HAL
open science

Les services du pharmacien dans les pays anglo-saxons et leurs possibles applications en France

Louis Dubroc

To cite this version:

Louis Dubroc. Les services du pharmacien dans les pays anglo-saxons et leurs possibles applications en France. Sciences pharmaceutiques. 2018. dumas-01829059

HAL Id: dumas-01829059

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01829059

Submitted on 3 Jul 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.

Université de Bordeaux

U.F.R. DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES

Année 2018 Thèse n°53

THÈSE pour l'obtention du

DIPLÔME d'ÉTAT de DOCTEUR EN PHARMACIE

Présentée et soutenue publiquement

Le lundi 11 juin 2018 à Bordeaux par

Louis DUBROC

Né le 19 décembre 1992 à Bordeaux (33)

Les services du pharmacien dans les pays anglo-saxons et leurs possibles applications en France

Directeur de Thèse

Madame le Docteur Stéphanie MOSNIER-THOUMAS

Membres du jury

Madame le Professeur Marine AULOIS-GRIOT	Président
Madame le Docteur Stéphanie MOSNIER-THOUMAS	Membre
Madame le Docteur Françoise COMBEUIL	Membre

REMERCIEMENTS

Madame le Professeur Marine AULOIS-GRIOT,

Vous me faites l'honneur d'accepter de présider ce jury de thèse. Soyez assurée de ma reconnaissance et de mon profond respect.

Madame le Docteur Stéphanie MOSNIER-THOUMAS,

Je te remercie déjà pour le stage très enrichissant que nous avons partagé il y a maintenant 2 ans (déjà !). Je te remercie également pour l'honneur que tu me fais de diriger ma thèse, ta disponibilité, ton écoute et surtout ta patience. Merci pour tout.

Madame le Docteur Françoise COMBEUIL,

Vous me faites l'honneur de siéger dans ce jury. Je tiens à vous remercier pour les stages que nous avons passé ensemble, aussi bien au tout début de mes études mais aussi à la fin. Vous m'avez montré la beauté de ce métier. Pour votre gentillesse, implication et patience, soyez assurée de ma gratitude et de mon profond respect.

A toute l'équipe de la Pharmacie Combeuil, Valérie, Franck, Agnès, Sabine et Jessie, pour votre joie de vivre, votre patience à mon égard et pour tous ces bons moments passés ensemble, je tiens à vous remercier. On ira le boire ce mojito !

A l'équipe de la Pharmacie Teboulle, Lise, Sonia, et Elisabeth, pour votre gentillesse et attention, merci. Mr Teboulle, je vous remercie pour vos enseignements à un jeune pharmacien qui en a terriblement besoin.

A l'équipe de la Pharmacie du Port, qui m'ont fait confiance alors que je débutais, je tiens à vous remercier.

A Mme Pamela Logan, vous avez accepté de recevoir un étudiant Français avec beaucoup de questions à poser sur l'Irlande. Merci pour votre patience et votre écoute à mon égard.

A mes amis,

Maxime, pour toutes ces années passées à tes côtés, ton soutien, tes attentions, tes conseils, etc… enfin toutes ces qualités qui font la personne que tu es aujourd'hui et que j'admire, je tenais à te remercier. J'espère que notre amitié sera encore très longue. Mais bon, on ne va pas en tirer des glands sur la comète…

Reyssam, je te remercie pour ta bonne humeur constante, ta joie de vivre, tous nos délires et fous rires. Sans toi et tous ces moments précieux partagés, nos sorties auraient été bien fades. Au fait, le lustre du salon a été changé, tu reviens quand tu veux !

Léa, pour les beaux moments que nous partageons depuis maintenant 15 ans et tous ceux à venir (on va la fêter cette thèse !) je te remercie. Merci d'être toujours là pour moi !

Adeline, à tous nos voyages, repas, week-end, sorties et j'en passe, un grand merci parce que sans toi, la fête serait peut-être plus tranquille mais sûrement moins folle.

Sébastien, pour tes conseils et soins après mes matchs de rugby. Laisse-moi t'en donner un à mon tour : arrête le foot, tu n'es pas fait pour ça et tu le sais…

A mes futurs confrères et consœurs, Célia, Claire, Marc, Valentine, Vincent et tous les autres, merci pour vos conseils et soutiens. C'est toujours un plaisir de partager des moments avec vous.

Laurence, pour ta relecture et tes conseils merci.

Aux catéchumènes, pour votre gentillesse et vos attentions merci du fond du cœur.

A mes petits footballeurs de l'USF, Alain, Benoît, Samuel, Patrick, Jean-Luc, JB et tout le reste de l'équipe, merci pour tous ces matchs perdus et ces 3èmes mi-temps gagnées.

A mes pelotaris préférés, Pierre, Nicolas, Sylvain, François, Jean-Pierre, Olivier. Merci pour toutes ces parties que vous m'avez laissé gagner. Je vous rendrez la pareille.

A mes Pimpinois, Vincent, Jonathan, Rudy, Pascal, Julien, Clément, Alexandre et tous les autres, merci pour cette année de rugby qui s'est ponctuée par un bouclier, j'espère revivre de nombreuses saisons en votre compagnie.

A ma famille,

Tonton Daniel et Sylvie, merci pour votre gentillesse et votre simplicité. Je vous ai promis un tiramisu, je tiendrai parole !

Rémi et Magalie, pour votre bienveillance et les bons moments passés ensemble merci. Maintenant que vous êtes 3, il va falloir que je passe plus souvent.

Thomas et Floriane, même si vous habitez rive gauche, je vous remercie pour votre joie de vivre communicative.

Tatie Sophie et Tonton Jean, pour vos nombreuses attentions, merci. Merci Tatie de m'avoir aidé pour ce voyage en Irlande qui était très mal embarqué et merci Tonton de me tirer vers le bas durant nos parties de pétanque.

Jeanne et Manon, merci pour tous ces moments partagés, votre énergie positive et les fous rires de l'été.

Mamé, je te remercie de ton soutien et de toute la gentillesse dont tu fais preuve au quotidien. Je t'aime.

Mamie, pour toutes tes attentions, tes riz au lait et compagnie, je te remercie. Mes poignées d'amour également. Je t'aime.

Mon Papy, j'aurais aimé que tu sois là le jour de ma thèse. Ta gentillesse, ta compassion, ton soutien et ton amour ont toujours été tes plus grandes qualités. J'espère que tu es fière de moi. Je te garde toujours près de moi, je t'aime.

Ma sœur Fanny, pour ta disponibilité, ton écoute et tes encouragements. Tu es toujours présente pour moi lorsque j'en ai besoin. Merci.

Mon frère Nathan, pour ton soutien, ton humour à toute épreuve et tes encouragements. J'espère que tu es fière de m'avoir pour frère parce que moi je suis fière de toi.

Maman, tu m'as toujours poussé vers le meilleur de moi-même et si j'en suis ici aujourd'hui c'est grâce à toi. Tu es toujours là pour moi. J'espère me montrer digne de la chance que tu m'as donnée. Je t'aime de tout mon cœur.

Papa, tu m'as toujours soutenu, peu importe mes choix et tu m'as donné les moyens d'y arriver. C'est grâce à toi que j'ai pu faire ce que je voulais et je t'en remercie. J'espère te rendre fière de moi. Je t'aime aussi de tout mon cœur.

J'aime beaucoup cette citation ''L'avenir d'un enfant est l'œuvre de sa mère'' de Napoléon Bonaparte mais pour moi elle aurait été plus exacte comme ceci ''L'avenir d'un enfant est l'œuvre de ses parents''.

Table des matières

REMERCIEMENTS **3**

Table des matières **7**

Table des annexes **10**

Table des figures **11**

Table des tableaux **14**

Liste des abréviations **16**

INTRODUCTION **18**

PREMIERE PARTIE **20**

Les entretiens pharmaceutiques et services similaires dans les pays anglo-saxons **20**

I. Introduction **21**

II. Australie **22**

A. Contexte **22**

B. Mise en place pratique 25

C. Résultats 29

III. Royaume-Uni **40**

A. Contexte 40

B. Mise en place pratique 43

C. Résultats 47

IV. France **53**

A. Contexte 53

B. Mise en place pratique 57

C. Résultats 58

V. Conclusion **61**

DEUXIEME PARTIE **62**

La vaccination à l'officine **62**

I. Introduction **63**

II. États-Unis **64**

A. Contexte 64
B. Mise en place pratique 66
C. Résultats 67
III. Irlande 73
A. Contexte 73
B. Mise en place pratique 76
C. Résultats 79
IV. France 86
A. Contexte 86
B. Mise en place pratique 87
C. Résultats 90
V. Conclusion 92
TROISIEME PARTIE 93
La prise en charge des troubles mineurs par le pharmacien 93
I. Introduction 94
II. Canada 96
A. Contexte 96
B. Mise en place pratique 98
C. Résultats 104
III. Écosse 110
A. Contexte 110
B. Mise en place pratique 113
C. Résultats 117
IV. France 120
A. Contexte 120
B. Solutions envisagées 124
V. Conclusion 129
CONCLUSION 130
BIBLIOGRAPHIE 131
ANNEXES 140

SERMENT DE GALIEN 167

Table des annexes

Annexe 1 : Entretien réalisé avec Mme Pamela Logan Director of Pharmacy Services de l'Irish Pharmacy Union le 15/03/2018 à Dublin 140
Annexe 2 : Résumé schématisé des MedsCheck et Diabetes MedsCheck 153
Annexe 3 : Résultats complémentaires des MedsCheck en Australie 154
Annexe 4 : Entretiens considérés complétés en Angleterre 155
Annexe 5 : Détails des coûts de l'étude de l'université de Nottingham 156
Annexe 6 : Questionnaire d'évaluation de l'observance en France 157
Annexe 7 : Taux de couverture vaccinale en fonction de la durée du changement de législation autorisant le pharmacien à vacciner 158
Annexe 8 : Comparaison entre 11 pays de la vaccination par le pharmacien 159
Annexe 9 : Comparaison des MAS entre les 4 pays de la Grande-Bretagne et la province du Saskatchewan 160
Annexe 10 : Formulaire en vigueur au Québec pour informer le médecin traitant 162
Annexe 11 : Formulaire en vigueur au Québec pour attirer l'attention du médecin traitant 163
Annexe 12 : Les pratiques pharmaceutiques au Canada en 2016 164
Annexe 13 : Le formulaire CP2 en vigueur en Écosse 165

Table des figures

Figure 1 : Nombre de médecin et pharmacien dans les pays anglo-saxons 17

Figure 2 : Répartition des services pharmaceutiques en Australie 25

Figure 3 : Evolution de la prévention des risques médicamenteux en fonction des moyens mis en place 25

Figure 4 : Les MedsCheck comme point d'entrée des autres services pharmaceutiques 27

Figure 5 : Satisfaction des professionnels de santé, impliqués dans ces services, par rapport au bénéfice que reçoit le patient 30

Figure 6 : Fréquence de communication entre médecin et pharmacien après un entretien pharmaceutique 30

Figure 7 : Satisfaction des professionnels de santé, impliqués dans ces services, par rapport à leur implication dans ces entretiens 31

Figure 8 : Les raisons pour lesquelles les pharmaciens désirent poursuivre les MedsCheck 33

Figure 9 : Nombre de conseils médicamenteux apportés par les pharmaciens en fonction des activités effectuées 38

Figure 10 : Résumé du parcours patient durant un NMS 45

Figure 11 : Evolution du nombre de MUR et du montant remboursé entre 2010 et 2017 48

Figure 12 : Evolution trimestrielle des ventes d'AVK en fonction de l'âge de janvier 2008 à septembre 2013 55

Figure 13 : Incidence cumulée des accidents hémorragiques et des récidives à 3 mois(%) 59

Figure 14 : Couverture vaccinale en 2016 63

Figure 15 : Couverture vaccinale contre la grippe chez les professionnels de santé Américain 65

Figure 16 : Nombre d'Etats autorisant la vaccination par le pharmacien en fonction de l'âge du patient 66

Figure 17 : Chance de recevoir le vaccin en fonction de l'âge et du changement de législation 70

Figure 18 : Schématisation du système de santé Irlandais 74

Figure 19 : Pourcentage de la population Irlandaise avec une ''medical card'' 75

Figure 20 : Résumé des formations nécessaires aux différents services Irlandais 77

Figure 21 : Résumé des caractéristiques et exigences de l'enregistrement des patients 78

Figure 22 : Précédente source de vaccination 82

Figure 23 : Les raisons avancées par les patients justifiant leur vaccination en officine 83

Figure 24 : Facteurs déterminants pour la vaccination en pharmacie par ordre d'importance 84

Figure 25 : Autres vaccinations désirées par les patients en officine 84

Figure 26 : Autres services désirées par les patients en pharmacie 85

Figure 27 : Arbre décisionnel pour l'expérimentation de la vaccination contre la grippe en officine 89

Figure 28 : Evolution du nombre de patients vaccinés par département 91

Figure 29 : Professionnels de santé et responsabilités dans le système de santé 95

Figure 30 : Equation incontournable pour prescription pharmaceutique 101

Figure 31 : Date de la dernière prescription nécessaire à la prise en charge par le pharmacien 102

Figure 32 : Troubles mineurs pris en charge en Nouvelle-Ecosse(%) 105

Figure 33 : Différence de tension entre le groupe témoin et le groupe test après 6 mois 106

Figure 34 : Changement du nombre de patients par tranche d'âge(%) 110

Figure 35 : Nombre d'items prescrits dans le cadre des MAS et coût engendré de 2007 à 2017 112

Figure 36 : Fréquentation et temps d'attente inférieur à 4 heures(%) 113

Figure 37 : Taux d'enregistrement pour les MAS en fonction du SIMD des patients de moins de 16 ans 118

Figure 38 : Pyramide des âges en 2013 et 2070 en France 121

Figure 39 : Densité de médecins pour 100 000 habitants en fonction des régions 121

Figure 40 : Nombre de médecins retraités en France de 2010 à 2017 122

Figure 41 : Nombre annuel de passage aux urgences de 1996 à 2015 (base 100 en 1996) 123

Figure 42 : Augmentation annuelle moyenne du nombre de passage aux urgences entre 2001 et 2011 dans les pays de l'OCDE(%) 123

Figure 43 : Perception de l'évolution de l'offre en pharmacie 125

Figure 44 : Volonté d'élargissement du rôle du pharmacien dans la prise en charge de la santé et du suivi des patients 125

Figure 45 : Conseil du pharmacien avant d'aller voir un médecin 126

Figure 46 : Obligation de voir un médecin pour renouveler l'ordonnance d'un traitement de longue durée 126

Figure 47 : Autoriser les pharmaciens à prescrire certains médicaments soumis à ordonnance 127

Table des tableaux

Tableau 1 : Composants des financements du 6eme CPA 24

Tableau 2 : Montant des honoraires en fonction des services 27

Tableau 3 : Montant de l'honoraire en fonction du type de service 29

Tableau 4 : Caractéristiques des patients recevant un MedsCheck 32

Tableau 5 : Les raisons fournies par les pharmaciens, durant l'expérimentation des MedsCheck, pour ne pas fournir ce service aux patients 33

Tableau 6 : Les facteurs influençant la décision du pharmacien de conduire un HMR 35

Tableau 7 : Bénéfices et bénéfices attendus respectivement chez des patients ayant eu un HMR et chez des patients éligibles mais n'en ayant pas eu 36

Tableau 8 : Nombre de HMR conduits en Australie 37

Tableau 9 : Proportion de RMMR collaboratif 37

Tableau 10 : Résultats obtenus suite aux recommandations faites par les pharmaciens et suivi par le médecin 39

Tableau 11 : Récapitulatif des MURs 43

Tableau 12 : Récapitulatif de paiement des MURs 46

Tableau 13 : Nombre de MUR effectué en 2012-2013 47

Tableau 14 : Nombre de MUR effectué en 2017 48

Tableau 15 : Nombre de NMS effectué en 2011-2012 49

Tableau 16 : Nombre de NMS effectué en 2017 49

Tableau 17 : Adhérence observée à la 10eme semaine d'étude entre les patients témoins et ceux ayant suivi le NMS 50

Tableau 18 : Différence de coût entre un patient adhérent et non-adhérent 51

Tableau 19 : Proportion d'utilisateurs d'anticoagulants par tranche d'âge 55

Tableau 20 : Comparaison des taux de vaccination anti grippale en 1995 et 1999 68

Tableau 21 : Probabilité de se faire vacciner en 1999 en fonction des caractéristiques des patients 69

Tableau 22 : Estimation du gain de couverture vaccinale en 2013 grâce à l'autorisation de vacciner pour le pharmacien 71

Tableau 23 : Proportion des patients à risque vaccinés car le Zona et le pneumocoque 72

Tableau 24 : Estimation du nombre de personnes supplémentaires pouvant se faire vacciner 73
Tableau 25 : Evolution des dépenses de santé en Irlande 75
Tableau 26 : Raisons avancées par les patients concernant la vaccination 81
Tableau 27 : Résumé des chiffres de la vaccination contre la grippe en Irlande 85
Tableau 28 : Evolution de la couverture vaccinale contre la grippe en France 86
Tableau 29 : Population canadienne de 12 ans et plus sans médecin traitant en 2005 97
Tableau 30 : Formation continue des pharmaciens québécois en 2016-2017 100
Tableau 31 : Nombre de prise en charge des troubles mineurs par le pharmacien avec prescription et montant alloué 104
Tableau 32 : Lieu où seraient allés les patients si la prise en charge par le pharmacien n'existait pas 107
Tableau 33 : Coût d'une consultation médicale en Nouvelle-Ecosse 108
Tableau 34 : Economies possibles dans la province du Saskatchewan 109
Tableau 35 : Montant que le patient est prêt à débourser pour une prise en charge par le pharmacien 109
Tableau 36 : Rémunération de l'officine pour les MAS 115
Tableau 37 : Top 10 des items dispensés dans le cadre des MAS par les pharmaciens écossais 117
Tableau 38 : Résolution des symptômes par troubles mineurs 119
Tableau 39 : Evolution de la population en France entre 1990 et 2070 120

Liste des abréviations

AACP	American Association of Colleges of Pharmacy
AFFSAPS	Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé
ALD	Affection de Longue Durée
AMS	Acute Medication Service
AOD	Anticoagulants Oraux Directs
APhA	American Pharmacists Association
ARS	Agence Régional de Santé
AVK	Anti Vitamine K
BPCO	Broncho Pneumopathie Chronique Obstructive
CDC	Center for Disease Control and Prevention
CMS	Chronic Medication Service
CPA	Community Pharmacy Agreements
CPCF	Community Pharmacy Contractual Framework
CPD	Continuing professional development
CPR	Cardiopulmonary Resuscitation
CPRS	Central Patient Registration System
CROP	Conseil régional de l'Ordre des Pharmaciens
DMP	Dossier Médical Partagé
DREES	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
DRP	Drug Related Problem
DTC	Diphtérie Tétanos Coqueluche
DTP	Diphtérie Tétanos Poliomyélite
ENEIS	Enquête Nationale sur les Evénements Indésirables graves associés aux Soins
GPhC	General Pharmaceutical Council
GP	General Practitioner
HMR	Home Medicine Review
HSE	Health Service Executive
HTA	Hypertension Artérielle
INR	International Normalized Ratio
IPA	Infirmière de Pratique Avancée
IPS	Infirmière Praticienne Spécialisée
IPU	Irish Pharmacy Union
MAS	Minor Ailment Schemes
MUR	Medicine Use Reviews

NHS	National Health Service
NIP	National Immunisation Programme
NMS	New Medicine Service
OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONDAM	Objectif national des dépenses d'assurance maladie
ONI	Ordre National des Infirmiers
OTC	Over The Counter
PHS	Public Health Service
PIB	Produit Intérieur Brut
PSA	Pharmaceutical Society of Australia
PSI	Pharmaceutical Society of Ireland
RMMR	Residential Medication Management Review
ROI	Return On Investment
ROR	Rougeole Oreillon Rubéole
ROSP	Rémunération sur Objectifs de Santé Publique
SDF	Sans Domicile Fixe
SIMD	Scottish Index of Multiple Deprivation

INTRODUCTION

Dans les pays anglo-saxons, comme en France, le pharmacien d'officine est un professionnel de santé à part entière qui possède un rôle très important auprès de la population. En effet, ce-dernier est en contact permanent avec les patients tout en étant disponible sans rendez-vous. Ceci explique le fait que le pharmacien d'officine est un interlocuteur privilégié en ce qui concerne les questions de santé.

Cette disponibilité à travers tout le territoire le rend également incontournable lorsque des stratégies au niveau national veulent être mises en place.

Au niveau national, la France possède 74 441 pharmaciens dont 54 726 officinaux en 2017. Si nous nous penchons sur la densité pour 10 000 habitants, la France fait partie de la moyenne haute des pays étudiés (Irlande, Canada, Australie, Etats-Unis, Grande-Bretagne) avec 11,1 pharmaciens pour 10 000 habitants.

Figure 1 : Nombre de médecin et pharmacien dans les pays anglo-saxons [1]

Nous observons que les rôles et missions du pharmacien sont en constante évolution depuis plusieurs années pour le placer au centre de la prise en charge du patient en étroite collaboration avec le médecin et l'infirmière. De la préparation et dispensation du médicament, le pharmacien

acquière des missions aussi variés que des entretiens pharmaceutiques, la vaccination ou encore la possibilité de faire des prescriptions pour des pathologies ‘’mineures’’.

Avec ces quelques exemples, nous pouvons mesurer l’importance de la mutation du métier de pharmacien d’officine à travers le monde. Mutation qui reste en lien avec le désir des patients de prendre soin de leur santé grâce à une information beaucoup plus accessible ce qui les rend acteurs à part entière de leur prise en charge.

Afin de mesurer l’importance de ces changements, nous allons nous concentrer sur 3 missions présentes dans les pays anglo-saxons depuis plusieurs années et qui ne sont pas, ou très récemment, mises en place en France.

Dans une première partie, nous traiterons de la prise en charge primaire par le pharmacien, c’est-à-dire, les entretiens pharmaceutiques et conciliation médicamenteuse. Pour cela nous nous intéresserons aux exemples ; Irlandais, australien, et anglais. Pour ce faire, nous ferons un état des lieux de ces pays, les objectifs de cette mission, les raisons de sa mise en place, etc… Puis nous traiterons de sa mise en place pratique avec les lois promulguées, les formations nécessaires, mais aussi le ressenti des pharmaciens et des patients pour ces nouvelles missions. Ensuite nous verrons les résultats observés. Enfin, nous nous intéresserons spécifiquement au cas français. Pour ce faire, nous ferons un point sur la situation actuelle dans l’hexagone avec les avantages et les inconvénients de cette mission.

Par la suite, nous développerons le sujet de la vaccination, expérimentation actuelle dans la région Nouvelle Aquitaine et Auvergne Rhône Alpes et sujet à de vifs débats. Afin de mieux comprendre les tenants et aboutissants de ce choix, nous prendrons comme exemple le modèle australien, anglais et canadien. De la même manière que la partie précédente, nous ferons un tour d’horizon de ces pays avec les raisons de la mise en place, les objectifs visés et les résultats actuels. Ces exemples ne sont pas pris au hasard car ces derniers ont autorisé les vaccinations par le pharmacien depuis plusieurs années ce qui nous permettra d’avoir un réel retour sur expérience. Après ces observations, nous ferons un parallèle avec la France pour voir si une mise en place étendue à toute la France est pertinente avec ses points forts et ses points faibles.

Enfin, dans une dernière section, nous effectuerons un travail sur le pharmacien prescripteur. Sujet encore peu connu en France mais qui se développe dans les pays anglo-saxons mais aussi chez certains voisins européens. Afin de clarifier ce sujet, nous prendrons comme pays référent le Canada, et plus particulièrement la province du Québec, ainsi que l’Ecosse afin de voir les modalités de mise en place pratique, les objectifs visés, les raisons qui ont motivé leur gouvernement respectif à initier ce changement et les premiers résultats observés.

Nous conclurons ce travail en insistant sur la place centrale qu'occupe le pharmacien d'officine, avec les autres professions médicales, dans la relation soignants/soignés ainsi que sur la nécessité grandissante d'un travail collaboratif entre les différents professionnels de santé en France. Travail qui se fera au bénéfice du patient et de sa prise en charge.

Ceci afin de démontrer que le métier de pharmacien d'officine est en constante évolution en accord avec son environnement pour s'adapter aux demandes et besoins de la société, de plus en plus croissants dû à une population vieillissante, en recherche d'une prise en charge de qualité et réactive à leurs besoins.

PREMIÈRE PARTIE

Les entretiens pharmaceutiques et services similaires dans les pays anglo-saxons

I.Introduction

Devant le vieillissement de la population occidentale, le nombre de patients chroniques va augmenter de manière similaire. Ceci va entraîner une charge économique considérable sur nos sociétés. Les solutions envisagées touchent l'ensemble des professionnels de santé avec des mesures plus ou moins efficaces. L'une d'entre elles est ''l'entretien pharmaceutique''. Terme utilisé en France mais qui ne rend pas réellement compte de l'éventail de possibilités offertes par cette mission.

Les pays anglo-saxons ont réfléchi à la meilleure manière d'augmenter l'observance de leur population de malades chroniques dès la fin des années 1990. L'une des pistes privilégiées était d'éduquer le patient de manière à ce que ce dernier devienne acteur de sa prise en charge.

Ce programme peut se regrouper sous le terme de ''MedsChek''. Il est commun à l'ensemble des pays étudiés avec des services plus ou moins diversifiés.

Par exemple, en Angleterre, l'introduction d'un système ''d'Advanced Services'' en 2005 a pour objectif de faire évoluer le métier de pharmacien tout en permettant une prise en charge du patient plus efficiente. Parmi ces services, nous retrouvons la vaccination par le pharmacien, un ''NHS Urgent Medicine Supply Advanced Service'' qui permet au pharmacien de dispenser un certain nombre de médicaments sans ordonnance dans le but de soulager les médecins généralistes et les centres de soins d'urgence. Par ailleurs, nous avons Le ''New Medicine Service'' et le ''Medicine Use Review'' qui ont pour but de familiariser le patient avec ses traitements (nouveaux ou chroniques). Ces services permettent de s'adapter aux besoins de la population et de diminuer les coûts induits par le vieillissement de cette dernière.

En Australie, différents entretiens ont été mis en place. Nous retrouvons le ''Home Medicine Review'', les ''MedsCheck'' et le ''Residential Medication Management Review'' notamment. Ces entretiens ont pour objectifs de toucher des populations différentes ce qui permet d'agir sur tous les types de patients ayant besoin de ces services. Ceci sans discriminations de moyens, d'autonomie… Ils font partie du ''5th community pharmacy agreement'' (CPA) et ont été renouvelés en 2015 lors du 6th CPA (renouvellement tous les 5 ans en fonction des résultats obtenus par les missions mises en place). Ces accords permettent de fixer les modalités d'exercice de la pharmacie d'officine sur une durée de 5 ans. L'objectif final de ces entretiens est d'augmenter l'observance des patients pour diminuer les effets indésirables et les hospitalisations qui en découlent. Ce qui est cohérent avec les objectifs du gouvernement Australien inscrits dans le ''National Medicines Policy'' depuis Juin 1996.

Aux Etats-Unis, près de 50% des 65 ans et plus prenaient au minimum 5 médicaments en 2002 et 12% plus de 10[(2)]. 10 à 20 % des personnes hospitalisées sont touchées par des effets indésirables et a peu près 7% de l'ensemble de la population. Devant ce grave problème de

santé publique, il était nécessaire d'intervenir et de trouver des solutions durables pour diminuer ces pourcentages. L'une d'entre elles était d'éduquer le patient pour lui permettre de s'approprier son traitement et sa prise en charge. L'objectif de ces entretiens était que la personne soit proactive. Les résultats observés, que nous détaillerons plus bas, ont été intéressants car la plupart du temps ces services pharmaceutiques ont mené à une diminution du nombre de médicaments et/ou de dosage, une augmentation de l'observance et une économie de soins dans les hôpitaux (car il y a eu une diminution des effets indésirables). Cependant, ces résultats sont à contraster car au niveau purement économique, l'impact est limité avec des diminutions de coûts relativement faibles. Un des impacts observés le plus important concerne la décharge de soins dans les hôpitaux et l'augmentation de la qualité de vie chez les patients qui sont globalement satisfaits du service proposé. Un des inconvénients majeurs actuels est l'absence d'études sérieuses se déroulant sur plusieurs années pour voir les retentissements à très long terme.

En France, les entretiens pharmaceutiques sont assez récents (initiés en 2013) et assez restreints. Contrairement aux pays cités ci-dessus, les pharmaciens ne peuvent effectuer ces entretiens qu'avec 2 types de patients chroniques : Les asthmatiques avec corticoïdes inhalés et les patients sous anticoagulants. Par ailleurs, cela ne concerne que les patients ayant suffisamment d'autonomie pour venir en personne à l'officine. A noter que la lourdeur administrative et le temps alloué à ces entretiens pour une rémunération assez faible n'a pas permis un essor significatif de ces nouveaux services. En Juillet 2017 un 11ème avenant a été signé. Ce dernier prévoit des entretiens mieux rémunérés et plus adapté aux besoins des patients. Puis l'avenant 12, détaillant les modalités de mise en œuvre du bilan partagé de médication, est paru au Journal officiel le 16 mars 2018.

Dans cette partie nous allons nous pencher un peu plus en détail sur le Royaume-Uni et l'Australie qui ont mis ces services en place depuis plusieurs d'années et qui sont toujours en train de les développer.

II. Australie

A. Contexte

En Décembre 1999, le gouvernement Australien a publié le ''National Medicines Policy''. L'ensemble des acteurs de santé (Gouvernements, professionnels de santé, industrie, médias…) travaillent ensemble afin de promouvoir les objectifs de cette politique de santé ambitieuse. Cela fait suite au document de l'OMS ''Revised Drug Strategy'' publié en 1985 qui mettait en avant le besoin d'avoir une réelle politique concernant les médicaments[3].

Parmi les objectifs de cette politique, nous retrouvons le besoin de définir plus clairement les rôles et responsabilités des acteurs de santé mais aussi de proposer des soins aux patients de meilleures qualités et plus efficients.

Après plusieurs rapports concernant le système de santé australien, il est apparu que les problèmes liés aux médicaments étaient la 2ème cause d'hospitalisation. Le coût de ces erreurs (prise de médicaments mais aussi dispensation et/ou prescription) s'élevait à près de 660 millions de dollars par an. De plus, 190 000 hospitalisations sont dues au mauvais usage du médicament. Il n'a pas été pris en compte la surcharge de travail que cela induit aux équipes soignantes[4].

Par ailleurs, il a été démontré que seulement 50% des patients prenaient leur traitement comme prescrit par leur médecin[5].

La bonne utilisation des médicaments par la population a été résumée en 4 points par le gouvernement australien. Les traitements doivent donc être utilisés de manière : judicieuse, appropriée, sans risque, et efficace. Pour accomplir ceci, il était important d'éduquer la population, notamment via des programmes d'éducation proposés par les professionnels de santé. Afin de proposer ce type de programme et surtout de le financer, il était nécessaire pour les pharmaciens et le gouvernement de se mettre d'accord sur les modalités de mise en place.

C'est pourquoi les ''Community Pharmacy Agreements'' ont été initiés à partir de 1990. Tous les 5 ans, ces accords font l'objet de négociation entre le ''Pharmacy Guild of Australia'' (Syndicat de pharmaciens) et le gouvernement.

Par exemple, pour le 6th CPA qui a actuellement cours en Australie (2015-2020), le secteur pharmaceutique se voit octroyer un budget d'approximativement 19 milliards de dollars répartis en fonction des programmes et besoins.

Component	Contributor	$million (estimated)
Pharmacy remuneration for dispensing, including dispensing fee, AHI Fee and dangerous drug fee	Commonwealth	11,112
	Patient	3,025
Premium Fee Dispensing Incentive funding	Commonwealth	655
	Patient	N/A
Community Pharmacy Programmes	Commonwealth	1,263
	Patient	As set under CPPs
Remuneration for wholesalers to hold and deliver medicines to approved pharmacists (excluding the CSO)	Commonwealth	1,414
	Patient	385
CSO funding pool	Commonwealth	976
	Patient	N/A
Fees for CSO distributors to distribute National Diabetes Services Scheme products	Commonwealth	28
	Patient	N/A
Fees for pharmacy to distribute National Diabetes Services Scheme products	Commonwealth	28
	Patient	No additional patient charge
Total	Commonwealth	15,476
	Patient	3,410
	Total	**18,886**[1]
Chemotherapy compounding fees[2]	Commonwealth	372

Tableau 1 : Composants des financements du 6ème CPA[(6)]

Ces CPA peuvent se diviser en plusieurs sections :

- ‘’Medication Adherence Programs’’ contenant les administrations de doses et les interventions cliniques,
- ‘’Medication Management Programs’’ avec les HMR, RMMR et MedsCheck,
- ‘’Rural Support Programs’’,
- ‘’Aboriginal & Torres strait islander specific programs’’ correspondant à des mesures incitatives en faveur des études pharmaceutiques notamment pour une fraction de la population indigène australienne. Ceci dans le but de répondre d’une meilleure manière aux besoins de ces populations,
- ‘’Pharmacy Trial Program’’ équivaut à une enveloppe budgétaire totale de 1,2 milliards de dollars sur 5 ans afin de mener des expérimentations visant à améliorer l’offre de soins pour les patients. Ces dernières sont menées par la ‘’Pharmacy Guild of Australia’’. Ceci afin de permettre aux pharmaciens de pouvoir délivrer une plus grande diversité de programme en faveur de la prise en charge primaire,
- ‘’Ehealth Programs’’ visant à développer les outils électroniques dans la communication entre professionnels de santé mais aussi en faisant directement passer l’ordonnance du médecin au pharmacien pour un traitement plus rapide et plus efficient pour le patient.

Nous nous intéresserons préférentiellement aux HMR, MedsCheck et RMMR. Nous traiterons également des ‘’Clinical Interventions’’ de manière succincte.

Il est à noter que ces services ne peuvent être dispensés qu'à des patients possédant une carte ''Medicare''. Équivalente de notre carte vitale. Contrairement à d'autres pays anglo-saxons, l'ensemble de la population australienne a droit à cette carte et leur permet d'avoir accès à un certain nombre de services de manière gratuite ou moins chère. Pour couvrir les dépenses annexes, chaque personne peut choisir de prendre une assurance de santé privée (correspondant à une mutuelle).

Concernant les services que nous étudierons, nous pouvons les résumer comme ci-dessous :

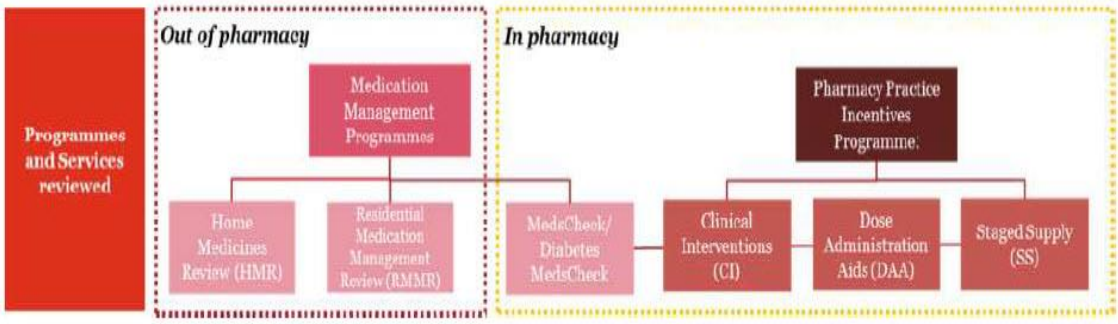

Figure 2 : Répartition des services pharmaceutiques en Australie [7]

L'objectif de ces services est d'être proactif sur les risques médicamenteux des patients afin de les minimiser.

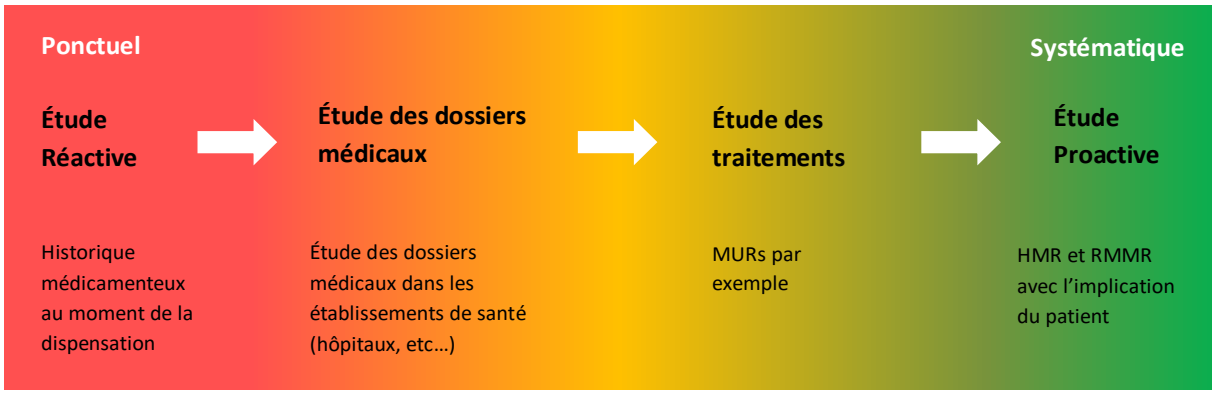

Figure 3 : Evolution de la prévention des risques médicamenteux en fonction des moyens mis en place

B.Mise en place pratique

Nous allons, dans cette partie, exposer les différences de mise en place qui existent entre les 3 principaux types d'entretiens pharmaceutiques. C'est-à-dire les ''MedsCheck'', les ''Home Medicine Review'' et les ''Residential Medication Management Review''. En premier lieu, nous allons traiter des ''MedsCheck'', qui sont différents des autres entretiens dans le sens où ce service n'est pas une observation clinique. C'est-à-dire qu'il se concentre uniquement sur l'éducation du patient afin que ce dernier puisse prendre correctement son traitement.

Il existe 2 types de MedsCheck pouvant être dispensés par un pharmacien australien :

- MedsCheck ciblant les patients avec 5 médicaments ou plus et ayant subi un évènement médicamenteux indésirable pouvant altérer l'observance au traitement.
- Diabetes MedsCheck se concentrant sur les diabétiques de type 2 étant nouvellement diagnostiqués ou bien n'étant pas équilibrés et qui n'ont pas le temps d'assister à d'autres programmes d'éducation *(Voir annexe 2)*

Afin de pouvoir dispenser ce service, le pharmacien n'a pas besoin de recevoir de formation particulière. Il lui suffit d'être enregistré auprès du gouvernement et de remplir un formulaire demandant son adhésion au programme (le ''Medication Management Review Programs Service Provider Application''). Cependant, il est nécessaire que la pharmacie possède une zone de consultation pour pouvoir recevoir et éduquer les patients de manière satisfaisante et confidentielle. Par ailleurs, l'accord du médecin généraliste n'est pas nécessaire pour que le malade puisse bénéficier de ce service.

Lorsque le pharmacien détecte un risque de baisse d'observance ou bien est sollicité par un patient, un rendez-vous peut être pris. Il est demandé au bénéficiaire de préparer une liste complète de ses traitements et d'apporter tout dispositif de surveillance (tensiomètre, surveillance glycémique…).

Durant l'entretien le pharmacien vérifie la liste des traitements en possession du patient. Par ailleurs, il est dans une optique d'éducation du patient vis-à-vis de ses pathologies et donc des médicaments améliorant son état. Ceci en étant à l'écoute de ce-dernier concernant ses possibles préoccupations. L'officinal doit discuter avec le patient de ses inquiétudes et croyances à propos de ses traitements, vérifier l'observance, fournir des informations écrites, et essayer de résoudre tous problèmes médicamenteux.

Il est important de noter que le MedsCheck est limité par les informations disponibles au moment de la consultation.

A la fin de l'entretien, le patient se voit donner une copie du rapport résumant la liste médicamenteuse ainsi que le plan d'action qui sera mis en place.

Suite à ce travail, l'officinal peut proposer un service plus poussé pour améliorer sa prise en charge.

Figure 4 : Les MedsCheck comme point d'entrée des autres services pharmaceutiques [8]

Cependant, seulement 2% des patients reçoivent une combinaison des différents services disponibles. En général, ce sont des associations MedsCheck – HMR ou bien HMR – RMMR[7].

A noter que le pharmacien doit enregistrer tous problèmes médicamenteux avec comme référence un système de classification tel que le D.O.C.U.M.E.N.T.

Par ailleurs, si un DRP (Drug Related Problem) est détecté lors de ces MedsCheck, l'officinal ne peut pas réclamer cette détection comme une ''Clinical Intervention''. En effet, cela entraînerait un paiement double pour un seul problème résolu.

Le patient ne débourse pas d'argent et le professionnel de santé fait une demande de remboursement au ''Medicare'' en accord avec le CPA en vigueur. Ces paiements peuvent se résumer de la manière suivante,

Paiement (par patient)	Description
64.70$	MedsCheck initial
97.05$	Diabetes MedsCheck initial
31.90$	Rassemblement des données avant l'entretien d'un MedsCheck
31.90$	Rassemblement des données après l'entretien avant un Diabetes MedsCheck

Tableau 2 : Montant des honoraires en fonction des services [9]

Enfin, toute documentation en rapport avec ce service doit être gardée 7 ans.

En second lieu, nous allons parler des HMR et des RMMR. Il existe quelques différences entre les 2 services :

- Le HMR a pour but d'améliorer la qualité d'utilisation des médicaments et de diminuer les problèmes médicamenteux. Ce service se déroule au domicile du patient après sollicitation par le médecin généraliste. Ce bilan se fait tous les 24 mois avec de possibles renouvellements durant cette période si le médecin en fait la demande.
- Le RMMR a également pour but d'améliorer la qualité d'utilisation des médicaments et de diminuer les problèmes médicamenteux. Par contre, ce service n'est rendu qu'aux patients âgés vivant en maison de retraite. Le pharmacien doit assister le médecin dans l'identification et la résolution des problèmes médicamenteux. Ce service se fait tous les 24 mois avec de possibles renouvellements durant cette période si le médecin en fait la demande.

En simplifiant la chose, nous pouvons dire que les MedsCheck servent à aider les patients pour des traitements basiques alors que les HMR et RMMR s'adressent plutôt à des patients avec des traitements complexes. Par ailleurs, les intervenants jugent que les MedsCheck ont un gros potentiel de détection concernant les besoins des patients[7].

Contrairement aux MedsCheck, les MMR (Medication Management Review) nécessite une accréditation par des organismes de formations (l'AACP par exemple). Cette dernière permet aux pharmaciens de réclamer le paiement pour ces services.

Cette formation se déroule en 2 étapes distinctes[10] :

- 1ère étape dite préparatoire, sous la forme d'un stage via internet sur des sites agréés par l'AACP (PSA, Australian College of Pharmacy par exemple). Celui-ci s'organise autour de modules. Ces-derniers sont une combinaison de diaporamas PowerPoint commentés et d'étude de cas.
- Une fois ce prérequis rempli, l'officinal peut passer à la seconde étape de l'accréditation. En premier lieu, un module de ''communication'' a pour objectifs de sensibiliser le pharmacien à la communication vis-à-vis du patient et de son médecin généraliste mais aussi de souligner le fait que ce service est centré sur le patient. Puis un second module a lieu. Celui-ci regroupe une série de 40 questions évaluant les connaissances du pharmacien dans le domaine gériatrique, interactions médicamenteuses, etc… Ensuite, l'officinal aura 4 études de cas (2 HMR et 2 RMMR). Elles ont pour objectifs d'évaluer la compétence du stagiaire à délivrer un avis de qualité (détection d'interactions, améliorations de prise en charge…).

Une fois ces deux stages réussis, le pharmacien est accrédité par l'organisme de formation pour délivrer les services de RMMR et de HMR. Le paiement de d'accréditation annuelle doit être renouvelé tous les ans. Par contre, le contrôle des connaissances ne s'effectue que tous les 3 ans et nécessite de répondre à une série de questions afin de s'assurer du maintien des connaissances de la part du pharmacien.

A noter que c'est l'officinal qui se finance sa formation. Cette dernière se répartit de la manière suivante :

- 805.50$ une fois la première étape effectuée pour pouvoir accéder à la deuxième,
- 792.45$ de frais d'accréditation une fois la formation menée à son terme.

L'accréditation annuelle se monte à 618.15$[10]. Le paiement de ces services peut se résumer ainsi,

Type de service	Paiement
RMMR	109.56$ pour chaque patient ayant reçu ce service.
HMR	216.66$ par bilan effectué Existence d'une prime de 125$ pour les pharmacies rurales pour pallier aux déplacements

Tableau 3 : Montant de l'honoraire en fonction du type de service[11][12]

C.Résultats

Durant le 5th CPA, 890 058 patients avaient reçus un des services ci-dessus. Mais ils existent une disparité de population touchée :

- 306 713 ont eu accès aux ''MedsCheck services''. L'âge médian des patients en bénéficiant était de 64 ans,
- 278 835 ont eu accès au ''HMR services''. L'âge médian des patients en bénéficiant était de 75 ans,
- 304 510 ont eu accès au ''RMMR services''. L'âge médian des patients en bénéficiant était de 86 ans.

En moyenne, cela fait par pharmacie[7],

- 24 MedsCheck (dont 13% étaient des Diabetes MedsCheck),
- 16 HMR avec 16 016 médecins généralistes ayant référé des patients pour ce service,
- 131 RMMR avec 33 527 médecins ayant référé leurs patients.

Si nous devions extrapoler avec les paiements fournis dans le cadre du 5th CPA, chaque pharmacie gagnerait en moyenne 21 000 $ pour ces services.

Le pharmacien est un professionnel tout à fait légitime pour dispenser ces entretiens aux yeux des patients. Nous pouvons par exemple voir l'importance du pharmacien comme sources d'informations pour les patients. Pour 35% des personnes interrogées, le pharmacien est une source d'informations qu'ils vont consulter de manière fréquentes. Résultats sensiblement

identiques pour les médecins généralistes (40%) et sensiblement supérieurs aux spécialistes (25%) et aux infirmières (3%)[19].

Par ailleur, les intervenants de ces services sont globalement satisfaits du bénéfice apporté aux patients.

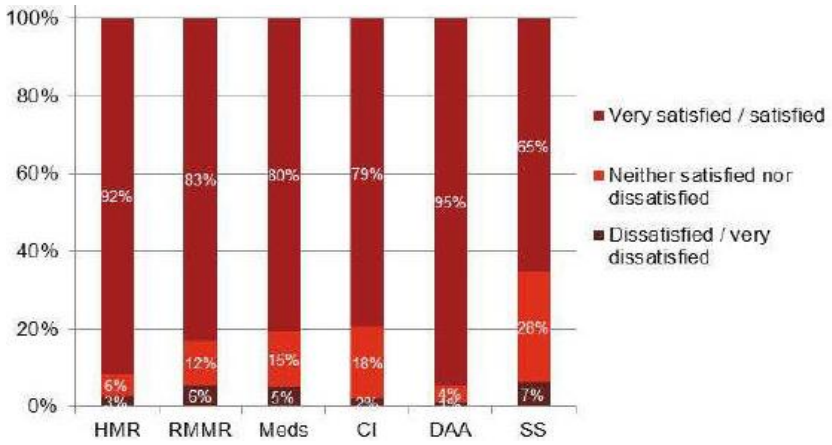

Figure 5 : Satisfaction des professionnels de santé, impliqués dans ces services, par rapport au bénéfice que reçoit le patient[7]

Cependant, il faut souligner que malgré des résultats économiques mitigés, que nous développerons succinctement ci-dessous, ces services servent à améliorer la qualité de vie des patients et à favoriser la communication entre professionnels de santé. Par exemple, après ce genre de service, nous pouvons voir que les discussions en découlant se font de manières assez fréquentes.

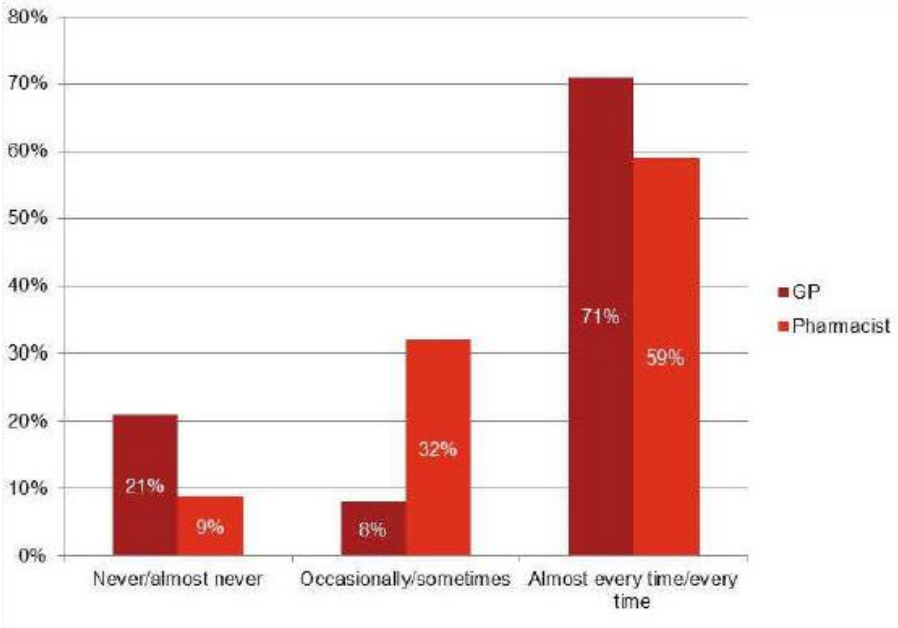

Figure 6 : Fréquence de communication entre médecin et pharmacien après un entretien pharmaceutique[7]

De plus, les intervenants de ces missions sont satisfaits de leur implication. Mais nous voyons qu'il existe une marge de progression importante puisque les professionnels semblent vouloir s'investir de manière plus importante.

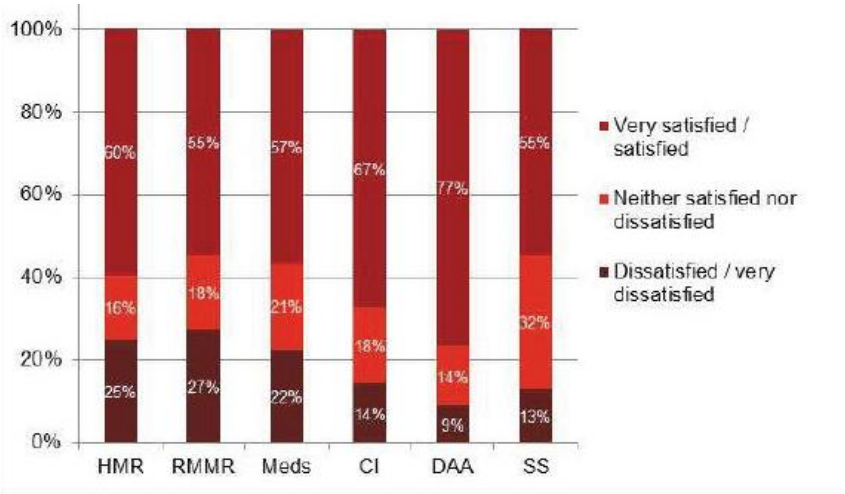

Figure 7 : Satisfaction des professionnels de santé, impliqués dans ces services, par rapport à leur implication dans ces entretiens[7]

Nous allons analyser quelques résultats obtenus pour chacun de ces services.

En premier lieu, nous parlerons des MedsCheck puis du HMR et du RMMR pour finir.

Concernant les MedsCheck, nous pouvons dire qu'ils servent de HMR plus accessibles pour les patients et moins difficiles à mettre en place par les pharmaciens. Ils doivent permettre aux patients de comprendre leur traitement médicamenteux, d'en avoir un bon usage et d'identifier leurs problèmes d'observance.

Les raisons qui incitent le professionnel à initier un MedsCheck sont principalement[7] :

- la possibilité de répondre de manière immédiate aux besoins du patient (82%),
- le malade a besoin d'être renseigné sur son traitement (80%),
- la personne a besoin d'une intervention moins poussée qu'un HMR par exemple (67%).

Avant d'avoir pu bénéficier de ce service, approximativement 40% des patients affirment avoir des difficultés à se rappeler comment prendre leur traitement[13].

Characteristic	Number of patients	Proportion of patients with the characteristic recorded (N=844)
Chronic condition	833	99%
Having difficulty remembering when to take their medicines or confused about the medicines they take	326	39%
Complex medicine regimen	659	78%
Asked for a MedsCheck or enquired about managing their medicines	476	56%
Taking a 'high risk' medicine (e.g. warfarin, amiodarone, tramadol, digoxin, lithium, etc.)	267	32%
Pharmacy has access to past three months of dispensing history	722	86%

Tableau 4 : Caractéristiques des patients recevant un MedsCheck[13]

Par ailleurs, 25% des patients interrogés prennent au moins un de leurs médicaments de manière incorrecte. Au niveau national australien, il est estimé qu'une personne sur deux n'est pas adhérente à son traitement. Une fois ces entretiens effectués, 90% des patients ont jugé que les informations fournies par le pharmacien leur sont utiles. Par ailleurs, 97% des personnes ont été satisfaites du service offert et 96% le recommanderaient à un proche[13].

Concernant les traitements, les malades affirment avoir bénéficié de ce service dans différents domaines[13] :

- ils ont gagné en confiance sur la gestion de leurs médicaments (94%),
- ils comprennent mieux le mécanisme d'action de leurs médicaments (95%),
- ils connaissent mieux les possibles interactions avec leur traitement (87%),
- ils comprennent mieux les effets indésirables possibles (93%).

Dans l'ensemble, 95% des patients affirment que le service leur a été bénéfique.

Malgré ces résultats encourageants, seul 26% des personnes interrogés ont indiqué avoir modifié la manière de prendre leurs médicaments. De plus, 69% d'entre eux affirment que le pharmacien était satisfait de leur gestion et prise de traitement[13].

Le problème de ce service provient des critères d'éligibilité qui ne prennent pas en compte les populations qui en aurait eu le plus besoin (SDF, patients sortant de l'hôpital, patients vivants dans des zones reculées). Par ailleurs, la barrière principale pour les pharmaciens provient du temps alloué à ce bilan. En moyenne, 72 minutes sont nécessaires pour faire cet entretien[13].

Reason	Number of responses
The pharmacy was too busy/the program takes too long to set up/implement	30
Not enough staff/staff turnover too high	20
No computer/consultation area available	7
Didn't receive enough/clear information about the program in general	6
Other	4
Difficult to recruit patients	4
Already providing several HMRs which would preclude several customers from MedsCheck services	2
Moving stores/selling stores	2
Too much paperwork	2
Had trouble filling out forms	1
Confusing/incorrect information provided	1
Didn't receive CD	1

Tableau 5 : Les raisons fournies par les pharmaciens, durant l'expérimentation des MedsCheck, pour ne pas fournir ce service aux patients[13]

A noter que dans la législation australienne, un pharmacien délivrant ce service ne peut être également responsable de la délivrance des médicaments. Cela implique, pour la pharmacie offrant cette mission, d'avoir continuellement 2 professionnels sur place ce qui entraîne un coût important à assumer.

Cependant, nous pouvons voir ci-dessous que les officinaux trouvent des raisons de continuer à offrir ce service.

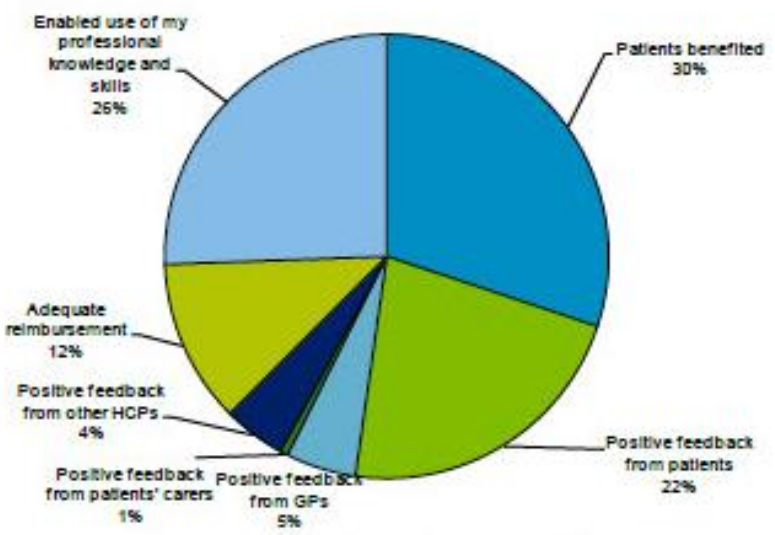

Figure 8 : Les raisons pour lesquelles les pharmaciens désirent poursuivre les MedsCheck[13]

Il était estimé en 2015 que 638 000 patients étaient éligibles au Diabetes MedsCheck et 1.4 millions au MedsCheck. A noter que parmi les patients inclus dans l'évaluation du pilote des MedsCheck en 2012, 20% d'entre eux se sont vu offrir la possibilité de suivre un HMR. Ceci témoignant d'un besoin plus approfondi d'éducation pour ces patients[13].

Nous pouvons donc affirmer que les MedsCheck permettent de renforcer la communication entre professionnels de santé, de répondre aux différents besoins des patients concernant leurs traitements et d'améliorer leurs connaissances et gestion de leur traitement. Cependant, nous ne pouvons pas affirmer que cela se traduise par une baisse du nombre d'hospitalisations et donc une diminution des coûts de santé.

Vers la fin du 6ème CPA actuellement en cours, il y a un ''Pain MedsCheck'' qui sera mis en place pour pouvoir aider les patients souffrant de douleurs chroniques depuis plus de 3 mois et présentant des problèmes d'observance à leur traitement.

Nous allons maintenant nous intéresser au HMR.

Les objectifs de ce service étant de détecter les possibles erreurs médicamenteuses, en informer le médecin et pouvoir former les patients à leurs traitements, il faut mettre ces derniers dans les meilleures conditions d'apprentissage. Contrairement aux MedsCheck vu ci-dessus, l'HMR vise des patients plus dépendants de soins :

- patients sortant de l'hôpital,
- patients en soin palliatif à domicile,
- patients non observants à leurs traitements.

En regardant dans la littérature, nous pouvons nous apercevoir que ce type de service obtient des résultats variables.

Dans la plupart des études, les entretiens entraînent une diminution du nombre de médicaments, une diminution des hospitalisations de 45 à 79% et une augmentation de l'observance[14].

Dans une étude évaluant les durées entre hospitalisations de patients cardiaques, il a été démontré que ces services permettaient de diminuer les ré hospitalisations de ces personnes. En effet, en comparant deux groupes de patients (l'un bénéficiant de HMR et l'autre non), il a été prouvé que les malades ayant reçu ce service voyaient leur taux de réadmissions hospitalières diminuer de 45%. En sachant que le coût estimé pour le système de santé Australien est de 140 millions de dollars pour les infarctus, les économies réalisées pourraient être importantes[15].

Par ailleurs, plusieurs études ont montré que ces services étaient ''coût-efficients'' mais avec un faible gain économique :

- dans l'étude Valmer, le gain économique basé sur les probables bénéfices cliniques par patient représente 128 dollars australiens sur un an et par patient. Par ailleurs, aucune classe médicamenteuse ne permet de faire plus d'économies que les autres. A noter que les plus importantes économies sont faîtes sur les patients les plus à risques et les plus polymédiqués[16],
- pour Bennett et al, ce service résulterait en une économie de 9.1% sur l'ensemble du coût des traitements médicamenteux pour le gouvernement australien. Soit un gain de 13 020 dollars par an pour les patients inclus dans cette étude[17],
- pour Bonner et al, si un pharmacien clinicien était intégré dans la pratique médicale alors cela pourrait déboucher sur une économie médicamenteuse d'approximativement 4471 dollars chaque année par patient[18].

Au contraire, d'autres recherches n'ont pas démontré de réduction significative des coûts médicaux pour les patients ayant reçus ce service[14].

Nous pouvons voir également que les pharmaciens pensent pouvoir améliorer la prise en charge de leurs patients grâce au HMR.

	Factors	%
1	I can see/better assess the medicines that the consumer is taking	87%
2	It enables me to have a more in-depth discussion with the consumer	86%
3	I get to see/better understand other factors that may impact on the consumers health	85%
4	Family members and/or carers can be involved	80%
5	I can spend a longer period of time with the consumer	78%
6	There is more privacy/ the consumer is more comfortable than in the pharmacy	76%
7	I feel the consumer will get a greater benefit/outcome than in the pharmacy	68%
8	Other reason not mentioned above	19%
9	I get better remunerated by going to a consumers home	18%

Tableau 6 : Les facteurs influençant la décision du pharmacien de conduire un HMR[7]

En effet, nous voyons avec le tableau ci-dessus que près de 3 officinaux sur 4 estiment qu'aller au domicile de la personne pourraient leur permettre d'apporter une meilleure plus-value à leurs patients que dans les locaux de l'officine. Par ailleurs, le fait d'aller au domicile du patient leur permettrait d'avoir une analyse plus fine de ce que prend le malade et donc de répondre de manière plus efficace à ses besoins.

Dans le tableau suivant nous voyons les bénéfices attendus par des malades n'ayant pas reçu de HMR et les bénéfices ressentis par les patients suivant ce service. Par ailleurs, les aidants (*carers* en anglais) ont eux aussi été interrogés.

	Mean* Outcome Benefits		Mean* Benefit Expectations	
Variable	Recipient patients (n=554)**	Recipient carers (n=54)**	Eligible non-recipient patients (n=741)**	Eligible non-recipient carers (n=465)**
Ease with managing medicines.	3.86	4.00	2.62#	2.97#
Fewer concerns about the long term effects of the medicines.	3.78	3.98	2.81#	3.18#
Less concern about the effects of combining different medicines.	3.79#	4.06#	2.94#	3.28#
More confident that the medicines are helping.	3.96#	4.27#	2.87#	3.26#
Understand more about the medicines.	4.01#	4.31#	3.08#	3.36#
Take fewer medicines.	2.53#	3.02#	2.41#	2.58#
Save money on the medicines.	2.83#	3.40#	2.55#	2.71#
Assist the patient to live independently at home for longer.	3.51#	3.83#	2.68	2.73
Working the times that I give medicines into daily routine, easier.		3.98		2.81
Reduced burden of managing medicines.		3.74		2.79
Reduced stress managing medicines.		4.02		2.84

* Mean was calculated by assuming equal weight to each response. 1=Strongly disagree to 5 =Strongly agree.

** The number of valid responses varied slightly for each variable within the table, n is the maximum number of responses for any variable within each group.

Significant difference in mean response to variable between carers and patients ($p<0.05$).
For every variable, outcome benefits in HMR recipient patients and carers were significantly higher ($p<0.05$) than benefit expectations in eligible non-recipient patients and carers.

Tableau 7 : Bénéfices et bénéfices attendus respectivement chez des patients ayant eu un HMR et chez des patients éligibles mais n'en ayant pas eu[19]

Les bénéfices les plus ressentis par les patients après avoir suivi un HMR sont de ''mieux comprendre mes traitements'', ''se sentir plus confiant pour la gestion des médicaments'' et ''permet de pouvoir vivre de manière indépendante plus longtemps au domicile''. A noter que ce sont principalement les médecins qui ont proposé ce service à leurs patients et non le pharmacien. Ceci pourrait montrer des difficultés de mise en place dans l'officine. *(Voir Annexe 2)*

Cependant, 3 patients sur 4 n'ayant pas bénéficié de ce type de service se montrent intéressés et affirment vouloir en parler avec leur médecin. Cela démontre l'importance que le HMR revêt pour ces personnes. *(Voir Annexe 3)*

Concernant les patients ayant suivi le HMR, nous pouvons voir que ces derniers sont globalement satisfaits des résultats obtenus (96% d'entre eux). Par ailleurs, 95% de ceux-ci sont d'accord pour en suivre un nouveau si leur médecin le recommande et 97% de ces malades affirment qu'ils le conseilleront à un de leurs proches[19].

En observant le nombre de patients pouvant suivre un HMR et ceux qui l'ont déjà eu, nous observons qu'il existe une marge de progression très importante.

	Number of HMR services*	Total number of people taking prescription medicines#	Percentage of people taking medicines who received a HMR
2007-2008	15,436	4,903,075	0.31%
2008-2009	48,344	5,043,498	0.96%
2009-2010	60,577	5,234,005	1.16%
2010-2011	63,088	5,407,800##	1.17%

*Source: special data request from the Department of Health and Ageing, received 16 February 2012.

Tableau 8 : Nombre de HMR conduits en Australie[13]

Le tableau ci-dessus montre que ce service est en augmentation croissante mais conserve un potentiel de développement assez important en misant sur une meilleure communication auprès du public et des professionnels de santé mais aussi en facilitant l'accès au patient et en référant systématiquement les malades dits ''fragiles'' (sorties d'hospitalisation, non-adhérents, etc…)

En dernier lieu, nous allons parler des RMMR.

Au niveau national, ils ont été implantés en 1997 lors du 2nd CPA. Sur 100 patients 79 RMMR ont été effectués en moyenne[20]. Il est à noter que ces dernières peuvent se faire de deux manières distinctes :

- soit par un pharmacien accrédité,
- soit par collaboration entre un pharmacien et un médecin.

Même si les RMMR collaboratifs sont à privilégier, seulement 38% du total de RMMR l'ont été.

State	Collaborative Reviews	% of all RMMRs as Collaborative	GPs participating in Collaborative Reviews[7]	
	n	%	n	%
Tasmania	2,727	73%	364	67%
Northern Territory	175	60%	33	13%
Victoria	14,418	43%	2,087	35%
New South Wales	15,951	40%	2,655	36%
Queensland	9,508	40%	1,227	29%
Western Australia	2,212	23%	246	11%
Australian Capital Territory	215	20%	72	21%
South Australia	2,201	19%	337	17%
Australia	**47,407**	**38%**	**7,021**	**31%**

Tableau 9 : Proportion de RMMR collaboratif[20]

En 2008, chaque intervenant a effectué en moyenne 237 RMMR. Concernant les pharmaciens accrédités, il est important de noter que près de 40% d'entre eux n'ont conduits aucun RMMR durant l'année 2009[20]. Par ailleurs, nous pouvons voir que ces professionnels agissent en général a posteriori ce qui augmente les risques liés aux médicaments.

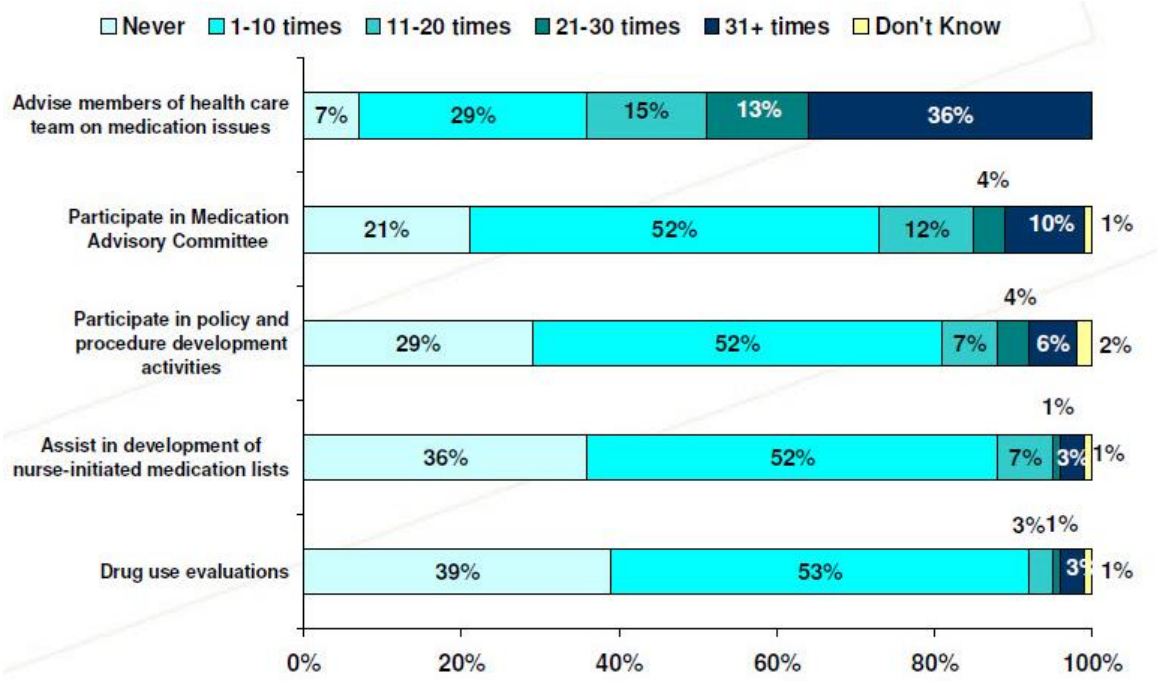

Figure 9 : Nombre de conseils médicamenteux apportés par les pharmaciens en fonction des activités effectuées[20]

Au vu du tableau ci-dessus, nous pouvons dire que la majorité des pharmaciens accrédités ont participé à l'élaboration des traitements médicamenteux. Cependant, si nous regardons cette figure de plus près, nous observons que le nombre de participations reste faible au regard de la durée (12 mois).

Lorsque les médecins sont sollicités afin de pouvoir donner leur avis concernant ce service[20],

- 84% des médecins interrogés estiment que les RMMR apportent une plus-value à leurs patients,
- 76% affirment que le pharmacien a détecté des effets indésirables chez leurs malades dans les 12 mois précédents,
- 60% d'entre eux voudraient que la totalité des RMMR soient fait de manière collaborative.

Du côté des pharmaciens accrédités[20],

- 52% considèrent que le médecin a agi quelques fois en suivant ses recommandations,
- 37% estiment qu'il a agi la plupart du temps en suivant ses recommandations,
- 70% des professionnels interrogés voudraient faire plus de RMMR collaboratifs.

Par ailleurs, 90% des pharmaciens pensent que ces changements médicamenteux ont débouché sur une amélioration de la qualité de vie des patients.

Concernant les événements médicamenteux indésirables[20],

- 24% des professionnels de santé en ont rapporté plus de 30 dans les 12 derniers mois,
- 24% de 11 à 30,
- 45% de 1 à 10,
- 7% aucun.

Une étude parue en 2004, a montré que les recommandations faites par le pharmacien dans le cadre de ces services débouchaient sur près de 71% de résultats positifs[21].

Outcome of action	Frequency	Percent
Positive	**212**	**70.9**
Action taken leading to improvement in symptoms, function or disease	66	22.1
Action taken on drug use with no recorded negative or positive clinical outcomes	51	17.1
Action taken but reports of no change in symptoms, function, disease or drug use	2	0.7
Information provided to the patient to prevent possible dangers	93	31.1
Neutral	**47**	**15.7**
Outcome not mentioned	4	1.3
Action unclear	5	1.7
Monitoring – initiated – no results/effects reported or specified	25	8.4
Monitoring – results show normal or within therapeutic range	13	4.3
Negative	**11**	**3.7**
Development of side-effects/worsening in symptoms, function or disease; previous treatment re-started	8	2.7
Drug change trialled but re-started without an explanation	3	1.0
Actions planned but outcome unknown	**29**	**9.7**
Total	**299**	**100.0**

Tableau 10 : Résultats obtenus suite aux recommandations faites par les pharmaciens et suivi par le médecin[21]

En 2004, le paiement du médecin participant à ce service, à hauteur de 96 dollars, a encouragé ces derniers à participer aux RMMR.

En conclusion nous pouvons dire que ces entretiens assez variés en Australie ont permis d'élargir les missions du pharmacien et de permettre une plus grande communication entre professionnels de santé. Par ailleurs, les patients sont en général satisfaits de ce type de service et voient en eux une chance comme en témoigne la prise de position des associations de patients[22].

Malgré cela, nous avons vu que les preuves attestant de la faisabilité en terme de coûts et d'économies ne font pas l'unanimité. A l'heure actuelle, aucune étude n'a été conduite sur les bénéfices qu'apportent ces entretiens à long terme.

III.Royaume-Uni

A.Contexte

L'actuel système de santé anglais (le ''National Health Service'') a été créé en 1948 à la suite d'un rapport de Lord William Beveridge. Ce dernier préconisait de fournir une couverture sociale et médicale à l'ensemble des citoyens, entièrement financée par l'état.

Or, après seulement 3 années de mise en place, le gouvernement britannique s'est heurté à une charge financière trop importante. A cause de cela, les politiques de l'époque se sont tournés vers l'instauration d'une '*'prescription charge''* correspondant à un forfait que doit régler le patient pour la délivrance de médicaments.

Par ailleurs, les soins dentaires et ophtalmologiques sont partiellement payants.

Cependant, la consultation chez le médecin généraliste et le les séjours hospitaliers restent gratuits.

En 2010, une réforme a visé à abolir les autorités régionales et à transférer les ressources et responsabilités hospitalières aux médecins eux-mêmes dans le but de faire des économies sur le volet administratif. Une partie de la population s'est montrée en désaccord en affirmant que leur système de santé public se tournait vers une privatisation du secteur.

En ce qui concerne le patient, il doit obligatoirement déclarer un médecin traitant par lequel transite toute sa prise en charge. Autrement dit, le citoyen britannique ne peut pas aller voir un spécialiste sans avoir, au préalable, vu son médecin généraliste. Par ailleurs, les délais d'attente pour consulter un spécialiste sont en moyenne de 6 mois.

A noter que le malade est dans l'obligation de consulter le médecin traitant qu'il a déclaré.

Devant la saturation du système de santé anglais, des délais d'attente très long et du reste à charge qui tend à augmenter, les assurances de santé privées ont pris un certain nombre de mesures pour leur développement. Par exemple, elles offrent la possibilité à leurs adhérents d'aller consulter un spécialiste plus rapidement grâce à des accords entre les professionnels de santé et ces assurances.

Dans le système de santé anglais, les médicaments sont peu remboursés, voire pas du tout, et les assurances privées les remboursent rarement. Ceci peut expliquer que les officines britanniques ont diversifié leur offre d'achat (médicaments principalement mais aussi produits de première consommation).

Afin de réussir à diminuer les coûts du NHS, le gouvernement a instauré plusieurs réformes, et accords avec les différents professionnels de santé, dont les pharmaciens. Pour ces-derniers,

cela se traduit par la mise en place, depuis 2005, du ‘’*Community Pharmacy Contractual Framework*’’ (CPCF). Cet accord consiste à fixer les axes de développement des pharmacies mais aussi les montants d’investissements, de remboursements, etc… qui est réévalué et renégocié tous les ans.

Actuellement, le gouvernement anglais a décidé de diminuer les montants alloués. Le 20 Octobre 2016, les politiques ont décidé d’imposer une baisse de 113 millions de livres soit 4% du montant de l’année précédente donnant un accord total fixé à 2.687 millions de livres. Il a été suivi en 2017/2018 par une baisse de 95 millions donnant un montant total de 2.592 millions de livres[23].

Dans cet accord, nous retrouvons 3 grands volets :

- les ‘’Essential services and clinical governance’’ regroupant ce qui est en rapport avec les activités de base du pharmacien ; c’est-à-dire, la dispensation de médicament, et les politiques de santé publique par exemple,
- les ‘’Advances services’’ qui nous intéresse avec notamment les Medicines Use Reviews, le New Medicine Service et la vaccination contre la grippe,
- les ‘’Locally commissioned services’’ pouvant varier en fonction des zones d’exercice comprenant les Stop smoking services, les sexual health services, etc…

Dans le but de diminuer les coûts, ces services ont pour objectifs d’utiliser de manière plus efficace les médicaments, de limiter les gaspillages, d’encourager le patient à être proactif dans sa prise en charge.

En effet, il est estimé que 25% des traitements à long terme ne sont pas pris correctement et que 15% des patients recevant un nouveau traitement ne prennent que peu voire pas du tout le médicament. Par ailleurs, les difficultés d’adhésion des malades augmenteraient le nombre d’hospitalisations et de décès prématurés[24].

Le coût estimé de ces difficultés d’observance entraînerait un total de 930 millions de livres de dépenses supplémentaires, au Royaume-Uni, dans seulement 5 pathologies[24] :

- asthme pour 130 millions,
- diabètes de type 2 pour 100 millions,
- maladie coronarienne liée à une hypercholestérolémie pour 120 millions,
- hypertension pour 390 millions,
- schizophrénie pour 190 millions.

D’après une étude économique parue en 2016, les NMS à eux seuls, permettrait au NHS d’économiser 75.4 millions de livres à court terme (10 semaines) et 517.6 millions à long terme (plusieurs années)[25].

Le ‘’New Medicine Service’’ consiste à éduquer un patient chronique recevant un nouveau médicament.

A l’inverse, les ‘’Medicine Use Reviews’’ consistent à revoir l’ensemble du traitement chronique avec le malade pour détecter toutes difficultés d’observance, de prise, de croyances sur ses médicaments et d’informer les patients pour que ceux-ci deviennent acteurs de leur prise en charge.

Il est important de souligner qu’au Royaume-Uni, 28% des médicaments sont pris par 7% de la population britannique âgés de plus de 75 ans. Par ailleurs, 6.5% de l’ensemble des hospitalisations sont dues à des effets secondaires médicamenteux. Enfin, il est estimé que 50% des médicaments prescrits ne sont pas pris correctement par les personnes âgées[26].

Nous allons voir la mise en place pratique en Angleterre de ces services.

B.Mise en place pratique

Afin de pouvoir dispenser les MURs dans l’officine, le pharmacien doit posséder, au contraire des NMS, une accréditation. Cette dernière peut soit s’effectuer durant le cursus des étudiants ou bien après, dans des universités.

Dans ce cas précis, cela s’adresse à des pharmaciens déjà diplômés ne disposant pas des compétences requises.

En général, cette accréditation se fait par Internet. Mais les établissements dispensant ces cours doivent répondre à un référentiel mise en place par le NHS. Celui-ci s’articule autour de 3 grands axes :

- connaissance clinique et pharmacologique,
- exploitation de sources et accord avec le patient,
- documentation du service dispensé.

Il est possible de s’entraîner avant de passer l’accréditation. Pour ce faire, certains établissements incorporent des cours à leur module. Le coût de ces accréditations peut varier mais se situe entre 60 et 80 £ en fonction des établissements choisis.

Une fois ce module effectué, le pharmacien doit obligatoirement renvoyer une copie de l’attestation à l’équipe locale du NHS dont il dépend. Ceci dans l’optique de se faire rembourser les prestations effectuées.

Afin de pouvoir conduire des MURs, l’officine doit posséder une zone confidentielle de consultation. Il est important de noter que ce type de service peut également se faire dans un autre endroit que l’officine. Par exemple :

- une pièce spécifique dans le cabinet du médecin,
- dans les maisons de retraite pour les personnes âgées,
- au domicile du patient dans certains cas.

Pour ce faire, le pharmacien doit d'abord demander une dérogation au service de la NHS dont il dépend.

Tous les patients peuvent recevoir ce service. Cependant, depuis le 1er Avril 2015, les pharmaciens doivent effectuer un minimum de 70% de leurs MURs dans des populations ciblées par le gouvernement. Il en existe 4 différentes,

<table>
<tr><th>Cibles fixées</th><th>Date d'introduction</th><th>Pourcentage à effectuer</th></tr>
<tr><td>Patients prenant au moins 1 médicament à haut risque :
- Diurétiques
- Anticoagulants
- Antiplaquettaire
- AINS</td><td>Octobre 2011</td><td rowspan="4">70% de l'ensemble des MURs dispensés par l'officine doivent concerner ces 4 groupes de patients (depuis le 1er avril 2015)</td></tr>
<tr><td>Patients prenant au moins 2 des médicaments suivants :
- Corticostéroides
- Agonistes adrénergiques
- Antimuscariniques
- Théophylline
- Préparations bronchodilatatrices
- Cromoglicate et traitements similaires</td><td>Octobre 2011</td></tr>
<tr><td>Patients sortant de l'hôpital durant les 8 dernières semaines et ayant subi un ou des changements médicamenteux</td><td>Octobre 2011</td></tr>
<tr><td>Le patient prend au minimum 4 médicaments appartenant aux classes suivantes :
- Système cardiovasculaire
- Anti diabétique
- Ciblant la thyroïde</td><td>Septembre 2014</td></tr>
</table>

Tableau 11 : Récapitulatif des MURs

Concernant le paiement de ce service, il est de 28£ (soit approximativement 31€) par MUR conduit dans la limite de 400 consultations par an[27]. Le total de ces paiements se fait mois par mois et sur simple déclaration du nombre de MUR effectués. Après le versement de l'argent, il est possible que le NHS conduise une évaluation pour détecter des fraudes.

Pour obtenir cet argent, la pharmacie doit remplir le ''FP34 Schedule of Payment'' qui est un document spécifique à chaque officine permettant de noter le nombre de prescriptions papiers et électroniques ainsi que le nombre de services fournis par mois pour obtenir le remboursement des frais engagés.

A noter qu'à compter de l'Automne 2017 pour les MUR et du début 2018 pour les NMS, le ''NHS Business Services Authority'' a initié un nouveau mode de vérification des paiements effectués aux officines. Ceci se traduit par échantillon de pharmacies prises aux hasards devant justifier le nombre de services déclarés grâce aux rapports effectués à la fin de chaque consultation[29].

En ce qui concerne les NMS, le pharmacien désirant fournir se service doit faire une déclaration à la NHS dont il dépend avant d'effectuer ces entretiens. Le cas échéant, il ne peut pas être payé.

Contrairement aux MURs, les NMS ne nécessitent aucune formation particulière ni accréditation. Seule la déclaration d'intention de fournir ce service aux patients, envoyée à la NHS, suffit.

Ils se déroulent en 3 étapes successives,

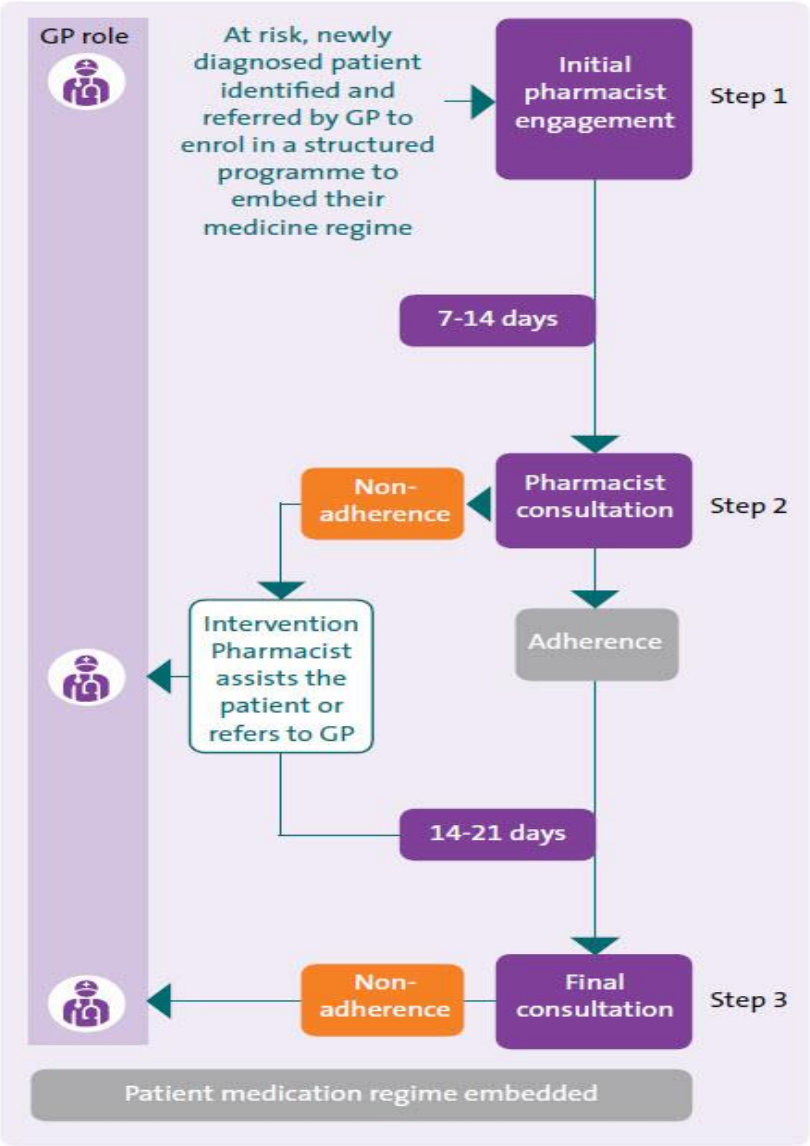

Figure 10 : Résumé du parcours patient durant un NMS[29]

Après la première délivrance, 2 semaines sont nécessaires avant de revoir le patient pour discuter de son traitement, évaluer son observance et essayer de trouver une solution à ses difficultés. Ensuite une autre consultation s'effectue 2 semaines après afin de juger de la bonne adhésion et utilisation du traitement par le patient. Dans les 2 cas, si des difficultés trop importantes subsistent, le pharmacien fait en sorte de réorienter le malade vers son médecin traitant.

Pour les paiements, cela dépend du nombre de services réalisés et du volume de prescriptions.

Pour comprendre cela, il faut savoir que pour être remboursé, le pharmacien doit faire une déclaration chaque mois (que nous avons vu au-dessus).

Dans le cas des prescriptions, le nombre de médicaments délivrés est coté en termes d'items. Cela symbolise le volume de médicaments que délivre l'officine et sert, par exemple, à fixer le montant maximum de remboursement de NMS (0.5% du volume total mensuel de prescriptions). L'officine peut conduire d'autres NMS si cette limite est dépassée mais ne sera pas payé.

Afin de recevoir l'argent pour ce service, le pharmacien ne se voit comptabiliser que les entretiens ayant été complétés. *(Voir Annexe 4)*

Par ailleurs, il existe 5 niveaux de paiements[27] :

- 20£ pour chaque service si l'objectif de 20% n'est pas atteint,
- 25£ pour chaque service dans le cas où l'objectif des 20% est atteint (y compris pour ceux en dessous de 20%),
- 26£ pour chaque service dans le cas où l'objectif des 40% est atteint (y compris pour ceux en dessous de 40%),
- 27£ pour chaque service dans le cas où l'objectif des 60% est atteint (y compris pour ceux en dessous de 60%),
- 28£ pour chaque service dans le cas où l'objectif des 80% est atteint (y compris pour ceux en dessous de 80%).

Cela motive le professionnel de santé à faire le plus de NMS possible durant le mois. Le tableau ci-dessous permet de déterminer le niveau de paiement en fonction du volume de prescription fourni :

Volume of prescription items per month	Number of completed NMS per month necessary to achieve each target				Maximum number of completed NMS per month for which payment will be received
	20 per cent target	40 per cent target	60 per cent target	80 per cent target	
0-1500	1	2	3	4	5
1501-2500	2	4	6	8	10
2501-3500	3	6	9	12	15
3501-4500	4	8	12	16	20
4501-5500	5	10	15	20	25
5501-6500	6	12	18	24	30
6501-7500	7	14	21	28	35
7501-8500	8	16	24	32	40
8501-9500	9	18	27	36	45
9501-10500	10	20	30	40	50
+1000	(+1)	(+2)	(+3)	(+4)	(+5)

Tableau 12 : Récapitulatif de paiement des MURs[27]

Nous allons maintenant nous intéresser aux résultats obtenus par ces services.

C.Résultats :

Ces services ont mis un certain temps à se mettre en place mais semblent faire partie intégrante de la charge de travail du pharmacien britannique. Prenons par exemple le nombre de MUR effectuées en 2012-2013,

Month	Number of Pharmacies	MUR/Claiming Pharmacy*	MUR/Pharmacy^
April 2012	8,900	23.14	18.38
May 2012	9,029	27.85	22.42
June 2012	8,943	22.42	17.85
July 2012	9,021	24.98	19.96
August 2012	8,980	24.37	19.41
September 2012	9,140	24.82	20.05
October 2012	9,309	28.36	23.27
November 2012	9,314	27.84	22.79
December 2012	8,852	20.75	16.10
January 2013	9,175	29.59	23.79
February 2013	9,049	30.09	23.82
March 2013	7,879	28.61	21.27

Tableau 13 : Nombre de MUR effectué en 2012-2013[30]

Nous pouvons voir qu'au début de la mise en place de cette nouvelle mission, une partie seulement des officines offraient ce service. A peu près 62% des pharmacies pratiquaient les MUR (9000 sur 14 500 approximativement).

Cependant, ces chiffres ont augmenté jusqu'à atteindre à peu près 70%.

	Number of Pharmacies	MUR/Claiming Pharmacy*	MUR/Pharmacy^
April 2017	10,200	24.92	21.75
May 2017	10,239	29.43	25.76
June 2017	10,244	29.64	25.92
July 2017	10,214	27.65	24.11
August 2017	10,159	26.99	23.37
September 2017	10,186	26.97	23.42
October 2017	10,185	26.27	22.81
November 2017	10,155	26.98	23.35

Tableau 14 : Nombre de MUR effectué en 2017[30]

Il est à noter le nombre de MUR par pharmacie qui a augmenté en conséquence pour se stabiliser à 23 MUR par officine. En termes de volume et de charge économique pour le NHS, cela représente un investissement de 10 millions de livres en 2018.

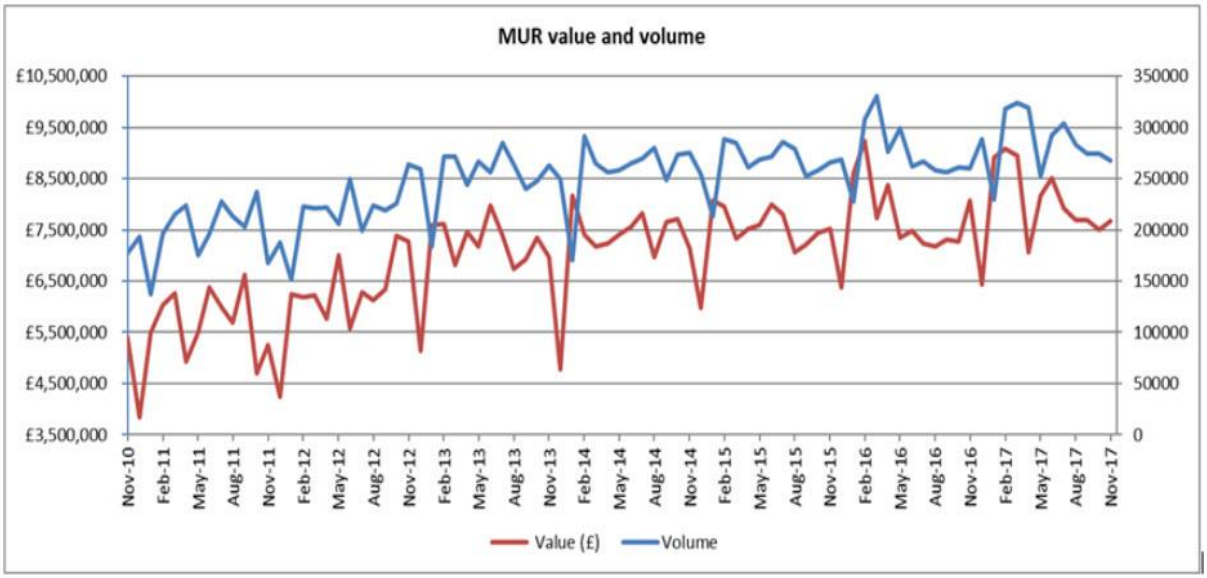

Figure 11 : Evolution du nombre de MUR et du montant remboursé entre 2010 et 2017[30]

Concernant les NMS, nous pouvons observer une évolution similaire. En 2011, 10 121 demandes de paiement ont été effectuées et seulement 2 557 officines proposaient ce service soit à peine 18%.

Month	Number Claimed	No. of Pharmacies Claiming Payment	Cumulative No. of Pharmacies Claiming Payment Since Oct-11	Number of Implementation Claims
Oct-11	10,121	2,557	2,557	1,702
Nov-11	43,759	5,840	6,257	1,847
Dec-11	43,480	5,741	7,417	1,176
Jan-12	40,570	5,671	8,005	1,741
Feb-12	45,923	6,905	8,957	1,573
Mar-12	49,903	6,398	9,206	161
Total	**233,756**			

Tableau 15 : Nombre de NMS effectué en 2011-2012[31]

Afin de diversifier leurs sources de revenus devant la déréglementation du secteur survenue dans les années 2000, les pharmaciens se sont tournés de plus en plus vers ce type de services. Nous pouvons le voir avec l'augmentation très importante des NMS durant ces dernières années pour atteindre le niveau actuelle.

Month	Number Claimed	No. of Pharmacies Claiming Payment	Cumulative No. of Pharmacies Claiming Payment Since Oct-11
Apr-17	78,295	7,559	11,708
May-17	82,046	7,861	11,750
Jun-17	82,758	7,871	11,784
Jul-17	78,731	7,857	11,817
Aug-17	78,218	7,702	11,846
Sep-17	69,056	7,416	11,875
Oct-17	72,819	7,545	11,916
Nov-17	79,540	7,756	11,947

Tableau 16 : Nombre de NMS effectué en 2017[31]

Depuis 2011, 83% des officines britanniques ont au moins une fois effectué la demande de remboursement pour ce service.

De nombreuses études se sont intéressées à ces services afin d'observer les bénéfices éventuels qu'ils pourraient apporter. De ce fait, l'étude menée par l'université de Nottingham se montre très complète[24].

Cette dernière, menée en 2013-2014, a mis en évidence plusieurs points importants.

Elle a consisté à suivre deux groupes de patients (un bénéficiant du NMS et l'autre non) afin de déterminer le coût engendré ainsi que l'observance dans ces 2 groupes. Des rendez-vous ont donc été pris au moment de la participation à l'étude, à 6 et 10 semaines.

Au bout de 10 semaines, il a été démontré que l'observance dans le groupe pilote était 10% plus haut que celui témoin[24].

Week 10 follow-up	Number of patients reporting adherence (unadjusted ITT) (%)	Odds ratio (95% CI), (ITT, adjusted for pharmacy clustering, disease, age, sex medication count)	Adjusted probability of adherence (95% CI)
Adherence (NMS question), n=378			
Current practice	115/190 (60.5)	1.00	**0.63 (0.55,0.70)**
NMS	133/188 (70.7) p=0.037	1.67 (1.06, 2.62), p=0.027	0.74 (0.67, 0.81)
Adherence (MMAS-8), n=267			
Current practice	85/143 (59.4)	1.00	0.65 (0.56, 0.75)
NMS	89/124 (71.8) p=0.035	1.88 (1.06, 3.34), p=0.030	0.78 (0.70, 0.86)

Tableau 17 : Adhérence observée à la 10ème semaine d'étude entre les patients témoins et ceux ayant suivi le NMS[24]

Cette différence provient d'une baisse d'observance au bout d'un certain temps dans la pratique habituelle. Cette dernière est principalement due à un oubli de prise pour la majorité des malades mais peut aussi être due aux croyances sur les médicaments ou à l'apparition d'effets secondaires dans le passé.

L'autre information importante provient des économies observées. Dans les groupes suivis, 6 modèles principaux, en fonction des traitements pris, ont été observés :

- amlodipine,
- ramipril,
- béclométhasone,
- tiopropium,
- metformine,
- aspirine.

Les coûts ont ensuite été calculés en fonction des soins prodigués, du nombre d'hospitalisations, du nombre de visites chez leur médecin, etc… Ceci ayant été fait pour des patients observants et non adhérents à leur traitement.

Newly prescribed medicine	QALYs generated per patient (95% CI)		Cost/£ per patient (95% CI)	
	Adherent	Non-adherent	Adherent	Non-adherent
Amlodipine	14.32 (11.76, 16.53)	13.92 (11.12, 16.18)	1378.7 (462.5, 1 968.9)	1738.92 (525.5, 2 833.1)
Ramipril	16.53 (13.97, 19.00)	15.91 (13.41, 18.38)	2848.8 (2 249.4, 3 782.51)	3048.9 (2 330.6, 4 186.4)
Beclometasone	16.62 (15.72, 17.18)	16.39 (15.45, 17.02)	69348.2 (20906.4, 249137.8)	77683.2 (22526.8, 272257.9)
Tiopropiun	7.34 (4.64, 10.25)	6.01 (3.19, 9.51)	1 1036.5 (3 288.2, 26 326.2)	8911.5 (2561.6, 23185.3)
Metformin	9.62 (8.84, 10.37)	9.36 (8.56, 10.09)	15 216.9 (9 526.7, 29 346.6)	15386.9 (9 875.6, 28 857.0)
Aspirin	10.07 (8.94, 11.28)	9.96 (8.85, 11.15)	22 920.7 (17 618.1, 30 431.0)	22 675.8 (17 437.1, 30 169.4)

Tableau 18 : Différence de coût entre un patient adhérent et non-adhérent[24]

Nous observons que les coûts engendrés sont beaucoup moins importants lorsque les patients sont adhérents. A noter que dans le cas de la tiopropium, les soins sont très coûteux mais nécessaires du fait du retentissement sur la vie quotidienne.

Dans le cas de l'étude, selon la pathologie ciblée, des économies ont été réalisées mais aussi des augmentations de coût. *(Voir Annexe 5)*

Par exemple :

- pour l'Hypertension (Amlodipine + Ramipril), nous observons une économie de 15£ en moyenne par patient au bout de 10 semaines,
- pour l'Asthme (Beclométhasone), nous voyons que les économies sont très fortes avec 1180£ par patient après 10 semaines de suivi,
- à l'inverse, les coûts ont augmenté pour l'Insuffisance cardiaque (aspirine) et pour la BPCO avec 60£ et 332£ par patient respectivement. Cela s'explique par une espérance de vie augmentée ce qui entraîne donc une augmentation des coûts sur la durée,
- enfin, il n'y a pas de changement dans le cas du diabète (Metformine).

Cependant, nous ne pouvons pas affirmer que les résultats dépendent de la pathologie ciblée.

En ramenant ces résultats aux 2 groupes observés sur la durée de l'étude, nous retrouvons un coût de :

- 260.87£ pour les patients témoins,
- 215.16£ pour les patients pilotes.

Cette économie de 45.71£ est réduite à 21.11£ après la prise en compte du coût du service. Par conséquent, cette économie de 21£ n'est pas significative. Cependant, au vu du coût limité du service et des bénéfices personnels des patients, les NMS ont justifié de leur utilité.

Par ailleurs ces nouvelles missions s'intègrent parfaitement aux priorités actuelles car une meilleure observance aux traitements signifie une diminution du nombre d'hospitalisations et des économies pour le système de santé. Par ailleurs, cela peut permettre d'alléger la charge de travail pour les hôpitaux et les médecins.

De plus, cette étude a pris en compte la perception des patients et des pharmaciens avant et après leur participation à ce nouveau service.

Dans le cas des pharmaciens, ils ont estimé que ce service était fait pour vérifier l'observance des patients, voir si tout allait bien ou s'il y avait des problèmes dues à des effets secondaires. Cependant, après l'entretien, ils affirment que ceci leur a permis de renforcer la relation de confiance avec leurs patients. Or, des officinaux ont émis des remarques concernant les questions à poser aux patient proposés par le NHS. Celles-ci leurs semblaient trop restrictives. Ils se sont donc adaptés aux malades.

Dans le cas des malades, ils estiment que l'objectif de ces missions est de vérifier la bonne prise de leurs traitements. A noter que 25% d'entre eux ne comprennent pas clairement l'objectif visé. Cependant, les malades bénéficiant d'un nouveau traitement accueillent favorablement ce service car il leur permet de poser plus facilement des questions. Après l'entretien, la quasi-totalité des patients s'est dit satisfaite en qualifiant cette rencontre d'intéressant et d'informatif. En général, les malades disent que le pharmacien leur a permis de comprendre plus facilement leur traitement, les moments de prise, les effets indésirables à surveiller, etc…

Par ailleurs, ces missions ont permis de modifier la vision que ces patients avaient du pharmacien.

Aucun consensus n'existe sur le bénéfice de ces services. En effet, certaines études démontrent l'apport positif de ce type d'entretien :

- une augmentation de 10% d'observance et une économie de 21£ par personne sur 10 semaines[32]. Par ailleurs, cette étude estime que le coût dû à une utilisation non optimale des traitements au niveau mondial est de 500 milliards de dollars dont 57% à cause de difficultés d'observance (285 milliards),

- dans une autre étude, l'augmentation de 10% d'observance est toujours présente avec une économie probable de 144£ par an et par patient[25].

A l'inverse, dans d'autres études, nous observons l'absence d'impact positif voir une augmentation des coûts engendrés :

- une absence de diminution du nombre d'hospitalisations ou une amélioration de qualité de vie mais une diminution du nombre de prescriptions pouvant mener à des économies modestes[33],
- pour Richard Holland et Al, ces entretiens peuvent même mener à l'effet inverse avec une augmentation de 30% des admissions à l'hôpital et une augmentation de 43% du nombre de visites à domicile par le médecin. Il avance comme explication que l'augmentation de l'adhérence peut accélérer l'apparition d'effets secondaires des médicaments, que les signes de décompensation peuvent être détectés plus tôt par le patient ou encore que ces entretiens augmentent la complexité de la prise en charge du malade pouvant aboutir à des confusions[26].

Malgré des résultats pouvant différer d'une étude à l'autre, toutes sont unanimes sur la perception du patient sur ces services. Il les estime utiles et favorables ; lui permettant une meilleure compréhension de leur traitement. En cela, ces nouvelles missions ont rempli leur objectifs de sensibiliser les malades et de les encourager à être partie prenante de leur prise en charge.

IV. France

A. *Contexte*

Suite à la convention nationale signée début 2013 entre l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et les syndicats, visant à revaloriser le rôle du pharmacien en santé publique, les entretiens pharmaceutiques ont été mis en place. Ils ont pu débuter à partir de juin 2013.

La population cible des premiers entretiens a été les patients asthmatiques ou sous AVK.

Un certain nombre d'avenants parus ces dernières années a précisé les modalités liées à ces entretiens mais aussi permis d'élargir leur champ d'action. Par exemple, depuis l'été 2017, les patients âgés polymédiqués font partie des populations cibles pouvant bénéficier d'un entretien via un bilan de médication. Les modalités du bilan partagé de médication ont été fixées dans l'avenant n°12 signé par les syndicats pharmaceutiques le 21 novembre 2017 et paru au journal officiel le 16 mars 2018. Les supports du bilan partagé de médication sont publiés en annexe de cet avenant et comprennent les points à aborder lors de l'entretien de recueil d'informations, la

démarche d'analyse des traitements, les points à aborder lors de l'entretien de conseil et le suivi de l'adhésion au traitement.

Actuellement, les patients concernés sont :

- les patients majeurs sous traitements chroniques par AVK ou AOD,
- les patients asthmatiques sous prescription de corticoïdes inhalés ''dont la durée de traitement prévisible est supérieure ou égale à 6 mois'',
- les patients polymédiqués de plus de 65 ans en ALD et de plus de 75 ans hors ALD (via le bilan de médication) ayant plus de 5 principes actifs sur une période de plus de 6 mois.

Quelles ont été les raisons motivant l'initiation de ce dispositif ?

Premièrement, nous en avons parlé ci-dessus, la valorisation du rôle du pharmacien dans la santé publique. Expert du médicament, au contact direct et fréquent des patients, il fait partie des professionnels de santé les plus sollicités par la population. Par ailleurs, grâce au maillage territorial, chaque personne peut facilement avoir accès à un pharmacien.

Deuxièmement, instaurer de nouveaux modes de rémunération pour les pharmaciens afin d'offrir une alternative à la baisse des prix des médicaments.

Troisièmement, et sans doute la raison la plus importante, une observance dans ces populations à risque qui est insuffisante. Ces difficultés de prises entraînent des hospitalisations et des décès évitables chaque année.

Nous allons prendre comme exemple les AVK. En 1998, les centres régionaux de pharmacovigilance ont mené une étude afin d'évaluer les risques iatrogéniques pouvant être évités. Leurs conclusions ont montré que 13% des hospitalisations faisant suite à des effets indésirables étaient liées à une hémorragie sous AVK[(34)]. Cela se traduit par une estimation de 17 000 hospitalisations par an dont la moitié serait évitables[(35)].

Puis, en 2007, une seconde étude a eu lieu afin d'évaluer l'évolution de l'incidence d'hospitalisations en lien avec les effets indésirables médicamenteux. Il en est ressorti que les AVK étaient toujours la classe médicamenteuse la plus représentée avec 12,3% des cas. Or, il s'est avéré que la part des hospitalisations évitables était tombée à 25%. Soit une baisse de moitié par rapport à l'étude de 1998[(35)].

Par ailleurs, une Enquête Nationale sur les Evénements Indésirables graves associés aux Soins (ENEIS) a été menée en 2009. Cette dernière confirme que les anticoagulants, et tout particulièrement les AVK, sont la première classe médicamenteuse responsable d'accidents iatrogènes graves, c'est-à-dire 37% des cas en 2004 et 31% des cas en 2009[(36)].

De plus, ces effets indésirables graves sont aussi dus au fait que le temps passé par les patients sous AVK dans la zone thérapeutique n'est jamais supérieur à 65%[37].

Enfin, de nombreuses interactions médicamenteuses entre les AVK et d'autres traitements rajoutent un autre type de risque pour ces patients[37].

Aux vues de tous ces risques et de l'absence d'évolution claire dans la prise en charge des patients sous AVK, le gouvernement a décidé fin 2012 de lancer les entretiens pharmaceutiques. Ils ont pour but d'accompagner le malade avec son traitement et de suivre son observance. Tout ceci dans l'optique de réduire le nombre d'hospitalisations et de décès évitables.

En 2011, environ 1,8 % de la population française affiliée au régime général a perçu au moins un remboursement pour une prescription d'AVK, ce qui permet d'estimer à environ 1,1 million le nombre de sujets qui ont pris un AVK en 2011[35].

% population RG	TOTAL %	0 - 17 ans %	18 - 40 ans %	41 - 64 ans %	65 - 74 ans %	75 - 84 ans %	≥ 85 ans %
Total Anticoagulants	**4,21**	0,27	2,32	4,34	9,79	15,86	**17,67**
AVK	**1,81**	0,01	0,19	1,24	5,09	11,22	13,21
Nouveaux anticoagulants oraux	**0,09**	-	0,01	0,10	0,35	0,35	0,18
Héparines standards	**0,09**	0,002	0,01	0,07	0,23	0,49	0,64
HBPM	**2,43**	0,23	1,97	2,97	5,12	5,85	5,24
Fondaparinux	**0,39**	0,04	0,27	0,50	0,77	0,97	1,03

Tableau 19 : Proportion d'utilisateurs d'anticoagulants par tranche d'âge[37]

Le tableau ci-dessus nous permet de voir que les AVK sont principalement pris par les personnes âgées de plus de 75 ans. De plus, la vente des AVK n'a cessé d'augmenter ces dernières années jusqu'à atteindre 13.8 millions de boîtes en 2010. Ci-dessous nous avons un tableau montrant l'évolution du nombre de boîtes vendues par trimestre en fonction de la tranche d'âge.

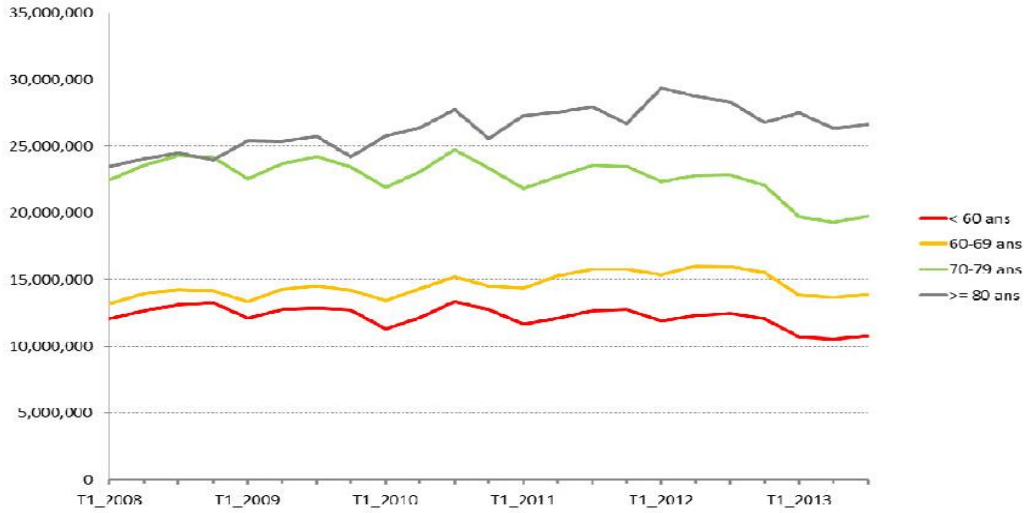

Figure 12 : Evolution trimestrielle des ventes d'AVK en fonction de l'âge de janvier 2008 à septembre 2013[38]

En 2000 et 2003, l'AFSSAPS a réalisé une étude sur les modalités de prescriptions des anticoagulants mais aussi sur les connaissances qu'avaient les patients à propos de leur traitement[39][40]. Un certain nombre de résultats sont apparus :

- 96% des sujets connaissent la nécessité d'une surveillance biologique régulière,
- la notice présente dans la boîte a été lue par 81% des sujets (76% des sujets en 2000), mais parmi les sujets prenant un traitement au long cours seulement 6% des sujets ont remarqué un changement dans la notice,
- seulement 44,5% des malades portent une carte mentionnant le traitement par AVK (45,5% en 2000),
- 65% des sujets connaissent les risques d'un surdosage en AVK (67% en 2000), 57 % ceux d'un traitement insuffisant (idem en 2000),
- les signes du surdosage ne sont pas toujours très bien connus : 44,3% savent qu'ils peuvent avoir des hématomes (41,5% en 2000), 48% (versus 37,7%) qu'ils peuvent saigner du nez, 39,1% (versus 31,3%) qu'ils peuvent saigner des gencives, 23,8% (versus 18,9%) qu'ils peuvent avoir du sang dans les urines. 12,5% des sujets ont donné toutes les bonnes réponses contre seulement 6,7% en 2000,
- 12% (versus 11% en 2000) seulement savent qu'il faut signaler le traitement à la fois au médecin, au dentiste, au pharmacien, au biologiste et au kinésithérapeute,
- 82% (versus 82%) connaissent l'antalgique à prendre en cas de douleur,
- 61% (versus 55,3%) savent qu'ils ne doivent pas manger de chou de façon excessive, mais les autres interactions avec les aliments sont toujours mal connues.

Que peut-on dire au vu de ces résultats ?

Tout d'abord, il est intéressant de voir que les patients sont conscients de la nécessité d'une surveillance biologique mais qu'une majorité d'entre eux ne savent pas reconnaître les signes de surdosage.

Par ailleurs, les interactions médicamenteuses et alimentaires ne sont pas suffisamment connues ce qui est inquiétant pour un traitement chronique.

Au vu de la part toujours plus importante que les AVK prennent dans les traitements chroniques des personnes âgées et de leur méconnaissance des risques, l'État a choisi de s'impliquer de manière plus active dans la prévention de ces risques. C'est pourquoi les entretiens pharmaceutiques ont été instaurés en France.

B. Mise en place pratique

En ce qui concerne la mise en place pratique de ces entretiens, toutes les officines équipées d'un espace de confidentialité peuvent le proposer aux patients cibles.

Dans le cadre ces entretiens, le pharmacien s'engage à fournir un certains nombres d'informations dont[41] :

- la posologie, y compris la posologie maximale pour les médicaments à prise modulable ou à posologie non précisée sur l'ordonnance (antalgiques par exemple) ;
- la durée de traitement ;
- les précautions d'emploi ;
- les informations nécessaires au bon usage du médicament ou du dispositif médical délivré ;
- les informations nécessaires lors de la substitution d'un médicament générique à un princeps ;
- les éventuelles précautions particulières à prendre ainsi que tout renseignement utile à la bonne compréhension du traitement par le patient ;
- les analyses biologiques indispensables à l'initiation, à la surveillance et à la poursuite de certains traitements.

Ces entretiens sont le moyen pour les pharmaciens de renforcer leurs rôles de conseils, d'éducation et de prévention auprès du patient mais aussi de valoriser leur expertise du médicament. L'objectif de ce service est de permettre de renforcer l'adhésion des patients à leur traitement et de pouvoir reconnaître les signes de sur ou sous dosage.

Suite à l'avenant n°8, une nouveauté a été introduite dans le cas des accompagnements s'inscrivant dans une durée longue (au minimum 1 année au-delà de l'année d'adhésion au dispositif). Celle-ci consiste en un suivi de l'observance.

C'est-à-dire,

- la première année d'accompagnement, le pharmacien doit réaliser 2 entretiens dans l'année pour pouvoir percevoir 50€,
- l'année suivante, il peut soit réaliser 2 entretiens soit réaliser un seul entretien assorti de 2 suivis d'observance pour percevoir 30€. *(Voir Annexe 6)*

Le pharmacien doit au préalable, recueillir le consentement éclairé du patient.

C. Résultats

Un an après la mise en place de ces entretiens, l'assurance maladie a effectué un premier bilan pour mesurer l'impact de ces derniers et le ressenti des acteurs (pharmacien et patients)[42].

De juin 2013 à décembre 2014, 14 584 officines (63% du total des officines Françaises) se sont impliquées dans ce dispositif. Cela se traduit par un total de 161 110 entretiens effectués.

Concernant la satisfaction ressentie par les pharmaciens et les patients, elle est globalement bonne :

- 6.8/10 de satisfaction exprimée par les pharmaciens,
- 8.7/10 de satisfaction exprimée par les patients.

Si nous nous penchons sur les impressions des pharmaciens, nous observons une réelle satisfaction de leur part,

- 87% d'entre eux estiment que ces entretiens s'inscrivent dans les missions de conseils et d'accompagnement du pharmacien,
- 74% pensent que ce dispositif permet d'améliorer les connaissances qu'ont les patients concernant leur traitement AVK,
- 71% estiment que ces entretiens renforcent la relation pharmacien/patient,
- 92% vont poursuivre les entretiens,
- 97% aimeraient voir ce dispositif élargis à d'autres pathologies.

Du côté des patients,

- 74% disent avoir pris conscience de l'importance du suivi de l'INR et de leur traitement AVK,
- 73% sont également plus vigilants sur les risques de complications et les signes avant-coureurs,
- 92% des patients adhérents se disent prêt à poursuivre la démarche.

En ce qui concerne les résultats observés pour les traitements, il a été mis en évidence que le nombre de patients faisant moins d'1 INR par mois a diminuée chez les adhérents au dispositif par rapport aux non-adhérents.

Par ailleurs, il a été démontré que suite à ces entretiens, le nombre d'accidents hémorragiques se voyait divisé par 3.

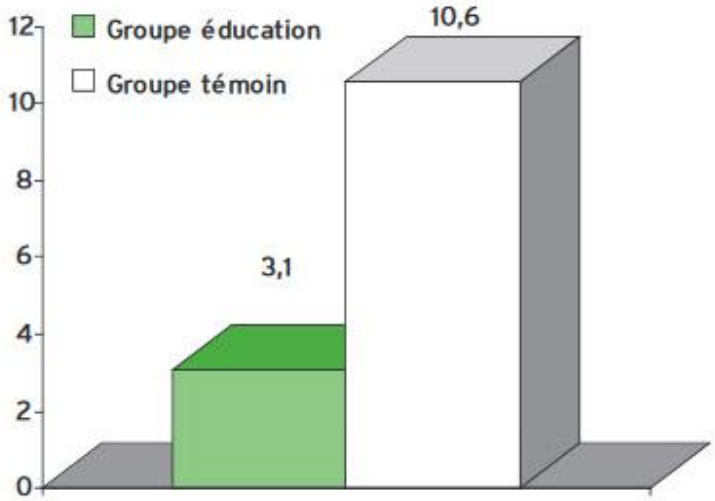

Figure 13 : Incidence cumulée des accidents hémorragiques et des récidives à 3 mois(%)[43]

Malgré un bilan globalement positif, les entretiens AVK se sont essoufflés dans la durée. A l'image du nombre de patients inscrits pour suivre ces-derniers :

- 14 775 patients en 2015,
- 9 268 patients en 2016.

Cela représente une baisse de 38% en l'espace d'une seule année[44].

Par ailleurs, les objectifs fixés par l'Assurance maladie sont loin d'être atteints. L'enveloppe budgétaire prévue pour l'année 2014 s'élevait à 40 millions d'euros. Seulement 3 millions d'euros ont été réglés durant l'exercice 2014[45].

Une ROSP AVK qui s'élevait en moyenne à 136 euros en 2014 et 253 euros en 2017 (soit à peu près 6 à 7 patients par pharmacie)[46].

Quels sont les obstacles ressentis par les pharmaciens qui pourraient expliquer ce manque d'intérêt ? Ce-dernier est-il réel ou traduit un manque de moyen ?

Nous l'avons vu plus haut, les pharmaciens sont globalement convaincus du bien-fondé de ces entretiens. Cependant, ils expriment des lourdeurs administratives et un cadre beaucoup trop restrictif pour pouvoir réellement développer ce dispositif.

Par exemple, le fait que près de 70% de l'ensemble des entretiens ne soient pas payés est un réel frein à leur développement. Dans le cas des AVK, 43% de ceux effectués en 2016 ont été rejetés. Quelles sont les raisons principales à cela ?[44]

- il manquait un entretien dans l'année en cours pour percevoir les 40 euros prévus,
- dans 9% des cas, l'assurance maladie a considéré que le patient n'était pas un patient chronique,

- dans 18,1% des cas, les patients étaient considérés comme ‘’non traités’’ (comprendre qu’ils ne recevaient pas le traitement).

Par ailleurs, des contraintes en termes de personnel et de temps étaient exprimées.

Au début du dispositif, les entretiens étaient estimés à 20 minutes par patients. En réalité, ces derniers varient énormément en fonction des patients, de la lourdeur des traitements associés, mais aussi en fonction des connaissances des malades.

Le 20 juillet 2017, l’avenant n°11 a été signé par les syndicats de pharmaciens pour continuer à réformer le mode de rémunération des officines.

Cet avenant prévoit entre autres une revalorisation de ces entretiens et une refonte de ces dispositifs. Par exemple,

- le passage de 40 à 50 euros par patient et par an lors de la première année d’adhésion,
- la mise en place d’un entretien d’évaluation visant à mieux cibler les attentes des patients pour pouvoir passer moins de temps et surtout de manière plus efficiente,
- la mise en place d’un entretien pour personnes âgés polymédiquées appelé le bilan partagé de médication afin de lutter contre le risque iatrogénique dans cette population à risque. Il est rémunéré à hauteur de 60 €, la première année et de 30 € en cas de nouveaux traitements et 20 € en cas de continuité de traitement,
- par ailleurs, il est prévu que le versement de ces rémunérations se fasse plus tôt dans l’année (en Mars 2019 pour l’exercice 2018).

L’objectif de cet avenant, dans le cas des entretiens pharmaceutiques, est de leur donner un nouveau souffle en revalorisant leur rémunération et en essayant d’alléger leur mise en place.

V.Conclusion

Ces dispositifs sont une chance de valoriser la place du pharmacien dans le parcours de soin du patient mais s'avèrent trop ciblés et assez restrictifs dans sa mise en place. Si nous prenons l'exemple des pays anglo-saxons étudiés plus haut, nous pouvons voir qu'ils ont fait le choix de proposer ce service à plus de patients et de rémunérer en conséquence les pharmaciens. Actuellement, la France tente d'élargir leur mise en place via le bilan partagé de médication qui est une réelle chance pour les officines. Avec à peu près 4 millions de patients pouvant en bénéficier, les possibilités de développement sont nombreuses et intéressantes. Cependant, il va se poser la question, pour les officines de petites tailles, de la disponibilité du pharmacien et de la responsabilité de délivrance pendant ce service. Il sera donc nécessaire d'être 2 pharmaciens présents en même temps ce qui représente un coût financier assez lourd à supporter.

En résumé, la France semble avoir compris l'intérêt de ce type de service pour les patients afin que ces derniers soit proactifs dans leur prise en charge et sache reconnaître les signes de complications. Tout ceci dans le but de pouvoir diminuer le nombre d'hospitalisations et de décès en augmentant l'observance des malades (en moyenne, une augmentation de 10% d'adhésion est observée dans la littérature). Or, dans un contexte d'économie de la sécurité sociale et de budget restreint, elle ne peut pas, à l'inverse de l'Australie par exemple, se permettre de fixer des rémunérations en conséquences de l'implication nécessaire à ces services.

Il est donc important que les pharmaciens français s'investissent activement dans ces entretiens pour démontrer au gouvernement le réel rôle que possède notre profession dans la prévention de ces accidents. Ceci afin de pouvoir négocier une rémunération plus juste mais aussi de pouvoir obtenir un élargissement de ce dispositif qui fait partie des leviers possibles dans la diversification des sources de revenus des officines.

DEUXIÈME PARTIE

La Vaccination en officine

I. Introduction

La vaccination dans les pays occidentaux est assez récente. En effet, les bases de cette méthode remontent en 1798. C'est par le travail d'Edward Jenner que les premiers pas de cette protection contre les maladies sont constatés en Europe. A l'époque, la variole entraînait de 15 à 30% de décès parmi les personnes infectées. Malgré l'existence de la ''variolisation'' (procédé consistant à frotter des individus sains par des plaques de personnes malades pour créer une immunité) utilisé par les Chinois dès le 11ème siècle, il persistait à peu près 2% de décès.

Grâce à l'inoculation d'une forme proche de la variole (la vaccine, touchant notamment les vaches), E. Jenner observa que les patients ne développaient pas la maladie. Ceci permit l'éradication de la variole en 1980. Par la suite, tout au long du 20ème siècle, de nombreux vaccins furent découverts et mis à disposition des populations (Tétanos en 1927, Grippe en 1937, Rougeole en 1963, Oreillons en 1966, etc…).

La vaccination permettrait d'éviter à peu près 3 millions de morts dans le monde et 1.5 millions de plus si la couverture vaccinale augmentait[47].

En 2016, la couverture vaccinale ne s'est pas améliorée par rapport aux années précédentes, par exemple :

- 86% des nourrissons dans le monde auraient reçu les 3 doses du DTC
- 85% des enfants ont eu une dose de vaccin anti-rougeole
- La couverture contre la rubéole était approximativement de 47%
- 84% des jeunes enfants étaient protégés contre le tétanos

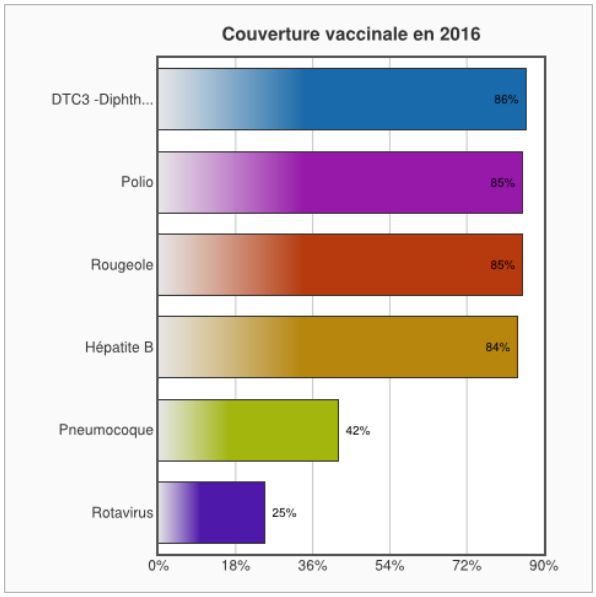

Figure 14 : Couverture vaccinale en 2016[47]

Lors de la 70ème Assemblée mondiale de la santé à l'OMS, les ministres de la santé de 194 pays ont signé le 31 mai 2017, une résolution pour atteindre les objectifs visés par le ''Plan d'action mondial pour les vaccins 2011-2020'' de l'OMS (la résolution WHA70.14).

Pour ce faire, il est nécessaire de communiquer à la population l'utilité des vaccins ainsi que leurs bénéfices avérés. Par ailleurs, l'ensemble des pays à travers le monde doivent se donner les moyens financiers pour atteindre les objectifs fixés et permettre de sauver davantage d'individus à travers le monde.

Afin de pouvoir augmenter les couvertures vaccinales, certains pays, notamment anglo-saxons, ont décidé d'élargir la possibilité de vacciner aux autres professionnels de santé, y compris les pharmaciens.

Dans cette partie, nous chercherons à explorer les contextes de mise en place, les états des lieux, les objectifs visés et les résultats obtenus dans 2 pays différents que sont les Etats-Unis et l'Irlande.

II. Etats unis

A. Contexte

Devant la stagnation de la couverture vaccinale, et le nombre de morts évitables annuels (entre 40 000 et 50 000)[48] les Etats-Unis décidèrent d'adopter des stratégies supplémentaires afin d'atteindre les objectifs du ''Healthy people 2020 Targets''.

Ce-dernier fixait par exemple comme objectifs à atteindre[49] :

- 90% des personnes âgés de plus de 65 ans vaccinés contre la grippe,
- 90% des 65 ans et plus, non hospitalisés, bénéficiant du vaccin pneumococcique,
- 60% des 18-65 ans, non hospitalisés, recevant le vaccin pneumococcique,
- 30% des adultes pour le vaccin contre le zona.

L'objectif de cette stratégie est d'économiser les 10 milliards de dollars alloués aux traitements de ces patients (séjour hospitalier, médicaments…)[48]. Dans les mesures à mettre en place pour permettre ces économies, il y avait la possibilité de donner aux pharmaciens le droit de vacciner certaines franges de la population.

En 1993, la secrétaire d'État à la santé, Donna Shalala, chargea l'APhA (American Pharmaceutical Association) de définir le rôle des pharmaciens dans un programme national de vaccination pour les enfants. Et c'est l'année suivante qu'une formation sur la vaccination est

mise en place par l'APhA, mais reconnu uniquement en 1996 par le ''Center for Disease Control and Prevention'' (CDC).

En 2007, 40 000 pharmaciens avaient été formés à ce geste alors qu'actuellement plus de 280 000 l'ont été[50]. Ceci témoigne d'un réel intérêt de ces-derniers pour la vaccination et se traduit par une couverture vaccinale plus importante chez les pharmaciens par rapport aux autres professionnels de santé[51].

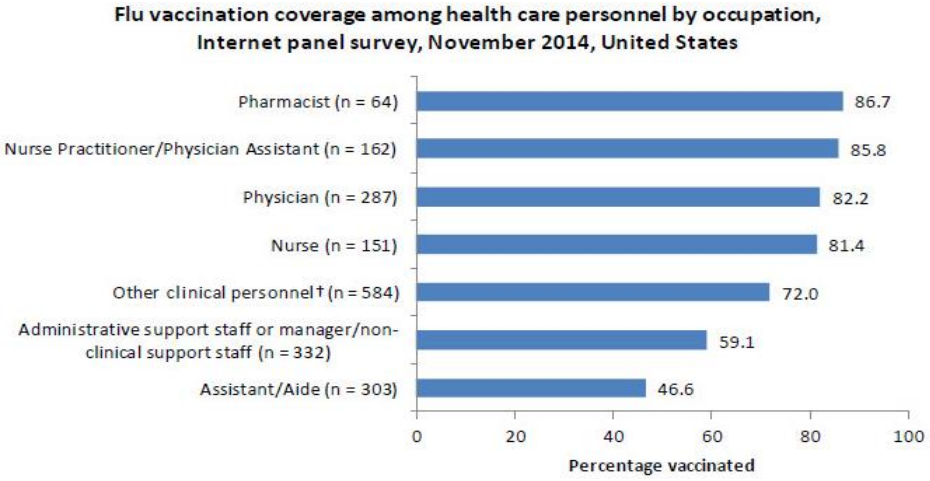

Figure 15 : Couverture vaccinale contre la grippe chez les professionnels de santé Américain[51]

La possibilité d'effectuer ce geste reste une question de volontariat. Cependant, afin de démontrer l'importance des pharmaciens américains dans la promotion vaccinale, il leur a été demandé d'effectuer au minimum une des 3 principales fonctions vaccinales :

- conseiller ; c'est-à-dire éduquer et motiver les patients pour que ces-derniers soient à jour de leurs vaccinations,

- stocker ; c'est-à-dire avoir le matériel nécessaire pour pouvoir subvenir aux besoins de la population en ce qui concerne les doses vaccinales,

- vacciner ; autrement dit effectuer lui-même le geste de vaccination auprès du grand public.

Progressivement, l'ensemble des 52 États a autorisé les pharmaciens à effectuer eux-mêmes l'injection du vaccin contre la grippe. Le Maine étant le dernier État à l'autoriser en Octobre 2009.

Il est à noter que les cibles, modalités d'administrations et mise en place pratique sont variables selon les zones. Par ailleurs, certains d'entre eux, au vu des résultats très encourageants obtenus (et que nous détaillerons par la suite), ont décidé d'élargir les possibilités vaccinales des pharmaciens. Certains États ont élargi les vaccins que peuvent administrer les pharmaciens (DTP, ROR,…), ont modifié les âges d'injections pour lesquels l'officinal peut faire le geste

(certains uniquement à partir de 18 ans et à n'importe quel âge pour d'autres), la nécessité d'avoir une prescription ou non, etc…

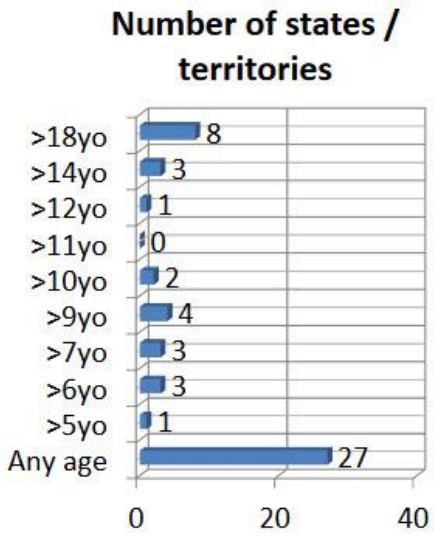

Figure 16 : Nombre d'États autorisant la vaccination par le pharmacien en fonction de l'âge du patient[52]

Certains États ont élaboré des protocoles avec des médecins pour encadrer la vaccination en pharmacie alors que d'autres ont privilégié la présentation d'une prescription médicale avant toute vaccination par le pharmacien.

A titre d'exemple,

- 52 États autorisent les pharmaciens à administrer les vaccins de la grippe, du Zona et du pneumocoque.

- 51 les autorisent à injecter le DTP

- 49 le ROR et le vaccin contre le papilloma virus

Dès 1995, l'Etat de Californie a modifié la législation pour permettre aux pharmaciens de pouvoir vacciner n'importe quel patient de plus de 3 ans de manière indépendante ; c'est-à-dire sans protocole ni ordonnance obligatoire[48].

Cependant, le pharmacien est dans l'obligation d'avoir suivi une formation adéquate et validante concernant la vaccination. Ce que nous allons voir dans la partie suivante.

B. Mise en place pratique

Afin de pouvoir prétendre à effectuer le geste vaccinal, les pharmaciens doivent en premier lieu suivre une formation agréée par l'APhA. Cette dernière consiste en 3 modules distincts[53] :

- 12 heures de formation personnelle en ligne avec des études de cas, des rappels concernant les vaccins, la Santé Publique, etc…

- 8 heure de formation en groupe dans des lieux prédéfinis afin d'évaluer les volontaires sur leurs connaissances de base et pour approfondir certaines données,

- des sessions de mise en pratique de techniques d'injection sous-cutanées ou bien intramusculaire.

En pratique, en plus de protocoles préétablis, les pharmaciens doivent être entrainés aux gestes de 1er secours, avoir des stocks d'épinéphrines, un stéthoscope, et un tensiomètre[54].

De plus, suite à la vaccination, le patient doit rester 15 minutes à la pharmacie pour parer à toute réaction anaphylactique et/ou syncope. En effet, près de 80% des pertes de connaissances suite à une injection de vaccin se produisent dans les 15 minutes après l'inoculation[55].

A noter que la possibilité et l'étendue de la pratique de la vaccination est fixé par le ''Board of Pharmacy'', lui-même soumis à la législation de chaque État. La conséquence étant la grande variabilité de mise en pratique de la vaccination par les pharmaciens.

En résumé, les officinaux, en fonction des États dans lequel ils exercent, du type de vaccin et de l'âge du patient, ont 4 niveaux d'autorisation différents :

- autorisation d'effectuer la vaccination de manière indépendante,
- autorisation de vaccination au travers d'un protocole validé par les autorités,
- autorisation de vaccination si accord via prescription personnel,
- absence d'autorisation.

C. Résultats

Suite à cette mise en place, de nombreuses études ont été lancées afin de déterminer la pertinence de cette nouvelle mission du pharmacien.

Les avantages que possèdent les pharmacies sont :

- une proximité avec l'ensemble de la population (93% des Américains sont à moins de 5 miles d'une officine)[48],
- des horaires d'ouvertures étendues permettant, notamment aux jeunes actifs, de pouvoir venir se faire vacciner hors des journées de travail. Les taux de vaccination étant les plus bas dans cette tranche d'âge (seulement 31% chez les 18-49 ans contre le vaccin de la grippe durant la saison 2012-2013), cet argument est très important[48],
- des économies réalisées par le patient, car ce-dernier ne paye pas la consultation chez son praticien,

- une plus grande facilité de vaccination du fait de l'absence de rendez-vous dans la plupart des pharmacies américaines.

L'ensemble de ces points peuvent permettre d'améliorer la couverture vaccinale. Mais cela s'est-il traduit dans les faits ?

Lors d'une étude portant sur la vaccination grippale par les pharmaciens entre 1995 et 1999, nous avons pu remarquer une augmentation de la couverture mais ces résultats sont à nuancer.

	States allowing pharmacists to immunize after 1997 (%)	States not allowing pharmacists to immunize after 1997 (%)	*P*-value
18–64 years old			
Immunization rates in 1995	20.5	16.6	<0.01
Immunization rates in 1999	25.5	21.6	<0.01
Overall change	5.0	5.0	
≥65 years old			
Immunization rates in 1995	57.7	61.2	0.10
Immunization rates in 1999	68.4	64.7	<0.01
Overall change	10.7	3.5	

Tableau 20 : Comparaison des taux de vaccination anti grippale en 1995 et 1999[56]

Dans le tableau ci-dessus, nous pouvons observer les disparités de couverture vaccinale contre la grippe entre les États autorisant le pharmacien à vacciner et ceux l'interdisant. Or, il n'existe pas de différences significatives entre les populations dîtes jeunes (18-64 ans) que plus âgées (65 ans et plus) en 1995, c'est-à-dire avant l'introduction de la vaccination par le pharmacien en 1997.

Cependant, en 1999, nous voyons des progressions différentes dans le taux de vaccination contre la grippe :

- Chez les jeunes actifs, une augmentation de 5% dans l'ensemble des États mais avec une plus grande proportion de personnes vaccinées dans les États autorisant la vaccination par le pharmacien. Cette augmentation au niveau national peut s'expliquer par les campagnes en faveur de la vaccination mise en place par le gouvernement. Cependant, la possibilité donnée aux pharmaciens d'inoculer cette protection offre un choix plus important aux patients. Ceci permet donc un accès plus facile et plus rapide à ces populations. Ces raisons sont les premières formulées par les jeunes actifs choisissant de se faire vacciner en officines[48].

- Chez les 65 ans et plus, il existe une disparité. En effet, nous pouvons voir qu'en 1999 il y a eu une augmentation de 3.5% des personnes vaccinées dans les États n'autorisant pas la vaccination par le pharmacien. Or, une augmentation 3 fois supérieur, soit 10.7%, a été enregistrée dans les autres États.

De plus, les populations pouvant aller se faire vacciner en officine ont davantage de possibilités et donc de chances d'accéder à cette protection. Nous pouvons le visualiser dans le tableau ci-dessous.

Table 3
Logistic regression model for influenza vaccination in 1999

	18–64 years		≥65 years	
	Odds ratio	95% CI	Odds ratio	95% CI
Residence				
State where pharmacists can immunize	1.27	1.19–1.36	1.22	1.07–1.39
State where pharmacists cannot immunize	1.00		1.00	
Gender				
Male	1.05	0.98–1.12	0.94	0.82–1.08
Female	1.00		1.00	
Race				
White	1.00		1.00	
Black	0.84	0.75–0.94	0.41	0.32–0.52
Asian/Pacific Islander	0.99	0.77–1.28	1.24	0.40–3.82
American Indian/Alaskan	1.07	0.81–1.42	0.65	0.32–1.32
Other	0.74	0.59–0.93	0.51	0.29–0.89
Income				
Less than US$ 20,000	1.07	0.99–1.16	0.86	0.75–1.00
More than US$ 20,000	1.00		1.00	
Health status				
Excellent/good/very good	1.00		1.00	
Fair/poor	1.76	1.58–1.95	1.16	1.01–1.34
Time could not afford to see a doctor				
Yes	0.64	0.57–0.73	0.70	0.51–0.96
No	1.00		1.00	
Health insurance				
Yes	1.89	1.68–2.12	2.22	1.49–3.32
No	1.00		1.00	

Tableau 21 : Probabilité de se faire vacciner en 1999 en fonction des caractéristiques des patients[56]

Dans ce tableau, nous observons que les chances de se faire vacciner sont sensiblement supérieures dans les États autorisant ce geste.

De plus, nous pouvons également relever que les patients qui manquent de temps pour voir un médecin ont beaucoup moins de chances de se faire vacciner. Par conséquent, la possibilité de le faire en officine leur offre une solution pour pallier ce problème.

Au vu de la date de cette étude, les résultats ne peuvent être qualifiés de significatifs et peuvent être dus à d'autres facteurs comme la communication ou bien un regain d'intérêt pour le vaccin de la grippe par la population.

C'est pourquoi il était nécessaire d'approfondir et d'analyser des études plus récentes afin de confirmer l'intérêt de la vaccination par le pharmacien.

Dans une étude publiée en Juillet 2017[57], les auteurs se sont penchés sur l'impact du pharmacien au niveau du taux de couverture vaccinale contre la grippe. Quelles ont été leurs conclusions ?

Tout d'abord, ils ont observé que le taux de la couverture vaccinale augmentait tous les ans mais que l'impact ne devenait significatif que 6 ans après le changement de législation.

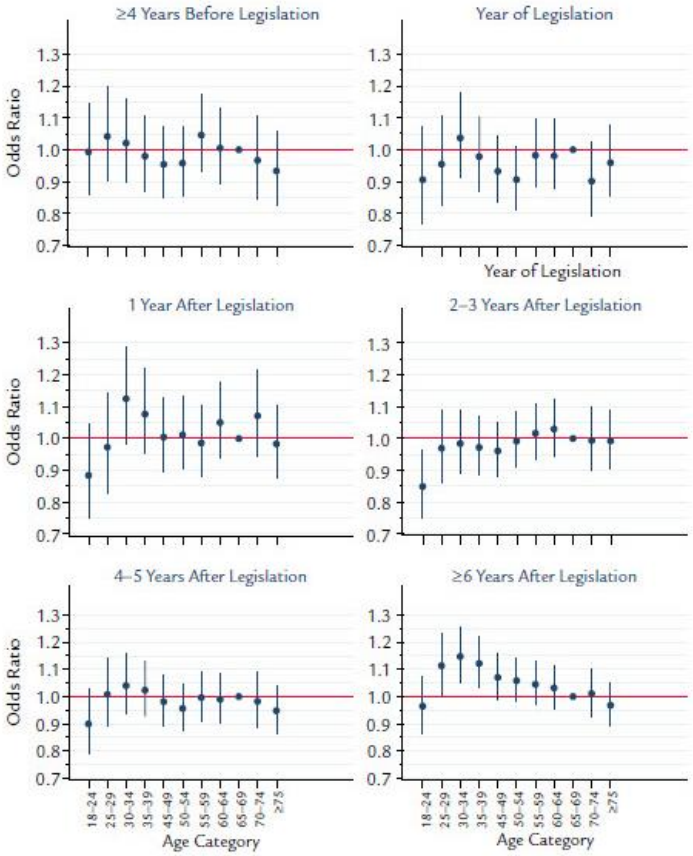

Figure 17 : Chance de recevoir le vaccin en fonction de l'âge et du changement de législation[57]

La figure ci-dessus représente la possibilité qu'un patient puisse recevoir une injection de vaccin. Nous pouvons voir que certaines tranches de la population sont plus impactées que d'autres. Par exemple, les jeunes actifs, grâce à un élargissement des lieux d'injection, ont pu bénéficier du changement de législation. A l'inverse, cela ne change rien pour les personnes de plus de 65 ans. Cela peut s'expliquer par des disponibilités temporelles plus étendues. Ou bien par des visites chez leur généraliste plus fréquentes ce qui limite l'impact de cette mesure.

Ce résultat se traduit-il par une augmentation de la couverture vaccinale ?

En 2003, 32.2% de la population était vaccinée contre la grippe contre 40.3% en 2013[57].

L'augmentation la plus forte touche les jeunes actifs (25-39 ans) *(Voir annexe 7)*:

- de 26.7%, 1 à 3 ans avant la modification législative à 29.1%, 6 ans après pour les 25-29 ans (soit une augmentation de 9.1%)
- de 29.4%, 1 à 3 ans avant la modification législative à 32.6%, 6 ans après pour les 30-34 ans (soit une augmentation de 10.9%)

- de 31.6%, 1 à 3 ans avant la modification législative à 34.5%, 6 ans après pour les 35-39 ans (soit une augmentation de 9.1%)

Au vu des résultats, les auteurs de l'étude ont évalué qu'approximativement 5,1 millions de patients supplémentaires (soit une augmentation de 5.5%) ont pu bénéficier du vaccin contre la grippe par rapport à un scénario où la législation n'autorisait pas le pharmacien à vacciner [57]. Nous pouvons voir les résultats détaillés de cette étude par tranche d'âge dans le tableau ci-dessous,

Table III. Estimated change in influenza vaccinations for adults in 2013 associated with state legislation to allow pharmacist-administered influenza vaccine, in total and according to age category.

Age Category	Actual Influenza Vaccination Rate 2013, %	Predicted Influenza Vaccination Rate if No 2003-2013 Legislative Changes Permitting Pharmacist-Administered Influenza Vaccines 2013, %	Total Population 2013 (thousands)	Total Extra Influenza Vaccinations in 2013 Associated With 2003–2013 Legislative Changes Permitting Pharmacist-Administered Influenza Vaccines (thousands)	Percent Increase in Seasonal Influenza Immunizations Associated With 2003–2013 Legislative Changes Permitting Pharmacist-Administered Influenza Vaccines
All adults	40.3%	38.2	246,064	5,190	5.5
Age category, y					
18–24	27.9%	27.7	28,343	79	1.0
25–29	27.8%	26.7	17,957	187	3.9
30–34	31.1%	29.4	28,219	492	5.9
35–39	34.0%	31.6	17,297	415	7.6
40–44	34.0%	32.3	23,307	411	5.5
45–49	36.2%	34.6	19,146	292	4.4
50–54	39.1%	38.3	25,294	212	2.2
55–59	43.9%	42.9	19,780	202	2.4
60–64	48.6%	47.7	19,429	182	2.0
65–69	57.2%	55.9	14,305	186	2.3
70–74	61.7%	60.6	11,568	129	1.8
≥75	65.0%	64.9	19,782	30	0.2

The predicted influenza vaccination rate if no 2003 to 2013 legislative changes permitting pharmacist-administered influenza vaccines is the 2013 adjusted influenza immunization rate for each age group for 1 to 3 years before a legislative change (see Table II). Total populations are for the entire 50 states plus Washington, DC, Behavioral Risk Factor Surveillance System landline files. The total extra vaccinations are equal to the difference in actual versus predicted vaccination rates multiplied by the total population in that age category.

Tableau 22 : Estimation du gain de couverture vaccinale en 2013 grâce à l'autorisation de vacciner pour le pharmacien[57]

Cette étude est même allée plus loin en extrapolant les résultats pour déterminer le nombre d'infections évitées.

Ils estiment, d'après les résultats d'une autre étude[58], que 3.5% des adultes et 15.2% des enfants sont touchés par la grippe dans la population non vaccinée. En partant du principe que l'efficacité du vaccin est de 45% en moyenne, les auteurs arrivent à la conclusion que 81 000 infections par la grippe ont été évitées. Ces résultats permettent d'alléger la pression sur le système de santé américain et surtout dans les hôpitaux.

Ces études rétrospectives ont permis de démontrer l'apport significatif du pharmacien dans le domaine de la vaccination antigrippale.

De nombreuses études, y compris celles citées plus haut, le démontrent pour la grippe car elle a lieu tous les ans et permet d'avoir facilement des comptes rendus et résultats. Mais quand est-il des autres vaccins ?

Prenons le cas du vaccin pneumococcique. Dans une étude parue en 2011, il était question d'étudier la quantité de personnes recevant le vaccin pneumococcique après s'être fait détecter par le pharmacien comme personnes à haut risque d'infection lors de la délivrance du vaccin contre la grippe.

Dans les cas de prise en charge dites ''traditionnelles'', seuls 2.90% des patients considérés à risque se font vacciner contre les deux maladies.

Or, dans le cas où les pharmaciens vaccinent, ce taux monte à 4.88%. Cela peut s'expliquer par une capacité plus importante du pharmacien à détecter les patients à haut risque grâce à leur historique médicamenteux et personnel[59].

Cette donnée montre l'importance de l'apport du pharmacien dans la détection des personnes à risque et son rôle de prévention.

Par ailleurs, dans une autre étude parue en 2013, des résultats similaires ont pu être observés[60]. Dans cette dernière, les auteurs prenaient en compte uniquement les primo-vaccinants contre la grippe. Les pharmaciens effectuaient alors une recherche de l'historique vaccinal des patients tout en évaluant leur niveau de risque vis-à-vis des infections pulmonaires et du Zona.

Au total, 53 000 patients ont été sélectionnés pour cette étude et 46 257 ont permis d'incrémenter les résultats car 6 743 d'entre eux ne possédaient pas d'historique suffisamment étoffé permettant une interprétation de leurs risques.

Parmi ces personnes, 30,3% étaient des malades chroniques (anémies, insuffisance hépatique, insuffisance rénale…)

Concernant les répartitions des personnes à risque, nous avons :

- 30 966 (soit 66.9%) des patients qui étaient à haut risque pour des infections à pneumocoque
- 27 190 (soit 58.8%) qui étaient considérés comme à haut risque de Zona

	Pneumococcal Disease				Herpes zoster			
	n states	n patients	High-risk patients	Vaccinated	n states	n patients	Hi-risk patients	Vaccinated
Authorized	41	34,535	22,565	1493 (6.6%)	36	31,639	17,876	587 (3.3%)
Authorized with Rx	8	6337	4310	109 (2.5%)	11	7601	4538	127 (2.8%)
Pharmacist not authorized[a]	2	5385	4091	115 (2.8%)	4	7017	4776	50 (1.0%)
TOTAL	**51[b]**	**46,257**	**30,966**	**1717**	**51[b]**	**46,257**	**27,190**	**764**

Tableau 23 : Proportion des patients à risque vaccinés car le Zona et le pneumocoque[59]

Dans le tableau ci-dessus, nous observons une augmentation de la couverture vaccinale significative concernant ces 2 vaccins, entre les États autorisant le pharmacien à vacciner (''Authorized''), ceux l'autorisant uniquement avec une prescription nominative (''Authorized with Rx'') et ceux l'interdisant. Concernant le vaccin pneumococcique, nous voyons que la proportion de patients vaccinés passe de 2.8% à 6.6%. De la même manière, le vaccin contre le zona passe de 1.0% à 3.3%[60].

Si les États interdisant les pharmaciens à vacciner changeaient leur législation, il pourrait y avoir une augmentation de 148% de la couverture vaccinale contre les infections à pneumocoque et de 77% contre le zona[60].

	n patients[a]	% high-risk[b]	High-risk Patients	% Vaccinated[b]	Vaccinated	Additional Opportunity[c]
Pneumococcal disease						
Authorized	3,931,244	65.3%	2,568,656	6.6%	169,954	NA
Authorized with Rx	701,603	68.0%	477,183	2.5%	12,068	19,505
Pharmacist not authorized[d]	642,212	76.0%	487,890	2.8%	13,715	18,566
Total	**5,275,059**		**3,533,729**		**195,737**	**38,071**
Herpes zoster						
Authorized	3,586,215	56.5%	2,026,208	3.3%	66,535	NA
Authorized with Rx	836,393	59.7%	499,349	2.8%	13,975	2423
Pharmacist not authorized[d]	852,451	68.1%	580,206	1.0%	6074	12,978
Total	**5,275,059**		**3,105,763**		**86,584**	**15,401**

Tableau 24 : Estimation du nombre de personnes supplémentaires pouvant se faire vacciner[60]

Ces résultats sont des extrapolations et restent des études se faisant à posteriori. Néanmoins une tendance en faveur de la vaccination des pharmaciens n'est pas négligeable.

Concernant les Etats-Unis, il est indéniable que les officinaux ont apporté une réelle plus-value concernant les augmentations de couverture vaccinale, particulièrement contre la grippe. De ce fait, ils participent pleinement à la réalisation des objectifs du ''Healthy people 2020 Targets''. Cependant, des études plus approfondies doivent nécessairement être menées afin de déterminer l'impact réel des pharmaciens concernant les autres vaccins. Des études annuelles peuvent être faites sur le vaccin de la grippe mais pour les autres, cela reste difficile à mettre en place. Nous pouvons tout de même supposer qu'en offrant la possibilité aux patients de se faire

vacciner dans d'autres lieux, plus faciles d'accès et plus adaptés à leur rythme de vie, la couverture vaccinale devrait augmenter.

III. Irlande

A. Contexte

En Irlande, comme dans l'ensemble des pays occidentaux, nous nous rendons compte que la population vieillit de plus en plus ce qui nécessite des moyens importants. Devant cette augmentation rapide de la demande de soins, aussi bien en termes de volume, de coût que de complexité, une approche pluridisciplinaire est nécessaire pour améliorer la prise en charge des patients tout en limitant la charge financière.

Afin de pallier ces problèmes, le gouvernement irlandais a décidé de réformer son système de santé en profondeur pour impliquer le patient dans sa prise en charge, accompagner les personnes atteintes de pathologies chroniques, favoriser la prise en charge à domicile, etc…

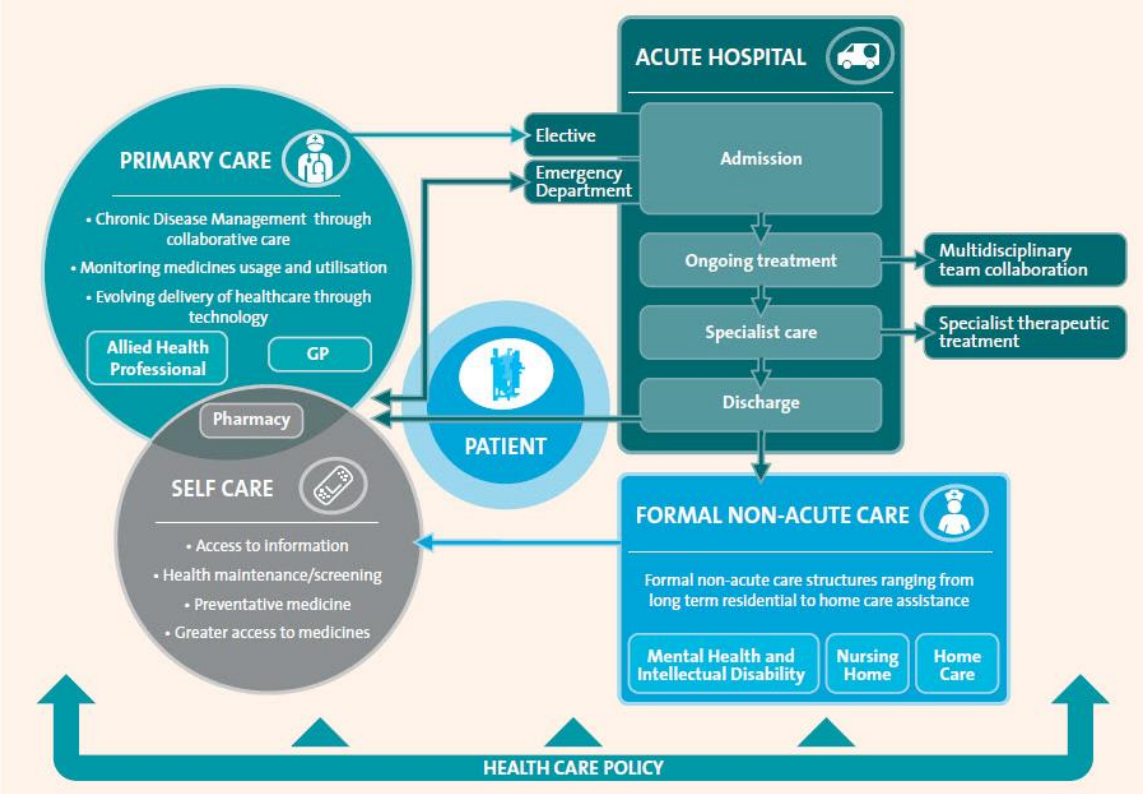

Figure 18 : Schématisation du système de santé Irlandais[29]

En Irlande, l'ensemble de la population est enregistré dans le système de santé publique géré par le HSE (Health Service Executive). Certains services sont remboursés à 100% comme la maternité, et l'hospitalisation des enfants de moins de 6 mois. Le reste de la prise en charge dépend de l'âge, de la pathologie et des moyens des patients concernés. Pour la majorité des gens, une assurance complémentaire est nécessaire afin de couvrir les frais de santé.

Le pharmacien d'officine est le professionnel de santé le plus accessible ce qui fait de lui un atout essentiel pour mettre en place cette politique. En Irlande, 2 millions de personnes visitent une pharmacie tous les mois, ce qui représente quasiment la moitié de sa population[29].

Le ''Pharmacy Act 2007'' donne le devoir à la Pharmaceutical Society of Ireland de ''prendre les mesures nécessaires pour améliorer le métier de pharmacien''. Pour ce faire, ce-dernier établit un rapport permettant d'examiner les pistes de développement du métier de pharmacien[29].

La nécessité de réforme provient principalement du vieillissement de la population entraînant une part de plus en plus importante de détenteur d'une ''medical card''. Cette dernière permet des remboursements à 100% dans certains domaines comme par exemple :

- visites chez le médecin généraliste (sous réserve que le médecin soit spécifié dans le contrat avec la HSE de la région)
- médicaments sur ordonnance (charge de 2,50€) ainsi que sur les appareils de santé
- soins dentaires, ophtalmologiques et auditifs
- soins hospitaliers dans les hôpitaux publics

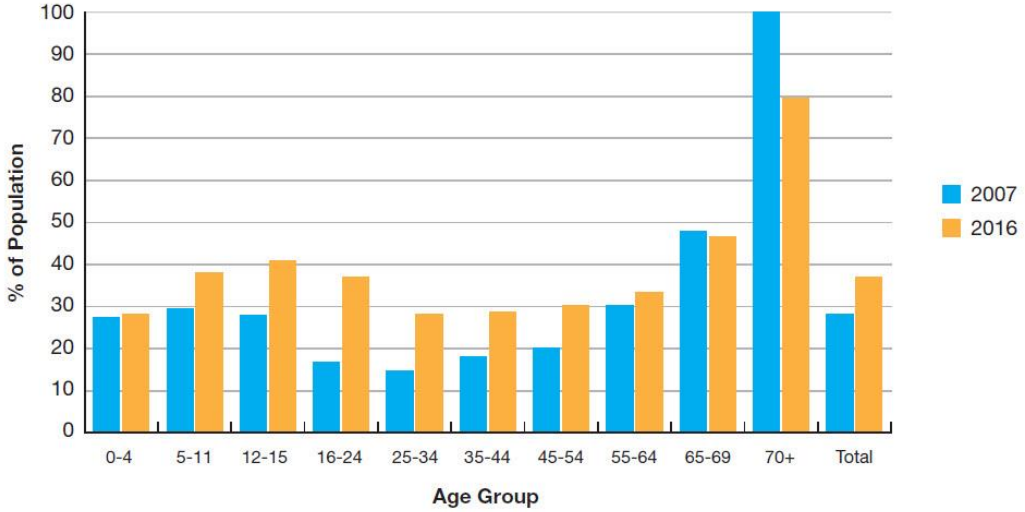

Figure 19 : Pourcentage de la population Irlandaise avec une ''medical card''[61]

Ci-dessus, nous pouvons voir que les détenteurs d'une ''medical card'' sont passés de 29% de l'ensemble de la population à près de 38% en 9 ans. Ceci traduisant une forte augmentation des coûts dû à la santé.

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015 A	2016 A	% Change 2007 -2016	% Change 2015 -2016
Total Public Non-Capital Expenditure on Health	13,100	13,935	14,431	13,818	13,181	13,218	13,084	13,276	13,889	14,562	11.2	4.8
Public Non-Capital Expenditure on Health (excluding treatment benefits)	13,000	13,828	14,321	13,762	13,156	13,197	13,063	13,246	13,856	14,529	11.8	4.9
Total Public Capital Expenditure on Health	585	598	447	366	347	350	347	386	398	414	-29.2	4.0
Total Public Expenditure	13,685	14,533	14,878	14,184	13,528	13,568	13,431	13,662	14,287	14,976	9.4	4.8

Tableau 25 : Evolution des dépenses de santé en Irlande[61]

Une des pistes pour faire des économies est donc de permettre au pharmacien de pouvoir vacciner contre la grippe pour limiter les coûts d'hospitalisations des personnes âgées.

A noter que dans le système de santé irlandais, les vaccins sont fournis par le HSE Natinal Cold Chain Service. Ceci limite l'approvisionnement des officines car les livraisons ne se font pas de manière journalière mais peuvent au contraire prendre plusieurs jours avant réception. Par ailleurs, la vaccination grippale peut se faire aussi bien chez le médecin généraliste que sur certains lieux de travail. L'autorisation a été donnée aux pharmaciens en octobre 2011[78] puis s'est étendue en octobre 2015 au vaccin pneumococcique et au vaccin contre le Zona[79]. En pratique, comment cette mesure s'est traduite et quelles ont été les résultats de cette autorisation ?

B. Mise en place pratique

Afin de pouvoir être autorisé à vacciner, le pharmacien devait répondre à plusieurs critères d'ordres législatifs[62] ; il doit :

- Satisfaire l'ensemble des conditions de stockage, délivrance…
- Avoir suivi une formation à la vaccination agréée par le PSI
- Posséder une pièce de consultation conforme à la législation en vigueur.

Par ailleurs, il lui est nécessaire de mettre à jour ses connaissances via le CPD (Continuing professional development) et faire une nouvelle certification chaque nouvelle saison.

En ce qui concerne la formation à proprement parler, elle permet aux officinaux d'injecter 3 vaccins (Grippe, Zona et Pneumococcique) ainsi que 5 médicaments dans des cas où la vie du patient est en danger (Adrénaline, Salbutamol, Trinitrine, Glucagon, Naloxone) Cette dernière est répartie en modules spécifiques à chaque vaccin et médicament mais la base reste la même pour tous. Certains se font en face à face et d'autres se font en ligne (gratuit pour les pharmaciens inscrits à l'Ordre). Par exemple, le CPR (Cardiopulmonary Resuscitation) est obligatoirement en face à face tout comme le ''medicine administration''. Ceci est facilement

compréhensible du fait de gestes techniques à effectuer. Ces acquis sont valables 2 ans et doivent donc être renouvelés régulièrement.

Required Training Course

			CPR Adults & Children	Medicines Administration (Parenteral)	Responding to an Emergency Situation & Management of Anaphylaxis (RESMA)	Delivery of a Vaccination Service	Medicine / Vaccine Specific Module
	Validity of Certificate		As stated by training provider (usually 2 years)	Self-Assessment – see course description	2 Years	2 Years	2 Years (except for seasonal influenza – see note below)
Emergency Medicines	Adrenaline auto-injector		✓		✓		
	Adrenaline (in other forms)		✓	✓	✓		
	Naloxone injection		✓		✓		✓
	Glucagon injection		✓	✓	✓		✓
	Salbutamol inhaler		✓		✓		✓
	Glyceryl Trinitrate spray		✓		✓		✓
Vaccines	Seasonal Influenza	Experienced	✓		✓		✓
		New/Other	✓	✓	✓	✓	✓
	Pneumococcal Polysaccharide	Experienced	✓	✓	✓		✓
		New/Other	✓	✓	✓	✓	✓
	Herpes Zoster	Experienced	✓	✓	✓		✓
		New/Other	✓	✓	✓	✓	✓

Figure 20 : Résumé des formations nécessaires aux différents services Irlandais[62]

Dans le cas de la grippe, le pharmacien d'officine effectuant cette formation pour la première fois fait un travail préalable en lisant les modules concernés. Puis, durant une journée entière, il va expérimenter les gestes, s'informer sur la grippe et apprendre à détecter un choc anaphylactique. Cela correspond au ''Ab initio training for first time vaccinators''.

L'année suivante, l'officinal n'aura pas à refaire l'ensemble de la formation :

- ''Refresher Level 1 Training'' qui correspond à une étude personnelle des ressources en ligne avec un face-à-face sur une demi-journée. Ceci afin de se mettre à jour sur les informations concernant la grippe de la saison et sur l'administration de l'adrénaline.
- ''Refresher Level 2 Training'' qui ne nécessite qu'une révision des modules en ligne (Nécessité de 2 années consécutives de vaccination pour prétendre à ce niveau)

Une fois les pré-requis validés, comment se déroule la vaccination en elle-même ? La zone de consultation pour les patients doit posséder un espace adapté pour la vaccination. En outre le pharmacien doit :

- vérifier le nom du patient, sa date de naissance et son historique vaccinal,
- informer le patient à propos de la maladie contre laquelle il va être vacciné,
- rappeler les étapes de la vaccination et comment pallier aux effets indésirables les plus courants,
- s'assurer du consentement éclairé du patient,
- vérifier qu'il n'existe pas de contre-indications

La vaccination contre la grippe ne peut concerner que les patients âgés de plus de 18 ans. Une prescription n'est pas nécessaire et la personne recevant le vaccin doit rester dans la salle de consultation 15 minutes afin d'éviter les allergies et/ou choc anaphylactique.

Par ailleurs, il est nécessaire de garder une trace de cette vaccination. Cette-dernière sera conservé 8 ans par le pharmacien, et disponible dans l'officine les 2 premières années pour inspection. Une copie électronique sera remise sous les 7 jours au médecin généraliste du patient ainsi qu'au HSE.

Vaccination records	
Details recorded	Date of administration, patient's details: name, gender, date of birth, address and personal public service number (if provided); name, address and contact details of their GP (if provided). Vaccine details: name, dosage, expiry date, marketing authorisation and batch number. Vaccination administration details: pharmacist's name and registration number; address of the pharmacy premises where vaccine administered; administration date. Confirmation that consent was obtained from the patient prior to the administration of the product.
Record format	In a register kept for that purpose or if administration details are recorded electronically, there must be a daily print-out which is certified by the pharmacist(s) that administered the vaccine within 24 hours of making the printout.
Record requirement	Mandatory
Record storage	Records relating to the administration of the vaccine, and, if applicable, adrenaline following an anaphylactic reaction to a vaccine must be kept for two years at the pharmacy premises and available for inspection. Records must be stored securely and confidentially for a further 6 years. Information is recorded in a register kept for the purpose by the pharmacy owner; A national record of vaccinations administered by pharmacists is also retained by the HSE.
Record sharing	A copy of the vaccination record must be forwarded to the HSE and to the patient's GP (if details provided by patient); records are not usually shared between pharmacies but can be shared on request with the patient's consent.
Use of recorded information	Records can be retrieved by pharmacists to assess patients' vaccination status.
Minimum record keeping	8 years, 2 of which in the pharmacy premises

Figure 21 : Résumé des caractéristiques et exigences de l'enregistrement des patients[63]

Lors de la vaccination de la grippe, le pharmacien a 2 possibilités de facturation :

1) Via le National Immunisation Programme (NIP) qui prend en charge de manière gratuite les vaccins des personnes considérées comme à risque (Patients de plus de 65 ans, femmes enceintes, patients ayant une pathologie chroniques…). Le pharmacien devra réclamer le remboursement du vaccin et du geste vaccinale à la ''Primary Care Reimbursement Service'' qui fait partie du HSE (Health Service Executive, correspondant au système de santé Irlandais).

2) Si le patient n'est pas concerné par le remboursement, le pharmacien est autorisé à facturer le vaccin ainsi que le geste à la personne demandeuse. Le montant fixé étant à la libre appréciation de l'officine.

Concernant le vaccin pneumococcique, le pharmacien est autorisé à l'effectuer au même moment que le vaccin contre la grippe mais hors du NIP ce qui oblige le patient à régler le vaccin et le geste.

Enfin, concernant le Zona, le pharmacien peut l'effectuer uniquement dans une sphère ''privé''. C'est-à-dire que les personnes désirant se faire vacciner doivent payer les frais. Ce vaccin se faisant par voie Sous-Cutanée, il est nécessaire de suivre une formation particulière avec un geste différent des 2 vaccins ci-dessus.

C. Résultats

En Irlande, la grippe tue de 200 à 500 personnes par an en moyenne[(68)]. Ce chiffre pouvant monter à 1000 dans les années où la souche du vaccin diffère avec celle se déclarant lors de l'épidémie. L'objectif est de 75% de couverture vaccinale pour les patients à risque.

Depuis la modification de la législation en 2011, les pharmaciens ont participé au plan annuel de la HSE pour la vaccination contre la grippe.

Tous les ans, après la fin de la campagne de vaccination, le PSI entreprend une étude sur la vaccination grippale dans les pharmacies. Les objectifs de ces études sont multiples:

- obtenir un retour concernant ce service de la part des professionnels de santé proposant ce-dernier dans leurs officines
- s'assurer que ce service se fait
- identifier les pistes d'améliorations pouvant être entreprises pour l'année suivante

Nous allons prendre les résultats de 3 saisons afin de se rendre compte de l'évolution de cette pratique.

Lors de la saison 2012/2013, un total de 18 358 patients se sont fait vacciner en officine. Ce qui correspond à une augmentation de 99% par rapport à l'année précédente malgré un problème de dosage ayant conduit à l'injection d'une deuxième dose[(64)(66)].

En effet, la saison précédente étant la première pour la profession, les pharmaciens désirant vacciner la population ont suivi une formation validante que plusieurs organismes proposaient. Cependant, ces formations n'étaient pas homogènes ce qui a conduit à des informations différentes selon l'organisme. Ces disparités ont conduit certains patients à être sous dosés. Pour pallier cette problématique, les personnes présentant ce sous dosage se sont fait injecter une seconde dose pour permettre une protection efficace.

Afin que ceci ne se reproduise pas, les organismes ont dû harmoniser leurs formations pour permettre une prise en charge la plus sécuritaire possible.

Suite à cela, il aurait été logique de remarquer une certaine hésitation de la part de la population.

Or, le nombre de personnes plébiscitant ce service a doublé d'une année à l'autre. Ceci démontrant l'engouement des patients Irlandais pour ce service.

Par ailleurs, sur ces 18 358 patients vaccinés par les pharmaciens, 27% d'entre eux, n'avaient jamais été vaccinés. Mais plus important encore, 80% de ces primo-vaccinant étaient des personnes à haut-risque[(64)].

Les points forts soulevés par les patients concernant cette mission ont été l'accessibilité, la flexibilité et la diminution du coût. Par ailleurs, ils ont été sensibles au fait que le pharmacien leur expliquait la procédure, les risques mais aussi la maladie en elle-même.

Cette approche didactique a tendu à rendre le patient plus acteur de sa prise en charge. Le fait de faire patienter ces derniers durant 15 minutes après l'injection les a également rassurés.

Durant cette saison, 39 cas d'effets indésirables dus aux vaccins ont été recensés dont 8 par des pharmaciens. Ces effets secondaires étaient pour la plupart attendus (fièvre, douleur au point d'injection…). Aucun cas de choc anaphylactique n'a été observé cette saison[(64)].

Malgré une certaine hésitation d'une partie de la profession devant ce nouveau service (appréhension vis-à-vis des autres professionnels de santé, difficulté de mise en place, temps alloués trop important…), il est évident que la vaccination grippale par les pharmaciens était sur de bons rails.

Après questionnement des officinaux sur les développements à apporter, ils plébiscitent la possibilité d'effectuer d'autres vaccins comme le pneumocoque ou bien le Zona, mais regrettent de ne pouvoir vacciner dans les maisons de soins, ou encore expriment leur volonté de faire les vaccins pour les personnes partant en voyage. Il est à noter que les officinaux sont contre la vaccination pour les enfants de moins de 18 ans.

Malgré ces bons débuts, le nombre de personnes vaccinées n'étaient pas encore suffisant pour attester de la réussite de cette mission. De plus, il était nécessaire de rassembler davantage d'avis pour connaître les possibles améliorations à apporter. C'est pourquoi les rapports suivants sont devenus plus approfondis.

En 2013-2014, 85% des patients vaccinés en pharmacie et qui n'avaient jamais été vaccinés auparavant faisaient partie des personnes à risque[(63)].

Durant la saison 2014-2015, 53 047 patients se sont fait vacciner en pharmacie. 24 363 des patients recevant l'injection étaient éligibles au remboursement. La répartition de ces-derniers s'est faîte de manière assez égalitaire à travers le pays[(67)].

A noter que sur le total de personnes vaccinées, 23% n'avait jamais été vaccinées avant et que parmi ces-dernières, 83% était considérées comme à risque[67]. Ceci confirme la capacité du pharmacien à toucher des populations qui jusque-là n'allaient pas chez leur médecin généraliste ou bien ne se faisaient pas vacciner à cause du prix, du délai ou d'autres raisons comme exprimé dans le tableau ci-dessous.

	Overall ≥18 years (%)	50-64 years (%)	≥65 years (%)
Reasons for receiving vaccine			
Vaccination decreases my risk of getting influenza	22.9	22.6	24.9
Doctor recommended it	34.9	31.6	44.4
Always get the vaccine	36.8	34.9	45.3
Reasons for NOT receiving vaccine			
No particular reason	40.4	36.9	32.7
Don't like vaccinations	15.1	16.0	20.8
Better to build natural immunity against influenza	13.5	14.6	15.5
Not offered vaccine	9.0	8.1	7.1
Don't have chronic medical condition	18.6	16.2	10.1
Influenza vaccine can cause influenza	6.6	5.8	12.5

Tableau 26 : Raisons avancées par les patients concernant la vaccination[68]

Suite à ces résultats, le PSI a effectué des entretiens téléphoniques auprès de 35 patients randomisés. Parmi ces-derniers, 89% avaient été vaccinés l'an passé. Les professionnels de santé les ayant vaccinés les années précédentes étaient divers[67]:

- 39% par des pharmaciens
- 39% par leur médecin généraliste
- 3% par une infirmière
- 18% par les 3

La question suivante avait pour objectif de connaître les raisons les ayant poussés à se faire vacciner en pharmacie. La première raison pour 83% d'entre eux était la facilité (pharmacies ouvertes sur de longues plages horaires, rapidité, adapté à leurs horaires de travail). La deuxième raison la plus souvent citée était le coût moindre par rapport au prix pratiqué chez leur généraliste[67].

Pour finir, il leur était demandé d'évaluer leur expérience. 97% se sont considérés comme très satisfaits[67].

Devant le faible nombre de personnes interrogées, il n'a pas été possible d'extrapoler les résultats. Mais il a été nécessaire de conduire une étude un peu plus loin en incluant un nombre plus important de patients l'année suivante.

Concernant les retours de pharmaciens, ils ont été globalement bons. Ils ont toutefois fait états de quelques scories :

- manque d'information aux patients quant à la possibilité de se faire vacciner en officine,
- difficultés de se procurer le vaccin courant février,
- livraisons toutes les 2 semaines par le HSE National Cold Chain Service ce qui ne permet pas une offre de service optimale des pharmaciens,
- nécessité de commander d'importants stocks de vaccins ce qui réduit drastiquement les capacités de stockage de l'officine,
- poids administratif conséquent dû à l'obligation de prévenir sous les 7 jours le médecin généraliste.

Enfin, pour la saison 2015-2016, 62 514 patients ont reçus une injection par le pharmacien. Ce qui a représenté une augmentation de 18% par rapport à la saison précédente[63]. Sur ces 62 514 personnes, 13% n'avaient jamais été vaccinés et parmi ceux-ci, 96% étaient considérés comme à risque[63].

Suite à la demande de la PSI, une étude randomisée avec davantage de participants a eu lieu durant cette saison. Elle a regroupé 374 répondants s'étant fait vacciner en officine.

La première question cherchait à connaître le lieu de vaccination qu'ils avaient utilisée l'année précédente. Plusieurs réponses étaient possibles ce qui explique les pourcentages.

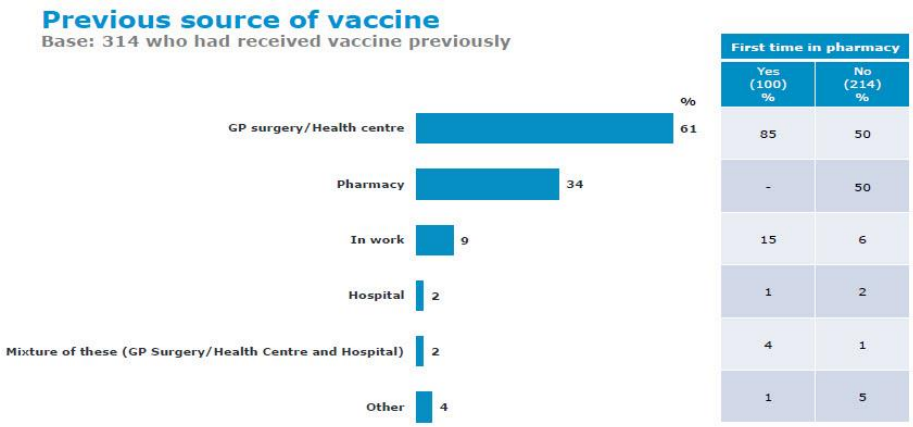

Figure 22 : Précédente source de vaccination[65]

Nous observons que la majorité des patients se faisaient vacciner dans des centres de soins ou chez leurs médecins généralistes. Nous pouvons également voir qu'une part non négligeable

(9%) profite de la possibilité qui leur est offerte de se faire vacciner sur leurs lieux de travail. Par ailleurs, concernant les patients s'étant déjà fait vacciner en pharmacie, nous remarquons qu'ils vont à parts égales en pharmacie et chez leur médecin. Ceci nous permet de dire que ce service permet d'alléger la part de travail des médecins, surchargés durant cette période.

La seconde question cherchait à connaître les raisons pour lesquelles ils étaient allés en pharmacie pour se faire vacciner. Ceci afin de déterminer quels étaient les points forts de ce service.

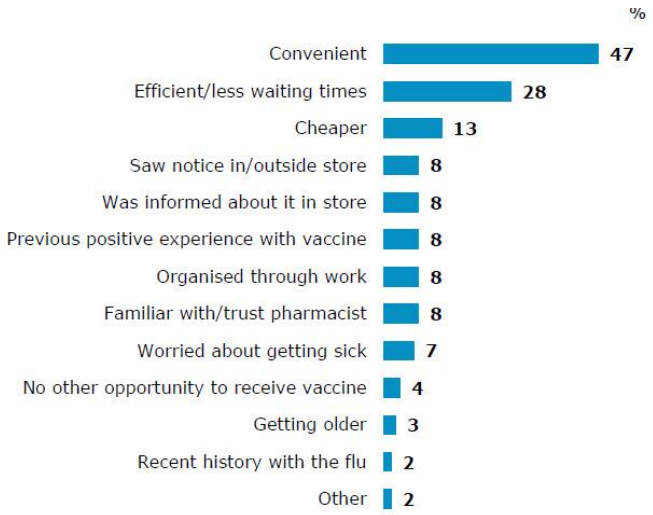

Figure 23 : Les raisons avancées par les patients justifiant leur vaccination en officine[65]

Comme les années précédentes, la facilité, la rapidité et le coût moindre ont été mis en avant par les patients pour expliquer leur choix. Devant des rendez-vous chez le médecin pouvant prendre plusieurs heures durant l'hiver, l'officine leur offre un choix plus rapide et moins coûteux pour se faire vacciner. Il a été ensuite intéressant de voir quels étaient les facteurs déterminants par ordre d'importance. D'après le tableau ci-dessous, nous pouvons nous rendre compte que la facilité et la rapidité pour avoir l'injection sont des facteurs clés pour la vaccination en officine. Ce qui fait la différence avec leurs médecins généralistes reste la possibilité de venir sans rendez-vous en pharmacie pour se faire vacciner. Outre l'aspect pratique de la méthode, elle laisse le patient gérer ses disponibilités pour venir au moment de son choix. Par ailleurs, la localisation de la pharmacie et la confiance dans la relation patient-pharmacien sont aussi des critères importants pour l'injection. Tout cela tend à démontrer que l'adaptation de l'offre de soins au mode de vie des patients permet d'augmenter la couverture vaccinale et de pouvoir toucher des personnes qui ne l'étaient pas auparavant.

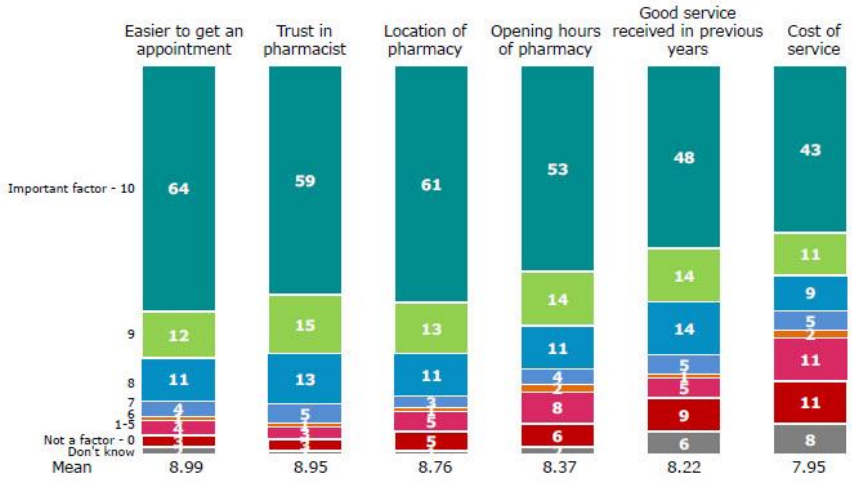

Figure 24 : Facteurs déterminants pour la vaccination en pharmacie par ordre d'importance[65]

Suite à ces entretiens, 99% (371 patients sur 374) des personnes interrogées ont affirmé qu'elles se feraient vacciner en pharmacie l'année suivante[65]. Puisque l'injection du vaccin contre la grippe était une nouvelle mission donnée aux officinaux irlandais, il était également intéressant de voir si les patients plébiscitaient d'autres services à mettre en œuvre.

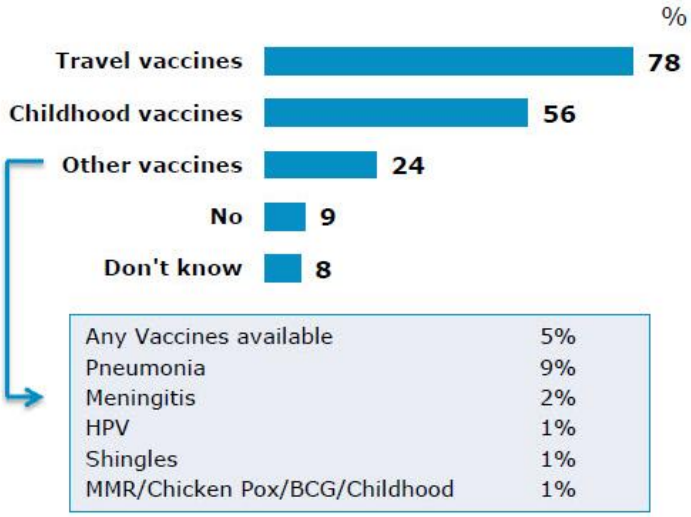

Figure 25 : Autres vaccinations désirées par les patients en officine[65]

Concernant les vaccins, les irlandais sont plutôt favorables à l'injection des vaccins nécessaires en cas de voyage à l'étranger. Contrairement aux pharmaciens, plus de la moitié des patients suggèrent les vaccinations infantiles alors que nous avons vu précédemment que les officinaux ne se sentent pas prêts à effectuer ces gestes.

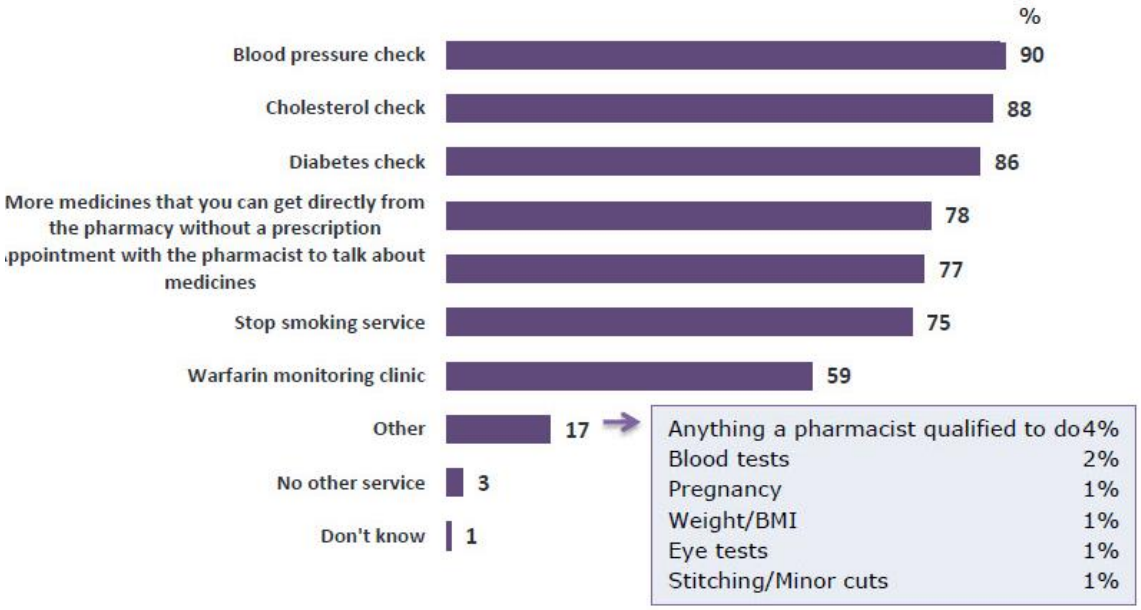

Figure 26 : Autres services désirées par les patients en pharmacie[65]

Enfin, lorsque la question d'autres services potentiels pour le pharmacien est soulevée, les patients se montrent très enthousiastes à l'idée d'autoriser les mesures tensionnelles, de cholestérol et de diabète. A noter que 78% des patients soulèvent l'idée d'une autorisation plus large de dispensation de médicaments par le pharmacien.

Le tableau ci-dessous résume les chiffres sur la vaccination en Irlande,

Année de la campagne de vaccination contre la grippe					
2011/2012	2012/2013	2013/2014	2014/2015	2015/2016	2016/2017
Nombre de patients vaccinés en pharmacie					
9 543	18 954	40 443	53 047	62 514	78 935
Pourcentage de patients n'ayant jamais été vaccinés					
-	27%	24%	23%	13%	-
Pourcentage de patients à risque vaccinés (parmi les primo-vaccinants)					
-	80%	85%	83%	96%	-
Pourcentage d'augmentation d'une saison à l'autre					
-	+99%	+113%	+31%	+18%	+26%

Tableau 27 : Résumé des chiffres de la vaccination contre la grippe en Irlande

IV. France

A. Contexte

Devant le vieillissement de la population et un coût du système de santé augmentant en conséquence, les gouvernements successifs tentent de freiner cette hausse en développant la médecine ambulatoire et en fixant des objectifs à ne pas dépasser (via l'ONDAM notamment).

En 2015, le système de santé Français revenait à 12% du PIB de la France. Cela place la France parmi les pays allouant le plus de ressources à la santé. Pour comparaison, l'Irlande y alloue 8.9% en 2016 et les Etats-Unis 17.1%[63]. *(Voir annexe 8)*

Son système repose sur une base de remboursement de la part de la Sécurité Sociale avec des complémentaires santés pouvant couvrir les frais restant à charge pour le patient. Depuis le 1er Janvier 2016, les entreprises sont dans l'obligation de fournir une mutuelle d'entreprise à leurs salariés (code de la sécurité sociale articles L911.1 à L911.8). Ceci permettant un accès aux soins plus faciles pour les personnes les plus défavorisées. Dans le cas des vaccins, ces-derniers sont pris en charge à 100% pour les populations ciblées par les recommandations.

Par exemple, le vaccin contre la grippe est pris en charge totalement pour les patients de plus de 65 ans, les asthmatiques, les femmes enceintes, les diabétiques, les patients atteints d'une affection de longue durée et les professionnels de santé en contact régulier avec des personnes à risque.

Une des pistes étudiées pour permettre la limitation de ces coûts est une amélioration de la couverture vaccinale et notamment de la grippe. En effet, cette dernière tue chaque année entre 4000 et 6000 personnes[69] avec des coûts hospitaliers lourds qui y sont associés. Ce nombre a atteint 18 300 décès lors de la saison 2014-2015 marquée par une surmortalité[70].

Depuis 2011, la couverture vaccinale ne cesse de chuter suite à la polémique sur le vaccin H1N1.

Saison	08-09	09-10	10-11	11-12	12-13	13-14	14-15	15-16	16-17
Moins de 65 ans à risque	39,4%	47,2%	37,2%	39,5%	39,1%	38,3%	37,5%	39,1%	-
65 ans et +	64,8%	63,9%	56,2%	55,2%	53,1%	51,9%	48,5%	50,8%	49,8%
TOTAL	58,7%	60,2%	51,8%	51,7%	50,1%	48,9%	46,1%	48,3 %	46,0%

Tableau 28 : Evolution de la couverture vaccinale contre la grippe en France[71]

L'objectif fixé par l'OMS est de 75% de couverture vaccinale contre la grippe. Nous voyons que la France possède encore une marge de progression très importante avant d'atteindre ce taux.

Une des pistes pouvant conduire à une augmentation serait de diversifier les professionnels de santé pouvant injecter ce vaccin. C'est en 2011 que le gouvernement a autorisé les infirmières à pouvoir vacciner les patients sans prescription médicale avec comme condition de ne pas être des primo-vaccinants.

Malgré cette ouverture, le taux de couverture continue de chuter pour atteindre son plus bas niveau depuis 9 ans à 46% en 2016-2017[(71)]. Cela entraîne chaque année entre 788 000 et 4,6 millions de consultations chez le médecin par des personnes présentant des syndromes grippaux dont 25% à 50% de jeunes de moins de 15 ans[(72)].

Afin d'endiguer cette chute, le gouvernement a décidé d'expérimenter la vaccination par les pharmaciens en 2017. Jusqu'à présent, le rôle du pharmacien concernant la vaccination était purement informatif vis-à-vis de la population. Il pouvait expliquer les bienfaits de la vaccination à ses patients, leur donner des dépliants afin de se renseigner ou encore faire le point avec eux à propos de leurs vaccins.

Le décret n° 2017-985 du 10 mai 2017 précise que l'expérimentation en cours peut avoir lieu dans un maximum de 4 régions. A l'heure actuelle, seules 2 régions ont été retenues pour cet essai (Nouvelle-Aquitaine et Auvergne Rhône-Alpes). L'avantage de celles-ci est de présenter des profils de population et de territoire suffisamment variés pour que ce soit représentatif de l'ensemble de la France (zones montagneuses, bords de mer, zones rurales et urbaines, désertification médicale…). Elles regroupent 11 millions d'habitants à elles 2, soit à peu près 16% de la population française totale.

Grâce à cette expérimentation menée sur 3 ans, une chance est donnée aux officinaux de démontrer le réel apport des pharmaciens pour la vaccination de la population.

B. Mise en place pratique

L'expérimentation, décidée en 2017 pour 3 ans, permet à certains docteurs en pharmacie de pouvoir vacciner des personnes spécifiquement ciblées. Avant de voir la mise en place à proprement parler, nous allons développer les obligations de formations et de démarches nécessaires pour être autorisé à vacciner.

En premier lieu, la démarche ne se fait que sur la base du volontariat. Seuls des pharmaciens d'officines (titulaires ou adjoints) peuvent prétendre à la possibilité de vacciner. Sont exclus les préparateurs en pharmacies, les étudiants et les pharmaciens remplaçants.

Par ailleurs, le pharmacien doit répondre à 2 conditions :

- de formation tout d'abord en ayant suivi le volet théorique (via internet ou en présentielle) et le volet pratique permettant d'effectuer le geste vaccinal à proprement parler. L'ensemble dure en moyenne une journée. Il est à noter que ces formations (conformes aux prérequis fixés par l'arrêté du 10 mai 2017 en application de l'article 66 de la loi n° 2016-1827 du 23 décembre 2016 de financement de la sécurité sociale pour 2017) peuvent être pris en charge par l'Agence nationale du développement professionnel continu. Au terme de cette journée, une attestation est remise aux officinaux les autorisant à déposer un dossier de candidature à l'ARS et une copie de ce dossier au CROP (Conseil régional de l'Ordre des Pharmaciens).
- d'organisation pratique ensuite en ayant des locaux adaptés. C'est-à-dire un espace de confidentialité sans accès possible aux médicaments, un ensemble d'équipements nécessaires à la bonne administration du vaccin (chaises, bureaux, point d'eau pour lavage des mains, un ordinateur pour vérifier que le patient est éligible à la vaccination par le pharmacien).

Une fois l'ensemble de ces conditions remplies, le pharmacien volontaire envoie un dossier de candidature à l'ARS et au CROP. Cette dernière comporte une attestation sur l'honneur que l'officine remplie les conditions nécessaires à l'expérimentation ainsi qu'un justificatif de suivi de formation.

L'autorisation de vacciner est donnée par l'ARS après l'avis du CROP sous les 2 mois. Passé ce délai, la demande est considérée comme acceptée.

Pour ce qui est de l'aspect pratique, comment et qui le pharmacien d'officine est habilité à vacciner ?

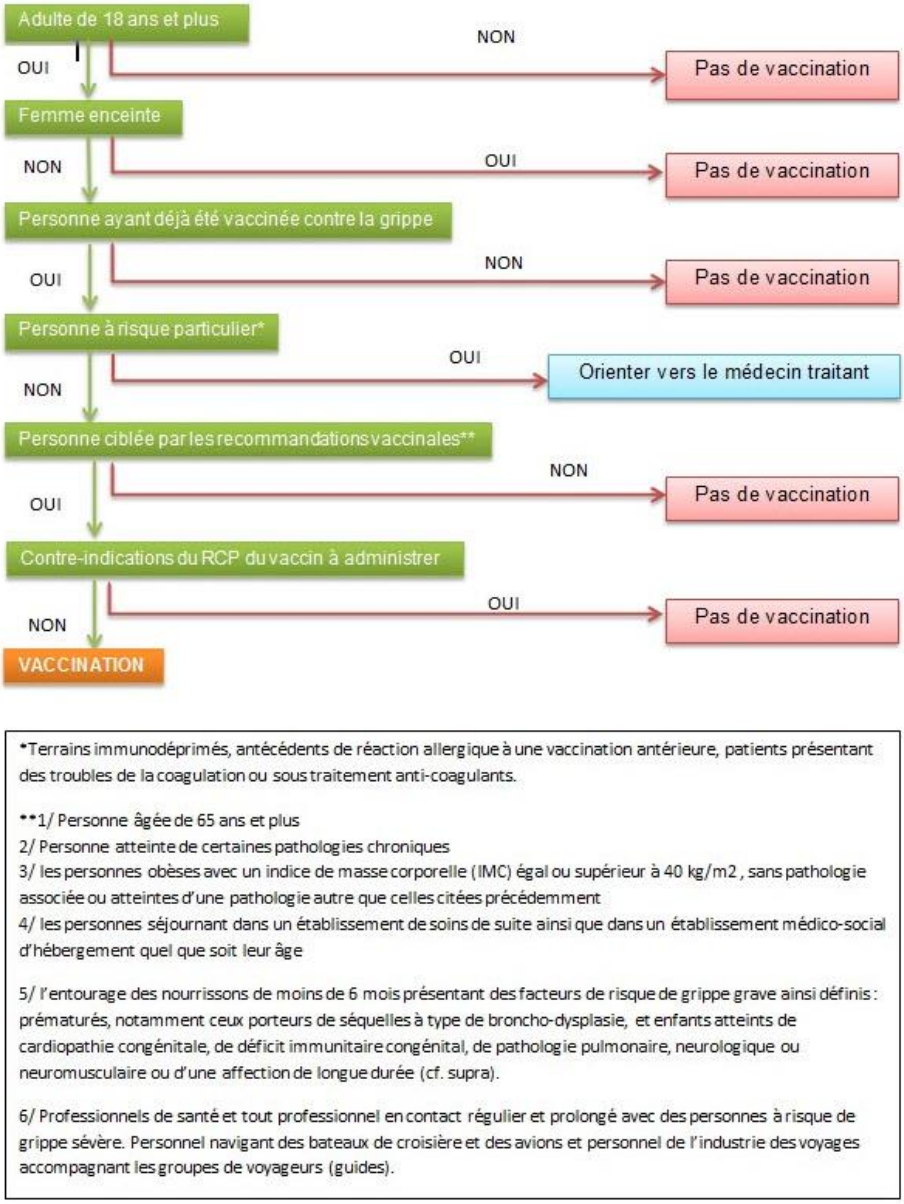

Figure 27 : Arbre décisionnel pour l'expérimentation de la vaccination contre la grippe en officine[73]

Comme nous pouvons le voir ci-dessus, la population ciblée pour la vaccination contre la grippe ne représente qu'une faible partie de la population. Par ailleurs, cette-dernière est sensiblement la même que celle visée par les médecins généralistes et par les infirmières.

Lorsque qu'une personne éligible fait la demande de vaccination, il est nécessaire de recueillir le consentement signé du patient.

Ensuite, le pharmacien doit effectuer plusieurs gestes et explications durant l'acte vaccinal :

- avant l'injection, il doit prévenir le patient des possibles effets secondaires du vaccin (légère fièvre, douleur au point d'injection…), sortir le vaccin du réfrigérateur, faire asseoir la personne, se laver les mains et désinfecter le point d'injection.

- au moment de l'injection, il doit effectuer l'acte en intra musculaire de manière préférentielle ou bien en sous cutanée.
- après la vaccination, il doit poser un pansement, évacuer les déchets conformément à la réglementation, garder le patient en observation 15 minutes pour vérifier l'absence de réaction. En cas de malaise du patient, il effectue les gestes de premiers secours et appelle le 15.

Au terme de ce geste, le pharmacien délivre une attestation de vaccination au patient comportant le nom et le numéro du vaccin. Par ailleurs, sauf opposition du patient, il doit prévenir le médecin traitant de la vaccination soit via messagerie sécurisée soit par incrémentation dans le DMP. S'il y a eu opposition, le patient s'engage personnellement à prévenir son médecin traitant.

Concernant la rémunération, l'officine touche un forfait de 100 euros après avoir atteint les 5 vaccinations. Par ailleurs, elle touche 4.50 euros par personne éligible vaccinée suite à une prescription médicale et 6.30 euros si le patient présente un bon de prise en charge de la sécurité sociale. Le versement se fait en fin de saison après avoir transmis le bilan d'activité vaccinale à l'ARS.

C. Résultats

Le 5 Mars 2018, 159 139 personnes se sont fait vacciner contre la grippe en pharmacie. Il y a eu 5 030 pharmaciens dans 2 809 officines (à peu près 50% des pharmacies en Nouvelle-Aquitaine et en Auvergne Rhône-Alpes) soit une moyenne de 56 patients par lieu de vaccination[(74)]. Cela représente, par exemple, une augmentation de 3,76% dans le seul département du Limousin[(75)].

Pour rappel, l'objectif de cette expérimentation pour la première année était de 30 000 à 40 000 bénéficiaires de ce service. Avec approximativement 160 000 personnes en ayant bénéficié, l'objectif est largement atteint. Cependant, ces résultats sont à nuancer. En effet, l'information la plus importante pour ce dispositif correspond au nombre de personnes vaccinées en officine qui ne l'aurait pas fait autrement. Par ailleurs, les chiffres détaillés par département seraient eux aussi intéressants à développer.

Dans la figure ci-dessous, nous pouvons voir l'évolution du taux de vaccination par département par rapport à l'an dernier

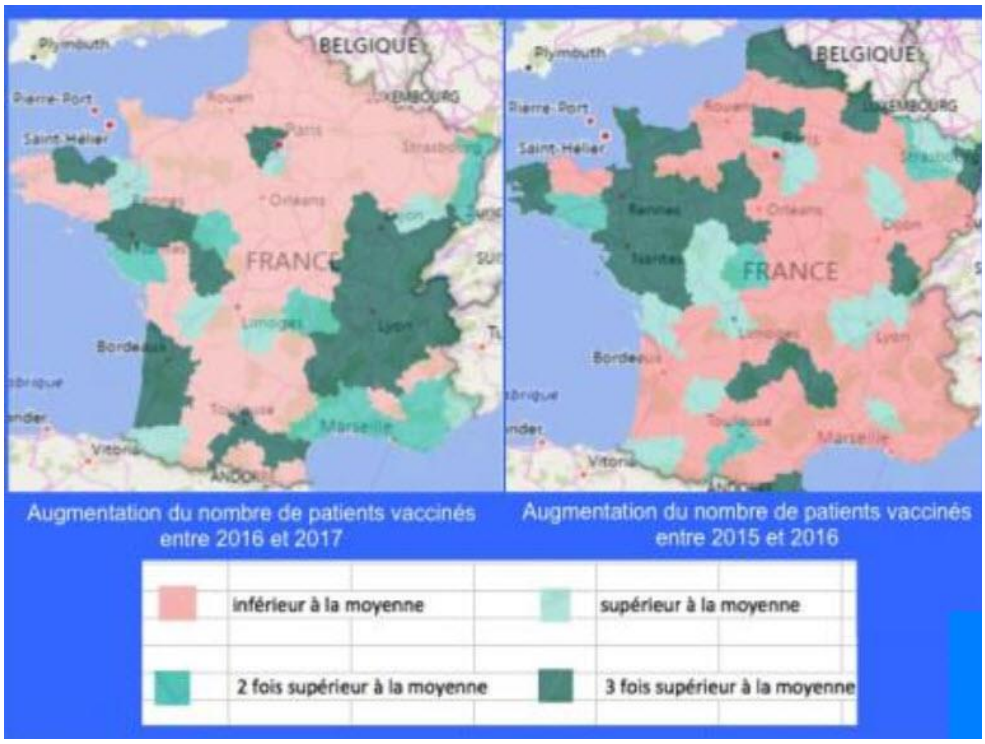

Figure 28 : Evolution du nombre de patients vaccinés par département[76]

Dans la figure ci-dessus, nous nous apercevons que l'augmentation de la couverture vaccinale a été plus forte dans les régions proposant la vaccination en officine par rapport à celles qui ne le proposaient pas. Or, il est difficile de dire que ce résultat est le seul fait de cette activité.

Lors de la stratégie nationale de santé 2018-2022 présentée par le gouvernement, le 26 Mars 2018, de nombreuses mesures concernant le pharmacien ont été avancées de manière directe ou indirecte. Parmi elles, la généralisation de la vaccination contre la grippe en officine dès 2019-2020. Ceci fait suite aux excellents résultats obtenus dès la première année.

En parallèle de cette volonté, l'ordre national des infirmiers (ONI) se positionne pour un élargissement des possibilités vaccinales données aux infirmières. Il demande la vaccination antigrippale à tous les adultes ainsi que l'élargissement à d'autres vaccins (ROR, DTP, etc…). Le président de l'ONI souligne de manière très juste que ''l'élargissement de la couverture vaccinale est un sujet trop important qui mérite de dépasser les logiques corporatistes''[77].

V. Conclusion

A travers ces exemples, nous avons pu nous rendre compte que la vaccination par le pharmacien est un succès dans les pays qui l'ont mise en place. Elle permet d'augmenter la couverture vaccinale mais aussi de faire des économies au système de santé. Cependant, il existe des freins évidents à son développement en France. Par exemple, l'interdiction de vacciner les primo-vaccinants et la population dîtes ''active'' tend à limiter l'augmentation de la couverture vaccinale. Certains pays, comme l'Irlande par exemple, permettent aux personnes le désirant de se faire vacciner en officine mais ne bénéficie pas de remboursement. Cette mesure, en plus d'apporter un geste technique au métier de pharmacien, permet de valoriser ses missions du pharmacien et surtout de prendre une place plus active dans la santé publique et dans les stratégies de prévention.

TROISIÈME PARTIE

La prise en charge des troubles mineurs par le pharmacien

I. Introduction

Dans la plupart des pays occidentaux, le nombre de médecins généralistes ne permet plus d'absorber la demande de soin croissante des populations. De fait, les malades se reportent sur l'hôpital afin de pouvoir se faire soigner, et plus particulièrement aux urgences. Avec comme résultat des délais d'attentes de plusieurs heures ainsi que des coûts importants pour l'hôpital.

Les services des urgences, devant l'afflux toujours grandissant de patients, ne peuvent plus assurer une prise en charge efficace et de qualité mais voient au plus rapide. Ceci entraîne une charge mentale conséquente pour les équipes soignantes et un coût financier très important pour la communauté.

Suite à ce constat, plusieurs mesures doivent voir le jour (y compris les infirmières de pratique avancée en cours de discussion en France) avec des objectifs qui varient mais, en fonction des juridictions, la base reste la même ; c'est-à-dire de réduire l'impact clinique et économique des consultations pour troubles mineurs.

Les évolutions du métier de pharmacien font partie d'un changement beaucoup plus large pour l'ensemble des professionnels de santé. Il est actuellement nécessaire de transformer les compétences et responsabilités de ces-derniers pour les utiliser au mieux et se recentrer sur le patient pour améliorer sa prise en charge.

Afin de pallier la pénurie programmée de médecins, certains pays anglo-saxons ont fait le choix de répartir les services médicaux et de diversifier les professionnels de santé de premier recours afin que les patients puissent avoir un accès aux soins plus rapide et de meilleure qualité.

Par exemple, nous avons les ''infirmières de pratique avancée'' au Canada qui peuvent, dans certains cas, effectuer des gestes cliniques médicaux, interpréter des résultats biologiques, et prescrire certains médicaments. Elles font partie de la réponse du gouvernement canadien à la pénurie importante des médecins de famille rencontrée depuis plusieurs années. Malgré ces avancées, les populations occidentales se retrouvent toujours face au problème d'accès aux soins.

C'est pour ces raisons que certains pays anglo-saxons ont fait le choix de donner la possibilité aux pharmaciens de traiter des affections mineures. Le Canada et l'Écosse font partie des pays ayant incorporé les pharmaciens dans leur prise en charge primaire.

D'autre pays, comme l'Irlande par exemple, ont mené des expérimentations dans ce sens pour déterminer si ce projet était viable et applicable dans leur propre pays.

Ce service pharmaceutique varie en fonction de l'approche souhaitée et peut prendre plusieurs formes :

- délivrance de topique et de traitement oral en post-hospitalisation,
- intervention en fonction du comportement des patients (délivrance de la pilule du lendemain par exemple),
- service de sevrage tabagique et alcoolique.

L'objectif de cette nouvelle mission est de pouvoir libérer du temps au médecin généraliste pour se consacrer pleinement à des cas plus complexes. Par ailleurs, le désengorgement des urgences fait partie des raisons de développement de ce service.

Cependant, il est à noter que les ''Minor Ailment Schemes'' (prise en charge des troubles mineurs par le pharmacien) peuvent permettre de prendre en charge des pathologies bégnines différentes suivant les pays. En règle général, le pharmacien peut délivrer des médicaments sans ordonnance, suivant ce service, pour des affections respiratoires, des pathologies du système nerveux central, pour des atteintes d'organes sensoriels (yeux, oreilles, et sphère ORL), des infections (virale, bactérienne et fongique) et des troubles du tractus urinaire. Le nombre de pathologies ciblées varient entre 15 et 35 en fonction des zones étudiées.

Par ailleurs, cette nouvelle mission permet d'offrir un choix plus large au patient pour sa prise en charge primaire ce qui a pour conséquence de le rendre plus responsable de sa santé.

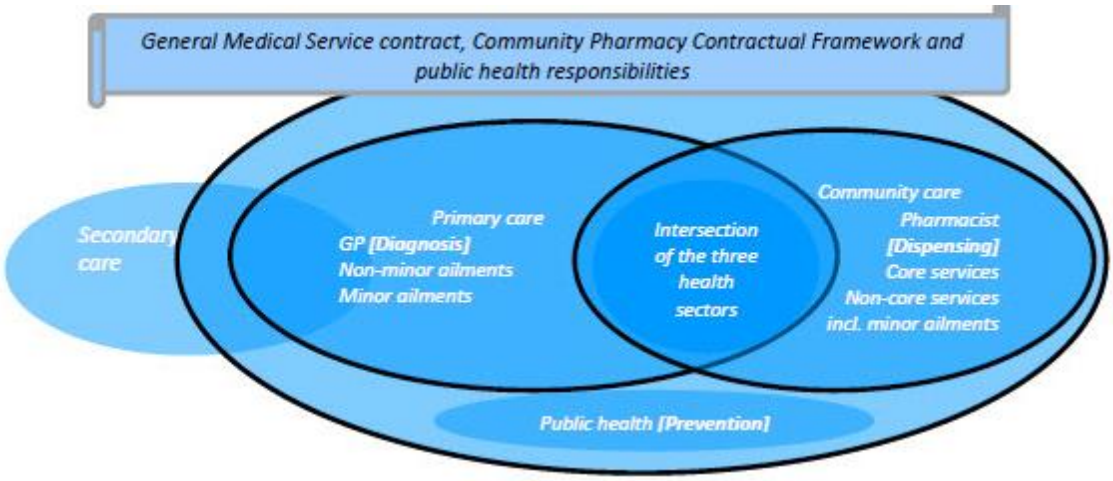

Figure 29 : Professionnels de santé et responsabilités dans le système de santé[80]

Nous allons prendre comme exemple le Canada et l'Écosse qui ont tous deux mis en place ce nouveau service depuis quelques années.

II. Canada

A. Contexte

Au Canada, le système de santé comprend le régime public d'assurance-maladie qui est un système de soins financé par l'État. A l'inverse de certains pays, le Canada ne possède pas de régime national unique, mais plutôt 13 régimes d'assurance-maladie provinciaux et territoriaux. Avec ce système, les résidents canadiens ont accès aux services médicaux et hospitaliers nécessaires sans avoir à débourser d'argent.

Le gouvernement fédéral et les gouvernements provinciaux et territoriaux se partagent les rôles et les responsabilités concernant les services de soins de santé.

Les canadiens se tournent le plus souvent vers les services de soins de santé primaires comme premier point d'accès au système de santé.

Les provinces canadiennes offrent aussi une couverture supplémentaire à certains groupes de personnes comme les personnes âgées, les enfants et les bénéficiaires d'aide sociale.

Cette couverture supplémentaire sert à payer les coûts de services de soins qui ne sont pas habituellement couverts par le système de santé. Ces services incluent :

- les soins de la vue,
- les soins dentaires,
- les médicaments sur ordonnance,
- les services ambulanciers,
- le soutien à domicile (soins à domicile).

Les personnes qui ne sont pas admissibles aux prestations supplémentaires des régimes gouvernementaux doivent payer pour ces services :

- soit directement de leur poche,
- ou bien au moyen de régimes d'assurance-maladie privés.

Cependant, il existe des différences d'accès aux soins en fonction des provinces. Prenons par exemple le nombre de canadiens suivis par un médecin de famille (équivalent à un médecin traitant en France). Dans le tableau ci-dessous, nous pouvons voir que la pénurie de médecins est variable selon les provinces canadiennes.

Si nous prenons l'exemple du Québec, nous observons que près de 25% des citoyens québécois se retrouvent sans médecin traitant en 2005. A l'inverse, en Nouvelle-Ecosse, seulement 5.4% des patients n'ont pas déclaré de médecin traitant[81].

Tableau 1. Population de 12 ans et plus sans médecin de famille au Canada, 2005

LOCATION	POPULATION TOTALE (000 000)	SANS MÉDECIN DE FAMILLE (%)	NOMBRE DE MÉDECINS DE FAMILLE (/100 000)*
Québec	7598	25,1	109
Alberta	3257	17,6	102
Manitoba	1178	16,1	94
Saskatchewan	994	15,7	89
Terre-Neuve/Labrador	516	12,8	99
Colombie-Britannique	4255	11,0	111
Ile du Prince Édouard	138	10,3	89
Ontario	12 541	8,9	85
Nouveau-Brunswick	752	6,7	102
Nouvelle-Écosse	938	5,4	118
Reste du Canada sans Québec	24 673	10,95	94
Canada	32 271	14,4	98

Tableau 29 : Population canadienne de 12 ans et plus sans médecin traitant en 2005[81]

Ces disparités peuvent s'expliquer d'une part par le nombre de médecins insuffisant au Canada (84 063 pour l'année 2016 soit 231 médecins pour 100 000 habitants[82] alors qu'en France il y a 434 médecins pour 100 000 habitants[83]) et d'autre part des dispositions réglementaires limitant le temps de présence des médecins en ville. En effet, les ''activités médicales particulières'' sont obligatoires pour les omnipraticiens et les obligent à passer un minimum de 12 heures de travail dans un centre hospitalier durant leur 20 premières années de pratique.

De plus, le temps d'attente avant une consultation auprès d'un médecin généraliste au Québec est de 2,4 jours alors que la moyenne canadienne est d'une seule journée. Le temps passé par un médecin avec un patient, par contre, est de 19,5 minutes au Québec alors que la moyenne canadienne est de 16 minutes[84].

Les patients canadiens font également beaucoup d'automédication. Par exemple, 55.4% d'entre eux en font avant une consultation chez un médecin et 21.5% en font tout même après une consultation[85].

Actuellement, la plupart des provinces canadiennes possèdent des lois autorisant les pharmaciens à prescrire mais suivant des degrés différents. Chaque province possède des réglementations et exigences particulières. Par conséquent, nous avons choisi de nous intéresser à la mise en place pratique et au contexte québécois. *(Voir annexe 12)*

Cependant, devant la mise en place assez récente de ce dispositif au Québec, les résultats étudiés se penchent sur 4 provinces :

- l'Alberta
- la Nouvelle-Ecosse
- le Saskatchewan
- l'Ontario

Le 20 Juin 2015, la Loi 41 (ou ''Loi modifiant la Loi sur la pharmacie'') est entrée en vigueur au Québec, dernière province canadienne à avoir accès à ce service. Elle permet au pharmacien de contribuer davantage au système de santé en lui octroyant de nouvelles missions[(86)(87)] :

- prolonger une ordonnance,
- prescrire des analyses de laboratoires,
- prescrire un médicament lorsqu'aucun diagnostic n'est requis,
- prescrire des médicaments pour certains troubles mineurs,
- ajuster l'ordonnance d'un médecin,
- substituer un médicament en cas de rupture d'approvisionnement,
- administrer un médicament afin d'en démontrer l'usage approprié.

Cependant, certaines activités nécessitent une formation supplémentaire (réglementaire ou théorique et pratique) pour pouvoir les exercer.

Afin de trouver une solution pérenne et viable pour le système de santé canadien, le gouvernement a donc décidé de s'appuyer sur les autres professionnels de santé et en particulier les pharmaciens qui sont les plus accessibles et les plus disponibles à travers le territoire grâce à un maillage efficace.

B. Mise en place pratique

Comme décrit ci-dessus, en fonction des nouvelles activités, une formation peut être requise.

- Activités pouvant être effectuées sans formation :
  - prolonger l'ordonnance d'un médecin,
  - prescrire un médicament lorsqu'aucun diagnostic n'est requis,
  - prescrire et interpréter des analyses de laboratoire aux fins du suivi de la thérapie médicamenteuse.

- Activités nécessitant une formation de type réglementaire :
    - ajuster l'ordonnance d'un médecin en modifiant la forme, la dose, la quantité ou la posologie d'un médicament prescrit,
    - substituer un médicament prescrit en cas de rupture d'approvisionnement complète,
    - prescrire des médicaments pour certains troubles mineurs dont le diagnostic et le traitement sont déjà connus.

- Activités nécessitant une formation théorique et pratique
    - administrer un médicament par voir orale, topique, sous-cutanée, intradermique ou intramusculaire, ou par inhalation afin d'en démontrer l'usage approprié.

Concernant la formation réglementaire, elle se déroule en auto-apprentissage via une plate-forme internet avec des vidéos en ligne[88]. Elle comptabilise un total de 5 heures et a pour objectifs de :

- décrire les aspects réglementaires, déontologiques et procéduraux relatifs aux activités nécessitant cette mise à niveau,
- identifier les situations dans lesquelles le pharmacien peut agir,
- énumérer les conditions et modalités entourant ces missions,
- appliquer une démarche structurée afin de prescrire un médicament, une analyse, pour ajuster ou prolonger une ordonnance et pour substituer un médicament prescrit,
- effectuer le suivi approprié des interventions réalisées.

Au terme de ces 5 heures, une évaluation certificative a lieu pour s'assurer de la validation des acquis. Pour participer à cette formation, le tarif s'élève à 294,52$ CAD[88].

En ce qui concerne la formation théorique et pratique, elle s'organise en 2 volets[89] :

- un volet théorique de 4 heures visant à définir les méthodes liées à l'administration, à identifier le matériel requis, à savoir reconnaître les symptômes anormaux ou indésirables suite à l'injection effectuée, et rédiger des notes au dossier du patient. Ce volet comprend un exposé magistral et des démonstrations. Un examen fera suite à cet apprentissage pour valider les connaissances et passer à la pratique,

- un volet pratique de 5 heures ayant pour objectifs de procéder à une appréciation pré-injection, à préparer un médicament injectable en respectant l'ordonnance, appliquer les principes et les étapes de chaque technique liée à l'administration de médicaments injectables par voie IM, SC et intradermique. Mais aussi à administrer un médicament selon la voie d'administration prescrite à des fins d'enseignements, informer le patient des effets indésirables possibles et à savoir reconnaître les symptômes anormaux ou indésirables suite à l'injection effectuée.

TITRE DE L'ACTIVITÉ	NOMBRE D'HEURES	NOMBRE DE MEMBRES L'AYANT SUIVIE EN 2016-2017	NOMBRE DE MEMBRES L'AYANT SUIVIE DEPUIS SON LANCEMENT
Le plan de prise en charge du patient (formation en autoapprentissage)	1	389	1 495
Votre code de déontologie : une boussole décisionnelle (formation en autoapprentissage)	1	69	69
De la surveillance à l'intervention : tout ce qu'il faut savoir sur l'anticoagulothérapie (formation en autoapprentissage et en présentiel)	5	1 062	1 062
Loi 41 : nouvelles activités du pharmacien (formation en autoapprentissage, obligatoire pour exercer les nouvelles activités)	5	591	8 940
La surveillance de la thérapie médicamenteuse et les analyses de laboratoire (formation en présentiel ou en webdiffusion)	6	227	3 443
Santé des patients âgés : en action pour une meilleure prise en charge (formation en présentiel ou en webdiffusion)	6	963	963
Loi 41 : administrer un médicament en vue d'en démontrer l'usage approprié (formation en présentiel, obligatoire pour administrer un médicament par injection)	9	94	94

Tableau 30 : Formation continue des pharmaciens québécois en 2016-2017[90]

Au terme de cette formation, et sous réserve de validation des 2 volets, une accréditation est délivrée donnant la possibilité au pharmacien d'effectuer ce type de geste en pratique courante.

Les frais d'inscriptions s'élèvent à 517,39$ CAD[89]. Ces formations ont suscité un réel engouement pour les pharmaciens québécois (8940 officinaux sur 9313 ont suivi cette formation soit 96% de l'ensemble des pharmaciens du Québec[90]).

Nous allons nous concentrer sur 2 aspects de la loi 41 :

- ✓ La prescription d'un médicament pour un trouble mineur
- ✓ La prescription d'un médicament lorsqu'aucun diagnostic n'est requis

1. Prescrire un médicament pour un trouble mineur

Grâce à cette activité, le pharmacien peut prescrire un médicament pour certains troubles, mais ayant déjà fait l'objet d'un diagnostic par un médecin ou une infirmière praticienne spécialisée (IPS), ainsi que d'une prescription médicamenteuse pour ce trouble.

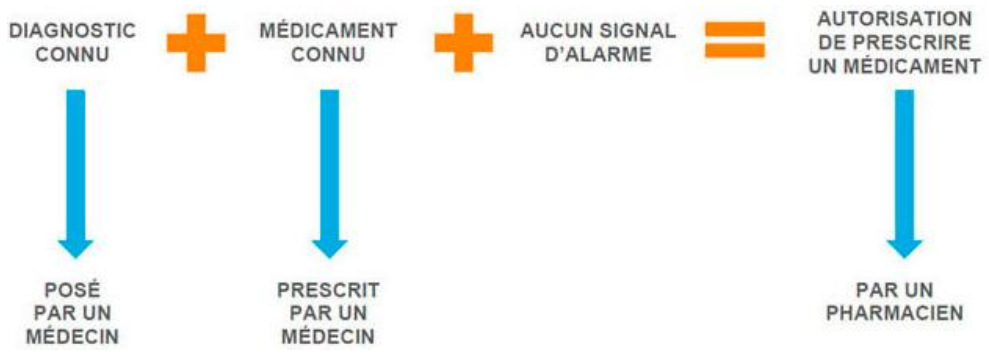

Figure 30 : Equation incontournable pour prescription pharmaceutique[91]

Les troubles mineurs concernés sont[87] :

- rhinite allergique,
- herpès labial,
- acné mineur sans nodule ni pustule,
- vaginite à levure,
- érythème fessier,
- dermatite atopique nécessitant l'utilisation de corticostéroïdes n'excédant pas une puissance de faible à modérée,
- conjonctivite allergique,
- muguet consécutif à l'utilisation d'inhalateur corticostéroïde,
- aphtes buccaux,
- dysménorrhée primaire,
- hémorroïdes,
- infection urinaire chez la femme.

Ils sont définis comme des atteintes localisées d'un organe, perturbant la personne dans son quotidien, ne nécessitant pas d'intervention en urgence, ayant une récurrence visible et pouvant être soulagée rapidement.

Il est à noter que le médicament prescrit est obligatoirement de la même puissance ou inférieure à celui prescrit par le médecin. Par ailleurs, le pharmacien doit tenir au courant le médecin traitant ou l'IPS via une communication écrite. *(Voir annexe 10 et 11)*

Lorsqu'un signal d'alarme existe chez le patient, le pharmacien doit réorienter la personne vers un médecin pour un examen médical. Ces signaux peuvent être variables,

- le patient fait partie d'un sous-groupe de population dont la situation dépasse les compétences du pharmacien (personnes âgées, femmes enceintes…),

- un symptôme est récurrent ou persistant après le premier médicament prescrit par le pharmacien,
- un symptôme suggère la présence d'une maladie chronique ou systémique non diagnostiquée,
- un signe laisse croire à un déclin ou à l'altération du fonctionnement d'un organe ou système,
- le patient présent une réaction inhabituelle au médicament,
- les symptômes ne permettent pas d'identifier clairement le trouble mineur.

Il est aussi important de noter qu'un trouble mineur ne peut être pris en charge si la dernière prescription pour cette pathologie est trop ancienne ou si le nombre de traitements identifiés est dépassé (par exemple, le pharmacien ne peut prendre en charge une patiente ayant déjà eu des délivrances pour 3 infections urinaires dans les 12 derniers mois). Cette durée varie en fonction de la maladie concernée.

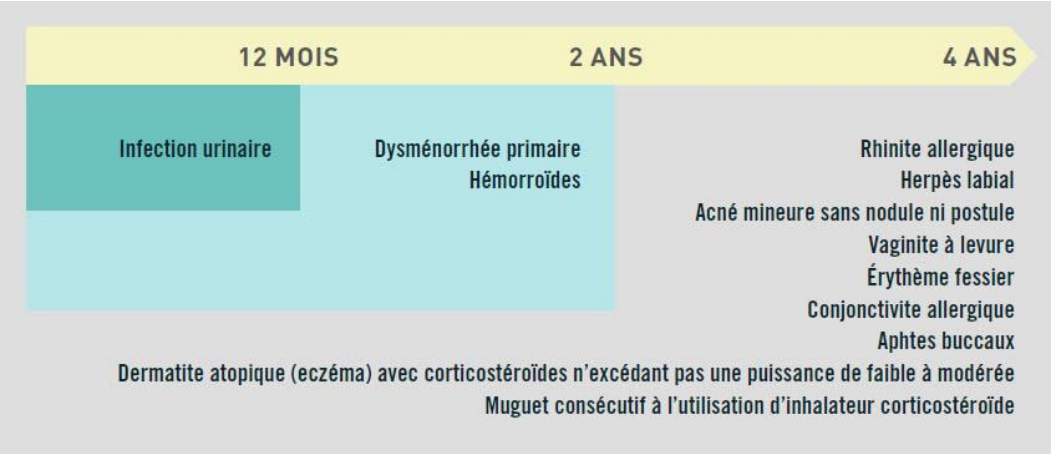

Figure 31 : Date de la dernière prescription nécessaire à la prise en charge par le pharmacien[87]

Le pharmacien, malgré ces dispositions n'a pas le droit de poser un diagnostic, activité réservée uniquement au médecin nécessitant une évaluation médicale avec une exploration de l'ensemble du corps humain.

Ces prescriptions ne peuvent, par contre, pas être possibles si le diagnostic et l'ordonnance ont été faits par un professionnel de santé exerçant dans une autre province que le Québec.

Enfin, des renouvellements peuvent être inscrits sur l'ordonnance pharmaceutique. Rien n'est inscrit dans la loi interdisant le contraire. Cependant, le pharmacien suivra son jugement professionnel pour l'inscrire ou non. Par exemple, dans le cas d'une rhinite allergique en début de saison chez l'adulte, il serait judicieux d'y inscrire des renouvellements pour favoriser la continuité des soins du patient.

2. Prescrire un médicament lorsqu'aucun diagnostic n'est requis

Dans certaines situations, un diagnostic médical n'est pas requis mais un médicament sur ordonnance ou non peut être souhaitable. Le pharmacien peut donc, en prévention par exemple, prescrire des médicaments. Ces situations sont[87] :

- diarrhée du voyageur,
- prophylaxie du paludisme,
- supplémentation vitaminique en périnatalité,
- nausées et vomissements pendant la grossesse,
- cessation tabagique,
- contraception orale d'urgence,
- contraception hormonale à la suite d'une consultation pour une contraception d'urgence pour 3 mois avec possible renouvellement de 3 mois,
- pédiculose,
- prophylaxie antibiotique chez les porteurs de valve,
- prophylaxie cytoprotectrice chez les patients à risque,
- prophylaxie du mal aigu des montagnes.

Si le pharmacien prescripteur délivre un médicament pour un de ces troubles, il n'est pas obligé d'en informer le médecin. Cependant, dans le cadre de la collaboration professionnelle, il est préférable de communiquer avec le médecin traitant du patient en lui envoyant un formulaire de communication. *(Voir annexe 10 et 11)*

En ce qui concerne le paiement pour les 2 services cités ci-dessus, le pharmacien doit faire une demande de remboursement à la régie de l'assurance maladie du Québec. Le service est payable qu'il y ait ou non prescription d'un médicament. Ce montant a été établi, au 20 Juin 2015, à 16$ CAD[92]. A titre de comparaison, la province du Saskatchewan a établi un honoraire de 18$ CAD par patient lorsque le pharmacien prescrit[80]. Par ailleurs, dans la province d'Alberta, les pharmaciens possédant l'accréditation ''Additional Prescribing Authorization'' peuvent prescrire certains médicaments dans la limite de leurs spécialités et touchent un honoraire de 25$[80]. Enfin, pour les pharmaciens d'Alberta n'ayant pas cette accréditation, ils peuvent prétendre à un honoraire de 20$ dans le cas d'une prescription en urgence[80].

Nous allons maintenant nous intéresser aux résultats observés au Canada suite à la mise en place de ces services.

C. Résultats

Dans cette partie nous traiterons des résultats au Québec mais aussi dans l'ensemble du Canada. En effet, la mise en place de la loi 41 est assez récente au Québec ce qui ne permet pas d'avoir suffisamment de résultats exploitables. Depuis Juin 2015 jusqu'à Juin 2017, un total de 470 000 Québécois ont pu bénéficier des nouvelles activités du pharmacien. Soit[93] :

- 292 024 prolongations d'ordonnance,
- 39 247 évaluations d'un besoin de prescription d'un médicament pour un trouble mineur,
- 158 224 évaluations d'un besoin de prescription sans diagnostic requis,
- 216 859 ajustements de dose dans une anticoagulothérapie,
- 4 923 ajustements de dose dans le cadre d'un traitement contre l'hypertension artérielle, la dyslipidémie, l'hypothyroïdie, le diabète et la migraine.

Par ailleurs, lors d'un sondage mené en février 2016 au Québec, 22% des répondants au sondage ont affirmé avoir déjà bénéficié d'au moins un des services pharmaceutiques. De plus, dans ce sondage, 66% des patients ayant utilisé ces nouvelles activités assurent que cela leur a évité de prendre rendez-vous avec un médecin, 25% disent que cela leur a évité d'aller aux urgences, et 19% de s'absenter de leur travail[93].

Dans une autre province canadienne, le Saskatchewan, il y a eu 20.619 prescriptions entre février 2012 et décembre 2014. Ce qui a coûté un total de 371.125$ CAD au gouvernement. La répartition des troubles mineurs pris en charge était la suivante,

(February 2012 to December 2014)

Condition	Prescribing encounters, n	Government payout (CA$)
Acne	1,025	18,450
Cold sores	9,330	167,922
Insect bites	1,903	34,254
Allergic rhinitis	2,959	53,280
Diaper dermatitis	573	10,314
Oral aphthous ulcer	1,710	30,775
Oral thrush	1,262	22,704
Atopic dermatitis	454	8,172
Dysmenorrhea	51	918
GERD	316	5,688
Headache	187	3,366
Hemorrhoids	202	3,636
Sprains and strains	283	5,094
Superficial bacterial skin infections	194	3,492
Tinea skin infections	170	3,060
Total	20,619	$371,125

Tableau 31 : Nombre de prise en charge des troubles mineurs par le pharmacien avec prescription et montant alloué[86]

Nous pouvons donc voir que les troubles majoritairement traités sont :

- l'herpès pour 45% des cas,
- les rhinites allergiques pour 14,3% des cas,
- les piqûres d'insectes pour 9% des cas.

Ces résultats sont assez similaires à ceux observés durant une étude en Nouvelle-Ecosse,

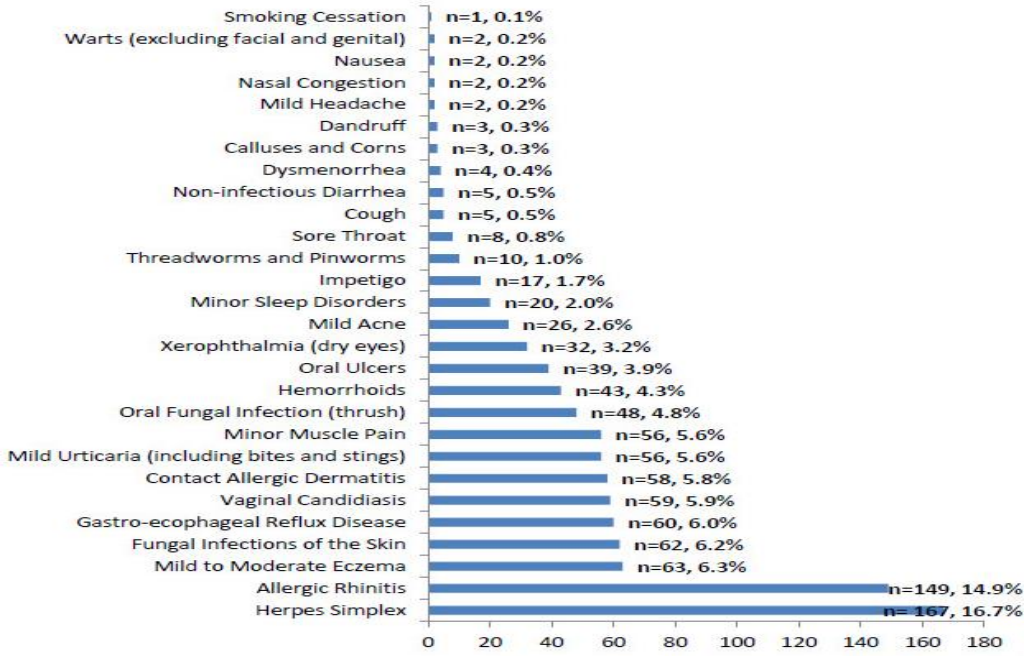

Figure 32 : Troubles mineurs pris en charge en Nouvelle-Ecosse(%)[94]

Dans cette même étude, nous apprenons que :

- 93% des consultations ont mené à une délivrance de médicaments par le pharmacien,
- 89% des patients ont affirmé que leur trouble a été résolu,
- 96% considèrent ce service comme bénéfique et 99% le réutiliseraient,
- 96% d'entre eux ont affirmé que cette activité leur avait permis d'avoir un accès plus rapide aux soins[94].

Nous pouvons voir avec ces résultats que la population est globalement satisfaite de ce nouveau service. Il leur permet, dans le contexte actuel, de trouver une alternative fiable et rapide d'accès pour traiter les troubles mineurs tels que la rhinite allergique, l'herpès… ne nécessitant pas obligatoirement une consultation médicale.

Cependant, suivant les études, la résolution des symptômes et le taux de reconsultation varient. En effet, dans une étude britannique, le taux de reconsultation peut varier de 2.4% à 23.4%. Par ailleurs, dans cette même étude, la résolution des symptômes va de 68% à 94.4% des patients traités[95].

Afin de démontrer la prise en charge de qualité des pharmaciens et leur possible apport via la prescription, une étude a été menée dans la province canadienne de l'Alberta[96].

Elle consistait en 2 groupes de patients randomisés souffrant d'hypertension artérielle. L'un bénéficiait d'une prise en charge normale, c'est-à-dire consultation et suivi par le médecin et délivrance ainsi que conseils par le pharmacien. L'autre groupe, quant à lui, se voyait prescrire des antihypertenseurs, des analyses de laboratoire, avoir des visites de suivi tous les mois. Tout ceci avec leur pharmacien. L'objectif de cette étude était de démontrer le rôle très important que pouvait prendre le pharmacien dans certaines pathologies chroniques au vu des difficultés que rencontre la prise en charge primaire. L'HTA a été la pathologie choisie dans cette étude car elle affecte un Nord-Américain sur 5 avec 35% à 50% des patients qui ne sont pas équilibrés[97][98].

Après 6 mois de suivi et de prise en charge, il a été remarqué[96] :

- Une réduction de la pression artérielle systolique de 18.3 mmHg pour le groupe suivi par les pharmaciens
- Une réduction de la pression artérielle de 11.8 mmHg dans le groupe témoin

Soit une différence de 6.5 mmHg entre les 2 groupes. Par ailleurs, la baisse de tension diastolique a également diminué de manière plus importante dans le groupe d'intervention que dans le groupe témoin[96].

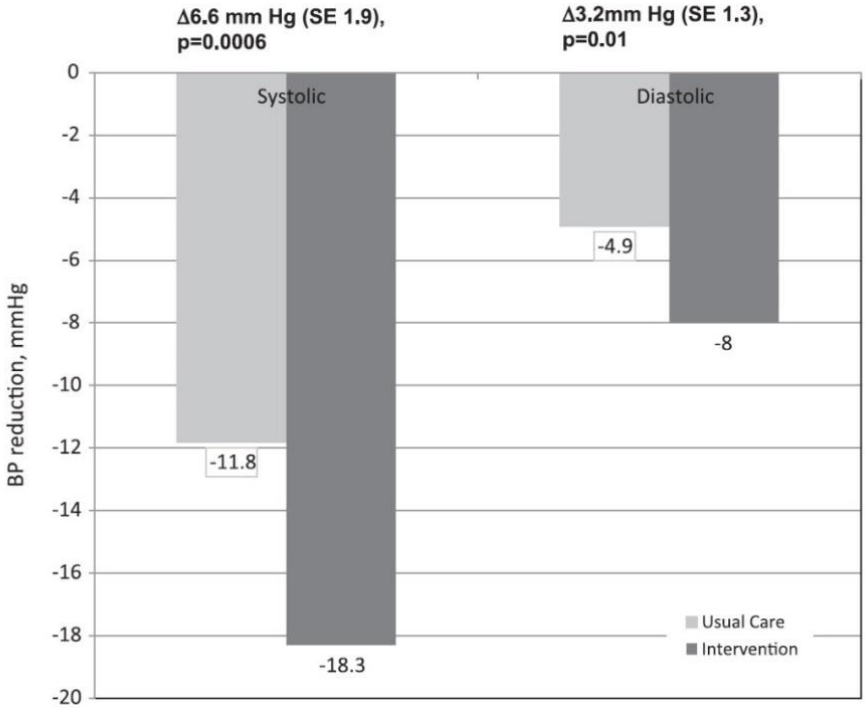

Figure 33 : Différence de tension entre le groupe témoin et le groupe test après 6 mois[96]

De plus, les patients arrivant aux objectifs tensionnels sont plus nombreux dans le groupe suivi par les pharmaciens. Soit 58% des patients (contre 37%) ont réussi à maintenir une tension de 14/9. Ceci permet de dire que la délivrance de médicaments sans avis médical peut être envisageable pour certaines pathologies chroniques non contrôlées ou pour des troubles mineurs[96].

Cependant, un avis médical reste la référence pour ce type de patient que le pharmacien peut accompagner dans sa prise en charge via des bilans de médication, conseils hygiéno-diététiques et autres. Pour en revenir aux troubles mineurs, il est intéressant de voir où les patients seraient allés si ce service n'était pas disponible. Comme dit précédemment, un sondage mené au Québec en février 2016 suite à l'entrée en vigueur de la Loi 41 montrent que[93] :

- 66% des patients ayant utilisé ces nouvelles activités assurent que cela leur a évité de prendre rendez-vous avec un médecin,
- 25% disent que cela leur a évité d'aller aux urgences,
- et 19% de s'absenter de leur travail.

Dans l'étude de cette activité en Nouvelle-Ecosse, cette question leur été posé :

- pour la majorité des patients, toute tranche d'âge confondue, le médecin traitant aurait été le premier à être sollicité,
- puis les cliniques sans rendez-vous,
- et les services des urgences.

A noter que les plus jeunes auraient tendance à aller plus facilement aux urgences que leurs aînés qui ne chercheraient pas d'aide si ce service n'existait pas pour 25% d'entre eux.

Where would you have gone for care if the minor ailment service was not available at the pharmacy?	Age					
	18 and under (N=63)	19-35 (N=91)	36-50 (N=125)	51-65 (N=171)	66-80 (N=119)	over 80 (N=17)
Emergency room	13% (n=8)	7% (n=6)	10% (n=13)	8% (n=9)	8% (n=9)	12% (n=2)
Other	2% (n=1)	5% (n=5)	8% (n=10)	4% (n=7)	3% (n=3)	0% (n=0)
Sought no help	6% (n=4)	9% (n=8)	8% (n=10)	12% (n=20)	10% (n=12)	24% (n=4)
Walk-in clinic	27% (n=17)	29% (n=26)	24% (n=17)	17% (n=26)	10% (n=30)	12% (n=2)
Your family physician	52% (n=33%)	51% (n=46)	50% (n=33)	60% (n=46)	70% (n=62)	53% (n=9)
	100%	**100%**	**100%**	**100%**	**100%**	**100%**

Tableau 32 : Lieu où seraient allés les patients si la prise en charge par le pharmacien n'existait pas[94]

Ceci permet de montrer que l'objectif affiché de cette activité, c'est-à-dire de désengorger les salles d'attentes chez le médecin ou aux urgences, aurait tendance à être atteint. Cependant, il serait illusoire de penser que cette solution seule permettrait de résoudre ce problème.

Il est nécessaire d'incorporer cette activité dans un plan plus global pour avoir une réelle efficacité. Après avoir observé les possibilités qu'offre ce service, nous allons nous pencher sur les coûts de ce-dernier ainsi que sur les économies pouvant en découler.

Il est estimé qu'entre 10 et 30% des consultations chez le médecin sont des consultations pour des troubles mineurs[85]. En sachant qu'au Canada, la facture d'une consultation peut varier mais se situe aux alentours des 35$ CAD, nous pouvons espérer une économie substantielle.

Type of Visit	Cost
General visit	$31.45
General visit after hours (after 6 pm and weekends)	$39.32
Geriatric visit	$39.93
Geriatric visit after hours	$49.92

Tableau 33 : Coût d'une consultation médicale en Nouvelle-Ecosse[99]

Le coût de ce service varie assez peu d'une province à une autre et se situe aux alentours de 20$ CAD. Potentiellement, une consultation pharmaceutique permet, en plus de libérer du temps aux praticiens, d'économiser approximativement 15$ CAD par consultation. L'ordre des pharmaciens de l'Ontario estime qu'introduire un système de traitement des troubles mineurs en pharmacie peut permettre d'économiser 12.3 millions de dollars à leur province[100].

Par ailleurs, une étude a été menée sur le coût de cette mesure ainsi que les économies potentielles dans la province du Saskatchewan[101]. 2 scénarii ont été envisagés. L'un prenait en compte le programme de traitement des troubles mineurs dans la province et l'autre postulait à l'absence de cette activité. Elle évaluait également les économies générées pour le système de santé (*Public prayer*) et pour le patient, la société et le système de santé (*Societal prayer*).

	Public payer perspective 2014	Societal perspective	Public payer perspective 2015–2019	Societal perspective
PPMA program				
Investment cost of PPMA[a]	$193,302	$254,514	$1,110,134	$1,375,154
Running cost of PPMA	$149,162	$401,432	$856,641	$2,305,430
Alternative scenario				
Cost of alternative	$350,715	$1,202,780	$2,014,161	$7,163,244
Benefits of PPMA				
Benefit (cost-saving)[b]	$201,552	$801,347	$1,157,519	$4,857,814
Net cost–saving[c]	$8,250	$546,832	$47,385	$3,482,660
Cost–saving per consultation[d]	$0.77	$50.92	$0.66	$48.73
ROI[e]	0.04	2.15	0.04	2.53

Tableau 34 : Economies possibles dans la province du Saskatchewan[101]

Le tableau n°34 ci-dessus montre que les économies possibles sur 5 ans, de 2015 à 2019, s'élèvent à 4 857 814 $ CAD. De plus, il est intéressant de noter le montant du retour sur investissement (*ROI*). En effet, ce-dernier traduit le bénéfice espéré en fonction du montant investi. Dans ce cas précis, pour 1 dollar investi dans cette activité, 2.53 dollars sont générés au niveau de la société[101].

Ceci démontre d'une part la rentabilité du service mais aussi les économies pouvant être espérées.

Dans le cas où le gouvernement ne désire pas prendre en charge complètement cette activité, une part assez importante de la population serait prête à payer pour ce service. Par exemple, en Nouvelle-Ecosse, 70% des patients seraient prêts à payer pour en bénéficier[94].

Ce qui est intéressant à voir dans cette étude est le montant que les patients seraient prêts à débourser selon leur classe d'âge.

Age	Average
18 and under (n=48)*	$20.14
19-35 (n=54)	$22.97
36-50 (n=85)	$18.20
51-65 (n=102)	$17.88
66-80 (n=57)	$16.93
over 80 (n=11)	$20.68
Overall	**$18.95**

Tableau 35 : Montant que le patient est prêt à débourser pour une prise en charge par le pharmacien[94]

Grâce à ce tableau, nous pouvons voir que le prix alloué à ce service et le montant que les patients sont prêt à débourser sont globalement équivalents, aux alentours de 18$ CAD.

Suite à la mise en place de ce service, un nombre important de patients en a bénéficié et sont globalement satisfaits. Par ailleurs, l'efficacité de cette activité est assez bonne et surtout viable économiquement. Malgré un recul limité pour pouvoir juger de la portée de cette nouvelle activité, les objectifs fixés semblent avoir été atteints. En effet, la charge de travail des médecins et des services des urgences semblent avoir décru en ce qui concerne ces troubles mineurs. Cependant la quantité de consultations ne semble pas varier mais plutôt stagner avec une diminution des consultations pour des troubles mineurs[102]. Par conséquent nous pouvons dire que le médecin a la possibilité de voir plus de patients complexes lors de ses rendez-vous.

III. Ecosse

A. Contexte

Les citoyens écossais sont pris en charge par le National Health Service (*NHS*) et ont droit à des visites médicales et des séjours à l'hôpital gratuits via le système de tiers-payant. Certaines prestations restent à charge pour le patient, dont le médicament. Cependant il existe des assurances complémentaires permettant une prise en charge partielle ou totale.

Comme l'ensemble des pays occidentaux, l'Écosse voit sa population augmenter et vieillir ce qui accroît le nombre de patients nécessitant des soins.

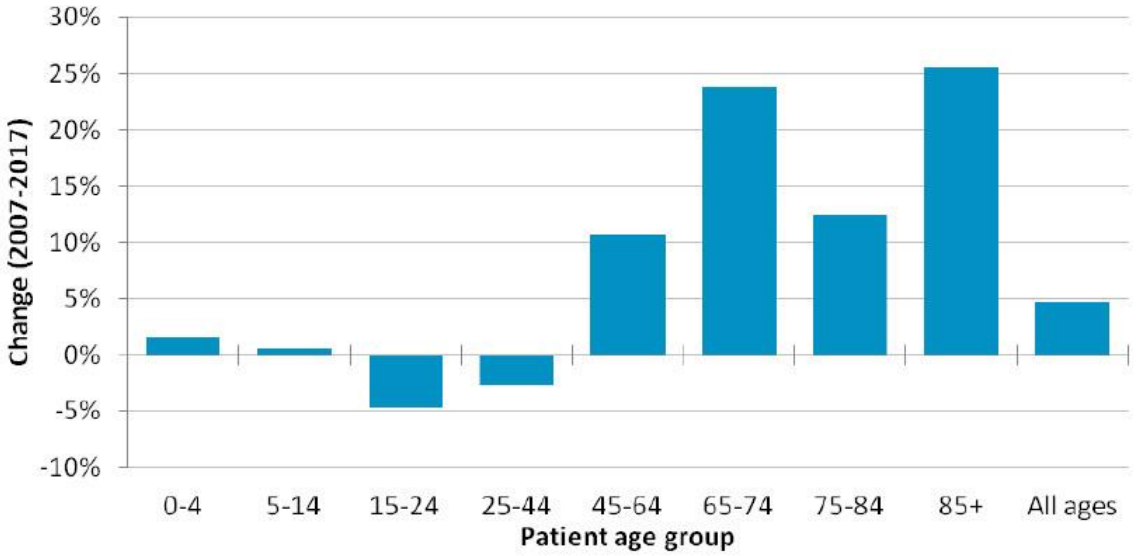

Figure 34 : Changement du nombre de patients par tranche d'âge(%)[103]

Nous pouvons voir l'explosion du nombre de patients en 10 ans. Nous voyons une augmentation jusqu'à 25% pour les plus de 85 ans. A l'inverse, le nombre de médecins, lui, stagne depuis 2008 aux alentours de 4900 professionnels de santé. Soit à peu près 92 médecins pour 100 000 habitants[(103)].

C'est en voyant les prémices de cette situation au début des années 2000 que le gouvernement écossais a décidé de revoir le fonctionnement de son système de santé.

En 2005, le ''*Smoking, Health and Social Care Act*'' a permis l'introduction d'un nouveau ''*Community Pharmacy Contract for Pharmaceutical Care Services*''. En clair, à partir de 2005, un nouveau contrat entre les pharmaciens et le gouvernement est signé afin de permettre aux pharmaciens de contribuer de manière plus forte à la prise en charge des patients.

Mais c'est dès 2002, avec le ''*Right Medicine – A Strategy for Pharmaceutical Care in Scotland*'' que le gouvernement s'engage à faire évoluer le métier de pharmacien pour le rendre adapté aux besoins futurs. Entre autres évolutions, il est question dans cette publication d'introduire un programme entre pharmaciens et médecins pour permettre aux patients d'utiliser leur officine comme première porte d'entrée des traitements de troubles mineurs.

Le gouvernement considère que les pharmaciens gèrent et prennent en charge des troubles mineurs tous les jours. Cependant, ils n'ont que peu de choix pour traiter le patient :

- soit en le dirigeant vers un médecin lorsque l'état de santé le nécessite,
- soit en vendant des médicaments OTC pour le traiter.

Permettre aux officinaux de pouvoir traiter les troubles mineurs directement, sans passer par le médecin, permet d'alléger la charge de travail de ces derniers mais aussi d'améliorer l'accès aux soins et de réduire les inégalités dans le système de santé. La différence dans le cas des MAS par rapport au système précédent, c'est qu'ils sont encadrés par l'état avec un honoraire ce qui valorise l'action des pharmaciens.

Les MAS font partie des 4 services essentiels pouvant être fournis par les officines en vertu du ''*Community Pharmacy Contract*'' :

- Acute Medication Service (AMS) qui permet à chaque patient d'aller à la pharmacie de son choix pour la délivrance des médicaments,
- Chronic Medication Service (CMS) permettant à des malades chroniques d'être suivis, fournis, et ajustés, durant une période de 12 mois renouvelables, par le pharmacien dans une optique de pris en charge partagée entre médecins et officinaux,
- Minor Ailments Services (MAS) permettant aux personnes éligibles de se faire traiter des troubles mineurs en pharmacie sans passer par un médecin (service entièrement financé par le NHS),

- Public Health Service (PHS) engageant les pharmacies dans une stratégie d'amélioration de la santé publique.

Une première expérimentation eut lieu dans le comté de Ayrshire et Arran au début des années 2000 pour évaluer la pertinence de ce service. Les résultats de cette expérimentation sont[80] :

- retour favorable des patients, particulièrement pour la facilité et la rapidité d'utilisation,
- les troubles les plus souvent traités étaient la gale puis la douleur et les rhumes,
- la majorité des consultations se sont faites pour des patients âgés de moins de 16 ans ou au-dessus de 60 ans. Les personnes ayant de faibles revenus représentaient 19% des consultations,
- les pharmacies ont bien intégré ces services dans leur charge de travail journalier,
- les médecins étaient favorables à ce service.

A la fin 2003, une seconde expérimentation eut lieu afin de juger de la performance et de trouver les éventuels problèmes dans le cas d'une extension géographique du dispositif.

Devant la réussite de ces 2 tests, les MAS ont été généralisés à l'ensemble du territoire en juillet 2006. Actuellement, le service est devenu une habitude pour les écossais et est largement utilisé. En 2016-2017, 16.4% de la population écossaise (soit 884 000 personnes) a bénéficié de ce service. Entre 2007-2008 et 2015-2016, le nombre de médicaments prescrits et de patients en bénéficiant a augmenté chaque année. Cependant, en 2016-2017, il y a eu une baisse de 5.6% par rapport à l'année précédente. Durant cette année, les MAS ont compté pour à peu près 2% de l'ensemble des prescriptions médicamenteuses en Écosse. Par ailleurs, le paracétamol a été délivré dans 20.7% des cas[104].

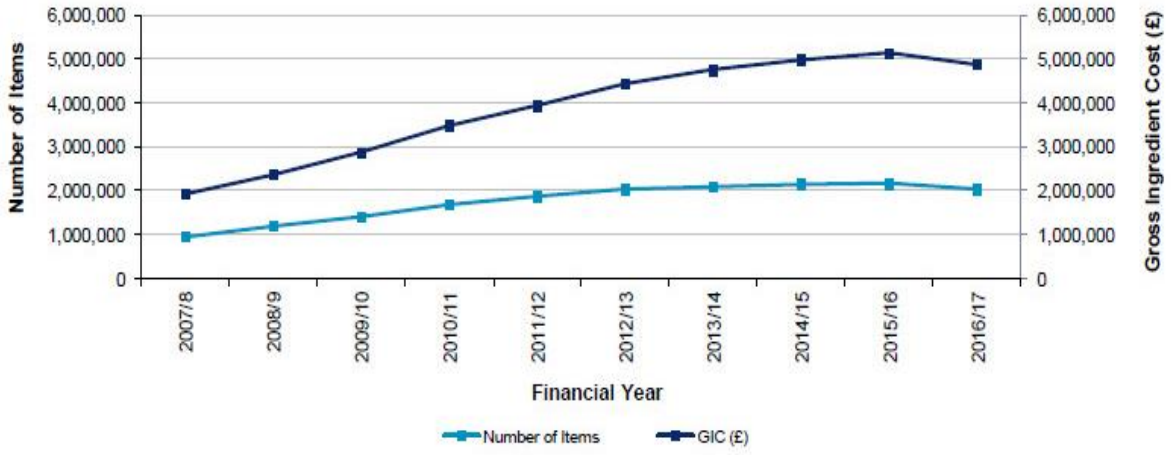

Figure 35 : Nombre d'items prescrits dans le cadre des MAS et coût engendré de 2007 à 2017[104]

Par ailleurs, depuis 2007, le temps d'attente aux urgences est pour 90% des cas inférieur à 4 heures avec une fréquentation de 120 000 à 140 000 personnes chaque mois.

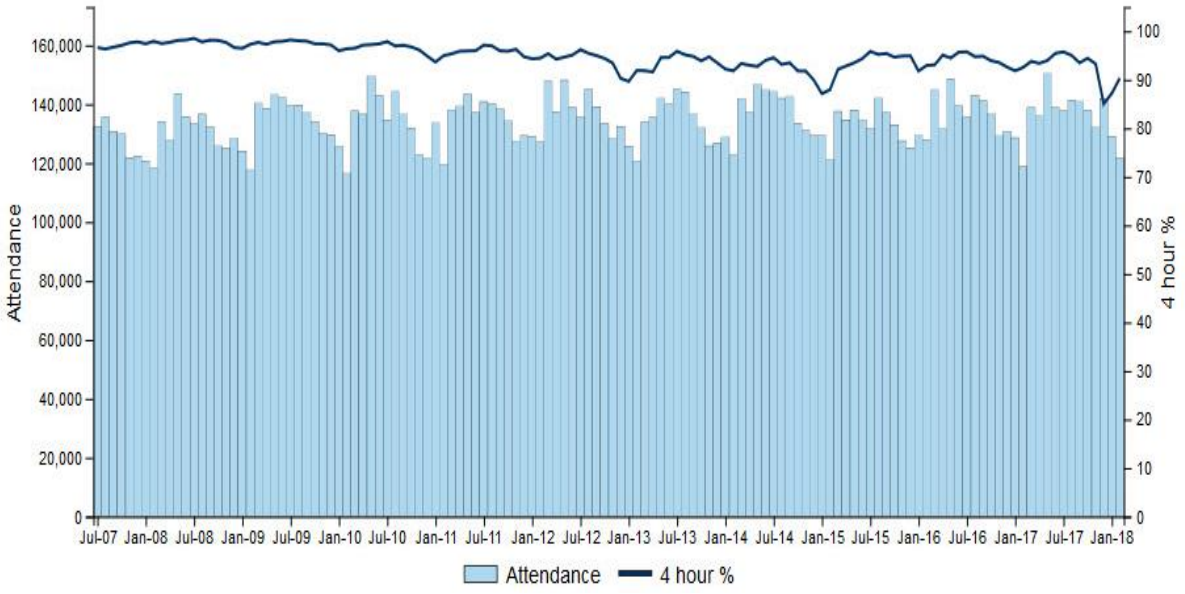

Figure 36 : Fréquentation et temps d'attente inférieur à 4 heures(%)[105]

Nous allons maintenant voir la mise en place pratique de ces MAS en Écosse avec les prérequis nécessaires et les dispositions à prendre par le pharmacien

B. Mise en place pratique

Les MAS en Écosse font partie du service public. En tant que tel, tout pharmacien est habilité à dispenser ce service. Cependant, il est tenu de maintenir un certain niveau de compétence via le développement professionnel continu. Cela se fait en 3 étapes :

- un pack d'apprentissage à distance. Il regroupe 7 sections différentes correspondant aux troubles mineurs les plus fréquemment traités en pharmacie. Les 7 parties sont séparées en système gastro-intestinal, système respiratoire, système nerveux central, infections et infestations, obstétrique et tractus urinaire, sphère ORL, et enfin les pathologies de la peau,
- un pack d'implémentation du service décrivant la manière dont doit être menés les MAS. Il est lui aussi séparé en 7 sections. Soit, l'introduction expliquant les MAS, la manière de les mener, l'utilisation du logiciel eMAS, le processus de paiement, les étapes clés d'implémentation des MAS, les références utilisées et enfin les appendices,
- en dernier, il existe un guide d'utilisation du logiciel eMAS avec des explications un peu plus poussées que ci-dessus.

Ces packs sont par exemple à disposition des pharmaciens sur le site du ''*Centre for Pharmacy Post-Graduation Education*'' qui est un organisme de développement continu.

Les MAS permettent donc aux individus éligibles de s'enregistrer dans la pharmacie de leur choix pour pouvoir l'utiliser en tant que porte d'entrée de traitement des troubles mineurs. La consultation doit être menée par le pharmacien en personne ou bien par un membre de l'équipe sous la supervision directe d'un pharmacien.

Les personnes éligibles à ce service sont :

- les personnes de moins de 16 ans ou de moins de 19 ans scolarisées à temps plein,
- les personnes de plus de 60 ans,
- les femmes enceintes, les patients ou vétérans bénéficiant d'une exemption des frais,
- les personnes ayant de faibles revenus, les chômeurs… ainsi que les membres de leur famille,
- les demandeurs d'asiles et leurs familles.

Par conséquent, une part de la population n'a pas accès à ce service. Cela ne peut donc bénéficier aux personnes n'étant pas incluses dans les catégories ci-dessus, n'étant pas enregistrées auprès d'un médecin traitant écossais, les résidents temporaires et les patients hospitalisés à domicile. À noter que les patients ne peuvent s'enregistrer que dans une seule pharmacie.

Le pharmacien doit enregistrer le patient via le ''*Central Patient Registration System*'' (CPRS) en utilisant le numéro de sécurité sociale du patient (*Community Health Index Number*). Cela déclenche l'impression d'une feuille d'enregistrement que le patient doit signer pour justifier de son éligibilité au service. S'il n'est pas possible de vérifier l'éligibilité de la personne, il est possible de l'incorporer pour ce service en le précisant sur le document d'enregistrement. À chaque visite, le pharmacien doit vérifier l'éligibilité du patient. Si une personne se fait enregistrer dans une autre pharmacie, sa précédente inscription est automatiquement supprimée.

L'enregistrement du patient se fait via un formulaire CP2 en vigueur en Écosse et doit être soumis sous les 2 mois sous peine de voir l'enregistrement de la personne se faire supprimer. *(Voir annexe 13)*

Durant la consultation MAS, le pharmacien doit évaluer l'importance des symptômes présentés par le patient. Si ce-dernier ne peut pas se déplacer et qu'un tiers vient à sa place, le professionnel de santé doit se renseigner sur les symptômes présentés. Ceci afin de permettre de faire la différence entre une pathologie commune et une maladie majeure nécessitant une prise en charge médicale. A la lumière de ces éléments, l'officinal aura 3 choix possibles. Il pourra soit donner un conseil en expliquant les comportements à éviter et favoriser, soit délivrer un traitement ou bien le référer à un médecin. Lorsque le pharmacien juge qu'un ou plusieurs médicaments est nécessaire, il doit se conformer aux recommandations en vigueur et délivrer les traitements en privilégiant les génériques pour une logique d'économie. Il doit également

expliquer les prises médicamenteuses, la manière de prendre le traitement, les évolutions de la pathologie à surveiller, comment éviter que cela se reproduise à l'avenir.

Les pathologies pouvant être prises en charge dans les officines écossaises sont : l'acné, le pied d'athlète, les douleurs dorsales, l'herpès labial, la constipation, la toux, la diarrhée, les douleurs auriculaires, les allergies et eczéma, les hémorroïdes, le rhume des foins, les migraines, la gale, les indigestions, les aphtes, la congestion nasal, les douleurs légères y compris menstruelles, les mycoses, les maux de gorge, les infestations et les verrues.

Les prescriptions en rapport avec les MAS doivent se faire dans les limites fixées par la réglementation en vigueur dans le comté dont dépend l'officine ou à défaut du formulaire national de la NHS[106].

La pharmacie délivrant les MAS se fait rembourser les médicaments délivrés et touche un honoraire en fonction du nombre de patients enregistrés dans sa pharmacie.

Band	Number of Registrations	Annual Payment	Monthly Payment
1	1-250	£7,300.92	£608.41
2	251-500	£9,253.92	£771.16
3	501-750	£11,208	£934.00
4	751-1000	£13,218	£1,101.50
5	1001-1250	£15,228	£1,269.00
6	>1250	£15,228 +£8.04 per patient above the threshold	£1,269.00 + £0.67 per patient above the threshold

Tableau 36 : Rémunération de l'officine pour les MAS[107]

Il est nécessaire de préciser que les officines ne peuvent promouvoir les MAS de leur pharmacie pour attirer des patients et les encourager à se faire enregistrer chez elle.

Enfin, un organisme de vérification des paiements (*Practitioner Services' Payment Verification*) peut évaluer la bonne utilisation des MAS si des anomalies sont détectées. Si ces dernières sont attestées, alors ces fraudes feront l'objet d'indus et donc de remboursement de la part de l'officine fraudeuse.

Il existe aussi en Écosse un système de prescripteur supplémentaire que nous ne développerons pas. Il a été mis en place à partir de 2003 et est basé sur un partenariat volontaire entre un prescripteur indépendant (médecin par exemple) et un prescripteur supplémentaire (pharmacien ou infirmière) visant à implanter un plan de management clinique du patient avec l'accord de ce-

dernier. Le prescripteur supplémentaire aidera le patient dans sa gestion de la pathologie en l'accompagnant dans sa prise en charge. C'est-à-dire que ce professionnel de santé pourra prescrire des analyses de laboratoire, les interpréter, prescrire des traitements au vu de ces résultats, et ajuster les traitements si besoin. Il pourra également envoyer le patient voir le médecin si sa situation l'exige.

Enfin, il existe également des pharmaciens prescripteurs indépendants que nous ne développerons pas. Cette fonction existe depuis 2006. Pour pouvoir exercer cette activité, il est nécessaire de suivre des formations complémentaires minimum de 90 heures soit 12 jours de formation. Cette dernière regroupe des modules d'apprentissage par Internet, des face à face, etc… Au terme de cette formation, le pharmacien prescripteur indépendant doit se faire enregistrer sous les 6 mois au ''*General Pharmaceutical Council*'' (GPhC) et doit informer le NHS local. Cependant, le pharmacien prescripteur ne peut prescrire des médicaments que dans son domaine de compétence. Actuellement, cette compétence est surtout utilisée dans des hôpitaux ou des cliniques au sein d'une équipe de soins. Cependant, certains pharmaciens exercent ce droit en ville et le gouvernement pourrait essayer de l'étendre au vu du succès des MAS en Écosse.

Nous allons maintenant voir les résultats observés en Ecosse.

C. Résultats

Durant l'année 2015-2016, 2,1 millions d'items ont été facturés via les MAS. Cela représente un volume de 2,2% de l'ensemble des items dispensés en Écosse. Ce qui équivaut à un coût approximatif de 5.1 millions de £[108]. L'année suivante, en 2016-2017, 2 millions d'items ont été dispensés soit 2% de l'ensemble des items délivrés en Écosse pour un coût de 4,9 millions de £[103].

Parmi les médicaments les plus prescrits dans le cadre des MAS, nous retrouvons principalement du paracétamol, et de l'ibuprofène. Cependant, nous pouvons également voir que d'autres molécules font partie de l'arsenal communément utilisé par les pharmaciens dans le cadre des MAS. Nous retrouvons des alginates, des émollients, de la cétirizine ou encore de l'acide citrique.

Drug Name	Examples of use in MAS[1]	Number of Items
Paracetamol	Pain, Fever	422,243
Ibuprofen	Pain, Fever, Inflammation	132,445
Simple Linctus[2]	Cough	103,366
Dimeticone	Head lice	94,644
Chlorphenamine Maleate	Allergic reactions, Chicken Pox	80,999
Emollients	Dry scaly skin	71,985
Chloramphenicol	Bacterial conjunctivitis	65,937
Compound Alginic Acid Preparations	Indigestion / Heartburn	60,314
Cetirizine	Hay fever, Other allergic reactions	57,456
Clotrimazole	Vaginal thrush, Athlete's foot	55,822

Tableau 37 : Top 10 des items dispensés dans le cadre des MAS par les pharmaciens écossais en 2016-2017[(104)]

Les raisons définissant le lieu de consultation par le patient sont l'accessibilité du lieu et sa proximité[(109)]. Par ailleurs, l'utilisation du service des urgences pour traiter des troubles mineurs est en corrélation avec un nombre de professionnels de santé disponible restreint[(110)].

Il est intéressant de noter que les patients faisant partie des zones les plus pauvres reçoivent le plus de médicaments (2.927 en moyenne) alors que les patients faisant partie des plus riches en reçoivent le moins (2.318 en moyenne)[(104)]. De plus, au 31 Mars 2017, 43,4% des moins de 16 ans (soit 398 000 personnes environ) était enregistré dans une pharmacie pour recevoir ce service. Enfin, ce sont principalement les personnes issues de milieux défavorisés qui sont enregistrées pour recevoir des MAS (*voir figure 37*). Pour savoir dans quelle catégorie se trouvent les patients, le gouvernement écossais applique une formule de calcul prenant en compte l'emploi, l'accès aux soins, etc… ; cette méthode est le ''*Scottish Index of Multiple Deprivation*'' (SIMD). Ce service permet donc la réduction de l'inégalité des soins et la facilité d'accès pour les personnes en ayant le plus besoin[(104)].

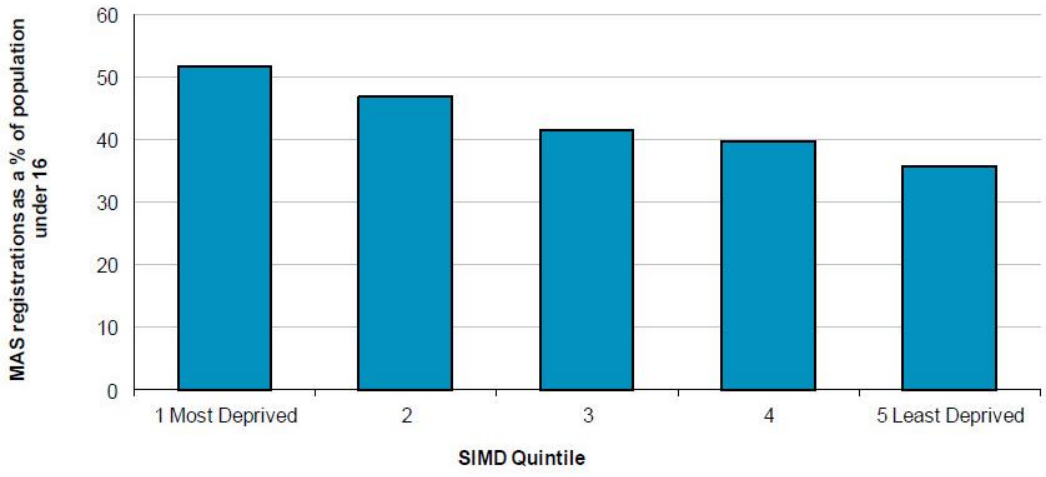

Figure 37 : Taux d'enregistrement pour les MAS en fonction du SIMD des patients de moins de 16 ans[104]

Dans une étude parue en 2015, il était fait une évaluation du pourcentage de consultation pour des troubles mineurs chez le médecin et aux urgences. Il est de 22.3% des consultations chez le médecin et de 6.0% aux urgences. Or, toutes ne seraient pas gérables en pharmacies. Par conséquent, 13.2% du total des consultations chez le médecin et 5.3% de passage aux urgences pourraient être pris en charge en pharmacie. Cela correspondrait à un total de 18 millions de consultations médicales et 650 000 passages aux urgences sur une année en Angleterre et en Écosse. En partant du principe qu'en moyenne une personne va voir le médecin 5,5 fois par an, le nombre de consultations pouvant être économisé en Ecosse serait de 1 644 000[112].

Dans la littérature, le taux de consultation médicale pour des troubles mineurs varie de 18% à 28% selon les sources[113][114].

Il est intéressant de voir à quel endroit le patient serait allé si cette activité n'était pas disponible. Par exemple, dans une étude publiée en 2011, 58.1% des patients affirment qu'ils auraient pris rendez-vous chez le médecin et 39.1% auraient acheté un médicament en pharmacie[115].

Par ailleurs, afin de vérifier la bonne utilisation des MAS, il est nécessaire de se renseigner à propos des taux de résolution des symptômes dans chaque lieu de consultation mais aussi du taux de reconsultation pouvant entraîner un possible surcoût.

Dans une étude de 2015, qui évaluait les différences entre les pharmacies, les services d'urgences et les médecins, il est apparu que les taux de résolution des symptômes étaient relativement proches les uns des autres. En effet, les urgences avaient 37,3% de résolution, les médecins 35,7% et les pharmacies 44,3%. Or cette étude, avec un faible nombre de participants (377), ne permet pas d'extrapoler les résultats[109].

	Overall % (n)	ED % (n)	General practice % (n)	Pharmacy % (n)	p Value
Resolution of symptoms					
Musculoskeletal aches and pains	(n=118)	(n=42)	(n=41)	(n=35)	0.045*
Resolved	22.9 (27)	31.0 (13)	9.8 (4)	28.6 (10)	
Sore throat/cough cold	(n=82)	–	(n=41)	(n=41)	0.825*
Resolved	50.0 (41)	–	48.8 (20)	51.2 (21)	
Eye pain/discomfort†	(n=30)	(n=7)	(n=12)	(n=11)	–
Resolved	73.3 (22)	71.4 (5)	83.3 (10)	63.6 (7)	
Stomach upset†	(n=11)	(n=1)	(n= 6)	(n= 4)	–
Resolved	63.6 (7)	100 (1)	50.0 (3)	75.0 (3)	

Tableau 38 : Résolution des symptômes par troubles mineurs[109]

Cependant, dans la littérature, nous pouvons observer des résolutions de symptômes suite à un MAS allant de 68% à 94% suivant les études. Concernant les taux de reconsultation suite à un MAS, ils peuvent varier de 2,4% à 23,4%[95].

Il faut noter que selon une autre étude, le taux de reconsultation suite à une visite dans une pharmacie ou chez un médecin est sensiblement le même, soit 2,4% et 3,8% respectivement[116].

Les bénéfices attendus sont donc de pouvoir alléger les médecins d'un certain nombre de consultations pour troubles mineurs mais aussi de proposer un service plus rapide d'accès et plus commode pour le patient tout en valorisant le rôle du pharmacien en lui permettant de recentrer sa prise en charge sur la personne.

Dans une étude, il a été évalué le nombre de consultations pour un médecin suite à l'implantation des MAS. Il a été observé que le nombre de consultations ne diminuait pas pour un médecin mais qu'il avait moins de visites dues à des troubles mineurs ce qui lui permettait de s'occuper de cas plus complexes. Dans cette étude, les taux de troubles mineurs pris en charge par les médecins ont chuté de 7.8% à 6.3%[102].

L'honoraire alloué pour un MAS peut varier, suivant les études, de 1.44£ à 15.90£[95].

De fait, quelles sont les économies potentielles pouvant être réalisées en Écosse ?

L'ensemble des travaux étudiés tendent à affirmer que ce service est rentable dans le sens où il peut se financer sur les économies effectuées.

En reprenant le nombre de consultations pouvant être évités aux urgences et chez le médecin, l'Angleterre et l'Écosse peuvent à elles seules économiser jusqu'à 1,1 milliards de £. En décomposant, nous pouvons voir que les urgences en feraient une économie de 75 millions de £ dans les 2 pays, et les médecins feraient une économie de 960 millions de £ en Angleterre et approximativement 94 millions de £ en Écosse[112].

Nous pouvons donc conclure en disant que ces MAS permettent au patient d'avoir une alternative dans sa prise en charge. Cela le rend également responsable de sa santé. Par

ailleurs, cette activité peut s'autofinancer et générer des économies pour le système de santé. Or, aucune étude à ce jour n'a étudié l'impact global de cette mesure sur le système de santé. Nous ne pouvons pas non plus connaître l'impact de cette mesure sur la charge de travail des pharmaciens.

Enfin, nous ne savons pas si cette activité a eu un retentissement sur l'équilibre économique des médecins et des pharmaciens. Cependant, devant la possibilité de soulager la pression existant sur les services des urgences mais aussi de pouvoir libérer du temps aux médecins pour prendre en charge des cas plus complexes, cette mesure semble avoir porter ses fruits.

En conclusion, et cela semble le plus important, les MAS participent à réduire les inégalités de prise en charge existant à travers le territoire et offrent un accès aux soins plus facile et plus rapide à la population.

IV. France

A. Contexte

En France, comme dans l'ensemble des pays occidentaux, la population vieillit de plus en plus et est de plus en plus demandeuse de soins. D'ici 2070, la part des 75 ans et plus pourrait atteindre les 18% de la population totale française.

Année	Population au 1er janvier (en milliers)	Proportion (en %) des					Solde naturel(en milliers)	Solde migratoire(en milliers)
		0-19 ans	20-59 ans	60-64 ans	65-74 ans	75 ans ou +		
1990	57 996	27,9	53,2	5,1	7,1	6,7	258,7	77
2000	60 508	25,8	53,9	4,5	8,7	7,1	266,8	72
2010	64 613	24,8	52,6	6,0	7,8	8,8	281,6	39
2013	**65 779**	**24,6**	**51,6**	**6,3**	**8,5**	**9,0**	**245,4**	**70**
2020	67 819	24,4	49,4	6,1	10,8	9,3	195,1	70
2025	69 093	23,7	48,3	6,2	11,0	10,8	172,1	70
2030	70 281	23,0	47,4	6,2	11,2	12,2	162,2	70
2035	71 418	22,4	46,5	6,2	11,4	13,5	147,2	70
2040	72 451	22,3	46,1	5,6	11,5	14,6	117,6	70
2050	74 025	22,3	44,9	5,7	10,8	16,4	59,9	70
2060	75 210	21,7	44,9	5,5	10,7	17,2	42,8	70
2070	**76 448**	**21,3**	**44,2**	**5,8**	**10,8**	**17,9**	**68,2***	**70**

Tableau 39 : Evolution de la population en France entre 1990 et 2070[117]

En se penchant un peu plus sur les tranches d'âges, nous pouvons voir que la part active de la population se stabilise alors que la part de personnes âgées va exploser dans les années à venir.

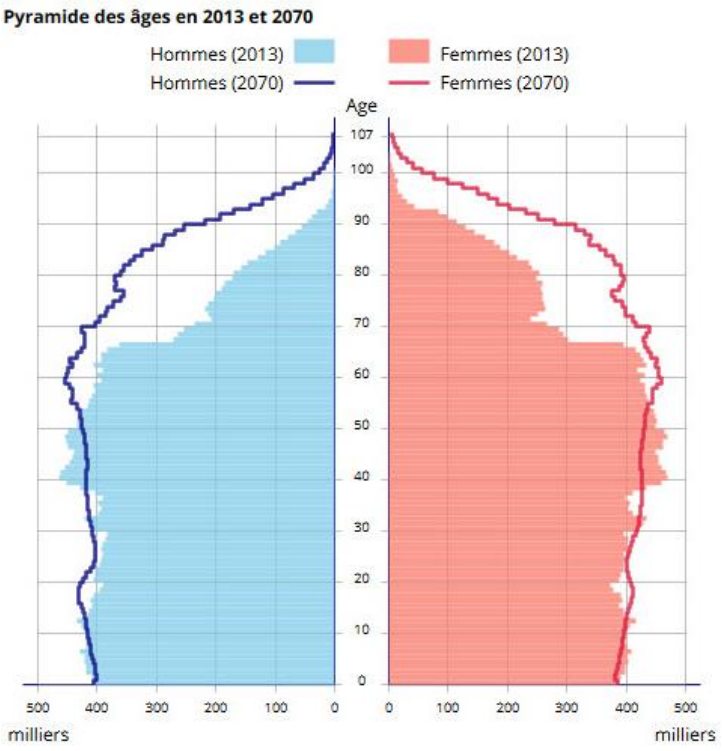

Figure 38 : Pyramide des âges en 2013 et 2070 en France[117]

Devant cette augmentation massive de personnes demandeuses des soins, il est nécessaire que le potentiel médical puisse suivre et répondre à cette demande. Cependant, lorsque nous nous penchons sur l'évolution du nombre de médecins dans les années à venir, nous nous rendons compte qu'il est urgent de trouver des solutions. En effet, si nous regardons la densité de médecin pour 100 000 habitants par région, il existe de grandes disparités. Mais globalement, la France est bien pourvue en médecins comparativement au Canada ou à l'Écosse.

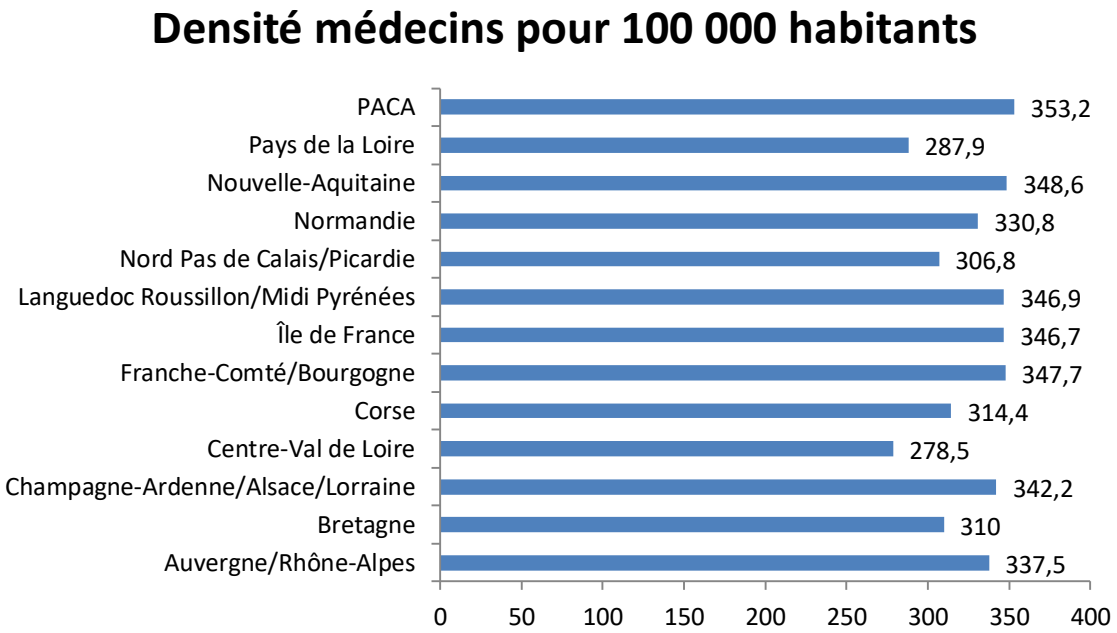

Figure 39 : Densité de médecins pour 100 000 habitants en fonction des régions[83]

Au total, la France compte 290 974 médecins, soit une augmentation de 15% entre 2007 et 2017. Or, si nous regardons en détail les chiffres, nous pouvons voir des motifs d'inquiétudes. Par exemple, malgré un nombre de médecins en hausse sur les dernières années, la moyenne d'âge de la profession est de 51 ans avec 28% des médecins ayant plus de 60 ans et seulement 20% en dessous de 40 ans. Par ailleurs, sur les 290 974 médecins inscrits à l'Ordre des médecins en 2017, seuls 215 941 sont en activité totale. Ce nombre stagnant depuis 10 ans. L'augmentation du nombre de médecins s'observe du côté des médecins retraités qui s'accélère ces dernières années[83].

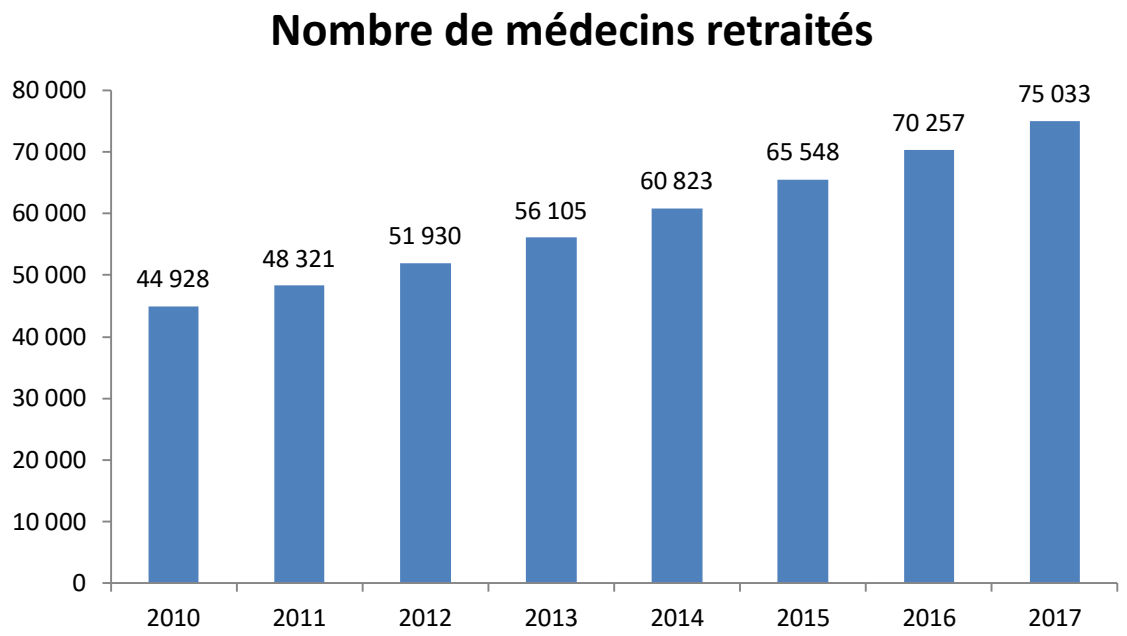

Figure 40 : Nombre de médecins retraités en France de 2010 à 2017[83]

Si nous observons le nombre de médecins généralistes disponibles en France en 2017, nous voyons une forte diminution depuis 2007. En 2017, ils étaient 88 317 soit une baisse de 9,1% depuis 2007. Si nous le rapportons au nombre d'habitants, cela représente 131 médecins généralistes pour 100 000 habitants. Cela témoigne du grand danger que représente la disparition progressive de professionnel de premier recours[83].

Si nous nous intéressons maintenant au temps d'attente aux urgences en France, nous nous rendons compte que le constat n'est pas si négatif. En effet, en juillet 2014 et août 2015, la DREES (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques) a effectué un état des lieux des services des urgences en France :

- en juillet 2014, 19% des patients ont attendu moins d'une heure, 28.6% entre 1 et 2 heures, 30.6% entre 2 et 4 heures 12.3% de 4 à 6 heures et 9.4% plus de 6 heures[118].
- en août 2015, 70% des patients étaient pris en charge dans l'heure qui suivait le triage[119].

Or, si nous regardons plus en détail ces données, nous nous apercevons qu'en 2014, le temps de passage moyen aux urgences était de 3 heures et 13 minutes contre 2 heures et 20 minutes en 2002. Quant à la durée médiane, elle était de 2 heures et 5 minutes en 2014 contre 1 heure et 22 minutes en 2002[120].

En 2015, la fréquentation annuelle des services des urgences atteignait 20.3 millions de passages. Soit une augmentation de 42% de plus qu'en 2002. Depuis 1996, le nombre annuel de passage augmente en moyenne de 3.5% pour un nombre de structure d'accueil équivalente (aux alentours de 700)[120].

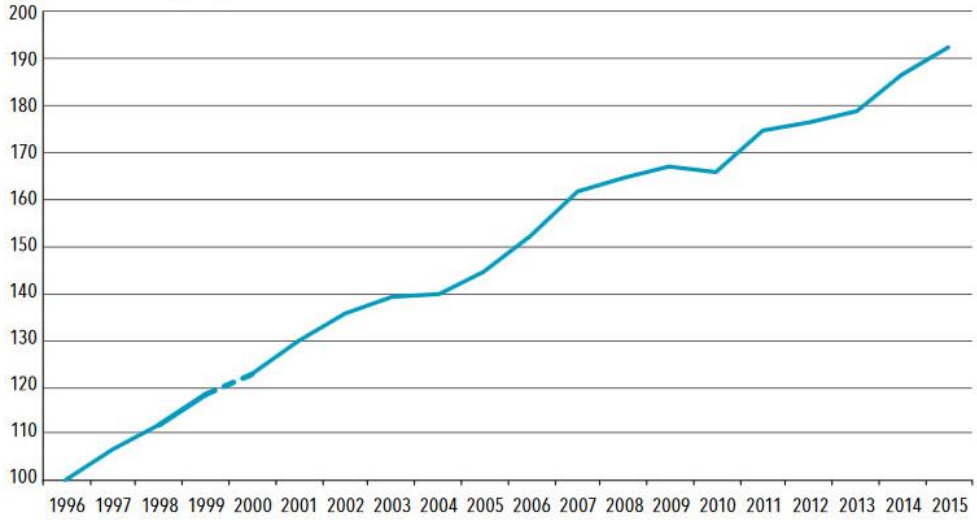

Figure 41 : Nombre annuel de passage aux urgences de 1996 à 2015 (base 100 en 1996)[121]

Même si ces chiffres semblent alarmants, la France se situe dans la moyenne des pays de l'OCDE.

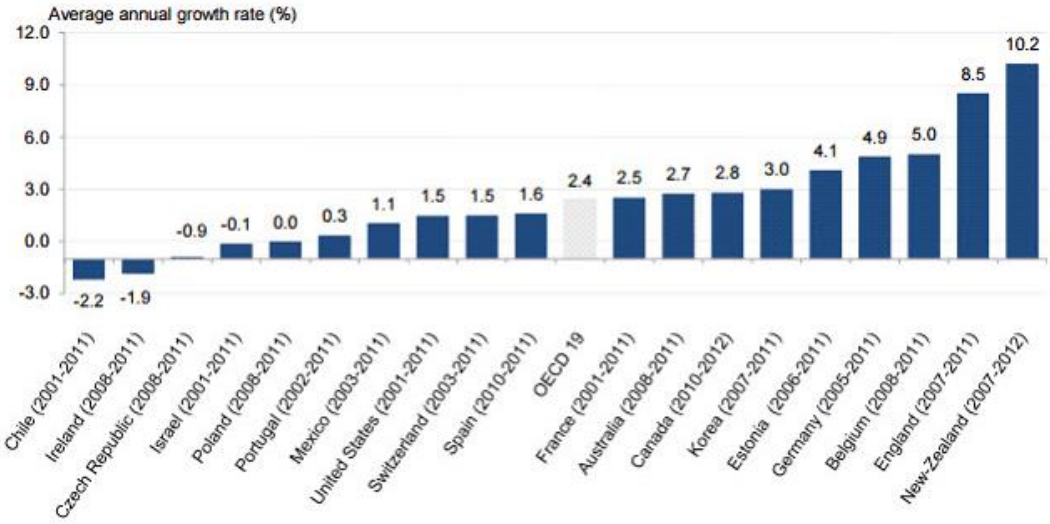

Figure 42 : Augmentation annuelle moyenne du nombre de passage aux urgences entre 2001 et 2011 dans les pays de l'OCDE(%)[120]

Devant ce constat, nous allons maintenant voir ce que le gouvernement français envisage comme solution pour pallier ce problème.

B. Solutions envisagées

Une des solutions mise en place a été l'augmentation du numerus clausus en étude de médecine. Cependant, devant les moyens et infrastructures limités des universités, cette hausse est marginale (1% de hausse pour 2018). De plus, ces professionnels ne commenceront à pratiquer qu'après 9 ans d'études.

Afin de rompre avec la désertification médicale croissante, le gouvernement a décidé, entre autres, de développer la télémédecine. Actuellement, 5 actes différents sont reconnus : la téléconsultation, la téléexpertise, la télésurveillance, la téléassistance médicale et la régulation médicale. C'est une pratique médicale qui utilise les technologies d'informations et de communications actuelles. L'objectif est de mettre en rapport les professionnels de santé entre eux ou avec un patient. C'est un moyen important pour améliorer l'accès aux soins des patients car elle participe à rompre l'isolement des patients et des professionnels de santé en milieu rural notamment. Les informations concernant sa mise en œuvre sont précisées dans un cahier des charges publié par le gouvernement en avril 2016.

Par ailleurs, le 26 janvier 2016, la loi de modernisation du système de santé a été votée. Entre autres changements, cette loi prévoit la création d'un nouveau statut infirmier qui est l'infirmière de pratique avancée (IPA). Ce statut permettrait à ces nouveaux professionnels de santé, de grade Master 2, d'assurer des consultations propres, de suivre des patients atteints de pathologies chroniques et même de prescrire certains traitements. Les modalités de mises en place doivent être établies via un décret du gouvernement. Or, ce-dernier n'a pas encore été publié. Les objectifs affichés sont de réorganiser les pratiques médicales et d'offrir de nouveaux services à la population tout en améliorant la qualité des soins. Malgré des résultats encourageants dans les pays anglo-saxons, sa mise en place en France n'est pas effective. En effet, dans le projet de décret, les IPA ne seraient pas autonomes mais dépendraient d'un médecin généraliste qui leur ''céderait'' des patients équilibrés à surveiller et ce, dans un nombre de pathologies restreintes. Ces professionnels pourraient représenter une alternative pour les patients lorsque la prise en charge concerne le suivi des pathologies chroniques.

Concernant la prise en charge des troubles mineurs par le pharmacien, aucun projet de loi ou de concertation n'est encore mis en place. Cependant, des sondages tendent à montrer la volonté des patients et des pharmaciens pour ce type de prise en charge. A l'instar de la mise à disposition de la vaccination antigrippale en officine, cette nouvelle activité tend à séduire les français par sa facilité d'accès et sa rapidité.

Dans un contexte économique difficile pour les pharmacies françaises, 94% des pharmaciens estiment que leur situation économique va se détériorer[122]. Ce service permettrait de compenser les pertes de moyens dans les officines.

Par ailleurs, malgré une évolution de l'offre de services en pharmacie, ces changements sont encore peu perçus par la population. 55% des patients estiment que l'offre n'a pas changée alors que 53% des pharmaciens estiment cette évolution significative. Nous pouvons voir la perception différente qui existe de ces nouvelles activités. Cela peut s'expliquer par un manque d'informations concernant ces nouvelles missions mais aussi un défaut d'engagement des pharmaciens à cause des rémunérations qui ne sont pas en adéquation avec la charge de travail fourni, comme nous avons pu le voir avec les entretiens pharmaceutiques par exemple[121].

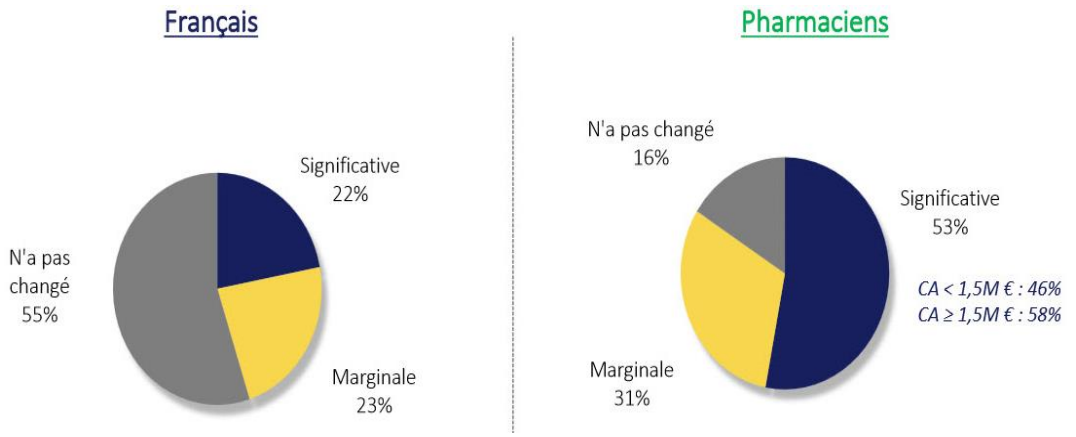

Figure 43 : Perception de l'évolution de l'offre en pharmacie[122]

Cependant, malgré une perception assez faible de cette évolution, les patients sont plutôt favorables à une augmentation de la participation des pharmaciens dans leur prise en charge. En parallèle, nous pouvons voir que les officinaux désirent s'impliquer activement dans la prise en charge de leurs patients[123].

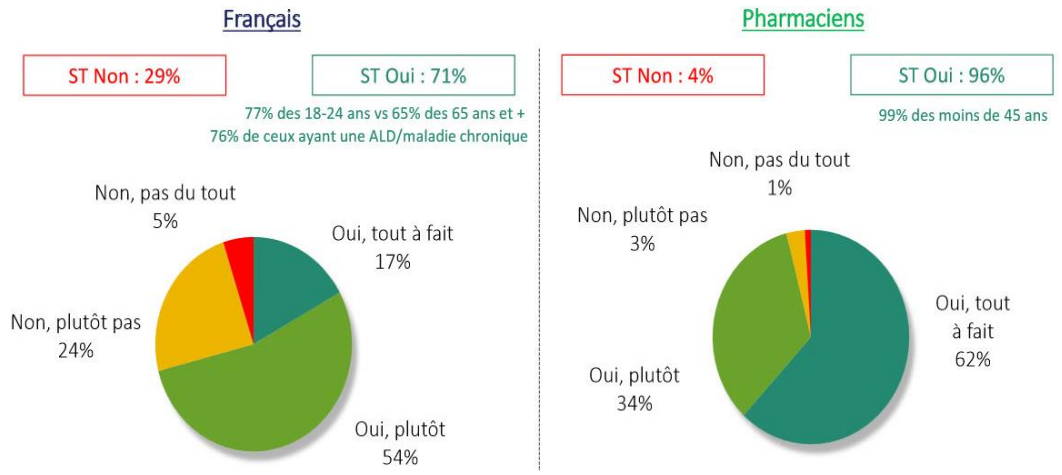

Figure 44 : Volonté d'élargissement du rôle du pharmacien dans la prise en charge de la santé et du suivi des patients[123]

Nous avons vu plus haut que les objectifs fixés par les gouvernements anglo-saxons dans la mise en place des MAS étaient de réduire la proportion de troubles mineurs dans les consultations de médecine générale et de désengorger les urgences. En France, ces objectifs seraient susceptibles d'être atteints si un plan d'ensemble, comprenant le traitement des troubles mineurs par le pharmacien, est mis en place. En effet, nous pouvons voir que pour les patients français, le pharmacien est un professionnel de premier recours qu'ils n'hésitent pas à aller voir pour solliciter un conseil avant de prendre rendez-vous chez le médecin.

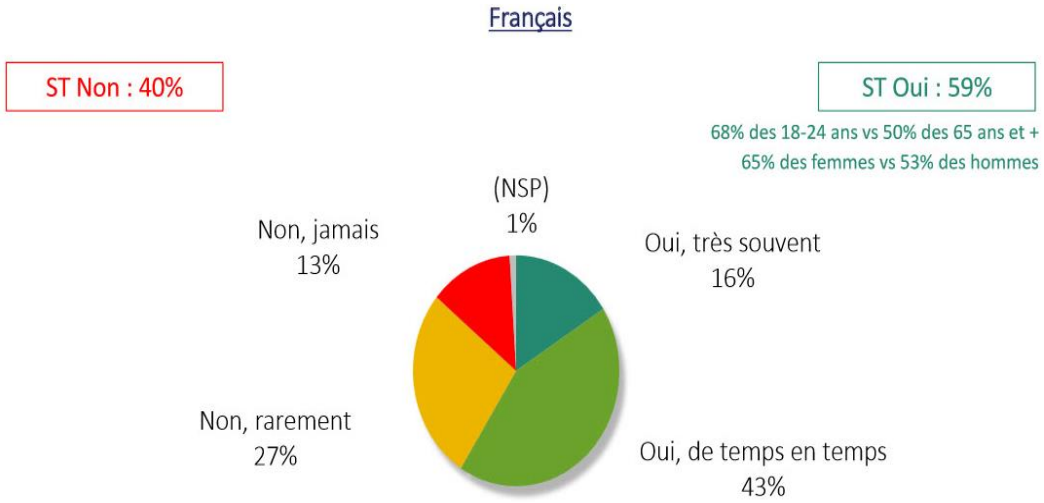

Figure 45 : Conseil du pharmacien avant d'aller voir un médecin[123]

De plus, 56% des patients estiment qu'il est anormal de systématiquement passer par un médecin pour voir son traitement ALD renouvelé. A l'inverse, les pharmaciens trouvent cette obligation normale pour 73% d'entre eux. Cela témoigne, pour les officinaux, de l'importance d'un avis médical pour ces pathologies mais aussi de leur limite de prise en charge.

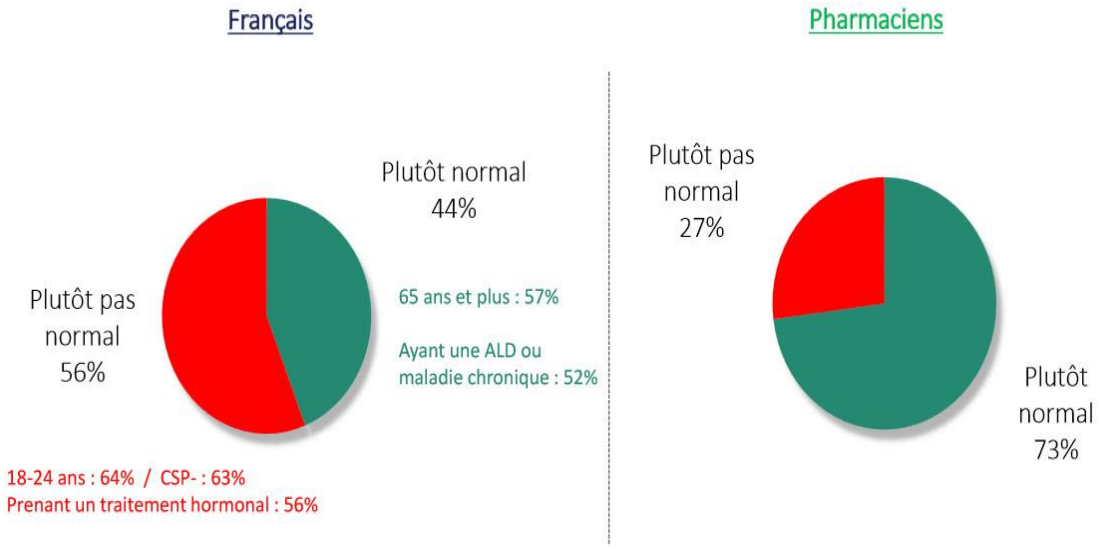

Figure 46 : Obligation de voir un médecin pour renouveler l'ordonnance d'un traitement de longue durée[123]

Or, en ce qui concerne l'éventuelle prescription de spécialités nécessitant une ordonnance, les opinions sont légèrement différentes. En effet, suite à la diminution de spécialité disponibles sans ordonnance permettant aux pharmaciens de pouvoir traiter les pathologies bénignes (listage de spécialités à base d'opiacés notamment), les patients français doivent se rendre plus souvent chez leur médecin généraliste pour pouvoir se faire soigner. Dans le cas de certaines classes de médicaments (codéine, antibiotique contre l'infection urinaire ou encore antalgique type anti-inflammatoire) les patients se montrent plutôt favorables à la prescription pharmaceutiques (70%) tout comme les pharmaciens (87%).

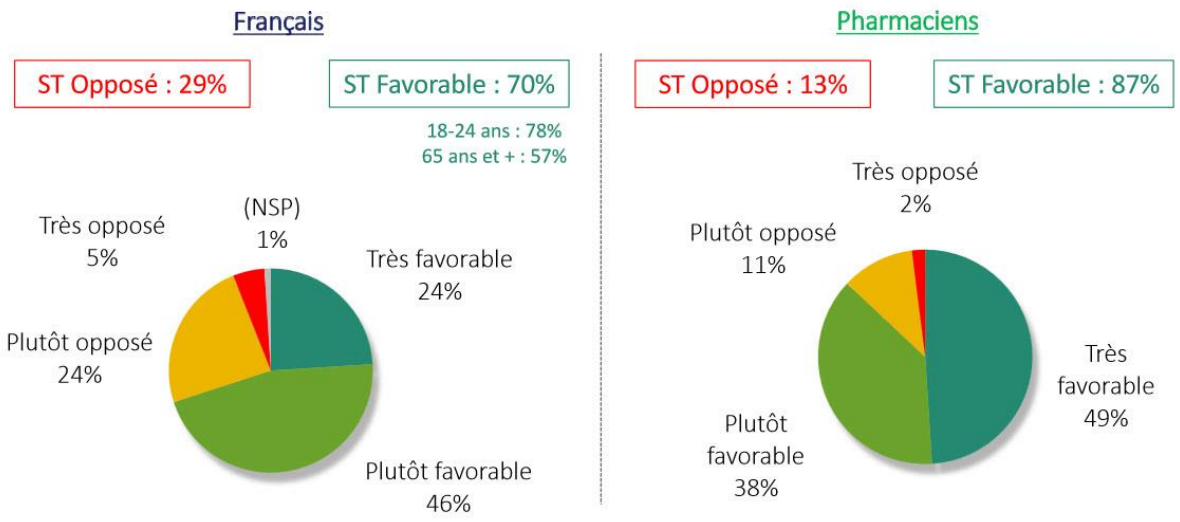

Figure 47 : Autoriser les pharmaciens à prescrire certains médicaments soumis à ordonnance[123]

A notre connaissance, aucune étude n'a été conduite en France sur la faisabilité d'une telle mesure ni l'impact que cela aurait sur les consultations médicales, les urgences, ou encore les économies pouvant être engendrées. Cependant, lors de la commission d'enquête parlementaire sur l'égal accès aux soins des français, la présidente de l'ordre des pharmaciens a soumis l'idée que les officinaux peuvent jouer un rôle de triage pour orienter les patients vers un service des urgences, une consultation médicale ou encore une téléconsultation. Si le trouble présenté fait partie des compétences du pharmacien, ce-dernier pourrait le prendre en charge lui-même dans des conditions encadrées par des médecins.

V. Conclusion

Dans cette partie, nous avons vu les raisons qui ont poussé certains gouvernements à promouvoir cette prise en charge par les pharmaciens mais aussi les résultats engendrés. Nous nous rendons compte que cette activité répond à un réel besoin de soins pour des populations ayant des difficultés d'accès aux soins ou même des difficultés financières. Dans les pays qui ont mis en place cette mesure, les urgences ont vu leur temps d'attente diminuer, les médecins ont pu voir plus de cas complexes dans leurs consultations et des économies ont été faites pour les systèmes de santé. Or, il est impossible d'affirmer avec certitudes que cette activité est la seule ayant eu cet impact car en parallèle, selon les pays, d'autres mesures ont vu le jour pour essayer de réduire ces problèmes (les IPA au Canada par exemple). Malgré sa mise en place assez récente, le peu de recul actuel et l'absence d'étude économique à grande échelle pour mesurer les conséquences de cette activité, il est raisonnable de penser que cette mission est plutôt bénéfique pour le système de santé. Enfin, nous avons pu voir, notamment en Écosse, que ce service est capable de s'auto financer sur les bénéfices dégagés ce qui est un autre avantage. L'un des freins majeurs à sa mise en place est la perception des autres professionnels de santé ainsi que l'impact de cette mesure sur leur activité.

CONCLUSION

Notre étude avait pour but de se renseigner sur les différentes activités ayant lieu dans les pays anglo-saxons. Parmi l'ensemble des services proposés dans ces pays, nous avions décidé de choisir la vaccination, les entretiens pharmaceutiques et la prise en charge des troubles mineurs par le pharmacien. Les 2 premiers sont des services qui ont été mis en place en France de manière assez récente et l'objectif était de comparer les pratiques. Concernant la 3ème activité, elle n'est pas encore à l'étude en France mais est bien implantée dans d'autres pays avec des résultats encourageants ce qui nous a motivé à étudier sa mise en place.

A travers les résultats et mises en place pratique étudiés, nous pouvons voir que dans ces pays, le rôle du pharmacien est valorisé par de nombreux services et responsabilités, en accord avec son implication dans la prise en charge primaire des patients. D'après cette étude, la France possède une importante marge de progression dans les services actuellement proposés mais aussi les futures activités pouvant être mises en place.

Afin de nous rendre compte de la différence d'approche qui existe entre la France et les pays anglo-saxons, nous avons eu la chance de pouvoir nous rendre en Irlande, qui est en plein développement des services du pharmacien, pour discuter avec un acteur majeur de cette évolution (*Voir Annexe 1*). Dans ce pays, de nombreux services sont proposés aux patients. Cela peut aller d'activités remboursées par leur système de santé comme la contraception d'urgence ou la vaccination contre la grippe, à d'autres activités payantes et non prises en charge comme l'accompagnement de personnes obèses désirant perdre du poids.

Par ailleurs, il est important de noter que les anglo-saxons n'hésitent pas à débourser de l'argent pour se prendre en charge et être acteurs dans leur santé. Dans le cas de la vaccination contre la grippe par exemple, les personnes à risque bénéficient d'un remboursement mais les personnes non ciblées désirant se faire vacciner en pharmacie doivent payer pour ce service.

Ces activités sont une chance pour le pharmacien de se recentrer sur sa première préoccupation qu'est le patient. Par ailleurs, devant un contexte économique difficile pour les officines françaises, ces missions pourraient se montrer d'un réel secours. Or, nous avons vu que la législation oblige la présence de deux pharmaciens au même moment lors de la délivrance de ces services. Ceci favorise donc leur développement dans des grosses structures ayant la capacité d'incorporer ces services à leur charge de travail.

Enfin, dans un contexte très inquiétant de vieillissement rapide de la population occidentale et du faible nombre de professionnels pouvant leur administrer des soins, il est urgent de penser à un autre mode d'exercice pour le pharmacien. L'officinal de demain pourrait se voir octroyer de nouvelles activités favorisant son rôle de conseil et de prévention dans la santé publique.

Ces gestes techniques et ces responsabilités à venir sont des actes qui valorisent le métier de pharmacien et permettent surtout un meilleur accès aux soins pour les populations qui en ont le plus besoin. Par conséquent, il est très important que les officinaux d'aujourd'hui s'impliquent activement dans ces services pour permettre de trouver des solutions aux problèmes de demain.

BIBLIOGRAPHIE

1. Irish Pharmacy Union. *Vision for community pharmacy in Ireland* [rapport en ligne]. Mars 2018. Format pdf. Disponible sur : https://ipu.ie/home/ipu-communications/submissions/

2. Chumney EC, Robinson LC. *The effects of pharmacist interventions on patients with polypharmacy* [ressource électronique]. Pharmacy Practice 2006 ; 4(3) : 103-109. Disponible sur : https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4156841/

3. Australian Government Department of Health. *National Medicines Policy* [en ligne]. Mise à jour le 08/09/2011 [consulté le 06/02/2018]. Disponible à l'adresse : http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/content/National+Medicines+Policy-2

4. Roughead, Elizabeth and Semple, Susan. *Medication safety in acute care in Australia: where are we now?* Part 1: a review of the extent and causes of medication problems 2002–2008. *Australia and New Zealand Health Policy* 2009, 6**:**18.
Disponible sur : https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2733897/

5. Rigby, Debbie. Adherence Assessment Tools- "Drugs don't work when they're not taken". The Australian Journal of Pharmacy Vol.88 October 2007

6. Australian Government Department of Health. *Sixth Community Pharmacy Agreement.* Juillet 2017

7. PricewaterhouseCoopers. *Combined Review of 5CPA Medication Management Programmes* [en ligne]. Mise à jour le 23/09/2015. Disponible à l'adresse : https://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/6EF022DE87761986CA257EC80013198B

8. Pharmaceutical Society of Australia. *Guidelines for pharmacists performing medicines use review (MedsCheck) and diabetes medication management (Diabetes MedsCheck) service. Disponible à l'adresse :* http://www.psa.org.au/cpas/5cpa/medscheck

9. Pharmacie Guild of Australia. MedsCheck and Diabetes MedsCheck. *6th Community Pharmacy Agreement* [en ligne]. 2015. [Consulté le 16/02/2018]. Disponible à l'adresse : http://6cpa.com.au/medication-management-programs/medscheck-diabetes-medscheck/

10. Australian Association of Consultant Pharmacy. *How to become accredited* [en ligne]. 2017. [Consulté le 16/02/2018]. Disponible à l'adresse : https://aacp.com.au/how-to-become-accredited/

11. Pharmacie Guild of Australia. Home Medicines Reviews. *6th Community Pharmacy Agreement* [en ligne]. 2015. [Consulté le 16/02/2018]. Disponible à l'adresse : http://6cpa.com.au/medication-management-programs/home-medicines-review/

12. Pharmacie Guild of Australia. Residential Medication Management Review and QUM. *6th Community Pharmacy Agreement* [en ligne]. 2015. [Consulté le 16/02/2018]. Disponible à l'adresse : http://6cpa.com.au/medication-management-programs/residential-medication-management-review/

13. Deloitte Access Economic*. Evaluation of the MedsCheck and Diabetes MedsCheck Pilot Program* [en ligne]. Mise à jour le 01/07/2014. Disponible à l'adresse :

http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/E6867C9E425DFFFBCA257BF0001C973F

14. Jokanovic N, Tan EC, van den Bosch D, Kirkpatrick CM, Dooley MJ, Bell JS. *Clinical medication review in Australia: A systematic review*. Res Social Adm Pharm. 2016;12(3):384–418.

15. Roughead EE, Barratt JD, Ramsay E, et al. *The effectiveness of collaborative medicine reviews in delaying time to next hospitalization for patients with heart failure in the practice setting: results of a cohort study*. Circ Heart Fail 2009;2:424–428.

16. Stafford A, Tenni P, Peterson G, Doran C, Kelly W. *VALMER (the Economic Value of Home Medicines Review)*; 2009. Disponible à l'adresse : http://6cpa.com.au/resources/fourth-agreement/valmer-the-economic-value-of-home-medicines-reviews/

17. Bennett A, Smith C, Chen TF, Johnsen S, Hurst R. *A Comparative Study of Two Collaborative Models for the Provision of Domiciliary Medication Review*. St George Canterbury Medico/Pharmacy Project Faculty of Pharmacy, University of Sydney and St George Division of General Practice; 2000

18. Bonner CJ, Watson PG. Therapeutic housekeeping. *A case study involving collaboration between a medical practitioner and a clinical pharmacist in a medication management program for elderly patients*. J Soc Adm Pharm 2001;18:97–102.

19. White L, Clark C. *Increasing patient demand for Home Medicines Reviews : a marketing plan* [en ligne]. Disponible à l'adresse : http://6cpa.com.au/resources/fourth-agreement/increasing-patient-demand-for-home-medicines-review-a-marketing-plan/

20. Campbell Research. *Evaluation of the Residential Medication Management Review Program Main Findings Report* [en ligne]. 2010. Disponible à l'adresse : https://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/F520A0D5EDEA0172CA257BF0001D7B4D

21. Sorensen L, Stokes JA, Purdje DM et al. *Medication reviews in the community : results of a randomizes, controlled effectiveness trial*. British Journal of Clinical Pharmacology. 2004 ; 58(6) : 648-664

22. Consumers Health Forum of Australia. *Consumer uptake of Home Medicines Reviews (HMR) : An analysis of the HMR program and its sustainability*. 2013

23. Pharmaceutical Services Negociating Committee. *CPCF funding changes 2016/2017 and 2017/2018 [en ligne]*. 2018 [Consulté le 16/02/2018]. Disponible à l'adresse : https://psnc.org.uk/funding-and-statistics/cpcf-funding-changes-201617-and-201718/

24. Elliott RA, et al. *Understanding and Appraising the New Medicines Services in the NHS in England*. 2014 Disponible à l'adresse : https://www.nottingham.ac.uk/~pazmjb/nms/

25. Elliott RA, et al. *Cost effectiveness of support for people starting a new medication for a long-term condition through community pharmacies : An economic Evaluation of the New Medicine Service (NMS) compared with Normal practice*. *Pharmacoeconomics*. 2017;35(12):1237-1255.

26. Holland, R., et al. *Does home based medication review keep older people out of hospital? The HOMER randomised controlled trial*. BMJ: British Medical Journal, 2005. 330(7486): p. 293-295.

27. Pharmaceutical Services Negociating Committee. *Advanced service payments [en ligne]*. 2018 [Consulté le 19/02/2018]. Disponible à l'adresse : https://psnc.org.uk/funding-and-statistics/funding-distribution/advanced-service-payments/#mur

28. Pharmaceutical Services Negociating Committee. *Post-payment verification process of community pharmacy Advanced Services [en ligne]*. 2018 [Consulté le 09/03/2018]. Disponible à l'adresse : https://psnc.org.uk/services-commissioning/advanced-services/murs/post-payment-verification-process-of-community-pharmacy-advanced-services/

29. PricewaterhouseCoopers. Future Pharmacy Practice in Ireland Meeting's patient needs [en ligne]. 2016. Disponible à l'adresse : http://www.thepsi.ie/tns/Publications/Publications/pharmacy_practice_reports.aspx

30. Pharmaceutical Services Negociating Committee. *MUR statistics [en ligne]*. 2018 [Consulté le 12/03/2018]. Disponible à l'adresse : https://psnc.org.uk/funding-and-statistics/nhs-statistics/mur-statistics/

31. Pharmaceutical Services Negociating Committee. *NMS statistics [en ligne]*. 2018 [Consulté le 12/03/2018]. Disponible à l'adresse : https://psnc.org.uk/funding-and-statistics/nhs-statistics/nms-statistics/

32. Elliott RA, et al. *Supporting adherence for people starting a new medication for a long-term condition through community pharmacies : a pragmatic randomised controlled trial of the New Medicine Service*. BMJ Qual Saf 2016 ;25 :747-758

33. Lenaghan E, et al. *Home-based medication review in a high risk elderly population in primary care – the POLYMED randomised controlled trial*. Age and Ageing 2007; 36**:** 292–297

34. Pouyanne P, Haramburu F, Imbs J, Bégaud B. *Hospitalisations due to adverse drug reactions: a cross sectional study in medical departments*. BMJ. 2000;320(7241):1036.

35. ANSM. *Bon usage des médicaments antivitamine K*. 2012. Disponible à l'adresse: http://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/6d550a9311848623e57d311cc0ebacbe.pdf

36. ENEIS : *Étude Nationale sur les Événements Indésirables graves liés aux Soins*. DREES. Etudes et Résultats n°398, mai 2005 et Série Etude et Recherche n°110, septembre 2011.

37. ANSM. *Les anticoagulants en France en 2012 : Etat des lieux et surveillance*. 2012. Disponible à l'adresse : http://ansm.sante.fr/Dossiers/Les-Anti-vitamine-K-AVK/Prevention-des-hemorragies-provoquees-par-les-traitements-anticoagulants-anti-vitamine-K-AVK/(offset)/0

38. ANSM. *Evolution des ventes des anticoagulants oraux en France de janvier 2008 à septembre 2013*. Disponible à l'adresse : http://ansm.sante.fr/Dossiers/Les-anticoagulants/Les-anticoagulants-en-France-Etudes-et-surveillance/(offset)/0#paragraph_58691

39. AFSSAPS. *Modalités de prescription des anticoagulants et connaissance des patients de leur traitement*. 2000. Disponible à l'adresse : http://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/59ea6d42cd0843d15e41caad555a2df9.pdf

40. AFSSAPS. *Modalités de prescription des anticoagulants et connaissance des patients de leur traitement*. 2004. Disponible à l'adresse : http://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/d1f339cf6a3296be7d1bea049c9dbd2c.pdf

41. Ameli. *Avenants* [en ligne]. Mise à jour le 12 avril 2018 [Consulté le 23/03/2018]. Disponible à l'adresse : https://www.ameli.fr/gironde/pharmacien/textes-reference/textes-conventionnels/avenants

42. Assurance Maladie. Accompagnement pharmaceutique des patients sous traitement par AVK : Premier bilan à un an. 2014. Disponible à l'adresse : https://www.ameli.fr/espace-

presse/communiques-et-dossiers-de-presse/les-derniers-communiques-de-la-caisse-nationale/detail-d-un-communique/2822.php

43. Foucaud J., Bury J.A., Balcou-Debussche M., Eymard C., dir. *Éducation thérapeutique du patient. Modèles, pratiques et évaluation.* Saint-Denis : Inpes, coll. Santé en action, 2010 : 412 p

44. Simon L. *Pourquoi 70% des entretiens n'ont pas été payés* [en ligne]. Le Pharmacien de France. Mise à jour le 02/11/2017 [Consulté le 25/03/2018]. Disponible à l'adresse : http://www.lepharmaciendefrance.fr/actualite-web/pourquoi-70-des-entretiens-nont-pas-ete-payes

45. Vandendriessche M. *AVK : les entretiens s'essoufflent* [en ligne]. Le moniteur des Pharmacies. Mise à jour le 24/02/2015 [Consulté le 25/03/2018]. Disponible à l'adresse : https://www.lemoniteurdespharmacies.fr/actu/actualites/actus-socio-professionnelles/150224-avk-les-entretiens-pharmaceutiques-s-essoufflent.html

46. FSPF. *Paiement de la ROSP AVK* [en ligne]. FSPF. Mise à jour le 21/03/2018 [Consulté le 25/03/2018]. Disponible à l'adresse : http://www.fspf.fr/fspf-services/breves/paiement-rosp-avk

47. OMS. Couverture vaccinale [en ligne]. Mise à jour le 08/02/2018 [Consulté le 27/11/2017]. Disponible à l'adresse : http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs378/fr/

48. Bach AT, Goad JA. *The role of community pharmacy-based vaccination in the USA: current practice and future directions*. Integrated Pharmacy Research & Practice. 2015;4:67-77.

49. Healthypeople. *Immunization and infectious diseases* [en ligne]. [Consulté le 29/11/2017]. Disponible à l'adresse : https://www.healthypeople.gov/2020/topics-objectives/topic/immunization-and-infectious-diseases/objectives

50. American Pharmacist Association. *APhA* [en ligne]. 2018 [Consulté le 29/11/2019]. Disponible à l'adresse : http://www.pharmacist.com/

51. Carla L. Black, et al. *Health Care Personnel and Flu Vaccination, Internet Panel Survey, United States, November 2014*. Centers for Disease Controls and Prevention. 2014 Disponible à l'adresse : https://www.cdc.gov/flu/fluvaxview/hcp-ips-nov2014.htm

52. American Pharmacists Association (APhA). *Pharmacist Administered Vaccines*. 2015 [Consulté le 29/11/2019]. Disponible à l'adresse : http://www.pharmacist.com/sites/default/files/files/Pharmacist_IZ_Authority_toadmin_2_12_15.pdf?dfptag=imz

53. American Pharmacist Association. *Pharmacy based immunization delivery* [en ligne]. 15 Juillet 2017 [Consulté le 29/11/2017]. Disponible à l'adresse : http://www.pharmacist.com/pharmacy-based-immunization-delivery#

54. Kroger AT, Duchin J, Vázquez M. *General Best Practice Guidelines for Immunization. Best Practices Guidance of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP)*. 2017. Disponible à l'adresse : https://www.cdc.gov/vaccines/hcp/acip-recs/general-recs/downloads/general-recs.pdf

55. Centers for Disease Controls and Prevention (CDC). *Fainting (Syncope)* [en ligne]. 2015. Mise à jour le 27/10/2015 [Consulté le 29/11/2017] Disponible à l'adresse : https://www.cdc.gov/vaccinesafety/concerns/fainting.html

56. Steyer TE, et al. *The role of pharmacists in the delivery of influenza vaccinations*. Vaccine. 2004; 22(8):1001-1006

57. Drozd, Edward M. et al. *Impact of Pharmacist Immunization Authority on Seasonal Influenza Rates Across States*. Clinical Therapeutics , 2017. Volume 39 , Issue 8 , 1563 - 1580.e17 Disponible à l'adresse : https://www.clinicaltherapeutics.com/article/S0149-2918(17)30771-3/fulltext

58. Jayasundara K, Soobiah C,Thommes E, et al. *Natural attack rate of influenza in unvaccinated children and adults : a meta-regression analysis*. BMC Infect Dis. 2014;14:670

59. Taitel M.S, et al. *Pharmacists as providers: Targeting pneumococcal vaccinations to high risk populations*. Vaccine, Volume 29, Issue 45, 2011, 8073-8076 Disponible à l'adresse : https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0264410X11012928?via%3Dihub

60. Taitel M.S, et al. *Improving pneumococcal and herpes zoster vaccination uptake: expanding pharmacist privileges*. Am J Manag Care. 2013;19:e309–e313. Disponible à l'adresse : http://www.ajmc.com/journals/issue/2013/2013-1-vol19-n9/improving-pneumococcal-and-herpes-zoster-vaccination-uptake-expanding-pharmacist-privileges?p=2

61. Department of Health (Ireland). *Health in Ireland Key Trends 2016* [en ligne]. 2016. Disponible à l'adresse : http://health.gov.ie/blog/publications/health-in-ireland-key-trends-2016/

62. The Pharmaceutical Society of Ireland. *Training for Pharmacists for the Supply and Administration of Emergency and Vaccinations* [en ligne]. 2018 [Consulté le 19/01/2018]. Disponible à l'adresse : http://www.thepsi.ie/gns/education/Training_for_Pharmacists.aspx

63. International Pharmaceutical Federation (FIP). *An overview of current pharmacy impact on immunisation A global report 2016*. The Hague: International Pharmaceutical Federation; 2016

64. The Pharmaceutical Society of Ireland. *Report on the Evaluation of the Seasonal Influenza Vaccination Service in Pharmacy 2012-2013*. 2013. Disponible à l'adresse : http://www.thepsi.ie/gns/Pharmacy_Practice/practice-guidance/PharmacyServices/Vaccination_Service/Evaluation_of_the_Seasonal_Influenza_Vaccine.aspx

65. Behaviour&Attitudes. *Patient Feedback on the flu Vaccination Service Provided in Pharmacies*. Mars 2016. Disponible à l'adresse : http://www.thepsi.ie/gns/Pharmacy_Practice/practice-guidance/PharmacyServices/Vaccination_Service/Evaluation_of_the_Seasonal_Influenza_Vaccine.aspx

66. Weedle P. *Report of the risk review group*. Juin 2012. Disponible à l'adresse : http://www.thepsi.ie/Libraries/News_-_Archive/Final_Report_of_the_Risk_Review_Group_26th_June_2012.sflb.ashx

67. The Pharmaceutical Society of Ireland. *Report on the Evaluation of the Seasonal Influenza Vaccination Service in Pharmacy 2014/2015*. Août 2015. Disponible à l'adresse : http://www.thepsi.ie/gns/Pharmacy_Practice/practice-guidance/PharmacyServices/Vaccination_Service/Evaluation_of_the_Seasonal_Influenza_Vaccine.aspx

68. HSE National Immunisation Service. *Seasonal Influenza Vaccination Programme 2017/2018* [en ligne]. 2017. Mise à jour le 22 février 2018 [Consulté le 19/01/2018] Disponible à l'adresse : https://www.hse.ie/eng/health/immunisation/

69. Santé Publique France. *La grippe saisonnière* [en ligne]. Mise à jour le 05/01/2018 [Consulté le 23/02/2018] Disponible à l'adresse : http://inpes.santepubliquefrance.fr/10000/themes/grippes/index.asp

70. Santé Publique France. *Bulletin épidémiologique grippe. Point au 22 mai 2015* [en ligne]. Publié le 22/05/2015 [Consulté le 23/02/2018] Disponible à l'adresse : http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Maladies-a-prevention-vaccinale/Grippe/Grippe-generalites/Donnees-de-surveillance/Archives/Bulletin-epidemiologique-grippe.-Point-au-22-mai-2015

71. Santé Publique France. *Grippe* [en ligne]. Publié le 29/07/2011. Mise à jour le 25/04/2018 [Consulté le 23/02/2018]. Disponible à l'adresse : http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Maladies-a-prevention-vaccinale/Couverture-vaccinale/Donnees/Grippe

72. Santé Publique France. *Grippe : Généralités* [en ligne]. Publié le 08/06/2006. Mise à jour le 03/08/2017 [Consulté le 23/02/2018]. Disponible à l'adresse : http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Maladies-a-prevention-vaccinale/Grippe/Grippe-generalites/Point-sur-les-connaissances

73. Ordre National des pharmaciens. *Expérimentations de la vaccination en officine* [en ligne]. 2017. Mise à jour le 10/10/2017 [Consulté le 08/03/2018] Disponible à l'adresse : http://www.ordre.pharmacien.fr/Le-pharmacien/Champs-d-activites/Experimentation-de-la-vaccination-a-l-officine

74. Ordre National des pharmaciens. Expérimentation de la vaccination à l'officine contre la grippe : quel bilan ? *Tous Pharmaciens* [en ligne]. Mars 2018. n°5, [Consulté le 19/04/2018] Disponible à l'adresse : http://www.ordre.pharmacien.fr/content/download/389803/1858558/version/10/file/CNOP_TOUSPHARMACIENS_5_interactif.pdf

75. MG France. *Vaccinations contre la grippe en pharmacie : vers un premier bilan ?*[en ligne]. 15 Février 2018 [Consulté le 19/04/2018]. Disponible à l'adresse : https://www.mgfrance.org/index.php/presse/communiques/1826-vaccinations-contre-la-grippe-en-pharmacie-vers-un-premier-bilan

76. Demarti C. *Succès de la vaccination à l'officine : la preuve par les cartes*. Le Quotidien du Pharmacien [en ligne]. Publié le 22/03/2018 [Consulté le 19/04/2018]. Disponible à l'adresse : https://www.lequotidiendupharmacien.fr/actualite-pharmaceutique/article/2018/03/22/succes-de-la-vaccination-lofficine-la-preuve-par-les-cartes_271468?xtor=EPR-2-%5BNL_quotidienne%5D-20180322&utm_campaign=NL_quotidienne&utm_source=qph&utm_content=20180322&utm_medium=newsletter

77. Ordre National des infirmiers. Pour améliorer la couverture vaccinale et rétablir la confiance, il faut s'appuyer sur des professionnels de santé compétents et bien formés [en ligne]. Publié le 25/01/2018 [Consulté le 19/04/2018]. Disponible à l'adresse : https://www.ordre-infirmiers.fr/actualites-presse/articles/vaccination-professionnels-competents.html

78. Office of the Attorney General. *Legislation S.I. No. 525/2011 - Medicinal products (Prescription and Control of Supply) (Amendment) regulations 2011* [en ligne]. 2011. Irish Statute Book. [Consulté le 22/01/2018]. Disponible à l'adresse : http://www.irishstatutebook.ie/eli/2011/si/525/made/en/print

79. Office of the Attorney General. Legislation S.I. No. 449/2015 - Medicinal Products (Prescription and Control of Supply) (Amendment) (No.2) Regulations 2015 [en ligne]. 2015. Irish Statute Book. [Consulté le 22/01/2018]. Disponible à l'adresse : http://www.irishstatutebook.ie/eli/2015/si/449/made/en/pdf

80. McCarthy A, O'Nolan Gerald, Long J. *Minor ailments schemes : an overview of experience up to 2015*. Health Research Board. Dublin. 22/04/2016

81. Gladu F.P. La pénurie réelle ou ressentie de médecins de famille au Québec Peut-on y remédier ? *Canadian Family Physician. Le médecin de famille canadien*. Novembre 2007 ; 53(11) : 1871-1873p

82. Institut canadien d'information sur la santé. *Les médecins au Canada, 2016 : rapport sommaire*. Ottawa, ON : ICIS; 2017.

83. Mourgues JM, *Atlas de la démographie médicale en France. Profils comparés : 2007/2017- Les territoires au cœur de la réflexion*. 2017

84. Boulenger S, Vaillancourt F.. *Temps d'attente dans le secteur public de la santé au Québec : mesure, conséquences et moyens pour le réduire*. 2013. Montréal : Centre interuniversitaire de recherche en analyse des organisations (CIRANO) Disponible à l'adresse : http://www.cirano.qc.ca/pdf/publication/2013RP-17.pdf

85. Taylor JG, Joubert R. Pharmacist-led minor ailment programs: a Canadian perspective. *International Journal of General Medicine*. 2016;9:291-302.

86. Marceau N, et al. *Guide d'exercice pour pharmaciens des établissements de santé au Québec*. 2018. 47p

87. Ordre des pharmaciens du Québec, Collège des médecins du Québec. *Loi 41, Guide d'exercice sur les activités réservées aux pharmaciens*. 2013. 45 p.

88. Ordre des pharmaciens du Québec. *Maestro votre portail de formation continue* [en ligne]. 2017 [Consulté le 04/04/2018] Disponible à l'adresse : https://maestro.opq.org/#

89. Ordre des pharmaciens du Québec. *Administrer un médicament afin d'en démontrer l'usage approprié* [en ligne]. 2011 [Consulté le 04/04/2018]. Disponible à l'adresse : https://www.opq.org/fr-CA/pharmaciens/formation-continue/administrer-un-medicament-afin-d-en-demontrer-l-usage-approprie/

90. Ordre des pharmaciens du Québec. Rapport Annuel 2016-2017. Disponible à l'adresse : https://www.opq.org/fr-CA/publications/rapports-annuels/

91. Ordre des Pharmaciens du Québec. *Foire aux questions loi 41* [en ligne]. 2011 [Consulté le 04/04/2018]. Disponible à l'adresse : https://www.opq.org/fr-CA/pharmaciens/ma-pratique/application-de-la-loi-41/foire-aux-questions-loi-41/

92. Régie de l'assurance maladie du Québec. *Manuel des pharmaciens*. 2007. Mise à jour en Juillet 2017. 225p

93. Ordre des pharmaciens du Québec. La Loi 41 fête son deuxième anniversaire [en ligne]. 20 Juin 2017. [Consulté le 05/04/2018]. Disponible à l'adresse : https://www.opq.org/fr-CA/grand-public/nouvelles/2017-06-20-la-loi-41-fete-son-deuxieme-anniversaire-

94. Chafe C, et al. *Evaluation of the provision of Minor Ailment Services in the Pharmacy setting Pilot Study Final report*. Octobre 2013. 79p

95. Paudyal V, Watson MC, Sach T, et al. Are pharmacy-based minor ailment schemes a substitute for other service providers ? A systematic review. *The British Journal of General Practice*. 2013;63(612):e472-e481

96. Tsuyuki RT, Johnson JA, Teo KK, et al. *A randomized trial of the effect of community pharmacist intervention on cholesterol risk management: the Study of Cardiovascular Risk Intervention by Pharmacists (SCRIP). Arch Intern Med 2002;162:1149–55*

97. McAlister FA, et al. Changes in the rates of awareness, treatment and control of hypertension in Canada over the past two decades. *CMAJ*. 2011;183:1007–1013

98. National Center for Health Statistics. *Hypertension among adults in the United States, 2009–2010* [en ligne]. Octobre 2012 [Consulté le 07/04/2018]. Disponible à l'adresse : http://www.cdc.gov/nchs/data/databriefs/db107.htm.

99. Bodnar A, Gillis J. *Provision of Minor Ailment Services in the Pharmacy Setting demonstration Project Final Evaluation, report*. Octobre 2016. 42p

100. Wan K. *Value of expanded authority released*. Ontario Pharmacists Association [en ligne]. Mars 2013 [Consulté le 09/04/2018]. Disponible à l'adresse : https://www.opatoday.com/professional/news/value-of-expanded-authority-release

101. Rafferty E., et al. *Costs and saving associated with a pharmacists prescribing for minor ailments program in Saskatchewan*. 2017. Biomedcentral 2017: 15:3

102. Bojke J, Gravellea H, Hassellb K et al. Increasing patient choice in primary care: themanagement of minor ailments. 2003. *Health Economics*, 13(1): 73-86

103. National Services Scotland. General Practice Workforce and practice list sizes 2007-2017. Publié le 12/12/2017. Disponible à l'adresse : http://www.isdscotland.org/Health-Topics/General-Practice/

104. National Services Scotland. *Prescribing & Medicines : Minor Ailments Service (MAS) Financial Year 2016/17*. Publié le 26/09/2017. Disponible à l'adresse : http://www.isdscotland.org/Health-Topics/Prescribing-and-medicines/

105. Information Service Division Scotland. *Emergency Care* [en ligne]. Publié le 03/04/2018 [Consulté le 12/04/2018]. Disponible à l'adresse : http://www.isdscotland.org/Health-Topics/Emergency-Care/Publications/2018-04-03/Summary/index.asp?3072756529

106. Community Pharmacy Scotland. *MAS prescribing and formularies* [en ligne]. [Consulté le 12/04/2018]. Disponible à l'adresse : http://www.communitypharmacyscotland.org.uk/nhs-care-services/services/minor-ailment-service/mas-prescribing-and-formularies/

107. Community Pharmacy Scotland. *MAS Remuneration* [en ligne]. [Consulté le 12/04/2018]. Disponible à l'adresse : http://www.communitypharmacyscotland.org.uk/nhs-care-services/services/minor-ailment-service/mas-remuneration/

108. National Services Scotland. *Prescribing & Medicines : Minor Ailments Service (MAS) Financial Year 2015/16*. Publié le 26/03/2017. Disponible à l'adresse : http://www.isdscotland.org/Health-Topics/Prescribing-and-medicines/

109. Watson MC, Ferguson J, Barton GR, et al. *A cohort study of influences, health outcomes and costs of patients' health-seeking behaviour for minor ailments from primary and emergency care settings*. BMJ Open 2015;5:e006261

110. Mathison DJ, Chamberlain JM, Cowan NM, et al. *Primary care spatial density and nonurgent emergency department utilization: a new methodology for evaluating access to care*. Acad Pediatr 2013;13:278–85

111. The Scottish Government. The Scottish Index of Multiple Deprivation. *Home Page* [en ligne]. Mise à jour le 24/04/2018 [Consulté le 01/05/2018] Disponible à l'adresse : http://www.gov.scot/Topics/Statistics/SIMD

112. Fielding S, Porteous T, et al. *Estimating the burden of minor ailment consultations in general practices and emergency departments through retrospective review of routine data in North East Scotland*. 2015. *Family Practice*, 32(2)(2): 165 - 172

113. Welle-Nilsen LK, Morken T, et al. *Minor ailments in out-of-hours primary care: an observational study*. *Scand J Prim Health Care* 2011; 29: 39–44

114. Proprietary Association of Great Britain. *Making the Case for the Self Care of Minor Ailments*. 2009. Disponible à l'adresse : http://www.pagb.co.uk/information/PDFs/Minorailmentsresearch09.pdf

115. Baqir W, Learoyd T, et al. Cost analysis of a community pharmacy 'minor ailment scheme' across three primary care trusts in the North East of England. 2011. *Journal of Public Health*, 33(4): 551-555

116. Whittington Z, Hassell K, et al. *A feasibility study comparing community pharmacist and general practice management of minor ailments*. Manchester: University of Manchester, 2001

117. Institut national de la statistique et des études économiques. *Projections de population à l'horizon 2070* [en ligne]. [Consulté le 15/04/2018] Publié le 03/11/2016. Disponible à l'adresse : https://www.insee.fr/fr/statistiques/2496228#graphique-figure3

118. Boisguérin B, Valdelièvre H. *Etudes & Résultats*. Urgences : la moitié des restent moins de deux heures, hormis ceux maintenus en observation. Juillet 2014 (n°889). 1146-9129.

119. Ricroch L, Vuagnat A. *Etudes & Résultats*. Urgences : sept patients sur dix attendent moins d'une heure avant le début des soins. Août 2015 (n°929). 1146-9129.

120. Cohen L, Génisson C, Savary RP. *Rapport d'information n°685(2016-2017) fait au nom de la commission des affaires sociales*. 26 Juillet 2017. Sénat. Paris. Disponible à l'adresse : http://www.senat.fr/rap/r16-685/r16-685_mono.html#toc16

121. Toutlemonde F, et al. *Les établissements de santé* [en ligne]. 2017 [Consulté le 17/04/2018]. Disponible à l'adresse : http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/panoramas-de-la-drees/article/les-etablissements-de-sante-edition-2017

122. Odoxa. *Baromètre des pharmaciens : La pharmacie de demain* [en ligne]. Publié le 23/10/2017 [Consulté le 18/04/2018] Disponible à l'adresse : http://www.odoxa.fr/sondage/barometre-pharmaciens-pharmacie-de-demain/

123. Odoxa. Le pharmacien prescripteur ? Les français disent oui ! [en ligne]. Publié le 23/10/2017 [Consulté le 18/04/2018] Disponible à l'adresse : http://www.odoxa.fr/sondage/pharmacien-prescripteur-francais-disent-oui/

ANNEXES

Annexe 1 : Entretien réalisé avec Mme Pamela Logan "Director of Pharmacy Services" de l'Irish Pharmacy Union le 15/03/2018 à Dublin

Question N°1 : Que représente le pharmacien pour la population Irlandaise ?

Il l'estime beaucoup. Chaque année nous faisons une enquête auprès de la population pour évaluer cela. Je peux vous en envoyer une copie si vous le voulez. A chaque fois, nous demandons aux patients à quel endroit ils vont pour demander des conseils médicaux, quelles sont leurs impressions sur les services proposés en pharmacie, etc… Au lieu de vous parler avec des statistiques, il vaut mieux que je vous envoie une copie de cette enquête. Mais dans tous les cas, le pharmacien est très estimé en Irlande, peut-être même plus que les médecins.

Question N°2 : Pourquoi le gouvernement désire t'il élargir les services en pharmacies ?

Cela est un peu traité dans un des rapports que je vous ai envoyé. L'Irlande, comme d'autres pays d'ailleurs, a une population qui vieillit. Les patients vivent plus longtemps et plus vieux. Et s'ils vivent plus vieux, ils ont besoin de plus de soins et notre prise en charge primaire (les hôpitaux ndlr) ne peut pas supporter cette demande croissante. Il est donc nécessaire d'externaliser un certain nombre de services hors de l'hôpital en mettant à profit les professionnels de santé en ville. Par exemple pour les pathologies chroniques, il n'est pas logique que les patients atteints de ces maladies doivent aller régulièrement à l'hôpital pour être suivis. Donc laissons les médecins s'occuper des cas complexes et les pharmaciens des cas moins complexes. Au Canada par exemple, le pharmacien peut faire le suivi tensionnel des patients. C'est-à-dire que lorsqu'un patient est diagnostiqué par un médecin comme faisant de l'hypertension et en lui prescrivant un médicament anti-hypertensif, le pharmacien peut voir ce patient une fois par mois pour évaluer sa tension et effectuer un ajustement de dose si cela est nécessaire. Puis une fois par an, le patient repart voir son médecin pour effectuer une réévaluation de son état. Les études faîtes sur ce système au Canada montrent de meilleurs résultats pour l'association médecin/pharmacien que la prise en charge uniquement par le médecin. Cela est sans doute dû au fait que nous voyons les malades tous les mois même si le médecin prescrit le traitement pour six mois car notre système de remboursement fonctionne ainsi. C'est une des raisons pour laquelle les pharmaciens doivent faire plus de services. Une autre des raisons est l'accessibilité car les officines sont ouvertes sur de plus larges plages horaires et également durant le week-end contrairement aux médecins. C'est l'argument que nous avons fait valoir pour la vaccination en pharmacie. Les patients venant en officine pour le vaccin nous disent ''c'est tellement bien de pouvoir avoir ce vaccin aussi simplement et rapidement, le samedi matin ou le jeudi soir, je n'ai pas besoin de demander à finir plus tôt au travail''. Notre gouvernement a mis en place une politique de santé pour que les patients puissent bénéficier de soins avec une complexité au plus bas niveau. Cela correspond, entre autres, à la facilité d'accès de services médicaux proches de chez eux.

Question N°3 : Peut-on également dire que cela est plus rapide ?

Oui tout à fait. Nous n'utilisons jamais le terme moins cher pour les pharmacies mais plutôt un ''meilleur rapport qualité/prix'' ou encore ''plus efficients''. Une autre des raisons pour offrir ces services en pharmacie est la disponibilité immédiate d'infrastructure pouvant répondre à ces besoins. En Irlande nous avons 1750 officines à travers le pays pour 4,7 millions de personnes. Dans chaque pharmacie, il y a une zone confidentielle qui est utilisée pour faire les vaccinations, le suivi tensionnel ou un test de cholestérol. Tout ceci est déjà créé et n'a pas besoin de l'être ce qui encourage aussi le développement de ces activités.

Question N°4 : Est-ce que ces nouveaux services ont modifié la relation entre le médecin et le pharmacien ?

Un petit peu. Lorsque des nouveaux services sont suggérés ou expérimentés, nous avons quelques médecins qui vont dans les médias pour dire qu'ils n'aiment pas cela et que les pharmaciens essayent de prendre leur travail. Mais ce ne sont que les plus bruyants. Car pour chaque médecin disant cela, il y en a d'autres qui disent que c'est très bien. L'Irlande est un petit pays et en général la relation entre pharmacien et médecin est très bonne mais dans certaines zones, elle ne l'est pas. Par exemple, lors de la mise en place de la vaccination contre la grippe en officine, certains médecins ont arrêté de vacciner et envoient leurs patients à la pharmacie car ils déclarent ne plus avoir le temps de le faire et demandent à leur pharmacien de s'occuper de tous leurs patients désirant se faire vacciner. Les médecins envoient également leurs patients en pharmacie pour faire surveiller leur tension même si ce n'est pas un service réellement encadré. Mais je pense que notre ministre de la santé, plutôt que de recevoir séparément chaque profession et vexer les autres, veut réunir dans une même pièce tous les représentants des différentes professions de santé pour pouvoir se dire ''que pouvons-nous faire pour la santé de la population ?''. Mais cela n'est pas encore arrivé. Un des services qui a eu un véritable impact en Irlande comme en France est la dispensation de contraception d'urgence sans ordonnance.

Il y a 2 types de patients en Irlande : les titulaires d'une ''medical card'', correspondant à des personnes avec de faibles revenus, bénéficiant de consultation chez le médecin gratuite et de médicaments gratuits. Et vous avez d'autres personnes, comme moi, qui doivent payer lors d'une consultation chez le médecin, aux alentours de 50 euros et si je dois avoir des médicaments, je dois les payer jusqu'à un seuil de 124 euros par mois. Donc, si je désire avoir la contraception d'urgence, je vais dans une pharmacie pour l'avoir et je paye pour l'avoir. Les porteurs d'une ''medical card'' doivent aller chez le médecin pour avoir une prescription pour l'avoir gratuitement parce que s'ils rentrent dans une pharmacie pour avoir cette contraception, ils doivent payer et ne peuvent pas se le permettre. Notre ministre, en juillet dernier, a donc autorisé les pharmaciens à délivrer gratuitement cette contraception d'urgence aux titulaires d'une ''medical card''. Mais ce qui est important avec ce service, c'est que les officines touchent un honoraire de consultation de

11,50 euros et les patients sans ‘’medical card’’ payent ensuite la contraception. Cet honoraire est versé aux pharmaciens peu importe s’ils délivrent la pilule ou non parce que durant la consultation il est possible de se rendre compte que la pilule n’est pas adaptée (si c’est trop tard, ou qu’elle a d’autres médicaments…). C’est la première fois qu’une consultation chez le pharmacien est reconnue comme aussi important qu’une délivrance de médicament.

Concernant la vaccination, le pharmacien touche 15 euros pour chaque vaccination effectuée sur un titulaire d’une ‘’medical card’’. Pour les autres, le pharmacien est autorisé à facturer au patient le montant qu’il désire. Donc certaines officines font payer 15 euros, d’autres 20 euros.

Question N°5 : Est-ce que ces services ont été incorporés à la formation des étudiants en pharmacie ?

Pour la vaccination, c’est un petit peu bizarre parce que c’est un geste physique. Durant leurs études, les étudiants en pharmacie sont formés à l’importance du vaccin, à comment fonctionnent les virus, les souches… donc il fallait trouver quelqu’un pour les entraîner à ce geste physique. Mais si vous faîtes cela durant votre 2ème ou 3ème année, il est nécessaire de le refaire tous les ans car sinon ils risquent d’oublier. En effet, le cursus de pharmacien d’officine est de 5 ans et les stages se déroulent en 3ème, 4ème et 5ème année. C’est au terme de ces 5 années qu’ils peuvent aller exercer dans une officine et suivre un entraînement à la vaccination. Durant le premier entraînement, ils doivent le faire en face à face puis les autres années, il suffit de suivre un cours en ligne pour être recertifié.

Pour les autres services, je dirais qu’il n’est pas nécessaire d’avoir un entraînement particulier puisque c’est votre travail à la base. Par exemple, pour l’expérimentation des ‘’*Minor Ailment*’’, nous n’avons pas donné d’entraînement supplémentaire aux pharmaciens car ils le font déjà pour les patients entrant dans l’officine. Cette expérimentation visait surtout les porteurs d’une ‘’medical card’’ car les autres patients achètent les médicaments de toute manière. Nous avons donc écrit un protocole pour chaque trouble mineur concerné afin de savoir reconnaître les symptômes, les médicaments pouvant être donnés et remboursés ensuite par le système de santé. Tous les médicaments n’étaient pas disponibles au remboursement.

Pour le ‘’*New Medicine Service*’’, nous avons fait une expérimentation en Irlande. Ce service est en place depuis 2011 en Angleterre. Ils ont fait 2 grosses études sur le sujet et ce qu’elles montrent c’est que lorsqu’un patient est diagnostiqué pour une pathologie chronique, seulement 50% de ces patients prennent correctement leur traitement. Pour ce service, lorsque le patient est diagnostiqué pour la première fois par son médecin et vient chercher ses médicaments à l’officine, le pharmacien va le conseiller, lui expliquer ses traitements, etc… mais 2 semaines plus tard, le patient doit revenir pour faire un premier point avec son pharmacien sur les traitements qu’il a eu. En Angleterre, ce service a augmenté l’adhérence au traitement de 10% et dans notre expérimentation, nous avons vu une augmentation de 9%.

Pour en revenir à votre question sur les formations, je ne pense pas nécessaire que les pharmaciens suivent une formation sur les maladies cardiovasculaires ou le diabète car ils le savent déjà. Par contre, ils suivent une formation sur les techniques de communication avec le patient. Pour la contraception d'urgence aussi, aucune formation n'est nécessaire mais nous avons écrit un protocole pour connaître la marche à suivre.

Pour les propositions de nouveaux services que nous faisons à notre ministre, en général nous disons que nous avons déjà la formation. En ce moment, je suis en plein milieu d'une proposition pour avoir les pilules contraceptives sans ordonnances en pharmacie. En effet, l'avortement est illégal en Irlande car elle est notée comme telle dans notre Constitution. Nous sommes en ce moment en train de discuter de la possibilité d'un référendum pour décider si oui ou non l'avortement doit rester illégal. Notre ministre de la santé aimerait que toutes les contraceptions soient gratuites pour les femmes.

Ils ont déjà ce type de service en Nouvelle-Zélande, ou encore en Oregon. C'est toujours le même argument que nous faisons valoir, c'est l'accès aux soins. Il y a 1750 officines en Irlande qui sont ouvertes plus longtemps et qui peuvent permettre aux femmes d'avoir cette contraception. En Nouvelle-Zélande, les pharmaciens ne peuvent délivrer sans ordonnance uniquement une pilule que la patiente a déjà eue. Dans l'Oregon, le pharmacien est autorisé à lui délivrer dès l'initiation en vérifiant qu'il n'y a pas de risque.

Récemment en Irlande, nous commençons à avoir des médecins en ligne qui font des e-consultations. Le patient n'a qu'à aller en ligne, remplir un questionnaire et une prescription arrive sur l'ordinateur. Une majorité de ces prescriptions concerne les contraceptifs oraux. Donc l'argument selon lequel le médecin doit voir la patiente n'est pas valable. Pour ces patientes, nous recommandons aux pharmaciens de vérifier la tension ainsi que l'IMC de ces femmes avant de délivrer un contraceptif oral et de le facturer car nous ne devrions rien faire gratuitement. Certaines officines le facture 5 euros. Grâce à cela, le pharmacien est capable de refuser une délivrance si la patiente est à risque. Donc si nous pouvons le faire en officine alors que les médecins en ligne ne le font pas, alors bien sûr que nous pouvons nous occuper des contraceptifs oraux. Tout ce que nous pouvons faire est de proposer au ministre et après nous verrons.

Question N°6 : Quelles ont été les raisons de la mise en place de la vaccination par le pharmacien en Irlande ?

Comme dit plus haut, c'était une question d'accessibilité aux soins, d'économie…

Question N°7 : Y a-t-il eu des freins ? Si oui, par qui ou quoi ?

En 2009, il y a eu la grippe H1N1 et tout le monde pensait que ce serait vraiment dangereux et que nous devrions vacciner l'ensemble de la population. A ce moment-là, nous avons dit à notre

ministre qu'il ne serait pas possible de le faire uniquement avec les médecins et qu'il aurait besoin de nous. Le gouvernement a été d'accord et a entraîné les pharmaciens à vacciner. Mais ensuite la pandémie n'a pas été si terrible et ils n'ont pas fait vacciner toute la population. Mais la vaccination par le pharmacien les a fait réfléchir. En 2011, j'étais avec le futur ministre de la santé, qui était dans l'opposition à l'époque, qui m'a dit ''bien sûr que vous pouvez le faire, vous savez comment gérer un choc anaphylactique, ou une perte de conscience''. Je lui ai répondu qu'effectivement c'est le cas. Et lorsqu'il est devenu ministre de la santé il a introduit ce service. Au début, les médecins étaient en colère. Les infirmières n'ont pas dit grand-chose car pour la plupart, elles travaillent dans des cliniques tenues par des médecins et par conséquent ce sont plutôt ces derniers qui perdraient des prescriptions. Donc au début, il y avait pas mal de colère mais nous l'avons fait quand même et cela a marché.

En France, les infirmières travaillent plutôt en clinique ou à leur propre compte ?

Elles travaillent dans les hôpitaux et cliniques mais en ville elles sont à leur propre compte.

Je suppose que pour éviter les polémiques avec les autres professionnels de santé en France, il faut voir le tableau dans son ensemble. Je pense qu'une des réponses serait de dire que vous ne travaillez pas tous sur la même population mais que vous cherchez tous à augmenter la population vaccinée. La commission Européenne a fixé le taux de couverture vaccinale à 75% des plus de 65 ans. Cela représente beaucoup de monde. Quel pourcentage de couverture vous avez en France ? Peut-être 50% ?

A peu près oui.

Il y a donc 25% de personnes qui devrait l'être et qui ne le sont pas. S'ils allaient tous voir des infirmières pour se faire vacciner, elles ne pourraient sans doute pas gérer tous ces patients. Et ceci uniquement si nous parlons des personnes à risque. Si nous regardons le Canada et les États-Unis, avec les recommandations faites par le CDC, ils conseillent de vacciner toutes les personnes âgées de plus de 6 mois. En Irlande, avec 4,7 millions de personnes, nous avons à peu près 1 millions de personnes considérées comme à risque. Si nous prenions l'ensemble des patients de plus de 6 mois, nous devrions vacciner plus de 4 millions de personnes. Cela représente énormément de patients.

Je ne sais pas ce qu'il se passe en France actuellement avec la grippe, qui a été particulièrement mauvaise cette année, mais sur les îles britanniques, tous nos hôpitaux ont été surchargés en décembre et janvier car beaucoup de monde allaient aux urgences. Il y a eu de nombreuses opérations qui ont dû être annulé à cause de cela. La majorité des patients arrivant aux urgences présentaient des symptômes grippaux. Vous pouvez dire que si toutes ces personnes avaient eu un vaccin contre la grippe, il n'y aurait pas eu autant de monde aux urgences. Les hôpitaux

auraient pu continuer leurs activités normalement. Donc la question à se poser c'est, pourquoi est-il si important d'avoir le vaccin contre la grippe disponible à de nombreux endroits ? C'est pour vacciner le plus de personnes possibles, pour éviter qu'elles finissent à l'hôpital en présentant des complications de la grippe, ce qui impact le fonctionnement normal de l'hôpital. Un des points que nous aimerions changer dans notre législation c'est le lieu de vaccination par le pharmacien. Actuellement, en Irlande, le pharmacien ne peut vacciner que dans son officine. Nous aimerions qu'il puisse aller vacciner, par exemple, dans des maisons de retraite. L'officine offre déjà un service, la préparation des doses à administrer, aux maisons de retraite et théoriquement les médecins doivent aller dans ces maisons pour vacciner les personnes âgées mais ne peuvent le faire. Si par exemple, il y a 100 patients dans une maison de retraite et que l'une d'elles finissent à l'hôpital, à son retour, elle a un grand risque d'avoir attrapé la grippe et de le transmettre aux autres résidents. Donc nous demandons de pouvoir vacciner dans ces maisons car nous y fournissons déjà des services.

Question N°8 : Quelles ont été les raisons avancées pour élargir la possibilité de vacciner contre le zona et le pneumocoque ?

Cela s'est passé en 2015. Nous pouvions vacciner contre la grippe depuis 2011 et nous avons proposé au ministre de la santé d'élargir à tous les autres vaccins. Ils nous ont répondus que nous n'allons pas tout autoriser d'un coup mais que nous allons le faire déjà pour deux d'entre eux. Prenons l'exemple de l'hépatite B. Puisque les pharmaciens peuvent vacciner, ils doivent être à jour de leurs vaccins. Donc il est nécessaire d'aller voir le médecin pour se faire vacciner contre l'hépatite B alors que nous pourrions nous le faire. En officine, il y a des patients qui viennent nous demander des aiguilles propres pour s'injecter des drogues. Dans ce cas-là, nous pouvons voir le bénéfice qu'il y aurait à ce que le pharmacien arrête ce patient pour vérifier son vaccin contre l'hépatite B et lui faire le cas échéant.

A l'école nous avons un programme de vaccination contre le HPV (Human Papillomavirus) mais toutes les jeunes filles ne le font pas. Nous ne voulons pas interférer avec le ce programme mais si d'autres personnes ne veulent pas l'avoir à l'école, pourquoi ne pas les laisser l'avoir en pharmacie ? Ce programme est uniquement pour les adolescentes. Il est possible que certains parents veuillent que leurs fils puissent se faire vacciner. Donc encore une fois, laissons-les le faire.

Il n'a pas de raisons que le pharmacien ne puisse pas faire tous les vaccins. C'est juste que cela ne s'est pas encore fait.

Question N°9 : Lorsque vous parlez de faire tous les vaccins, cela inclut il également les enfants ?

Nous pensons, et le précédent ministre de la santé le pense aussi, que la vaccination pour les enfants doit rester une mission du médecin traitant. Nous voulons aussi éviter d'avoir des enfants qui pleurent dans les officines…

Question N°10 : Concernant l'administration en urgence des médicaments, était-ce une sollicitation des pharmaciens ou de l'Etat ?

C'était une idée du gouvernement. Cela concerne la ventoline, la naloxone, le glucagon, etc… et l'idée était de sauver des vies.

Question N°11 : Concernant les tests sanguins en pharmacie, 20 conditions peuvent être testés avec 1 mL de sang, pouvez-vous m'en dire plus ? Cela inclut il le test de cholestérol ?

C'est un service qui n'est pas remboursé donc nous faisons payer le patient, il n'y avait aucune raison de nous empêcher de le faire. Comme pour la vaccination, il n'y avait rien de marqué dans la législation qui nous interdisait de mettre une aiguille dans le corps d'un patient. Il n'y avait aucune interdiction disant que le pharmacien d'officine ne pouvait pas faire de test de cholestérol ou de taux de glucose donc nous le faisons. Nous n'avons pas demandé la permission de le faire. Le pharmacien effectue ce test mais ne va pas interpréter ces résultats ni diagnostiquer quelque chose. Lorsque quelqu'un rentre dans une officine, le pharmacien peut proposer de faire un ''check-up'' de son état de santé. Cela va inclure une mesure tensionnel, le calcul de l'IMC, des tests de cholestérol, glucose, etc… puis le pharmacien va lui donner les résultats. En fonction de ces derniers, le pharmacien va peut-être conseiller au patient d'aller voir son médecin car ses résultats semblent anormaux. Nous ne disons pas ''vous avez du diabète'' mais plutôt ''votre taux de glucose est un peu haut, il vaudrait mieux que vous alliez voir votre médecin''. Pour tout cela, le pharmacien facture aux alentours de 50 euros. En Irlande, je dois payer 50 euros pour aller voir un médecin donc cela ne pose pas de problème. Ici les patients sont habitués à payer pour leur santé. Certaines mutuelles proposent de rembourser ce service à leurs patients pour éviter qu'ils finissent à l'hôpital. Nous proposons une formation pour les pharmaciens désirant faire ce service mais ils ne sont pas obligés de la suivre pour effectuer cette activité. Mais nous travaillons avec la ''*Irish Heart Foundation*'' pour qu'ils puissent former les pharmaciens s'ils le désirent.

Cette année, nous faisons une expérimentation pour détecter l'hypertension et la fibrillation auriculaire en officine. Nous avons 50 pharmacies incluent dans ce programme et chacune d'entre elles doit réunir 20 patients pour tester leur tension, leur fréquence cardiaque et même faire un ECG (avec le dispositif Kardia via une application sur téléphone portable ndlr). Puis ils doivent nous envoyer les résultats. Ici, il y a beaucoup de monde qui disent qu'il y a beaucoup de patients avec de l'hypertension ou des fibrillations qui ne sont pas détectés. Si nous testons 1000 personnes, cela nous donnera une idée.

En France, nous avons des laboratoires pharmaceutiques qui font déjà des tests sanguins et je ne pense pas que cela soit un service très facilement implantable en France.

Oui je comprends. Si nous revenons au ‘’check-up’’ que nous pouvons faire en officine, nous ne faisons pas de diagnostic. Donc si jamais il y a un problème, nous l’envoyons vers son médecin qui refera ces tests sanguins. Et ces derniers seront faits par les laboratoires. Donc vous touchez des patients qui n’auraient jamais été testés de toute manière. Nous avons de plus en plus de patients âgés et ils développent des pathologies chroniques. Donc la question est, comment pouvons-nous gérer cela au niveau national ? L’objectif de ces services est de pouvoir diagnostiquer plus tôt les patients développant ces pathologies. Dans le cas de personnes étant un peu limite dans leurs résultats, le pharmacien peut leur donner des conseils hygiéno-diététique pour essayer de résoudre le problème avant d’aller voir un médecin.

Donc si je comprends bien, c’est service ont pour objectifs d’être plus efficace pour détecter les patients un peu limite ou ne sachant pas qu’ils sont touchés par ces pathologies.

Tout à fait. D’ailleurs, la plupart des patients n’allant pas voir leur médecin, car ils ne se pensent pas malades, sont des hommes. Donc en général c’est la femme qui vient prendre rendez-vous dans la pharmacie pour leur mari afin de faire ce ‘’check-up’’. Donc encore une fois, nous touchons dans ce cas-là des personnes qui n’iraient pas voir leur médecin avant d’être réellement malade. Ce sont typiquement le genre de personnes qui viennent pour acheter autre chose comme du paracétamol et voient un poster proposant ce service et cela les fait réfléchir. Ce sont des services qui ne sont pas compliqués car le pharmacien ne prend qu’un petit peu de sang, le met dans la machine et attend les résultats. D’ailleurs, il peut les imprimer pour le donner au patient pour qu’il puisse éventuellement le donner à leur médecin. Mais de toute manière, le médecin devra refaire ces tests, ce qui est normal car nous ne diagnostiquons pas.

Question N°12 : Concernant la mesure de la tension, est ce que ce service est offert lorsque le patient le demande ? Ou bien cela s’inscrit-il dans un protocole médical ?

Certains médecins proposent à leur patient de voir régulièrement leur pharmacien pour tester leur tension artérielle. Quelques officines proposent de suivre la tension artérielle de leur patient durant 24 heures avec un holter. Puis le pharmacien envoi le résultat au médecin. Donc ça dépend, cela ne concerne pas énormément de personnes mais suffisamment tout de même.

Question N°13 : Pour le ‘’smoking cessation service’’, cela s’articule il autour d’une prescription par un médecin généraliste ? Ou bien le pharmacien peut-il l’initier de lui-même ?

Encore une fois, cela concerne les patients avec une ‘’medical card’’ donc approximativement 40% de la population et le reste des patients, comme moi, qui payent pour leurs soins. Si je vais

dans une officine pour avoir un substitut nicotinique, je dois payer pour cela. A l'inverse, les titulaires d'une ''medical card'' doivent aller voir le médecin pour avoir une prescription et avoir le médicament gratuitement. Nous avons donc fait une nouvelle proposition à notre ministre de la santé afin que les patients ayant une ''medical card'', comme pour la contraception d'urgence, puissent aller directement voir leur pharmacien pour avoir ces médicaments gratuitement. C'est particulièrement important car les statistiques montrent que les personnes qui fument sont issus d'un milieu socio-économique faible. Donc en fait, cela rajoute une barrière à leur accès aux soins que nous aimerions enlever. Nous proposons une formation pour les officinaux désirant proposer ce service mais encore une fois, cette formation se concentre plutôt sur la manière de conduire un entretien. Nous considérons que c'est déjà le métier du pharmacien donc il est inutile de refaire une formation sur ce sujet.

Question N°14 : Si je comprends bien le ''Pharmacy-Based Minor Ailment Scheme'', cela concerne des troubles mineurs pouvant être traités par des médicaments non soumis à prescription obligatoire et pouvant être remboursés. Quel est l'avenir de ce projet ? Ce service a-t-il été favorablement accueilli par les médecins ? Si non, quelles ont été les raisons avancées ?

En fait, c'est comme les autres services, ce projet est sur le bureau du ministre de la santé mais nous n'avons pas encore eu son accord. Officiellement, nous devons faire une autre expérimentation sur le sujet ce qui est assez embêtant. En effet, le précédent ministre de la santé, qui est actuellement premier ministre, nous a dit de faire une expérimentation et de lui montrer des preuves de son efficacité. Et l'actuelle ministre de la santé nous a demandé de refaire une autre expérimentation. Et nous sommes assez réticents à l'idée de devoir en refaire une. Nous avions choisis 5 villes dans le pays et 5 troubles mineurs qui étaient les yeux secs, l'eczéma, la mycose vaginale, la gale et les infestations. Donc il n'y a pas beaucoup de personnes présentant ces symptômes mais nous avions eu toutes les preuves dont nous avions besoin. Les patients l'ont favorablement accueillis, tout allait bien durant cette expérimentation. Puis le gouvernement nous a dit qu'il leur fallait une plus grosse étude. Et j'étais plutôt en colère parce qu'il nous aurait dit de faire une plus grosse étude dès le début, nous l'aurions fait. S'ils voulaient 50 villes, nous l'aurions fait. S'ils voulaient 200 officines, nous l'aurions fait. S'ils voulaient 20 troubles mineurs, nous l'aurions fait. L'assurance maladie Irlandaise pense que si nous offrons ce service au patient en pharmacie, ils risquent d'en abuser. Je leur ai demandé s'ils pensaient vraiment qu'une personne n'ayant pas la gale allait venir en pharmacie pour avoir médicament contre la gale ? Donc pourquoi proposer ce service aux patients ? Tout d'abord pour permettre aux porteurs d'une ''medical card'' d'avoir un meilleur accès aux soins parce que les médecins sont surchargés, il n'y en a pas assez, et les patients doivent parfois attendre 2 à 3 jours avant d'avoir un rendez-vous. Prenons comme exemple une épidémie de poux à l'école le

vendredi. Cette dernière demande aux parents de traiter leurs enfants. Pour les parents n'ayant pas de ''medical card'', ils vont à la pharmacie pour acheter la lotion puis traitent leur enfant. Alors qu'un porteur de cette carte doit attendre jusqu'à mardi ou mercredi pour avoir un rendez-vous et se faire traiter. Donc nous pensons que cela n'est pas juste.

Actuellement, les propositions pour : le ''*New Medicine Service*'' (comprendre des entretiens pharmaceutiques ndlr), les ''*Minor Ailment Schemes*'' (comprendre les traitements des troubles mineurs par le pharmacien ndlr), l'élargissement des vaccins pouvant être administré en officine, le ''*Smoking Cessation Service*'' pour les porteurs d'une ''medical card'' et le suivi des pathologies chroniques sont sur le bureau du ministre et attendent d'être approuvés.

Cela fait beaucoup de service en attente. J'avais lu que les MAS se faisaient déjà dans certains pays, comme le Canada et l'Écosse par exemple, ce serait peut-être une bonne chose de le généraliser à l'ensemble de l'Europe ?

Oui effectivement. Avant de faire l'expérimentation en Irlande, notre ministre de la santé de l'époque, en 2016, nous avait demandé un rapport sur ces autres pays pour voir ce qui marchait, ce qui ne marchait pas, de quelle manière ils l'avaient mis en place, etc… C'est suite à cela que l'expérimentation a pu avoir lieu. Donc oui, cela fonctionne très bien dans d'autres pays et il n'y a aucune preuve que les gens en abusent. Cela fonctionne en Écosse et au Pays de Galles. L'Angleterre est toujours un pays assez marrant à observer. Parce qu'il n'y a pas de législation national, cela se passe toujours au niveau local. Chaque comté à des missions différentes et ce n'est pas harmonisé.

L'Écosse est sans doute le pays le plus avancé pour les services en pharmacie. Ils ont probablement une attitude beaucoup plus ouverte par rapport à ces activités.

Question N°15 : Pouvez-vous m'expliquer les ''supplementary prescribing activities'' ? Il est question d'ajustement de dose et de prolongation de traitement mais est ce que cette activité est actuellement en cours au niveau national ? Quel est le point de vue des infirmières ?

C'est une proposition que nous devrions faire mais ce n'est pas encore en train de fonctionner. Donc nous avons les prescripteurs supplémentaires et les prescripteurs indépendants. L'objectif serait comme au Canada, que le médecin diagnostic la maladie du patient, lui donne un médicament puis laisse le pharmacien faire son suivi. C'est-à-dire que ce-dernier pourrait ajuster les doses du traitement sur une certaine échelle en accord avec le praticien mais ne doit pas changer le médicament donné par le médecin. C'est le genre de choses que nous aimerions faire ici. J'utilise toujours les termes de ''suivi des pathologies chroniques'' mais jamais le terme de ''prescription''.

Mais cela se passerait dans les officines de ville n'est-ce pas ?

Oui, c'est ce que nous espérons.

En France, concernant ces ajustements de dose, les infirmières disent être capable de le faire car elles voient le patient plus souvent que les pharmaciens. Est-ce que ce serait le cas en Irlande également ?

Non, si les infirmières vont au domicile d'un patient, c'est qu'il est déjà très malade. Dans notre cas nous parlons de patient qui n'en sont pas à ce point-là et qui peuvent encore se gérer tout seul.

Donc, théoriquement, les pharmaciens et les infirmières pourraient faire ce même travail mais pour des populations différentes ?

Oui, exactement. Pour les infirmières, aller chez le patient signifie qu'il est très malade donc le pharmacien ne le verrait pas de toute manière. Nous pourrions dire que les pharmaciens peuvent aller au domicile du patient pour faire ce service mais dans ce cas-là ils ont plutôt besoin d'une infirmière. En Irlande, nous avons des infirmières qui prescrivent de manière indépendante, en ville et à l'hôpital, alors que les pharmaciens ne le peuvent pas. Dans le cas des villes, elles doivent être rattachées à une clinique et prescrire dans leur domaine de compétence.

Lorsqu'elles ont été autorisées à prescrire, nous avons demandé ce droit également mais le gouvernement nous a répondu qu'il doit exister une séparation entre prescrire et délivrer le médicament car il peut potentiellement avoir des erreurs du fait qu'il n'y a pas de vérifications. Malgré ça, je reste convaincu que les ajustements de doses et les activités de prescriptions supplémentaires devraient faire partie des missions du pharmacien.

Question N°16 : A propos du paiement de ces services pour le pharmacien, comment cela se passe-t-il ? Est-ce que le paiement se fait automatiquement après l'activité ou bien sur base d'honoraires versés par période ?

Tout cela se passe de manière électronique et le paiement se fait sous 1 mois après la dispensation de ces services.

Nous avons un service qui se nomme ''*high tech service*''. Cela concerne les médicaments très chers que le patient se procure uniquement à l'hôpital dans d'autres pays Européens. En Irlande, nous faisons ça dans les pharmacies de ville. En fait, lorsque le patient va consulter à l'hôpital et se voit prescrire un médicament cher, il doit aller dans une seule officine pour le récupérer. Par ailleurs, le pharmacien commande ce médicament à un grossiste qui lui-même le facture au service hospitalier qui l'a prescrit. Au moment de la dispensation, le pharmacien touche un honoraire de 62 euros et s'il ne le dispense pas pendant un mois, il est rémunéré 32 euros car il y a une prise de décision clinique de ne pas le dispenser. C'est un très bon service qui permet, encore une fois, d'améliorer l'accès aux soins des patients.

Question N°17 : Peut-on considérer ces services comme ‘’rentables’’ pour le système de santé et pour le pharmacien ?

Dans le cas du ‘’*New Medicine Service*’’, le pharmacien sera rémunéré aux alentours de 25 euros pour un travail qui prendra moins d’une heure. Dans le cas des ‘’*Medicine Use Reviews*’’ (équivalent des entretiens pharmaceutiques ndlr), ça devrait prendre plus de temps donc il faut être très prudent sur le montant que nous voulons fixer. Dans le cas de la vaccination, c’est un petit peu différent puisqu’il est possible de faire payer certains patients. Pour en revenir à votre question, en Irlande nous avons 2 chaînes de pharmacie majeures. Il y a les pharmacies Lloyds et les Boots qui représentent à elles quelques centaines d’officines. Pour la plupart des restantes, ce sont des petites indépendantes. Lorsque l’on dispense un de ces services, il est nécessaire d’avoir un deuxième pharmacien sur place pour continuer la dispensation des médicaments.

Pour ces services, aucun n’est obligatoire, les officines peuvent refuser de le faire. Par exemple pour la vaccination, ceux qui le font sont les officines qui peuvent se permettre d’embaucher un second pharmacien pour faire ce service en même temps que la dispensation alors que d’autres ne peuvent pas se le permettre.

Question N°18 : Pouvez-vous m’expliquer quel est le point de vue et les ressources des pharmaciens Irlandais sur la E-santé ?

Actuellement, ce n’est pas en cours. C’est typique des politiques, nous avons tout ce qui faut pour le faire mais ce n’est pas encore mis en place. Le ministère de la santé a mis en route une politique d’E-Santé afin de développer les e-prescriptions, les archivages numériques, etc… Pour nous, les prescriptions en ligne ne doivent marcher que d’une seule manière et nous n’en n’accepterons aucune autre. Il faudrait que le médecin envoi la prescription sur une sorte de boîte mail centralisant toutes ces prescriptions. Puis, lorsque le patient va dans une pharmacie, le pharmacien sera capable d’aller chercher la prescription de manière nominative pour ce patient. Dans le cas où le médecin envoi directement la prescription à une officine, il ne laisse pas le choix au patient. Nous voulons essayer de faire une expérimentation avec ce système pour voir si cela fonctionne. Parce que par définition, une ordonnance doit être signée par le médecin et ne pas être une photocopie, scan ou autres, nous refusons de dispenser des médicaments avec ce type d’ordonnance tant que le système dont je vous parlez n’est pas en place. Devant le risque de dérive que cela peut entraîner de la part des médecins par exemple, nous voulons que ce système fonctionne afin que le patient puisse conserver son indépendance. Il n’y a pas de raisons que cela ne marche pas en France après le brillant dossier pharmaceutique que vous avez pu mettre en place. Il me semble que le gouvernement en Irlande a pour objectif la généralisation de ce système en 2020.

Question N°19 : A l’hôpital, il existe des spécialisations pour les pharmaciens. Selon vous, est-ce que cela peut représenter une possible évolution du métier de pharmacien en ville ?

Actuellement, il n'y pas de registre spécifique pour ces pharmaciens. C'est-à-dire que dans les hôpitaux il pourrait y avoir des pharmaciens spécialisés en oncologie, en pédiatrie ou encore en neurologie. Nous en avons parlé ensemble, à l'IPU, pour voir si ce système était possible en ville. Nous avons convenu que ce serait une bonne idée si les pharmaciens pouvaient suivre une formation complémentaire. Pas nécessairement un master mais plutôt des formations complémentaires post cursus sur certains sujets comme la dermatologie, ou bien le diabète par exemple. Je ne suis pas sûr, à titre personnel, que ces spécialisations soient une bonne chose en ville. Parce que le pharmacien d'officine, comme le médecin généraliste, doit pouvoir connaître l'ensemble des traitements alors que dans les hôpitaux vous pouvez passer tout votre temps sur une seule spécialité. Pour ma part, si vous voulez en savoir plus sur un sujet faîtes-le, pas pour avoir une spécialité mais uniquement pour en savoir plus et que cela puisse vous servir dans votre pratique.

Question N°20 : Pour vous, comment décririez-vous le pharmacien Irlandais dans quelques années ?

Votre question serait de savoir de quelle manière je vois la pharmacie dans 5 ans disons, pas 10 ou 20 ans mais seulement 5 ?

Oui tout à fait

J'aimerais voir chaque officine avoir suffisamment de services à faire pour être capable d'embaucher un second pharmacien. De cette manière, le patient pourrait rentrer dans n'importe quelle officine pour avoir leurs médicaments mais ne seront pas obligés de revoir fréquemment leur médecin pour avoir leur renouvellement ou pour ajuster leur dosage dans le cas des pathologies chroniques. Ils pourraient obtenir l'ensemble des vaccins en officine, pourraient avoir des consultations régulières avec leur pharmacien pour parler de leur traitement et des possibles problèmes qu'ils rencontrent. Pour les titulaires d'une ''medical card'' d'avoir autant accès aux médicaments que ceux qui payent sans avoir à attendre un rendez-vous avec leur médecin. Tout ceci peut être fait si facilement et pourrait soulager la charge de travail des médecins afin qu'ils puissent voir des patients compliqués qui en ont réellement besoin. Les politiciens actuels nous disent que c'est effectivement ce qu'ils veulent mais ce n'est pas encore arrivé. Tout ce que nous pouvons faire maintenant c'est continuer à pousser pour avoir ces services et cela se fera peut-être.

Annexe 2 : Résumé schématisé des MedsCheck et Diabetes MedsCheck

Pharmacist assesses consumer need and applies the mandatory service eligibility criteria:

- Consumer is living at home in a community and has a valid Medicare or DVA card, **and**
- Consumer has not received a MedsCheck, Diabetes MedsCheck, Home Medicines Review (HMR) or Residential Medication Management Review (RMMR) in the previous 12 months.

MedsCheck

Consumer:

- Is taking five or more prescription medicines, **or**
- Has had a recent significant medical event (a recent event or new diagnosis that has the potential to impact on the consumer's medication adherence or knowledge of their medicine regime and may increase the risk of medication misadventure).

Diabetes MedsCheck

Consumer:

- Was diagnosed with type 2 diabetes within the past 12 months **or** their type 2 diabetes is less than ideally controlled, **and**
- Is unable to gain timely access to existing diabetes education /health services in their community.

Prior to consultation:

- Pharmacist explains the service and the consumer or consumer's carer provides informed consent.
- An appointment is made and the consumer is requested to bring all current medicines (prescription, non-prescription and complementary medicines) and any medication/monitoring devices to the appointment.
- A list is prepared of the consumer's medicines from the pharmacy's dispensary records.

The consultation:

- To be conducted by a registered pharmacist in the community pharmacy's designated consultation area (i.e. a screened area or separate room that is distinct from the general public area of the pharmacy).
- Aim is to facilitate discussion with the consumer, focusing on improving medicine use through education, self-management and medication adherence strategies.

Elements

Gather relevant information from the consumer or consumer's carer:

a) Verify and complete the list of the consumer's prescription, non-prescription and complementary medicines (medicines list).
b) Verify any allergies.
c) Identify any chronic conditions.

Review and discuss the use of all medicines and medication/monitoring devices, including:

a) Assess medication adherence.
b) Assess education needs including the provision of written information to support improved understanding and use of medicines.
c) Provide education and guidance on correct use of medication/monitoring devices.
d) Discuss management of chronic condition(s) including lifestyle factors related to medicine use and self-management.
e) Attempt to resolve any medication-related issues that have been identified from the information available.

Develop a written action plan including agreed consumer goals and actions and any agreed follow-up with the consumer's GP and/or other healthcare provider(s).

Provide consumer with a copy of the consumer report which includes the medicines list and action plan.

Arrange agreed follow-up actions, which may include:

a) contacting the consumer's GP or other healthcare provider(s)
b) providing a copy of the medicines list and/or action plan to the consumer's GP or other healthcare provider(s).

Claim payment for the MedsCheck or Diabetes MedsCheck service using the approved MedsCheck and Diabetes MedsCheck claim cover sheet and payment application form.

File all documentation including the consumer consent, report (medicines list and action plan) and claim form.

Annexe 3 : Résultats complémentaires des MedsCheck en Australie[19]

Table 44. Recipient reported source of first suggestion to have an HMR

		Source of first suggestion (%)			
Category	n	My GP	My Pharmacist	Family/ Friends	Other
All patient respondents	593	82.6	14.7	0.7	3.7
Older Males	161	78.7	20.5	0.6	2.5
Younger	96	88.5	7.2	1.0	4.2
Smaller Pharmacies	67	80.6	19.4	0	3.0
Rural Remote	175	81.1	16.0	1.1	4.0
General	205	85.4	12.2	1.0	2.9
		The GP	The Pharmacist	Myself	Other
Carers	53	58.5	34.0	5.7	1.9
		The GP	The Pharmacist	Family/Friends or carer	Other
TOTAL= All patients+carers	646	79.3	17.7	1.4	3.2

Respondents were asked to choose one option from the four options available, however some respondents answered with more than one response. The sum of all responses therefore may be larger than 100%.

Table 66. Intentions to ask a GP for an HMR – eligible non-recipients of HMR

		(%)						
Category	n	Strongly disagree	Disagree	Neutral	Agree	Strongly Agree	mean*	s.d.
All patient respondents	739	4.3	12.6	23.0	52.2	7.8	3.47	0.96
Older Males	146	5.5	17.8	23.3	49.3	4.1	3.29	0.99
Younger	128	4.7	9.4	21.9	51.6	12.5	3.58	0.99
Smaller Pharmacies	51	6.0	6.0	16.0	58.0	14.0	3.68	1.00
Rural Remote	127	5.5	7.9	25.2	48.0	13.4	3.56	1.01
Vietnamese and Arabic language	27	00	0.0	18.5	55.6	25.9	4.07	0.68
General	357	5.3	12.0	21.6	51.8	9.2	3.48	1.00
Carers	463	1.9	9.3	15.3	52.1	21.4	3.82	0.94

* Mean was calculated by assuming equal weight to each response. 1=Strongly disagree to 5 =Strongly agree.

Annexe 4 : Entretiens considérés complétés en Angleterre

Stage	Patient action	Pharmacy action	NMS complete?
Engagement	Patient refuses the offer of the service or refuses to give their consent for the information to be shared	Pharmacy makes a record that refusal occurred (the number of refusals is part of the NMS dataset)	No
Intervention	Patient does not attend appointment	Pharmacist tries to contact patient at least once, but fails to speak to them	No
Intervention	Patient cannot be reached on the telephone at the agreed time	Pharmacist tries to contact patient on at least one further occasion, but fails to speak to them	No
Intervention	Patient withdraws their consent	Pharmacist records this in the patient's record	No
Intervention	Patient attends the appointment / telephone consultation and is taking multiple new medicines	Patient has a problem with one medicine which requires referral to the GP practice, but other medicines do not necessitate a referral. Patient continues on to Follow up	No
Intervention	Patient attends the appointment / telephone consultation and is taking multiple new medicines	Patient has a problem with all medicines which requires referral to the GP practice. The pharmacy uses the NMS Feedback form to refer patient to GP practice	Yes
Follow up	Patient does not attend appointment	Pharmacist tries to contact patient at least once, but fails to speak to them	Yes
Follow up	Patient cannot be reached on the telephone at the agreed time	Pharmacist tries to contact patient on at least one further occasion, but fails to speak to them	Yes
Follow up	Patient attends the appointment/telephone consultation	Using the Follow up questions from the NMS interview schedule the pharmacist determines that the patient's GP has stopped the new medicine	Yes
Follow up	Patient attends the appointment/telephone consultation	Patient is adhering to the treatment programme and has no problems with their medicines	Yes
Follow up	Patient attends the appointment/telephone consultation	New or continuing problems are identified either with the treatment or in relation to the patient's self-management of their LTC. Further information and support is provided to the patient were necessary and in the pharmacist's clinical judgement the patient needs to be referred to their GP. The pharmacy uses the NMS Feedback form to refer patient to GP practice	Yes
Follow up	Patient attends the appointment/telephone consultation	New or continuing problems are identified either with the treatment or in relation to the patient's self-management of their LTC. Further information and support is provided to the patient were necessary and in the pharmacist's clinical judgement the patient does not need to be referred to their GP practice	Yes

Annexe 5 : Détails des coûts de l'étude de l'université de Nottingham

Model	Percentage of NMS cohort (%)	Mean cost (95% CI), in £		Mean QALY (95% CI)		Incremental		ICER(£/QALY), (2.5% and 97.5% percentiles)
		NMS*	CP	NMS	CP	cost (95% CI), in £	QALY (95% CI)	
Amlodopine	25.3	1 534.5 (516.3, 2 316.8)	1 562.0 (500.3, 2 397.8)	14.18 (11.55, 16.38)	14.12 (11.46, 16.35)	-27.5 (-150.1, 39.4)	0.06 (-0.05, 0.28)	-458.3 (-4 926.4, 5 076.5)
Ramipril	24.1	2 946.3 (2 303.5, 3 968.4)	2 950.6 (2 288.2, 3 997.3)	16.30 (13.78, 18.78)	16.21 (13.69, 18.70)	-4.3 (-53.0, 23.3)	0.09 (0.01, 0.20)	-48.2 (-418.4, 1 956.81)
Aspirin	8.5	22 856.0 (17 586.5, 30 371.3)	22 796.1 (17 527.1, 30 278.5)	10.03 (8.90, 11.24)	10.02 (8.88, 11.23)	60.0 (24.1, 123.5)	0.01 (0.00, 0.04)	5 997.0 (-2 231.8, 19 599.9)
Beclometasone	17.5	72 408.9 (21 543.3, 256 238.8)	73 589.2 (21 694.2, 258 358.0)	16.54 (15.62, 17.12)	16.50 (15.58, 17.11)	-1180.3 (- 5 351.4, 384.5)	0.04 (0.00, 0.08)	-29 508.3 (-166 248.7, 17 990.4)
Tiotropium	5.7	10 287.1 (3 064.9, 24 788.2)	9 955.3 (2 948.5, 24 194.9)	6.85 (4.17, 9.94)	6.66 (3.98, 9.85)	331.8 (-268.8, 1 165.5)	0.19 (0.00, 0.45)	1 746.1 (-5 643.5, 8 261.5)
Metformin	18.8	15 303.4 (9 679.8, 29 232.2)	15 303.4 (9 686.4, 29 148.0)	9.53 (8.72, 10.26)	9.49 (8.68, 10.23)	0.0 (-66.1, 89.8)	0.04 (0.00, 0.08)	-0.5 (-1 140.6, 4 479.9)
Overall	100	19 167.9 (9 821.9, 51 034.3)	19 357.8 (9 850.1, 51 808.2)	13.45 (12.53, 14.32)	9.49 (8.68, 10.23)	-189.9 (-929.2, 87.2)	0.06 (0.00, 0.16)	-3 005.2 (-17 212.5, 4 542.5)

*Incorporating cost of intervention equal to £24.6

Annexe 6 : Questionnaire d'évaluation de l'observance en France

Questionnaire d'évaluation de l'observance

ACCOMPAGNEMENT PHARMACEUTIQUE

Pensez à conserver ce document. Il est essentiel à l'attribution de votre rémunération.

Les questions qui suivent permettent d'évaluer le degré d'observance du traitement prescrit et ainsi de mieux identifier les contraintes liées au traitement afin de pouvoir en discuter avec votre patient.

Nom du patient : ..... Date : ... / ... / ...

	oui	non
1 Ce matin, avez-vous oublié de prendre votre médicament ?	☐	☐
2 Depuis la dernière consultation, avez-vous été en panne de médicament ?	☐	☐
3 Vous est-il arrivé de prendre votre traitement avec retard par rapport à l'heure habituelle ?	☐	☐
4 Vous est-il arrivé de ne pas prendre votre traitement parce que, certains jours, votre mémoire vous fait défaut ?	☐	☐
5 Vous est-il arrivé de ne pas prendre votre traitement parce que, certains jours, vous avez l'impression que votre traitement vous fait plus de mal que de bien ?	☐	☐
6 Pensez-vous que vous avez trop de comprimés à prendre ?	☐	☐

Compter un point par réponse notée « non » :

- bonne observance : score = 6
- faible observance : score 4 ou 5
- non-observance : score < = 3

05-2016-studio-graphique-2015195

Source : Girerd X, Hanon O, Anagnostopoulos K. Évaluation de l'observance du traitement anti-hypertenseur par un questionnaire : mise au point et utilisation dans un service spécialisé. Presse médicale. 2001 ; 30 : 1044-48.

La santé progresse avec vous

L'Assurance Maladie

Annexe 7 : Taux de couverture vaccinale en fonction de la durée du changement de législation autorisant le pharmacien à vacciner[57]

Table II. Adjusted national rates of seasonal influenza immunizations according to timing relative to the legislative change to allow pharmacist-administered influenza vaccines, 2013.

Model	≥4 Years Before	1-3 Years Before	Year of	1 Year After	2-3 Years After	4-5 Years After	≥6 Years After
Model with common effects of time since legislation, according to age group, no person-level characteristics (c = 0.567)							
All Ages	0.392 (0.380-0.403)	0.395 (0.386-0.405)	0.397 (0.388-0.406)	0.399 (0.391-0.408)	0.400 (0.393-0.407)	0.398 (0.392-0.404)	0.405 (0.400-0.410)
Model with common effects of time since legislation, according to age group, with person-level characteristics (c = 0.734)							
All Ages	0.380 (0.369-0.391)	0.382 (0.373-0.391)	0.386 (0.377-0.395)	0.389 (0.380-0.397)	0.391 (0.384-0.398)	0.391 (0.385-0.397)	0.398 (0.393-0.403)
Model with differing effects of time since legislation, according to age group (c = 0.734)							
18-24	0.276 (0.246-0.306)	0.277 (0.248-0.305)	0.270 (0.236-0.304)	0.257 (0.225-0.289)	0.259 (0.232-0.285)	0.267 (0.242-0.292)	0.274 (0.251-0.297)
25-29	0.276 (0.245-0.306)	0.267 (0.240-0.295)	0.270 (0.239-0.301)	0.265 (0.233-0.297)	0.274 (0.247-0.301)	0.279 (0.254-0.304)	0.291 (0.266-0.317)
30-34	0.299 (0.275-0.323)	0.294 (0.273-0.315)	0.314 (0.289-0.339)	0.321 (0.296-0.346)	0.304 (0.284-0.324)	0.313 (0.294-0.332)	0.326 (0.309-0.344)
35-39	0.313 (0.289-0.337)	0.316 (0.294-0.338)	0.325 (0.301-0.349)	0.335 (0.311-0.359)	0.324 (0.304-0.344)	0.332 (0.313-0.351)	0.345 (0.327-0.363)
40-44	0.315 (0.293-0.337)	0.323 (0.303-0.342)	0.328 (0.306-0.350)	0.335 (0.313-0.356)	0.333 (0.315-0.351)	0.340 (0.323-0.357)	0.342 (0.326-0.358)
45-49	0.337 (0.315-0.360)	0.346 (0.326-0.366)	0.345 (0.324-0.366)	0.351 (0.330-0.372)	0.352 (0.334-0.370)	0.354 (0.338-0.371)	0.366 (0.350-0.382)
50-54	0.374 (0.354-0.395)	0.383 (0.366-0.400)	0.376 (0.357-0.394)	0.390 (0.371-0.409)	0.396 (0.381-0.412)	0.386 (0.372-0.399)	0.401 (0.388-0.414)
55-59	0.441 (0.420-0.461)	0.429 (0.412-0.447)	0.440 (0.421-0.459)	0.430 (0.412-0.449)	0.449 (0.434-0.463)	0.441 (0.428-0.455)	0.445 (0.433-0.456)
60-64	0.479 (0.458-0.500)	0.477 (0.459-0.494)	0.488 (0.468-0.507)	0.493 (0.474-0.511)	0.500 (0.485-0.514)	0.488 (0.475-0.501)	0.490 (0.478-0.501)
65-69	0.560 (0.537-0.583)	0.559 (0.540-0.578)	0.574 (0.554-0.595)	0.564 (0.543-0.584)	0.575 (0.560-0.590)	0.573 (0.559-0.586)	0.565 (0.553-0.576)
70-74	0.599 (0.573-0.625)	0.606 (0.585-0.626)	0.597 (0.573-0.621)	0.625 (0.604-0.647)	0.620 (0.603-0.636)	0.615 (0.599-0.630)	0.613 (0.601-0.626)
≥75	0.634 (0.613-0.656)	0.649 (0.632-0.665)	0.654 (0.635-0.672)	0.649 (0.631-0.667)	0.662 (0.649-0.674)	0.649 (0.638-0.661)	0.646 (0.637-0.656)

Adjusted rates and associated CIs are estimates of national average seasonal influenza immunization rates assuming average demographic characteristics (overall or within age group), insurance coverage, education, sex, health status, income, year, and state of residence, in year 2013 and if all states were the given number of years from the legislative change allowing pharmacists to administer influenza vaccines. Data from 2003 to 2013 are combined into a single analytic file, a total of 3.2 million respondents representing 1,966.9 million person-years. Population proportions were calculated by using Behavioral Risk Factor Surveillance System survey weights to represent the adult population in the 50 states plus Washington, DC.

Annexe 8 : Comparaison entre 11 pays de la vaccination par le pharmacien[62]

Indicators	AR	AU	BE	FR	IE	PH	PT	SA	CH	UK	USA
Population (millions)	42.98	23.5	11.2	66.5	4.6	98.4	10.4	54.0	8.2	64.1	316.5
Population > 65 years (% total)	11	14.7	18.0	18.7	12.1	3.9	20.1	5	18	17.5	14.0
Health Expenditure (% GDP)	7.3	9.4	11.2	11.7	8.9	4.4	9.0	8.9	11.7	9.1	17.1
Number of community pharmacies	20,000	5,456	4,950	22,510	1,807	32,443	2,885	3,136	1,774	14,361	32,500
Immunisation advocacy activities	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes
Vaccine administration by pharmacists	Yes	Yes	No	No	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes
Management of vaccination records	No	Yes	Yes	Yes	Yes	No	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes
Training of pharmacists	Yes	Yes	No	No	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes

Annexe 9: Comparaison des MAS entre les 4 pays de la Grande-Bretagne et la province du Saskatchewan

System Condition	Scotland[83]	England[36]	Wales[84]	Northern Ireland[85]	Saskatchewan[55]
	Type of service provided				
	National service	Locally commissioned or enhanced service	Piloted national service		
	Conditions treated				
Gastro-intestinal					
	Indigestion	Indigestion and heartburn	Indigestion and reflux		Gastroesophageal reflux disease (GERD)
	Infant colic	Infantile colic	Colic		
	Constipation	Constipation	Constipation		
	Diarrhoea	Diarrhoea	Diarrhoea advice	Diarrhoea	
	Haemorrhoids	Haemorrhoids	Haemorrhoids		Haemorrhoids
	Mouth ulcers/teething	1. Mouth care 2. Mouth ulcers 3. Teething	1. Mouth ulcers advice 2. Teething	Mouth ulcers	
	Oral thrush		Oral thrush	Oral thrush	
		Nappy rash and minor skin conditions	Nappy rash		
Respiratory					
	Hay fever	Allergic rhinitis, hay fever	Hay fever		Allergic rhinitis
	Steroid nasal spray[1]				
	Cough and nasal congestion	Cough			
		Sore throat	Sore throat and tonsillitis		
					Oral aphthous ulcer
Central nervous system					
	Pain	Headache, pain			Headache
		Sprain, strain and muscle pain			Musculoskeletal strains and sprains
		Temperature/fever			
			Back pain		
	Travel sickness				
	Nausea and vomiting				
					Dysmenorrhea

System Condition	Scotland[83]	England[36]	Wales[84]	Northern Ireland[85]	Saskatchewan[55]
Infection					
Fungal infections					
Vaginal candidiasis	Vaginal candidiasis	1 Fungal skin conditions, 2 Vaginal thrush	Vaginal thrush	Vaginal thrush	
Athlete's foot	Athlete's foot	Athlete's foot	Athlete's Foot	Athlete's foot	
		Ringworm Cutaneous candidiasis	Intertrigo/Ringworm		
Viral Infection					
Cold sores	Cold sores	Cold sores	Cold sores	Cold sores	Cold sores
			Chickenpox:		
					Oral thrush
Warts and verrucae	Warts and verrucae	Warts and verrucae	Verruca		
Parasitic infection					
Threadworm	Threadworms	Threadworms	Threadworms	Threadworms	
Head lice	Head lice	Head lice	Head lice	Head lice. All family members with a live infestation to be treated	
Crab/pubic lice	Crab/Pubic lice				
Scabies	Scabies	Scabies	Scabies		
					Infections: Impetigo and Folliculitis
					Acne, mild
					Tinea corporis Infection
					Tinea cruris skin infection
					Tinea pedis infection
Urinary tract disorders					
	Alkalinisation of urine[1]				
Skin					
	Acne		Acne		
	Eczema/allergy	Contact dermatitis or atopic eczema	Dermatitis (acute exacerbation)		Atopic dermatitis
	Range of preparations[1]				
	Shampoos and scalp[2]				
	Boils				
			Dry skin		
			Ingrown toenail advice		
		Insect bite or sting			
		Sunburn			Insect bites
					Superficial bacterial skin

System Condition	Scotland[83]	England[36]	Wales[84]	Northern Ireland[85]	Saskatchewan[55]
					Diaper dermatitis, candida
Vitamins					
	Pregnancy (megaloblastic anaemias – although such prescribing is relatively limited)				
Eyes					
	Anti-infective eye preparations[1] Corticosteroids and other anti-inflammatory preparations[1] Miscellaneous ophthalmic preparations[1]	1. Allergic conjunctivitis 2. Conjunctivitis infective	1. Conjunctivitis (bacterial) 2. Dry eyes		
Ears					
	Ear wax	1. Earache 2. Ear wax		Ear wax	
Homeopathy	(Although such prescribing is relatively limited)				
	Scotland only	Blocked nose			
	Each Health Board has its own Minor Ailments Service list of conditions and formularies. The minor ailments identified in the current (July 2015) Formulary for NHS Ayrshire and Arran are reported here.	Each Clinical Commissioning Group has its own Minor Ailments Service list of conditions and formularies. The minor ailments identified in the current (July 2015) Formulary for Barnsley CCG are reported here.	This list of minor ailments represents the list reported in the publication *All Wales Choose Pharmacy Formulary* published May 2015.	This list of minor ailments represents the current (July 2015) list of Northern Ireland's HSC Business Services Organisation.	This list of minor ailments represents the current (July 2015) list of minor ailment conditions Saskatchewan.

1. In Scotland, in addition to the listed identified minor ailments, a range of specific treatments may also be listed as an additional qualifier for treatment in specific circumstances. Some examples of this approach have been reported in this table, such as steroid nasal spray for nasal allergy under hay fever.
2. Wales and Northern Ireland specify restrictions such as age, advice only and treatment (which includes advice and treatment) in their list of conditions. These restrictions have been reported here. In general, treatments as opposed to eligibility restrictions are reported in the more detailed protocol which supports the minor ailments list and formulary.

Annexe 10 : Formulaire en vigueur au Québec pour informer le médecin traitant

FORMULAIRE DE COMMUNICATION DU PHARMACIEN AU MÉDECIN TRAITANT **(INFORMATION)**

DATE :

HEURE :

MÉDECIN TRAITANT *

Nom :

Tél. : Téléc. :

N° permis :

* ou IPS si applicable :

PATIENT

Nom :

DNN :

NAM :

PROLONGATION D'ORDONNANCE

Ordonnance(s) prolongée(s) :

Durée :

Durée :

Durée :

Durée :

Durée :

Durée :

Durée :

Date prévue du prochain rendez-vous médical :

SUBSTITUTION D'UN MÉDICAMENT PRESCRIT (RUPTURE D'APPROVISIONNEMENT)

Médicament substitué :

Nouveau médicament :

ANALYSES DE LABORATOIRE

- ☐ Formule sanguine complète
- ☐ Créatinine
- ☐ (PT-RNI)
- ☐ Électrolytes
- ☐ Alanine Transaminase (ALT)
- ☐ Créatinine kinase
- ☐ Glycémie
- ☐ Hémoglobine glyquée HbA1C
- ☐ Bilan lipidique
- ☐ Hormone thyréotrope (TSH)
- ☐ Dosage sérique des médicaments

Médicament :

Nombre de pièces jointes :

MÉDICAMENT PRESCRIT

Condition mineure ou situation :

Médicament :

Forme, posologie, dosage, durée de traitement :

JUSTIFICATIF

Nom du pharmacien :

N° de membre :

Signature :

Tél. :

Pharmacie :

Téléc. :

Annexe 11 : Formulaire en vigueur au Québec pour attirer l'attention du médecin traitant

FORMULAIRE DE COMMUNICATION DU PHARMACIEN AU MÉDECIN TRAITANT **(ATTENTION REQUISE)**

DATE :

HEURE :

MÉDECIN TRAITANT*

Nom :

Tél. : Téléc. :

N° permis :

*ou IPS si applicable :

PATIENT

Nom :

DNN :

NAM :

CONDITION MINEURE NON TRAITÉE

Motif de la consultation :

ORDONNANCES NON PROLONGÉES

ORDONNANCE AJUSTÉE (MODIFICATION DE DOSE)

RÉSULTAT D'ANALYSES DE LABORATOIRE NÉCESSITANT UNE OPINION MÉDICALE

- ☐ Formule sanguine complète
- ☐ Créatinine
- ☐ (PT-RNI)
- ☐ Électrolytes
- ☐ Alanine Transaminase (ALT)
- ☐ Créatinine kinase
- ☐ Glycémie
- ☐ Hémoglobine glyquée HbA1C
- ☐ Bilan lipidique
- ☐ Hormone thyréotrope (TSH)
- ☐ Dosage sérique des médicaments

Analyse prescrite pour la surveillance du médicament suivant :

Nombre de pièces jointes :

JUSTIFICATIF

Nom du pharmacien : N° de membre :

Signature : Tél. :

Pharmacie : Téléc. :

☐ *J'ai pris connaissance du contenu de ce formulaire.*

Signature du médecin : Date : Heure :

IMPORTANT : RENVOYER UNE COPIE SIGNÉE AU PHARMACIEN S.V.P.

Annexe 12 : Les pratiques pharmaceutiques au Canada en 2016

Pharmacists' Scope of Practice in Canada

	Scope of Practice [1]	Province/Territory												
		BC	AB	SK	MB	ON	QC	NB	NS	PEI	NL	NWT	YT	NU
Prescriptive Authority (Schedule 1 Drugs) [1]	Independently, for any Schedule 1 drug	X	✓ [5]	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	In a collaborative practice setting/agreement	X	✓ [5]	✓ [5]	✓ [5]	X	X	✓	✓	X	X	X	X	X
Initiate [2]	For minor ailments/conditions	X	✓	✓	✓ [5]	X	✓	✓	✓	✓ [5]	✓	X	X	X
	For smoking/tobacco cessation	X	✓	P	✓ [5]	✓	✓	✓	✓	✓ [5]	✓	X	X	X
	In an emergency	X	✓	✓	✓	X	X	✓	✓	✓	X	X	X	X
Adapt [3]/ Manage	Independently, for any Schedule 1 drug [4]	X	✓ [5]	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Independently, in a collaborative practice [4]	X	✓ [5]	✓ [5]	✓ [5]	X	X	✓	✓	X	X	X	X	X
	Make therapeutic substitution	✓	✓	✓	X	X	X	✓	✓	✓	✓	X	X	X
	Change drug dosage, formulation, regimen, etc.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	X	X	X
	Renew/extend prescription for continuity of care	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	X	X
Injection Authority (SC or IM) [1,5]	Any drug or vaccine	X	✓	✓	✓	X [7]	X [7]	✓	X	✓	✓	X	X	X
	Vaccines [6]	✓	✓	✓	✓	✓	X	✓	✓	✓	✓	X	X	X
	Travel vaccines [6]	✓	✓	✓	✓	✓	X	✓	✓	✓	✓	X	X	X
	Influenza vaccine	✓	✓	✓	✓	✓	X	✓	✓	✓	✓	X	X	X
Labs	Order and interpret lab tests	X	✓	P [8]	✓ [9]	X	✓	P	P [8]	P	X	X	X	X
Techs	Regulated pharmacy technicians	✓	✓	✓	✓ [10]	✓	X	✓	✓	✓	✓	X	X	X

1. Scope of activities, regulations, training requirements and/or limitations differ between jurisdictions. Please refer to the pharmacy regulatory authorities for details.
2. Initiate new prescription drug therapy, not including drugs covered under the *Controlled Drugs and Substances Act*.
3. Alter another prescriber's original/existing/current prescription for drug therapy.
4. Pharmacists independently manage Schedule 1 drug therapy under their own authority, unrestricted by existing/initial prescription(s), drug type, condition, etc.
5. Applies only to pharmacists with additional training, certification and/or authorisation through their regulatory authority.
6. Authority to inject may not be inclusive of all vaccines in this category. Please refer to the jurisdictional regulations.
7. For education/demonstration purposes only.
8. Ordering by community pharmacists pending health system regulations for pharmacist requisitions to labs.
9. Authority is limited to ordering lab tests.
10. Pharmacy technician registration available through the regulatory authority (no official licensing).

✓ Implemented in jurisdiction

P Pending legislation, regulation or policy for implementation

X Not implemented

© Canadian Pharmacists Association
December 2016

Annexe 13 : Le formulaire CP2 en vigueur en Ecosse

FORM CP2(SS)(5) NATIONAL HEALTH SERVICE (SCOTLAND)

Name

Address

Age if under 12 yrs.

Yrs / Mths

Postcode

Pharmacy Stamp

DOB/CHI No.

Male ☐ Female ☐

Registration ☐ Withdrawal ☐

Dispensing Pack Sizes

Pack Sizes *Numbers only*

Pack Sizes *Numbers only*

Declaration: "I accept the above named patient into the Minor Ailment Service and have registered them under the contracted terms and conditions of that service."

Signature of Pharmacist

Date

Consultation Only ☐ Refer to GP ☐

PS Contractor Code

RPSGB Reg Number

Please read notes overleaf and complete relevant parts

01820182

CP2(SS)(5)

IMPORTANT NOTES FOR PATIENTS

- This form records that your pharmacist has supplied you with medicine free of charge, and/or offered you professional advice at your request.
- Fill in parts A and B below in black ballpoint pen.

PART A The patient doesn't have to pay because he/she: (X in the appropriate box)

A	is under 16 years of age
B	is 16,17 or 18 years of age and in full time education
C	is 60 years of age or over
D	has a valid maternity or medical exemption certificate (EC92)
F	has a valid War Pension exemption certificate
K	is named on a current NHS HC2 certificate
G	*gets, or has a partner who gets Income Support
H	*has a partner who gets 'Pension Credit **guarantee credit**' (PCGC)
I	*gets, or has a partner who gets, **income based** Jobseeker's Allowance
J	*is entitled to, or named on, a valid NHS Tax Credit Exemption Certificate
M	*gets, or has a partner who gets, **income related** Employment Support Allowance

Pharmacy Use Only
Evidence Not Seen

*Name	Date of Birth	NI no.

*I am included in an award of income based Jobseeker's Allowance, income related Employment and Support Allowance, Income Support, Pension Credit Guarantee Credit or Tax Credit. Print the name of the person who gets the benefit.

PART B
Declaration for patients who do not have to pay

"I declare that the information I have given on this form is correct and complete. I understand that if it is not, appropriate action may be taken. I confirm proper entitlement to exemption/remission. To enable the NHS to check I have a valid exemption/remission and for the purposes of prevention, detection and investigation of crime, I consent to the disclosure of relevant information from this form including to and by the Common Services Agency, the NHS Business Services Authority, the Department for Work and Pensions, HM Revenue and Customs and Local Authorities. I agree to pay the cost of the prescription if I am later found not to be entitled. In addition, a statutory penalty may be payable."

Cross ONE box: I am the patient ☐ patient's representative ☐

Now sign below

Sign here _____ Date / /

Print name & address *if different from overleaf*

SERMENT DE GALIEN

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

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

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

De ne jamais oublier ma responsabilité et mes devoirs envers le malade et sa dignité humaine.

En aucun cas, je ne consentirai à utiliser mes connaissances et mon état pour corrompre les mœurs et favoriser des actes criminels.

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

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

RESUME en français

Le métier de pharmacien est en pleine évolution au niveau mondial. A cause de l'allongement de la durée de vie dans les pays occidentaux et du vieillissement de la population, les besoins de soins vont augmenter de manière importante dans les années à venir. En France, la proportion des plus de 65 ans va doubler d'ici 2070 alors que le nombre de médecins généralistes, professionnels de premier recours, ne cesse de baisser. Pour répondre à la demande croissante de soins, il est primordial d'agir de manière efficiente car le coût qui pèse sur la société est en hausse constante. Afin de pallier ce problème, il est important que l'ensemble des professions de santé se mobilise. En particulier le pharmacien d'officine qui est le seul professionnel présent dans tout le pays, de manière uniforme, grâce au maillage territorial.
Puisque l'ensemble des pays occidentaux présente les mêmes problématiques, il est important de voir les solutions mises en place. C'est pourquoi nous avons observé ce qui se faisait dans les pays Anglo-Saxons. Nous avons étudié l'impact de certaines mesures mises en place dans ces pays comme les entretiens pharmaceutiques permettant d'augmenter l'observance chez les patients chroniques de 10%. Mais aussi la vaccination en officine permettant d'atteindre des populations non touchés par les autres professionnels de santé et la prise en charge des troubles mineurs par le pharmacien qui permettrait de libérer du temps aux médecins et aux service des urgences tout en faisant des économies importantes pour les systèmes de santé. Ces services, en plus d'être efficients, permettent un meilleur accès aux soins pour la population. Puis nous avons comparé avec la France pour voir les différences et les éventuelles pistes d'améliorations.
Malgré des résultats encourageants dans ces pays, ces services peinent à trouver leur place en France mais la volonté des officinaux Français permettra à ces nouvelles missions de devenir des réussites.

TITRE ET RÉSUMÉ en anglais

Pharmacist's services in Anglo-Saxon countries and their possible uses in France

The job of pharmacist has been evolving all around the world. In western countries, the average of life expectancy is increasing and the population is ageing. As a consequence, the need of care will go up significantly in the years to come. In France, older people of 65 and over will double by 2070. Whereas the number of physicians, who are the primary healthcare professionals, is decreasing. To meet the growing demand of care, acting efficiently is of the utmost importance. Indeed, the cost weighs heavily on the society. It is constantly on the rise. As a result, all healthcare professionals must take action, each on its own field. In particular the pharmacist who is the only professional present throughout the country in a uniform way thanks to the territorial network.
All western countries are experiencing the same problem. That is the reason why we need to examine the implemented solutions in different countries. More information about these actions and how they functioned in practice was required. Our priority was to form an opinion. We decided to observe them in Anglo-Saxon countries. We studied the impact of some measures ease this burden. One of them is the Medicine Use Review which can increase the adherence in chronic patients up to 10%. There is also the immunization by pharmacists. It can reach people who usually do not get in touch with other professionals. The Minor Ailment Scheme would enable to free up time for physicians and emergency services but allow substantial savings. Not only these services are cost-effective but they also allow a better care access for people.
Then we compared with France, we observed the differences and the possible measures of improvement. Despite encouraging results in these countries, these services struggle to find their place in France but the pharmacist's commitment will allow these services to be a success.

DISCIPLINE : Officine

MOTS-CLES : Vaccination, Entretien pharmaceutique, Officine, Conseils, Nouvelles missions, Prise en charge des troubles mineurs

UFR des sciences Pharmaceutiques
Université de Bordeaux
146 Rue Léo Saignat
33076 Bordeaux Cedex