



HAL
open science

Pharmacie clinique & soins pharmaceutiques : constat et comparaison des modèles officinaux québécois et français ; contraintes, perspectives et évolution de la pratique française

Adrien Catallan

► To cite this version:

Adrien Catallan. Pharmacie clinique & soins pharmaceutiques : constat et comparaison des modèles officinaux québécois et français ; contraintes, perspectives et évolution de la pratique française. Sciences pharmaceutiques. 2020. dumas-02982071

HAL Id: dumas-02982071

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02982071v1>

Submitted on 28 Oct 2020

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.

THESE

PRESENTEE ET PUBLIQUEMENT SOUTENUE DEVANT LA
FACULTE DE PHARMACIE DE MARSEILLE

LE 23 OCTOBRE 2020

PAR

M. ADRIEN PAUL ÉTIENNE CATALLAN

Né(e) le 25 JANVIER 1993 à ISTRES (13)

EN VUE D'OBTENIR

LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE

TITRE :

**PHARMACIE CLINIQUE & SOINS PHARMACEUTIQUES : CONSTAT ET
COMPARAISON DES MODÈLES OFFICINAUX QUÉBÉCOIS ET FRANÇAIS ;
CONTRAINTES, PERSPECTIVES ET ÉVOLUTION DE LA PRATIQUE
FRANÇAISE.**

JURY :

Président : Professeur Stéphane Honoré

Membres : Docteur Félicia Ferrera-Bibas

Docteur Valérie Girbent-Rocchi

ADMINISTRATION :

<i>Doyen :</i>	Mme Françoise DIGNAT-GEORGE
<i>Vice-Doyens :</i>	M. Jean-Paul BORG, M. François DEVRED, M. Pascal RATHELOT
<i>Chargés de Mission :</i>	Mme Pascale BARBIER, M. David BERGE-LEFRANC, Mme Manon CARRE, Mme Caroline DUCROS, Mme Frédérique GRIMALDI, M. Guillaume HACHE
<i>Conseiller du Doyen :</i>	M. Patrice VANELLE
<i>Doyens honoraires :</i>	M. Patrice VANELLE, M. Pierre TIMON-DAVID,
<i>Professeurs émérites :</i>	M. José SAMPOL, M. Athanassios ILIADIS, M. Henri PORTUGAL, M. Philippe CHARPIOT
<i>Professeurs honoraires :</i>	M. Guy BALANSARD, M. Yves BARRA, Mme Claudette BRIAND, M. Jacques CATALIN, Mme Andrée CREMIEUX, M. Aimé CREVAT, M. Gérard DUMENIL, M. Alain DURAND, Mme Danielle GARÇON, M. Maurice JALFRE, M. Joseph JOACHIM, M. Maurice LANZA, M. José MALDONADO, M. Patrick REGLI, M. Jean-Claude SARI
<i>Chef des Services Administratifs :</i>	Mme Florence GAUREL
<i>Chef de Cabinet :</i>	Mme Aurélie BELENGUER
<i>Responsable de la Scolarité :</i>	Mme Nathalie BESNARD

DEPARTEMENT BIO-INGENIERIE PHARMACEUTIQUE

Responsable : Professeur Philippe PICCERELLE

PROFESSEURS

BIOPHYSIQUE	M. Vincent PEYROT M. Hervé KOVACIC
GENIE GENETIQUE ET BIOINGENIERIE	M. Christophe DUBOIS
PHARMACIE GALENIQUE, PHARMACOTECHNIE INDUSTRIELLE, BIOPHARMACIE ET COSMETOLOGIE	M. Philippe PICCERELLE

MAITRES DE CONFERENCES

BIOPHYSIQUE

M. Robert GILLI
Mme Odile RIMET-GASPARINI
Mme Pascale BARBIER
M. François DEVRED
Mme Manon CARRE
M. Gilles BREUZARD
Mme Alessandra PAGANO

GENIE GENETIQUE ET BIOTECHNOLOGIE

M. Eric SEREE-PACHA
Mme Véronique REY-BOURGAREL

PHARMACIE GALENIQUE, PHARMACOTECHNIE INDUSTRIELLE,
BIOPHARMACIE ET COSMETOLOGIE

M. Pascal PRINDERRE
M. Emmanuel CAUTURE
Mme Véronique ANDRIEU
Mme Marie-Pierre SAVELLI

BIO-INGENIERIE PHARMACEUTIQUE ET BIOTHERAPIES
PHARMACO ECONOMIE, E-SANTE

M. Jérémy MAGALON
Mme Carole SIANI

ENSEIGNANTS CONTRACTUELS

ANGLAIS

Mme Angélique GOODWIN

DEPARTEMENT BIOLOGIE PHARMACEUTIQUE

Responsable : Professeur Françoise DIGNAT-GEORGE

PROFESSEURS

BIOLOGIE CELLULAIRE

M. Jean-Paul BORG

HEMATOLOGIE ET IMMUNOLOGIE

Mme Françoise DIGNAT-GEORGE
Mme Laurence CAMOIN-JAU
Mme Florence SABATIER-MALATERRE
Mme Nathalie BARDIN

MICROBIOLOGIE

M. Jean-Marc ROLAIN
M. Philippe COLSON

PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE MEDICALE, HYGIENE ET
ZOOLOGIE

Mme Nadine AZAS-KREDER

MAITRES DE CONFERENCES

BIOCHIMIE FONDAMENTALE, MOLECULAIRE ET CLINIQUE	M. Thierry AUGIER M. Edouard LAMY Mme Alexandrine BERTAUD Mme Claire CERINI Mme Edwige TELLIER M. Stéphane POITEVIN
HEMATOLOGIE ET IMMUNOLOGIE	Mme Aurélie LEROYER M. Romaric LACROIX Mme Sylvie COINTE
MICROBIOLOGIE	Mme Michèle LAGET Mme Anne DAVIN-REGLI Mme Véronique ROUX M. Fadi BITTAR Mme Isabelle PAGNIER Mme Sophie EDOUARD M. Seydina Mouhamadou DIENE
PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE MEDICALE, HYGIENE ET ZOOLOGIE	Mme Carole DI GIORGIO M. Aurélien DUMETRE Mme Magali CASANOVA Mme Anita COHEN
BIOLOGIE CELLULAIRE	Mme Anne-Catherine LOUHMEAU

ATER

BIOCHIMIE FONDAMENTALE, MOLECULAIRE ET CLINIQUE	Mme Anne-Claire DUCHEZ
BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLECULAIRE	Mme Alexandra WALTON

A.H.U.

HEMATOLOGIE ET IMMUNOLOGIE	Mme Mélanie VELIER
----------------------------	--------------------

DEPARTEMENT CHIMIE PHARMACEUTIQUE

Responsable : Professeur Patrice VANELLE

PROFESSEURS

CHIMIE ANALYTIQUE, QUALITOLOGIE ET NUTRITION	Mme Catherine BADENS
CHIMIE PHYSIQUE – PREVENTION DES RISQUES ET NUISANCES TECHNOLOGIQUES	M. David BERGE-LEFRANC
CHIMIE MINERALE ET STRUCTURALE – CHIMIE THERAPEUTIQUE	M. Pascal RATHELOT M. Maxime CROZET
CHIMIE ORGANIQUE PHARMACEUTIQUE	M. Patrice VANELLE M. Thierry TERME
PHARMACOGNOSIE, ETHNOPHARMACOGNOSIE	Mme Evelyne OLLIVIER

MAITRES DE CONFERENCES

BOTANIQUE ET CRYPTOLOGAMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE	Mme Anne FAVEL Mme Joëlle MOULIN-TRAFFORT
CHIMIE ANALYTIQUE, QUALITOLOGIE ET NUTRITION	Mme Catherine DEFOORT M. Alain NICOLAY Mme Estelle WOLFF Mme Elise LOMBARD Mme Camille DESGROUAS M. Charles DESMARCHELIER
CHIMIE PHYSIQUE – PREVENTION DES RISQUES ET NUISANCES TECHNOLOGIQUES	M. Pierre REBOUILLON
CHIMIE THERAPEUTIQUE	Mme Sandrine ALIBERT Mme Caroline DUCROS M. Marc MONTANA Mme Manon ROCHE Mme Fanny MATHIAS
CHIMIE ORGANIQUE PHARMACEUTIQUE HYDROLOGIE	M. Armand GELLIS M. Christophe CURTI Mme Julie BROGGI M. Nicolas PRIMAS M. Cédric SPITZ M. Sébastien REDON
PHARMACOGNOSIE, ETHNOPHARMACOLOGIE	M. Riad ELIAS Mme Valérie MAHIOU-LEDDET Mme Sok Siya BUN Mme Béatrice BAGHDIKIAN

MAITRES DE CONFERENCE ASSOCIES A TEMPS PARTIEL (M.A.S.T.)

CHIMIE ANALYTIQUE, QUALITOLOGIE ET NUTRITION	Mme Anne-Marie PENET-LOREC
CHIMIE PHYSIQUE – PREVENTION DES RISQUES ET NUISANCES TECHNOLOGIQUES	M. Cyril PUJOL
DROIT ET ECONOMIE DE LA PHARMACIE	M. Marc LAMBERT
GESTION PHARMACEUTIQUE, PHARMACOECONOMIE ET ETHIQUE PHARMACEUTIQUE OFFICINALE, DROIT ET COMMUNICATION PHARMACEUTIQUES A L'OFFICINE ET GESTION DE LA PHARMAFAC	Mme Félicia FERRERA

A.H.U.

CHIMIE ANALYTIQUE, QUALITOLOGIE ET NUTRITION	M. Mathieu CERINO
--	-------------------

ATER

CHIMIE PHYSIQUE – PREVENTION DES RISQUES ET NUISANCES TECHNOLOGIQUES	M. Duje BURIC
--	---------------

DEPARTEMENT MEDICAMENT ET SECURITE SANITAIRE

Responsable : Professeur Benjamin GUILLET

PROFESSEURS

PHARMACIE CLINIQUE	M. Stéphane HONORÉ
PHARMACODYNAMIE	M. Benjamin GUILLET
TOXICOLOGIE ET PHARMACOCINETIQUE	M. Bruno LACARELLE Mme Frédérique GRIMALDI M. Joseph CICCOLINI

MAITRES DE CONFERENCES

PHARMACODYNAMIE	M. Guillaume HACHE Mme Ahlem BOUHLEL M. Philippe GARRIGUE
PHYSIOLOGIE	Mme Sylviane LORTET Mme Emmanuelle MANOS-SAMPOL
TOXICOLOGIE ET PHARMACOCINETIQUE	Mme Raphaëlle FANCIULLINO Mme Florence GATTACECCA
TOXICOLOGIE GENERALE ET PHARMACIE CLINIQUE	M. Pierre-Henri VILLARD Mme Caroline SOLAS-CHESNEAU Mme Marie-Anne ESTEVE

A.H.U.

PHYSIOLOGIE / PHARMACOLOGIE PHARMACIE CLINIQUE	Mme Anaïs MOYON M. Florian CORREARD
---	--

ATER.

TOXICOLOGIE ET PHARMACOCINETIQUE	Mme Anne RODALLEC
----------------------------------	-------------------

CHARGES D'ENSEIGNEMENT A LA FACULTE

Mme Valérie AMIRAT-COMBRALIER, Pharmacien-Praticien hospitalier

M. Pierre BERTAULT-PERES, Pharmacien-Praticien hospitalier

Mme Marie-Hélène BERTOCCHIO, Pharmacien-Praticien hospitalier

Mme Martine BUES-CHARBIT, Pharmacien-Praticien hospitalier

M. Nicolas COSTE, Pharmacien-Praticien hospitalier

Mme Sophie GENSOLLEN, Pharmacien-Praticien hospitalier

M. Sylvain GONNET, Pharmacien titulaire

Mme Florence LEANDRO, Pharmacien adjoint

M. Stéphane PICHON, Pharmacien titulaire

M. Patrick REGGIO, Pharmacien conseil, DRSM de l'Assurance Maladie

Mme Clémence TABELLE, Pharmacien-Praticien attaché

Mme TONNEAU-PFUG, Pharmacien adjoint

M. Badr Eddine TEHHANI, Pharmacien – Praticien hospitalier

M. Joël VELLOZZI, Expert-Comptable

Mise à jour le 23 janvier 2020

Remerciements

Au Professeur Stéphane Honoré, Président de la Société Française de Pharmacie Clinique, qui dès mon entrée dans les études de Pharmacie à travers les cours de Pharmacie clinique m'a ouvert les yeux sur une pratique professionnelle du pharmacien que je ne pensais qu'hypothétique. C'est grâce à toi que j'ai décidé de vivre cette expérience québécoise, qui m'a motivé durant toutes mes études et m'a permis de mener à terme ce travail de thèse.

Au Docteur Félicia Ferrera-Bibas, qui m'a soutenu dès le début et permis de mettre à jour ce projet. Tu m'as transmis à travers ta détermination et ton engagement, les outils pratiques du pharmacien clinicien, mais également ravivé mon souhait d'aller toujours plus loin et de croire en une pratique professionnelle toujours plus centrée sur le patient. Malgré tout ton travail et tes propres contraintes quotidiennes, tu as su m'aider à produire la meilleure qualité possible à ce travail. J'espère sincèrement que nos chemins se recroiseront à nouveau et que je pourrais t'accompagner dans l'édifice de la métamorphose professionnelle que nous vivons.

Au Docteur Valérie Girbent-Rocchi, co-titulaire de la Pharmacie de La Pounche et la meilleure tabacologue que j'ai pu rencontrer. Vous m'avez transmis vous aussi les outils complémentaires et permis de comprendre le rôle de titulaire d'officine dont j'avais besoin. Merci de m'avoir fait confiance dans mes premiers pas en tant que pharmacien remplaçant. Je n'aurais pu espérer meilleure patronne.

A mes parents, qui m'ont toujours épaulé et accompagné, émotionnellement et financièrement dans ces études qui sortaient de l'ordinaire familial. Vous avez toujours respecté mes choix professionnels et la fierté dans vos yeux est le plus beau cadeau que vous auriez pu m'offrir. Maman, tu es mon socle, mon fil d'Ariane et mon ange gardien à n'importe quelle heure du jour et de la nuit. Papa, tu as levé le voile d'une force inscrite dans mes gènes.

A mes sœurs, les deux autres atomes de notre molécule fraternelle. Merci de votre expérience, de votre soutien sans faille, de notre si forte complicité et de votre amour, notre amour, indestructible.

A ma famille, qui m'a apporté les plus beaux moments de vie, et avec qui nous avons vécu les plus difficiles. A toutes les âmes tant aimées et parties trop tôt, j'aurais aimé vous voir conviées ici aujourd'hui.

Au Pr Laurence Camoin et au Dr Thierry Augier, réels solides piliers de cette faculté, qui m'ont écouté, aiguillé, motivé dans les méandres de mon cursus et m'ont toujours apporté leur aide.
Au Pr Pascale Pisano.

A l'ensemble de l'équipe montréalaise de la Pharmacie de François Lalande. Merci de m'avoir accueilli, car sans vous ce travail et cette expérience n'auraient pas vu le jour.

Merci au Dr Thomas Weil, qui est devenu un réel ami transatlantique. Tu es l'exemple même de la beauté des rencontres fortuites. Je resterai toujours impressionné par ton cursus professionnel, et j'espère bien arriver à te faire enfin venir à Marseille avec Dany.

A l'ensemble de l'équipe de la Pharmacie de La Pounche. A nos moments de joies et nos terribles moments d'adaptation face aux situations les plus cocasses les unes que les autres. Je suis tellement heureux d'avoir pu faire mes premiers pas de pharmacien remplaçant à vos côtés.

A Mme Marie-Laure Lumediluna, Présidente de l'AFD Aix-Pays de Provence et Mr Bernard Cardinali.

A l'ensemble de l'équipe du Centre Antipoison de Marseille.

A Dexter qui m'a suivi, consolé, mordu, rendu dingue durant toutes ces années.

Aux plus beaux chefs d'œuvres de Ludovic Einaudi, Mozart, Chopin, Saint-Saëns, Bach, Strauss, Fruche, Schubert... pour ces heures de concentration et de productivité.

Et bien évidemment, à tous mes amis, le nerf de la guerre de ces études, rencontres devenues si importantes, ou liens qui perdurent depuis des années. A Mélissa, Emma & Clément, les z'amours depuis le début ; aux membres de la Team-Rocket avec qui nous avons combattu dans le blizzard parisien, Amandine, Bastien et Vincent ; Pépito, ma pépité d'or, qui est sans aucun doute l'étoile apposée sur mon maillot que je compte bien garder pour le reste de ma vie ; à mon fréro Vincent, et aux deux autres membres des quatre sages et commères fantastiques, Marie et Micka ; à Zimmer et à Noufette, deux rencontres aînées qui me restent si chères ; à l'ensemble du groupe de St Pé ; à Nicolas, Julie et Julia, et à nos récits nocturnes lus par la voix sensuelle et ô combien comique de Laëti ; à Elise, Camille, Mathilde ; à mes amis depuis toujours, Maxime, Amandine, Margot, Anne-Laure et Manon, cette vingtaine d'années d'amitié

est passée en un clin d'œil, j'espère que les prochaines ralentiront un peu pour vivre intensément de nouvelles histoires ; à l'ensemble des membres associatifs lors de mes différents mandats ; à mes amis des autres filières.

Et enfin, à Théo, avec qui nous avons presque tout traversé. Nous formons une vraie équipe qui se solidifie et s'arme chaque jour un peu plus, tout en continuant d'être une extase de bonheur perpétuelle. Tu es mon âme sœur.

A ma belle-famille, qui m'a accueilli et reçu comme leur propre fils.

On ne peut espérer recevoir autant de force de vie et d'amour que ce que j'ai reçu grâce à vous tous. Ce travail a été permis grâce à chacun de vous.

Merci à tous.

« L'Université n'entend donner aucune approbation, ni improbation aux opinions émises dans les thèses. Ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs. »

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS	- 7 -
TABLE DES FIGURES.....	- 13 -
LISTE DES ABREVIATIONS	- 14 -
I. INTRODUCTION.....	- 15 -
1. PREAMBULE ET DEFINITIONS	- 15 -
A. LA PHARMACIE CLINIQUE.....	- 15 -
B. LES TROIS NIVEAUX DE SOIN.....	- 16 -
i) Les soins primaires.....	- 16 -
ii) soins secondaires & tertiaires.....	- 21 -
C. SOINS PHARMACEUTIQUES & PHARMACIE CLINIQUE.....	- 22 -
D. SERVICES PHARMACEUTIQUES	- 25 -
2. RAPPELS HISTORIQUES SUR L'AVENEMENT DE LA PHARMACIE CLINIQUE	- 26 -
3. TRANSITION REDACTIONNELLE	- 30 -
II. MODELE QUEBECOIS	- 31 -
1. ETAT DES LIEUX : LA PHARMACIE COMMUNAUTAIRE QUEBECOISE.....	- 31 -
A. ORGANISATION STRUCTURELLE D'UNE PHARMACIE COMMUNAUTAIRE.....	- 31 -
B. LES ASSISTANTS TECHNIQUE EN PHARMACIE (ATP)	- 33 -
C. ORGANISATION DU PREPARATOIRE ET DE SA CHAINE DE TRAVAIL, PROCESSUS DE DISPENSATION	- 34 -
D. ORDONNANCES ET DISPENSATION	- 35 -
E. LES MEDICAMENTS : NUMERO D'IDENTIFICATION D'UNE DROGUE, IDENTIFICATION MACROSCOPIQUE ET DECONDITIONNEMENT.....	- 37 -
F. TRAÇABILITE ET SYSTEME QUALITE.....	- 38 -
G. DOSSIER SANTE QUEBEC (DSQ)	- 39 -
H. ORDONNANCES COLLECTIVES.....	- 39 -
I. LA LOI 41.....	- 40 -
i) Ajustement d'ordonnance	- 42 -
ii) Prescription d'une analyse biologique en laboratoire	- 42 -
iii) Prolongation d'ordonnance médicale.....	- 44 -
iv) Substitution d'un médicament lors d'une rupture d'approvisionnement	- 44 -
v) Administration d'un médicament afin d'en démontrer l'usage approprié	- 45 -
vi) Prescription d'un médicament pour une condition mineure	- 45 -
vii) Prescription d'un médicament lorsqu'aucun diagnostic n'est requis.....	- 48 -
J. L'ORDRE DES PHARMACIENS DU QUEBEC (OPQ).....	- 49 -
K. ACTES PHARMACEUTIQUES ET REMUNERATIONS.....	- 50 -
L. CONCERNANT LES INFIRMIERS(ERES)	- 53 -
2. FORMATION UNIVERSITAIRE ET PROFESSIONNELLE DES PHARMACIENS.....	- 54 -
A. FORMATION INITIALE	- 54 -
i) Les études en Pharmacie	- 54 -
ii) Le pharmacien en établissement de santé	- 55 -
iii) Pharmacien en groupe de médecine de famille (GMF)	- 55 -
iv) Pharmacien en milieu non traditionnel.....	- 56 -

B.	FORMATION CONTINUE PROFESSIONNELLE.....	- 56 -
D.	INSPECTION PROFESSIONNELLE.....	- 58 -
E.	FOCUS SUR LA BIOLOGIE MEDICALE.....	- 59 -
3.	PERSPECTIVES ET EVOLUTION DE LA LEGISLATION	- 59 -
4.	CONSTAT PAR ETUDE DE TERRAIN.....	- 61 -
A.	ÉTUDE PATIENTS	- 61 -
i)	Matériel et méthodes	- 61 -
ii)	Résultats	- 62 -
B.	ÉTUDE PHARMACIENS.....	- 67 -
i)	Matériel et méthodes	- 67 -
ii)	Résultats	- 68 -
C.	DISCUSSION ET CONCLUSION COMMUNES	- 83 -
III.	MODELE FRANÇAIS	- 88 -
1.	CONTEXTE REGLEMENTAIRE DURANT LA CRISE SANITAIRE COVID-19	- 88 -
A.	ARRETES PENDANT LA CRISE SANITAIRE	- 88 -
i)	Arrêté du 14 mars 2020 portant diverses mesures relatives à la lutte contre la propagation du virus covid-19 – Chapitre 4 : Mesures concernant les pharmacies d’officine	- 89 -
ii)	Arrêté du 19 mars 2020 complétant l'arrêté du 14 mars 2020 portant diverses mesures relatives à la lutte contre la propagation du virus covid-19	- 89 -
iii)	Arrêté du 23 mars 2020 prescrivant les mesures d'organisation et de fonctionnement du système de santé nécessaires pour faire face à l'épidémie de covid-19 dans le cadre de l'état d'urgence sanitaire	- 91 -
iv)	Arrêté du 1er avril 2020 complétant l'arrêté du 23 mars 2020 prescrivant les mesures d'organisation et de fonctionnement du système de santé nécessaires pour faire face à l'épidémie de covid-19 dans le cadre de l'état d'urgence sanitaire.....	- 91 -
v)	Arrêté du 10 juillet 2020 prescrivant les mesures générales nécessaires pour faire face à l'épidémie de covid-19 dans les territoires sortis de l'état d'urgence sanitaire et dans ceux où il a été prorogé -	- 93 -
B.	MISE AU POINT SUR LES PRATIQUES DE PHARMACIE CLINIQUE AMBULATOIRE ISSUES DU CONTEXTE COVID-19 POUR CONTRIBUER A LA CONTINUTE DES SOINS DES PATIENTS (SFPC)	- 94 -
2.	TELESOIN PHARMACEUTIQUE (TP)	- 97 -
A.	TELECONSULTATION ASSISTEE PAR UN PHARMACIEN	- 97 -
B.	BILAN PARTAGE DE MEDICATION PAR TELESOIN.....	- 100 -
C.	ENTRETIENS PHARMACEUTIQUES PAR TELESOIN.....	- 102 -
3.	ÉTAT DES LIEUX DE LA PHARMACIE CLINIQUE FRANÇAISE ET PERSPECTIVES FUTURES..	- 102 -
A.	ENQUETE « OSER » (OFFRE DE SERVICES PHARMACEUTIQUES EN OFFICINE) DE LA SFPC.....	- 102 -
B.	FORCES ET FAIBLESSES, MENACES ET OPPORTUNITES AU DEVELOPPEMENT DE LA PHARMACIE CLINIQUE FRANÇAISE EN OFFICINE EN REGARD DU CONSTAT DE LA PRATIQUE DES SOINS PHARMACEUTIQUES QUEBECOIS.	- 104 -
C.	RESOLUTION DU CONSEIL DE L’EUROPE SUR LA MISE EN ŒUVRE DU SUIVI PHARMACEUTIQUE AU BENEFICE DES PATIENTS ET DES SERVICES DE SANTE	- 113 -
II.	CONCLUSION.....	- 115 -
	ANNEXE.....	- 118 -
	REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	- 123 -
	SERMENT DE GALIEN	- 126 -

TABLE DES FIGURES

Figure 1 - Monthly Prevalence Estimates of Illness in the Community and the Roles of Physicians, Hospitals, and University Medical Centers in the Provision of Medical Care. Data are for persons 16 years of age and older. Reprinted from the 1961 report by White et al. ⁵ - 22 -	
Figure 2 - Niveaux de soins et services pharmaceutiques requis pour répondre adéquatement aux besoins de la population, Ordre des pharmaciens du Québec, 2016 - 26 -	
Figure 3 - <i>Gestion du flux des patients dans le laboratoire</i> - 35 -	
Figure 4 - Durée de temps écoulée depuis la dernière prescription médicale - Prescription d'un médicament pour une condition mineure - Loi 41 : Guide d'exercice - Activités réservées aux pharmaciens ¹⁷ - 47 -	
Figure 5 - Évolution de la collaboration pharmacien-médecin suite à la mise en place de la Loi 41 80	
Figure 6 - Évolution de la collaboration pharmacien-infirmier(ère) suite à la mise en place de la Loi 41 80	
Figure 7 - Codage des ordonnances – formation des ATP (Pharmaprix®) - 118 -	
Figure 8 - Exemple d'une étiquette personnalisée (anonymisée) d'AVAMYS apposée sur la boîte d'origine (ici) ou le cas échéant sur la bouteille de déconditionnement. - 118 -	
Figure 9 - Exemple de petites étiquettes à apposer sur les bouteilles représentant des conseils à l'administration - 118 -	
Figure 10 - Exemple d'ordonnance "Loi 41" d'une prescription dans une condition mineure dans la pratique professionnelle pharmaceutique en routine - 119 -	
Figure 11 - Exemple d'algorithme d'aide à la décision ; ici cas d'une infection urinaire chez la femme - 120 -	
Figure 12 - Lettre du Président de l'Ordre des Pharmaciens du Québec à destination des pharmaciens pour introduire la mise en place des nouvelles activités de la Loi 41 - 121 -	
Figure 13 - Champ d'exercice des pharmaciens au Canada - Scope of practice in Canada- 122 -	

Liste des Abréviations

AFD : Association Française de Diabétologie
ANEPC : Association Nationale des Enseignants de Pharmacie Clinique
ANSM : Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé
APhA : The American Pharmacists Association
ATP : Assistant Technique en Pharmacie
BPM : Bilan Partagé de Médication
DSPT : Dossier de Suivi Pharmaco-Thérapeutique
DSQ : Dossier Santé Québec
ETP : Éducation Thérapeutique du Patient
HAS : Haute Autorité de Santé
HPST : (Loi) Hôpital-Patient-Santé-Territoire
IESS : Innovation E-Santé Sud
INR : International Normalized Ratio
IP : Intervention Pharmaceutique
IPS : Infirmière Praticienne Spécialisée
LGO : Logiciel de Gestion Officinale
OPQ : Ordre des Pharmaciens du Québec
OSER : Offre de SERVICES pharmaceutiques en officine
PACA : Provence-Alpes-Côte-D'azur
PUI : Pharmacie à Usage Intérieur
RAMQ : Régie de l'Assurance Maladie Québec
ROR : Répertoire Opérationnel des Ressources
SFPC : Société Française de Pharmacie Clinique
TP : Télésoin Pharmaceutique
TROD : Test Rapide d'Orientation Diagnostique

I. Introduction

1. Préambule et définitions

a. La Pharmacie clinique

Le terme *clinique*, provient étymologiquement du latin *clinicus* qui signifie « au lit du malade ». La Pharmacie clinique se détache donc de la Pharmacie « traditionnelle » en axant la prise en charge du patient dans sa globalité. Cette prise en charge s'effectue notamment à travers de nouvelles missions de santé publique, l'expertise du pharmacien vis-à-vis de la médication, et l'accompagnement du patient. La Société Française de Pharmacie Clinique (SFPC) définit en 2016 la Pharmacie clinique comme « une discipline de santé centrée sur le patient dont l'exercice a pour objectif d'optimiser la prise en charge thérapeutique, à chaque étape du parcours de soins. Pour cela, les actes de Pharmacie clinique contribuent à la sécurisation, la pertinence et à l'efficacité du recours aux produits de santé. Le pharmacien exerce en collaboration avec les autres professionnels impliqués, le patient et ses aidants¹». Elle est désormais une discipline et pratique pharmaceutique à part entière, dont le but est l'optimisation des choix thérapeutiques, formuler des interventions pharmaceutiques aux prescripteurs afin de réduire l'iatrogénie, et optimiser la dispensation (et l'administration) des médicaments aux patients. Elle permet une évolution du rôle classiquement connu du pharmacien, lui attribuant de nouvelles responsabilités, mais possède également une importance en termes de pharmacoeconomie, notamment par la réduction de l'iatrogénie permettant une économie des coûts engendrés par une hospitalisation suite à un événement lié aux traitements, mais également d'un point de vue de santé publique où la prévention permet, elle-aussi une réduction des risques et des coûts de santé.

Cependant, la Pharmacie clinique est d'un point de vue pratique différente en fonction des pays mais également des établissements de santé. Elle se développe et se renforce progressivement en France au fil du temps, et se voit accorder un cadre légal par l'inscription dans la loi de diverses nouvelles missions du pharmacien. Nous verrons que l'application de la Pharmacie clinique en France est très différente entre les divers établissements de santé, structures hospitalières ou pharmacies d'officine, et que comparativement à de nombreux pays, elle reste minoritaire dans la pratique pharmaceutique libérale quotidienne. D'ailleurs, le terme de « nouvelles missions du pharmacien » correspondant aux nouveaux actes de Pharmacie clinique en France, souligne par son adjectif le caractère innovant et récent de cette pratique,

par opposition à l'étranger où la pratique de Pharmacie clinique ou de soins pharmaceutiques est ancrée dans le système de santé depuis bien longtemps.

Le Québec, connu pour sa pratique de Pharmacie clinique souvent considérée comme un modèle avant-gardiste en la matière, est souvent porté en comparaison en France, notamment par ses racines historiques, linguistiques et culturelles communes avec la France. Cette thèse sera centralisée sur le modèle québécois et sa comparaison au système français, système qui sera décortiqué pour appréhender le futur possible de la pratique française. La comparaison s'effectuera par la description d'un constat à un temps t de chacun des 2 systèmes ; la discussion de cette thèse sera d'envisager les différentes pistes futures de la pratique de la Pharmacie clinique française.

A ce jour, il existe plusieurs sociétés savantes spécialisées dans la Pharmacie clinique. Nous retiendrons principalement :

- La Société Française de Pharmacie Clinique (SFPC)
- L'*European Society of Clinical Pharmacy* (ESCP)
- L'*American College of Clinical Pharmacy* (ACCP)

Ces dernières permettent de concevoir des consensus dans la pratique de pharmacie clinique et élaborent à travers des outils de recherche scientifique la pratique pharmaceutique de demain, notamment par des évaluations de diverses pratiques innovantes. Cette thèse se basera principalement sur les recommandations de la SFPC.

b. Les trois niveaux de soin

i) Les soins primaires

L'OMS définit les soins primaires en 1978 sur un fond de justice sociale, d'équité et d'accès aux soins. Elle englobe dans cette définition une approche de la santé *personnalisée* à chaque individu en prenant en compte des déterminants de la santé larges tel que « le bien être et la santé physique, mentale et sociale, considérés dans leur ensemble et de manière interdépendante²». Les soins primaires doivent pouvoir être dispensés tout au long de la vie de chaque individu et non pas à chaque événement morbide. L'OMS rappelle par ailleurs que la notion de soin primaire repose sur « le droit fondamental d'atteindre le meilleur état de santé, comme le rappelle l'article 25 de la Déclaration universelle des droits de l'homme : «Toute personne a droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé, son bien-être et ceux de sa

famille, notamment pour l'alimentation, l'habillement, le logement, les soins médicaux ainsi que pour les services sociaux nécessaires [...]» ».

Elle redéfinit donc le concept de soins primaires sur trois composantes :

- « veiller à ce que les personnes puissent bénéficier, pour leurs problèmes de santé, de services complets de promotion, de protection, de prévention, de soins curatifs, de réadaptation et de soins palliatifs tout au long de leur vie, et donner la priorité stratégique aux services de santé pour les individus et les familles à travers les soins de santé primaires et la population à travers la santé publique, en tant qu'éléments essentiels permettant de fournir des services de santé;
- prendre systématiquement en compte les déterminants plus larges de la santé (y compris les déterminants sociaux, économiques, environnementaux ainsi que les caractéristiques et les comportements des personnes) grâce à des politiques publiques et des mesures fondées sur des données factuelles, à travers tous les secteurs; et
- doter les individus, les familles et les communautés de moyens pour améliorer leur santé, afin qu'ils se placent en défenseurs des politiques de promotion et de protection de la santé et du bien-être, qu'ils participent à la mise en place des services de santé et des services sociaux, et qu'ils puissent s'auto-administrer des soins et en prodiguer aux autres ».

L'organisation des soins primaires est différente en fonction des pays. Elle est, en France, en pleine réorganisation. L'Institut de Recherche et Documentation en Économie de la Santé (IRDES) a recensé et analysé les différents systèmes d'organisation des soins primaires dans plusieurs pays développés (Allemagne, Canada, Catalogne, Finlande, Nouvelle-Zélande, Pays-Bas, Royaume-Unis et Suède) en 2009. Selon des caractéristiques conceptuelles, législatives, systématiques et organisationnelles, l'IRDES a regroupé ces pays en trois modèles d'organisation en soins primaires³:

- modèle normatif hiérarchisé : système organisé autour des soins primaires et régulés par l'État (Catalogne, Finlande, Suède).

Dans ce modèle les soins primaires sont inscrits dans la loi (de manière plus ou moins détaillée). Dans ce modèle, les offres de soin sont imposées sous forme de quota de

population (par exemple un pédiatre pour 1250 à 1500 habitants de moins de 14 ans en Catalogne, ou 1500 à 2000 patients maximum pour 1 médecin en Finlande) et ce sont les autorités décentralisées de l'État (région, comté, commune...) qui sont responsables de cette offre de soin, et qui les finance (notamment par leur gestion de taxes locales). Il existe néanmoins une cohésion nationale avec une participation financière de l'État. Ce modèle repose également sur un système de soin national, le financement étant public (majoritairement par les impôts) et desservi par des péréquations nationales au prorata de la population desservie. De plus, les établissements de santé publics constituent en général l'organisation basale des soins primaires et sont en général constitués de médecins généralistes et de professionnels paramédicaux, avec des coopérations interprofessionnelles nombreuses et un rôle des infirmiers très important. Les médecins spécialistes sont quant à eux en exercice plutôt hospitalier. Ces centres de santé publics sont différents d'un pays à un autre.

- Modèle professionnel hiérarchisé : le médecin généraliste est pivot du système (Royaume-Unis, Pays-Bas, Australie, Nouvelle-Zélande).

Ce modèle ne propose pas de définition ou de modèle complet en soins primaires. Dans les pays qui constituent ce modèle, le médecin généraliste est essentiel par son rôle pivot du système de soin. Ces pays disposent tous d'un système de santé solidaire universel devant la maladie. Ces systèmes sont financés de manière différente d'un pays à un autre. Les médecins spécialistes exercent pour la plupart à l'hôpital (sauf Australie) en tant que salariés. Dans ce modèle les soins primaires sont directement liés à la médecine générale et s'organisent autour de la dynamique professionnelle. Il n'y a pas de base normative et réglementaire sur les missions des structures de soin et les tâches de chaque professionnel : ce sont les instances académiques et professionnelles qui détaillent des référentiels d'activité et de formation correspondant au contenu global de chaque métier, qui définissent implicitement les services rendus à la population. Cependant ces pays (Royaume Unis, Australie et Nouvelle-Zélande) ont mis en œuvre un projet explicite global de soins primaires fondés sur une approche populationnelle et hiérarchisée. Les médecins généralistes exercent pour la plupart en groupe, et sont responsables de la régulation de l'accès aux soins spécialisés principalement hospitaliers (forme de parcours de soin français) ce qui implante le médecin généraliste comme principal organisateur des soins primaires. Puis leur fonction a évolué vers

davantage de prévention et de coordination de soins dans une logique populationnelle en lien avec le regroupement des médecins en cabinet pluri-professionnel. De plus, les réformes économiques ont renforcé leurs responsabilités budgétaires en leur confiant des fonctions de gestion de ressources : les ressources ont été décentralisées vers des instances de régulation associant des professionnels de santé de l'échelon supérieur à celui de cabinet (*Primary Care Trust* au Royaume-Unis, *Independent Practice Associations* en Nouvelle-Zélande). Pour l'Australie et les Pays-Bas, les échelons d'organisation médicale territoriaux visent principalement à mutualiser des ressources pour la formation continue, les programmes de promotion de la santé, d'éducation thérapeutique, et d'information en santé (*Divisions of General Practice*). Les pays de ce modèle ont également une variété de rémunération et de contractualisation, permettant l'enregistrement de la population auprès des médecins généralistes, mais également de systèmes de paiement à la performance et de soutien financier au développement de la pratique en équipe de soins, en adéquation avec le développement du rôle d'infirmier.

- Modèle professionnel non-hiérarchisé : organisation des soins primaires à l'initiative des acteurs (Allemagne, Canada).

Dans ce modèle, il n'y a pas de projet global explicite des soins primaires ni d'organisation populationnelle et territoriale des soins ambulatoires (notamment à l'hôpital). Le système de financement collectif des dépenses de santé coexiste avec une offre de soin particulièrement privée. Il existe une offre de soin spécialisée en ambulatoire avec un accès direct possible par les patients (sans passage chez le médecin généraliste comme dans le modèle précédent), parfois majoré d'une pénalité financière ; il existe également une pratique individuelle dominante de la médecine générale et une coexistence de modes contrastés d'organisation des soins primaires avec une médecine libérale majoritaire, payée à l'acte, et des centres de santé minoritaires orientés vers les populations défavorisées. L'offre de soins primaires comprend les soins ambulatoires de manière générale (soins généralistes et spécialistes). « Si l'organisation des soins ambulatoires répond aux enjeux des soins primaires (accessibilité, proximité, permanence, prévention...) elle ne s'est pas construite autour de ces objectifs. Dans ces pays, les tentatives de structuration des soins primaires restent à l'état d'expérimentation avec des difficultés à mettre les soins primaires au cœur du système de soin.

Cependant, les réformes des années 90 et 2000 ont permis dans ces différents modèles de :

1. Renforcer la décentralisation territoriale et financière ;
2. Permis une approche plus coordonnée des soins avec des regroupements de professionnels de santé ;
3. Mais également ont permis une évolution des modes de rémunération (modes mixtes) et une plus grande coopération des professionnels de santé (comme les Groupes de Médecins de Famille (GMF) au Québec permettant de dispenser des soins de première ligne 24h sur 24 à des patients inscrits).

Il est important de noter que cet article, sorti en 2009, n'est plus forcément actualisé dans l'ensemble des pays. Par exemple, le pharmacien communautaire au Québec (équivalent du pharmacien d'officine français) est un acteur essentiel des soins primaires par de nouveaux rôles qui n'existaient pas à l'époque de la rédaction de l'article de l'IRDES (notamment les nouveaux rôles permis par la Loi 41). J'y reviendrai plus tard, sur la partie concernant l'état des lieux au Québec.

L'article de l'IRDES classe la France dans un « modèle professionnel non hiérarchisé qui tend au vu des réformes de l'époque à se rapprocher des deux autres modèles de soins primaires ». Je détaillerai davantage le constat du système français dans la partie correspondante, néanmoins, le système français est en pleine restructuration depuis quelques années (déjà présente en 2009 avec la loi HPST (Hôpital Patient Santé Territoire)), et renforcée depuis la crise du Covid-19.

Gérard de Pouvourville^A décrit les soins primaires français en 2009 de cette manière : « Les soins primaires, ou de premier recours, regroupent des services à faible intensité technologique ; ils sont délivrés à des patients souffrant de problèmes de santé non invalidants, de pronostic *a priori* favorable, dans un contexte ambulatoire. Le patient peut utiliser ces services sans recourir à l'hébergement. Ils sont dits de premier recours car ils constituent le point d'entrée dans les services de santé d'un pays. La première fonction de ces services est donc d'assurer des soins pour les problèmes de santé les plus courants, sans hébergement. Ces problèmes de santé

^A Professeur à l'École supérieure des sciences économiques et commerciales (ESSEC) titulaire de la chaire Essec Santé

peuvent être mineurs et ponctuels, comme le diagnostic et le traitement d'une angine, ou correspondre à une maladie chronique plus grave mais pas invalidante, comme le diabète de type 2. La spécialité médicale dominante en soins primaires est la médecine générale, assistée de professions paramédicales exerçant sur délégation du médecin : infirmières, aides-soignantes intervenant au domicile du patient, kinésithérapeutes. Les services d'urgence, hospitaliers ou maisons de garde, font également partie de l'offre de soins de premier recours. D'autres professionnels de santé non-médecins offrent aussi des services de soins primaires : les dentistes, les pharmaciens. La deuxième fonction attribuée aux services de soins primaires, notamment à la médecine générale, est l'orientation du patient vers des soins plus spécialisés. Cette fonction d'orientation du patient est essentielle dans l'économie d'un système de soins. En effet, ces services mobilisent principalement des ressources humaines et n'ont pas besoin d'une infrastructure lourde pour prodiguer des soins : c'est le niveau de soins dont les coûts unitaires sont les plus faibles. Ce n'est qu'en cas de problème grave ou très spécifique que les patients auront besoin de recourir aux deux autres niveaux⁴. ».

Nous pourrions souligner que le pharmacien est effectivement un acteur des soins primaires, déjà cité en 2009, et dont la place se maintient et se justifie de plus en plus au fur et à mesure des réformes de santé. Nous développerons davantage ceci dans la partie traitant le constat français.

ii) soins secondaires & tertiaires

Les soins secondaires et tertiaires diffèrent des soins primaires par leur accessibilité (qui n'est pas toujours vraie) et leur degré de spécialisation (toujours vrai). En règle générale, des soins secondaires diffèrent des soins primaires car ils nécessitent une consultation spécialisée, souvent dispensée à l'hôpital. Sur ce point, ce n'est pas une généralisation car en France il est facile de consulter un médecin spécialiste en médecine de ville. Ce qui différenciera entre les soins secondaires et tertiaires sera le degré de spécialisation, souvent corrélé aux techniques et outils nécessaires à leur usage (souvent chers, et disponibles uniquement à l'hôpital) ou nécessitant une durée de séjour d'hospitalisation plus longue.

Une étude de Kerr L. White, Williams & Greenberg de 1961 (*The Ecology of Medical Care*), réactualisée en 1996 et 2001 avec des résultats similaires, démontre que la fréquence d'utilisation de chaque niveau de soin va en diminuant avec le degré de spécialisation. Ainsi, comme l'explique Gérard de Poupourville, White et son équipe en utilisant diverses sources,

ont « estimé pour les États-Unis et la Grande-Bretagne que dans une population de 1 000 habitants, 750 signalaient une maladie, 250 consultaient un médecin, 9 étaient hospitalisés, 5 dirigés vers un autre médecin et 1 hospitalisé dans un centre universitaire.». « Les résultats initiaux de White avaient été présentés sous la forme de carrés emboîtés qui ont contribué à diffuser l'argument selon lequel les soins de santé primaires devaient être une priorité en matière d'organisation des soins. »

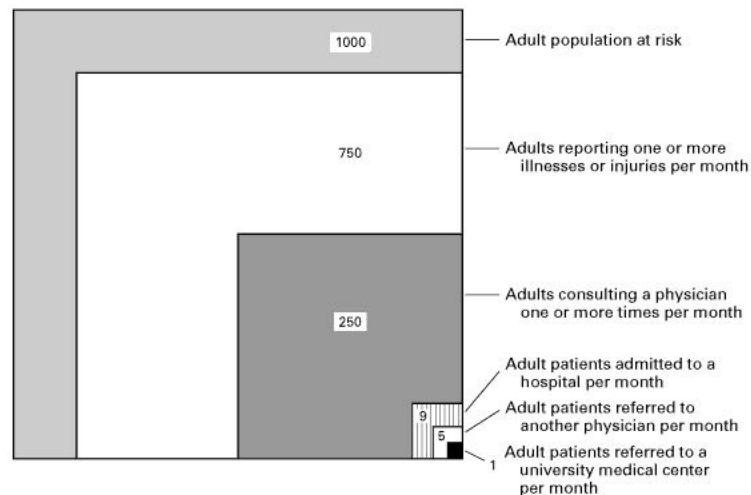


Figure 1 - Monthly Prevalence Estimates of Illness in the Community and the Roles of Physicians, Hospitals, and University Medical Centers in the Provision of Medical Care. Data are for persons 16 years of age and older. Reprinted from the 1961 report by White et al.⁵

c. Soins pharmaceutiques & Pharmacie clinique

Il est important de noter que le terme de « pharmacie clinique » n'est pas utilisé dans tous les pays. Ainsi, en France nous faisons une distinction entre « Pharmacie clinique » et « soins pharmaceutiques ». Ce n'est pas le cas au Québec, où ils ne parlent que de soins pharmaceutiques.

La Pharmacie clinique englobe plusieurs termes correspondant à différents actes et pratiques qui seront détaillés plus loin, comme c'est le cas de l'analyse pharmaceutique de l'ordonnance (qui reste un des actes fondamentaux de la pratique pharmaceutique française à ce jour). Cependant, la SFPC explique que « depuis les 15 dernières années, l'exercice se développe de plus en plus, à l'instar des « soins pharmaceutiques » nord- américains, vers un modèle global¹. Bond et al.⁶ décrivent un modèle étasunien comprenant des activités centralisées de Pharmacie clinique, essentiellement axées sur la gestion de l'information, sur les produits de santé et des

services décentralisés, en relation directe avec le patient au sein d'une unité de soins. La synthèse des études produites par ces auteurs révèle que les activités qui impactent le plus, à la fois en termes de coûts⁷, de diminution des effets indésirables⁸, et de réduction de la mortalité hospitalière⁹ sont des services décentralisés (à savoir l'historique médicamenteux à l'admission, la participation aux visites des médecins, le management des protocoles thérapeutiques et la gestion des effets indésirables) ».

La notion de *soins pharmaceutiques*, comme nous le verrons plus loin dans la partie consacrée aux rappels historiques, apparaît dans les années 1990. Aujourd'hui, l'Ordre des Pharmaciens du Québec (OPQ) définit les soins pharmaceutiques comme l'« ensemble des actes et services que le pharmacien doit procurer à un patient, afin d'améliorer sa qualité de vie par l'atteinte d'objectifs pharmacothérapeutiques de nature préventive, curative, palliative ». De plus, l'OPQ met cette définition en contexte de la manière suivante : « les soins pharmaceutiques réfèrent à la réalisation d'un processus comprenant une évaluation, l'établissement d'un plan intégrant les objectifs convenus avec le patient et le suivi de ce plan. Ils sont prodigués dans le cadre de la relation patient-pharmacien. Dans ce cadre, le pharmacien assume la responsabilité de la réponse aux besoins du patient et il est imputable de cet engagement envers le patient. ».¹⁰

Ainsi, l'OPQ identifie des paramètres pouvant faire varier le niveau de soins pharmaceutiques : « Pour chacun des soins requis, par exemple surveiller la thérapie médicamenteuse, il est impossible d'associer le soin à un niveau défini (primaire, secondaire ou tertiaire) sans évoquer des paramètres permettant de qualifier le contexte de ce soin. Autrement dit, la surveillance de la thérapie médicamenteuse est requise autant en milieu ambulatoire, auprès de patients souffrant de problèmes de santé chroniques relativement connus et simples (niveau primaire) qu'auprès de patients hospitalisés prenant des thérapies complexes et aux prises avec des problèmes de santé rares ou urgents (niveau tertiaire). Dans les deux cas, le soin est requis mais avec un déploiement de ressources et d'expertises différentes selon le niveau. ». L'OPQ qualifie ces paramètres variants, la *complexité* du soin. On parle donc :

- Pour des soins primaires, de soins pharmaceutiques *de complexité limitée* (de manière générale : pratiques cliniques préventives, activités de promotion de la santé, soins courant en pharmacie (compétences générales ou plateau technique simple))
- Pour des soins secondaires, de soins pharmaceutiques *complexes* (de manière générale : soins ne pouvant être rendus par un pharmacien prestataire de soins primaires (compétences spécifiques, spécialisées ou plateau technique spécialisé))

- Pour des soins tertiaires, de soins pharmaceutiques *très complexes* (de manière générale : soins ne pouvant être rendus par les pharmaciens prestataires de soins primaires ou secondaires (connaissances requises avancées ou plateau technique de pointe))

Le Conseil de l'Europe, à travers son document de 2012 « *Pharmaceutical Care : Policies and Practices for a Safer, More Responsible, and Cost-effective Health System* »¹¹ (Soins pharmaceutiques : politiques et pratiques pour un système de santé plus sûr, plus responsable et rentable), définit le soin pharmaceutique comme la disposition conforme d'une thérapie médicamenteuse dans le but d'obtenir des résultats précis qui améliorent la qualité de vie du patient. Ces résultats doivent permettre de guérir une maladie, éliminer ou réduire la symptomatologie d'un patient, arrêter ou ralentissent un processus pathologique, ou préviennent une maladie ou une symptomatologie. Les soins pharmaceutiques impliquent le processus par lequel un pharmacien coopère avec un patient et d'autres professionnels pour concevoir, mettre en œuvre et surveiller un plan thérapeutique qui produira des résultats thérapeutiques spécifiques pour le patient. Ceci implique :

- Identifier les problèmes potentiels et avérés liés au médicament
- Résoudre les problèmes actuels liés au médicament
- Prévenir les problèmes liés au médicament.

Le Conseil de l'Europe rajoute que le soin pharmaceutique est un élément nécessaire des soins, et devrait être intégré à d'autres éléments. Les soins pharmaceutiques sont fournis au bénéfice direct du patient. Le pharmacien est directement responsable envers le patient de la qualité de ces soins. La relation fondamentale dans les soins pharmaceutiques est un échange mutuel bénéfique, dans lequel le patient accorde l'autorité au prestataire et le prestataire fournit des compétences et s'engage, accepte la responsabilité.

Les objectifs, processus et relations fondamentaux des soins pharmaceutiques existent, quel que soit le milieu de pratique.

Selon la définition de la Pharmacie clinique de la SFPC (2016), « La pharmacie clinique est une discipline de santé centrée sur le patient dont l'exercice a pour objectif d'optimiser la prise en charge thérapeutique à chaque étape du parcours de soins. Pour cela, les actes de pharmacie clinique contribuent à la sécurisation, la pertinence et à l'efficacité du recours aux produits de santé. Le pharmacien exerce en collaboration avec les autres professionnels impliqués, le patient et ses aidants»¹.

D'après l'œuvre « Pharmacie Clinique et Thérapeutique » (3^{ème} édition) de l'ANEPC (Association Nationale des Enseignants de Pharmacie Clinique) en 2008 : « Cette prise en charge globale est appelée « *Pharmaceutical Care* » chez nos collègues des États-Unis et « soins pharmaceutiques » chez nos collègues québécois », « Le *pharmaceutical care* qui consiste à centrer l'action sur le patient et non pas sur le produit ne peut s'appuyer que sur une formation en pharmacie clinique performante », « ainsi, il semble logique de considérer les soins pharmaceutiques comme un continuum de la Pharmacie clinique », « Hepler (2004) réaffirmait que la Pharmacie clinique et les soins pharmaceutiques poursuivent les mêmes buts, en utilisant un vocabulaire différent ». ¹²

On retrouve donc des définitions (Pharmacie clinique par la SFPC, soins pharmaceutiques par l'OPQ et le Conseil de l'Europe) différentes mais qui se regroupent également :

- l'OPQ insiste sur les « objectifs pharmacothérapeutiques » ; la SFPC sur l'« optimisation de la thérapie » ; le Conseil de l'Europe sur des « résultats précis qui améliorent la qualité de vie du patient ».
- la définition québécoise n'intègre pas du tout la notion d'interprofessionnalité, à la différence de la SFPC qui parle de « collaboration avec les autres professionnels de santé, le patient et ses aidants » et du Conseil de l'Europe : « le pharmacien coopère avec un patient et d'autres professionnels »
- les trois définitions placent le patient au cœur de la prise en charge
- l'OPQ (et nous le développeront plus tard) intègre la notion de *responsabilité* en tant qu'obligation de résultats : « le pharmacien assume la responsabilité de la réponse aux besoins du patient et il est imputable de cet engagement envers le patient¹⁰ ». Cette notion de responsabilité, a permis l'émergence des soins pharmaceutiques au Québec. Le Conseil de l'Europe intègre également cette notion par l'obtention « de résultats précis », et d'engagement ainsi que d'acceptation de responsabilité.

d. Services pharmaceutiques

L'OPQ définit également les services pharmaceutiques comme « toute activité pharmaceutique de support requise par un pharmacien pour résoudre un problème ou combler un besoin relié à la pharmacothérapie d'un patient », ce qui signifie plus précisément dans une

mise en contexte que les services pharmaceutiques « peuvent être rendus dans le cadre de la relation patient-pharmacien ou pour répondre indirectement aux besoins des patients. Les services pharmaceutiques réfèrent à toute activité autre que les soins effectués par un pharmacien ou une personne sous sa responsabilité. Il peut s’agir d’activités liées au circuit du médicament ou d’activités en soutien à d’autres professionnels, à des organisations de soins ou autres instances gouvernementales ». ¹⁰

Les notions de soin et de service pharmaceutiques sont donc bien distinctes dans la nomenclature québécoise. Cependant, ils utiliseront 3 niveaux de services pharmaceutiques en adéquation avec les 3 niveaux de soin (comme pour les soins pharmaceutiques) :

- Service pharmaceutique de *complexité limitée* (niveau de soins primaires)
- Service pharmaceutique *complexe* (niveau de soins secondaires)
- Service pharmaceutique *très complexe* (niveau de soins tertiaires)

Tableau 2 : Paramètres décrivant la complexité des services pharmaceutiques requis		
Service de complexité limitée	Service complexe	Service très complexe
Paramètres relatifs au service		
Services en soutien à une administration dont la complexité est limitée. Une expertise professionnelle n'est pas requise pour l'administration et nécessite la présence d'un plateau technique simple.	Services en soutien à une administration complexe nécessitant un plateau technique spécialisé ou une expertise professionnelle.	Services en soutien à une administration très complexe nécessitant des expertises et un plateau technique de pointe.
Services comportant peu de risques de défaillance notamment en raison du peu d'étapes, du niveau élevé de standardisation du service, du faible nombre d'intervenants impliqués ou de la facilité de détection des défaillances potentielles.	Services comportant certains risques de défaillance notamment en raison du nombre d'étapes, du niveau de standardisation, du nombre d'intervenants impliqués ou de la capacité de détection des défaillances potentielles.	Services comportant plusieurs risques de défaillance notamment en raison du nombre élevé d'étapes, du peu de standardisation, du nombre élevé d'intervenants impliqués ou de la difficulté de détection des défaillances potentielles.
Paramètres relatifs aux compétences mobilisées		
Services nécessitant des compétences fondamentales.	Services nécessitant des compétences spécifiques ou spécialisées.	Services nécessitant des compétences spécifiques et spécialisées.
Paramètres relatifs à la disponibilité et la complexité du plateau technique		
Services nécessitant un plateau technique simple.	Services nécessitant un plateau technique spécialisé.	Services nécessitant un plateau technique de pointe.

Figure 2 - Niveaux de soins et services pharmaceutiques requis pour répondre adéquatement aux besoins de la population, Ordre des pharmaciens du Québec, 2016

2. Rappels historiques sur l'avènement de la Pharmacie clinique

La Pharmacie a considérablement évolué ces dernières décennies. Partant d'une

pratique d'apothicaire, dont la mission principale était la préparation, l'administration et le bon usage de principes actifs – d'abord majoritairement végétaux puis touchant aux deux autres règnes (minéral puis animal) – en passant par la préparation à partir de substances raffinées et chimiques depuis la conception de médicaments fabriqués par processus industriels, le pharmacien a surtout consacré son activité à la délivrance de médicaments, se tournant au fur et à mesure vers une vraie activité de dispensation médicamenteuse où la délivrance est associée à un acte intellectuel (notamment l'analyse de l'ordonnance et du contexte de la prescription...) et à la transmission de conseils de bon usage du médicament aux patients, de prises de données de santé du patient dans le but que le médicament prescrit soit le plus sécuritaire et efficace possible. Cette transformation de la pratique pharmaceutique est donc corrélée à une évolution des procédés de fabrication, mais également de l'évolution de la société au fil du temps, dont les besoins, les modes de vie et les attentes en terme de santé ne sont plus les mêmes qu'autrefois.

La Pharmacie clinique est un concept qui est défini dans la littérature scientifique internationale depuis les années 1970. Tout d'abord en 1968¹³ sous forme de "plan de soin" défini comme "un plan de soins médicaux ou infirmiers, généralement sous forme écrite, rédigé pour un patient en particulier" qui n'était par ailleurs pas destiné en premier temps aux pharmaciens. Cependant, dès 1972, Cradock *et al.* décrivent « la pertinence pour un pharmacien de documenter des aspects cliniques de l'état de santé du patient », ce qui aboutit en 1973 par le concept de « plan de soins du pharmacien » par Bennett *et al.* Il faudra tout de même attendre les années 1990 pour retrouver dans la littérature scientifique les termes de « plan de soins pharmaceutiques », termes principalement utilisés aux États-Unis et au Canada : en 1994 le concept de plans de soins pharmaceutiques est intégré aux normes d'agrément des hôpitaux par la *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations*.

En 1989 et 1990, Charles D. Hepler et Linda M. Strand¹⁴ expliquent que le pharmacien « a perdu son rôle d'apothicaire, mais n'a pas encore retrouvé son importance dans les soins médicaux ». Ils parlent déjà d' « opportunité de la pharmacie de devenir une profession en acceptant sa responsabilité sociale de réduire la morbidité et la mortalité évitables liées aux médicaments ». L'interprofessionalité y est déjà évoquée par l'importance des pharmaciens d' « (...) adopter les soins pharmaceutiques centrés sur le patient comme philosophie de pratique. (...) Changer l'orientation de la pratique des produits et des systèmes biologiques pour assurer la meilleure pharmacothérapie et la sécurité des patients augmentera le niveau de responsabilité

de la pharmacie et exigera des changements philosophiques, organisationnels et fonctionnels. Il sera nécessaire d'établir de nouvelles normes de pratique, d'établir des relations de coopération avec d'autres professions de la santé et de déterminer des stratégies de commercialisation des soins pharmaceutiques. La reprofessionnalisation de la pharmacie ne sera achevée que lorsque tous les pharmaciens auront accepté leur mandat social d'assurer la pharmacothérapie sûre et efficace de chaque patient. ». Ce sont d'ailleurs Charles D. Hepler et Linda M. Strand qui proposent une première définition du soin pharmaceutique, qui sera par la suite utilisée comme référence notamment par l'APhA (*The American Pharmacists Association*), le Conseil de l'Europe dont la définition a été donnée précédemment.

Pendant ce temps, en France, la Pharmacie Clinique reste un terme et une pratique peu utilisés, intégrés dans quelques hôpitaux uniquement dans un cadre d'enseignement, comme ce fût le cas à l'Hôpital Robert Debré à Paris durant les années 1990.

C'est au cours des années 2000 que la Pharmacie clinique au sens large, et particulièrement les soins pharmaceutiques commencent à se développer sur plusieurs continents.

En 2008¹¹, le Comité européen sur les produits pharmaceutiques et les soins pharmaceutiques (CD-P-PH en anglais) (organe de pilotage) coordonné par la Direction européenne de la qualité du médicament et des soins de santé (DEQM, EDQM en anglais), service du Conseil de l'Europe, a commandé une enquête sur les concepts clés des soins pharmaceutiques et les indicateurs de performance utilisés pour évaluer la qualité des soins pharmaceutiques et des services pharmaceutiques en Europe. Les résultats de ce rapport démontrent les preuves des bénéfices des soins pharmaceutiques, à travers plusieurs études dans plusieurs pays (pas forcément européens) sur plusieurs indicateurs tels que :

- Les prescriptions inappropriées et non-sécurisée
- La mauvaise observance
- L'information médicale et pharmaceutique au patient
- Les effets indésirables et l'iatrogénie dans la pratique générale
- Les soins pharmaceutiques dans les services hospitaliers
- Les soins pharmaceutiques en pharmacie d'officine et en ambulatoire sur la qualité de vie du patient
- Les soins pharmaceutiques dans la gestion des traitements antibiotiques
- Utilisation responsable et raisonnée des médicaments

Les conclusions de ce rapport ont ensuite été émises aux différents ministres de la santé des pays membres du Conseil de l'Europe.

En 2009, la loi « Hôpital, Patients, Santé, et Territoires » (HPST) précise les contours de l'exercice pharmaceutique en introduisant la notion de pharmacien correspondant (article 38)¹⁵ et d'éducation thérapeutique. Les avenants signés entre les représentants syndicaux de la profession et l'Assurance Maladie, précisent les « nouvelles missions » confiées au pharmacien. Dans les deux cas, il s'agit essentiellement de missions de Pharmacie clinique et tournées vers le patient. Cette première toute nouvelle loi autorise des activités de pharmacie clinique sans pour autant les nommer ainsi. Cette loi sera développée plus loin dans la partie consacrée à l'état des lieux français, néanmoins, ces nouvelles missions de service public sont tournées vers des actions de prévention, de dépistage, de conseils personnalisés, d'entretiens et d'éducation thérapeutique du patient, le pharmacien peut acquérir un rôle de « pharmacien correspondant d'équipe de soins » et bien d'autres.

En 2016, la Pharmacie clinique à l'hôpital est officiellement définie dans la législature française pour la première fois par l'ordonnance n° 2016- 1729 du 15 décembre 2016 relative aux pharmacies à usage intérieur (PUI) des établissements de santé. Cette ordonnance crée l'article L.5126-1 du Code de la santé publique (CSP) qui autorise notamment les PUI à ¹⁶:

- Mener toute action de pharmacie clinique, à savoir de contribuer à la sécurisation, à la pertinence et à l'efficacité du recours aux produits de santé [...] et de concourir à la qualité des soins, en collaboration avec les autres membres de l'équipe de soins [...], en y associant le patient
- Entreprendre toute action d'information aux patients et aux professionnels de santé sur les produits de santé [...], ainsi que toute action de promotion et d'évaluation de leur bon usage, et de concourir à la pharmacovigilance, à la matériovigilance, et à la politique du médicament et des dispositifs médicaux » .

Le décret sur les PUI a acté le développement de la pharmacie clinique, promue par la SFPC depuis plus de 20 ans, et permis d'accélérer son déploiement dans les services hospitaliers, et concerne une part de plus en plus importante dans l'activité pharmaceutique hospitalière. Grâce à ces nouvelles lois, la pharmacie clinique s'est très développée à l'hôpital, et concerne une part prépondérante de l'activité pharmaceutique hospitalière.

Progressivement depuis 2009 en France, les URPS (Union Régionale des Professionnels de Santé) telle que l'URPS PACA (Provence-Alpes-Côte d'Azur) souvent en collaboration avec des pharmaciens cliniciens hospitaliers et universitaires, accompagnent des pharmaciens officinaux, soutenus par leurs instances publiques et en collaboration avec elles (Ordre National des Pharmaciens en collaboration avec la SFPC, Agences Régionales de Santé, syndicats...) pour contribuer à l'émergence de nouvelles missions du pharmacien. Certaines missions autorisées à titre expérimental, avec le développement de protocoles de coopération par exemple, seront très dépendantes d'un territoire et difficilement applicables à une échelle territoriale plus importante. Cependant, à travers des activités de recherche et de preuve d'efficacité, certaines missions peuvent par la suite être inscrites dans la législation et se généraliser à l'ensemble du pays ; c'est notamment par cette méthode que la vaccination antigrippale a été autorisée et généralisée aux pharmaciens officinaux.

La Pharmacie clinique en pleine émergence en France ces dernières années, a progressivement vocation en dehors de ses activités directes avec le patient, à une collaboration interprofessionnelle et à un fort lien entre l'hôpital et l'ambulatoire de ville, toujours dans l'optique de dispenser au patient des soins de meilleure qualité et personnalisés (permettant conjointement le développement de la médecine personnalisée). Pour autant, ce type de collaboration interprofessionnelle et de lien ville-hôpital n'est pas unique au système français : encore en plein développement en France, ce modèle existe depuis de nombreuses années dans d'autres pays malgré des différences propres aux différents types de systèmes de santé, comme c'est le cas notamment au Québec, territoire sur lequel porte cette étude.

3. Transition rédactionnelle

Durant ma dernière année d'études en Pharmacie, j'ai décidé de scinder mon stage de pratique professionnelle de 6^{ème} année en deux. Ainsi, il m'a été autorisé de pratiquer mon stage durant trois mois dans une pharmacie communautaire de Montréal au Québec, puis les trois derniers mois restants dans une officine française. Cette expérience québécoise m'a permis, d'observer, de comprendre en profondeur la pratique des soins pharmaceutiques au quotidien, mais également de récupérer des données locales dans le but de l'élaboration de cette thèse, à travers deux questionnaires : un questionnaire destiné aux pharmaciens québécois, et un questionnaire destiné aux patients. Mon maître de stage étant un pharmacien diplômé en France, expatrié depuis plusieurs années à Montréal, récemment chargé de cours à la faculté de

Pharmacie, j'ai également eu le privilège de passer une journée à la Faculté de Pharmacie de l'Université de Montréal à travers des sessions de travaux dirigés, afin d'observer au cœur la formation des étudiants en Pharmacie. Mon maître de stage étant également membre du conseil de discipline de l'OPQ, j'ai également eu une bonne idée de l'aspect règlementaire de la pratique québécoise. Cet ensemble m'a permis d'appréhender succinctement, mais intensément et de manière objective, la pratique pharmaceutique québécoise. Cette expérience a néanmoins été raccourcie de 15 jours à cause de l'épidémie de Covid-19, dont mon départ a été anticipé à des fins de sécurité sanitaire et de rapatriement.

Ma seconde partie de stage, en France, s'est déroulée dans l'officine de ma directrice de thèse, qui est une officine ouvertement tournée vers les nouvelles missions dont les deux titulaires ont été précurseurs dans le domaine. Ce second trimestre de stage, débutant en plein confinement et crise de Covid-19, a été également très formateur. De plus, l'épidémie nous a permis (et nous le verrons plus tard), de développer la téléconsultation et le télésoin pharmaceutique au sein de l'officine.

II. Modèle québécois

1. Etat des lieux : la Pharmacie communautaire québécoise

Tout d'abord, d'un point de vue syntaxique, le terme *officinal* n'est pas utilisé au Québec. L'officine est appelée *Pharmacie communautaire*. Cependant le concept est le même. La Pharmacie ambulatoire et en établissements en santé (comprendre *hospitalière*) sont distinctes, tant d'un point de vue structurel et organisationnel, que d'un point de vue des activités quotidiennes et de la clientèle concernée. La formation, également différente selon la pharmacie communautaire ou hospitalière, sera développée dans la section suivante. On ne parle également pas de *titulaire d'une officine*, mais de *propriétaire de pharmacie communautaire*.

a. Organisation structurelle d'une pharmacie communautaire

Il existe différents schémas d'organisation d'une pharmacie communautaire, mais nous pouvons nous arrêter sur un modèle qui concerne la majorité des structures en activité au Québec. La pharmacie communautaire est souvent rattachée à une « bannière » qui est une

franchise ou chaîne, dont les plus connues sont : Accès Pharma chez Walmart, Brunet, Centre Santé chez Provigo/Maxi, Familiprix, Groupe Jean Coutu, Pharmaprix, Proxim, et Uniprix. Elles s'organisent souvent en un très grand espace de vente, dont la vente de produits est très éclectique et complète. On peut aisément retrouver des produits d'hygiène du quotidien, des produits cosmétiques (souvent une grande partie réservée à l'espace cosmétiques, tenue par des vendeuses spécialisées), mais également de la papeterie, des produits d'entretien ménagers, des produits alimentaires secs (salés, sucrés) ou réfrigérés voire congelés, et parfois même des produits automobiles (liquide lave-glace par exemple).

A l'intérieur de cet immense espace se trouve la partie spécialisée dans les produits de santé qu'on appelle communément « Pharmacie », qui est physiquement délimitée d'un rayon à un autre par une barrière (qui se doit légalement physique), souvent en hauteur, au-dessus des rayons, souvent en plexiglas où il est souvent apposé le logo de l'OPQ. A l'intérieur de cet espace on peut retrouver un rayon consacré aux compléments alimentaires de type vitamines et phytothérapie, mais également tous les médicaments en vente libre classés par pathologie. On retrouvera également un rayon spécialisé dans les produits orthopédiques. Tous ces produits sont en vente libre et ne nécessitent pas l'intervention d'un personnel de la pharmacie, qui ne sera appelé (ATP) que si les clients ont des questions. Si le client nécessite un conseil pharmaceutique ou une question pharmacologique plus poussée, il devra se présenter au Laboratoire et se placer dans la salle d'attente en attendant qu'un pharmacien soit disponible. Il n'est donc pas rare de retrouver des clients qui font leurs courses quotidiennes et achètent conjointement du papier hygiénique, des vitamines, du jus d'orange, une carte d'anniversaire, des piles, une pizza surgelée, de la crème antirides, et une boîte de médicaments contre le rhume ou les ballonnements.

Au bout des rayons de la pharmacie, se trouve le *laboratoire* qui est une forme de comptoir d'officine, avec un espace d'accueil au patient et une salle d'attente sur le côté. A l'intérieur du laboratoire on retrouve un îlot central, constituant une vraie chaîne de travail où se placent les ATP qui préparent la délivrance des ordonnances et les pharmaciens en bout de chaîne qui valident la dispensation. Derrière le laboratoire est souvent présent le préparatoire des préparations magistrales, et d'autres postes informatiques de travail, où peuvent être préparés les piluliers par exemple.

b. Les Assistants Technique en Pharmacie (ATP)

Un ATP est un assistant technique qui seconde le pharmacien afin de lui permettre de se concentrer en priorité sur l'aspect clinique de sa pratique professionnelle. Un ATP va donc veiller au bon fonctionnement de la chaîne de travail, de la préparation des traitements, de la facturation des ordonnances, de la régulation du flux de patient, peut également donner certains conseils sur les médicaments en vente libre (succins, doivent être lisibles sur la notice d'utilisation, sans émettre de jugement clinique). Les ATP peuvent également travailler dans le secteur hospitalier, dans les CHSLD (Centre d'Hébergement et de Soins de Longue Durée) et le secteur industriel. En pharmacie communautaire, il n'est pas nécessaire de détenir de diplôme pour pouvoir travailler en tant qu'ATP, cependant, il existe une formation universitaire d'environ une année qui permet aux ATP d'effectuer certaines tâches supplémentaires à responsabilité (telle que la mise à jour et le suivi des dossiers patients par exemple), et une négociation de salaire plus important ; cette formation est requise pour pouvoir travailler en établissement de santé. Il est toutefois demandé un niveau d'études minimal du 4^{ème} secondaire québécois (équivalent d'une classe de 2^{nde} en France) ou équivalent.

Dans le livret de formation des ATP de la bannière Pharmaprix® sont référencées les responsabilités-clé d'un ATP, qui sont de :

- Accueillir les patients et vérifier l'exactitude des données inscrites sur l'ordonnance avant son exécution
- Entrer les données sur les patients dans le système informatique
- Effectuer les transmissions aux tiers-payeurs (le cas-échant)
- Délivrer les médicaments d'ordonnance comme il se doit
- Maintenir les stocks de la pharmacie à l'aide des systèmes de contrôle des stocks
- Répondre aux demandes de renseignements généraux des patients à propos des médicaments en vente libre, et les transmettre au pharmacien (le cas échéant)
- S'occuper des clients qui viennent chercher leurs ordonnances et effectuer les fonctions de caissier à la pharmacie, au besoin

Il est à noter que pour les réceptions de médicaments narcotiques (liste plus large que la liste des stupéfiants en France), seul le pharmacien est habilité à s'en occuper et gérer les stocks qui sont tracés à la réception de manière informatique sur un site internet protégé.

c. Organisation du préparatoire et de sa chaîne de travail, processus de dispensation

Lorsqu'un patient arrive au laboratoire, il commence par se présenter au poste d'accueil. Un ATP va écouter sa demande et récupérer ses informations (si dossier patient existant : actualisation de ce dernier, si non création du dossier patient avec les informations de la RAMQ (numéro d'assuré etc.) et éventuellement les informations de son assurance privée). Il va ensuite aiguiller la demande :

- Si le patient nécessite une consultation pharmaceutique nécessitant un acte de Loi 41 par exemple, ou un conseil pharmaceutique, le patient se dirige vers la salle d'attente et attend qu'un pharmacien puisse le prendre en charge (seul le pharmacien est habilité à donner des conseils aux patients).
- Si le patient vient pour une dispensation d'ordonnance, il se dirige vers la salle d'attente et attend la préparation de cette dernière, ou peut revenir la récupérer plus tard.

Dans ce cas, l'ATP va récupérer l'ordonnance, la lire puis inscrire informatiquement la délivrance. Une liste des médicaments avec les étiquettes personnalisées correspondant à chaque médicament pour chaque patient va être imprimée, puis d'autres ATP procéderont à la préparation du traitement. L'ensemble du traitement sera par la suite vérifié (conformité) par le pharmacien, qui procédera aux vérifications cliniques du patient, et si nécessaire aux ajustements de l'ordonnance, ou autres actes de soins pharmaceutiques autorisés.

Si nécessaire, le pharmacien pourra appeler le patient à un poste d'échange prévu à cet effet sur le comptoir, pour un entretien spécifique à sa médication, ou pour des renseignements supplémentaires vis-à-vis de son état de santé. Il pourra également préférer un entretien confidentiel dans un bureau de confidentialité. Ces lieux d'échanges avec le patient sont les mêmes que pour une consultation ou conseils pharmaceutiques.

La dispensation effectuée, le pharmacien remet à un ATP (ou caissière) de fin de chaîne le traitement, qui s'occupera du conditionnement dans un sac de transport, et à l'encaissement du reste à charge s'il existe.

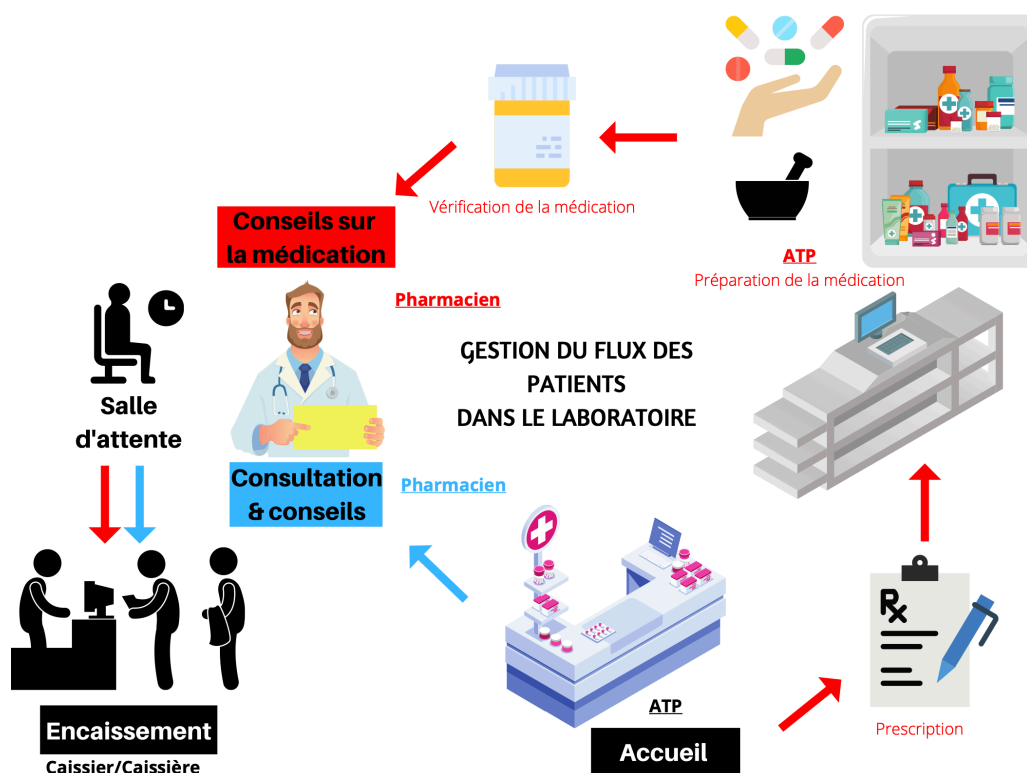


Figure 3 - Gestion du flux des patients dans le laboratoire

d. Ordonnances et dispensation

Les ordonnances formulées par les prescripteurs québécois sont comme en France, sur format papier dans la quasi-totalité des cas remises en main propre aux patients, mais peuvent également être transmises par fax. Cependant elles ne sont à ma connaissance jamais transmises par courriel actuellement. Il n'existe d'ailleurs pas de messagerie sécurisée en usage ambulatoire. L'essentiel des communications entre professionnels de santé se faisant par téléphone ou fax (télécopie). Le format des ordonnances peut varier de taille, mais en général elles sont de dimensions de papier A6 (105x148mm).

La grosse différence avec la pratique officinale française sur les ordonnances, est que l'ordonnance est à destination unique du pharmacien, pas du patient. Les informations sur l'ordonnance sont codées (cf. *Codage des ordonnances – Formation des ATP – Pharmaprix®* en annexe) par diverses abréviations qui représentent la forme galénique, la fréquence d'administration, l'intervalle ou le moment d'administration, la durée du traitement et l'indication (plus rarement transcrite). L'ordonnance papier sera à la fin de la dispensation, conservée dans les archives de la pharmacie avec le ticket de dispensation (correspondant à une forme de tampon sur le dos de l'ordonnance en France) sans être redonnée au patient. Les

informations sur le traitement du patient lui seront données sur chaque tube de médicaments déconditionnés.

L'ATP qui retranscrit informatiquement l'ordonnance lors du recueil de données, génère un numéro unique d'ordonnance, qui sera conservé pour la durée complète du traitement : si l'ordonnance est valable pour un an, l'ordonnance informatique avec son numéro unique sera réutilisée pour les renouvellements mensuels.

Si un patient décide durant son traitement de récupérer son traitement mensuel dans une nouvelle pharmacie, sur une ordonnance primo-délivrée dans une autre pharmacie, la nouvelle pharmacie contacte le pharmacien exerçant dans la *pharmacie de primo-délivrance*, qui lui transfère à sa demande :

- Soit l'ordonnance en cours pour un renouvellement mensuel
- Soit l'ensemble du dossier patient (dans le cas d'un changement de pharmacie de la part du patient par exemple).

Les échanges se feront par fax. On appelle ça un *transfert d'ordonnance*. Chaque transfert est tracé, par le numéro de licence ordinale du pharmacien demandeur, et inscrit informatiquement pour éviter une double dispensation.

Les transferts d'ordonnance peuvent également se faire directement de manière informatisée si les deux pharmacies font partie par exemple de la même bannière (compatibilité du logiciel informatique).

Chez les patients qui le souhaitent (la majorité des patients sous pathologie et traitement chroniques), les logiciels permettent un « renouvellement automatique des ordonnances ». C'est-à-dire que sur l'accord du patient, la pharmacie chaque jour, liste l'ensemble des ordonnances qui arriveront bientôt à « péremption mensuelle » afin d'anticiper la préparation de l'ordonnance. Le patient peut soit venir chercher son traitement directement à la pharmacie sans attendre ni prendre le risque de sauter quelques jours sans traitement, soit la pharmacie envoie un coursier qui apportera directement le traitement au domicile du patient (service gratuit pour le patient mais nécessitant un pourboire ou *tips* pour le coursier (fortement présent dans toutes les activités de service sur le territoire Nord-Américain)).

Il est également important de comprendre qu'au Québec, le médecin donne une autorisation de dispensation par son ordonnance, et non pas une obligation de dispensation. Seul le pharmacien est responsable de ce qui sera remis au patient.

e. Les médicaments : Numéro d'identification d'une drogue, identification macroscopique et déconditionnement

Au Québec, comme dans la majorité des Etats d'Amérique du Nord, les médicaments délivrés sur ordonnance sont déconditionnés. L'ensemble des médicaments présents à l'officine sont conservés dans le laboratoire dans des étagères contenant des boîtes qui, selon la catégorie du médicament et la législation correspondante, peuvent contenir plusieurs centaines de comprimés. Chaque boîte de médicament contient un DIN (*Drug Information Number* ou numéro d'identification d'une drogue) : il s'agit d'un numéro de huit chiffres attribué par Santé Canada (l'équivalent de l'Agence Nationale de Santé, des Médicaments et des produits de Santé en France (ANSM)) avant la commercialisation ; le numéro est unique pour chaque forme posologique, est inscrit sur la boîte contenant les médicaments « en gros », et sur l'étiquette individuelle du patient. Le DIN est aussi présent sur les boîtes de médicaments vendus sans ordonnance.

Pour chaque ordonnance, il est donc donné dans une petite boîte (appelée *bouteille*) contenant l'étiquette personnalisée du médicament et des coordonnées du patient, le nombre de comprimés (appelés *pilules*) pour la période de traitement, au jour près.

Chaque médicament a également sa forme macroscopique qui lui est propre. Les logiciels (équivalents des logiciels de gestion officinale (LGO)) intègrent souvent une photographie de chaque comprimé, gélule, flacon des médicaments disponibles. Ainsi, le pharmacien lors du contrôle au cours de la dispensation, peut s'assurer que le comprimé présent dans la bouteille soit le bon médicament, en regardant la photographie intégrée au logiciel.

Certains médicaments comme les pulvérisateurs nasaux, les insulines, les inhalateurs etc. ne sont par contre pas déconditionnés, et vendus dans leur boîte donc le packaging est semblable aux médicaments retrouvés en France. Cependant, l'étiquette personnalisée est également apposée sur la boîte d'origine. Vous trouverez un exemple d'une étiquette en annexe.

Sont présentes également sur la chaîne de travail, des petites étiquettes spécifiques à coller sur chaque bouteille pour des conseils de prise, des conseils d'administration etc. Sont disponibles en annexe des exemples de ces étiquettes.

Les médicaments québécois sont regroupés par « annexe » (l'équivalent des listes (liste I, II etc.) françaises)¹⁷:

- L'annexe I regroupe tous les médicaments destinés aux humains, accessibles et vendus uniquement sur ordonnance

- L'annexe II regroupe les médicaments destinés aux humains et vendus sous contrôle pharmaceutique (équivalent de l'offre OTC française (*Over the counter*, littéralement *derrière le comptoir*) et ne nécessitant pas de prescription médicale)

Les médicaments inscrits sur les annexes I et II ne peuvent donc pas être librement accessibles au public. Les médicaments de l'annexe II doivent être inscrits dans le dossier patient et doivent être avisés au pharmacien avant la vente autorisée par un ATP.

- L'annexe III regroupe les médicaments destinés aux humains et vendus sous surveillance pharmaceutique (médicaments en vente libre mais disposés dans l'espace « pharmacie » du magasin (surveillance constante du pharmacien requise))

Les médicaments inscrits aux annexes I, II et III ne peuvent être vendus que par des pharmaciens inscrits à l'OPQ, travaillant dans une pharmacie.

- L'annexe IV regroupe les médicaments destinés aux animaux et vendus sur ordonnance
- L'annexe V regroupe les médicaments destinés aux animaux et vendus sous surveillance professionnelle
- Tout médicament qui n'est pas inscrit à une de ces annexes peut être vendu par quiconque et sans restriction

f. Traçabilité et système qualité

Il est très important de noter que tout le système pharmaceutique québécois est ancré dans un processus de système qualité de pointe. D'ailleurs, le système réglementaire, procédurier et légal anglo-saxon est complètement ancré dans la culture québécoise. Prenons l'exemple de la dispensation : à chaque étape sur la chaîne de travail est présente une traçabilité : les ATP doivent cosigner chaque étiquette de préparation des médicaments justifiant d'une première vérification, le pharmacien égale cosigne chaque étiquette après 2nde vérification. De même, l'accès au DSQ (Dossier Santé Québec) ne peut se faire que par la clé USB d'identification du pharmacien qui y accède. Toutes les ordonnances et les « reçus » de dispensation sont archivés pendant une durée réglementaire dans la pharmacie. Le dossier patient (informatisé) doit constamment être alimenté par toute information connue, acte pratiqué, ou tout complément nécessaire à la traçabilité. La jurisprudence québécoise rappelle que ce qui n'apparaît pas dans un dossier est réputé ne pas avoir été dit, vu ou fait.

g. Dossier Santé Québec (DSQ)

Le Dossier Santé Québec pourrait ressembler au Dossier Médical Partagé (DMP) existant en France. C'est un dossier numérique, sur lequel les professionnels de santé déposent des informations essentielles, telles que les analyses biologiques, les comptes rendus d'hospitalisation etc. Tous les québécois ont un DSQ ouvert par défaut, mais peuvent renoncer à ce droit sur simple demande s'ils le souhaitent. Le DSQ est essentiel à l'acte de dispensation du pharmacien, car il permet d'avoir (si le dossier est à jour et que le patient est observant vis-à-vis de ses examens et rendez-vous médicaux) les dernières analyses biologiques, permettant de surveiller la fonction rénale et hépatique du patient, mais également les numérations de formule sanguine pour les médicaux hématotoxiques. Ainsi, le pharmacien peut faire un ajustement d'ordonnance (développé plus bas) en réduisant la posologie par exemple. Ce dossier est tracé car l'accès se fait par clé USB d'identification unique à chaque pharmacien, et tout accès au DSQ est conservé dans l'historique du patient. Le patient peut voir qui a eu accès à son DSQ et demander des justifications s'il le souhaite, voire procéder à des recours en justice pour abus si justifié.

h. Ordonnances collectives

Les ordonnances collectives, permises depuis 2003 par l'entrée en vigueur de la « Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé » ou « projet de loi 90 »,¹⁸ à la différence des ordonnances individuelles, visent un groupe de personnes ou une ou plusieurs situations cliniques. Elles permettent à un professionnel de santé notamment, d'exercer certaines activités réservées ou autorisées sans avoir à obtenir une ordonnance individuelle du médecin dans les circonstances cliniques et aux conditions qui sont préalablement décidées. « Il ne sera pas possible de rédiger une ordonnance collective visant à permettre au pharmacien d'initier le traitement de problèmes de santé courant qui nécessitent une évaluation, puisque cette activité ne fait pas partie des activités qui lui sont réservées ».¹⁸

Par exemple, la possibilité d'un pharmacien de prescrire dans une situation clinique particulière et pour certains patients « éligibles », à travers une ordonnance collective, un corticoïde nasal ou un collyre antihistaminique H₁, tous deux sur ordonnance au Québec.

i. La Loi 41

La « Loi modifiant la Loi sur la pharmacie » ou « projet de loi 41 » a été votée en décembre 2011, suivie de l'approbation en juin 2013 des règlements pris en application de celle-ci, incluant le « Règlement sur certaines activités professionnelles qui peuvent être exercées par un pharmacien » pris en application de la « Loi médicale ». Elle entre en vigueur le 20 juin 2015, à la suite de l'adoption du projet de loi 28 par le gouvernement du Québec, le 20 avril 2015. La Loi 41 permet au pharmacien de jouir dans sa pratique professionnelle de nouveaux outils lui permettant de déployer pleinement toutes ses compétences et d'exercer plus efficacement son rôle auprès de la population. Cette loi est née sur le concept de soins pharmaceutiques constituant la majorité de la pratique professionnelle du pharmacien québécois. Cette dernière nécessite une collecte de renseignements auprès du patient dans le but de **déterminer toute problématique liée à sa thérapie médicamenteuse**, notamment lorsque le patient manifeste des effets indésirables, subit ou pourrait subir les effets d'une interaction médicamenteuse, n'est pas observant, nécessite une thérapie médicamenteuse qu'il ne reçoit pas¹⁹.

Elle compte 7 actes, qui permettent au pharmacien, sous certaines conditions bien précises, de :

- Prolonger une ordonnance d'un médecin
- Ajuster l'ordonnance d'un médecin en modifiant certains paramètres
- Substituer au médicament prescrit un autre médicament de la même sous-classe thérapeutique lors d'une rupture d'approvisionnement complète au Québec
- Administrer un médicament par certaines voies dans le but d'en démontrer l'usage approprié
- Prescrire certains médicaments lorsqu'aucun diagnostic n'est requis
- Prescrire des analyses de laboratoire aux fins de la surveillance de la thérapie médicamenteuse
- Prescrire un médicament pour certaines conditions ayant fait l'objet d'un diagnostic médical au préalable.

Un guide a par ailleurs été rédigé conjointement par le Collège des Médecins du Québec et l'Ordre des Pharmaciens du Québec concernant les activités réservées aux pharmaciens par la Loi 41.

Le pharmacien s'engage à respecter certains principes fondamentaux à cette loi et à la pratique pharmaceutique ¹⁹:

- il fait primer l'intérêt du patient avant tout (« le pharmacien, le médecin et l'infirmière praticienne spécialisée exercent leurs activités en collaboration avec les autres professionnels de santé, d'abord et avant tout au bénéfice du patient ; les soins offerts doivent être de qualité, toujours efficaces et sécuritaires, tout en favorisant l'accès dans la continuité des soins »),
- il favorise la continuité des soins (notamment par la prolongation d'ordonnance ou la substitution médicamenteuse en cas de rupture) par le bon professionnel et au bon moment,
- il favorise les pratiques collaboratives et l'échange d'information entre les professionnels de santé (particulièrement entre le pharmacien et le médecin traitant^B),
- il n'effectue pas d'activités de nature diagnostique (le diagnostic de maladie est une activité réservée aux médecins ; cependant, les autres professionnels peuvent procéder à des **évaluations** les limites de leur champ d'exercice et d'en communiquer les conclusions). Par exemple, un pharmacien qui est formé pour exercer la surveillance de la thérapie médicamenteuse, peut apprécier les signes et symptômes communiqués par le patient et demander (et prescrire) des analyses de laboratoire
- Il engage pleinement sa responsabilité professionnelle : « d'un point de vue déontologique, le pharmacien est entièrement responsable de son exercice professionnel. Il doit inscrire au dossier patient les actes qu'il a accomplis dans le cadre des services pharmaceutiques qu'il lui a fournis lorsque ces actes requièrent un suivi », « outre le respect des conditions et modalités établies par les règlements, le pharmacien doit exercer la pharmacie avec compétence et selon les données scientifiquement acceptables et les normes professionnelles reconnues » (c'est pour ça qu'il n'est pas rare dans les communications du pharmacien envers le médecin (à travers notamment les interventions pharmaceutiques) que le pharmacien glisse un lien vers un article de recherche pour justifier sa réflexion et prise de décision). Le médecin se doit par conséquent, lui aussi, de tracer toute prise de décision ou communication pharmaceutique, et alimenter le dossier patient des patients concernés.

^B Attention : le terme « médecin traitant » ici ne correspondant pas obligatoirement au « médecin de famille » qui serait l'équivalent du médecin traitant généraliste connu en France. Au Québec, beaucoup de patients n'ont pas de médecin de famille. Par conséquent, ici, le médecin traitant peut être hospitalier, ou le médecin famille ou encore un médecin spécialiste de ville. « Le médecin qui a examiné, investigué ou traité un patient est responsable d'assurer le suivi médical requis par l'état du patient, à la suite de son intervention, à moins de s'être assuré qu'un confrère ou un autre professionnel puisse le faire à sa place ».

Pour chaque « acte Loi 41 », le pharmacien doit rédiger une ordonnance (communément appelée « ordonnance Loi 41 »), communiquer avec le médecin traitant (ce n'est pas une obligation pour l'ensemble des actes de la Loi 41, mais fortement recommandé pour une perspective de pratiques collaboratives) et avertir le patient. Il doit également recueillir le consentement du patient pour la pratique de l'acte correspondant, et pour la communication des données éventuellement recueillies avec le médecin. Pour l'ensemble de ces missions, il existe des formulaires de communications adaptés à chaque situation. De plus, de nombreux outils sont fournis librement au pharmacien pour le guider dans la prise de décision de chaque situation, notamment à travers divers arbres décisionnels et algorithmes, recommandations scientifiques et guides de lignes directrices.

Seront décrits ci-dessous, les actes concernant la pratique pharmaceutique en pharmacie communautaire. Les actes en établissement de santé peuvent connaître quelques particularités.

i) Ajustement d'ordonnance

L'ajustement de l'ordonnance d'un médecin signifie que le pharmacien peut modifier la **forme galénique** du médicament, sa **posologie**, sa **dose** ou la **quantité** lorsqu'il se retrouve confronté à des situations où la thérapie médicamenteuse d'un patient peut nécessiter des changements ou des ajustements : effets indésirables associés à l'utilisation d'un médicament, fonction rénale ou hépatique modifiée, interaction médicamenteuse, changements physiopathologiques du patient (problème de santé aigu ou chronique), habitudes et modes de vie du patient. Exception faite des stupéfiants, drogues contrôlées et substances ciblées, le pharmacien peut ajuster tous les autres médicaments prescrits si nécessaire. La modification de la dose peut être nécessaire également pour prendre en compte une variation de poids, corriger une erreur manifeste de dosage, prévenir la défaillance d'un organe, assurer l'atteinte des cibles thérapeutiques (lorsque les cibles thérapeutiques, les limites ou contre-indications particulières sont données par le médecin (communication nécessaire)) telle que la tension artérielle ou la glycémie par exemple.

ii) Prescription d'une analyse biologique en laboratoire

La prescription d'analyse biologique par le pharmacien rentre également dans la démarche de surveillance de la thérapie médicamenteuse, qui est au cœur du champ d'exercice du pharmacien, visant à évaluer et assurer l'usage approprié des médicaments afin de prévenir les problèmes pharmacothérapeutiques. L'OPQ définit et rappelle également la surveillance de

la thérapie médicamenteuse comme « tout acte effectué par le pharmacien dans le but de s'assurer que la thérapie médicamenteuse de son patient est appropriée, c'est-à-dire qu'elle est efficace, sécuritaire, qu'elle répond aux objectifs thérapeutiques visés et qu'elle est conforme aux données actuelles de la science ». Le pharmacien ne peut donc pas prescrire des analyses biologiques à une finalité de dépistage ou de diagnostic, mais uniquement de surveillance médicamenteuse dans le but de valider la présence d'effets indésirables connus reliés à la prise d'un médicament, d'assurer le suivi des effets indésirables connus et des interactions médicamenteuse, d'assurer le suivi de l'efficacité de la thérapie médicamenteuse. Il pourra prescrire l'analyse des éléments biologiques suivants :

- Formule sanguine complète (l'équivalent d'une numération de formule sanguine)
- Temps de prothrombine (TP) et INR
- Créatinine
- Electrolytes
- Alanine transaminase (ALAT)
- Créatine-kinase
- Dosage sérique de médicaments
- Glycémie
- Hémoglobine glyquée HbA1c
- Bilan lipidique
- Hormone thyroïdienne (TSH)

Il devra par ailleurs préalablement s'assurer de l'absence d'analyses récentes, notamment en vérifiant dans le DSQ et auprès du patient.

Si la valeur analysée est critique, le pharmacien utilise son jugement professionnel pour gérer la situation. Il peut par exemple modifier la dose du médicament prescrit. Si cela dépasse son contexte de compétences, il dirige le patient vers le professionnel compétent avec les résultats et un formulaire de communication adéquat. L'OPQ rappelle que « le pharmacien demeure responsable des conséquences reliées aux résultats de l'analyse de laboratoire tant et aussi longtemps qu'il n'y a pas de prise en charge du résultat et de son suivi par le médecin traitant ou toute autre ressource médicale. Dans la même veine, le médecin traitant ou les professionnels qui reçoivent le patient doivent faire preuve de collaboration et de diligence en priorisant toujours l'intérêt du patient ».

iii) Prolongation d'ordonnance médicale

Comme son nom l'indique, cet acte permet au pharmacien de prolonger une ordonnance préalablement rédigée par un médecin, dans un souci de continuité des soins du patient si le rendez-vous médical n'est pas possible, ou pour permettre le suivi médical au moment opportun tout en permettant au patient de bénéficier de la continuité de sa prise en charge thérapeutique médicamenteuse. Elle n'est pas automatique et n'est possible que pour une durée maximale : la prolongation ne peut excéder la durée de validité de l'ordonnance initiale. « De plus, si la durée de validité de l'ordonnance est supérieure à 12 mois, le pharmacien ne peut la prolonger que pour 12 mois au maximum ». Ici également, ne peuvent être éligibles à cet acte les médicaments classés dans les catégories stupéfiants, drogues contrôlées, et substances ciblées (ces médicaments ne pouvant en aucun cas être prescrits par un pharmacien). Cependant, le pharmacien peut prolonger l'ordonnance pour une durée qu'il juge adaptée, tant qu'elle rentre dans les règles énoncées précédemment ; par exemple pour permettre au patient de ne pas interrompre son traitement le temps d'attente d'une consultation prévue dans quelques semaines. Il est également permis au pharmacien de reprolonger l'ordonnance si besoin suite à une première prolongation, tant qu'elle ne dépasse pas la période maximale accumulée autorisée.

Le pharmacien doit effectuer cet acte en prenant en compte la balance bénéfices-risques d'une prolongation : il se doit, par exemple, de refuser ce service pharmaceutique s'il juge que l'intérêt du patient est bafoué. Il doit également recommander et rappeler au patient de poursuivre son suivi médical.

iv) Substitution d'un médicament lors d'une rupture d'approvisionnement

En cas de rupture d'approvisionnement complète sur le territoire québécois, le pharmacien peut substituer un médicament initialement prescrit par un autre médicament de **même sous-classe thérapeutique**. Cet acte est permis pour toutes les ordonnances établies par les professionnels de santé habilités à la prescription de thérapie médicamenteuse. Avant de pouvoir substituer, le pharmacien doit donc s'assurer de l'absence d'approvisionnement, notamment en procédant à la demande auprès de deux pharmacies de sa région et deux grossistes reconnus par le ministère ; ces demandes doivent être tracées et inscrites au dossier patient.

Le pharmacien doit également s'assurer de prescrire une dose du nouveau médicament de la même sous-classe thérapeutique d'une puissance équivalente au médicament initialement prescrit.

v) Administration d'un médicament afin d'en démontrer l'usage approprié

Comme son nom l'indique, cet acte permet au pharmacien d'administrer par voie orale, topique, sous-cutanée, intradermique, intramusculaire, ou par inhalation, un médicament à un patient afin d'en démontrer l'usage approprié. L'administration doit être en adéquation avec les modalités de prise prescrites, notamment l'horaire, et doit être joint à un enseignement approprié du médicament. Il s'agit d'un acte qui pourrait être assimilé à l'éducation thérapeutique du patient (ETP) en France.

Comme chaque acte, tout doit être inscrit au dossier (médicament, dose, horaire et voie d'administration ainsi que le consentement du patient).

vi) Prescription d'un médicament pour une condition mineure

Cet acte a permis, dans certaines situations considérées comme « mineures », d'éviter au patient l'utilisation de services d'urgences ou d'attente prolongée pour la prise de certains rendez-vous médicaux, et ainsi soulager rapidement le patient. Par ailleurs, certaines de ces conditions mineures sont retrouvées en automédication chez les patients.

La condition sine qua non à l'application de cet acte est que la prescription du pharmacien est permise pour ces conditions mineures si et seulement si ces situations ont « déjà fait l'objet d'un diagnostic par un médecin ou d'une évaluation par une Infirmière Praticienne Spécialisée (IPS) et d'une prescription de médicament pour cette condition diagnostiquée ou évaluée ».

Pour que cette prescription soit possible, le pharmacien doit répondre aux exigences suivantes :

1. Un diagnostic a été posé par un médecin ou la condition du patient a déjà fait l'objet d'une évaluation par une IPS
2. Le diagnostic posé correspond à l'une des conditions mineures suivantes :
 - Rhinite allergique
 - Herpes labial
 - Acné mineure sans nodule ni papule
 - Vaginite à levure

- Érythème fessier
- Dermatite atopique nécessitant l'utilisation de corticostéroïdes n'excédant pas une puissance de faible à modérée
- Conjonctivite allergique
- Muguet buccal consécutif à l'utilisation de corticostéroïdes inhalés
- Aphtes buccaux
- Dysménorrhée primaire
- Hémorroïdes
- Infection urinaire chez la femme

Pour permettre l'identification de ces situations, le pharmacien apprécie des signes et symptômes dont souffre le patient, qui ne nécessitent pas d'examen clinique ce qui relève de la pratique médicale. Par ailleurs, une condition mineure doit répondre aux critères suivants :

- Atteinte localisée d'un organe
 - Non-atteinte de l'état général
 - Perturbation gênante du quotidien de la personne
 - Non-nécessité d'une intervention d'urgence
 - Possibilité d'être soulagée rapidement
 - Récurrence prévisible
3. Un médecin a déjà prescrit un médicament après émission de son diagnostic, ou une IPS suite à son évaluation a déjà prescrit ce médicament pour la condition correspondant à une situation mineure.
 4. Aucun signal d'alarme n'est identifié.
 5. Le médicament prescrit est soit le médicament préalablement prescrit (à privilégier), soit d'une puissance égale ou inférieure à celui-ci : dans ce cas le pharmacien doit justifier son choix en raison de la situation du patient (par exemple : profil pharmacologique) ou en raison de l'existence de nouvelles recommandations.
 6. Communication écrite au médecin traitant ou à l'IPS
 7. Ordonnance délivrée en conformité avec les dispositions en vigueur du *Règlement sur les ordonnances d'un pharmacien*¹⁷

Un signal d'alarme doit obligatoirement faire réagir le pharmacien, refuser la prescription et rediriger le patient vers le médecin traitant ou l'IPS. Il s'agit de l'identification par le pharmacien d'un critère d'exclusion qui l'oblige à être vigilant et rediriger le patient. C'est une observation clinique d'un signe, d'un symptôme, d'une situation, d'un test etc. qui doit inciter

le pharmacien à la prudence. Les signaux d'alarme sont continuellement remis à jour, et sont enseignés et insérés sous forme d'arbres décisionnels qui permettent de réorienter le questionnaire. Il est important à noter qu'afin de rester objectifs, ce sont les symptômes décrits par le patient qui orientent le pharmacien au-delà des signes évidents.

La prescription doit donc être exclue et le pharmacien se doit de rediriger le patient dans les situations suivantes :

- Le patient fait partie d'un sous-groupe de la population, « groupe de personnes exclu pour condition mineure » (par exemple pour une infection urinaire, les femmes enceintes, ménopausées ou de plus de 65 ans) dont la situation dépasse la compétence du pharmacien
- Un signe ou symptôme :
 - o Est récurrent, persistant après le médicament préalablement prescrit
 - o Suggère la présence d'une maladie chronique ou systématique pas encore diagnostiquée
 - o Laisse croire à un déclin ou à l'altération physiologique
 - o Ne lui permettent pas de l'inclure dans une de ces conditions mineures
- Le patient présente une réaction inhabituelle au traitement
- La durée du temps écoulée depuis la dernière prescription médicale ou le nombre de traitements identifiés spécifiquement pour chacune des conditions mineures visées est dépassée :
 - o 12 mois pour une infection urinaire
 - o 2 ans pour une dysménorrhée primaire et des hémorroïdes
 - o 4 ans pour toutes les autres conditions mineures

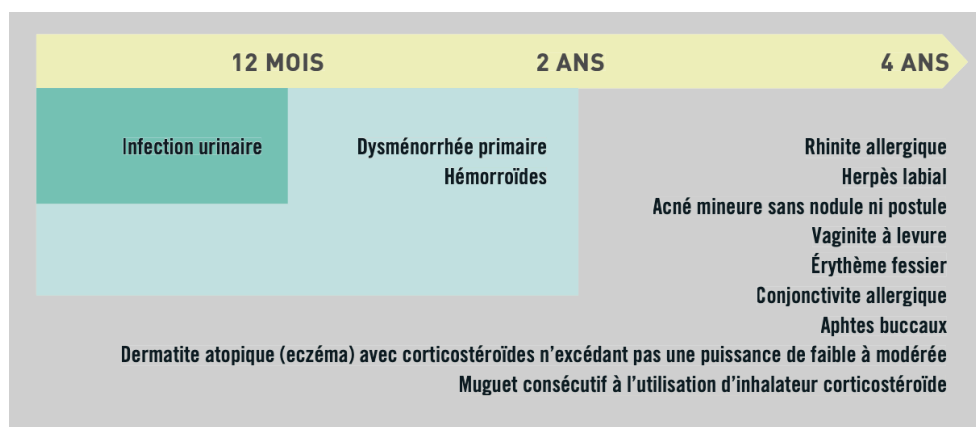


Figure 4 - Durée de temps écoulée depuis la dernière prescription médicale - Prescription d'un médicament pour une condition mineure - Loi 41 : Guide d'exercice - Activités réservées aux pharmaciens¹⁹

Le pharmacien bénéficie de nombreux outils pour identifier chaque situation, y compris des algorithmes et arbres décisionnels, données scientifiques, recommandations et références cliniques. Il existe également des formations complémentaires et spécifiques pour la prescription en condition mineure.

Le pharmacien doit communiquer l'ordonnance au médecin ou à l'IPS, y compris en cas de décision de ne pas prescrire en y apposant le motif de refus.

vii) Prescription d'un médicament lorsqu'aucun diagnostic n'est requis

La pratique professionnelle quotidienne révèle de multiples situations cliniques où le pharmacien est confronté à un patient qui pourrait nécessiter dans des délais courts et immédiats, la prescription d'un médicament, avec ou sans ordonnance. Le pharmacien peut par conséquent prescrire un médicament, y compris à des fins préventives, dans les situations suivantes qui ne nécessitent pas un diagnostic :

- Diarrhée du voyageur
- Prophylaxie du paludisme
- Supplémentation vitaminique (y compris acide folique) en périnatalité
- Nausées et vomissements liés à la grossesse
- Sevrage tabagique (appelé cessation tabagique au Québec), excluant la prescription de la varenicline et du bupropion
- Contraception orale d'urgence, pouvant conduire à la contraception hormonale pour une durée de 3 mois, renouvelable 1 fois
- Pédiculose
- Prophylaxie antibiotique chez les porteurs de valve
- Prophylaxie cytoprotectrice chez les patients à risque
- Prophylaxie du mal aigu des montagnes (excluant la prescription de dexaméthasone ou de sildénafil).

Dans ces situations, le pharmacien doit utiliser les recommandations et les consensus de traitements les plus récents, et être vigilant notamment sur les situations en lien avec le voyage (antibiorésistance antipaludique ou anti-diarrhéique), et se référer notamment aux publications émises par le *Comité consultatif québécois sur la santé des voyageurs*²⁰. « Le pharmacien doit

s'assurer de diriger le patient vers une ressource médicale lorsque la situation nécessite une attention médicale ».

Pour la prescription orale, elle n'est que de durée limitée et s'effectue à la suite d'une contraception orale d'urgence, et doit s'assurer d'orienter les patientes vers des centres de dépistage d'IST (infection sexuellement transmissible ; ITS en québécois : infection transmissible sexuellement) et vers les services adéquats si besoin.

Dans ces conditions, le pharmacien n'est pas obligé d'en informer le médecin traitant, mais la pratique collaborative et la continuité des soins sont très encouragées.

Se trouvent en annexe : un exemple d'ordonnance dite « Loi 41 » d'une prescription dans une condition mineure dans la pratique professionnelle pharmaceutique en routine (Figure 10), ainsi qu'un algorithme d'aide à la décision dans le cas d'une infection urinaire chez la femme (Figure 11), ainsi que la lettre de l'OPQ à destination des pharmaciens pour introduire la mise en place de ces nouvelles activités (Figure 12).

j. L'Ordre des Pharmaciens du Québec (OPQ).

L'OPQ existe depuis 1870 initialement sous la forme de *l'Association pharmaceutique de la province de Québec*, puis en 1944 l'association devient le *Collège des pharmaciens*, puis, en 1974 avec l'adoption du *Code des professions*, le Collège devient *l'Ordre des pharmaciens du Québec*.

L'OPQ définit ses missions et valeurs de la manière suivante : « La mission de l'Ordre des pharmaciens du Québec est de veiller à la protection du public en encourageant les pratiques pharmaceutiques de qualité et en faisant la promotion de l'usage approprié des médicaments au sein de la société. Pour remplir sa mission, l'Ordre doit notamment :

- Délivrer les permis d'exercice de pharmacien;
- Guider le pharmacien dans l'exercice de sa profession;
- Veiller au maintien et évaluer la compétence des pharmaciens;
- Recevoir et traiter les plaintes du public;
- Contrôler l'exercice illégal de la pharmacie;
- Intervenir publiquement sur des questions reliées à l'usage des médicaments.

La vision de l'Ordre est d'être l'organisme de référence et d'avant-garde favorisant la contribution optimale du pharmacien aux soins du patient et au système de santé, en collaboration avec les intervenants du milieu.»²¹. Elle prône les valeurs de « l'action responsable », de « la transparence », de « l'intégrité », du « respect » et de « la compétence ». Avec la mise en place du *Code des professions* comme nous l'avons cité ci-dessus, l'OPQ porte à cœur sa mission de veiller à la protection du public. Dans une vision culturelle du droit anglo-saxon, les recours du public sont donc nombreux et l'OPQ veille scrupuleusement à la population différents recours :

- Le recours disciplinaire, en cas de suspicion de la part du public qu'un pharmacien a contrevenu à ses obligations dans le cadre de son exercice.
- Le recours relatif aux honoraires professionnels, en cas de différend avec le pharmacien sur le montant d'un compte pour services professionnels, par la conciliation du syndicat de l'Ordre.
- Le recours en responsabilité professionnelle, si un patient considère avoir subi des dommages à la suite d'une faute du pharmacien lors d'un service professionnel.

L'Ordre a également mis en place au sein de la Direction des services professionnels (DSP) le développement professionnel et l'inspection professionnelle des pharmaciens, qui seront développés dans la partie concernant la formation des pharmaciens un peu plus bas.

L'inscription à l'OPQ se fait à partir de l'entrée dans les études en Pharmacie (cotisation demandée dès l'inscription à la 1^{ère} année du Doctorat de 1^{er} cycle en Pharmacie), et l'exercice de la Pharmacie à travers les stages universitaires et les emplois durant les études sont scrupuleusement contrôlés par l'Ordre.

k. Actes pharmaceutiques et rémunérations

L'Association des Pharmaciens du Canada (*Canadian Pharmacists Association*) a mis à jour en Juin 2020 son rapport sur le champ d'exercice des pharmaciens au Canada (*scope of practice in Canada*), référençant les différents actes pharmaceutiques autorisés. Le tableau regroupant l'ensemble des États du Canada se trouve en annexe (Figure 13). La province du Québec se trouve dans la moyenne des autres provinces en terme du nombre d'actes autorisés. En comparaison, la province de l'Alberta est celui pratiquant le plus d'actes autorisés différents

au Canada, la province du Nunavut en est son antagoniste avec l'absence de pratique des actes listés dans ce rapport.

Au Québec sont donc autorisés²²:

- La prescription :
 - o Pour les affections bénignes
 - o Pour l'abandon du tabagisme
 - o En cas d'urgence
- L'adaptation, la gérance du traitement :
 - o Afin d'effectuer des substitutions thérapeutiques
 - o Modification de la posologie, forme galénique, schéma thérapeutique etc.
 - o Renouvellement ou prolongation de prescription dans le but d'assurer la continuité des soins
- L'administration d'injections (sous-cutané ou intramusculaire) de tout médicament (en cas d'urgence ou dans un cadre thérapeutique) ou vaccin
- Prescription et interprétation d'analyses biologiques

Cependant, le Québec est une des quatre dernières provinces (sur treize) à ne pas avoir réglementé le statut de technicien en Pharmacie. Le pharmacien québécois ne peut cependant pas prescrire de façon indépendante tout médicament de l'annexe 1, ni selon une entente dans le cadre d'une pratique collaborative. Il ne peut également pas adapter ou gérer le traitement de façon indépendante quelque soit le médicament de l'annexe 1, ni de façon indépendante dans le cadre d'une pratique collaborative.

La Fondation Canadienne pour la Pharmacie (*Canadian Foundation for Pharmacy*) a mis à jour en novembre 2019 son rapport sur les données relatives aux honoraires et demandes de remboursement des services pharmaceutiques subventionnés par le gouvernement, par province. Nous nous attacherons à la province québécoise, afin de voir quelles sont les actes rémunérés et de quel montant. Cependant, il faut prendre en compte qu'au Québec « la loi exige que les régimes d'assurance privés paient les mêmes honoraires professionnels pour les services que le régime public, sauf en ce qui concerne les refus d'exécuter les ordonnances et les opinions pharmaceutiques. Ce tableau affiche les données sur les demandes concernant les régimes publics et privés. Le financement des honoraires professionnels ne commence qu'après que les patients ont satisfait aux exigences du régime d'assurance-médicament universel en matière de franchise et de quote-part ». Les données recueillies remontent au 30 juin 2019.²³

Acte concerné	Rémunération gouvernementale
Administration de médicaments par injection pour montrer l'utilisation appropriée	18,59\$ <i>(407 demandes sur la période)</i>
Adaptation/modifications des ordonnances y compris suivi des soins et renouvellements	12,90\$ par renouvellement (≥ 30 jours), 1 par personne au maximum par année <i>(285 000 demandes)</i>
	20,42\$ par ajustement de dose pour assurer la sécurité du patient <i>(10 000 demandes)</i>
Évaluation et prescription pour affections mineures	16,51\$ par évaluation pour 9 affections pour lesquelles un diagnostic n'est pas nécessaire et pour 12 affections pour lesquelles un diagnostic et un traitement sont connus <i>(323 000 demandes)</i>
Droit de prescription initiale ou de prendre en charge un traitement en cours (excluant les affections mineures) pour atteindre la cible thérapeutique	15,99\$ - 20,12\$ pour évaluation initiale selon maladie 41,27\$ par année pour un minimum de 2 suivis pour certaines maladies 51,59\$ par année pour un minimum de 3 suivis de diabète insulino-dépendant 16,51\$ par mois pour anticoagulothérapie <i>(244 000 demandes pour cet ensemble)</i>
	18,59\$ pour prescription de contraception orale d'urgence <i>(113 000 demandes)</i>
Refus d'exécuter une ordonnance	9,24\$ <i>(53 000 demandes)</i>
Substitution thérapeutique	16,51\$ par substitution en cas de rupture de stock <i>(30 000 demandes)</i>
Opinion pharmaceutique	20,42\$ par OP <i>(266 000 demandes)</i>
Abandon du tabac	16,25\$ pour prescrire pour l'abandon du tabac dans le cadre des affections mineures <i>(56 297 demandes)</i>
Transmission de profil pharmaceutique de patient	9,10\$ par transmission de profil <i>(445 729 demandes)</i>
Formation à l'usage de la naloxone <i>(au Québec, pour répondre au fléau de la surconsommation Nord-Américaine d'opioïdes, n'importe quel public peut demander à se former à l'usage de la naloxone et récupérer gratuitement en pharmacie une trousse d'injection d'urgence, s'il constate une personne intoxiquée)</i>	18,30\$ par formation <i>(2255 demandes)</i>
Consultation pour un médicament abortif	18,30\$ par consultation <i>(18 demandes)</i>
Services de soins palliatifs (législation en instance)	30\$ par semaine
Bilan comparatif des médicaments après la sortie de l'hôpital <i>(conciliation)</i> (législation en instance)	25\$ par bilan

Lors de la diffusion de ce rapport en novembre 2019, les revues/gestion de médicament (équivalent à un bilan de médication) ainsi que l'immunisation (vaccination) n'étaient pas rémunérés (à la différence d'autres provinces).

1. Concernant les infirmiers(ères)

Il n'y a pas d'infirmier(ère) libéral(e) au Québec : elles sont obligatoirement rattachées à un établissement de santé (hôpital ou CLSC (Centre Local de Services Communautaires)).

Les IPS (Infirmier(ère)s de Pratique Spécialisée) sont des infirmiers(ères) ayant reçu une formation avancée et une expérience clinique dans un domaine ou une spécialité particulière, leur permettant de prescrire des examens ou traitements, en plus d'effectuer certaines interventions invasives. Les spécialisations possibles sont :

- Soins de première ligne
- Soins aux adultes
- Soins pédiatriques
- Néonatalogie
- Santé mentale

Une entente de partenariat écrite doit être définie entre un ou plusieurs médecins qui exercent dans un domaine de soin, ou avec un ou des départements ou services cliniques d'un centre hospitalier.

Il existe également les infirmiers(ères) pivot. Leurs rôles sont de :

- évaluer les ressources et les besoins de santé du patient, ainsi que celle de leurs proches si nécessaire;
- informer les patients sur les différents aspects de la maladie, sur les traitements et ses conséquences, et sur le suivi à court, moyen et long terme;
- guider la personne atteinte dans l'organisation des soins et des services offerts, la diriger vers d'autres professionnels de la santé ou vers une ressource communautaire qui pourrait mieux répondre à ses besoins;
- apporter du soutien à la personne atteinte et à ses proches;
- assurer la coordination et la continuité des soins entre tous les intervenants.

Enfin, il existe depuis octobre 2011 la création de la spécialité infirmière dans le domaine de la prévention et du contrôle des infections (PCI). Les professionnel(le)s sont appelé(e)s

infirmier(ère) clinicien(ne) spécialisé(e). Son rôle est « d'identifier des facteurs ayant une incidence sur la survenue des infections, chez le patient ou chez une population donnée. Ils assurent la surveillance des infections en temps réel, analyse le risque infectieux présent ou appréhendé, réalise des enquêtes épidémiologiques et met en place des moyens et des stratégies pour prévenir l'acquisition et en contrôler la transmission des infections, et ainsi éviter l'écllosion de maladies infectieuses »²⁴.

2. Formation universitaire et professionnelle des pharmaciens

a. Formation initiale

i) Les études en Pharmacie

Après la formation initiale du secondaire (lycée), les étudiants québécois doivent souvent avant de rentrer à l'Université, passer par un Cégep (Collège d'enseignement général et professionnel). Initialement, les Cégep ont été créés afin de remettre à niveau l'ensemble des élèves québécois du secondaire dont la formation a été très hétérogène d'un établissement de secondaire à un autre. Il s'agit d'un établissement d'études supérieures public *sui generis* et unique au Québec. L'enseignement prodigué est dit collégial suivant deux parcours : le parcours préuniversitaire et les formations techniques. Il existe 48 Cégep au Québec dont un quart sur l'île de Montréal. Pour les étudiants qui se projettent vers les études de Pharmacie, ils doivent tout d'abord détenir un diplôme d'études secondaires (DES) incluant les cours de mathématiques, chimie et physique de la 5^{ème} année du secondaire, puis suivre une formation préuniversitaire sur 4 semestres (ou « sessions ») soit deux ans au Cégep afin d'obtenir un DEC (Diplôme d'Études Collégiales) en Sciences Pures ou Sciences de la Nature (équivalent d'un baccalauréat Scientifique – Sciences de la Vie et de la Terre). Ils postulent ensuite en présentant leur dossier de candidature dans une des deux universités possédant une Faculté de Pharmacie :

- L'Université de Montréal (Montréal)
- L'Université Laval (Québec)

Cette étape est très contingentée avec un taux d'admission avoisinant les 10 %. Les notes acquises au cours du CEGEP (et du secondaire) sont donc primordiales dans la candidature. Sont également évaluées les motivations du candidat, le projet professionnel, les compétences humaines, la maîtrise de la langue française etc. Les étudiants doivent également un test d'évaluation des compétences transversales, l'examen CASPer (test en ligne) obligatoire pour l'entrée dans certains parcours universitaires, comme c'est le cas de la Pharmacie. A titre

d'exemple, à la Faculté de Pharmacie de l'Université de Montréal, les résultats valent pour 20% de la décision d'admission, pour 80% de décision concernant le dossier scolaire.

Une fois l'admission effectuée, les étudiants pharmaciens québécois sont inscrits dans le parcours de Doctorat de 1^{er} cycle en Pharmacie pour une durée de 4 ans. Cette formation comprend de l'enseignement théorique, beaucoup d'enseignements dirigés avec des mises en situation régulières, et bien entendu beaucoup d'enseignements pratiques à travers divers stages professionnels.

A la suite de ces 4 ans, l'étudiant jouira de l'autorisation d'exercer en pharmacie communautaire (PharmD et délivrance de permis d'exercice par l'OPQ).

Je vais développer succinctement dans les points suivants les autres perspectives professionnelles permises au pharmacien.

ii) Le pharmacien en établissement de santé

Outre l'exercice en pharmacie communautaire, le pharmacien pourra s'il le souhaite, s'inscrire en Maîtrise en pharmacothérapie avancée (M. Sc.) qui spécialise la pratique permettant par la suite un exercice en établissement de santé (2 ans ou 4 sessions).

Le pharmacien en établissement de santé travaille sur les unités de soins en collaboration avec le médecin et les autres professionnels de la santé, pour choisir les médicaments appropriés et effectuer le suivi de la thérapie. Il est également responsable de la dispensation, et prodigue de l'éducation du patient, des étudiants et d'autres professionnels. Ils peuvent également participer à des projets de recherche.²⁵

iii) Pharmacien en groupe de médecine de famille (GMF)

Le pharmacien peut également travailler en GMF où il se retrouvera en étroite collaboration avec plusieurs professionnels de santé tels que les médecins, infirmier(ère)s, kinésithérapeutes (*physiothérapeutes* au Québec) etc. pour leur faire bénéficier de son expertise du médicament. Dans ces structures il collabore également avec les pharmaciens communautaires ou d'établissements de santé dans une démarche de continuité des soins. Il rencontre notamment le patient pour évaluer la situation, réviser son traitement, ajuster et suivre

sa thérapie médicamenteuse, participe aux rencontres d'équipe avec son rôle-conseil d'expertise²⁵.

iv) Pharmacien en milieu non traditionnel

Le pharmacien peut aussi exercer sa profession dans divers domaines telle que l'industrie pharmaceutique, la recherche scientifique et médicale, mais aussi l'enseignement, les organismes gouvernementaux (tels que l'INESSS (Institut National d'Excellence en Santé et en Services Sociaux)(équivalent de la HAS française), le MSSS (Ministère de la Santé et des Services Sociaux) et la RAMQ²⁶), associations etc²⁵.

b. Formation continue professionnelle

Le 1^{er} avril 2018 est rentré en vigueur le *Règlement sur la formation continue obligatoire des pharmaciens* les obligeant à suivre sur une période maximale de 2 ans, 40 heures de formation continue en lien avec l'exercice professionnel. Ils peuvent choisir n'importe quelle formation, à partir du moment où elles sont admissibles et répondent à leurs besoins en respectant les exigences du Règlement. La Direction de l'admission et du perfectionnement de l'Ordre est responsable du *Programme d'accréditation pour les activités de formation continue en pharmacie*. Au 31 mars 2019, selon le Rapport Annuel de l'OPQ, 563 activités de formation continue ont été accréditées dont 265 séminaires ou conférences, 57 colloques-congrès et 241 activités d'auto-apprentissage avec un questionnaire d'évaluation. Il existe également certaines activités de formation continue obligatoires dispensées par l'Ordre²⁷.

Il existe également des revues et magazines, comme la revue Québec Pharmacie, qui équivalent à un certain quota-horaire de formation continue, test d'évaluation de lecture à la clé.

c. Standards de pratique

En décembre 2010, l'OPQ a mis en place les Standards de pratique servant à encadrer la pratique actualisée des pharmaciens du Québec, régulièrement actualisés lors de l'entrée de modifications professionnelles profondes, telle que l'entrée en vigueur de la Loi 41. Les standards de pratique ont été définis selon 4 volets : le maintien de la compétence, le développement professionnel et les activités de rayonnement et d'avancement de la profession ; la surveillance de la thérapie médicamenteuse en partenariat avec le patient ; la gestion des

médicaments ; et enfin, l'organisation et la sécurité des soins et des services pharmaceutiques²⁸. Ces standards se présentent sous forme systématique hiérarchisée avec pour chaque volet et sous-volet, un énoncé ainsi que les exigences attendues correspondantes du pharmacien.

Par exemple²⁸:

« Volet 4 : Organisation et sécurité des soins et des services pharmaceutiques

Énoncé 4.1 : Le pharmacien s'assure que l'organisation du travail et des ressources disponibles soutient le plan de développement des soins et services pharmaceutiques »

Exigences attendues :

- Le plan de développement des soins et services pharmaceutiques doit inclure :
 - Les activités liées directement à la surveillance de la thérapie médicamenteuse
 - Les activités de gestion de la distribution des médicaments (chaîne de travail, circuit du médicament)
 - Les activités de soutien de nature opérationnelle (gestion des risques, contrôle de la qualité, délégation etc.)
 - Les activités de soutien de nature administrative
 - Les soins & services pharmaceutiques spéciaux offerts aux patients (piluliers, préparations magistrales, méthadone etc.)
 - Les activités de soutien apportées à d'autres établissements (télépharmacie, centralisation, préparation de produits stériles etc.)
- Un plan d'effectifs :
 - Est élaboré afin que le personnel professionnel et technique soit en nombre suffisant pour assurer la qualité et la sécurité des soins et services pharmaceutiques offerts
 - Permet aux pharmaciens d'effectuer toutes les étapes de la surveillance de la thérapie médicamenteuse des patients et d'agir dans les secteurs où leurs interventions sont le plus susceptibles de répondre aux besoins des patients
 - Tient compte de l'utilisation des nouvelles technologies et des nouvelles activités et doit s'arrimer avec le plan de développement des soins et services pharmaceutiques
 - Inclut un programme d'orientation qui est appliqué lors de l'embauche de nouveaux employés

- Inclut un programme de formation et d'évaluation de la performance afin que le personnel technique et professionnel soit qualifié en fonction des tâches à effectuer, des outils disponibles, et des services offerts ».

L'Ordre a par ailleurs mis en place un guide interactif de standards de pratique, sur internet, afin d'en faciliter l'exploration par les pharmaciens.

d. Inspection professionnelle

Depuis 2011, la Direction des Services Professionnels (DSP) de l'OPQ a mis en place un programme de surveillance de l'exercice professionnel s'appuyant sur les Standards de pratique, comprenant deux volets :

- le **développement professionnel**, à travers des questionnaires d'auto-inspection, un plan d'atteinte des standards, un plan de prise en charge en pharmacie (et pour les gestionnaires un plan de projet organisationnel)
- les **inspections professionnelles** « à visée préventive dont le but est de veiller à ce que la pratique professionnelle des pharmaciens réponde aux standards de pratique et aux besoins grandissants des patients » :
 - **Auto-inspections** : la DSP de l'Ordre a mis en place une plate-forme d'auto-inspection professionnelle avec un questionnaire d'auto-inspection et un plan d'atteinte des standards à compléter. Il est également nécessaire pour chaque pharmacien en exercice, de rédiger un PPCP (Plan de Prise en Charge en Pharmacie), qui correspondent à des « cas cliniques » vécus à la pharmacie sur lequel est dressé en détail la prise en charge du pharmacien en fonction des standards attendus.
 - **Individuelles**, consistant en une vérification de la « démarche de surveillance de la thérapie médicamenteuse et non pas des connaissances cliniques ». ²⁹ L'inspection dure en général une journée et se compose de 2 étapes : une étape d'observation et une étape de discussion comprenant une entrevue, les constatations de l'inspection et les outils d'auto-inspection. Les outils d'auto-inspections sont très importants, et il est conseillé de préparer chaque année son inspection en actualisant ses outils. L'inspection individuelle a lieu environ tous les trois ans.

- **Du circuit du médicament et des soins et services pharmaceutiques** concernant les responsabilités des pharmaciens propriétaires : organisation des soins et services pharmaceutiques (chaîne de travail, ; ressources, espaces, équipements etc.), politiques et procédures, délégation des tâches techniques, gestion des risques, préparations magistrales non stériles, gestion des médicaments servis à l'aide d'outils d'aide à l'administration, gestion de l'inventaire (chaîne du froid), gestion des médicaments dangereux et matières dangereuses, stupéfiants, drogues contrôlées et substances ciblées, surveillance de la thérapie médicamenteuse (collecte de renseignements, vérification de l'impact de la thérapie médicamenteuse, consignation des renseignements au dossier patient etc.)³⁰. Il existe le même type d'inspection pour les établissements de santé et pour la préparation de produits stériles
- **Ciblées** (compétences, produits stériles dangereux et non dangereux, méthadone et stupéfiants, préparations magistrales non stériles...)

e. Focus sur la biologie médicale

La biologie médicale au Québec n'est pas une spécialité rattachée à la Pharmacie comme c'est le cas en France. Il s'agit d'une profession qui pour l'instant ne possède aucun Ordre professionnel, mais tente malgré tout une reconnaissance de la profession auprès de l'Office des professions du Québec, selon l'ABQ (Association des Biologistes du Québec). Je n'ai pas encore réussi à bien saisir les subtilités réglementaires nécessaires pour travailler dans un laboratoire d'analyses médicales. Il ne semble pas y avoir de distinguo entre les laboratoires de recherche et les laboratoires d'analyse. Chaque laboratoire semble pour autant bien différencié entre les différentes spécialisations : biochimie, hématologie et banque de sang, microbiologie, pathologie et cytologie, génétique, et forment la médecine de laboratoire.

3. Perspectives et évolution de la législation

Dans un souci de décloisonnement des professions pour favoriser un meilleur accès aux soins pour l'ensemble de la population du Québec, le projet de Loi 31 ou *Loi modifiant la Loi sur la pharmacie afin de faciliter l'accès à certains services* a été adoptée le 17 mars 2020 pour une entrée en vigueur le 18 mars. Cette loi a été rédigée en concertation avec l'OPQ et le

Collège des Médecins du Québec. Elle a, entre autres, permis l'exercice de nouvelles activités du pharmacien telles que :

- L'évaluation de la condition physique et mentale d'un patient, dans le but d'assurer l'usage approprié des médicaments
- Effectuer un prélèvement en introduisant un instrument dans le pharynx
- Prescrire un médicament de vente libre, lorsque la situation clinique ou toute autre circonstance le justifie
- Prescrire et administrer un médicament aux fins de la vaccination (formation nécessaire)
- Administrer un médicament lors d'une situation d'urgence (annexes II et III, par exemple injection d'épinéphrine, administration de nitroglycérine ou de naloxone)
- Prescrire un médicament lors de la vaccination
- Prescrire lors d'une urgence nécessitant l'administration de salbutamol (seul médicament sur annexe I autorisé à l'administration)

Dans le communiqué de presse de l'OPQ du 17 mars 2020, ce dernier précise que certaines activités prévues au projet de loi nécessiteront l'adoption de nouveaux règlements d'application avant de pouvoir être exécutées. Cette loi adoptée en plein début de crise Covid-19 au Québec permet une meilleure prise en charge dans ce contexte de pandémie. Le président de l'Ordre déclare : « Il s'agit d'un grand jour pour la pharmacie. Dans le contexte actuel de la pandémie COVID-19, il est également plus que positif de permettre aux pharmaciens d'avoir de nouveaux moyens et une plus grande autonomie dans leur offre de soins et services à la population »³¹(*Bertrand Bolduc*).

L'OPQ et le Collège des Médecins du Québec expliquaient conjointement déjà lors d'un communiqué de presse d'octobre 2019 sur le projet de loi 31 : « Cette loi reconnaît également que l'évaluation d'une personne fait partie intégrante du processus de raisonnement clinique du pharmacien et ouvre la porte à de nouvelles approches collaboratives, par exemple en offrant la possibilité aux médecins de faire des demandes de consultation aux pharmaciens ».

De plus, les conditions d'application de la loi 41 ont été élargies, notamment sur les prolongations d'ordonnances pour des périodes allant au-delà des durées maximales prévues initialement dans la loi.

N'ayant pas pu assister aux nouveaux actes « loi 31 », je n'ai aucun retour personnel sur l'application de cette Loi. Néanmoins, mon pharmacien maître de stage sur place me parle d'une utilisation quotidienne des loi 31 et 41.

4. Constat par étude de terrain

J'ai profité de mon expérience en tant que stagiaire en pharmacie communautaire à Montréal, pour dresser un constat sur l'utilisation et l'impact des soins pharmaceutiques au quotidien dans la pratique pharmaceutique québécoise, afin de pouvoir comparer l'avancée de la Pharmacie clinique française dans ma troisième partie. Pour se faire, il m'est apparu important d'interroger les pharmaciens québécois, mais aussi d'analyser la perception des patients sur ces soins pharmaceutiques en pharmacie communautaire. J'ai donc décidé de dresser deux questionnaires : l'un destiné aux patients de la pharmacie communautaire dans laquelle j'étais en stage, l'autre à l'ensemble des pharmaciens du Québec, dont l'approche méthodologique de chaque questionnaire sera décrite en détail.

Les résultats seront exposés pour chacun des questionnaires, puis nous discuterons des résultats obtenus en mettant en balance le regard des patients par rapport à la pratique professionnelle des soins pharmaceutiques par les pharmaciens, à travers une conclusion commune aux deux études.

- a. Étude patients
 - i) Matériel et méthodes

Le questionnaire a été rédigé de manière dactylographiée, et imprimé sur papier au format recto-verso. Il comprend 13 questions (entre parenthèse le nombre de type de question correspondant):

- Qualitatives (12) :
 - o A réponse unique (8) :
 - Nominales (4) : *Sexe, Emploi, Échelle de confiance, Fréquence de consultation*
 - Dichotomiques (4) : *Type Oui/Non*
 - o A réponse multiple (1) : *Cocher les situations de soin pharmaceutique*
 - o Textuelles semi-ouvertes par enrichissement (2) : *Type « Non/Oui : Précisez »*
 - o Textuelles ouvertes (1) : *Code postal de résidence (lettres et chiffres)*
- Numériques (quantitatives) (1) : *Âge*

Quatre questions nécessitaient une rédaction manuscrite. Le reste des questions était sous forme de case à cocher.

Le questionnaire a été mis à la disposition des ATP du laboratoire pour pouvoir le donner de manière aléatoire aux patients qui se présentent au laboratoire dont le temps d'attente estimé est relativement long. La plupart du temps, je prenais moi-même de manière aléatoire à n'importe quelle heure de la journée (de 9h à 22h), n'importe quel jour de la semaine (hormis dimanche où je n'étais pas en stage) l'initiative de proposer à des patients dans la salle d'attente leur accord pour répondre au questionnaire. La durée de recueil s'est étalée sur le mois de février et la première quinzaine du mois de mars (précocement arrêtée avec mon départ prématuré dû à la pandémie Covid-19).

ii) Résultats

27 réponses ont été récupérées ($n=27$).

➤ Données démographiques (questions 1 à 4) :

Âge		
Amplitude : 17-71 ans		
Moyenne : 36,4 ans		
Médiane : 35 ans		
Tranche [17-35[ans	48,15 %	13
Tranche [35-50[ans	37,04%	10
Tranche [50-75[ans	14,81%	4
Sexe		
Homme	51,9%	14
Femme	44,4%	12
Autre	3,7%	1
Situation d'emploi		
Salarié	63 %	17
Sans emploi	14,8 %	4
Cadre	11,1%	3
Etudiant	11,1 %	3
Travailleur autonome	3,7 %	1
Retraité	0 %	0

Codes Postaux			
Hochelaga (H1W)	18	66,7 %	92,6 %
Maisonneuve (H1V)	3	11,1 %	
Rosemont Nord (H1X)	2	7,4 %	
Parc Maisonneuve Nord-Ouest (H1T)	1	3,7 %	
Maisonneuve Nord (H1N)	1	3,7 %	
Ininterprétable / Hors de Montréal	2	7,4 %	7,4 %
Total	27	100 %	100 %

On constate une proportion de répondants majoritairement « jeunes » (17-35 ans), avec une proportion relativement égale entre les hommes et les femmes majoritairement salariés (63 %). On constate également que 92,6% de la patientèle interrogée réside dans le quartier.

➤ Echelle de confiance (question 5) : 1 = note la plus basse ; 10 = note la plus élevée

Echelle de confiance du patient envers son pharmacien		
<i>n = 26 réponses</i>		
1	0 %	0
2	0 %	0
3	0 %	0
4	3,9 %	1
5	0 %	0
6	0 %	0
7	11,5 %	3
8	11,5 %	3
9	23,1 %	6
10	50 %	13
Total	100 %	26
<i>Absence de réponse</i>		1

96,1% des répondants ont attribué une note de confiance du pharmacien supérieure ou égale à 7/10. 1 répondant a attribué la note de 4/10. 50% des répondants ont attribué la note maximale de 10/10.

➤ Etat de santé du patient (question 6) :

Le patient est-il sujet à une pathologie chronique ? Si oui, laquelle ?		
Non	65,4 %	17
Asthme	7,7 %	2
Epilepsie	3,9 %	1
Hypothyroïdie	3,9 %	1
Eczéma	7,6 %	2
Anxiété +/- dépression	7,6 %	2
Colite ulcéreuse + maladie d'Addison	3,9 %	1
Total	100 %	26
<i>Absence de réponse</i>		1

La majorité des répondants à ce questionnaire (65,4%) ne souffrent pas de pathologie chronique.

➤ Connaissances législatives sur la pratique des soins pharmaceutiques : (Questions 7-8-9-11)

Connaissance de l'existence de la « Loi 41 » modifiant la Loi sur la Pharmacie en 2015		
Non	63 %	17
Oui	37 %	10
Total	100 %	27

Connaissance des nouveaux actes pharmaceutiques autorisés dans la pratique du pharmacien ; préciser ceux connus		
Non	88,9 %	24
Renouvellement de certaines prescriptions	3,7 %	1
Renouvellement de certaines prescriptions + prescription de certains médicaments	3,7 %	1

Prescription de certains médicaments sous certaines conditions (ex : infection urinaire)	3,7 %	1
Total	100 %	27

Besoin de renseignements sur les nouveaux actes pharmaceutiques autorisés dans la pratique du pharmacien		
Non	37 %	10
Oui	63 %	17
Total	100 %	27

Connaissance de l'existence du Dossier de Santé Québec (carnet de santé en ligne)		
Oui	14,8 %	4
Non	85,2 %	23
Total	100 %	27

La majorité des répondants disent ne pas connaître la Loi 41 ainsi que le détail des nouveaux actes pharmaceutiques autorisés par la Loi 41. Notons que sur les 10 répondants connaissant l'existence de la Loi 41, seulement 3 sont capables de citer un des actes autorisés par le pharmacien. Sur les 17 répondants ne connaissant pas la Loi 41, 10 ne souhaitent pas de renseignements sur les nouveaux actes pharmaceutiques autorisés. Seuls 14,8% des répondants connaissent l'existence du DSQ.

➤ Répercussion de la mise en place de la Loi 41 sur le comportement des patients : (Questions 10-12-13)

Solliciter l'entourage du patient (ou lui-même) à rencontrer son pharmacien dans l'optique qu'il prodigue un soin pharmaceutique compris dans la liste des nouveaux actes autorisés		
Oui	80 %	20
Non	20 %	5
Total	100 %	25
<i>Absence de réponse</i>		2

Fréquence de consultation du médecin depuis la mise en place de la Loi 41		
Moins fréquent	5,3 %	1
Aussi fréquent	94,7 %	18
Plus fréquent	0 %	0
Total	100 %	19
<i>Absence de réponse</i>		8

La majorité des répondants (80%) est prête à rencontrer le pharmacien pour eux-même, ou à solliciter leur entourage, dans l'optique qu'il prodigue un soin pharmaceutique compris dans la liste des nouveaux actes autorisés par la Loi 41. La majorité des répondants (94,7%) disent ne pas avoir modifié la fréquence de consultation chez leur médecin. 5,3% disent consulter moins fréquemment leur médecin ; en revanche, aucun patient ne déclare aller consulter plus fréquemment son médecin.

Sur les 12 derniers mois, situation amenant le pharmacien à prodiguer un soin pharmaceutique listé			
Prolongation d'ordonnance	58,3 %	7	
Prescription du pharmacien	41,7 %	5	
	Diarrhée du voyageur	16,7 %	2
	Dermatite atopique	16,7 %	2
	<i>Absence de sous-réponse</i>		1
Ajustement d'ordonnance	8,3 %	1	
Substitution de médicament pour cause de rupture	16,7 %	2	
Administration du médicament pour en démontrer l'usage	8,3 %	1	
Suivi d'INR, de médication, de glycémie ou autre	16,7 %	2	
Total de réponses sur 12 participants	100 %	22	
<i>Absence de réponse : 15</i>			
<i>Taux de participation à la question : 44,4 %</i>			

Cette question était la seule à choix multiple. Sur les 30 propositions possibles, seulement 8 ont été cochées. Sur les 27 patients interrogés, 12 ont répondu à cette question, correspondant à un taux de réponse de 44,4%. Les plus fortes réponses correspondent à la prolongation d'ordonnance (58,3%) et la prescription du pharmacien d'un médicament dans une situation précise, dont la précision concernait la diarrhée du voyageur et la dermatite atopique, toutes deux à 16,7% de participation. 1 réponse concerne l'ajustement de l'ordonnance et l'administration d'un médicament, la substitution en cas de rupture et le suivi du patient sont à part égales à 16,7%.

- b. Étude pharmaciens
 - i) Matériel et méthodes

Le questionnaire a été rédigé de manière dactylographiée au format numérique, grâce à l'outil Google Forms® et transmis via mon maître de stage, à l'ensemble des pharmaciens du Québec ayant une licence validée par l'Ordre des Pharmaciens du Québec, grâce à une publication sur le groupe des pharmaciens en question du réseau social Facebook® (7774 membres). Il est important de noter que ce groupe est administré et contrôlé, notamment par des personnes travaillant au sein de l'OPQ. Seul un pharmacien autorisé à exercer peut se connecter à ce groupe. Le groupe s'intitule « Pharmaciens et pharmaciennes du Québec (membre OPQ) », c'est un groupe fermé nécessitant l'approbation par leurs pairs.

Les réponses recueillies datent du 19 février au 13 mars 2020. Il n'a malheureusement pas été possible de renvoyer une nouvelle vague de publication du questionnaire car les pharmaciens étaient en pleines préoccupations vis-à-vis de la gestion de la crise Covid19, ce qui explique l'absence de réponse à partir du 13 mars.

Le questionnaire comprend 43 questions (entre parenthèse le nombre de type de question correspondant) :

- Qualitatives (40) :
 - o A réponse unique (28) :
 - Nominale (22)
 - Dichotomiques (6)
 - o A réponse multiple (6)

- Textuelles semi-ouvertes par enrichissement (3)
- Textuelles ouvertes (3)
- Numériques (quantitatives) (3)

Toutes les réponses requièrent un caractère obligatoire pour pouvoir continuer le questionnaire. Seules 10 questions ne sont pas obligatoires et comprennent 1 question quantitative, 5 questions qualitatives à réponse multiple, 3 questions qualitatives textuelles ouvertes, 1 question qualitative textuelle semi-ouverte par enrichissement. La question 40 requiert un caractère « bloquant » pour pouvoir accéder à la question 43 : si la réponse à la question est « non » le questionnaire s'arrête à la question 42.

ii) Résultats

24 réponses ont été recueillies ($n = 24$).

➤ Données socio-démographiques (question 1 à 10) :

Âge		
20-30 ans	54,2 %	13
30-40 ans	29,2 %	7
40-50 ans	8,3 %	2
50-60 ans	8,3 %	2
>60 ans	0	0
Total	100 %	24

Sexe		
Homme	29,2 %	7
Femme	70,8 %	17
Autre	0	0
Total	100 %	24

Propriétaire de pharmacie communautaire		
Oui	12,5 %	3
Non	87,5 %	21
Total	100 %	24

La majorité des répondants sont compris entre 20 et 40 ans (83,4 % des sondés), de sexe majoritairement féminin, non propriétaires de la pharmacie communautaire où ils exercent (87,5%).

Durée de travail moyenne hebdomadaire en pharmacie communautaire		
<15h	4,2 %	1
15-25h	8,3 %	2
25-35h	20,8 %	5
35-40h	33,3 %	8
>40h	33,3 %	8
Total	100 %	24

La majorité des sondés travaillent plus de 35h (66,6%) dont 33,3% plus de 40h/semaine, suivis de près par des sondés travaillant entre 25 et 35h/semaine (20,8 %).

Nombre de pharmaciens dans la pharmacie communautaire	
Moyenne des réponses	5,5 pharmaciens
Valeur médiane	4 pharmaciens

Nombre d'assistants techniques en Pharmacie	
Moyenne des réponses	10,7 ATP
Valeur médiane	8 ATP

Nombre d'autres salariés dans la pharmacie communautaire (sur 20 réponses (question non obligatoire))	
Moyenne des réponses	24,3 salariés
Valeur médiane	15 salariés
Absence de réponse	4

Région administrative québécoise d'exercice		
Abitibi-Témiscamingue	0 %	0
Bas-Saint-Laurent	0 %	0
Capitale-Nationale	0 %	0

Centre-du-Québec	4,2 %	1
Chaudière-Appalaches	12,5 %	3
Côte-Nord	0 %	0
Estrie	0 %	0
Gaspésie – Îles-de-la-Madeleine	0 %	0
Lanaudière	12,5 %	3
Laurentides	4,2 %	1
Laval	4,2 %	1
Mauricie	8,3 %	2
Montérégie	12,5 %	3
Montréal	41,6 %	10
Nord-du-Québec	0 %	0
Outaouais	0 %	0
Saguenay – Lac-St-Laurent	0 %	0
Total	100 %	24

Les pharmaciens répondants exercent dans les régions administratives les plus peuplées du Québec (hormis Capitale-Nationale ou Ville de Québec, non représentée mais fortement peuplée).

Point de vue sur la répartition des pharmacies communautaires sur le territoire québécois		
Insuffisante	8,3 %	2
Suffisante	79,2 %	19
Trop élevée	12,5 %	3
Total	100 %	24

Les deux réponses « insuffisantes » concernent des pharmaciens de Montréal, de la tranche d'âge 30-40 ans, de sexe différent, salarié de la pharmacie travaillant 25 à plus de 40h/semaine dans des pharmacies de taille différente (au vu du nombre de salariés) avec le même nombre de pharmaciens (4).

Les trois réponses « trop élevée » concernent des pharmaciens de trois régions différentes (Montréal, Laval, Lanaudière), 2 dans la tranche d'âge 20-30 ans, 1 dans la tranche 30-40 ans ;

salariés dans des pharmacies de taille différentes (2 grandes (8 à 12 pharmaciens) et 1 plus petite (3 pharmaciens)) pour des durées de travail de <15h, 15-25h et 25-35h/semaine.

Conjecture du niveau de confiance des patients envers leur pharmacien auprès de la population québécoise		
1	0 %	0
2	4,2 %	1
3	0 %	0
4	0 %	0
5	0 %	0
6	0 %	0
7	8,3 %	2
8	50 %	12
9	29,2 %	7
10	8,3 %	2
Total	100 %	24

95,8% des réponses conjecturent une note supérieure ou égale à 7/10. Les réponses majoritaires sont : 50% des réponses donnent la note de 8/10 et 29,2% la note de 9/10.

➤ Concernant la promulgation de la Loi 41

Favorable ou non à la loi 41 lors de sa promulgation		
Oui	95,8 %	23
Non	4,2 %	1
Total	100 %	24

Connaissance des dispositions de la loi 41 lors de sa promulgation		
Oui	95,8 %	23
Non	4,2 %	1
Total	100 %	24

Ces deux réponses montrent une écrasante majorité de répondants favorables lors de la promulgation de la Loi 41. Le pharmacien répondant « non » à la première question est en adéquation avec l'absence de connaissance des dispositions de la Loi (même répondant).

Augmentation de la fréquentation de la clientèle dans la pharmacie remarquée depuis la mise en place de la Loi 41 ?		
Oui	66,7 %	16
Non	33,3 %	8
Total	100 %	24

Les 2/3 des pharmaciens répondants ont remarqué une augmentation de la fréquence de la clientèle.

Formation réglementaire dispensée par l'OPQ suivie ?		
Oui	95,8 %	23
Non	4,2 %	1
Total	100 %	24

Fréquence des actes autorisés par la Loi 41 si ces derniers étaient remboursés par le régime assurance-maladie de la RAMQ		
Augmentée	91,7 %	22
Identique	8,3 %	2
Diminuée	0 %	0
Total	100 %	24

La majorité (91,7%) des répondants pense que si ces actes étaient remboursés, ils seraient plus fréquents. 8,3% pensent que ça ne changerait pas la fréquence de ces actes.

Attention : il est important de noter que la réponse à la question sur la formation réglementaire est bloquante pour la suite du questionnaire. La personne ayant répondu « non » n'est pas censée pouvoir répondre aux questions suivantes puisqu'il n'a pas suivi la formation réglementaire. Les réponses suivantes seront donc d'un effectif $n = 23$.

➤ Concernant l'application de la Loi 41 :

Quelle activité parmi les nouvelles activités autorisées par la Loi 41 les pharmaciens ont-ils pratiqué au cours des 12 derniers mois ?		
Prolongation d'une ordonnance	100 %	23
Prescription d'analyses de laboratoires	95,7 %	22
Prescription d'un médicament lorsqu'aucun médicament n'est requis	100 %	23
Prescription d'un médicament lorsque le traitement et le diagnostic sont connus	100 %	23
Ajuster une ordonnance	91,3 %	21
Substitution d'un médicament en cas de rupture d'approvisionnement	100 %	23
Administration d'un médicament pour en démontrer l'usage approprié	39,1 %	9

On remarque que l'ensemble des nouveaux actes autorisés par la Loi 41 a été pratiqué lors des 12 derniers mois. Seule l'administration d'un médicament pour en démontrer l'usage approprié n'est pratiquée que par 39,1% des pharmaciens sondés.

Les deux prochaines questions détaillent la prescription d'un médicament.

Concernant la prescription d'un médicament lorsqu'aucun diagnostic n'est requis , au cours des 12 derniers mois, dans quelle(s) situation(s) le pharmacien a-t-il prescrit ce médicament ?		
Cessation tabagique	100 %	23
Contraception hormonale suite à une consultation pour une contraception orale d'urgence	69,6 %	16
Contraception orale d'urgence	100 %	23
Diarrhée du voyageur	100 %	23
Nausées & vomissements liés à la grossesse	95,7 %	22
Pédiculose	100 %	23
Prophylaxie antibiotique chez les porteurs de valve	8,7 %	2
Prophylaxie cytoprotectrice	13 %	3
Prophylaxie du mal aigu des montagnes	26,1 %	6
Prophylaxie du paludisme	82,6 %	19
Supplémentation vitaminique en périnatalité	60,9 %	14

Ici toutes les situations ont été rencontrées, avec une prédominance pour la cessation tabagique, la contraception orale d'urgence, la diarrhée du voyageur et la pédiculose qui sont unanimement rencontrées (100%). Seules les prophylaxies antibiotiques chez les porteurs de valve, cytoprotectrice et du mal aigu des montagnes sont minoritaires avec moins de 30% de situation rencontrée.

Concernant la prescription d'un médicament lorsque le traitement et le diagnostic sont connus , au cours des 12 derniers mois, dans quelle(s) situation(s) avez-vous prescrit ce médicament ?		
Acné mineure	8,7 %	2
Aphtes buccaux	4,3 %	1
Conjonctivite allergique	21,7 %	5
Dermatite atopique	43,5 %	10
Dysménorrhée primaire	0 %	0
Érythème fessier	4,3 %	1
Hémorroïdes	39,1 %	9
Herpes labial	82,6 %	19
Infection urinaire chez la femme	100 %	23
Muguet buccal	17,4 %	4
Rhinite allergique	43,5 %	10
Vaginite à levure	56,5 %	13

Ces résultats sont très hétérogènes, car chaque situation dépend de la clientèle de la pharmacie communautaire. Cependant, on peut remarquer que sur l'ensemble du pool de sondés ressortent une prescription dans le cas d'une infection urinaire chez la femme chez l'ensemble des pharmaciens (100%), et par antagonisme, aucun pharmacien ne s'est retrouvé face à une situation permettant une prescription dans le cas d'une dysménorrhée primaire. L'herpès labial et la vaginite à levure sont également des situations fréquentes (> 50%).

A quelle fréquence les pharmaciens dressent-ils en moyenne une opinion pharmaceutique ?		
Quotidiennement	52,2 %	12
Hebdomadairement	34,8 %	8
Mensuellement	8,7 %	2

Rarement	4,3 %	1
Jamais	0 %	0
Total	100 %	23

On remarque ici qu'une forte majorité de sondés dressent une opinion pharmaceutique au moins une fois par semaine (87%), quand 52,2% en dressent quotidiennement.

A quelle fréquence les pharmaciens effectuent-ils une activité de suivi de leurs patients (INR, Glycémie, médication...)?		
Quotidiennement	52,2 %	12
Hebdomadairement	39,1 %	9
Mensuellement	4,3 %	1
Rarement	4,3 %	1
Jamais	0 %	0
Total	100 %	23

Ici également, on retrouve des résultats similaires à la question précédente, où une forte majorité de sondés effectuent une activité de suivi de leurs patients au moins une fois par semaine (91,3 %), quand 52,2 en effectuent tous les jours.

➤ Concernant la fréquence de ces actes :

Prolongation d'une ordonnance		
Quotidiennement	95,7 %	22
Hebdomadairement	4,3 %	1
Prescription d'analyses de laboratoire		
Quotidiennement	13 %	3
Hebdomadairement	21,7 %	5
Mensuellement	43,5 %	10
Rarement	17,5 %	4
Jamais	4,3 %	1
Prescription d'un médicament lorsqu'aucun diagnostic n'est requis		
Quotidiennement	30,4 %	7

Hebdomadairement	60,9 %	14
Mensuellement	8,7 %	2
Prescription d'un médicament lorsque le traitement et le diagnostic sont connus		
Hebdomadairement	69,6 %	16
Mensuellement	26,1 %	6
Rarement	4,3 %	1
Ajustement d'ordonnances		
Quotidiennement	13 %	3
Hebdomadairement	43,6 %	10
Mensuellement	26,1 %	6
Rarement	13 %	3
Jamais	4,3 %	1
Substitution d'un médicament en rupture d'approvisionnement		
Quotidiennement	13 %	3
Hebdomadairement	43,5 %	10
Mensuellement	34,8 %	8
Rarement	8,7 %	2
Administration d'un médicament afin d'en démontrer l'usage approprié		
Hebdomadairement	4,3 %	1
Mensuellement	8,7 %	2
Rarement	26,1 %	6
Jamais	60,9 %	14

Il est important de noter que les réponses à chaque question ne sont pas corrélées d'une question à l'autre, car un pharmacien répondant « quotidiennement » à l'ajustement d'ordonnance ne répondra pas forcément le même argument de fréquence pour la substitution d'un médicament par exemple. On remarque cependant une corrélation entre la question de fréquence sur les 12 derniers mois et ces questions de fréquence en détail, notamment concernant l'administration d'un médicament afin d'en démontrer l'usage approprié : la majorité des sondés ont répondu ne jamais pratiquer cet acte (60,9 %) pour 39,1 % des sondés répondant avoir pratiqué cet acte sur les douze derniers mois.

On remarque également que l'acte le plus souvent pratiqué quotidiennement est la prolongation d'ordonnance (95 %). Les actes les plus fréquents de manière hebdomadaire sont la prescription

d'un médicament : lorsqu'aucun diagnostic n'est requis : 60,9 %, lorsque le traitement et le diagnostic sont connus : 69,6 % ; mais également l'ajustement d'ordonnance (43,6 %) et la substitution de médicament en cas de rupture (43,5 %). L'acte le plus fréquemment pratiqué de manière mensuelle est la prescription d'analyses biologiques.

Les pharmaciens arrivent-ils facilement à obtenir des cibles thérapeutiques de leurs patients en ajustant les prescriptions selon la Loi 41 ?			
Oui plutôt		21,7 %	5
Oui mais avec difficulté		26,1 %	6
Non pas vraiment		30,6 %	7
Non pas du tout		8,7 %	2
Ne se prononce pas		0 %	0
Autre (réponse libre)	Ajuste uniquement si la cible est fournie par le médecin	4,3 %	1
	Oui pour les INR, peu pour les autres conditions	4,3 %	1
	N'effectue pas d'ajustement	4,3 %	1
Total		100 %	23

Les réponses à cette question sont très hétérogènes. 78,4% des réponses sont partagées entre oui (« plutôt » ou « avec difficulté ») et non pas vraiment. Seulement 8,7% des répondants concèdent ne pas arriver du tout à obtenir des cibles thérapeutiques facilement. 4,3 % n'effectuent pas d'ajustement, 4,3% effectuent uniquement si le médecin donne lui-même la cible à obtenir et 4,3% ajustent uniquement pour les INR.

Pour les deux questions suivantes, il a été question de choisir **quelles situations ont été les plus fréquentes** lors de la prescription d'un médicament (maximum 5 réponses autorisées). En comparaison, les résultats de la colonne de droite sont les résultats des pharmaciens sur la question sur la situation qui au cours des 12 derniers mois a entraîné une prescription d'un médicament :

Concernant la prescription d'un médicament lorsqu'aucun diagnostic n'est requis				
Cessation tabagique	95,7 %	22	100 %	23
Contraception hormonale suite à une consultation pour une contraception orale d'urgence	0 %	0	69,6 %	16

Contraception orale d'urgence	0 %	0	100 %	23
Diarrhée du voyageur	95,7 %	22	100 %	23
Nausées & vomissements liés à la grossesse	65,2 %	15	95,7 %	22
Pédiculose	82,6 %	19	100 %	23
Prophylaxie antibiotique chez les porteurs de valve	4,3 %	1	8,7 %	2
Prophylaxie cytoprotectrice	8,7 %	2	13 %	3
Prophylaxie du mal aigu des montagnes	4,3 %	1	26,1 %	6
Prophylaxie du paludisme	56,5 %	13	82,6 %	19
Supplémentation vitaminique en périnatalité	21,7 %	5	60,9 %	14

Concernant la prescription d'un médicament lorsque le traitement et le diagnostic sont connus				
Acné mineure	0 %	0	8,7 %	2
Aphtes buccaux	0 %	0	4,3 %	1
Conjonctivite allergique	4,3 %	1	21,7 %	5
Dermatite atopique	17,4 %	4	43,5 %	10
Dysménorrhée primaire	0 %	0	0 %	0
Érythème fessier	0 %	0	4,3 %	1
Hémorroïdes	34,8 %	8	39,1 %	9
Herpes labial	82,6 %	19	82,6 %	19
Infection urinaire chez la femme	95,7 %	22	100 %	23
Muguet buccal	4,3 %	1	17,4 %	4
Rhinite allergique	21,7 %	5	43,5 %	10
Vaginite à levure	47,8 %	11	56,5 %	13

On peut remarquer des résultats concordants entre la question des 5 situations les plus fréquentes et la question sur la situation qui au cours des 12 derniers mois aurait conduit à la prescription d'un médicament, qu'il s'agisse d'une prescription lorsqu'aucun diagnostic n'est requis ou lorsque le traitement et le diagnostic sont connus.

On retrouve donc pour le premier tableau une grande majorité de réponses pour la cessation tabagique et la diarrhée du voyageur (95,7 %), ainsi que la pédiculose (82,6 %), nausées & vomissements liés à la grossesse (65,2 %) et la prophylaxie du paludisme (56,2 %).

Pour le second tableau, on retrouve une majorité de réponses pour l'infection urinaire chez la femme (95,7%), l'herpès labial (82,6 %) et la vaginite à levure (47,8 %).

➤ Loi 41 et territoires :

La mise en place de la Loi 41 a-t-elle, selon les pharmaciens, modifié le maillage territorial des pharmacies communautaires ?		
Non	91,3 %	21
Ne se prononce pas, ininterprétable/question incomprise	8,7 %	2

Pour la grande majorité des pharmaciens répondants la loi 41 n'a pas modifié le maillage territorial.

La mise en place de la Loi 41 a-t-elle eu un impact sur la pharmacie communautaire afin de : (n = 21 réponses)			
Favoriser la création de pharmacies		0 %	0
Augmenter la surface de vente des pharmacies		0 %	0
Diminuer la surface de vente des pharmacies		0 %	0
Augmenter le chiffre d'affaire et l'activité de la pharmacie		23,8 %	5
Diminuer le chiffre d'affaire et l'activité de la pharmacie		0 %	0
Rendre la pharmacie communautaire davantage accessible aux patients		85,7 %	18
Spécialiser certaines pharmacies communautaires dans certaines pratiques professionnelles plutôt qu'être généralistes		9,5 %	2
Autre (réponse libre)	Accès et éventail de services élargi	4,8 %	1
	Augmenter la charge de travail	4,8 %	1
	Ne se prononce pas	4,8 %	1

➤ Collaboration du pharmacien et des autres professionnels de santé :

Pour les questions suivantes, le but était de mesurer l'impact de la Loi 41 sur la collaboration entre le pharmacien et les autres professionnels de santé. Le but des répondants était d'attribuer une note de 1 à 5 mesurant cette coopération, pour chaque professionnel de santé (1 étant la

note représentant l'absence de collaboration, 5 étant l'entente et la coopération maximales), ceci avant et après la mise en place de la Loi 41 :

Collaboration avec le médecin					
Avant la mise en place de la Loi 41			Après la mise en place de la Loi 41		
1	4,3 %	1	1	4,3 %	1
2	13 %	3	2	0 %	0
3	56,5 %	13	3	47,8 %	11
4	26,2 %	6	4	39,2 %	9
5	0 %	0	5	8,7 %	2
Total	100 %	23	Total	100 %	23

Collaboration avec l' infirmier ou l' infirmière					
Avant la mise en place de la Loi 41			Après la mise en place de la Loi 41		
1	8,7 %	2	1	8,7 %	2
2	4,3 %	1	2	0 %	0
3	74 %	17	3	56,5 %	13
4	8,7 %	2	4	26,1 %	6
5	4,3 %	1	5	8,7 %	2
Total	100 %	23	Total	100 %	23

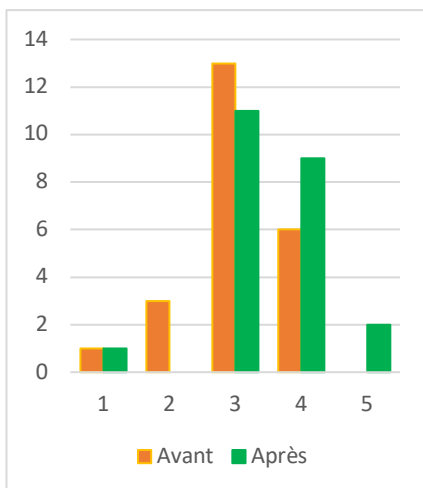


Figure 5 - Évolution de la collaboration pharmacien-médecin suite à la mise en place de la Loi 41

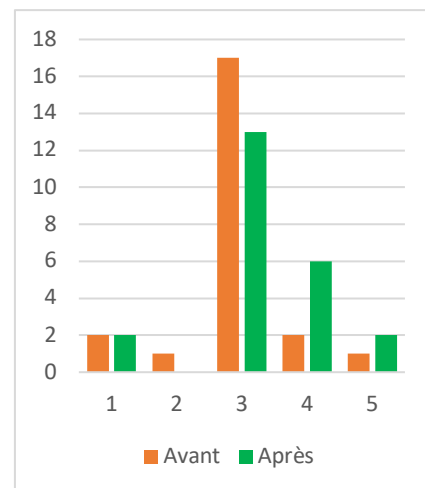


Figure 6 - Évolution de la collaboration pharmacien-infirmier(ère) suite à la mise en place de la Loi 41

Sous quelle forme se mettait/se met en place cette coopération avec les professionnels de santé ? (Ordonnances collectives, réunions interprofessionnelles autour de certains patients...) <i>(Libre expression)</i>
Communication orale et écrite
Fax
Communication par téléphone, opinions pharmaceutiques, ordonnances collectives

➤ Loi 41 et évolution de la profession :

La profession de Pharmacien a-t-elle évolué de manière positive, neutre ou négative depuis la mise en place de la Loi 41 ?		
Positive	91,4 %	21
Neutre	4,3 %	1
Négative	4,3 %	1
Total	100 %	23

La majorité des pharmaciens répondants (91,4%) considère que la mise en place de la Loi 41 et des nouveaux actes de soin pharmaceutiques a permis une évolution de manière positive de la profession. 4,3% considèrent qu'il s'agit d'une évolution négative pour la profession (notons que le pharmacien répondant a choisi la note de 1 pour la collaboration entre le pharmacien et le médecin, mais aussi avec l'infirmier/infirmière) et a répondu être favorable à la mise en place de la Loi 41 à l'époque). A noter que le pharmacien ayant répondu à la question n°11 qu'il n'était pas favorable à l'époque à la mise en place de la Loi 41, conclue que la Loi 41 a fait évoluer de manière positive la profession.

➤ Loi 31 :

Les pharmaciens ont-ils connaissance des dispositions prévues de la Loi 31 ?		
Oui	78,3 %	18
Non	21,7 %	5
Total	100 %	23

Une très grande majorité des pharmaciens répondants connaissent les dispositions prévues dans la nouvelle Loi 31. A noter que la réponse à cette question est bloquante pour la question suivante, en effet, un pharmacien répondant « non » ne pourra pas avoir d'avis quant à la promulgation de la loi.

Les pharmaciens sont-ils favorables à la promulgation de la Loi 31 ?		
Oui	83,3 %	15
Non	11,1 %	2
Neutre	5,6 %	1
Total	100 %	18

83,3 % des pharmaciens ayant connaissance des dispositions prévues de la Loi 31 sont favorables à sa promulgation, contre 11,1 % qui ne sont pas favorables ; 5,6 % sont neutres face à cette nouvelle loi.

A noter que les pharmaciens sondés ayant répondu « non » sont également ceux qui :

- Pour un, considère que la Loi 41 a entraîné une évolution négative de la profession, mais également considère que si la RAMQ pouvait rembourser les actes sous le régime assurance-maladie, cela ne changerait pas la fréquence des nouveaux actes de la Loi 41, et trouve la répartition actuelle des pharmacies communautaires sur le territoire québécois insuffisante, ainsi qu'un niveau de confiance du patient envers son pharmacien de 2/10.
- Pour l'autre, considère la répartition actuelle des pharmacies communautaires sur le territoire québécois trop élevée, travaillant moins de 15h/semaine dans une pharmacie de taille moyenne, avec la considération que la Loi 41 a fait évoluer la profession de manière positive.

➤ Commentaires :

- Un(e) pharmacien(ne) décrit que l'accessibilité aux actes de la Loi 41 est limitée en raison des frais engendrés pour le patient, que les actes ne sont pas forcément compris ou pas acceptés à 100% de la part de l'ensemble de la population (pour certains actes) surtout lorsque ces actes peuvent être faits par des infirmières ou des médecins et que les patients n'ont rien à déboursier dans ce cas.

- Un(e) pharmacien(ne) décrit la surcharge de travail occasionnée par la Loi 41 pour une rémunération inadéquate, ce qui entraîne un frein à la pratique de certains actes puisque « la Loi 41 n’amène pas davantage de rentabilité ».

c. Discussion et conclusion communes

Discutons tout d’abord des différents biais inhérents à la mise en place de ces deux études.

Concernant l’étude des patients, il est important à noter qu’il peut exister un biais sociologique à travers un biais de lieu. En effet, le quartier de la pharmacie est historiquement un quartier ouvrier, relativement pauvre, mais désindustrialisé depuis quelques années pour être progressivement transformé en quartier résidentiel et de services. On y retrouve également un mouvement d’exode de plusieurs familles du centre-ville de Montréal qui embourgeoisent le quartier. On retrouve donc une certaine mixité sociale, sur fondement ouvrier. Les réponses à ce questionnaire pourraient être différentes si elles avaient été recueillies dans un autre quartier, tel que le centre-ville de Montréal.

Il peut également exister un biais de sélection des patients : en effet, le questionnaire n’était pas disponible pour l’ensemble des patients car je leur distribuais en fonction du flux de patients présents dans la salle d’attente, je calculais le temps d’attente approximatif pour que les patients aient le temps de répondre au questionnaire et soient disponibles pour ce type d’étude (fin de journée, soirée, moments calmes). Par contre, les questionnaires étaient distribués de façon aléatoire parmi les patients une fois les conditions précédentes réunies. A noter également, que seuls les patients québécois pouvaient répondre à cette étude. J’ai donc exclu de l’étude les patients étrangers, notamment français et américains.

Concernant l’étude des pharmaciens, il est important de prendre en compte un biais de sélection vis-à-vis des pharmaciens qui ne seraient pas inscrits sur le groupe Facebook® où a été déposé le questionnaire de l’étude. Néanmoins, rappelons que le groupe recueille 7774 membres pour 9965 pharmaciens membres de l’OPQ au 31 mars 2019²⁷, soit 78% de l’effectif total des pharmaciens membres de l’OPQ.

Sur la base des résultats mis en exergue, nous pouvons retenir à présent plusieurs conclusions.

Les réponses au « questionnaire pharmacien » nous apportent des avis divers, grâce à la diversité des répondants. En effet, le questionnaire a touché un public de pharmaciens québécois jusqu'à 60 ans, d'hommes et de femmes, de pharmacies et structures diverses, propriétaires et salariés, de différentes durées de travail hebdomadaire répartis sur presque 50% du territoire couvrant le Québec.

Côté patients, la diversité des réponses est elle aussi bien respectée avec une amplitude des âges de 17 à 71 ans, et une homogénéité relative des sexes avec légère prédominance masculine, une bonne diversité de la « catégorie socio-professionnelle » avec prédominance pour le salariat, bien qu'aucun retraité n'ait été sondé.

Ces deux études ont été source d'avis divers pouvant laisser suggérer un bon avis de la population générale.

Concernant à présent la confiance envers le pharmacien : ce dernier est en grande majorité un professionnel de santé de très grande confiance aux yeux des patients, avec 50% des patients donnant la note de 10/10 sur l'échelle de confiance, et 96,1% des répondants donnant une note supérieure ou égale à 7/10.

Côté pharmacien, constat semblable : le pharmacien québécois pense que le patient a un bon niveau de confiance envers lui, avec de bonnes notes de niveau de confiance bien que légèrement en-deçà de celle des patients (95,8% donnent une note supérieure à 7/10, 50% la note de 8/10 et 29,2% la note de 9/10 ; aucun ne donne la note de 10/10).

Le pharmacien semble donc être un professionnel de santé de confiance et de référence dans la prise en charge des patients.

La Loi 41 a bouleversé le visage de la pratique des soins pharmaceutiques québécois. Cette loi en très grande partie bien accueillie par les pharmaciens, aurait également permis une augmentation de fréquence de la patientèle. Cependant, pour pouvoir pratiquer certains actes, la formation dispensée par l'OPQ était obligatoire ; néanmoins une majorité de pharmaciens ont suivi cette formation. Il faut noter que les pharmaciens se forment très régulièrement avec ce type de formation (dispensée par l'OPQ ou non), tel que nous avons pu le voir dans la partie précédente (*formation continue des pharmaciens*).

D'un point de vue d'accès à ces actes, une écrasante majorité de pharmaciens pensent que si ces actes étaient remboursés par le régime d'assurance maladie de la RAMQ (équivalent d'une prise en charge à 100% des soins médicaux) plutôt que le régime d'assurance médicament

(nécessitant une assurance privée onéreuse + un remboursement des médicaments par la RAMQ à partir d'une consommation médicamenteuse supérieure à 80\$ mensuel), ces actes seraient plus fréquemment pratiqués. De plus, certains expliquent en commentaire la présence d'une incohérence budgétaire, où certains actes pratiqués en pharmacie (grâce à la Loi 41) sont payants, alors qu'ils sont pris en charge si un médecin ou une infirmière les pratiquent : tout ceci car le régime de remboursement de la RAMQ n'est pas le même. Ils expliquent également que cette différence budgétaire peut restreindre une certaine population à se tourner vers le pharmacien en vue qu'il lui prodigue ces soins pharmaceutiques : l'intérêt d'un décloisonnement médical et d'une prise en charge plus globale de la population grâce au pharmacien perd donc tout son sens. Néanmoins, il ne s'agit pas de la majorité des actes autorisés par la Loi 41, et ce sujet semble être en discussion politique.

Dans la pratique pharmaceutique, on remarque une pratique régulière de quasiment l'ensemble des actes autorisés (l'administration d'un médicament pour en démontrer l'usage étant l'acte le moins fréquemment pratiqué, certainement dû au type de médicament dispensé vs tous les autres médicaments). Cependant, la prescription est très hétérogène en fonction des situations autorisant la prescription : certaines situations rencontrent l'unanimité des pharmaciens (telle que la cessation tabagique, la contraception orale d'urgence, la diarrhée du voyageur, la pédiculose, infection urinaire chez la femme) ou chez une très grande majorité de pharmaciens (nausées & vomissements liés à la grossesse, prophylaxie du paludisme, herpès labial...).

Toujours dans la pratique pharmaceutique québécoise, les opinions pharmaceutiques et le suivi de patients (INR, glycémie, médication...) sont un quotidien pour la majorité des pharmaciens québécois. Ceci peut s'expliquer par la présence de ces derniers depuis plusieurs années dans la pratique pharmaceutique québécoise. Ce sont des actes complètement intégrés dans le métier de pharmacien communautaire.

En ce qui concerne les nouveaux actes, on retrouve une utilisation majoritairement quotidienne pour la prolongation d'ordonnance, des prescriptions d'analyses biologiques mensuelles, et une utilisation majoritairement hebdomadaire des prescriptions, substitutions et ajustements d'ordonnance. Seule l'administration d'un médicament afin d'en démontrer l'usage approprié fait défaut, avec une majorité de pharmaciens ne le pratiquant quasiment jamais.

En ce qui concerne la facilité d'atteinte de cibles thérapeutiques, elle est très hétérogène dans la population de pharmaciens québécois. Cela peut dépendre probablement du type de patientèle correspondant à des pathologies différentes d'une pharmacie à une autre.

Néanmoins, on constate en comparaison que peu de patients reconnaissent connaître la Loi 41 et les nouveaux actes autorisés dans la pratique pharmaceutique, malgré l'utilisation en routine de ces actes par les pharmaciens tel que nous l'avons analysé précédemment. Il est important à noter que l'éducation à la santé au Québec, comparativement à la France, est très inférieure. Les patients sont souvent dans une mauvaise et/ou insuffisante connaissance et compréhension de leur thérapie. J'ai par ailleurs, pendant 3 mois, été affecté au suivi des patients sous *dispill* (pilulier), et beaucoup d'entre eux avaient de grosses lacunes quant à leur médication ou à la compréhension de leur pathologie. Par rapport à ma pratique professionnelle française, j'ai nettement l'impression que les patients français connaissent mieux leur maladie et leurs traitements. Ceci peut être lié à la différence des systèmes éducatifs obligatoires (primaire et secondaire) français et québécois, mais peut aussi trouver une raison davantage culturelle. En ce qui concerne le pharmacien et sa pratique professionnelle, il semblerait que les patients ne savent pas trop les limites des actes du pharmacien, mais pourtant en bénéficient tous les jours. Il en va de même pour le DSQ, obligatoirement ouvert à l'ensemble de la population québécoise, qui peut, si elle le souhaite, faire une demande de désinscription au dossier : seulement 4 répondants affirment connaître l'existence de ce dossier partagé entre professionnels de santé.

Concernant l'impact de la Loi 41 sur les territoires, les pharmaciens dans une grande majorité ne pensent pas que cette dernière ait modifié le maillage territorial. Il est à noter qu'il n'est pas aisé de comprendre cette question comme nous la comprenons en France, les territoires québécois et français ayant une toute autre structure géo-démographique. La France est un pays constitué de villes et de villages recouvrant quasiment l'ensemble du territoire. Le Québec, grand comme 2,4 fois la France possède d'immenses territoires inoccupés. Les habitations se concentrent autour des villes séparées par d'imposantes terres naturelles. De plus, la majorité de la population se concentre dans le sud de la Province (Québec, Montréal et zones urbaines des régions alentours). Il est également important de noter qu'il n'y a pas de numéros quant à l'installation du pharmacien nécessitant une répartition sur l'ensemble du territoire comme c'est le cas en France. Les pharmaciens dépendent pour la plupart des chaînes industrielles leur permettant leur installation. Mais on retrouve globalement des pharmaciens dans toutes les zones urbaines.

La Loi 41 aurait cependant permis selon les pharmaciens de rendre la pharmacie communautaire davantage accessible aux patients, et pour une plus faible minorité d'augmenter le chiffre d'affaire et l'activité de la pharmacie, ainsi qu'une spécialisation de certaines

pharmacies communautaires dans certaines pratiques professionnelles plutôt que de rester généralistes.

Concernant la collaboration du pharmacien avec le médecin et l'infirmier(ère), la Loi 41 semble avoir permis d'augmenter la collaboration entre ces acteurs, avec une plus forte augmentation de la collaboration avec le médecin. Ceci s'explique par des actes nécessitant une plus grande communication du pharmacien vers le médecin, même sans parler de réelle collaboration. Par exemple, la prescription d'analyses médicales nécessite un acte infirmier pour le prélèvement ; de la même manière, l'acte de prolongation d'ordonnance nécessite l'autorisation du médecin, donc une communication entre le pharmacien et le prescripteur ; un autre exemple : l'ajustement d'ordonnance : le médecin doit être tenu au courant des modifications posologiques ou de dosage. La Loi 41 augmente donc véritablement la collaboration entre le pharmacien et les autres professionnels de santé (médecin, infirmier(ère)). On remarque une communication globalement *distancielle* par des outils tels que le fax et le téléphone. A ce jour, peu de communications entre professionnels de santé se font par voie électronique. Certains pharmaciens pratiquent également certains actes par des ordonnances collectives, qui ont nécessité une collaboration pour leur élaboration.

Une écrasante majorité de pharmaciens considèrent que la mise en place de la Loi 41 a permis de faire évoluer de manière positive la profession de Pharmacien. Concernant la nouvelle Loi 31, une très grande majorité des pharmaciens avaient connaissance au moment de l'étude des dispositions prévues par la loi, et plus de 83 % sont favorables à sa promulgation.

On peut conclure que les patients ne sont pas forcément très actifs et conscients de leur prise en charge en soins pharmaceutiques, mais semblent pour la majorité, davantage prêts à s'y intéresser, puisque 63% des répondants déclarent le besoin de recevoir des renseignements sur les nouveaux actes pharmaceutiques.

On constate également une volonté certaine des pharmaciens, de pouvoir faire toujours plus avancer leur profession autour des soins et services pharmaceutiques dans l'intérêt du patient, son expertise et sa qualité par ses compétences solides et réactualisées en permanence permettant une acceptation démocratique et une rapide avancée de la réglementation en ce sens, bien que la majorité de la population ne semble pas être consciente du détail des activités du pharmaciens dans le système de soins.

III. Modèle français

Le cœur du sujet de cette thèse est la comparaison des modèles de Pharmacie clinique québécois (soins pharmaceutiques) et français, dans une perspective du déploiement de la Pharmacie clinique française, qui s'appuie sur mon expérience québécoise. Cette comparaison devait pouvoir être mise en place à travers des études de terrain par un questionnaire à destination des pharmaciens, permettant de sonder leur impression sur leur pratique quotidienne de Pharmacie clinique en routine, puis d'un questionnaire patient afin d'appréhender les connaissances de la population sur les actes de pharmacie clinique, leurs besoins et leurs attentes. J'ai pu mener à bien cette étude de terrain au Québec, et devais pouvoir faire un travail identique une fois en France. Malheureusement, la pandémie de Covid-19 est venue tout remanier, ne me permettant pas de faire une étude de terrain identique sur la pratique française. La méthodologie de travail et les indicateurs diffèrent de mon étude québécoise. Néanmoins, la crise sanitaire a permis de développer de nouvelles missions pharmaceutiques, suite à de nouveaux besoins nécessaires à la continuation des soins des patients. Fort de cette opportunité, j'ai pu mettre en pratique le rôle du pharmacien clinicien au sein de l'officine française sur mon terrain de stage.

Cette troisième partie suivra la ligne directrice suivante : tout d'abord y seront développées les activités de Pharmacie clinique que j'ai pu exercer après un succinct résumé réglementaire, puis j'analyserai les forces et faiblesses, menaces et opportunités au développement de la Pharmacie clinique française en officine en regard de mon expérience et étude québécoises.

1. Contexte réglementaire durant la crise sanitaire Covid-19
 - a. Arrêtés pendant la crise sanitaire

Suite aux annonces du gouvernement prises dès le mois de mars 2020 en conséquence de l'ampleur prise par la crise sanitaire en France, plusieurs nouvelles activités et délégations de tâches ont été permises aux pharmaciens d'officine. J'ai synthétisé les différentes activités apparentées à la Pharmacie clinique qui ont pu être mises en place, qui nous montrent l'importance du rôle central du pharmacien dans le système de soin.

Les arrêtés seront présentés l'un après l'autre. Le texte de loi cité sera en *italique*, les parties les plus fondamentales seront mises **en gras**, et les résumés des articles et chapitres seront en caractère d'imprimerie standard et entre parenthèses.

- i) Arrêté du 14 mars 2020 portant diverses mesures relatives à la lutte contre la propagation du virus covid-19 – Chapitre 4 : Mesures concernant les pharmacies d'officine

Article 6

*Eu égard à la situation sanitaire, dans le cadre d'un traitement chronique, à titre exceptionnel, lorsque la durée de validité d'une ordonnance renouvelable est expirée et afin d'éviter toute interruption de traitement préjudiciable à la santé du patient, les **pharmacies d'officine peuvent dispenser, dans le cadre de la posologie initialement prévue, un nombre de boîtes par ligne d'ordonnance garantissant la poursuite du traitement jusqu'au 31 mai 2020.***

*Le pharmacien **en informe le médecin.** Sont exclus du champ d'application du présent article les médicaments stupéfiants ou auxquels la réglementation des stupéfiants est appliquée en tout ou partie conformément à l'arrêté du 5 février 2008 susvisé.*

Les médicaments dispensés en application des dispositions du présent article sont pris en charge par les organismes d'assurance maladie, dans les conditions du droit commun, sous réserve que ces médicaments soient inscrits sur la liste des spécialités remboursables prévue au premier alinéa de l'article L. 162-17 du code de la sécurité sociale.³²

- i) Arrêté du 19 mars 2020 complétant l'arrêté du 14 mars 2020 portant diverses mesures relatives à la lutte contre la propagation du virus covid-19

Article 6

(Dans cet article sont rajoutés au renouvellement exceptionnel les médicaments hypnotiques/anxiolytiques et opiacés + rallongement de la durée du dispositif jusqu'au 31 mai 2020 pour les médicaments et les dispositifs médicaux + introduction de télésanté pour les patients atteints ou suspectés de Covid-19 nécessitant un suivi, mais pas encore autorisée pour les pharmaciens.)

*« II.-Eu égard à la situation sanitaire et par dérogation à l'article R. 5132-22, les pharmaciens d'officine peuvent renouveler, dans le cadre de la posologie initialement prévue, la délivrance des **médicaments contenant des substances à propriétés hypnotiques ou anxiolytiques, à condition que ces médicaments aient été délivrés au patient depuis au moins trois mois consécutifs.***

*« La délivrance ne peut être assurée pour une période supérieure à **28 jours.** Elle est*

renouvelable **jusqu'au** **31** **mai** **2020.**

« Le pharmacien en informe le **médecin**. Il appose sur l'ordonnance le timbre de l'officine et la date de délivrance ainsi que le nombre de boîtes dispensées.
(...)

« **III.-Eu égard à la situation sanitaire et par dérogation à l'article R. 5132-22, dans le cas d'un traitement de substitution aux opiacés d'au moins trois mois à base de méthadone sous forme de gélules, de méthadone sous forme de sirop ou de buprénorphine comprimés, lorsque la durée de validité de la dernière ordonnance est expirée et afin d'éviter toute interruption de traitement préjudiciable à la santé du patient, les pharmacies d'officine dont l'officine est mentionnée sur la prescription peuvent, après accord du prescripteur, dispenser, dans le cadre de la posologie et des modalités de fractionnement initialement définies par le prescripteur, un nombre de boîtes par ligne d'ordonnance garantissant la poursuite du traitement.**
« La délivrance peut être assurée pour une période ne pouvant excéder **28 jours**, y compris pour la méthadone sous forme de sirop. Elle est renouvelable jusqu'au **31 mai 2020.**
« Le pharmacien appose sur l'ordonnance le timbre de l'officine et la date de délivrance ainsi que le nombre de boîtes dispensées.
(...)

« **Art. 6 ter.-Eu égard à la situation sanitaire, dans le cadre d'un traitement chronique, à titre exceptionnel, lorsque la durée de validité d'une ordonnance renouvelable est expirée et afin d'éviter toute interruption de traitement préjudiciable à la santé du patient, le pharmacien d'officine, le prestataire de services ou le distributeur de matériel peut délivrer, dans le cadre de la prescription initialement prévue, un volume de produits ou de prestations garantissant la poursuite du traitement jusqu'au 31 mai 2020.** (...)

« **Chapitre 4 ter**

« **Mesures concernant la télésanté**

« **Art. 7 quater.-I.-Les professionnels de santé assurant la prise en charge par télésanté des patients suspectés d'infection ou reconnus covid-19 recourent à des outils numériques respectant la politique générale de sécurité des systèmes d'information en santé et la réglementation relative à l'hébergement des données de santé ou, pour faire face à la crise sanitaire, à tout autre outil numérique.**

(...) « V.-Les dispositions du présent article peuvent être mises en œuvre **jusqu'au 31 mai 2020.** »³³

ii) Arrêté du 23 mars 2020 prescrivant les mesures d'organisation et de fonctionnement du système de santé nécessaires pour faire face à l'épidémie de covid-19 dans le cadre de l'état d'urgence sanitaire

Article 4

(Dans cet article a été rajoutée la dispensation en officine de médicaments à rétrocession hospitalière, si impossibilité pour le patient de se rendre en PUI).

(...) Lorsqu'un patient est dans l'impossibilité de se déplacer dans les locaux de la pharmacie à usage intérieur pour se procurer un médicament dispensé en application du 1° de l'article L. 5126-6, il prend l'attache de la pharmacie d'officine proche de son domicile de son choix. Cette dernière transmet par voie dématérialisée une copie de l'ordonnance à la pharmacie à usage intérieur qui a procédé au dernier renouvellement du médicament. La pharmacie à usage intérieur procède à la dispensation et à la facturation à l'assurance maladie du médicament. Elle prépare le traitement du patient dans un emballage qui garantit la confidentialité du traitement, la bonne conservation du médicament et la sécurité du transport, avant de le confier à un grossiste répartiteur en capacité d'assurer, dans les meilleurs délais, la livraison du médicament à la pharmacie d'officine désigné. Le pharmacien d'officine délivre le médicament sur présentation de l'ordonnance. Il appose sur l'ordonnance le timbre de l'officine et la date de délivrance. Une copie de l'ordonnance timbrée et datée est adressée en retour à la pharmacie à usage intérieur.
(...)

Chapitre 4 – dispositions concernant la télésanté – Article 8 : (augmentation des critères d'inclusion de prise en charge des patients en télésurveillance) (...) ³⁴

iii) Arrêté du 1er avril 2020 complétant l'arrêté du 23 mars 2020 prescrivant les mesures d'organisation et de fonctionnement du système de santé nécessaires pour faire face à l'épidémie de covid-19 dans le cadre de l'état d'urgence sanitaire

(Dans cet arrêté a été introduit l'autorisation de substitution de matériel médical en cas de rupture (article 1) + rajout de l'hospitalisation à domicile sans prescription médicale préalable, ce qui conduit le pharmacien à développer ses activités dans le cadre de la HAD beaucoup plus présente en période de pandémie sanitaire (chapitre 6), et permet aux pharmaciens de mettre en place la dispensation à domicile ainsi que d'autres activités de Pharmacie clinique qui seront développées dans l'enquête OSER de la SFPC.)

Article 1

L'arrêté du 23 mars 2020 susvisé est ainsi modifié :
1° A l'article 2 et aux I, II et III de l'article 4, la date : « 15 avril 2020 » est remplacée par la date : « 31 mai 2020 » ;
2° L'annexe de l'article 5 est remplacée par l'annexe du présent arrêté ;
3° Après l'article 5, il est inséré un article 5-1 ainsi rédigé :

*« Art. 5-1.-**En cas de rupture avérée d'un dispositif médical nécessaire à la continuité des soins d'un patient dont l'interruption pourrait être préjudiciable à sa santé, le prestataire de services, le distributeur de matériel ou le pharmacien d'officine délivrant ce dispositif peut substituer le dispositif médical indisponible par un autre dispositif médical répondant aux critères suivants :***

- avoir un usage identique à celui du dispositif médical substitué ;*
- disposer de spécifications techniques équivalentes à celles du dispositif médical substitué ;*
- être inscrit sur la liste des produits et prestations prévue à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale ;*
- ne pas entraîner de dépenses supplémentaires pour le patient et l'assurance maladie.*

« Cette substitution est subordonnée à l'accord préalable du prescripteur et à l'information du patient.

(...)

4° Il est inséré, après l'article 10, un chapitre 6 ainsi rédigé :

« Chapitre 6

« Mesures concernant l'hospitalisation à domicile

« Art. 10-1.-I.-Eu égard à la situation sanitaire, lorsque l'urgence de la situation le justifie, le patient est **admis en hospitalisation à domicile sans prescription médicale préalable**. Il en est fait mention dans le dossier du patient. (...)»³⁵

iv) Arrêté du 10 juillet 2020 prescrivant les mesures générales nécessaires pour faire face à l'épidémie de covid-19 dans les territoires sortis de l'état d'urgence sanitaire et dans ceux où il a été prorogé

(Mêmes dispositions que les autres arrêtés où les dispositions prévues initialement se poursuivent **uniquement sur les territoires classés en urgence sanitaire** + autorisation de fabrication de gel hydroalcoolique + rajout de l'alinéa XIII article 17 **autorisant le télésoin pharmaceutique**)

Chapitre 2 : Dispositions concernant les pharmacies d'officine, les pharmacies à usage intérieur, les prestataires de services et les distributeurs de matériels (Articles 2 à 12)

Article 2

Pour faire face aux besoins importants et limiter le risque infectieux lié à la transmission du virus covid-19, les solutions hydro-alcooliques destinées à l'hygiène humaine peuvent être préparées :

1° Par les pharmacies d'officine et les pharmacies à usage intérieur mentionnées aux articles L. 5125-1 et L. 5126-1 du code de la santé publique ;

2° Par les unités de formation et de recherche de pharmacie ou les composantes d'université assurant cette formation, sous la responsabilité du directeur de l'unité de formation et de recherche ou de la composante concernée et du président de l'université.

Les solutions hydro-alcooliques sont préparées dans les conditions recommandées par l'Organisation mondiale de la santé, précisées en annexes I et II du présent arrêté.

Article 5 EUS et 7 EUS et 8 EUS (prolongement des mesures de renouvellement exceptionnel de médicaments, hypnotiques et anxiolytiques, stupéfiants, matériel médical + substitution de matériel médical, dans les **mêmes conditions qu'auparavant, dans les territoires où l'état d'urgence sanitaire est en vigueur**) (...)

Article 17

(...)

XIII. - Les pharmaciens d'officine peuvent réaliser à distance par télésoin des actions d'accompagnement des patients sous traitement anticoagulant oral par anticoagulants oraux directs ou par antivitamines K et des patients sous antiasthmatiques par corticoïdes inhalés ainsi que des bilans partagés de médication. La pertinence du recours au télésoin est déterminée par le pharmacien. Ces actions de télésoin sont réalisées par vidéo-transmission. Elles sont conditionnées à la réalisation préalable, en présence du patient, d'un premier entretien de bilan de médication ou entretien d'accompagnement d'un patient atteint d'une pathologie chronique par le pharmacien. Pour les patients présentant une perte d'autonomie, la présence d'un aidant est requise.

Par dérogation à l'article L. 162-16-1 du code de la sécurité sociale, les pharmaciens d'officine ou les autres structures mentionnées à l'article L. 162-1-7 du même code sont autorisés à facturer à l'assurance maladie les honoraires correspondant aux actions réalisées mentionnées à l'alinéa précédent.³⁶

- b. Mise au point sur les pratiques de pharmacie clinique ambulatoire issues du contexte Covid-19 pour contribuer à la continuité des soins des patients (SFPC)

Dans ce contexte de pandémie sanitaire, de modifications et d'adaptations rapides de notre système de santé, de nouvelles dispositions possibles pour les pharmaciens d'officine, tout ceci dans un contexte de continuité de soins du patient alors que les services hospitaliers se concentrent sur les actes vitaux, la SFPC a rédigé en mai 2020 un « mémo » intitulé *Mise au point sur les pratiques de pharmacie clinique ambulatoire issues du contexte Covid-19 pour contribuer à la continuité des soins des patients*. La SFPC rappelle que le pharmacien est le professionnel de santé accessible, proche des patients, disponible, ce qui en fait une des « ressources de santé de première ligne³⁷ », dans un contexte où les patients doivent limiter leurs déplacements et où ces derniers se retrouvent dans des ruptures dans leurs parcours de soin. A tout ceci nous pouvons rajouter les différents praticiens dont l'exercice a été difficile voire impossible durant cette période de pandémie, dont les répercussions sur les patients, particulièrement atteints de pathologie chronique, peuvent rapidement devenir désastreuses. Notons également que malgré la fin du confinement et les ressources hospitalières devenues moins asphyxiées, la situation reste identique dans certains territoires. De plus, la possible

survenue d'une seconde vague pourrait de nouveau causer des risques de rupture dans le parcours de soin des patients.

La SFPC rappelle que le « rôle pivot [du pharmacien] lié tant à la dispensation qu'à sa mission d'orientation dans le système de soins, les actes pharmaceutiques officinaux s'intègrent dans l'ensemble de ces plans d'adaptation et de continuité des soins³⁷ ». Elle insiste sur l'importance du suivi pharmaceutique des patients en ville, qui à travers divers services pharmaceutiques et actions de Pharmacie clinique ambulatoire, contribuent à la continuité des soins du patient, à l'accompagnement et à la sécurisation de la prise en charge thérapeutique, ainsi qu'à la coopération pluri-professionnelle. La société savante rappelle que « ces actions ne sont pas spécifiques d'une situation de crise sanitaire. La pandémie Covid-19 et le confinement ont rendu également plus prégnantes des questions relatives à l'organisation des soins intégrant le pharmacien d'officine et les services pharmaceutiques. Des pratiques pharmaceutiques en cours de développement avant la pandémie seront durablement implantées (...) [comme] la dispensation à domicile ou le télésoin en pharmacie³⁷».

Le document est construit autour de 3 points :

- Assurer la continuité des traitements, où il est nécessaire tout d'abord de repérer les patients, puis d'intervenir auprès de ces derniers
- Prendre soin et accompagner le patient
- Coopérer avec les autres professionnels de santé pour optimiser la prise en charge thérapeutique, tout d'abord par l'identification et l'orientation des patients selon des critères définis avec les autres professionnels de santé du territoire, puis par la communication avec ces derniers.

L'exhaustivité du mémo est disponible en annexe, néanmoins, nous pouvons notamment retenir de ce document :

- Concernant l'assurance de continuité thérapeutique : tout d'abord concernant le repérage des patients, le pharmacien est en effet par sa proximité avec ses patients et son lien social, souvent témoin des différentes situations familiales et sanitaires des patients, connaît les traitements, et peut donc repérer un patient en situation de risque de rupture thérapeutique. Il peut par la suite intervenir en planifiant (permis lors de la crise sanitaire) le renouvellement des prescriptions du patient en appelant les patients préalablement repérés, mettre en place des actions éducatives ciblées sur les traitements, déployer la dispensation et le portage à domicile, participer au circuit de dispensation

des produits de rétrocession hospitalière, ainsi que développer et structurer le télésoin pharmaceutique.

- Dans le cadre de l'accompagnement et de prendre soin du patient : le soutien de l'adhésion thérapeutique et le renforcement de la motivation (malgré le climat anxigène de la crise sanitaire), informer sur le contexte sanitaire et répondre aux questions du patients (notamment dans notre région où les polémiques sur la gestion de la crise scindaient souvent les patients en plusieurs groupes de croyances et de convictions), évaluer l'adhésion aux mesures de protection et de prévention collectives et individuelles liées au contexte sanitaire (mesures barrières, port du masque adapté avec la mise en place de vidéos éducatives dans l'officine, flyers glissés au patient par exemple durant son attente au sein de l'officine, aide pratique à la mise en place et au port du masque par mimétisme derrière le comptoir...), faciliter l'accès aux ressources de santé du territoire susceptibles de répondre à une situation repérée (comme la précarité, les violences intrafamiliales par exemple).
- Concernant la coopération pluri-professionnelle pour optimiser la prise en charge thérapeutique des patients : l'identification et l'orientation des patients vers les professionnels de santé du territoire en fonction de leur pathologie, du patient, des plaintes et demandes de ce dernier, et des risques sanitaires liés au contexte de Covid-19, puis une réelle communication avec les professionnels de santé territoriaux en partageant des informations pertinentes avec les médecins pour faire gagner du temps médical (« SAED : Situation-Antécédent-Evaluation-Demande) et en renforçant le lien ville-hôpital-ville (organisation et planification de soins pour adapter la prise en charge des patients à l'hôpital, à l'officine et au domicile).³⁷

Le pharmacien est sans aucun doute un professionnel de santé essentiel et central des territoires. Sa place dans les soins primaires est toujours plus justifiée ; sur certains territoires c'est souvent le dernier professionnel de santé implanté dans un désert médical. Les dernières lois de santé confirment le rôle du pharmacien comme acteur de soins primaires et lui attribue des délégations de tâches tels que les TRODs (Test Rapides d'Orientation Diagnostic) notamment oro-pharyngé en cas de suspicion d'angine bactérienne, mais également la vaccination (antigrippale saisonnière pour les patients majeurs à l'heure actuelle). Une crise sanitaire telle que nous la vivons prouve l'importance et la richesse du réseau officinal. Les actes de Pharmacie clinique ambulatoire prouvent chaque jour un peu plus l'efficacité de ces actes dans le soutien et la prise en charge thérapeutique du patient et doivent pouvoir être la

norme dans les officines françaises, en incluant toujours plus la coopération pluri-professionnelle. Ainsi, j'ai saisi l'opportunité de cette crise sanitaire, avec l'appui de mes titulaires, afin de développer le télésoin pharmaceutique au sein de l'officine. Certaines activités ont pu être mises en place dans un cadre expérimental, avant la publication de l'arrêté permettant le télésoin, coordonné par l'Agence Régionale de Santé (ARS) PACA et durant mon stage de pratique professionnelle, d'autres au cours de l'été 2020.

2. Télésoin pharmaceutique (TP)

Le télésoin est défini dans la Loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé, comme : « *une forme de pratique de soins à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication. Il met en rapport un patient avec un ou plusieurs pharmaciens ou auxiliaires médicaux dans l'exercice de leurs compétences prévues au présent code. Les activités de télésoin sont définies par arrêté du ministre chargé de la santé, pris après avis de la Haute Autorité de santé.* » (Art. L. 6316-2)³⁸.

Initialement expérimental, le télésoin pharmaceutique a été officiellement autorisé par l'article 17 alinéa XIII de l'arrêté du 10 juillet 2020 prescrivant les mesures générales nécessaires pour faire face à l'épidémie de covid-19 dans les territoires sortis de l'état d'urgence sanitaire et dans ceux où il a été prorogé, tel que nous l'avons vu précédemment dans la sous-partie traitant de l'aspect réglementaire. Seront développées ci-dessous, chacune des situations permises par l'arrêté, que j'ai pu vivre au sein de l'officine dans la prise en charge de patients différents.

a. Téléconsultation assistée par un pharmacien

La téléconsultation est une activité de télésanté permise par la Loi, où la consultation médicale entre un patient et un médecin (généraliste, ou spécialiste) s'effectue à distance, le plus fréquemment par vidéoconférence. Elle peut s'effectuer de manière *autonome* où le médecin envoie un lien internet directement au patient, ou peut s'effectuer par l'assistance d'un autre professionnel de santé, dont le pharmacien.

L'avantage des téléconsultations effectuées en pharmacie est double :

- Tout d'abord le patient va venir exposer son problème à un pharmacien, professionnel de santé, qui pourra d'ores-et-déjà lui prodiguer des conseils avisés, et pourra lui suggérer une consultation médicale. Le pharmacien va également être capable grâce à

ses connaissances, d'orienter le patient vers une consultation médicale *classique*, nécessitant par exemple un examen clinique poussé, ou vers une téléconsultation le cas échéant.

- Les patients qui ne seraient pas coutumiers des appareils électroniques, ou ne disposant pas d'ordinateur/smartphone/connexion internet à leur domicile, peuvent aisément se tourner vers leur pharmacien qui bénéficie de ces outils mais également d'outils spécifiques pouvant être nécessaires à l'examen clinique du patient.

Les conditions requises pour la téléconsultation sont :

- Une pièce dédiée permettant la confidentialité des échanges (espace confidentialité nécessaire pour les entretiens pharmaceutiques par exemple)
- Un ordinateur, tablette ou smartphone avec connexion internet et caméra munie d'un microphone
- Stéthoscope et otoscope connectés, oxymètre et tensiomètres pouvant être analogiques ou connectés.³⁹

Le pharmacien permet de mettre à disposition de son patient un plateau technique apte à la téléconsultation médicale, ainsi qu'une assistance dans les actes d'examen clinique dictés par le médecin, mais aussi un accompagnement du patient dans la bonne compréhension de la prise en charge qui en découle.

La téléconsultation assistée par le pharmacien est un service pharmaceutique qui n'est pas rémunéré par l'Assurance Maladie. Cependant, deux forfaits financés à posteriori par l'Assurance Maladie coexistent : un forfait d'aide à l'acquisition d'équipements de télémédecine, ainsi qu'un forfait au temps passé avec le patient, progressif en fonction du nombre de séances effectuées et pouvant être actées directement dans le Logiciel de Gestion Officinale (LGO). Tout ceci est inscrit dans l'avenant 15 de la Convention Nationale du 4 avril 2012 organisant les rapports entre les pharmaciens titulaires d'officine et l'Assurance Maladie.⁴⁰

Initialement, le patient doit privilégier une téléconsultation avec son médecin traitant. Mais souvent au comptoir, j'ai pu m'apercevoir que le patient était justement dans une situation où son médecin traitant n'était pas disponible. Dans ce cas, il faut rechercher un médecin disponible parmi les autres praticiens du territoire, en s'appuyant notamment sur les organisations locales telles que les Maisons de Santé Pluriprofessionnelles (MSP), les Centres de Santé (CDS), les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS), les Équipes de Soins Primaires (ESP), et les Plateformes Territoriales d'Appui (PTA), ou encore contacter

la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) qui permettra de mettre en relation le pharmacien avec un médecin disponible³⁹.

Il existe également des sociétés de sous-traitance, permettant de gérer des rendez-vous de médecins sur l'ensemble du territoire français, dans le cas où il n'y aurait pas de médecin sur le territoire local de disponible.

Je vais finaliser cette partie en vous illustrant un exemple dans l'officine où j'ai travaillé cet été : une patiente de 47 ans, des Pyrénées Atlantiques en visite chez sa belle-famille dans notre région. Elle vient à l'officine pour une lésion palmaire, à la base des doigts, prurigineuse, type eczémateuse mais légèrement suppurante. Après lui avoir donné quelques conseils de soins de premier recours, je lui conseille une consultation médicale afin d'expertiser le type de lésion et prévenir ou soigner l'infection cutanée. Étant en vacances, son médecin traitant n'est pas dans la région. Je lui suggère une consultation auprès des médecins du territoire, mais cette dernière me dit ne pas avoir de rendez-vous compatible avec l'emploi du temps de sa famille (nombreuses visites touristiques de prévues les deux prochains jours), je lui propose de se tourner vers la permanence médicale de la ville aux horaires qui lui conviennent, mais cette dernière refuse en s'appuyant sur l'argument de non-urgence de la situation. Je lui propose l'alternative de la téléconsultation et vérifie les consultations disponibles. Nous utilisons un outil de téléconsultation de la société Médéo® qui propose également via d'autres sous-traitants des consultations avec des médecins sur l'ensemble du territoire français. Nous arrivons à trouver un rendez-vous avec un médecin de l'Allier qui convienne à la patiente pour l'après-midi. Je propose à la patiente de venir 15 minutes avant l'heure du rendez-vous avec le médecin afin de procéder à l'inscription de ses coordonnées de santé et débiter un interrogatoire de « pré-consultation ». Durant cette pré-consultation nous rentrons sur la plateforme sécurisée de téléconsultation l'anamnèse du patient, la description des symptômes, les constantes si nécessaire (température, tension artérielle, saturation...), ainsi que le moyen de paiement du patient (virement, carte bancaire) et bien entendu son consentement écrit et éclairé sur le dispositif. La téléconsultation s'est très bien passée, le médecin a pu constater les lésions et discuter avec la patiente de la survenue des symptômes ainsi que de la prise en charge. Elle a nécessité mon assistance pour la prise de clichés haute résolution afin d'avoir une meilleure vue des lésions, mais également pour les lui décrire après avoir entendu la patiente, et s'est assurée auprès de moi de la disponibilité des spécialités qu'elle souhaitait prescrire avant de rédiger l'ordonnance. Une fois la téléconsultation achevée, l'ordonnance est immédiatement reçue dans le dossier patient et remise à la patiente. La patiente a souhaité que je m'occupe de la

dispensation. Elle ressort donc environ 30 minutes après son arrivée avec un diagnostic médical et les médicaments nécessaires à sa prise en charge thérapeutique.

Nous avons également pu vivre d'autres expériences de téléconsultation dans notre officine, telle que la nécessité de prescription d'une pilule contraceptive un samedi après-midi, mais également des suspicions d'infection urinaire dont les conseils de premier recours pharmaceutiques n'ont pas suffi, mais il y a également d'autres situations où les connaissances du pharmacien clinicien ont permis de réorienter une patiente atteinte d'une pathologie cardiaque chronique vers la permanence médicale et les urgences plutôt qu'une téléconsultation.

b. Bilan Partagé de Médication par télésoin

Durant le confinement, j'ai pu bénéficier d'un dispositif expérimental de télésoin, permis et en collaboration avec l'ARS Région Sud – Provence-Alpes-Côte-D'azur. Dans le cadre de l'Innovation E-Santé Sud (IESS) et du Répertoire Opérationnel des Ressources (ROR) de l'ARS, il nous a été permis d'utiliser un de leurs outils afin de bénéficier d'un service de vidéoconférence sécurisée nommé Apizee-web-conference. J'ai ainsi été mis en relation avec un patient-expert de l'Association Française de Diabétologie (AFD) Aix-Pays de Provence afin de réaliser un Bilan Partagé de Médication (BPM) en télésoin. Le BPM s'est déroulé en 3 rendez-vous virtuels :

- La première étape du BPM avec la récolte des données personnelles, des professionnels de santé engagés dans sa prise en charge thérapeutique, des lignes de traitement, des analyses biologiques, des compléments alimentaires et produits de phytothérapie.
- La seconde étape consistait en une expertise pharmaceutique clinique avec analyse pharmacothérapeutique de l'ensemble des données transmises par le patient
- La troisième étape consistait au 2^{ème} rendez-vous de télésoin, étape d'entretien conseil où je lui ai transmis la synthèse des différentes interventions pharmaceutiques (IP) qui ressortaient de l'analyse. Je lui ai proposé une lettre destinée à son médecin traitant qui regroupait la synthèse des différentes IP, afin qu'il puisse la lire et la transmettre à son médecin traitant. Le patient a accepté et été ravi de l'expérience. J'ai finalisé cette troisième étape en lui demandant s'il avait des questions, ce qui fut le cas vis-à-vis de complexes vitaminiques et divers compléments de phytothérapie dont il souhaitait

bénéficiaire. Demandant une analyse complète des éléments à posteriori, je note ses questions et lui propose d'en parler lors de la dernière étape.

- La quatrième et dernière étape consistait en une étape de suivi où j'ai pris le temps de lui exposer les réponses à ses questions, et faire le point sur sa prise en charge.

De cette expérience, j'ai pu retenir quelques conclusions. Tout d'abord, le télésoin est complètement adapté au bilan partagé de médication, bien que l'entrevue physique reste à mon sens à privilégier. C'est d'ailleurs ce qui est demandé dans le cadre de l'arrêté autorisant le télésoin pharmaceutique : une première étape en présentiel avant de poursuivre les étapes suivantes en télésoin. Cependant, cette expérience complètement virtuelle s'est aussi bien déroulée qu'un BPM *traditionnel*. Ici, il est évident avec mon patient expert qui n'était pas patient de la pharmacie, que les conditions étaient idéales car le patient est expert et engagé dans sa santé, d'ailleurs membre actif de l'AFD Aix-Pays de Provence ; mais avec un autre patient, sans historique médicamenteux et avec une connaissance moins poussée de sa pathologie et de sa prise en charge thérapeutique, l'exercice aurait été plus complexe et moins efficient. Il est donc fondamental que la mise en place de BPM par télésoin pharmaceutique se fasse uniquement entre les patients d'une officine et leur pharmaciens correspondants.

Néanmoins, on retient un principal avantage au TP : le patient est à son domicile (pour la plupart des cas envisageables), donc possède toutes les pièces nécessaires (différents bilans d'analyses biologiques, ordonnances qui n'auraient pas été dispensées dans notre officine) et médicaments en vente libre et produits de santé naturels achetés dans d'autres structures qu'à notre officine. Ce critère est également retrouvé lorsqu'on effectue un BPM au domicile du patient. Cependant le télésoin nous permet de gagner le temps nécessaire au déplacement du pharmacien au domicile du patient (ce qui peut être un critère très important pour les pharmacies rurales).

Nous pouvons également retenir une faiblesse au BPM par TP : il n'est possible que pour des patients « connectés », c'est-à-dire possédant un ordinateur/tablette/smartphone connecté à internet et sachant s'en servir. Les BPM étant destinés aux personnes de plus de 65 ans, on ne peut proposer ce service à toute notre patientèle, cette dernière étant très hétérogène vis-à-vis des personnes sensibles ou hostiles à la digitalisation. Cependant, cette activité va tendre à se démocratiser davantage dans les prochaines années, les patients « digitalisés » seront de plus en plus nombreux.

Nous pouvons également rappeler qu'en période de crise sanitaire, qu'il s'agisse du confinement ou de patients en isolement sanitaire (Covid+, cas contact en attente des résultats

du test de dépistage par exemple), les activités de TP permettent de maintenir un lien avec le patient et peuvent même être une opportunité pour effectuer un BPM qu'ils n'auraient pas forcément voulu faire dans des circonstances dites « normales », par crainte de perte de temps par exemple.

c. Entretiens pharmaceutiques par télésoin

Il m'a également été possible d'effectuer divers entretiens pharmaceutiques par télésoin, dont je vais vous illustrer deux exemples.

Tout d'abord, une patiente vient à la pharmacie me disant que son nouveau tensiomètre électronique fonctionnerait mal, car émettait des bruits et des signaux particuliers. J'ai pu prendre en charge la patiente dans l'espace confidentialité afin de vérifier avec elle l'utilisation de son tensiomètre qui effectivement affichait une arythmie. J'ai réessayé avec notre propre tensiomètre qui confirmait également un trouble du rythme. J'ai par la suite discuté avec la patiente afin de lever ses inquiétudes et la réorienter vers un cardiologue du territoire. Quelques jours plus tard, elle débute un traitement par apixaban (Eliquis®) dans le cadre de prévention d'accident vasculaire cérébral suite au diagnostic de fibrillation atriale non ventriculaire. Après les conseils de bon usage du médicament donnés lors de l'instauration du traitement, j'ai procédé à un entretien anticoagulant-oral direct (AOD) par téléphone un mois plus tard sur l'observance de la patiente et des règles hygiéno-diététiques associées au traitement.

Une autre situation, où j'ai procédé pendant le confinement à un entretien de suivi d'une patiente traitée par antivitamine-K (AVK). J'ai repris avec elle ses derniers bilans biologiques, vérifié la bonne compréhension de ces dernières et particulièrement de l'INR (*International Normalized Ratio*), mais également discuté avec la patiente des bonnes règles hygiéno-diététiques, notamment de son régime alimentaire. La situation imposant un confinement au domicile, nous avons fait cet entretien également par téléphone. Depuis, la patiente s'empresse de venir à la pharmacie avec ses nouvelles analyses biologiques afin que nous les rajoutions à son dossier patient, et se trouve réjouie que nous continuons régulièrement son suivi.

3. État des lieux de la Pharmacie clinique française et perspectives futures

a. Enquête « OSER » (Offre de SERVICES pharmaceutiques en officine) de la SFPC

La SFPC a mis en place, suite au confinement lié à la pandémie de Covid-19, une enquête nationale auprès des pharmaciens officinaux, afin de sonder les évolutions des pratiques professionnelles pharmaceutiques ambulatoires pendant la crise sanitaire afin de contribuer à la continuité des soins du patient. Cette étude a été transmise aux adhérents officinaux de la SFPC, mais également sur les réseaux sociaux à travers le compte Twitter® et Facebook® de la SFPC, mais également auprès des URPS (Unions Régionales de Professionnels de Santé) et via une mailing recensant les RPPS des pharmaciens. 803 réponses ont été enregistrées sur l'ensemble du territoire national.

Selon la dépêche d'APM News *Deux tiers des officines ont proposé un service de dispensation à domicile pendant le confinement (enquête SFPC)*⁴¹, les résultats exposent que 2/3 des officines (74,1%) ont proposé un service de dispensation à domicile pendant la période du confinement, dont 49,1% des sondés proposaient déjà ce service avant la période de confinement. En revanche, les pharmaciens ne proposant pas ce service ont été 50,6% à l'initier pendant le confinement. Les pharmaciens proposant la dispensation à domicile avant le confinement se sont vus augmenter leur activité de portage par 3,2 en moyenne pendant le confinement. Le nombre moyen de dispensations à domicile était de 5,9/jour. Avant le confinement, la dispensation à domicile concernait les médicaments sur prescription médicale, mais les pharmaciens ont mis à disposition des patients ce service également pour des dispositifs médicaux, des médicaments d'automédication, et en plus faible proportion des produits de phytothérapie/aromathérapie/homéopathie ainsi que de la parapharmacie.

Il résulte également de ces résultats que le pharmacien est un acteur clé de la dispensation à domicile. En effet, en moyenne, 43% de la dispensation à domicile était effectuée par un pharmacien contre 35,9% par des préparateurs. « La moitié des participants déclare avoir dû apporter une attention particulière à 3 étapes de la dispensation : le recueil d'informations auprès du patient (53,9%), l'acheminement des médicaments au domicile (50,5%) et la mise à disposition des informations et conseils nécessaires au bon usage des médicaments et des dispositifs médicaux (47,8%) ».

Suite à cette étude, la SFPC à travers son Groupe de Travail Officine travaille à la mise en place de prochaines recommandations sur la dispensation à domicile, afin de valoriser ce service pharmaceutique et l'inclure dans un cadre conventionnel.

Cette étude a également mis en évidence que 16,6% des pharmaciens sondés ont initié un suivi pharmaceutique par télésoin sur cette période de confinement, dont 98,5% par

téléphone, afin de lutter contre l'isolement social, la fragilité ou la vulnérabilité, chez les patients atteints de pathologies chroniques à risque de décompensation, et enfin dans le cadre de la dispensation à domicile. La dispensation à domicile peut également permettre au pharmacien de repérer le patient dans son environnement (s'il le désire), afin de permettre notamment de réorganiser l'armoire à pharmacie des patients en retirant les médicaments qui ne font plus partie de sa prise en charge, en veillant aux dates limites de péremption, aux produits de santé naturelle pouvant jouer un rôle d'interaction médicamenteuse avec la médication du patient...

Une fois de plus, le pharmacien a montré l'importance de son rôle de professionnel de santé de proximité, et a permis autant que possible de lutter contre la rupture de la continuité des soins de ses patients, risques engendrés par la crise sanitaire. On peut concevoir qu'à l'échelle du territoire national, le maillage officinal pourrait permettre un réel suivi pharmaceutique et clinique des patients, particulièrement dans des situations gravissimes telle qu'une nouvelle vague pandémique, afin d'éviter le risque de complications notamment chez les patients atteints de pathologies chroniques, et d'hospitalisations dans un système hospitalier saturé par les malades de la crise sanitaire.

b. Forces et faiblesses, menaces et opportunités au développement de la Pharmacie clinique française en officine en regard du constat de la pratique des soins pharmaceutiques québécois.

Fort de mon expérience québécoise des soins pharmaceutiques, puis de mon expérience dans la pratique française, je vais dresser dans cette partie sous forme de tableau synthétique les forces, faiblesses, menaces et opportunités au développement de la Pharmacie clinique française ambulatoire, en y intégrant des comparaisons et analogies québécoises. Nous développerons et discuterons ensuite de ces différents éléments.

Forces	Faiblesses
<ul style="list-style-type: none"> - Très bon baromètre de confiance aux yeux de la population - Formation pluridisciplinaire = diplôme commun qui permet au pharmacien de travailler dans divers pôles de la Pharmacie, connaissance globale de son environnement - Le pharmacien est connu et sollicité pour : <ul style="list-style-type: none"> o dispenser des conseils sur demande du patient (Règles Hygiéno-diététiques, sommeil, diététique, fatigue et énergie, activités sportives...) o des actes liés à la dispensation d'une ordonnance pour permettre un suivi pharmaceutique du patient (recueil de données biologiques, dispensation à domicile, prises de tension artérielle, de poids, détection d'arythmies...) o ainsi que des soins de premiers recours et une orientation vers d'autres professionnels de santé ou les services d'urgence - Le pharmacien est un professionnel de santé disponible 7j/7, de proximité grâce à un maillage territorial national : recours central pour une coordination et une mise en commun d'informations sur les patients avec les autres professionnels de santé - Continuité pharmaceutique de qualité et en plein essor, liée à la Pharmacie Clinique entre la ville et l'hôpital - Capacité d'adaptation et de réaction de la profession face aux évolutions de l'environnement pharmaceutique et sanitaire, notamment grâce aux instances professionnelles (syndicats, Ordre) qui développent de nombreux outils pour permettre au pharmacien de s'adapter à une pratique professionnelle en évolution (Résopharma/Cespharm/Les Cahiers de l'Ordre/Démarche-Qualité-Officine, Gomask®...) - Mise en place d'une réelle démarche qualité à l'Officine (Bonnes Pratiques de Dispensation, Bonnes Pratiques de Préparation...) dans le but d'engager 100% des officines 	<ul style="list-style-type: none"> - La vitrine commerciale de l'officine masque dans l'esprit des patients l'aspect de réel professionnel de santé - Manque de reconnaissance des connaissances cliniques vis-à-vis des médecins et des autres professionnels de santé imputé à notre manque de formation en clinique lors de notre apprentissage (apprentissage théorique) - Un DMP insuffisamment alimenté et utilisé (vs. le DSQ québécois) - Des outils inadaptés (en temps et en organisation) par rapport à la réalité du terrain (LGO non-interopérables avec les autres PS, LGO orienté vente et délivrance, mais trop peu tourné vers les outils de suivi patients et de DSPT vs. Québec) - Une lourdeur administrative (au motif d'économies de la Sécurité Sociale) de plus en plus présente dans le cœur de notre travail, plutôt que de se concentrer sur la prise en charge thérapeutique (qui permettrait elle aussi des économies à la sécurité sociale) (vs. le Québec où le pharmacien (salarié du moins) passe la quasi-totalité de son temps dans la prise en charge pharmacothérapeutique de son patient) - De multiples casquettes pour le Pharmacien : gestion des patients, des priorités de l'entreprise et du personnel (compétences managériales) + contraintes administratives chronophages qui empiètent sur le temps nécessaire à la formation continue (vs formations québécoises et inspection professionnelle) - La taille moyenne des entreprises officinales ne nous donne pas de capacités de négociations financières avec les fournisseurs/LGO/institutions (comme les hôpitaux et prestataires de services) obligeant les officines à mutualiser leurs achats ou à se rattacher à des groupements (vs Québec où les pharmacies sont rarement de « petites officines », mais fonctionnent également par bannières) - Relation Pharmacien/Médecin : les Pharmaciens craignent de « pénétrer sur le terrain des médecins » et la collaboration avec eux (vs au Québec on voit que l'arrivée de nouvelles missions ont augmenté les collaborations avec les médecins et infirmiers, avec une reconnaissance mutuelle de chaque pratique professionnelle)

<p style="text-align: center;">Opportunités</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Interprofessionalité 2. Progrès technologique 3. Besoin des patients (maladies chroniques, personnes âgées, addictions, précarité...) de développer de la pharmacie clinique en ambulatoire 	<p style="text-align: center;">Menaces</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Politiques 2. Économiques & Financières 3. Organisationnelles
<ul style="list-style-type: none"> - Besoin de soins des patients et besoin de coordination des soins du patient sur un territoire - Interprofessionnalité poussée par le gouvernement (stratégie Ma-santé-2022), incitation des professionnels de santé à se regrouper (protocoles de coopérations, maisons de santé etc.) dans le but de faire gagner du temps médical et d'un nouveau mode de rémunération (rémunération au parcours du soin, qui compenserait la perte de la marge des produits) - Télésoin pharmaceutique et téléconsultation - Intégrer au LGO les outils nécessaires aux actes de pharmacie clinique de manière efficace, dynamique et intuitive (DSPT, BPM, IP, messagerie sécurisée) - Click & Collect et ordonnances numériques - Le rôle de pharmacien clinicien peut faire faire des économies à la sécurité sociale : expertise sur le médicament et sur l'économie de la Santé (pharmacien et Pharmacie Clinique = continuité pharmaceutique/prévention/dépistage/organisation et structuration/iatrogénie médicamenteuse) ; c'est la Pharmacie Clinique qui va permettre par des recommandations de valoriser les actions que les pharmaciens font en routine - Environnement officinal où on est passé d'une valorisation du produit à une valorisation de l'expérience (marketing expérientiel et marketing relationnel) : transformation de la demande : les patients viennent à l'officine pour une demande de santé et non plus pour un produit ; rémunération à l'acte plutôt qu'à la marge d'un produit ; modification du marché en ce sens ; modification du FrontOffice en conséquence (tri du flux de patients) 	<ul style="list-style-type: none"> - Risque de perte du monopôle pharmaceutique ce qui causerait la fermeture de nombreuses officines - Manque de cohésion professionnelle du corps pharmaceutique (syndicats parfois divisés, naissance de nouvelles « sociétés savantes » etc.), mais également entre les corps médical et pharmaceutique, face au monde politique et à la réalité du terrain (divisions empêchant une cohésion globale) - Taille des officines (à partir de quelle taille elle devient rentable), les petites structures s'en sortent mal, le développement d'officines mégastores au désarroi de petites structures qui ne peuvent lutter contre la concurrence dont la stratégie est commerciale et basée sur les prix bas. Malgré tout ceci, les pharmacies québécoises conservent le monopole mais ont des structures complètement différentes, avec une immense offre de magasin et de denrées diverses mais un pôle Pharmacie où le pharmacien ne s'occupe que de prise en charge pharmacothérapeutique des patients. - Le développement de ces pharmacies mégastore et de fusion des pharmacies (pour des raisons financières qui se comprennent) réduit la proximité des officines et le maillage territorial, ce qui est dommageable pour la patientèle (notamment âgée) qui ne dispose pas de moyens de locomotion et pour laquelle les commerces de proximité permettent de conserver le lien social - « Nouveaux entrants des professions médicales », « nouveaux métiers » tels que les assistants médicaux ou les infirmiers de pratique avancée qui s'approprieraient les missions de suivi thérapeutique et d'observance des patients, les besoins liés au « virage ambulatoire » dans le cas où les pharmaciens ne s'impliqueraient pas suffisamment dans les nouvelles missions qui leurs sont confiées par les tutelles

Tout d'abord, il est important de prendre en compte que le pharmacien est un professionnel de santé de confiance aux yeux de la population. En effet, une étude menée par Viavoice pour le groupe GPM en 2013⁴² montrait notamment que la population sondée considérait une confiance globale envers leurs pharmaciens de 92% (en coude à coude avec les médecins généralistes (92%), derrière les médecins spécialistes (93%) et les infirmiers (93%) ; à noter que la profession de pharmacien connaît la plus forte hausse de confiance (+6 %) toute profession de santé confondue, entre novembre 2011 et mars 2013 sur cette même étude). Cette étude exposait également que les pharmaciens :

- Sont disponibles et à l'écoute des gens pour 94% des sondés (profession en haut du classement sur ce critère, suivie des infirmiers (87%), des masseurs-kinésithérapeutes (80%), des chirurgiens-dentistes (77%) et des médecins toute spécialité confondue)
- Donnent des conseils adaptés aux besoins des patients pour 89% des sondés
- Sont bien répartis sur le plan géographique pour 86% des sondés (profession en tête du classement sur cet item, suivie de loin par les chirurgiens-dentistes (59%), les masseurs kinésithérapeutes (56%) et les médecins toute spécialité confondue).
- Sont bien informés sur les nouveaux médicaments et produits de santé pour 83% des sondés

L'étude expose enfin que 61% des interrogés n'ont pas modifié leurs habitudes d'achat depuis le déremboursement de certains médicaments (contre 36%, 3% ne se prononçant pas).

On retrouve par ailleurs une similitude québécoise sur la confiance attribuée au pharmacien, qui dans mon étude locale attribue pour 96,1% des sondés une note $\geq 7/10$, dont 50% des réponses attribuaient une note de 10/10.

Le pharmacien est sans aucun doute un professionnel de santé de confiance pour la population. Le maillage territorial officinal et la proximité avec les patients sont également une force de la profession, sans oublier sa disponibilité avec des horaires d'ouverture globalement amples, et une accessibilité 7j/7 (gardes comprises) : tout ceci contribue au recours central auprès du pharmacien pour des soins ambulatoires de première urgence, des conseils de santé gratuits, un suivi des patients en lien avec l'ordonnance du prescripteur, et une orientation dans le parcours de soin du patient.

Cette proximité avec le patient est également une force dans un but de coopération interprofessionnelle, car l'accessibilité du pharmacien envers les autres professionnels de santé, et ses connaissances sur le mode de vie des patients, en font un acteur majeur des structures de coopération mais également de la continuité pharmaceutique.

Cependant, le développement des services pharmaceutiques qui, à l'heure actuelle sont toujours gratuits, pourraient être développés davantage et espérer une rémunération pour un service de qualité dans la prise en charge globale du patient. Il est probable que l'officine se métamorphosant progressivement vers une entreprise produisant des services plutôt que des produits, acquière une rémunération de ces services. C'est par ailleurs ce que nous avons pu voir au Québec où la majorité des services et actes pharmaceutiques sont payants, ou rémunérés par le système de santé québécois, hormis la gratuité des conseils pharmaceutique (hors consultation), qui reste une force incontestable de la profession.

Le pharmacien est également un professionnel de santé qui a su montrer ses capacités d'adaptation et de réaction face à l'évolution de l'environnement et de l'exercice de sa profession. Il est notamment très bien accompagné par les instances professionnelles et dispose d'outils qui permettent aux pharmaciens « les plus frileux » de développer leur pratique officinale.

De plus, comme toute entreprise, le monde officinal français s'enquiert depuis quelques années à développer une réelle démarche qualité officinale. Le pharmacien est donc un professionnel de santé au plus proche des patients, mais également un réel gage de qualité. Néanmoins, comme j'ai pu le constater lors de mon expérience nord-américaine, le système qualité pharmaceutique québécois est en place en routine depuis de nombreuses années et fait partie intégrante de la pratique au quotidien. Par exemple, chaque pharmacien responsable de la chaîne de travail doit s'identifier devant chaque poste informatique pour que la traçabilité permette de savoir quel pharmacien a accès aux informations du DSQ par exemple, mais également en cas de contrôle, ce qui est un gage de qualité ; en France seule la structure officinale via ses titulaires est identifiable à chaque dispensation par la carte CPS des titulaires. Le système qualité officinal reste en cours de développement et nécessite encore du temps pour une application consciencieuse dans chaque officine.

Malgré des évolutions réelles de la pratique pharmaceutique française, il persiste dans la conscience collective d'une partie des patients un rôle d'exécutant d'ordonnance et de vendeur, qui certes est très différente en fonction de la pratique de chaque pharmacien, et qui progressivement a tendance à se métamorphoser par l'arrivée des nouvelles missions et d'actes de Pharmacie Clinique, mais la vitrine commerciale de l'officine masque encore pour certains le réel rôle de professionnel de santé. Par exemple, trop peu de patients ne connaissent l'existence du rôle de pharmacien correspondant (trop peu utilisé, pas assez démocratisé)

malgré sa création par l'article 38 de la Loi HPST du 21 juillet 2009¹⁵. Il en va de même pour les autres professionnels de santé : les pharmaciens ont encore beaucoup de mal à travailler comme pharmacien clinicien en coopération avec ces derniers par un manque de considération professionnelle qui persiste, particulièrement par manque de formation pratique en clinique en Pharmacie. Il pourrait être intéressant de greffer dans les études pharmaceutiques des travaux pratiques ou des stages conjointement avec les externes en médecine, afin d'ajouter aux connaissances théoriques les connaissances pratiques de la clinique, de former une base commune de la clinique aux médecins et pharmaciens, le but n'étant pas de faire des pharmaciens de seconds médecins, mais d'ajouter aux connaissances théoriques et intellectuelles de la clinique, un aspect pratique avec une connaissance sur le terrain au cours des études pharmaceutiques. Le Service Sanitaire pourrait être d'ailleurs davantage développé en ce sens. Ce manque de considération en clinique restreint l'expertise pharmaceutique au comptoir et dévalue la pratique pharmacologique officinale, ce qui d'ailleurs se ressent beaucoup moins à l'hôpital, la coopération médecin-pharmacien dans les services étant davantage accrue grâce à un décloisonnement des deux professions.

De plus, de nombreux pharmaciens craignent de « pénétrer sur le terrain des médecins », ce qui ralentit la coopération interprofessionnelle. Cependant, on remarque qu'au Québec avec l'arrivée de nouvelles missions, les coopérations avec les médecins et infirmier(ère)s ont été plus importantes : pourquoi ceci serait-il différent dans la pratique française ?

D'un point de vue des outils technologiques, il existe également des faiblesses dans la pratique pharmaceutique de routine, avec notamment un DMP trop insuffisamment développé et utilisé : le dossier médical partagé n'est pas automatiquement alimenté à chaque étape du parcours de soin, on se retrouve donc avec des patients ayant accepté d'ouvrir leur DMP, soucieux de l'utilisation très intéressante qui lui est destinée, mais qui sont finalement vides malgré une prise en charge régulière par divers praticiens. Ceci vient à mon sens de la nécessité de chaque praticien de manuellement alimenter le dossier. Le DSQ québécois à l'inverse, est constamment alimenté de manière automatique, on y retrouve donc pour la majorité des cas, des dossiers à jour, comprenant les CRH (comptes rendus d'hospitalisation), les analyses biologiques etc. Le LGO est également trop orienté vers une pratique de délivrance, de vente et de gestion d'entreprise, et ne sont à l'heure actuelle que trop peu interopérables avec les autres professionnels de santé, et trop peu tournés vers une pratique clinique avec des outils de suivi de patients, un DSPT (Dossier de Suivi Pharmaco-Thérapeutique) etc., ce qui n'est pas le cas des LGO québécois, où par exemple les données anthropométriques (suivi de poids, suivi

tensionnel, suivi d'INR...) y sont accessibles facilement et visibles directement dans le dossier patient.

Les tâches quotidiennes du pharmacien officinal sont également une faiblesse à l'émergence de la Pharmacie clinique, avec une lourdeur administrative chronophage (majorée avec la pandémie sanitaire liée au Covid-19) plutôt que de concentrer le pharmacien sur la prise en charge pharmacothérapeutique du patient (comme c'est le cas au Québec). L'équilibre entre la Pharmacie et la gestion entrepreneuriale est difficile à trouver, la priorité étant donnée à l'urgence de la prise en charge des patients, encore plus importante durant l'épidémie.

Le développement de la Pharmacie Clinique en étant la preuve, le pharmacien permet une réduction des coûts de santé à l'Assurance Maladie par une diminution de l'iatrogénie médicamenteuse ainsi qu'une part importante de la Pharmacie clinique tournée vers la prévention. Pour autant, le pharmacien clinicien de par son expertise sur le médicament et ses connaissances en économie de la santé, permet des économies à la Sécurité Sociale : les sociétés savantes de Pharmacie clinique permettent de publier des recommandations qui valorisent les actions que les pharmaciens pratiquent en routine, sur la prévention de l'iatrogénie médicamenteuse par exemple.

De plus, le pharmacien à travers ses nombreuses casquettes de gestion des patients, gestion des priorités de l'entreprise et gestion managériales, n'arrive à dégager que très peu de temps à sa formation continue et au développement de ses connaissances, tout ceci passant malheureusement après tout le reste. Au Québec, l'obligation de formation personnelle et les régulières inspections professionnelles tournées vers un développement et une remise en question de sa pratique, contribuent certainement à une élévation continue des connaissances au cours de la vie professionnelle du pharmacien.

La taille des officines est également une faiblesse, mais aussi une menace, car les petites structures ont de plus en plus de mal à rivaliser face aux officines qui fusionnent, souvent au profit d'un développement des « officines mégastore », ce qui rend les petites et moyennes structures faibles dans les négociations financières avec les prestataires et fournisseurs, les forçant à se regrouper sous différentes bannières et groupements pharmaceutiques, qui pour certains restreignent leur liberté de choix dans les produits proposés dans leur espace de vente par exemple.

Néanmoins, la conjoncture actuelle permet de réelles opportunités au développement de la Pharmacie clinique. Elles se regroupent sous trois principales catégories : un développement certain de l'interprofessionnalité, de nouvelles technologies, et une modification de l'environnement officinal.

Tout d'abord, un besoin de soins de plus en plus fort des patients, la population vieillissante est de mieux en mieux prise en charge par la médecine contemporaine. Mais les patients recherchent de plus en plus une coordination dans leur parcours de soin, de leur prise en charge. Pour toutes ces raisons, et afin de lutter contre la désertification médicale sur certains territoires, le gouvernement (notamment à travers la réforme du système de santé « Ma santé 2022, un engagement collectif ») pousse vers une interprofessionnalité : le maillage territorial pharmaceutique tire un énorme avantage à la construction de structures territoriales de coopération, qui permettent de faire gagner du temps médical et à terme un nouveau mode de rémunération (rémunération au parcours de soin du patient, à travers des rémunérations à l'acte), ce qui compenserait les pertes financières constantes de la baisse des marges sur les médicaments. De plus, cette coopération territoriale, permettrait un tri du flux de patients et une hiérarchisation en fonction des actes : les recommandations des sociétés savantes et notamment de la SFPC permettront de structurer le parcours de soin et organiseront le flux des patients en fonction des actes pratiqués. Tout ceci contribue à un développement certain du rôle du pharmacien clinicien.

Les outils technologiques permettent également une évolution, nous l'avons vu notamment par le télésoin pharmaceutique et la téléconsultation assistée par le pharmacien, mais également en modifiant les LGO afin qu'ils intègrent les outils de pharmacie clinique nécessaires à une pratique changeante, *cf.* ci-dessus les faiblesses d'un LGO insuffisamment tourné vers le DSPT, les BPM, les interventions pharmaceutiques et la messagerie sécurisée. Le confinement a également laissé émerger un système qui se démocratise de plus en plus dans les officines françaises : le *Click-&-Collect* qui permet au patient (ou au prescripteur) d'envoyer directement son ordonnance numérique (ou *e-prescription*) à la pharmacie, qui prépare l'ordonnance pour faire gagner du temps au patient, qui vient à la pharmacie une fois avoir reçu confirmation de la préparation, qui sans attendre récupère ses traitements et les conseils liés à la dispensation.

Enfin, l'environnement officinal est en pleine métamorphose, avec un système officinal basé sur une valorisation de l'expérience plutôt qu'une valorisation du produit (marketing expérientiel vs marketing relationnel) : les patients viendront à la pharmacie pour un service

pharmaceutique, un soin ou une expertise du pharmacien en tant que professionnel de santé, plutôt que pour un produit. Diverses officines entreprennent une modification du FrontOffice en ce sens, avec une gestion du flux de patients en fonction du service recherché (dispensation d'ordonnance, conseils pharmaceutiques, conseils en santé, ou achat de parapharmacie), offrant un interlocuteur spécialisé à chaque service attendu. On retrouverait si ce modèle se développe, une gestion du flux de patient comme au Québec où le patient s'oriente dans la pharmacie en fonction du service qu'il recherche (hiérarchisation et gestion du flux en amont de l'interaction avec son interlocuteur, et non pas comme c'est le cas à l'heure actuelle au comptoir, où le patient cherche son interlocuteur (pharmacien, préparateur, vendeur...) qui se doit d'être polyvalent, et réoriente le patient vers la personne concernée si besoin). On pourrait imaginer une structure où le patient à l'entrée de l'officine, est orienté en fonction du service qu'il recherche, et interagirait avec le pharmacien pour des dispensations d'ordonnances complexes, nécessitant des conseils pharmaceutiques, ou pour une consultation pharmaceutique (comme c'est le cas au Québec pour les actes de Loi 41 et 31 par exemple).

Cependant, le changement du système pharmaceutique connaît également des menaces à son développement, d'ordre politique, économique et financière, mais également organisationnelle.

Tout d'abord, comme depuis de nombreuses années, le monopôle pharmaceutique est toujours en danger, avec une appétence accrue de la grande distribution et des entreprises de ventes en ligne. Une perte du monopôle causerait la fermeture de nombreuses officines, notamment des structures les plus petites, qui sont à l'heure actuelle fondamentales pour conserver un maillage territorial de qualité sur l'ensemble du territoire national. Nous l'avons vu, les différences de taille des structures officinales sont également une faiblesse et une menace. Les plus petites structures ne pouvant bénéficier d'une grande offre de produits de parapharmacie, et la marge sur les médicaments continuant de s'affaïsser chaque année, il est plus que primordial que le pharmacien se tourne vers de nouveaux modes de rémunération, tels que le sont progressivement les actes de Pharmacie clinique.

Une autre menace au développement de la Pharmacie clinique, reste le risque pour le pharmacien de « s'embourber » dans une pratique professionnelle, où il deviendrait un simple exécutant d'ordonnance et un vendeur de produits de santé, plutôt qu'un réel professionnel de santé. Si le pharmacien de 2020 laisse « passer le train » de la métamorphose de sa pratique professionnelle avec les acteurs qui se battent pour une valorisation de leur profession avec

l'émergence du rôle de clinicien et des nouvelles missions, la Pharmacie française pourrait connaître une désescalade qui serait probablement difficilement réversible, et complètement catastrophique, pour la profession elle-même, mais également pour le système de soin dont les patients seraient en définitive ceux qui en empâteront.

c. Résolution du Conseil de l'Europe sur la mise en œuvre du suivi pharmaceutique au bénéfice des patients et des services de santé

Le 11 mars 2020, a été adoptée par le Comité des Ministres dans sa composition restreinte aux représentants des États parties à la Convention relative à l'élaboration d'une Pharmacopée européenne, la résolution CM/Res(2020)3 sur la mise en œuvre du suivi pharmaceutique au bénéfice des patients et des services de santé. Cette résolution porte sur les recommandations, qui dans un souci d'unification des pratiques pharmaceutiques européennes, d'une meilleure prise en charge des patients ainsi qu'une réduction des coûts des systèmes de santé, mettent en exergue l'intérêt majeur du développement du suivi pharmaceutique dans les États signataires. Ce document est composé de sept sections : définition du suivi pharmaceutique, prise en charge du patient et processus de suivi pharmaceutique, suivi pharmaceutique et services connexes de Pharmacie, services fournis en milieu hospitalier, services spécifiques à la santé publique et à la santé de la population, mise en œuvre du suivi pharmaceutique au sein du système de santé, et enfin promotion du suivi pharmaceutique. Cette résolution retrace diverses propositions, qui dans leur globalité ne peuvent que nous faire penser à la pratique des soins pharmaceutiques québécois, dont l'usage est de rigueur depuis de nombreuses années.

L'exhaustivité de ladite résolution ne sera pas apposée ici, néanmoins nous pouvons toutefois retenir certains points essentiels :

- « Selon la définition élaborée par Hepler et Strand, le suivi pharmaceutique consiste « à fournir de manière responsable des médicaments dans le but d'obtenir des résultats précis qui améliorent la qualité de vie du patient », et il « implique un processus par lequel un pharmacien coopère avec le patient et d'autres professionnels pour concevoir, mettre en œuvre et assurer le suivi d'un plan thérapeutique qui produira chez le patient des résultats thérapeutiques spécifiques » ».
- « Les principales composantes du suivi pharmaceutique sont le rôle central du pharmacien, l'approche centrée sur le patient, la collaboration avec les aidants, les prescripteurs et les autres professionnels de santé (soins intégrés), la prévention, la

détection et la résolution des problèmes liés à la médication, et la prise de responsabilité pour optimiser la médication en vue d'améliorer l'état de santé et la qualité de vie du patient. »

- « L'objectif du plan de suivi pharmaceutique est de s'assurer que le traitement médicamenteux répond aux besoins et aux attentes du patient, et qu'il contribue de façon optimale à une gestion efficace de son état de santé. », « Le plan de suivi pharmaceutique est particulièrement important pour concilier des priorités cliniques concurrentes et contradictoires chez les patients polymorbides. »
- « En outre, les revues systématiques de la littérature et les méta-analyses évaluant l'impact des services de santé proposés en pharmacie communautaire (cliniques de médecine générale) et hospitalière ont mis en lumière des effets positifs sur l'évolution de l'état de santé du patient, ainsi que des retombées économiques positives. »
- « Les prescripteurs et autres professionnels de santé pourraient diriger le patient atteint d'une affection mineure (par exemple infestation de poux, affection dermatologique légère) vers un pharmacien qui lui dispenserait les médicaments et conseils nécessaires sans que le patient n'ait à consulter son médecin de famille ou un autre médecin généraliste. Dans certains pays, les pharmaciens communautaires possédant les titres/qualifications appropriés ont aussi le droit de prescrire des médicaments dans des conditions spécifiques et selon des protocoles élaborés en collaboration avec l'équipe clinique, afin de faciliter un accès rapide aux médicaments et une prise en charge efficace à un niveau approprié du service de santé. »
- « Le suivi pharmaceutique constitue une approche holistique du patient et reconnaît que les médicaments et les interventions non pharmacologiques peuvent se compléter ou s'opposer les uns aux autres dans leurs effets sur l'état de santé du patient. ». La proximité des officines (leur accessibilité) y est également avancée comme argument.
- « Les pharmaciens devraient être reconnus comme des prestataires de soins aux patients et être soutenus pour pouvoir prodiguer un suivi pharmaceutique de manière professionnelle. »
- « Le temps et les compétences des pharmaciens seraient toutefois utilisés de façon plus appropriée et plus efficace si l'on mettait l'accent sur les activités liées à la prise en charge des patients et aux services en matière de santé des populations, assurés par les pharmacies. Il est admis depuis de nombreuses années qu'une évolution logique et judicieuse consisterait à faire en sorte que la rémunération en pharmacie tienne compte de la prestation de ces activités. Le suivi pharmaceutique, avec son approche collaborative,

holistique, centrée sur le patient et interprofessionnelle, exige du temps, ainsi qu'un investissement intellectuel et une responsabilité accrue. Étant donné qu'un changement durable des comportements et de la pratique est nécessaire pour mettre en œuvre le suivi pharmaceutique, il sera nécessaire d'avoir recours à des « coups de pouce », des incitations et des moyens de dissuasion dans le cadre d'une modification des rémunérations. Les ressources investies dans le suivi pharmaceutique permettront d'améliorer l'état de santé des patients et d'accroître l'efficacité et l'efficience des soins de santé prodigués. »

- Il est également notion d'une nécessité de qualité, dont l'inspection et la certification des pharmaciens permettraient d'en assurer la qualité.
- Il est aussi conseillé de « déployer judicieusement des effectifs pluridisciplinaires pour tirer le meilleur parti des compétences de chacun. Les pharmaciens devraient être responsabilisés et soutenus dans la révision de leur domaine d'exercice afin de tirer pleinement parti de leurs compétences cliniques. (...) afin que le pharmacien puisse ainsi disposer du temps nécessaire pour dispenser un suivi pharmaceutique (les tâches administratives ou de production dans la pharmacie peuvent, par exemple, être confiées aux assistants en pharmacie afin de libérer les pharmaciens pour la prise en charge des patients). »
- La question de l'éducation et de la formation continue à ces nouvelles pratiques a également été posée, rejoignant l'inspection et la certification, dans le but de pousser les pharmaciens à développer leurs connaissances dans le suivi pharmaceutique, proposant notamment des « programmes de formation interprofessionnelle (...) pour aider les professionnels de santé à acquérir les connaissances, les compétences et les attitudes nécessaires pour assurer la prise en charge des patients dans un environnement de collaboration en équipe ».
- Enfin, il est aussi écrit que la promotion du suivi pharmaceutique doit être encouragée et soutenue pour pouvoir être adoptée, promue auprès de « tous les prescripteurs et de toutes les parties (...) impliquées dans le processus d'utilisation des médicaments ».

II. Conclusion

La pharmacie, de son étymologie grecque ancienne φάρμακον (pharmakôn) signifiant à la fois poison et remède, a bien évolué au fil des siècles. Néanmoins, le pharmacien reste toujours le garant ou gardien des poisons depuis la création des premières professions

d'apothicaire. Toutefois, depuis plusieurs années nous avons pu constater l'émergence et l'évolution de la Pharmacie Clinique. Aujourd'hui réelle discipline scientifique internationale, la Pharmacie clinique tente de se développer plus que jamais dans un contexte de crise sanitaire en France. Fort de mon expérience en soins pharmaceutiques lors d'un stage dans une pharmacie communautaire québécoise à Montréal, j'ai souhaité dresser un constat de l'ensemble des soins pharmaceutiques dans la pratique quotidienne des pharmaciens québécois. Aguerri également de mon expérience de stagiaire officinal français, de plus en pleine crise sanitaire, j'ai pu expérimenter l'utilisation de nouveaux outils au service du patient, dans l'optique eux aussi de développer la Pharmacie clinique française. Le but de cette thèse est de dresser les forces, faiblesses, menaces et opportunités au développement de la Pharmacie clinique française en ambulatoire, tout en suggérant des analogies à la pratique québécoise. Cette dernière est souvent reprise comme un des modèles de pratique clinique pharmaceutique, qui plus est, francophone et riche d'une partie culturelle commune à la France.

L'intérêt du développement de la Pharmacie clinique en France est multiple. Tout d'abord, la Pharmacie officinale est à un tournant de son histoire, plus que jamais sujette à des menaces extérieures (perte du monopole sur la table des négociations depuis plusieurs années, transformation de l'environnement économique officinal...), et intérieures (division de la profession sur de multiples modèles de pratique), mais se retrouve également au sein d'un système de santé en pleine métamorphose, qui peut permettre à la profession de développer de nouvelles pratiques, de créer des structures interprofessionnelles territoriales, et de nouvelles rémunérations permettant de compenser d'autres difficultés financières et économiques propres à l'officine.

La pharmacie officinale française est forte d'un maillage territorial et de pharmaciens compétents, dont la majorité montrent au quotidien leurs capacités d'adaptation dans un souci de prodiguer les meilleurs soins possibles au patient, tout en étant soucieux des contraintes économiques de la Sécurité Sociale. C'est sur ces arguments que la Pharmacie clinique en France est plus que jamais appelée à accompagner et transformer le visage officinal français. D'autres pays, tel que le Québec, ont passé le pas vers cette métamorphose professionnelle depuis des années, et prouvent chaque année que ces pratiques sont réalisables et efficaces dans leur système de soin.

Au cœur d'une révolution professionnelle, les pharmaciens officinaux français peuvent contribuer à faire avancer leur pratique pharmaceutique, mais ne doivent pas attendre que cette démarche se mette en place de manière indépendante, car le risque d'une corrosion progressive du système officinal à l'avantage d'autres acteurs économiques privés, souvent

dénués de compétences sanitaires, d'indépendance et non soumis à notre code de déontologie professionnelle, risque de rendre irréversible le retour vers une pratique digne d'un réel Professionnel de Santé. Les acteurs impliqués au quotidien dans l'évolution de la Pharmacie clinique en ambulatoire comptent des résultats très positifs ; reste à l'ensemble des confrères pharmaciens à travailler avec eux pour accompagner dès maintenant ce changement qui sera le visage de la Pharmacie d'officine de demain.

Annexe

Quantité	Forme	Localisation	Fréquence	Intervalle / moment	Durée	Indication
ORALES						
nez	1 CO(S) = comprimé(s)		DIE = 1 fois par jour	MHJ = même heure chaque jour	REG = régulièrement	AB = (antibiotique)
	2 CAP(S) = capsule(s)			AM = le matin	PRN = au besoin	ANTI = (anti-inflammatoire)
	3 CAT(S) = cul. à thé (5mL)			LS = le soir	PRD = au besoin si douleur	CHO = (cholestérol)
	4 CAS(S) = cul. à soupe (15mL)			HS = au coucher	STAT = immédiatement	CON = (constipation)
INHALATEURS						
nez	1 INH(S) = inhalation(s)	PO = par la bouche		DEJ = au déjeuner		CS = (circulation sang)
VAPORISATEURS						
	1 VAP(S) = vaporisation(s)	DCN = dans chaque narine DLN = dans les narines	BID = 2 fois par jour	MS = matin et soir	3J = pour 3 jours 7J = pour 7 jours 10J = pour 10 jours 14J = pour 14 jours	DIA = (diabète)
OPHTHALMIQUES et OTIQUES						
oeil	1 GTTE(S) = goutte(s)	OD = dans l'œil droit OS = dans l'œil gauche OUU = dans les 2 yeux AD = dans l'oreille droite AS = dans l'oreille gauche AOU = dans les 2 oreilles	TID = 3 fois par jour	Q8H = aux 8 heures	X 21 JRS = pour 21 jours X 28 JRS = pour 28 jours	ES = (estomac)
Appliquez gros comme un pois						
TOPIQUES						
insérez	1 SUPP = suppositoires	DREC = dans le rectum		Q4-6H = aux 4 à 6 heures	SII = si insomnie ANX = si anxiété	HOR = (hormone)
	2 COV = comprimé vaginal	DLV = dans le vagin				PRE = (pression)
Application locale						
Application locale en couche mince						
INJECTABLES						
	1 ML EN INJ = mL en injection	SC = sous-cutanée IM = intramusculaire IV = intraveineuse		AJ = à jeun EM = en mangeant AC = avant les repas CC = au milieu des repas PC = après les repas		PROS = (prostate) RM = (relaxant musc.)

Figure 7 - Codage des ordonnances – formation des ATP (Pharmaprix®)



Figure 8 - Exemple d'une étiquette personnalisée (anonymisée) d'AVAMYS apposée sur la boîte d'origine (ici) ou le cas échéant sur la bouteille de déconditionnement.

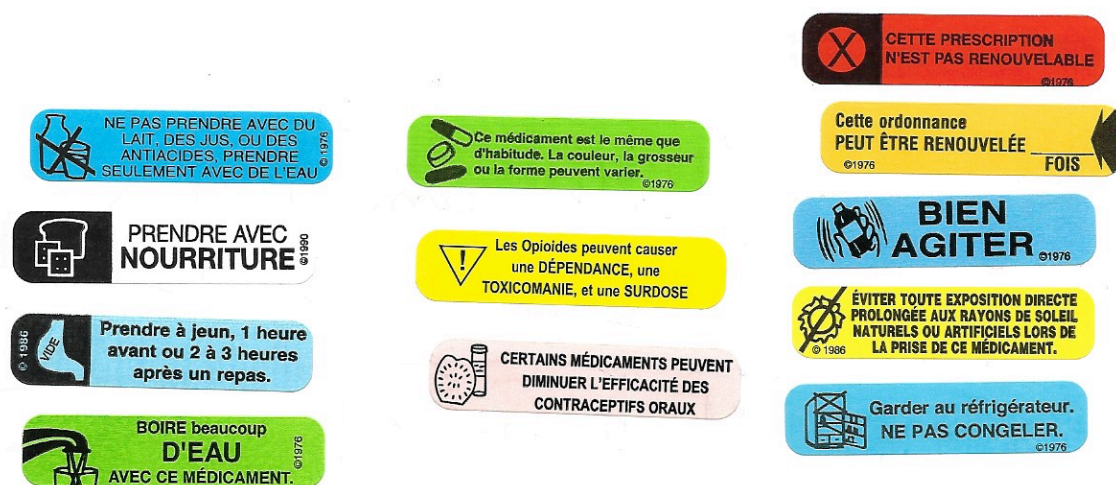


Figure 9 - Exemple de petites étiquettes à apposer sur les bouteilles représentant des conseils à l'administration

Pharmacie François
Lalande
3845 Rue Ontario Est, Montréal

(514) 524-7727
(514) 524-7117

Prescrire pour une condition mineure
Dermatite atopique (eczéma)



Note au prescripteur

COMMUNICATION DU PHARMACIEN
2020-01-13

Page 1 de 1

Patient

HEL [REDACTED] T
17 [REDACTED] APT. 5
MONTREAL (Quebec) [REDACTED]
RAMQ : [REDACTED] 14

Contexte :

Évaluation :

- Les signes et symptômes permettent d'identifier clairement la condition.
ECZEMA
- Le patient présente les mêmes symptômes et lésions que lors du ou des épisodes précédents.
- L'ordonnance de référence date de moins de 4 ans.
- Le traitement a été efficace lors de sa dernière utilisation.
- Le traitement n'a pas causé d'effet secondaire sérieux.

Prescripteur

Ordonnance de référence

Nouvelle ordonnance

Médecin #19 [REDACTED]

[REDACTED] TSSE [REDACTED]

[REDACTED] (Québec) [REDACTED]

(514) [REDACTED]

(514) [REDACTED]

BETADERM 0.05% CREME

#15 [REDACTED]

APPLICATION LOCALE EN COUCHE MINCE 2
FOIS PAR JOUR SUR REGION AFFECTEE DU
CORPS

Quantité : 50

Renouvellements : 0

Date d'émission : 2019-08-23

BETADERM, 0.05%, CREME

APPLICATION LOCALE EN COUCHE MINCE 2 FOIS
PAR JOUR SUR REGION AFFECTEE DU CORPS

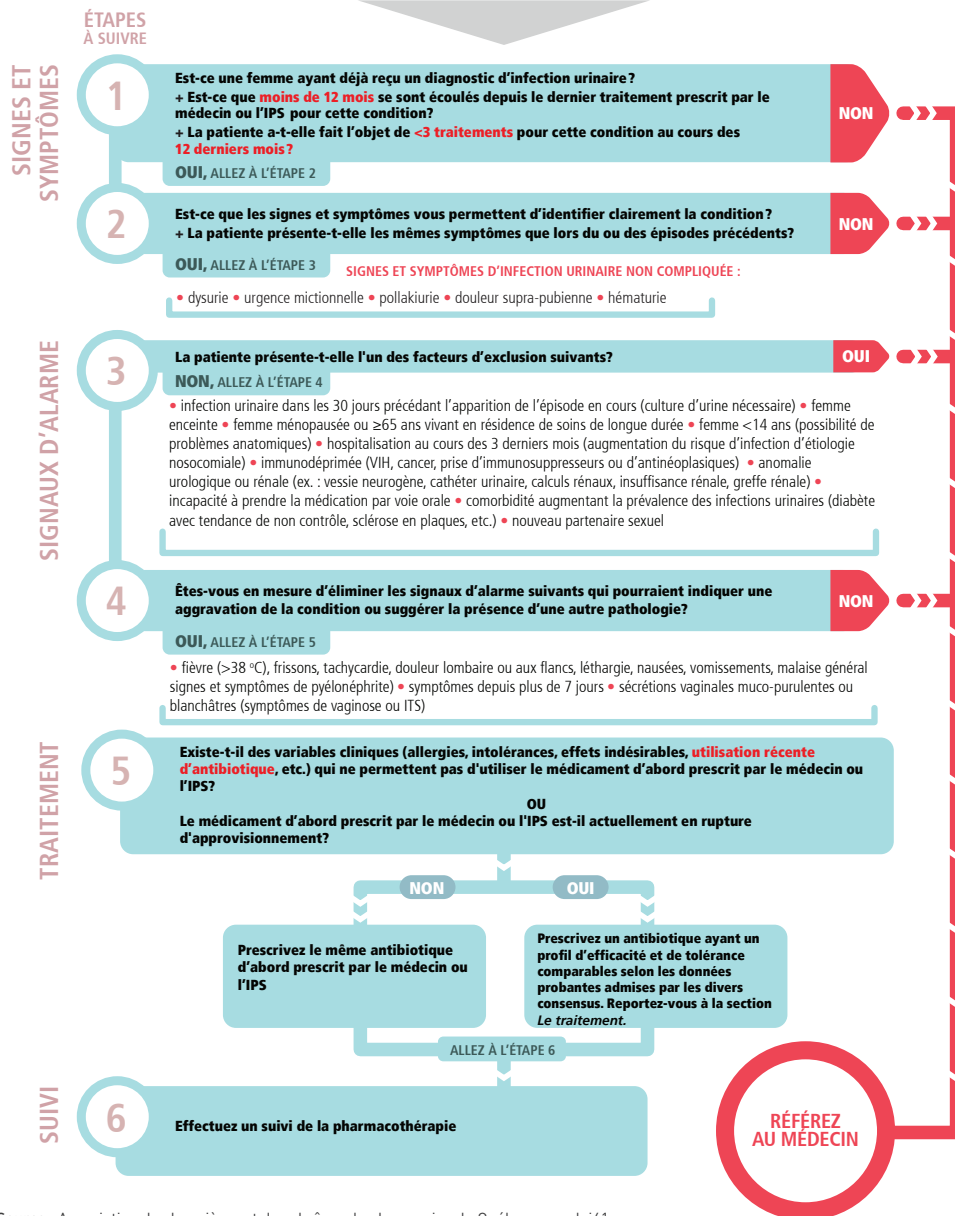
Quantité : 50

Renouvellements : 1

Pharmacien : [REDACTED]

Figure 10 - Exemple d'ordonnance "Loi 41" d'une prescription dans une condition mineure dans la pratique professionnelle pharmaceutique en routine

ALGORITHME D'AIDE À LA DÉCISION
INFECTION URINAIRE
 CHEZ LA FEMME



Source : Association des bannières et des chaînes de pharmacies du Québec, www.loi41.com

Figure 11 - Exemple d'algorithme d'aide à la décision ; ici cas d'une infection urinaire chez la femme



ORDRE DES PHARMACIENS DU QUÉBEC

Présent pour vous

OBJET : Entrée en vigueur des nouvelles activités

Chère collègue, cher collègue,

À partir du samedi 20 juin 2015, vous et votre équipe de pharmaciens pourrez exercer de nouvelles activités professionnelles. Après plusieurs années de démarches et un report de l'entrée en vigueur de la *Loi 41*, le 20 juin marque enfin le début de cette ère nouvelle en pharmacie.

Je suis conscient que le contexte actuel n'est pas idéal pour appliquer la *Loi 41*. Je suis toutefois convaincu qu'il faut prendre ce virage important pour la profession. En effet, après s'être battu pendant plus de 4 ans pour avoir cette opportunité d'en faire plus, nous ne pouvons manquer cette occasion. Si je peux vous lancer un message, c'est celui-ci : commencez avec un acte, un patient à la fois. Personne n'exige que vous révolutionniez votre pratique demain matin. Mais si dans toutes les pharmacies du Québec, on répond au besoin d'un patient, une fois, le 20 juin, près de 2000 Québécois bénéficieront de vos nouveaux services. Ça fera toute la différence.

L'Ordre est là pour vous soutenir dans l'application de ces nouvelles activités. Si vous avez des interrogations, n'hésitez pas à nous en faire part par courriel à infoLoi41@opq.org ou par téléphone. Nous n'avons peut-être pas encore toutes les réponses à vos questions, mais soyez assurés que des mises à jour régulières vous seront acheminées. Je vous invite également à consulter le *Guide d'exercice sur les activités réservées aux pharmaciens* disponible dans la section « Application de la Loi 41 » du site Web de l'Ordre. S'y trouvent également une Foire aux questions, qui évoluera au cours des prochains mois, ainsi que les formulaires de communication au médecin (information et attention requise).

Des outils pour informer vos patients

L'Ordre a produit une affiche, 7 fiches informatives ainsi qu'un dépliant afin d'informer vos patients sur les nouvelles activités. L'affiche et les 7 fiches se trouvent dans cet envoi. Je vous invite à joindre les fiches entre elles, par exemple en les poinçonnant dans le coin supérieur gauche et en les reliant, pour qu'elles puissent être consultées sur place, dans votre salle d'attente ou au comptoir. Pour le dépliant, nous avons mis un seul exemplaire dans cet envoi. Nous vous donnons la possibilité d'en commander d'autres en ligne (voir le document en pièce jointe). Des versions anglaises de ces outils sont aussi disponibles sur le site Web de l'Ordre, sous « Application de la Loi 41/Des outils pour informer vos patients ».

Le 20 juin, je vous invite, une étape à la fois, à intégrer ces nouvelles activités dans votre pratique. Je sais que vous y parviendrez, toujours dans un souci constant de répondre aux besoins de vos patients.

Le président,

Bertrand Bolduc, pharmacien, MBA, IAS.A.

Pièces jointes

Figure 12 - Lettre du Président de l'Ordre des Pharmaciens du Québec à destination des pharmaciens pour introduire la mise en place des nouvelles activités de la Loi 41

Champ d'exercice du pharmacien ¹		Province ou territoire													
		BC	AB	SK	MB	ON	QC	NB	NS	PEI	NL	NWT	YT	NU	
Pouvoir de prescription (médicaments de l'annexe 1) ¹	De façon indépendante, tout médicament de l'annexe 1	X	✓ ⁵	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
	Selon une entente ou dans le cadre d'une pratique collaborative	X	✓ ⁵	✓ ⁵	✓ ⁵	X	X	✓	✓	X	X	X	X	X	
	Prescrire ²	Pour les affections bénignes	X	✓	✓	✓ ⁵	P	✓	✓	✓	✓ ⁵	✓	X	X	X
		Pour l'abandon du tabagisme	X	✓	✓	✓ ⁵	✓	✓	✓	✓	✓ ⁵	✓	X	X	X
	En cas d'urgence	✓ ⁷	✓	✓ ⁷	✓ ⁸	X	✓	✓	✓	✓	✓ ⁷	X	X	X	
Adapter ^{3/} gérer	De façon indépendante, tout médicament de l'annexe 1 ⁴	X	✓ ⁵	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
	De façon indépendante, dans le cadre d'une pratique collaborative ⁴	X	✓ ⁵	✓ ⁵	✓ ⁵	X	X	✓	✓	X	X	X	X	X	
	Faire des substitutions thérapeutiques	✓	✓	✓ ⁹	X	X	✓ ¹⁰	✓	✓	✓	✓	X	✓	X	
	Modifier la posologie, la forme galénique, le schéma thérapeutique, etc.	✓	✓	✓ ⁹	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	X	✓	X	
	Renouveler ou prolonger une prescription pour assurer la continuité des soins	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	X	
Pouvoir d'administrer des injections (sc ou im) ¹⁵	Tout médicament ou vaccin	P	✓	✓	✓	X ¹¹	✓ ¹²	✓	✓	✓	✓	X	✓	X	
	Vaccins ⁶	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	X	✓	X	
	Vaccin antigrippal	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	X	✓	X	
Analyses de laboratoire	Prescrire et interpréter des analyses de laboratoire	X	✓	P ¹³	✓ ¹⁴	X	✓	P	P ¹³	✓ ¹⁵	X	X	X	X	
Techniciens	Techniciens en pharmacie réglementés	✓	✓	✓	✓ ¹⁶	✓	X	✓	✓	✓	✓	X	X	X	

1. Le champ d'activité, les règlements, les exigences en matière de formation et/ou les restrictions varient selon la province ou le territoire. Veuillez consulter les organismes de réglementation de la pharmacie pour plus de renseignements.
2. Prescrire une nouvelle pharmacothérapie, à l'exclusion des médicaments couverts par la Loi réglementant certaines drogues et autres substances.
3. Modifier l'ordonnance originale, existante ou actuelle rédigée par un autre prescripteur.
4. Les pharmaciens peuvent gérer de façon indépendante les médicaments de l'annexe 1 de leur propre autorité, sans égard aux ordonnances originales ou existantes, au type de médicament, à l'affection du patient, etc.
5. S'applique uniquement aux pharmaciens ayant suivi une formation de perfectionnement professionnel ou ayant obtenu une qualification et/ou une autorisation de leur organisme de réglementation.
6. Le pouvoir d'administrer des injections peut ne pas inclure tous les vaccins de cette catégorie. Veuillez consulter les règlements de votre province ou de votre territoire.
7. Ne s'applique qu'aux ordonnances existantes, c.-à-d. pour assurer la continuité des soins.
8. Conformément à une ordonnance ministérielle en cas d'urgence de santé publique.
9. S'applique uniquement aux pharmaciens travaillant dans une pratique collaborative.
10. Lors d'une rupture d'approvisionnement.
11. Aux fins d'enseignement ou de démonstration uniquement.
12. En cas d'urgence.
13. En attente de l'adoption de règlements.
14. Le pouvoir se limite à la prescription d'analyses de laboratoire.
15. Le pouvoir des pharmaciens communautaires limité à la prescription d'analyses sanguines. Pas de pouvoir d'interprétation de ces analyses.
16. L'inscription à titre de technicien en pharmacie réglementé peut se faire auprès de l'autorité de réglementation de la pharmacie (aucune licence officielle).

- ✓ Mise en œuvre dans la province ou le territoire
- P En attente d'une législation, de règlements ou d'une politique de mise en œuvre
- X Non mis en œuvre

© Association des pharmaciens du Canada
Information à jour en juin 2020



Figure 13 - Champ d'exercice des pharmaciens au Canada - Scope of practice in Canada

Références bibliographiques

1. Allenet B, Juste M, Mouchoux C, et al. De la dispensation au plan pharmaceutique personnalisé : vers un modèle intégratif de pharmacie clinique. *Pharm Hosp Clin*. 2019;54(1):56-63. doi:10.1016/j.phclin.2018.12.003
2. Organisation Mondiale de la Santé. Les soins de santé primaires. Published October 1, 2018. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/primary-health-care>
3. Bourgueil Y, Marek A, Mousquès J. Trois modèles types d'organisation des soins primaires en Europe, au Canada, en Australie et en Nouvelle-Zélande. Published online 2009:6.
4. Bras P-L, Pouvourville G de, Tabuteau D, eds. *Traité d'économie et de gestion de la santé*. Presses de Sciences Po : Editions de la santé; 2009.
5. Whyte KL, Greenberg BG. Reprinted from The New England Journal of Medicine. :19.
6. Bond CA, Raehl CL. 2006 National Clinical Pharmacy Services Survey: Clinical Pharmacy Services, Collaborative Drug Management, Medication Errors, and Pharmacy Technology. *Pharmacother J Hum Pharmacol Drug Ther*. 2008;28(1):1-13. doi:10.1592/phco.28.1.1
7. Bond CA, Raehl CL, Franke T. Clinical pharmacy services, pharmacy staffing, and the total cost of care in United States hospitals. *Pharmacotherapy*. 2000;20(6):609-621. doi:10.1592/phco.20.7.609.35169
8. Bond CA, Raehl CL. Clinical Pharmacy Services, Pharmacy Staffing, and Adverse Drug Reactions in United States Hospitals. *Pharmacother J Hum Pharmacol Drug Ther*. 2006;26(6):735-747. doi:10.1592/phco.26.6.735
9. Bond CA, Raehl CL. Clinical Pharmacy Services, Pharmacy Staffing, and Hospital Mortality Rates. *Pharmacother J Hum Pharmacol Drug Ther*. 2007;27(4):481-493. doi:10.1592/phco.27.4.481
10. Groupe de travail sur la détermination des niveaux de soins et de services pharmaceutiques. *Niveaux de Soins et Services Pharmaceutiques Requis Pour Répondre Adéquatement Aux Besoins de La Population*. Ordre des Pharmaciens du Québec; 2015.
11. Dr Zinaida Bezverhni, Dr Zaza Chapichadze, Dr Alfonso Cavaco, et al. *Pharmaceutical Care: Policies and Practices for a Safer, More Responsible, and Cost-Effective Health System*. (European Directorate for the Quality of Medicines & HealthCare, EDQM, ed.); 2012. www.edqm.eu
12. Association Nationale des Enseignants de Pharmacie Clinique, F. Gimenez, J. Calop, S. Limat, C. Fernandez. *Pharmacie Clinique et Thérapeutique*. Elsevier Masson.; 2008.
13. Bussièrès J-F, Blanc A, Lavoie A, Gagnon-Bagheri J, Rieutord A. Étude pilote sur l'utilité et l'applicabilité d'un outil de plan de soins pharmaceutiques au Québec et en France. *Pédagogie Médicale*. 2008;9(4):209-220. doi:10.1051/pmed:2008358
14. Hepler CD, Strand LM. Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. *Am J Hosp Pharm*. 1990;47(3):533-543. doi:10.1093/ajhp/47.3.533
15. *Article 38 - Loi N° 2009-879 Du 21 Juillet 2009 Réforme de l'hôpital et Relative Aux Patients, à La Santé et Aux Territoires*.
16. Delande E. Le développement de la Pharmacie Clinique en établissement de santé en France et ses conséquences juridiques. Published online 2017.
17. *Règlement sur les ordonnances d'un pharmacien*. <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/ShowDoc/cr/P-10,%20r.%2018.1/>
18. Collège des médecins du Québec. *Les ordonnances collectives*. Collège des médecins du Québec; 2017. <http://epe.lac->

bac.gc.ca/100/200/300/cm/q/ordonnances_collectives/Ordonnances_collectives_170501DEF.pdf

19. Ordre des Pharmaciens du Québec, Collège des Médecins du Québec. *Loi 41 - Guide d'exercice - Les Activités Réservées Aux Pharmaciens.*; 2019.
20. Guide des bonnes pratiques en santé des voyageurs. :10.
21. Ordre des Pharmaciens du Québec. Ordre des pharmaciens du Québec - Mission, vision et valeurs - OPQ. <https://www.opq.org/fr-CA/1-ordre/mission-vision-et-valeurs/>
22. Association des pharmaciens du Canada, Canadian Pharmacists Association. *Champ d'exercice Des Pharmaciens Au Canada - Scope of Praticice in Canada.*; 2020.
23. Fondation canadienne pour la pharmacie, Canadian Foundation for Pharmacy. *Données Relatives Aux Honoraires et Demandes de Remboursement Des Services Pharmaceutiques Subventionnés Par Le Gouvernement, Par Province.*; 2019.
24. Pratique avancée. OIIQ. <https://www.oiiq.org/pratique-professionnelle/pratique-avancee>
25. Ordre des Pharmaciens du Québec. Deviens Pharmacien. Presented at the:
26. Ordre des Pharmaciens du Québec. Ordre des pharmaciens du Québec - Pharmacien non traditionnel - OPQ. <https://www.opq.org/fr-CA/grand-public/le-pharmacien/pharmacien-non-traditionnel/>
27. Ordre des Pharmaciens du Québec. *Rapport Annuel.*; 2019.
28. Ordre des Pharmaciens du Québec. Standards de pratique. Published online 2016.
29. Ordre des Pharmaciens du Québec. Programme de surveillance - se préparer à son inspection individuelle.
30. Ordre des Pharmaciens du Québec. Se préparer à son inspection - organisation du circuit du médicament et des soins et services pharmaceutiques en pharmacie communautaire.
31. Le projet de loi 31 est adopté. <https://www.opq.org/fr-CA/presse/communiques-de-presse/communiques-2020/2020-03-17-adoption-du-projet-de-loi-31/>
32. Arrêté du 14 mars 2020 portant diverses mesures relatives à la lutte contre la propagation du virus covid-19 - Légifrance. <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000041722917/2020-03-17/>
33. Arrêté du 19 mars 2020 complétant l'arrêté du 14 mars 2020 portant diverses mesures relatives à la lutte contre la propagation du virus covid-19 - Légifrance. Accessed September 29, 2020. <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000041737443/>
34. Arrêté du 23 mars 2020 prescrivant les mesures d'organisation et de fonctionnement du système de santé nécessaires pour faire face à l'épidémie de covid-19 dans le cadre de l'état d'urgence sanitaire - Légifrance. <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000041746744>
35. Arrêté du 1er avril 2020 complétant l'arrêté du 23 mars 2020 prescrivant les mesures d'organisation et de fonctionnement du système de santé nécessaires pour faire face à l'épidémie de covid-19 dans le cadre de l'état d'urgence sanitaire - Légifrance. <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000041776842/>
36. Arrêté du 10 juillet 2020 prescrivant les mesures générales nécessaires pour faire face à l'épidémie de covid-19 dans les territoires sortis de l'état d'urgence sanitaire et dans ceux où il a été prorogé - Légifrance. <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000042106233/>
37. Société Française de Pharmacie Clinique. *Mise Au Point Sur Les Pratiques de Pharmacie Clinique Ambulatoire Issues Du Contexte Covid-19 Pour Contribuer à La Continuité Des Soins Des Patients.*; 2019.
38. LOI n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé (1) - Légifrance. <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000038821260/>

39. URPS Pays de la Loire, Assurance Maladie Pays de la Loire. Pharmaciens - Aide à la pratique téléconsultation assistée avec un médecin. Presented at the: April 15, 2020.
40. *Avenant N°15 à La Convention Nationale Du 4 Avril 2012 Organisant Les Rapports Entre Les Pharmaciens Titulaires et l'Assurance Maladie.*
41. APM News. *Deux Tiers Des Officines Ont Proposé Un Service de Dispensation à Domicile Pendant Le Confinement (Enquête SFPC).*
42. Viavoice pour le Groupe Pasteur Mutualité. *Baromètre de Confiance à l'égard Des Professionnels de Santé - Vague 3.; 2013.*

SERMENT DE GALIEN

Je jure, en présence de mes maîtres de la Faculté, des conseillers de l'Ordre des pharmaciens et de mes condisciples :

- + D'honorer ceux qui m'ont instruit 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, de respecter le secret professionnel.
- + 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 d'opprobre, méprisé de mes confrères, si j'y manque.