On s'envoie whats ap ,des textos, tout ce qu'on veut E2 C'est ponctuel, par téléphone ou... enfin souvent par téléphone. E3 Communication par téléphone. E4 C'est uniquement par téléphone E7 Ils m'appellent s'il y a des problèmes E8 Par téléphone E9 Avant c'était par téléphone uniquement E11 Uniquement par téléphone E12
		Rencontres/Visites/Contacts humains	E1 E2	D'accord, donc vous ne vous rencontrez pas ? - Ah non, non non (catégorique) E1 Tout le monde mange ensemble E2
		Fax Dépannage	E6	Peut parfois avoir des fax E6
		Mail /messengerie sécurisée	E1 E3 E6 E7 E8 E11 E12	Ben par mail jamais non non jamais E1 Par mail, mais plus pour des échanges de prescription, c'est pas dans ce sens-là. C'est de l'administratif E3 On a la messagerie SISRA qui a été mise en place E6 Un patient qui ne peut pas se déplacer, qu'on doit dépanner, on peut leur faxer, ou bien leur mailer l'ordonnance E7 On avait un peu échangé par mail, mais c'est rare E8

				Il n'y a pas longtemps, j'ai demandé par mail... justement comme on est en train de travailler sur le logiciel maintenant on va partager nos mails E11 De temps en temps par mail E12
	Motifs			
	<i>Informations pratiques</i>	Horaires d'ouverture	E7	La seule fois où je vais les contacter c'est dans des situations très pratiques, c'est quand il est sept heures moins cinq et que je veux que l'enfant que j'ai au cabinet, ai son antibiotique pour le soir E7
		Rupture de stock	E1 E3 E4 E9 E12	Ils nous appellent souvent pour nous dire que telle spécialité est en rupture de stock E1 Les contacts ? Opff ben ça dépend aussi quand il y a des ruptures d'approvisionnement au niveau régional (...) rupture grossiste E3 Oui on les appelle pas mal pour les manquants E4 Des fois pour savoir ce qu'on a en stock, parce que des fois y a des produits qui sont limités en distribution E9 C'est quand il manque un produit E12
		Lisibilité de l'ordo	E2 E4	Ordonnance d'ALD avec un M un trait un Y et un trait et ben, (claquement de main) pas de poso rien et ben bon courage. E2 Ici il n'y a pas trop d'ordonnance qu'on n'arrive pas à lire E4
		Législation/administratif	E2 E6 E9 E11	La technico technique exemple, pas d'ordonnance sécurisée, (...) pourquoi tu m'as fait une ordo de perf sur une ordo classique... E2 Rappeler un médecin pour lui dire qu'il faut une ordonnance sécurisée pour le stilnox E2 Euh ils peuvent parfois nous appeler pour une précision, eumm je pense à un docteur qui est pas très loin d'ailleurs (rire), il est juste à côté, et de temps en temps il a besoin de précision, savoir si un médicament se fait encore euh les conditions de prescription pour du matériel médical E6 Problème de non substituable qui sont pas marqués E9 Est ce qu'on a le droit de prescrire E11
		Remboursement	E9	Ils peuvent nous demander des questions sur (...) ou des bases de remboursement E9
		Echanges de données sur le patient	E2 E8 E9	Est-ce que tu peux me relire l'ordonnance E2 C'est-à-dire que les patients allaient chez d'autres médecins et les pharmaciens avaient de multiples ordonnances E8 Les médecins nous appel pour savoir quand est ce qu'on lui a donné son dernier traitement en générale E9

	<i>Thérapeutiques</i>		E1 E4 E7 E11	Lui il veut savoir si je n'ai pas fait une connerie ou je ne sais quoi il peut m'appeler E1 Prescriptions pas cohérentes. E4 Ça permet de temps en temps de rattraper des erreurs ou des bourdes qui ont pu être faites E7 quand ils ont des doutes sur notre ordonnance E7 Doute sur ce qu'on a prescrit ou carrément qu'on a fait des erreurs ça peut arriver E11
		Posologique	E1 E2 E3 E4 E6 E7 E8 E9 E11	On peut prescrire au lieu d'Amlor 5 on met du 10, donc euh « ah ben le mois dernier vous aviez donné du cinq est ce que c'est une erreur ? » E1 C'est souvent de la posologie E2 On voit un dosage qui n'a jamais été délivré E3 Posologies pas cohérentes E4 Et puis parfois je me trompe donc je suis bien contente qu'ils m'appellent pour me dire « vous avez remis du 4 mg à Mr machin qui avait 8 mg ». E8 On peut être amené aussi à s'interroger sur certaines posologies E6 Ça arrive aussi qu'ils me demandent pourquoi j'ai mis mi- dose euh alors que j'ai expliqué au patient E8 Je te dis c'est quand il y a une prescription qui leur semble pas correspondre, type un dosage E7 Parfois c'est pour un problème de dose, surtout avec les internes, ils veulent être sûr E11 Des problèmes de dosage E9 Ils peuvent appeler pour des posologies un peu fortes. E11
		Renseignement manquant (poids, durée)	E10	Soit on a oublié de mettre la durée. E10
		Interaction	E1 E9	Ils me téléphonent : « ah ben vous avez donné du Rulid mais elle prend aussi de la Flecaïne E1 Des problèmes d'incompatibilité ou d'allergie E9
		Oubli d'un traitement	E3 E4 E12	Un oubli de prescription, il manque une ligne par rapport à d'habitude E3 pour les manquants E4 J'ai besoin d'un traitement de fond qu'il manquerait E12
		Substitution médicamenteuse	E1 E4	Il y a des produits analogues à côté donc il va nous demander l'autorisation de prescrire ceci à la place de cela quoi. E1 Pour substituer E4

		Erreur informatique	E7 E8	Notamment avec les logiciels informatiques je trouve, il suffit juste de te planter de ligne, de te tromper de ligne et hop, malheureusement tu as un dosage qui est un peu différent, si tu vas un peu vite E7 Bêtement j'ai pas cliqué là où il fallait E8 Quand on écrivait tout à la main, euh ça nous faisait plus réfléchir parce que on prenait chaque médicament qu'on recopiait et on se rendait compte que celui-là on pourrait l'enlever complètement ou le diminuer. Et là, le fait de cliquer et de renouveler l'ordonnance, on regarde les noms des médicaments et on « survole » les noms et les posos E8
		Conseil	E2 E12	Qu'est-ce que tu penses de ça, qu'est-ce que tu me conseillerais pour tel matériel médicale par exemple E2 Quand je veux une attelle et que je veux expliquer ce que je veux E12 De temps en temps c'est pour m'envoyer quelqu'un, parce qu'il y a une urgence qu'ils ne savent pas gérer dans leur officine E12
		Cas complexes	E6 E8	Une personne qui a une tendance à une consommation excessive de médicament, donc elle est arrivée à la pharmacie en nous demandant un dépannage E6 Je les ai déjà appelés quand j'avais des difficultés avec certains patients, pour les prévenir, parce que certains patients demandent n'importe quoi E8
	Sens	Unilatéral	E1 E7 E6 E11 E12	Ils nous appellent ils me téléphonent (...) globalement c'est les pharmaciens qui nous appellent souvent E1 Vous les contactez, vous parfois ? Euh non (blanc) E7 Et ça arrive fréquemment qu'eux vous appelle ? Non E6 Appeler le pharmacien c'est très rare, c'est plutôt l'inverse qui se passe E10 Je ressens pas forcément le besoin de téléphoner au pharmacien pour ça je suis assez sensible à cette thématique E11 Très rarement, très très rarement E12
		Bilatéral	E1 E2	Puis par téléphone on se met d'accord E1 Mais très souvent d'ailleurs de plus en plus souvent moi le médecin qui m'appelle E2 on échange pas mal C'est assez riche. E2
Représentation	Du pharmacien	Pharmacien commerçant Pharmacien et indépendance pharmaceutique	E1	Le pharmacien, qui justement ne possède pas le produit, (...) qui est en rupture de stock (...) Alors le pharmacien il vend des médicaments (...) C'est vraiment des distributeurs E1 Bien souvent les laboratoires débarquent chez le pharmacien pendant 3 mois, 6 mois... (sourire) : « ben si vous acheté 10 boîtes de pilule

				<p>tartempion ben je vous en donne 2 gratuites ». C'est comme ça que ça marche. Et donc euh au bout d'un certain temps... peut être que ben ça y est le pharmacien il est accroché E1</p> <p>Sauf que le pharmacien il est tenu par la sécurité sociale en principe, de se faire livrer toujours les mêmes génériques pour une pharmacie donnée E1</p>
		Pharmacien Policier/répressif/contrôle	E1	<p>Eux ils ne laissent pas passer donc ils sont obligés d'intervenir (...) Lui il veut savoir si je n'ai pas fait une connerie E1</p> <p>Alors on est souvent là pour rappeler la législation, les prescriptions pour certains médicaments, anxiolytiques, hypnotiques eeu médicaments réservés à certains spécialistes E8</p>
		Pharmacien : verrou de sécurité	E1 E7 E10	<p>Ils me téléphonent : (...) est ce qu'il faut faire attention E1</p> <p>Ils sont peut-être plus vigilants aux interactions que nous ils sont peut-être plus vigilants aux interactions que nous E7</p> <p>On est bien contents que le pharmacien corrige nos erreurs E10</p>
		Minimisation des rôles	E1 E2 E6 E11	<p>Même la vaccination contre la grippe (...) je pense qu'il y a beaucoup de pharmaciens qui n'ont pas voulu parce que ça représentait quelque chose qui ne correspondait pas à leurs activités. E1</p> <p>Nous quand on a des choses à dire sur des ordonnances longues, c'est souvent des petites choses, ça peut amener une grosse pierre à l'édifice mais c'est souvent des petites choses en fond, (...) les petits rôles mineurs c'est important aussi quand même. E2</p> <p>Je pense que nos interventions ne sont pas inutiles mais eux peut être qu'ils ne les voient pas de la même manière E6</p> <p>Puis eux, ils n'ont que ça à penser. Nous on y pense moins E11</p>
	Du médecin	Médecin « débordé », très occupé	E2 E3 E5 E6	<p>Y a des médecins qui sont pas joignable et ça ça peut être pénalisant pour le patient E2</p> <p>Ils sont saturés quoi E3 Ah ben oui si ils ont le temps hein (rictus) E3</p> <p>D'abord le généraliste il aura peut-être pas le temps E5</p> <p>Ils le voient pas forcément ce genre de chose parce qu'ils sont pas chez lui ou euh parce que ils n'ont pas le temps Voilà souvent nos interventions je pense que, ils trouvent qu'on les embête E6</p>
		Médecin condescendant/fermé/inabordable	E5 E7 E6 E11	<p>Est-ce que à la fin y aura un échange avec le généraliste, je suis pas sûr qu'il y ait un échange, E5</p> <p>Je pense qu'il ne faut pas que les médecins soient trop susceptibles. E7</p> <p>C'est plus si le médecin est ouvert E6</p>

				Médecins de ville qui prescrivent et pff yen a certains je suis pas sûr qu'ils accepteraient qu'on leur dise de retirer tel ou tel médicament voilà E11
	Des professions	Compétence/confiance	E1 E7 E6	Pour faire bien leur boulot ils me téléphonent E1 Euh mais elles sont bonnes pour synthétiser mais peu nombreuses E7 Le pharmacien ils ont l'impression qu'il est plus apte à les renseigner sur certaines choses. E6
		Corporations, cloisonnements	E1 E2 E5 E6	Donc (...) chacun fait son travail dans son coin (...) je me suis aperçu que pharmacien et médecin c'était vraiment deux métiers différents (...) c'est vraiment très compartimenté. Ce qui peut, à mon avis, porter préjudice... ». E1 On trouve toujours soit un moyen parce que nous on a toujours fait système D en pharmacie E2 C'est rare quand y a des pharmaciens qui sont intégrés (...) on a tendance à s'isoler quand même E5 Chacun travail dans son coin voilà. E6 C'est délicat quand on rencontre des gens qui ont tendance à surconsommer voilà et puis on sait jamais si ils vous disent vraiment la vérité ou si voilà donc c'est compliqué ça j'admets que pour le médecin aussi c'est compliqué E6
		Allié/Aide	E1 E2 E8	Moi une fois ou deux c'est arrivé qu'effectivement ça permette (...) d'éviter d'avoir d'éventuels problèmes E1 Quand on est coincé, on s'envoi whats up des textos (...) souvent moi le médecin qui m'appelle en me disant ben tient je suis chez Mme truc, est ce que tu peux me relire l'ordonnance, E2 Je les ai déjà appelés quand j'avais des problèmes avec certains patients. Par exemple (...) les patients allaient chez d'autres médecins et les pharmaciens avaient de multiples ordonnances, donc il était convenu par exemple qu'ils me préviennent systématiquement quand il y avait d'autres ordonnances, pour voir si effectivement ça ne faisait pas doublon ou si c'était pas du n'importe quoi E8
		Responsabilité	E6	Voilà je crois que chacun fait selon un peu selon... son sens un peu de la responsabilité E6

		Intérêt de l'autre	E7	Ça va malheureusement être les mêmes qui n'auront pas envie de prendre du temps avec le pharmacien E7
Attitudes	Négatives	Contrarié	E3 E6 E10	Ben fioouu oui les généralistes c'est souvent E3 même les interactions qui peuvent être sévères euhh je sais pas, anticoagulants et antiinflammatoires ou cortisone, c'est déjà arrivé qu'ils prescrivent quand même et même en appelant « laissez » et nous on fait notre travail de notre côté, on met « réserve » sur l'ordonnance et voilà... (embêtée...) E3 Voilà souvent nos interventions je pense que, ils trouvent qu'on les embête, E6 Quand ils m'appellent je ne suis pas irrité, comme on peut le voir de temps en temps. Des médecins peuvent se sentir agressés par le pharmacien, se disent « comment ça ?? le pharmacien revient sur ma décision ». E10
		Jugement	E3 E6 E7 E8 E12	Enfin s'il n'y a pas d'a priori E3 On appelle jamais pour dire « pourquoi vous avez mis celui-là au lieu d'un autre ». Je sais pas moi, genre un diabétique s'il était sous diamicron directement, on appellera jamais pour demander pourquoi il n'y a pas de metformine ...enfin c'est malheureux mais je pense que ça serait mal vu hein E3 On a l'impression que le médecin peut penser qu'on juge qu'il a pas fait son travail comme il faut je pense que E6 Être les mêmes qui n'auront pas envie de prendre du temps avec le pharmacien pour se faire faire donner des leçons, entre guillemets, parce que c'est comme ça qu'ils le vivent E7 Et je ne me sens ni attaquée ni remise en cause. E8 Il y a quand même des médecins qui n'aiment pas que le pharmacien critique (...) c'est que ça soit anonyme comme ça personne n'est vexé. E12
		Fermé/inabordable	E6 E9	C'est qu'on les dérange pendant leur... (rire nerveux) pendant leur travail E6 Bon y a quelques fois des médecins qui sont un peu (soupir) je dirais qui, qui veulent ça et rien d'autre et qui sont pas ouvert à d'autre proposition ça c'est un petit peu dommage E9
		Dénigrement	E6	Le médecin dit moi je veux pas faire d'ordonnance mais en gros c'est débrouillez-vous avec votre pharmacien (...) c'est pas tellement

				constructif enfin ils peuvent nous remercier quand y a euh une erreur ça peut arriver E6 (<i>sous-entendu c'est rare</i>)
		Peur	E6 E12	Les appeler pour modifier une ordonnance pour euh enfin sauf si y a une interaction majeure mais voilà, (...). Entre guillemet je pense qu'on ne s'autorise pas à dire attention là vous avez prescrit un truc complètement inutile E6 Je ne suis pas sûr qu'ils osent aussi E12
	Positives	Disponibilité	E1 E2 E10	J'ai besoin d'un renseignement je peux appeler le pharmacien qui est quand même souvent E1 Du cou l'info circule très très bien (...) il répond il est tout le temps-là (...) ils savent que ils ont le portable ouvert parce que nous on a souvent besoin de les appeler E2 Quand on reçoit l'appel d'une pharmacie je prends toujours le temps de répondre comme il faut. E10
		Empathie	E3 E6 E8	Et vous avez l'impression d'être mal reçue ? - Non, non, non (s'excuse) pas vraiment, mais... ça serait pour justifier de la présence d'un produit pour voir pourquoi ils l'ont prescrit, là oui... Ben ça peut se comprendre... Enfin ils peuvent nous remercier quand y a euh une erreur E6 J'admets que pour le médecin aussi c'est compliqué E6 Malheureusement je ne pouvais pas les aider... E8
		Diplomatie/Précautions	E3 E7 E12	Donc je l'appelle en disant « ben je pense qu'il y a une erreur qu'est-ce que vous vouliez prescrire, des choses comme ça E3 Aussi que les pharmaciens, dans l'autre sens aient du tact E7 Donc il faudrait que cette ordonnance soit discutée en l'absence du patient, ou de manière très délicate, diplomatique E12
		Adaptabilité	E2 E3	Après si c'est avec un médecin on peut se déplacer E3 Là ils se calent sur mes gardes E2
		Sympathique	E2 E8 E11	Quand je suis arrivée ils n'étaient que deux (...) mais qui est très sympas E2 Effectivement je suis bien contente qu'ils m'appellent à ce moment-là E8 Il est très confraternel et je ne sens ni attaquée ni remise en cause E8 Relations confraternelles sympathiques E11
Mode d'exercice				

	Informatisation Dossier pharmaceutique		E1 E3	Leur logiciel à eux il clignote effectivement énormément à chaque fois qu'il y a des problèmes Des interactions qu'on a pas vues ou qui sont signalées par le logiciel du pharmacien E1 Des codes couleurs qui disent si ça a déjà été délivré récemment ou pas sur le logiciel E3
	Isolé		E1 E7 E8	Mais à l'heure actuelle tel qu'on travaille encore nous, le rapport avec le pharmacien je le verrai plutôt de loin. Tel qu'il est là ça me suffit largement. E1 Par manque d'habitude E7 Je pense qu'on a pris l'habitude (...) on nous a appris à travailler seuls E8
	Pratique professionnelle		E4	Non avant parce que j'étais dans une pharmacie de centre commercial donc c'était pas du tout l'objectif (...) c'était une pharmacie discount donc il y avait beaucoup de nomadisme médical, on ne voyait jamais les mêmes clients (...) Alors qu'ici (petite commune) on a le temps avant chaque délivrance d'analyser l'ordonnance, de donner des conseils E4
	Interprofessionnel		E11	Il a fallu de temps en temps, un peu insister pour l'obtenir, pour décharger un peu d'un certain travail E11
		Transfert de tâches		
		MSP	E7 E8 E11	Comme on le fait dans nos réunions de concertation E7 On fait des réunions de concertation avec l'infirmière, avec les kinés, avec les autres équipes de soin, notamment dans la MSP E8 Donc on va être amené à travailler en étroite collaboration. D'autant plus que on a projet de se faire financer par l'ARS E11
		Décision partagée	E1 E11	Puis par téléphone on se met d'accord E1 Aussi on s'est mis d'accord E11
		Réseaux de soins	E3 E6	Moi je connais que les réseaux et j'ai jamais adhéré aux réseau de type RESIC ou RENTED des trucs comme ça mais euh j'ai jamais fait partie E3 On a de temps en temps aussi des courriers qu'on reçoit lors des sorties euu des patients RESIC (...) Donc voilà là on a souvent de très jolis compte rendus, mais on va dire ça s'arrête à peu près la (...) mais après y a rien de plus qui se met en place. E6
		Uniformisation des pratiques	E2 E11	Les infirmiers ils passent à l'arrière, ils regardent ce que j'ai comme pansements, ils se dépannent, moi ça me gère mon stock et eux ils

				<p>choisissent (...) On se concerte très souvent, qu'est-ce que tu choisis, qu'est-ce que tu penses de cette gamme E2</p> <p>Il y a eu des choses qu'on a été obligé de mettre au point certaines fois mais maintenant ça roule E11</p>
		Projets prévus non réalisés	E9	<p>On avait fait une demande pour faire un regroupement médecin éventuellement infirmier, sage-femme faire un espèce de pôle médicale et donc les médecins qu'on avait vu n'étaient pas intéressés par le projet E9</p>
		Projets anciens	E8 E10	<p>On avait eu des réunions pharmaciens- médecin généraliste par le biais d'un labo, hein si je peux me permettre, voilà c'était pas mal. Il aurait fallu continuer, mais on n'a pas fait...E8</p> <p>Et j'avais commencé à mettre ça en place à l'EHPAD quand j'étais coordonnateur. Je trouvais que c'était génial et tout le monde a trouvé que c'était super de le faire. E10</p>

II. FACTEURS CONDITIONNANT L'ANALYSE INTERPROFESSIONNELLE DE L'ORDONNANCE				
Sous THEMES	Catégories	Codes	E	Extraits
Motivation des professionnels				
	Pour ou contre	Oui	E2 E3 E4 E6 E7 E8 E9 E10 E11	Alors c'est TOUJOURS (<i>insiste</i>) intéressant de faire mieux E1 C'est intéressant E2 Ben sur le principe ben oui. E3 Oui catégorique E4 Oui, oui E7
		Non	E1	
	Niveau d'intérêt	Très intéressé,	E6 E10	Je pense que ce serait très très intéressant, ouais ouais très intéressant E6
		Intéressé	E2 E3 E4 E7 E9 E12	C'est intéressant E2 Euh ben sur le principe pourquoi pas, E3 Oui ça serait bien E9
		Sans avis		
		Peu intéressé	E1	Sceptique : » pour l'instant cette chose là en médecine de ville je le vois de manière assez utopique (...) » E1
		Pas du tout		
	Intérêt des autres		E7 E9 E12	Arriver il va falloir de la motivation de toutes les parties E7 ... déjà voir avec la personne avec qui ont travail faut qu'on soit d'accord toutes les deux c'est sûr E9 Ça peut être un frein de savoir quelle est la motivation de la personne en face E12
	Apports attendus <i>Professionnel</i>	Valorisation	E2 E4 E6	Je pense que nous quand on a des choses à dire sur des ordonnances longues, c'est souvent des petites choses, ça peut amener une grosse pierre à l'édifice E2 Et ça fait du bien de pouvoir retrouver un vrai rôle de pharmacien, de refaire notre vrai métier de pharmacien. E4 Je pense aussi d'avoir un peu (rire) une autre vision du pharmacien voilà. E6
		Optimisation thérapeutique	E7 E10	Un œil nouveau sur les ordonnances et puis nous pointer du doigt sur certains points... ne serait-ce que revoir aussi certaines indications E7

				<p>Puis aussi au niveau des interactions, pour alléger au maximum l'ordonnance quand il y a des médicaments qui ne sont plus utiles, ou qui peuvent être toxiques entre eux E7</p> <p>Voir si le médicament est à la bonne dose, voir si en fonction de la pathologie des gens est ce qu'ils ont tous les médicaments. C'est « overuse », « underuse » et « misuse » (...) Il y a aussi les underuse, quand on ne prescrit pas les médicaments qu'il faudrait malgré les antécédents que le patient a. (...). Ces réunions permettraient de rajouter certains médicaments E10</p>
		Travail interprofessionnel	E6 E9	<p>Ça peut être des échanges positifs avec le médecin, lui dire et ben Mme machin, on a trouvé que voilà, est qu'on mettrait pas des choses en place, compléments alimentaires, des choses comme ça, ça peut être aussi... bien E6</p> <p>Mieux adapté par rapport aussi au p'tre aux résultats des analyses p'tre au ressenti des spécialistes aussi. Enfin c'est plutôt quelques choses qu'il faudrait étudier effectivement à plusieurs personnes. E9</p>
		Respect des rôles	E3 E6	<p>De notre niveau et compétences respectives E3</p> <p>Chacun sa place E6</p>
		Apprentissage de l'autre/ échange de connaissances : Médicales, pharmaceutiques, infos patients complémentaires	E6 E7 E8 E9 E11 E12	<p>L'échange c'est, c'est toujours bénéfique pour tout le monde E6,</p> <p>Je pense qu'on aurait à s'enrichir, je sais pas si les pharmaciens auraient à s'enrichir de nous mais nous on aurait à s'enrichir d'eux je pense E7</p> <p>Ils ont la connaissance des molécules, vraiment de la pharmacopée en tant que telle E7</p> <p>Alors depuis quelques temps, on nous sensibilise à ça donc on y pense plus (...) par nos discussions tous ensemble ...</p> <p>Ça marcherait très bien avec les pharmaciens. Et ils pourraient avoir des idées totalement différentes des nôtres. E8</p> <p>Ça peut être intéressant pour nous et enrichissant effectivement le but c'est d'échanger entre professionnel pour faire avancer E9</p>

				<p>Moi ce que ça pourrait m'apporter c'est des connaissances sur les interactions médicamenteuses. Que j'ai oublié, ou que je ne fais pas attention, ou que je n'ai pas vu E11</p> <p>Revoir avec eux les indications des médicaments, les effets secondaires, devancer un effet secondaire E12</p>
		Echanges d'informations sur le patient	E4 E6 E10 E11	<p>Le traitement n'est pas forcément le même parce que le médecin n'a pas eu l'ordonnance de l'endocrino</p> <p>Donc il reprend l'ancien traitement donc ça peut créer des confusions chez les patients E4 comment le patient il supporte le traitement, les effets indésirables E4</p> <p>Déjà ça permet de discuter de la pathologie du patient, euu de voir exactement qu'elle est sa pathologie euu parce que nous on a juste les ordonnances (...) aborder le traitement d'une manière plus intéressante parce qu'à ce moment-là, on comprend pourquoi c'est prescrit, on peut aussi peut être intervenir à ce moment-là E6</p> <p>Ensuite, discuter avec un pharmacien, ça peut être intéressant parce qu'ils ont plein d'informations sur les patients que ceux-ci ne nous disent pas. (...) Mais par exemple sur l'ordonnance, certains patients leur disent « ah non celui-là, ne me le donner pas, je ne le prends pas... ». Donc en échangeant avec les pharmaciens, on récupérera des infos E11</p> <p>Et pour le pharmacien ça lui permet de mieux comprendre, connaître le patient, parce qu'il ne connaît que la partie ordonnance E12</p>
		Cohérence des discours/uniformiser les prises en charge de cas complexes	E6 E10	<p>J'ai eu un contact un petit peu prolongé pour un dépannage chez une personne qui a une tendance à une consommation excessive de médicament, (...) c'est très compliqué parce que le médecin ne voulait plus lui faire d'ordonnance de dépannage et cette personne elle a quand même des traitement anti épileptique donc euuh je l'ai dépanné (...) et on ne sait pas si elle est de bonne foi ou pas de bonne foi donc voilà E6</p> <p>Je pense que c'est dans l'intérêt de tout le monde surtout des patients quand tout le monde va dans le même sens (...) E6</p>

				Éventuellement harmoniser avec les infirmiers et pharmaciens... parce que nous on est complètement perdus dans les produits (de pansements) ...E10
		Economie	E6	Faire faire des économies à la sécurité sociale E6
	<i>Pour le patient</i>			
		Qualité de vie (sécurité)	E3 E6 E9 E11	Si ça peut leur (patient) être utile pourquoi pas hein E3 Comment est-ce qu'on peut lui amener pour qu'il reste le plus longtemps possible chez lui indépendant (...) qu'on peut peut-être lui faciliter la vie en mettant deux trois petites choses autour ça ça serait peut-être pas mal, discuter avec lui de ce genre de chose (...) E6 Que du moment que c'est pour le bien du patient je pense que c'est une chose à voir E9 Pour retirer tout ce qui n'est pas indispensable et pour le confort du patient E10 Avoir 10 comprimés à prendre le matin avant de prendre le petit déjeuner je veux dire après on va plus avoir faim E11
		Améliorer l'observance, la facilité de prises	E6 E11	Enfin privilégier certaines formes plutôt que d'autres, éviter d'écraser les comprimés autant qu'on pouvait, trouver d'autres, d'autres solutions (...) Peut être dans la facilité de la prise, le nombre de prise sa aussi quand on a beaucoup de médicament on peut aussi trouver des solutions pour que le patient il en ait un petit peu moins à avaler E6 Pour retirer tout ce qui n'est pas indispensable E11
Facteurs temporo-spatiaux				
	Lieu	Proximité. Taille de commune	E2 E3 E12	Moi je suis là et eux ils sont (...) juste en face E2 On peut se déplacer, vous savez ils ne sont pas loin les médecins de (<i>Ville X</i>) E3 Je pense aussi que les échanges sont plus faciles dans des petits villages, car plus de proximité (...) Mais par contre les pharmaciens sont peut-être plus retenus, car connaissent les médecins E12
		Eloignement	E2 E6	Mais après il y en a des plus loin aussi, (...) pas joignables E2 C'est vrai que quand y a pas la proximité comme ça physique, c'est vrai que c'est plus compliqué E6
	Temps		E3 E4 E6 E7 E8 E9 E10	Qu'est-ce que vous verriez comme obstacles à ça ? - Ah ben la première chose c'est le temps (catégorique) E3

				<p>Ça peut être le manque de temps E4 Qu'on a tous des plannings qui sont bien remplis E6 LE TEMPS E8 Par contre sa demande du temps E9 L'agenda des gens... Le mien (rires) E10</p>
		Personnel	E2	<p>Parce que le quotidien faut que ce soit pratique tellement c'est riche quand même (<i>montre sa fille qu'elle garde car malade</i>) E2</p>
		Surcharge de travail professionnel	E1 E2 E3 E4 E7 E9	<p>Je crains que pour nous médecin ça nous bouffe encore du temps. E1 « hyper chronophage (...) mais si là il faut en plus il faut aller chercher toutes ses petites interventions sur le temps réservé en principe à la consultation... E1 C'est qu'il y a du boulot là (<i>montre la salle sourire</i>) si y a du boulot ici E2 On est là à des heures précises et dès que ça ouvre. Enfin on est là qu'aux heures d'ouvertures (...), vous c'est pareil vous recevez des patients dès que vous arrivez j'imagine, (...) Donc en flux tendu, c'est toujours le problème Si c'est trop chronophage E4 Qu'on a pas mal de temps au cabinet entre les consultations et la paperasserie, il faut le dire et après la formation aussi qu'on a à côté, c'est vrai que ça fait quand même beaucoup de choses et ça se surajoute les réunions de concertation pluridisciplinaires E7 Qu'on sera pas au comptoir voilà si je suis en dehors de ma pharmacie faut que quelqu'un fasse le travail que je fais là actuellement donc je peux pas payer un assistant pour faire autre chose à côté. E9</p>
		Temps dédié/programmé	E2 E8	<p>Si c'est plein de monde ici ou si j'ai trop de boulot ma réponse peut mettre un peu de temps à venir donc ça serait ça qui serait freinant. E2 Si on se donne un rendez-vous pour se retrouver tel jour de telle heure à telle heure Et bien prévoir à l'avance E8</p>
		Coordination	E3 E9	<p>Trouver un trou des médecins en même temps qu'un trou des pharmaciens E3 Qu'après il faut voir que tout le monde soit disponible en même temps donc ça c'est sûr qu'il faut trouver un créneau horaire qui convienne à tout le monde E9</p>

		Progressivité	E6	Peut-être que le mail ça pourrait déjà être un premier, une première approche. E6
Expérience				
	Formation	Initiale (internat externat)	E2 E3 E4 E7	<p>Mon stage de 6eme année j'en garde un bon souvenir, j'avais pris le stage à l'hôpital je faisais les visites aussi (...) c'était intéressant E2</p> <p>Mais on fait pas comme on nous a appris à l'externat un avis pharmaceutique à chaque délivrance... E3</p> <p>Puis voilà, échanger autour de l'ordonnance (...) Après nous c'est ce qu'on faisait à l'hôpital, hein, la pharmacie clinique des choses comme ça...E4</p> <p>Non, moi j'ai pas fait de stage en pharmacie, je ne suis pas allé trop voir comment ça fonctionnait E7 En hospitalier on avait les internes de pharma qui était aussi avec nous, mais pas en libéral E7</p>
		Continue	E8 E12	<p>Alors depuis quelques temps, on nous sensibilise à ça donc on y pense plus E8</p> <p>J'ai vraiment plutôt appris en pratique, donc je suis sûr qu'il y a plein de trucs que j'ai oubliés ou que je ne sais pas E12</p>
	Connaissance	Optimisation thérapeutique	E1 E6 E10 E11 E12	<p>Je pense qu'il y a encore des gens qui sont polymédiqués. Par exemple un post infarctus il va avoir 6 à 7 médicaments mais quand tu regardes la liste tu ne peux pas en retirer un seul E1 (optimiser n'est pas prescrire)</p> <p>Je pense que vous avez été plus sensibilisé pour pas forcément répondre par ce biais E6</p> <p>Gens sont poly médiqués, mais avec un nombre moindre je trouve et des médicaments qui ont plus montré leur efficacité et qui ont presque chacun lieu d'être prescrit E10</p> <p>Moi je suis assez sensible sur l'iatrogénie chez la personne âgée puisque je suis formateur pour l'association de médecin qui s'appelle X E11</p> <p>Nous on ne connaît pas assez les interactions médicamenteuses, ça c'est sûr E12</p>
	Compétences apportées par chaque professionnel :	Délivrance	E3 E4	Mais on fait pas comme on nous a appris à l'externat un avis pharmaceutique à chaque délivrance E3 souvent c'est ça, posologies pas cohérents ou prescriptions pas

	Pharmaciens			cohérentes (...) Alors qu'ici on a le temps avant chaque délivrance d'analyser l'ordonnance, de donner des conseils E4...
		Suivi patient	E1 E3 E6 E8	Ah ben le mois dernier vous aviez donné E1 Quand on a des questions, s'il y a des modifications par rapport à d'habitude. Ou si nous on voit un dosage qui n'a jamais été délivré E3 <i>Lignes 24 à 34 : résumé : voient au moins mensuellement les patients âgés, repèrent une perte de poids, changement d'humeur... E6</i> C'était à propos de Lercan et de statine, instaurés par peut être un autre médecin (...) Et à priori cette patiente n'en avait jamais eu E8
		Prévention de l'erreur médicale	E1 E6	Des fois on fait des petites bêtises aussi, On peut prescrire au lieu d'Amlor 5 on met du 10 E1 Bon de temps en temps on rattrape quand même des bêtises E6 On peut prescrire au lieu d'Amlor 5 on met du 10, donc euh ah ben le mois dernier vous aviez donné du cinq est ce que c'est une erreur ? E1
		Substitution traitement	E1	Qui est en rupture de stock mais donc il y a des produits analogues à côté donc il va nous demander l'autorisation de prescrire ceci à la place de cela quoi. E1 Ça peut être du Maxident à la place du Sterdex ou le contraire, enfin des choses comme ça E1
		Education thérapeutique	E3	Mais bon ça rejoint un peu les même patients qui devraient avoir un entretien pharmaceutique, par exemple pour les anticoagulants (...) on prend rendez-vous, (...), ça prend 20 minutes, dans le local d'orthopédie (...) d'abord on vérifie qu'ils savent pourquoi ils le prennent, déjà savoir si eux ils maîtrisent leur traitement, voilà leur posologie.... On va les laisser parler et voir s'ils ont des questions E3
		Centralise les informations	E4 E9	On a beaucoup de patients qui ont des ordonnances multiples, de plusieurs médecins (...) Par exemple un patient qui voit son endocrino, (...) lui fait toute son ordonnance pour son diabète, après il revoit son généraliste, le traitement n'est pas forcément le même

				parce que le médecin n'a pas eu l'ordonnance de l'endocrino... E4 Après justifier ou pas c'est un peu délicat parce que souvent c'est des patients âgés qui vont voir plusieurs spécialistes et chaque spécialiste donne plusieurs médicaments dans sa spécialité et après ils arrivent ils en ont beaucoup quoi E9
		Conseils / Bilan médicamenteux optimisé nouvelles missions	E6	Je sais pas si vous en avez entendu parler à partir de cette année donc un bilan pour les personnes âgées polymédicamentées... E6
		Conseil d'aménagement du domicile	E6	Le pharmacien maintenant, il est de plus en plus, un petit peu squeezé par des sociétés euh de matériel entre autres E6
		Relationnel avec le patient/Ecoute	E6	Je pense que nous on a cette proximité et puis euh cette connaissance du patient parce que nous on l'écoute beaucoup au comptoir E6
		Premier Recours	E10	Donc il y a plein de consultations qui se font en pharmacie E10
	<i>Médecins</i>	Données Cliniques	E1 E3	Nous on prescrit des médicaments pour des patients qu'on a EXAMINES E1 Parce que des fois on sait à peu près les pathologies qu'ils ont mais on n'a pas tout le bilan biologique (...) vraiment le détail des pathologies, on ne connaît pas ça E3
		Référent/coordonnateur pour le patient	E10	Après le médecin généraliste c'est un peu le coordonnateur entre tous les spécialiste : entre l'ophtalmo qui prescrit le collyre bêtabloquant qui peut avoir des effets secondaires, si en plus ils ont un bêtabloquant prescrit par le cardiologue, plus un inhibiteur de la cholinestérase qui peut entraîner des troubles de conduction..., je mets tous les médicaments sur la même ordonnance même si c'est pas moi qui prescrit, pour que sous les yeux j'ai toujours tous les médicaments pris par le patient.E10
		Prescripteur	E1	Nous on prescrits des médicaments E1
Facteurs liés au patient				
	Nomadisme pharmaceutique/médical		E4 E8 E7 E12	J'en ai quelques-uns mais c'est pas la majorité. 80% de mes clients c'est des personnes fidèles E4

				<p>De toute façon nos patients ils consultent des médecins du coin (...) C'était une pharmacie discount donc il y avait beaucoup de nomadisme médical, on ne voyait jamais les mêmes clients E4</p> <p>Par contre ils n'ont peut-être pas forcément toujours connaissance de toutes les ordonnances des patients si le patient de va pas toujours à la même pharmacie E7</p> <p>C'est-à-dire que les patients allaient chez d'autres médecins et les pharmaciens avaient de multiples ordonnances. E8</p> <p>J'ai beaucoup de patients qui vont d'une pharmacie à l'autre, enfin j'en ai quelques-uns qui vont souvent à la même mais la plupart vont dans plusieurs pharmacies. E12</p>
	Attachement à l'ordonnance et certains médicaments		E3 E7 E12	<p>Il y en a qui sont quasiment soignés par le NOMBRE de médicaments prescrit aussi. On sent que c'est un besoin. Chaque problème doit avoir une réponse médicamenteuse E3</p> <p>Il y a aussi certains patients qui ne veulent pas décrocher de telle ou telle molécule E7</p> <p>Dans le sens où le patient est très attaché à l'ordonnance faite par le médecin E12</p>
	Peur de l'altération de la relation médecin-patient		E12	<p>Ce qui arrive déjà en pratique en fait parfois le pharmacien dit « bahh qu'est-ce qu'il vous a mis ??? », non mais c'est vrai... Même si le pharmacien a raison, c'est pas forcément une bonne idée pour le patient, qui se retrouve dans le doute et perd confiance. E12</p>
Rémunération Problème actuel de la rémunération à l'acte.			E1 E2 E3 E9 E12	<p>Qui va nous payer pour ça E1</p> <p>D'autant que les financements ben c'est un peu compliqué E2</p> <p>Possibilité que la secu un jour finance ça parce qu'ils ne veulent pas avoir un jour une hospit E3</p> <p>Si je suis en dehors de ma pharmacie faut que quelqu'un fasse le travail que je fais là actuellement donc je peux pas payer un assistant pour faire autre chose à côté (...) soit rémunéré E9</p> <p>L'ARS nous rémunère on sein du pôle E10</p> <p>C'est vrai que ça pourrait l'être si y avait pas rémunération E12</p>

Modification du système de soins				
	Travail interprofessionnel		E1E4 E6 E8	<p>Il y aura une évolution de la médecine générale hein c'est sûr E1</p> <p>Mais ça ils ne parlent pas de l'étendre l'année prochaine ? C'était pas un projet ?? Dossier Médical.... E4</p> <p>J'espère que dans le temps les rapports entre les professionnels de santé seront (rire nerveux), voilà qu'il y aura, un travail d'équipe E6</p> <p>Donc ça ça va s'améliorer... Quand il y aura notre dossier partagé (...) peu à peu s'installe le besoin de travailler en groupe et je le trouve très très bien E8</p>
	Générationnel		E1 E7 E6 E12	<p>Je pense que ça va être facile, surtout vous la jeune génération vous ferez encore mieux que nous c'est évident E1</p> <p>Le renouveau des médecins, je pense qu'en tant que jeune médecin, on est aussi plus sensible à ça, plus sensible à toute cette toxicité et le fait d'avoir des médicaments vraiment utiles E7</p> <p>Je pense que la nouvelle génération qui a peut-être plus de rapport avec les étudiants en médecine ça sera peut-être plus facile pour eux. E6 les anciens prescripteurs sont quand même euh... plus gros prescripteur que la nouvelle génération E6</p> <p>Ça change, surtout avec les jeunes E12</p>
Outils				
		Logiciel commun	E3 E10 E11	<p>Il faudrait une communication chez le patients, automatisée E3</p> <p>Et les aides des logiciels à la prescription ne sont pas très bien faits E10</p> <p>Y a pas longtemps j'ai demandé par mail justement comme on est en train de travailler sur le logiciel maintenant on va partager nos mails E11</p>
Entourage				
	Professionnel		E6	ça c'est un travail qui a été fait dans une maison de retraite dans la vallée du côté de X et ça serait peut être intéressant

				de...(...) on demandait pas au pharmacien de faire du remplissage de pilulier mais d'intervenir pour euh justement limiter le nombre de prise, trouver des solutions pour ne pas forcément à avoir à écraser, ou alors changer de traitement quand on a des traitements à libération prolongé on les écrase pas, trouver d'autre traitement parce que y a des comprimés qu'il faut pas écraser parce qu'il faut respecter le comprimé donc euh voilà y avait de choses qui avaient été faites E6
	Privé (amis, famille)		E1 E12	Je dirai que... des amis personnels, j'ai plein de pharmaciens. Donc euhm c'est en discutant avec eux que je me suis aperçu que pharmacien et médecin c'était vraiment deux métiers différents E1 Après j'ai des amis pharmaciens et j'en soigne certains donc ça fait un peu plus de connaissance de leur métier E12
Encadrement légal			E1 E3	De modifier l'ordonnance car ils n'ont à priori pas le droit de modifier l'ordonnance donc ils nous demandent. Ben on annote hein mais quand on fait on est quand même responsables hein E3

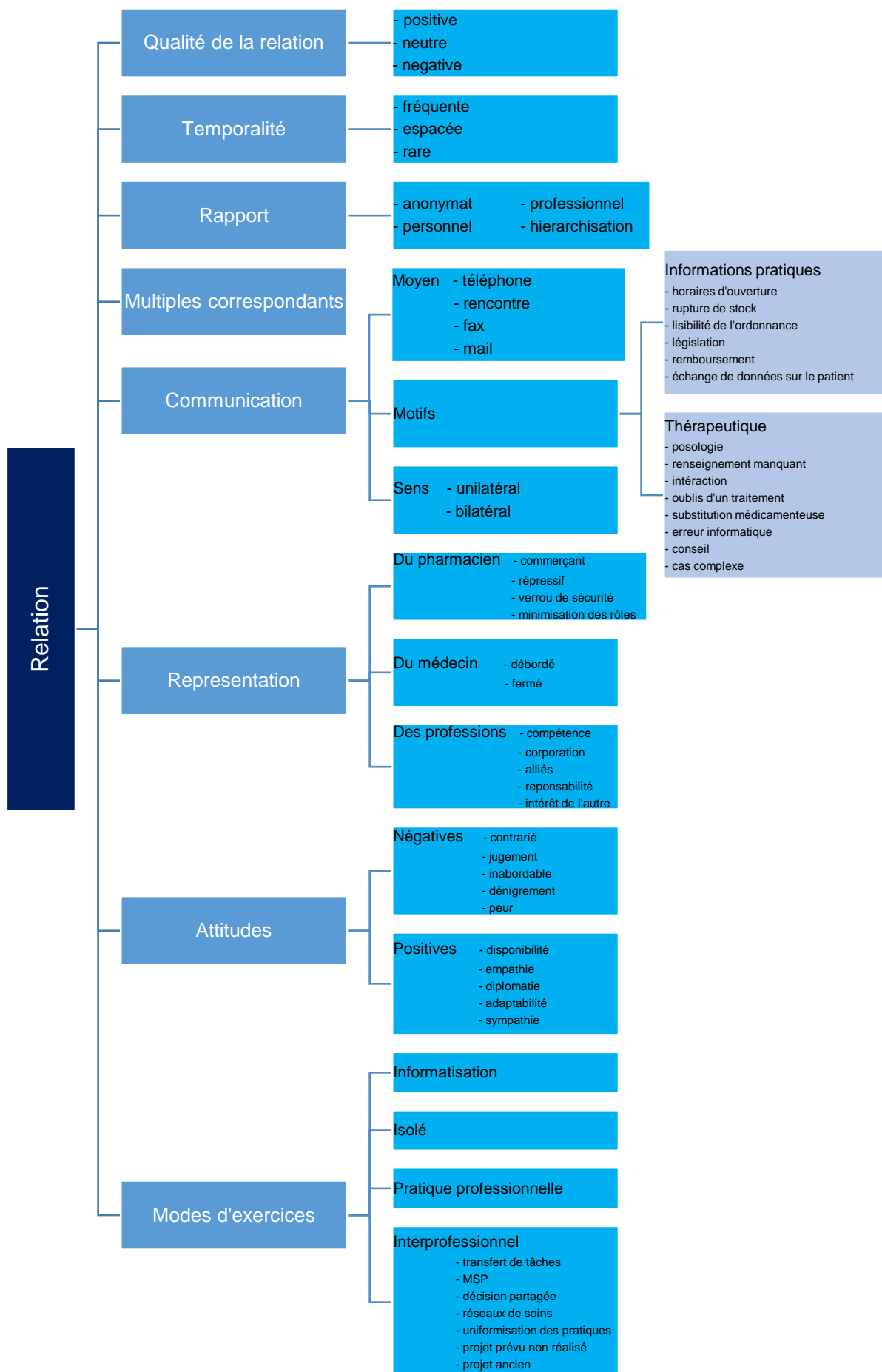
III. MODALITES ORGANISATIONNELS DE L'ANALYSE				
Sous THEMES	Catégories	Codes	E	Extraits
Le cadre			E3	Ben oui parce qu'il y a besoin de cadre. C'est bien beau d'y penser mais après concrètement il faut que ça tourne E3
		Réfèrent	E3 E6	Je pense que je ne serai pas contre (...) mais quand c'est pas chapeauté par au-dessus ben il n'y a personne pour s'occuper de ça. Je pense que c'est le problème. E3 Un médecin qui chapote tout ça peut être que ce serait possible d'avoir un travail en commun E6
		Accord du patient	E3	Si le patient concerné est d'accord
Organisation Temporelle				
		Période/ saisonnalité	E1E3	Ça va bouchonner après pendant les phases épidémiques hein. E1 Au moins pendant les périodes plus calmes, pas en plein hiver hein je pense pas mais pourquoi pas à la belle saison, E3
		Horaires dans la journée	E1 E2 E3	On prend par exemple, ici déjà entre midi et deux il y a déjà des choses qui se font E1 À n'importe quel moment de la journée E2 Je ne sais pas à quel moment... enfin entre midi et deux, quand je suis là E3
		Fréquence	E2 E4 E6 E7 E8 E10 E11 E12 <i>pré entretiens</i>	Quotidien : Et du cou à n'importe quel moment de la journée au fur et à mesure que ça vient ? Ouai. E2 Le plus simple ça serait d'organiser des réunions régulières hebdomadaires ou mensuelles, peut être plutôt hebdomadaires E4 Je veux dire le médecin entre midi et deux il a l'occasion de voir le kiné E6 Pas franchement beaucoup plus que 2 à 3 fois par an E7 Mais si on peut envisager d'en faire quoi, 4 à 5, 6 peut être 5 (nombre de dossier) E7 Donc je pense que ça pourrait être intéressant de (...) de nous obliger, une fois par an (...) de reprendre tout et dire bon est ce qu'il faut pas que

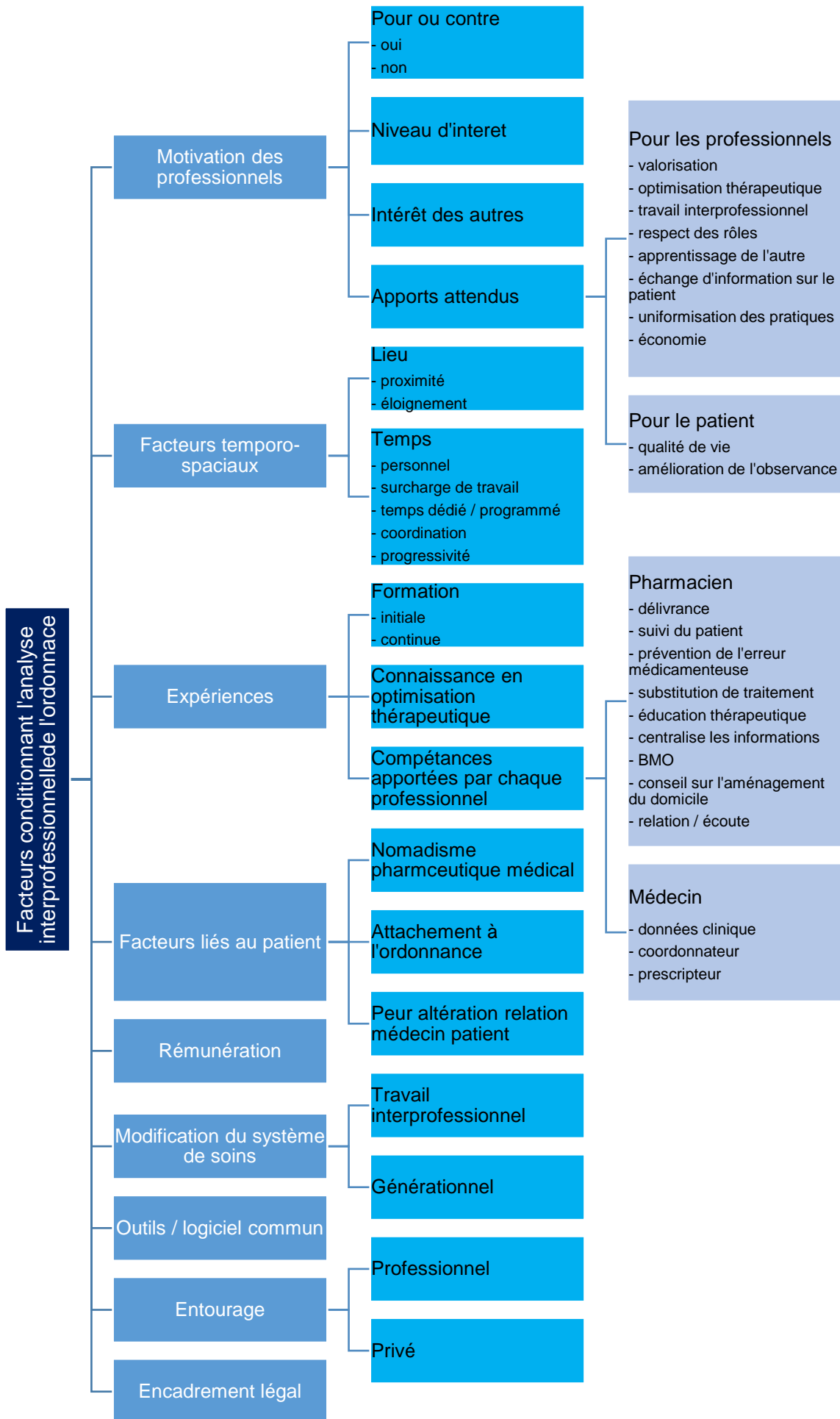
				<p>j'enlève certaines choses et d'avoir une consultation rien que pour ça...une fois par mois, se retrouver pendant 1 heure E8</p> <p>Je pense qu'il faudrait qu'il y ait une consultation dédiée une fois par an à la revue de l'ordonnance E10</p> <p>Se voit une fois tous les mois ou tous les trois mois E11</p> <p>Une fois tous les trois mois E12</p> <p>Une fois par an ça suffit (pré entretien)</p>
		Durée	E1 E8	<p>Une ordonnance et qu'on en discute on en a bien pour 5 ou 10 minutes E1</p> <p>Une fois par mois, se retrouver pendant 1 heure E8</p>
		Préparation en amont/ choix des dossiers	E3 E6 E7 E8	<p>Peut-être cibler les patients qui sont déjà passer par l'hôpital pour des problèmes de iatrogénie E3</p> <p>C'est vrai qu'il faudrait cibler peut-être au départ une liste de personne qui nous semble quand même intéressante E6</p> <p>Il faut se demander s'il n'y a pas du temps de préparation pour le médecin et pour le pharmacien AVANT pour avoir du temps E7</p> <p>Pour voir tel patient tel patient tel patient E8</p>
Spatiale. Lieu		Officine, cabinet médical, structure type MSP	E3 E4 E6 E12	<p>J'imagine que Mme (X) serait d'accord pour qu'ils viennent à la pharmacie (...) Après si c'est avec un médecin on peut se déplacer E3</p> <p>C'est dans la maison de santé ben c'est facile. Après si c'est des médecins qui sont dans leur cabinet tous seuls ça peut être fait à la pharmacie ou au cabinet E4</p> <p>Quand on est dans une même maison médicale y a des échanges qui peuvent se faire E6</p> <p>Au cabinet comme ça je ne bouge pas E12</p>
Modalités des échanges				
		Téléphone	E6	Par téléphone pour quoi E6
		Réunion	E4 E7 E8E10 E11	Le plus simple ça serait d'organiser des réunions régulières E4

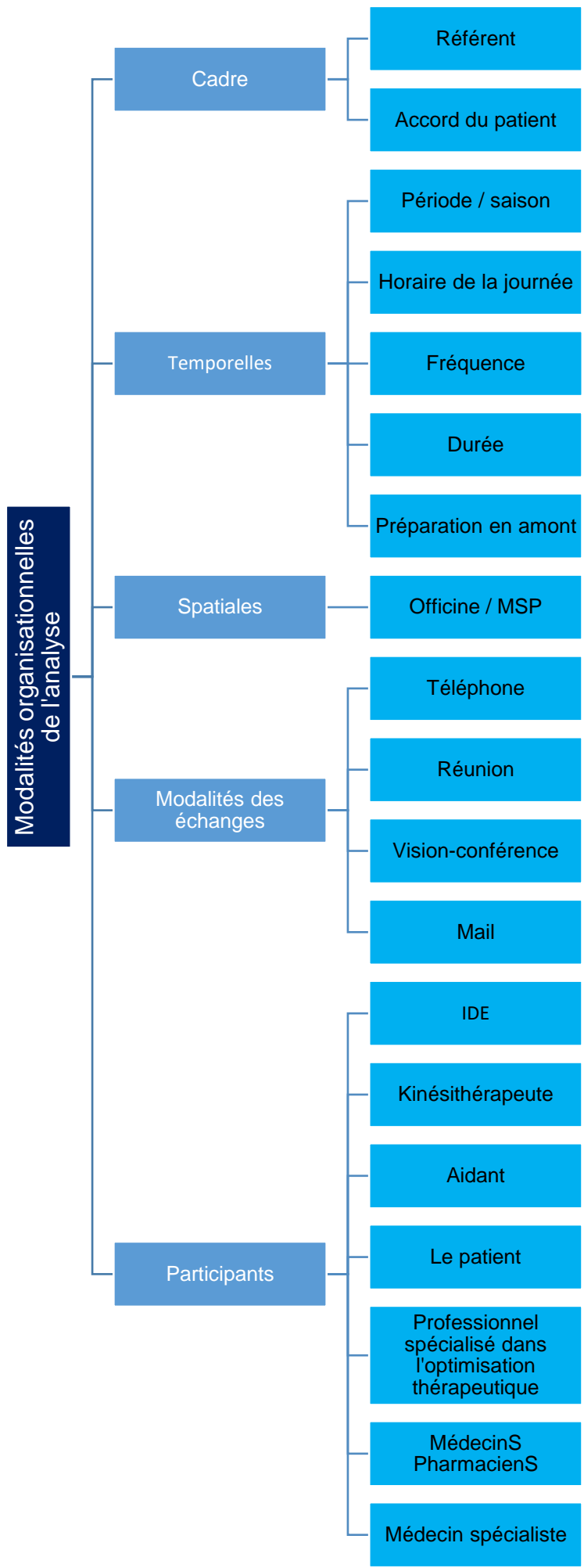
				On peut tout à fait envisager des réunions de concertations E7 Dit indirectement E8 Faire des réunions avec eux E10 Des réunions de coordination E11
		Visio conférence	<i>Pré entretiens</i>	
		Mail : messagerie sécurisée	E2 E3 E6 E8	Faut que ça circule par mail ou le SISRA E2 Le SISRA (...) pour la transmissions de documents ça peut être intéressant, car sécurisé E3 Peut-être que le mail ça pourrait déjà être un premier, une première approche ouais E6 Ça serait plus par mail interposés E8
Participants		Infirmière diplômée d'état	E1 E2 E3 E6 E11	Si l'infirmière n'intervient pas à ce moment-là pour préparer le semainier ça peut être catastrophique E1 Si la personne est toute seule et qu'elle se gère correctement, il n'a pas forcément besoin de l'intervention de l'infirmière (...) par contre pour le cas ou y a besoin de plus de suivi et de quotidien je pense que si, l'infirmière elle peut avoir son rôle E2 Et tout ce qui est autres soignant ? (...) Le soins ? Les infirmiers ? (...) parce qu'ils interviennent pour certains patients... Et souvent pour les polymédiqués, après c'est pas forcé mais pour les plus touchés... E3 Alors les infirmières ça c'est certain E6 Les infirmières elles sont bien placées auprès des personnes âgées E11
		Kinésithérapeute	E6	Mais pourquoi pas aussi parce que si on a à discuter d'une amélioration voilà, du cadre peut être que le kiné a son mot à dire aussi E6
		Aidant	<i>Pré entretiens</i>	Cas des personnes âgées dépendantes, intégrer les aidants EP1
		Le patient	E11 E12	Devant le patient je ne pense pas que ça soit ni nécessaire ni judicieux E11 Donc il faudrait que cette ordonnance soit discutée en l'absence du patient, ou de manière très délicate, diplomatique E12

		Professionnel spécialisé dans l'optimisation thérapeutique	E1	Je pense que d'un côté il faudrait un pharmacien spécialisé uniquement qui fait ça
		MédecinS et pharmacienS	E10	Prendre des ordonnances de patients, puis les discuter avec plusieurs médecins et puis plusieurs pharmaciens... E10
		Médecin spécialiste	E8	Après il y a quelques spécialistes qui sont super avec qui ont pourraient discuter E8

ANNEXE 8 : ARBRES DE CODAGE

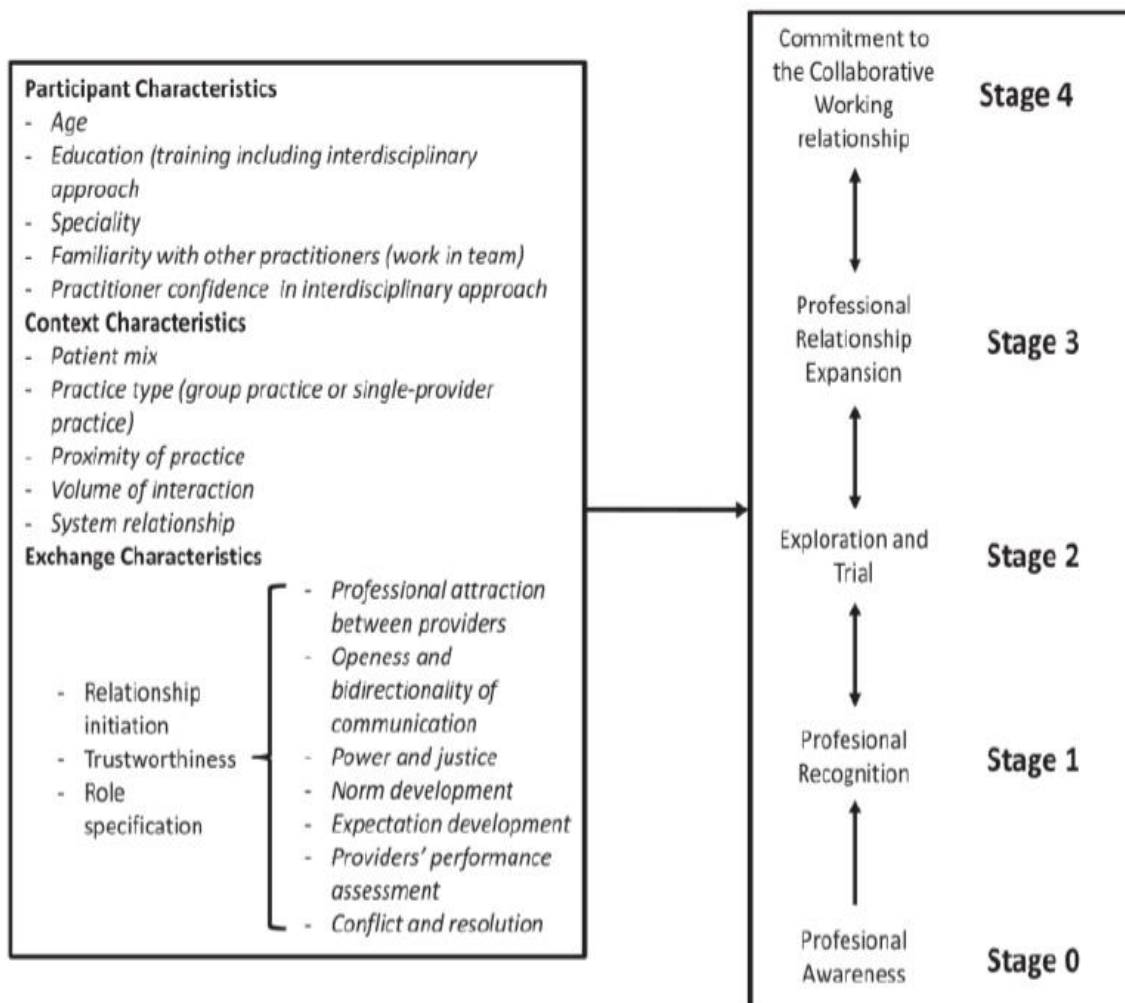






ANNEXE 9: THE COLLABORATIVE WORKING RELATIONSHIP

MODEL



McDonough RP, Doucette WR. Dynamics of pharmaceutical care : developping collaborative working relationships between pharmacists and physicians. *J AmPharm Assoc* 2001 ;41 : 682-692

ANNEXE 10 : GRILLE COREQ *

<u>Domaine 1 : Equipe de Recherche et de Réflexion</u>		
<u>Caractéristiques personnelles</u>		
1	<i>Enquêteur/Animateur</i>	1) HERZBERGER Sarah 2) THIOT Marjorie
2	<i>Titres académiques</i>	0
3	<i>Activité au moment de l'étude</i>	1) Interne en semestre SASPAS 2) Remplaçante en médecine générale
4	<i>Genre</i>	1) Femme 2) Femme
5	<i>Expérience et Formation</i>	Premier projet de recherche
<u>Relations avec les participants</u>		
6	<i>Relation antérieure</i>	Maîtres de stage ou Inconnus
7	<i>Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur</i>	Cadre de la recherche (thèse d'exercice) Statut (interne en médecine et jeune remplaçante en médecine générale)
8	<i>Caractéristiques de l'enquêteur</i>	Nous avons signalé notre motivation pour la mise en place du projet de relecture interprofessionnelle de l'ordonnance ;
<u>Domaine 2 : Conception de l'étude</u>		
<u>Cadre théorique</u>		
<u>9</u>	<i>Orientation méthodologique et théorie</i>	Analyse thématique phénoménologique
<u>Sélection des participants</u>		
<u>10</u>	<i>Échantillonnage</i>	Echantillonnage ciblé par critères définis à priori pour les premiers entretiens. Echantillonnage par effet boule de neige pour les suivants.
<u>11</u>	<i>Prise de contact</i>	Téléphonique pour 8 participants Mail pour 1 participant. Face à face pour 3 participants
<u>12</u>	<i>Taille de l'échantillon</i>	Onze participants ont été inclus (5 pharmaciens d'officine et 6 médecins généralistes)
<u>13</u>	<i>Non-participation</i>	6 médecins ont refusé de participer à notre recherche. Nous n'avons pas la raison exacte. Le refus a été fait par l'intermédiaire de secrétaires.

		Nous avons exclu 2 médecins intéressés par le sujet pour des raisons géographiques (n'exerçaient pas dans le pays Voironnais). 1 participant a retiré ses propos après renvoi de la retranscription.
<u>Contexte</u>		
<u>14</u>	<i>Cadre de la collecte de données</i>	Les données ont été recueillies sur le lieux de travail de chaque professionnel (pharmacie ou cabinet médical) dans un espace respectant la confidentialité (bureau)
<u>15</u>	<i>Présence de non participants</i>	L'enquêteur était seul en face à face avec le professionnel participant.
<u>16</u>	<i>Description de l'échantillon</i>	Les entretiens ont été menés de mi-décembre 2017 à mi février 2018. Les participants étaient âgés de 32 à 63 ans. La médiane d'âge était de 50 ans. 8 participants sur 11 étaient de sexe féminin. 8 participants sur 11 sont installés actuellement en semi-rural.
<u>Recueil des données</u>		
<u>17</u>	<i>Guide d'entretien</i>	Le guide d'entretien a été rédigé par les deux investigatrices. Il a été testé au préalable par deux médecin généralistes enseignants, une pharmacienne clinicienne du CHU de Grenoble ,deux médecins généralistes installés dans un autre département et deux pharmaciens d'officine installés dans un autre département.
<u>18</u>	<i>Entretiens répétés</i>	Les entretiens ont été uniques pour chaque participants.
<u>19</u>	<i>Enregistrement audio/visuel</i>	Les investigatrices ont utilisé un dictaphone à chaque entretien pour enregistrement audio des participants. Avec l'accord préalable de celui ci.
<u>20</u>	<i>Cahier de terrain</i>	Des notes de terrain ont été prises après chaque entretien sur les attitudes repérées des participants et le ressenti de l'investigatrice. Chaque rencontre entre les deux investigatrices y a été notifié.
<u>21</u>	<i>Durée</i>	La durée des entretiens a varié de 9 à 31 minutes. La médiane est de 22 min. C'est le temps que nous annoncions au moment de la première prise de contact. La durée a été évaluée préalablement pour une meilleure faisabilité auprès de ces professionnels, avec des emplois du temps chargés en cette période de l'année (hiver, épidémies infectieuses).
<u>22</u>	<i>Seuil de saturation</i>	Le seuil de saturation a été discuté entre les deux investigatrices et avec l'enseignant encadrant la thèse. Il a été choisi de parler de suffisance des données

<u>23</u>	<i>Retour des retranscriptions</i>	Les retranscriptions ont été retournées aux participants. Un des participants ensuite retiré ses propos.
<u>Domaine 3 : Analyse et résultats</u>		
<u>Analyse des données</u>		
<u>24</u>	<i>Nombre de personnes codant les données</i>	Les deux enquêteurs ont codé les données. Séparément puis en confrontant leur codage.
<u>25</u>	<i>Description de l'arbre de codage</i>	L'arbre de codage a été fourni en annexe.
<u>26</u>	<i>Détermination des thèmes</i>	Les grands thèmes ont été identifiés grâce à l'analyse des entretiens test puis affinés.
<u>27</u>	<i>Logiciel</i>	Les données ont été retranscrites sur Word ^R . Le codage a été réalisé sur Excel ^R . Aucun logiciel spécifique à l'analyse qualitative n'a été utilisé.
<u>28</u>	<i>Vérification par les participants</i>	Nous avons envoyé nos résultats à certains participants qui en avaient fait la demande. Mais leurs remarques n'ont pas été intégrées dans la présentation qui était déjà rédigée.
<u>Rédaction</u>		
<u>29</u>	<i>Citations présentées</i>	Des citations des participants ont été utilisées pour illustrer nos résultats. Les participants étaient anonymisées et identifiées par un code : M pour médecin, P pour pharmacien avec un numéro correspondant à l'ordre chronologique des entretiens.
<u>30</u>	<i>Cohérence des données et des résultats</i>	
<u>31</u>	<i>Clarté des thèmes principaux</i>	Les thèmes principaux ont été présentés clairement dans les résultats. Chaque thème était présenté comme titre de paragraphes le développant, donc dégagé du reste de la rédaction.
<u>32</u>	<i>Clarté des thèmes secondaires</i>	Absence de thèmes secondaires

* Traduction française des lignes directrices COREQ pour l'écriture et la lecture des rapports de recherche qualitative . Kinesither Rev. 2015;15(157):50-4.

ANNEXE 11 : LISTE DES FIGURES et TABLEAUX

Figure 1	Schéma du circuit du médicament par la SFPC	p.21
Figure 2	Diagramme des Flux	p.28
Figure 3	Caractéristiques de la population	p.29
Tableau 1	Description des entretiens	p.30