



**HAL**  
open science

## Demain, la consultation pharmaceutique? Enquête prospective auprès de vingt pharmaciens lorrains

Geoffrey Guntz

► **To cite this version:**

Geoffrey Guntz. Demain, la consultation pharmaceutique? Enquête prospective auprès de vingt pharmaciens lorrains. Sciences pharmaceutiques. 2007. hal-01732518

**HAL Id: hal-01732518**

**<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01732518v1>**

Submitted on 14 Mar 2018

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

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



## AVERTISSEMENT

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

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

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

Contact : [ddoc-theses-contact@univ-lorraine.fr](mailto:ddoc-theses-contact@univ-lorraine.fr)

## LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

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

[http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg\\_droi.php](http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php)

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

**UNIVERSITE HENRI POINCARÉ - NANCY 1**

**2007**

**FACULTE DE PHARMACIE**



**DEMAIN, LA CONSULTATION  
PHARMACEUTIQUE ?**

**Enquête prospective auprès de vingt pharmaciens lorrains**

**T H E S E**

Présentée et soutenue publiquement

Le 11 mai 2007

pour obtenir

**le Diplôme d'Etat de Docteur en Pharmacie**

par **Geoffrey GUNTZ**

né le 24 mai 1982 à Lunéville (54)

**Membres du Jury**

**Président :** Mme Emmanuelle BENOIT, Maître de Conférences, Faculté de Pharmacie de Nancy

**Juges :** Mme Monique DURAND, Présidente du C.R.O.P. de Lorraine  
Mlle Dora LIBAN, Docteur en Pharmacie

BU PHARMA-ODONTOL



D

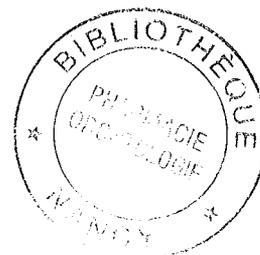
104 076154 3

PFN 115 676 604  
BIB 186 365

**UNIVERSITE HENRI POINCARÉ - NANCY 1**

**2007**

**FACULTE DE PHARMACIE**



**DEMAIN, LA CONSULTATION PHARMACEUTIQUE ?**  
**Enquête prospective auprès de vingt pharmaciens lorrains**

**T H E S E**

Présentée et soutenue publiquement

Le 11 mai 2007

pour obtenir

**le Diplôme d'Etat de Docteur en Pharmacie**

par **Geoffrey GUNTZ**

né le 24 mai 1982 à Lunéville (54)

**Membres du Jury**

Président : Mme Emmanuelle BENOIT, Maître de Conférences, Faculté de Pharmacie de Nancy

Juges : Mme Monique DURAND, Présidente du C.R.O.P. de Lorraine  
Mlle Dora LIBAN, Docteur en Pharmacie

## Membres du personnel enseignant 2006/2007

**Doyen**

Chantal FINANCE

**Vice Doyen**

Francine PAULUS

**Président du Conseil de la Pédagogie**

Pierre LABRUDE

**Responsable de la Commission de la Recherche**

Jean-Claude BLOCK

**Directeur des Etudes**

Gérald CATAU

**Responsable de la Filière officine**

Gérald CATAU

**Responsables de la Filière industrie**

Jean-Bernard REGNOUF de VAINS

Isabelle LARTAUD

**Responsable de la Filière hôpital**

Jean-Michel SIMON

**DOYEN HONORAIRE**

M. VIGNERON Claude

**PROFESSEURS HONORAIRES**

Mlle BESSON Suzanne

Mlle GIRARD Thérèse

M. JACQUE Michel

M. LECTARD Pierre

M. LOPPINET Vincent

M. MARTIN Jean-Armand

M. MIRJOLET Marcel

M. MORTIER François

M. PIERFITTE Maurice

M. SCHWARTZBROD Louis

**PROFESSEURS EMERITES**

M. BONALY Roger

M. HOFFMAN Maurice

M. SIEST Gérard

**MAITRES DE CONFERENCES HONORAIRES**

Mme FUZELLIER Marie-Claude

Mlle IMBS Marie-Andrée

M. MONAL Jean-Louis

Mme POCHON Marie-France

Mme ROVEL Anne

Mme WELLMAN-ROUSSEAU Marie Monica

**PROFESSEURS**

M.	ASTIER Alain	Pharmacie clinique
M.	ATKINSON Jeffrey	Pharmacologie cardiovasculaire
M.	AULAGNER Gilles	Pharmacie clinique
M.	BAGREL Alain	Biochimie
M.	BLOCK Jean-Claude	Santé publique
Mme	CAPDEVILLE-ATKINSON Christine	Pharmacologie cardiovasculaire
Mme	FINANCE Chantal	Virologie, immunologie
Mme	FRIANT-MICHEL Pascale	Mathématiques, physique, audioprothèse
Mlle	GALTEAU Marie-Madeleine	Biochimie clinique
M.	HENRY Max	Botanique, mycologie
M.	JOUZEAU Jean-Yves	Bioanalyse du médicament
M.	LABRUDE Pierre	Physiologie, orthopédie, maintien à domicile
M.	LALLOZ Lucien	Chimie organique
Mme	LARTAUD Isabelle	Pharmacologie
Mme	LAURAIN-MATTAR Dominique	Pharmacognosie
M.	LEROY Pierre	Chimie physique générale
M.	MAINCENT Philippe	Pharmacie galénique
M.	MARSURA Alain	Chimie thérapeutique
M.	MERLIN Jean-Louis	Biologie cellulaire oncologique
M.	NICOLAS Alain	Chimie analytique
M.	REGNOUF de VAINS Jean-Bernard	Chimie thérapeutique
M.	RIHN Bertrand	Biochimie
Mme	SCHWARTZBROD Janine	Bactériologie, parasitologie
M.	SIMON Jean-Michel	Economie de la santé, législation pharmaceutique
M.	VIGNERON Claude	Hématologie, physiologie

## MAITRES DE CONFERENCES

Mme	ALBERT Monique	Bactériologie - virologie
Mme	BANAS Sandrine	Parasitologie
Mme	BENOIT Emmanuelle	Communication et santé
M.	BOISBRUN Michel	Chimie Thérapeutique
Mme	BOITEUX Catherine	Biophysique, Audioprothèse
M.	BONNEAUX François	Chimie thérapeutique
M.	BOURRA Cédric	Physiologie
M.	CATAU Gérard	Pharmacologie
M.	CHEVIN Jean-Claude	Chimie générale et minérale
M	CLAROT Igor	Chimie analytique
Mme	COLLOMB Jocelyne	Parasitologie, organisation animale
M.	COULON Joël	Biochimie
M.	DANGIEN Bernard	Botanique, mycologie
M.	DECOLIN Dominique	Chimie analytique
M.	DUCOURNEAU Joël	Biophysique, audioprothèse, acoustique
Mme	Florence DUMARCAY	Chimie thérapeutique
M.	François DUPUIS	Pharmacologie
M.	DUVAL Raphaël	Microbiologie clinique
Mme	FAIVRE Béatrice	Hématologie
M.	FERRARI Luc	Toxicologie
M.	GANTZER Christophe	Virologie
M.	GIBAUD Stéphane	Pharmacie clinique
Mle	HINZELIN Françoise	Mycologie, botanique
M.	HUMBERT Thierry	Chimie organique
M.	JORAND Frédéric	Santé, environnement
Mme	KEDZIEREWICZ Francine	Pharmacie galénique
Mle	LAMBERT Alexandrine	Informatique, biostatistiques
Mme	LEININGER-MULLER Brigitte	Biochimie
Mme	LIVERTOUX Marie-Hélène	Toxicologie
Mle	MARCHAND Stéphanie	Chimie physique
M.	MEHRI-SOUSSI Faten	Hématologie biologique
M.	MENU Patrick	Physiologie
M.	MERLIN Christophe	Microbiologie environnementale et moléculaire
Mme	MOREAU Blandine	Pharmacognosie, phytothérapie
M.	NOTTER Dominique	Biologie cellulaire
Mme	PAULUS Francine	Informatique
Mme	PERDIAKIS Christine	Chimie organique
Mme	PERRIN-SARRADO Caroline	Pharmacologie
Mme	PICHON Virginie	Biophysique
Mme	SAPIN Anne	Pharmacie galénique
Mme	SAUDER Marie-Paule	Mycologie, botanique
Mle	THILLY Nathalie	Santé publique
M.	TROCKLE Gabriel	Pharmacologie
M.	ZAIYOU Mohamed	Biochimie et biologie moléculaire
Mme	ZINUTTI Colette	Pharmacie galénique

## PROFESSEUR ASSOCIE

Sémiologie

## PROFESSEUR AGREGE

M. COCHAUD Christophe Anglais

## ASSISTANTS

Mme BEAUD Mariette Biologie cellulaire  
Mme BERTHE Marie-Catherine Biochimie  
Mme PAVIS Annie Bactériologie

# SERMENT DES APOTHICAIRES



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

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

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

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

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

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



« LA FACULTE N'ENTEND DONNER AUCUNE APPROBATION,  
NI IMPROBATION AUX OPINIONS EMISES DANS LES  
THESES, CES OPINIONS DOIVENT ETRE CONSIDEREES  
COMME PROPRES A LEUR AUTEUR ».

*A la mémoire du Professeur Anne-Marie BATT*

Elle fut la première à s'intéresser à cette thèse, à y contribuer par des recherches documentaires, et à demander à assister à sa soutenance avant même que la première ligne ne soit écrite. Elle est irremplaçable.

## **REMERCIEMENTS**

A la Présidente et Directrice de Thèse, Madame E. Benoit, pour ses relectures minutieuses, ses conseils pleins de bon sens, et parce qu'elle enseigne, envers et contre tout, une matière hautement indispensable.

Aux Membres du Jury, Madame M. Durand et Mademoiselle D. Liban, pour le temps qu'elles ont bien voulu consacrer à ce travail.

A mes parents, qui m'ont rendu curieux, qui m'ont toujours soutenu, et qui ont fait en sorte que je poursuive ces études sereinement. A mon grand frère.

A mes grands-parents, qui m'ont donné l'amour des choses anciennes et de l'histoire naturelle, ils sont sans doute pour quelque chose dans ma vocation.

A mon oncle Paul, qui m'a ouvert les portes de sa pharmacie.

A Olivier et à Pierre, qui m'ont aidé à comprendre ce qu'un patient était en droit d'attendre du système de santé, et combien il est contraignant de prendre un traitement à vie. Ils m'ont ouvert les yeux sur le rôle social que pouvait jouer le pharmacien, d'où est partie cette thèse.

A mes amies Anne et Anne-So, des filles pas comme les autres, des pharmaciennes pas comme les autres.



**INTRODUCTION GENERALE ..... 7**

**PREMIERE PARTIE – LA PRISE EN CHARGE GLOBALE DU PATIENT :  
ETAT DES LIEUX..... 9**

**Introduction ..... 10**

**Chap. 1 : Le pharmacien d’aujourd’hui, communiquant en santé..... 11**

- 1. *La consultation pharmaceutique en milieu hospitalier* ..... 12
  - 1.1. Médicaments à effets indésirables marqués ..... 12
  - 1.2. Médicaments dont l’emploi nécessite une éducation du patient ..... 12
  - 1.3. Médicaments suivant un schéma de prises complexe ..... 13
- 2. *La formation du pharmacien* ..... 13
  - 2.1. Les enseignements délivrés en tronc commun ..... 15
    - 2.1.1. A la faculté de Lille ..... 15
    - 2.1.2. A la faculté de Paris XI (Châtenay-Malabry)..... 16
  - 2.2. Les enseignements de la filière officine ..... 16
    - 2.2.1. A la faculté d’Amiens ..... 17
    - 2.2.2. A la faculté de Bordeaux ..... 17
    - 2.2.3. A la faculté de Nancy ..... 18
  - 2.3. Les unités d’enseignement optionnelles..... 18
    - 2.3.1. A la faculté de Toulouse..... 19
    - 2.3.2. A la faculté de Nancy ..... 20
  - 2.4. Des outils pédagogiques performants ..... 20
  - 2.5. Formation continue ..... 21
    - 2.5.1. D.U. « La Communication Interpersonnelle à l’usage des Professionnels de Santé » - Faculté de Pharmacie de Nancy ..... 22
    - 2.5.2. D.U. « Qualité à l’Officine » - Faculté de Pharmacie de Lille..... 23
    - 2.5.3. Le Droit Individuel à la Formation (D.I.F.) ..... 23
  - 2.6. Conclusion..... 24
- 3. *L’Opinion Pharmaceutique* ..... 25
  - 3.1. Qu’est-ce qu’une Opinion Pharmaceutique ?..... 25
  - 3.2. Quelles sont les limites de l’Opinion Pharmaceutique ?..... 26
  - 3.3. Deux exemples concrets d’Opinion Pharmaceutique..... 27
    - 3.3.1. Opinion d’ordre réglementaire ..... 29
    - 3.3.2. Opinion d’ordre thérapeutique ..... 30

3.4.	Intérêt de l'Opinion Pharmaceutique dans le Suivi Personnalisé .....	30
3.5.	Conclusion sur l'Opinion Pharmaceutique .....	31
4.	<i>Qualité à l'officine</i> .....	31
4.1.	Aspects réglementaires de la Qualité .....	32
4.1.1.	Quelques points soulevés par le Guide d'Assurance Qualité Officinale .	33
4.1.2.	Vers toujours plus de qualité.....	36
4.2.	Démarche qualité : le suivi personnalisé.....	36
4.2.1.	Contenu du dossier-patient et conditions d'application .....	37
4.2.2.	Le dossier-patient, outil de prévention.....	38
4.2.3.	Le dossier médical sur Sésame Vitale 2.....	39
4.2.4.	Bientôt le Dossier Pharmaceutique (DP) .....	40
4.3.	Démarche qualité : l'éducation thérapeutique.....	41
4.3.1.	Définition de l'éducation thérapeutique .....	41
4.3.2.	Exemple concret de l'utilité de l'éducation thérapeutique.....	42
4.3.3.	Conditions pour une éducation thérapeutique efficiente.....	43
4.3.4.	Un outil d'éducation : le prospectus d'information .....	44
4.3.5.	Le pharmacien comme éducateur de santé.....	46
5.	<i>Communication et santé : conclusion</i> .....	47
	<b>Chap. 2 : Le pharmacien, maillon de la chaîne de santé.....</b>	<b>49</b>
1.	<i>Les relations médecin-pharmacien</i> .....	49
1.1.	La relation médecin-pharmacien en chiffres.....	49
1.2.	De la réforme des études médicales .....	51
1.3.	Etudier sur des bases communes.....	52
1.3.1.	Les facultés « pilotes » en relation médecin-pharmacien.....	52
1.3.2.	L'enseignement des relations médecin-pharmacien à Nancy .....	53
1.4.	La relation médecin-pharmacien sur le terrain.....	55
1.4.1.	La relation médecin-pharmacien au sein du réseau de santé .....	55
1.4.2.	Des compétences complémentaires.....	56
1.4.3.	A chacun ses attributions.....	58
2.	<i>Les relations patient-pharmacien</i> .....	59
2.1.	Garantir la sécurité du patient .....	60
2.1.1.	Conseil officinal et responsabilité du pharmacien .....	61
2.1.2.	Préparation magistrale et responsabilité du pharmacien .....	62
2.1.3.	Exécution d'ordonnance et responsabilité du pharmacien.....	63

2.2.	Optimiser le traitement.....	64
2.2.1.	Analyser les risques d'une dispensation donnée .....	65
2.2.2.	Commenter le bon usage des médicaments prescrits et délivrés .....	65
2.3.	Etre à l'écoute du patient.....	66
2.3.1.	Intervention auprès du patient après l'annonce d'un diagnostic .....	67
2.3.2.	Exemple d'intervention destinée à lever un doute .....	67
2.3.3.	Intervention prévenant le mauvais usage de la notice.....	68
2.4.	Lutter contre l'inobservance.....	68
2.5.	Donner des conseils adaptés aux populations sanitaires : exemple de la personne-âgée.....	70
2.5.1.	Caractéristiques sanitaires de la personne-âgée .....	71
2.5.2.	Arguments pour la mise en place d'une consultation pharmaceutique chez les personnes-âgées .....	71
<b>Chap. 3 : La consultation pharmaceutique .....</b>		<b>73</b>
1.	<i>Expériences pilotes de consultation pharmaceutique en France.....</i>	73
1.1.	Etude sur l'observance des traitements antiviraux, Paris, 1999 <sup>89</sup> .....	74
1.1.1.	Contenu des consultations pharmaceutiques.....	75
1.1.2.	Analyse critique.....	76
1.2.	La Pharmacie du Village (Paris IV) <sup>28</sup> .....	76
1.3.	Le Programme Pharmaker.....	77
1.4.	Conclusions .....	78
2.	<i>Le pharmacien au Royaume-Uni.....</i>	79
2.1.	Des pharmaciens sollicités faute de médecins .....	79
2.2.	Le rôle du pharmacien en perpétuelle évolution .....	80
2.2.1.	Supplementary prescriber.....	80
2.2.2.	La convention d'avril 2005 .....	81
2.2.3.	Prescripteur indépendant .....	82
2.3.	Discussion .....	82
3.	<i>Le pharmacien au Québec .....</i>	84
3.1.	Un pharmacien consciencieux et impliqué dans le traitement .....	84
3.2.	La consultation pharmaceutique au Québec.....	86
3.3.	Un mode de rémunération prenant en compte la réflexion .....	86
3.4.	Discussion .....	87

## SECONDE PARTIE – POINTS DE VUE ET PROPOSITIONS POUR LA CONSULTATION PHARMACEUTIQUE ..... 89

### Introduction.....90

### Chap. 1 : Méthodologie de l'enquête.....91

1. <i>Echantillon interrogé</i> .....	91
1.1. Âge moyen des titulaires.....	92
1.2. Années d'expérience des titulaires.....	93
1.3. Taille des pharmacies.....	93
2. <i>Elaboration du questionnaire</i> .....	94
2.1. Choix des thèmes abordés.....	94
2.2. Mode de présentation.....	95

### Chap. 2 : Exploitation de l'enquête.....98

1. <i>Place du pharmacien dans le réseau de santé</i> .....	98
1.1. Réponses à l'enquête.....	99
1.2. La participation aux réseaux de santé est mitigée.....	100
1.3. Le partenariat avec le médecin.....	101
1.4. Groupements de pharmacies : la réponse adaptée ?.....	102
1.5. Conclusion quant aux réseaux de santé.....	103
2. <i>L'espace officinal et la confidentialité</i> .....	103
2.1. Réponses à l'enquête.....	104
2.2. Conseil en toute discrétion.....	105
2.3. Les aménagements possibles.....	105
2.4. Gérer l'attente pour plus de confidentialité.....	107
2.5. La vitrine de la pharmacie.....	107
2.6. La pharmacie virtuelle.....	108
3. <i>Le rendez-vous pharmaceutique</i> .....	108
3.1. Réponses à l'enquête.....	109
3.2. Commentaire.....	110
4. <i>L'opinion pharmaceutique</i> .....	110
4.1. Réponses à l'enquête.....	110
4.2. Commentaire.....	112
5. <i>L'éducation thérapeutique</i> .....	112
5.1. Réponses à l'enquête.....	113

5.2.	Elargir sa vision de l'éducation thérapeutique .....	115
5.3.	Les cibles de l'éducation thérapeutique .....	116
5.4.	Le toxicomane et l'éducation thérapeutique .....	118
6.	<i>La consultation pharmaceutique</i> .....	118
6.1.	Réponses à l'enquête .....	119
6.1.1.	Les exemples connus de consultation pharmaceutique.....	119
6.1.2.	Préalables à la mise en place de consultations pharmaceutiques .....	120
6.1.3.	Des oppositions à la consultation pharmaceutique .....	121
6.1.4.	Avantages pour le patient.....	122
6.2.	Des pistes de financement pour la consultation pharmaceutique.....	123
6.2.1.	Financement du système de prescriptions / remboursement.....	123
6.2.2.	Financement de l'indemnisation du pharmacien.....	124
6.3.	Pourquoi une consultation pharmaceutique ?.....	125
6.3.1.	L'accès aux soins facilité .....	125
6.3.2.	Le renouvellement des traitements longue durée .....	126
6.4.	Où mener la consultation pharmaceutique ? .....	126
6.5.	Savoir communiquer efficacement.....	127
6.5.1.	Les attitudes en counseling <sup>25</sup> .....	128
6.5.2.	Les techniques du counseling <sup>25</sup> .....	129
7.	<i>La formation des pharmaciens</i> .....	130
7.1.	Réponses des titulaires à l'enquête.....	130
7.1.1.	Fréquence de participation .....	130
7.1.2.	Les défauts de la formation continue .....	131
7.2.	Discussion sur la formation continue .....	131
7.3.	Réponses des étudiants et jeunes pharmaciens à l'enquête.....	132
7.4.	Discussion sur la formation de base et les stages.....	133
	<b>Conclusion de l'enquête.....</b>	<b>135</b>
	<b>CONCLUSION GENERALE .....</b>	<b>137</b>
	<b>ANNEXES.....</b>	<b>140</b>
	<b>BIBLIOGRAPHIE .....</b>	<b>193</b>

## Table des illustrations

Figure 1 - Extrait du Programme Officiel des Etudes de Pharmacie (Ordre des pharmaciens) <sup>78</sup> .....	14
Figure 2 - Programme de l'U.E. Communication Orale et Ecrite - Relations Humaines <sup>46</sup> .....	19
Figure 3 - Schéma structural de l'Opinion Pharmaceutique <sup>77</sup> .....	29
Figure 4 - Exemple de prospectus informatif destiné aux comptoirs d'officine .....	45
Figure 5 - Extrait des Objectifs Pédagogiques de 2 <sup>ème</sup> Cycle de Médecine (Ministère de la Recherche) <sup>70</sup> .....	51
Figure 6 - Contribution du pharmacien à l'observance, d'après V. Barrat .....	70
Figure 7 - Quelques exemples d'actes pharmaceutiques facturables .....	85
Figure 8 - Répartition des titulaires interrogés par tranche d'âge .....	92
Figure 9 - Répartition selon le nombre d'années d'expérience en tant que titulaire.....	93
Figure 10 - Répartition des officines visitées par taille .....	94
Figure 11 - Participation des titulaires interrogés aux réseaux de santé (plusieurs participations possibles).....	99
Figure 12 - Moyens de confidentialité utilisés dans les officines .....	104
Figure 13 - Marquage au sol destiné à orienter les patients vers le poste le plus adapté.....	106
Figure 14 - Motifs de rendez-vous pharmaceutiques.....	109
Figure 15 - Fréquence des opinions pharmaceutiques .....	111
Figure 16 - Les raisons de ne pas pratiquer l'opinion pharmaceutique régulièrement.....	111
Figure 17 - Définitions de l'éducation thérapeutique.....	114
Figure 18 - Cibles prioritaires de l'éducation thérapeutique .....	115
Figure 19 - Les exemples connus de consultation pharmaceutique.....	119
Figure 20 - Pré-requis à la mise en place de consultations pharmaceutiques .....	121
Figure 21 - Les avantages de la consultation pharmaceutique pour le patient .....	123
Figure 22 - Fréquence de participation des titulaires à des formations continues .....	130

## INTRODUCTION GENERALE

---

En pharmacie clinique, « une consultation pharmaceutique est un conseil donné à un patient dans le cadre de son traitement, que le patient soit hospitalisé, sortant ou ambulatoire. Elle doit être écrite, un commentaire verbal pouvant être utilement associé au document remis au patient. »<sup>88</sup> Cette consultation répond au besoin croissant d'accompagnement des personnes, tout en plaçant l'individu au centre du dispositif thérapeutique, c'est-à-dire en préservant son libre choix des options thérapeutiques entreprises à tous les niveaux.

L'évolution que connaissent actuellement les politiques de santé – valorisation de l'individu, recherche permanente de la qualité optimale et évaluation du service rendu – a conduit à transposer la théorie clinique à la réalité officinale. Bien que cela reste un phénomène marginal, des consultations pharmaceutiques sont données dans quelques officines françaises depuis la fin des années 90, à l'origine pour aider les patients atteints par le V.I.H. à mieux supporter des médicaments aux effets dévastateurs, et depuis, pour permettre aux patients souffrant d'autres maladies chroniques de conserver une certaine qualité de vie et de gérer au mieux leur traitement.

Là où la définition parle de « conseil donné à un patient », il faut entendre le mot « conseil » dans son acception la plus large. Il dépasse le cadre du conseil officinal : l'objet d'une consultation pharmaceutique n'est pas de donner à chaque patient, en fonction du cas, une liste de recommandations stéréotypées, mais bien de donner **le bon conseil au bon patient**. Cela implique un entretien approfondi avec celui-ci, qui permet de cerner son comportement, dans la santé et dans la maladie, et de lui fournir des conseils personnalisés et adaptés à son mode de vie, de telle sorte qu'il les adoptera à moindre peine. L'idée n'est pas non plus de remplacer les consultations médicales ou de faire double-emploi ; la consultation pharmaceutique s'arroge avant tout les aspects thérapeutiques de la maladie – prévention et gestion des effets indésirables, éducation thérapeutique, observance – sans jamais avoir de finalité diagnostique.

La première partie de cette thèse est consacrée à une bibliographie mettant en évidence la place de la consultation pharmaceutique dans le système de santé actuel. Elle montre en quoi le pharmacien moderne a recours à la communication interpersonnelle dans la plupart de ses activités ; comment ces notions de communication sont acquises à l'université ; comment la notion de qualité a été introduite dans l'exercice officinal et comment elle se manifeste ;

comment le pharmacien gère ses relations avec les autres professionnels de santé et avec le patient, et quelle est la portée de la communication dans ce domaine. Pour finir, un panorama des expériences de consultation pharmaceutique en France, en Angleterre et au Canada sera présenté et analysé de manière critique.

La seconde partie, quant à elle, sera consacrée à une enquête menée auprès de vingt pharmaciens sur la consultation pharmaceutique : ils sont interrogés sur les expériences de consultation pharmaceutique qu'ils connaissent, expliquent en quoi la consultation pharmaceutique leur semble appropriée ou non dans la pratique officinale, et quels moyens devraient être mis en jeu pour y parvenir. La réflexion touche à d'autres innovations dans l'exercice officinal : les réseaux de santé, l'espace de confidentialité, le rendez-vous pharmaceutique, l'opinion pharmaceutique.

La confrontation et l'analyse des points de vue des répondants sera l'occasion d'une réflexion sur ce que pourra être l'exercice officinal de demain, en particulier, la place que l'on pourrait accorder à la consultation pharmaceutique : prescription pharmaceutique, renouvellement des traitements chroniques, tenue d'un dossier-patient, etc.

**PREMIERE PARTIE – LA PRISE EN CHARGE GLOBALE DU  
PATIENT : ETAT DES LIEUX**

---

## Introduction

Par prise en charge, on entend généralement la procédure thérapeutique à suivre pour corriger une anomalie dans le fonctionnement normal du corps. Le concept lui-même de santé a changé, puisque l'Organisation Mondiale de la Santé la définit en 1974 comme « un état complet de bien-être physique, psychique et moral »<sup>31</sup>, les deux derniers termes ayant longtemps été négligés. La prise en charge *globale* a des aspirations plus ambitieuses : elle implique un accompagnement personnalisé du patient, une réflexion sur le vécu de la maladie et de son traitement, une adaptation de la thérapeutique au mode de vie propre à chacun, et un ensemble de conseils sur l'hygiène de vie, destinés à préserver la santé et à donner à l'individu la sensation d'être au meilleur de ses capacités physiques et psychiques. La prise en charge globale n'est pas le fait de l'un des intervenants de santé, elle résulte de l'action coordonnée de l'ensemble des maillons de la chaîne. On peut donc dire que la prise en charge globale est une approche pluriprofessionnelle de la pathologie et de ses facteurs de comorbidité, qui prend en compte les aspects liés au traitement (complexité, retentissement) et les aspects liés au patient (incompréhension, comportement, émotivité).

Dans cette partie, on abordera premièrement les caractéristiques de l'exercice moderne de la pharmacie, les notions d'empathie et de service rendu au patient, qui viennent balayer les conceptions de l'ancienne médecine paternaliste, dépourvue de transparence. On s'attardera sur l'aptitude du pharmacien à communiquer et à tenir un rôle clef de consultant au plus proche du malade. On étudiera comment sa formation le prépare à remplir ce rôle, et quels outils l'aident dans cet exercice.

Ensuite, on s'interrogera sur la place du pharmacien dans la chaîne des intervenants de santé, et surtout sur sa relation au médecin et au patient, facteurs indissociables de progrès vers la consultation pharmaceutique.

Pour terminer, nous verrons comment certains pharmaciens français ont déjà mis en place une véritable consultation pharmaceutique dans leur officine. On s'intéressera également à la consultation pharmaceutique dans d'autres pays, et l'on se demandera si ces modèles étrangers sont transposables à la France, et pour quelles raisons.

## **Chap. 1 : Le pharmacien d'aujourd'hui, communiquant en santé**

Tout au long de ce premier point, on s'évertuera à démontrer que le pharmacien d'aujourd'hui dispose des compétences nécessaires pour assurer une consultation personnalisée pour tout patient chez qui un tel entretien est nécessaire.

Pour commencer, on définira ce qu'est une consultation pharmaceutique en s'appuyant sur le modèle de la consultation en milieu hospitalier. En tant que véritable spécialiste du médicament, seul le pharmacien est habilité à donner certains conseils sur la bonne marche d'un traitement parfois lourd et difficile à vivre pour le patient.

Le point suivant tendra à prouver que lors de sa formation universitaire, le pharmacien a acquis des compétences dans le domaine de la communication interpersonnelle et de la compréhension d'autrui. Il est ainsi capable, à l'issue de cette formation, de mener à bien un entretien particulier en faisant passer les messages importants, afin qu'un patient ne se sente pas isolé dans un traitement qu'il ne comprend pas et qui semble lui nuire tout autant que la maladie. Ces connaissances en communication et en psychologie sociale pourront être complétées par la suite par des stages de formation continue destinés aux professionnels.

Le troisième point s'intéressera à l'Opinion Pharmaceutique : quelles sont ses applications dans la pratique de la pharmacie d'officine ? Quelles sont ses limites ? A-t-elle donné lieu à un véritable changement de mœurs en pratique professionnelle ? Quoi qu'il en soit, l'Opinion Pharmaceutique a permis de se poser la question de la valeur du pharmacien dans la chaîne des intervenants de santé, et elle a ouvert sur une plus grande reconnaissance de l'acte pharmaceutique. C'est peut-être l'occasion de faire dans l'avenir des propositions plus ambitieuses pour la reconnaissance du métier de pharmacien, et pourquoi pas, de mettre en place une véritable consultation à l'officine.

Enfin, on fera l'analyse critique d'un concept récemment apparu dans la pratique professionnelle, celui de la Qualité à l'officine. En répondant au mieux aux attentes des patients, il pose la question de tout ce qu'un pharmacien peut faire dans la prise en charge globale de ceux-ci, jusqu'à l'Education Thérapeutique ou le Suivi Personnalisé. Ces théories séduisantes sont les prémices d'une Consultation Pharmaceutique complète.

# **1. La consultation pharmaceutique en milieu hospitalier**

La consultation pharmaceutique n'a rien de nouveau pour les cliniciens. Lorsque la situation l'exige, un pharmacien hospitalier peut être amené à discuter avec l'un des patients des modalités de prise d'un médicament, de son usage particulier, ou des effets indésirables que le traitement est susceptible de générer, et qui auront un impact physique, psychique et social fort sur la vie du patient.

## **1.1. Médicaments à effets indésirables marqués**

Ainsi, les médicaments de la réserve hospitalière incluent les cytostatiques. Ce sont des médicaments efficaces mais qui, hélas, présentent des effets délétères à la qualité de vie du patient, comme la chute des cheveux, les nausées et les vomissements. Un entretien avec le pharmacien peut permettre au patient d'apprendre à gérer ces effets indésirables, de connaître les situations particulières qui risquent d'augmenter ces effets, de savoir comment réagir et comment se préparer à les accepter. Le pharmacien rassure le patient et lui fait comprendre qu'en dépit de ces manifestations désagréables, son état général n'est pas en train d'empirer, que ce ne sont là que des inconvénients réversibles de la chimiothérapie.

## **1.2. Médicaments dont l'emploi nécessite une éducation du patient**

De même, certaines formes galéniques sont d'un emploi délicat qui nécessite une certaine expérience, du moins un geste précis. Parfois, le patient poursuit chez lui un traitement initié lors de l'hospitalisation ; dans ce cas, à moins de faire venir quotidiennement une infirmière, il s'administrera lui-même le médicament ou fera appel à son entourage. Il est alors capital d'éduquer le patient, de montrer à son entourage le bon fonctionnement et le bon usage des dispositifs d'administration. Ceci est de plus en plus fréquent avec les médicaments récents des maladies chroniques, dont la formulation sophistiquée est issue de la biotechnologie (anticorps monoclonaux) ; les spécialités comme HUMIRA<sup>®</sup> (un médicament de la polyarthrite rhumatoïde) quittent la réserve hospitalière, et le savoir-faire des pharmaciens cliniciens en matière d'éducation thérapeutique doit se transmettre à présent au pharmacien de ville pour garantir la continuité des soins.

### **1.3. Médicaments suivant un schéma de prises complexe**

Enfin, le traitement peut suivre un schéma de prises ardu, que le patient devra poursuivre à son domicile sans l'aide des infirmières qui apportaient les bons médicaments à la bonne heure. L'exemple le plus flagrant se trouve chez les patients polymédicamentés atteints du VIH : le pharmacien doit définir les schémas de prises quotidiens des antirétroviraux, expliquer les objectifs du traitement et ses modalités pratiques, avertir le patient d'éventuels effets indésirables. Il doit vérifier que les informations ont bien été comprises. Il s'assure également d'adapter le contenu de ses propos au niveau socio-culturel du patient<sup>13</sup>. En outre, cette consultation a pour but de favoriser l'adhésion du malade à son traitement. Elle doit conduire à l'élaboration d'un document confié au patient à sa sortie de l'hôpital ; en plus d'un plan de prises – qui est adapté au rythme de vie de chaque patient – on y trouve des renseignements sur le rôle de l'alimentation, les difficultés que le malade risque de rencontrer, des rappels sur l'importance capitale de l'observance pour l'efficacité du traitement<sup>15</sup>.

La consultation pharmaceutique en milieu hospitalier est indispensable. Dans les faits, elle est plutôt rare, car à l'échelle d'un C.H.U. important comme celui de Nancy, qui compte une douzaine de pharmaciens, aucun poste n'est affecté à la pharmacie clinique ; la quantité de travail allouée à chacun laisse peu de loisir pour des interventions auprès des patients. Toutefois, ponctuellement, un pharmacien est demandé en service clinique pour expliquer à un malade le fonctionnement d'un générateur d'aérosols, par exemple. De retour à domicile, le patient peut louer ce type d'appareil, d'où la nécessité de l'éducation thérapeutique. Pourquoi ne pas envisager ce service dans les officines de ville ? Les médicaments qu'on y trouve peuvent également avoir des modalités de prise complexes, un usage nécessitant une démonstration, ou des effets indésirables péjoratifs sur le plan social. De par sa formation initiale et sa formation continue, le pharmacien d'officine a toutes les compétences nécessaires pour apporter des réponses complètes et éclairées aux attentes des malades.

## **2. La formation du pharmacien**

Initialement, la formation de l'étudiant en pharmacie n'est pas très propice à la consultation pharmaceutique. Il semblerait que le programme officiel, qui date du 12 juillet 1987, ne prédispose pas particulièrement à la communication : ses sections sont des blocs de sciences

dures telles que la chimie, la physique, les statistiques... On trouve tout juste une piste vers les rapports sociaux dans l'un d'entre eux [Fig. 1].

Il y a bien eu un arrêté au 14 août 2003 modifiant le régime des études, mais il concernait les stages et la façon d'enseigner – une approche synthétique et coordonnée plutôt que des disciplines indépendantes – et non la teneur des programmes, qui restent "déshumanisés".

Là encore, la mission de communicant en santé du pharmacien voit son salut dans des initiatives personnelles. Il n'y a donc pas d'harmonisation dans les outils mis à disposition des étudiants pour perfectionner leur aptitude à communiquer. Chaque faculté de pharmacie accorde à ce domaine la place qu'elle entend.

### SECTION III

#### *Science de la santé publique et de l'environnement*

##### *Objectifs :*

Faire prendre conscience au futur pharmacien de l'importance de son environnement juridique et économique.

Lui donner les outils (vocabulaire, mode de raisonnement...) lui permettant de comprendre, d'analyser les informations juridiques et économiques et d'en suivre l'évolution.

Le sensibiliser aux débats de société (droits de l'homme, bioéthique, économie de la santé).

Le préparer aux différentes carrières de ce secteur qui seront définies par des formations spécifiques ultérieures.

Le préparer à intervenir dans diverses actions personnelles ou collectives touchant à l'environnement et à la santé publique.

#### III.2. Bioéthique et droits de l'homme

III.2.1. Approche interdisciplinaire des motivations et des formulations.

III.2.5. Applications aux avancées biotechnologiques, pharmacologiques et à l'exercice au quotidien.

III.2.6. Droits des patients, contraintes socio-économiques. Solidarités internationales.

Figure 1 - Extrait du Programme Officiel des Etudes de Pharmacie (Ordre des pharmaciens)<sup>78</sup>

Une étude<sup>63</sup> réalisée en 1999 répertorie les différents enseignements de communication délivrés dans les facultés de pharmacie. Le vocable *communication* est pris au sens large, il englobe des cours délivrés en tronc commun de sensibilisation à la communication interpersonnelle et de familiarisation avec la documentation scientifique, ainsi que les cours de cinquième et sixième année sur la médication officinale et le conseil. Or, sur les dix-huit

établissements ayant répondu à l'enquête, un tiers consacre à la communication, sur l'ensemble du cursus, moins de vingt heures ! Etant donné tout ce que recouvre ce domaine, on aurait pu s'attendre à des efforts bien plus importants dans la pédagogie ; ces enseignements ont une prise directe sur la réalité professionnelle, et lorsqu'il débute dans la vie active le jeune pharmacien peut se sentir démuni face à l'ensemble des situations empathiques ou conflictuelles à gérer. Deux facultés de pharmacie au contraire délivrent plus de cent vingt-huit heures de formation aux rapports humains.

Les paragraphes qui suivent ne dresseront pas une liste exhaustive des enseignements de communication délivrés partout en France, mais ne citeront que quelques exemples avec leurs qualités et leurs limites. Le choix de ces exemples repose notamment sur le fait que les facultés aient répondu ou non à une demande d'informations complémentaires. D'autre part, si la communication est un facteur décisif, elle ne suffit pas à elle seule pour permettre une prise en charge optimale du patient ; d'autres enseignements, orientés vers le conseil et la médication officinale, seront donc pris en compte.

## **2.1. Les enseignements délivrés en tronc commun**

Comme on va le voir, le meilleur côtoie le pire. Bien sûr, il faut saluer toute initiative d'un enseignant pour imposer une matière essentielle oubliée par les programmes. Toutefois, en toute lucidité, un cours sans substance n'a pas d'impact et ne peut susciter de vocation en matière de communication. Les étudiants doivent rester pragmatiques quant à leurs besoins, il leur faut des cours qui simuleront au mieux la réalité professionnelle.

### ***2.1.1. A la faculté de Lille***

Tous les élèves de cinquième année reçoivent un enseignement intitulé « *Bonnes pratiques de Communication* », sur 20 heures. La force de ce cours tient dans ce qu'il fait appel à des intervenants "de terrain", à savoir des représentants d'associations de malades : l'association des stomisés, l'association des mutilés de la voix et l'association "Vivre comme avant" (patientes qui ont été atteintes d'un cancer du sein). Les étudiants sont donc confrontés directement avec des personnes qui ont un lourd vécu de souffrance, et dont le psychisme a pu être fragilisé. C'est face à ce type d'interlocuteur que se mesure le talent d'empathie.

La responsable Mme Dupin-Spriet déclare<sup>64</sup> que, toutes les séances ayant été évaluées anonymement par les étudiants, « tous les thèmes ont donné pleinement satisfaction » et que « les discussions avec les membres des associations ont été particulièrement plébiscitées ». De toute évidence, être plongés durant leurs études dans des situations délicates de relations

humaines répond aux attentes des étudiants ; ils ne perdent pas de vue qu'en situation professionnelle, ce genre de cas peut se présenter, voire des cas bien plus épineux.

### **2.1.2. A la faculté de Paris XI (Châtenay-Malabry)**

Au cours de la première année est délivré un enseignement d' « *Initiation à la Communication* ». Il se déroule sur trois heures « par séances d'1h30 »<sup>64</sup>, ce qui revient à dire qu'il n'y a que deux séances. D'après ses objectifs, il entend « sensibiliser les étudiants à la communication » et leur « faire découvrir l'importance de la communication non-verbale ».

Au contraire de l'enseignement précédent, celui-ci fait figure de mauvais exemple. D'abord son volume horaire très faible le rend insignifiant devant les autres matières, et inapte à remplir ses objectifs. De plus, sa position dans le cursus n'est pas stratégique, les étudiants accordant en général peu ou pas d'intérêt aux matières mineures de première année, obnubilés par le concours qui la sanctionne. Pour ne rien arranger, sa pédagogie archaïque de cours magistral « avec des transparents » en fait un enseignement très peu propice aux échanges, qui caractérisent justement la communication ; on pouvait difficilement attendre mieux d'un cours dispensé à une promotion complète de première année, soit 700 étudiants simultanément.

Le plus dommage, c'est que cette lacune n'est pas rattrapée par la suite. On propose, aux étudiants de la filière officine seulement, un cours optionnel de « *Conseil, Communication et Médication Officinale* » en sixième année. Ce cours a un volume de... 3 heures, complété par 3 heures de travaux pratiques – l'enseignant responsable déplore que ces activités annexes soient destinées à 100 étudiants, ce qui surajoute des anomalies d'organisation<sup>64</sup>.

Malheureusement, entre le cours de première année et celui de sixième année, aucune alternative n'est proposée aux étudiants, ils n'ont pas davantage de notions en communication.

## **2.2. Les enseignements de la filière officine**

La filière officine concentre la majorité des enseignements de communication répertoriés. A tout seigneur tout honneur, l'officine est de toute façon le principal débouché choisi par les étudiants, et celui qui nécessite les meilleures dispositions en relations humaines<sup>63</sup>.

D'une manière générale, l'investissement des équipes pédagogiques est maximal pour préparer les étudiants à des situations concrètes. Le contenu des programmes est à la fois pragmatique et très spécialisé, il constitue une étape essentielle à la professionnalisation. Les méthodes employées pour atteindre cet objectif sont variées et souvent ingénieuses.

### 2.2.1. *A la faculté d'Amiens*

Les étudiants reçoivent une formation de 20 heures sur le thème « *Psychologie, communication* », qui doit les sensibiliser à l'exercice de la communication dans leur environnement professionnel. Ils travaillent à partir d'un livre de Jean-Claude Abric<sup>10</sup>, et partagent toutes leurs expériences et leurs appréhensions dans ce domaine.

Cet enseignement bénéficie d'une grande crédibilité, car il est délivré conjointement par un professeur de Pharmacie Clinique, et un Maître de Conférences en Psychologie, détaché de la Faculté des Sciences Sociales de Picardie. Les enseignants déclarent que « Les étudiants semblent de plus en plus concernés par la dimension psychosociologique de leur travail »<sup>64</sup>.

### 2.2.2. *A la faculté de Bordeaux*

Le programme révèle<sup>42</sup> que les cinquième et sixième années d'option officine encadrent parfaitement le futur pharmacien responsable et à l'écoute du patient.

Ainsi, en cinquième année, l'étudiant reçoit une formation de 180 heures intitulée « *Prise en charge du patient à l'officine* », ce qui va positivement dans le sens de la consultation pharmaceutique. Les modules de cet enseignement, entre autres, prévoient d'intégrer :

- « *Suivi pharmaceutique (dossier patient) : bonne observance du traitement, historique thérapeutique du patient, compréhension du traitement, le pharmacien interface médecin-malade, optimisation du traitement, lutte contre les effets iatrogéniques des médicaments prescrits et d'automédication* » (20 h)
- « *Maintien et soins à domicile* » « *Dispositifs médicaux pour soins à domicile* » (30 h)
- « *Orthopédie et orthèses* » (20 h)
- « *Diététique et nutrition* » (20 h)

Cet enseignement semble probant car le suivi pharmaceutique sera un outil dispensable à l'essor de la consultation pharmaceutique. Les autres modules sont des cas couramment observés de sollicitation du pharmacien qui dépassent la délivrance des médicaments<sup>41</sup>. Une autre partie de la cinquième année appelée « *L'organisation de l'officine et son environnement* », s'étalant sur 101 heures, comporte un volet « *Communication : communication interne (organisation, type de direction, motivation et négociation), communication externe (dialogue pharmacien-patient, conseil, relations commerciales), insertion dans l'entreprise officinale (analyse d'annonce, CV, lettre de motivation, entretien), anglais biomédical* ».

Par la suite, en sixième année, l'étudiant se verra enseigner « *La dispense du médicament – Le conseil à l'officine* » qui comporte parmi ses modules :

- « *Conseils concernant l'utilisation des médicaments prescrits par le médecin : plan de soin pharmaceutique* »
- « *Relation médecin-pharmacien pour la prise en charge optimale du patient. Elaboration et rédaction de l'opinion pharmaceutique* »

Les étudiants de cette université sont donc formés successivement à la relation avec le patient, puis à la collaboration avec le médecin dans l'intérêt du patient. L'enseignement aborde également la question de l'opinion pharmaceutique, qui sera traitée plus loin.

### **2.2.3. A la faculté de Nancy**

Le programme de troisième cycle est tout à fait similaire au précédent<sup>53</sup>. Cependant, une innovation renforce l'enseignement des relations médecin-pharmacien. En effet, des étudiants de la faculté de médecine de Nancy sont invités à participer aux séances de travaux dirigés, qui prennent la forme d'entretiens ou de débats. Un compte-rendu de ces séances sera proposé plus loin [§ 2.1.3.2. p. 53].

### **2.3. Les unités d'enseignement optionnelles**

Les étudiants, pour se voir autoriser le passage en troisième cycle, doivent valider au moins deux unités d'enseignement optionnelles, généralement de pré-orientation professionnelle. A Nancy, ces cours sont dispensés après les examens de fin d'année, au début de l'été ; ceci permet à l'étudiant de se dégager des contraintes de l'examen et d'appréhender avec sérénité ces enseignements nouveaux. C'est l'occasion pour lui de sortir enfin du schéma traditionnel des études scientifiques très théoriques. Il travaille pour lui, pour capitaliser des connaissances qui assureront son avenir, et non plus pour réussir à des examens dans des domaines qui lui paraissent très éloignés de la réalité de l'officine.

Les U.E. optionnelles rassemblent les étudiants par petits groupes, d'où leur implication personnelle forte. Ils choisissent eux-mêmes les cours qu'ils vont suivre, c'est-à-dire ceux qui les intéressent, c'est pourquoi ils participent activement. Les facultés de Nancy et de Toulouse semblent délivrer les U.E. les plus performantes en la matière, cependant toutes les universités n'ont pas répondu lors des recherches préalables à cette thèse.

### 2.3.1. A la faculté de Toulouse

En quatrième année, les étudiants peuvent suivre durant 90 heures une option intitulée « *Communication Orale et Ecrite – Relations Humaines* ». Son programme très complet en fait un modèle du genre ; il est reproduit ici en intégralité.

#### ENSEIGNEMENT THEORIQUE

##### COMMUNICATION ORALE ET ECRITE (29 h)

- 1) GENERALITES (3 h)
  - 1.1) Enjeux ou objectifs de la communication
  - 1.2) Qu'est-ce que la communication ?
  - 1.3) Les obstacles ou sources de déformation
  - 1.4) Quelques principes à connaître
  
- 2) LA PERSONNALITE : VOTRE OUTIL DE COMMUNICATION (3 h)
  - 2.1) La fenêtre de Johari
  - 2.2) L'analyse transactionnelle
  - 2.3) L'affirmation de soi
  
- 3) COMMUNICATION ECRITE (6 h)
  - 3.1) Curriculum Vitae – Lettres de motivation
  - 3.2) Publications
  - 3.3) Compte-rendus – Notes de service
  
- 4) L'ENTRETIEN FACE-A-FACE (6 h)
  - 4.1) Savoir questionner : les différentes questions
  - 4.2) L'écoute
  - 4.3) Dynamique de l'entretien
  - 4.4) Attitudes – Conditions de l'entretien
  
- 5) LA PRISE DE PAROLE EN PUBLIC (6 h)
  - 5.1) Analyse des différentes situations
  - 5.2) La gestion du trac
  - 5.3) Utilisation de la gestuelle, du regard, de la voix
  - 5.4) Outils et supports utilisés
  
- 6) PROJET ETUDIANT (5 h)
  - 6.1) Mise en place sujets et groupes
  - 6.2) Présentation individuelle

##### RELATIONS HUMAINES (11 h)

- 1) LA COMMUNICATION EN GROUPE – RESOLUTION D'UN PROBLEME – ANALYSE DE LA DEMARCHE DU GROUPE (6 h)
- 2) LE MANAGEMENT DES COLLABORATEURS (5 h)

#### ENSEIGNEMENT DIRIGE

L'enseignement dirigé est basé sur la pédagogie de projet. Cela consiste à définir préalablement un projet dont l'évolution progressive servira de support à la mise en œuvre des notions théoriques acquises en communication. Après réflexion, le projet sera concrétisé par écrit de façon succincte d'une part, et présenté et argumenté à l'oral en utilisant des moyens de communication divers : rétroprojecteur, appareil à diapositives, etc.

Figure 2 - Programme de l'U.E. Communication Orale et Ecrite - Relations Humaines<sup>46</sup>

Les étudiants sont formés à la fois aux notions générales de la communication, à la présentation de sujets scientifiques, qu'ils appliqueront directement à la présentation de leur thèse, et à l'entrée dans la vie active avec la recherche d'emploi.

### 2.3.2. *A la faculté de Nancy*

A la fin de leur quatrième année, les étudiants peuvent suivre un enseignement intitulé « *Le Médicament dans la Pratique Officinale* »<sup>53</sup>, qui sera très précieux pour leur carrière future. Pour la première fois durant le cursus, et, regrettablement, la seule, les cent heures de cours récapitulent toutes les classes pharmacologiques en adjoignant les conseils à donner au comptoir. L'U.E. décrit pour ainsi dire toutes les opérations parallèles à la délivrance. L'étudiant repart avec un aide-mémoire volumineux, complété au fur et à mesure, de ces conseils essentiels. L'enseignement porte donc bien son nom, car le médicament y est vraiment traité d'un point de vue pratique, à l'opposé des théories à l'échelle moléculaire ou des formules de synthèse totale.

En plus du contenu, l'U.E. vaut par sa forme. Elle est tout d'abord dispensée après les examens de fin d'année universitaire, concentrée sur une période de quelques semaines. L'immersion continue permet de se forger des bases solides et durables. Ensuite, chaque classe thérapeutique est illustrée par un après-midi d'exposé, animé par un binôme d'étudiants. Le temps nécessaire à échafauder une présentation cohérente, compréhensible par tous, et structurée d'une manière logique, est beaucoup plus formateur et enrichissant que le simple fait d'assister à des cours magistraux. L'U.E., bien que ce ne soit pas son objectif, perfectionne donc également les étudiants sur le plan de la communication scientifique, et celui de la pédagogie.

En complément des Enseignements de Grandes Pathologies suivis en 5<sup>ème</sup> année, l'U.E. « *Le Médicament dans la Pratique Officinale* » est le bagage idéal de connaissances pour un pharmacien capable de s'exprimer avec précision et concision, sûr de son savoir, de bon conseil pour ses patients.

## 2.4. Des outils pédagogiques performants

Une formation qui veut ouvrir l'étudiant à la communication et à l'empathie ne peut pas s'appuyer sur des cours magistraux traditionnels – durant lesquels l'étudiant silencieux accumule de la théorie sans jamais être confronté à la pratique. Différentes expériences

concluantes ont été menées par les enseignants à travers la France pour offrir aux étudiants de nombreux moyens de s'exprimer.

Parmi les innovations, des débats en groupe, des jeux-de-rôles, des interventions filmées des étudiants qu'ils peuvent visionner ensuite pour les critiquer, des bilans personnels qui facilitent l'introspection et l'extrapolation aux autres, etc. Quelques investissements des universités permettent la mise en place de grandes structures entièrement consacrées aux jeux-de-rôles d'orientation professionnelle : ce sont des officines fictives implantées dans certaines facultés, dont le cadre permet aux étudiants de se figurer au mieux les situations réelles de routine. Ainsi, la faculté de Strasbourg s'est dotée à la rentrée 2005 d'une « pharmacie expérimentale »<sup>45</sup> ; c'est un espace qui simule une officine réelle, à l'intérieur duquel le professeur associé Odile Clavert propose chaque jour aux étudiants de se plonger dans des cas de médication officinale. La participation des étudiants est basée sur le volontariat, elle n'est pas prévue par les emplois du temps. Néanmoins, la fréquentation est satisfaisante puisque la création de la structure est née d'une demande.

D'après les recherches d'Aude Petrement<sup>80</sup>, de telles « pharmacies expérimentales » existent à Amiens, Angers, Bordeaux, Châtenay-Malabry, Clermont-Ferrand, Dijon, Lille, Limoges, Lyon, Marseille, Nancy, Rouen, Strasbourg, Toulouse, Tours. Ainsi, seules six facultés en France ne disposent pas de cette structure. Quatre pharmacies expérimentales disposent d'un professeur associé, c'est-à-dire un professionnel de terrain chargé d'animer les séances et/ou d'assurer les permanences. La pharmacie expérimentale de Strasbourg évoquée plus haut est la plus récente ; Nancy fait figure de précurseur, avec une installation dès 1979, cependant la structure a perdu son professeur associé et définitivement fermé ses portes en 2006. Aux dires des différentes équipes pédagogiques, « L'objectif souhaité est la professionnalisation des études en créant une interface entre la formation universitaire et l'exercice professionnel en officine. »

## **2.5. Formation continue**

Ce n'est pas parce qu'un pharmacien fraîchement diplômé a prononcé son Serment d'Apothicaire qu'il n'a plus rien à apprendre. Au contraire, non seulement les enseignements se densifient dans leur contenu – recouvrant ainsi les découvertes les plus récentes – mais aussi évoluent dans l'approche pédagogique, parce qu'un pharmacien d'aujourd'hui ne peut ni ne doit exercer son métier comme il le faisait il y a vingt ans. Dans l'intérêt du patient, le système de santé a radicalement évolué vers des réseaux de prise en charge globale, le respect de la personne et le dialogue.

Pour cette raison, tout pharmacien doit suivre une formation continue dès qu'il entre dans le monde du travail ; l'article L4236-1 du Code de la Santé Publique<sup>71</sup> stipule que « La formation continue, qui a pour objectif l'entretien et le perfectionnement des connaissances, constitue une obligation pour tout pharmacien. [...] La méconnaissance de cette obligation est de nature à entraîner des sanctions disciplinaires. » Etant donné que la loi ne précise pas la nature de cette formation, ou son volume horaire, chacun est libre de choisir comment il entretiendra et perfectionnera ses connaissances. Idéalement, « La formation continue inclura la participation à des stages, symposiums, congrès... Une synthèse écrite sur chaque formation permettra de transmettre les connaissances acquises à tous les membres concernés de l'équipe officinale. »<sup>33</sup>

Quelques-unes des formations proposées permettent au pharmacien de se perfectionner dans l'art de la communication, afin de devenir pour le patient plus qu'un commerçant de quartier, un véritable accompagnant dans la maladie et un confident des problèmes de santé. Les enseignants responsables des D.U. cités en exemple se sont montrés les plus accessibles, cependant, il est probable que le panel des enseignements sur ce thème est bien plus vaste.

#### ***2.5.1. D.U. « La Communication Interpersonnelle à l'usage des Professionnels de Santé » - Faculté de Pharmacie de Nancy***

Ce diplôme universitaire s'adresse à des professionnels déjà Docteurs en pharmacie. Il tient compte dans sa conception du contexte actuel d'évolution rapide des techniques et des mentalités, de diversité des populations rencontrées et de responsabilisation du patient<sup>64</sup>.

D'après la responsable de la formation, « son objectif est de professionnaliser la communication tant avec le patient et sa famille qu'avec l'entourage professionnel afin, d'une part, de permettre une meilleure prise en charge du patient et d'autre part, de limiter les conflits, les pertes de temps et d'énergie qui son inhérents à une mauvaise communication. »<sup>53</sup>

Les professionnels qui suivent ce D.U. abordent les techniques de base de la communication, apprennent à communiquer en situation conflictuelle, à gérer leur stress, leurs émotions et leurs priorités, à se faire entendre dans des équipes pluridisciplinaires et des réseaux de soin, et enfin, ils sont initiés à l'éducation du patient. Le diplôme, qui s'appuie sur l'échange d'expériences vécues par les différents inscrits, est validé par la présentation d'un mémoire dont le thème s'inscrit dans un contexte professionnel.

### 2.5.2. *D.U. « Qualité à l'Officine » - Faculté de Pharmacie de Lille*

Les inscrits doivent se présenter un après-midi par mois, pendant deux ans, pour aborder les thèmes de l'initiation aux principes de la qualité, de la formation et information, des pharmaciens et leurs partenaires, de l'organisation et politique générale, de l'acte pharmaceutique – validation et délivrance, du suivi du patient et de la gestion des situations difficiles<sup>34</sup>.

Ces sujets, et notamment les trois derniers, valorisent grandement le pharmacien en tant qu'acteur à part entière du traitement, et justifient sa présence indispensable dans les réseaux de soin. Ils préparent le terrain pour la mise en place de la consultation pharmaceutique.

Une fois achevée la partie théorique, les inscrits s'appliquent à mener un projet qualité dans leur officine, dont ils tireront un mémoire présenté devant un jury à l'issue de la formation.

### 2.5.3. *Le Droit Individuel à la Formation (D.I.F.)*

Publié au Journal Officiel de la République Française le 07 mai 2004, la loi Fillon instaure un Droit Individuel à la Formation<sup>83</sup>. Chaque salarié en Contrat à Durée Indéterminée, à temps plein, en poste depuis plus d'un an, bénéficie de 20 heures de formation chaque année. Ces heures se prennent en dehors du temps de travail. De sa propre initiative, l'employé peut donc réclamer 20 heures de formation par année et jusqu'à 120 heures s'il a accumulé son crédit d'heures sur six ans. Le salarié peut suivre une formation sur le thème de son choix, celui qui est le plus en adéquation avec ses aspirations professionnelles ou personnelles.

L'employeur, quant à lui, doit payer les frais de formation et verser à son salarié une allocation égale à 50% de sa rémunération nette pour les heures passées en formation. Il a le droit de refuser le D.I.F., mais s'il le fait deux années de suite, alors il devra payer tout même l'allocation de formation au Fongecif (Fonds de Gestion des Congés Individuels de Formation), et il verra son employé inscrit sur une liste prioritaire de candidats à un Congé Individuel de Formation (C.I.F.), d'une durée d'un an.

Le D.I.F. est une formidable occasion pour le pharmacien salarié d'acquérir des champs de compétences indispensables à la prise en charge globale du patient mais limitrophes du domaine pharmaceutique, et donc absents de son cursus : psychologie, sciences de l'éducation, programmation informatique (pour la création de nouveaux logiciels de dossiers patients, par exemple), etc. Ces nouvelles compétences étoffent le C.V. et tendent à spécialiser chaque individu pour qu'il réponde pleinement aux besoins de son employeur.

## 2.6. Conclusion

Malgré un cruel manque de représentation au sein des programmes officiels, les enseignements basés sur la communication et tous ceux pouvant préparer le pharmacien à une approche plus humaine de son métier sont nombreux, variés et pertinents. Pourvu qu'un étudiant soit sensible à la dimension psychosociale de la profession, il trouvera durant sa formation de quoi se forger une personnalité de communicant en santé.

Néanmoins, il subsiste des éléments défavorables à une meilleure prise en charge globale du patient. Pour commencer, la communication **doit** être inscrite dans les programmes officiels, il est grand temps que son intérêt soit reconnu des pouvoirs publics, et qu'il en soit fait promotion auprès des patients. Les personnes qui viennent à l'officine doivent savoir que le pharmacien est là pour leur délivrer des ordonnances mais également pour les écouter, les comprendre, les conseiller, qu'il est accessible et formé au dialogue.

D'autre part, et cela découle de l'absence des programmes officiels, la répartition en qualité et en quantité des enseignements axés sur la prise en charge globale du patient est très inégale sur le territoire français. Il existe encore au XXI<sup>ème</sup> siècle des régions dans lesquelles les jeunes diplômés ne savent pas s'exprimer avec tact, compassion et efficacité. Or, **l'implication du pharmacien** est décisive dans les points cruciaux que sont l'**observance**, le **confort** vis-à-vis de son traitement et la **responsabilité** face aux abus qui menacent notre système de Sécurité Sociale.

Ce manque de reconnaissance est d'autant plus inexplicable que, parallèlement, les programmes officiels dans d'autres professions de santé, et notamment chez les médecins, ont constamment évolué et sont aujourd'hui empreints de dialogue et de psychologie, comme on le verra plus loin [§ 2.1.2. p. 51]. L'inertie du programme officiel des études de pharmacie, et ses lacunes, tendent à exclure le pharmacien des réseaux de soin, et le privent parfois de la confiance des autres intervenants de santé, qu'il mérite pourtant. Par conséquent, aussi longtemps que ces programmes demeureront inchangés, ce sera au pharmacien de prouver par lui-même, par des initiatives personnelles, qu'il est capable de participer à la prise en charge globale du patient. Bien entendu, tous les pharmaciens ne sont pas désireux d'adhérer à ce modèle, et privilégient un mode de prise en charge plus individualiste, c'est-à-dire des liens avec les autres professions réduits au minimum, et une obéissance du patient, à défaut d'implication. Cela dit, des évolutions sont nécessaires si l'on veut éviter une perte progressive d'intérêt vis-à-vis des pharmaciens<sup>58</sup>.

### **3. L'Opinion Pharmaceutique**

Ce document existe depuis 1995. Pourtant, si toutes les officines sont sensées en posséder une liasse d'exemplaires prêts à remplir, l'opinion pharmaceutique est loin de faire l'unanimité, ou d'entrer dans la pratique courante.

L'opinion pharmaceutique est née de la volonté d'illustrer le soin pharmaceutique, c'est-à-dire « la contribution mesurable du pharmacien à la détermination de la thérapeutique la plus pertinente, tenant compte du profil pharmacothérapeutique connu du patient et des différents traitements envisagés, tant dans le but d'améliorer la qualité de vie du patient que d'assurer la meilleure allocation de la source. »<sup>66</sup> Il ne faut pas perdre de vue qu'elle cherche également à couper court à un constat alarmant : 5-10% des admissions à l'hôpital serait dues à des intoxications médicamenteuses iatrogènes<sup>65</sup>. A travers l'opinion pharmaceutique, le pharmacien, en plus de protéger son patient contre des erreurs thérapeutiques, cherche à se justifier aux yeux de la loi.

Après avoir défini l'Opinion Pharmaceutique, nous l'envisagerons du point de vue de ses limites, puis de ses applications.

#### **3.1. Qu'est-ce qu'une Opinion Pharmaceutique ?**

La définition officielle, telle qu'elle est énoncée par l'Ordre des Pharmaciens, présente l'opinion pharmaceutique comme « un avis motivé, dressé sous l'autorité d'un pharmacien, portant sur la pertinence pharmaceutique d'une ordonnance, d'un test ou d'une demande du patient, consigné dans l'officine, et impérativement communiqué sur un document normalisé au prescripteur lorsqu'il invite à la révision, ou lorsqu'il justifie le refus ou la modification d'office de sa prescription. »

Lorsqu'un pharmacien remplit un formulaire d'opinion pharmaceutique, il formalise les étapes de la dispensation, il met par écrit les différentes réflexions qui l'ont amené à valider l'ordonnance. Bien entendu, il est impossible de remplir un tel formulaire à chaque ordonnance reçue – la procédure demande trop de temps. Par conséquent, l'Opinion Pharmaceutique est à réserver soit dans le cas de l'instauration d'un traitement lourd pour un malade chronique, soit dans le cas où le pharmacien conteste l'avis du prescripteur. Dans le premier cas, le pharmacien déclare par ce document qu'il a pris conscience de la complexité du traitement de son patient, qu'il a consacré suffisamment de son temps à l'analyser et qu'il engage sa responsabilité dans le processus thérapeutique parce qu'il est convaincu de son bien-fondé. Dans le second, le pharmacien a détecté une erreur dans la prescription, ou a pris

connaissance de nouveaux éléments qui la remettent en question, c'est pourquoi il signale qu'il a été contraint de l'ajuster pour garantir la sécurité du patient ou l'efficacité de son traitement. Le médecin reçoit une copie de cette opinion pharmaceutique.

En dehors de l'opinion pharmaceutique, la validation d'une ordonnance laisse peu de traces : une inscription réglementaire à l'ordonnancier pour les produits listés et les préparations, et une ligne de comptabilité correspondant à chaque facturation. Ces traces ne mettent pas en évidence la réflexion du pharmacien sur la compatibilité des produits entre eux, sur l'absence d'un autre traitement en cours, ou sur les habitudes du patient qui pourraient interférer avec son traitement. « Or, lorsque la dispensation est complexe (incident réglementaire, doute thérapeutique, interactions ou contre-indications dangereuses, intervention originale, etc.), il devient indispensable de rendre l'acte pharmaceutique intelligible et de lui assurer :

- **Lisibilité** : préciser la réflexion par le questionnement du malade, du médecin, voire, sous certaines conditions, du mandataire.
- **Mémoire** : assurer le témoignage de l'acte, le suivi du patient.
- **Traçabilité** : retrouver l'auteur d'une dispensation, d'une prescription, retrouver un produit, évaluer les actes, alerter sur des cas particuliers.
- **Opposabilité** : justifier un acte face au patient, au médecin ou aux juridictions ». <sup>77</sup>

### **3.2. Quelles sont les limites de l'Opinion Pharmaceutique ?**

Pierrick Loiseau s'est intéressé au devenir de l'opinion pharmaceutique en menant une enquête auprès des pharmaciens de Meurthe-et-Moselle<sup>61</sup>. Il est apparu que 10% d'entre eux n'avaient jamais entendu parler de l'opinion pharmaceutique, et que 63% la connaissaient mais n'en avaient jamais établi. En ce qui concerne les 10% de pharmaciens ignorants de son existence, on ne peut que les renvoyer aux articles du Journal Officiel, aux revues professionnelles et aux sessions de formation continue : ils ne se tiennent pas suffisamment informés. Parmi les pharmaciens qui n'en ont jamais faite alors qu'elle était à leur disposition, les motifs invoqués sont les suivants : « J'ai peur de la réaction du médecin » (32%), « Je n'ai pas le temps » (27%), « Un coup de fil au prescripteur suffit » (25%), « Je n'ai pas les moyens de la mettre en œuvre » (12%), « Je n'en vois pas l'intérêt » (4%).

Il semble donc que l'opinion pharmaceutique soit perçue comme un acte trop contraignant, procédurier et gourmand en temps. Et ce problème du temps est souvent invoqué dans les facteurs de non-qualité à l'officine : un pharmacien a trop peu de temps à consacrer à chacun de ses patients pour leur assurer un service optimal. Néanmoins, les pharmaciens qui rejettent

l'opinion pharmaceutique n'ont aucun recours dans le cas où leur patient est victime d'une intoxication iatrogène. Si beaucoup sont partisans du coup de fil au médecin, qui permet de régler les choses de vive voix alors que l'opinion pharmaceutique le fait par voie administrative donc impersonnelle, ils ne doivent pas oublier qu'un coup de fil, à moins de l'enregistrer, ne prouve rien du tout. Les pharmaciens qui ont recours à cette pratique devraient au moins, à titre de preuve, noter dans un cahier le jour, l'heure et le motif de leurs appels téléphoniques<sup>34</sup>. Le problème est que puisque le formulaire d'opinion pharmaceutique existe, aux yeux de la loi, ils seront de toute façon coupables d'avoir volontairement négligé une procédure.

La cause qui vient en premier dans l'absence d'opinion pharmaceutique est la peur du médecin. En effet, les médecins, pour une part importante, ne connaissent pas l'opinion pharmaceutique. Certains médecins déclarent refuser de modifier leur prescription même après avoir reçu une opinion pharmaceutique pour les raisons suivantes : « Le pharmacien n'a pas de meilleures connaissances dans la thérapeutique médicamenteuse que moi » (34%), « Le pharmacien n'a pas tous les éléments pour donner un avis pertinent » (31%), « Je n'ai pas confiance dans les connaissances du pharmacien » (19%), « Mes connaissances dans la thérapeutique médicamenteuse sont meilleures que celles du pharmacien » (12%), « Le dialogue intervient au téléphone » (4%).

Il n'y a pas de raison que les relations entre le médecin et le pharmacien soient si tendues ou si angoissantes. S'il y a vraiment des problèmes de vanité intellectuelle, alors c'est dommage que le patient en fasse les frais. Dans tous les cas, lorsqu'un pharmacien s'installe, il peut prendre l'initiative de rencontrer les médecins du quartier pour exposer sa politique personnelle et s'affirmer comme désireux de collaborer avec les autres intervenants de santé dans l'intérêt des malades. Si un pharmacien ne s'affirme jamais, s'il se tait lorsque des décisions sont prises au sein des réseaux de soin ou s'il acquiesce docilement à tout ce qu'on lui dit, alors il n'est pas étonnant qu'il soit considéré incompetent par les médecins.

Par contre, l'objection sur le fait que les pharmaciens n'ont pas tous les éléments pour émettre une opinion pertinente est juste ; néanmoins, aussitôt que la Carte Vitale 2 intégrera un dossier patient, ce problème disparaîtra.

### **3.3. Deux exemples concrets d'Opinion Pharmaceutique**

Les formulaires d'opinion pharmaceutique ont toujours la même présentation, qui est ici schématisée. Un exemplaire du formulaire est par ailleurs donné en Annexe 1 p. 141.

**Zone d'identification interne : *(obligatoire)***

Date/ n° d'OP/ n° de DSPT

**Zone d'identification administrative : *(obligatoire)***

Pharmacie : *Nom, raison sociale, adresse, n° de tel, fax, e-mail...*

Professionnel(s) de santé : *Nom, prénom, spécialité, code, adresse, n°tel, fax, e-mail...*

Patient : *Nom, prénom, adresse*

**Profil du Patient : *(obligatoire quand il existe)***

*Age, données biométriques et biologiques, valeurs psychosociales*

**Nature du problème : *(obligatoire quand elle existe)***

*Zone de texte libre*

**Intentions thérapeutiques du prescripteur :**

*Zone de texte libre*

**Arguments pharmaceutiques :**

Argumentaire : *Zone de texte libre*

Proposition : *Zone de texte libre*

**Décision : *(obligatoire)***

*Zone de texte libre*

**Exploitation de la décision :**

Notifications : (pharmacovigilance ou matériovigilance) : *(obligatoire quand elle existe )*

Conseils spécifiques : *zone de texte libre*

Signalement : *Destinataire de l'information (Malade, médecin, infirmière, autre professionnel de santé)*

**Transmission :**

Professionnel(s) de santé : *Code*

Patient :

**Référence :**

*Ouvrages, banques de données, circulaires, articles du CSP...*

## Pharmacien signataire : *(obligatoire)*

*Titre, nom, prénom, n° d'inscription à l'Ordre*

Figure 3 - Schéma structural de l'Opinion Pharmaceutique<sup>77</sup>

Néanmoins, ce formulaire peut être utilisé dans différents cas, dont deux exemples sont fournis ici.

### 3.3.1. *Opinion d'ordre réglementaire*

Par ordre réglementaire, on entend un formulaire d'opinion destiné à réparer une erreur purement réglementaire. Il peut s'agir d'une prescription de stupéfiants qui n'a pas été établie sur une ordonnance sécurisée<sup>61</sup>, ou dont les doses ne sont pas inscrites en toutes lettres mais en chiffres arabes. Si le stupéfiant est par exemple un antalgique indispensable pour le patient, les articles R 4235-48 et R 5075-7 du Code de la Santé Publique indiquent que le pharmacien, dans l'urgence et dans l'intérêt de son malade, doit délivrer la prescription, qui sera régularisée ultérieurement. De même, un patient avec ou sans prescription ne peut pas se voir refuser son anti-hypertenseur ou son hypoglycémiant oral habituel, car il est exposé à un risque vital. En 2005, sur les Champs-Élysées, un patient est mort après qu'un pharmacien eut refusé de lui fournir de la VENTOLINE<sup>®</sup>, au motif que le patient n'avait pas d'ordonnance.

Cependant, le système des avances, qui n'a rien d'officiel, doit rester exceptionnel. Dans tous les cas, il convient d'appeler le prescripteur pour l'informer de la procédure, et s'assurer que l'on agit en bonne intelligence. Prenons le cas d'un patient venu réclamer un médicament auquel il s'est accoutumé – par exemple, un hypnotique – alors que le médecin souhaite justement arrêter ce traitement, qui a dépassé la durée prévue dans les indications. Le patient demande sciemment un produit auquel il n'a plus droit, parce qu'il est en situation de manque, et fait tout pour l'obtenir, en prétendant que son médecin régularisera ultérieurement la prescription. Si le pharmacien acquiesce sans consulter le médecin, ou bien si le médecin n'est pas disponible et qu'il délivre en pensant rappeler plus tard, il anéantit la stratégie thérapeutique du médecin, qui a plus d'éléments pour déceler un cas de pharmacodépendance.

Les opinions d'ordre réglementaire permettent donc de garder la trace d'une délivrance qui s'est faite dans des conditions irrégulières. Le nom du patient y figure, ce qui le contraint à régulariser ultérieurement sa situation, en demandant au médecin d'établir une ordonnance en bonne et due forme.

### 3.3.2. *Opinion d'ordre thérapeutique*

En se basant sur des données récentes de la littérature scientifique, il arrive que les médecins tentent sur leur patient un traitement encore expérimental, après échec de toutes les autres options. Dans ce cas, l'indication du traitement n'est pas couverte par l'A.M.M.

Le pharmacien peut repérer ce type de prescription car la posologie, en dose ou en fréquence d'administration, est inhabituelle. Dans ce cas, une fois qu'il aura obtenu confirmation du médecin de l'utilisation hors A.M.M., il devra bien évaluer la situation. Légalement, une prescription hors A.M.M. ne peut pas donner lieu à un remboursement de la part des organismes de Sécurité Sociale. Le pharmacien est l'interlocuteur privilégié des caisses d'assurance maladie, c'est à lui de régler cette situation : si le patient a les moyens de payer et qu'il n'y voit pas d'objection, alors la situation est réglée ; sinon, il est anormal de le priver d'un traitement efficace pour des raisons financières, le pharmacien rédige donc une opinion pharmaceutique qui sert de demande d'entente préalable auprès de la Sécurité Sociale. Il y expose le cas du patient et joint les références dans la littérature qui démontrent que le traitement a été utilisé avec succès dans des cas cliniques similaires. Certaines prescriptions hors A.M.M. sont même passées dans la pratique courante.

### 3.4. Intérêt de l'Opinion Pharmaceutique dans le Suivi Personnalisé

L'Ordre des Pharmaciens propose un autre champ d'application aux opinions pharmaceutiques<sup>77</sup> : elles permettraient à la longue de constituer un dossier patient utile à son suivi personnalisé. Un tel suivi n'est envisageable qu'en collectant de nombreuses informations, issues des prescriptions médicales, des résultats d'analyses biologiques pertinentes, d'un simple questionnement du patient. Selon la qualité de la relation avec le patient et avec le médecin – en mesure de fournir, par exemple, des indications sur les allergies iatrogènes du patient – ces informations s'accumuleront au fur et à mesure et seront finalement synthétisées dans la rédaction des opinions pharmaceutiques successives. Avec l'autorisation du patient et de son médecin traitant, la collection de ces opinions pharmaceutiques pourrait constituer un dossier de Suivi Personnalisé à l'officine.

La principale faille de ce système est l'ampleur de la tâche ; d'autre part, il est rare d'écrire plus d'une ou deux opinions pharmaceutiques à propos d'un patient donné, donc la constitution empirique de ce dossier serait trop longue pour apporter au malade une amélioration significative de sa prise en charge.

### 3.5. Conclusion sur l'Opinion Pharmaceutique

Pensée à l'origine comme un outil d'aide à la dispensation et d'aide au suivi du malade, l'Opinion Pharmaceutique s'avère avant tout être, dans la pratique, une parade juridique et une procédure administrative. Son intérêt, qui ne devrait pas être remis en cause par les professionnels, peut toutefois paraître flou au patient.

L'Opinion Pharmaceutique est un large progrès dans l'acceptation de la valeur et de la compétence du pharmacien. Elle lui confère un haut niveau de responsabilité lorsqu'il s'agit de nuancer la prescription établie par le médecin ; cependant, il est capital de se rappeler que l'Opinion Pharmaceutique ne remplacera jamais une collaboration étroite et une bonne entente entre les partenaires de la chaîne de santé. Après tout, il n'est pas interdit de raturer une ordonnance en ajoutant la mention « *Modifié sur avis médical après appel du médecin* » (**Article L5125-23** du Code de la Santé Publique<sup>22</sup> : Les pharmaciens ne peuvent modifier une prescription qu'avec l'accord exprès et préalable de son auteur. **Article R4235-61** : Lorsque l'intérêt de la santé du patient lui paraît l'exiger, le pharmacien doit refuser de dispenser un médicament. Si ce médicament est prescrit sur une ordonnance, le pharmacien doit informer immédiatement le prescripteur et le mentionner sur l'ordonnance).

La constitution d'un dossier médical du patient au sein de l'officine est également une petite révolution. Nous verrons plus loin quelles sont les possibilités dans ce domaine [§ 1.4.2. p. 36]. Le Suivi Personnalisé est en effet une porte ouverte à la Consultation Pharmaceutique. Même si le dossier de suivi à travers les opinions pharmaceutiques semble fastidieux, on disposera peut-être avec la carte Sésame Vitale 2 d'un dossier médical tout prêt.

## 4. Qualité à l'officine

Apparu dans les années 1990, le concept de Qualité illustre l'**Article R4235-12 (ex 5015-12)** du Code de la Santé Publique<sup>71</sup> : « Tout acte professionnel doit être accompli avec soin et attention, selon les règles de bonnes pratiques. Le pharmacien s'engage dans le conseil personnalisé, la confidentialité, l'observance, le bon usage des médicaments, la validation de l'ordonnance, afin de garantir avec le médecin une prise en charge optimale du patient. »

Il redéfinit les perspectives du pharmacien actuel, pour s'affranchir définitivement des objectifs et des conceptions du pharmacien d'hier, celui d'avant l'industrie du médicament, celui qui fabriquait les remèdes de ses mains jusqu'aux années 70 en France. « Au travers de cette évolution industrielle et de la naissance des spécialités, le pharmacien doit se préoccuper

de connaître les nouvelles spécialités et de s'attacher à développer à la fois un relationnel et une compétence dans l'acte de dispensation. Il est condamné, s'il souhaite conserver une crédibilité scientifique auprès de ses patients, à prolonger les *bonnes pratiques de fabrication* par les *bonnes pratiques de dispensation*. »<sup>18</sup>

D'après Dirk Schleert, de l'association nationale des caisses d'assurance maladie d'Allemagne, dans le futur, « les pharmaciens devront recentrer leurs activités autour de fonctions de conseil et d'information aux médecins et aux assurés. »<sup>58</sup>

Pour cerner la notion de Qualité, il faut commencer par se pencher sur son cadre législatif. Elle sera ensuite analysée à travers les progrès qu'elle peut apporter à la prise en charge globale du patient : l'éducation thérapeutique d'une part, et le suivi des malades d'autre part.

#### **4.1. Aspects réglementaires de la Qualité**

On peut appréhender la Qualité à revers, c'est-à-dire en la voyant comme l'élimination systématique de la non-qualité ; c'est une démarche qui vise à supprimer tous les défauts d'un système, à régler tous les problèmes jusqu'à obtenir la situation idéale, exempte de non-qualité. Il faut procéder méthodiquement à la recherche de la qualité, ce qui signifie **rédiger des protocoles**, définir exactement quelles tâches sont nécessaires, quelles sont les difficultés rencontrées, qui doit faire quoi, comment, qui est responsable pour une tâche donnée. C'est pourquoi la Qualité est avant tout un cadre réglementaire strict qui s'appuie sur des textes de lois et des normes :

- Les Bonnes Pratiques Pharmaceutiques adoptées par le groupement pharmaceutique de l'Union Européenne (1993)
- Référentiel de la Pharmacie Hospitalière réalisé sous l'égide de la Société Française de Pharmacie Clinique (1997)
- Manuel d'Auto-Évaluation de la Pharmacie Hospitalière réalisé sous l'égide de la Société Française de Pharmacie Clinique (1998)
- Bonnes Pratiques de Fabrication des Médicaments
- Document à l'Attention des Pharmaciens d'Officine rédigé par la Direction Générale de la Santé (2000)
- Normes NF en ISO 8402

Suite à l'assimilation de ces textes, un guide a été élaboré en 2002<sup>26</sup> et a obtenu le Caducée d'Or de la formation continue décerné par Pharmagora. Disponible dans toutes les pharmacies, il est d'un abord beaucoup plus simple que le langage juridique des instances

européennes, et offre au pharmacien chef d'entreprise l'opportunité d'évaluer son officine par un test d'auto-évaluation, plutôt que par un audit mené par une société indépendante.

#### 4.1.1. *Quelques points soulevés par le Guide d'Assurance Qualité Officinale*

« Pour la mise en place d'une démarche qualité, il est nécessaire et indispensable de définir et confier les responsabilités, valoriser les tâches, se remettre en question, et avoir comme objectif essentiel l'intérêt du malade. L'implication de chaque membre de l'équipe est déterminante pour la réussite finale. »<sup>26</sup> On peut ajouter à cela que tous les acteurs du processus doivent s'impliquer, c'est-à-dire également les partenaires de santé comme le médecin, et le malade qui doit obligatoirement adhérer à son traitement si l'on veut lui donner une aide efficace et convenable. Ces deux interfaces, avec le médecin et le malade, seront analysées plus en détails par la suite [§ 2 p. 49]. Thérèse Dupin-Spriet, pharmacien d'officine profondément engagée dans la qualité, rappelle également qu'il faut rester lucide sur ses objectifs, car on ne peut pas bouleverser de mauvaises habitudes du jour au lendemain : un objectif rempli à 50% en matière de démarche qualité, ce n'est pas une défaite, c'est une progression remarquable<sup>35</sup>.

Le Guide d'Assurance Qualité Officinale est présent, a priori, dans toutes les officines, car il a bénéficié d'une très large distribution. Son questionnaire d'auto-évaluation permet en réalité de revenir sur toutes les étapes de l'acte pharmaceutique, afin de déceler une éventuelle lacune. L'abondance et la précision des questions reflètent d'ailleurs la complexité de cet acte, et prouve combien le pharmacien est indispensable à la validation de l'ordonnance. A chacune de ces questions – dont des exemples pertinents figurent ci-après – il faut donner une réponse parmi *Oui, Souvent, Rarement, Non, et Non concerné*. Puisque les questions se réfèrent toutes à des articles du Code de la Santé Publique, des Bonnes Pratiques ou à des recommandations émanant d'instances compétentes, à la fin du questionnaire, le pharmacien peut immédiatement se rendre compte dans quels domaines sa pratique professionnelle est en parfaite adéquation avec les exigences officielles, et dans quels autres domaines il a des progrès à faire pour se conformer à ce que l'on attend de lui.

Ainsi, de nombreuses questions ont trait à la pratique « classique » de la pharmacie :

- Réception de la prescription : Est-il procédé successivement à l'identification du patient ? (Question 9.1) A l'identification du prescripteur ? (Q 9.2) A la vérification de l'authenticité de la prescription ? (Q 9.3) A l'analyse de la conformité réglementaire de l'ordonnance (signature, date, âge...) ? (Q 9.4)

- ➡ Analyse de la prescription : L'objectif thérapeutique principal est-il déterminé ? (Q 12) Les contre-indications des médicaments prescrits sont-elles étudiées en tenant compte de l'état physiopathologique du patient ? (Q 13) Les réactions allergiques du patient sont-elles prises en compte ? (Q 14) Les interactions médicamenteuses sur la prescription ou avec les prescriptions précédentes sont-elles recherchées ? (Q 15) Les posologies des médicaments prescrits sont-elles vérifiées ? (Q 16) Le mode d'administration est-il vérifié ? (Q 17) La durée du traitement est-elle contrôlée ? (Q 18) La pertinence des rythmes d'administration est-elle étudiée ? (Q 19) Les effets indésirables et les précautions d'emploi sont-ils examinés ? (Q 20) Un pharmacien valide-t-il l'ordonnance avant la délivrance au patient ? (Q 39) Si oui, appose-t-il sa signature sur l'ordonnance ? (Q 39.1)
- ➡ Modalités de délivrance : Le patient est-il informé du bon usage de chaque médicament délivré ? (Q 40.1) Dans un espace respectant une bonne confidentialité ? (Q 40.1.1) Des risques pour sa santé liés à l'usage détourné ou abusif des médicaments ? (Q 40.2)

Mais en outre, les questions tiennent compte des dernières recommandations en matière de pratique professionnelle :

- ➡ Les médicaments et les conseils sont-ils dispensés avec une discrétion suffisante pour respecter le secret professionnel ? (Q 7)
- ➡ En cas de problème rencontré lors de la dispensation, une opinion pharmaceutique est-elle rédigée afin d'en conserver la trace ? (Q 28) Est-elle envoyée au médecin dans le cas d'une modification de la prescription ? (Q 29.1) Dans le cas d'un refus de vente ? (Q 29.2) Dans le cas d'un aspect non-réglementaire de la prescription ? (Q 29.3) Dans le cas d'une prescription d'un médicament hors de l'AMM ? (Q 29.4)
- ➡ Modalités de délivrance : Un conseil relatif à chaque médicament est-il donné en précisant l'indication ? (Q 41.1) Les modalités d'administration ? (Q 41.2) Les précautions d'emploi (Q 41.3) Les effets secondaires éventuels (en dosant les avantages escomptés et les risques encourus) ? (Q 41.4) Les modalités de conservation ? (Q 41.5) Le cas échéant, des conseils d'hygiène et de diététique adaptés à sa pathologie sont-ils rappelés ? (Q 42) La compréhension des explications fournies est-elle évaluée ? (Q 43) Lors d'une délivrance à domicile, le pharmacien s'assure-t-il de la qualité de la dispensation ? (Q 44)

- ➔ Suivi du résultat des traitements prescrits : L'historique des médicaments et produits délivrés est-il systématiquement consulté pour vérifier la bonne observance du traitement par des malades chroniques ? (Q 45) Des questions sont-elles posées au patient sur les améliorations apportées par son traitement ? (Q 46.1) Sur les éventuelles difficultés qu'il a pu rencontrer avec la prise de ses médicaments ? (Q 46.2) Est-il rappelé au patient l'importance des contrôles biologiques qu'il doit effectuer régulièrement (taux de prothrombine, glycémie, cholestérol...) ? (Q 47) En cas d'effet indésirable, la déclaration au centre de pharmacovigilance est-elle effectuée ? (Q 48)
- ➔ Demande d'un conseil sur un problème de santé : Des questions suffisamment pertinentes sont-elles posées à la personne pour juger de la gravité des symptômes de la pathologie évoquée ? (Q 49) Si la personne présente des symptômes pour lesquels la compétence du pharmacien est insuffisante, est-elle dirigée chez un médecin pour une consultation ? (Q 50)
- ➔ Demande spontanée d'un médicament : Dans le cas où une personne demande un médicament de sa propre initiative, la question de savoir à qui il est destiné lui est-elle posée systématiquement (adulte, enfant, nourrisson) ? (Q 52.1) Est-elle interrogée sur son traitement éventuel en cours ? (Q 52.2.1) Son état physiopathologique éventuel ? (Q 52.2.2) Le rappel du bon usage du produit demandé est-il systématiquement effectué ? (Q 52.3)
- ➔ Demande d'un médicament nécessitant une consultation pharmaceutique : En cas de demande de pilule du lendemain, le pharmacien prend-il suffisamment de temps pour écouter et informer ? (Q 56) Le pharmacien demande-t-il à ses clients fumeurs s'ils souhaitent arrêter de fumer ? (Q 57) Prend-il le temps de leur distribuer des documents à lire et de leur expliquer les différentes méthodes susceptibles de les aider dans cette démarche ? (Q 57.1) Dans le cas où ils décident de s'arrêter, leur propose-t-il de les rencontrer régulièrement pour les aider par son écoute, ses conseils et ses encouragements tout au long de la prise des produits de substitution ? (Q 57.2)

Par conséquent, on peut dire que le questionnaire d'auto-évaluation est un outil qui permet une pratique sereine et efficace de l'acte pharmaceutique, et qui intègre les concepts clefs, déterminants dans l'avenir de la profession, de **confidentialité**, d'**opinion pharmaceutique**, de **conseils à l'hygiène de vie** avec évaluation de la compréhension, de **suivi des patients**, de **médication officinale**, de **collaboration avec le médecin** et même de **consultation**

**pharmaceutique.** L'application rigoureuse des suggestions émises par ce seul cahier devrait permettre une nette amélioration de la prise en charge globale du patient ; il crédibilise le rôle du pharmacien dans la chaîne des intervenants de santé.

#### **4.1.2. *Vers toujours plus de qualité***

Il a été établi à l'échelon européen, qu'en 2007 chaque pharmacie compterait dans son équipe un Pharmacien Responsable de l'Assurance Qualité (P.R.A.Q.)<sup>27</sup>. Celui-ci doit s'assurer que sont respectées les recommandations données par le Guide d'Assurance Qualité Officinale, que les membres de l'équipe sont régulièrement évalués et remis à niveau par des formations complémentaires, et que toute nouvelle pratique imposée par les instances réglementaires pourra rapidement être mise en œuvre au sein de leur officine.

Il existe d'ores et déjà en France de nombreux labels qualités délivrés par des organismes indépendants : *Forum Santé, Giphar, Nepenthes, Label Pharma, Giropharm, CEIDO*. Cette reconnaissance n'est qu'honorifique, car l'obtention de ces labels n'a pour l'instant aucune répercussion sur le fonctionnement des officines. Néanmoins, on peut imaginer dans le futur, comme c'est déjà le cas en Suisse, que les pharmacies devront apposer sur leur vitrine une vignette certifiant qu'elles ont obtenu l'un de ces labels. Ainsi les clients potentiels seraient influencés dans le choix de leur pharmacie attirée par la présence ou l'absence du label. Dans un contexte défavorable, avec accentuation du déficit de la Sécurité Sociale, on pourrait même imaginer que les caisses d'assurance maladie interrompent leur partenariat avec les pharmacies qui échoueraient à obtenir une telle reconnaissance. La situation serait comparable avec les médecins conventionnés et non conventionnés, et même si elle signait la fin de certaines officines, elle serait propice à une qualité irréprochable des soins.

#### **4.2. Démarche qualité : le suivi personnalisé**

Le 24 septembre 1998, les pharmaciens se sont solennellement engagés devant l'Etat à améliorer leurs prestations « en développant le conseil personnalisé et le suivi auprès des patients, dans les conditions de confidentialité adéquate ; en favorisant le bon usage des médicaments et l'observance des traitements [...], en favorisant la collaboration avec les médecins. »<sup>27</sup> Le suivi pharmaceutique devrait donc être au centre de leurs préoccupations.

L'intérêt du suivi pharmaceutique est de recouper toutes les informations disponibles au sujet du patient afin de supprimer toutes les erreurs évitables (délivrance d'un médicament présentant une interaction majeure avec un traitement parallèle, d'un médicament auquel le patient est allergique, d'une forme qu'il ne pourra pas manipuler en raison de ses

tremblements, etc.) et de renforcer la considération portée au patient, qui n'est plus un client ponctuel, mais un patient bien connu. A posteriori, c'est également un outil précieux de lutte contre l'inobservance et de diagnostic des problèmes liés aux médicaments. Qui mieux que les usagers peuvent exprimer des difficultés que les concepteurs des médicaments n'avaient pas envisagées ?

Bien entendu, tout cela n'a de sens que si un malade est fidèle à une pharmacie en particulier. La présidente du Conseil de l'Ordre des Pharmaciens, Section A, Madame Adenot, projette de créer un Intranet reliant toutes les officines de France, et sur lequel les dossiers des patients pourront être échangés. Au fur et à mesure que s'écrit cette thèse, le « dossier pharmaceutique » (DP) devient une réalité. On peut envisager deux autres solutions au problème. D'une part, la carte Sésame Vitale 2 qui inclurait un dossier médical. D'autre part, puisque les caisses d'assurance maladie mettent sur pied un système de médecin référent, et cherchent ainsi à enrayer le nomadisme médical, le principe pourrait très bien s'élargir aux pharmaciens – le nomadisme étant encore plus répandu chez leurs patients.

#### **4.2.1. Contenu du dossier-patient et conditions d'application**

La condition de base est l'accord du patient pour la constitution d'un dossier, avec son engagement à respecter le traitement qui lui est proposé. Les questions qui lui seront posées au cours du traitement lui donneront la sensation d'être un acteur à part entière dans sa prise en charge ; cette implication peut améliorer l'observance et aussi le sentiment de valorisation.

Thérèse Dupin-Spriet pense que pour bien assurer son suivi, une officine moyenne ne devrait pas le proposer à un trop grand nombre de patients, quitte à commencer par cinq ou six personnes et à élargir ensuite si cette activité n'est pas trop gourmande en temps<sup>35</sup>. Elle donne dans une fiche pédagogique l'exemple des patients atteints de diabète de type 2 ; le suivi pourrait consister à faire figurer, au côté de l'historique médicamenteux :

- les conclusions des examens biologiques et cliniques (fond d'œil normal, plante du pied en bon état, hémoglobine glyquée au-dessous de la valeur limite, etc.)
- la liste des documents remis au patient pour éviter de lui donner toujours les mêmes
- les modifications dans son hygiène de vie (jj/mm/aaaa : le patient a arrêté de fumer ; jj/mm/aaaa : le patient commence un régime strict, il pèse à ce jour *n* kg ; jj/mm/aaaa : le patient commence à faire du jogging tous les matins)

- les graphiques (sous EXCEL<sup>®</sup>) de variation de la glycémie à partir des résultats notés dans le carnet de surveillance ou directement à partir du lecteur s'il a la technologie pour.

Le dossier patient est donc d'abord un historique médicamenteux, que l'on étoffe avec le détail des médicaments délivrés hors prescription (et cela peut avoir son importance quand on connaît, par exemple, le nombre d'interactions potentiellement dangereuses avec le *Millepertuis*, une plante vendue sans ordonnance), des analyses biologiques, et des précisions concernant les allergies et intolérances.

#### 4.2.2. *Le dossier-patient, outil de prévention*

Une enquête menée en 2001-2002, sous la responsabilité du professeur Geneviève Chamba, a convaincu ses instigateurs de l'utilité d'un dossier-patient consultable à l'officine<sup>86</sup>. Il s'agissait pour les étudiants en pharmacie stagiaires de 6<sup>ème</sup> année d'interroger un total de 500 patients diabétiques de type 2 sur leur historique médicamenteux et médical, et de suivre les prescriptions, les demandes spontanées de médicaments et les examens subis durant les quatre mois suivants.

L'étude a mis en lumière des discordances sévères entre les recommandations officielles de l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en santé (ANAES) et la réalité médicale :

- 14% des patients n'avaient jamais subi d'examen ophtalmologique, normalement obligatoire tous les ans, et la moitié seulement les subissait à la fréquence préconisée.
- 25% d'entre eux ne s'étaient jamais fait inspecter les pieds, qui doivent en principe être examinés à chaque consultation.
- 85% faisaient mesurer leur glycémie à jeun alors que le paramètre de référence est l'hémoglobine glyquée.
- 60% des patients n'avaient jamais consulté un spécialiste.

En établissant un calendrier des examens nécessaires, le dossier-patient tenu à la pharmacie pourrait servir d'aide-mémoire, et grandement améliorer la qualité de prise en charge des patients. Il ouvre sur la possibilité d'un nouveau rôle pour le pharmacien, celui de garant de l'application des recommandations officielles, ou professionnel de santé **sentinelle de l'ANAES\***. C'est une manière d'interpréter le Code de Déontologie<sup>79</sup>, lorsqu'il indique parmi

---

\* A noter que malgré la persistance du sigle ANAES dans de nombreux textes, l'instance a évolué pour devenir la Haute Autorité de Santé (HAS).

les missions fondamentales du pharmacien celle de participer à la protection de la santé publique. Bien sûr, faire un suivi personnalisé, qui intègre des conseils adaptés au patient et à ses habitudes, est également un bon moyen de le fidéliser.

L'enquête précédente décèle également des lacunes dans les logiciels d'exploitation de l'officine. En effet, n'importe quel logiciel de facturation permet de consulter l'historique des prescriptions pour un assuré donné. En revanche, le logiciel ne prévoit pas de zones de saisie pour inclure des résultats d'analyses biologiques, ni des remarques sur une condition physiologique particulière (allergie, grossesse, insuffisance rénale chronique, etc.); ces informations sont pourtant fondamentales pour une expertise du soin éclairée. Il faut également noter que lors de la délivrance d'un médicament en conseil officinal, la Carte Vitale n'est pas nécessaire ; aussi le pharmacien n'a pas toujours le réflexe d'ouvrir la page d'historique des prescriptions du patient qui vient le solliciter – à supposer que ce patient vienne régulièrement dans cette officine.

#### **4.2.3. *Le dossier médical sur Sésame Vitale 2***

En mai 2004, le ministre de la Santé d'alors, Philippe Douste-Blazy, annonçait la mise en place d'un Dossier Médical Personnel (DMP) pour 2007, et même pour février 2005 sur quelques sites pilotes<sup>01</sup>. Il s'agirait de données hébergées sur serveur Internet dont l'accès sécurisé se ferait par la Carte Vitale et un mot de passe. Le patient pourrait déterminer qui a accès à ces données, et dans tous les cas aurait un droit de regard sur ces données.

Au départ, le projet ne prévoyait le partage des informations qu'entre médecins généralistes et spécialistes, via la Carte de Professionnel de Santé comme identifiant. Philippe Douste-Blazy a tout de même précisé qu'il reconnaissait la valeur grandissante des pharmaciens « dont le rôle doit être revu et repensé » ; en définitive, les pharmaciens auront accès à ce DMP. A l'heure où la position du pharmacien est menacée, où il cherche à prouver sa valeur par une amélioration constante de la qualité des soins, ce manque d'intérêt des pouvoirs publics pouvait être pris comme un désaveu. Dans le cas d'un patient polypathologique, à la prise en charge lourde mais hors du milieu hospitalier, une bonne coordination des soins est indispensable. Les réseaux de santé remplissent ce rôle, mais à l'échelle du pharmacien seul, un accès au dossier médical personnel permettrait d'éviter plusieurs facteurs d'échec : interférences lors du chevauchement de plusieurs traitements, délivrance de produits déséquilibrant les paramètres biologiques en l'absence de leur suivi en laboratoire... Dès l'instant où un patient accepte d'être suivi, et s'engage à respecter son traitement, il a besoin

d'un professionnel pour l'orienter vers toutes les démarches nécessaires. L'accès au dossier médical personnel par le pharmacien constitue un bénéfice indéniable pour le patient. D'autre part, la Sécurité Sociale ferait l'économie du coût engendré par la rechute de patients auxquels on n'a pas porté l'attention nécessaire. C'est pourquoi, à l'issue d'une bataille juridique acharnée, les pharmaciens ont finalement mis au point leur propre dossier pharmaceutique (voir § 1.4.2.4. p. 40).

Le coût prévisionnel du dossier médical personnel est de 3 à 12 € par an et par patient soit 120 à 600 millions d'euros par an. Le décret fixant les conditions d'application de la Carte Vitale 2, paru en février 2007, prévoit la diffusion de 59 millions de cartes sur quatre ans<sup>52</sup>.

#### **4.2.4. *Bientôt le Dossier Pharmaceutique (DP)***

Madame Adenot, Présidente du Conseil Central de l'Ordre (section A), s'enorgueillit d'un dossier pharmaceutique « unique au monde », en cours d'élaboration<sup>69</sup>. Cette initiative qui, après le bilan mitigé de l'Opinion Pharmaceutique, contribuera à la reconnaissance de l'acte pharmaceutique dernièrement mis en cause, intervient dans la lignée des « démarches qualités » entreprises par l'Ordre depuis la fin des années 90.

Le Ministre de la Santé Xavier Bertrand<sup>16</sup> n'a pas manqué de saluer un « formidable outil informatique au service des patients [...] qui mettra en relation tous les dossiers patients des officines. » Il explique que le Dossier Pharmaceutique « contiendra toutes les délivrances des quatre derniers mois, que le médicament soit remboursé ou non. Cette initiative permettra de réduire la iatrogénie, d'encourager l'observance et de faciliter le suivi thérapeutique. A terme, ce dossier sera intégré au DMP » (le Dossier Médical Personnel de la carte Vitale 2 dont il est question § 1.4.2.3. p. 39).

Le DP sera mis en place en avril 2007 dans six départements pilotes dont la Meurthe-et-Moselle. Les délais d'impression de cette thèse ne permettront hélas pas d'analyser les retombées du projet sur le terrain. Les données prospectives qui suivent sont issues d'une réunion d'information pendant laquelle sont intervenus Madame Adenot, Présidente du Conseil Central A, Monsieur Parésys-Barbier, Président du Conseil Central D, et Monsieur Iemfre, Directeur technique du projet DP<sup>82</sup> :

- Le DP recueillera les informations issues des prescriptions, mais aussi les médicaments achetés en conseil officinal, pour toute délivrance dans les 23000 officines françaises ; un accès au DMP sera possible afin de compléter par des données de biologie, d'allergologie, etc.

- Le DP permet l'accès aux quatre derniers mois de données médicales en trois secondes ; ces données sont en download temporaire et sont effacées une fois l'acte pharmaceutique accompli ; elles sont à usage strictement professionnel, le patient ne peut avoir accès aux données du DP, cependant il est prévu qu'il ait accès aux données du Dossier Médical Personnel
- Le DP étant stocké sur un serveur et complété en temps réel, sa manipulation nécessite que chaque poste de l'officine soit équipé d'une connexion haut débit
- Le DP nécessite un consentement éclairé du patient, il doit lui être présenté comme un service offert par le pharmacien pour sa sécurité et non lui être imposé comme un moyen de surveiller son comportement sanitaire
- La modification de trois textes de loi, l'achat d'espace chez un hébergeur Internet, la phase développement et la phase d'expansion du DP sont financés par l'Ordre des Pharmaciens, sur ses fonds propres ; ils ne sauraient constituer une dépense supplémentaire pour la Sécurité Sociale

### **4.3. Démarche qualité : l'éducation thérapeutique**

« Savoir éduquer un patient n'est pas un don inné, ni une tâche ordinaire. Cette activité est au cœur des recommandations internationales émises depuis plusieurs années et régulièrement mises à jour. [...] Savoir éduquer le patient constitue une nouvelle compétence, un nouveau champ d'expérience. [...] Il nécessite l'apport de disciplines telles que la psychologie, la sociologie, les sciences de l'éducation. »<sup>59</sup> Comme on l'a dit plus haut, bien que cela ne transparaissent pas dans le programme officiel, certains enseignements actuellement délivrés aux étudiants en pharmacie vont dans ce sens. En effet, on commence à entrevoir l'impact décisif de l'éducation thérapeutique sur la bonne marche des traitements, ce qui veut dire une population mieux informée et en meilleure santé, moins d'accidents iatrogènes, et pour la Sécurité Sociale, moins de surcoûts causés par l'aggravation des pathologies ou l'abus de traitements inefficaces.

#### **4.3.1. *Définition de l'éducation thérapeutique***

Deccache en donne une définition assez synthétique ; il explique qu'elle est « un processus par étapes, intégré dans la démarche de soins, comprenant un ensemble d'activités organisées

de sensibilisation, d'information, d'apprentissage et d'aide psychologique et sociale, concernant la maladie, les traitements, les soins, l'organisation et procédures hospitalières, les comportements de santé et ceux liés à la maladie, et destinées à aider le patient (et sa famille) à comprendre la maladie et les traitements, collaborer aux soins, prendre en charge son état de santé, et favoriser un retour aux activités normales. »<sup>30</sup>

Il ne s'agit pas seulement d'informer le patient, ou de lui transmettre des connaissances ; le patient éduqué devra être capable de reproduire des gestes qu'on lui a expliqué pour poursuivre à domicile sa prise en charge, sans l'aide de l'équipe médicale. Il doit également pouvoir réagir en cas de problème et prendre les bonnes décisions rapidement. Pour cela, il faut qu'il connaisse bien sa maladie, ses symptômes, les signes avant-coureurs d'évolution ou de crise aiguë d'une part, son traitement, les signes avant-coureurs de surdosage et d'interactions d'autre part, et enfin, l'hygiène de vie et les activités compatibles avec sa maladie. Le besoin d'éducation est d'autant plus grand dans le cas de maladies chroniques qui affectent le patient toute sa vie, et qu'il doit apprendre à gérer parfois dès l'enfance : le diabétique doit s'injecter quotidiennement de l'insuline, l'asthmatique doit faire fonctionner ses dispositifs aérosols, l'enfant atteint de mucoviscidose fait tous les matins de la kinésithérapie respiratoire.

#### ***4.3.2. Exemple concret de l'utilité de l'éducation thérapeutique***

Imaginons un asthmatique de type intermittent. Son asthme s'est déclaré tardivement, le médecin lui prescrit VENTOLINE® à la demande, 2 boîtes pour un mois à renouveler 5 fois. Au départ, ce patient est satisfait, il se sent mieux chaque fois qu'il inhale la VENTOLINE®. Néanmoins, ne bénéficiant d'aucun traitement de fond et ignorant totalement quels signes caractérisent l'évolution de sa maladie, son état peut s'aggraver. S'il est réveillé la nuit par des quintes de toux, il ne fait pas immédiatement le lien avec l'asthme. Le lendemain, il va dans une pharmacie différente de celle dans laquelle il a entamé son traitement pour l'asthme, parce qu'il juge que la toux est un problème secondaire, et il se contente de demander sans plus de précisions un sirop contre la toux. Ensuite, le patient devient asthmatique persistant modéré, et il utilise les restes d'armoire à pharmacie de ses proches pour se procurer le plus possible de sirops et d'aérosols, sans jamais manquer d'aller chercher sa VENTOLINE® à la pharmacie tous les mois, et sans déclarer aucun problème à son pharmacien. Finalement, une crise paroxystique risque de le conduire aux urgences, où il recevra enfin le traitement adapté. Malheureusement, cette situation n'est pas rare ; en plus d'être en danger de mort, le patient a

coûté cher à la Sécurité Sociale en consommant inutilement de nombreux médicaments, en prenant des journées d'arrêt maladie, en sollicitant le SAMU, et son état dégradé est également source de dépenses. Si on l'avait « éduqué », il aurait pu réagir et demander à revoir son médecin, sa prise en charge aurait été efficace dès le début, son asthme n'aurait pas évolué, la dépense de santé aurait été maîtrisée et parfaitement légitime.

#### 4.3.3. *Conditions pour une éducation thérapeutique efficiente*

Il faut toujours s'assurer que le patient intègre son éducation sans la subir. Il ne sera pas nécessairement dans de bonnes conditions d'écoute : parfois le patient vient d'apprendre une mauvaise nouvelle sur son état de santé, et se trouve en détresse émotionnelle. L'éducateur, lorsqu'il s'adresse au patient, ne doit pas réciter un discours « type », mais tenir compte de plusieurs facteurs comme la détresse émotionnelle. Parmi les points cruciaux, récapitulés par la Direction Générale de la Santé<sup>32</sup>, il faut citer :

- Tenir compte du **contexte psychosocial** du patient, de ce qu'il est en mesure de comprendre (situation intellectuelle) et d'accepter (situation émotionnelle)
- Calquer l'éducation sur la vie quotidienne pour favoriser un maximum de points de repères et **impliquer si possible la famille** et l'entourage
- L'éducation est l'affaire des **professionnels de santé formés** à ce type de dialogue, qui dans les attributions de leurs disciplines respectives **collaboreront** pour délivrer des savoirs complémentaires (et non contradictoires)
- L'éducation thérapeutique même très bien faite ne sert à rien si elle n'est pas **continue** (en relation avec les étapes de la maladie) et assortie d'une **évaluation** de son impact

L'exercice prend donc du temps, et s'il est facile au médecin de se pencher sur la maladie au cours de sa consultation, le pharmacien a plus de mal à se pencher sur la médication lors de la délivrance. C'est pourquoi de plus en plus d'officines proposent des **rendez-vous pharmaceutiques** : « Le rendez-vous pharmaceutique permet de convenir à l'avance d'un temps de disponibilité et de conseils confidentiels pour un patient qui souhaiterait s'entretenir avec son pharmacien. Il se donne hors comptoir, dans le bureau du pharmacien par exemple. »<sup>36</sup> L'éducation thérapeutique justifie donc pleinement la mise en place de consultations pharmaceutiques, c'est-à-dire un rendez-vous pharmaceutique dans une forme plus aboutie et officielle.

#### 4.3.4. *Un outil d'éducation : le prospectus d'information*

Aujourd'hui, on tente avec l'aide des médias de relayer l'information de santé publique dans de grandes campagnes télévisées. Ce fut le cas pour endiguer la demande abusive d'antibiotiques – « *Les antibiotiques, c'est pas automatique* » – ou, plus récemment, pour inciter les populations concernées à effectuer des tests de dépistage, comme une mammographie. Dès la fin des années 80, une publicité alertait sur les risques économiques liés à la sollicitation abusive du système de santé : « *La Sécu, c'est bien. En abuser, ça craint.* » Ces spots interpellent les patients et provoquent chez eux une interrogation ; naturellement, il est du devoir du pharmacien d'apporter les éclaircissements qui consolideront l'impact d'une information de quelques secondes.

Hélas, le pharmacien n'a pas le temps d'expliquer à chacun de ses patients ce qu'est la résistance aux antibiotiques, pourquoi la femme de plus de cinquante ans doit régulièrement demander un frottis à son gynécologue, etc. C'est pourquoi des prospectus sont disponibles dans les officines. Ils argumentent de manière synthétique les raisons qui doivent pousser un patient à adopter dans son propre intérêt un comportement responsable vis-à-vis de sa santé.

# Médicaments :

du nouveau dans le remboursement

## Pour un 100% systématique...

### > un réflexe **économique** vous garantissant un remboursement maximal

Pour de nombreux médicaments pour lesquels il existe des génériques, le montant remboursé par l'Assurance Maladie est calculé sur la base du prix du générique et non du médicament de marque. Le médicament générique vous garantit un remboursement à 100 % si vous bénéficiez d'une mutuelle. Dans tous les cas, c'est un produit efficace et moins cher pour votre famille et vous. Si vous préférez le médicament de marque, sachez-le : une différence de prix entre le médicament de marque et son générique peut rester à votre charge.

### > un médicament d'efficacité **identique** à celui que vous aviez l'habitude de prendre

C'est la définition même du médicament générique. Lorsqu'un produit de marque est commercialisé depuis un certain temps, le brevet qui le protège tombe dans le domaine public. Son principe actif, c'est à dire ce qui fait l'efficacité même du médicament, et sa forme galénique, ce qui contient le principe actif, peuvent alors être produits à grande échelle et à un prix inférieur de 30 à 40% à celui du médicament de marque. Les médicaments génériques sont fabriqués par des laboratoires pharmaceutiques répondant aux exigences les plus strictes.

### > une attitude **civique** qui préserve l'avenir de notre système de santé

A l'heure où tous les économistes et politiques veulent réduire le déficit de la Sécurité Sociale, la généralisation de l'utilisation de médicaments génériques pourrait permettre dans les années à venir une économie de 1 milliard d'euros chaque année, sans déremboursements et en garantissant l'accès aux soins pour tous. Cette économie permettra demain de pouvoir accéder aux médicaments les plus innovants en favorisant la recherche par la prise en charge des traitements les plus lourds.

PO 550-09/04

...le générique, ça doit être automatique

 **BIOGARAN**  
Laboratoire français de médicaments génériques

Figure 4 - Exemple de prospectus informatif destiné aux comptoirs d'officine

Ce prospectus donne des arguments irréfutables pour l'adoption des génériques, les mots-clés étant bien détachés par leur couleur et la taille des caractères : le générique est systématiquement pris en charge et **ne coûte rien** au patient, il est **identique** à son médicament habituel, à long terme il garantit une **longue vie à notre système de santé**, qui devrait être perçu par l'opinion publique comme un grand privilège en regard de ce qui se fait dans bien d'autres pays, où la santé peut représenter une dépense inaccessible pour certains ménages.

Or, quel impact auront ces arguments sur le patient ? Certainement moindre qu'un entrefilet inquiétant au sujet de la grippe aviaire dans leur quotidien, ou qu'un paragraphe vantant les propriétés d'une hormone miracle dans la rubrique santé d'un magazine féminin. Le consommateur de produits de santé n'a pas d'esprit critique par rapport à la validité scientifique. C'est pourquoi son pharmacien doit faire le travail de fond, il doit préparer le terrain afin de permettre l'intégration de ces données sur le générique. Laisser les prospectus dans leur présentoir, c'est avoir une chance quasi nulle d'atteindre les objectifs escomptés. Il faut trois minutes pour parcourir calmement le texte, ce qui rebutera neuf personnes sur dix.

La simple action de remettre le prospectus au patient est déjà une amélioration sensible. Si l'entourage du patient voit le prospectus à son domicile et lui demande de quoi il s'agit, il répondra que *c'est le pharmacien qui le lui a donné*. Ceci donne aux arguments une certaine crédibilité. D'autre part, le verso du prospectus est vierge, on peut l'utiliser pour noter les principaux conseils d'utilisation des médicaments délivrés juste avant de le glisser dans le sac.

Idéalement, le document devrait être remis à la fin d'un entretien sur le sujet. Le patient a écouté son pharmacien quelques minutes lui expliquer l'intérêt des génériques, il a retenu un quart de ce qu'il a écouté, et ne se rappellera que de vagues bribes une fois rentré chez lui. Si le pharmacien lui a tendu le prospectus en lui disant que tout y est, il pourra le relire au calme, et l'information reprise en écho aura une portée bien plus grande.

La consultation pharmaceutique est l'occasion d'un échange approfondi avec le patient, qui sans avoir l'air d'un sermon, doit permettre de faire passer les messages essentiels de santé publique. Le pharmacien devrait donc se constituer une série de fiches synthétiques sur des sujets variés, récapitulant ses propos. Ainsi, à la fin d'une consultation pharmaceutique, une fiche synthétique d'instructions pourrait être systématiquement remise au patient pour lui servir d'aide-mémoire.

#### **4.3.5. Le pharmacien comme éducateur de santé**

Les résultats d'une enquête menée auprès des pharmaciens de Nancy<sup>19</sup> révèlent que les interactions du pharmacien avec son patient se subdivisent en trois types :

- L'**information** est la transmission de renseignements sur un domaine ou un problème particulier sans aucune directivité de la part du pharmacien.
- Le **conseil** dirige le patient vers un comportement souhaité par la distillation de notions directives et incitatives.

- L'**acte éducatif** est caractérisé par un dialogue aboutissant à une réflexion du patient sur ses attitudes ou ses comportements.

D'après les pharmaciens interrogés, un échange avec un patient peut durer de 5 à 40 minutes. Hélas, si l'information et le conseil semblaient pour tous des notions transparentes, il n'en allait pas de même pour l'acte éducatif, dont la définition prêtait à de nombreuses hésitations et conjectures. En effet, les pharmaciens ont du mal à étendre leur vision de l'acte pharmaceutique : la plupart de leurs remarques se limitent à l'ordonnance. Ces remarques ont pour ambition de faire adhérer le patient à son traitement. La lutte contre l'inobservance est bien entendu une chose importante, néanmoins l'idée d'éducation thérapeutique est plus générale, elle est centrée sur le patient. Ainsi, les pharmaciens devraient axer leur intervention lors de la délivrance sur les thèmes des comportements de maladie et de santé, du mode de vie du patient, de la prévention des comportements à risque, du vécu de la maladie et du vécu du traitement.

Pour être familiarisé avec ces thèmes, et les aborder naturellement, le pharmacien doit suivre une formation adaptée comme on l'a décrite plus haut [§ 1.2.6. p. 24]. En principe, les nouveaux diplômés devraient être plus enclins à l'approche comportementale du patient que leurs aînés qui exercent depuis plusieurs décennies.

## **5. Communication et santé : conclusion**

L'exercice officinal sollicite autant aujourd'hui les aptitudes à l'écoute et au dialogue que les connaissances en thérapeutique. La consultation pharmaceutique semble répondre aux besoins de son époque, c'est-à-dire une offre de soins toujours plus performante, et qui prend en compte l'implication et le ressenti du patient comme des facteurs indissociables de la bonne marche du traitement.

Dans une infrastructure telle que l'hôpital, la prise en charge globale du patient existe *de facto* : tous les types de professionnels s'y côtoient, ils élaborent leurs stratégies en commun, contrôlent l'application du traitement, et gardent éventuellement le patient en convalescence. Le pharmacien clinicien, qui d'après les textes « est aux côtés du médecin, comme un copilote, jouant un rôle dynamique d'évaluation de la thérapeutique sans intervenir sur le diagnostic »<sup>18</sup> semble peu présent sur le terrain ; cependant, durant mon expérience de stage de 5<sup>ème</sup> année hospitalo-universitaire, on m'a plusieurs fois confié la tâche d'éduquer les patients à leur sortie, concernant un traitement introduit en cours d'hospitalisation

(anticoagulants oraux, antidépresseurs tricycliques prescrits à des fins antalgiques). Ainsi, à l'hôpital, l'étudiant en pharmacie peut trouver sa place comme communicant en santé, et ses interventions sont généralement appréciées des patients. A plusieurs reprises, j'ai même participé à des décisions thérapeutiques, en émettant des suggestions qui ont finalement été adoptées par l'équipe médicale.

Les nouveaux pharmaciens sont mieux formés au dialogue que leurs prédécesseurs ; tout comme la façon d'exercer, l'enseignement de la pharmacie a changé. Il est indispensable que les pouvoirs publics et les ministères reconnaissent le rôle que les pharmaciens ont à jouer dans un avenir qui cherchera de plus en plus à satisfaire l'individu et à lui offrir le meilleur service. La communication et la pédagogie devraient être officiellement reconnues comme des priorités dans la formation universitaire, puisqu'elles répondent à cette demande.

En introduisant des concepts tels que l'opinion pharmaceutique et la qualité à l'officine, les législateurs mettent à la disposition des pharmaciens des outils qui crédibilisent leur monopole et l'exercice libéral de leur profession, à une époque où ils ne fabriquent plus de médicaments et ont parfois un rôle ténu aux yeux du public. Cependant, il serait souhaitable que certaines réformes dans le domaine de la santé soient faites en partenariat avec l'Ordre des Pharmaciens, comme par exemple la mise en place du dossier médical personnel. Du fait de certaines lacunes, concernant notamment leur champ d'application, ces outils restent d'un emploi limité par les pharmaciens, alors qu'ils pourraient ouvrir la voie à une pratique nouvelle de la pharmacie résolument tournée vers le dialogue, la consultation pharmaceutique.

## **Chap. 2 : Le pharmacien, maillon de la chaîne de santé**

Les conceptions nouvelles dans le domaine de la santé mettent le pharmacien en face d'un défi : celui de prouver qu'il a bien sa place dans le nouveau système. S'il fait preuve d'inventivité, il pourra non seulement remporter le défi mais, plus encore, bénéficier d'une place de choix et d'une nouvelle image aux yeux du patient. Mais s'il échoue, il finira par être progressivement remplacé par des automates, comme cela se voit déjà aux Etats-Unis<sup>85</sup>.

Dans ce qui suit, nous verrons comment le pharmacien s'intègre dans la chaîne des intervenants de santé, quelles sont ses prérogatives, dans quelles circonstances il est amené à collaborer avec le médecin et quels bénéfices il peut en tirer. Ensuite, on s'interrogera sur la relation du pharmacien avec ses patients, ce qu'il leur apporte, et comment une consultation pharmaceutique pourrait améliorer la prise en charge globale.

### **1. Les relations médecin-pharmacien**

Aujourd'hui la médecine tend à évoluer pour prendre en compte les attentes des malades sur le plan humain, l'intérêt d'une prise en charge psychothérapeutique adjuvante dans certains cas, le respect de la dignité de l'individu, et non plus le combat acharné contre une maladie sans considération pour celui qui en souffre. Ces points ont fait l'objet de nouvelles entrées dans le programme officiel des études de médecine<sup>70</sup>.

Le médecin est donc un allié désigné dans une nouvelle conception de l'offre de soin, dans laquelle le malade tient une place centrale au lieu de la maladie. Comme nous allons le voir, la bonne intelligence entre pharmacien et médecin est un atout pour la prise en charge du patient puisqu'elle facilite l'observance, le bon usage des médicaments... Loin de placer le pharmacien dans l'ombre d'un médecin omnipotent, cette synergie lui donne au contraire, en redéfinissant son rôle, l'occasion de démontrer sa compétence en matière de médicaments.

#### **1.1. La relation médecin-pharmacien en chiffres**

En 2004, Christophe Mougins a analysé les relations médecins-pharmaciens en interrogeant 103 médecins des Vosges et du Grand Nancy ; tous les chiffres qui suivent sont issus de son enquête<sup>74</sup>. Celle-ci nous apprend par exemple que 20% des médecins déclarent communiquer fréquemment avec le pharmacien, alors que 80% ont recours à cette communication « seulement lorsque c'est nécessaire ».

En ce qui concerne les moyens de communication, ce sont les relations téléphoniques qui sont privilégiées : 83% d'échanges exclusivement par téléphone contre 25% de relations plus personnalisées à travers des réunions, des rencontres, des courriers. A noter que 6% des médecins avouent n'avoir jamais eu d'échange verbal avec le pharmacien.

Si l'on s'intéresse au motif de ces échanges (plusieurs réponses admises), il s'agit la plupart du temps de problèmes liés à l'ordonnance (94%) ou aux modalités de remboursement (38%) ; cependant, il arrive que le médecin compte sur le rôle d'expertise médicamenteuse du pharmacien, puisque les échanges portent parfois sur une question concernant un médicament ou un dispositif médical (39%), ou le suivi du patient et de sa prise en charge (36%). On parle enfin de recherche de formation en commun (11%), ou de rencontres destinées à développer des messages de prévention (3%).

Quant à savoir si ces échanges conviennent aux médecins, 59% estiment que les relations sont suffisantes ainsi, alors que 28% seulement souhaiteraient des rencontres plus fréquentes.

A la lumière de ces chiffres, il apparaît que la relation médecin-pharmacien souffre d'un défaut de communication, pouvant porter préjudice à une prise en charge interdisciplinaire. La même enquête nous permet de conclure que ce défaut provient à la fois de l'image de marque du pharmacien, et de la réticence du médecin à lui laisser certaines prérogatives qui pourraient le sortir de son carcan de commerçant. En demandant aux médecins quelles réserves ils pouvaient émettre vis-à-vis de leur rapport au pharmacien (plusieurs réponses admises), l'auteur a noté que 44% trouvaient le pharmacien trop porté sur le commerce, 35% étaient agacés par ses trop fréquentes prises d'initiatives personnelles, 18,5% n'avaient pas d'objection particulière, 17,5% pensaient que le pharmacien ne gérait pas au mieux l'espace de l'officine pour améliorer le service rendu, 11,7% répondaient qu'il ne communiquait pas assez, 11,7% qu'il n'utilisait pas assez ses connaissances et enfin 11,7% qu'il n'avait de toute façon pas assez de connaissances.

Il y a dans cette insatisfaction un paradoxe insoluble : le pharmacien paraît souvent plus soucieux de son chiffre d'affaires que de ses patients, mais on lui reproche de prendre des initiatives qui pourraient justement casser cette image d'acteur de santé « passif », c'est-à-dire un vulgaire vendeur au détail. D'autre part, conséquence des différents scandales qui ont éclaboussé la profession (revente de produits destinés au recyclage, empoisonnements par des régimes frauduleux...), simple constat par les enquêteurs mystères ou orgueil personnel, beaucoup de médecins jugent les pharmaciens inaptes à participer à la chaîne du soin par leur manque de compétences ou leur incapacité à les exploiter.

## 1.2. De la réforme des études médicales

On a trop longtemps reproché aux médecins leur manque de chaleur et leur pédantisme. La représentation sociale et la tradition populaire en faisaient des scientifiques obsédés par le traitement de la maladie mais dépourvus de compassion. Ainsi, au théâtre, le docteur Knock<sup>84</sup> effraie ses patients en superposant au jargon scientifique des images atroces :

*« L'insomnie peut être due à un trouble essentiel de la circulation intracérébrale, particulièrement à une altération des vaisseaux dite en tuyau de pipe. Vous avez peut-être, Madame, les artères en tuyau de pipe. [...] Représentez-vous un crabe, ou un poulpe ou une gigantesque araignée en train de vous grignoter, de vous suçoter et de vous déchiqueter doucement la cervelle. »*

Afin de répondre aux besoins des malades, dont l'état les rend particulièrement vulnérables sur le plan émotionnel, les médecins apprennent peu à peu à humaniser leurs pratiques ; les réformes opérées sur le programme des études de médecine en 2004 vont dans ce sens.

### **MODULE 1 – APPRENTISSAGE DE L'EXERCICE MEDICAL**

#### **N°1 La relation médecin-malade. L'annonce d'une maladie grave. La formation du patient atteint de maladie chronique. La personnalisation de la prise en charge médicale.**

- Expliquer les bases de la communication avec le malade
- Etablir avec le patient une relation empathique, dans le respect de sa personnalité et de ses désirs
- Se comporter de façon appropriée lors de l'annonce d'un diagnostic de maladie grave, d'un handicap ou d'un décès
- Elaborer un projet pédagogique individualisé pour l'éducation d'un malade porteur d'une maladie chronique en tenant compte de sa culture, ses croyances.

#### **N°4 Evaluation des examens complémentaires dans la démarche médicale : prescriptions utiles et prescriptions inutiles.**

- Argumenter l'apport diagnostique d'un examen complémentaire, ses risques et son coût
- Prendre en compte les référentiels médicaux
- Rédiger une demande d'examen complémentaire et établir une collaboration avec un collègue

Figure 5 - Extrait des Objectifs Pédagogiques de 2<sup>ème</sup> Cycle de Médecine (Ministère de la Recherche)<sup>70</sup>

Si l'on se penche sur cet extrait des *Objectifs pédagogiques de 2<sup>ème</sup> cycle*, on remarque l'introduction de notions telles que l'éducation thérapeutique, la communication interpersonnelle, la relation empathique. Contrairement à la communication enseignée à la faculté de pharmacie, ces items figurent dans le programme officiel, si bien que tous les étudiants de France actuellement en médecine sont formés à ces notions. En outre, les bases de la maîtrise du coût de la santé y sont abordées. Tout ce que l'on peut déplorer est que le mot « pharmacien » n'apparaît pas une seule fois dans les vingt-huit pages du document.

### **1.3. Etudier sur des bases communes**

Le médecin est un maillon dynamique et incontournable dans la chaîne des intervenants de santé. Il est en relation étroite avec ses collègues, puisque le médecin généraliste a la possibilité d'adresser un malade à un confrère spécialiste ; cette pratique vient de se systématiser avec l'apparition du *médecin référent*, un généraliste que le patient est tenu de consulter en premier, et qui le réoriente si nécessaire. Pour ce qui est de la relation avec le malade, la dernière réforme des études médicales en 2004 vise à la faire évoluer, en rendant le médecin plus réceptif au ressenti du malade. Qu'en est-il des relations avec le pharmacien ? Comme on l'a vu plus haut, elles constitueraient plutôt un obstacle à la bonne marche des soins. En effet, un tiers des pharmaciens se refusent à modifier une prescription qui leur semble inappropriée parce qu'ils craignent la réaction du médecin.

Cette mésentente est certainement basée sur l'ignorance réciproque. Comment le médecin pourrait-il faire confiance au pharmacien s'il ignore tout de ses compétences ? Comment le pharmacien pourrait-il améliorer ses rapports avec le médecin s'il ne lui téléphone jamais ? C'est ce constat qui a fait germer l'idée d'enseignements communs. Brasser les pharmaciens et les médecins au cours de leurs études, c'est leur donner une chance de se rencontrer, de mieux se connaître et de juger des compétences de l'autre. Comme on va le voir, le pari n'est pas gagné : dans l'exemple du § 2.1.3.2. p. 53, la fréquentation très faible de l'enseignement illustre peut-être un désintérêt des futurs médecins pour les pharmaciens.

#### **1.3.1. *Les facultés « pilotes » en relation médecin-pharmacien***

A Lyon, Geneviève Chamba organise pour les étudiants médecins des cours à la faculté de pharmacie sur le métier de pharmacien. C'est l'occasion pour eux de prendre conscience du rôle du pharmacien dans la chaîne des professionnels de santé. « L'idée est qu'une fois

installés, les médecins prennent l'habitude d'appeler le pharmacien lorsqu'ils ne parviennent pas à équilibrer un traitement. »<sup>62</sup>

A Rouen, François Bécret propose à ses étudiants en médecine de s'immerger deux jours dans une officine pour analyser le devenir des prescriptions. Certains en redemandent : il arrive que le stage soit prolongé, sur initiative de l'étudiant, pour une durée d'une semaine.<sup>62</sup>

Depuis 2000, quelques rares facultés organisent des événements similaires. C'est notamment le cas à Nancy, comme le détaille le paragraphe suivant.

### *1.3.2. L'enseignement des relations médecin-pharmacien à Nancy*

Depuis quelques années, l'emploi du temps de 5<sup>ème</sup> année option officine prévoit une séance de travaux dirigés sur les relations médecin-pharmacien, un progrès unanimement apprécié des étudiants. Ce qui suit est le compte-rendu d'une de ses séances, qui s'est déroulée en octobre 2005.

Dans un premier temps, les futurs médecins se sont assis parmi les futurs pharmaciens. Malheureusement, leur participation était basée sur le volontariat, et seuls quatre ont répondu à l'appel, pour une vingtaine d'étudiants en pharmacie. L'exercice consistait à décrire la profession de l'autre, en citant si possible chacune de ses attributions. En général, les pharmaciens arrivaient assez bien à se représenter le quotidien d'un généraliste, en revanche les médecins connaissaient seulement les principales activités du pharmacien, soit la validation de l'ordonnance, son exécution, l'énonciation des précautions d'emploi, éventuellement la délivrance d'une orthèse. Lorsque toutes les tâches qui incombent au pharmacien et toutes celles du médecin furent notées côte à côte au tableau, il a été intéressant de constater qu'il y avait somme toute peu de différences. Le pharmacien ne pose pas de diagnostic, le médecin ne délivre pas de médicaments, mais l'un comme l'autre peuvent répondre à des questions de santé, repérer les conduites à risque et lutter contre, participer à la maîtrise du coût de la santé, etc.

Dans un deuxième temps, les étudiants furent divisés en groupes d'un médecin et trois ou quatre pharmaciens, et se virent attribuer un cas clinique. Le médecin dut établir une ordonnance en justifiant tous ses choix. Ensuite, un enseignant jouait le rôle d'un patient type, et le pharmacien devait lui délivrer l'ordonnance sous les yeux du médecin, ce qui rejoignait l'expérience menée à Rouen décrite ci-dessus [§ 2.1.3.1. p. 52]. A noter que les étudiants en médecine présents, en fin de deuxième cycle, étaient en stage chez le praticien, et

prescrivaient déjà journallement. On a donc pu constater qu'ils tenaient compte de toutes les dernières recommandations en matière de prescription :

- prescription en D.C.I.
- pas plus de trois médicaments prescrits
- pas de médicament inutile

Par exemple, dans le cas d'un rhume banal, seul du paracétamol fut proposé, pour lutter contre la fièvre ; les fluidifiants de type *carbocistéine* et les anti-inflammatoires d'activité mineure (MAXILASE<sup>®</sup>) furent dénigrés. On constate trop souvent chez les médecins de la génération supérieure des prescriptions inappropriées du fait :

- de pratiques dépassées – c'est le cas des antibiotiques largement délivrés, bien que le phénomène des résistances bactériennes soit connu depuis longtemps
- de pressions de la part du patient – elle aboutit dans cet exemple à l'ajout d'un DERINOX<sup>®</sup> sur l'ordonnance, auquel le patient s'habitue facilement
- de l'influence du visiteur médical, qui propose un médicament de même classe sans réelle innovation alors qu'un générique vient de sortir

Pendant la dernière partie de la séance, qui a duré un total de trois heures, les médecins se sont présentés aux pharmaciens en faisant une demande spontanée de médicament. Ils purent ainsi observer le raisonnement et la démarche du pharmacien en l'absence d'ordonnance, évaluer la qualité et la pertinence de ses conseils.

Comme bilan de l'expérience, on a apprécié la connaissance nouvelle et approfondie de l'autre profession, et le respect des recommandations officielles en matière de prescription. Les étudiants en médecine ont précisé qu'à terme, ils souhaitaient éduquer les patients pour qu'ils ne se rendent chez le médecin que lorsque c'était nécessaire, et qu'en cas de pathologie mineure ils se contenteraient d'un traitement symptomatique obtenu directement à l'officine. Les jeunes médecins avaient une attitude responsable vis-à-vis des organismes payeurs de la santé, ils préféraient réduire leur nombre de consultations plutôt que de voir la Sécurité Sociale s'effondrer à force d'abus. Ce que l'on pouvait regretter, en dehors du petit nombre de médecins présents, était l'absence d'une plage horaire destinée à un débat ouvert, toute la séance étant planifiée.

#### **1.4. La relation médecin-pharmacien sur le terrain**

Au sortir de la faculté, les exemples de collaboration active entre le médecin et le pharmacien sont encore peu nombreux ; timidement, les pharmaciens commencent à investir des réseaux de santé locaux, dans lesquels leur rôle est de mieux en mieux reconnu.

Dans ce qui suit, on explicitera comment le pharmacien peut s'intégrer à un réseau de santé, grâce à un exemple. On tentera de démontrer l'impact positif de la relation médecin-pharmacien sur la prise en charge du patient, tout en respectant les attributions de chacun. Enfin, on se penchera sur le cadre législatif qui régit ces attributions.

##### **1.4.1. *La relation médecin-pharmacien au sein du réseau de santé***

Ce que l'on appelait réseau de soins à l'époque des ordonnances Juppé en 1996, qui leur donnèrent légitimité, s'appelle désormais un réseau de santé, défini à l'article 84 de la loi sur les droits des malades et la qualité du système de santé<sup>05</sup> comme un organisme ayant pour objet « de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires, notamment celles qui sont spécifiques à certaines populations, pathologies ou activités sanitaires. » A partir de 1998, ces réseaux ont bénéficié d'un financement par le Fonds d'Aide à la Qualité des Soins de Ville (FAQSV) créé au sein de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS). Et depuis 2002, ils reçoivent également une enveloppe régionale de développement des réseaux. Les dotations sont décidées conjointement par le directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation (ARH) et celui de l'Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie (URCAM). Un dossier de création doit notamment indiquer les objectifs du réseau, son statut juridique, la population sanitaire visée, les charges prévisionnelles, et de quelle manière il sera évalué.

Dans la région de Nancy, un tel réseau recrute des pharmaciens par courrier, pour participer à une mission d'éducation thérapeutique : il s'agit du réseau diabétologie de la Maison du Diabète et de la Nutrition (MDN), dont on a reproduit en Annexe 3 p. 143 le courrier d'information, la charte d'adhésion des pharmaciens et la note d'honoraire. Ce réseau existe depuis 2005, il suit environ 300 patients diabétiques (de type 2 pour la plupart).

Chaque patient qui adhère à ce réseau se voit remettre un carnet de bord, c'est-à-dire un dossier médical pré-rempli, où sont consignées exclusivement les informations liées au diabète. Il est suivi par un diabétologue de la MDN. Une fois par an, le diabétologue l'adresse à un pharmacien membre du réseau pour suivre une **consultation d'éducation thérapeutique**. Celle-ci aborde l'observance thérapeutique et l'auto-surveillance glycémique.

Les pharmaciens désireux d'assurer ce service doivent d'abord suivre une formation indemnisée, et signer une charte d'adhésion (fournie en Annexe 3 p. 144). A titre d'indemnisation pour le temps accordé aux patients lors de ces consultations d'éducation thérapeutique, les pharmaciens perçoivent 20 € par consultation, versés par le réseau. Ce mode d'exercice expérimental est le fruit d'un accord avec le Conseil Régional de l'Ordre des Pharmaciens de Lorraine.

A travers l'exemple du réseau diabétologie de la MDN, on voit de quelle manière les compétences du pharmacien en matière d'éducation thérapeutique peuvent être valorisées. Il donne une véritable consultation, dans un domaine de son monopole, les médicaments du diabète et leur impact sur la vie du patient, et les dispositifs médicaux utilisés dans l'auto-surveillance de la glycémie. Parmi les différents professionnels du réseau, c'est le pharmacien qui est le plus à même de donner cette consultation d'éducation thérapeutique, car les questions abordées correspondent au quotidien de sa pratique professionnelle. Cela illustre la prise en charge globale, puisque chaque élément de la prise en charge est dévolu à un expert, le diagnostic et la clinique pour le médecin, le suivi des paramètres biologiques pour le biologiste, les médicaments et les dispositifs médicaux pour le pharmacien, les gestes de soin pour l'infirmière, sans oublier une implication du patient par l'éducation thérapeutique.

#### **1.4.2. Des compétences complémentaires**

Les trois principaux facteurs d'inobservance sont<sup>49</sup> :

- le manque de compréhension du patient sur la nature de sa maladie
- son défaut de jugement sur la pertinence du traitement
- son manque d'instructions adéquates sur la médication prescrite

Ainsi, pour ce qui est du premier item, il ne faut pas perdre de vue que le patient, s'il n'a pas suivi de formation spécialisée, a des connaissances en anatomie limitées, et utilise un vocabulaire courant. L'accumulation de termes obscurs pour lui peut rapidement donner lieu à des interprétations erronées, ou à une mauvaise estimation de son pronostic vital par le patient. Par exemple, le mot *épistaxis* semble tout à fait exotique au patient lambda, qui pourra y voir une maladie rare. Il faut également se méfier des mots comme *hernie* ou *ulcère* qui pour le médecin désignent de nombreuses affections très différentes mais ont dans le langage courant une signification d'usage (*ulcère = ulcère gastro-duodéal*, par exemple).

D'autre part, un patient ne prendra pas son traitement s'il n'est pas conscient du bénéfice apporté. Le parkinsonien voit immédiatement son intérêt à prendre de la *levodopa*, car après

chaque prise il se sent bien mieux et se découvre libre de ses mouvements. Mais quelqu'un qui souffre d'hypercholestérolémie, par exemple, ne se sent pas malade. Si au long cours il est victime d'un infarctus du myocarde, la dégradation de son état lui semblera brutale et profondément injuste. A l'inverse, lui proposer une *statine* et lui exposer les risques liés à l'athérome, sans conseils hygiéno-diététiques, peut s'avérer désastreux : il pensera que le médicament efface tous les excès alimentaires et qu'il ne risque rien à consommer abondamment de la charcuterie.

Enfin, tous les termes techniques ne sont pas à la portée du patient, qui même s'il est attentif aux données portées sur la boîte, peut faire un mauvais usage de son médicament. Pour une majorité de personnes, « comprimé oro-dispersible » ne signifie rien. On voit le terme écrit sur des emballages, néanmoins il faut s'attendre à ce que le patient, sans plus d'informations, avale le comprimé tout rond avec un verre d'eau.

Or, accorder suffisamment de temps au patient pour combler ces lacunes peut s'avérer une gageure pour le médecin, dont la journée s'organise la plupart du temps en créneaux horaires de 15 à 20 minutes par consultation. D'autant que si le médecin dispose de connaissances approfondies sur la physiopathologie et la pharmacologie, il peut manquer d'informations pratiques sur le médicament, ses précautions d'emploi et les modalités de sa manipulation. Ainsi, lors de la rencontre entre étudiants médecins et pharmaciens évoquée plus haut [§ 2.1.3.2. p. 53], il est apparu que les étudiants médecins – et le praticien qui les accompagnait ! – ignoraient dans quel sens s'enfile un suppositoire...

C'est pourquoi **demander au patient ce qu'il a retenu des explications fournies par le médecin** lors de la prescription est le minimum de service que peut assurer un pharmacien. Cela permet d'appuyer ces instructions et de lever toute contradiction ou confusion<sup>20</sup>. Il en profitera pour **développer les points qui sont de son ressort personnel**, à savoir toute information utile à la bonne marche du traitement, à la sécurité du patient et à son bien-être physique et psychique. La mauvaise acceptation de sa maladie peut faire autant souffrir que la maladie elle-même, c'est pourquoi il faut parfois prendre le temps d'écouter un patient et de tenir compte des difficultés qu'il rencontre au quotidien du fait des symptômes ou des effets indésirables du traitement. Ce rôle d'écoute peut être dévolu au pharmacien, si l'on veut bien repenser la relation triangulaire qui unit le pharmacien, le médecin et le patient. D'après le docteur Schaeffer de l'Université Humboldt de Berlin<sup>58</sup>, « un système fondé sur la coopération permettrait aux pharmaciens d'officine d'occuper une position de pointe pour plusieurs raisons :

- ils ont des contacts fréquents et directs avec les patients
- ils sont toujours accessibles car il n'y a pas de rendez-vous à prendre
- ils peuvent délivrer certains médicaments sans ordonnance
- leurs contacts avec les patients leur permettent de mieux les cerner en tant qu'utilisateurs de médicaments et, partant, de découvrir d'éventuels problèmes ou antécédents liés à la prise de médicaments »

#### **1.4.3. A chacun ses attributions**

Valoriser le rôle du pharmacien ne signifie pas pour autant « marcher sur les plates-bandes » du médecin. Le cadre législatif est tout à fait explicite quant aux limites de l'acte pharmaceutique : il convient de rester dans ce cadre chaque fois qu'un service est rendu au patient hors délivrance. Cela peut concerner certains domaines qui semblent légitimes au pharmacien, comme par exemple le suivi des paramètres biologiques. Durant ses études, le pharmacien peut choisir de s'orienter vers la biologie ; ainsi certains officinaux ont précédemment travaillé dans un laboratoire de bioanalyse. Tout naturellement, de nombreux patients se rendent à l'officine avec leurs résultats d'analyse pour demander l'avis du pharmacien. Il est possible de traduire qualitativement un résultat chiffré, par rapport aux valeurs habituelles, cependant il faudra s'abstenir d'en tirer des conclusions : d'après l'article R4235-47 du Code de la Santé Publique<sup>22</sup>, le pharmacien doit « éviter de commenter médicalement auprès des malades ou de leurs préposés les conclusions des analyses qui leur sont demandées. » D'autre part, conformément à l'arrêté du 8 février 1979, le pharmacien peut effectuer lui-même des dosages biologiques dits d'orientation clinique<sup>41</sup> sur échantillon d'urine (acétone, pigments et sels biliaires, protéinurie, glycosurie, hématurie) ou de sang (urémie, glycémie, vitesse de sédimentation) pourvu qu'il dispose d'un local affrété spécialement, d'un matériel minimal (verrerie, réfrigérateur, centrifugeuse) et qu'il ne fasse aucun prélèvement invasif.

Il faut noter cependant que certains actes de routine, bien plus anodins en apparence qu'un prélèvement, constituent une infraction au Code de la Santé Publique : d'après l'article L4161-1, « Exerce illégalement la médecine toute personne qui [...] pratique l'un des actes professionnels prévus par la nomenclature en vigueur. »<sup>22</sup> La nomenclature des actes médicaux comprend par exemple la prise de tension artérielle. Ceci donne lieu à des situations difficiles à gérer, car le pharmacien peut laisser un auto-tensiomètre en démonstration, expliquer son fonctionnement, mais ne doit pas l'utiliser directement sur le patient.

Ce même article de loi est également formel sur le diagnostic : « Exerce illégalement la médecine toute personne qui prend part, même en présence d'un médecin, à l'établissement d'un diagnostic. » Ces termes sont parfois incompatibles avec la demande du patient de renseignements sur l'indication de ses médicaments. On peut tout à fait imaginer que le médecin l'a « laissé dans l'ignorance d'un diagnostic ou d'un pronostic grave », en vertu de l'article 35 du Code de déontologie médicale (CSP article R4127-35)<sup>22</sup> qui s'applique tant que « l'affection dont il est atteint n'expose pas un tiers à un risque de contamination ». Il vaut mieux pour le pharmacien ne pas entrer dans les détails en profondeur, expliquer si nécessaire que la loi lui interdit de divulguer ces détails, tant que la situation n'a pas été clarifiée par un contact avec le médecin. D'autre part, il faudra toujours être ferme quant à la divulgation d'informations à un proche du malade ou à un coursier en possession de l'ordonnance ; même si le patient est au courant de son diagnostic, on ne peut préjuger de ce qu'il a dit à sa famille, et les renseigner constitue une entorse au secret professionnel. Il est dit à l'article R4235-46 : « Les pharmaciens doivent répondre avec circonspection aux demandes faites par les malades ou par leurs préposés pour connaître la nature d'une maladie traitée ou la valeur des moyens curatifs prescrits ou appliqués. »<sup>22</sup>

Ainsi le pharmacien officiera au mieux dans ses prérogatives, ce qui est largement suffisant pour justifier d'une place dans la chaîne des intervenants de santé ; en aucun cas il ne se substituera au médecin, excepté dans les pathologies mineures dont la prise en charge consiste plutôt dans le confort du malade que dans sa guérison véritable, puisque la plupart sont spontanément résolutive. Le pharmacien doit connaître les limites de son activité et, chaque fois qu'il est nécessaire, orienter les patients dont il ne peut honorer la demande vers un médecin (CSP article R4235-62)<sup>22</sup>.

## **2. Les relations patient-pharmacien**

L'industrie pharmaceutique est parmi les plus contrôlées et les plus performantes. A priori, une unité de prise est toujours exempte de défauts. Pourtant, des problèmes graves subsistent lors d'un usage à grande échelle, qui ont été résumés par Margrit Bossart<sup>58</sup>, Présidente de l'Organisation suisse des patients :

- la moitié des médicaments environ n'est jamais utilisée ; les boîtes sont achetées, stockées et finalement jetées une fois périmées

- les intoxications médicamenteuses accidentelles représentent encore 5-10% des hospitalisations
- plus de 4% de la population consomme abusivement des médicaments ; une fraction non négligeable a sombré dans la pharmacodépendance

A l'heure où certains voudraient voir les pharmaciens disparaître, remplacés par des distributeurs automatiques<sup>85</sup>, il semblerait que les professionnels du médicament aient encore un rôle important à jouer dans l'intérêt du consommateur. Que ce dernier souffre d'une maladie ou désire simplement un produit de confort, le pharmacien est là pour garantir sa sécurité, optimiser le traitement, écouter le patient, lutter contre l'inobservance, s'adapter aux populations sanitaires. Chacun de ces items fera l'objet d'un développement dans les paragraphes suivants.

## **2.1. Garantir la sécurité du patient**

Historiquement, ce rôle est le premier qui échet à l'apothicaire, qui était au Moyen-Âge le gardien des poisons. En 1777, lorsque les corporations furent supprimées, les apothicaires devinrent pharmaciens mais conservèrent la mission de protéger la population de l'empoisonnement, en acquérant un monopole sur toutes les drogues de l'époque.

Toutefois, parler de sécuriser l'environnement médicamenteux du patient est un peu réducteur. Pour Megerlin<sup>67</sup>, « Seul un changement des conditions de l'acte [pharmaceutique] (espace, temps, considération, rémunération) pourrait faire évoluer cette conception minimaliste de la dispensation, très en deçà tant des capacités scientifiques du pharmacien, que des besoins réels de la santé publique. [...] Il s'agit, en contraste de la seule sécurité, d'une fonction d'expertise du soin, assurée par le pharmacien en coopération avec le médecin, en liaison virtuelle avec d'autres professionnels, [...] fondée sur la complémentarité de leurs compétences scientifiques respectives et sur la confiance mutuelle. » Megerlin pense donc que le pharmacien est capable de dépasser ce rôle, et s'il exploite pleinement ses compétences, d'être reconnu comme un expert dans le domaine du médicament, maillon indispensable dans la chaîne des intervenants de santé. Les clefs de cette réussite seraient la consultation pharmaceutique (espace, temps) et les réseaux de santé (coopération avec le médecin et d'autres professionnels, voir § 2.1.4.1. p. 55).

Dans les paragraphes suivants, nous verrons comment le pharmacien est amené à exercer sa vigilance afin de garantir la sécurité des patients, dans le cas d'un conseil officinal, de la délivrance d'une préparation magistrale ou de l'exécution d'une ordonnance.

### ***2.1.1. Conseil officinal et responsabilité du pharmacien***

Phénomène de plus en plus répandu, l'automédication consiste en la demande spontanée d'un médicament par le patient sans l'avis d'un médecin, ou bien le recours à des médicaments conservés au domicile dans l'armoire à pharmacie du ménage, beaucoup ayant été obtenus sans ordonnance. Cette attitude est largement supportée par les pouvoirs publics, car elle peut réduire de façon significative les dépenses de santé des Français ; ainsi les spécialités anciennes dont l'efficacité est jugée insuffisante sont progressivement déremboursées, et quelques médicaments qui nécessitaient une ordonnance apparaissent hors liste dans des conditionnements réduits. A condition de payer soi-même pour son traitement, quelques médicaments deviennent donc plus faciles d'accès, il est possible de se les procurer à la fin d'une journée de travail sans prendre le temps d'une consultation chez le médecin.

Cependant, l'automédication n'est pas une pratique sans risque, notamment lorsque le patient utilise des « restes » de médicaments listés stockés dans son armoire à pharmacie, ou pire, « essaie » le médicament prescrit à quelqu'un de son entourage qui lui en a dit le plus grand bien. Si le pharmacien n'a pas beaucoup de prise sur ces mésusages, il peut en revanche prendre le plus grand soin à dispenser des produits au patient qui lui fait une demande spontanée. Trop de pharmaciens se contentent de répondre à ce type de demande par une expression neutre et l'annonce du prix de vente.

De plus en plus, les caisses d'assurance maladie sont demandeuses de spécialités en conditionnement réduit, afin de limiter le coût des épidémies bénignes. Par exemple, durant l'épidémie hivernale de gastro-entérite, une large population a rapidement besoin de *lopéramide*, une substance listée. Elle est confortable d'emploi, ne provoque presque jamais d'effets indésirables, mais se trouve être un dérivé opioïde. Si jamais tous les patients atteints de gastro-entérite se rendaient chez le médecin pour obtenir une ordonnance, les cabinets seraient engorgés, et le coût de remboursement de toutes ces consultations serait très important pour la Sécurité Sociale. C'est pourquoi il existe des spécialités en conditionnement réduit (c'est-à-dire contenant peu d'unités de prise) comme IMOSSEL<sup>®</sup>, délivrables par le pharmacien sans ordonnance, et dont on peut faire la publicité à la télévision pour avertir les malades. Le pharmacien doit seulement ajouter quelques conseils diététiques destinés à

limiter la diarrhée et ses conséquences, ce qui hélas, dans la pratique courante, se voit rarement.

Pouvoir délivrer des substances en principe listées place le pharmacien dans la position d'un prescripteur, il devient le seul et unique intervenant dans l'instauration du traitement<sup>41</sup>, et à ce titre, le seul à même de détecter une contre-indication à l'usage du médicament chez ce patient, voire un usage inapproprié. Le pharmacien ne passe plus « derrière le médecin », il travaille sans filet. C'est pourquoi son action doit être raisonnée et irréprochable ; d'autant qu'un patient qui a payé de sa poche est en droit d'exiger la meilleure prestation.

Lorsqu'une patiente inconnue de 60 ans environ entre à l'officine et demande un laxatif stimulant, il peut s'agir d'un cas de maladie des laxatifs. Il peut s'agir d'une occlusion intestinale. Le minimum est de demander depuis combien de temps la patiente est gênée, si la constipation s'accompagne d'autres signes, si elle a l'habitude du médicament qu'elle demande et n'a jamais essayé un autre type de laxatif.

Dans le cas où une mère de famille demande pour son enfant un sirop contre la toux, la toux est un réflexe qui peut servir à évacuer des sécrétions accumulées dans les voies aériennes. Une toux productive doit être respectée au moins la journée, elle est salutaire. Des précisions seront donc demandées sur la nature exacte de cette toux.

### ***2.1.2. Préparation magistrale et responsabilité du pharmacien***

Lorsqu'un patient cherche à se procurer une préparation magistrale ou une préparation officinale, l'implication et la responsabilité du pharmacien sont encore plus évidentes. Le produit qu'il délivre ne dispose pas des garanties offertes par un produit sorti d'usine. L'innocuité du médicament repose sur le respect par le pharmacien des bonnes pratiques de fabrication. Il ne dispose pas non plus d'une notice explicative qui détaille à qui le médicament est adapté, quelles sont les précautions d'emploi, à laquelle le patient pourrait se référer chez lui. Il faut donc prendre le temps d'expliquer au patient le bon usage des préparations officinales, et leur préciser que leur prescription est **personnelle** jusqu'à ce que le pharmacien ait confirmé explicitement qu'elles pouvaient convenir à un autre membre de la famille. Par exemple, une pâte décongestionnante au menthol pour usage topique, d'apparence anodine, peut s'avérer dangereuse si elle est utilisée chez le nourrisson.

Des drames surviennent inmanquablement lorsqu'un pharmacien néglige son devoir de contrôler ce qu'il prépare dans son établissement et de ne pas exposer ses clients à des risques

inconsidérés, comme ce fut le cas à Paris en 2006 avec l'affaire des « régimes miracles » qui a défrayé la chronique.

D'autre part, rappelons que si les matières premières achetées à la Cooper sont livrées déjà contrôlées, rien n'empêche le pharmacien d'effectuer en sus un contrôle de qualité personnel, car il sera au final entièrement responsable de ce qu'il délivre.

### **2.1.3. Exécution d'ordonnance et responsabilité du pharmacien**

Pour terminer, n'oublions pas que le rôle du pharmacien de garantir l'innocuité des médicaments s'étend bien sûr aux prescriptions sur ordonnance. Megerlin rappelle<sup>67</sup> que l'acte pharmaceutique a une autonomie éthique et juridique : « L'injonction « *Je dis* » ou la confirmation de sa prescription par le médecin ne libère pas le pharmacien de sa propre responsabilité légale. » Cela signifie que dans tous les cas, la décision finale de délivrer ou non un produit appartient au pharmacien. Dans la pratique, il faut avouer que le pharmacien s'abstient rarement de délivrer, parce qu'il sait que son client a tout pouvoir de se présenter dans d'autres officines jusqu'à obtenir le produit désiré, et aussi qu'un refus de délivrer ne rapporte rien, à l'inverse d'une facturation. Le mode de rémunération du pharmacien est basé sur une marge commerciale, il ne tient compte que de la marchandise écoulee et non du travail intellectuel implicite lors d'une validation d'ordonnance.

L'intervention du pharmacien doit être autant que possible axée sur le conseil : il peut répéter ou compléter des informations déjà données par le médecin, éventuellement relever des anomalies ou des confusions dans la prescription qui seraient préjudiciables au patient. Ainsi, lorsqu'une patiente en âge de procréer est traitée par ROACUTANE<sup>®</sup> – un médicament présentant un risque tératogène majeur – le médecin lui recommandera une contraception efficace et la contraindra à effectuer régulièrement des tests de grossesse. Mais le pharmacien peut être amené à discuter avec elle des différents moyens de contraception offerts, de leur efficacité relative mise en balance avec leur confort d'emploi. Ainsi il contribue également à la sécurité de cette patiente.

Chaque patient a droit à une information claire et complète offerte par un professionnel, délivrée dans des conditions qui la rendent intelligible par un enfant de douze ans – c'est-à-dire avec le temps suffisant, des répétitions si nécessaire, et un vocabulaire accessible – et qui respectent la dignité et la confidentialité du patient. Une consultation pharmaceutique, à savoir un entretien particulier dans un espace aménagé, est la réponse à cette problématique. Le fait de la formaliser, au besoin en écrivant une procédure pour les étapes à suivre, permet

de n'omettre aucun des éléments de l'acte pharmaceutique, et d'offrir au patient à chaque délivrance une sécurité d'emploi maximale. A ce sujet, il ne faut pas oublier que l'autonomie de l'acte pharmaceutique existe aussi vis-à-vis du patient : « La volonté du malade ou de son mandataire ne saurait en aucun cas libérer le pharmacien de ses obligations légales, son monopole visant précisément à garantir sa compétence scientifique et son indépendance d'esprit. Fût-elle insistante, cette volonté ne saurait jouer un quelconque rôle exonératoire en cas de mise en danger du patient. »<sup>67</sup>

## **2.2. Optimiser le traitement**

Tel qu'il est décrit dans le Code de la Santé Publique à l'article R4235-48, l'acte de dispensation comprend une **analyse de l'ordonnance**, une **préparation des doses à administrer** et une **mise à disposition des informations et des conseils nécessaires au bon usage des médicaments**. Vendre purement et simplement un médicament ne suffit pas.

L'exécution correcte de l'ordonnance est une condition *sine qua non* à la bonne marche du traitement, comme on le verra plus loin avec le rôle du pharmacien dans l'observance. En plus d'utiliser les bons mots, le pharmacien doit y mettre le ton, il doit se montrer convaincant : la façon de délivrer un produit de santé ne doit pas être sous-estimée en regard de son efficacité intrinsèque, car les chiffres issus de méta-analyses<sup>60</sup> révèlent pour *toute thérapeutique* une part d'efficacité imputable à l'effet placebo, à hauteur de 30% en moyenne. Dans certaines pathologies comme la migraine et la dépression, fortement influencées par l'état psychique, cette part atteint 60-70%. Pour donner toutes ses chances au traitement, il faut donc bien se concentrer sur ce que l'on dit et la manière dont on le dit.

Selon Thérèse Dupin-Spriet<sup>33</sup>, l'analyse de l'ordonnance se fait en quatre étapes :

- accueillir le patient
- lire rapidement l'ordonnance
- analyser les risques d'une dispensation donnée
- commenter le bon usage des médicaments prescrits et délivrés

Elle préconise la réalisation d'une affiche placardée dans la zone professionnelle de l'officine, qui reprend et précise chacune de ces étapes ; un exemple de ce que pourrait être cette affiche est donné en Annexe 2 p. 142.

Dans ce schéma, l'accueil du patient occupe une place au même titre que les autres étapes. Il s'agit d'un pas décisif vers d'établissement du contact, qui peut déjà conditionner la qualité d'adhésion d'un patient à son traitement. La relation soignant-malade constitue un des trois

piliers, avec l'environnement médical et la présentation du médicament en tant que tel, de l'effet placebo évoqué plus haut.

La lecture de l'ordonnance et ce qui en découle appartient au domaine du réflexe pour un pharmacien expérimenté. A moins de déceler une erreur manifeste, cette lecture ne fait pas partie de l'optimisation du traitement.

Attardons-nous donc plutôt sur les autres étapes de la validation d'ordonnance, l'analyse de risque et le commentaire d'ordonnance. A cette occasion, on citera des enquêtes qui montrent que le pharmacien est loin d'être infaillible, et que comme dans toutes les professions, les rangs des pharmaciens ne comptent pas que de bons éléments.

### ***2.2.1. Analyser les risques d'une dispensation donnée***

L'analyse de risque fait partie de l'optimisation du traitement ; en effet, dans certains cas, la prise d'un médicament à l'encontre des précautions d'emploi peut conduire un patient à l'hôpital. 5 à 10% des hospitalisations seraient dues à la iatrogénie<sup>58</sup>. La question de la sécurité du patient a déjà été traitée [§ 2.2.1. p. 60]. Dans la pratique, on doit tenir compte du fait que le patient est totalement passif pendant cette étape de l'analyse de risque. En se laissant influencer par un patient un peu pressé, un pharmacien risque de négliger cette analyse. En outre, certains pharmaciens ne se donnent pas la peine de passer du temps sur une analyse de risque, du fait qu'ils sont payés sur une marge commerciale, c'est-à-dire selon le volume de ventes. Ainsi, il y a dix ans, un sondage effectué par une association de consommateurs révélait que 80% des pharmaciens ne contrôlaient pas les ordonnances<sup>06</sup>.

Le patient n'est pas contraint à l'attente passive : si nécessaire, il peut apporter certains éclaircissements au pharmacien, qui s'assurera ainsi que le médicament prescrit convient bien au patient. Cependant, le pharmacien doit veiller à poser ses questions dans des termes intelligibles pour le patient : « Avez-vous des problèmes au cœur ? » et non « Êtes-vous bradycarde ? »

### ***2.2.2. Commenter le bon usage des médicaments prescrits et délivrés***

C'est probablement lors de cette étape que l'apport du pharmacien est le plus appréciable. Malheureusement, c'est un point sur lequel on peut facilement objecter que trop de pharmaciens se contentent de distribuer ou de vendre les médicaments, en particulier ceux qui ne figurent pas sur une ordonnance, sans faire le moindre commentaire. Pour des produits tels que le *Paracétamol*, vendu à tour de bras, on peut même dire que les commentaires

élémentaires (« Est-ce que ce produit est pour vous ? » « Pour quel motif voulez-vous faire usage de *Paracétamol* ? » « Voici la dose maximale que vous pouvez prendre en une journée ») sont extrêmement rares ; le pharmacien exécute donc bien dans ce cas une *distribution* ou une *vente*, et non une *délivrance* qui est un acte pharmaceutique réfléchi. Posant à ce sujet la question de la justification du monopole pharmaceutique, les responsables de la grande distribution ont envoyé à travers la France de nombreux enquêteurs mystères, afin de tester la valeur ajoutée des pharmaciens sur un achat de médicament. D'après les résultats, moins de la moitié des produits délivrés sont accompagnés d'un commentaire utile (45%)\*.

Un conseil efficace doit comporter des instructions orales et écrites<sup>50</sup>. Il est facile de reprendre les points importants de la posologie et des conditions de prise en les inscrivant sur une large étiquette blanche auto-collante que l'on apposera à la boîte concernée – sans masquer le nom de spécialité et la date de péremption. Noter au stylo, à même la boîte, « dans un coin libre » est beaucoup plus périlleux.

Il ne faut pas hésiter à donner le maximum d'explications, en commençant par demander au patient de répéter ce qu'il a retenu des paroles du médecin pour le reformuler ensuite. Ce doublon d'explications ne peut qu'améliorer la compréhension du patient vis-à-vis de son traitement<sup>48</sup>. Chaque fois que la pathologie s'y prête, il est indispensable de prodiguer des conseils hygiéno-diététiques préventifs et curatifs<sup>33</sup>.

Par exemple, prendre un traitement hypocholestérolémiant ou des antidiabétiques oraux sans changer son régime alimentaire n'est d'aucune utilité. Utiliser des produits de sevrage tabagique inadaptés est voué à l'échec. Utiliser un moyen de contraception comme une crème spermicide sans recevoir de conseils augmente largement l'indice de Pearl annoncé par le fabricant. Dans une multitude de cas, l'absence de conseils du pharmacien entraîne un échec des traitements, il s'agit donc d'une mission à ne pas négliger.

### **2.3. Etre à l'écoute du patient**

En tant que professionnel de santé facilement accessible, le pharmacien peut devenir un soutien dans le vécu de la maladie. Sa formation lui donne accès à un large panel de connaissances dans les différents domaines de la santé, sa proximité lui permet d'en faire

---

\* Chiffre avancé par monsieur J.-C. Charpignon, Président du groupe C.E.R.P. Lorraine, lors de son intervention devant les 6<sup>ème</sup> Année Officine de Nancy en novembre 2006.

profiter le plus grand nombre – après un travail d’adaptation du langage et une écoute attentive, afin de mieux cerner ce qui a poussé le patient à venir lui parler.

Dans la pratique professionnelle, l’écoute revêt des formes variées. Nous allons étudier l’importance de l’écoute chez un patient affecté d’une maladie qu’il connaît mal. Nous verrons ensuite comment une attention particulière peut lever un doute sur une question de santé, puis comment le dialogue évite un mésusage des notices médicamenteuses.

### *2.3.1. Intervention auprès du patient après l’annonce d’un diagnostic*

Lorsque le patient apprend du médecin son diagnostic, il peut se retrouver dans une situation particulièrement inconfortable, celle d’être affecté d’une maladie dont il ne connaît que le nom. Le médecin lui expliquera son cas dans les grandes lignes, et lui indiquera quelques articles faciles d’accès. Au mieux, le malade peut se faire remettre la brochure d’une association de patients, qui est généralement bien faite et aborde plutôt des questions du quotidien que des explications scientifiques.

Mais il peut subsister quelques zones d’ombre dans la conception du patient, que de fausses idées auront tôt fait de combler. Il convient au pharmacien d’être le plus clair possible quant à l’usage des thérapeutiques, mais aussi de décrire les inconvénients auxquels le patient sera confronté, c’est-à-dire les effets indésirables, et pas dans des termes alarmistes qui pourraient mettre en péril l’observance.

Cette tâche est particulièrement ardue, car un patient qui vient d’apprendre son diagnostic peut se trouver dans une phase de déni, ou dans une phase de colère, et n’est pas forcément attentif à des conseils techniques. Il convient au moins d’essayer, et de répéter ces explications lors des prochains contacts avec le patient le cas échéant.

### *2.3.2. Exemple d’intervention destinée à lever un doute*

Un conseil donné au moment opportun peut permettre de rassurer un patient sur son état, et lui éviter des angoisses inutiles.

Imaginons qu’un cas de tuberculose survient dans une grande entreprise. Par mesure de sécurité, des tests intradermiques sont réalisés sur le personnel. Les travailleurs présentant une réaction douteuse se font prescrire une prophylaxie par **RIFINAH**<sup>®</sup>. Comme la mesure concerne un grand nombre de personnes, il est peu probable que le médecin du travail consacre à chacun le temps nécessaire pour une information complète. Or, le principe actif de **RIFINAH**<sup>®</sup>, la *rifampicine*, colore les sécrétions telles que les larmes ou la salive en rouge.

Une personne qui a entendu parler de tuberculose et se voit cracher du rouge dans son lavabo cédera facilement à la panique, situation qui peut facilement être évitée si le pharmacien a énoncé les mises en garde nécessaires.

### **2.3.3. *Intervention prévenant le mauvais usage de la notice***

Dans de nombreux cas, une information lue dans la notice et mal interprétée conduit le patient à interrompre son traitement, ou à en changer arbitrairement la posologie. Si une jeune femme relève parmi les effets indésirables un risque d'alopécie, ou si une personne âgée constate qu'un médicament est susceptible de provoquer des troubles de la mémoire, leur observance sera fortement compromise. De tels risques, sans connaître leur incidence, ne laisseraient personne indifférent.

La notice a tout d'abord une vocation légale : celle de protéger le fabricant contre d'éventuelles actions en justice. Ceci mis à part, les informations qu'elle contient sont pour le patient lambda « incompréhensibles, mystérieuses, détaillant tous les effets secondaires, alors que les effets bénéfiques et les conseils d'utilisation restent dans l'ombre<sup>12</sup>. » Inévitablement, ce genre d'informations mis entre les mains du public sans décryptage conduit à de nombreux abandons thérapeutiques ou à de véritables angoisses lors des premières prises. C'est pourquoi le patient doit bénéficier d'une bonne explication par son pharmacien, suffisamment complète pour qu'il n'ait pas l'impression que la tâche d'analyser la notice lui revient. Il doit être clair pour le patient que c'est le pharmacien et non lui qui s'assure de l'innocuité d'un médicament.

D'autre part, il est toujours important de placer ces explications dans leurs contextes, de situer des effets indésirables dans une balance bénéfice-risques et d'insister sur tous les bienfaits que peut potentiellement apporter un médicament, par rapport à l'absence de traitement.

## **2.4. Lutter contre l'observance**

Bien entendu, la première des conditions nécessaires à l'efficacité d'un traitement, c'est qu'il soit bien suivi. Dans sa pratique quotidienne, le pharmacien a la possibilité de détecter les problèmes d'adhésion au traitement. Le compte des unités restantes, quoiqu'empirique, renseigne déjà en partie sur le comportement du patient : si celui-ci rapporte la plupart de ses boîtes sans les avoir ouvertes, ou si un mois sur deux il décline un produit qui lui est délivré pour trente jours en expliquant qu'il lui en reste largement d'avance, il y a un non-respect manifeste de la posologie.

Il serait très mal venu de sermonner le patient dans cette situation ; cela ne peut que l'encourager à changer de pharmacie, ou à renoncer définitivement à son traitement. D'autre part, il ne faut jamais présumer d'un comportement délibéré de sa part, il faut plutôt tâcher de comprendre d'où vient le problème, s'assurer que le patient a vraiment compris le schéma de prises, qu'il est suffisamment autonome pour préparer lui-même ses médicaments, qu'il n'est pas découragé par un effet indésirable sans gravité mais gênant (somnolence, irritabilité, toux, xérostomie, flatulences... ces effets sont souvent prévisibles selon la classe thérapeutique). Ainsi, lorsqu'un patient vient pour un renouvellement d'ordonnance, la moindre des choses est de lui demander, dans tous les cas :

**« Quels problèmes particuliers avez-vous rencontré lors de la prise de vos médicaments ? Comment vous sentez-vous depuis que vous les prenez ? »**

Tournée de cette manière, la question invite à des confidences de la part du patient, qui aurait sans doute plus de mal à avouer à son médecin que le traitement ne lui convient pas. En demandant directement « Est-ce que vous avez pris tous vos médicaments ? » on semble plus autoritaire et on est presque sûr de s'entendre répondre « Bien sûr ! » sans conviction.

Pour ce qui est de la deuxième question, un médicament dont les effets sont d'habitude immédiatement visibles, et qui n'a eu aucun effet au bout d'un mois, n'a peut-être plus sa place sur l'ordonnance ; après tout, il existe des patients non-répondants dans presque toutes les familles de médicaments. Le phénomène peut conduire à l'inobservance, surtout si des effets indésirables se manifestent, à défaut de l'effet thérapeutique attendu. Dans ce cas, il faut peut-être avoir le courage de proposer au médecin une réévaluation du traitement, au bout d'un temps suffisamment long pour écarter un autre facteur d'échec, et si l'on est certain que le médicament est correctement pris.

Par ailleurs, il faut garder à l'esprit que l'adhésion à un traitement dépend beaucoup de l'implication du patient dans ce traitement. Si on lui présente le médicament comme ayant une efficacité toute relative, il a toutes les raisons de manquer de confiance dans sa prise en charge. En revanche, si on lui présente dans les grandes lignes les objectifs du traitement, il comprendra mieux pourquoi on lui demande de prendre tous ces médicaments, malgré leurs effets délétères. En fait, certains auteurs<sup>72</sup> préconisent même de décrire brièvement le mode d'action du médicament, pour conférer au traitement une certaine logique assimilable par le patient. Cette suggestion sera observée au cas par cas, selon les possibilités du patient et l'intérêt qu'il semble porter à la chose.

L'impact direct du pharmacien sur l'observance a pu être mesuré par Véronique Barrat dans sa thèse<sup>14</sup>. L'étude porte sur 300 patients avant leur hospitalisation en gériatrie ; 106 d'entre eux vont chercher leurs médicaments à la pharmacie eux-mêmes, et 194 emploient un coursier. On mesure ensuite par un questionnaire leur **observance** (leur arrive-t-il d'oublier une prise médicamenteuse, dans quelles circonstances...) et d'autre part la **connaissance** qu'ils ont du traitement (quel médicament est pris à quelle heure, quel est son aspect). Les résultats sont les suivants :

		Parfaite	Partielle	Nulle
Observance (%)	Contact direct	50,9	34	15,1
	Pas de contact	35,5	44,4	19,1
Connaissance (%)	Contact direct	47,2	43,4	9,4
	Pas de contact	31,4	62,4	6,2

Figure 6 - Contribution du pharmacien à l'observance, d'après V. Barrat

D'après les résultats, le contact direct du patient avec son pharmacien a une influence significativement positive ( $p < 0,01$ ) sur l'observance, puisqu'elle est de 35,5% en l'absence de contact, contre 50,9% si le patient se déplace lui-même.

La même étude indique par ailleurs que peu importe la fréquence des visites chez le médecin, l'observance ne s'en trouve pas améliorée, puisqu'elle est de 83-85% pour des visites espacées de deux mois, mensuelles, et même hebdomadaires.

L'observance, sans laquelle un traitement ne peut avoir de résultats appréciables, est donc bien un domaine d'action du pharmacien, c'est pourquoi il ne doit pas le négliger.

## **2.5. Donner des conseils adaptés aux populations sanitaires : exemple de la personne-âgée**

Un pharmacien n'est pas cloisonné dans un secteur pathologique donné, comme le sont les services hospitaliers. Il est confronté aux patients « tout-venant ». Cette situation lui permet de rencontrer des populations sanitaires variées : femmes enceintes, personnes-âgées, toxicomanes, insuffisants cardiaques, migraineux... A chaque patient "type" correspond un ensemble de conseils particuliers qu'il appartient au pharmacien de donner. La population des personnes-âgées a été choisie pour illustrer ce paragraphe, car elle représente une grande partie de la clientèle dans toutes les officines, en milieu urbain ou rural.

Après une brève description des caractéristiques sanitaires de la personne-âgée, on se demandera ce qu'une consultation pharmaceutique pourrait apporter à ce type de patients.

### **2.5.1. *Caractéristiques sanitaires de la personne-âgée***

La personne âgée accumule au fil des ans de nouveaux déficits péjoratifs à son état. Elle prend en général beaucoup de médicaments, en particulier des antihypertenseurs, des somnifères, des anxiolytiques et des médicaments à tropisme digestif. Pour cette raison, elle se rend souvent à l'officine et intègre ces visites régulières aux activités du quotidien.

Le pharmacien est par conséquent une figure amicale dans l'univers de la personne âgée. Or, celle-ci a besoin d'une attention toute particulière. Le vieillissement lui-même est responsable de la plupart des troubles de la personne âgée, cependant le terrain est plus complexe. Fondateur du congrès international de psychogériatrie, le professeur Jean-Marie Léger insiste sur le contexte psychologique du patient dans un état dépressif ou en passe de la devenir, caractérisé « par un ralentissement psychomoteur, un sentiment persistant de tristesse et de morosité, par un désintérêt général, des sentiments d'inutilité, des troubles du sommeil et nutritionnels (modification de l'appétit et du poids)... »<sup>08</sup> Le patient âgé exprime toujours des troubles somatiques et n'aborde jamais ses problèmes psychologiques, il parlera de difficultés à s'endormir et non d'une insomnie résultant de son anxiété. En résumé, une personne âgée a avant tout besoin d'écoute.

### **2.5.2. *Arguments pour la mise en place d'une consultation pharmaceutique chez les personnes-âgées***

Du fait de leur mobilité réduite, les personnes âgées quittent rarement leur quartier, et sont en général aussi fidèles à leur pharmacie qu'à leur médecin. Elles sont des sujets idéaux pour la constitution d'un dossier patient à l'officine, d'autant que le traitement est souvent lourd et que leur état impose une vigilance accrue sur les questions d'adaptation posologique et de sévérité des effets indésirables. C'est pourquoi les personnes âgées devraient pouvoir bénéficier d'une consultation pharmaceutique. La première servirait à la constitution de leur dossier et à la mise en place du traitement avec tous les conseils d'utilisation nécessaires, et la remise d'un pilulier pour faciliter le plan de prises. Par la suite, le patient pourrait suivre une consultation mensuelle – au moment de chaque renouvellement – pour expliquer les difficultés rencontrées lors de l'application du traitement, parler des bénéfices apportés par celui-ci, mais également confier les problèmes du quotidien qui pourraient trouver une

réponse dans le maintien à domicile, les angoisses liées à des interrogations médicales. Les difficultés d'application du traitement ne sont pas nécessairement des effets indésirables ; chez la personne âgée, il faut penser à la diminution de la dextérité qui peut empêcher la manipulation de certaines formes galéniques comme les gouttes, au déficit visuel qui peut faire omettre certaines indications, au poids important des habitudes qui ne coïncideront pas toujours avec le plan de prises proposé ou sèmeront le doute lors de la substitution (le générique sera cumulé avec le princeps et non substitué à lui)<sup>37</sup>.

En plus du suivi de la prise en charge du patient, la consultation officinale permettrait au pharmacien de donner régulièrement des conseils hygiéno-diététiques indispensables à la bonne santé de son patient. La dénutrition de la personne âgée, qui résulte de mauvaises habitudes cumulées à la démotivation, est source d'infections, d'escarres, et modifie parfois le profil pharmacocinétique des médicaments administrés. Les conseils sur l'alimentation font donc partie intégrante de la prise en charge. On peut y associer les conseils sur la boisson :

- Les personnes âgées sont très sensibles à la déshydratation, en particulier au plus fort de l'été
- Une mauvaise hydratation augmente la toxicité de nombreux médicaments
- Les insuffisants cardiaques à partir du stade III doivent boire le moins possible, environ un litre par jour

Les conseils du pharmacien peuvent également porter sur l'aménagement de l'environnement de la personne âgée, afin qu'il soit le plus sécurisé et le plus pratique possible. Ainsi les pièces doivent être suffisamment éclairées, avec un interrupteur proche de tous les accès, les bords des tapis doivent être égalisés avec le sol, l'espace entre les meubles doit permettre de circuler sans heurt, etc.

Si l'on considère en outre la richesse de conseils applicables à certains médicaments courants chez la personne âgée (antidiabétiques oraux, anticoagulants oraux, digitaliques...), il est indubitable qu'une consultation régulière à l'officine constituerait un progrès majeur dans la prise en charge globale de ce type de patients.

## **Chap. 3 : La consultation pharmaceutique**

A l'heure actuelle, notre Code de la Santé Publique ne fait pas expressément mention d'une consultation pharmaceutique, c'est-à-dire des entretiens réguliers entre le pharmacien et son patient dans un espace de confidentialité, destinés selon le cas à exposer au patient les caractéristiques de son traitement médicamenteux (mode d'action, posologie, précautions d'emploi, effets indésirables, conseils hygiéno-diététiques associés), à faire son éducation thérapeutique, à compléter son dossier de suivi à l'officine, ou simplement à lui permettre de s'exprimer librement sur le vécu de sa maladie ou de son traitement.

Néanmoins, le Code de la Santé Publique français indique l'obligation pour toute officine de comporter un espace de confidentialité. Nous verrons comment cet espace peut être utilisé pour la consultation pharmaceutique, à travers des exemples d'initiatives personnelles de certains pharmaciens. La consultation d'éducation thérapeutique avait été envisagée précédemment [§ 2.1.4.1. p. 55] ; il est possible de la compléter en assurant le suivi des patients pour une pathologie donnée et en mesurant l'impact du traitement chez ces patients, comme dans les exemples qui vont être exposés.

Les paragraphes suivants décriront l'exercice pharmaceutique dans d'autres pays, dont le contexte médico-social est radicalement différent, mais où les pharmaciens assurent de nombreux services inaccessibles en France. Un bref aperçu de ce contexte permettra d'expliquer ce qui a motivé ces innovations. Celles-ci seront ensuite exposées et critiquées, et l'on discutera de leur possible application au système français.

Exemple à suivre ou fourvoisement, l'évolution du rôle du pharmacien à l'étranger a le mérite de proposer quelque chose de nouveau et de multiplier les expériences, ce qui pourrait inspirer des expériences pilotes en France. Cependant, il faut tenir compte de la motivation des pharmaciens français pour entreprendre ces changements, et de leurs aptitudes issues de la formation continue. Ces questions seront directement posées à des pharmaciens dans la seconde partie de la thèse.

### **1. Expériences pilotes de consultation pharmaceutique en France**

Les premières consultations pharmaceutiques ont été instaurées dans le même but que les réseaux de santé au milieu des années 90 : répondre aux attentes des malades du SIDA, « une

affection que l'on ne [savait] pas encore soigner, [qui exige] une prise en charge plus globale, et [dont les malades] souhaitent participer à leur traitement. Face à ce désir et devant la persistance de l'échec thérapeutique, les professionnels de santé [s'organisèrent] en réseau pour prendre en charge les malades hors de l'hôpital. »<sup>05</sup>

Aujourd'hui la trithérapie est un traitement efficace, et le quotidien des personnes atteintes par le V.I.H. n'est plus dominé par la peur d'une fin irrémédiable. Cependant, elles doivent faire face à un autre problème, celui d'un traitement médicamenteux lourd et ses conséquences iatrogènes. Ce problème touchant entièrement au domaine du médicament, on comprend aisément comment le pharmacien, grâce à ses connaissances dans ce domaine, peut soulager ces malades. Le pharmacien est capable d'anticiper les effets indésirables auxquels ils devront faire face et d'y remédier ; il peut établir un schéma de prises calqué au plus près sur les habitudes du patient, afin de limiter les risques de confusion et d'oubli.

Dans ce qui va suivre, nous verrons successivement de quelle manière les patients atteints par le V.I.H. ont été pris en charge dans une étude sur l'observance des traitements antiviraux, puis comment ils sont accueillis dans une officine parisienne où ils reçoivent des conseils sur leur hygiène de vie.

On se penchera ensuite sur un autre projet de consultation pharmaceutique entrepris en Bretagne, *Pharmaker*, qui ne cible pas une pathologie en particulier mais tente d'apporter des réponses aux différents problèmes de santé courants, en exploitant les compétences du pharmacien d'officine.

### **1.1. Etude sur l'observance des traitements antiviraux, Paris, 1999**<sup>89</sup>

Soutenue financièrement par les laboratoires Roche, cette étude rapporte les travaux de Pharm'aids, une association de professionnels de santé constituée à la base de deux pharmaciens et un médecin, qui a pour objectif une meilleure prise en charge des malades atteints par le V.I.H. « centrée sur une approche globale du patient considéré comme un partenaire acteur principal de la relation de soin. »<sup>09</sup>

39 patients séropositifs ont été suivis à la Pharmacie du Village (qui se présente comme « la pharmacie gay du Marais à Paris »), 36 hommes homosexuels et 3 femmes (dont 2 avec enfants). Le critère d'inclusion était le traitement par trithérapie, avec deux inhibiteurs nucléosidiques de la reverse transcriptase (INRT) et un inhibiteur de protéase (IP). Les patients suivaient ces traitements depuis 4 à 54 mois, et le quart d'entre eux avaient déjà été hospitalisé pour une maladie opportuniste. Un changement de traitement était considéré comme une sortie de l'étude.

La prise en charge consistait en un questionnaire psychosocial à l'entrée dans l'étude, l'ouverture d'un dossier-patient, la remise d'un pilulier électronique, une visite de contrôle tous les 10 jours avec consultation pharmaceutique, et un entretien d'évaluation à la fin de l'étude (c'est-à-dire au bout de 2 mois).

### *1.1.1. Contenu des consultations pharmaceutiques*

Il est ressorti de l'étude que la dernière génération de séropositifs au VIH était constituée de sujets plutôt jeunes, à la vie sociale riche, qui subissaient un traitement lourd sans vraiment se sentir malade, d'où une place prépondérante du pharmacien pour l'observance.

A la question : « Quelles sont vos attentes par rapport au traitement ? », les patients en consultation ont répondu, par ordre de fréquence décroissante :

- le maintien dans un état de santé
- la réduction des contraintes liées au traitement (notamment une réduction du nombre de prises)
- l'efficacité du traitement
- l'allongement de la durée de vie

A la question : « Quelles raisons motivent le suivi du traitement ? », les patients en consultation ont répondu :

- l'obtention de résultats biologiques tangibles
- la connaissance des risques liés au non suivi de la prescription
- l'espoir ou la confiance dans l'avenir, la science, la vie

A la question : « Quelles raisons peuvent entraîner un manquement au traitement ? », les patients en consultation ont répondu :

- un oubli
- l'assoupissement
- les sorties le soir et le week-end
- l'absence de son propre domicile (les médicaments ne sont pas à portée)
- les effets secondaires (les plus cités sont les diarrhées, les vomissements, les réactions cutanées, l'asthénie, la cachexie, les douleurs de tout type)
- la difficulté à se médicamenter devant sa famille ou ses amis

La consultation pharmaceutique a apporté beaucoup aux malades de cette étude. En premier lieu, elle leur a permis de s'exprimer librement quant à leur maladie, au vécu de leur traitement, aux difficultés rencontrées. D'autre part, elle a mis en lumière les facteurs

d'inobservance qui pouvaient faire échec au traitement. Certains sont de nature involontaire (oubli, médicaments hors de portée) et seront corrigés par de simples recommandations, par des « astuces ». D'autres sont volontaires, profondément émotionnels (peur des effets indésirables, poids du regard des tiers) et ne pourront s'améliorer que par le dialogue, l'accompagnement. Seule la consultation pharmaceutique permet un entretien d'une durée suffisante pour régler les facteurs d'inobservance de nature volontaire, et les pharmaciens doivent être formés à ce genre d'exercice s'ils veulent que la consultation porte ses fruits.

### ***1.1.2. Analyse critique***

L'essai de prise en charge globale fut, pour les malades, une expérience satisfaisante à bien des titres. Néanmoins, il serait illusoire de l'ériger en exemple apologétique de la consultation pharmaceutique de routine, dont elle n'est pas vraiment représentative.

Pour commencer, il s'agit d'une étude sur une durée prédéterminée, qui s'est donnée les moyens de réussir et a sans doute reçu tous les crédits nécessaires. A l'échelle d'une officine, ce type de prise en charge rapprochée représenterait une dépense importante en temps et en moyens, d'autant que le suivi se ferait sur un beaucoup plus long terme.

Ensuite, l'étude s'intéresse à un type de patients bien spécifique. Le SIDA est une cause nationale, profondément ancrée dans l'opinion publique ; les associations de malades, de lutte et de prévention ont une excellente visibilité dans les médias, et de l'influence. Hélas, la plupart des autres maladies ne suscitent pas tant d'énergie investie, ne donnent pas lieu à la création d'une étude ni au financement de piluliers électroniques. Si l'on veut étendre la consultation pharmaceutique à d'autres cas de figure, il faut s'assurer que le personnel est compétent pour y faire face (les pharmaciens de cette étude étaient spécialement préparés à répondre à un type de demande), prévoir une multiplication des coûts en temps et en moyens, décider des cas nécessitant une consultation pharmaceutique et de ceux que l'on traitera moins en profondeur – ce qui pose un problème éthique.

Ainsi, les 39 patients inclus dans l'étude ont été certes très bien pris en charge, mais beaucoup d'autres ont dû être refusés pour cadrer avec le budget de l'étude et offrir aux participants un service de qualité.

## **1.2. La Pharmacie du Village (Paris IV)<sup>28</sup>**

Cet exemple illustre mieux la consultation pharmaceutique comme une activité quotidienne, et qui répond à une demande de la part des malades. En effet, les

consultations pharmaceutiques y ont été instaurées dès 1997, ce qui coïncide avec l'apparition des antiprotéases (*Saquinavir*) dans les officines. Les patients séropositifs ont toujours bien été pris en charge dans cette officine, il leur a semblé naturel de faire confiance à leur pharmacien lorsqu'ils ont été confrontés à des traitements de plus en plus difficiles à gérer. Le SIDA est particulier dans la thérapeutique, car du fait de la pression des associations de malades, les médicaments même dangereux sont facilement disponibles en officine, alors que dans toute autre indication les instances de pharmacovigilance s'y seraient fermement opposées. Sans éducation thérapeutique effective, les patients sont donc exposés à un risque.

En 2002, le titulaire Bruno Baron traite les dossiers de 450 personnes séropositives, tandis qu'ailleurs la moyenne oscille entre 6 et 10. Il reçoit des consultations dans un espace de dialogue spécialement prévu à cet effet, à propos du mode d'action des médicaments, de la posologie, des effets indésirables et des contre-indications. Il a passé un diplôme universitaire de nutrition pour accompagner au mieux les personnes souffrant de cachexie ou de redistribution de la masse graisseuse suite à leur traitement prolongé. C'est lui qui a été mandaté par les laboratoires Roche pour l'étude présentée précédemment [§ 3.1.1. p. 74]. Il a fondé Pharm'aids en collaboration avec un médecin et un confrère pharmacien, et contribué à former plusieurs centaines de pharmaciens en région parisienne afin de répondre aux questions de leurs patients séropositifs au VIH.

Le travail fait dans cette pharmacie au quotidien, par rapport à une vaste étude financée par un laboratoire, prouve que sous certaines conditions la consultation pharmaceutique de routine est envisageable. Les consultations sont rassemblées autour d'une seule pathologie, qui concerne une part importante de la clientèle.

### **1.3. Le Programme Pharmaker**

Le programme *Pharmaker* est une approche de la relation avec les patients et une nouvelle manière d'exercer le métier de pharmacien, testée en Bretagne. Il inclut pour l'instant douze pharmaciens volontaires, et pourrait rapidement s'étendre à vingt membres devant les retombées positives<sup>51</sup>. Le programme est financé par le Fonds d'Aide à la Qualité des Soins de Ville (FAQSV), pour cinq à six actions par an. La première action entreprise en février 2006 concernait la prescription pharmaceutique d'acide folique en prévention du *spina bifida*.

C'est la seconde action qui a donné lieu à la mise en place de consultations pharmaceutiques, comme l'explique Jean-François Batalla, de Bais en Ille-et-Vilaine, l'un des pharmaciens participants : « Pour le suivi des prescriptions d'AVK, nous avons même institué une consultation pharmaceutique, sur rendez-vous, d'une durée d'environ 20 minutes. Jusqu'à

présent, nous n'avons enregistré qu'un seul refus patient sur une soixantaine de consultations pharmaceutiques. La consultation étant rémunérée dans le cadre du FAQSV sur la base d'une consultation médicale. »

Les prochaines actions de *Pharmaker* consisteront en une campagne de prévention de l'hypertension artérielle, et l'élaboration d'un protocole de qualité sur l'autovérification des dispensations. Chaque action du programme fait l'objet de la construction d'un référentiel et d'une formation préalable des participants.

#### **1.4. Conclusions**

La consultation pharmaceutique en routine représente une charge de travail supplémentaire ; elle ne peut être envisagée sans l'apport individuel de personnes volontaires, qui ont de l'exercice officinal une approche magnanime plutôt que lucrative. Les exemples rapportés nous montrent toutefois qu'un financement extérieur est possible, par le biais d'un laboratoire pharmaceutique, ou par le Fonds d'Aide à la Qualité des Soins de Ville (FAQSV), qui finance également les réseaux de santé (cf. § 2.1.4.1. p. 55).

Par ailleurs, il n'est pas réaliste d'envisager des consultations pharmaceutiques pour tous les cas qui le nécessitent. L'équipe officinale ne peut pas être compétente dans des domaines aussi différents que les douleurs neurogènes de l'amputé, l'accompagnement des personnes en fin de vie, ou le retour au domicile d'un patient polytraumatisé. Une officine n'a pas non plus le temps et les moyens d'accorder à tous un entretien personnalisé d'une demi-heure. Aussi, il faut être capable de répondre brièvement à des questions dans tous les domaines de la santé, mais il convient de concentrer ses efforts – et donc donner des consultations poussées – sur un groupe de patients seulement, et en nombre limité. La marche à suivre pourrait être la même que celle énoncée plus haut dans le cadre du dossier-patient : commencer par cinq ou six personnes et élargir ensuite si les moyens de l'officine le permettent<sup>35</sup>.

Quant au groupe de patients dont le cas est spécifiquement étudié à l'officine, il doit être choisi en tenant compte à la fois des compétences des différents intervenants (compétences individuelles acquises au cours de la formation, intérêt particulier), et des attentes de la population locale. Au cœur de Paris vit une communauté homosexuelle active, qui compte un certain nombre de patients séropositifs au VIH, c'est pourquoi l'association Pharm'aids y a toute son importance. Dans un village reculé, à la démographie en perdition, il vaudrait mieux instaurer un système de consultations pharmaceutiques pour les personnes âgées.

C'est en se spécialisant au maximum, en adéquation avec la conjoncture locale, que le pharmacien peut faire valoir ses compétences et justifier d'une consultation pharmaceutique qui ait un impact réel sur la qualité des soins.

## **2. Le pharmacien au Royaume-Uni**

Depuis le printemps 2006, certains pharmaciens britanniques ayant suivi une formation continue adaptée ont le pouvoir de prescrire tout médicament – à l'exception des stupéfiants – sans consulter de médecin [§ 3.2.2.3. p. 82]. Le système de santé britannique connaît d'importantes mutations ces dernières années, qui donnent aux pharmaciens anglais de plus en plus de responsabilités. Ces changements n'ont pas pour but de valoriser un acte pharmaceutique remis en question, mais de répondre à une pénurie de médecins.

Une fois évoqué le tissu médical britannique, et ses différences avec le système français, les nouvelles attributions du pharmacien seront détaillées. On s'interrogera alors sur l'impact de tels bouleversements, et sur la faisabilité de ces réformes en France.

### **2.1. Des pharmaciens sollicités faute de médecins**

Les réformes du système de santé anglais répondent à un problème : la densité médicale y est faible, deux fois moindre qu'en France, d'où un engorgement des cabinets de médecins et une attente prolongée pour obtenir une consultation.

Les autorités gouvernementales expérimentent régulièrement de nouvelles manières de résoudre ce problème, qui exaspère les assurés. Parfois, des décisions radicales sont prises au détriment de la sécurité des patients. Par exemple, le *National Health Service (NHS)* émet régulièrement des *Patient Group Directions (PGDs)*, qui sont des documents autorisant dans une zone géographique la délivrance à un certain groupe de patients d'un médicament, sans qu'il y ait besoin de prescription individuelle<sup>76</sup>. D'autres médicaments sont proposés à la vente sans ordonnance pour tout le monde, comme les statines<sup>02</sup>, ce qui serait impensable en France du fait des accidents documentés par la pharmacovigilance. Dans un tel contexte, le pharmacien a des responsabilités considérables, il est le seul garant du bon usage des médicaments et de leur innocuité.

Par ailleurs, le *NHS* a pris des mesures afin de limiter la consommation de médicaments et leur prescription : pour chaque médicament qui lui est délivré sur son ordonnance, le patient doit payer une taxe de 6£50 (9€43) à l'assurance maladie. Le coût supplémentaire éventuel des médicaments, la consultation médicale et les autres soins sont gratuits. Néanmoins, cette

mesure de taxe par médicament défavorise les patients pauvres, et elle est vivement critiquée<sup>87</sup>. Une moitié de la population échappe toutefois à cette mesure : les enfants, les étudiants de moins de 18 ans, les femmes enceintes et les seniors de plus de 60 ans, ce qui au total représente 85% des prescriptions.

Enfin, les pharmacies anglaises diffèrent des nôtres en ce qu'elles appartiennent à de grandes chaînes commerciales ; très peu sont indépendantes.

## **2.2. Le rôle du pharmacien en perpétuelle évolution**

Tandis qu'en France, l'extension du domaine d'action des pharmaciens fait l'objet d'après discussions depuis le milieu des années 90, sans grande innovation, celui des pharmaciens anglais est modifié au gré des nouvelles mesures, et a déjà connu trois évolutions majeures entre 2004 et 2006. Celles-ci sont présentées dans l'ordre où elles sont apparues.

### ***2.2.1. Supplementary prescriber***

Il s'agit d'un contrat signé de **transfert des compétences** entre un professionnel de santé et un médecin responsable : le médecin se porte garant pour la prescription **au sein d'une classe thérapeutique ou dans une indication** précisée par le contrat, qui sera soit une pathologie chronique, soit une maladie à longue convalescence. Les termes du contrat précisent que le médecin doit voir au moins une fois le patient, et que le *supplementary prescriber* doit avoir suivi une **formation spécifique** sanctionnée par un diplôme. Cette mesure ne concerne pas seulement le pharmacien, mais aussi les infirmières, et depuis le 14 avril 2004, les kinésithérapeutes, radiothérapeutes, podologues et optométristes.

La plupart des pharmaciens *supplementary prescribers* exercent au sein d'une structure de premiers soins (*Primary Care*) comprenant plusieurs médecins et des infirmières, car la connexion avec les médecins facilite le travail, d'autant que les pharmaciens peuvent au besoin prescrire des médicaments échappant à leur champ d'action, pourvu que le médecin contresigne la prescription<sup>87</sup>. Un pharmacien d'officine peut très bien devenir *supplementary prescriber*, cependant il doit notifier toutes ses interventions dans le dossier médical du patient, qui est en passe de devenir accessible par réseau informatique.

La formation de *supplementary prescriber*, intitulée *supplementary prescription for pharmacists*, est un diplôme comportant de nombreux enseignements prodigués par une équipe de pharmaciens ayant une expérience clinique, mais également des psychologues, des

infirmières et des médecins généralistes, ce qui permet de se familiariser avec le travail en équipe multidisciplinaire<sup>44</sup>. Les objectifs principaux de cet enseignement sont :

- Savoir communiquer et conduire une véritable consultation avec le patient et les acteurs de santé
- Savoir dresser un bilan diagnostique pertinent dans le cadre de la prescription
- Analyser la réponse au traitement et apporter les modifications nécessaires
- Savoir prescrire en toute innocuité, de manière personnalisée, pour un coût raisonnable
- Développer et documenter un plan de suivi clinique dans le cadre d'un partenariat avec les prescripteurs
- Développer une relation véritable et enrichissante avec le prescripteur habituel, le patient et l'équipe médicale en termes plus étendus

Ce programme intègre donc les notions de collaboration médecin-pharmacien, de consultation pharmaceutique, de suivi du patient, de maîtrise du coût de la santé, de réseau de soins et de lien privilégié avec le patient.

### 2.2.2. *La convention d'avril 2005*

La nouvelle convention, qui a pris effet en avril 2005, scinde l'activité du pharmacien en trois domaines dont le mode de rémunération est différent<sup>87</sup> :

**Les services obligatoires** de mise à disposition des médicaments, de dispense, de renouvellement d'ordonnance (en Angleterre le pharmacien procède directement au renouvellement, le patient ne se rendant chez son médecin qu'à une fréquence décidée par celui-ci, au minimum une fois par an), de collecte des médicaments usagés et de pharmacovigilance. Chaque fois que le pharmacien assure l'un de ces services obligatoires, il perçoit 1€30. De plus, un forfait mensuel lui est payé à partir d'une certaine activité. Un forfait annuel complète encore ce revenu ; différents forfaits annuels sont prévus selon des tranches de nombres d'actes mensuels, c'est pourquoi ce forfait annuel est dit "de fréquence" (*Practice payment*). Afin de garantir une certaine qualité des soins, le forfait annuel est applicable seulement si la pharmacie emploie suffisamment de personnes pour assurer correctement ses prestations.

**Les services optionnels** correspondent au *medicine use review*, ce que l'on pourrait traduire par le "suivi de l'usage des médicaments" (observance, respect des précautions d'emploi) dont un compte-rendu est envoyé au patient et au médecin. Ce service nécessite une accréditation

après évaluation des compétences, et un espace de confidentialité au sein de l'officine. Il est rémunéré 33,35€ par patient suivi.

**Les services supérieurs**, incluant des prestations telles que la prise en charge complète des pathologies mineures, la consultation de sevrage tabagique en cabinet, ou encore le maintien à domicile, sont rémunérés de façon variable d'un comté à l'autre, par accord avec les autorités de santé locales. Le *supplementary prescribing* est inclus dans ces services supérieurs.

### 2.2.3. *Prescripteur indépendant*

Ce statut est accessible au pharmacien depuis le printemps 2006. Au prix d'une **formation longue et continue**, délivrée par les facultés des sciences pharmaceutiques<sup>44</sup>, le pharmacien a le droit de **prescrire tout médicament**, excepté les stupéfiants<sup>03</sup>, sans l'intervention préalable d'un médecin. Dans un premier temps, l'option envisagée était de permettre la prescription de tout médicament si le patient se présentait avec un document attestant que le diagnostic avait été posé par un médecin, et l'intitulé de ce diagnostic. On a pensé aussi à limiter les prescriptions à une liste de médicaments comme c'était le cas pour les infirmières (177 médicaments au 01 février 2005). Ces deux options ont été abandonnées pour une solution encore plus souple, puisque le pharmacien prescrit sans le diagnostic du médecin en amont, et parmi toutes les spécialités disponibles en Angleterre à l'exception des stupéfiants.

A noter que depuis le 01 mai 2004, un pharmacien a tout de même le droit de prescrire la plupart des stupéfiants, s'il le fait dans le cadre du *supplementary prescribing*.

## 2.3. Discussion

Il apparaît que le pharmacien anglais a un rôle prépondérant dans le système de santé du Royaume-Uni, il est plus présent que le médecin car plus accessible. Certains pharmaciens spécifiquement formés et accrédités bénéficient d'un transfert de compétences, qui leur permet d'être des prescripteurs indépendants. D'autres, en assurant les **services optionnels** et les **services supérieurs** (§ 3.2.2.2. p. 81) de la convention d'avril 2005, sont capables de mener une consultation pharmaceutique en bonne et due forme. Acquérir ces compétences nécessite une formation durant laquelle le pharmacien anglais apprend à poser un diagnostic dans les situations du quotidien, à choisir un traitement et à le réévaluer, à travailler en équipe multidisciplinaire, à appréhender un patient de façon empathique et à gérer son suivi.

Quelques-unes des propositions du système anglais semblent indiquées pour l'instauration d'une consultation pharmaceutique en France : la création au sein de l'officine d'un véritable espace de confidentialité, le suivi du patient, le renouvellement direct d'ordonnance dans des limites décidées par le médecin, la formation à la prescription dans les affections bénignes. On peut d'ailleurs se demander pourquoi, en France, les ordonnances établies par des spécialistes une fois par an sont renouvelées par des généralistes tous les mois, sachant que ceux-ci n'ont pas le matériel d'investigation nécessaire pour réévaluer le traitement ; un renouvellement direct par le pharmacien supprimerait un intermédiaire et réduirait les coûts de santé. La mise en place de pharmaciens-prescripteurs en France est un débat d'actualité : du 31 mai au 07 juin 2006, le Centre de recherche pour l'étude et l'observation des conditions de vie (CREDOC) a mené une enquête sur un échantillon significatif de 1022 Français, pour le compte du Collectif National des Groupements de Pharmaciens d'Officine (CNGPO) ; celle-ci révèle que 75% des Français accepteraient que les officinaux prescrivent des traitements pour les maladies telles que la diarrhée ou le rhume, et 70% seraient d'accord pour que les pharmaciens prolongent les ordonnances des malades chroniques. « Il ne reste donc pratiquement plus que le corps médical pour émettre encore des réticences à la prescription pharmaceutique »<sup>68</sup>, puisqu'à en croire la même étude, 59% des médecins sont hostiles à des prescriptions des pharmaciens dans le cadre des pathologies bénignes, et 64% sont hostiles à la prolongation des ordonnances de malades chroniques par le pharmacien.

Cependant, les pharmaciens anglais disposent d'une formation qui nous fait défaut en France. Adapter et corriger un traitement en fonction de sa réponse, savoir communiquer efficacement, gérer les effets indésirables n'est pas actuellement dans les possibilités du pharmacien français. Lorsque ces thèmes sont abordés en formation continue, ils n'attirent pas la majorité des professionnels, qui préfèrent les thèmes destinés à améliorer la gestion de leur entreprise. Quant à l'établissement d'un diagnostic par le pharmacien, qu'il s'agisse ou non d'une pathologie bénigne, il relève en France d'une interdiction légale (**Article 4235-63** du Code de la Santé Publique<sup>22</sup> : « Le pharmacien doit s'abstenir de formuler un diagnostic sur la maladie au traitement de laquelle il est appelé à collaborer. »)

Aspect non négligeable, les actes intellectuels sont rétribués au Royaume-Uni, si bien que la consultation pharmaceutique revêt un caractère formel. Si une pharmacie emploie plus de personnes pour améliorer la qualité de ses prestations, elle perçoit un supplément de rémunération grâce au forfait annuel (§ 3.2.2.2. p. 81).

Le mode actuel de rétribution du pharmacien en France n'est pas compatible avec les actes pharmaceutiques non commerciaux : le pharmacien perçoit une marge commerciale sur les produits qu'il vend, si bien qu'il y a toujours contamination entre l'aspect scientifique et l'aspect commercial de sa profession. « Seul un changement des conditions de l'acte [pharmaceutique] (espace, temps, considération, rémunération) pourrait faire évoluer cette conception minimaliste de la dispensation, très en deçà tant des capacités scientifiques du pharmacien, que des besoins réels de la santé publique. »<sup>67</sup>

Enfin, gageons que même si la formation des pharmaciens français était adaptée à une généralisation de la consultation pharmaceutique, de tels changements devraient intervenir progressivement, après une série d'expériences pilotes sur plusieurs sites et une évaluation préalable. Nous ne connaissons pas la pénurie de médecins que subissent nos voisins anglais, il n'y a donc pas d'urgence à multiplier les changements, en essayant les échecs de mesures précipitées. La « refondation intellectuelle et éthique de l'acte pharmaceutique » (terme emprunté à Megerlin<sup>67</sup>) devrait également tenir compte de la motivation des pharmaciens français, qui peut-être ne s'en sentent pas tous capables. Quelques entretiens avec des pharmaciens, dans la deuxième partie de cette thèse, pourront apporter des éléments de réponse à cette question.

### **3. Le pharmacien au Québec**

Le 17 décembre 2003, les pharmaciens québécois obtenaient une compensation de 15,70 \$ canadiens (soit 9€50) pour l'éducation thérapeutique fournie lors de la délivrance d'un contraceptif oral d'urgence<sup>41</sup>. Cette mesure inaugurerait une série d'actes pharmaceutiques rémunérés, effectués lors de consultations qui constituaient une surcharge de travail, une dépense de temps, et néanmoins amélioreraient indiscutablement l'offre de soin.

Ce chapitre décrit le rôle du pharmacien au Québec, explicite l'intérêt de l'opinion et de la consultation pharmaceutique, et se penche sur une possible source d'inspiration pour le pharmacien français.

#### **3.1. Un pharmacien consciencieux et impliqué dans le traitement**

Si le pharmacien québécois effectue des tâches similaires à celles de son homologue français, son rayonnement est tout autre. « Il peut faire des suggestions quant au choix du

médicament, aux doses utilisées, aux associations médicamenteuses tentées, à la gestion des effets indésirables et des interactions pharmacologiques avec des médicaments prescrits ou en vente libre. Il participe aussi à la formation d'autres intervenants de soins. Il doit, selon la loi de la pharmacie, émettre des conseils d'usage sur la médication, et ce, pour chaque nouvelle ordonnance. Il doit aussi juger de la sécurité de la prescription en tenant compte des informations colligées au dossier du patient.»<sup>47</sup> A peu de choses près, le pharmacien québécois a les mêmes attributions que le français, mais la grande différence réside dans l'institutionnalisation des actes pharmaceutiques, par le biais de l'opinion pharmaceutique, document détaillé précédemment [§ 1.3. p. 25]. Ce document, exporté tel quel en France où il est beaucoup moins utilisé, recueille la trace de tout acte pharmaceutique au Québec. Ceci permet de catégoriser les actes, et d'apprécier ainsi la valeur ajoutée du pharmacien ; en outre, il perçoit une rémunération par acte, synonyme de reconnaissance de la part des autorités de santé. Les interventions du pharmacien sont codifiées, comme il apparaît dans ce tableau :

Type	Code	Intitulé
Opinion pharmaceutique	00999385	Modifier la dose pour efficacité
Opinion pharmaceutique	00999636	Ajout d'une pharmacothérapie complémentaire
Opinion pharmaceutique	00999547	Arrêt d'un médicament pour effets graves potentiels
Opinion pharmaceutique	00999598	Substitution pour cause d'effet indésirable
Dossier patient	9996600	Etablissement d'un profil pharmacologique
Dossier patient	9995470	Identification d'un effet indésirable

Figure 7 - Quelques exemples d'actes pharmaceutiques facturables

La mise en pratique des actes est facilitée par les revues de formation continue telles que Québec Pharmacie<sup>81</sup>, qui à chaque numéro propose un cas clinique, les initiatives à prendre et les références dans la littérature scientifique qui doivent motiver ces initiatives.

Pas si différent sur le fond de l'exercice pharmaceutique français, la profession bénéficie donc au Canada d'une exploitation plus ambitieuse de l'opinion pharmaceutique, et d'une meilleure reconnaissance de l'action positive du pharmacien sur la prise en charge des malades. La conception québécoise du métier met également l'accent sur la communication, puisque la loi indique que « le pharmacien doit chercher à établir une relation de confiance entre lui-même et son patient. »<sup>73</sup> Les enseignements suivis par les étudiants vont dans ce sens, comme on va le voir ci-après.

### **3.2. La consultation pharmaceutique au Québec**

Donner des consultations n'est pas un choix à la discrétion du pharmacien, c'est un devoir. L'obligation de pourvoir sa pharmacie d'une zone dévolue à la consultation figure d'ailleurs dans les textes de loi. Pour ce qui est de l'enseignement, c'est là encore un item obligatoire des études, clairement axé sur l'empathie puisque le programme parle « de familiariser les étudiants avec la communication interpersonnelle et les différents types de consultations pharmaceutiques et de permettre l'acquisition des habiletés requises afin de créer un climat propice à une relation d'aide qui se doit d'exister entre un pharmacien et son patient. »<sup>43</sup>

Le pharmacien peut avoir recours à la consultation pharmaceutique dans des cas très variés, pas nécessairement pour accomplir un *acte* à proprement parler, mais pour délivrer un ensemble de conseils visant à optimiser l'usage des médicaments et à les rendre plus familiers pour le patient. Il peut par exemple, au cours de l'entretien, traiter les questions suivantes<sup>04</sup> :

- ▶ Vous êtes diabétique. Vous prenez de l'insuline et votre glycémie est souvent instable. Vous ne savez plus quoi faire et vous souhaiteriez demander conseil.
- ▶ Si un de vos amis, parents ou voisin se plaint, par exemple, d'avoir mal à la tête, d'avoir l'estomac dérangé ou de faire de l'insomnie, devriez-vous, afin de le soulager, fouiller dans votre pharmacie pour lui donner un de vos médicaments ?
- ▶ Votre fille prend un antibiotique pour une otite. La douleur à l'oreille a disparu et vous ne voyez plus l'utilité de poursuivre le traitement. Avez-vous raison de penser ainsi ?

La consultation pharmaceutique présente des avantages à la fois pour le patient, qui n'a pas à prendre rendez-vous chez le médecin, est responsabilisé vis-à-vis de sa maladie, est bien encadré lors de l'initiation du traitement, et pour le pharmacien, qui participe activement au traitement, et voit son patient fidélisé<sup>73</sup>.

### **3.3. Un mode de rémunération prenant en compte la réflexion**

Comme on l'avait évoqué plus haut [§ 2.2.1.3. p. 63], le mode de rémunération en France ne prend pas en compte l'acte pharmaceutique dans son ensemble, puisqu'en étant basé sur une marge commerciale, il ne dépend que du volume des ventes. Cela implique la reconnaissance chez le pharmacien d'une activité commerciale, et non d'un travail intellectuel exécuté au moment de la délivrance, ce qui peut donner lieu à des dérives : techniques de

vente agressives, écoulement de produits superflus et restriction maximale des conseils – c'est-à-dire primauté de l'intérêt pécuniaire sur l'intérêt du patient.

Le système québécois présente un mode de rémunération des pharmaciens tout à fait à l'opposée, puisqu'on y vend les médicaments à prix coûtant (donc avec une marge commerciale nulle). Le pharmacien perçoit à la place des honoraires, qu'il y ait délivrance ou non<sup>54</sup>. Survient alors une facturation très complexe : le prix des médicaments est différent selon que le patient dépend du régime public (60% des Québécois) ou d'assureurs privés.

- 1) Le prix est augmenté d'une marge sur le régime privé
- 2) La note d'honoraire peut, selon l'acte, être plus élevée pour le service public
- 3) Le prix est frappé d'une taxe fédérale et provinciale si le médicament n'est ni prescrit ni remboursable
- 4) Le produit générique n'est délivrable qu'à un patient dépendant du régime public

Quoi qu'il en soit, le pharmacien québécois aura été payé pour chacune des étapes de sa réflexion sur l'ordonnance (substitution, augmentation de dose, ajouts au dossier du patient, notification de pharmacovigilance...), mais n'aura pas plus d'intérêt à délivrer un, cinq ou dix médicaments à son patient.

### **3.4. Discussion**

L'exercice pharmaceutique au Québec est souvent perçu en France comme progressiste. Comme c'est un pays francophone, on a parfois tendance à passer sur les différences de contexte et de culture pour chercher à se réappropriier les idées qui germent au Canada. Ainsi, l'idée de l'Opinion Pharmaceutique est née au Québec<sup>77</sup>, et nous l'avons imitée. Mais son importation en France est un échec. Dans son pays d'origine, elle permet de justifier et de conserver la trace écrite d'une liste codifiée d'actes pharmaceutiques rémunérés individuellement. En France, ces actes ne sont pas explicitement reconnus et ne donnent lieu à aucune rémunération ; ils sont parfois même absents de la formation reçue. Dans un tel contexte, l'opinion pharmaceutique se présente comme une procédure qui prend encore du temps et donne du travail, alors que l'acte pharmaceutique intellectuel risque déjà d'être réduit à sa plus simple expression parce qu'il n'est pas "rentable".

La consultation pharmaceutique telle qu'elle est conçue au Québec semble répondre aux attentes des patients. Sa rétribution par les organismes de sécurité sociale compense le surcroît de travail et la dépense de temps entraînés par une telle implication du pharmacien, tandis qu'en France, la qualité des conseils peut pâtir de ce que seuls les médicaments sont facturés,

le salaire du pharmacien dépendant donc seulement de son volume de vente. La rédaction d'un dossier patient, d'une opinion pharmaceutique chaque fois qu'une décision est prise, et l'exercice dans un espace de confidentialité rendent cette consultation d'autant plus crédible, ces éléments assurant la qualité de la prestation.

Si l'on cherchait, dans le système français, à instituer des consultations pharmaceutiques semblables, il faudrait commencer par faire des réformes dans l'enseignement reçu à la faculté, à savoir trouver un équilibre entre les aspects scientifiques et les aspects humains du métier de pharmacien. Ainsi, l'enseignement de la communication doit trouver une place équivalente à celle faite aux sciences dures.

D'autre part, avant de mettre en œuvre ces consultations, il faudrait s'assurer que l'on a bien une vision globale des efforts à fournir et de l'apport qu'elles constitueraient dans la prise en charge des malades. Il faut créer un système cohérent avec la culture, la mentalité et le système de santé français ; si l'on importe le concept québécois sans le modifier, on risque de reproduire les erreurs dans la mise en place de l'Opinion Pharmaceutique, et d'avoir aussi peu de retour de la part des pharmaciens. Même si les changements sont laborieux, on ne peut espérer de solution durable sans faire une évaluation réaliste de la situation, et sans consulter tous les acteurs concernés, sur le terrain (patients, pharmaciens, autres professionnels de santé) et dans les cercles décisionnels (ordre des pharmaciens, politiciens, législateurs).

**SECONDE PARTIE – POINTS DE VUE ET PROPOSITIONS POUR  
LA CONSULTATION PHARMACEUTIQUE**

---

## **Introduction**

Dans cette seconde partie, on présentera les résultats d'une enquête menée auprès de vingt pharmaciens, à propos des nouvelles approches de l'exercice officinal, en particulier la consultation pharmaceutique. Leurs propos et leurs commentaires serviront de matière à une réflexion argumentée sur ce que pourrait être cette consultation pharmaceutique en France : Les pharmaciens ont-ils envie d'assumer ce rôle ? Sous quelles conditions ? Quels moyens veulent-ils voir mis en œuvre et à quelles difficultés s'attendent-ils ? Dans quels cas proposer la consultation pharmaceutique ? Comment serait-t-elle financée ? Toutes ces questions feront l'objet d'une analyse critique.

Dans une moindre mesure, l'enquête explore d'autres aspects du contexte actuel de l'exercice officinal : les réseaux de santé, la confidentialité, le rendez-vous pharmaceutique, l'opinion pharmaceutique, l'éducation thérapeutique et la formation des pharmaciens. On tentera d'expliquer en quoi ces éléments ont favorisé l'évolution de la profession vers la prise en charge globale, ou pourquoi ils n'ont pas atteint leurs objectifs.

## **Chap. 1 : Méthodologie de l'enquête**

Pour obtenir les résultats qui seront débattus dans cette partie, on a interrogé quinze pharmaciens titulaires et cinq jeunes pharmaciens – soit des adjoints ayant obtenu leur diplôme depuis moins d'un an, soit des étudiants de sixième année ayant précédemment bénéficié d'expériences professionnelles.

Cette enquête n'a pas la prétention de refléter les opinions de tous les pharmaciens français, ni même des pharmaciens de Lorraine ; il s'agissait seulement de recueillir de la façon la plus détaillée possible l'avis de quelques pharmaciens sur les innovations en matière d'exercice professionnel, en particulier la consultation pharmaceutique. Le but est d'illustrer les chapitres de la première partie en les confrontant avec la réalité vécue sur le terrain. En effet, quels que soient les outils mis à disposition des pharmaciens, des problèmes organisationnels, des réticences ou un défaut de moyens peuvent les rendre caduques.

Le parti pris d'un petit nombre d'entretiens sur des questions ouvertes n'est pas compatible avec une analyse statistique poussée. En revanche, il permet d'une part de publier les entretiens dans leur intégralité (Annexes 4A et 4B p. 146-185), et d'autre part d'obtenir des réponses beaucoup plus précises et argumentées que dans un questionnaire à choix multiples.

### **1. Echantillon interrogé**

Les étudiants de sixième année interrogés, déjà familiers du monde du travail, se sont portés volontaires pour répondre à l'enquête. De même, les deux premiers adjoints diplômés en 2006 qui ont été contactés ont accepté de participer avec enthousiasme, contrairement à beaucoup de pharmaciens titulaires.

Les titulaires ont tous été recrutés par téléphone. Pour des raisons pratiques, seuls des pharmaciens exerçant en centre ville ont été interrogés : cinq à Lunéville (54), neuf à Nancy (54) et un à Metz (57).

Il faut immédiatement signaler un biais qui rend de toute façon irréalisable le souhait de rapporter les opinions du plus grand nombre. En démarchant ainsi, par prise de rendez-vous téléphonique, puis déplacement dans chaque officine pour un entretien de 20 à 60 minutes, on est automatiquement confronté à un sous-ensemble exclusif de pharmaciens : ceux qui acceptent de répondre à des questionnaires ! S'il a été très facile de trouver des jeunes

pharmaciens motivés pour répondre aux questions, en revanche, il a fallu essayer de nombreux refus de la part des titulaires, deux à Lunéville, et dix à Nancy. Au total, vingt-sept titulaires ont donc été sollicités. Parmi ceux qui ont refusé de répondre, les motifs invoqués étaient : « Je n'ai pas le temps / Je n'ai pas que ça à faire » (6 refus) « Je ne connais rien à ce sujet / C'est un sujet qui ne m'intéresse pas » (3 refus) « Je ne réponds pas aux étudiants, ça n'attire que des ennuis » (2 refus) « Le seul motif à discuter dans la pratique professionnelle est la sauvegarde des marges, tout le reste n'est qu'un paquet d'inventions stupides » (1 refus)

Les titulaires qui ont accepté de répondre ont tenu des propos parfois totalement opposés : « C'est un sujet intéressant qui donne à penser sur l'avenir de l'officine », « Répondre aux enquêtes de thèse est la moindre des choses », etc. Certains ont demandé à être tenus informés de l'avancement et de la présentation de cette thèse, d'autres se sont même donnés la peine de préparer l'entretien en lisant des articles sur le sujet, et ont proposé des documents pour étoffer ces pages. Il faut saluer ces initiatives spontanées ; cette thèse et bien d'autres doivent beaucoup aux efforts des quelques professionnels qui se rendent disponibles à chaque enquête de ce type, tandis que certains de leurs confrères refusent systématiquement de participer.

### 1.1. Âge moyen des titulaires

La plus jeune titulaire interrogée a 36 ans (N°7), le plus âgé 64 ans (N°3). La moyenne est de 51 ans ; cet âge moyen est légèrement supérieur à celui constaté par le Conseil de l'Ordre pour l'ensemble de la France, au 01/01/2006, qui est de 48 ans et 2 mois\*.

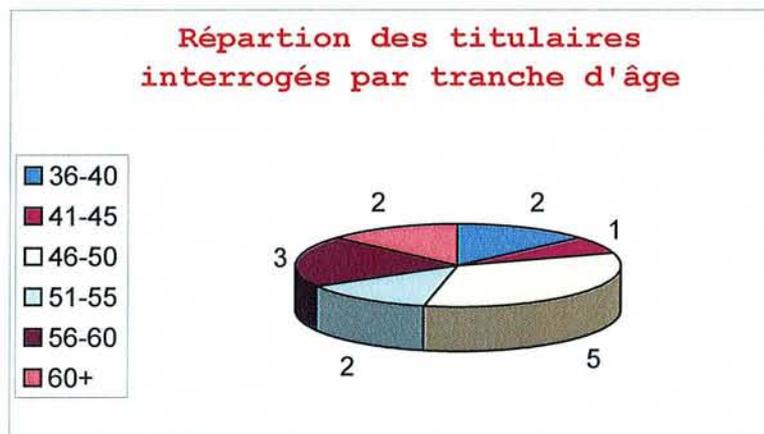


Figure 8 - Répartition des titulaires interrogés par tranche d'âge

\* Chiffre rapporté par madame M. Durand, Présidente du C.R.O.P. de Lorraine, lors de son intervention devant les 6<sup>ème</sup> année Officine de Nancy en novembre 2006.

Si l'on s'intéresse au nombre de pharmaciens par tranche d'âge, on constate qu'un tiers d'entre eux (N<sup>os</sup> 1, 5, 6, 9 et 15) ont entre 46 et 50 ans.

### 1.2. Années d'expérience des titulaires

Il a été demandé aux titulaires de préciser leur première année d'exercice en tant que titulaire. On en a déduit que la pharmacienne qui a été titulaire le moins longtemps est installée depuis 8 ans (N<sup>o</sup>7), et le pharmacien qui a été titulaire le plus longtemps l'a été pendant 40 ans (N<sup>o</sup>3). D'une manière générale, les interrogés sont installés depuis longtemps, puisqu'une seule est titulaire depuis moins de dix ans, et cinq d'entre eux (N<sup>os</sup> 3, 4, 10, 11 et 12) ont même plus de 30 ans de carrière à leur actif.

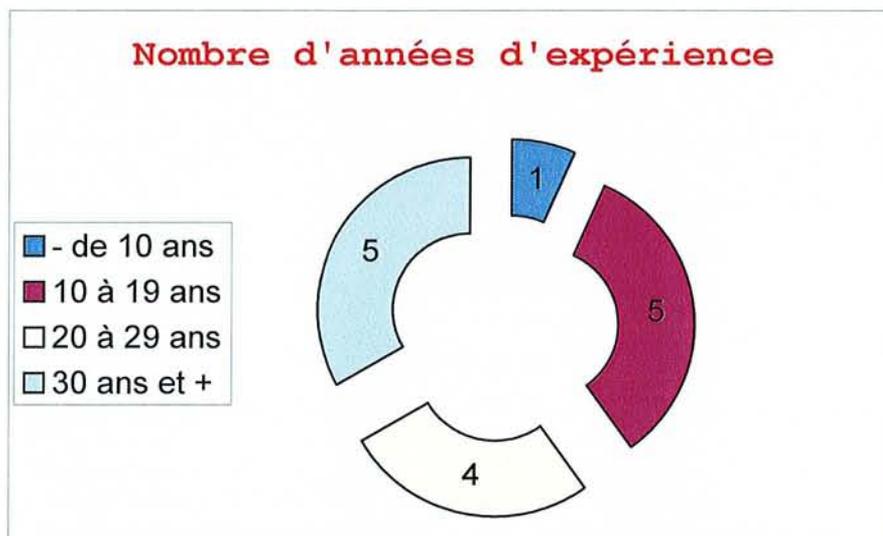


Figure 9 - Répartition selon le nombre d'années d'expérience en tant que titulaire

### 1.3. Taille des pharmacies

Parmi les officines visitées pour l'enquête, on compte :

- 3 petites officines (titulaire seul ou 1 adjoint à temps partiel)
- 6 officines moyennes (2 ou 2,5 pharmaciens au total)
- 5 grosses officines (3 pharmaciens au total)
- 1 très grosse officine (4 pharmaciens au total)

Le nombre total de pharmaciens inclut les titulaires et les adjoints. En admettant que plus une pharmacie a d'activité, plus elle a besoin de personnel qualifié, ce nombre total de pharmaciens dans l'officine est représentatif de l'activité.

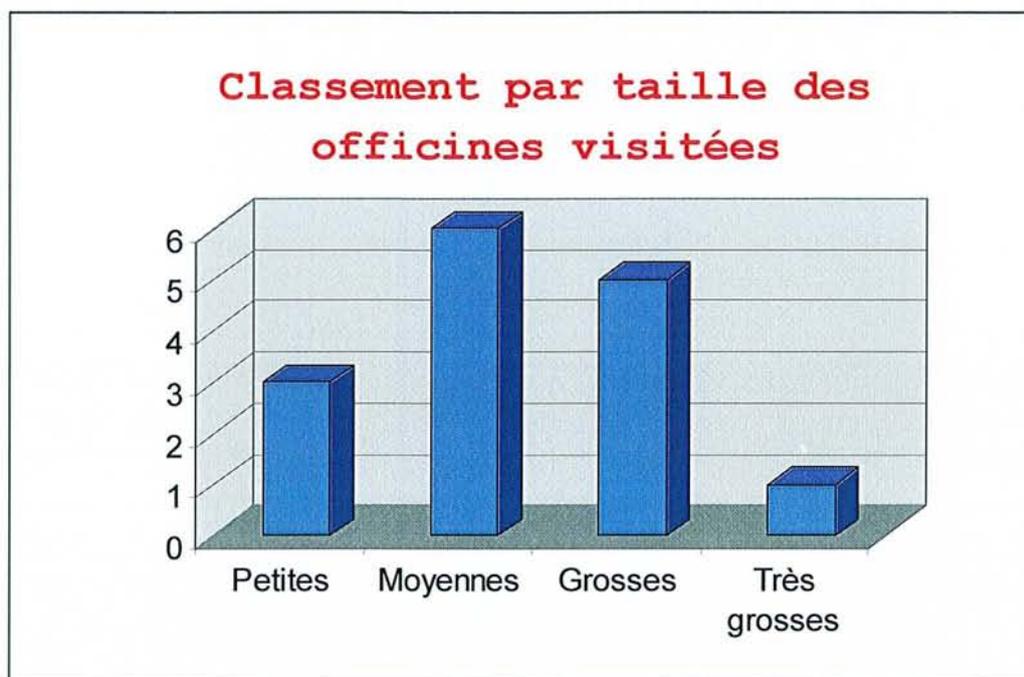


Figure 10 - Répartition des officines visitées par taille

## **2. Elaboration du questionnaire**

Un exemplaire du questionnaire destiné aux titulaires, et un exemplaire du questionnaire destiné aux jeunes pharmaciens figurent à la fin de ce chapitre. Ces questionnaires ont été soumis aux interrogés sous la forme d'entretiens individuels de vive voix, de septembre à décembre 2006.

### **2.1. Choix des thèmes abordés**

Bien que le noyau du questionnaire concerne la consultation pharmaceutique, l'entretien a été élargi à toutes les nouveautés survenues dans la pratique officinale ces dernières années. Il reprend les thèmes abordés dans la première partie, qui peuvent être connectés à la consultation pharmaceutique :

**Le réseau de santé.** Partenariat pluridisciplinaire visant à coordonner les actions des différents professionnels de santé sur une pathologie donnée, ou à faciliter la continuité entre soins hospitaliers et soins de ville, il améliore la communication entre le pharmacien et les autres professionnels, et ouvre sur une redistribution des compétences de chacun.

**L'espace de confidentialité.** C'est un élément-clef pour une prise en charge personnalisée du patient en toute discrétion, dans le respect de sa dignité et du secret professionnel. Il permet

au pharmacien de concentrer son attention sur son patient et de lui accorder le temps nécessaire sans être dérangé par d'autres tâches.

**Le rendez-vous pharmaceutique.** C'est un précurseur de la consultation pharmaceutique, né d'un besoin, et non d'un texte réglementaire, d'offrir au patient la meilleure disponibilité pour un conseil ou une action qui risque de prendre du temps.

**L'opinion pharmaceutique.** Il s'agit d'un formulaire destiné à formaliser la réflexion intellectuelle de l'acte pharmaceutique en indiquant par écrit les étapes de ce raisonnement. Ainsi, il constitue une preuve juridique opposable de la responsabilité du pharmacien.

**L'éducation thérapeutique.** Elle constitue un degré de prise en charge supérieur à la simple dispensation, en impliquant le patient dans son traitement, en prenant en compte ses habitudes et ses possibilités, en attestant de la bonne marche du traitement et en prévenant les effets indésirables. Elle associe éventuellement aux modalités de prise des mesures diététiques, et des conseils sur les comportements adaptés et les comportements à risque pour la pathologie.

**La consultation pharmaceutique.** C'est la forme la plus aboutie de prise en charge d'un patient par le pharmacien : celui-ci établit un dossier-patient, assure son suivi, corrobore les traitements croisés et les analyses biomédicales, assure l'éducation thérapeutique, développe une relation de confiance avec le patient, prend en compte le vécu de la maladie.

**La formation continue.** Une actualisation permanente des connaissances est indispensable à la prise en charge adéquate du patient selon les dernières recommandations de la Haute Autorité de Santé, et avec les moyens les plus performants mis à disposition.

## **2.2. Mode de présentation**

Pour chacun des items, le questionnaire pose un certain nombre de questions. Etant donné que chaque entretien prenait la forme d'une discussion ouverte, ces questions n'ont pas nécessairement toutes été posées dans cet ordre ou sous cette forme. Les interrogés ont parfois répondu à certaines de ces questions sans qu'elles soient posées. C'est pourquoi les entretiens présentés en Annexes 4A et 4B p. 146-185 ne sont pas détaillés par question, mais reprennent en bloc tous les éléments évoqués pour chaque item.

# La Consultation Pharmaceutique : Questionnaire

*Destiné aux pharmaciens titulaires*

## **Premier Item : Les Réseaux de Santé**

A quel(s) réseau(x) de santé participez-vous ? En quoi consiste votre intervention dans ce(s) réseau(x) ?

## **Second Item : L'Espace de Confidentialité**

Disposez-vous d'un espace de confidentialité à l'officine ? En quoi consiste-t-il ? Dans quel(s) cas l'utilisez-vous ?

## **Troisième Item : Le Rendez-Vous pharmaceutique**

Vous arrive-t-il de donner rendez-vous à un patient pour lui consacrer plus de temps que lors d'une délivrance ordinaire au comptoir ? Si oui, dans quel(s) cas ?

## **Quatrième Item : L'Opinion pharmaceutique**

Connaissez-vous le document intitulé « *Opinion pharmaceutique* » ? A quelle fréquence y avez-vous recours ? Dans quel(s) cas ?

## **Cinquième Item : L'Education thérapeutique**

Qu'est-ce que, pour vous, l'éducation thérapeutique ? Y a-t-il pour vous un type de patient ou un groupe de patients qui nécessite davantage d'attention dans ce domaine ?

## **Sixième Item : La Consultation pharmaceutique**

De quelle(s) expérience(s) de consultation pharmaceutique en France ou à l'étranger avez-vous entendu parler ?

Pensez-vous que la consultation pharmaceutique pourrait faire partie des rôles du pharmacien ?

Comment une telle consultation pourrait-elle s'organiser dans la configuration actuelle du système de santé ? Quel(s) facteur(s) constituerai(en)t un obstacle ? Vous sentiriez-vous prêt(e) à assurer ce type de service ?

Qu'est-ce que cela pourrait apporter au patient ?

## **Septième Item : La Formation continue**

A quelle fréquence suivez-vous la formation continue ? Cette fréquence vous semble-t-elle suffisante ? Sous quelle forme vous est-elle dispensée ?

Est-ce que les thèmes abordés préparent : - A l'éducation du patient ?  
- A la consultation pharmaceutique ?

Quel(s) contenu(s) souhaiteriez-vous pour mieux faire face aux nouveaux enjeux de la profession de pharmacien ?

# **La Consultation Pharmaceutique : Questionnaire**

*Destiné aux étudiants de 6<sup>ème</sup> année et pharmaciens diplômés depuis moins d'un an*

## **Premier Item : Les Réseaux de Santé**

Selon vous, qu'est-ce qui justifie la présence des pharmaciens au sein des réseaux de santé ?

## **Second Item : L'Espace de Confidentialité**

D'après vous, la réglementation actuelle en matière d'espaces de confidentialité est-elle satisfaisante ? Est-elle appliquée ?

## **Troisième Item : Le Rendez-Vous pharmaceutique**

Au cours de votre expérience professionnelle ou de stages, avez-vous constaté le recours à des rendez-vous pharmaceutiques ? Dans quelles situations ?

## **Quatrième Item : L'Opinion pharmaceutique**

Au cours de votre expérience professionnelle ou de stages, avez-vous constaté le recours à l'Opinion Pharmaceutique ? Dans quelles situations et à quelle fréquence ? Comment appréhendez-vous ce document dans l'exercice pharmaceutique ?

## **Cinquième Item : L'Education thérapeutique**

Comment définiriez vous le terme « d'éducation thérapeutique » ? Selon vous, quels patients ou quels groupes de patients nécessitent le plus d'attention dans ce domaine ?

## **Sixième Item : La Consultation pharmaceutique**

De quelle(s) expérience(s) de consultation pharmaceutique en France ou à l'étranger avez-vous entendu parler ?

Pensez-vous que la consultation pharmaceutique pourrait faire partie des rôles du pharmacien ?

Comment une telle consultation pourrait-elle s'organiser dans la configuration actuelle du système de santé ? Quel(s) facteur(s) constituerai(en)t un obstacle ? Vous sentiriez-vous prêt(e) à assurer ce type de service ?

Qu'est-ce que cela pourrait apporter au patient ?

## **Septième Item : Les Études pharmaceutiques**

Au cours de vos études de pharmacie, quelle(s) discipline(s) vous a (ont) semblé le mieux vous préparer à l'éducation thérapeutique et/ou à la consultation pharmaceutique ? Ces enseignements vous ont-ils semblé complets et de volume horaire suffisant ? Quel(s) thème(s) manquant dans les études auriez-vous souhaité aborder pour mieux faire face aux nouveaux enjeux de la profession (contexte concurrentiel, demande d'une prise en charge de plus en plus personnalisée...) ?

## **Chap. 2 : Exploitation de l'enquête**

Ce chapitre présente la synthèse des points de vue des personnes interrogées pour chaque item du questionnaire. On trouvera ainsi une présentation des chiffres de l'enquête, les données directement issues des entretiens d'une part, et une discussion d'autre part. Ces discussions permettent, à la lumière d'idées novatrices issues de la presse professionnelle récente, ou selon des propositions personnelles, d'approfondir les sujets du questionnaire, et de répondre à certaines problématiques soulevées par les interrogés durant les entretiens.

L'impression générale qui s'est dégagée, après réalisation des vingt entretiens sur une période de quelques mois, est que les pharmaciens font leur autocritique. Les pharmaciens ont unanimement évoqué des dysfonctionnements dans l'exercice officinal, des changements nécessaires, des pratiques obsolètes voire douteuses – mais toujours chez leurs confrères ! Probablement plus que dans aucune profession médicale, un besoin de réformes se fait sentir. En effet, ébloués par plusieurs "affaires" médiatisées remettant en cause leur monopole et parfois leur réputation, les pharmaciens pensent à l'avenir et à une revalorisation possible.

A partir des points de vue des pharmaciens interrogés sur les réseaux de santé, la confidentialité, le rendez-vous pharmaceutique, l'opinion pharmaceutique, l'éducation thérapeutique, la consultation pharmaceutique et leur propre formation, on élaborera des pistes de réflexions sur les mutations que pourrait encore subir le monde officinal : prescription pharmaceutique, consultations, réaménagement de l'officine...

### **1. Place du pharmacien dans le réseau de santé**

Dans la première partie, on a défini le réseau de santé et indiqué en quoi le pharmacien pouvait être un élément de ce réseau : sa disponibilité et ses compétences en font l'interlocuteur privilégié du patient en matière d'éducation thérapeutique. Il a à disposition tout le matériel nécessaire (médicaments en conditionnement spécial, dispositifs médicaux) pour faire à son patient la démonstration du bon usage des thérapeutiques (usage du *Turbhaler*<sup>®</sup> par la personne asthmatique, par exemple). Il peut également conseiller et présenter directement des produits d'hygiène, ou des produits diététiques susceptibles d'optimiser la prise en charge. Enfin, il dispose souvent de fiches de bon usage, et de

documentations pratiques provenant des laboratoires pharmaceutiques, qui peuvent être remises au patient.

Toutefois, la mise en place de réseaux entre le pharmacien et les autres professions de santé est récente, et des problèmes organisationnels peuvent encore geler leurs actions, comme l'expliquent certains des pharmaciens interrogés. Actuellement, la tendance semble tournée vers le regroupement des pharmacies, plutôt que vers des partenariats multi-professionnels.

### 1.1. Réponses à l'enquête

Parmi les quinze titulaires interrogés, dix appartiennent à un ou plusieurs réseaux de santé (N<sup>os</sup> 1, 2, 3, 4, 7, 10, 11, 13, 14, 15) :

- 7 d'entre eux font partie d'un réseau de maintien à domicile (N<sup>os</sup> 1, 2, 10, 11, 13, 14 et 15)
- 2 font partie d'un réseau ville-hôpital (N<sup>os</sup> 2 et 10)
- 4 appartiennent à d'autres réseaux (N<sup>os</sup> 3, 4, 7 et 10)

Les autres réseaux concernent la **diabétologie** (N<sup>os</sup> 3, 4, 10), la prise en charge du **toxicomane** (N<sup>o</sup> 4), et la **formation commune** avec les médecins (N<sup>o</sup> 7).

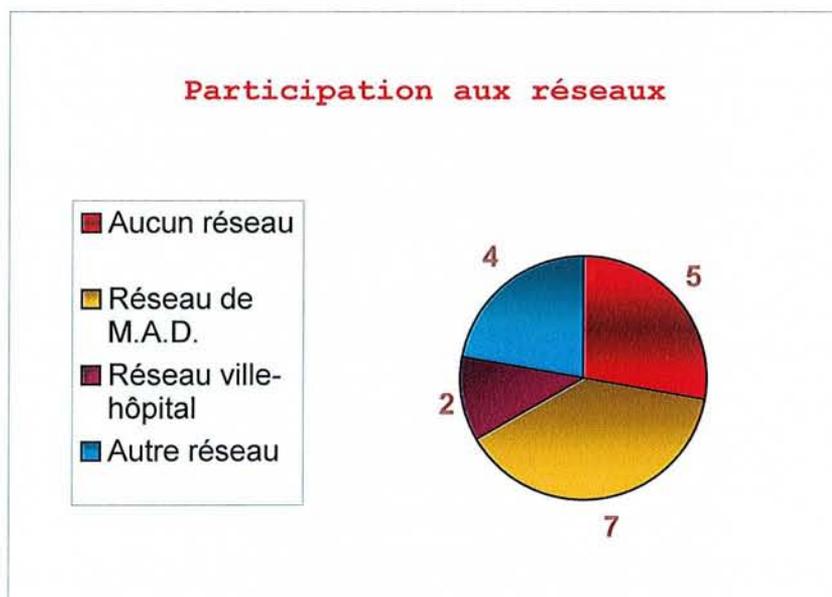


Figure 11 - Participation des titulaires interrogés aux réseaux de santé (plusieurs participations possibles)

Les propos tenus par les pharmaciens semblent indiquer qu'ils ne voient pas dans ces réseaux un moyen d'améliorer le service rendu aux malades, mais plutôt un outil mercantile – qui d'ailleurs ne tient pas ses promesses : « Je ne suis pas convaincu du bien-fondé de ce réseau, qui ne m'amène pas plus de clients. » (Annexe 4A – 1 p. 146) ; « Nous avons adhéré à

un autre réseau [...] dont le retour est assez faible. Une fois encore, nous subissons la concurrence des prestataires de service. » (Annexe 4A – 13 p. 172)

Deux des titulaires interrogés nous donnent l'exemple d'une coopération fructueuse avec le médecin généraliste (N<sup>os</sup> 4 et 7). Dans un cas, il s'agit d'entretenir une communication étroite pour assurer un meilleur suivi et une meilleure prise en charge sur un type de patient (le toxicomane), et dans l'autre, une formation commune permet de bénéficier de l'expérience professionnelle mutuelle, et d'échanger des points de vue sur les thérapeutiques nouvelles, afin d'accorder prescription et délivrance.

Néanmoins, la plupart des titulaires évoquent vis-à-vis des médecins des rapports en pointillés, voire conflictuels. Apparemment, les pharmaciens n'ont pas d'*a priori* sur une possible entente salubre avec le médecin, mais ont dû réviser leurs positions après quelques tentatives malheureuses : « [Mon] geste a été très mal perçu par les médecins » (Annexe 4A – 7 p. 159) ; « Les médecins qui recevaient [nos] opinions l'acceptaient difficilement. » (Annexe 4A – 10 p. 166)

Enfin, lorsque l'on interroge les titulaires sur les réseaux de santé, sept d'entre eux parlent spontanément du groupement auquel leur officine appartient (N<sup>os</sup> 2, 6, 9, 13, 14 et 15). On cite les groupes Giphar, Giropharm, Pharmaréférence et Forum Santé.

## **1.2. La participation aux réseaux de santé est mitigée**

Bien que la participation aux réseaux de santé semble majoritaire, il faut relativiser ces chiffres. Premièrement, la participation aux réseaux de maintien à domicile est surtout motivée par la perspective de développer un nouveau secteur commercial à l'officine, car la concurrence avec les prestataires de service est rude. Ensuite, cinq pharmaciens se plaignent de dysfonctionnements au sein des réseaux (N<sup>os</sup> 1, 4, 10, 13, 14), notamment ceux appartenant à la Maison du Diabète de Nancy (réseau présenté dans la première partie, § 2.1.4.1. p. 55) ; les problèmes évoqués sont :

- absence de communication entre les partenaires (ce qui est pourtant l'objet du réseau !), mauvaise orientation du patient
- pas d'action d'envergure entreprise, pas de bénéfice pour le patient
- surabondance de réunions pour motif arbitraire

Il semble donc que la mise en place des réseaux de santé bloque à plusieurs niveaux. La communication entre les différentes professions de santé n'est pas efficace sur le terrain, ni

apparemment avec les patients qui ne connaissent pas les réseaux et ne sollicitent donc pas le pharmacien dans ce sens. De plus, les études préalables à la mise en place des réseaux ne sont peut-être pas assez poussées, car la population cible et les actions à entreprendre ne sont pas toujours cernées avec précision. Dans un avenir proche, il faudrait que les pharmaciens fassent connaître aux patients ce mode de prise en charge, que les médecins partenaires suggèrent à leurs patients de consulter le pharmacien dans ce sens, et que les objectifs des réseaux soient plus clairement définis. De toute façon, un réseau qui n'a pas d'impact finit par disparaître, puisque le financement est accordé sur présentation d'un rapport d'activité et d'un coût prévisionnel (voir § 2.1.4.1. p. 55).

### **1.3. Le partenariat avec le médecin**

Trop souvent, la communication entre médecin et pharmacien est problématique, on pourra se reporter à l'analyse figurant dans une thèse récente (§ 2.1.1. p. 49) ou aux réponses que donnent les titulaires à propos de l'opinion pharmaceutique (la peur de la réaction du médecin déjà signalée § 1.3.2. p. 26 transparaît également dans les entretiens de l'Annexe 4A p.146), et à propos des obstacles à la mise en place des consultations pharmaceutiques (voir § 2.6.1.3. p. 121).

Néanmoins, l'Institut Louis Harris Medical International a mené en 2004 une enquête<sup>23</sup> auprès de 250 généralistes français sélectionnés par la méthode des quotas, qui tend à prouver que les généralistes seraient prêts à faire des concessions en matière de partage des compétences. D'après les résultats :

**74%** des médecins estiment que le pharmacien pourrait être davantage impliqué dans le suivi de l'observance des traitements prescrits.

**70%** pensent que le pharmacien pourrait davantage participer à des actions de prévention.

**41%** pensent que le pharmacien pourrait être davantage impliqué dans le dépistage de certaines pathologies ou facteurs de risque.

**40%** admettraient, dans un cadre défini, le renouvellement des traitements pour pathologies chroniques par le pharmacien et ses prescriptions autonomes pour le petit risque, avec l'avantage d'un circuit court pour le patient.

Dans un autre registre, on peut s'interroger sur ce que le pharmacien attend réellement de sa relation avec le médecin. Il est curieux de constater que plusieurs fois, des titulaires voient en lui une chance de perfectionner leur connaissance du médicament : « J'aimerais entendre l'avis d'un ophtalmologiste chaque fois que je suis formé sur un médicament par voie

oculaire, et celui d'un néphrologue pour tout produit influant sur la fonction rénale. » (Annexe 4A – 10 p. 166). Autrement dit, le pharmacien sollicite encore le médecin pour parler du médicament à sa place. Ces propos pourraient passer pour un aveu d'incompétence de la part du pharmacien, qui devrait montrer plus d'assurance sur le médicament, principal champ de ses études. Comme le dit un jeune pharmacien : « Si le pharmacien pouvait déjà s'affirmer comme expert du médicament, ce serait bien ! » (Annexe 4B – 17 p. 180)

#### **1.4. Groupements de pharmacies : la réponse adaptée ?**

Ces groupements ont certes une vocation commerciale, car ils servent éventuellement de centrale d'achats avec un poids important auprès des grossistes, et donc, des remises avantageuses. Cependant, les pharmacies ainsi labellisées profitent d'un ensemble de services supplémentaires qui concourent à améliorer leur qualité : un mobilier pratique, design et conforme aux exigences de discrétion, des fiches de bonnes pratiques à l'attention du pharmacien illustrant l'ensemble des cas "de comptoir", des vitrines prêtes à l'emploi en rapport avec la saison, du matériel à distribuer gratuitement lors des grandes campagnes de santé publique (bandelettes pour dosage de la glycémie, détecteur du taux de CO<sub>2</sub> expiré...), des brochures d'information à usage des patients, et des sessions de formation continue sur les grands thèmes de santé du moment. L'une des pharmaciennes interrogées estime que « La seule chance pour un pharmacien français d'exploiter toutes ses compétences, réside peut-être dans les actions entreprises par les groupements d'officines. [...] Le groupe a fixé comme thème l'hypertension, nous réalisons donc des vitrines sur le sujet, nous prenons la tension des patients et nous les adressons au médecin en cas de problème. » (Annexe 4A – 4 p. 153).

Le 01 février 2007, jour d'entrée en vigueur de la loi sur l'interdiction du tabac dans les lieux publics, et, parallèlement, premier jour de remboursement partiel pour les thérapeutiques à visée de sevrage, le groupe Giropharm a instauré dans ses officines une campagne intitulée « Sevrage tabagique : demandez votre consultation personnelle ». Ces termes apparaissent dans la vitrine, dédiée aux gommes et aux patchs à la nicotine. Les pharmaciens partenaires sont chargés d'accorder un entretien aux patients souhaitant arrêter de fumer, et d'assurer un suivi sur plusieurs séances en tenant un dossier reproduit en annexe [Annexe 6 p. 187].

Les groupements d'officine constituent donc une véritable assurance qualité, comme on l'avait signalé à la rubrique "Qualité à l'officine" de la première partie [§ 1.4.1.2. p. 36]. Or, dans un contexte où la mise en place des réseaux de santé s'avère laborieuse, où la communication avec les autres professions se fait difficilement, où les retombées positives pour le patient sont encore difficiles à mesurer, ces groupements constituent un progrès dans

la prise en charge globale. De plus en plus de pharmaciens sont motivés pour y entrer, car ils voient leur intérêt immédiat, et les échanges ont lieu uniquement entre pharmaciens, ce qui est pour les rassurer.

On peut donc prévoir un large développement de ces structures dans le futur, en particulier si la loi autorise la propriété de plusieurs officines par une société qui les mettrait en gérance, autrement dit, la création de chaînes d'officines comme au Royaume-Uni. D'après les différentes personnes interrogées dans l'enquête, « il est essentiel qu'à l'avenir, les pharmacies assurent un niveau de qualité identique, évalué sur des critères objectifs standardisés tels que les normes ISO. » (Annexe 4A – 13 p. 172) et « Il faut adapter le système actuel en validant des protocoles permettant une prise en charge uniforme des patients [...]. Ceci rentre à mon avis dans un système d'amélioration des soins et de validation d'efficacité des traitements proposés par les laboratoires. » (Annexe 4B – 17 p. 180).

### **1.5. Conclusion quant aux réseaux de santé**

Les réseaux de santé sont un outil de haut potentiel pour l'amélioration de la prise en charge des malades, en particulier pour la continuité des soins (le patient n'est pas "perdu de vue" entre les différentes étapes du soin, il n'y a pas de chevauchements entre les interventions des différents professionnels) et l'accès aux soins (tout professionnel du réseau peut réorienter le malade vers l'expert dans chaque domaine). Mais à l'heure actuelle, ces réseaux sont mis en échec par des problèmes organisationnels, et ils n'ont pas été présentés à la population comme ils auraient dû, avec l'aide des médias et des politiques.

En alternative à ces réseaux, le pharmacien peut faire bénéficier ses patients de quelques avantages apportés par le groupement de pharmacies, à savoir un espace mieux pensé pour l'accueil et la prise en charge en toute discrétion, des efforts sur l'éducation thérapeutique, un point de dépistage et d'information lors des campagnes de santé publique. Toutefois, les labels de qualité sont centrés sur la pharmacie, et ils n'apportent aucune réponse aux problèmes de l'accès aux soins et de leur continuité.

## **2. L'espace officinal et la confidentialité**

Une gestion optimale de l'espace de l'officine est indispensable à l'instauration de consultations pharmaceutiques, pour de nombreuses raisons :

- la consultation est une démarche nécessitant l'établissement d'un rapport de confiance entre le pharmacien et son patient, celui-ci doit donc être à l'aise
- tous les échanges entre pharmacien et patient sont de l'ordre du secret professionnel, l'agencement doit donc viser une parfaite confidentialité
- le patient doit être informé que le service de consultations existe à l'officine, il faut donc le mettre en évidence en respectant les exigences déontologiques
- une prise en charge optimale des patients signifie une saturation possible du personnel disponible, il faut donc veiller à gérer l'attente des patients
- la surface est limitée, et il faut aussi pouvoir y placer tous les rayons "incontournables" (hygiène bébé, phytothérapie, dermocosmétologie...)

Après avoir analysé les résultats de l'enquête dans le domaine de la confidentialité, nous envisagerons quelques rappels et quelques conseils sur l'aménagement de l'officine dans l'optique de fournir un meilleur accueil et des services personnalisés.

### 2.1. Réponses à l'enquête

Deux officines dans notre enquête disposent d'un véritable espace clos pour la conversation en toute discrétion (Annexe 4A – 15 p. 176, Annexe 4B – 16 p. 178), dans les deux cas pour la prise en charge de la femme ayant subi une ablation du sein.

On compte deux officines sans moyens appropriés ni pour la confidentialité ni pour les essais d'orthopédie (N<sup>os</sup> 5 et 6). Les réponses sont synthétisées ici (lorsque plusieurs moyens de confidentialité étaient évoqués, on n'a retenu que le plus utilisé) :

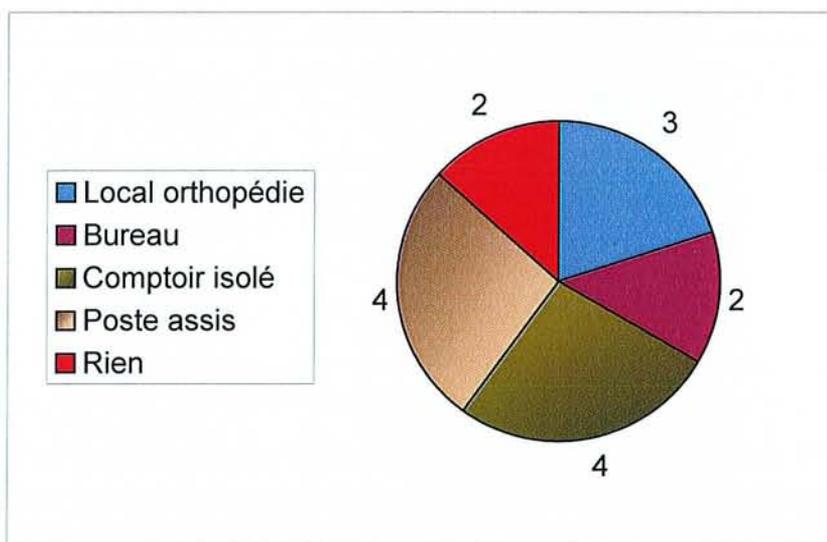


Figure 12 - Moyens de confidentialité utilisés dans les officines

## **2.2. Conseil en toute discrétion**

En 2002, dans sa thèse « *Agencement et confidentialité à l'officine*<sup>21</sup> », A. Ciolino a déjà enquêté dans vingt pharmacies sur les conditions de confidentialité. Il écrit : « La plupart [des pharmaciens] disent utiliser, en cas de nécessité, leur bureau, obligeant de ce fait les patients à traverser les rayons de médicaments, ce qui est interdit. Parmi les pharmaciens interrogés, aucun ne dispose d'une pièce vraiment dédiée à la confidentialité, et même si certains utilisent la pièce d'orthopédie, dans les faits, la fréquence de ces espaces séparés est très sporadique. »

Quelques années plus tard, les réglementations en matière de confidentialité semblent faire progresser les choses. « L'accueil de la clientèle et la dispensation des médicaments doivent pouvoir s'effectuer dans des conditions de confidentialité permettant la tenue d'une conversation à l'abri des tiers. » (Article R 5089-9 du Code de la Santé Publique<sup>22</sup>). Deux titulaires (Annexe 4A – 9 et 10 p. 164 et 166) déclarent avoir entrepris des travaux à la suite d'une visite de l'inspection de la pharmacie, ou avoir l'intention de les réaliser prochainement, pour améliorer leurs conditions de confidentialité.

En tout état de cause, il faut admettre qu'un mauvais niveau de confidentialité ne résulte pas obligatoirement d'une volonté délibérée du titulaire : les répondants de l'enquête objectent que « la qualité d'un espace de confidentialité tient souvent à la disposition des murs. » (Annexe 4B – 16 p. 178) ou encore « qu'aucune législation ne peut remplacer une volonté forte de bien servir ses patients. En mettant un bémol tout de même, car la confidentialité implique l'utilisation d'un espace assez grand dont certaines officines ne disposent pas. » (Annexe 4B – 17 p. 180).

## **2.3. Les aménagements possibles**

Le mobilier joue un grand rôle dans la confidentialité, et donc, dans une prise en charge en toute discrétion et respect de la dignité. Une majorité des répondants à l'enquête ont ainsi misé sur ce mobilier pour assurer la confidentialité dans leur officine (soit par l'utilisation d'un comptoir isolé, soit par celui d'un poste assis). D'après des professionnels aguerris<sup>38</sup>, « l'officine gagnera à disposer d'au moins une table 'tête-à-tête'. La position assise facilite la conversation à voix basse et les confidences. Elles sont également utiles pour les conversations longues (explications détaillées sur un nouveau traitement, par exemple). »

Les mêmes auteurs parlent aussi d'une « zone autour du comptoir à ne pas empiéter ». Ce système, déjà éprouvé dans les banques et les bureaux de poste, dissuade les personnes qui attendent leur tour de se coller à celles auxquelles on délivre des médicaments. La bande au

sol « délimite une zone à ne pas franchir et elle est dans la plupart des cas bien accueillie par les patients. Cette solution économique, facilement adaptable à tout type d'officine, présente l'avantage d'entraîner spontanément une diminution du volume des conversations. »<sup>29</sup>

Cette solution peut encore être améliorée. En effet, on peut imaginer un marquage au sol sous forme de revêtement adhésif qui à la fois délimite une zone de confidentialité à ne pas franchir, et un espace destiné à une tâche spécifique (voir figure 13 ci-dessous). Dans cet exemple, les activités de chaque comptoir pourraient être :

- 1 – consultations pharmaceutiques (sur poste assis individuel)
- 2 et 3 – délivrance des médicaments sur ordonnance (prévention des effets indésirables et de l'inobservance)
- 4 – médicaments en vente directe sans ordonnance (conseil officinal)
- 5 – conseil diététique, conseil forme & beauté, hygiène intime, hygiène bébé

Le rappel de ces activités figurerait sur des panneaux suspendus au plafond au-dessus de chaque poste. En outre, chaque tâche incomberait à un membre du personnel spécialement formé à cet effet.



Figure 13 - Marquage au sol destiné à orienter les patients vers le poste le plus adapté

## **2.4. Gérer l'attente pour plus de confidentialité**

Aux heures de pointe, lorsque les comptoirs sont saturés et que plusieurs personnes attendent leur tour, les incivilités en matière de discrétion se manifestent plus volontiers. « On a régulièrement affaire à des clients indécents qui se collent à la personne précédente. » raconte une titulaire (Annexe 4A – 2 p. 149). Pour résoudre ce problème, il faut envisager de donner aux personnes qui attendent de quoi se distraire. Si l'on parvient à capter leur attention, elles n'ont plus aucune raison de se "coller" aux autres.

Dans une précédente enquête sur vingt pharmacies, l'auteur notait qu'aucune « ne gère l'attente de ses patients, alors que cette gestion pourrait être réalisée à moindre coût par [...] l'émission d'un simple fond musical. »<sup>21</sup> C'est justement la solution qu'a adoptée l'une des titulaires interrogées ici : « Je paie une redevance à la SACEM pour diffuser de la musique dans l'officine, ce qui distrait les personnes qui attendent, et isole des conversations d'autrui. » (Annexe 4A – 7 p. 159). On peut même être dispensé de redevance en ne diffusant que des morceaux du répertoire classique.

Si la taille et la disposition de l'officine le permettent, il est possible d'envisager une solution encore plus radicale : la mise en place d'un **espace exposition**. Il n'est bien sûr pas question de promouvoir des artistes locaux, ce qui serait contraire à la déontologie, mais on peut imaginer des vitrines sur des thèmes en rapport avec la pharmacie, comme son histoire, les curiosités naturelles, les serpents, les plantes médicinales... Pour peu que l'équipe ait suffisamment de temps pour les préparer, on peut même imaginer des expositions actualisées périodiquement en rapport avec la saison (les champignons d'automne...) ou les sujets débattus par les médias (les organismes génétiquement modifiés...). Ainsi le patient à tout loisir de se distraire et de se cultiver, et ne vient au comptoir que lorsqu'il est appelé ; cette solution peut nécessiter la mise en place d'un distributeur de tickets avec ordre de passage, pour éviter toute contestation. Une étudiante interrogée remarque : « Pendant la préparation de l'ordonnance, le patient est seul et il doit pouvoir se distraire en regardant l'officine [...]. Une fois que l'on s'apprête à lui délivrer ses médicaments, il faudrait pouvoir le faire en toute sérénité. »

## **2.5. La vitrine de la pharmacie**

Il est dommage de faire de sa vitrine une forêt de panneaux publicitaires destinés à annoncer les promotions du moment sur les produits de parapharmacie. Pour T. Dupin-Spriet

et son équipe<sup>39</sup>, elle est une « carte de visite » et permet « d'afficher ses compétences ». En partant de cette idée, on peut imaginer afficher à l'entrée de l'officine un trombinoscope, qui présente rapidement l'équipe de l'officine et les compétences attitrées de chacun. Ainsi, une personne souhaitant arrêter de fumer pourra immédiatement savoir à qui s'adresser à l'intérieur. Un exemple de cette présentation figure en annexe (Annexe 5 p. 186).

Pour un maximum de clarté, on choisira idéalement, outre cette présentation, une vitrine entièrement transparente<sup>17</sup>. Ainsi la pharmacie sera d'autant plus mise en valeur qu'elle dispose d'un **espace exposition** (voir § 2.2.4. p. 107).

## **2.6. La pharmacie virtuelle**

En plus de l'officine physique à laquelle on peut se rendre, de plus en plus de pharmacies disposent d'un site Internet. Face à des patients de plus en plus concernés par leur santé, qui n'hésitent pas à chercher des compléments d'information sur leur maladie ou leur traitement – en tombant parfois dans le piège de sites amateurs mal informés – le site d'une pharmacie peut être un formidable outil de communication, de promotion de la santé et d'éducation thérapeutique.

Dans un article de novembre 2006<sup>07</sup>, on pouvait lire que « deux tiers des pharmaciens interrogés en Haute Normandie (219 répondants) se verraient à la tête d'un site Internet informatif pour distiller de l'information de santé (82%), des conseils et faire de la prévention (81%) ». Hélas, toutes les intentions ne sont pas aussi louables. Un titulaire de notre enquête nous a alertés – hors entrevue, ces propos ne figurent donc pas en annexe – sur un phénomène émergent qui l'inquiétait au plus haut point : la mise en place de sites officinaux marchands, annonçant la liste des promotions pour le mois et permettant de réserver ces produits en ligne. L'interdiction de publicité extérieure pour une pharmacie est contournée par le fait que visiter un site Internet revient légalement à franchir les portes de l'établissement. Néanmoins, d'un point de vue déontologique, ces pratiques sont très discutables et concourent à l'image d'un pharmacien se laissant aller au marketing agressif.

## **3. Le rendez-vous pharmaceutique**

L'enquête a voulu s'intéresser à la pratique du rendez-vous pharmaceutique, à sa fréquence et à son motif. Celui-ci « permet de convenir à l'avance d'un temps de disponibilité et de

conseils confidentiels pour un patient qui souhaiterait s'entretenir avec son pharmacien. Il se donne hors comptoir, dans le bureau du pharmacien par exemple. »<sup>36</sup> (voir § 1.4.3.3. p. 43)

### 3.1. Réponses à l'enquête

Parmi nos titulaires répondants, dix donnent régulièrement des rendez-vous (N<sup>os</sup> 1, 2, 3, 4, 9, 10, 11, 12, 14, 15). Pour la plupart d'entre eux, il sont destinés à faire la démonstration d'un appareil technique (le lecteur de glycémie est principalement cité) ou à la délivrance d'un article d'orthopédie ou d'un petit appareillage (contention, audioprothèse...). Les témoignages des étudiants (Annexe 4B p. 178-185) reflètent cette tendance : le pharmacien accorde des entrevues seulement dans le cadre des dispositifs médicaux (DM), qu'il s'agisse d'orthèses, de nébuliseurs pour médicaments anti-asthmatiques, ou de prothèses mammaires.

Les autres motifs rencontrés sont :

- la présentation et le suivi des médicaments sortis de la réserve hospitalière
- la prévention et le suivi des principales pathologies chroniques
- le conseil diététique
- la communication d'informations issues d'une recherche documentaire

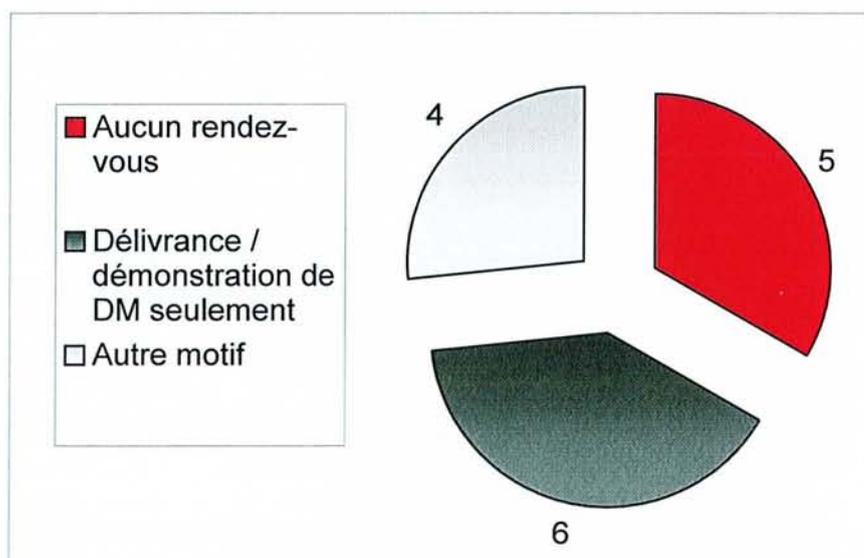


Figure 14 - Motifs de rendez-vous pharmaceutiques

La pratique du rendez-vous pharmaceutique a été critiquée par certains titulaires, qui estimaient que « quel que soit le moment où [un patient] a décidé de venir, nous devons être en mesure de l'accueillir et de le servir convenablement. » (Annexe 4A – 7 p. 159) ou que « si

on devait fonctionner sur rendez-vous, tout le système serait désorganisé, le pharmacien ne serait plus disponible pour qui le demande. » (Annexe 4A – 8 p. 161)

Pour une autre titulaire, le problème du rendez-vous pharmaceutique se situait du côté du patient : « s'ils aiment recevoir des conseils, les patients sont parfois réticents à remplir des questionnaires, et encore plus à nous suivre à l'écart pour discuter. [...] Être isolé chez le pharmacien ne fait pas partie des habitudes. » (Annexe 4A – 13 p. 172)

### **3.2. Commentaire**

Il semble que le rendez-vous pharmaceutique soit une pratique relativement répandue dans le domaine du dispositif médical, où la part d'éducation est importante. En revanche, en ce qui concerne le médicament (médicament hautement toxique, mise en place d'un traitement chronique...) la pratique est encore marginale. Dans certains cas, cette délivrance particulière peut être faite directement au comptoir, parce que l'officine est faiblement fréquentée et les pharmaciens disponibles. Cependant, si l'on ambitionne de développer des consultations pharmaceutiques, il faut aller vers une solution qui permet au pharmacien de rester disponible pour les autres patients. Celle qui semble la plus simple est l'instauration d'un "roulement" entre des périodes où le service de consultation pharmaceutique est disponible (par exemple, tous les jours de 16h à 18 h) et d'autres où l'on gère seulement les patients "tout-venant".

## **4. L'opinion pharmaceutique**

Comme on l'a vu dans la première partie (voir § 1.3.2. p. 26), l'opinion pharmaceutique, qui existe depuis maintenant plus de dix ans, a toujours du mal à susciter l'intérêt des pharmaciens. En 2002, P. Loiseau avait noté dans son enquête<sup>61</sup> que 10% des pharmaciens de Meurthe-et-Moselle ne connaissaient pas l'opinion pharmaceutique, et que 63% n'en avaient jamais établi. Le nouveau sondage fait auprès de nos répondants indique que beaucoup de pharmaciens ont déjà essayé, mais que l'opinion pharmaceutique n'est jamais entrée dans les mœurs, et qu'elle est peu à peu abandonnée. Que ce soit par les titulaires ou les étudiants, l'opinion est presque unanimement rejetée.

### **4.1. Réponses à l'enquête**

Pour commencer, **2 des 20** répondants ne voient pas de quoi il s'agit. Parmi les titulaires qui la connaissent :

- **Un seul** l'utilise de temps en temps
- **6** l'utilisent moins d'une fois par an où ont totalement cessé de l'utiliser
- **7** ne l'utiliseront jamais

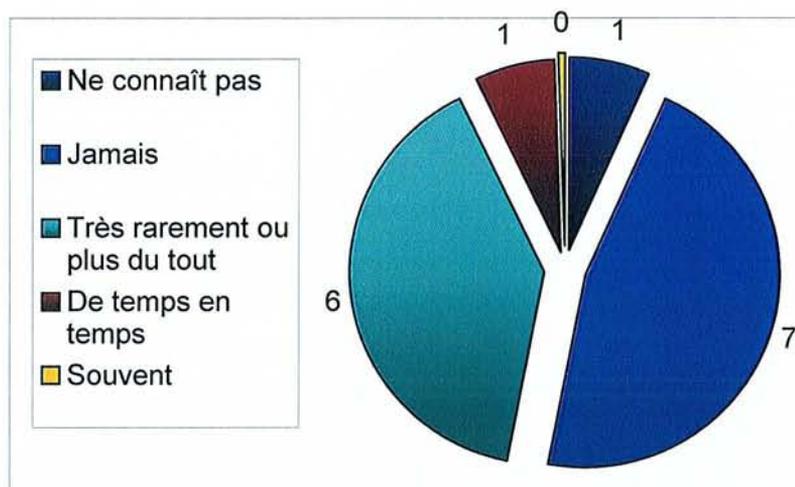


Figure 15 - Fréquence des opinions pharmaceutiques

En ce qui concerne les motifs de cette faible participation, on trouve à peu près les mêmes que lors de l'enquête de 2002 :

- « J'ai peur de la réaction du médecin » ou « J'ai constaté des réactions négatives des médecins » est cité **4 fois**
- « Cela donne trop de travail » est cité **3 fois**
- « Je préfère téléphoner au médecin » est cité **4 fois**
- « Ça ne sert à rien » est cité **5 fois**

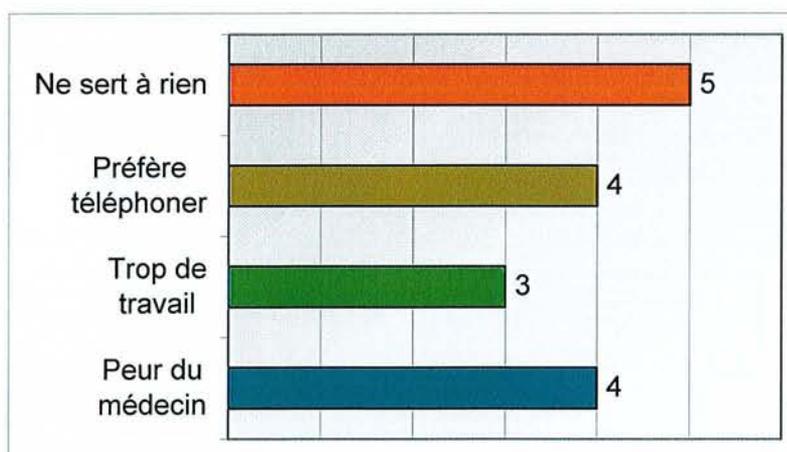


Figure 16 - Les raisons de ne pas pratiquer l'opinion pharmaceutique régulièrement

## 4.2. Commentaire

A la lumière de ces résultats, et compte tenu des 12 ans écoulés depuis sa mise en place, on doit admettre que l'opinion pharmaceutique en France est un échec. L'étude la plus large sur ce sujet, réalisée par le CNGPO<sup>23</sup>, est tout de même plus optimiste : elle indique que 6% des répondants ne connaissent pas l'opinion pharmaceutique, 33% l'utilisent rarement, 47% parfois, et 14% l'utilisent souvent.

Certes, l'opinion pharmaceutique constituait une approche intéressante des attributions du pharmacien nouveau. Cependant, la possibilité qu'elle offrait de constituer un dossier patient sera bientôt obsolète, avec la création du dossier pharmaceutique (voir § 1.4.2.4. p. 40). L'opinion pharmaceutique n'aura donc plus de raison d'être qu'administrative et juridique.

Cet échec permet également de tirer certaines leçons, qui éviteront peut-être la déroute des prochaines réformes innovantes dans l'exercice de la pharmacie. D'abord, il était mal avisé d'importer un système d'opinions écrites issu d'un pays – le Québec – où le système de santé et la démographie médicale sont totalement différents. Ensuite, de telles réformes doivent apparaître progressivement, après des expériences sur des sites pilotes, ville(s) ou département(s) au maximum. Enfin, un document qui suppose la collaboration étroite entre médecins et pharmaciens doit nécessiter l'accord préalable de tous les professionnels de santé de terrain, qui doivent exprimer leurs réticences, évaluer les moyens à mettre en œuvre, et discuter de l'application avec les législateurs.

## 5. L'éducation thérapeutique

L'enjeu de l'éducation thérapeutique est de faire adopter à une population sanitaire un **comportement de santé optimisé** au niveau des thérapeutiques, de la continuité des soins, de l'observance, de l'hygiène de vie, et **responsable** en ce qui concerne la prévention et le coût pour la société. Autrement dit, c'est conférer à un malade, dans le cadre de sa propre maladie, les habitudes et les réflexes d'un professionnel de santé.

C'est pourquoi, pour être efficace, l'éducation thérapeutique ne doit pas uniquement s'appuyer sur une prestation détaillée du pharmacien, qui aurait des allures de monologue. Elle doit s'appuyer sur un questionnement judicieux des habitudes du patient, et faire des propositions simples qui ne bouleversent pas totalement ces habitudes. L'éducation est donc centrée sur le patient. A l'instar d'une psychothérapie, l'éducation thérapeutique n'est pas un

acte isolé que l'on expédie en une séance, mais un travail continu, régulièrement réévalué, qui n'est pas transposable d'un patient à l'autre.

Maîtriser l'éducation thérapeutique doit être une priorité pour le pharmacien, car elle constitue le fondement de la consultation thérapeutique. Assurer une telle consultation sous-entend que l'on a acquis des facilités de communication et la pédagogie nécessaire pour transmettre un savoir.

### **5.1. Réponses à l'enquête**

Lors de l'enquête, on a demandé aux pharmaciens comment ils envisageaient l'éducation thérapeutique d'une part, et auprès de quelle(s) population(s) sanitaire(s) ils concentraient leurs efforts d'éducation d'autre part.

La question concernant la vision qu'avait le titulaire de l'éducation thérapeutique est celle qui a donné le plus de difficultés ; la réponse était souvent longue à venir, hésitante, et modifiée plusieurs fois. Chaque répondant avait l'impression d'avoir "oublié quelque chose" et voulait savoir ce que les autres avaient répondu avant lui.

Quoi qu'il en soit, les réponses obtenues, titulaires et étudiants confondus, sont les suivantes :

- Respect des posologies / modalités de prise (8 réponses)
- Conseils hygiéno-diététiques (8 réponses)
- Evaluation de la connaissance du traitement et de l'observance (5 réponses)
- Prévention et messages de santé publique (4 réponses)
- Sensibilisation aux effets indésirables (2 réponses)
- Maîtrise des formes galéniques particulières (2 réponses)
- Education sexuelle (2 réponses)
- Apport de connaissances sur la pathologie (1 réponse)
- Respect des modalités administratives de délivrance (1 réponse)
- Responsabilisation du malade (1 réponse)

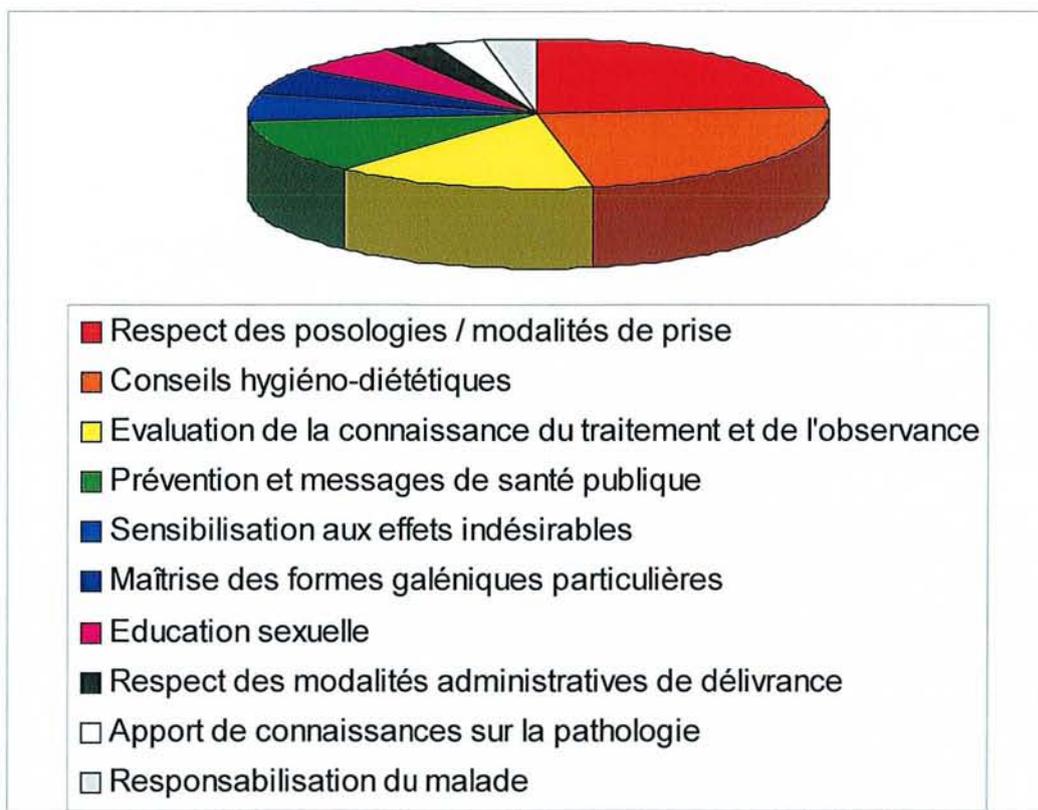


Figure 17 - Définitions de l'éducation thérapeutique

On constate effectivement que "respect des posologies / modalités de prise" est souvent cité, bien qu'il s'agisse de l'activité de base du pharmacien. On entend également beaucoup parler de "conseils hygiéno-diététiques", qui ont leur utilité mais sont plutôt des "astuces" invariablement données à tous les patients que des efforts de prise en charge individuelle. Les seuls items vraiment tournés vers l'idée générale d'éducation thérapeutique sont "évaluation de la connaissance du traitement et de l'observance" (5 réponses) et "apport de connaissances sur la pathologie" (1 réponse). Une jeune pharmacienne a précisé qu'il fallait s'assurer « que les prises de médicaments [étaient] adaptées [au] mode de vie [du patient] » (Annexe 4B – 20 p. 184), ce qui signifie bien placer le patient au centre de la stratégie thérapeutique.

Comme cibles prioritaires de l'éducation thérapeutique, les répondants voient principalement les malades chroniques, diabétiques, hypertendus ou asthmatiques. Près d'un quart estime que l'éducation thérapeutique ne doit pas avoir de cible désignée. Quelques-uns pensent également aux personnes ayant des difficultés de compréhension, qu'il s'agisse de personnes âgées ou d'étrangers ne maîtrisant pas le Français. Cependant, dans la mesure où les titulaires confondent "éducation thérapeutique" avec "conseils et précautions d'emploi", réussir à expliquer ces précautions d'emploi est déjà pour eux perçu comme un effort

d'éducation thérapeutique : « Je ne pense pas que les efforts d'éducation thérapeutique doivent porter sur telle ou telle pathologie, mais plutôt pour palier certains comportements, un déficit intellectuel ou le barrage de la langue. » (Annexe 4A – 14 p. 174) « Le message est particulièrement dur à faire passer lorsque nous parlons à des étrangers ou à des personnes défavorisées peu instruites. » (Annexe 4A – 5 p. 156) ; si ces titulaires avaient eu une autre définition de l'éducation du patient, ils auraient sans doute évoqué d'autres populations cibles.

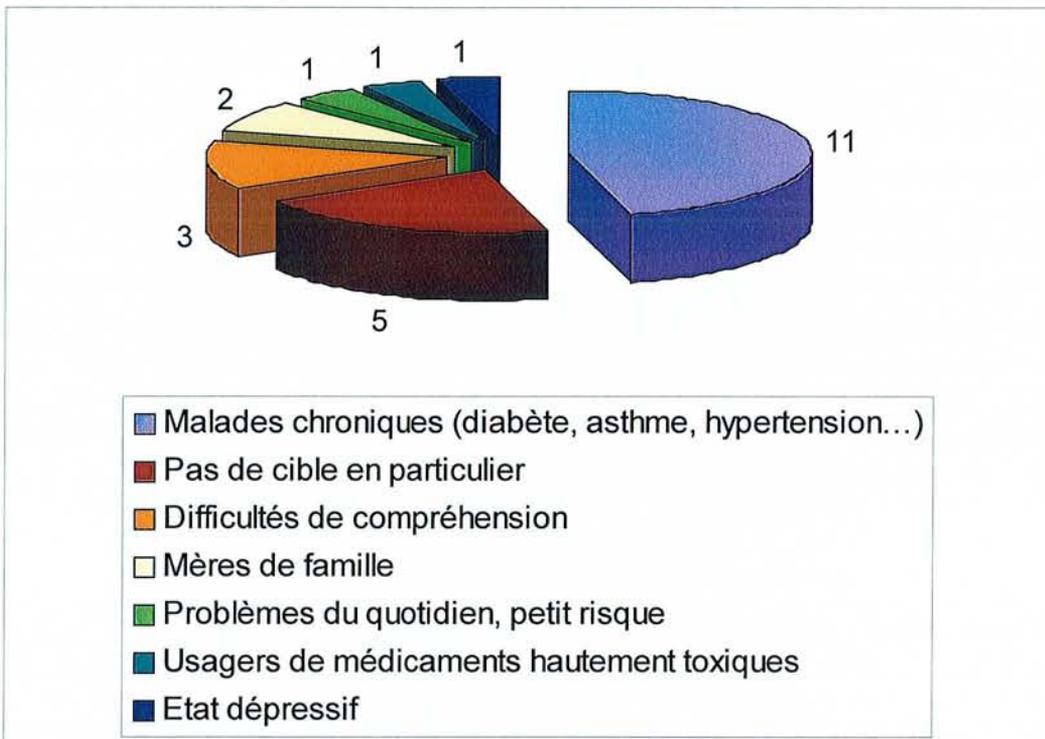


Figure 18 - Cibles prioritaires de l'éducation thérapeutique

## 5.2. Elargir sa vision de l'éducation thérapeutique

Les résultats corroborent ceux d'une autre enquête citée dans la première partie [voir § 1.4.3.6. p. 46] : « La définition [de l'acte éducatif] prêtait à de nombreuses hésitations et conjectures. En effet, les pharmaciens ont du mal à étendre leur vision de l'acte pharmaceutique : la plupart de leurs remarques se limitent à l'ordonnance. »<sup>19</sup>

Sur ce plan, on ne peut pas dire que les futurs pharmaciens soient progressistes par rapport à leurs aînés. D'après eux, l'éducation thérapeutique est destinée « à sensibiliser les personnes aux effets indésirables des médicaments, à leur mésusage, et surtout à les amener à respecter les posologies. » (Annexe 4B – 16 p. 178) ou « apprendre à son patient les règles hygiéno-diététiques » (Annexe 4B – 19 p. 183), ce qui est assez limitatif, et surtout reproductible d'un patient à l'autre. Certains ont une vision plus précise de ce qu'est l'éducation thérapeutique,

ils parlent de « donner les clefs de connaissances nécessaires à la compréhension par le patient de son traitement » (Annexe 4B – 17 p. 180) ou encore de « s'assurer que le patient a bien compris sa pathologie, que ses prises de médicaments sont adaptées à son mode de vie. » (Annexe 4B – 20 p. 184). Le terme même "d'éducation" thérapeutique implique par essence des notions de pédagogie ; il s'agit non pas d'informer mais d'apprendre au patient à gérer au mieux son quotidien en tenant compte de son état de santé.

Questionner un patient sur son observance implique du savoir-faire et du tact. Même si le patient a tendance à faire davantage de confidences au pharmacien qu'au médecin, parce qu'il sent le pharmacien plus à sa portée, lui poser des questions fermées de type : « Est-ce que vous continuez à prendre vos médicaments ? » est le meilleur moyen de le murer dans le silence. La question peut être posée telle quelle à un patient qui fréquente l'officine depuis des années, et qui a établi une relation de confiance avec le pharmacien. Pour tous les autres cas, il faut toujours recentrer la discussion sur le patient : « Une communication efficace est le meilleur garant du bon usage du médicament. Si vous sentez poindre une résistance ou un frein à l'observance, questionnez plus précisément votre client pour en comprendre les raisons. Elles peuvent concerner son mode de vie, des effets secondaires mal supportés, etc. Les mettre en évidence permettra de chercher une solution satisfaisante. »<sup>11</sup> Ainsi, dans la première partie (voir § 3.1.1.1. p. 75), on évoquait le cas de patients souffrant du V.I.H. : lorsqu'on leur demandait quelles raisons pouvaient constituer un manquement au traitement, certains évoquaient la difficulté à se médicamenter devant la famille ou les amis – un motif très personnel, qui n'a rien à voir avec un problème de compréhension ou d'inconséquence.

### **5.3. Les cibles de l'éducation thérapeutique**

Les répondants pensent en premier lieu aux malades chroniques, en particulier ceux souffrant de maladies métaboliques (diabète type II, hypertension...) liées à un comportement délibérément à risque, ancré dans leurs habitudes. Somme toute, c'est assez logique, car ces malades fréquentent les officines très régulièrement, ils ont des ordonnances longues qui nécessitent une réflexion accrue et marquent les esprits, et sont des cibles désignées pour les conseils hygiéno-diététiques. Ils sont sans doute aussi les cibles les plus difficiles à atteindre, car leur problème de santé est l'expression de plusieurs décennies d'un comportement inadapté, qui est devenu une nature propre. Un homme âgé habitué aux excès alimentaires soutiendra en outre que la nourriture constitue l'un des seuls plaisirs à son âge, et que l'en priver lui ferait perdre goût à la vie. Dans de tels cas, le professionnel de santé doit faire de nombreuses concessions, et s'intéresser avant tout à ce que le patient désire pour lui-même,

sans vouloir le "sauver" à tout prix. Et même si le patient finit par accepter l'offre de soins lorsqu'il se trouve aux dernières extrémités, il faut toujours respecter son choix.

Quelques répondants récusent ce point de vue, et estiment que l'éducation thérapeutique ne doit pas avoir de cible particulière, afin de ne discriminer personne. Une sage remarque, à condition de consacrer effectivement le temps nécessaire à chaque patient, d'avoir le personnel nécessaire en disponibilité et en compétence. Une titulaire pense même que le pharmacien doit cibler plus particulièrement le petit risque (Annexe 4A – 7 p. 159), car il est le plus fréquent.

L'expression "personnes ayant des difficultés de compréhension" désigne selon le cas les personnes très âgées, les personnes de faible niveau psychosocial, ou les étrangers non francophones. Durant les entretiens, ces termes étaient formulés avec beaucoup de circonspection, on sentait chez les répondants une certaine retenue lorsqu'ils évoquaient leur rôle social. C'est pourtant une activité à part entière du pharmacien, et il est nécessaire de s'y intéresser au même titre que l'éducation purement thérapeutique. « Les personnes très âgées ont souvent du mal à entendre ou à bien voir. Ceci nécessite d'être attentif à compenser ces handicaps. Elles peuvent se sentir inutiles ou délaissées. Ceci nécessite de les reconforter et de les valoriser (trouver des choses positives à leur dire). »<sup>40</sup>

L'état dépressif est encore plus délicat à aborder, il fait appel à un véritable savoir de psychothérapie, qui n'est pas exigible de tout pharmacien. D'ailleurs, se pencher sur une dépression, diagnostiquée ou manifeste, qui s'enracine dans des problèmes personnels, dépasse les compétences du pharmacien – il peut éventuellement orienter le patient vers un psychiatre ou un psychologue. La seule intervention possible du pharmacien concerne les dépressions résultant d'un autre état pathologique ; il faut alors y répondre par la bonne attitude : « Une personne peut être perturbée par une pathologie grave soit qu'elle en soit elle-même atteinte, soit qu'il s'agisse d'un de ces proches. Dans ces cas, la demande de conseils est souvent pressante et très personnelle [...]. Les questions peuvent porter sur tous les points ressentis douloureusement ou apparaissant comme encore obscurs après les premiers entretiens avec l'équipe de soins : diagnostic, évolution de la maladie, peur de la douleur, rejet des proches [...]. Pour le diagnostic, [le pharmacien] demandera au patient ce que son médecin lui a dit et se dispensera de lui en révéler davantage, tout en faisant preuve de compassion. Parler de la mort pourra être également une demande du patient. »<sup>40</sup>

#### **5.4. Le toxicomane et l'éducation thérapeutique**

Le toxicomane n'apparaît pour personne comme un enjeu de l'éducation thérapeutique. Un seul titulaire évoque la toxicomanie dans l'éducation thérapeutique (Annexe 4A –10 p. 166), pour dire que « la politique de prise en charge des patients toxicomanes à l'officine est un échec total. » Or, même s'il s'agit du seul témoignage en apparence, il faut signaler que durant les entretiens, quatre titulaires ont souhaité s'exprimer librement sur la toxicomanie, sans que leurs propos soient retranscrits. Il en ressort que le rapport au toxicomane est vraiment perçu comme une angoisse, voire un dégoût profond de la part de certains titulaires.

« En toxicomanie, rien ne remplace le contact humain. Le médicament est souvent indispensable mais [...] il ne peut redonner le goût de la liberté, c'est l'entourage du patient qui aidera ce dernier à s'en sortir ainsi que la présence du pharmacien. »<sup>24</sup> : les messages rassurants que l'on peut lire dans le « *Guide du stage officinal* » s'opposent à une vision franchement négative, sur le terrain, de la prise en charge du toxicomane, que l'on veut dissimuler aux autres patients, que l'on sert le plus vite possible, que l'on montre du doigt comme une plaie et une menace. En effet, beaucoup de titulaires semblent baisser les bras, et des formations seraient nécessaires pour réévaluer le problème dans sa globalité et l'aborder avec un nouveau souffle ; la peur et la mauvaise volonté ne peuvent que figer la situation.

Le rôle du pharmacien dans le grand thème de santé publique qu'est la lutte contre les conduites addictives reste essentiel. D'après J. Lamarche, pharmacien engagé dans cette lutte, consulté en tant qu'expert sur les questions de toxicomanie, « [le médecin] prescrit après examen médical, il donne les doses appropriées et les heures de prises. Le pharmacien délivre exactement ce que la loi lui autorise, ouvre un dossier médical, surveille [...]. Si ce cadre n'est pas respecté, la dérive est inévitable et normale, car le toxicomane mal encadré reste un toxicomane. [...] Il est hors de question de lui en tenir rigueur, seul le couple pharmacien-médecin trop laxiste est responsable de cet échec, exactement comme une jambe mal radiographiée et mal plâtrée se recasserait au moindre petit choc. »<sup>55</sup>

### **6. La consultation pharmaceutique**

La consultation pharmaceutique pourrait être la réponse à la demande de plus en plus pressante de prise en charge globale de certains patients. « Pour être satisfaisante, l'écoute suppose une grande disponibilité. Cela implique, par exemple, d'organiser dans la mesure du possible la gestion du personnel de façon à ce que le titulaire puisse quitter le comptoir à tout

moment et pour un temps indéterminé. [...] Lorsque le patient se présente avec une ordonnance ou lorsqu'il fait expressément état de sa pathologie au comptoir, le pharmacien peut lui proposer de le recevoir immédiatement ou sur rendez-vous pour un entretien. »<sup>11</sup>

En plus d'octroyer une grande qualité d'écoute, ces entretiens permettraient la gestion d'outils performants d'aide à la prise en charge : dossier pharmaceutique, prescription pharmaceutique...

Les questions posées sur ce thème ont permis d'une part de déterminer dans quelle mesure la consultation pharmaceutique était connue des répondants, d'autre part de connaître leur envie d'y avoir recours, et d'estimer quels moyens étaient nécessaires pour y parvenir.

## 6.1. Réponses à l'enquête

### 6.1.1. *Les exemples connus de consultation pharmaceutique*

Huit des répondants ne peuvent citer aucun exemple de consultation pharmaceutique. Lorsqu'ils en connaissent, il s'agit surtout des consultations pharmaceutiques à l'étranger (10 réponses). Trois titulaires connaissent les consultations pharmaceutiques promues par la Maison du Diabète. Une seule connaît un autre exemple de consultation pharmaceutique en France.

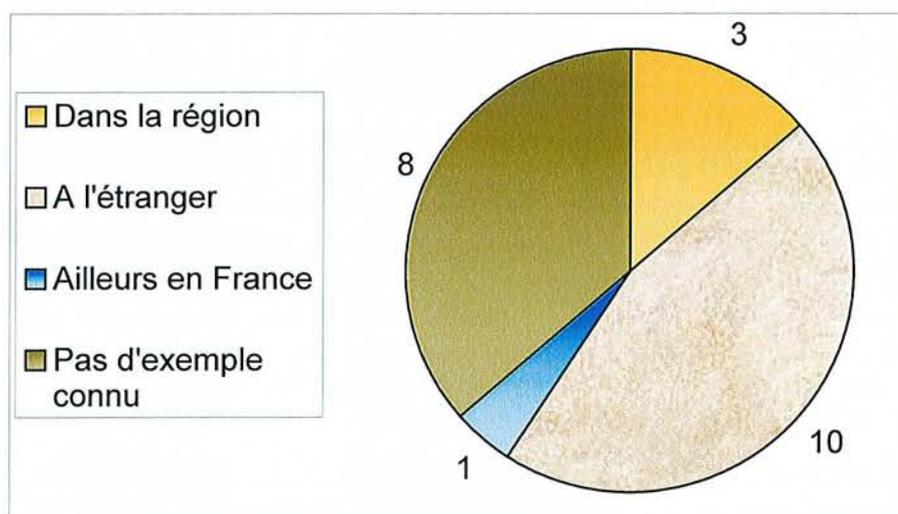


Figure 19 - Les exemples connus de consultation pharmaceutique

Même si une majorité de répondants connaissent des exemples de consultations pharmaceutiques, il ne faut pas automatiquement y voir un intérêt particulier pour le sujet. Il s'agit plutôt d'un terme qui a été entrevu dans la presse professionnelle et qui a pu laisser un vague souvenir : « J'ai lu ce terme parfois dans des revues professionnelles, mais je ne savais

pas que ça existait vraiment. » (Annexe 4A – 1 p. 146) « J'ai lu des articles à propos de consultations à l'étranger. » (Annexe 4A – 7 p. 159) Ces articles sont cités de nombreuses fois par les titulaires.

D'autre part, puisque le sujet des consultations pharmaceutiques à l'étranger est abordé durant les études de pharmacie, il est naturel que quatre des cinq étudiants et jeunes pharmaciens en parlent.

Pour ce qui est des consultations pharmaceutiques proposées par la Maison du Diabète de Nancy (MDN) – dont on parle également pendant les Enseignements de Grandes Pathologies en cinquième année de pharmacie – ils sont connus de trois titulaires. Or, la MDN a sollicité par courrier (voir Annexe 3 p. 143) de nombreux pharmaciens du département : on peut en conclure que l'impact de ces courriers a été très faible, ou en tout cas qu'ils n'ont pas donné à leurs destinataires une idée précise de ce qu'est une consultation pharmaceutique. D'ailleurs, les titulaires qui ont tenté l'expérience ne l'ont pas jugée satisfaisante, comme on l'a vu précédemment (voir § 2.1.2. p. 100).

Finalement, une seule titulaire s'est intéressée à un exemple français de consultation pharmaceutique hors MDN ; elle a cerné le sujet et a pu restituer le contenu d'un article sur le programme Pharmaker (voir § 3.1.3. p. 77) durant l'entretien.

### **6.1.2. Préalables à la mise en place de consultations pharmaceutiques**

Tous les répondants, sans exception, se disent prêts à assurer des consultations pharmaceutiques ; la plupart cependant émettent des conditions.

- 5/20 demandent un supplément de formation, afin de mieux appréhender le patient et la façon de communiquer avec lui
- 6/20 exigent une compensation financière pour le pharmacien ; ce point semblant particulièrement critique, un paragraphe lui est consacré [§ 2.6.2. p. 123]
- 1 titulaire veut au contraire faire de la consultation pharmaceutique un service gratuit (Annexe 4A – 7 p. 159)
- 3/20 aimeraient d'abord voir leurs prérogatives élargies (droit de prescription, recours aux gestes médicaux)
- 3/20 estiment au contraire que la séparation totale des compétences (prescription et gestes médicaux) est une condition *sine qua non*
- 1 titulaire demande que les industriels fassent d'abord un effort sur le prix des médicaments destinés au conseil (Annexe 4A – 10 p. 166)

- 1 jeune pharmacien estime que la consultation pourrait être mise en place dans un système de santé mieux uniformisé par des protocoles (Annexe 4B – 17 p. 180)

Ainsi, dans certains domaines, les points de vue divergent et s'opposent deux à deux (gratuité/rémunération de la consultation pharmaceutique, possibilité ou non d'actes médicaux). Il semble donc d'autant plus impératif que la mise en place des consultations pharmaceutiques soit précédée de discussions entre tous les acteurs : législateurs, décideurs de l'Ordre, pharmaciens de terrain et pourquoi pas usagers du système de santé.

Quant à la remarque sur le prix des médicaments destinés au conseil officinal, elle est très pertinente. Pour une même molécule, un produit conseil est toujours plus cher qu'un produit remboursable, non pas parce que le pharmacien profite d'un prix libre, mais parce que le médicament conseil est, à la base, proposé plus cher par le laboratoire.

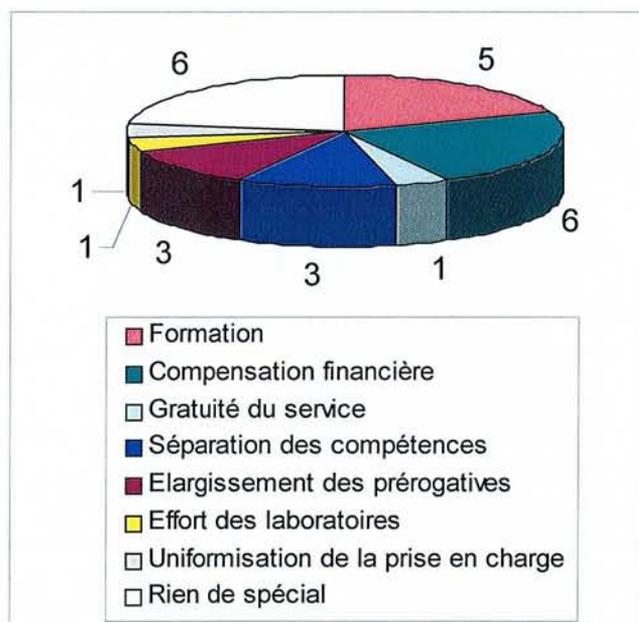


Figure 20 - Pré-requis à la mise en place de consultations pharmaceutiques

### 6.1.3. Des oppositions à la consultation pharmaceutique

On a demandé aux répondants quel serait le principal obstacle à la mise en place des consultations pharmaceutiques, en admettant qu'on leur alloue les moyens nécessaires. Une fois encore, la sempiternelle "peur du médecin" prédomine, elle est évoquée **9 fois** sous différentes périphrases : « Le médecin n'a pas confiance dans nos compétences », « Le médecin n'admettrait pas que les patients plébiscitent nos consultations », etc.

On dénombre quelques remarques moins attendues. Le problème pourrait venir des pharmaciens eux-mêmes. D'abord, deux répondants estiment que beaucoup de pharmaciens sont effectivement incompetents et s'en accommodent très bien (Annexe 4A – 7 p. 159 et 4B – 18 p. 182). La première parle également de l'image du pharmacien « devenu sous-fifre du médecin » qui pourrait s'en ressentir ; cette remarque n'est pas tout à fait isolée, car on la trouvait déjà dans une thèse de 2005 : « [la] possibilité de prescription de médicaments pourrait assimiler le pharmacien à un médecin au rabais, apte à prescrire seulement dans les situations les plus simples ; elle contribuerait à renforcer la confusion entre les compétences des professionnels de santé aux yeux du public. »<sup>41</sup> On évoque également les pharmaciens davantage porté sur leur chiffre d'affaires que sur leurs patients (Annexe 4A – 7 p. 159 et 4B – 20 p. 184).

Un autre titulaire évoque un problème territorial. Selon lui, les nouveaux diplômés en pharmacie choisissent presque toujours de s'installer en milieu urbain, et la mise en place de consultations pharmaceutiques creuserait à terme les inégalités de service entre la ville et la campagne (Annexe 4A – 10 p. 166).

Enfin, la consultation pourrait être boudée par les patients, en raison de sa nouveauté (Annexe 4A – 9 p. 164) et du temps nécessaire (Annexe 4B – 20 p. 184), ou rejetée par la Sécurité Sociale, si elle devait augmenter ses frais (Annexe 4A – 11 p. 169).

#### **6.1.4. Avantages pour le patient**

La dernière question de la série sur la consultation pharmaceutique concernait les avantages de ce service pour le patient ; d'après le sondage, les principaux avantages offerts au patient seraient les suivants :

- Une meilleure information sur leur pathologie et leur traitement (**10 citations**)
- Une meilleure écoute et beaucoup de disponibilité (**7 citations**)
- Une meilleure observance (**6 citations**)
- Une facilitation de l'accès aux soins (**4 citations**)
- Un meilleur suivi et plus de sécurité (**3 citations**)
- Une meilleure adhésion du patient à son traitement (**2 citations**)
- Le remboursement dans tous les cas (**2 citations**)

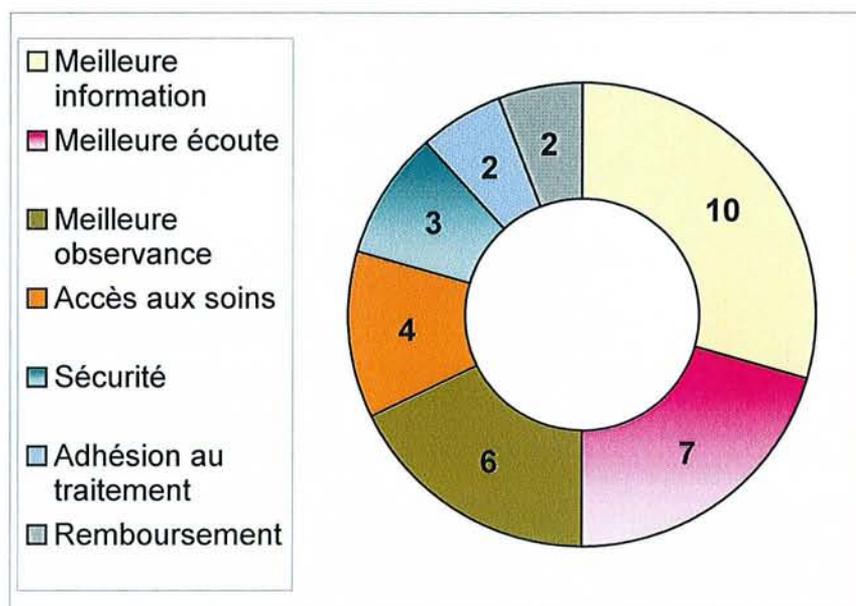


Figure 21 - Les avantages de la consultation pharmaceutique pour le patient

## 6.2. Des pistes de financement pour la consultation pharmaceutique

D'après notre analyse, pour que la consultation pharmaceutique soit viable, elle doit bénéficier d'un financement double : des moyens pour élaborer un système de prescriptions / remboursement, seul garant de la gratuité pour le patient, et des moyens pour indemniser le pharmacien, qui en consacrant son attention à une seule personne ne peut plus assurer ses fonctions au comptoir, ce qui, dans le contexte actuel, signifie qu'il ne gagne rien.

### 6.2.1. *Financement du système de prescriptions / remboursement*

Afin de s'assurer le soutien politique nécessaire, la consultation pharmaceutique doit s'inscrire dans la politique actuelle de maîtrise des coûts de la santé. Donc, si elle permet à la Sécurité Sociale de faire l'économie de quelques consultations médicales superfétatoires, elle ne doit pas par ailleurs constituer une charge en déplaçant simplement la position du prescripteur.

Or, ces dernières années, on constate une implication de plus en plus forte des caisses complémentaires dans la prise en charge globale : remboursement partiel des packs de lait *Fortimel*<sup>®</sup> chez les patientes souffrant d'ostéoporose, remboursement partiel des substituts nicotiques entre autres exemples, pourvu qu'il y ait prescription médicale. C'est pourquoi « le Collectif des groupements de pharmaciens s'est engagé à travailler avec l'Assurance maladie complémentaire sur la logique des "paniers de soins", [c'est-à-dire] des contrats santé

avec une prise en charge partielle ou totale d'un ensemble de produits liés à une ou plusieurs pathologies déterminées. »<sup>23</sup>

On peut ainsi imaginer **le financement de la prescription pharmaceutique par les organismes de complémentaire santé**. D'une part, on résout le problème du conseil limité par les moyens du patient (« un patient qui a la gorge enflée et douloureuse, les yeux irrités, le nez qui coule et de la fièvre achètera en conseil officinal un ou deux produits maximum, parce qu'il n'a pas envie d'en payer quatre » – Annexe 4A – 1 p. 146). D'autre part, la forme de contrat définissant précisément un ensemble de produits remboursables pour chaque indication interdit tout abus de la part d'un prescripteur indélicat qui est aussi le vendeur (« si le prescripteur touche les bénéfices de ce qu'il prescrit, il y aura inmanquablement des dérives » – Annexe 4A – 8 p. 161).

### **6.2.2. Financement de l'indemnisation du pharmacien**

Comme on l'a vu dans la première partie [§ 3.1.1. p. 74], un laboratoire pharmaceutique peut soutenir financièrement un projet de consultation pharmaceutique. Le laboratoire y trouve son intérêt : en effet s'il propose gracieusement des prestations de service à la personne qui utilise ses produits, il est certain de conserver une place de leader sur le marché, et la menace concurrentielle le contraint à donner à ces prestations une qualité irréprochable.

Par exemple, certains fabricants de médicaments destinés à la sclérose en plaque proposent déjà d'envoyer au domicile des patients des infirmières salariées du laboratoire, qui apprennent aux patients à s'administrer les médicaments eux-mêmes. A l'heure où ces lignes s'écrivent, des députés travaillent sur un projet de loi pour la généralisation du « programme d'aide à l'observance » organisé par les laboratoires pharmaceutiques.<sup>57</sup> Sur le même principe, on pourrait concevoir **le financement des honoraires de consultation pharmaceutique par les laboratoires**. Bien que leur sens de l'éthique soit souvent remis en cause, on constate une inversion de la tendance notamment à travers les formations données dans les facultés et les formations continues des laboratoires, de plus en plus axées sur la sécurité et la prise en charge du patient avant les aspects commerciaux. Ce système ne peut être envisagé que lorsqu'un laboratoire fabrique tous les produits dans une pathologie donnée. C'est le cas pour Roche, qui fabrique les antirétroviraux ; ceci a permis au projet « La Pharmacie du Village » de voir le jour (voir § 3.1.2. p. 76), grâce à un financement du laboratoire Roche : cette pharmacie expérimentale donne des consultations sur le thème des effets indésirables des antirétroviraux.

D'autres sources peuvent être envisagées pour le financement des honoraires de consultation pharmaceutique :

- Le Fonds d'Aide à la Qualité des Soins de Ville (FAQSV), comme pour le projet Pharmaker [§ 3.1.3. p. 77]
- Les réseaux de santé – ce qui indirectement revient au même – comme pour la Maison du Diabète [§ 2.1.4.1. p. 55]
- Une association de malades locale, dont les besoins sanitaires pourraient la conduire à demander l'aide d'un pharmacien pour la prise en charge assistée de certains patients

### **6.3. Pourquoi une consultation pharmaceutique ?**

Pour commencer, comme on l'a longuement exposé, la consultation pharmaceutique, en relayant les messages de santé publique et d'éducation thérapeutique, en analysant au cas par cas les causes de l'inobservance, les interactions médicamenteuses entre des traitements se chevauchant, les effets indésirables encourus et les signes d'aggravation de la pathologie, est une forme d'optimisation de la prise en charge.

On peut également envisager la consultation pharmaceutique sous d'autres aspects ; celui d'une consultation courante pour les petits ennuis de santé du quotidien d'une part, et celui d'une consultation accélérée de prolongation de traitement d'autre part.

#### **6.3.1. *L'accès aux soins facilité***

La consultation pharmaceutique facilite l'accès aux soins, et aux soins gratuits en particulier. Avec un système de prescription / remboursement adapté, elle permettrait aux patients qui n'ont pas le temps de voir un médecin et qui souffrent de troubles mineurs d'être pris en charge correctement.

La consultation peut couvrir également des besoins qui ne sont pas liés à la maladie mais à la sauvegarde de la bonne santé : c'est le cas des consultations pharmaceutiques de sevrage tabagique proposées en Annexe 6 p. 187. Actuellement, elles comportent un défaut majeur, c'est la nécessité de présenter une prescription médicale pour prétendre au remboursement des dispositifs de substitution nicotinique, qui rend obligé le passage chez le médecin, et, par conséquent, rend la consultation pharmaceutique caduque. Une complémentaire santé offre néanmoins de rembourser ces dispositifs lorsqu'ils sont directement achetés chez le pharmacien<sup>75</sup>.

### 6.3.2. *Le renouvellement des traitements longue durée*

La consultation pharmaceutique pourrait également éviter aux malades chroniques la contrainte de voir un médecin tous les mois pour réitérer une prescription identique. Par exemple, dans le cas d'un traitement par la *rosuvastatine*, sur accord du prescripteur initial, le pharmacien pourrait lors d'un entretien demander au patient s'il ne souffre pas de crampes ou de fatigue musculaire (principal effet indésirable qui doit faire réévaluer le traitement par le prescripteur initial), s'assurer qu'il prend son médicament le soir, et dans le cas contraire lui demander pourquoi, et consulter le dernier compte-rendu biologique. Si le patient supporte le traitement et que son taux de cholestérol est stable, le pharmacien pourrait ainsi prolonger plusieurs fois la prescription initiale, dans une limite préalablement fixée par le prescripteur.

Le médecin lui-même est parfois demandeur de ce renouvellement par le pharmacien, car se contenter d'établir machinalement une prescription peut lui sembler indigne. En particulier, dans les maladies de spécialistes (exemple, en neurologie : épilepsie, narcolepsie, Alzheimer...), la première prescription est hospitalière, et le renouvellement se fait par le généraliste, qui n'a aucun moyen avec le matériel dont il dispose de réévaluer le traitement. Ce renouvellement pourrait donc tout à fait échoir au pharmacien, tant qu'aucun signe de dégradation ne l'encourage à renvoyer le patient chez son spécialiste.

### 6.4. Où mener la consultation pharmaceutique ?

On a déjà largement mentionné ailleurs l'importance d'un espace de confidentialité à l'officine (§ 2.2. p. 103), tout désigné pour la consultation pharmaceutique. Cependant, on a noté que d'une part, toutes les officines n'ont pas matériellement la possibilité d'aménager un tel espace et que, d'autre part, les patients peuvent être mal à l'aise à l'idée d'être mis "à l'écart" dans une annexe de l'officine.

Or, il n'est pas de sujet de consultation pharmaceutique qui puisse se dispenser de confidentialité ; même si l'on prend l'exemple d'une consultation de sevrage tabagique (cf. Annexe 6 p. 187), l'entretien type comporte des questions telles que : « Êtes-vous actuellement enceinte ? » « Prenez-vous la pilule ? » « Suivez-vous un traitement de substitution (SUBUTEX<sup>®</sup>, méthadone) ? » ou encore « Vous intéressez-vous toujours à votre apparence ? » – questions éminemment personnelles.

On peut donc dire que si l'espace de confidentialité n'est pas un local indépendant, fermé par quatre murs, il doit exister néanmoins pour permettre la consultation pharmaceutique, que

ce soit sous la forme d'un poste assis isolé des autres comptoirs, ou bien d'un box avec environnement musical qui isole des conversations extérieures, par exemple.

Par ailleurs, on peut dans certains cas particuliers imaginer des **consultations pharmaceutiques données en dehors de l'officine**. Cela peut être **chez le patient**, si le pharmacien a été mandaté pour organiser le maintien à domicile (lit médicalisé, matériel de transfert, nutrition parentérale, oxygénation...). Dans ce cas il faudra planifier une visite d'installation, prolongée par de l'éducation thérapeutique sur tous les matériaux livrés, au patient et surtout à son entourage, une autre visite quelques semaines plus tard pour s'assurer du bon usage du matériel, puis des visites de contrôle régulières. Pour envisager une telle disponibilité, le pharmacien doit faire du maintien à domicile son activité principale.

On peut encore envisager des **consultations pharmaceutiques dans une maison de soins**. Ces structures se développent essentiellement en milieu rural, pour faire face à la désertification médicale ; il s'agit du regroupement de plusieurs praticiens libéraux (généralistes, dentistes, cardiologues, kinésithérapeutes, infirmières...) dans un unique cabinet. La maison de soins reçoit surtout des personnes âgées, c'est-à-dire des patients polypathologiques et polymédicamentés, chez qui les interactions médicamenteuses potentielles sont nombreuses, chez qui une adaptation posologique est souvent nécessaire (clearance rénale, vidange gastrique...), susceptibles de se tromper dans leur traitement, et plus exposées que la population générale aux effets indésirables graves. Après un passage chez un ou deux professionnels de la maison de soins, il serait tout naturel de faire passer chaque patient sortant devant un pharmacien pour gérer tous ces aspects. Le pharmacien de la maison de soins pourrait même faire des consultations pharmaceutiques sa tâche unique, il serait salarié de la structure, à l'image du pharmacien hospitalier.

## **6.5. Savoir communiquer efficacement**

Il va sans dire que si l'on veut des consultations pharmaceutiques qui soient une réelle avancée dans la prise en charge globale, centrées sur les aspects éthiques et humains, la formation des pharmaciens à la communication et à l'éthique doit être une priorité. Un quart des personnes interrogées dans notre enquête estimaient qu'un supplément de formation était indispensable pour assurer des consultations pharmaceutiques (voir § 2.6.1.2. p. 120).

Comme l'a fait remarquer une titulaire (Annexe 4A – 14 p. 174), il n'existe pas de recette infaillible pour être un bon communicant, car « c'est plutôt dans la fibre de chacun de s'intéresser à ces aspects ou non. Quelqu'un de taciturne ne sera pas plus enclin à l'écoute

après une séance de formation. » Toutefois, un pharmacien ouvert à la communication qui voudrait développer ses facultés pourrait s'inspirer efficacement des techniques de *counseling* éprouvées dans la prise en charge du V.I.H..

La détresse sanitaire et morale des patients séropositifs, et son impact sur l'opinion publique, ont engendré de nombreux progrès dans la prise en charge d'une manière générale : associations de patients, réseaux de santé, sorties de la réserve hospitalière, et consultations pharmaceutiques depuis déjà plusieurs années [§ 3.1.2. p. 76]. La prise en charge des sidéens est également à la pointe en matière de communication grâce au *counseling*, qui peut être défini comme « une relation dans laquelle une personne tente d'aider une autre à comprendre et à résoudre des problèmes auxquels elle doit faire face » ou « la croyance en la dignité et en la valeur de l'individu dans la reconnaissance de sa liberté à déterminer ses propres valeurs et objectifs et dans son droit à poursuivre son style de vie. »<sup>25</sup>

L'Organisation Mondiale de la Santé a recommandé en 1987 l'usage du *counseling* comme méthodologie de référence pour la prévention et le soutien aux victimes du V.I.H. ; d'après C. Tourette-Turgis<sup>90</sup>, cette méthode répond aux besoins car elle peut « résoudre, dans un temps relativement bref, des problèmes qui ne ressortent pas forcément de leur propre pathologie. Ces problèmes peuvent en effet être liés aux contraintes ou à un contexte spécifique avec lequel elles doivent composer ou dans lequel elles doivent survivre et pour lesquels, la plupart du temps, la société ne les a pas préparées. »

En pratique, le *counseling* se caractérise par un ensemble d'**attitudes** appropriées pour le *counselor* qui le pratique, associées à certaines **techniques** résumées ci-dessous. Les cours de Communication suivis durant le cursus universitaire actuel de pharmacie – à la faculté de Nancy en tout cas – donnent des définitions similaires pour nombre de ces termes.

#### 6.5.1. *Les attitudes en counseling*<sup>25</sup>

- **L'écoute** : c'est une écoute attentive, ou active, qui doit capter à la fois le dit et le non-dit de l'interlocuteur, et qui représente une forme d'engagement envers l'autre dans le sens où elle jette les bases d'une relation de confiance.
- **L'acceptation** : elle consiste à indiquer par tout signal verbal et non-verbal à son interlocuteur qu'on l'accepte dans sa globalité, indépendamment du fait qu'on le comprend ou non.
- **L'absence de jugement** : comme son nom l'indique, il s'agit d'éviter de faire intervenir des considérations morales ou personnelles dans sa relation avec l'autre.

- **L'empathie** : elle consiste à se projeter à la place de l'autre pour tenter de comprendre comment il perçoit l'univers qui l'entoure, en faisant abstraction de ses propres références.
- **La congruence** : elle implique que le praticien se laisse aller spontanément aux émotions que suscite chez lui l'entretien, soit dans le but d'inciter l'interlocuteur à se dévoiler de la même manière, soit de lui offrir un aperçu des émotions qu'il pourrait déclencher chez autrui.

#### 6.5.2. *Les techniques du counseling*<sup>25</sup>

- **La question ouverte** : elle permet à l'interlocuteur une réponse libre sans l'influence de propositions émises par le praticien ; en cela, elle l'encourage à exposer ses points de vue.
- **La reformulation des contenus** : en synthétisant le propos de l'interlocuteur par une phrase brève, elle permet au praticien, d'une part, de s'assurer qu'il a bien compris, d'autre part, de montrer à l'interlocuteur qu'il est attentif, et enfin, de cristalliser l'entretien sous forme de points essentiels.
- **La reformulation des émotions** : elle signifie attribuer l'étiquette d'un sentiment aux propos qui viennent d'être exposés par l'interlocuteur, en vue de l'aider à mieux réaliser lui-même son état émotionnel.
- **Le reflet** : il consiste pour le praticien à expliquer à l'interlocuteur comment il interprète un sentiment éprouvé dans telle ou telle situation, pour l'amener à comprendre ce que la manifestation d'un tel sentiment sous-tend.
- **La clarification** : le praticien revient sur certains points abordés durant l'entretien et cherche à les approfondir, pour développer les capacités d'analyse et de verbalisation de son interlocuteur.
- **La focalisation** : c'est une stimulation du processus exploratoire qui doit permettre à l'interlocuteur de réaliser son introspection et de se réapproprier son problème pour trouver les solutions qui lui conviennent.
- **La confrontation** : elle signifie mettre l'interlocuteur face à ses propres contradictions ou ses prises de position au cours de la discussion pour clarifier certains points.
- **Le silence** : il favorise la prise de contact de l'interlocuteur avec lui-même en lui offrant une indispensable plage d'élaboration en présence d'un autre.

## 7. La formation des pharmaciens

La formation est un pilier pour la mise en place d'innovations dans l'exercice professionnel, et en général les pharmaciens sont demandeurs dans de telles situations. On a donc cherché à savoir quelle place la formation continue occupait dans la vie professionnelle des titulaires interrogés.

D'autre part, la formation de base incrémente ces innovations dans les programmes officiels, avec le défaut de ne concerner que les nouvelles promotions de diplômés, et d'investir le monde du travail très progressivement, par le renouvellement des générations. On a demandé à des jeunes diplômés et des étudiants de dernière année en quoi cette formation les préparait aux nouveaux enjeux de la pharmacie, en particulier la prise en charge globale.

### 7.1. Réponses des titulaires à l'enquête

D'une manière générale, les titulaires sont plutôt satisfaits de la formation continue, et la pratiquent régulièrement. Peu d'entre eux ont trouvé des thèmes qui faisaient défaut et qu'ils auraient aimé aborder plus en détail.

#### 7.1.1. *Fréquence de participation*

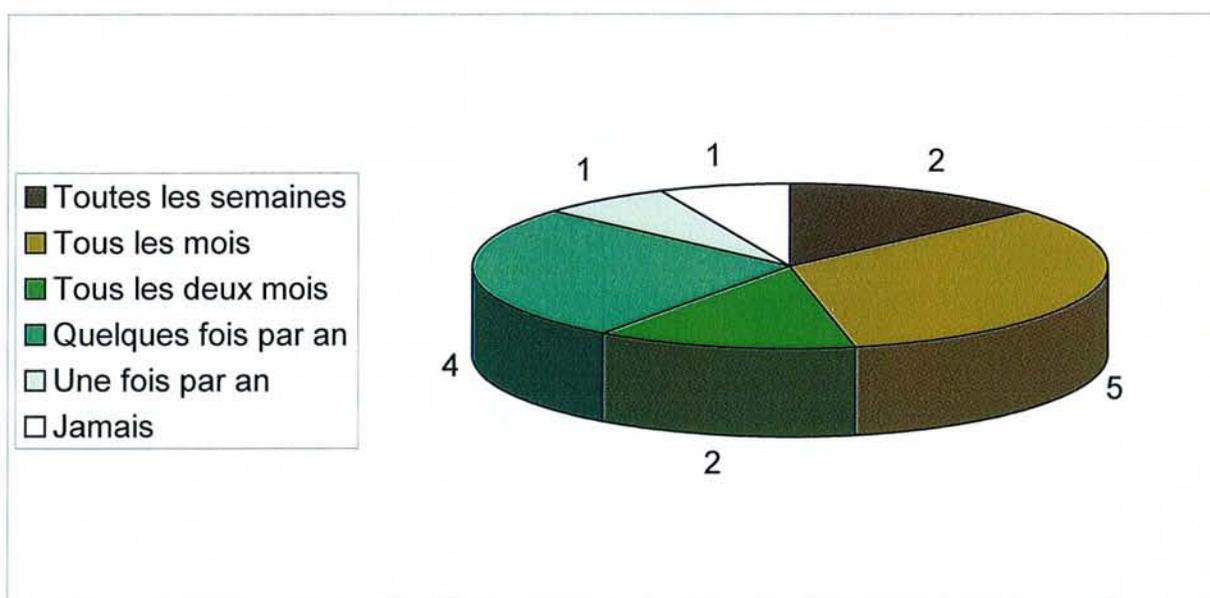


Figure 22 - Fréquence de participation des titulaires à des formations continues

La plupart des titulaires déclarent assister à des formations continues entre une fois par mois et une fois par trimestre. Deux d'entre eux y assistent plus souvent (plusieurs fois par mois), une titulaire ne suit qu'une formation par an, et la dernière n'en a jamais fait.

### **7.1.2. Les défauts de la formation continue**

D'après les répondants, les facteurs préjudiciables à la formation continue, outre le contenu de la formation lui-même, seraient le prix qu'elle coûte, le temps qu'elle nécessite, et la faible participation dont font preuve les confrères (deux citations pour chaque).

En ce qui concerne la forme, quelques titulaires estiment que les cours en amphithéâtre sont trop académiques, qu'ils s'embarrassent de considérations scientifiques superflues et qu'ils manquent de l'avis de véritables professionnels de terrain. D'autres critiquent les formations dirigées par des laboratoires, dont la finalité commerciale est trop perceptible.

Enfin, sur le fond, les sujets que les titulaires souhaiteraient aborder davantage sont :

- **Rapports humains et psychologie** (2 citations)
- **Relation avec les professionnels hospitaliers**
- **Mise à niveau sur les dispositifs électroniques de diabétologie**

La plupart des titulaires ont déclaré qu'ils trouvaient la formation continue complète et que le panel proposé recouvrait tous les aspects de la profession ; néanmoins, pour les quatre qui ont indiqué un autre sujet qu'ils voudraient travailler, on constate que trois d'entre eux évoquent un thème sur la communication, et le dernier sur l'éducation thérapeutique. Ce sont donc bien des domaines qui intéressent les pharmaciens et qui promettent de se développer dans la pratique professionnelle future.

## **7.2. Discussion sur la formation continue**

Non seulement les titulaires, mais les pharmaciens adjoints sont tenus de compléter régulièrement leur formation continue, en vertu de l'article L4236-1 du Code de la Santé Publique<sup>71</sup> : [Alinéa 1] « La formation continue, qui a pour objectif l'entretien et le perfectionnement des connaissances, constitue une obligation pour tout pharmacien tenu pour exercer son art de s'inscrire au tableau de l'Ordre. » [Alinéa 3] « La méconnaissance de cette obligation est de nature à entraîner des sanctions disciplinaires. »

Cependant, les textes ne précisent pas à quelle fréquence cette formation doit se poursuivre, ni sous quelle forme. Du fait de ce flou juridique, il existe de grandes disparités de formation d'un pharmacien à l'autre. Seule une pharmacienne, qui n'a jamais participé à de la formation continue (Annexe 4A – 5 p. 156) peut être prise en défaut.

L'enquête a apporté des précisions sur la nature des formations suivies, et sur les thèmes qui restent à aborder. Or, avant de pouvoir instaurer des consultations pharmaceutiques pertinentes, il faut se demander si les pharmaciens, avec leur bagage de connaissances actuel, satisfont aux exigences de telles consultations. Il existe d'ores et déjà des formations sur la communication (cf. § 1.2.5.1. p. 22), qu'il faudrait compléter par des formations à l'éducation thérapeutique, et aussi un enseignement complet de sémiologie ; l'une des titulaires interrogées a ainsi obtenu un D.U. de Pathologie Médicale (Annexe 4A – 2 p. 149). En travaillant sur ces trois thèmes, **communication / éthique, sciences de la pédagogie** appliquées au patient, et **sémiologie**, le pharmacien de demain serait mieux préparé à assurer un service de prise en charge globale. Quant à l'éventualité d'une prescription pharmaceutique, qui doit bien entendu avoir comme priorités la sécurité du patient et la qualité des soins, et non la perspective d'un nouveau débouché commercial pour le pharmacien, elle n'est pas envisageable sans la mise en place d'un nouveau diplôme. A l'image du diplôme en Angleterre qui forme les prescripteurs indépendants (voir § 3.2.2.3. p. 82) à poser un diagnostic dans les situations du quotidien, à choisir un traitement et à le réévaluer, à travailler en équipe multidisciplinaire, à appréhender un patient de façon empathique et à gérer son suivi, il assurerait une validation réelle des compétences ; ce diplôme acquis, une formation continue **régulière et obligatoire** réactualiserait ces compétences périodiquement.

### **7.3. Réponses des étudiants et jeunes pharmaciens à l'enquête**

Sans surprise, les étudiants sont souvent d'une grande sévérité lorsqu'ils évoquent leurs études. On peut tout de même se montrer admiratif de tous les efforts qui sont faits aujourd'hui pour rendre les études motivantes et attractives : variété des intervenants extérieurs, sémiologie, réflexion autour de grands thèmes de santé, nombreux stages...

L'enseignement de Communication est cité 3 fois sur 5 comme utile à l'approche des aspects humains dans la pratique professionnelle, bien qu'on lui reproche d'insister sur les généralités en communication, et d'être limité quant aux applications pratiques. Il souffre incontestablement d'un volume horaire réduit. On évoque également les travaux dirigés à la Pharmacotheque, pendant l'enseignement de 5<sup>ème</sup> année sur le conseil officinal, dans une moindre mesure.

Par ailleurs, les enseignements de Pharmacologie sont considérés comme incomplets, certains étudiants regrettant de ne pas se sentir infailibles, dans le domaine purement médicamenteux, au sortir de la faculté.

#### **7.4. Discussion sur la formation de base et les stages**

Indépendamment de l'inertie des programmes officiels (voir § 1.2.6. p. 24), de grands progrès ont été faits dans la pédagogie des études de pharmacie, et quelques facultés semblent même être une école des rapports humains de soignant à malade, comme à Lille où les étudiants rencontrent des stomisés, des cancéreux et des personnes ayant subi une laryngotomie (voir § 1.2.1.1. p. 15).

Parallèlement, les stages qu'ils font au cours de leurs études sont rarement ressentis par les étudiants en pharmacie comme des expériences positives. Pourtant, les premiers contacts avec leur futur univers professionnel devraient au contraire les stimuler.

Un titulaire interrogé estime que « les étudiants n'ont pas assez de stages, ils ne sont pas confrontés à la réalité ; [il] préconise plusieurs séjours hospitaliers brefs avant l'année hospitalo-universitaire, et plusieurs mois en officine chaque année. » [Annexe 4A – 8 p. 161]. Un étudiant quant à lui pense que « le stage officinal devrait durer 11 mois et le stage hospitalier 6, non l'inverse. » [Annexe 4B – 18 p. 182], ce qui prouve que les enjeux du stage pour la pratique professionnelle future sont clairement compris.

Or, le facteur qui est souvent mis en avant dans le désintérêt porté aux stages est le manque de responsabilités, ou la difficulté à trouver sa place lorsque aucune tâche précise n'est confiée à l'étudiant. L'initiation précoce aux techniques de communication est importante : pour un professionnel installé, le manque de temps est un facteur décisif dans la non-assiduité à la formation continue, ou bien le manque à gagner si la formation est prise sur le temps de travail. De même, les problèmes de temps et d'argent constituent une entrave à la mise en place de consultations pharmaceutiques. **On pourrait donc imaginer que les étudiants en stage de sixième année assurent le service de consultation pharmaceutique à l'officine :**

- Ils ne perçoivent pas un salaire important, leur temps de travail à l'officine n'a pas besoin d'être "rentabilisé" au maximum.
- Comme durant le stage de 5<sup>ème</sup> année, ils sont directement confrontés aux patients et enrichissent leur expérience de la pathologie et de son vécu.
- En s'affranchissant du côté commercial de la délivrance au comptoir, ils améliorent leurs techniques de communication pour la pratique future.
- Pendant les consultations pharmaceutiques, ils ont le temps de réfléchir à la portée intellectuelle de l'acte pharmaceutique ; lorsqu'ils reviennent à l'exercice officinal habituel, ils sont expérimentés sur les réflexions d'ordre pharmaceutique et peuvent analyser une ordonnance plus rapidement.

Ainsi, à condition que la pharmacie dispose d'un espace de confidentialité adéquat, le stagiaire de sixième année pourrait, par exemple, donner des consultations un après-midi par semaine, à un nombre restreint de patients fidèles à cette officine et volontaires pour un suivi personnalisé.

## Conclusion de l'enquête

A partir des années 90, les instances pharmaceutiques ont eu à cœur de moderniser la profession, conscientes que les progrès constants dans le domaine de la santé et dans l'approche du malade ne pouvaient plus coexister avec la pharmacie traditionnelle. C'est pourquoi le pharmacien d'aujourd'hui a vu se mettre en place les réseaux de santé, de nouvelles réglementations sur la confidentialité, les opinions pharmaceutiques et un ensemble de procédures d'amélioration de la qualité à l'officine. Ces idées nouvelles se succèdent rapidement, ce qui demande aux pharmaciens un effort d'adaptation, à un moment où la profession se dit en crise – du moins, à un moment où la pharmacie d'officine demande une gestion efficace et davantage d'implication et de travail que par le passé.

Ce que révèle l'enquête, c'est une rupture entre la conceptualisation des nouveautés qui émergent dans l'exercice officinal – la théorie, et leur mise en application sur le terrain par des pharmaciens qui gardent encore quelques réflexes de la pharmacie traditionnelle – c'est-à-dire la pratique. Ainsi, lorsque le Ministère de la Santé parle de réseaux destinés à « favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires, notamment celles qui sont spécifiques à certaines populations, pathologies ou activités sanitaires »<sup>05</sup>, le pharmacien d'officine répond que ces réseaux « ne lui amènent pas plus de clients » (Annexe 4A – 1 p. 146) ; il privilégie donc les groupements de pharmacie qui "labellisent" son officine en termes de qualité, et offrent en sus des avantages commerciaux. De même, la formation continue, destinée à entretenir ou actualiser les compétences et à garantir une qualité de soin optimale en adéquation avec l'état actuel des connaissances, est critiquée parce qu'elle est payante ou parce qu'elle empiète sur le temps travaillé, d'où un manque à gagner.

Les intérêts du patient sont encore trop souvent mis en balance avec la rentabilité des officines. Tout comme en politique, les idées des instances supérieures se heurtent aux intérêts individuels et aux expériences personnelles. Quelques accrocs avec le médecin font vite renoncer à l'opinion pharmaceutique, par exemple. De même, une altercation avec un patient refusant les médicaments génériques pourrait conduire le pharmacien à substituer moins souvent. Pour ménager les pharmaciens, les responsables de l'Ordre se veulent rassurant en annonçant que les nouveautés à venir n'alourdiront pas leur charge de travail, qu'elles ne ralentiront pas les délivrances aux heures de pointe<sup>82</sup> – mais peut-on parler de délivrance quand la pharmacie est bondée et que chaque patient se voit consacrer cinq minutes ? – et

qu'elles ne bouleverseront pas, sur le fond, la pratique officinale. Si ces propos rassurent, et qu'ils permettent une meilleure acceptation des réformes, ils ont un effet pervers : celui de donner l'illusion que ces réformes s'intégreront sans efforts et sans remise à niveau. Pourtant, l'enquête met en relief un décalage entre les notions progressistes d'éducation thérapeutique et l'idée que les pharmaciens s'en font, c'est-à-dire une énonciation plus systématique des précautions d'emploi, des posologies, des effets indésirables et éventuellement des conseils hygiéno-diététiques associés – les fondamentaux de la délivrance.

Toute réforme nécessite une remise en question des compétences, mais aussi des mentalités. Celles-ci évolueront naturellement, par le fait que les générations sortant de la faculté n'ont pas connu la période faste de l'officine, et qu'elles remplaceront progressivement les pharmaciens d'hier. Néanmoins, pour consolider cette évolution, on ne peut pas toujours compter sur la bonne volonté des uns et des autres, et il faudra sans doute légiférer sur certains points : **appliquer l'obligation de formation continue**, par exemple, en précisant quantitativement et qualitativement sa nature. Quels que soient ses défauts, l'opinion pharmaceutique aurait eu plus de poids si des lois avaient encadré sa mise en place. Dans l'enquête, un titulaire expliquait : « Soit une loi rend obligatoire [l'opinion pharmaceutique] et alors je n'aurai plus de raisons de ne pas en faire, soit il n'y a pas de loi et elle n'est pas applicable. » (Annexe 4A – 1 p. 146). Cette formule est applicable à toute innovation dans le domaine professionnel. Il faut également envisager de créer de nouvelles formations diplômantes, qui distingueront des pharmaciens compétents pour une prise en charge globale et un suivi amélioré, et des pharmaciens "ordinaires" qui continueront à exercer comme ils le font aujourd'hui.

En somme, ce dont une réforme ambitieuse comme la généralisation des consultations pharmaceutiques a besoin d'une chose pour se développer, c'est bien d'ouverture d'esprit de la part des pharmaciens. Il ne faut pas perdre de vue que les pharmaciens interrogés dans l'enquête, comme on l'a expliqué au chapitre 1 [cf. § 1.1. p. 91] sont déjà un sous-ensemble de pharmaciens à l'esprit suffisamment ouvert pour participer à des enquêtes. On suppose donc que les pharmaciens qui ont refusé de répondre seraient d'emblée plus réticents à une mutation de l'exercice officinal. L'ouverture des officines sur la prise en charge globale et le soin en réseaux permettrait peut-être de dépasser les idées rétrogrades de profit immédiat. Il n'y a pas d'arguments valables pour affirmer que le modernisme ruinera les officines, car à moyen et long terme il garantit la fidélisation des patients, la promotion et la pérennité de notre profession.

## CONCLUSION GENERALE

Dans la première partie, nous avons vu que les évolutions dans l'exercice officinal nécessitaient une implication personnelle de plus en plus marquée de la part du pharmacien, et qu'il lui fallait en conséquence développer ses aptitudes à la communication. Dans plusieurs facultés de pharmacie, on encourage les étudiants à conjuguer les aspects sociaux et humains de l'exercice officinal avec les aspects scientifiques et commerciaux ; des formations destinées aux professionnels installés se développent également dans ce sens.

Actuellement, on cherche à étendre l'intervention du pharmacien d'officine vers une prise en charge personnalisée, qui inclurait le suivi et l'éducation thérapeutique. C'est dans cet esprit qu'ont été mis au point l'Opinion Pharmaceutique il y a quelques années, et le Dossier Pharmaceutique dernièrement. On exige également du pharmacien rigueur et méthode dans l'application de ces nouveaux outils, à travers les procédures de qualité, qui doivent définitivement éclipser les défauts et les lacunes de la pharmacie traditionnelle.

Par le passé, l'univers d'une pharmacie englobait une clientèle stable, un ou plusieurs prescripteurs à l'origine de la plupart des ordonnances passant par l'officine, et une concurrence émanant des confrères installés à proximité ; les objectifs d'un pharmacien consistaient à attirer des clients par des prix attractifs, maintenir son train de vie par des marges confortables, et rester très discret vis-à-vis des prescripteurs, afin qu'ils continuent d'envoyer leurs patients. Les technologies de communication ont changé, et la pharmacie doit changer aussi, en élargissant son horizon. Le Dossier Pharmaceutique, véritable Intranet entre les 23000 officines françaises, va permettre dans un avenir proche de renseigner sur l'historique médicamenteux de toute personne désireuse d'y adhérer. Parallèlement, les Réseaux de Santé permettent de communiquer notamment avec les prescripteurs, de connaître précisément les démarches thérapeutiques entreprises, d'offrir au patient la continuité des soins en envisageant sa prise en charge dans sa globalité. Ainsi, l'officine n'est plus isolée dans son quartier ou son village, mais elle constitue l'un des relais de la prise en charge globale du patient.

La consultation pharmaceutique est la forme la plus aboutie de prise en charge par le pharmacien. Elle est déjà une réalité, puisqu'il existe plusieurs exemples en France, et que d'autres projets sont à l'étude. Elle assure au malade une continuité dans les soins, une optimisation des thérapeutiques basée sur son propre mode de vie, une adaptation et une réévaluation régulière du traitement en cas d'inconfort, ainsi que les conseils et l'écoute d'un

professionnel de santé dans le respect de la confidentialité. D'après notre analyse, la consultation pharmaceutique, telle qu'elle est pratiquée à ce jour, ne peut pas devenir le mode de prise en charge de routine pour tous, elle doit répondre aux besoins d'une population sanitaire locale, et se spécialiser à cet effet. D'autre part, ne figurant pas encore au Code de la Santé Publique, la consultation pharmaceutique n'a pas de cadre légal pour définir quelles sont ses limites, ou quel est son mode de financement. Mais dans l'avenir, on peut espérer que les consultations pharmaceutiques se multiplient, non seulement pour la prise en charge des maladies chroniques dont le traitement a un fort impact toxique, émotionnel et social, mais également pour l'accompagnement des personnes faces aux problèmes de santé du quotidien, au moyen de consultations de conseil officinal, que ce soit dans le "petit risque" ou dans l'encouragement d'une hygiène de vie saine – sevrage tabagique, modification des comportements alimentaires, protection et soin de la peau...

Dans l'enquête qui constituait la seconde partie, on a souligné un décalage entre les décisions prises à grande échelle par l'Ordre des Pharmaciens, et le pragmatisme dont font preuve les pharmaciens sur le terrain. Les nouveautés qui sont apparues dans le paysage officinal des dix dernières années, comme les réseaux de santé, sont encore perçues selon un mode pécuniaire : les pharmaciens se demandent comment elles influent sur les marges et la chalandise. Même si l'expression "éducation thérapeutique" est connue de tous, relayée par la presse professionnelle et le Bulletin de l'Ordre, ce que recouvre cette notion reste très flou pour la plupart des interrogés.

Néanmoins, on note que les pharmaciens ont saisi l'enjeu de leur implication dans la prise en charge du patient. Plusieurs titulaires affirment même voir dans le conseil personnalisé l'avenir de la pharmacie d'officine. Dès lors qu'on leur a exposé quelques exemples de consultations pharmaceutiques en France, toutes les personnes interrogées se sont déclarées motivées pour assurer de telles consultations – en émettant des conditions notamment quant à un changement du mode de rémunération des pharmaciens, et un supplément de formation nécessaire. A l'évidence, un tel niveau de responsabilité dans la prise en charge du patient justifie la mise en place d'un système de validation et de réévaluation des acquis, en particulier si l'on s'achemine vers des consultations pharmaceutiques donnant lieu à une prescription par le pharmacien.

Pour prouver qu'ils sont capables de relever le défi de la consultation pharmaceutique, les pharmaciens doivent mener à bien le projet du Dossier Pharmaceutique, en ce moment même

dans les *starting-blocks*. Ils feront alors la preuve de leur volonté de faire évoluer leur métier, et de se mettre au service des patients. Ils doivent également savoir se remettre en question en accentuant leur implication dans la formation continue, et en renouvelant leur intérêt pour la communication interpersonnelle.

Enfin, dans un système de santé où le pharmacien sera de plus en plus polyvalent et touchera à des domaines aussi différents que la biotechnologie et l'étude du comportement humain, gageons qu'il devra maintenir une collaboration étroite avec les développeurs de logiciels qui lui servent d'outils de travail et d'aide-mémoire. Cette collaboration en informatique vient justement d'être marquée par l'élaboration du Dossier Pharmaceutique. Le pharmacien doit apprendre également à resserrer ses liens avec les autres professionnels de santé, car gagner leur confiance sera le seul moyen de développer sereinement quelques-unes de ses initiatives, comme la consultation pharmaceutique, et de démontrer leur impact positif sur la prise en charge des malades.

## ANNEXES

---

- Annexe 1 : Formulaire vierge d'opinion pharmaceutique (page 141)
- Annexe 2 : Protocole de validation des ordonnances (page 142)
- Annexe 3A : Courrier de la Maison du Diabète aux pharmaciens lorrains (page 143)
- Annexe 3B : Charte d'adhésion aux consultations pharmaceutiques de la MDN (page 144)
- Annexe 3C : Note d'honoraires de consultation pharmaceutique (page 145)
- Annexe 4A : Questionnaire destiné aux titulaires, entretiens (page 146)
- Annexe 4B : Questionnaire destiné aux étudiants, entretiens (page 178)
- Annexe 5 : Présentation de l'équipe officinale (page 186)
- Annexe 6 : Consultation pharmaceutique de sevrage tabagique (page 187)



# OPINION PHARMACEUTIQUE<sup>1</sup>

(Exemplaire destiné au prescripteur, le double étant consigné à l'officine)  
Document personnel protégé par le secret professionnel

(Tampon de la pharmacie & date du jour)

Docteur : \_\_\_\_\_  
Spécialité : \_\_\_\_\_  
Service : \_\_\_\_\_ Unité fonctionnelle \_\_\_\_\_  
N° ADELI : \_\_\_\_\_  
N° Tel : \_\_\_\_\_ N° Fax : \_\_\_\_\_

OBJET : (cf. photocopie recto)

Traitement en cours d'instauration     Renouvellement    Ordonnance du : \_\_\_\_/\_\_\_\_/2000 établie pour

PATIENT :

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
N° Identification : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ ou Age \_\_\_\_  
(immatriculation SS ou n° dossier)  
 M    F   Poids : \_\_\_\_\_ Kg   Taille : \_\_\_\_\_ Cm

NATURE DU PROBLEME :

Médicaments concernés (DC, forme galénique dosage & posologie)

<input type="checkbox"/> Inobservance	
<input type="checkbox"/> Interaction(s) médicamenteuse(s)	
<input type="checkbox"/> Contre-indication	
<input type="checkbox"/> Anomalie de posologie	
<input type="checkbox"/> Effet(s) indésirables(s)	
<input type="checkbox"/> Indication hors AMM	
<input type="checkbox"/> Autres (médicaments réservés à l'hôpital, méd à statut particulier...)	

ARGUMENT(S) PHARMACEUTIQUE(S)

INTENTION(S) THERAPEUTIQUE(S) DU PRESCRIPTEUR

REFERENCE(S)

Dictionnaire : \_\_\_\_\_  Banque de données : \_\_\_\_\_  Autre : \_\_\_\_\_  
 Contact avec le Centre de Pharmacovigilance de : \_\_\_\_\_ le : \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_\_\_  
 Edition d'une déclaration d'effet indésirable susceptible d'être dû au médicament (cerfa n°10011\*01) le : \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_\_\_

DECISION

<input type="checkbox"/> Adaptation de posologie	<input type="checkbox"/> Changement de classe thérapeutique	<input type="checkbox"/> Patient ou mandataire informé
<input type="checkbox"/> Aménagement du traitement	<input type="checkbox"/> Changement de DCI	<input type="checkbox"/> O.P. communiquée
<input type="checkbox"/> Arrêt du médicament	<input type="checkbox"/> Maintien du traitement	au Dr _____

Validée par \_\_\_\_\_ Qualité \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_\_\_ Signature \_\_\_\_\_

<sup>1</sup>-L'opinion pharmaceutique est un avis motivé, dressé sous l'autorité d'un pharmacien, portant sur la pertinence pharmaceutique d'une ordonnance, d'un test ou d'une demande du patient, consigné dans l'officine, et impérativement communiqué sur un document normalisé au prescripteur lorsqu'il invite à la révision, ou lorsqu'il justifie le refus ou la modification d'office de sa prescription (Cf. les art. R-3015-4A - R-3015-60 du CSP)



# AFFICHE DE VALIDATION DE L'ORDONNANCE



D'après DUPIN-SPRIET T., WIERRE P.<sup>33</sup>

## PREMIERE ETAPE : ACCUEILLIR LE PATIENT

### Patient venant pour la première fois.

Pour qui est le traitement prescrit ?  
D'autres traitements sont-ils en cours ?

### Patient venu pour un renouvellement.

Est-ce que le traitement convient au patient ?  
A-t-il rencontré des problèmes ?

## DEUXIEME ETAPE : LECTURE DE L'ORDONNANCE

Analyser les **dispositions légales**

Qui est le **prescripteur** ?

Qui est le **patient** ? (Âge, poids, sexe, physiologie particulière...)

Les médicaments prescrits obéissent-ils à des **règles particulières de délivrance** ?

## TROISIEME ETAPE : REFLEXION SUR L'ORDONNANCE

### Patient venant pour la première fois.

Est-ce le bon médicament pour le bon patient ?  
La dose et la posologie sont-elles convenables ?

### Patient venu pour un renouvellement.

Y a-t-il eu des modifications sur l'ordonnance depuis la dernière délivrance ?  
L'objectif thérapeutique est-il atteint ?  
Le patient est-il observant ?

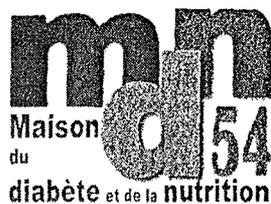
## QUATRIEME ETAPE : COMMENTER LE BON USAGE

Indiquer la **posologie**, les **conditions de prise**, la **durée de traitement** sur chaque boîte, directement ou sur une étiquette, et les reporter sur un plan de prise reprenant l'ensemble de la prescription sur une feuille réservée à cet usage

Faire une **démonstration** de l'utilisation du médicament si elle est complexe

Donner des **conseils hygiéno-diététiques** lorsque la pathologie s'y prête

S'assurer que le patient n'a **plus aucune question** en suspens



« Carré rive gauche »  
14, boulevard du 21<sup>e</sup> R.A.  
F-54000 Nancy  
☎ 03.83.39.00.26  
fax 03.83.22.75.89  
Association régie par la loi du 1<sup>er</sup> juillet 1901  
SIRET 453 510 539 00019 APE 913 E  
B.P. L.C. RIB 14707 00030 03019121262 89  
[www.mdnnancy.org](http://www.mdnnancy.org)  
contact@mdnnancy.org

Nancy, le 18 mai 2006

Aux Pharmaciens de la  
communauté urbaine du grand Nancy et de ses environs  
et des régions de Pont-A-Mousson,  
Toul, Neuves-Maisons,  
Saint-Nicolas-de-Port

Madame, Monsieur, Cher Collègue,

Le réseau de diabétologie hébergé par la «Maison du Diabète et de la Nutrition» de Nancy s'est progressivement mis en place en 2005. Ce réseau compte actuellement plus de 300 patients, en majorité diabétiques de type 2.

Plusieurs actions d'éducation du patient ont été envisagées dans ce réseau. L'une d'entre elles concerne le pharmacien, en accord avec le Conseil Régional de l'Ordre des Pharmaciens de Lorraine. Celui-ci a en effet la possibilité d'assurer une consultation «d'éducation» annuelle auprès des patients diabétiques.

Deux thèmes sont à aborder lors de ces entretiens : l'observance thérapeutique et l'auto-surveillance glycémique. Une fiche, contenue dans le carnet de bord du patient (*préalablement remis au patient lors de son premier passage à la «MDN»*), sert de «fil conducteur» à cet entretien. Cette fiche (*document en annexe*) comporte deux feuillets auto-dupliqués. Une fois la fiche remplie, le premier feuillet est à rendre au patient. Le second est à renvoyer à la «MDN» avec une note d'honoraires (*modèle joint*). La consultation est rémunérée 20 €.

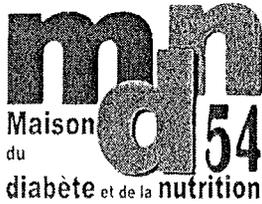
Nous vous rappelons que les actions réseaux de la «MDN» sont financées par la dotation régionale des réseaux via la CPAM et restent pour le moment expérimentales et basées sur le volontariat. L'adhésion au réseau nécessite la signature d'une charte (ci-jointe).

Une formation concernant le diabète de type 2 vous est également proposée en soirée, le mardi 20 juin 2006, de 20h30 à 23h00, dans les locaux de la « MDN » (*sur inscription*).

Restant à votre disposition, nous vous prions de croire, Madame, Monsieur, cher Collègue, en l'assurance de nos sentiments les plus confraternels.

Dr Ph. Böhme  
Coordonnateur Medical

PJ : 3



Maison du diabète et de la nutrition  
de Nancy  
« Curie vivo gaudia »  
14 boulevard du 21<sup>e</sup> R.A  
F-54000 Nancy  
☎ 03.83.39.00.26 fax 03.83.22.75.89  
Association régie par la loi n° 1901  
[www.mdnnancy.org](http://www.mdnnancy.org)  
[contact@mdnnancy.org](mailto:contact@mdnnancy.org)



## Charte d'adhésion des pharmaciens au réseau de soins «mdn Nancy»

Je soussigné, Mme, Mlle, Mr (Nom - Prénoms) :

Pharmacien(ne)

Titulaire

Certifie adhérer au réseau de soins mdn-Nancy (*Maison du Diabète et de la Nutrition*), après avoir pris connaissance des statuts du réseau et de sa convention constitutive, dont les objectifs principaux sont :

- Améliorer la santé et le confort de vie des personnes diabétiques de Meurthe-et-Moselle et réduire l'incidence et la gravité des complications de leur diabète, ainsi que favoriser la prévention de la maladie.
- Améliorer la prévention et le traitement de l'obésité infantile dans la Meurthe-et-Moselle
- Promouvoir des actions de promotion de la santé pour lutter contre la sédentarité et les déséquilibres alimentaires.
- Je suis en accord avec les buts que s'est fixés le réseau pour atteindre ces objectifs :
  - Améliorer la coordination des soins en renforçant les coopérations entre les professionnels de santé.
  - Aider les personnes présentant un diabète ou une obésité infantile à être davantage des acteurs de leur propre santé.
  - Favoriser l'accès aux prestations non médicamenteuses, telles que l'éducation thérapeutique, la diététique, l'entraînement physique et, en cas de diabète, l'auto-surveillance glycémique.

J'accepte de favoriser les actions qui seront proposées dans le cadre du réseau :

- Coordination entre tous les médecins et les intervenants paramédicaux au moyen d'un carnet de bord, qui sera complété par les professionnels mais restera en la possession de l'utilisateur.
- Mise en pratique des recommandations de l'ANAES et de l'AFSSAPS et élaboration, au sein du réseau, de consensus sur des protocoles de dépistage et de soins.
- Information des patients sur les prestations du réseau pour leur en favoriser l'accès.

Je pourrais, si je le désire, participer aux actions proposées par le réseau :

- Education thérapeutique des patients, après participation à une formation indemnisée, et suivant des modalités rémunérées dans le cadre du réseau.
- Groupes de travail (*Education, Evaluation, Alimentation ...*)

Mon adhésion au réseau ne modifie en rien mes relations personnelles avec les patients, mes responsabilités professionnelles et mes obligations déontologiques. Je garde mon entière liberté du choix de mes correspondants.

Je pourrais, à tout moment, si je le désire, interrompre ma participation au réseau. En ce cas, je ferai part de ma décision, par document écrit au Président du réseau.

Fait à .....

le .....

Signature

Cachet



Avec la contribution de  
l'Union Européenne



Interreg III

e-mail : .....

Correspondance ou observation(s)

M. ....

Maison du diabète et de la nutrition  
« Carré rive gauche »  
14, boulevard du 21<sup>e</sup> R.A.  
54000 – Nancy

**NOTE D'HONORAIRES**

Concernant : .....

Type d'intervention : .....

Sujet : .....

Date : .....

Lieu : .....

Soit : ..... €

Fait à ..... le .....

.....

Pharmacien N°1

Âge : 48 ans

Première année en tant que titulaire : 1986

Equipe : 1 titulaire, 3 préparatrices

### **Les Réseaux de Santé.**

Je suis vice-président d'un réseau de maintien des personnes-âgées à domicile. Ce réseau existe depuis un an, il a pour missions de coordonner les actions des professionnels de terrain, de préparer le domicile pour accueillir le patient après hospitalisation. Il comporte des salariés : 1 gériatre, 1 ergothérapeute, 1 psychologue, 1 infirmière, 1 kinésithérapeute.

Dans ce réseau, je joue le rôle d'homme de paille. Je suis le seul pharmacien, or il en fallait un pour occuper l'un des postes-clef : président, vice-président, trésorier. Je ne voulais pas être président, ne me sentant pas à ma place, ni trésorier parce que je ne suis pas doué en informatique.

Hélas, je ne suis pas convaincu du bien-fondé de ce réseau, qui ne m'amène pas plus de clients, et ne prend pas beaucoup de mesures concrètes. En tout cas, il se réunit souvent, trop souvent à mon goût, ce qui sert de prétexte pour rassembler des gens qui aiment surtout se montrer et faire partie d'associations. Je pense que certains réseaux sont créés abusivement, d'abord parce qu'il y a des crédits pour ça, et ensuite parce que cela permet à des praticiens hospitaliers carriéristes de récupérer des points.

### **L'Espace de Confidentialité.**

J'utilise le local d'orthopédie comme espace de confidentialité. [Note : l'accès se fait par l'espace clientèle et ne permet pas d'approcher les armoires de médicaments ; le local fait environ 4m<sup>2</sup>] Des clients y entrent pour qu'on prenne leurs mesures environ une fois tous les deux jours. Sinon, c'est là que nous ferions boire les toxicomanes sous *méthadone*, mais nous n'en avons pas, excepté lorsque leurs pharmaciens habituels sont en vacances. Il m'est aussi arrivé d'emmener un client dans ce local car il souffrait d'impuissance masculine, et voulait se renseigner sur les injections péniennes.

### **Le Rendez-Vous pharmaceutique.**

Je prends un client à part seulement quand je lui vends un lecteur de glycémie, pour lui en faire la démonstration. S'il revient quelques jours plus tard en disant que le lecteur ne marche pas, je prends aussi le temps de lui réexpliquer, car un lecteur de glycémie fonctionne toujours ; en général, c'est le client qui en a mal compris l'usage. Les clients ont surtout peur d'appeler le numéro vert indiqué sur la boîte, alors que s'ils le faisaient, ils obtiendraient sans doute les mêmes indications.

### **L'Opinion pharmaceutique.**

Je n'en ai jamais fait et, en l'état actuel des choses, je n'en ferai jamais. Je trouve ça trop gênant vis-à-vis du médecin, voire insultant, car on lui envoie un exemplaire d'un document qui souligne qu'il s'est trompé, par voie administrative. S'il y a une erreur manifeste de dosage, j'écris sur l'ordonnance « délivré à demi-dose », et bien souvent je préviens le médecin seulement de façon indirecte, par une connaissance commune. Je ne veux pas que les médecins, que je connais personnellement pour la plupart, me perçoivent comme quelqu'un qui critique leur travail. A mon avis, l'opinion pharmaceutique ne devrait pas être à l'initiative du pharmacien : soit on fait une loi qui la rend obligatoire et alors je n'aurai plus de raisons de ne pas en faire, soit il n'y a pas de loi et elle n'est pas applicable.

### **L'Éducation du Patient.**

Pour moi, éduquer le patient, c'est lui apprendre le respect des prises de médicaments. Il faut qu'il comprenne que pour que le traitement soit efficace, il doit prendre le bon médicament au bon moment. Par ailleurs, il doit intégrer le cadre légal de son traitement, toute la machine administrative qui lui permet de ne rien payer. Quand on lui dit de venir chercher un renouvellement dans un mois, il ne doit pas revenir dans quinze jours ni dans deux mois, il doit revenir quand on le lui a demandé. De même, si on lui a dit qu'il devait retourner chez le médecin pour se faire prescrire à nouveau ses médicaments, il ne doit pas venir deux fois de suite en disant qu'il ne s'en est pas encore occupé, mais qu'il fera régulariser les dispensations irrégulières. C'est au pharmacien de gérer toutes ces entorses au règlement, et ça n'est pas toujours une partie de plaisir.

Pour ma part, je suis le seul pharmacien dans mon officine et je dois veiller à ce que les patients aient bien intégré ces notions. J'essaie de voir tous les clients qui ont un problème aigu, et tous ceux qui présentent la première ordonnance d'un traitement chronique. Dans ces cas, je note systématiquement la posologie sur les boîtes, en la répétant à voix haute. Mais parfois les clients estiment qu'ils sont pressés et n'ont pas besoin de ces informations. Chaque fois qu'un client reçoit un médicament dont le mode d'administration est particulier, j'ouvre la boîte et je lui fais la démonstration : reconstitution d'un antibiotique lyophilisé, collutoire, seringue d'ADVIL®... Les mères de famille pensent souvent connaître les conseils associés à un médicament car l'un de leurs enfants l'a déjà pris, mais elles ne tiennent pas compte que le CLAMOXYL® existe à différents dosages, que deux enfants malades ne font pas le même poids, que celui qui est malade deux ans de suite a peut-être grandi...

Le pharmacien ne peut pas se rappeler tous ces détails, encore que les logiciels de facturation éditent automatiquement des tableaux de posologie, par exemple. Quand on a un doute sur un médicament peu courant, il ne faut pas hésiter à chercher, plutôt que de donner un mauvais conseil.

### **La Consultation pharmaceutique.**

J'ai lu ce terme parfois dans des revues professionnelles, mais je ne savais pas que ça existait vraiment. Oui, le pharmacien français pourrait en faire.

J'assurerais volontiers ce service, mais j'aurais d'abord besoin d'une formation dans ce sens. Il faudrait aussi modifier le cadre légal pour permettre au pharmacien d'effectuer certains gestes banals, comme par exemple prendre la tension. J'aurais besoin d'une compensation financière pour tout le temps passé auprès d'un seul patient. Finalement, la consultation serait une mise en forme de ce que le pharmacien fait déjà avec le conseil officinal, sauf que son rôle serait étendu de manière à ce que le patient ne voit pas de médecin du tout si sa pathologie est bénigne et ne le justifie pas.

A mon avis, ce serait très intéressant pour le patient, parce que la limite d'un bon conseil officinal est le non-remboursement des produits : un patient qui a la gorge enflée et douloureuse, les yeux irrités, le nez qui coule et de la fièvre achètera en conseil officinal un ou deux produits maximum, parce qu'il n'a pas envie d'en payer quatre. Si le pharmacien les lui prescrit, alors il aura tous les produits dont il a besoin, il sera soigné au mieux. Et puis c'est un gain de temps par rapport à l'attente d'un rendez-vous chez le médecin.

### **La Formation continue.**

Je suis une formation en amphithéâtre, à peu près 3 fois par an. En fait, on est très souvent sollicité dans ce sens, et il est possible de suivre des formations toutes les semaines si l'on veut ; cependant, il vaut mieux être jeune – c'est-à-dire capable d'être attentif à 19 heures après une journée de travail – et bien entendu, on est limité par le temps (il faut se faire remplacer à la pharmacie, ou se former en plus des heures de travail) et l'argent (certaines

formations sont payantes et chères, et si on prend sur son temps de travail il y a aussi un manque à gagner, sans compter les frais de déplacement, d'hôtel...). Il m'est arrivé de suivre des formations organisées par un laboratoire, au *Novotel*. Je ne suis pas tellement pour ce principe, car on est repéré par les commerciaux du groupe durant la formation, et quelques jours plus tard on reçoit leur visite à l'officine. Ils se montrent alors particulièrement insistants, mais si sur un produit, je dispose déjà d'un ou deux fournisseurs, je suis bien obligé de décliner leurs offres. C'est difficile de faire comprendre qu'on assiste à une formation pour la formation elle-même, et non pour les débouchés commerciaux.

La plupart des formations traitent des problèmes quotidiens du pharmacien, les rapports avec les mutuelles en particulier. Cela dit, tous les thèmes sont abordés, il y a l'embarras du choix, y compris l'encadrement du patient en détresse affective. Pour ma part, j'apprécie les formations pour le retour à l'aspect scientifique de la profession ; je me rappelle ce qui m'a plu quand je faisais mes études, et je constate que les automatismes professionnels que j'ai acquis, même s'ils semblent être des gestes simples et de la paperasse, découlent d'une réalité scientifique. Cela valorise mon diplôme.

Pour mieux faire face aux nouveaux enjeux de la profession, ou pour assurer la consultation pharmaceutique, je ne compterais pas trop sur la formation continue, mais je valoriserais plutôt la formation de base. Je préconise un enseignement approfondi de la sémiologie et de la pathologie. Et pourquoi pas un tronc commun avec les études de médecine ? Il en a déjà été question. Quant à la formation continue, je trouve qu'elle souffre du même problème que l'opinion pharmaceutique : elle porterait ses fruits si elle disposait d'un cadre légal plus rigide, qui définirait qui doit y assister, à quelle fréquence, de quelle manière, etc.

Pharmacienne N°2

Âge : 55 ans

Première année en tant que titulaire : 1987

Equipe : 2 titulaires, 1 adjoint, 2 préparatrices

### **Les Réseaux de Santé.**

Nous faisons partie d'un réseau de maintien à domicile, dans lequel interviennent des libéraux ; nous faisons également partie d'un réseau d'hospitalisation à domicile, dans lequel travaillent des praticiens du CHU. Nous n'occupons pas de poste à responsabilités dans ces réseaux, notre rôle consiste à les faire connaître, à y orienter le patient quand le cas s'y prête, à fournir le matériel et à en faire la démonstration. Enfin, nous sommes affiliés au groupement GIROPHARM.

### **L'Espace de Confidentialité.**

Selon les disponibilités, il peut s'agir de la cabine d'essayage, du bureau principal ou d'un bureau secondaire. [Note : les bureaux sont plus spacieux et propices à la conversation mais ils nécessitent de passer devant les armoires à médicaments] Un tel espace est indispensable, on l'utilise très régulièrement. Parfois c'est une demande du patient, parfois devant la nature de son cas, j'en prends l'initiative. De plus, on a régulièrement affaire à des clients indécisifs qui se collent à la personne précédente. Pour ce qui est des aménagements, j'ai regardé les meubles qui existaient, les bureaux assis et les box, les distributeurs de tickets, pour moi ces éléments n'ont rien à faire dans le cadre d'une officine, je ne conçois pas le travail ainsi.

### **Le Rendez-Vous pharmaceutique.**

Nous fixons ce type de rendez-vous chaque fois que nous délivrons un médicament sorti de la réserve hospitalière, ou de haute technologie : Interféron, EPO... En général, nous n'avons pas ces produits en stock, donc à la présentation de l'ordonnance nous fixons un rendez-vous pour le lendemain durant lequel on prend le temps de bien expliquer le mode d'administration, les effets indésirables rencontrés, et nous anticipons les problèmes qui peuvent se présenter. Nous fixons également un second rendez-vous au renouvellement de l'ordonnance, pour cette fois avoir le produit en stock, et assurer un minimum de suivi concernant l'usage du médicament et les difficultés éventuelles. D'autre part, nous donnons des rendez-vous pour les lecteurs de glycémie. Enfin, des membres de l'équipe (notamment les stagiaires de 6<sup>ème</sup> année) élaborent occasionnellement des fiches de bon usage, il arrive que l'on fasse venir un patient pour la lui détailler et la lui remettre.

### **L'Opinion pharmaceutique.**

Quand l'Opinion est apparue, nous avons confié au stagiaire de sixième année la tâche de les remplir, dans chacun des cas prévus. Au bout de deux mois, nous avons définitivement suspendu ce projet, car notre pauvre stagiaire remplissait des Opinions à plein temps ! L'Opinion est un énorme surcroît de travail, de plus durant ces deux mois nos relations avec les médecins se sont dégradées. A présent, nous gérons toutes les anomalies d'ordonnance par téléphone, et nous avons à nouveau des relations très cordiales avec les médecins ! Telle qu'elle est présentée actuellement, l'Opinion Pharmaceutique est caduque.

### **L'Education du Patient.**

Je suis quelqu'un qui explique beaucoup. Par expérience, j'ai constaté que les gens ignorent presque toujours le moment auquel ils doivent prendre leurs médicaments : Au coucher ? Après le dîner ? Pendant le dîner ? Les médecins ne donnent pas ce type d'indications, d'ailleurs c'est notre rôle. Il faut également faire comprendre au patient que le médicament

n'est pas un produit anodin et qu'on ne peut pas le prendre n'importe comment. On n'arrête pas un traitement « parce qu'on se sent mieux ». On « n'essaie » pas le médicament d'une connaissance. Il faut penser à tous les comportements incompatibles avec le médicament : prise au cours d'un repas bien arrosé, prise au cours d'un repas trop riche, etc. Ces actions font partie des missions premières du pharmacien et ne constituent en aucun cas un service exceptionnel sur lequel on devrait coller une étiquette comme « Education thérapeutique ». Il s'agit seulement de l'acte pharmaceutique.

J'ajouterais que pour moi, les bases d'une éducation thérapeutique efficace résident dans une collaboration étroite entre les différents intervenants ; j'estime que le système de santé actuel n'offre pas des possibilités d'éducation optimales. Ce qui serait idéal, ce serait de créer pour chaque patient un lien avec un médecin référent **et** un pharmacien référent, en particulier s'il s'agit d'un patient âgé ou usager fréquent des établissements de santé. Ce système permettrait à la fois de grandes économies, la fin des arnaques par nomadisme, et une grande amélioration de la qualité des soins.

### **La Consultation pharmaceutique.**

J'ai entendu parler de la consultation pharmaceutique au Canada.

Pour moi, cette consultation devrait faire partie des rôles du pharmacien ; je la conçois surtout comme un outil d'analyse de l'observance. Pour ce premier objectif, il me semble que le système français conviendrait sans grands changements.

En revanche, je vois un obstacle de taille, les syndicats de médecins y seraient sans aucun doute farouchement opposés. C'est naturel, je pense qu'après 10 ans d'études, on a droit à une situation confortable. Actuellement, les médecins ne sont pas assez valorisés, ils doivent multiplier les consultations pour gagner leur vie. La qualité des soins pâtit de ce mode de rémunération, comme pour l'acte pharmaceutique qui ne devrait pas être rémunéré par une marge commerciale. A mon avis, les médecins devraient recevoir 40€ par consultation, et chaque consultation devrait durer une heure. Le coût pour la Sécurité Sociale ne serait pas plus élevé. Les patients qui ne nécessitent pas une consultation médicale aussi poussée pourraient alors s'adresser à leur pharmacien.

Pour les patients, la consultation pharmaceutique serait un indéniable progrès. Ils feraient preuve d'une plus grande observance. De plus, les pharmacies ont pignon sur rue, il serait possible pour un patient de revenir quatre fois le même jour pour obtenir des compléments d'information, la porte est toujours ouverte et il recevrait chaque fois un bon accueil. Un médecin réagirait sans doute mal à quatre visites consécutives du même patient ! Bien plus qu'hier, les gens d'aujourd'hui sont avides de conseils et craignent pour leur santé, ils ont besoin d'être encadrés et rassurés. Ces consultations ajoutées à celles du médecin auraient un côté sécurisant, ils se sentiraient mieux suivis dans leur maladie.

### **La Formation continue.**

Il y a quelques années, j'ai suivi un D.U. de Pathologie Médicale à la faculté. L'enseignement se déroulait sur deux années, avec deux séries d'examens. J'avoue qu'à plus de 40 ans, c'était une épreuve difficile, mais ô combien utile pour ma pratique professionnelle ! Je pense que tous les sujets de pathologie, de sémiologie, de pharmacologie et d'innovations dans le domaine de la santé préparent à l'éducation thérapeutique des patients. Ce sont les thèmes que je recherche en priorité. J'aime également participer aux journées d'enseignement à la Faculté de Médecine, où l'on peut entendre des professionnels de terrain. En revanche, je suis fondamentalement contre les séminaires organisés par un laboratoire à l'hôtel. C'est souvent ennuyeux et les débouchés commerciaux sont clairement affichés !

L'éventail des thèmes proposés en formation continue est très large, suffisamment pour trouver tout ce que l'on veut. Il suffit de savoir s'organiser.

Pharmacien N°3

Âge : 64 ans (retraité depuis quelques mois)

Première année en tant que titulaire : 1966

Equipe (en fin de carrière) : 2 titulaires, 2 adjoints, 6 préparateurs, 1 apprenti

### **Les Réseaux de Santé.**

Ma pharmacie fait partie d'un réseau organisé par une Maison du Diabète. Notre équipe participe à quatre soirées par an qui donnent lieu au rapport d'activités du réseau. D'autre part, nous facilitons le suivi des patients diabétiques par le réseau grâce à un logiciel : lors de chaque passage à la pharmacie, nous utilisons leurs lecteurs de glycémie pour éditer des courbes de glycémie et nous remplissons leur carnet de suivi. Ainsi, lorsqu'ils se rendent chez un diabétologue du réseau, ces informations sont prêtes à être exploitées et le médecin gagne beaucoup de temps.

### **L'Espace de Confidentialité.**

La pharmacie dispose d'un poste assis, indépendant du local d'orthopédie, auquel on peut accéder sans passer devant les armoires à médicaments. Nous y avons recours chaque fois qu'un cas nécessite un minimum de discrétion.

### **Le Rendez-Vous pharmaceutique.**

Régulièrement, la pharmacie organise des opérations à visée de santé publique et de prévention sur une pathologie (diabète, par exemple). Pendant ces journées, les patients volontaires obtiennent un rendez-vous qui nous permettra de leur exposer la pathologie, ses risques, ses signes annonciateurs, et les moyens de limiter l'exposition. Pour les personnes déjà malades, nous donnons une série de rendez-vous avec un suivi sur une semaine et des conseils d'hygiène de vie.

### **L'Opinion pharmaceutique.**

Chez nous l'Opinion a très rarement été utilisée, uniquement lorsque l'on est confronté à des ordonnances manifestement frauduleuses. L'Opinion est une pièce légale, et ne peut servir que dans des problèmes légaux. Pour tout le reste, il va sans dire qu'il vaut mieux appeler le médecin et lui donner un avis de vive voix.

### **L'Education du Patient.**

Eduquer un patient, c'est se pencher sur ses habitudes de vie et son alimentation, en plus de ses autres traitements en cours, et chercher à lui faire modifier des comportements qui font échouer le traitement. Typiquement, lorsque l'on analyse les glycémies d'un patient diabétique, on remarque qu'il y a des débordements tous les week-ends. Les gens n'arrivent pas à se faire à l'idée qu'ils sont malades et qu'ils doivent éviter les excès. C'est encore plus manifeste chez les hypertendus qui n'ont jamais l'impression d'aller mal, jusqu'à ce qu'ils fassent un infarctus. De même, les gens qui ont un taux de cholestérol élevé ou de l'insuffisance rénale font très attention toute la semaine et se rattrapent largement le week-end. Le rôle d'éducation du pharmacien consiste à lutter contre ces comportements en insistant bien sur les risques et en proposant des compromis qui permettront au patient d'éviter les excès sans pour autant se limiter en tout.

Cette activité est indissociable de la prévention. Dans certains cas, des compléments alimentaires permettent de gommer un déséquilibre qui conduirait à une pathologie. Nous proposons par exemple aux patients qui ont un taux de glycémie élevé mais subclinique des compléments alimentaires à base de Chrome.

### **La Consultation pharmaceutique.**

Je ne pense pas que de telles consultations existent. Pour moi, ce qui caractérise une consultation, c'est d'être un entretien d'une certaine durée, à rémunération forfaitaire.

Je pense que les pharmaciens pourraient en effet assurer de telles consultations, pour tout ce qui concerne les pathologies bénignes : rhume des foins, épidémie de gastro-entérite... Cependant, les pharmaciens rencontreraient une vive opposition des médecins. Actuellement, la relation patient – pharmacien est très forte, et plus chaleureuse que la relation patient – médecin. Même si l'action du pharmacien serait différente de la leur, les médecins pourraient craindre un plébiscite de la part des patients pour ces consultations pharmaceutiques.

Pour ce qui est de l'amélioration du service rendu, de telles consultations permettraient de lever les confusions, qui sont notamment nombreuses entre les princeps et leurs génériques. L'observance n'est pas franchement brillante, beaucoup trop de patients achètent des médicaments sans les utiliser, prennent deux fois la dose prescrite pour « améliorer l'efficacité », manquent leur prise d'une heure et décident de la reporter au lendemain, etc. De plus en plus de patients lisent la notice de leurs médicaments, et imaginent que tous les effets indésirables indiqués se manifestent systématiquement, c'est pourquoi ils abandonnent le traitement avant de l'avoir commencé.

### **La Formation continue.**

Lorsque la formation continue a été mise en place à la fac, j'y ai assisté une fois par mois pendant de nombreuses années. J'ai assisté également à des formations sur les pathologies et les nouveaux médicaments, organisées par des laboratoires pharmaceutiques, une fois par mois. Je trouve que toutes ces formations sont d'une grande qualité. Le problème vient de l'absentéisme. Si on regarde l'assistance, on voit toujours les mêmes personnes, très motivées, qui se déplacent à toutes les formations. Nous avons la chance d'assister aux interventions de professionnels chevronnés, des gens de terrain, extrêmement compétents, et il est toujours déplorable de faire venir ces professionnels devant un public d'une dizaine de personnes.

Par rapport au contexte actuel de l'exercice pharmaceutique, je pense que l'on manque cruellement de relationnel avec les services hospitaliers. J'aimerais que les formations continues apprennent à développer des liens ville – hôpital, à communiquer avec les services. Je pense aussi qu'il pourrait y avoir davantage de formations sur la prise en charge du patient qui retourne au domicile après une longue hospitalisation. Le rôle du pharmacien, notamment dans le maintien à domicile, pourrait être encore valorisé. Enfin et surtout, j'estime que l'implication dans la formation continue n'est pas d'actualité chez les pharmaciens, et c'est bien dommage.

Pharmacienne N°4

Âge : 61 ans

Première année en tant que titulaire : 1971

Equipe : 1 titulaire, 1 adjoint, 1 préparatrice

### **Les Réseaux de Santé.**

J'ai un partenariat informel avec un généraliste, concernant la prise en charge des patients toxicomanes. Je participe à des réunions organisées par l'UFAT. Cependant, je ne suis pas répertoriée officiellement comme appartenant à un Réseau de Santé.

Je crois volontiers à l'intérêt des partenariats multi-disciplinaires dans la prise en charge des patients, et j'ai été prompt à m'engager en entendant parler du projet de la Maison de Diabétologie, qui propose aux pharmaciens d'assurer deux consultations de suivi par an à ses patients diabétiques de type II. Malheureusement, je suis navrée par les difficultés de mise en place. Cela fait trois ans que j'ai décidé de m'investir dans ce projet, et que je participe aux réunions sur le sujet. J'ai distribué à tous mes patients concernés des plaquettes d'information, je leur ai recommandé de se rendre à la Maison du Diabète, je leur ai demandé d'en parler avec leur médecin traitant, et parfois j'ai contacté ces médecins. Je n'ai aucun retour. Est-ce que les patients refusent la démarche de se rendre à la Maison du Diabète ? Est-ce que les médecins déplorent mes initiatives ? Voilà trois ans que je n'arrive pas à faire entendre ma voix, malgré des tentatives réitérées. L'immobilité de certains acteurs peut rendre la réalité très différente de l'idéal représenté par les Réseaux de Santé, et je trouve ça d'autant plus regrettable que les Réseaux sont un outil de prise en charge remarquable, qui disposent de crédits conséquents.

### **L'Espace de Confidentialité.**

La pharmacie dispose d'un comptoir isolé pour les cas qui nécessitent de la discrétion, je pense notamment à nos patients toxicomanes, ou bien aux usagers de VIAGRA®. Pour les prises de mesure et les essayages en orthopédie, j'utilise mon bureau [Note : l'accès au bureau se fait sans approcher les spécialités]. Auparavant, je recevais également dans mon bureau les toxicomanes, hélas j'ai été plusieurs fois volée (notamment le SUBUTEX® qui se trouvait dans cette pièce) ; ces entretiens nécessitaient trop de surveillance des patients, c'était très gênant pour eux et pour moi.

### **Le Rendez-Vous pharmaceutique.**

La plupart du temps, l'activité de la pharmacie nous permet de gérer les problèmes immédiatement. Si une personne a un problème de compréhension sur un appareil technique, nous lui montrons autant de fois que nécessaire, et nous lui proposons de revenir le lendemain si elle a eu des difficultés lors de la première utilisation à domicile ; mais nous ne donnons pas d'heure précise de rendez-vous pour autant. Le cas s'est récemment présenté à propos d'un *Turbhaler* : la patiente a vu plusieurs fois la démonstration, mais elle s'est à nouveau présentée le lendemain matin ; cette fois, j'ai refait chaque étape en lui montrant les vignettes de la brochure du laboratoire, le problème a été réglé.

Nous donnons des rendez-vous dans un seul cas : mon adjoint a reçu une formation sur les thermoformables, et nous proposons donc ce service, mais un rendez-vous est nécessaire.

### **L'Opinion pharmaceutique.**

Je suis fondamentalement contre, jamais je n'en utiliserai. J'ai pu constater, et je m'en réjouis, que le relationnel avec les médecins est bien meilleur à présent qu'au début de mon exercice. Nos remarques, pourvu qu'elles soient pertinentes, sont généralement bien accueillies, les médecins respectent notre avis. Alors pourquoi leur envoyer un document écrit qui fige sur le

papier leurs erreurs ? Notre système de santé, je dirais même nos mentalités dans la société française ne fonctionnent pas ainsi, sur de la communication écrite ; nos rapports ne peuvent qu'en pâtir.

A mon avis, l'opinion des pharmaciens existait bien avant ce document, elle fait partie des missions du pharmacien d'être au premier niveau de la prise en charge, d'orienter les patients vers d'autres professionnels si c'est nécessaire, d'analyser de façon critique le contenu de l'ordonnance. Je ne pense pas que l'on ait besoin d'une procédure administrative pour donner notre opinion. Et si l'on n'a pas *a priori* d'opinion pharmaceutique, alors on ne réalise pas l'acte pharmaceutique dans son entier.

### **L'Éducation du Patient.**

L'éducation thérapeutique tient à la manière dont le patient comprend son traitement et le suit. On doit la mesurer chaque fois que le patient se présente, en contrôlant ce qu'il a retenu de sa visite précédente et les points qui lui ont posé problème.

L'éducation thérapeutique nécessite encore plus d'attention du pharmacien chez des patients qui ont des difficultés de maîtrise de la langue, des difficultés de lecture ou une compréhension diminuée, soit par l'âge, soit par un handicap. Dans ce cas, la mission du pharmacien devient sociale.

Je porte également une attention particulière à certaines classes thérapeutiques, par exemple les antidépresseurs, parce qu'il faut tenir compte de l'état moral du patient. On doit vérifier dans ce cas précis que la posologie est respectée, et surtout que le traitement ne soit pas interrompu brusquement. Les diabétiques de type II sont également une population qui nécessite beaucoup de conseils, sur l'alimentation, l'exercice physique et l'observance.

### **La Consultation pharmaceutique.**

C'est un sujet qui m'est familier, car j'ai été membre du jury de thèse sur « *La Pharmacie d'Officine en Angleterre* », par Emmanuelle Lambert<sup>56</sup>. J'ai pu en de nombreuses occasions discuter de ce sujet avec elle. Il me semble être une bonne piste de ce que nous pourrions faire en France dans le futur. Par ailleurs, comme je l'ai déjà dit, je désire faire partie des pharmaciens qui consultent pour la Maison de Diabétologie de Nancy, mais toutes mes tentatives dans ce sens n'ont jamais abouti.

La Consultation pharmaceutique est selon moi très positive pour la qualité du diplôme. Nos étudiants actuels sont tellement bien formés à la pharmacie clinique, par rapport à ce qui se faisait autrefois ! Il est temps d'exploiter ces compétences, qui ne peuvent que faire progresser notre système de santé.

Je pense que les principaux problèmes rencontrés lors de la mise en place seraient des frictions avec les médecins, même si le service proposé par les pharmaciens n'aurait pas la même finalité.

Dans le cadre du Conseil officinal, nous effectuons déjà ces consultations de manière informelle : les gens viennent nous parler d'un problème, nous l'analysons, et cela aboutit à un traitement de première intention puis à l'orientation vers le médecin si les symptômes persistent, ou d'emblée si nécessaire. Il manque deux choses à ce système. D'abord, il n'y a pas de possibilités de remboursement avec le Conseil officinal, et j'estime que des efforts de la Sécurité Sociale ou mieux, des mutuelles, seraient bienvenus dans ce sens. Deuxièmement, la rémunération sur marge commerciale, que perçoit actuellement le pharmacien, n'est pas adaptée à un conseil optimal. Tant que l'on fonctionne ainsi, le rôle de soin de premier ordre du pharmacien ne pourra être reconnu. Tout récemment, j'ai reçu dans mon officine une patiente qui s'était brûlée au visage. J'ai engagé ma responsabilité en lui fournissant un produit adapté et lui indiquant qu'un passage chez le médecin ou aux urgences n'était pas nécessaire. D'après moi, l'immobilisme de ce que nous pouvons faire en France provient

également des pharmaciens eux-mêmes, car ils sont trop nombreux à refuser d'engager leur responsabilité, en particulier s'il y a une trace écrite ; ils sont partisans du risque minimum.

En lisant la thèse d'Emmanuelle Lambert, qui a effectué une partie de son stage de sixième année au Royaume-Uni, j'ai appris que le pharmacien anglais pouvait avoir des rôles très variés : éducation sanitaire, destruction de médicaments, visite chez le généraliste pour relire toutes les ordonnances de la journée et émettre des suggestions de spécialité pour chaque classe indiquée par le médecin. Chacune de ces activités est rémunérée indépendamment. De ce côté, nous avons un sérieux retard en France. Si par exemple, un pharmacien veut faire détruire des médicaments qu'on lui a rapportés, c'est à lui de payer un organisme pour ce travail !

La seule chance pour un pharmacien français d'exploiter toutes ses compétences, réside peut-être dans les actions entreprises par les groupements d'officines, comme GIPHAR par exemple. En ce moment, le groupe a fixé comme thème l'hypertension, nous réalisons donc des vitrines sur le sujet, nous prenons la tension des patients (sans la commenter) et nous les adressons au médecin en cas de problème, nous réalisons une campagne de prévention auprès des patients. Le CNGPO (Collectif National des Groupements de Pharmaciens d'Officine) a édité une brochure de propositions pour l'officine du futur, pour tenter de parler d'une seule voix au nom des pharmaciens motivés, et de faire bouger les instances supérieures de santé et les politiciens.

Quant à l'apport qu'une consultation pharmaceutique représenterait pour le patient, il est indéniable. D'une part, les pharmaciens sont beaucoup plus proches de la population et ce système serait très bénéfique pour faciliter l'accès aux soins de tous. D'autre part, il faut avouer que la compréhension des gens dans le domaine de la santé est limitée, on n'en fait jamais assez et on ne répète jamais assez pour qu'un traitement soit bien assimilé et donc efficace comme on le souhaiterait, conformément aux essais cliniques.

### **La Formation continue.**

Je suis des cours de formation continue très régulièrement, tout comme mon personnel. Je distinguerais plusieurs types de formation : il y a des formations d'une soirée, à la faculté ou dans la salle de conférences d'un hôtel, mais pour moi, une véritable formation doit durer une journée complète – voire plusieurs – pendant laquelle un sujet sera développé à fond. A l'extrême, il y a les D.U. (diplômes universitaires) que l'on passe en une ou deux années.

Je pense que beaucoup des formations que l'on reçoit actuellement forment bien à l'éducation thérapeutique. En revanche, pour ce qui est de la consultation pharmaceutique, je pense que certains pharmaciens ne seront jamais à l'aise avec ça et ne voudront jamais l'assurer, ne serait-ce que parce que leur responsabilité serait trop engagée.

La formation continue est justement en adéquation avec les nouveaux enjeux de la profession, elle se dynamise pour faire face à l'obligation légale d'y participer, donc les thèmes abordés reflètent les questions d'actualité qui préoccupent les pharmaciens.

Pharmacienne N°5

Âge : 50 ans

Première année en tant que titulaire : 1989

Equipe : 2 titulaires, 1 préparatrice, 1 secrétaire

### **Les Réseaux de Santé.**

Je n'appartiens à aucun réseau, ni à aucun groupement d'aucune sorte.

### **L'Espace de Confidentialité.**

Nous n'avons pas de pièce destinée à ce rôle. Lorsqu'un patient désire s'exprimer discrètement, ou qu'il doit acheter un article de contention, il vient au préparatoire.

### **Le Rendez-Vous pharmaceutique.**

Nous n'avons pas besoin d'en donner, car nous gérons les problèmes immédiatement. Nos clients diabétiques sont souvent adressés par la Maison du Diabète de Toul, c'est pourquoi nous n'avons pas besoin de leur expliquer le fonctionnement des appareils d'auto-mesure.

### **L'Opinion pharmaceutique.**

Je ne vois pas de quoi il s'agit. En cas de problème de posologie ou de lecture de l'ordonnance, nous n'hésitons pas à appeler le médecin. Par ailleurs, nous lui demandons souvent confirmation lorsque nous délivrons des stupéfiants.

### **L'Education du Patient.**

L'éducation thérapeutique a pour but de faire assimiler au patient le respect des posologies et des modalités de prise. Le message peut être particulièrement dur à faire passer lorsque nous parlons à des étrangers ou à des personnes défavorisées peu instruites.

J'insiste en particulier sur les risques des hypnotiques lorsque j'en délivre. Je passe aussi parfois du temps à expliquer aux jeunes filles que la pilule du lendemain n'est pas un moyen de contraception.

### **La Consultation pharmaceutique.**

Je ne connais pas d'exemples de consultations faites par des pharmaciens. J'y suis opposé, dès l'instant qu'elles feraient appel à des actes médicaux ; si, en revanche, c'est une consultation entièrement axée sur le médicament, alors pourquoi pas, je serais prête à en assurer.

Je pense que le principal problème qui se poserait serait la configuration des officines. Toutes ne disposent pas encore d'un espace de confidentialité, et il serait indispensable pour ces consultations. Pour le patient, cette consultation permettrait de lever certaines confusions. Par contre, je ne pense pas qu'il faille y évoquer les effets indésirables, car c'est automatiquement un facteur de perte d'adhésion au traitement.

### **La Formation continue.**

Je n'ai jamais fait de formation continue. Je sais que je devrais, mais je trouve que c'est beaucoup trop cher. Je ne comprends pas qu'il faille payer, alors que cette formation est assurée gratuitement chez les médecins.

Pour ce que j'en connais, je pense que la formation continue est complète et offre au pharmacien des réponses à tous ses problèmes actuels ; cependant, tant qu'elle ne sera pas gratuite, je n'en ferai pas.

Pharmacienne N°6

Âge : 46 ans

Première année en tant que titulaire : 1984

Equipe : 1 titulaire, 1 adjoint, 2 préparatrices, 1 apprentie

### **Les Réseaux de Santé.**

Je ne participe pas à un réseau de santé, cependant je fais partie d'un groupement d'officines, le GIPHAR, dont j'ai été la secrétaire il y a quelques années.

### **L'Espace de Confidentialité.**

Du fait de la configuration des lieux, nous pourrions difficilement en avoir un. Nous y avons très peu recours, car il faut faire monter les personnes dans mon bureau au 2<sup>ème</sup> étage [Note : il n'y a pas d'ascenseur]. Pour les personnes âgées de mobilité réduite, l'essai des bas de contention peut se faire éventuellement au rez-de-chaussée, derrière un rideau.

### **Le Rendez-Vous pharmaceutique.**

Nous n'en donnons pas ; étant donné notre position au cœur du centre ville, nous avons de toute façon affaire à une clientèle citadine qui veut que tout aille vite. Il n'y aurait pas de demande pour ce service. Je vends environ un lecteur électronique de glycémie par an, et je délivre les instructions au comptoir.

### **L'Opinion pharmaceutique.**

Nous l'avons testée pendant 6 mois, c'était la tâche du stagiaire de 6<sup>ème</sup> année de les remplir. Je n'ai pas jugé utile de continuer, c'était fastidieux et ça n'apportait rien. Près du téléphone, nous avons un carnet dans lequel nous résumons les conversations tenues avec les médecins en cas de problème.

### **L'Éducation du Patient.**

L'éducation thérapeutique, c'est faire savoir la posologie, les modalités de prises et l'hygiène de vie. Ici, nous éditons des plans de prises lorsque nous délivrons une ordonnance. Le point le plus critique est la lutte contre l'inobservance, car nous savons pertinemment que beaucoup de patients suivent bien leur traitement les premiers jours, et prennent le traitement anarchiquement les jours suivants, voire arrêtent de leur propre chef s'ils se sentent mieux. Je ne pense pas qu'il faille cibler l'éducation thérapeutique sur tel ou tel groupe sanitaire, je préfère traiter tous les patients de la même façon. Evidemment, lorsque GIPHAR donne un thème de campagne, nous pensons davantage à donner des conseils en accord avec ce thème.

### **La Consultation pharmaceutique.**

J'ai visité des officines canadiennes au cours d'un séjour organisé par GIPHAR.

Je serais prête à assurer des consultations pharmaceutiques. Je ne pense pas qu'il y ait trop de contraintes par rapport à la législation actuelle, ni qu'il y aurait de grande hostilité de la part des médecins, puisque notre consultation aurait une finalité différente. Cependant, en assouplissant la législation, les possibilités de ces consultations s'étendraient un peu (prescription de médicaments par le pharmacien, par exemple).

Pour le patient, ces consultations constitueraient une grande motivation pour l'adhésion au traitement, elles seraient l'occasion de recevoir des conseils hygiéno-diététiques, et diminueraient l'inobservance. Durant la consultation, le pharmacien pourrait expliquer au patient quels symptômes sont les signes d'alerte d'une complication nécessitant une consultation médicale d'urgence, et quels effets indésirables sont typiques et sans gravité.

### **La Formation continue.**

Je participe une fois par an à la formation donnée par mon groupement. Lorsque je reçois un visiteur médical pour un produit nouveau, je lui demande un créneau horaire suffisant pour qu'il puisse faire la démonstration détaillée à toute mon équipe. Je trouve également des éléments de formation continue dans *Le Moniteur des Pharmacies* et les autres revues professionnelles. J'apprends aussi parfois de mes stagiaires, qui ont plus de prise sur la théorie, étudiée récemment.

Je pense que la formation continue est souvent axée sur la pharmacologie, peut-être trop. Je préférerais une meilleure formation aux aspects commerciaux de la profession, la gestion et la comptabilité. D'autre part, il est difficile de se libérer sur les heures de travail, aussi je suis en mesure de suivre une formation d'une journée, en me faisant remplacer, mais je n'ai accès à aucune formation qui se fait sur plusieurs jours.

Pharmacienne N°7

Âge : 36 ans

Première année en tant que titulaire : 1998

Equipe : 1 titulaire, 1 adjoint ½, 2 préparateurs

### **Les Réseaux de Santé.**

J'appartiens à un groupe de travail multi-professionnel, le Groupe d'Etudes et de Recherches Médicales de l'Est (GERME) qui compte des médecins généralistes et des médecins spécialistes. Ce groupe permet notamment des échanges entre les professions, et nous avons ainsi pu aborder avec tous les partenaires, de nos différents points de vue, les médicaments innovants : ARANESP<sup>®</sup>, NEORECORMON<sup>®</sup>, de nouveaux anticancéreux...

### **L'Espace de Confidentialité.**

Je dispose d'un comptoir en retrait, à l'abri des regards [Note : ce comptoir étant attenant à un large pilier, il est effectivement invisible depuis le reste de l'espace client]. Nous utilisons ce comptoir chaque fois que la situation l'exige, parfois sur initiative du patient, parfois sur la nôtre. Je ne suis pas favorable à un espace de confidentialité clos, je trouve que cela stigmatiserait trop les usagers, qui seraient montrés du doigt comme « les patients que l'on isole parce qu'ils ont un problème grave ». Pour moi, un espace de confidentialité n'est pas seulement déterminé par un emplacement physique : je paie une redevance à la SACEM pour diffuser de la musique dans l'officine, ce qui distrait les personnes qui attendent, et isole des conversations d'autrui. De même, je m'étais doté d'imprimantes silencieuses, mais j'ai finalement réinstallé mes vieilles imprimantes ; le bruit qu'elles font peut couvrir une partie des conversations, et il peut servir de point de repère dans la démarche de délivrance, en indiquant au patient suivant qu'il va pouvoir s'approcher.

### **Le Rendez-Vous pharmaceutique.**

Non, nous n'accordons pas ce genre de rendez-vous. Lorsqu'un patient a besoin de faire des essayages, nous lui suggérons seulement une large fenêtre de temps (tel jour le matin), mais quel que soit le moment où il a décidé de venir, nous devons être en mesure de l'accueillir et de le servir convenablement.

### **L'Opinion pharmaceutique.**

J'en ai rempli trois en huit ans, une fois à propos d'un refus de délivrance, et les autres fois pour une posologie erronée. Dans ces trois cas, le geste a été très mal perçu par les médecins, bien qu'ils fussent des amis personnels. J'ai décidé que je n'en remplirais plus jamais. Juste à côté du téléphone, nous avons un carnet de notes dans lequel nous indiquons toutes les interactions que nous avons avec les médecins lorsque nous les appelons.

### **L'Éducation du Patient.**

C'est l'ensemble des règles hygiéno-diététiques, d'amélioration de l'observance, de prévention et de prise en charge globale de la pathologie qu'applique le pharmacien au cours d'une intervention auprès d'un patient.

Cette éducation est particulièrement indispensable dans toutes les pathologies qui durent plus de 2 ou 3 mois. Je sais bien que l'éducation thérapeutique évoque souvent les grands problèmes de santé publique, tels que le diabète ou l'hypertension artérielle, mais pour moi, il y a déjà un énorme travail à faire dans les affections les plus courantes : par expérience, je sais qu'un patient souffrant d'une mycose a toutes les chances d'abandonner son traitement après une assiduité de 2 ou 3 mois, alors que pour constater une efficacité, il faudrait patienter

jusqu'à 6. Ce sont des cas d'inobservance comme celui-ci que je cherche avant tout à résoudre, car ils se présentent très fréquemment.

### **La Consultation pharmaceutique.**

J'ai lu des articles à propos de consultations à l'étranger, dans des revues professionnelles. Je pense que le pharmacien *pourrait* assurer ce rôle, mais sûrement pas qu'il le *devrait*. D'abord, je suis persuadé qu'il y aurait un sérieux problème de compétences chez certains pharmaciens, qui prétendent à un monopole sur certains produits, mais n'assurent aucun service en dehors de la vente. Je suis contente qu'Edouard Leclerc ait fait l'expérience d'envoyer des clients-mystère dans les officines, avec ce constat édifiant que beaucoup de pharmaciens, prétendument experts, ne donne pas l'once d'un conseil sur les produits qu'ils délivrent sans ordonnance. C'est l'occasion de se pencher sur les capacités réelles des pharmaciens. C'est un métier, et si on le fait bien, alors tout ce qu'une consultation pourrait apporter survient déjà spontanément lors des délivrances.

Ensuite, je crains que le fait d'assurer des consultations, même dans l'optique de tout baser sur le médicament, fasse du pharmacien un sous-fifre du médecin. C'est sûrement ce que penserait un patient qui sort de sa consultation avec le pharmacien, et qui a été durant celle-ci orienté vers le médecin ; le patient serait dans ce cas contraint de subir une seconde consultation, comme si celle du pharmacien n'avait pas permis de l'aider.

Enfin, je n'envisage pas qu'une telle activité puisse avoir un but lucratif. Si de telles consultations pouvaient se faire, ce serait sûrement très intéressant pour la prise en charge globale de certains patients, cependant, je me vois mal terminer par une facturation, ou une note d'honoraires comme c'est le cas à la Maison du Diabète. L'acte pharmaceutique est le fondement de notre métier, et nous sommes déjà rémunérés globalement pour notre activité. Perfectionner l'éducation de ses patients pour obtenir un complément de revenus, voilà qui est totalement contraire à mon éthique personnelle, et à l'éthique qui devrait être celle de tous les pharmaciens. Hélas, les gens qui se précipiteront sur la consultation pharmaceutique et qui courront après les notes d'honoraires sont certainement ceux qui sont les moins capables d'assurer de telles consultations, parce qu'ils font ce métier pour l'argent.

### **La Formation continue.**

Je suis en formation très souvent, à peu près une fois par semaine. Pour commencer, j'assiste aux réunions du GERME deux fois par mois ; nous choisissons les thèmes que nous avons envie de développer, et les professionnels experts dans le domaine correspondant assurent la formation des autres. Dans cette optique, tous les thèmes abordés sont intéressants, et rien qui soit nécessaire à ma pratique professionnelle ne manque. En plus des médicaments sortis de la réserve hospitalière, j'ai récemment pu être formée à la prise en charge globale, par exemple. D'autre part, j'assiste volontiers à des formations en dehors du groupe de travail, comme récemment pour la semaine de l'ostéoporose. Ce qui me choque, c'est que les plus éminents spécialistes étaient là, dans un amphithéâtre de 300 places, et ils s'adressaient à 22 médecins et 9 pharmaciens seulement. Je trouve les pharmaciens inexcusables de cet absentéisme, j'ai moi-même deux enfants dont un très jeune, un mari médecin qui travaille tard, j'aime sortir en boîte de nuit, et ça ne m'empêche pas de participer à des formations.

Je ne vois pas comment on peut espérer sortir de la faculté après six ans – dépensés principalement en théories moléculaires et autres fantaisies sans application pratique – et prétendre tout savoir pour les quarante années qui suivent. Ce qui est tragique, c'est que certains pharmaciens *pensent* tout savoir.

A la limite, parler de « formation continue » me semble réducteur. Il s'agit d'une activité indissociable de l'exercice pharmaceutique, car si l'on prétend éduquer des personnes à la santé, on doit commencer par s'éduquer soi-même en étant curieux de tout.

Pharmacien N°8

Âge : 57 ans

Première année en tant que titulaire : 1978

Equipe : 1 titulaire, 1 adjoint, 5 préparateurs

### **Les Réseaux de Santé.**

La pharmacie ne fait pas partie d'un réseau.

### **L'Espace de Confidentialité.**

Il n'y a pas d'espace à proprement parler. Pour l'orthopédie, il y a un local où le matériel est stocké, et où ont lieu les essayages. Lorsque le cas d'un patient nécessite de le prendre à l'écart, nous l'emmenons vers un comptoir individuel en retrait des autres. J'ai fait refaire la pharmacie il y a 15 ans, elle était auparavant dotée de guérites ; je trouvais ça idéal pour la confidentialité, hélas j'ai dû m'en séparer et je n'ai pas trouvé l'équivalent. En tout cas, je suis très sensible au problème de la confidentialité, et je le rappelle très souvent à mon équipe.

### **Le Rendez-Vous pharmaceutique.**

C'est impensable de donner des rendez-vous dans une officine. Si on se limite aux questions basement matérielles et financières, on est déjà suffisamment pris par le travail avec les patients tout-venant. Je trouve déjà que c'est difficile d'exercer son métier en faisant preuve d'éthique, en accordant suffisamment de temps à chacun. Si on devait fonctionner sur rendez-vous, tout le système serait désorganisé, le pharmacien ne serait plus disponible pour qui le demande. Je crains qu'à terme, on s'achemine vers un système dans lequel le pharmacien sera tout seul dans son officine, parce qu'il n'aura plus de quoi payer des employés.

### **L'Opinion pharmaceutique.**

Je pratique « l'opinion pharmaceutique » depuis 30 ans, et je n'ai pas attendu ce document, qui est selon moi une aberration. Ma conception du travail, c'est d'être au service du malade, et au service du médecin. Si j'ai besoin de faire une modification sur une ordonnance [Note : tandis qu'il parle, le pharmacien est justement en train de rajouter des mentions sur une ordonnance pour un problème de forme galénique inadaptée], je note dessus quelle a été mon intervention, et je préviens le médecin par téléphone. Je garde cette trace écrite, je peux vous dire que j'en ai des valises en réserve, mais j'ai très rarement eu à ressortir un document ; les médecins sont tout à fait conciliants.

En suivant tout simplement les règles du Code de la Santé Publique [Note : il cite « un pharmacien ne peut modifier une ordonnance sans l'accord exprès du prescripteur »] ainsi que les règles éthiques, on n'a jamais besoin du document d'Opinion pharmaceutique. Il suffit de toujours garder l'esprit critique quand on analyse une ordonnance.

### **L'Education du Patient.**

C'est comme pour tout dans la vie. Certaines personnes ont un esprit responsable et participent activement à leur prise en charge – médicale, psychique, psychologique – ce sont les actifs, et d'autres personnes se laissent porter, ce sont les assistés, les passifs. Je connais des personnes atteintes de cancer et qui ne se laisseront jamais abattre, qui conservent toujours une attitude d'une dignité exemplaire, tandis que d'autres vont se noyer dans un verre d'eau dès qu'elles attrapent un rhume.

A mon sens, faire de l'éducation thérapeutique, c'est parvenir à transformer une personne assistée en personne responsable. Cela fait partie de l'éducation civique, car une personne responsable est consciente des moyens mis en œuvre pour elle, et de ce qu'elle coûte à la

société, elle ne cherche pas à se faire plaindre et à abuser du système. C'est même une question d'éducation tout court.

Ainsi, je ne pense pas qu'il y ait des catégories de patients sur lesquelles il y a plus d'enjeu à l'éducation thérapeutique. Quelle que soit la pathologie, le degré de responsabilité est très variable d'une personne à l'autre.

### **La Consultation pharmaceutique.**

J'ai lu des articles dans mes revues professionnelles à ce propos.

Je suis partagé sur le sujet, tout dépend de ce que l'on veut inclure dans ces consultations. Je sais par exemple qu'il est question de donner aux pharmaciens français la possibilité de prescrire dans une liste exhaustive de médicaments. Or, je suis pour une séparation du prescripteur et du délivreur, sans quoi on risque de se retrouver dans une impasse. Si le prescripteur touche les bénéfices de ce qu'il prescrit, il y aura immanquablement des dérives, et pour obtenir des conseils en toute probité et en toute éthique, il faudra aller voir un premier pharmacien pour la prescription, et un second pour se faire délivrer les médicaments !

Si par contre, on donne des consultations pour parler du traitement prescrit par le médecin, je trouve qu'il y a matière à travailler. Bien sûr, cela poserait des problèmes de temps, de rentabilité, de formation des pharmaciens, et de disponibilité. La loi me commande de contrôler tout ce qui se passe à l'officine ; si je donne une consultation d'une heure à une personne diabétique, est-ce que je vais pouvoir continuer à être vigilant ?

Pour le patient, ce type de consultation serait certainement un avantage ; à l'hôpital, les patients ne reçoivent pas forcément toutes les informations qu'ils devraient sur leur traitement. Récemment, j'ai eu le cas d'un malade atteint de sclérose en plaques, qui à sa sortie de l'hôpital se sentait démuni face à la maladie. Il a intégré une association de malades, et une infirmière lui a donné des détails sur l'évolution, les médicaments et leur mode d'administration parfois technique, les effets indésirables susceptibles de se manifester. Il m'a transmis toutes ces informations, et dorénavant je peux les exploiter quand je rencontre d'autres malades de la sclérose en plaques. C'est intéressant, car cela va dans le prolongement de la délivrance, de l'acte pharmaceutique. Beaucoup de conseils pratiques ne figurent pas dans le VIDAL. Bien entendu, la constitution d'un dossier-patient et le suivi par le pharmacien ne pourra se faire qu'avec l'accord préalable du patient. Il devrait être libre de décider de qui aura accès aux informations qui figureront bientôt sur sa carte vitale, et pas seulement en indiquant des professions (généraliste, spécialiste, pharmacien...), mais en désignant nommément les personnes et les contenus qui leur sont accessibles.

Toutefois, je crois assez que le pharmacien s'adapte aux besoins de la société. Est-ce que la société veut d'un pharmacien omnipotent, qui étudie ses patients au cas par cas ? Si oui, alors il faut qu'elle l'en reconnaisse capable, et qu'elle lui donne les moyens d'y parvenir. Si elle ne veut pas voir évoluer le rôle du pharmacien, mais qu'elle a besoin de quelqu'un pour analyser chaque ordonnance au plus près, et donner un conseil personnalisé et complet, alors il y a peut-être une nouvelle profession à inventer.

### **La Formation continue.**

Je n'en fais pas très régulièrement, faute de temps. Cependant, j'estime que c'est non seulement un devoir, mais une nécessité de travailler au quotidien ses connaissances. Une journée où l'on n'a rien appris, est une journée perdue. Je suis certain qu'un pharmacien qui arrêterait de travailler pendant six mois serait incapable de s'y remettre, car les vérités scientifiques sont toujours des vérités provisoires, en évolution permanente, d'où une réactualisation permanente nécessaire de ses connaissances.

Il faut parvenir à trouver une manière de se former sans trop alourdir la tâche. Certains de mes confrères suivent des formations par Internet, hélas rien ne remplace à mon sens un contact direct avec des professionnels de terrain.

Si une chose manque dans la formation continue, c'est l'apprentissage des rapports humains, avec les autres professionnels d'une part, et avec les patients d'autre part. Je trouve par exemple que l'on manque de méthodes pour aborder facilement les infirmières et les praticiens hospitaliers qui ont prescrit les médicaments que l'on délivre. D'autre part, on se sent parfois en difficulté lorsqu'il faut parler à un patient de sa maladie. Le pharmacien est un homme, face à d'autres hommes parfois en grande détresse morale ; les malades peuvent avoir peur, avoir besoin d'être rassurés. Les gens sentent bien lorsque l'on s'intéresse à eux, et cela les reconforte. Il y a probablement des techniques à maîtriser pour progresser dans ce domaine.

Pour commencer, l'accueil doit se faire toute la journée comme si les gens venaient chez vous, que vous les aviez invités, et sans pour autant qu'il y ait ostentation. L'éthique est une de mes préoccupations, et même si l'accueil est un facteur de fidélisation de la clientèle, je le destine avant tout à faire en sorte que les patients se sentent bien, en confiance. Le pharmacien est un être humain, il arrive qu'en fin de journée il soit épuisé et maussade, ou qu'il ait ses propres problèmes, pourtant mon équipe et moi-même essayons d'assurer un accueil de qualité à toute heure.

Ensuite, et tous mes collaborateurs ont la même vision des choses que moi, nous mettons un point d'honneur au respect de la confidentialité, et au respect de la souffrance. J'ai pu constater que par rapport à ma génération, la pratique actuelle de la pharmacie a replacé l'homme au centre. C'est un progrès en adéquation avec la progression de la société. Je suis heureux de constater que les étudiants d'aujourd'hui sont formés à la Communication, tout en déplorant que cet enseignement ne soit pas plus développé. Pourquoi ne bénéficie-t-il pas d'un meilleur soutien des pouvoirs publics ? Pour poursuivre sur le cursus universitaire, je ne comprends pas que l'on fonctionne encore avec des coupures de trois mois chaque année, à quoi cela rime-t-il ? Pourquoi ne pas faire les études en quatre ans, en supprimant toutes les matières qui étudient des phénomènes moléculaires et ces trop longues vacances, et en mettant en valeur les disciplines qui préparent au conseil et à la communication ? Je trouve aussi que les étudiants n'ont pas assez de stages, ils ne sont pas confrontés à la réalité. Je préconise plusieurs séjours hospitaliers brefs avant l'année hospitalo-universitaire, et plusieurs mois en officine chaque année.

Pour conclure, je dirais que la société, à travers l'Etat, forme le pharmacien. La société de consommation forme des pharmaciens surtout préoccupés par leur chiffre d'affaires. Mais la société humaniste, celle du progrès, a une chance de former des pharmaciens qui placent l'humain au centre de leurs intérêts. J'espère que la formation des futurs pharmaciens prendra de plus en plus en compte cet aspect, et que la société finira par sortir de son immobilisme.

Pharmacienne N°9

Âge : 49 ans

Première année en tant que titulaire : 1985

Equipe : 1 titulaire, 2 adjoints, 2 préparatrices, 1 apprenti

### **Les Réseaux de Santé.**

La pharmacie ne fait pas partie d'un réseau. Elle est incluse dans un groupement d'officines, mais seulement pour les aspects commerciaux de commandes groupées.

### **L'Espace de Confidentialité.**

Pour l'instant, l'officine a seulement une cabine d'essayage, ainsi qu'un comptoir bas que nous utilisons parfois sur l'initiative d'un client, ou la nôtre. Cependant, des travaux d'aménagement seront réalisés dans un mois, et nous nous doterons d'une pièce fermée destinée à la confidentialité.

### **Le Rendez-Vous pharmaceutique.**

Nous accordons parfois un rendez-vous pour la délivrance d'un article d'orthopédie, ou d'un appareil de lecture de glycémie dont il faut expliquer le fonctionnement. Mais la plupart du temps, même ces explications peuvent être données sur le moment. Nous donnons un rendez-vous quand nous sommes vraiment débordés, ce qui est assez rare.

### **L'Opinion pharmaceutique.**

Je connais ce document, mais nous n'y avons jamais recours. Nous réglons les problèmes par téléphone.

### **L'Education du Patient.**

Elle consiste à bien faire comprendre au patient son traitement, l'importance de ce traitement, et tous les conseils associés, diététiques ou autres. Nous faisons particulièrement d'éducation auprès des hypertendus et des diabétiques. Tout le personnel a suivi une formation spécifique à la Maison du Diabète, et nous organisons également des campagnes de prévention dans ce cadre, au cours desquels les malades diabétiques bénéficient d'une attention particulière, et les autres personnes peuvent tester leur glycémie et recevoir des conseils de prévention.

### **La Consultation pharmaceutique.**

J'ai lu un article sur les nouvelles attributions du pharmacien anglais dans une revue professionnelle.

Dès que nous aurons notre espace de confidentialité bien délimité, nous souhaiterions participer au suivi des patients issus de la Maison du Diabète, et pourquoi pas à d'autres expériences de ce type dans d'autres pathologies.

Je pense que la consultation pharmaceutique peut susciter des réticences chez les médecins, qui n'ont pas toujours confiance en nos compétences et pourraient craindre que l'on conseille mal leurs patients, et aussi des réticences des patients eux-mêmes, car toute nouveauté doit d'abord faire ses preuves. Par ailleurs, il faudrait sonder l'opinion des patients pour savoir si un tel service leur semblerait utile.

Pour le patient, la consultation pharmaceutique garantit la sécurité d'emploi des médicaments, le bon usage continu après plusieurs délivrances, et apporte des conseils supplémentaires.

### **La Formation continue.**

Je pense suivre de la formation en moyenne une fois tous les deux mois. Il peut s'agir soit de soirées à thème organisées par un laboratoire, soit de la formation UTIP à la faculté. Une fois

par an est instituée à l'officine une journée de formation pour tout le monde ; nous avons reçu des personnes de la Maison du Diabète cette année, nous avons écouté des professionnels de terrain parler des anticancéreux l'année précédente.

D'autre part, je lis plusieurs revues professionnelles destinées au pharmacien, ainsi que la revue *Prescrire* à laquelle je suis particulièrement attentive, car c'est la seule à être véritablement indépendante.

Les thèmes que nous abordons en formation continue sont très variés : médicaments sortis de la réserve hospitalière, conseil à l'officine... Je pense qu'ils peuvent tout à fait former à l'éducation thérapeutique, si l'on sait chercher.

Cependant, ce n'est pas dans l'intitulé des thèmes, mais dans les contenus que j'émettrais une réserve. Les thèmes ont souvent un titre alléchant, mais à l'issue de la formation, on a trop souvent l'impression d'avoir assisté à un cours universitaire. La pédagogie est beaucoup trop théorique, elle souffre d'un manque d'application à la réalité officinale.

Pharmacien N°10

Âge : 56 ans

Première année en tant que titulaire : 1974

Equipe : 2 titulaires, 1 adjoint, 3 préparateurs ½, 1 stockiste

### **Les Réseaux de Santé.**

La pharmacie fait partie d'un réseau de maintien à domicile. Toutefois, nous sommes très peu sollicités dans ce cadre et nos activités au sein du réseau sont anecdotiques. Mon associé quant à lui représente le groupe des pharmaciens au sein d'un autre réseau, qui concerne le retour au domicile après hospitalisation, mais surtout en ce qui concerne les aspects sociaux. Enfin, nous avons sans grand succès tenté d'agir pour la Maison du Diabète, mais le retour est très médiocre.

Des réseaux construits autour d'une pathologie chronique, comme la Maison du Diabète, sont à mon avis une aubaine pour le patient. Cela lui permet d'obtenir toutes les informations qu'il souhaite, de mieux connaître les possibilités de traitement qui lui sont offertes, de ne pas être isolé du fait de méconnaissances. Je trouve hélas que les pharmaciens sont trop souvent mis de côté par les réseaux. Quand j'ai lu la plaquette d'informations sur la Maison du Diabète il y a quelques années, j'ai été estomaqué de ne trouver aucune référence au pharmacien, malgré son implication dans la prévention et le traitement, et sa proximité du public. J'ai contacté ce réseau avec d'autres collègues et ils ont corrigé le tir. Des dysfonctionnements persistent entre ce que la Maison du Diabète nous propose de faire et les actions qui en découlent vraiment.

### **L'Espace de Confidentialité.**

L'un des comptoirs est en hauteur par rapport à l'espace commercial [Note : il est surélevé de cinq marches et ceint d'un garde-fou] ; de plus, le patient à ce poste est assis. Nos patients réguliers connaissent bien cet espace et s'y dirigent parfois spontanément, tandis que pour les personnes de passage, nous prenons l'initiative de les y conduire si le cas s'y prête.

Le comptoir confidentiel est employé dans deux cas : lorsqu'un patient nous a demandé un développement sur sa pathologie (avec parfois recherche documentaire à la clef), et lorsque nous délivrons des médicaments tels que le VIAGRA® ou des produits de substitution aux narcotiques. Nous avons réalisé les travaux après que l'inspection de la pharmacie ait jugé nos conditions de confidentialité insuffisantes et demandé un réaménagement.

### **Le Rendez-Vous pharmaceutique.**

Bien entendu, les recherches documentaires que nous effectuons pour les patients, sur leur pathologie ou sur leurs médicaments, prennent du temps, et dans ce cas nous reportons l'entrevue à une date déterminée. Cela arrive aussi parfois pour des appareils techniques, nous préférons choisir un moment où notre équipe sera la plus disponible.

En ce qui concerne les articles de contention, nous avons un personnel spécifiquement formé à cette délivrance, et qui n'est pas là à plein temps, donc nous donnons des indications de jour et de créneau horaire.

### **L'Opinion pharmaceutique.**

Nous ne l'utilisons jamais. A mon avis, son usage serait trop délicat vis-à-vis du médecin. J'ai longtemps travaillé à la campagne, où les rapports entre les professions sont plus personnels, mais même alors les médecins qui recevaient de telles opinions l'acceptaient difficilement.

### **L'Education du Patient.**

C'est le rôle du pharmacien d'apporter des éclairages sur la pathologie, et de faire prendre conscience de certains problèmes de santé publique. De nos jours, certains patients préfèrent

se débrouiller seul en surfant sur Internet, notre rôle est aussi de tempérer la validité de ces informations. Quoi qu'il en soit, quel que soit le niveau intellectuel du patient, il faut veiller à ne jamais le prendre de haut. Maîtriser ces connaissances est notre métier, non une fierté qu'il faut souligner en dominant l'interlocuteur.

L'éducation thérapeutique doit être particulièrement soignée dans les problèmes chroniques où l'attitude du patient joue un rôle fondamental : diabète, hypertension...

Il faut signaler que dans certains domaines la réponse du pharmacien n'est pas adaptée. Je veux parler du problème de la toxicomanie. A mon avis, la politique de prise en charge des patients toxicomanes à l'officine est un échec total, et en trente ans de pratique, je pense que quelques-uns seulement ont connu un sevrage définitif. Ceux qui ont détourné leur traitement de substitution sont bien plus nombreux. Je pense qu'il faut créer des structures spécialisées pour accueillir les toxicomanes et leur délivrer leur traitement ; le pharmacien n'est pas formé pour gérer des personnes aussi émotionnellement instables, d'autant qu'il s'expose parfois à des agressions. En l'état actuel des choses, mon sentiment est que l'argent de la Sécurité Sociale est gaspillé ; il me semble que le SUBUTEX<sup>®</sup> constitue la première dépense médicamenteuse en Moselle et la seconde en Meurthe-et-Moselle.

### **La Consultation pharmaceutique.**

Comme je l'ai dit, je connais les missions proposées par la Maison du Diabète.

Si ce type de consultation se démocratise, je suis prêt à l'assurer ; ce rôle pourrait en effet échoir au pharmacien. Cependant, comme dans le conseil officinal, jouer efficacement ce rôle signifie que l'on dispose de produits conseils bien adaptés et que l'industrie suit. Je constate qu'entre un médicament destiné au conseil et son équivalent listé, bien qu'il s'agisse du même produit, la différence de prix pratiqués par les industriels est parfois très significative ; voilà de quoi semer la confusion dans l'esprit des patients ! J'attends du Ministère de la Santé ou du Commerce qu'il légifère sur ce problème.

Le développement de consultations pharmaceutiques se heurterait à plusieurs problèmes. Ce service nécessite une équipe officinale bien formée, avec des connaissances variées et actualisées, or, il est difficile d'attirer des diplômés à la campagne. Il risque donc d'y avoir un nivellement entre la qualité des soins en milieu urbain et rural. De plus, cette compétence doit être rémunérée, et les charges pour l'employeur seraient importantes. On aurait également du mal à consacrer à chacun le temps nécessaire, étant donné la lourdeur administrative qui ronge de plus en plus de temps.

Du point de vue des patients, ils obtiendraient une attention soutenue, d'autant que les médecins eux aussi sont de plus en plus contraints par le temps. L'intervention du pharmacien serait un appui dans le vécu de la pathologie, et serait le point de départ d'une réflexion plus globale sur la possibilité de prescription des pharmaciens (en vue d'un remboursement), de renouveler une ordonnance ALD, etc.

En plus d'être un service appréciable des patients, la consultation pharmaceutique mettrait en valeur notre métier qui est attaqué parfois par la presse ou les associations de consommateurs. Néanmoins, à mon sens, la pratique pharmaceutique ne prend pas ce chemin et s'oriente plutôt vers le mercantilisme. J'ai pu constater dernièrement que certaines pharmacies de Nancy avaient mis en place un site Internet, dans lequel les promotions étaient annoncées ! L'interdiction de faire de la publicité est contournée au motif que visiter le site Internet équivaut à rentrer dans la pharmacie elle-même. Le fait que l'Ordre des Pharmaciens puisse donner son accord pour ce genre d'initiatives m'échappe complètement.

### **La Formation continue.**

J'ai récemment suivi la formation de PRAQ (Pharmacien Responsable de l'Assurance Qualité). Je participe à des formations organisées par la faculté ou par des laboratoires, assez

souvent. Les titulaires de l'officine se déplacent, mais comme nos autres collaborateurs ont du mal à suivre, nous demandons parfois aux laboratoires d'envoyer directement leurs émissaires chez nous pour former tout le monde en même temps. Les membres du personnel suivent de plus 20 heures de formation par an.

Les formations préparées par un laboratoire ont nécessairement un but commercial. Celles organisées par la faculté privilégient les aspects scientifiques, mais manquent peut-être de recul par rapport à la réalité officinale. Chaque type de formation a ses avantages et ses inconvénients.

Pour ce qui est des contenus, tous les thèmes attendus sont explorés. Mon seul regret provient de la forme. Il est impossible de disposer de professionnels de terrain dans chaque spécialité médicale, cela dit, j'aimerais entendre l'avis d'un ophtalmologiste chaque fois que je suis formé sur un médicament par voie oculaire, et celui d'un néphrologue pour tout produit influant sur la fonction rénale.

Pharmacienne n°11

Âge : 58 ans

Première année en tant que titulaire : 1976

Equipe : 1 titulaire, 2 remplaçants, 1 préparatrice, 1 étudiant en pharmacie

### **Les Réseaux de Santé.**

L'officine est dans un réseau de maintien à domicile, mais je n'occupe pas dans ce réseau de poste à responsabilités.

### **L'Espace de Confidentialité.**

Les quatre comptoirs sont individuels [Note : ils sont en ligne et séparés d'un demi-mètre environ]. Il y a également une pièce pour l'orthopédie, dans laquelle je m'isole occasionnellement avec le patient pour parler de son cas.

### **Le Rendez-Vous pharmaceutique.**

Je fixe éventuellement un rendez-vous pour des ajustements sur un matériel d'orthopédie ; tous les autres cas peuvent être traités directement au comptoir.

### **L'Opinion pharmaceutique.**

Il m'arrive d'en établir une, dans les cas où je détecte une interaction évidente entre deux médicaments de l'ordonnance. Je commence toujours par appeler le médecin, afin de le prévenir de mon initiative, puis je remplis l'Opinion pour conserver une trace écrite.

### **L'Education du Patient.**

Il ne faut pas se lasser de répéter les conseils, car les personnes qui n'ont pas suivi notre formation ne comprennent pas toujours comme nous. Lorsqu'on a la sensation d'avoir bien exposé toutes les informations utiles, il faut aussi les faire répéter au patient, pour se rendre compte de ce qu'il a retenu.

Je prends particulièrement soin de l'éducation des malades chroniques, en particulier diabétiques et hypertendus. Je tiens compte d'une part de la maladie, de l'autre de la réceptivité des patients, c'est-à-dire leur implication.

### **La Consultation pharmaceutique.**

Je sais que de telles consultations existent en Angleterre et au Canada, mais dans des contextes sanitaires différents du nôtre.

Je suis convaincue que le pharmacien français pourrait assurer des consultations ; d'ailleurs, s'il y a encore quelque chose à développer dans notre métier, c'est bien de ce côté là. Cela dit, le pharmacien rencontrerait des réticences de la part des médecins, qui craindraient que l'on empiète sur leurs prérogatives, et aussi de la part de la Sécurité Sociale, qui aurait à rembourser ces consultations.

Je pense que le principal avantage pour le patient serait la facilitation de l'accès aux soins, et un gain de temps par rapport à des consultations médicales, pour les pathologies bénignes.

### **La Formation continue.**

Je participe aux UTIP organisés à la faculté, 3 dimanches par an, et une soirée tous les deux mois. Ces formations mettent à jour les connaissances et appuient sur l'aspect scientifique de la pharmacie ; en revanche, elles développent très peu une approche empathique du patient.

D'après moi la formation continue couvre tous les domaines, il n'y a aucun thème particulier que je souhaiterais aborder en sus.

Pharmacienne n°12

Âge : 52 ans

Première année en tant que titulaire : 1976

Equipe : 1 titulaire, ½ adjointe, 2 préparateurs

### **Les Réseaux de Santé.**

Nous n'avons jamais eu de propositions dans ce sens. Si le cas se présentait dans l'avenir, je pense que je serais intéressée.

### **L'Espace de Confidentialité.**

Nous disposons d'un comptoir à l'écart des autres pour les problèmes à caractère confidentiel. Pour ce qui est de l'orthopédie, les prises de mesure et essayages ont lieu dans le bureau du pharmacien.

### **Le Rendez-Vous pharmaceutique.**

Je préconise de prendre rendez-vous uniquement pour les prises de mesures et la délivrance des orthèses. Dans tous les autres cas, l'activité de l'officine est plutôt calme, et nous avons le temps de bien nous occuper de tout le monde.

### **L'Opinion pharmaceutique.**

J'ai établi quelques opinions, mais je n'en ai pas rempli depuis longtemps. Je me rappelle notamment d'un cas de surdosage en ROHYPNOL<sup>®</sup>, chez une personne qui avait un lourd passé de toxicomane ; j'avais alors contacté l'Ordre pour demander conseil. J'ai établi une opinion pharmaceutique pour refus de délivrance, en prévenant le médecin. De toute façon, j'ai l'impression qu'il n'y a aucun suivi sur ces opinions et qu'on les remplit pour rien.

### **L'Education du Patient.**

L'éducation thérapeutique désigne principalement les pratiques de régime et d'hygiène, en particulier dans les maladies métaboliques (diabète, hypertension...). Mais cela peut revêtir des aspects très variés : faire l'éducation sexuelle d'une mineure qui vient acheter la pilule du lendemain, apprendre à une jeune mère à bien s'occuper de son premier bébé, ou plus simplement faire bon usage de formes galéniques pas forcément évidentes. Nous sommes régulièrement confrontés à des problèmes d'automédication avec des erreurs parfois graves ; l'éducation thérapeutique doit faire comprendre aux gens qu'ils n'utilisent pas des produits anodins. Enfin, le pharmacien doit faire appel à ses qualités d'observation : j'essaie toujours d'être attentive à des signes annonciateurs de l'aggravation ; cette semaine, une patiente qui se plaignait d'un saignement de nez m'a appris qu'il durait depuis vingt-quatre heures, et je l'ai donc convaincue de voir un médecin. Un patient n'est pas toujours capable de mesurer la gravité de son cas, ni les effets de ses médicaments, il faut savoir se mettre à sa portée.

### **La Consultation pharmaceutique.**

Je suis favorable à ces initiatives dans la mesure où il n'y a pas de recouvrement entre nos compétences et celles des autres professionnels. Par exemple, lors des campagnes de dépistage du diabète, on nous a demandé de faire usage d'un autopiqueur sur les patients ; à mon sens, c'est un geste infirmier et il est déplacé pour nous de l'exécuter. Pour tout ce qui concerne les aspects purement pharmaceutiques, je serais prête à endosser ce rôle.

### **La Formation continue.**

Je vais à des formations de tous les types, surtout le soir. C'est pourquoi j'opte souvent pour les formations de la faculté, qui ont lieu en soirée. J'ai parfois du mal à m'organiser mais je

m'y rends assez régulièrement. Je dirais que ces formations développent plus les aspects scientifiques que les aspects humains, cependant, il faut distinguer deux types de formation :

- des formations très pointues sur un médicament, à l'instar du MABTHERA® dernièrement, ou des nouveaux antimigraineux (triptans)
- des formations de remise à niveau sur un sujet plus vaste (les médicaments vétérinaires, le calendrier vaccinal, les allergies saisonnières...)

Dans le second cas, il arrive que les aspects humains de relation au patient et à sa famille soient traités en détail ; cela a été le cas pour la Maladie d'Alzheimer et la sclérose en plaques. Je pense que des remises à niveau sur le diabète devraient avoir lieu plusieurs fois par an, avec notamment une démonstration de tous les dispositifs actuellement disponibles.

Pharmacienne n°13

Âge : 44 ans

Première année en tant que titulaire : 1990

Equipe : 2 titulaires, 3 préparateurs, 1 apprentie

### **Les Réseaux de Santé.**

Nous avons longtemps appartenu à MADELOR, qui est en cours de dissolution faute de crédit. Cela dit, pendant toute la durée de notre partenariat (soit deux ou trois ans), un seul de nos clients a pu bénéficier des avantages de ce réseau. Nous avons été totalement shuntés par l'Hôpital, où l'on parle surtout aux familles des prestataires de services partenaires.

Nous avons donc adhéré à un autre réseau de maintien à domicile de création récente, dont le retour est assez faible. Une fois encore, nous subissons la concurrence des prestataires de services. Lorsqu'une personne est malade ou convalescente, sa famille est désorientée, et dans la confusion et l'urgence de trouver une solution, elle a tendance à accepter la première qui se présente. C'est pourquoi les personnes pour qui nous assurons le maintien à domicile ne viennent jamais des environs immédiats, mais d'autres hôpitaux. La concurrence est d'autant plus déloyale à mon avis que l'Ordre nous impose de nombreuses contraintes de qualité (visites régulières de contrôle, par exemple) que ne connaissent pas les prestataires. Bien entendu, ces mesures assurent un service optimum et ne doivent pas être allégées, mais en revanche, elles devraient être imposées aux prestataires dans les mêmes conditions.

Outre les réseaux de santé, la pharmacie est labellisée GIROPHARM, ce qui est notamment d'un grand secours pour les aménagements, la formation continue, et la mise en place de campagnes de santé publique. Durant la semaine du sevrage tabagique, des appareils à mesurer le dioxyde de carbone expiré nous ont été distribués. Nous avons eu également du matériel pour le dépistage du diabète, et ceci nous a d'ailleurs permis de détecter quelques positifs. Nous avons régulièrement des fiches et des questionnaires à remplir pour de mini-entretiens avec le patient. Cela dit, s'ils aiment recevoir des conseils, les patients sont parfois réticents à remplir des questionnaires, et encore plus à nous suivre à l'écart pour discuter. C'est sans doute un créneau à développer, en faisant évoluer les mentalités.

### **L'Espace de Confidentialité.**

Nous disposons d'un local orthopédique de 9m<sup>2</sup> avec des toilettes pour handicapés. Il nous arrive de l'utiliser pour discuter d'un problème délicat, cependant c'est plus souvent le patient qui refuse de s'y rendre. Être isolé chez le pharmacien ne fait pas partie des habitudes. D'autre part, par rapport à l'ancienne disposition, nous avons des comptoirs éclatés.

### **Le Rendez-Vous pharmaceutique.**

Il y a quelques temps, nous disposions d'une diététicienne avec un bureau particulier à l'étage, qui donnait des consultations sur rendez-vous. C'était dans le cadre d'une gamme de substituts de repas qui avait beaucoup d'activité, mais a fini par lasser. Aujourd'hui, le marché des substituts a disparu, nous n'assurons donc plus ce service.

### **L'Opinion pharmaceutique.**

Jamais je n'ai utilisé d'opinion. Nos problèmes relatifs aux ordonnances sont réglés directement en téléphonant au médecin. Les médecins sont tout à fait enclins à reconnaître leurs erreurs ; ceux qui restent campés sur leurs positions et nous répondent grossièrement sont en général les moins sûrs d'eux.

### **L'Education du Patient.**

Elle consiste à détailler les modalités de prise et la durée du traitement ; je serais tentée d'ajouter qu'il faut expliquer les effets indésirables encourus, mais l'expérience m'a prouvé que parler des effets indésirables fait systématiquement fuir le patient, qui continuera à venir chercher les médicaments mais ne les prendra plus. L'éducation s'inscrit également dans une politique de prévention : insister sur l'intérêt de la vaccination, détailler les précautions à prendre dans un traitement par Anti-Vitamine K. L'éducation thérapeutique serait largement améliorée par des outils comme le Dossier Médical Personnel, je déplore que le pharmacien soit pour l'instant mis à l'écart de ce côté-là.

### **La Consultation pharmaceutique.**

J'ai justement lu un article sur la consultation pharmaceutique récemment. [Note : la pharmacienne décrit le projet Pharmaker et conclut en sortant l'article de ses archives]. Ce projet me semble très intéressant et à même de redonner au pharmacien toute son importance dans la prise en charge des malades. Reste le problème de la formation, et celui des médecins qui risquent de ne pas apprécier. Au moment de la mise en place des génériques, certains médecins ont fait barrage à leur prescription ; aujourd'hui, ce sont les premiers à vanter le mérite des génériques, mais ils rejettent l'idée d'un renouvellement d'ordonnance par le pharmacien. Chaque étape de l'évolution de notre profession rencontre des réticences, mais celles-ci émanent d'une minorité de médecins. Je pense que la désertification rurale et la pénurie de médecins nous conduira à long terme à une situation identique à l'Angleterre, et que de toute façon notre rôle ne peut qu'évoluer.

Grâce aux consultations, le patient se ferait plus longuement expliquer son traitement, et il se confierait plus facilement, car la barrière de la blouse blanche est moins marquée qu'avec le médecin ; les questions fusent plus facilement devant le pharmacien. Il a une relation privilégiée avec le patient. D'autre part, le pharmacien a plus de flexibilité pour le voir, car il travaille en équipe alors que le médecin est seul à son cabinet.

### **La Formation continue.**

Je participe à beaucoup de formations par l'intermédiaire de mon groupement. L'équipe de l'officine se rend également aux formations organisées par la faculté. J'ai également suivi la formation de PRAQ proposée par l'Ordre. Je pense qu'il est essentiel qu'à l'avenir, les pharmacies assurent un niveau de qualité identique, évalué sur des critères objectifs standardisés tels que les normes ISO. La dernière formation que j'ai suivie concerne l'utilisation des défibrillateurs automatiques, car j'ai appris que Nancy était une ville pilote pour leur mise à disposition dans les lieux publics en 2007.

Je pense que sur le plan humain, les formations sont assez déficitaires. Il n'y a pas d'apprentissage de la psychologie, et l'on est encore insuffisamment préparé à la gestion de patients émotionnellement affectés, ou difficiles tels que les toxicomanes. C'est un type de formation que j'aimerais voir se développer.

Pharmacienne n°14

Âge : 40 ans

Première année en tant que titulaire : 1992

Equipe : 2 titulaires, 1 adjointe, 2 préparateurs, 1 stockiste, 1 étudiante en pharmacie

### **Les Réseaux de Santé.**

L'officine a fait partie de MADELOR, qui va bientôt disparaître, pendant 5 ou 6 ans. Elle est dans un nouveau réseau de maintien à domicile, avec très peu de sollicitations pour l'instant, excepté pour des réunions axées sur le fonctionnement et la gestion du réseau lui-même.

Nous appartenons également à un groupement, PHARMAREFERENCE, que nous utilisons comme centrale d'achats, et qui nous aide à développer des campagnes de santé publique.

### **L'Espace de Confidentialité.**

Dans l'espace commercial se trouve un meuble isolé, bien à l'écart derrière une colonne, qui constitue le poste assis idéal pour la confidentialité, mais aussi pour les personnes à mobilité réduite, ou les mères désireuses de surveiller leur enfant dans le parc à jeux contigu. L'officine comporte également un local orthopédique.

### **Le Rendez-Vous pharmaceutique.**

Si le patient désire un conseil diététique adapté, nous le convions aux heures où nous avons la meilleure disponibilité. Nous donnons fréquemment des rendez-vous pour l'orthopédie, et plus ponctuellement, pour des dépistages du diabète ou des mesures de tension artérielle.

### **L'Opinion pharmaceutique.**

J'ai rempli plusieurs fois une opinion pharmaceutique à propos de problèmes d'allergie à un collyre. Le seul autre cas était un syndrome de Lyell apparu chez un patient au démarrage de son traitement par le ZYBAN®. A mon avis, l'opinion pharmaceutique n'apporte rien à l'acte pharmaceutique et à la qualité à l'officine, elle n'a d'intérêt que sur le plan juridique. De plus, rédiger une opinion prend trop de temps.

### **L'Education du Patient.**

Il faut que nos principaux messages entrent dans les mœurs : bien se soigner, avoir une bonne hygiène, bien suivre les indications des différents professionnels de santé. Il faut aussi savoir répondre aux questions ou les anticiper ; on rencontre de temps à autres des personnes qui souhaitent arrêter brutalement leur traitement, l'augmenter ou le modifier sans en avertir le médecin. Je ne pense pas que les efforts d'éducation thérapeutique doivent porter sur telle ou telle pathologie, mais plutôt pour palier certains comportements, un déficit intellectuel ou le barrage de la langue.

### **La Consultation pharmaceutique.**

Notre groupement nous a proposé d'encadrer la « prescription pharmaceutique » ; il s'agissait en réalité de noter les médicaments délivrés en conseil sur un formulaire, en adjoignant les conseils de bon usage et la posologie. Nous n'avons pas longtemps persisté dans cette expérience, car le procédé n'était pas clair dans la tête des patients. Cependant, il faut signaler que malgré cette apparence de prescription, aucun patient n'a réclamé de remboursement. Peut-être qu'une consultation basée sur les aspects pharmaceutiques de la prise en charge est à développer. A l'évidence, il faut s'attendre à une opposition de la part de l'Ordre des Médecins.

Je pense que le patient a tout à gagner dans ce système, mais il ne faudra pas négliger de le placer au centre et de tenir compte en priorité de son désir d'être pris en charge ou non.

**La Formation continue.**

Je participe régulièrement a des formations. Je privilégie surtout celles des laboratoires, pour connaître les nouveaux médicaments. J'ai pu apprécier par exemple la formation sur les anticancéreux en ville. Lorsque je me rends à la faculté, c'est dans le cadre de l'agrément des Maîtres de Stage, mais je ne participe pas aux soirées de formation continue proprement dites. Je ne pense pas que les formations continues proposées soient actuellement performantes sur les aspects humains, mais à mon avis, c'est plutôt dans la fibre de chacun de s'intéresser à ces aspects ou non. Quelqu'un de taciturne ne sera pas plus enclin à l'écoute après une séance de formation.

Pharmacien n°15

Âge : 49 ans

Première année en tant que titulaire : 1990

Equipe : 1 titulaire, 1 adjointe, 3 préparateurs, 1 vendeuse, 1 femme de ménage

### **Les Réseaux de Santé.**

Nous appartenons à un réseau de maintien à domicile, qui commence à se mettre en place. Les premières années sont surtout consacrées à tester la bonne coordination des partenaires, il n'y a pas d'impact sur les patients. Je pense qu'un réseau peut apporter quelque chose s'il permet d'améliorer la prise en charge des personnes âgées et les relations entre les différentes professions de santé. Néanmoins, se déplacer au domicile des patients prend du temps ; il y a une part de bénévolat que tout le monde n'est pas prêt à assumer.

La pharmacie fait partie du groupement FORUM SANTE depuis maintenant 7 ans, ce qui a conditionné son agencement.

### **L'Espace de Confidentialité.**

L'espace est aménagé sur le modèle FORUM SANTE, c'est-à-dire avec une bergerie au centre de l'espace commercial [Note : la bergerie est une estrade circulaire qui comporte quatre comptoirs opposés deux à deux ; les pharmaciens se trouvent dans le cercle, en hauteur par rapport aux clients, et se tournent mutuellement le dos, tandis que les clients circulent tout autour]. Un cinquième comptoir se trouve isolé dans un coin pour la délivrance de couches pour adultes, de CIALIS<sup>®</sup>, d'anticancéreux, etc. Enfin, le local orthopédie est fermé par une porte totalement hermétique aux sons, car c'est également le local d'audioprothèse. Nous l'utilisons pour les essais d'orthèses, et la délivrance de prothèses mammaires.

### **Le Rendez-Vous pharmaceutique.**

Notre équipe a des compétences très variées : audioprothèse, semelles orthopédiques, fauteuils roulants, orthèses et prothèses mammaires. Pour cette raison, nous avons de nombreux rendez-vous à prendre tous les jours.

### **L'Opinion pharmaceutique.**

Je ne me sers pas d'opinions. Sur de simples problèmes d'ordonnance, j'appelle le médecin. Par chance, aucun cas plus grave ne s'est jamais présenté. La seule fois où j'ai été confronté à un problème sérieux de pharmacovigilance, à cause du sirop CODENFAN<sup>®</sup> – que j'aimerais voir disparaître des officines – j'ai directement contacté le laboratoire et je l'ai averti du problème.

### **L'Education du Patient.**

Nous ne la pratiquons pas assez à mon goût mais nous faisons sans arrêt des progrès en la matière. Nous avons une adjointe très dynamique dont la motivation rejaillit sur le reste de l'équipe. Ainsi nous avons constaté que des traitements entrepris depuis parfois une décennie peuvent être mal pris, et qu'il faut régulièrement demander au patient comment se passe le traitement, s'il prend toujours tous ses médicaments, en particulier s'il ramène des boîtes inutilisées pour le Cyclamed ou s'il refuse une partie des boîtes parce qu'il lui reste un stock.

### **La Consultation pharmaceutique.**

Je n'ai pas eu d'informations à ce sujet. Si le personnel est suffisant, cela me paraît être une bonne idée. Le manque de temps et la disponibilité du personnel seraient à mon avis les facteurs limitant de sa mise en place. Je ne crois pas qu'il y aurait double emploi avec la

consultation médicale, car le médecin a souvent trop peu de temps pour aborder les mesures diététiques.

Côté patient, la consultation pharmaceutique serait avant tout un service *personnalisé*, ce qui va parfaitement avec la tendance actuelle en matière de qualité de prise en charge. Les hôpitaux sont souvent critiqués du fait que les patients deviennent des « numéros » auxquels on porte peu de considération. Cette consultation améliorerait également l'observance.

### **La Formation continue.**

Mon adjointe se rend à toutes les formations possibles, elle est vraiment au fait des dernières directives sur le diabète ou les anticancéreux et transmet son savoir à l'équipe. Par ailleurs, les laboratoires viennent directement faire des formations à l'officine, ce qui est très pratique. Je dirais que ces formations traitent à 45% l'aspect commercial et à 55% l'aspect humain de la pratique officinale. Il y a aussi les formations à la faculté, qui ne traitent pratiquement que des aspects scientifiques, ce qui ne les rend pas toujours intéressantes ; cependant, elles sont plus interactives et on peut plus facilement poser des questions.

Je trouve que les formations évoluent au fil du temps, ce qui est appréciable. J'ai par exemple suivi trois fois à des années d'intervalle une formation sur le SUBUTEX® ; au départ, les produits de substitution étaient annoncés sans effet flash, sans accoutumance, sans interactions... La formation a pris en compte l'avancement de l'état des connaissances. On peut aussi noter des « tendances » dans les sujets proposés, en rapport avec les cas observés : pendant un certain temps il y a eu beaucoup de sujets sur le SIDA, à présent c'est principalement le diabète qui est traité. Néanmoins, il me semble que tous les sujets sont abordés, y compris les médicaments les plus complexes sortis de la réserve hospitalière.

### **Les Réseaux de Santé.**

Je pense que les pharmaciens sont des acteurs incontournables des réseaux de santé, de par leur proximité avec le public, leur disponibilité par rapport au médecin – j'estime qu'ils ont relativement plus de temps, ainsi que leur rôle propre d'expert du médicament. Dans un réseau avec suffisamment d'effectifs, on devrait pouvoir trouver un pharmacien parmi les décideurs de la politique du réseau.

### **L'Espace de Confidentialité.**

Pour moi il s'agit avant tout d'une question de configuration des lieux. J'ai travaillé dans une pharmacie disposant d'un véritable espace de confidentialité, qui permettait aux patientes ayant subi une ablation du sein de poser des questions sur les prothèses, de les examiner et de les choisir. Dans une autre pharmacie, l'accès au local d'orthopédie doit se faire par un ascenseur. Quels que soient les besoins, la qualité d'un espace de confidentialité tient souvent à la disposition des murs.

### **Le Rendez-Vous pharmaceutique.**

En règle générale, les patients prennent souvent un rendez-vous pour les articles de contention et leurs essayages. Par ailleurs, dans la pharmacie que j'évoquais tout à l'heure, les patientes ayant subi une mastectomie pouvaient prendre rendez-vous pour un suivi de leur cas, et pour s'exprimer sur les difficultés rencontrées.

### **L'Opinion pharmaceutique.**

Je n'ai jamais vu un pharmacien avoir recours à ce document. Je pense qu'envoyer une Opinion au médecin ne fait que dégrader des rapports pas toujours évidents.

### **L'Education du Patient.**

Pour moi, l'éducation thérapeutique consiste à sensibiliser les personnes aux effets indésirables des médicaments, à leur mésusage, et surtout à les amener à respecter les posologies, ce qui est le plus difficile. A mon avis, les cibles prioritaires de l'éducation thérapeutique sont les diabétiques de type II, car ce sont des personnages âgés qui ont souvent un mauvais comportement alimentaire et sont parfois peu attentives à leur traitement, ainsi que les parents d'enfants atteints d'une maladie chronique, car ils auront à éduquer leur enfant à leur tour.

Personnellement, j'insiste toujours sur le mauvais usage des laxatifs anthracéniques, car c'est un conseil utile et il est facile de le dispenser au comptoir.

### **La Consultation pharmaceutique.**

Je sais qu'il y a des consultations pharmaceutiques au Canada.

Je pense que de telles consultations seraient utiles en France, et je serais prête à assurer ce rôle ; cependant, il faudrait que le pharmacien soit rémunéré en conséquence, en tout cas qu'il ait une compensation pour ce temps passé avec le patient, durant lequel il ne fait pas de ventes et donc ne gagne rien. Le facteur temps et le facteur argent seraient par conséquent les principaux obstacles à la consultation pharmaceutique.

Pour le patient, la consultation pharmaceutique représenterait un meilleur suivi de sa pathologie et de son traitement. Il pourrait obtenir des réponses aux questions qu'il se pose au début de la maladie, car il arrive que les patients se sentent livrés à eux-mêmes. Enfin, il serait mieux sensibilisé à l'importance de son traitement, donc celui-ci serait plus efficace.

### **Les Études pharmaceutiques.**

Certains cours préparent particulièrement à la vie professionnelle : la Pharmacologie, le Conseil à l'officine [Note : U.E. de 5<sup>ème</sup> année], et la Communication scientifique. Pour ce qui est de l'éducation thérapeutique et de la consultation pharmaceutique, je pense que la Communication est vraiment la matière déterminante. Je regrette de n'avoir pas eu une formation plus approfondie dans ce domaine. Je ne pense pas qu'il faille forcément multiplier son volume horaire, mais il faudrait modifier les thèmes abordés : davantage de psychologie du patient, davantage de jeux-de-rôles avec étude de patients stéréotypés, et moins de généralités sur la communication.

Par contre, je ne vois pas du tout quels thèmes pourraient mieux nous préparer au nouveau contexte de l'exercice pharmaceutique.

Enfin, j'ajouterais que la formation continue me semble indispensable, qu'elle peut nous perfectionner dans notre approche du patient et de la pathologie. Dès que cela est possible, il faut se renseigner sur les opportunités de formation continue et en faire un maximum quand le temps nous le permet.

### **Les Réseaux de Santé.**

La présence des pharmaciens se justifie par la nécessité de rendre les réseaux multi-professionnels afin d'apporter des réponses collégiales à des problèmes qui dépassent souvent la spécificité d'un professionnel. Ainsi le pharmacien peut naturellement trouver sa place dans ce réseau car il est un acteur essentiel de la chaîne de soin. Il ne faut pas oublier que le pharmacien d'officine est à ce jour le seul professionnel de santé dont le conseil est facile d'accès et gratuit. Il remplit ainsi un rôle de proximité et peut fournir une analyse de qualité face aux problèmes rencontrés par ses patients, afin de l'orienter vers le professionnel le plus adapté. Dans ce contexte, le pharmacien peut occuper un rôle de décideur dans ce type d'organisation, bien que les décisions soient prises en collège ce qui permet à chaque profession d'être représentée.

### **L'Espace de Confidentialité.**

La réglementation, pour ce que j'en connais, me paraît suffisante ; c'est avant tout une démarche personnelle du pharmacien qui cherche plus ou moins à s'impliquer dans l'accueil du patient. Et dans ce domaine je pense qu'aucune législation ne peut remplacer une volonté forte de bien servir ses patients. En mettant un bémol tout de même, car la confidentialité implique l'utilisation d'un espace assez grand dont certaines officines ne disposent pas malgré la volonté du titulaire.

### **Le Rendez-Vous pharmaceutique.**

Non, jamais je n'ai jamais pu constater un rendez-vous pharmaceutique, même si dans le cadre de l'orthopédie, certaines fabrications de ceintures sur mesure doivent faire l'objet de plusieurs essayages et on se rapproche alors du rôle de conseiller que peut tenir le pharmacien dans le cadre d'une prise de rendez-vous.

### **L'Opinion pharmaceutique.**

Ah ! L'opinion pharmaceutique, j'en entends souvent parler, mais je n'en ai jamais fait par écrit ; quand j'ai un doute ou que je vois une anomalie, je téléphone simplement au prescripteur, et on règle ça. Je trouve que l'opinion pharmaceutique n'est pas trop adaptée à l'officine, car elle fige un peu le dialogue et peut être source d'une augmentation de confrontation entre médecin et pharmacien.

### **L'Education du Patient.**

L'éducation thérapeutique, c'est difficile à définir ; il s'agit de donner les clefs de connaissances nécessaires à la compréhension par le patient de son traitement. Les maladies nécessitant la prise de médicaments un très spécifiques (comme les anticancéreux, les anti-rétroviraux ou même certains traitements de la migraine, par exemple comme les triptans) doivent faire davantage appel à une information précise du patient compte tenu de l'enjeu ou du risque qu'ils peuvent représenter.

### **La Consultation pharmaceutique.**

Concernant les consultations pharmaceutiques, j'ai effectué une partie de mon stage de 5<sup>ème</sup> AHU à l'hôpital de l'Université de Californie à San Francisco, et là-bas, j'ai pu voir de véritables consultations pharmaceutiques dans un service de transplantations hépatiques et rénales. Là, les pharmaciens attachés au service sont réellement intégrés dans l'équipe soignante, les médecins définissent des objectifs de soins (en l'occurrence la non-apparition de phénomènes de rejet du greffon) et les pharmaciens disposent d'une liste de protocoles

contenant différents médicaments choisis de façon collégiale par l'équipe pharmaco-médicale. Ainsi ils reçoivent les patients, font eux même les adaptations thérapeutiques (choix des médicaments, des doses, etc...); si les patients présentent des effets secondaires, les pharmaciens s'occupent de gérer le problème directement avec le patient, etc.

Je trouve que ce système est particulièrement adapté à des maladies lourdes nécessitant une médication au long court, car sur des médications de courte durée le bénéfice d'une telle mesure me paraît faible : cela compliquerait trop la prise en charge. Sur des cancers, le diabète ou les maladies cardio-vasculaires, cela me paraît par contre bénéfique. Il faut néanmoins adapter le système actuel en validant des protocoles permettant une prise en charge uniforme des patients quel que soit le médecin, afin de faire profiter au patient d'une qualité de soin identique (pas de différence entre un patient à la campagne et à la ville par exemple).

Ceci rentre à mon avis dans un système d'amélioration des soins et de validation d'efficacité des traitements proposés par les laboratoires, car en multipliant les comparaisons entres différents patients, avec des prises en charge uniformisées, on randomise une population permettant une puissance statistique supérieure. Le seul problème réside peut-être dans la volonté des laboratoires à être comparés entre eux, sur des critères objectifs d'efficacité de leur traitement, sur une grande masse de population !

Enfin, je me sens parfaitement prêt à faire partie d'un tel système, mais il faut mettre en place des protocoles, ce qui est très compliqué !

### **Les Études pharmaceutiques.**

Pour moi, l'enseignement indispensable est la Pharmacie Clinique. Il est complet, mais aurait pu envisager un approfondissement dans les domaines de la pharmacocinétique et pharmacodynamie des différentes classes plutôt que d'explorer le diagnostic. En effet, le pharmacien ne pose pas le diagnostic, c'est un rôle dévolu au médecin. Si le pharmacien pouvait déjà s'affirmer comme expert du médicament, ce serait bien !

L'un des thèmes majeurs qui n'ont jamais été abordés en cours est le Conseil Officiel sur les pathologies bénignes (rhume, petite dermatologie, etc...). Avec le déremboursement des médicaments traitant ce type d'affections, les patients peuvent spontanément se présenter au pharmacien, qui prend alors la responsabilité d'assurer la prise en charge, ou de les renvoyer vers le médecin. Une formation au dépistage des signes de gravité justifiant une intervention médicale est alors nécessaire, sans quoi l'on risque de passer à côté d'un grave problème de santé chez le patient apparemment bénin.

### **Les Réseaux de Santé.**

Le pharmacien y occupe une place de choix de par sa proximité, mais aussi sa fréquentation régulière de certains patients, entraînant une relation de confiance et le suivi du malade.

### **L'Espace de Confidentialité.**

Pour que l'on se sente en confiance, il faut un endroit isolé, où l'on peut s'asseoir. Si la taille de l'officine ne permet que de recevoir les patients au comptoir, alors il faut mettre en place un système de marquage au sol, afin de dissuader la personne suivante d'approcher trop près.

### **Le Rendez-Vous pharmaceutique.**

Je ne l'ai jamais vu en pratique ; cela dit, je pense que ça pourrait être utile lors de la mise en place du traitement d'un asthmatique – à qui il faut bien faire la démonstration de fonctionnement des aérosols – ou d'un diabétique, du fait du lecteur de glycémie, et des nombreux conseils diététiques associés.

### **L'Opinion pharmaceutique.**

Je connais ce document mais je n'en ai jamais vu remplir.

### **L'Education du Patient.**

L'éducation consiste à apprendre aux gens à se traiter au mieux, aussi bien en termes d'observance que de bon usage des médicaments et dispositifs médicaux, et en bonne connaissance des effets secondaires et des signes d'évolution de la maladie. Dans ce domaine, les asthmatiques et les diabétiques ont besoin d'un soutien particulier.

### **La Consultation pharmaceutique.**

Je sais que des consultations sont données en Angleterre, mais que le cas est bien particulier car il répond à une pénurie de médecins. Il me semble que les pharmaciens y sont autorisés à réévaluer un traitement par antihypertenseurs, et à apporter des modifications à la prescription initiale le cas échéant.

Ces consultations pourraient être assurées par le pharmacien, d'autant qu'elles constitueraient à mon avis une grande économie pour la Sécurité Sociale. Cependant, la mise en place serait compliquée à la fois par la mentalité des médecins, qui verraient les pharmaciens marcher sur leurs plates-bandes, et par la mentalité des pharmaciens, qui se complaisent dans un exercice pharmaceutique traditionnel et figé. Du point de vue des patients, je pense qu'ils trouveraient leur pharmacien plus disponible que le médecin.

### **Les Études pharmaceutiques.**

Les disciplines qui favorisent l'approche du patient sont la Communication et les séances de travaux dirigés à la Pharmacotheque, l'un comme l'autre dans une faible mesure.

Je trouve que l'enseignement de pharmacie comporte des lacunes dans les bases, notamment la Pharmacologie. J'ai trouvé que les enseignements coordonnés étaient plutôt *groupés*, car il n'y avait pas de cohésion et de liens entre les différentes parties de l'enseignement : on sentait un manque d'organisation et un manque de concertation préalable entre les intervenants. Je déplore que nous perdions un professeur associé, car ses cours sont les seuls susceptibles d'être pratiques ; il faudrait à mon avis intégrer à l'équipe pédagogique une plus grande proportion de professeurs associés et d'intervenants extérieurs "de terrain".

Enfin, le stage officinal devrait durer 11 mois et le stage hospitalier 6, non l'inverse.

### **Les Réseaux de Santé.**

Le pharmacien peut être un maillon clef du réseau, par son efficacité, sa compétence, sa rapidité et sa proximité avec les patients.

### **L'Espace de Confidentialité.**

C'est un point délicat. Pendant la préparation de l'ordonnance, le patient est seul et il doit pouvoir se distraire en regardant l'officine – ce que ne permettrait pas un espace isolé. En revanche, une fois que l'on s'apprête à lui délivrer ses médicaments, il faudrait pouvoir le faire en toute sérénité et en toute discrétion.

### **Le Rendez-Vous pharmaceutique.**

Il est possible de prendre rendez-vous pour la prise de mesures en orthopédie. En ce qui concerne la diabétologie, tout est géré à l'instant, au comptoir ; cependant, je pense qu'un rendez-vous de 15 à 20 minutes serait idéal pour faire la démonstration des autotesteurs et des lecteurs de glycémie. En pratique, c'est infaisable, cela demande trop de temps.

### **L'Opinion pharmaceutique.**

Je ne sais pas ce que c'est.

### **L'Education du Patient.**

Elle implique d'apprendre à son patient les règles hygiéno-diététiques relatives à la pathologie, ainsi qu'à son entourage. Dans les maladies métaboliques, ces règles sont particulièrement cruciales.

### **La Consultation pharmaceutique.**

Selon moi, le pharmacien réalise déjà des consultations informelles dans de nombreux domaines : le nourrisson, le diabétique, l'acné, la minceur, les infections bénignes ORL, les hémorroïdes, l'insuffisance veineuse, et les troubles digestifs.

Des consultations formalisées intéresseraient sans doute les caisses d'assurance maladie. Mais avant de pouvoir les mettre en place, il faudrait s'assurer que la surface de l'officine le permet sans trop d'aménagements, développer la coopération avec les médecins à travers des formations continues communes, se pencher sur la volonté des pharmaciens de donner ces consultations, et enfin élucider la question épineuse de la rémunération à l'acte.

Le patient aurait une meilleure connaissance et compréhension de sa pathologie. Les commentaires du médecin seraient répétés et amplifiés. Un dossier médical personnel permettrait de déterminer sur quels points cibler la consultation pharmaceutique, selon que le patient a démontré une faible observance, des réponses fréquentes aux effets indésirables, etc.

### **Les Études pharmaceutiques.**

Si la Communication a tenté d'explorer ce domaine, elle se trouvait à mon avis beaucoup trop loin de la réalité de l'officine. L'enseignement manque de mises en situation et de cas de comptoir véritables. J'estime, et c'est un constat alarmant, qu'un étudiant à la fin de ses études est loin d'être incollable sur la pharmacologie, particulièrement la cardiologie qui correspond pourtant à une très grande partie des ordonnances. Il faudrait beaucoup plus d'heures de pharmacologie, et ce dès la première année. Durant le stage hospitalier, je pense que notre passage à la pharmacie intérieure sert surtout à justifier notre présence aux yeux de l'employeur, cependant il y a tout lieu de s'en dispenser, et d'exécuter tout le stage en service clinique, seul lieu où l'on apprend quelque chose.

Jeune pharmacienne N°20 (diplômée juin 2006)

### **Les Réseaux de Santé.**

On sous-estime souvent le rôle du pharmacien, mais lorsqu'un médecin prescrit, il ne sait pas toujours quels produits sont disponibles en ville, lesquels sont remboursés (je pense aux pansements, par exemple) ; de plus, le pharmacien est un acteur de proximité, que le patient connaît, et qui aura plus de temps à consacrer au malade que le personnel hospitalier. Le pharmacien pourrait très bien être un décideur, de par sa compétence sur le médicament, et parce qu'un décideur a surtout des qualités de coordinateur au sein d'un groupe, que n'importe quelle personne sensée peut gérer si elle en prend le temps.

### **L'Espace de Confidentialité.**

Quelle réglementation ? Personnellement, je ne la connais pas... Mais c'est à chaque pharmacien d'aménager un espace reculé, que ce soit un bureau, ou un comptoir plus éloigné, en fonction de la place dans son officine. Le manque de confidentialité est souvent directement lié au manque de place, et non à la mauvaise volonté du pharmacien.

### **Le Rendez-Vous pharmaceutique.**

C'est arrivé, la plupart du temps pour des diabétiques, pour leur expliquer un appareil de glycémie, ou le fonctionnement d'un stylo, mais pas pour des traitements courants. Les gens ont rarement envie de revenir (on a proposé ce type de service pour le suivi d'arrêts du tabac, mais les gens n'aiment pas trop qu'on se mêle de leurs affaires...).

### **L'Opinion pharmaceutique.**

Je n'ai jamais pratiqué l'opinion pharmaceutique, et je pense que le monde médical n'est pas prêt à ce progrès ; notamment les médecins, pour qui toute critique est inadmissible ; de plus, le pharmacien n'a pas été formé à choisir dans une classe de médicaments un produit plutôt qu'un autre.

### **L'Education du patient.**

L'éducation thérapeutique, c'est s'assurer que le patient a bien compris sa pathologie, que ses prises de médicaments sont adaptées à son mode de vie, et qu'il comprend qu'une pathologie ne se limite pas aux médicaments mais aussi à l'alimentation, entre autres. Tous les patients peuvent entrer en compte ! Bien entendu, les diabétiques, les cancéreux, ou les sidéens ; mais aussi des pathologies comme l'hypertension, banale, dont l'éducation alimentaire est très importante, ou bien les personnes souffrant d'hypercholestérolémie, qui ne comprennent pas vraiment l'importance de leur traitement

### **La Consultation pharmaceutique.**

J'en ai entendu parler, notamment au Canada et en Angleterre. J'estime que cela fait déjà partie du rôle du pharmacien, même si cela n'est pas réglementé. Il est clair que le temps passé avec un patient pourrait être rémunéré, car l'éducation thérapeutique fait partie intégrante de la réussite d'un traitement. Le système de santé n'est pas adapté à la création de ce type de projet, à part dans un cadre associatif. Beaucoup de facteurs constitueraient des obstacles : les gens qui voient la pharmacie comme une corvée, et ne veulent pas y passer trop de temps, les médecins, qui ne veulent pas qu'on prenne "leur" place, et les pharmaciens pour qui la rentabilité est un objectif.

Le rôle du pharmacien doit évoluer et se diversifier ; pour le patient, ce service apporterait à la fois une qualité d'écoute, et des informations supplémentaires.

### **Les Études pharmaceutiques.**

Quels enseignements nous forment à l'approche pratique du métier ? Aucun, et tous à la fois... Les notions de base ont toutes été abordées, mais les petits conseils, les choses essentielles à dire au patient pour l'aider à comprendre sans le noyer d'informations, non ; seuls quelques travaux dirigés d'options ont été profitables. Je trouve donc le volume horaire sur ce thème très insuffisant.

Je voudrais que l'on aborde des choses plus concrètes que les cours théoriques, des commentaires d'ordonnances moins académiques (les fameux cas d'école qui n'apparaissent jamais) et plus adaptés aux questions d'un patient, des travaux dirigés sur les pansements, les appareils de glycémie, le matériel pour l'incontinence, un vrai dialogue avec les médecins afin qu'ils comprennent nos positions.



## ILS S'OCCUPENT DE VOUS !

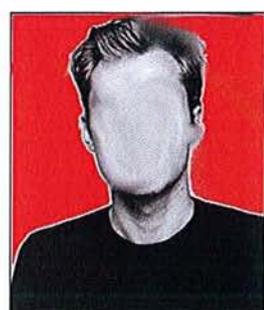


**Monsieur A. Arnaud, pharmacien titulaire, 49 ans.**

Vous désirez un entretien particulier ? Arnaud vous recevra dans notre espace de confidentialité, tous les après-midis de 16 heures à 18 heures.

**Madame B. Béatrice, pharmacien assistant, 37 ans.**

En plus d'exécuter vos ordonnances, Béatrice est notre militante anti-tabac. Si vous souhaitez une aide pour arrêter de fumer, venez lui demander conseil.

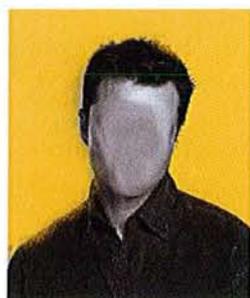


**Monsieur C. Corentin, pharmacien assistant, 38 ans.**

En plus d'exécuter vos ordonnances, Corentin décrypte pour vous les secrets de la diététique. Que vous souhaitiez suivre un régime ou que votre médecin vous le conseille vivement, n'hésitez pas à venir lui en parler.

**Mademoiselle D. Danielle, préparatrice en pharmacie, 22 ans.**

Danielle exécutera volontiers vos ordonnances. Elle répondra également à toutes vos questions concernant les enfants en bas âge : alimentation, toilette, soins...



**Monsieur E. Emilien, préparateur en pharmacie, 23 ans.**

Emilien peut également exécuter vos ordonnances. Curieux de son environnement, il connaît les animaux et les plantes, et vous renseignera sur la phytothérapie et les soins à apporter à votre animal de compagnie.



# SEVRAGE TABAGIQUE ENTRETIEN PHARMACIEN

Date : .....

Nom : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Ville : .....

N° Téléphone : ..... (où vous êtes facilement joignable)

N° Téléphone portable : .....

Date de naissance : .....

Sexe :  Homme  Femme

### Pour les femmes

Etes-vous actuellement enceinte ?  Oui  Non

Prenez-vous la pilule ?  Oui  Non



Cachet de l'officine



## 1# TRAITEMENTS

■ Traitement antérieur ou actuel pour une ou plusieurs maladies cardiovasculaires ?

Oui  Non

Si oui laquelle ? .....

■ Traitement antérieur ou actuel pour une maladie respiratoire ?

Oui  Non

Si oui laquelle ? .....

■ Prise régulière de :  
- tranquillisants  Oui  Non  
- antidépresseurs  Oui  Non

■ Un traitement de substitution (subutex-méthadone) ?  Oui  Non

■ Traitement antérieur ou actuel pour une dépression nerveuse ?  
 Oui  Non

■ Traitement antérieur ou actuel autre ?  Oui  Non

Si oui le ou lesquels ? .....

## 2# HABITUDES ALIMENTAIRES

■ Nombre de tasses de café par jour ? .....

■ Nombre de repas par jour ? .....

■ Nombre de verres de boissons alcoolisées par jour ? .....

(1 verre de vin = 1 apéritif = 1 demi de bière)

■ Sautez-vous fréquemment un repas ?  Oui  Non

■ Grignotez-vous entre les repas ?  Oui  Non

■ Le poids est-il stable ?  Oui  Non

■ Variations importantes de poids dans la vie :  
- prise de poids ?  Oui  Non  
- perte de poids ?  Oui  Non

■ Si oui, à quelle(s) occasion(s) ? .....

.....

.....

### 3# LE TABAC ET VOUS

- I** Âge de la première cigarette ?     ans  
**I** Âge de début de consommation  
 quotidienne ?     ans  
**I** Budget mensuel consacré au tabac ?  
 .....  
**I** Tentative(s) d'arrêt ?  
 Oui     Non  
 De quelle manière ? .....  
 .....  
**I** Durée de l'arrêt le plus long ? .....  
**I** Date de la dernière tentative ? .....  
**I** Craintive(s) exprimée(s) par rapport  
 à l'actuelle tentative d'arrêt : .....  
 .....  
**I** Troubles ressentis à l'arrêt du tabac ?  
 Aucun     Difficultés de concentration  
 Pulsions à fumer     Troubles du sommeil  
 Irritabilité, colère     Augmentation de l'appétit  
 Agitation, nervosité     Autres  
 Anxiété    Lesquels ? .....  
 Tendance dépressive .....  
**I** Prise de poids à l'arrêt ?  
 Oui     Non  
**I** Si oui, combien de kilos ? .....  
**I** Raison(s) pouvant expliquer la reprise de fumer ?  
 (par ordre d'importance)  
 1 .....  
 2 .....  
 3 .....  
 4 .....

### 4# BILAN 1<sup>ER</sup> RENDEZ-VOUS

- I** Nombre de cigarettes fumées actuellement  
 par jour ? .....  
 En nombre moyen de cigarettes (1 cigarillo = 2 cigarettes)  
**I** Nombre de tentative d'arrêt ayant duré  
 au moins 7 jours (aucune cigarette) ? .....  
 .....  
**I** Nombre de cigarettes depuis le lever :   
**I** CO expiré :  ppm  
**I** Temps écoulé depuis la dernière cigarette :  
 (minutes/heures/jours) .....  
**I** Poids :  kg  
**I** Taille :  cm  
**I** Test de Fagerström :  /10  
**I** Test motivation :  /20  
**I** « Comment vous sentez-vous » :  
 A=/21 D=/21  
**I** Observations : .....  
 .....  
**Traitement conseillé**  
**I** Substituts nicotiniques :  
 Oui     Non  
**I** Si oui lesquels  
 .....  
 .....  
**I** Prochain rendez-vous (dans une semaine)  
 le ..... 3

### SUIVI #1

Date : .....

Arrêt obtenu ?  Oui  Non

A-t-il essayé d'arrêter ?  Oui  Non

Nombre de jours d'arrêt total :    |\_|\_|

Consommation quotidienne de tabac :   |\_|

Nombre de cigarettes depuis le lever :   |\_|

Temps écoulé depuis la dernière cigarette :  
.....

CO : |\_|\_| ppm

Poids : |\_|\_| kg

Moral actuel : |\_|\_| sur échelle de 0 à 10

Traitement conseillé : .....

.....

.....

.....

.....

Observations :

.....

.....

Prochain rendez-vous le

.....

### SUIVI #2

Date : .....

Arrêt obtenu ?  Oui  Non

A-t-il essayé d'arrêter ?  Oui  Non

Nombre de jours d'arrêt total :    |\_|\_|

Consommation quotidienne de tabac :   |\_|

Nombre de cigarettes depuis le lever :   |\_|

Temps écoulé depuis la dernière cigarette :  
.....

CO : |\_|\_| ppm

Poids : |\_|\_| kg

Moral actuel : |\_|\_| sur échelle de 0 à 10

Traitement conseillé : .....

.....

.....

.....

.....

Observations :

.....

.....

Prochain rendez-vous le

.....

### SUIVI #3

Date : .....

Arrêt obtenu ?  Oui  Non

A-t-il essayé d'arrêter ?  Oui  Non

Nombre de jours d'arrêt total :    |\_|\_|

Consommation quotidienne de tabac :   |\_|

Nombre de cigarettes depuis le lever :   |\_|

Temps écoulé depuis la dernière cigarette :  
.....

CO : |\_|\_| ppm

Poids : |\_|\_| kg

Moral actuel : |\_|\_| sur échelle de 0 à 10

Traitement conseillé : .....

.....

.....

.....

.....

Observations :

.....

.....

Prochain rendez-vous le

.....

## COMMENT VOUS SENTEZ-VOUS ?

### A

- A1 Je me sens tendu ou énervé :**
- La plupart du temps .....  ... 3  
 Souvent .....  ... 2  
 De temps en temps .....  ... 1  
 Jamais .....  ... 0
- A2 J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver :**
- Oui, très nettement .....  ... 3  
 Oui, mais ce n'est pas trop grave .....  ... 2  
 Un peu, mais cela ne m'inquiète pas .....  ... 1  
 Pas du tout .....  ... 0
- A3 Je me fais du souci :**
- Très souvent .....  ... 3  
 Assez souvent .....  ... 2  
 Occasionnellement .....  ... 1  
 Très occasionnellement .....  ... 0
- A4 Je peux rester tranquillement assis à ne rien faire et me sentir décontracté :**
- Oui, quoi qu'il arrive .....  ... 0  
 Oui, en général .....  ... 1  
 Rarement .....  ... 2  
 Jamais .....  ... 3
- A5 J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué :**
- Jamais .....  ... 0  
 Parfois .....  ... 1  
 Assez souvent .....  ... 2  
 Très souvent .....  ... 3
- A6 J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place :**
- Oui, c'est tout à fait le cas .....  ... 3  
 Un peu .....  ... 2  
 Pas tellement .....  ... 1  
 Pas du tout .....  ... 0
- A7 J'éprouve des sensations soudaines de panique :**
- Vraiment très souvent .....  ... 3  
 Assez souvent .....  ... 2  
 Pas très souvent .....  ... 1  
 Jamais .....  ... 0

Total A : .....

Lisez chaque série de questions et cochez la réponse qui exprime le mieux ce que vous avez éprouvé au cours de la semaine qui vient de s'écouler. Votre réponse immédiate fournira probablement une meilleure indication de ce que vous éprouvez qu'une réponse longuement méditée.

### D

- D1 Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois :**
- Oui, tout autant .....  ... 0  
 Pas autant .....  ... 1  
 Un peu seulement .....  ... 2  
 Presque plus du tout .....  ... 3
- D2 Je ris facilement et vois le bon côté des choses :**
- Autant que par le passé .....  ... 0  
 Plus autant qu'avant .....  ... 1  
 Vraiment moins qu'avant .....  ... 2  
 Plus du tout .....  ... 3
- D3 Je suis de bonne humeur :**
- Jamais .....  ... 3  
 Rarement .....  ... 2  
 Assez souvent .....  ... 1  
 La plupart du temps .....  ... 0
- D4 J'ai l'impression de fonctionner au ralenti :**
- Presque toujours .....  ... 3  
 Très souvent .....  ... 2  
 Parfois .....  ... 1  
 Jamais .....  ... 0
- D5 Je ne m'intéresse plus à mon apparence :**
- Plus du tout .....  ... 3  
 Je n'y accorde pas autant d'attention que je le devrais .....  ... 2  
 Il se peut que je n'y fasse plus autant attention .....  ... 1  
 J'y prête autant d'attention que par le passé .....  ... 0
- D6 Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses :**
- Autant qu'avant .....  ... 0  
 Un peu moins qu'avant .....  ... 1  
 Bien moins qu'avant .....  ... 2  
 Presque jamais .....  ... 3
- D7 Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission de radio ou de télévision :**
- Souvent .....  ... 0  
 Parfois .....  ... 1  
 Rarement .....  ... 2  
 Très rarement .....  ... 3

Total D : .....

## ÊTES-VOUS DÉPENDANT À LA NICOTINE ?

(Fagerström 1991)

### 1 Combien de temps après votre réveil fumez-vous votre première cigarette ?

- Dans les 5 minutes .....  ..... 3  
De 6 à 30 minutes .....  ..... 2  
De 31 à 60 minutes .....  ..... 1  
Après 60 min .....  ..... 0

### 2 Trouvez-vous difficile de ne pas fumer dans les endroits où c'est interdit ?

- Oui .....  ..... 1  
Non .....  ..... 0

### 3 A quelle cigarette de la journée vous serait-il le plus difficile de renoncer ?

- La première le matin .....  ..... 1  
N'importe quelle autre .....  ..... 0

### 4 Combien de cigarette fumez-vous par jour ?

- 10 ou moins .....  ..... 0  
11 à 20 .....  ..... 1  
21 à 30 .....  ..... 2  
31 ou plus .....  ..... 3

### 5 Fumez-vous à un rythme plus soutenu le matin que l'après-midi ?

- Oui .....  ..... 1  
Non .....  ..... 0

### 6 Fumez-vous lorsque vous êtes si malade que vous devez rester au lit presque toute la journée ?

- Oui .....  ..... 1  
Non .....  ..... 0

Total : .....

## ÉVALUATION DE LA MOTIVATION

(Échelle d'Évaluation de la Motivation à l'Arrêt du Tabac - P.Légeran, G.Lagrue)

### 1 Pensez-vous que dans 6 mois :

- Vous fumerez toujours autant ? .....  ..... 0  
Vous aurez diminué un peu votre consommation de cigarettes ? .....  ..... 2  
Vous aurez beaucoup diminué votre consommation de cigarettes ? .....  ..... 4  
Vous aurez arrêté de fumer ? .....  ..... 8

### 2 Avez-vous actuellement envie d'arrêter de fumer ?

- Pas du tout .....  ..... 0  
Un peu .....  ..... 1  
Beaucoup .....  ..... 2  
Enormément .....  ..... 3

### 3 Pensez-vous que dans 4 semaines :

- Vous fumerez toujours autant ? .....  ..... 0  
Vous aurez diminué un peu votre consommation de cigarettes ? .....  ..... 2  
Vous aurez beaucoup diminué votre consommation de cigarettes ? .....  ..... 4  
Vous aurez arrêté de fumer ? .....  ..... 6

### 4 Vous arrive-t-il de ne pas être content(e) de fumer ?

- Jamais .....  ..... 0  
Quelque fois .....  ..... 1  
Souvent .....  ..... 2  
Très souvent .....  ..... 3

Total : .....

**giro pharm**  
La santé positive!



## BIBLIOGRAPHIE

---



01. <Auteur inconnu>

Le dossier médical sans le pharmacien ?

Le Moniteur, 2004, 2538, 1, 13

02. <Auteur inconnu>

[Dépêche]

Le Point, 2005, 1709, 70

03. <Auteur inconnu>

Pharmaciens prescripteurs

Le Moniteur, 2005, 2605, 1, 10

04. <Auteur inconnu>

Un nouveau service : la consultation pharmaceutique

Pour une industrie en santé, 2005, 4, 3, 4

Consultable sur [http://www.ccq.org/fr/publications/sante/industrie\\_sante\\_v4n3\\_sept\\_2005.pdf](http://www.ccq.org/fr/publications/sante/industrie_sante_v4n3_sept_2005.pdf)

05. <Auteur inconnu>

Le réseau : en être ou pas ?

Le concours médical, 2002, 124, 37, 46-50

06. <Auteur inconnu>

Quatre-vingt pour cent des pharmaciens ne contrôlent pas les ordonnances

UFC – *Que choisir ?*, 1995.

07. <Auteur inconnu>

Les pharmaciens veulent pouvoir communiquer auprès de leurs patients pour entrer dans le XXI<sup>ème</sup> siècle

Le Moniteur, 2006, 2650, 1, 10

08. 20<sup>ème</sup> CONGRES DE LA SOCIETE DE PSYCHOGERIATRIE DE LANGUE FRANCAISE (16-20 septembre 2005, Paris)

La plainte en psychogériatrie, rapporté par Laurence Hugonot-Diener

<http://www.sf-neuro.org>

09. 4th INTERNATIONAL CONFERENCE ON HOME AND COMMUNITY CARE FOR PERSONS LIVING WITH VIH/AIDS

Conférence internationale (7 décembre 1999, Paris)

[http://www.commentdire.fr/diapotheque/suivi\\_obs\\_etude\\_1999.pdf](http://www.commentdire.fr/diapotheque/suivi_obs_etude_1999.pdf)

10. ABRIC J.-C.

Psychologie de la communication, théories et méthodes

Paris : Armand Colin, 1999.

11. ALLAIRE A.

Les techniques de communication

Paris : Le moniteur des pharmacies (coll. Les essentiels du pharmacien), 1999. – 93 p.

12. ARIBAUD G.  
Agir pour une meilleure observance  
Ind. Santé, 1983, 82, 11-15
13. AURAY G., CHARPIAT B.  
Programme de formation des étudiants en stage hospitalier à la consultation pharmaceutique :  
application à la dispensation des antirétroviraux  
Journal de Pharmacie Clinique, 2000, 19, 3, 231-236
14. BARRAT V.  
L'observance médicamenteuse chez le sujet âgé  
Th : Pharm : Nancy I : 1991 ; n°25 – 106 p.
15. BAYLAC M., GUESSANT S., et al.  
Un modèle de feuille conseil aux patients pour la prise des antirétroviraux  
Journal de Pharmacie Clinique, 2000, 19, 3, 223-229
16. BERTRAND X., Ministre de la Santé et des Solidarités  
Discours prononcé lors de la XIXème journée de l'Ordre des Pharmaciens (09 novembre  
2006, Paris – Maison de la Chimie)  
<http://www.sante.gouv.fr>
17. BOHBOT A.  
De la vitrine au comptoir  
Impact pharmacien, 2006, 166, 20-29
18. CALOP J. et al.  
Le Pharmacien, spécialiste du médicament  
Paris : Dunod, 1993. – 160 p.
19. CAYRE G., COLLIN J.-F.  
Pharmaciens : informateurs, conseillers... mais peu éducateurs ?  
Actualités pharmaceutiques, 2005, 446, 9-10
20. CHARLON A.  
Intérêt de la relation médecin-pharmacien dans l'observance thérapeutique  
Th : Pharmacie : Nancy I : 2004 ; n°14 – 130 p.
21. CIOLINO A.  
Agencement et confidentialité à l'officine  
Th : Pharm : Nancy I : 2002 ; n°41 – 135 p.
22. CODE DE LA SANTE PUBLIQUE  
Code de la santé publique  
Consultable sur <http://www.legifrance.gouv.fr>
23. COLLECTIF NATIONAL DES GROUPEMENTS DE PHARMACIENS D'OFFICINE  
Officine 2010 : Réflexion et propositions sur les missions du pharmacien de demain  
CNGPO, 2006, 41 p.

24. COLLEGE DES PHARMACIENS FRANÇAIS CONSEILLERS ET MAÎTRES DE STAGE

Guide de stage de pratique professionnelle en officine (14<sup>ème</sup> édition)  
Paris : Ordre des pharmaciens – conseil central A, 2007. – 430 p.

25. COMMENT DIRE

Le site français du Counseling V.I.H.

<http://www.commentdire.fr>

26. COMMISSION ASSURANCE QUALITE D'AQUITAINE

Guide d'Assurance Qualité Officinale

Membres de la Commission Assurance Qualité d'Aquitaine, 2001. – 32 p.

27. COMMISSION ASSURANCE QUALITE D'AQUITAINE

Formation PRAQ

[www.pharmacie-aquitaine.com.fr/default\\_zone/fr/html/page-500.html](http://www.pharmacie-aquitaine.com.fr/default_zone/fr/html/page-500.html)

28. COURT J.-C.

Le pharmacien formateur : contre le SIDA, la consultation pharmaceutique

Echo roche officine, 2002, 5. Consultable sur :

[www.rochediagnostics.fr/htdocs/media/pdf/revues/echo\\_roche/off5/5\\_p2.pdf](http://www.rochediagnostics.fr/htdocs/media/pdf/revues/echo_roche/off5/5_p2.pdf)

29. CURÉ S.

La bonne tenue de l'officine

Th : Pharm : Nancy I : 2003 ; n°24 – 109 p.

30. DECCACHE A., LAVENDHOMME E.

Information et éducation du patient : des fondements aux méthodes

Bruxelles : De Boeck Université, 1989. 44-45

31. DEJOURS C.

Construire sa santé

Paris : La découverte, 1985.

32. DIRECTION GENERALE DE LA SANTE, Bureau Santé Publique 1

Dossier documentaire

Paris : DGS, 1999. 1-6

33. DUPIN-SPRIET T., WIERRE P.

Validation de l'ordonnance (fiche qualité à l'officine n°6)

Consultable sur [http://arachosia.univ-lille2.fr/form\\_continue/QSP6.html](http://arachosia.univ-lille2.fr/form_continue/QSP6.html)

34. DUPIN-SPRIET T., WIERRE P. et al.

D.U. Qualité à l'officine – Mémoires 2004

Lille : Laboratoire de pharmacologie, pharmacocinétique et pharmacie clinique, 2004. – 100 p.

35. DUPIN-SPRIET T., WIERRE P.

Le suivi pharmaceutique à l'officine c'est possible ! (fiche qualité à l'officine n°17)

Consultable sur [http://arachosia.univ-lille2.fr/form\\_continue/QSP17.html](http://arachosia.univ-lille2.fr/form_continue/QSP17.html)

36. DUPIN-SPRIET T., WIERRE P.

Confidentialité des secrets partagés (fiche qualité à l'officine n°12)

Consultable sur [http://arachosia.univ-lille2.fr/form\\_continue/QSP12.html](http://arachosia.univ-lille2.fr/form_continue/QSP12.html)

37. DUPIN-SPRIET T., WIERRE P.  
Ordonnance : quelle validation pour les seniors ? (fiche qualité à l'officine n°9)  
Consultable sur [http://arachosia.univ-lille2.fr/form\\_continue/QSP9.html](http://arachosia.univ-lille2.fr/form_continue/QSP9.html)
38. DUPIN-SPRIET T., GARAT-CHABROT C., WIERRE P., LUYCKX M.  
Espace officinal de qualité : visite guidée  
Actualités pharmaceutiques, 2002, 406, 36-38
39. DUPIN-SPRIET T., GARAT-CHABROT C., WIERRE P., LUYCKX M.  
Les vitrines, votre carte de visite : affichez vos compétences  
Actualités pharmaceutiques, 2004, 426, 35
40. DUPIN-SPRIET T., GARAT-CHABROT C., WIERRE P., LUYCKX M.  
Conseil à l'officine : le choix des gestes, le poids des mots ✓  
Actualités pharmaceutiques, 2002, 405, 39-41
41. ESSE M. ✓  
Les services rendus par le pharmacien d'officine en dehors de la délivrance de médicaments  
Th : Pharmacie : Nancy 1 : 2005 ; n°67 – 121 p.
42. Faculté de pharmacie de Bordeaux  
Site Internet, section enseignement  
<http://www.pharmacie.u-bordeaux2.fr>
43. Faculté de pharmacie de Laval (Québec)  
Site Internet, page consacrée au cours PHA-19705 : Consultation Pharmaceutique  
<http://www.ulaval.ca/sg/CO/C1/PHA/PHA-19705.html>
44. Faculté des sciences pharmaceutiques de Leeds  
Site Internet  
[http://healthcare.leeds.ac.uk/pages/5\\_pharmacy/pharm1.htm](http://healthcare.leeds.ac.uk/pages/5_pharmacy/pharm1.htm)
45. Faculté de pharmacie de Strasbourg  
Site Internet  
<http://www-fac-pharma.u-strasbg.fr>
46. Faculté de pharmacie de Toulouse  
Site Internet, section études, formation  
<http://www.pharmacie.ups-tlse.fr>
47. FEDERATION DES FAMILLES ET AMIS DE LA PERSONNE ATTEINTE DE MALADIE MENTALE  
Site Internet  
<http://www.ffapamm.qc.ca>
48. FIERET  
Le pharmacien, homme-clef de l'observance  
Th : Pharmacie : Amiens : 1986 ; n°66

49. GREGOIRE J.-P.

La fidélité au régime thérapeutique : nécessité de la collaboration médecins pharmaciens dans la communication des renseignements

L'union médicale du Canada, 1979, 108, 12, 1451-1458

50. GRYFE C.I., GRYFE B.M.

Drug therapy of the aged : the problem of compliance and the roles of physicians and pharmacists

J. Am. Geriatr. Soc., 1984, 32, 301-307.

51. GUETTA P.

Le pharmacien nouveau arrive

Impact pharmacien, 2006, 166, 6-8

52. JOURNAL OFFICIEL DE LA REPUBLIQUE FRANÇAISE

Feu vert pour la Carte Vitale 2

La lettre CERP matin n°4947 du jeudi 22 février 2007, consultable sur :

<http://www.cerp-lor.com> rubrique archives

53. LABRUDE P. et al.

Livret de l'étudiant en pharmacie – Programme des Etudes 2005-2006

Nancy : Service de Reprographie de la Faculté de Pharmacie, 2005. – 195 p.

54. LAGUILLON D.

Québec : une autre façon de vivre la pharmacie

Impact pharmacien, 2006, 166, 14-18

55. LAMARCHE J.

L'accueil du toxicomane à l'officine

Paris : Masson (coll. L'officine au quotidien), 2001. – 141 p.

56. LAMBERT E.

La pharmacie d'officine en Angleterre

Th : Pharm : Nancy I : 2006 ; n°07 – 240 p.

57. LE MAGAZINE DE LA SANTE AU QUOTIDIEN

Emission télévisée du jeudi 11 janvier 2007, sur France 5

<http://www.france5.fr>, rubrique "Le magazine de la santé au quotidien"

58. LE PHARMACIEN FACE AU DEFI DES NOUVELLES ORIENTATIONS DE LA SOCIETE

Séminaire international (18-20 octobre 1995, Strasbourg)

Strasbourg : éditions du Conseil de l'Europe, 1998. – 226 p.

59. LECOMTE E.

Education thérapeutique de l'enfant asthmatique

Th : Pharmacie : Nancy I : 2005 ; n°66 – 154 p.

60. LEMOINE P.

Le mystère du placebo

Paris : Editions Odile Jacob, 1996, 238 p.

61. LOISEAU P.

Le devenir de l'opinion pharmaceutique

Th : Pharmacie : Nancy I : 2002 ; n°59 – 186 p.

62. LORIOU M., CUSSET F., DECAESTECKER J.-L., FOURY D.

Pharmacien et médecin : et si on s'aimait ?

Le Moniteur, 2002, 2443, 1, 14-20

63. MARCHAL-HEUSSLER E., LIBAN D.

Enseignement de la communication – Enquête dans les facultés de pharmacie

Bulletin de l'Ordre, 2000, 368, 427-429

64. MARCHAL-HEUSSLER E., LIBAN D.

Résultats détaillés et actualisés en 2002 de l'enquête précédente

Consultables sur <http://ispb.univ-lyon1.fr/liens/enseignements-com-facs-pharma.htm>

65. MEGERLIN F.

L'opinion pharmaceutique : une révolution à l'officine

Revue de droit sanitaire et social, 1998, 34, 4, 680

66. MEGERLIN F.

De la sécurité à l'expertise du soin

Bulletin de l'Ordre, 1999, 361, 468

67. MEGERLIN F.

L'acte pharmaceutique ; réflexions juridiques pour une refonte intellectuelle et éthique

Bulletin de l'Ordre, 2002, 375, 273-281

68. MICAS C.

Pharmacien-prescripteur : les Français sont pour

Le Quotidien du Pharmacien, 20/07/2006, 2419, à la Une

Consultable sur <http://www.quotipharm.com>

69. MICAS C.

L'Ordre dévoile sa démarche qualité

Le Quotidien du Pharmacien, 07/12/2006

Consultable sur <http://www.quotipharm.com>

70. MINISTERE DE L'EDUCATION NATIONALE ET DE LA RECHERCHE

Deuxième partie du deuxième cycle des études médicales

Bulletin Officiel du Ministère de l'Education Nationale et de la Recherche, 9 novembre 2000, 40.

71. MINISTERE DE LA SANTE

Plaquette à l'intention des pharmaciens d'officine, 5<sup>ème</sup> édition (août 2005, réactualisée juin 2006) [Document qui présente et explicite les articles de loi les plus souvent rencontrés dans la pratique quotidienne de la pharmacie]

Consultable sur <http://ile-de-france.sante.gouv.fr/sante/officines.pdf>

<http://ile-de-france.sante.gouv.fr/sante/fen-officine.htm>

72. MORROW D.G., LEIRER V.O., SHEIKH J.I.

Adherence and medication instructions

J. Am. Geriatr. Soc., 1988, 36, 1147-1160

73. MORRUZZI P.

La délivrance du médicament au Québec, comparaison avec la France

Th : Pharm : Nancy I : 2004 ; n°35 – 128 p.

74. MOUGIN C.

Le pharmacien d'officine vu par la population et les médecins généralistes

Th : Pharm : Nancy I : 2004 ; n°31 – 150 p.

75. MUTUELLE DU MANS ASSURANCE

Spot publicitaire

Diffusion télévisée en février 2007

76. NATIONAL HEALTH SERVICE

Site Internet gouvernemental

<http://www.nhs.uk/England/Pharmacies/Default.aspx>

77. ORDRE DES PHARMACIENS

L'opinion pharmaceutique – Site Internet

<http://www.opinion-pharmaceutique.fr>

78. ORDRE DES PHARMACIENS

Programme officiel des études de pharmacie

<http://www.ordre.pharmacien.fr/fr/pdf/Ann170787.pdf>

79. ORDRE DES PHARMACIENS

Code de déontologie du pharmacien

Paris, mars 2006. Consultable sur <http://www.ordre.pharmacien.fr/fr/pdf/deontologie.pdf>

80. PETREMENT A.

Enquête sur les pharmacies expérimentales en France : historique, description, bilan et place dans l'enseignement pharmaceutique

Th : Pharm : Nancy I : 2005 ; n°86 – 109 p.

81. QUEBEC PHARMACIE

Site Internet

<http://www.quebecpharmacie.org>

82. REUNION SUR LE DP

Réunion d'information (30 janvier 2007, Laxou – Hôtel Ariane)

<http://www.ordre.pharmacien.fr>

83. RIZOS F.

Le D.I.F. en 6 questions

Le Moniteur, 2005, 2577, 1, 24-25

84. ROMAINS J.

Knock ou le triomphe de la médecine

Paris : Gallimard, 1924. – 152 p.

85. ROWLAND C.

Drug vending units worry pharmacists

The Boston Globe, 3 juillet 2004, consultable sur <http://www.boston.com>, rubrique « News »

86. SCHENCKERY J.

Diabète de type 2 : de l'utilité du dossier patient

Le Moniteur, 2003, 2478, 1, 8-9

87. SILVAN F.

Les Anglais ont tiré les premiers

Le Moniteur, 2005, 2586, 1, 20-29

88. SOCIETE FRANCAISE DE PHARMACIE CLINIQUE

Indicateurs en pharmacie hospitalière, 1<sup>ère</sup> édition

Paris : SFPC, 2006. – 96 p.

Téléchargeable sur <http://www.adiph.org>

89. TOURETTE-TURGIS C., REBILLON M.

Observance des traitements antirétroviraux au sein d'une population communautaire atteinte du V.I.H. et suivie dans une pharmacie de ville

Paris, 1999. Rapport d'étude consultable sur :

[http://www.commentdire.fr/counselingVIH/Rapports\\_Etudes/rapportpharmaids99-Introduction.htm](http://www.commentdire.fr/counselingVIH/Rapports_Etudes/rapportpharmaids99-Introduction.htm)

90. TOURETTE-TURGIS C.

Le Counseling

Paris : PUF (coll. Que sais-je ?), 1996.

## DEMANDE D'IMPRIMATUR

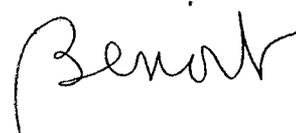
Date de soutenance : 11 mai 2007

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR  
EN PHARMACIEprésenté par **Geoffrey GUNTZ**Sujet :**Demain, la consultation pharmaceutique ?  
Enquête prospective auprès de 20 pharmaciens  
lorrains**Jury :Président : Docteur Emmanuelle BENOIT, Maître de  
ConférencesJuges : Docteur Monique DURAND, Présidente du Conseil  
Régional de l'Ordre des pharmaciens de Lorraine  
Mlle Dora LIBAN, Docteur en Pharmacie

Vu,

Nancy, le 04 avril 2007

Le Président du Jury et Directeur de Thèse



Docteur Emmanuelle BENOIT

Vu et approuvé,

Nancy, le 6 avril 2007

Doyen de la Faculté de Pharmacie  
de l'Université Henri Poincaré - Nancy 1,

Vu,

Nancy, le 19.04.2007

Le Président de l'Université Henri Poincaré - Nancy 1,



N° d'enregistrement :

2742



N° d'identification : 28

**TITRE**

**DEMAIN, LA CONSULTATION PHARMACEUTIQUE ?**

Enquête prospective auprès de vingt pharmaciens lorrains

**Thèse soutenue le** 11 mai 2007

**Par** Geoffrey GUNTZ

**RESUME :**

Issue de la pharmacie clinique, la consultation pharmaceutique est un entretien confidentiel et personnalisé entre le pharmacien et son patient, en vue d'explicitier les modalités d'un traitement médicamenteux, d'étudier l'impact physique et social du traitement ou de ses effets indésirables en les réduisant par des mesures de prévention, d'accroître l'observance.

La consultation pharmaceutique s'inscrit dans la démarche de qualité à l'officine. On étudiera les expériences menées en France, en Angleterre et au Québec sur ce thème. Dans un deuxième temps, on fera la description d'une enquête auprès des pharmaciens lorrains sur la consultation pharmaceutique, ainsi que sur l'évolution de la pratique officinale au cours des dernières années.

**MOTS CLES :** Communication – Consultation pharmaceutique – Education malade – Observance prescription – Officine pharmaceutique – Pharmacien – Relation interprofessionnelle

Directeur de thèse	Intitulé du laboratoire	Nature
Mme BENOIT Emmanuelle	Laboratoire de Communication	Expérimentale <input checked="" type="checkbox"/> Bibliographique <input checked="" type="checkbox"/> Thème <input type="checkbox"/>

**Thèmes**

1— Sciences fondamentales  
3— Médicament  
5— Biologie

2— Hygiène/Environnement  
4— Alimentation— Nutrition  
6— Pratique professionnelle