

Identification des freins et des leviers dans la coopération médecin généraliste-pharmacien d'officine, au sein d'un programme d'ETP sur l'ostéoporose (projet SIOUX)

Oana-Maria Muresan

▶ **To cite this version:**

Oana-Maria Muresan. Identification des freins et des leviers dans la coopération médecin généraliste-pharmacien d'officine, au sein d'un programme d'ETP sur l'ostéoporose (projet SIOUX). Sciences du Vivant [q-bio]. 2014. hal-01733014

HAL Id: hal-01733014

https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01733014

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-thesesexercice-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.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm

UNIVERSITÉ DE LORRAINE **FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY**

2014 **N°**

THÈSE

Pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement
dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale
par

Oana-Maria MURESAN

Le 12 décembre 2014

IDENTIFICATION DES FREINS ET DES LEVIERS DANS LA COOPERATION MEDECIN GENERALISTE-PHARMACIEN D'OFFICINE, AU SEIN D'UN PROGRAMME D'ETP SUR L'OSTEOPOROSE (PROJET SIOUX)

Examinateurs de la thèse :

M. COUDANE Henry	**Doyen de la Faculté de Médecine**	**Président**
M. GILLET Pierre	**Professeur des Universités**	**Juge**
M. BOIVIN Jean-Marc	**Professeur des Universités**	**Juge**
M. MARTY Jean-Michel	**Médecin généraliste**	**Juge et Directeur**
M. POIVRET Didier	**Rhumatologue**	**Juge**

Président de l'Université de Lorraine :

Professeur Pierre MUTZENHARDT

Doyen de la Faculté de Médecine :
Professeur Henry COUDANE

Vice-Doyen « Finances » : **Professeur Marc BRAUN**
Vice-Doyen « Formation permanente » : **Professeur Hervé VESPIGNANI**
Vice-Doyen « Vie étudiante » : **M. Pierre-Olivier BRICE**

Assesseurs

- 1er Cycle et délégué FMN Paces :	**Docteur Mathias POUSSEL**
- 2ème Cycle :	**Mme la Professeure Marie-Reine LOSSER**
- 3ème Cycle : • « *DES Spécialités Médicales, Chirurgicales et Biologiques* »	**Professeur Marc DEBOUVERIE**
• « *DES Spécialité Médecine Générale* »	**Professeur Associé Paolo DI PATRIZIO**
• « Gestion DU – DIU »	**Mme la Professeure I. CHARY-VALKENAERE**
- Plan campus :	**Professeur Bruno LEHEUP**
- Ecole de chirurgie et nouvelles pédagogies :	**Professeur Laurent BRESLER**
- Recherche :	**Professeur Didier MAINARD**
- Relations Internationales :	**Professeur Jacques HUBERT**
- Mono appartenants, filières professionnalisantes :	**Docteur Christophe NEMOS**
- Vie Universitaire et Commission vie Facultaire :	**Docteur Stéphane ZUILY**
- Affaires juridiques, modernisation et gestions partenaires externes:	**Mme la Docteure Frédérique CLAUDOT**
- Réingénierie professions paramédicales :	**Mme la Professeure Annick BARBAUD**

DOYENS HONORAIRES

Professeur Jean-Bernard DUREUX - Professeur Jacques ROLAND - Professeur Patrick NETTER

==========

PROFESSEURS HONORAIRES

Jean-Marie ANDRE - Daniel ANTHOINE - Alain AUBREGE - Gérard BARROCHE - Alain BERTRAND - Pierre BEY
Marc-André BIGARD - Patrick BOISSEL – Pierre BORDIGONI - Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE
Jean-Louis BOUTROY - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET - Daniel BURNEL - Claude CHARDOT - François CHERRIER Jean-Pierre CRANCE - Gérard DEBRY - Jean-Pierre DELAGOUTTE - Emile de LAVERGNE - Jean-Pierre DESCHAMPS
Jean DUHEILLE - Jean-Bernard DUREUX - Gérard FIEVE - Jean FLOQUET - Robert FRISCH
Alain GAUCHER - Pierre GAUCHER - Hubert GERARD - Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ
Oliéro GUERCI - Claude HURIET - Christian JANOT - Michèle KESSLER - Jacques LACOSTE
Henri LAMBERT - Pierre LANDES - Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE - Jacques LECLERE - Pierre LEDERLIN Bernard LEGRAS - Jean-Pierre MALLIÉ - Michel MANCIAUX - Philippe MANGIN - Pierre MATHIEU - Michel MERLE
Denise MONERET-VAUTRIN - Pierre MONIN - Pierre NABET - Jean-Pierre NICOLAS - Pierre PAYSANT - Francis PENIN Gilbert PERCEBOIS - Claude PERRIN - Guy PETIET - Luc PICARD - Michel PIERSON – François PLENAT - Jean-Marie POLU Jacques POUREL Jean PREVOT - Francis RAPHAEL - Antoine RASPILLER – Denis REGENT - Michel RENARD
Jacques ROLAND - René-Jean ROYER - Daniel SCHMITT - Michel SCHMITT - Michel SCHWEITZER - Claude SIMON
Danièle SOMMELET - Jean-François STOLTZ - Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT- Augusta TREHEUX - Hubert UFFHOLTZ Gérard VAILLANT - Paul VERT - Colette VIDAILHET - Michel VIDAILHET – Jean-Pierre VILLEMOT - Michel WAYOFF
Michel WEBER

==========

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Gérard BARROCHE - Professeur Marc-André BIGARD – Professeur Jean-Pierre DELAGOUTTE
Professeur Jacques LECLÈRE - Professeur Jean-Pierre NICOLAS - Professeur Luc PICARD - Professeur Jacques POUREL - Professeur Michel SCHMITT - Professeur Hubert UFFHOLTZ - Professeur Paul VERT - Professeure Colette VIDAILHET Professeur Michel VIDAILHET - Professeur Michel WAYOFF

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42ème Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE
1ère sous-section : *(Anatomie)*
Professeur Gilles GROSDIDIER - Professeur Marc BRAUN
2ème sous-section : *(Cytologie et histologie)*
Professeur Bernard FOLIGUET – Professeur Christo CHRISTOV
3ème sous-section : *(Anatomie et cytologie pathologiques)*
Professeur Jean-Michel VIGNAUD

43ème Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDECINE
1ère sous-section : *(Biophysique et médecine nucléaire)*
Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER
2ème sous-section : *(Radiologie et imagerie médecine)*
Professeur Michel CLAUDON – Professeure Valérie CROISÉ-LAURENT
Professeur Serge BRACARD – Professeur Alain BLUM – Professeur Jacques FELBLINGER - Professeur René ANXIONNAT

44ème Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION
1ère sous-section : *(Biochimie et biologie moléculaire)*
Professeur Jean-Louis GUÉANT – Professeur Jean-Luc OLIVIER – Professeur Bernard NAMOUR
2ème sous-section : *(Physiologie)*
Professeur François MARCHAL – Professeur Bruno CHENUEL – Professeur Christian BEYAERT
3ème sous-section : *(Biologie Cellulaire)*
Professeur Ali DALLOUL
4ème sous-section : *(Nutrition)*
Professeur Olivier ZIEGLER – Professeur Didier QUILLIOT - Professeure Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT

45ème Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE
1ère sous-section : *(Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière)*
Professeur Alain LE FAOU - Professeur Alain LOZNIEWSKI – Professeure Evelyne SCHVOERER
2ème sous-section : *(Parasitologie et Mycologie)*
Professeure Marie MACHOUART
3ème sous-section : *(Maladies infectieuses ; maladies tropicales)*
Professeur Thierry MAY – Professeur Christian RABAUD – Professeure Céline PULCINI

46ème Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ
1ère sous-section : *(Épidémiologie, économie de la santé et prévention)*
Professeur Philippe HARTEMANN – Professeur Serge BRIANÇON - Professeur Francis GUILLEMIN
Professeur Denis ZMIROU-NAVIER – Professeur François ALLA
2ème sous-section : *(Médecine et santé au travail)*
Professeur Christophe PARIS
3ème sous-section : *(Médecine légale et droit de la santé)*
Professeur Henry COUDANE
4ème sous-section : *(Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)*
Professeur François KOHLER (***jusqu'au 1er novembre***) – Professeure Eliane ALBUISSON – Professeur Nicolas JAY ***(à partir du 1er novembre)***

47ème Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE
1ère sous-section : *(Hématologie ; transfusion)*
Professeur Pierre FEUGIER
2ème sous-section : *(Cancérologie ; radiothérapie)*
Professeur François GUILLEMIN – Professeur Thierry CONROY - Professeur Didier PEIFFERT
Professeur Frédéric MARCHAL
3ème sous-section : *(Immunologie)*
Professeur Gilbert FAURE – Professeur Marcelo DE CARVALHO-BITTENCOURT
4ème sous-section : *(Génétique)*
Professeur Philippe JONVEAUX – Professeur Bruno LEHEUP

48ème Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

1ère sous-section : ***(Anesthésiologie - réanimation ; médecine d'urgence)***

Professeur Claude MEISTELMAN – Professeur Hervé BOUAZIZ - Professeur Gérard AUDIBERT
Professeur Thomas FUCHS-BUDER – Professeure Marie-Reine LOSSER

2ème sous-section : ***(Réanimation ; médecine d'urgence)***

Professeur Alain GERARD - Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT - Professeur Bruno LÉVY – Professeur Sébastien GIBOT

3ème sous-section : ***(Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie)***

Professeur Patrick NETTER – Professeur Pierre GILLET – Professeur J.Y. JOUZEAU (*pharmacien*)

4ème sous-section : ***(Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie)***

Professeur François PAILLE – Professeur Faiez ZANNAD - Professeur Patrick ROSSIGNOL

49ème Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET RÉÉDUCATION

1ère sous-section : ***(Neurologie)***

Professeur Hervé VESPIGNANI - Professeur Xavier DUCROCQ – Professeur Marc DEBOUVERIE
Professeur Luc TAILLANDIER - Professeur Louis MAILLARD – Professeure Louise TYVAERT

2ème sous-section : ***(Neurochirurgie)***

Professeur Jean-Claude MARCHAL – Professeur Jean AUQUE – Professeur Olivier KLEIN
Professeur Thierry CIVIT - Professeure Sophie COLNAT-COULBOIS

3ème sous-section : ***(Psychiatrie d'adultes ; addictologie)***

Professeur Jean-Pierre KAHN – Professeur Raymund SCHWAN

4ème sous-section : ***(Pédopsychiatrie ; addictologie)***

Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC ***(jusqu'au 1er novembre)*** – Professeur Bernard KABUTH

5ème sous-section : ***(Médecine physique et de réadaptation)***

Professeur Jean PAYSANT

50ème Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1ère sous-section : ***(Rhumatologie)***

Professeure Isabelle CHARY-VALCKENAERE – Professeur Damien LOEUILLE

2ème sous-section : ***(Chirurgie orthopédique et traumatologique)***

Professeur Daniel MOLE - Professeur Didier MAINARD - Professeur François SIRVEAUX – Professeur Laurent GALOIS

3ème sous-section : ***(Dermato-vénéréologie)***

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ – Professeure Annick BARBAUD

4ème sous-section : ***(Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)***

Professeur François DAP - Professeur Gilles DAUTEL - Professeur Etienne SIMON

51ème Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

1ère sous-section : ***(Pneumologie ; addictologie)***

Professeur Yves MARTINET – Professeur Jean-François CHABOT – Professeur Ari CHAOUAT

2ème sous-section : ***(Cardiologie)***

Professeur Etienne ALIOT – Professeur Yves JUILLIERE
Professeur Nicolas SADOUL - Professeur Christian de CHILLOU DE CHURET

3ème sous-section : ***(Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)***

Professeur Thierry FOLLIGUET

4ème sous-section : ***(Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)***

Professeur Denis WAHL – Professeur Sergueï MALIKOV

52ème Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1ère sous-section : ***(Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)***

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI – Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET

3ème sous-section : ***(Néphrologie)***

Professeure Dominique HESTIN – Professeur Luc FRIMAT

4ème sous-section : ***(Urologie)***

Professeur Jacques HUBERT – Professeur Pascal ESCHWEGE

53ème Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE ET CHIRURGIE GÉNÉRALE

1ère sous-section : ***(Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie)***

Professeur Jean-Dominique DE KORWIN – Professeur Pierre KAMINSKY - Professeur Athanase BENETOS
Professeure Gisèle KANNY – Professeure Christine PERRET-GUILLAUME

2ème sous-section : ***(Chirurgie générale)***

Professeur Laurent BRESLER - Professeur Laurent BRUNAUD – Professeur Ahmet AYAV

54ème Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION
1ère sous-section : ***(Pédiatrie)***
Professeur Jean-Michel HASCOET - Professeur Pascal CHASTAGNER - Professeur François FEILLET
Professeur Cyril SCHWEITZER – Professeur Emmanuel RAFFO – Professeure Rachel VIEUX
2ème sous-section : ***(Chirurgie infantile)***
Professeur Pierre JOURNEAU – Professeur Jean-Louis LEMELLE
3ème sous-section : ***(Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)***
Professeur Philippe JUDLIN – Professeur Olivier MOREL
4ème sous-section : ***(Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale)***
Professeur Georges WERYHA – Professeur Marc KLEIN – Professeur Bruno GUERCI

55ème Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU
1ère sous-section : ***(Oto-rhino-laryngologie)***
Professeur Roger JANKOWSKI – Professeure Cécile PARIETTI-WINKLER
2ème sous-section : ***(Ophtalmologie)***
Professeur Jean-Luc GEORGE – Professeur Jean-Paul BERROD – Professeure Karine ANGIOI

3ème sous-section : ***(Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)***
Professeur Jean-François CHASSAGNE – Professeure Muriel BRIX
==========

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

61ème Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL
Professeur Walter BLONDEL

64ème Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE
Professeure Sandrine BOSCHI-MULLER

==========

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE
Professeur Jean-Marc BOIVIN

PROFESSEUR ASSOCIÉ DE MÉDECINE GÉNÉRALE
Professeur associé Paolo DI PATRIZIO

==========

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42ème Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE
1ère sous-section : ***(Anatomie)***
Docteur Bruno GRIGNON – Docteure Manuela PEREZ
2ème sous-section : ***(Cytologie et histologie)***
Docteur Edouard BARRAT - Docteure Françoise TOUATI – Docteure Chantal KOHLER
3ème sous-section : ***(Anatomie et cytologie pathologiques)***
Docteure Aude MARCHAL – Docteur Guillaume GAUCHOTTE

43ème Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDECINE
1ère sous-section : ***(Biophysique et médecine nucléaire)***
Docteur Jean-Claude MAYER - Docteur Jean-Marie ESCANYE
2ème sous-section : (Radiologie et imagerie médecine)
Docteur Damien MANDRY – Docteur Pedro TEIXEIRA (*stagiaire*)

44ème Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION
1ère sous-section : ***(Biochimie et biologie moléculaire)***
Docteure Sophie FREMONT - Docteure Isabelle GASTIN – Docteur Marc MERTEN
Docteure Catherine MALAPLATE-ARMAND - Docteure Shyue-Fang BATTAGLIA – Docteur Abderrahim OUSSALAH (*stagiaire*)
2ème sous-section : ***(Physiologie)***
Docteur Mathias POUSSEL – Docteure Silvia VARECHOVA
3ème sous-section : ***(Biologie Cellulaire)***
Docteure Véronique DECOT-MAILLERET

45ème Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE
1ère sous-section : ***(Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière)***
Docteure Véronique VENARD – Docteure Hélène JEULIN – Docteure Corentine ALAUZET
2ème sous-section : (Parasitologie et mycologie (type mixte : biologique)
Docteure Anne DEBOURGOGNE (*sciences)*
3ème sous-section : ***(Maladies Infectieuses ; Maladies Tropicales)***
Docteure Sandrine HENARD

46ème Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ
1ère sous-section : ***(Epidémiologie, économie de la santé et prévention)***
Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE – Docteure Frédérique CLAUDOT – Docteur Cédric BAUMANN – Docteure Nelly AGRINIER (*stagiaire*)
2ème sous-section ***(Médecine et Santé au Travail)***
Docteure Isabelle THAON
3ème sous-section ***(Médecine légale et droit de la santé)***
Docteur Laurent MARTRILLE

47ème Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE
1ère sous-section : ***(Hématologie ; transfusion : option hématologique (type mixte : clinique)***
Docteur Aurore PERROT (*stagiaire*)

2ème sous-section : ***(Cancérologie ; radiothérapie : cancérologie (type mixte : biologique)***
Docteure Lina BOLOTINE
4ème sous-section : ***(Génétique)***
Docteur Christophe PHILIPPE – Docteure Céline BONNET

48ème Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE
3ème sous-section : ***(Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique)***
Docteure Françoise LAPICQUE – Docteur Nicolas GAMBIER – Docteur Julien SCALA-BERTOLA

50ème Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE
1ère sous-section : ***(Rhumatologie)***
Docteure Anne-Christine RAT
3ème sous-section : ***(Dermato-vénéréologie)***
Docteure Anne-Claire BURSZTEJN
4ème sous-section : ***(Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)***
Docteure Laetitia GOFFINET-PLEUTRET

51ème Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE
3ème sous-section : ***(Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire)***
Docteur Fabrice VANHUYSE
4ème sous-section : ***(Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)***
Docteur Stéphane ZUILY

52ème Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE
1ère sous-section : ***(Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)***
Docteur Jean-Baptiste CHEVAUX (*stagiaire)*

53ème Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE
1ère sous-section : ***(Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie)***
Docteure Laure JOLY
==========

MAÎTRE DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE
Docteure Elisabeth STEYER
==========

MAÎTRES DE CONFÉRENCES
5ème Section : SCIENCES ÉCONOMIQUES
Monsieur Vincent LHUILLIER

19ème Section : SOCIOLOGIE, DÉMOGRAPHIE
Madame Joëlle KIVITS

60ème Section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE, GÉNIE CIVIL
Monsieur Alain DURAND

61ème Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL
Monsieur Jean REBSTOCK

64ème Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE
Madame Marie-Claire LANHERS – Monsieur Pascal REBOUL – Monsieur Nick RAMALANJAONA

65ème Section : BIOLOGIE CELLULAIRE
Monsieur Jean-Louis GELLY - Madame Ketsia HESS – Monsieur Hervé MEMBRE
Monsieur Christophe NEMOS - Madame Natalia DE ISLA - Madame Nathalie MERCIER – Madame Céline HUSELSTEIN

66ème Section : PHYSIOLOGIE
Monsieur Nguyen TRAN

==========

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS
Médecine Générale
Docteure Sophie SIEGRIST - Docteur Arnaud MASSON - Docteur Pascal BOUCHE

==========

1. DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Charles A. BERRY (1982)
Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)
Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)
Brown University, Providence (U.S.A)
Professeure Mildred T. STAHLMAN (1982)
Vanderbilt University, Nashville (U.S.A)
Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)
Institut d'Anatomie de Würtzburg (R.F.A)
Université de Pennsylvanie (U.S.A)
Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)
Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto (JAPON)
Professeure Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS (1996)
Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)
Université d'Helsinki (FINLANDE)
Professeur James STEICHEN (1997)
Université d'Indianapolis (U.S.A)
Professeur Duong Quang TRUNG (1997)
Université d'Hô Chi Minh-Ville (VIÊTNAM)
Professeur Daniel G. BICHET (2001)
Université de Montréal (Canada)
Professeur Marc LEVENSTON (2005)
Institute of Technology, Atlanta (USA)
Professeur Brian BURCHELL (2007)
Université de Dundee (Royaume-Uni)
Professeur Yunfeng ZHOU (2009)
Université de Wuhan (CHINE)
Professeur David ALPERS (2011)
Université de Washington (U.S.A)
Professeur Martin EXNER (2012)
Université de Bonn (ALLEMAGNE)

À MON MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE,

Monsieur le Doyen Henry COUDANE

Professeur de Médecine Légale et Droit de la Santé, Chirurgien des Hôpitaux
Doyen de la Faculté de Médecine de Nancy
Commandeur des Palmes Académiques
Officier dans l'Ordre National du Mérite
Chevalier de la Légion d'Honneur

Je vous suis profondément reconnaissante d'avoir accepté ce projet de thèse commune médecin-pharmacien.

Vous m'avez fait l'immense honneur de juger cette thèse et de présider le jury.

Veuillez trouver ici le témoignage de ma haute considération, de mon profond respect et de mes sincères remerciements.

À MON MAÎTRE ET JUGE,

Monsieur le Professeur Pierre GILLET

Professeur de *Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique et addictologie*

Pour l'honneur que vous me faites en siégeant dans le jury de cette thèse, veuillez trouver ici l'expression de ma sincère reconnaissance et de mon profond respect.

À MON MAÎTRE ET JUGE,

Monsieur le Professeur Jean-Marc BOIVIN

Professeur des Universités de Médecine Générale

J'ai eu la chance de vous avoir comme coordonnateur de mon dernier stage et d'apprendre l'exercice de la médecine générale dans le respect des recommandations cliniques et de la formation continue.

Je vous remercie beaucoup pour votre patience et pour tous les précieux conseils que vous m'avez donnés afin d'améliorer la qualité de mes consultations.

Vous me faites l'honneur de m'accorder votre attention en acceptant de juger ce travail.

Recevez ici le témoignage de mon profond respect et de toute ma reconnaissance.

MON JUGE ET DIRECTEUR DE THÈSE,

À la mémoire de Monsieur le Docteur Mustapha MOULLA

Médecin généraliste à Pont-à-Mousson

Vous avez été à l'origine de ce projet. Vous avez organisé ce travail de collaboration entre la Faculté de Médecine et la Faculté de Pharmacie de Nancy. Vous m'avez fait confiance et donné un sujet de thèse innovateur.

Ce fût un honneur de vous avoir connu et de vous avoir eu comme Directeur de thèse. Vous serez toujours un modèle pour moi et je n'oublierai jamais la citation qui accompagnait vos mails : « On ne subit pas l'avenir, on le fait ».

Pour votre enthousiasme pour ce travail de thèse, pour vos précieux conseils et votre disponibilité, recevez ici l'expression de ma sincère gratitude et de mon profond respect.

À MON JUGE ET CO-DIRECTEUR DE THÈSE,

Monsieur le Docteur Jean-Michel MARTY

Médecin généraliste à Metz

Docteur MARTY, j'ai eu la chance de vous avoir comme Maître de stage et de découvrir à vos côtés l'exercice de la Médecine Générale.
Votre expérience et vos connaissances, la bienveillance que vous portez pour tous vos patients, l'énergie et le temps que vous consacrez à notre formation, m'ont inspirée et m'ont fait aimer la Médecine Générale.

En acceptant de prendre la direction de cette thèse commune, vous m'avez soutenue, aidée jusqu'au bout de ce travail et vos conseils éclairés m'ont permis d'aboutir.

Veuillez recevoir l'expression de mes plus chaleureux remerciements et toute ma reconnaissance. Mon profond respect, s'exprime à travers cette citation de l'ancien Serment d'Hippocrate :
« Je mettrai mon maître de médecine au même rang que les auteurs de mes jours ».

À MON JUGE,

Monsieur le Docteur Didier POIVRET

Rhumatologue au Centre Hospitalier Régional Metz-Thionville

Coordonnateur du projet *SIOUX*

Je vous adresse mes sincères remerciements pour votre aide précieuse, vos conseils précis et éclairés indispensables à la réalisation de cette thèse, votre soutien, vos encouragements et votre présence indéfectible lors des différentes étapes de son élaboration.

Votre bienveillance constante et toujours renouvelée nous a honorées.

Je vous remercie vivement d'avoir accepté de juger cette thèse et pour l'intérêt que vous avez bien voulu porter à notre travail.

REMERCIEMENTS

À Madame le Docteur Véronique NOIREZ,

Praticien Hospitalier au CHR Metz-Thionville

Vous nous avez encouragées et avez toujours été à nos côtés tout au long de ce travail. Pour toutes les corrections, vos conseils précis, votre aide précieuse et indispensable à la réalisation de cette thèse, veuillez recevoir mes sincères remerciements.

A Madame le Professeur Christine ATKINSON,

Professeur des Universités

Je vous adresse mes remerciements les plus sincères pour toute votre aide et votre soutien dans le cadre de notre thèse commune. Veuillez trouver ici l'expression de mon profond respect et de ma sincère reconnaissance.

A Madame Nathalie THILLY

Maitre de Conférences des Universités, Praticien Hospitalier

Service d'Epidémiologie et Evaluation Cliniques du CHU de Nancy

Vous nous avez formées et conseillées pour nous approprier la méthode de recherche qualitative. Vous nous avez soutenues et accompagnées pour faire un travail de recherche de qualité. Veuillez trouver ici l'expression de ma profonde reconnaissance et tout mon respect.

A Docteur Christophe GOETZ,

Médecin de Santé Publique au CHR de Metz-Thionville

Coordinateur médical de la Plateforme d'Appui à la Recherche Clinique (PARC)

Vos conseils et votre disponibilité ont été une aide précieuse à la réalisation de cette thèse. Veuillez recevoir nos sincères remerciements pour nous avoir soutenues dans ce travail.

A Docteur Violaine MAUFFREY

Chef de Clinique au Département de Médecine Générale

Nous vous sommes reconnaissantes pour votre énergie et vos conseils lors de la formation à la recherche qualitative dans le cadre des Ateliers Thèse-mémoire à laquelle nous avons assisté. Veuillez trouver, ici, l'expression de notre gratitude et de notre respect.

Aux Médecins et Maîtres de Stage que j'ai rencontrés durant mes études,

Je vous remercie pour votre accueil et vous suis profondément reconnaissante pour votre disponibilité ainsi que pour tout le savoir que vous m'avez transmis.

Un merci particulier à Professeur Di PATRIZIO,

Professeur des Universités de Médecine Générale

J'ai beaucoup appris, au cours de mon stage dans votre cabinet, tant sur le plan professionnel qu'humain. Je vous en serai toujours reconnaissante. Ce travail vous est aussi dédié.

Un grand merci à Docteur Hélène GARDE-MARTY,

Maître de Stage de Médecine Générale

Je vous suis profondément reconnaissante de m'avoir fait découvrir la médecine générale et de m'avoir permis d'apprécier l'exercice de ce métier. Vous serez un modèle pour moi, par la rigueur avec laquelle vous exercez la profession de médecin, la qualité des soins que vous octroyez à vos patients, ainsi que la satisfaction professionnelle. Je vous remercie infiniment pour votre patience, pour les soirées de formation médicale continue et pour toutes les connaissances que vous m'avez transmises.

Aux médecins généralistes et aux pharmaciens d'officine qui ont participé à notre étude,

Un grand merci pour votre participation, votre accueil chaleureux et pour l'intérêt que vous avez porté à notre projet. Sans vous, la réalisation de ce travail n'aurait pas été possible.

REMERCIEMENTS

À Mes Parents,

Je vous remercie de m'avoir encouragée à suivre ces études dans les meilleures conditions et pour avoir été là pour moi à chaque moment où j'en avais besoin. Grâce à vous je peux exercer un métier que j'ai choisi et que j'aime. Je vous remercie pour ce cadeau.

Merci Maman pour tout l'intérêt que tu as porté à ma formation, à mes stages et pour tous les précieux conseils que tu as su me donner. Merci pour tout. Je t'aime beaucoup.

À Mon Frère Alex,

Pour ton soutien, ta confiance et notre complicité. Je te souhaite tout le bonheur dans ta vie professionnelle et surtout personnelle. Je suis fière de toi et je serais toujours à tes côtés pour partager toutes les émotions de la vie ! Bon courage !

À mon Grand-Père et ma Grand-Mère maternels,

Qui auraient aimés être présents…

Je vous remercie pour toute votre aide et vos mots pleins d'amour et d'encouragement.

À toute ma famille :

Dorel, Alexandru et Adriana et à mes petits cousins Theo et Bruno,

Vous étiez à mes côtés tout au long de mon enfance et de ma formation. Merci pour votre soutien et pour tous les bons moments passés ensemble en famille…ils me sont si chers ! Ce travail vous est aussi dédié.

À Florin,

Malgré le temps qui passe et les épreuves de toute sorte, rien ne nous sépare, mais tout nous rapproche et nous renforce. Tu m'as toujours encouragé à découvrir la variété et la beauté de cette vie, d'expérimenter pour connaitre mes limites, pour les dépasser. Tu m'as donné du courage pour faire mon internat en France, tu as toujours été disponible pour moi. Je te remercie pour ton soutien et ta compréhension. Je serai à tes côtés pour les nouvelles aventures que la vie nous réserve !

REMERCIEMENTS

À mes amis :

À Oana V,

A nos années d'études et à notre amitié de longue date. Merci pour tous les bons moments passés ensemble et les souvenirs inoubliables que nous partageons ! Je ne te souhaite que de bonheur et je t'embrasse très fort.

À Marian,

Tu as été à mes côtés tout au long de ma formation universitaire. Je te remercie pour ton amitié et je te souhaite plein de bonheur dans ta vie professionnelle et personnelle.

À tous mes amis : Adriana, Ciprian et Georgiana, Cristian et Otilia, Ivona et sa famille merveilleuse, à Razvan et Irina, Corina et Razvan, Cristina et à tous les autres que j'ai oublié de citer, mais qui sont près de mon cœur, je suis ravie de vous connaître et votre amitié m'est très précieuse. J'espère que nous allons partager encore plein de moments de bonheur ensemble !

À tous mes amis et co-internes : Christelle, Mariam, Mathilde, Johanna, Philippe, à mes co-internes aux Urgences et à tous les autres qui m'ont aidée et soutenue tout au long de mon internat. Merci pour votre générosité, votre soutien et les bons moments passés en votre compagnie ! Vous revoir est toujours un plaisir. Je vous souhaite plein de bonheur sur le plan personnel et professionnel !

À Laurie,

Ce fût un véritable plaisir de travailler avec toi et de partager tant d'émotions, tout au long de l'élaboration de notre projet. Je te remercie également pour ton énergie, ta motivation et tes conseils précieux. Cette expérience était enrichissante pour moi et je souhaite que notre amitié perdure longtemps.

SERMENT

« Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.
J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque ».

PREAMBULE

Le projet SIOUX est le programme de Suivi Intégré de l'Ostéoporose par les URPS-X (Union Régionale des Professionnels de Santé – Médecins/Pharmaciens). Son objectif est d'assurer, après la participation des patients à un programme d'éducation thérapeutique du patient (ETP) sur l'ostéoporose à l'hôpital (Centre Hospitalier Régional (CHR) de Metz-Thionville), un suivi particulier auprès des acteurs libéraux, médecin généraliste et pharmacien d'officine.

Son principe est né de la collaboration entre les deux professions de médecin et de pharmacien, au sein du programme ETP ostéoporose, entre Didier Poivret, médecin rhumatologue et Véronique Noirez, pharmacien praticien hospitalier.

Forts d'une volonté de collaborer avec leurs confrères libéraux, leurs contacts avec Mustapha Moulla, médecin généraliste d'une part et Monique Durand, présidente du conseil régional de l'ordre des pharmaciens d'autre part, ont permis de présenter le projet aux responsables des URPS médecins et pharmaciens. La collaboration qui s'est instaurée dès le mois de mai 2012 avec Mustapha Moulla, représentant l'URPS médecins, Christophe Wilcke, et Benoît Beaudouin, président et vice-président de l'URPS pharmaciens a conduit à présenter le projet et à obtenir un soutien de principe de l'ARS de Lorraine (Agence Régionale de la Santé). Le dossier a été finalisé sur le plan méthodologique, statistique et financier, avec le Docteur Goetz, médecin de santé publique au CHR de Metz Thionville au niveau de la Plateforme d'Appui à la Recherche Clinique (PARC). L'appui logistique et le financement accordés par les deux URPS et l'ARS ont permis de démarrer le projet dès janvier 2013.

Encouragés par l'intérêt porté par les patients et par la participation des professionnels libéraux, les porteurs du projet SIOUX ont proposé d'étudier la nature de la coopération entre les médecins généralistes et les pharmaciens d'officine. L'idée de réaliser une thèse commune entre un étudiant en médecine et un étudiant en pharmacie sur cette coopération médecin/pharmacien était née. Un travail mené par un binôme d'étudiants de médecine et de pharmacie semblait la meilleure manière d'explorer les points de vue des médecins et des pharmaciens sur le sujet, et de prouver qu'une telle coopération est possible. Les professeurs Pierre Labrude et Christine Capdeville-Atkinson ont été les porte-paroles respectivement auprès des Doyens de la faculté de Pharmacie et de la faculté de Médecine pour obtenir leurs accords pour la réalisation de ce travail qui devait aboutir à une soutenance commune le même jour des deux étudiants, devant un jury de chacune des composantes. Le sujet a été proposé à Oana Muresan, interne de Médecine Générale et à

Laurie Mettavant, étudiante en 5ème année de Pharmacie. Grâce à cette collaboration, une thèse a donc pu être réalisée en commun. Le contenu des deux manuscrits, un pour chaque composante Médecine/Pharmacie, est identique et seules les parties spécifiques à chacune des facultés diffèrent.

Les parties concernant la coopération entre médecin généraliste et pharmacien, et l'éducation thérapeutique du patient ont été rédigées par Laurie Mettavant. Celle concernant la méthode utilisée pour mener l'étude a été prise en charge par Oana Muresan. Chacune a compilé les résultats qu'elle a obtenus dans son domaine d'investigation, et les a discutés. L'introduction et la conclusion ont été construites à deux. Toutes les parties ont été mutuellement relues par l'une et par l'autre.

TABLE DES MATIERES

LISTE DES ABREVIATIONS 23
INTRODUCTION 24
1. LA COOPERATION MEDECIN GENERALISTE-PHARMACIEN 26
1.1. Contexte général 26
1.2. La coopération médecin-pharmacien dans le monde 29
1.3. La coopération médecin-pharmacien en France 31
2. L'EDUCATION THERAPEUTIQUE DU PATIENT 34
2.1. Définition 34
2.2. L'ETP dans l'ostéoporose 37
2.2.1. Perception et connaissances de la maladie 38
2.2.2. La diversité des traitements disponibles et leurs coûts 39
2.2.3. Adhésion au traitement 40
2.3. Projet SIOUX 42
2.3.1. Programme d'ETP ostéoporose 42
2.3.2. Programme SIOUX 44
3. MATÉRIEL ET MÉTHODE 47
3.1. Choix de la méthode qualitative 47
3.2. Modèle conceptuel de McDonough et Doucette (51) 48
3.3. La méthode des entretiens semi-dirigés 49
3.3.1. Définition 49
3.3.2. Élaboration du guide d'entretien 49
3.3.3. Echantillonnage 51
3.3.4. Recueil des données et déroulement des entretiens semi-dirigés 53
3.4. Méthode d'analyse des données 54
3.4.1. La transcription des données 54
3.4.2. Le codage des informations 55
4. RESULTATS 58
4.1. RESULTATS DES MEDECINS 58
4.1.1. Les caractéristiques des médecins généralistes constituant l'échantillon du programme SIOUX 58

4.1.2. Analyse qualitative des entretiens semi-dirigés au sein de l'échantillon de médecins 62
4.2. RESULTATS DES PHARMACIENS 84
4.2.1. Caractéristiques des pharmaciens constituant l'échantillon du programme SIOUX 84
4.2.2. Analyse qualitative des entretiens semi-dirigés au sein de l'échantillon de pharmaciens 88
5. DISCUSSION 105
5.1. DISCUSSION DE LA METHODE 105
5.1.1. Les aspects positifs de l'étude 105
5.1.2. Les limites de l'étude 108
5.1.3. Perspectives à explorer lors des prochains travaux de recherche 112
5.2. DISCUSSION DES MEDECINS 112
5.2.1. La relation médecin généraliste-pharmacien d'officine en dehors du projet SIOUX 112
5.2.2. Initiation de la relation dans le cadre du programme SIOUX 116
5.2.3. La confiance entre les professionnels de santé 117
5.2.4. La définition des rôles 121
5.2.5. Les bénéfices de la coopération médecin-pharmacien dans le cadre du programme SIOUX 124
5.2.6. Les difficultés d'une relation de coopération médecin-pharmacien et les pistes d'amélioration 127
5.3. DISCUSSION DES PHARMACIENS 129
5.3.1. La relation médecin généraliste-pharmacien d'officine en dehors du projet SIOUX 129
5.3.2. Initiation de la relation dans le cadre du projet SIOUX 131
5.3.3. La confiance 133
5.3.4. La collaboration médecin-pharmacien spécifique dans le cadre du projet SIOUX, et ses évolutions possibles 136
CONCLUSION 142
TABLE DES TABLEAUX 145
TABLE DES FIGURES 146
TABLE DES ANNEXES 147
BIBLIOGRAPHIE 153

LISTE DES ABREVIATIONS

ADEOS	Questionnaire « ADhésion Et OStéoporose »
ARS	Agence Régionale de la Santé
CARSAT	Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé au Travail
CDTM	« *Collaborative Drug Therapy Management* »
CHR	Centre Hospitalier Régional
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
ETP	Education Thérapeutique du Patient
HAS	Haute Autorité de Santé
HPST	Loi Hôpital Patient Santé Territoire
M1..10	Médecins, le nombre représente l'ordre chronologique des entretiens
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
P1..10	Pharmacien, représente l'ordre chronologique des entretiens
PARC	Plateforme d'Appui à la Recherche Clinique, CHR Metz-Thionville
SIOUX	Suivi Intégré de l'Ostéoporose par les URPS-X
SISA	Sociétés Interprofessionnelles de Soins Ambulatoires
URPS	Union Régionale des Professionnels de Santé
URPS-X	Union Régionale des Professionnels de Santé – Médecins/ Pharmaciens

INTRODUCTION

L'ostéoporose post-ménopausique est un important enjeu de santé publique du fait de sa prévalence en constante augmentation, en lien direct avec l'accroissement de l'espérance de vie de la population. Ses complications sont graves en termes de morbi-mortalité : 20 à 30% des patients ayant une fracture du col fémoral décèdent dans l'année qui suit (1).

La prise en charge des patients atteints d'ostéoporose post-ménopausique est considérée comme insuffisante, malgré les moyens actuels de dépistage, de diagnostic et les traitements efficaces (2). Les études réalisées montrent que le procédé le plus efficient pour prendre en charge efficacement l'ostéoporose post-ménopausique est un suivi personnalisé des patientes par des professionnels de santé, au sein d'un réseau de santé. L'éducation thérapeutique du patient qui est entrée dans le Code de la Santé Publique depuis 2009, vise à permettre aux patientes d'atteindre une plus grande autonomie et à améliorer leur qualité de vie (2).

C'est dans ce contexte que le programme SIOUX fut mis en place en 2012. Lors de l'évaluation du programme à la fin de la première année, nous nous sommes rendu compte qu'il était sous-exploité par les médecins et par les pharmaciens qui en font partie. Dans le rapport intermédiaire de SIOUX publié en février 2014 (Annexe CD), les auteurs avaient mis en évidence l'avantage des réunions annuelles de synthèse, qui avaient montré une amélioration de la coopération entre les médecins traitants et les pharmaciens, par rapport au début du programme. Ils avaient conclu qu'un réel intérêt pour travailler ensemble autour du patient se faisait ressentir, pour éviter que le patient ne soit perdu de vue.
Nous nous sommes alors posé la question suivante : quels sont les facteurs qui influent sur une relation de coopération médecin généraliste-pharmacien d'officine ? Cette réflexion nous a conduits à définir l'objectif de notre étude, à savoir l'identification des leviers et des freins d'une relation de coopération entre médecin généraliste et pharmacien, dans le cadre d'un programme d'ETP sur l'ostéoporose (le projet SIOUX).

Afin d'analyser ce sujet complexe au travers de deux points de vue différents mais complémentaires, celui des médecins généralistes et celui des pharmaciens d'officine, nous avons décidé de réaliser une thèse commune médecin-pharmacien avec la participation d'une étudiante en Pharmacie et d'une interne en Médecine Générale. Ce travail a été

encadré par un référent méthodologique, un représentant des URPS, un responsable du programme de suivi SIOUX, et par deux directeurs de thèse.

Après un retour sur l'état actuel de la coopération médecin-pharmacien dans le monde et en France, nous nous intéresserons à l'ETP dans le cadre de l'ostéoporose, et au programme de suivi SIOUX.
Nous détaillerons ensuite la méthode suivie pour la réalisation de notre étude. Nous exposerons les résultats obtenus du côté des médecins d'une part, et du côté des pharmaciens d'autre part. Enfin, nous les discuterons afin d'identifier les pistes d'amélioration de la coopération médecins généralistes-pharmaciens d'officine, au sein d'un programme d'ETP et de son prolongement par un programme de suivi tel que le projet SIOUX.

1. LA COOPERATION MEDECIN GENERALISTE-PHARMACIEN

1.1. Contexte général

Au début des années 2000, des problèmes de démographie des professionnels de santé en France sont soulevés par le rapport du Professeur Y. Berland (3) : il existe de fortes inégalités de répartition géographique et il apparait qu'une importante diminution du nombre de médecins est à prévoir, alors que le vieillissement de la population s'intensifie, alourdissant ainsi la prise en charge des patients, notamment vis-à-vis des maladies chroniques. L'optimisation des prises en charge est donc nécessaire afin d'éviter les interventions (consultations, actes, examens, prescriptions) redondantes, trop précoces ou tardives, incomplètes ou inutilement lourdes. Les professionnels de santé sont indépendants ; ils communiquent peu et ne connaissent que peu de choses des autres disciplines. La diversité des médicaments disponibles pour soigner le patient, les risques encourus lors d'une mauvaise utilisation, le coût qu'ils représentent pour la société, sont diverses raisons qui nécessitent d'encourager les échanges entre les médecins et les pharmaciens. Afin d'optimiser le système et la qualité des soins, il recommande, entre autres, le regroupement des professionnels dans des maisons de soins, la redéfinition du contour des professions de santé, et la mise en place du partage des tâches.
Ainsi, un second rapport, consacré à la coopération des professions de santé, est établi un an après. Celui-ci lance la mise en place d'une dizaine d'expérimentations de partage de tâches autour de plusieurs métiers paramédicaux (4). Le rapport de cinq d'entre elles permet de mettre en exergue la très forte motivation des acteurs médicaux et paramédicaux impliqués dans le soin, de voir évoluer les pratiques vers plus de collaborations entre tous ces acteurs de santé, particulièrement chez les plus jeunes. De plus, les bénéfices des patients sont réels par rapport à la pratique médicale habituelle (5). C'est grâce aux résultats obtenus dans ces expérimentations, renforcés par un contexte d'économies de santé, que la Haute Autorité de Santé (HAS) émet en 2008 des recommandations sur les nouvelles formes de coopération (6). Celles-ci visent à redéfinir les frontières entre les professions de santé, pour améliorer la qualité du service médical rendu au patient et la capacité du système de santé de répondre aux besoins de la population.

C'est en 2009 qu'un cadre législatif introduit pour la première fois la coopération entre professionnels de santé : la loi Hôpital Patient Santé Territoire (HPST).

L'article 51 de cette loi prévoit que « *les professionnels de santé peuvent s'engager, à leur initiative, dans une démarche de coopération ayant pour objet d'opérer entre eux des transferts d'activités ou d'actes de soins ou de réorganiser leurs modes d'intervention auprès du patient.* » (7). Ainsi, sur la base du volontariat, la loi HPST donne la possibilité aux professionnels de santé de se regrouper d'une part, et d'échanger entre eux des activités d'autre part, afin d'améliorer la prise en charge globale du patient. Ceci doit s'opérer parallèlement à l'amélioration de la permanence des soins ainsi que des conditions de travail des professionnels. Les rapprochements interprofessionnels doivent permettre aux médecins de dégager du temps médical pour les actes où leur expertise est la plus essentielle afin d'optimiser l'utilisation des compétences de chacun. Cette réorganisation de l'offre de soins doit se faire en fonction des niveaux de besoin de santé.

Les articles L. 4011-1 à L. 4011-3 présentent les modalités de création de protocoles de coopération. Ceux-ci décrivent le projet et interviennent dans les limites des connaissances et de l'expérience des professionnels de santé. Ils sont soumis à l'ARS qui vérifie la correspondance du projet avec un besoin de santé et autorise sa mise en œuvre par arrêté, après avis conforme de l'HAS. Les professionnels de santé désirant prendre part à un projet de coopération doivent faire enregistrer leur demande d'adhésion auprès de l'ARS qui s'assurera de la volonté de chacun de coopérer ensemble. Ces derniers s'engagent alors à suivre la mise en œuvre du protocole pendant une durée de douze mois et à en effectuer un compte-rendu à l'ARS et à l'HAS. Ils doivent informer le patient sur l'ensemble des modalités de la coopération à laquelle ils adhèrent et particulièrement concernant les transferts d'activités. Un protocole de coopération peut être étendu au territoire national par arrêté.

La coopération telle que décrite précédemment s'adresse à l'ensemble des professionnels de santé exerçant autour du patient, même si elle s'effectue principalement entre les médecins et les paramédicaux. Dans le cadre de la délégation de tâches, toutes les combinaisons sont envisageables (médecin/infirmier, pédiatre/sage-femme…).

Plus particulièrement, l'article 38 de la loi HPST relatif aux nouvelles missions du pharmacien d'officine souligne la possibilité pour celui-ci de participer à la coopération entre professionnels de santé. De plus, elle l'autorise à être désigné par le patient comme pharmacien correspondant au sein de l'équipe de soins, dans le cadre de ces coopérations. Ce nouveau rôle leur permet, à la demande du médecin ou avec son accord, de renouveler périodiquement des traitements chroniques en ajustant éventuellement les posologies, et d'effectuer des bilans de médication (conditions d'application fixées par le décret du 5 avril 2011). La relation du pharmacien avec le médecin traitant du patient tend à être particulièrement privilégiée grâce à cette évolution puisque les deux professionnels de santé vont être amenés à prendre des décisions ensemble, suite à des discussions et échanges autour des cas des patients. Le pharmacien correspondant doit favoriser les échanges

d'informations sur le patient en participant à l'élaboration de moyens permettant de créer des contacts, soit informatiques soit humains, entre les professionnels soignant ce patient (8).

Au cours des années 2000, trois types d'établissements rassemblant les professionnels de santé dans un but de collaboration ont été introduits par les textes de loi :
- Les centres de santé : article 50 (article L. 6323-1) de la loi du 4 mars 2002
- Les maisons de santé : article 44 (article L. 6323-3) de la loi de financement de la sécurité sociale du 19 décembre 2007
- Les pôles de santé : article 40 (article L. 6323-4) de la loi HPST du 21 juillet 2009
- Les sociétés interprofessionnelles de soins ambulatoires (SISA) : loi Fourcade du 10 août 2011.

D'après le Code de la Santé Publique, une maison de santé est « *une personne morale constituée entre des professionnels médicaux, auxiliaires médicaux et pharmaciens* ». Dans le cadre d'un projet de santé élaboré par ses membres, elle a pour vocation de leur permettre d'exercer ensemble des activités de soins de premier recours voire de second recours, sans hébergement. Les activités de premier recours concernent la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des patients, la dispensation et l'administration des médicaments, produits et dispositifs médicaux, le conseil pharmaceutique, l'orientation dans le système de soins et l'éducation pour la santé (7). Les activités de second recours quant à elle, sont prises en charge par les médecins spécialistes. Les membres d'une maison de santé peuvent également participer à des actions de santé publique, de prévention, d'éducation pour la santé et à des actions sociales. Les membres sont des professionnels de santé (médecins, pharmaciens, infirmiers, psychologues, assistantes sociales…). La présence d'au moins un médecin et un infirmier est requise au sein de ces maisons de santé pluridisciplinaires (9). Fin 2013, il existait plus de 400 maisons de santé pluriprofessionnelles en France, et plus de 1000 équipes sont attendues d'ici 2015 (10).

Les sociétés interprofessionnelles de soins ambulatoires correspondent à un nouveau statut juridique qui clarifie le statut des structures d'exercices coordonnées ou regroupées telles que les maisons et centres de santé. Les SISA s'adressent aux professionnels médicaux, aux auxiliaires médicaux et aux pharmaciens. Elles facilitent l'exercice groupé en permettant d'une part la mise en commun de moyens pour faciliter l'exercice de l'activité professionnelle de chacun, et d'autre part aux professionnels de santé de pratiquer en commun certains activités (coordination thérapeutique, éducation thérapeutique ou coopération interprofessionnelle). Pour cela, le cadre du projet de santé doit être élaboré conformément

aux mentions fixées par le décret du 23 mars 2012 (11). Elles doivent obligatoirement compter parmi leurs associés au moins deux médecins et un auxiliaire médical, respecter l'indépendance professionnelle et laisser la possibilité au patient de choisir librement son praticien. Une rémunération est prévue, dans le cadre des activités réalisées en commun par les membres de la société. Celle-ci est perçue à titre collectif et considérée comme une recette de la société, pouvant être redistribuée ensuite entre les associés.
Par ailleurs, la loi Fourcade favorise la transmission et le stockage d'informations de santé entre les professionnels de santé. Elle énonce les règles relatives au secret médical dans ces structures. Ainsi, la transmission d'informations concernant une personne qui y est prise en charge ne peut se faire que si le consentement de la personne a été recueilli, et uniquement à un professionnel de santé concerné par le projet de santé de la structure (9).
L'ambition de ces SISA est donc de favoriser l'exercice pluridisciplinaire et la communication interprofessionnelle.

Dans certains pays du monde, les coopérations entre professionnels de santé sont très développées dans le champ des soins primaires, particulièrement entre les médecins et les infirmiers. En France, ces démarches sont encore peu fréquentes.

1.2. La coopération médecin-pharmacien dans le monde

L'organisation Mondiale de la Santé (OMS) a défini en 2010 la collaboration interprofessionnelle. Elle se produit lorsque différents professionnels de santé exercent ensemble, avec les patients, les familles, les soignants et les collectivités pour offrir la meilleure qualité de soins possible (12).

Un certain nombre de pays ont depuis longtemps mis en œuvre des pratiques coopératives entre professionnels de santé. La majorité de ces expériences sont anglo-saxonnes. Le binôme médecin généraliste/infirmier apparaît être le pivot de la réorganisation des soins primaires (13).
Une revue de la littérature a été réalisée en 2013 afin d'évaluer l'efficacité des interventions de coopération entre médecins généralistes et pharmaciens. Sur 22 articles inclus, 16 essais ont montré un bénéfice pour les patients lié à l'intervention des pharmaciens dans la gestion d'un problème de santé chronique ou dans la gestion des traitements médicamenteux, en particulier dans le cadre de problèmes cardio-métaboliques (hypertension artérielle, hypercholestérolémie) (14).

Aux Etats-Unis, les nouvelles formes de coopération se sont d'abord focalisées sur des expériences visant à une substitution des activités entre professionnels de santé, destinée à réduire les coûts du système de santé. Au Royaume-Uni, c'est la question du volume et de la diversification des services proposés aux patients qui a lancé la réflexion, dans le but de proposer une meilleure prise en charge (6).

La notion de gestion collaborative de la thérapie médicamenteuse (« collaborative drug therapy management » CDTM) existe aux Etats-Unis depuis 1997. Elle correspond à une approche de la santé en équipe, dans laquelle un ou plusieurs pharmacien(s) et un ou plusieurs médecin(s) établissent un protocole autorisant le pharmacien à initier, modifier ou renouveler le traitement d'un patient, à lui prescrire des examens biologiques ou à lui administrer des médicaments. Les pharmaciens sont reconnus au niveau national comme fournisseurs de soins de santé pour les patients. En 2003, le Collège Américain de Pharmacologie Clinique a publié sa position sur la CDTM (15). Celui-ci recommande la participation du pharmacien à la gestion des traitements des patients en collaboration avec les médecins car elle permet d'améliorer l'utilisation des médicaments et donc la prise en charge des patients. Il précise que le pharmacien n'a pas pour rôle de remplacer le médecin mais de compléter la prise en charge qu'il effectue, en apportant ses connaissances et ses compétences. Ainsi, plus de 75% des états ont promulgué des lois ou effectué des changements permettant la pratique de la pharmacie clinique entre 1997 et 2003. Afin de permettre au pharmacien de participer efficacement à la coopération avec le médecin, certaines conditions à respecter ont été soulignées : améliorer la perception des compétences des pharmaciens en matière de pharmacie clinique et renforcer leur formation, définir la portée de l'exercice du pharmacien, créer une relation pharmacien-patient de qualité et complémentaire à celle existant entre le médecin et le patient, permettre l'accès du pharmacien aux dossiers médicaux des patients, mettre en place une rémunération pour ces services.
Les contrats de gestion collaborative de la thérapie médicamenteuse varient d'un Etat à l'autre, en fonction des législations, des pratiques locales et de la formation des pharmaciens. Ils permettent aux médecins et pharmaciens de partager la responsabilité de la santé des patients.

Au Canada, de nombreuses variantes du modèle de collaboration médecin-pharmacien ont été explorées depuis plusieurs années. La province de Québec est la plus avancée dans l'élargissement des compétences du pharmacien. La place du pharmacien dans l'introduction, l'adaptation et la gestion des traitements médicamenteux a été reconnue avec le projet de loi n°90 en 2003. La mise en place des ordonnances collectives permet

l'optimisation de l'accès aux soins des patients atteints de certaines maladies chroniques (hypertension artérielle, diabète, affections demandant l'usage de l'anticoagulothérapie et dyslipidémie) grâce à une collaboration entre médecins, pharmaciens et infirmières (16).
Le projet de loi n°41 a par ailleurs introduit en mai 2013 la possibilité aux pharmaciens d'élargir leur champ d'activité en les autorisant sous certaines conditions à renouveler une ordonnance, à modifier ou ajuster la forme, le dosage et la quantité d'une prescription, à prescrire un médicament si le diagnostic a déjà été posé auparavant, à demander la réalisation d'examens biologiques, à administrer certains médicaments et à substituer un médicament. Ces nouvelles missions nécessitent une communication particulière et efficace entre les différents professionnels de santé puisque le pharmacien doit informer le médecin de toutes les décisions qu'il prend lors de la prise en charge d'un patient (17).

La littérature montre que de nombreuses expériences de coopérations interprofessionnelles ont lieu dans le monde. Celles-ci ont surtout pour ambition de déterminer de quelle manière la collaboration peut être encouragée, et comment contourner les obstacles à l'exercice en équipe. Les bénéfices observés sont réels et invitent à proposer une généralisation des pratiques collaboratives à plus grande échelle.

1.3. La coopération médecin-pharmacien en France

Un rapport d'information sur la coopération entre professionnels de santé fait par Mme Génisson et M. Milon, sénateurs, le 28 janvier 2014 (18), ainsi que le rapport d'activité 2013 sur les protocoles de coopération de la HAS (19) proposent un état des lieux en France, 4 ans après la mise en place de la loi HPST. Il semble encore trop tôt pour mesurer l'impact des protocoles de coopération sur l'évolution des formes de prise en charge des patients, mais quelques observations peuvent tout de même être faites.
L'implication des professionnels de santé dans l'élaboration et la proposition de protocoles est importante. Cependant, au 31 décembre 2013, la HAS avait reçu 71 protocoles parmi lesquels seuls 30 ont été validés. Ceci est dû à une complexité dans la procédure de validation des protocoles qui crée un décalage entre l'élaboration des projets et leur reconnaissance officielle, et à des propositions de projets qui ne présentent pas un rapport bénéfices/risques suffisant.
La coopération médecin-pharmacien n'est que très faiblement développée. La dizaine d'expérimentations de coopération lancées en 2004 en France ne faisait pas intervenir le couple médecin/pharmacien et les protocoles reçus par la HAS entre 2009 et 2013

impliquent majoritairement des délégations d'activités des médecins aux infirmières diplômées d'Etat. Une enquête lancée par la HAS durant l'été 2007 sur les pratiques actuelles de coopération entre les professionnels de santé montre qu'un certain nombre de coopérations informelles ont aujourd'hui lieu en France. Sur 334 témoignages recueillis, plus de 180 concernaient des pratiques non reconnues. Parmi elles, on trouvait le renouvellement d'ordonnance par les pharmaciens pour certains patients atteints de maladie chronique.
Parmi tous les protocoles de coopération reçus par la HAS, seuls 2 protocoles de coopération médecin/pharmacien sont en cours d'instruction :
- coopération médecin/pharmacien, biologiste, IDE : adaptation des doses d'anticoagulant par l'IDE, le biologiste ou le pharmacien d'officine en Lorraine. Le rôle de ce dernier est d'informer l'intégralité de l'équipe de soins de la prise en charge effectuée.
- coopération médecin/pharmacien : Test Dépistage Rapide des angines à Streptocoques (TDR) en Auvergne.

Les protocoles de coopération ont globalement 3 objectifs :
- faire face à une insuffisance de présence médicale pour améliorer l'accès aux soins,
- permettre une organisation plus productive des soins pour que les médecins se concentrent davantage sur les prises en charges les plus complexes et ainsi faciliter les parcours des patients,
- apporter un service supplémentaire aux patients souffrant de pathologie chronique.
Le transfert d'activité proposé par la loi HPST n'a été que faiblement constaté car c'est l'exercice collectif qui demeure par nature le cadre privilégié pour le développement des coopérations, aussi bien en milieu hospitalier qu'au sein des centres et maisons de santé.

Du point de vue des professionnels de santé, le principe de la coopération semble largement accepté même si des divergences d'interprétation demeurent. Cette évolution peut être expliquée en partie par le renouvellement des générations, puisque les jeunes médecins notamment, aspirant à des conditions de travail leur assurant un meilleur équilibre entre vie professionnelle et vie privée, se tournent davantage vers le mode d'exercice collaboratif.
La question du financement est une source de blocage pour la mise en œuvre de nombreux protocoles. Les ARS sont chargées d'y trouver une solution, l'essentiel des négociations ayant lieu avec l'assurance maladie. Dans la loi de financement de la sécurité sociale de 2014, un collège des financeurs chargé d'émettre un avis sur le modèle économique précisant les modalités de financement et de rémunération choisies pour chaque protocole de coopération, ainsi que sur l'opportunité d'une prise en charge financière dérogatoire, a été créé (20). Toutefois, lors de l'Assemblée générale de l'Union nationale des professionnels de santé en novembre 2014, les syndicats ont refusé de signer l'avenant à l'accord-cadre

interprofessionnel (ACIP) qui fixait les conditions de rémunération des équipes de soins dans le cadre de la coopération interprofessionnelle de 40 à 75 euros par patient et par an, considérant que c'était insuffisant (21).
L'identité professionnelle des différents acteurs de santé impliqués est parfois touchée lors des transferts d'activités et les changements dans les pratiques professionnelles peuvent inquiéter certains. Cependant, les professionnels de santé doivent considérer qu'ils interviennent en complémentarité plutôt qu'en substitution, en adéquation avec les besoins du patient. Les coopérations entre professionnels peuvent offrir une perspective d'évolution des rôles des professionnels de santé (enrichissement des tâches, renfort des motivations, élargissement des compétences), afin de renforcer la légitimité de certaines professions. Des formations des professionnels de santé sont nécessaires afin d'acquérir les compétences nécessaires au transfert d'activité.

Dans notre travail, nous nous intéresserons au programme SIOUX. Il s'agit d'un programme destiné à améliorer la coopération entre médecin et pharmacien en Moselle. Toutefois, il n'a pas pour vocation de procéder à des transferts de compétences entre ces professionnels de santé, mais plutôt à des échanges de compétences destinées à améliorer la prise en charge du patient ostéoporotique en milieu ambulatoire. Ainsi, le médecin et le pharmacien se partagent la surveillance de la bonne adhésion du patient à son traitement et à ses changements d'habitude de vie induits par la pathologie. Ce projet doit permettre d'améliorer la communication entre les deux professionnels de santé, en multipliant les échanges autour du patient.

2. L'EDUCATION THERAPEUTIQUE DU PATIENT

2.1. Définition

L'éducation thérapeutique du patient est une pratique relativement récente. Le rapport de l'OMS-Europe *Therapeutic Patient Education – Continuing Education Programmes for Health Care Providers in the field of Chronic Disease* a été publié en 1996 et traduit en français en 1998. Il donne la première définition de l'ETP qui est toujours en vigueur actuellement :
« *Elle vise à aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique.*
Elle fait partie intégrante et de façon permanente de la prise en charge du patient.
Elle comprend des activités organisées, y compris un soutien psychosocial, conçues pour rendre les patients conscients et informés de leur maladie, des soins, de l'organisation et des procédures hospitalières, et des comportements liés à la santé et à la maladie. Ceci a pour but de les aider (ainsi que leurs familles) à comprendre leur maladie et leur traitement, collaborer ensemble et assumer leurs responsabilités dans leur propre prise en charge, dans le but de les aider à maintenir et améliorer leur qualité de vie. »
Il s'agit d'une démarche faisant appel à la fois à la médecine, aux sciences de l'éducation, à la pédagogie de la santé et aux sciences humaines et sociales telles que la psychologie de la santé, la sociologie, l'anthropologie, etc (22). L'ETP est donc un travail d'équipe et n'est réservée à aucune profession de santé en particulier.
Son but est de rendre le patient plus autonome dans le quotidien de sa pathologie afin de l'amener à devenir un véritable acteur de sa propre santé.

Il existe en France un cadre réglementaire entourant l'éducation thérapeutique du patient. En effet, depuis le 21 juillet 2009, la loi Hôpital Patient Santé Territoires, dans ses articles L. 1161-1 à L. 1161-4, fait de l'éducation thérapeutique du patient une priorité nationale. Elle inscrit l'ETP dans le Code de la Santé Publique comme faisant partie intégrante de la prise en charge du patient. Il est stipulé dans l'article L. 1161-1 que « *L'éducation thérapeutique s'inscrit dans le parcours de soins du patient. Elle a pour objectif de rendre le patient plus autonome en facilitant son adhésion aux traitements prescrits et en améliorant sa qualité de vie. Elle n'est pas opposable au malade et ne peut conditionner le taux de remboursement de ses actes et des médicaments afférents à sa maladie.* » (7). L'adhésion thérapeutique du patient devient alors primordiale.

Les décrets du 2 août 2010 précisent que les programmes d'ETP doivent être coordonnés par un médecin ou par un autre professionnel de santé, et validés par le directeur général de l'Agence Régionale de Santé (23, 24).

Une éducation thérapeutique doit être proposée à toute personne souffrant d'une maladie chronique, ainsi qu'aux proches de ce patient si celui-ci désire leur faire prendre part à la gestion de sa maladie. Cette proposition doit être effectuée par tout professionnel de santé impliqué dans la prise en charge d'un patient ayant une maladie chronique.
Un programme d'ETP doit faire intervenir au minimum deux professionnels de santé différents, compétents en ETP dont au moins un médecin. Ils doivent échanger, partager et allier leurs connaissances et compétences dans l'intérêt du patient. Cette collaboration des différents acteurs impliqués dans la prise en charge du patient est nécessaire dès l'acceptation par le patient d'une offre d'ETP.
Une synthèse du diagnostic éducatif, du programme individuel et des évaluations individuelles des compétences acquises est partagée avec l'accord du patient, entre les acteurs impliqués dans sa prise en charge. Les différents professionnels de santé ne transmettent que les informations utiles et pertinentes. La coordination est nécessaire à la poursuite de l'ETP (25).

Selon le glossaire multilingue de la Banque de données en santé publique, une maladie chronique est définie comme étant une « *Maladie qui évolue à long terme, souvent associée à une invalidité ou à la menace de complications sérieuses, et susceptible de réduire la qualité de vie du patient*. » (26).

D'après l'OMS, les maladies chroniques représentent la première cause de mortalité dans le monde. En France, 20% de la population, soit 15 millions de français, en souffre plus ou moins sévèrement. Avec les progrès médicaux et l'allongement de l'espérance de vie, cette situation est appelée à s'accentuer. Ces affections nécessitent des prises en charge complexes qui représentent près de deux tiers des dépenses de santé en France (27). La loi HPST du 21 juillet 2009 tend à favoriser la prise en charge préventive et l'accompagnement plus précoce des maladies chroniques. Le titre III vise la prévention des facteurs de risque, des complications et des rechutes des maladies chroniques et des cancers par l'ETP. Il donne ainsi toute son importance aux programmes d'ETP dans la prise en charge de ces pathologies (7, 28).

A l'annonce du diagnostic d'une maladie chronique, le patient doit faire face à une multitude de changements dans sa vie. Il doit assimiler et accepter les contraintes et les limites que

son état de santé va occasionner : nouvelles habitudes alimentaires, pratique d'une activité physique, prise de médicament. C'est pourquoi les professionnels de santé doivent, en parallèle de la prise en charge thérapeutique, aider le patient à acquérir des compétences d'autosoins et d'adaptation dans le cadre d'une démarche d'éducation thérapeutique (2)(29). Elles permettront au patient d'acquérir de nouvelles connaissances, d'adopter une attitude adaptée à la situation et d'apprendre à gérer les traitements et les complications de leur maladie (30).

En France, l'éducation thérapeutique s'est développée en premier lieu dans les établissements publics de santé. La notion de pluridisciplinarité y est intégrée et la mise en place des programmes en est ainsi facilitée.
En ambulatoire, les maisons de santé où interviennent des équipes pluridisciplinaires sont en cours de développement, mais les professionnels de santé méconnaissent l'existence de structures réalisant l'ETP.
La majorité des programmes d'ETP est mise en œuvre au cours d'un séjour hospitalier et les professionnels de santé prenant le relais de la prise en charge du patient n'ont pas forcément connaissance de ces programmes.
Actuellement, le décloisonnement entre l'hôpital et la ville est en cours. L'éducation thérapeutique doit s'exercer au plus près des lieux de vie des patients et constituer une offre ambulatoire de proximité (31, 32).

2.2. L'ETP dans l'ostéoporose

L'ostéoporose est définie comme étant « *une maladie caractérisée par une faible masse osseuse et la détérioration micro-architecturale du tissu osseux, une fragilité osseuse et, par suite, une augmentation du risque de fracture.* » (33).

Il existe différents types d'ostéoporose, le plus connu étant l'ostéoporose post-ménopausique. Elle a pour point de départ un déficit en hormones sexuelles oestrogéniques et est liée à l'âge. Ses complications entraînent des fractures ostéoporotiques sévères ayant un impact sur la morbidité des patients, induisant une perte d'autonomie, et sur leur mortalité.

Une étude réalisée en 2010 avec la collaboration de l'International Osteoporosis Foundation et de la Fédération Européenne des Associations et Industries Pharmaceutiques a permis d'estimer le nombre de patientes atteintes d'ostéoporose post-ménopausique en France à 2 784 198 (34). L'étude de Cawston et al., parue en 2012, prévoit une augmentation de 15% de ce nombre entre 2010 et 2020. L'accroissement continu de l'espérance de vie en est responsable : la population de femmes âgées de plus de 50 ans devrait augmenter de 13,3%.
Plus de 200 000 fractures sont causées par l'ostéoporose chaque année en France, la majorité touchant la hanche. L'incidence de survenue de ces fractures augmente avec l'âge et débute principalement à partir de 50 ans. Ainsi, parallèlement aux prédictions de vieillissement de la population, Cawston et al. estiment dans leur étude que le nombre annuel total de fractures ostéoporotiques chez les femmes après la ménopause va augmenter de 18,1% entre 2010 et 2020, et plus particulièrement pour les femmes âgées de plus de 65 ans.
Le nombre de décès imputables aux fractures par an était estimé à 9 050 en 2010. Ce chiffre devrait diminuer d'ici 2020 pour les femmes atteintes d'ostéoporose post-ménopausique et âgées de 50 à 79 ans, alors qu'il devrait augmenter (de 20%) chez celles âgées de plus de 80 ans (35,36).
Ces estimations permettent de mesurer l'ampleur des conséquences de la pathologie et incitent les autorités sanitaires à mettre en place des actions de prévention et d'accompagnement du patient afin de limiter l'augmentation de la morbidité et de la mortalité de l'ostéoporose.

L'ostéoporose est caractérisée par un phénomène appelé « cascade fracturaire ». Après une première fracture chez un patient souffrant d'ostéoporose, le risque de subir une autre

fracture par la suite est majoré, quel que soit le site de la première fracture, et conduit le patient vers la dépendance. Les autorités de santé ainsi que les professionnels de santé ont pour objectif de retarder l'entrée des patients dans la dépendance en insistant sur la prévention secondaire (avant les récidives de fracture), mais également en insistant de plus en plus sur la prévention primaire (avant l'apparition de la première fracture) (37).

Pour le patient, des changements d'habitudes de vie importants sont nécessaires. Ils touchent principalement les apports alimentaires, la prise de traitements médicamenteux et la prévention des chutes et des fractures. Le médecin généraliste a un rôle dans le dépistage le plus précoce possible de la maladie, qui est « silencieuse », afin d'en freiner l'évolution par des mesures préventives appropriées. Le pharmacien d'officine a un rôle essentiel d'information des patients lorsqu'il dispense les médicaments prescrits et d'attention sur la bonne adhésion des patients à leur traitement.

L'éducation thérapeutique du patient ostéoporotique permet d'améliorer la perception et les connaissances qu'ont les patients de la maladie, de leur proposer un accompagnement pour la compréhension de leurs traitements et de suivre l'adhérence des patients à leur traitement. L'ETP est reconnue comme un traitement non médicamenteux à part entière (38).

2.2.1. Perception et connaissances de la maladie

Dans la population générale, l'ostéoporose n'est pas considérée comme une pathologie grave. L'étude GLOW (Global Longitudinal Study of Osteoporosis in Women) démontre que parmi les femmes ayant un antécédent de fracture, 69% pensent qu'elles ont un risque identique ou plus faible d'avoir une nouvelle fracture que les femmes qui en sont indemnes (39). Par ailleurs, l'enquête française ROAD (Representations of Osteoporosis at the time of Announcement of the Diagnosis) rapporte que les patientes ont peur de la maladie, et plus particulièrement après l'annonce du diagnostic. Toutefois, le lien n'est pas fait entre l'ostéoporose et les fractures car les patientes les attribuent aux chutes et non pas à la fragilité osseuse. Certaines perçoivent l'ostéoporose comme relevant uniquement de la vieillesse ou de la fatalité (40).
La représentation des traitements et de leurs effets indésirables est erronée : 32% des patients pensent que l'efficacité des traitements diminue en cas de prise régulière et 58% des patients craignent de manière plus importante les effets indésirables que les symptômes de la maladie elle-même, qui est généralement asymptomatique. La motivation du patient à se soigner est impactée (41).

Ces défauts de connaissance et de perception de la maladie et de ses traitements entraînent une mauvaise attitude du patient qui néglige les discours des professionnels de santé concernant la prévention de l'ostéoporose. Les séances d'éducation thérapeutique du patient peuvent alors y remédier en rappelant les conséquences de la maladie en termes de morbidité et mortalité ainsi que les moyens de les diminuer voire de les éviter, en rendant le patient plus acteur de sa prise en charge.

2.2.2. La diversité des traitements disponibles et leurs coûts

A l'heure actuelle, des moyens thérapeutiques efficaces permettent une bonne prise en charge de l'ostéoporose post-ménopausique. Malgré cet arsenal thérapeutique, cette maladie reste encore sous-diagnostiquée et le nombre de patients traités demeure relativement limité (42).

Le traitement médicamenteux de l'ostéoporose est composé d'un traitement médicamenteux ostéoformateur (tériparatide) ou inhibiteur de la résorption osseuse (biphosphonates, modulateurs sélectifs des récepteurs aux œstrogènes (SERMS), traitement hormonal substitutif de la ménopause (THM) ou encore parmi les derniers, le dénosumab). Ils sont associés à une complémentation en vitamine D et en calcium si la patiente présente une carence, et à des mesures hygiéno-diététiques. Le choix de la stratégie thérapeutique est conditionné par l'âge du patient, la présence de troubles du climatère, le risque fracturaire ainsi que par l'historique du nombre de fractures. Les posologies sont variables selon la molécule choisie, allant du traitement quotidien au traitement hebdomadaire, voire annuel. Les modalités de prise sont variées : voie orale (biphosphonates par exemple), sous-cutanée (dénosumab) ou intraveineuse (acide zolédronique par exemple). Les schémas thérapeutiques possibles sont donc complexes, aussi bien pour les professionnels de santé que pour les patients. Les modalités d'administration des traitements conditionnent l'adhésion au traitement. Celles des biphosphonates sont contraignantes en raison de la diminution d'absorption en présence d'aliments ou de minéraux et du risque d'oesophagite. Ils doivent être pris le matin à jeun, au moins 30 minutes avant le premier repas, avec un grand verre d'eau et en position debout ou assise. Des chercheurs américains ont démontré que l'adhésion au traitement est meilleure pour les formes hebdomadaires (65%) que pour les formes quotidiennes (54%), et que les patients préfèrent les traitements mensuels aux traitements hebdomadaires (43,44).

Il apparait donc évident que l'accompagnement du patient est particulièrement important pour l'aider à comprendre son traitement et à se l'approprier.

Outre les conséquences individuelles en terme de morbi-mortalité, l'ostéoporose représente un coût financier non négligeable pour la société. Les dépenses de santé sont en effet réparties entre les traitements médicamenteux et les coûts d'hospitalisation liés à une fracture ainsi que les soins ambulatoires, la rééducation, la kinésithérapie, les aides à domicile et les soins infirmiers. Par exemple, en Allemagne, bien que seuls 4,3% des patients atteints d'ostéoporose souffrent de fracture, l'impact de ces fractures sur le coût total des dépenses est de 61,3%. Près des deux tiers de ces dépenses totales correspondent à l'hospitalisation après fracture (45).

En France, Fardellone a évalué le coût des différents traitements oraux de l'ostéoporose en comparaison aux dépenses qu'engendrait la prise en charge d'une fracture. Sur une période de 3 ans, il est apparu que les dépenses liées aux traitements oraux se situaient entre 564 euros et 1127 euros par patient et étaient nettement inférieures aux dépenses dues aux soins des fractures qui variaient entre 2359 euros et 8727 euros par patient (46).

L'intérêt de promouvoir la prévention primaire dans l'ostéoporose prend ici tout son sens. Les stratégies de prévention ont pour but de diminuer l'incidence des fractures consécutives à la pathologie ainsi que les dépenses qui en découlent. Les coûts d'hospitalisation représentent donc un potentiel certain d'économies.

2.2.3. Adhésion au traitement

L'adhésion du patient à son traitement conditionne le succès thérapeutique. Dans une étude de cohorte canadienne, le défaut d'observance (femmes prenant moins de 80% des prises médicamenteuses) était associé à une augmentation de 25 à 35% du risque de fracture. Une autre étude a montré qu'aucune réduction de l'incidence des fractures n'était observée en dessous de 50% d'observance (47).

Il a clairement été démontré que l'adhésion au traitement des patients ostéoporotiques était médiocre. Seulement la moitié des patients adhèrent toujours à leur traitement après un an de traitement, 35% après 2 ans de traitement et 30% après 3 ans de traitement. La durée minimale de prescription étant de 4 ans, il apparait donc que moins d'un tiers des patients prennent correctement leur traitement jusqu'à son terme (48,49). La réticence des patients à suivre entièrement leur traitement peut être expliquée de 3 manières :

- l'ostéoporose est une maladie chronique
- l'ostéoporose est une affection dite « silencieuse » : elle est asymptomatique et n'a pas d'impact sur la qualité de vie des patientes tant qu'aucune fracture ne survient
- les bénéfices des traitements ne sont pas directement visibles par les patients qui préfèrent s'orienter vers des traitements plus « naturels » tels que la supplémentation en calcium et vitamine D ainsi que le suivi d'une bonne hygiène de vie.

Grâce à l'ensemble des professionnels de santé impliqués, les séances d'ETP sont destinées à encourager l'adhésion au traitement, notamment en renforçant l'acceptation du changement de vie. L'implication du patient dans sa prise en charge est un facteur décisif du succès thérapeutique (24,38).

2.3. Projet SIOUX

2.3.1. Programme d'ETP ostéoporose

En Moselle, depuis le 30 septembre 2010, des séances d'éducation thérapeutique du patient dans le cadre de l'ostéoporose ont été mises en place à l'hôpital Bel-Air de Thionville puis à l'hôpital de Mercy à Metz, grâce à l'implication de deux médecins rhumatologues et d'un pharmacien hospitalier.
L'objectif primaire de ces séances est d'améliorer l'adhésion et la persistance au traitement ainsi qu'aux mesures hygiénodiététiques associées (apports calciques avec 4 produits laitiers par jour). L'objectif secondaire est de limiter la survenue de fractures en sensibilisant les patients sur les changements d'habitude de vie : maintien d'une activité physique et de l'équilibre au sol, ainsi que sur l'adaptation de leur domicile. Ces objectifs rejoignent les cibles principales de l'ETP dans l'ostéoporose qui sont proposées par les recommandations internationales (41).

Dès que le diagnostic d'ostéoporose est retenu après une fracture ou une densitométrie osseuse, et qu'un traitement est mis en place, le médecin généraliste peut proposer au patient la participation aux séances d'ETP. Celles-ci se déroulent au sein de l'hôpital, dans un espace dédié à l'ETP. Deux séances sont prévues (ETP 1 et ETP 2), à un an d'intervalle chacune. Elles sont collectives, rassemblant six à huit patients accompagnés si possible par leurs conjoints et appartenant de préférence à la même tranche d'âge. Leur durée est de 3 heures pour 3 ateliers différents et une pause est organisée à mi-séance durant laquelle un yaourt est proposé à chaque participant.
Avant chaque séance d'ETP, un entretien individuel avec le patient est réalisé par le rhumatologue et le pharmacien. Son but est de réaliser un diagnostic éducatif. Il permet de récolter diverses informations de la part du patient : données administratives, historique de la maladie et antécédents de fracture, traitement suivi (modalités de prise, durées, effets indésirables éventuels), mode de vie (seul ou en couple, animaux domestiques, type d'habitat, aménagement intérieur et extérieur, pratique d'exercice physique…), ressenti, attentes concernant la séance. Ces données permettent aux animateurs d'adapter le contenu de leur séance aux patients présents.
Chaque séance éducative comprend des jeux qui permettent de souder le groupe et de maintenir l'attention de chaque participant. Elles sont animées par un groupe d'animateurs composé d'un ou deux rhumatologues, d'un pharmacien hospitalier, d'une diététicienne et d'une animatrice de la CARSAT (Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé au Travail).

La séance ETP 1 permet d'acquérir des connaissances sur la maladie, les facteurs de risque, les traitements médicamenteux, les sources de vitamine D et celles de calcium. Ces différents thèmes sont d'abord abordés autour d'un jeu de l'oie ou d'un jeu de cartes. Ce support permet aux patients d'échanger entre eux, de partager leurs idées, de se corriger mutuellement et ainsi de mieux mémoriser les messages clés, sous le contrôle de l'animateur présent.
Ensuite, un atelier diététique animé par une diététicienne permet aux patients de déterminer quels aliments sont sources de calcium ou non, et ainsi d'aller à l'encontre d'idées reçues. Les patients estiment l'apport calcique dans leur alimentation habituelle grâce au test CoCoNut (Conseil Concis en Nutrition) et cherchent par la suite le moyen d'augmenter leur ration calcique afin d'atteindre un apport suffisant, tout en variant les sources calciques.
Les facteurs de déminéralisation et les facteurs protecteurs de l'os sont identifiés par les patients en réalisant un puzzle qui a pour finalité la construction d'un os solide et celle d'un os ostéoporotique. Ce jeu permet à nouveau d'apprendre de manière ludique et de revenir sur les messages clés afin de les intégrer plus efficacement.
Une chargée de mission de CARSAT présente enfin les ateliers équilibre et maintien de l'activité physique mis en place par cet organisme dans le département. Des séances spécifiques pour les patients ayant suivi l'ETP ont été créées. Elles permettent notamment de sensibiliser les participants aux chutes, à leurs facteurs de risque et à leurs conséquences, et notamment aux mesures de prévention et aux conduites à tenir dans de telles situations.
A la fin de la séance ETP 1, les patients remplissent deux fiches de synthèse afin d'évaluer les connaissances qu'ils ont acquises et de recueillir leur ressenti sur la séance (questionnaire de qualité « Competens » propre au CHR).

La séance ETP 2 suit le même schéma que la séance ETP 1. Toutefois, le contenu est adapté aux connaissances que les patients ont gardées en mémoire tout au long de l'année écoulée.
Le premier jeu « Qui veut gagner des os solides ? » est basé sur le modèle du jeu « Qui veut gagner des millions ? ». Les questions sont axées sur la durée des traitements, le nombre de produits laitiers à consommer par jour, l'activité physique et la prévention des chutes.
Un atelier diététique est ensuite proposé. Il aborde l'alimentation personnelle de chacun et la diététicienne propose des façons d'améliorer l'apport calcique au moyen d'astuces et de recettes. Un livret de recettes riches en calcium est ainsi remis à chaque participant.
Le second jeu est un Ostéopoly, inspiré du Monopoly. Une question est attribuée à chaque case du plateau de jeu. Elle permet au groupe, en plus de cartes trucs et astuces et vrai/faux, de discuter et d'échanger autour des messages clés.

De la même manière que pour la séance ETP 1, la séance ETP 2 est évaluée par le questionnaire Competens et par un entretien individuel destiné à déterminer les objectifs personnels de chaque participant et leur progression par rapport à la séance précédente.

2.3.2. Programme SIOUX

Afin d'éviter que les patients soient perdus de vue et arrêtent leur traitement après leur inclusion dans le programme ETP ostéoporose, l'élaboration d'un programme de suivi interprofessionnel impliquant le médecin généraliste et le pharmacien a rapidement semblé indispensable. Dans cette optique, un programme de suivi des patients ostéoporotiques assuré par une coopération médecin-pharmacien a été mis en place en milieu ambulatoire sous la forme d'une étude expérimentale.
L'objectif principal est d'évaluer l'efficacité d'un programme de suivi assurée par une coopération médecin-pharmacien du patient ostéoporotique sur l'adhésion au traitement d'une part et l'adhésion aux règles hygiéno-diététiques d'autre part. L'objectif secondaire est d'évaluer l'adhésion et la perception des médecins traitants et des pharmaciens d'officine à ce programme de suivi.

Cette coopération interprofessionnelle a été validée par l'ARS de Lorraine à la demande du CHR Metz-Thionville, de l'Ordre Régional des Pharmaciens de Lorraine et des deux Unions Régionales des Professionnels de Santé médecins et pharmaciens (URPS).
L'étude SIOUX est financée en partie par un Fond d'Intervention Régional (FIR) de l'ARS qui permet d'assurer une indemnisation des médecins et pharmaciens participants à hauteur de 20 euros par questionnaire rempli et 120 euros par réunion de synthèse annuelle. A cela s'ajoute une participation financière des deux URPS médecins et pharmaciens pour le soutien logistique de l'organisation des rencontres entre les professionnels participant au projet.

L'étude s'intitule SIOUX pour Suivi Intégré de l'Ostéoporose par les URPS X et a débuté en janvier 2013 sur les sites de Metz et Thionville. Sa durée est fixée à 3 ans, au bout desquels l'évaluation de l'atteinte des objectifs sera effectuée.
Le recrutement des patients a lieu à l'hôpital, après la participation aux séances d'éducation thérapeutique. L'objectif est d'inclure 40 patients par an afin d'obtenir une file active de 120 patients en 2015.

A la fin de la séance d'ETP 1, le patient qui accepte d'être inclus au programme SIOUX se voit remettre un carnet de suivi contenant 3 formulaires d'accord (un patient, un médecin

généraliste, un pharmacien), 6 exemplaires de questionnaire-médecin alternés avec 6 exemplaires de questionnaire-pharmacien selon le traitement suivi, et un agenda visualisant le déroulement sur un calendrier. Lorsque le patient se rend par la suite chez son médecin généraliste et chez son pharmacien, il demande la participation de ces derniers en leur présentant le carnet de suivi qui devient alors un outil permettant l'implication du trio patient/médecin/pharmacien.
Le patient doit effectuer 2 visites programmées chez son médecin généraliste par an pendant 3 ans. Lors de chacune d'entre elles, le patient doit présenter son carnet de suivi. Il doit remplir dans la salle d'attente un des exemplaires de questionnaire-médecin concernant l'adhésion aux traitements (ADEOS) et aux changements de vie. Ce questionnaire est ensuite repris au cours de la consultation avec le médecin afin de faire le point et de fixer éventuellement de nouveaux objectifs.
Le patient doit également présenter le carnet de suivi à son pharmacien à chacun des 2 entretiens pharmaceutiques programmés par an, durant les 3 ans de l'étude. Ils remplissent ensemble un des exemplaires de questionnaire-pharmacien reprenant les notions du traitement (durée, modalités de prise, conduite à tenir en cas d'oubli) en vue de détecter une mauvaise adhésion au traitement que le pharmacien signalera rapidement au médecin généraliste.
Une copie de chaque questionnaire est conservée dans le carnet de suivi tandis que l'original est envoyé par le professionnel de santé à la PARC du CHR Metz-Thionville qui intervient en tant que support méthodologique du projet.
Une réunion de synthèse annuelle permet de réunir les binômes médecin/pharmacien.

L'adhésion des patients aux traitements et aux règles hygiéno-diététiques ainsi que leurs connaissances sur ces sujets seront évalués à l'aide des questionnaires remplis lors des visites médicales. L'adhésion des médecins et pharmaciens sera évaluée de façon qualitative durant les réunions de synthèse annuelle et de façon quantitative par le taux de retour des questionnaires.
Ces évaluations ont été effectuées à 1 an de suivi et le seront également à 2 ans et à 3 ans de suivi.

Les résultats intermédiaires obtenus au bout de la première année de suivi ont montré un réel intérêt des patients pour le projet. 85% des patients à qui l'étude a été proposée lors des séances ETP y ont été inclus. Les pharmaciens ont également montré une participation remarquable (32 adhésions et un total de 19 pharmaciens présents aux 2 réunions de coordination). Les médecins traitants nécessitent davantage de relance et de pédagogie, mais leur participation est déjà satisfaisante (26 adhésions et un total de 14 médecins

présents aux 2 réunions de coordination) et a vocation à s'améliorer, notamment concernant le taux de retour des questionnaires.

Le faible score obtenu par tous les patients au questionnaire ADEOS (inférieur à 16 pour tous, ce qui signifie un risque de rupture du traitement dans les 9 mois, sur une échelle dépassant les 20 points lorsque la probabilité de persistance est jugée forte) confirme l'enjeu crucial que représente l'adhésion au traitement de l'ostéoporose.

Les réunions annuelles de synthèse ayant eu lieu le 23 janvier 2014 et le 6 février 2014 ont montré une amélioration de la coopération médecin-pharmacien par rapport au début du programme, un réel intérêt pour travailler ensemble autour du patient s'étant fait ressentir.

Cette collaboration interprofessionnelle des différents acteurs engagés est un élément indispensable à l'atteinte des objectifs fixés (maintien de l'adhésion au traitement et aux changements de mode de vie ainsi que réduction du nombre de fractures). La coopération exemplaire qui se met également en place entre URPS médecins, URPS pharmaciens et ARS, au profit du patient, permettra de diminuer les facteurs de risque d'entrée en dépendance tout en valorisant la collaboration des organismes entre eux et en diminuant les coûts de prise en charge.

Ainsi, le programme SIOUX, alliant éducation thérapeutique à l'hôpital et suivi ambulatoire, dépend de la bonne coopération entre les différents acteurs hospitaliers et de ville.

3. MATÉRIEL ET MÉTHODE

3.1. Choix de la méthode qualitative

Notre travail a débuté par une revue de la littérature sur la relation de coopération médecin généraliste-pharmacien dans le monde. Les résultats ont été présentés lors d'une réunion avec les directeurs de thèse et un médecin de santé publique de l'équipe de la PARC du CHR de Metz-Thionville, en charge du suivi du projet SIOUX.

Pour répondre à la question de notre étude, la méthode retenue a été celle de la recherche qualitative et des entretiens semi-dirigés. Cette méthode a été validée par la suite par les membres du Conseil Scientifique du Département Universitaire de Médecine Générale de Nancy.
Nous avons choisi cette méthode car elle permet d'explorer les émotions, les sentiments, les comportements et les expériences personnelles. Il s'agit donc d'une démarche interprétative des données verbales. Elle peut contribuer à une meilleure compréhension du fonctionnement des sujets et des interactions entre eux. D'une façon générale, la recherche qualitative permet de répondre aux questions de type « pourquoi ? » ou « comment ? » (50).

Ainsi, la méthode de recherche qualitative nous paraissait tout à fait adaptée pour répondre à la question principale de notre étude : Quels sont les facteurs qui influent sur une relation de coopération médecin généraliste-pharmacien d'officine dans le cadre du programme SIOUX ? Cette méthode avait pour objectif de nous permettre de recueillir des informations ciblées sur les facteurs favorisant et freinant la coopération qui existe entre les médecins généralistes et les pharmaciens dans le cadre du programme SIOUX.

3.2. Modèle conceptuel de McDonough et Doucette (51)

La revue de la littérature a révélé de nombreuses études qui ont montré que les relations de collaborations interprofessionnelles, entre les médecins généralistes et les autres acteurs de santé, dont les pharmaciens font partie, peuvent améliorer l'observance et la qualité de vie des patients atteints de pathologies chroniques (52). Les bénéfices sont également ressentis par les médecins, par le pharmacien, et même par le système de santé (53,54).

La recherche effectuée sur PubMed sur la relation de coopération interprofessionnelle entre les médecins généralistes et les pharmaciens dans différents pays du monde a révélé un modèle conceptuel publié par McDonough et Doucette en 2003 (51). Il regroupe une synthèse des différents modèles de relation interpersonnelle, de relation professionnelle dans le monde des entreprises et de coopération entre des médecins et des infirmières des Etats-Unis.

Il décrit les cinq étapes nécessaires au développement d'une relation de coopération médecin généraliste-pharmacien (Annexe 1). Ces différentes étapes sont influencées par trois facteurs :

1. Les caractéristiques individuelles des participants, comme l'âge, la formation, etc.
2. Les caractéristiques du contexte, comme le lieu d'exercice ou les moyens de communication
3. Les caractéristiques des échanges personnels entre les médecins et les pharmaciens. Les caractéristiques des échanges personnels correspondent au facteur principal qui influence le développement de la relation de coopération médecin généraliste-pharmacien, d'après une étude publiée par Zillich en 2004 (55). Ce dernier a divisé ces caractéristiques en trois catégories :
    a. L'initiation de la relation
    b. La confiance
    c. La spécification des rôles

Ce modèle a été vérifié et validé par plusieurs études (56–58) et sert actuellement de référence afin d'analyser la relation de coopération entre les médecins généralistes et les pharmaciens (59).

3.3. La méthode des entretiens semi-dirigés

3.3.1. Définition

La méthode des entretiens semi-dirigés est une des techniques les plus fréquemment utilisée pour le recueil de données qualitatives. Elle consiste en la réalisation d'entretiens individuels en face à face, avec des personnes soigneusement sélectionnées. L'objectif de l'entretien est fixé autour d'un thème défini par les enquêteurs et consigné dans un guide d'entretien. Ce guide d'entretien permet de centrer le discours des personnes interrogées autour de thèmes définis au préalable.

L'entretien se déroule sous la forme d'une conversation orientée vers un but et non pas d'un questionnaire. Le but est d'obtenir des informations sur des faits ou des représentations, dont on analyse ensuite le degré de pertinence, de validité et de fiabilité en regard des objectifs du recueil d'informations (60). L'interviewer pose des questions selon un protocole prévu à l'avance. Comme il cherche des informations précises, il s'efforce de faciliter l'expression propre de l'individu en évitant que l'interviewé ne se sente enfermé dans des questions. Il « se laisse diriger tout en dirigeant » (61). Le chercheur adopte réellement une posture d'écoute attentive et soutenue de l'autre et lui pose des questions en évitant d'apporter des éléments de réponse. La relation de confiance établie lors de cet échange ou de cette interaction est d'une importance fondamentale car elle conditionne la richesse et la densité (qualité, authenticité, pertinence) du matériel collecté.

L'avantage d'un entretien semi-dirigé est l'obtention d'informations, de perceptions, de sentiments, d'attitudes ou d'opinions de la part de l'interlocuteur, ayant comme objectif de comprendre ce que les personnes pensent ou peuvent penser sur un sujet (61). Cette technique permet de mettre en évidence des représentations, confirmer ou infirmer des hypothèses (répondre aux questions que l'on s'est posées lors de la phase de diagnostic) ou encore d'enrichir et / ou de valider d'autres méthodes de recherche.

3.3.2. Élaboration du guide d'entretien

Le guide d'entretien permet une meilleure maîtrise de l'entrevue. Il prévoit tous les grands thèmes à aborder lors de l'entrevue, ainsi que leurs sous-thèmes. Chaque question ou thématique correspond à un objectif de compréhension ou de connaissance précis. Un bon guide doit s'appuyer sur une logique déterminée. C'est un outil qu'il faut apprendre à utiliser

et à adapter au contexte de l'entretien. Il est reproductible à chaque séance mais dans un ordre adapté au discours de l'interviewé.

Ce guide comporte plusieurs parties :

- Une introduction : l'enquêteur se présente, expose le principe de l'étude et explique le déroulement de l'entretien. La personne interviewée doit donner son accord quant à l'enregistrement audio de l'entrevue qui est nécessaire afin d'assurer la fidélité des propos, et qui garantira l'anonymat.
- Une question ouverte introductive pour chacun des grands thèmes, suivant le "modèle de l'entonnoir", en allant progressivement des questions plutôt générales vers des questions plus pointues. Les questions doivent être ouvertes et semi-ouvertes, cohérentes, neutres, simples et faciles à comprendre.
- Quelques questions fermées portant sur les caractéristiques sociales de la personne enquêtée : âge, profession… Ces informations sont nécessaires pour décrire ultérieurement la variabilité de l'échantillon interviewé.
- Un court questionnaire quantitatif permettant de recueillir les caractéristiques des participants : par exemple, dans le cadre de notre étude : nom, prénom, sexe, âge, année d'installation, lieu d'exercice et nombre de patients suivis dans le cadre du projet SIOUX.

Nous avons élaboré le guide d'entretien en respectant ces directives.
Le guide d'entretien a été conçu après la revue de la littérature portant sur la coopération entre les médecins généralistes et les pharmaciens. Le modèle conceptuel de McDonough et Doucette a été choisi comme référence pour le guide d'entretien de notre étude. En s'appuyant dessus, nous avons conçu les questions permettant de répondre aux objectifs de l'étude : l'identification des freins et des leviers d'une relation de coopération médecin généraliste-pharmacien. Ensuite, le guide d'entretien a été élaboré dans sa forme finale avec un pharmacien du service d'Epidémiologie et Evaluation Cliniques du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Nancy. Le guide unique d'entretien a reçu l'approbation des directeurs de thèse.

Il comporte les mêmes questions pour les médecins et pour les pharmaciens, ce qui permet de donner à la relation de coopération une double perspective, de comparer et de révéler les différences d'opinion : (Annexes 2 et 3 : Guide d'entretien médecin, Guide d'entretien pharmacien).

Le guide d'entretien comprend 4 grands thèmes, chacun avec plusieurs sous-thèmes :

1. La relation médecin-pharmacien avant le programme SIOUX
2. L'initiation de la relation et les échanges dans le cadre du projet SIOUX
3. La confiance entre les professionnels de santé
4. La définition des rôles

3.3.3. Echantillonnage

Contrairement à la recherche quantitative, l'idéal dans la recherche qualitative n'est pas de représenter l'ensemble de la population, mais de diversifier les profils. Un petit nombre suffit s'il est bien exploité. En effet, l'hypothèse implicite réside dans le fait qu' « un individu peut condenser une grande partie du sens d'un phénomène social ». Ainsi la méthode de l'entretien part du principe que « le tout social serait inclus en chaque individu » (62). Les informations issues des entretiens sont validées par le contexte.

Les participants sont sélectionnés en fonction de leur pertinence théorique par rapport au phénomène étudié. Leur sélection vise à refléter et à explorer la plus grande diversité possible de témoignages. L'analyse ultérieure de leur ressenti doit faire émerger tous les points de vue sur le sujet.

Afin de répondre aux objectifs de notre étude, la population à interroger était composée de 2 sous-populations : celle des médecins généralistes et celle des pharmaciens qui suivent des patients inscrits dans le programme SIOUX. Nous nous sommes efforcés de réaliser un échantillonnage de participants en variation maximale. Les critères de variabilité choisis ont été :

- L'ancienneté dans le programme SIOUX
- Le nombre des patientes incluses dans le programme SIOUX
- Le lieu d'exercice : en milieu urbain/semi-rural/rural

- **La population**

Au début de notre étude, en avril 2014, 67 patientes étaient incluses dans le projet SIOUX. Dans la base de données du projet SIOUX nous avons compté 60 médecins généralistes et 49 pharmaciens différents pour les 67 patients, car certaines patientes sont suivies par le même médecin généraliste, et d'autre côté, plusieurs patientes se rendent dans la même pharmacie.

En avril 2014 il y avait 67 patients inclus dans le projet SIOUX. Nous avons observé qu'il y avait des médecins et des pharmaciens qui suivaient plusieurs patients. Nous avons observé que tous les binômes médecin-pharmacien qui suivaient les patients étaient différents, donc nous avons compté 67 binômes médecin-pharmacien.

Au vu du nombre de médecins généralistes et de pharmaciens, nous avons à priori fixé un nombre de 10 entretiens pour chaque profession. Nous avons retenu de rencontrer les professionnels et non de les interviewer par téléphone, car l'entretien face-à-face favorise une relation de confiance. Ce nombre reflète la faisabilité du projet de recherche, en prenant en compte les contraintes de déplacements, la prise des rendez-vous, la durée des entretiens et le temps nécessaire pour la retranscription et l'analyse des données. Afin de vérifier s'il était nécessaire d'augmenter ce nombre et donc de poursuivre les entretiens, nous avons procédé à une vérification de la saturation des données lors de l'analyse des entretiens.

- **Le recrutement des participants**

Afin d'obtenir l'accord des participants pour les entretiens semi-dirigés, il est impératif :
- de leur exposer qui sont les mandataires de l'étude et leurs objectifs
- de leur présenter la méthode d'entretien semi-dirigé ainsi qu'une description globale du thème de l'entretien
- d'obtenir l'accord pour l'enregistrement audio, tout en assurant les participants du respect de l'anonymat au cours de l'exploitation des données
- d'organiser la prise de rendez-vous d'un commun accord et de fixer les modalités pratiques (le lieu, la date, l'heure, la durée de l'entretien).

Les 60 médecins généralistes et les 49 pharmaciens adhérents au programme SIOUX ont reçu un courrier électronique d'information de la part du coordinateur du projet SIOUX. Le courrier respectait les différents critères cités ci-dessus.

Ensuite, les participants ont été contactés par téléphone en fonction de l'appartenance à un binôme médecin-pharmacien, l'ancienneté dans le programme SIOUX, le nombre de patients suivis et les autres critères de variabilité choisis, avec l'aide de la base de données du programme SIOUX. Les médecins généralistes et les pharmaciens ont été contactés par les 2 étudiantes.

Lors du contact téléphonique nous avons rappelé l'objectif de l'étude, le principe de la méthode d'entretien semi-dirigé et décrit globalement le thème de l'entretien. Nous avons demandé l'accord pour l'enregistrement audio, tout en assurant les participants du respect de l'anonymat au cours de l'exploitation des données. Si les professionnels de santé donnaient leur accord de participation, nous fixions les modalités pratiques pour l'entretien en fonction de leurs disponibilités (le lieu, la date, l'heure, la durée de l'entretien).

3.3.4. Recueil des données et déroulement des entretiens semi-dirigés

Dans le cadre de la recherche qualitative, quelques règles s'imposent afin de recueillir des données de qualité. Les entretiens semi-dirigés doivent avoir lieu dans une atmosphère détendue et peu bruyante, autour d'une table pour stimuler la discussion. La séance est enregistrée en méthode « audio ». Les enregistrements servent uniquement à la transcription des discussions. La durée d'un entretien semi-dirigé peut varier entre 15 et 30 minutes, en fonction de la disponibilité des participants.
L'enquêteur a un rôle bien règlementé, afin de ne pas influencer les données. Il adopte une attitude de compréhension, d'écoute attentive, d'empathie, de neutralité bienveillante et se garde de toute critique. Il s'interdit d'interrompre l'enquêté, d'être directif ou de porter un jugement. Il doit créer un climat de confiance et de sympathie. Il reste en écoute constante avec une capacité de reformuler à tout instant pour s'adapter au discours de l'interviewé et faire ressortir les réponses à tous les thèmes et sous-thèmes de la grille d'entretien.

Dans le cadre de notre étude, les entretiens semi-dirigés ont eu lieu dans le cabinet des médecins généralistes en tout début ou fin de consultation, et dans une pièce isolée à l'officine pour les pharmaciens. Ils se sont déroulés de mai au début du mois de juillet 2014.

Les entretiens avec les professionnels ont été enregistrés avec leur accord oral. Les entretiens avec les médecins ont été enregistrés via une application sur le téléphone portable, et au moyen d'un dictaphone pour les pharmaciens. En cas de refus d'enregistrement audio, il était laissé au professionnel qui souhaitait participer à l'étude la possibilité que l'entretien soit consigné par écrit.

Les entretiens semi-dirigés avec les médecins ont été menés par l'interne en médecine et les entretiens avec les pharmaciens ont été réalisés par l'étudiante en pharmacie. A l'issue des premiers entretiens, nous avons réévalué la nécessité de modifier ou non le guide d'entretien d'origine, puisque ceci est autorisé dans le cadre de la recherche qualitative. Dans notre étude cette étape n'a pas été nécessaire.

3.4. Méthode d'analyse des données

Pour la réalisation de notre étude, nous avons bénéficié d'une première formation à la recherche qualitative dans le cadre des ateliers thèse-mémoire de niveau I et II, organisés par le Département de Médecine Générale de la Faculté de Médecine de Nancy et animés par une chef de clinique. La deuxième formation a été réalisée avec l'aide du service d'Epidémiologie et Evaluation Cliniques du CHU de Nancy, afin de détailler la méthode d'analyse des données.

Une analyse des entretiens semi-dirigés de qualité s'appuie sur des données précises et une méthodologie rigoureuse. Elle doit être reproductible : quelle que soit la personne qui la réalise, les conclusions doivent être les mêmes. Une seconde analyse représente par ailleurs un avantage car elle permet de confirmer les résultats obtenus.

Dans notre étude, nous avons utilisé la méthode de l'Analyse de Contenu, qui est la méthode la plus répandue pour étudier les interviews ou les observations qualitatives. Elle consiste à retranscrire les données qualitatives, à se créer une grille d'analyse, à coder les informations recueillies et à les traiter. Le but de l'analyse est de décrire le matériel issu des entretiens semi-dirigés et d'étudier sa signification (63).

3.4.1. La transcription des données

Dans la recherche qualitative, le recueil des données repose sur l'enregistrement des entretiens semi-dirigés et leur transcription. Il s'agit d'une étape fondamentale permettant d'assurer la validité et la richesse des résultats. Le texte issu de la transcription des entretiens, appelé verbatim, représente les données brutes de l'enquête.

Les entretiens semi-dirigés réalisés avec les 10 médecins et les 10 pharmaciens ont été retranscrits dans leur intégralité, c'est-à-dire mot-à-mot, sans en changer le texte, sans l'interpréter et sans utiliser d'abréviation, de manière à respecter l'expression des sujets. Dans la mesure du possible, nous avons indiqué le plus de nuances possibles et nous avons retranscrit également le non verbal (rires, soupirs, pauses, silences etc.) qui aide à comprendre le sens du texte.

La transcription des données a été effectuée grâce à l'enregistrement audio de chaque entretien. Elle a été menée à la main sur un fichier Word, dans les 2-3 jours suivants la

réalisation de l'entretien, afin de pouvoir noter entre parenthèses les éléments de communication non-verbale. Les logiciels actuels de reconnaissance vocale n'ont pas montré leur efficacité dans la transcription de nos entretiens.

L'exploitation des données doit être strictement anonyme. Afin d'assurer cet anonymat, chaque participant a été identifié par un code de deux caractères : la lettre « M » pour les médecins et « P » pour les pharmaciens, suivie d'un chiffre indiquant l'ordre chronologique de la réalisation des entretiens.

L'intégralité des entretiens peut être consultée à la fin de notre étude, dans la section annexe numérique sur CD : Transcription des entretiens.

3.4.2. Le codage des informations

Le codage explore ligne par ligne et étape par étape, les verbatims. Il décrit, classe et transforme les données qualitatives brutes en fonction de la grille d'analyse. Il s'agit d'un processus minutieux qui a été effectué à la main dans notre étude, afin d'exploiter le maximum de données possibles.

La grille d'analyse est composée de critères et d'indicateurs que l'on appelle les catégories d'analyse. Leurs choix peuvent être établis d'après des informations recueillies ou être déterminés à l'avance en fonction des objectifs de l'étude. Dans le premier cas, on parle d'une approche ouverte et inductive de généralisation et d'abstraction des données, dans le second, d'une démarche close d'évaluation et de traduction des indicateurs d'étude (63).

Le codage ouvert repère, à l'aide des questions du guide d'entretien, les sous-ensembles dans le texte en les soulignant. Ce sont les sous-catégories qui correspondent à des idées de base. Puis, le codeur compare et regroupe les sous-catégories en dimensions plus globales et plus larges que sont les catégories. C'est ce qu'on appelle le codage axial.

Les idées qui apparaissent fréquemment font l'objet d'un codage spécifique (codage sélectif) et servent à faire ressortir les idées centrales. Une fois pré-codé 10 % à 20 % du matériel à traiter, une grille de codification intermédiaire est élaborée. Elle est contrôlée au fur et à mesure du codage de l'ensemble des données (63).

La création de catégories d'analyse dans les procédures ouvertes doit répondre aux règles édictées par BERELSON (1952) :

- homogénéité : la classification en catégories doit regrouper les idées en éléments de signification semblable
- exhaustivité : toutes les pensées des interviewés doivent être codées et aucune ne doit échapper ou être écartée de l'analyse
- exclusivité : les catégories doivent être bien distinctes et aucun thème ne peut être classé dans plusieurs catégories à la fois
- objectivité : il ne doit pas y avoir de variation de jugements entre les codeurs et la subjectivité de l'analyste doit être exclue
- pertinence : le choix d'une catégorie doit être effectué selon le critère de pertinence correspondant, en répondant aux objectifs de l'enquête (63).

Nous avons procédé à l'analyse des données selon cette méthode. Dans notre étude, le modèle de la grille d'analyse a été établi avec l'aide d'un pharmacien du service d'Epidémiologie et Evaluation Cliniques du CHU de Nancy, après la transcription des entretiens. Nous avons choisi d'utiliser la méthode de codage ouvert.

Après que tous les entretiens aient été réalisés, nous avons débuté l'analyse des données. L'intégralité des entretiens a été lue une première fois, puis une seconde en reprenant chaque question une à une afin de saisir l'information issue de la totalité des entretiens. Le texte a été ensuite découpé en sous-catégories représentants l'idée véhiculée. Les sous-catégories ont ensuite été regroupées en catégories plus générales, conformément aux principes du codage axial.

Les sous-catégories ont été classées dans un fichier Excel, en fonction des caractéristiques des échanges personnels révélés par le modèle de McDonough et Doucette. Ainsi, les différents tableaux de nos deux fichiers Excel (un pour les médecins, un pour les pharmaciens) correspondaient aux trois facteurs principaux considérés comme pouvant influencer la relation médecin-pharmacien : l'initiation de la relation, la confiance et la définition des rôles. De plus, nous avons également analysé la coopération médecin-pharmacien avant la mise en place du programme SIOUX.

Dans chaque tableau, les sous-catégories ont été classées par ordre alphabétique, avec leur fréquence d'apparition et l'entretien d'origine de la catégorie, pour le codage sélectif des données. La construction des tableaux a été progressive et évolutive. Elle a été

constamment enrichie par de nouvelles sous-catégories au fur et à mesure que les entretiens semi-dirigés étaient analysés.

Nous avons compté tous les codes et nous avons noté l'entretien d'origine pour chaque nouveau code pour pouvoir analyser ensuite et préciser la saturation des données. Les résultats sont dits saturés quand les nouveaux entretiens n'apportent plus d'informations nouvelles.

4. RESULTATS

4.1. RESULTATS DES MEDECINS

4.1.1. Les caractéristiques des médecins généralistes constituant l'échantillon du programme SIOUX

Nous avons réalisé dix entretiens avec des médecins généralistes inclus dans le projet SIOUX. La population cible était constituée par l'ensemble des médecins généralistes participant au programme SIOUX. L'échantillon représente les médecins généralistes adhérant au programme SIOUX et ciblés pour un entretien semi-dirigé. Les participants ont été codés avec la lettre « M » pour représenter les médecins, suivie d'un chiffre, en fonction de l'ordre chronologique des entretiens. Le tableau ci-dessous résume les caractéristiques des médecins généralistes interviewés (Tableau I). Les informations ont été recueillies au début de chaque entretien par l'enquêteur, de mai à juillet 2014.

Tableau I : Caractéristiques des médecins généralistes interviewés, constituant l'échantillon dans le cadre du programme SIOUX

Médecin (code)	Sexe	Tranche d'âge (ans)	Installé depuis (ans)	Lieu d'exercice	Nombre des patients SIOUX	Ancienneté dans le projet SIOUX (mois)	Durée de l'entretien (minutes)
M1	M	<40	11	urbain	>1	16	15
M2	F	40-50	10	urbain	>1	18	23
M3	M	>50	36	rural	1	17	23
M4	M	40-50	23	urbain	1	17	21
M5	M	>50	30	rural	1	11	20
M6	M	40-50	14	semi-rural	1	10	15
M7	F	40-50	11	urbain	>1	17	19
M8	F	>50	26	semi-rural	1	9	16
M9	M	<40	13	rural	1	5	16
M10	M	>50	24	urbain	1	8	13

F : femme ; M : homme

Sur les dix médecins interrogés, on dénombrait 7 hommes et 3 femmes. 5 médecins exerçaient en milieu rural ou semi-rural, et 5 en milieu urbain. Dans notre échantillon 4 médecins était âgés de plus de 50 ans, 4 entre 40 et 50 ans et deux médecins avaient moins de 40 ans. Les médecins généralistes étaient installés en moyenne depuis 19,8 ans, avec une déviation standard de 8,73 ans. Ils faisaient partie du programme SIOUX en moyenne depuis 12,8 mois, avec une déviation standard de 4,46 mois. Dans notre échantillon 3 médecins suivaient plus d'un patient dans le cadre du programme SIOUX et 7 médecins suivaient un seul patient. La durée moyenne des entretiens avec les médecins était de 18,1 minutes, avec une déviation standard de 3,38 minutes.

Dans le tableau II nous avons comparé les caractéristiques de l'échantillon de médecins généralistes interviewés à la population cible.

Tableau II : Caractéristiques de l'échantillon et de la population de médecins généralistes faisant partie du programme SIOUX

Pour les médecins :		**Echantillon**		**Population**	
		nombre	**%**	**nombre**	**%**
Sexe	Hommes	7	70%	47	78,33%
	Femmes	3	30%	13	21,66%
Tranche d'âge	<40	2	20%		
	40-50	4	40%		
	>50	4	40%		
Lieu d'exercice	Urbain	5	50%	25	41,66%
	Semi-rural	2	20%	13	21,66%
	Rural	3	30%	22	36,66%
Nombre de patients SIOUX	1	7	70%	55	91,66%
	>1	3	30%	5	8,33%

Pour une meilleure lisibilité de l'échantillon des médecins nous avons réalisé des diagrammes.

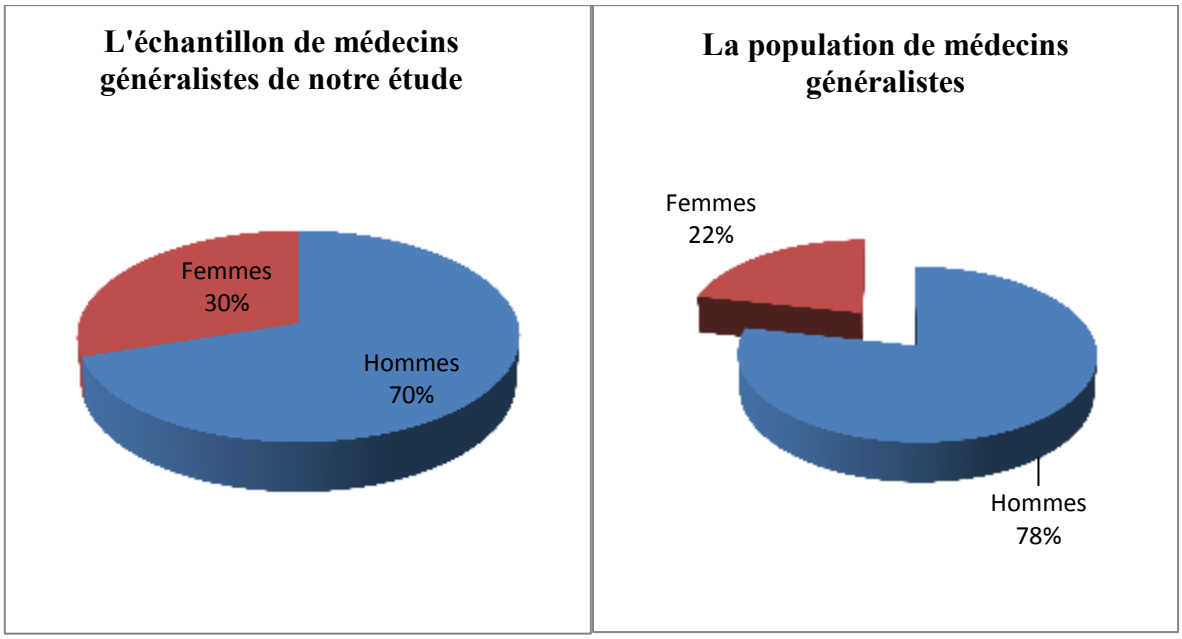


Figure 1 : Répartition par sexe des médecins généralistes au sein de l'échantillon constitué (partie gauche) et de la population cible (partie droite) du programme SIOUX

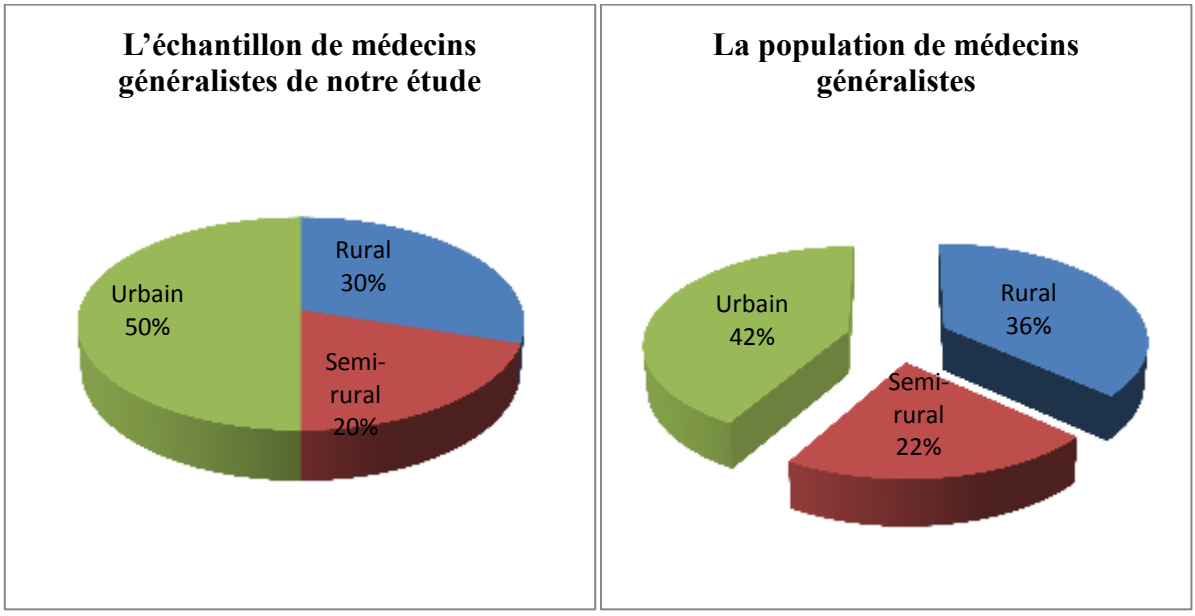


Figure 2 : Distribution des médecins en fonction de leur lieu d'exercice au sein de l'échantillon constitué et de la population cible du programme SIOUX

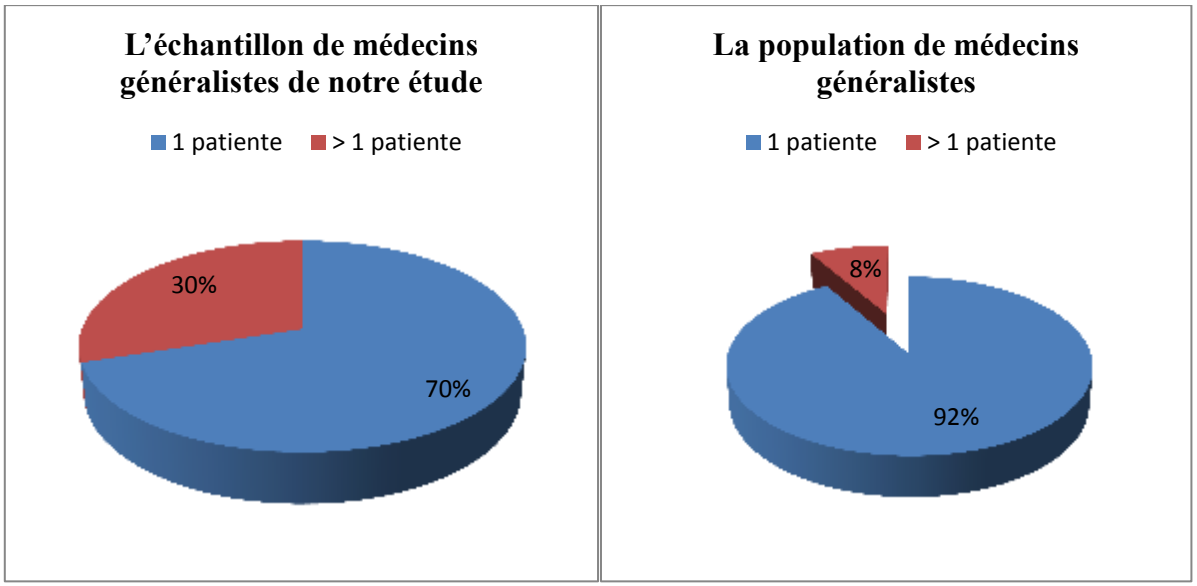


Figure 3 : Distribution des médecins en fonction du nombre de patientes suivies dans le cadre du programme SIOUX, au sein de l'échantillon constitué et de la population cible du programme SIOUX

Pour réaliser les 10 entretiens, 19 médecins ont été contactés par téléphone. Parmi les médecins qui ont refusé de participer :

- 1 médecin a refusé l'entretien car il ne souhaitait pas être enregistré
- 1 médecin a changé son lieu d'exercice
- 4 médecins n'ont pas été intéressés par notre étude
- 5 médecins ont refusé initialement de fixer un rendez-vous par manque de temps. Parmi eux, 3 ont demandé de rappeler ultérieurement. Lors de la reprise de contact 2 semaines plus tard, 2 médecins ont été disponibles pour fixer les rendez-vous.

Les deux motifs récurrents de refus ont été le manque de temps et le fait que cela ne les intéressait pas.

Lors des entretiens, un seul médecin a refusé l'enregistrement audio malgré les explications fournies concernant le but de l'enregistrement et la méthode de recherche qualitative. Il souhaitait tout de même réaliser l'entretien semi-dirigé et a donc proposé de consigner de façon écrite ses réponses. Face à son désir de participer à notre étude, nous avons retenu l'entretien dans nos résultats.

Suite à la réalisation des entretiens avec les médecins généralistes, en respectant la méthode d'analyse du contenu qui a été présenté, nous avons pu compter 119 codes. 41 codes sont apparus à l'issue de l'analyse du 1er entretien semi-dirigé, 35 nouveaux codes à l'issue de la seconde, et 15 nouveaux codes à l'issue de l'analyse du 3ème entretien semi-dirigé. Au cours de l'analyse des entretiens suivants, moins de 10 nouveaux codes ont été obtenus. Le nombre des codes issus de chaque entretien est noté dans le tableau ci-dessous (Tableau III).

Tableau III : Le nombre des codes issus de chaque entretien avec les médecins

Entretien	Nombre de nouveaux codes
M1	41
M2	35
M3	15
M4	10
M5	2
M6	3
M7	1
M8	4
M9	5
M10	3

4.1.2. Analyse qualitative des entretiens semi-dirigés au sein de l'échantillon de médecins

La méthode d'analyse des entretiens semi-dirigés effectués avec les médecins généralistes a été décrite précédemment dans le chapitre Matériel et méthode.

- **La relation médecin-pharmacien en dehors du projet SIOUX**

Avant de participer au projet SIOUX, 6 médecins sur 10 connaissaient déjà personnellement le pharmacien du patient qu'ils suivaient, grâce à des échanges téléphoniques, suite aux passages à la pharmacie, ou grâce aux réunions pluri-professionnelles. Parmi les 4 autres médecins, 3 connaissaient indirectement le pharmacien de leur patiente :

- « Ils savent qui je suis et je sais qui ils sont » (M2- 55) (M10- 518)

- « Je la connaissais, disons, de vue à la pharmacie» (M3- 141)

Parmi les médecins interrogés, deux binômes médecin-pharmacien se sont rencontrés lors d'une réunion sur le programme SIOUX : « Je l'ai rencontré au projet SIOUX, en allant à une réunion (…) organisée dans le cadre du projet » (M3-139), (M2-55)

- ***Le rythme des échanges avec les pharmaciens***

En dehors du projet SIOUX, 7 médecins sur 10 ont régulièrement eu des contacts avec le pharmacien de leur patient : (M4-211) (M10-530).

- 5 médecins avaient des échanges hebdomadaires, avec le pharmacien
- 2 médecins échangeaient très régulièrement, voire plusieurs fois par semaine.

2 médecins ont rapporté avoir des contacts avec la pharmacie 1 à 2 fois par mois (M1- 8), et un médecin en dénombrait moins d'un par mois. (M2- 61)

- ***Les moyens de communication utilisés***

Tous les médecins ont affirmé qu'ils utilisaient le plus souvent le téléphone pour communiquer avec le pharmacien. (M2-59) (M6-303) (M10-526). Ils estimaient que c'était un moyen simple et rapide de communication :

- « Le téléphone c'est plus pratique. Le mail… il faut le lire… » (M3-147)
- « Au téléphone on peut parler directement au pharmacien » (M4- 209)
- « Le téléphone. Pas le mail, pas le fax ! (…) on a déjà énormément de choses à faire en dehors des consultations (…) C'est chronophage (…) un fax, ça arrive direct sur l'ordinateur, donc il faut qu'on vérifie ça en plus… et ce n'est pas en temps réel. Sur le fax il y a les publicités qui viennent… » (M7-382)

Cependant d'autres moyens de communication étaient évoqués par les médecins interrogés. (Figure 4) Dans notre échantillon, 2 médecins utilisaient régulièrement le mail : « Le fait de pouvoir communiquer par mail, aux jours d'aujourd'hui, c'est quand même plus intéressant (…) c'est des choses qu'on [ne] peut pas faire dans la journée quand on a les gens en face de soi» (M2-94) (M4-209). Un seul médecin recevait des fax du pharmacien (M8- 425).

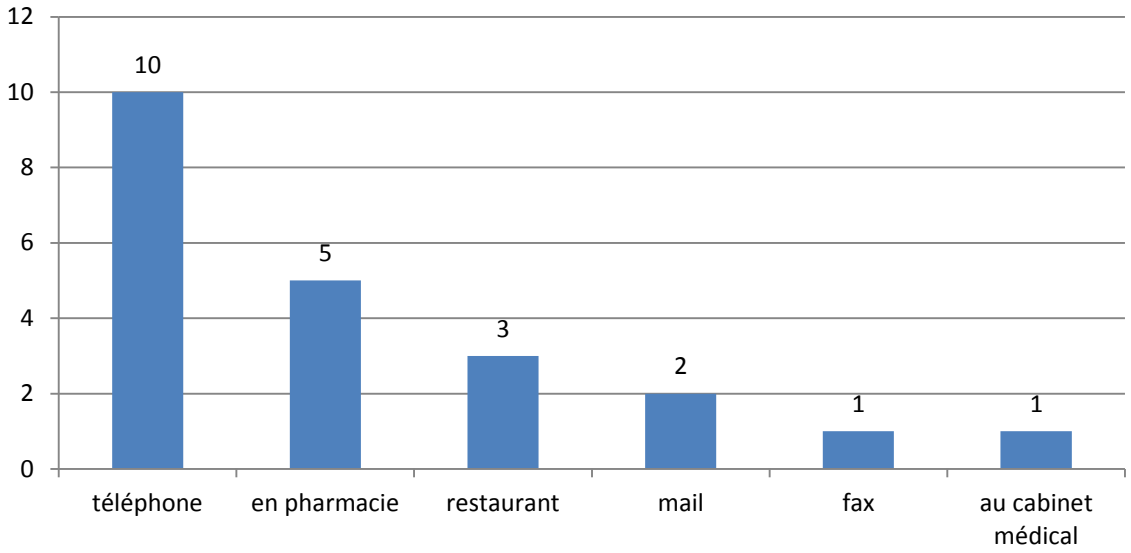


Figure 4 : Les moyens de communication utilisés par les professionnels de santé

5 médecins ont expliqué qu'ils recherchaient un contact avec le pharmacien lorsqu'ils passaient à la pharmacie pour autre chose : « on en profite aussi pour discuter. » (M9-511)
Un autre médecin a déclaré qu'il n'adhérait pas à cette pratique : « Ce sont des échanges téléphoniques, sur des questions précises, et jamais en pharmacie. Dans la pharmacie il y a des témoins, on ne peut pas garder le secret médical. » (M5-262)

3 médecins ont rapporté qu'ils rencontraient les pharmaciens en dehors de leur lieu de travail : « Deux fois dans l'année on se voit en dehors, au resto » (M9-473)

Un seul médecin a eu des contacts avec le pharmacien, dans son cabinet : « ça arrive qu'il soit malade et vient pour consulter… on en profite pour parler… » (M9-511)

- ***Les sujets de communication***

Huit médecins ont affirmé que les pharmaciens les appelaient lorsqu'ils rencontraient des problèmes avec les ordonnances, au niveau de la posologie, la durée d'un traitement ou la substitution d'un médicament : « Précisions sur des ordonnances pas claires » (M1-2)
5 médecins étaient appelés pour être informés d'interactions médicamenteuses, pour vérifier la validation d'une ordonnance ou pour des avances de médicaments pour des patients étant en rupture de traitement et n'ayant pas eu le temps de revoir le médecin. (M1-6) (M3-145)
Quatre médecins ont signalé qu'ils étaient appelés « Pour la prise en charge de certains patients » (M3-145), et 2 autres médecins l'étaient pour adapter la posologie des AVK (M3-145). (Figure 5)

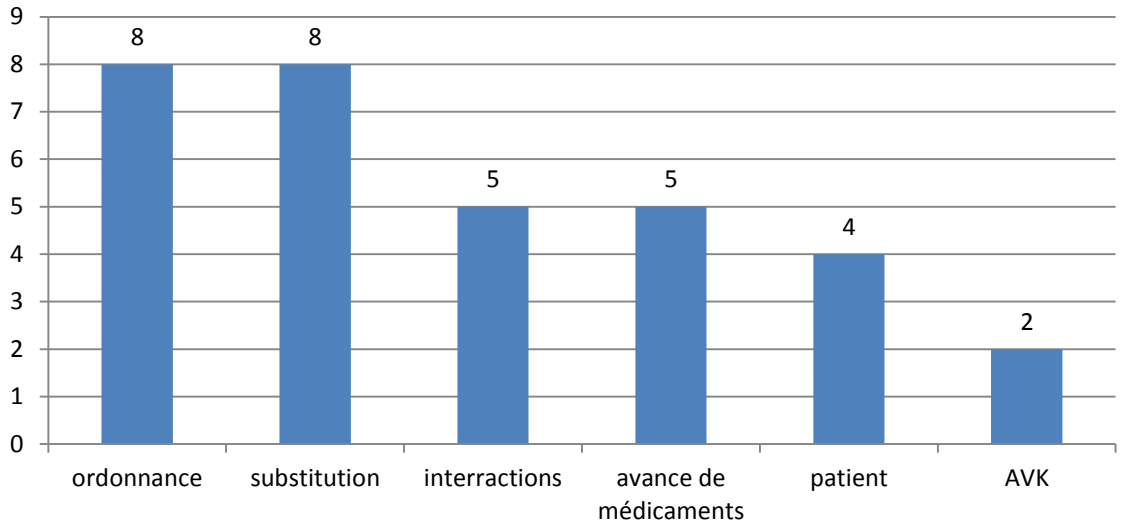


Figure 5 : Les principaux sujets de communication

Les médecins appelaient également les pharmaciens, mais moins souvent que ces derniers : « Nous on a tout ce qu'il faut sur l'ordinateur » (M10-528). Les principaux motifs cités étaient : « un produit un peu particulier, savoir s'ils l'ont, ou un dispositif médical (…) un produit un peu particulier » (M2-61) ; motif qui a été évoqué par 4 médecins

Deux médecins ont appelé pour « demander le traitement de cette personne [autre médecin traitant], pour faire la jonction avec le médecin traitant habituel » (M4-209) ou « pour le prévenir pour certaines addictions médicamenteuses » (M10-528)

- ***La pharmacie de proximité***

5 médecins ont rapporté de façon spontanée, avoir plus de relations avec la pharmacie de proximité :

- « il y a une petite pharmacie de quartier avec laquelle je travaille de façon un peu plus privilégiée, (…) on est l'un à côté de l'autre, on se connait, on s'est rencontrés, on connait nos pratiques respectives et puis, la façon de faire de l'un et de l'autre… » (M1-28)
- « Je travaille beaucoup plus avec le pharmacien X, qui est juste à côté… c'est la proximité du cabinet aussi (…) les gens vont plus facilement à cette pharmacie » (M6-309)

- **La relation médecin-pharmacien dans le cadre du programme SIOUX**

  - ***Les contacts dans le cadre du projet SIOUX***

Deux médecins ont affirmé avoir eu des contacts avec le pharmacien dans le cadre du programme SIOUX. Parmi eux, un médecin avait eu un deuxième contact avec le pharmacien concerné. Les autres médecins ont évoqué plusieurs raisons pour expliquer la non-prise de contact, qui sont illustrées dans le tableau IV.

Tableau IV : Les raisons du non prise de contact dans le cadre du programme SIOUX

Les raisons de non prise de contact	Nombre de médecins	Source
« On n'a pas eu de problèmes »	8	M8-421
Le manque de temps	2	M7-372
Le pharmacien est injoignable	1	M2-67
La patiente vient de rentrer dans le programme	1	M9-479

  - ***L'initiation de la relation***

Dans notre étude, les deux relations médecin-pharmacien identifiées dans le cadre du programme SIOUX, avait été initiées par les pharmaciens.

- « Je dirais que c'est plutôt par chance, la première fois, c'était un peu comme ça (…) c'était plutôt elle [le pharmacien] qui a initié la relation, mais je passais par là pour autre chose, voilà. » (M3-151)
- « C'est le pharmacien qui a initié la discussion. » (M6-315)

  - ***Le rôle du patient***

Dans notre étude, les deux médecins ont affirmé que la patiente a eu un rôle dans la prise de contact.

- « [La patiente] a dû demander au pharmacien de m'appeler, c'est possible. Ou c'est le pharmacien lui-même qui a pris l'initiative de m'appeler pour rassurer la patiente, peut être aussi » (M6-317)
- « On en a parlé, avec la patiente… c'est effectivement après ça qu'on a pris contact. » (M3-153)

- ***Le moyen de communication utilisé***

Pour un des médecins le premier contact avec le pharmacien a eu lieu à la pharmacie, alors qu'il s'agissait d'un contact téléphonique pour l'autre.

- « On en a parlé (…) à la pharmacie, à-propos de telle patiente, (…) dans le cadre du projet SIOUX, et puis on en a parlé aussi au téléphone, pour cadrer un peu les choses. » (M3-149)

- ***Les sujets de communication***

Les 2 prises de contact ont été initiées pour partager des informations concernant le suivi du patient, les effets indésirables survenus ou les traitements pris. (M6-313)

- « Il y avait un peu de tout, l'ensemble… le médicament, ses effets potentiels… les effets indésirables en particulier. C'était plutôt sous forme d'information, (…) elle (le pharmacien) souhaitait effectivement connaitre les effets secondaires… certes, on les a dans la littérature… mais de vive voix … ça passe mieux » (M3-155, 157)

- ***Le rôle du premier entretien***

Les 2 médecins ont conclu que l'information transmise était surtout utile au pharmacien et à la patiente, mais que pour eux : « ça [ne] m'a pas apporté spécialement quelque chose » (M3-159) (M6-321).

- « C'était plutôt pour le pharmacien (…) pour ce médicament, va être plus attentif et donc s'il pense que il y a un problème ou autre, décrochera plus facilement le téléphone » (M3-159).
- « c'est rassurant pour les patientes (…) Elles savent qu'on s'intéresse à leur problème » (M3-163) (M6-325)

Le contact est resté quand même encourageant pour les 2 médecins (M3-165) (6-327)

- **La confiance entre les professionnels de santé**

- ***Les médecins font confiance aux pharmaciens***

Tous les médecins interrogés pensent sans hésitation que le pharmacien leur fait confiance et ils ont également tous confiance dans le pharmacien.

- « Oui (…) Tout à fait ! (…) je pense que le pharmacien il me fait confiance sur la prescription. Et… (…) je fais confiance aussi au pharmacien » (M1-14)

Toutefois, deux médecins ont exprimé des réserves par rapport à l'activité du pharmacien :

- « Oui, mais pas à 100%. Parfois il y a des erreurs » (M5- 270)
- « sur les médicaments effectivement, on lui fait confiance (…) Ça dépend du pharmacien. » (M10-536, 546)

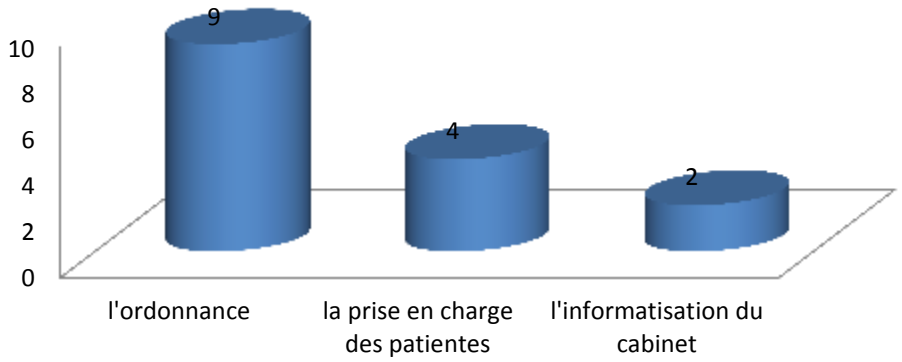


Figure 6 : Les principales raisons pour lesquelles les pharmaciens font confiance aux médecins

Dans notre étude, dans la vision des médecins, les principales raisons pour lesquelles les pharmaciens leur font confiance étaient : la qualité de leurs prescriptions (9 médecins) et la prise en charge des patients (4 médecins). Deux médecins évoquaient l'informatisation du cabinet comme facteur influençant la qualité de la prescription et la relation interprofessionnelle. (Figure 6)

- « Je pense qu'ils me font confiance parce que je suis très carré sur mes prescriptions. (…) Une ordonnance c'est la fin d'une consultation, c'est suite à une réflexion… » (M3-169)
- « il les oriente [les patients] vers le médecin (…) il doit avoir confiance dans le médecin » (M9-481)
- « parfois (…) il avance des médicaments pour certaines personnes, en sachant bien que la personne elle vient nous voir après et qu'on va régulariser la situation en pharmacie » (M4-277)

Tous les médecins ont demandé que le pharmacien respecte leur ordonnance et ont avoué qu'ils souhaitaient être informés de toutes les modifications faites sur l'ordonnance : (M7-380)

- « Ce que je souhaite c'est que (…) il respecte mes prescriptions et que quand il doit les modifier… il m'appelle. S'il doit vraiment modifier (…) à ce moment-là je tiens à être informé (…) je ne veux pas qu'il le fasse dans mon dos, sans me prévenir ! » (M3-171)
- « Il faut que le pharmacien respecte la prescription » (M9-489)

Dans notre étude tous les médecins ont affirmé que la relation de confiance envers les pharmaciens ne dépendait pas de la pathologie du patient : « Je leur fais autant confiance dans toutes les pathologies. » (M1-24), et qu'ils faisaient tous confiance au pharmacien dans le suivi de l'ostéoporose : « Il y a une sensibilisation plus importante, que (…) pour un médicament de base, donc… là … j'ai confiance. » (M3-173)

Les médecins interviewés font confiance aux pharmaciens : sur la relation médecin-pharmacien, mais aussi sur la relation que les pharmaciens ont avec les patients qui se présentent en officine. Les médecins signalent ces deux relations différentes et ils ont mis en évidence leurs attentes et les facteurs qui jouent sur la relation de confiance.

Aucun d'entre eux ne pensait que le projet SIOUX a eu un impact dans la relation de confiance qui existait déjà entre le médecin et le pharmacien.

Nous avons analysé les facteurs ayant un impact dans la relation de confiance qui existe entre le médecin et le pharmacien et ceux-ci peuvent être regroupés en 2 catégories :
- Les facteurs concernant la relation avec le patient
- Les facteurs concernant la relation entre les professionnels de santé

- ***Les facteurs concernant la relation avec le patient***

  - ***Le rôle de conseil du pharmacien***

Tous les médecins font confiance au pharmacien concernant leur rôle de conseil : « pas délivrer juste des médicaments… donner des conseils, ça c'est son rôle » (M4-229).
Pour 7 médecins, le fait de répéter la même information représentait une clé dans l'amélioration de l'adhésion des patientes à leur traitement (M10-542) (M4-233, 235)

- « Deux fois c'est mieux qu'une seule fois … On sait très bien que plus on fait, plus on répète les choses, mieux ça rentre, donc… en l'occurrence : il faut que le binôme fasse son rôle» (M1-22)
- « J'attends qu'il dise [au patient] la même chose que moi. » (M2-83)
- « il faut répéter le message ; il faut que le message soit cohérent » (M3-175)
- « si le pharmacien le répète, ça restera plus dans la tête [du patient] (…) ça va peut-être plus les marquer ; ils seront plus motivés » (M4-233)

  - ***Une information détaillée par le pharmacien, mais adaptée aux patients***

6 médecins attendaient que le pharmacien entre dans le détail du traitement avec les patients, notamment concernant les bénéfices et les effets indésirables. La plupart d'entre eux (5 médecins) pensaient que les pharmaciens devaient s'impliquer dans l'éducation thérapeutique du patient. Selon les médecins, les pharmaciens devraient insister sur la prise en charge de la maladie et sur les règles hygiéno-diététiques.

- « je lui demande intrinsèquement (…) je pense qu'il devrait le faire spontanément, dans le fait, passer plus de temps que moi à préciser les effets indésirables, les précautions d'emploi au patient » (M1- 20)
- « Le pharmacien doit informer la patiente sur les médicaments, sur la maladie, les règles hygiéno-diététiques » (M5-272)
- « pour une personne qui vient pour l'ostéoporose, il n'y a pas que le traitement (…) c'est aussi faire des exercices. (…) ça relève plus des conseils diététiques et de l'exercice physique » (M4- 233)

Certains médecins ont signalé que l'information devait rester cohérente pour les patientes (M5-276) (M6-339). Deux médecins ont rapporté que l'information devait être adaptée aux patientes ; ils soutenaient l'idée que l'information devait être détaillée, mais seulement pour « les patientes qui sont demandeuses » (M7-388).

- ***L'implication du pharmacien dans la prise en charge de l'ostéoporose***

Concernant la prise en charge de l'ostéoporose, 7 médecins pensaient qu'il fallait :

- « restimuler la patiente … au moment du renouvellement des médicaments (…) effectivement relancer un peu, remotiver un peu la patiente; il faut parler des bénéfices du médicament » (M7-386)
- « [le pharmacien] peut sensibiliser les gens (…) les gens ne se rendent pas compte d'avoir un ennui, les traitements ne sont pas si évidents » (M10-540)

D'autre part 3 médecins ont estimé que l'ostéoporose n'était pas la priorité du pharmacien : « Je [ne] pense pas que l'ostéoporose soit une priorité du pharmacien» (M8- 435), ni l'éducation thérapeutique du patient « c'est plus à l'ETP de le faire. C'est plutôt là. Si on demande tout à tout le monde… il y a tellement de choses… je pense que personne [ne] fera rien. » (M7-390)

- ***Une relation particulière pharmacien-patient***

Trois médecins ont signalé qu'il existait une relation particulière pharmacien-patient qui pouvait être exploitée dans l'intérêt du patient. « [Le pharmacien] a peut-être un peu plus de temps que moi (…) et puis le pharmacien il a plus un abord commerçant-convivial (…) [les patientes] sont probablement plus en confiance avec le pharmacien. Il a une liberté qui est plus large que nous au niveau communicatif » (M2-112)

Un médecin a expliqué cette relation par l'attitude différente des patientes vis-à-vis des deux professionnels de santé, les médecins et les pharmaciens : « il y a des choses qu'elle ne veut pas me dire ; il y a des choses que le pharmacien sait et que nous on ne sait pas » (M7-386).

D'après 3 médecins, le pharmacien devrait profiter de ces avantages pour sensibiliser les patientes et augmenter l'adhésion thérapeutique.

- « Simplement l'interpeler [le patient]. Pas l'agresser, mais l'interpeler. » (M2-98)
- « il peut sensibiliser les gens » (M10-540) ; « il faut restimuler la patiente » (M7-386)

Les médecins attendaient que le pharmacien « soit plus alerte » aux éventuels problèmes en ce qui concerne la surveillance et l'adhésion thérapeutique, car « il les voit [les patientes] plus que moi, forcément. Un patient (…) aura tendance à aller plus souvent chez le pharmacien que chez le médecin. Pour d'autres raisons (…) les gens vont plus facilement en officine pharmaceutique, parce que nous on est que sur rendez-vous. » (M2-96), (M9-493)

- ***Les facteurs concernant la relation entre les professionnels de santé***

  - ***Le rôle de contrôle du pharmacien***

Tous les médecins ont dit faire confiance aux pharmaciens sur leur rôle de contrôle des ordonnances et ont exprimé le désir que le pharmacien leur signale les éventuels problèmes, liés aux posologies ou aux interactions médicamenteuses. (M8-431)

- « C'est son rôle de contrôler l'ordonnance et qu'il me téléphone s'il y a des problèmes. » (M5-268)
- « Il voit avec un logiciel qui détecte les interactions médicamenteuses » (M9-495)
- « Quand le pharmacien a un doute il l'envoie chez le médecin. » (M4-237)
- « Je fais confiance aussi au pharmacien sur les remarques qu'il a à faire sur les prescriptions, quand il a à le faire elles sont faites » (M1-14)

D'autre part le pharmacien a aussi un rôle de contrôle de l'officine : « Il surveille quand même son personnel » (M9-489)

  - ***La complémentarité des professions***

Certains médecins ont reconnu la complémentarité des professions et l'importance de la communication inter professionnelle : « On est complémentaires, on a tout l'intérêt à s'entendre » (M5-286). Ils regardaient le pharmacien comme « un confrère » avec « une formation universitaire longue » (M8-431) et qui « maitrise beaucoup mieux que moi les médicaments sur le plan technique … il y a des choses qu'il doit plus savoir que nous, les médecins. (M1-24)

- « On est comme des confrères… il n'y a pas de hiérarchie particulière » (M4-223)

Un médecin a affirmé faire confiance aux pharmaciens car ils «font leur travail sérieusement, correctement. » (M8-431), et il les voyait comme étant « des acteurs de santé qui peuvent rentrer effectivement dans la prévention des grandes directives nationales » (M8-443) ; « il y a quand même un rôle de santé du pharmacien, ils ne font pas sept ans d'études pour vendre des bonbons » (M8-431). En plus le pharmacien « connait les gens comme nous, il connait les pathologies, leur traitement » (M4-237).

  - ***Les échanges inter professionnels***

La communication inter professionnelle est un autre facteur qui influence la relation de confiance. Un médecin évoquait : « J'attends une transparence dans les deux sens », « qu'il

m'appelle en disant (…) il y a un souci… et que je puisse lui dire : oui, effectivement, il y a un souci. » (M2-83)

- ***Les difficultés de joindre le pharmacien***

Deux médecins ont déploré entretenir difficilement une relation avec le pharmacien car ce dernier était parfois injoignable :

- « Faudrait avoir essayé de les joindre des multiples fois, c'est des gens injoignables… Donc, moi j'ai laissé tomber. (…) On téléphone, on passe un appel, un autre appel, ça dure des fois 8-10 minutes d'attente, moi je n'ai pas le temps. Donc voilà. Le rapport avec monsieur Y est impossible, puisqu'il est injoignable. » (M2-67,69) ; ou encore « Il y a des pharmaciens qui ne sont pas dans leur officine. » (M10-546)

- ***Une attitude non-professionnelle de certains pharmaciens***

Les médecins ont rapporté certains problèmes, dans le cadre des échanges interprofessionnels avec les pharmaciens, qui peuvent influencer la relation de confiance.
Deux médecins ont signalé une attitude non-professionnelle de certains pharmaciens qui faisaient des commentaires devant le patient : « il y a des pharmaciens qui font peut être certaines remarques, qu'ils feraient mieux de [ne] pas faire… » (M10-534) ; « Ce n'est pas son rôle de dire « ça c'est bien pour vous, ça n'est pas bien pour vous » » (M10-538) ; « « Le pharmacien a dit que ce que vous avez fait ce n'était pas bien… ». Mais voilà. Ça reste un retour des patients. » (M2- 75)
Un médecin a mentionné un discours particulier du pharmacien par rapport aux souhaits et aux valeurs exprimés par les patientes, au sujet des génériques : « ils ont une certaine agressivité (…) ils réagissent « Pourquoi vous ne voulez pas de générique ? » (…) En ré envoyant aux gens cet aspect négatif (…) on leur dit « C'est ne pas bien ce que vous êtes en train de faire », alors qu'il suffirait simplement de leur expliquer (…) c'est ça que j'attends du pharmacien, qui (…) a souvent la tendance à culpabiliser la personne en face de lui. » (M2-85)

Un médecin a signalé que les pharmaciens « ont tendance à céder plus facilement à la demande des patients. Par exemple pour les AINS » (M7-378)
D'autre part, un médecin a rapporté qu'il faisait confiance aux pharmaciens, mais qu'ils « ont une autre façon de voir les choses que nous… ils résonnent en chiffre d'affaire, nous on ne raisonne pas en chiffre d'affaire ; mais bon, ils font un travail correct. » (M10- 536)

- ***Le manque de formation continue des pharmaciens***

Un médecin a signalé le problème des pathologies rares et de la formation des pharmaciens par rapport aux médecins : « Je leur fais confiance. Je serai peut-être un petit peu plus modérée sur des pathologies un peu plus rares ; les recommandations internationales… c'est vrai que le pharmacien il n'ira pas forcément le lire de la même façon… Je pense que leur formation au sujet des maladies n'est pas aussi pointue que la nôtre. Déjà nous on a du mal à comprendre les choses. Et je pense que pour eux c'est encore plus dur. » (M2-108)
Un autre médecin a exprimé une réserve par rapport à la prise en charge de l'ostéoporose par le pharmacien : « Peut-être dans l'ostéoporose… peut-être il y a moins de connaissances… (…) il y a des médicaments qui ont été retirés, les choses évoluent vite, ça change tout le temps au niveau des recommandations… » (M6-345,347)

- ***Les pharmacies de grande surface***

Deux médecins ont parlé de la particularité des pharmacies concentrant une grande patientèle :

- « Alors, dans les grosses pharmacies, souvent, où ils donnent les médicaments assez vite » (M10-546)
- « Je pense que les pharmaciens sont comme nous : plus la salle d'attente est pleine… plus on va vite, pour eux plus la fille d'attente est longue… ils passent vite. Parfois on ne prend pas assez de temps » (M7-392)

Deux autres médecins ont signalé la présence de personnel n'étant pas forcément pharmacien dans l'officine « à ceux-ci on ne peut pas leur demander quelque chose. Ils ne peuvent pas donner des conseils, ils n'ont pas le droit, parce que ils n'ont pas le diplôme » (M10-546)

- ***La situation géographique de la pharmacie***

6 médecins ont dit entretenir une relation particulière avec la pharmacie de proximité. Le rapprochement géographique, le fait de se connaître personnellement, de connaître les pratiques de chacun favorise la confiance inter professionnelle.

- « il y a une petite pharmacie de quartier avec laquelle je travaille de façon un peu plus privilégiée, puisque voilà, on est l'un à côté de l'autre, on se connait, on s'est rencontrés, on connait nos pratiques respectives et puis, la façon de faire de l'un et de l'autre… » (M1-28)

- « Ici c'est une situation un petit peu privilégiée parce que j'ai une pharmacie dans le village ; avec mon associé on est les gros prescripteurs de la pharmacie ; par rapport à une pharmacie de ville, elle va avoir des ordonnances de plusieurs médecins» (M9-513)

➢ **<u>La définition des rôles</u>**

○ ***<u>Le rôle du pharmacien</u>***

Dans notre étude certains médecins ont signalé que « maintenant il y a des pharmaciens qui s'investissent pas mal » (M10-552) et qu'ils « ne sont pas là, juste pour vendre des boites, (…) un pharmacien ce n'est pas un épicier » (M9-501). Pour ces médecins [2] le rôle du pharmacien était bien défini : un rôle d'information pour le patient ainsi qu'un rôle de lien entre le médecin et le patient si nécessaire :

- « son rôle c'est surtout d'expliquer aux patients que c'est un traitement qui est nécessaire, donc insister sur l'observance ; vis-à-vis du médecin, je pense qu'il faut envoyer un peu en quelque sorte l'ascenseur au médecin aussi, pour qu'il ne soit pas dépossédé de la prescription » (M3-181)

Certains médecins ont estimé qu'il n'y avait pas eu de changement de rôle du pharmacien : « c'est un rôle qu'il avait déjà avant (…) elle le faisait déjà avant » (M9-501, 503). Pour ces médecins [4] il s'agit plutôt d'une charge de travail supplémentaire pour les pharmaciens :

- « Quand on leur demande quelque chose… c'est toujours un peu plus » (M10-552).
- Le pharmacien « a des choses en plus à faire, si le temps lui permet, mais ce n'est pas un changement de rôle » (M7-400)
- « C'est ne pas un travail qu'il aurait forcement fait spontanément de façon aussi approfondie s'il n'y avait pas le programme SIOUX, évidemment. En effet ils ont une charge de travail supplémentaire, parce qu'il y a des charges à remplir et à suivre. » (M1-34)

A l'inverse, trois médecins ont signalé un changement du rôle du pharmacien :

- « tous les métiers évoluent… le métier de pharmacien a évolué aussi… le nôtre aussi… le fameux réseau de soins (…) ça change la perception des relations (…) le pharmacien semble plus sensibilisé au médicament, mais surtout quand il s'agit des

pathologies chroniques … au suivi de certaines pathologies, conjointement avec le médecin. Au début [de ma carrière] il délivrait les médicaments, c'était … je dirais… un peu l'épicier (…) maintenant ils évoluent un peu plus… je dirais… vers un métier scientifique » (M3-183)

- « le pharmacien prend plus de temps avec le patient, pour bien expliquer les choses » (M6-351)
- « la patiente le voit plus comme un conseiller, alors qu'avant c'était (…) un commerçant. C'est une fonction qu'il n'avait pas eu auparavant. » (M7-398)

Un médecin a rapporté une attitude particulière des autres médecins : « une espèce de crainte du rôle du pharmacien dont ils estimaient qu'il semblait dépasser son rôle initial (…) Ce sont des craintes qui n'ont pas lieu d'être en ce qui me concerne et que je n'ai jamais ressenties non plus de la part de mes collègues pharmaciens » (M1-26)

- ***Le rôle du médecin***

Tous les médecins ont signalé que pour eux, il n'y avait pas eu de changement de rôle suite à la mise en place du projet SIOUX et aux nouvelles attributions des pharmaciens.

- « Je ne pense pas que ça change grande chose… ça permet d'officialiser … il y a peut-être certains médecins qui vont se rendre compte que le pharmacien il a un rôle dans le suivi et l'éducation thérapeutique du patient. Moi j'étais persuadé avant… je pense qu'elle le faisait déjà avant. » (M9-503)
- « Je parle des précautions à prendre par rapport au médicament (…) je ne pense pas que ça a changé quelque chose dans mon approche. » (M1-36)
- « Non. Moi je fais partie de cette génération…, je pense que si on [ne] travaille pas en coopération les uns avec les autres, notre système de santé va s'écrouler.» (M2-116)

- **Les bénéfices d'une coopération médecin-pharmacien**

Dans notre étude, tous les médecins ont affirmé qu'une relation de coopération médecin-pharmacien apportait toujours des bénéfices aux patients ainsi qu'aux professionnels de santé.

- *Les bénéfices **pour les patientes***

Tous les médecins se sont accordés sur le fait que les bénéfices d'une relation de coopération inter professionnelle étaient surtout pour les patientes, et consistaient principalement en l'amélioration de l'adhésion thérapeutique :

- « Dans mon activité ça [ne] va pas m'aider beaucoup, mais je pense que c'est pour le patient, pour l'observance » (M6-355)
- « c'est surtout un bénéfice pour le patient, c'est le but (…) une meilleure surveillance pour le patient. Il y a donc un meilleur contact, une meilleure prise en charge du patient, donc probablement une meilleure observance. » (M3-185)
- « une relation de coopération c'est important (…) si le patient entend la même chose chez le médecin et chez le pharmacien, il va se sentir plus en confiance, ça va l'aider justement à mieux prendre son traitement ; pour l'observance » (M9-505)
- « Je pense que si on travaille ensemble, c'est mieux… pour le patient (…) On participe au même objectif (…) la prise en charge des patients et de leur pathologie, donc… pour l'observance, pour le suivi de traitement…» (M4-249)

Trois médecins ont signalé une double sécurité pour les patients suivis par des médecins et des pharmaciens qui travaillent en coopération :

- « pour obtenir une bonne observance et une sécurité maximales dans l'utilisation du médicament » (M8-433) (M10-560)
- « Les gens ont compris qu'on rentre dans une étude qui est complètement encadrée ; ils sont complétement pris en charge [par le pharmacien, par le médecin, l'équipe de l'ETP de l'hôpital] et sont inclus dans une espèce de micro… micro société. C'est extrêmement rassurant. (…) Et puis en plus on leur dit qu'on les aime, parce qu'on s'occupe d'eux. Ça n'a pas de prix. » (M2-88)

- ***Les bénéfices pour les professionnels de santé***

Six médecins ont rapporté qu'une relation de coopération médecin-pharmacien permettait de transmettre un message cohérent au patient :

- « une relation de coopération c'est important. Le fait qu'on s'entend bien ça permet d'avoir le même discours» (M9-505) ;
- « Si on arrive à faire passer correctement les messages (…) alors les gens auront confiance en nous, (…) on gagnera tous du temps, et puis on va gagner en

transparence (…) pour moi les économies sont là (…) le bénéfice il est réel. » (M2-118, 120)

Les médecins ont affirmé qu'un travail en coopération facilitait la communication :

- « Les bénéfices sont pour le patient, pour le pharmacien et pour le médecin. Si jamais il n'y a pas de contact, au moindre problème, ça peut prendre des proportions importantes. » (M10-556)

De plus, ils ont expliqué que la coopération pluri professionnelle pouvait être une clef améliorant le système de santé :

- « il y a toujours un bénéfice quand il y a plusieurs acteurs de santé qui interviennent dans un même but et dans un même projet. Voilà. C'est toujours pareil : c'est répéter, répéter, répéter... en insistant, qu'on arrive à des résultats. » (M8-457)
- « je pense que si on [ne] travaille pas en coopération les uns avec les autres, notre système de sante va s'écrouler. Donc on doit se décider à être… performants ensemble (…) avec les pharmaciens, les infirmières, les patients» (M2-116, 118)

- ***Les bénéfices du programme SIOUX***

Les médecins interrogés ont insisté sur le fait que le programme SIOUX était réellement bénéfique pour les patientes. Parmi ces bénéfices, ils ont notamment mentionné l'importance de l'éducation thérapeutique du patient, du cahier de suivi et de l'implication active du pharmacien.

- ***L'éducation thérapeutique des patients***

Un médecin a mis en évidence l'importance de l'éducation thérapeutique dans un milieu organisé :

- « le plus important du projet SIOUX c'est le fait que les patientes passent une journée à l'hôpital, où on les prend en charge, on leur explique l'ostéoporose, on leur explique les enjeux, le traitement, on leur donne des conseils » (M8-445)

- ***L'inclusion dans un programme totalement encadré***

Un médecin a mis en évidence l'importance des relances des patientes au cours du programme, par les professionnels qui travaillent dans le cadre du programme SIOUX et qui ont participé à l'éducation thérapeutique :

- « ils reçoivent aussi des relances…. Ça leur permet aussi de les rendre plus actifs dans la prise en charge de leur maladie » (M8-453)

Un autre médecin a soulevé la problématique du personnel qui travaille dans la pharmacie et le bénéfice du programme SIOUX :

- « … à la pharmacie … je ne sais pas si c'est le pharmacien ou la préparatrice qui délivre les médicaments, si elle explique de la même façon… Le fait d'avoir le projet ça permet de sensibiliser tout le monde à la pharmacie pour que ça soit fait de façon correcte par tout le monde » (M9-503)

Deux médecins ont rapporté que l'inclusion dans un programme de surveillance thérapeutique permettait au patient de prendre conscience de sa maladie : « la patiente sait que c'est un programme, elle fait attention » (M9-497) De plus, le programme SIOUX a pu représenter une aide pour les professionnels de santé : « ça me permet de sensibiliser … une sensibilisation plus importante à l'observance thérapeutique, au suivi thérapeutique» (M8-453)

- ***L'implication active du pharmacien dans la prise en charge des patientes***

Un autre médecin a souligné l'importance de la nouvelle prise en charge par les pharmaciens :

- « Dans le cadre du projet SIOUX le pharmacien reçoit la patiente dans son bureau, il peut donner les conseils, en plus du fait de délivrer les médicaments ; c'est totalement différent. » (M5-280)

- ***Le cahier de suivi***

4 médecins ont signalé l'utilité du cahier de suivi dans la prise en charge des patientes :

- « le cahier… il explique bien les choses » (M3-189)
- « c'est rempli très rapidement et ça permet d'avoir une base pour chaque patient » (M7-396)

- « le cahier de SIOUX… en format papier… je préfère… c'est plus simple… pour les patientes aussi » (M6-361)
- Pour les patientes : « elle vient avec son carnet à toutes les consultations (…) est très impliquée dedans. (…) Pour la patiente je pense que c'est important d'avoir ça. (…) Pour l'ostéoporose, le fait d'avoir un support, la patiente peut reprendre les notions» (M9-497)
- Pour les professionnels de santé : « Pour nous… le cahier, c'est un support, on sait (…) qu'il y a certaines questions à poser. Ça permet de ne pas oublier des choses. » (M9-497)

– ***Le patient – acteur de santé***

4 médecins ont signalé un changement de rôle du patient, qui dans le cadre du programme SIOUX, devenait acteur de sa propre santé. Pour eux, ce fait pourra augmenter l'adhésion thérapeutique et conduire à une meilleure observance.

- « Le patient faut qu'il soit acteur de sa santé et il faut qu'on soit solidaires autour de lui » (M2-118)
- « Si on sensibilise le patient, en lui expliquant déjà qu'on le suit, avec des choses un peu matérialisées, comme ce questionnaire… il se sent investi. (…) elles sont investies en quelque chose, donc elles suivent leur traitement » (M1-38)
- « ça responsabilise le patient avec le cahier de suivi (…) pour le patient… c'est surtout là que ça change quelque chose » (M6-351)

D'autre part, 3 médecins n'ont pas adhéré à cette idée et ont signalé que :

- « Ça dépend du patient ça… . Il y a des gens qui participent, qui sont acteurs de leur santé, il y en a d'autres qui sont un peu plus passifs et donc qui se laisseront guider… (…) on [ne] peut pas demander à tout le monde d'avoir un rôle actif dans la prise en charge de sa pathologie, quelle qu'elle soit… » (M3-187)

➢ **<u>Les inconvénients d'une coopération médecin-pharmacien / du programme SIOUX</u>**

Tous les médecins ont été d'accord avec le fait qu'il n'y avait pas d'inconvénient dans la création d'une relation de coopération médecin-pharmacien, ni dans le cadre du programme SIOUX.

- « C'est rapide. Ça doit être rapide. (…) je ne vois pas d'inconvénients » (M10-562,564)

Quelques difficultés relatives au déroulement du programme SIOUX ont été signalées par les médecins participants aux entretiens semi-dirigés.

- ***Une charge de travail supplémentaire***

Trois médecins ont signalé comme difficulté la charge de travail supplémentaire que représentait le fait de remplir les questionnaires :

- « Même nous on a plus de travail (…) il faut surtout trouver un moment pour organiser ça pendant la consultation » (M1-34)
- « Des lourdeurs au projet (…) je le pense je le dis, mais en même temps je ne vois pas comment on pourrait le faire autrement … oui, il y a des papiers. Oui il y a du suivi. Oui, c'est compliqué, quoi ! (…) c'est un peu long, mais… on est obligé de passer par là (…) pour qu'il existe» (M1-44)

Certains médecins ont exprimé la crainte que cette charge de travail devienne excessive pour les médecins généralistes : « si on multiplie (…) ce genre des choses, en fonction des pathologies (…) ça deviendra très lourd pour le médecin traitant, parce que c'est sur lui que tout tombe (…) ; le généraliste se retrouve au carrefour du destin, tout converge vers lui et il se retrouve avec tout (…) et il faut être prudent de ce côté-là. » (M3-191)

- « Il [ne] faut pas que ça soit trop administratif, trop de papiers à faire… » (M6-361)
- « Pour SIOUX il y a des questionnaires qu'on remplit, ça va. Après… ça fait peut-être trop… je pense que c'est bon comme ça.» (M7-408)

Quatre médecins ont rapporté le problème du temps : « c'est chronophage » (M7-406) ; « on est tous pressés par le temps, il faut toujours cibler… » (M8-466)

- « Pour se rencontrer… je ne sais pas quand ! C'est trop difficile, ça ! » (M1-50)
- « moi si on consulte 15 minutes, honnêtement le projet SIOUX il faut que j'aie trente minutes avec les gens, 15 minutes ce [n'] est pas assez» (M2-114)

  A l'inverse, 4 médecins n'ont pas adhéré à cette idée : « C'est assez rapide… je pense… il faut toujours qu'il soit le plus simple possible » (M3-191)

- ***Les difficultés d'une relation de coopération***

Un médecin a considéré comme une difficulté la relation interhumaine : « c'est humain, c'est une relation personnelle, c'est plus individuel… Il y a des pharmaciens qu'on approche plus facilement, comme il y a des pharmaciens avec qui c'est difficile » (M4-251)
Trois médecins ont estimé que le programme SIOUX n'était pas un programme permettant une relation de coopération médecin-pharmacien : (M4-217) ; « c'est plutôt médecin-patient, pharmacien-patient » (M6-349)

- « C'est un patient qui a une relation avec son pharmacien et avec son médecin, elle est probablement plus matérialisée parce qu'il y a du support et le programme, mais je n'ai pas l'impression de plus coopérer qu'un collègue pharmacien parce qu'on travaille en binôme sur les patientes-là. » (M1-46)

- ***Autres difficultés***

Un médecin a signalé comme difficulté le cahier de suivi du point de vue de la patiente : « le cahier … ça les saoule. Alors. C'est le problème de toutes les études. On sait bien qu'il faut remplir des cases, des questions… Ça les gens ils n'aiment pas (…) ils ont du mal à amener leur cahier pour que je le remplisse, ils ont du mal à l'amener au pharmacien. » (M2-90)
Un autre médecin a rapporté un problème organisationnel : « On a aussi le problème logistique (…) le secrétariat n'est pas toujours ouvert, après c'est embêtant » (M2-125)
Un biais de sélection des patientes étant incluses dans le programme SIOUX a été expliqué par un médecin : « Il y a patients et patients. En général les gens qui ont refusé de participer au projet SIOUX sont ceux qui vont arrêter leur traitement. Justement les gens qui adhèrent au traitement sont ceux qui ont accepté le suivi. » (M5 -282)

- ***L'impact du programme SIOUX sur la relation médecin-pharmacien***

6 médecins ont rapporté que pour eux le programme SIOUX n'avait pas eu d'impact dans la relation avec les pharmaciens. (M1-30) (M7-394)

- « Non, à mon niveau, non. Ici il y a une pharmacie, 95% des patients vont dans cette pharmacie… dans les villes c'est diffèrent » (M5-280)

  D'autre part 4 médecins ont signalé quelques avantages :

- « je ne suis pas sûr que ça ait changé grande chose, mais ça aide » (M6-349)
- « la réunion (…) peut être une manière de prendre contact, d'aplanir certains conflits (…) ça a permis d'améliorer les relations (…) le fait de se parler directement ça permet souvent d'améliorer les relations» (M4-241, 243)

- [concernant la relation pharmacien-médecin] « peut-être à eux ça leur a fait du bien par rapport à nous » (M2-110)

Pour un médecin, le programme SIOUX « Ça peut encourager la communication… pour certains confrères s'il [n'] y avait pas de communication, avec des confrères pharmaciens ; surtout dans les villes, ou il y a X pharmacies » (M3-179)

- **<u>L'évolution des programmes de coopération médecin-pharmacien</u>**

Pour améliorer le programme SIOUX, un médecin a émis l'idée d'une réunion médecin-pharmacien-patiente :

- « ça serait intéressant que les patients nous voient nous et eux… une réunion générale (…) Ensemble : une réunion médecin-pharmacien-patient. Qu'ils voient qu'on est tous dans la même pièce. Pour le même objectif. » (M2-127)

Une autre idée a été l'inclusion informatique des patientes dans le programme et une communication par mail :

- « une fois que l'informatique nous permettrait de les inclure… ça serait vachement plus simple (…) à moi, ça me fait perdre mon temps » (M2-125)
- « Le fait de pouvoir communiquer par mail, au jour d'aujourd'hui, c'est quand même plus intéressant » (M2-94)

Pour deux médecins la coopération médecin-pharmacien « ça se fait naturellement (…) on travaille ensemble et ça c'est tout » (M10-566) ; « ça se fait spontanément » (M7-408) et donc il n'y a pas besoin d'autres moyens à mettre en place.

- « il me semble exister, donc je ne vois pas où il y a quelque chose à développer » (M1-50)

Toutefois, 4 médecins ont précisé l'intérêt de développer la relation de coopération médecin-pharmacien dans d'autres pathologies, pour améliorer l'adhésion thérapeutique. Les domaines cités ont été les pathologies chroniques (4 médecins), les pathologies cardio-vasculaires 4 (médecins), le diabète (4 médecins), le maintien à domicile (1 médecin), et l'épilepsie (1 médecin).

- « D'autres pathologies, si… notamment les problèmes d'épilepsie, d'insuffisance cardiaque, les diabétiques … c'est important qu'on parle » (M4-255)
- « La coopération moi je veux bien l'améliorer dans le maintien à domicile (…) la problématique est là : comment peut-on faire pour avoir une communication plus intéressante ? (…) C'est l'absence de réactivité qui fait qu'on perd des gens » (M2-129)

4.2. RESULTATS DES PHARMACIENS

4.2.1. Caractéristiques des pharmaciens constituant l'échantillon du programme SIOUX

Nous avons réalisé 10 entretiens en face-à-face avec des pharmaciens inclus dans le projet SIOUX. La population cible est constituée par l'ensemble des pharmaciens participant au programme SIOUX. L'échantillon représente les pharmaciens adhérant au programme SIOUX et ciblés pour un entretien semi-dirigé. Les participants ont été codés avec la lettre « P » suivie d'un chiffre, en fonction de l'ordre chronologique des entretiens. Les informations ont été recueillies au début de chaque entretien par l'enquêteur, de mai à juillet 2014 (Tableau V).

Tableau V : Caractéristiques des pharmaciens interrogés, constituant l'échantillon dans le cadre du programme SIOUX

Pharmacien (code)	Sexe	Tranche d'âge (ans)	Installé depuis (ans)	Lieu d'exercice	Nombre de patients SIOUX	Ancienneté dans le projet SIOUX (mois)	Durée de l'entretien (minutes)
P1	F	40	10	Rural	>1	12	15
P2	M	>50	25	Urbain	1	14	34
P3	M	>50	27	Urbain	1	16	13
P4	M	<40	26	Urbain	1	11	13
P5	M	<40	20	Rural	1	9	13
P6	M	>50	33	Urbain	>1	17	11
P7	M	>50	12	Semi-rural	1	10	12
P8	F	>50	18	Rural	1	16	17
P9	F	<40	10	Urbain	>1	17	10
P10	F	>50	35	Urbain	>1	17	12

F : femme ; M : homme

Sur les 10 pharmaciens interrogés, on dénombre 6 hommes pour 4 femmes. 4 pharmaciens exercent en milieu rural ou semi-rural, et 6 en milieu urbain. Une majorité de pharmaciens (6

sur 10) est âgée de plus de 50 ans. La moitié des pharmaciens est installée depuis au moins 20 ans. La majorité des pharmaciens interrogés (7 sur 10) correspond à des titulaires, les autres (3 sur 10) étant assistants. Quatre pharmaciens suivent plus d'un patient de la cohorte SIOUX, et ce depuis plus d'un an. Seuls 2 pharmaciens ont une ancienneté dans SIOUX de moins d'un an. La durée moyenne des entretiens est de 13 minutes, excepté pour un pharmacien (34 minutes) avec lequel il a été plus compliqué d'orienter l'entretien sur les thèmes de notre guide d'entretien.
Les binômes médecin-pharmacien qui suivent la même patiente sont présentés dans le Tableau VI.

Tableau VI : Binômes médecin généraliste-pharmacien suivant la même patiente au sein de l'échantillon du programme SIOUX

Code médecin	Code pharmacien
M1	P3
M1	P2
M2	P4
M3	Pharmacien non joignable
M4	P10
M5	P1
M6	P7
M7	P6
M8	P9
M9	Pharmacien non joignable
M10	Pharmacien non joignable
Médecin non joignable	P8
Médecin non joignable	P5

Ont été ainsi constitués 8 binômes médecin-pharmacien. Un médecin fait partie de 2 couples. Lorsque nous ne parvenions pas à contacter un professionnel de santé, un autre a été sélectionné dans le but d'obtenir un échantillon de 10 pharmaciens. Ceci a conduit à interroger 3 médecins sans leur binôme pharmacien, et 2 pharmaciens sans leur binôme médecin.

Dans le tableau VII, les caractéristiques de l'échantillon de pharmaciens ont été comparées à celles de la population cible du programme SIOUX.

Tableau VII : Caractéristiques de l'échantillon et de la population cible de pharmaciens faisant partie du programme SIOUX

Pour les pharmaciens		Echantillon		Population	
		Nombre	%	Nombre	%
Sexe	Hommes	6	60 %	26	53,06 %
	Femmes	4	40 %	23	46,94 %
Tranche d'âge (ans)	≤ 40	3	30 %	8	16,33 %
	40-50	0	0 %	9	18,37 %
	≥ 50	7	70 %	32	65,31 %
Lieu d'exercice	Urbain	6	60 %	21	42,85 %
	Semi-rural	1	10 %	12	24,48 %
	Rural	3	30 %	16	32,65 %
Nombre de patients SIOUX	1	6	60 %	39	79,59 %
	> 1	4	40 %	10	20,40 %

Les représentations graphiques permettent de constater que l'échantillon est assez représentatif de la population cible du programme SIOUX en termes de répartition hommes/femmes (Figure 7). L'échantillon concentre cependant davantage de pharmaciens âgés de plus de 50 ans et de moins de 40 ans (Figure 8), davantage de pharmaciens exerçant en milieu urbain (Figure 9) et davantage de pharmaciens suivant plusieurs patients (Figure 10).

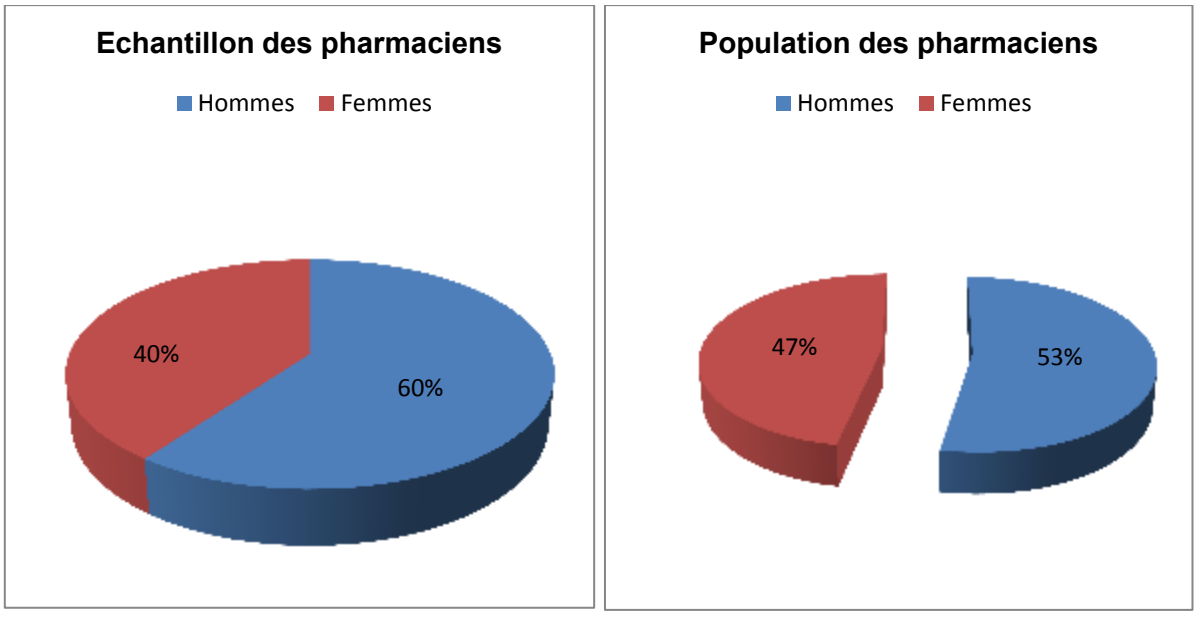


Figure 7 : Répartition par sexe des pharmaciens au sein de l'échantillon constitué (partie gauche) et de la population cible (partie droite) du programme SIOUX

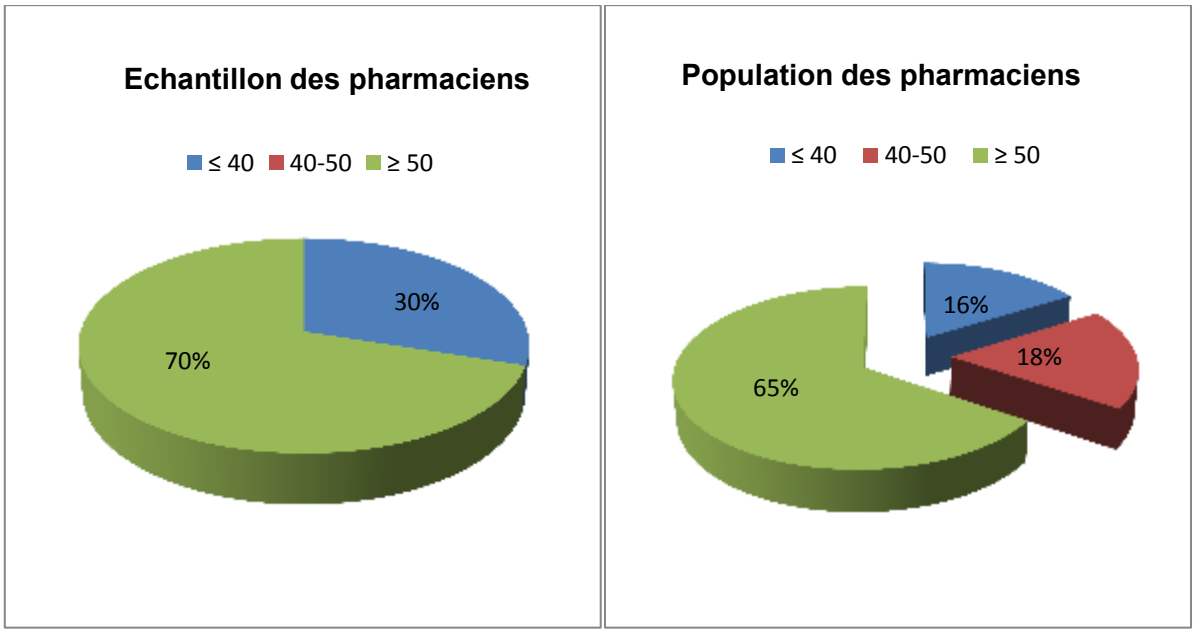


Figure 8 : Distribution des pharmaciens en fonction de leur âge (ans) au sein de l'échantillon constitué (partie gauche) et de la population cible (partie droite) du programme SIOUX

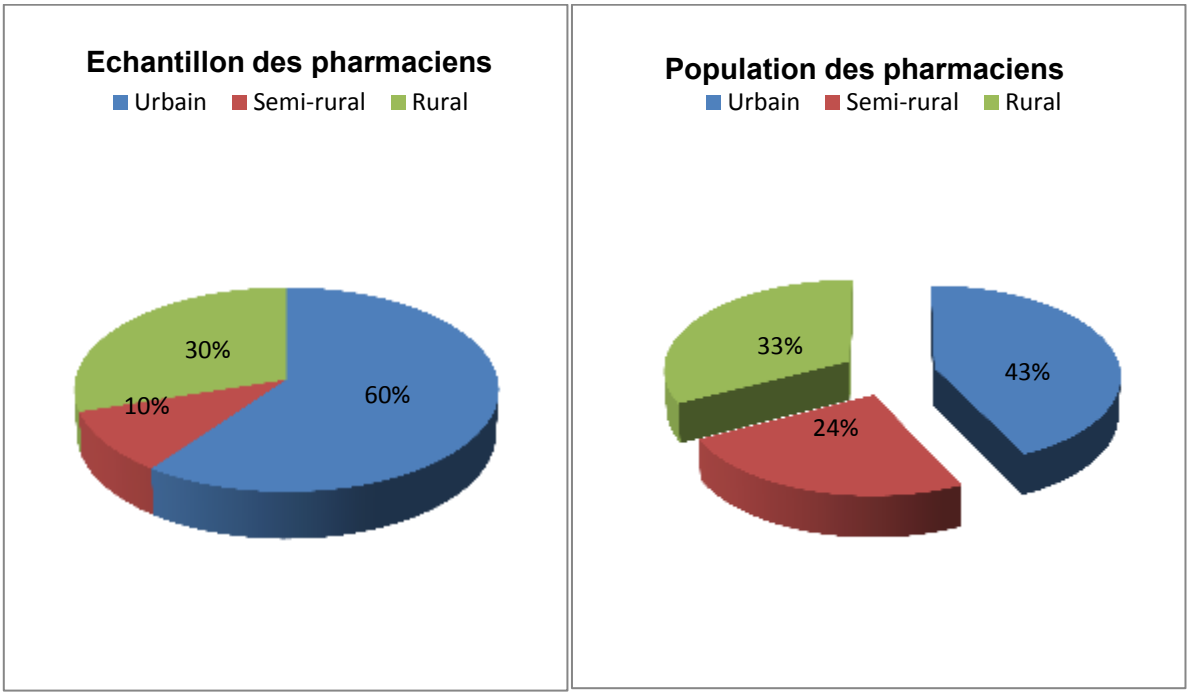


Figure 9 : Distribution des pharmaciens en fonction de leur lieu d'exercice au sein de l'échantillon constitué et de la population cible du programme SIOUX

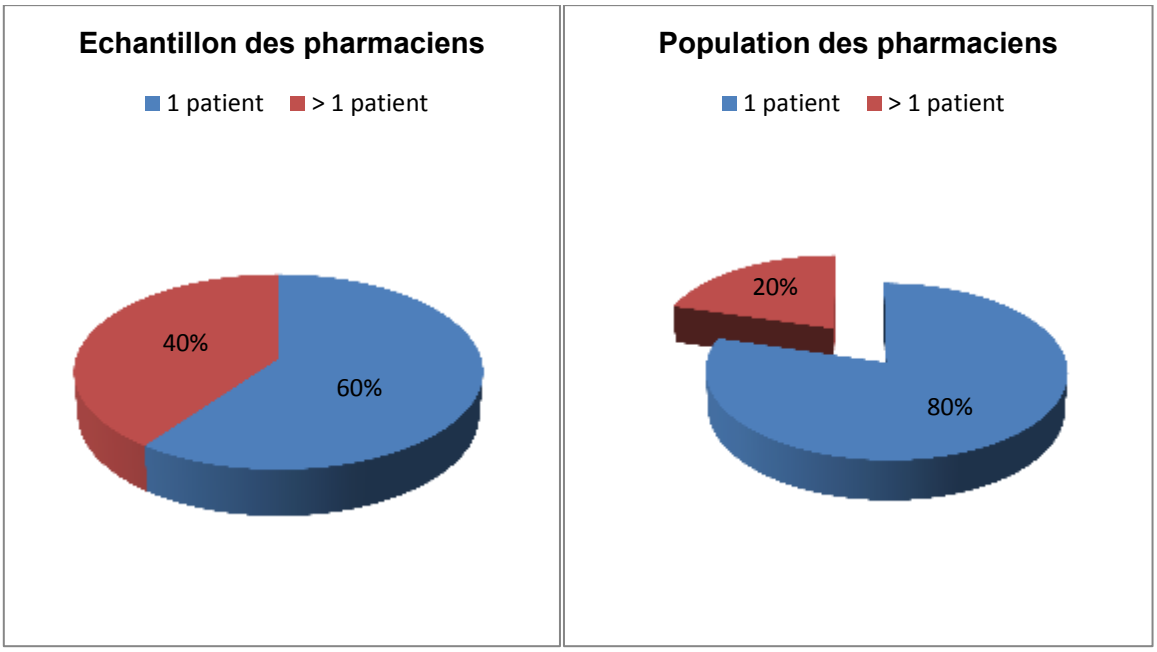


Figure 10 : Distribution des pharmaciens en fonction du nombre de patients suivis dans le cadre du programme SIOUX, au sein de l'échantillon constitué et de la population cible du programme SIOUX

4.2.2. Analyse qualitative des entretiens semi-dirigés au sein de l'échantillon de pharmaciens

La méthode d'analyse des entretiens semi-dirigés effectués avec les pharmaciens est conforme à celle décrite précédemment dans le chapitre Matériel et méthodes.

- **La relation médecin-pharmacien en dehors du projet SIOUX**

Avant de participer au projet SIOUX, 7 pharmaciens sur 10 (70%) connaissent déjà le médecin de la patiente qu'ils suivent, grâce à des échanges concernant d'autres patients. Parmi les 3 pharmaciens qui ne connaissent pas le médecin généraliste, l'un d'entre eux a pris contact avec ce dernier au cours du projet SIOUX afin de se présenter, tandis que les 2 autres n'ont pas vu la nécessité de le faire.

- ***Le rythme des échanges avec les médecins généralistes***

En dehors du projet SIOUX, ces 7 pharmaciens échangent plus ou moins fréquemment avec le médecin généraliste qui suit leur patiente :

- 5 pharmaciens (71%) communiquent régulièrement, dès qu'ils rencontrent un problème avec l'ordonnance du patient (P4-8, P5-16, P7-32, P8-10, P9-8).
- 2 d'entre eux (29%) échangent très régulièrement (P6-18), voire plusieurs fois par semaine (P1-36).

Un pharmacien a signalé qu'il existe un manque de communication entre les 2 professionnels de santé.

- « La communication est nécessaire, pour moi c'est ce qu'il manque. » (P4-68).

Des difficultés de relations interhumaines ont été évoquées par 2 pharmaciens (P8-103).

- « Il y a des médecins qui sont plus difficiles et où la communication passe moins bien. Tout comme il y a surement des pharmaciens. » (P4-74).

L'âge des professionnels de santé a également été avancé par un pharmacien comme étant un facteur pouvant influencer le développement d'une communication plus poussée.

- « Je pense qu'avec les jeunes médecins, la communication passera. Je pense qu'à mon âge [rire], on ne s'y mettra pas forcément. » (P8-46).

○ ***<u>Le moyen de communication utilisé entre médecin et pharmacien</u>***

Tous les pharmaciens (100%) ont affirmé qu'ils préfèrent communiquer avec le médecin généraliste par téléphone. Ils estiment qu'il s'agit du moyen de communication le plus rapide et le plus simple :

- « Pour l'instant, c'est vrai que c'est le téléphone la meilleure source de communication avec les médecins. » (P8-46).

Cependant, d'autres moyens de communiquer ont été commentés par les pharmaciens. Un pharmacien (10%) était d'avis mitigé. Il a expliqué qu'il utilise beaucoup le téléphone, notamment pour les urgences, mais qu'il préfèrerait communiquer par une messagerie sécurisée (P4-16) :

- « Quand on appelle les médecins, ou même quand eux nous appellent, cela dérange toujours. […] Le téléphone, c'est pratique quand on veut une réponse tout de suite, mais quand cela peut attendre, les mails, c'est mieux. » (P4-18).

Dans le même ordre d'idée, 2 pharmaciens ont insisté sur la nécessité d'une mise en route rapide du dossier médical informatisé des patients, ainsi que du développement des messageries sécurisées (P4-16) :

- « Avec certains [médecins], la communication se fait par Internet, par Pharmacrypt. » (P8-46).
- « Avec le médecin, nous avions parlé de [communiquer par] messagerie, mais le problème c'est qu'elle [le médecin] n'avait pas de messagerie sécurisée. Donc on ne pouvait pas lui renvoyer d'informations médicales. » (P4-12).

Un pharmacien a rappelé que dans tous les cas, la communication doit se faire « de façon rapide et efficace. » (P2-74). Un autre pharmacien (10%) a mentionné avoir l'occasion d'échanger avec le médecin de temps en temps, lorsque ce dernier passe à la pharmacie. (P1-36)

Un pharmacien (10%) a déclaré avoir déjà rencontré le médecin en dehors de son lieu de travail :

- « L'autre jour, je me suis retrouvé à un repas professionnel auquel participait également le docteur X. » (P6-82).

La moitié des pharmaciens (50%) a affirmé que les échanges entre les médecins et eux ont surtout pour but de régler des problèmes concernant les ordonnances tels que des précisions au niveau des traitements prescrits ou des posologies indiquées. Ils ne concernent pas vraiment les patients eux-mêmes, et n'ont pas pour objet de se transmettre des informations sur ceux-ci (P2-44, P5-16, P7-30, P8-38, P10-38).

- **<u>La relation médecin-pharmacien dans le cadre du projet SIOUX</u>**

La moitié des pharmaciens (50%) a eu au moins un contact avec le médecin généraliste depuis l'inclusion de la patiente dans le projet SIOUX. Parmi ces 5 pharmaciens, 3 d'entre eux (60%) n'ont eu qu'un seul contact avec le généraliste, dont un à l'initiative du médecin et non du pharmacien (P2) (P2-64, P4-4).

- « Je l'ai appelé au début […] et depuis, si j'ai besoin, je vois surtout avec [le spécialiste]. » (P3-3)

Les 2 autres (40%) ont communiqué de temps en temps, suite à des rencontres avec la patiente (P1-40, P6-28).

L'autre moitié de pharmaciens n'a pas pris contact avec le médecin. Différentes raisons ont été évoquées :

- tous (100%) ont estimé ne rien avoir à dire au médecin
    - « Je n'ai rien à lui dire ou à faire avec lui. » (P2-18).
    - « Je ne vois pas ce que j'aurai pu lui dire au médecin. » (P5-26).
- un des 5 pharmaciens (20%) a cité le manque de temps (P10-14).
- un autre (20%) a préféré échanger avec le médecin spécialiste de sa patiente :
    - « Je préfère me mettre en relation avec le docteur X qui est spécialiste plutôt qu'avec son généraliste. » (P7-20).
- un dernier (20%) a noté que l'éloignement géographique l'en a dissuadé (P9-8).

- ***L'initiation de la relation médecin-pharmacien***

Sur les 5 relations médecin-pharmacien ayant été identifiées dans le cadre du projet SIOUX, 3 (60%) ont débuté grâce au pharmacien (P1-40, P3-11, P6-18).
Le rôle du patient dans la relation médecin-pharmacien

Au cours de toutes les prises de contact ayant eu lieu dans le cadre du projet SIOUX, les pharmaciens ont indiqué que la patiente n'avait eu aucun rôle.

- ***Le moyen de communication utilisé entre médecin et pharmacien***

Lors du tout premier contact, le téléphone a été utilisé 3 fois sur 5 (60%) (P1-40, P3-9, P6-18).
Un médecin a eu contact avec le pharmacien en lui écrivant (20%) :
    - « [Le médecin] a vu que j'avais oublié d'enlever les feuilles jaunes du précédent entretien, il a mis un post-it vert dessus. Il ne m'a pas téléphoné pour [cela]. » (P2-64).

Un couple médecin-pharmacien (20%) s'est rencontré pour la première fois lors d'une réunion SIOUX se déroulant à l'Hôpital de Mercy (P4-4).

- ***La raison de la première prise de contact***

Les 5 prises de contact ont été motivées par des raisons différentes (Figure 11) :
- le 1er pharmacien désirait partager des informations concernant le suivi de la patiente, les effets indésirables survenus ou les traitements pris (P1-36, 40).
- le 2nd pharmacien a rencontré un problème de suivi administratif :
    - « J'avais oublié d'enlever les feuilles jaunes du précédent entretien. » (P2-64).

- le 3ème pharmacien voulait se présenter au médecin (P3-55) et le prévenir qu'il participait au projet SIOUX (P3-11).
- le 4ème pharmacien souhaitait faire connaissance avec le médecin (P4-26).
- le 5ème pharmacien a contacté le médecin pour le motiver à participer au projet (P6-18) et pour partager des informations concernant le suivi de la patiente, les effets indésirables survenus ou les traitements pris.

- « […] sur le suivi du traitement, sur les échanges que j'avais avec la patiente. » (P6-30).

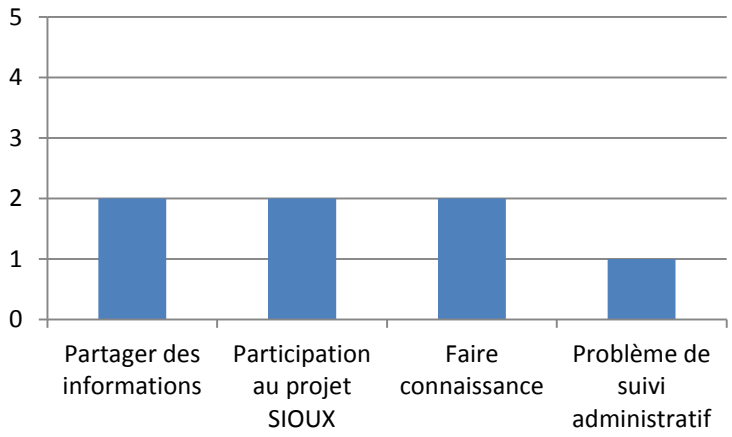


Figure 11 : Raisons de la première prise de contact entre médecin et pharmacien dans le cadre du programme SIOUX

Pour chaque situation, les pharmaciens ont pris en compte ce qui avait été dit au cours de l'échange bien qu'ils aient précisé qu'il s'agit plutôt de partage d'informations que de recherche de solution à des problèmes qui seraient apparus dans la prise en charge de la patiente.
Lors de la survenue d'effets indésirables dus au traitement, le rhumatologue s'est chargé de modifier le traitement (P1-42).

- ***La suite des échanges***

Après ces 5 premiers échanges, les pharmaciens se sont montrés ouverts à l'idée de communiquer à nouveau avec le médecin :

- « Il n'y a pas de barrière. Ils sont ouverts. » (P4-28).

Cependant, seuls 2 (40%) ont poursuivi les échanges, dans le but de se transmettre des informations sur la patiente lorsqu'ils la rencontraient (P1-40, P6-38). Les 3 autres ne l'ont

pas fait, car ils n'y ont pas vu de raison. S'il y avait eu nécessité, ils l'auraient fait sans problème.

- **La confiance réciproque médecin-pharmacien**

La quasi-totalité des pharmaciens (90%) interrogés pense sans hésitation que le médecin leur fait confiance de manière générale. Seul un pharmacien (10%) a exprimé des réticences quant à la confiance existant entre le médecin participant au projet SIOUX et lui-même :

- « Je ne peux pas répondre […] à cause de ce médecin en particulier. C'est un très bon médecin, et qui… Comment peut-on dire ? … est très sûr de lui. » (P8-26, 28).

Néanmoins, tous les pharmaciens (100%) déclarent avec assurance avoir confiance en les médecins, de manière générale et concernant l'ostéoporose dans le contexte de notre étude. Aucun d'entre eux ne pense que le projet SIOUX a eu un impact dans la relation de confiance qui existait déjà entre le médecin et le pharmacien :

- « On avait déjà une grande estime l'un pour l'autre, donc je ne pense pas que cela ait changé quoi que ce soit. » (P6-52).

Nous avons analysé les facteurs ayant un impact dans la relation de confiance qui existe entre le médecin et le pharmacien et ceux-ci peuvent être regroupés en 2 catégories :
- les facteurs concernant la relation avec le patient,
- les facteurs concernant la relation entre professionnels de santé.

- ***Facteurs concernant la relation avec le patient***

Plusieurs pharmaciens ont expliqué qu'il existe une différence de rapports entre le médecin et le patient, d'une part, et le pharmacien et le patient, d'autre part. Les échanges ne sont pas les mêmes en raison d'un sentiment supérieur de culpabilité en cas de mauvaise observance du traitement face au médecin, et en raison d'une confidentialité différente entre le cabinet du médecin et l'officine du pharmacien (P2-60, P10-58) :

- « Ce ne sont pas les mêmes discussions, ce ne sont pas les mêmes rapports. » (P2-64).

- ***Facteurs concernant la relation entre professionnels de santé***

Neuf pharmaciens ont affirmé qu'il a toujours existé de bons rapports sans barrières avec les médecins généralistes (P1-54, P2-54, P4-28, P5-42, P6-52, P7-42, P8-38) :

- « On communique beaucoup avec les médecins en général. » (P3-45).
- « Ce ne sont pas des métiers qui sont cloisonnés. […] La relation est toujours bonne, parce qu'on travaille main dans la main, le médecin et le pharmacien, même si on ne se rencontre pas. » (P10-38, 62).

Un pharmacien a même voulu préciser qu'il n'existe pas de hiérarchie entre le médecin et le pharmacien (P1-58).

- ***La situation géographique de la pharmacie***

Six pharmaciens ont admis avoir de meilleure relation avec les médecins exerçant à proximité de leur pharmacie et être freinés par l'éloignement géographique (P3-59, P4-74, P6-26, P9-8) :

- « Ce n'est pas un médecin de mon secteur donc je ne le connais pas spécialement. » (P2-14).
- « Dans le contexte de la maison médicale, on marche main dans la main. » (P5-42).

Un pharmacien a noté que le fait qu'il possède une pharmacie en ville l'empêche de pouvoir consacrer plus de temps à sa relation avec le médecin, comparé à un pharmacien exerçant en milieu semi-rural ou rural (P2-54).

- ***La spécificité du fonctionnement d'une officine***

Trois pharmaciens ont affirmé que la taille de l'officine, de la patientèle ainsi que de l'effectif de pharmaciens impactent le temps disponible pour établir une relation avec le patient ou le médecin (P1-104, P5-68) :

- « Quand la pharmacie est pleine de monde, on passe aussi moins de temps dans le relationnel. » (P2-64).

- ***L'état d'esprit des médecins***

Tout d'abord, 5 pharmaciens ont noté un manque d'intérêt et de motivation de la part du médecin dans les actions de coopération interprofessionnelle (P7-68, P8-32), et notamment dans la participation à des réunions interprofessionnelles (P6-60) :

- « Elle [la patiente] m'a dit que c'était très rapide, voilà… il [le médecin] devait être pressé. » (P5-78).
- « Je pense que les médecins ne sont pas très impliqués dans le projet. […] Ils ont une partie à remplir dans le livret et en discutant plusieurs fois avec les patients, ils ont eu du mal à obtenir le livret rempli. » (P9-10, 12).

Ensuite, 2 pharmaciens ont estimé que le médecin a une vision dégradée de la profession de pharmacien, du fait qu'il pense avoir une supériorité de compétence par rapport au pharmacien (P5-70, P6-72) :

- « Les médecins sont supérieurs à nous. […] Ils le croient. » (P6-62).

Deux pharmaciens ont déploré un manque de courtoisie des médecins lorsqu'ils prennent contact avec eux (P8-32, 77) :

- « Quand on les appelle, on n'est pas forcément reçu agréablement. » (P9-44).

Deux pharmaciens ont exprimé une impression de déranger quand ils appellent le médecin, et un manque de disponibilité de sa part (P3-41) :

- « Quand on appelle les médecins concernant une ordonnance, on les dérange. […] Ils ne sont pas forcément disponibles comme nous le souhaiterions. » (P9-42).

Trois pharmaciens ont expliqué qu'ils prennent soin de la manière avec laquelle ils conversent avec le médecin (P2-44, P5-52) :

- « Si vous amenez une solution, en général ils disent oui. Mais il ne faut pas l'amener directement… il faut l'amener en proposant. […] Il ne faut pas dire « Je remplace tel médicament par ». Parce que dans ce cas : « Bon eh bien ne m'appelez pas. ». » (P3-88).

Trois autres pharmaciens ont ressenti des crispations de la part du médecin, liées à la défense de leur profession. Ceci est à rapprocher d'un problème de définition des rôles (P2-44, P5-50) :

- « Il y a souvent une barrière de… Comment vous dire… De compétence. Quelque fois, les médecins se demandent le rôle exact du pharmacien dans le traitement qu'ils instaurent. Ils ont l'impression que le pharmacien peut aller sur les plates-bandes du médecin généraliste, alors que ce n'est jamais le cas pour le pharmacien. » (P7-52).

Enfin, un pharmacien a évoqué la qualité des consultations du médecin (P2-58) :

- « Les médecins font moins d'analyse que dans le temps. Souvent, ils ne prennent plus la tension. » (P2-64).

➢ **<u>La définition des rôles médecin et pharmacien</u>**

Parmi les 10 pharmaciens « interviewés », 4 (40%) ont rapporté que les rôles du médecin et du pharmacien sont bien distincts, et doivent le rester (P2-58, P3-88, P8-38, P10-58).
Trois pharmaciens (30%) sont d'avis que le rôle du pharmacien a changé au travers du programme SIOUX. Ils s'estiment plus impliqués dans la prise en charge (P5-42), plus axés sur les problèmes médicaux et thérapeutiques que personnels de leur patient (P6-46, 48) et plus présents dans le système de santé :

- « Cela replace le pharmacien au cœur du système de santé, proche du patient, avec l'explication de son traitement, la bonne observance… » (P7-62).

○ ***<u>Le rôle du médecin vu par les pharmaciens</u>***

Les pharmaciens interrogés ont cité pour rôle du médecin (Figure 12) :
- la prescription : la majorité des pharmaciens (60%) est d'accord pour insister sur le rôle de prescripteur du médecin (P1-74, P2-58, P3-35, P5-32, P7-64, P10-62). Un des pharmaciens a précisé que le médecin généraliste est « la pierre angulaire de ce projet. […] C'est le pilier de ce projet. » (P7-64). Cependant, ces 6 pharmaciens ont aussi souligné que le rhumatologue a un rôle de prescription « supérieur » à celui du généraliste (P7-40) :

- « Il [le médecin généraliste] se réfère aussi au rhumatologue, le [référent] étant le rhumatologue. » (P1-74).

- le diagnostic : 4 pharmaciens (40%) ont souligné le rôle incontournable du médecin au niveau du diagnostic et au niveau de l'aspect médical et technique de la profession (P1-74, P2-58, P6-44, P8-79).
- le suivi : 4 pharmaciens (40%) ont affirmé que le médecin doit s'occuper de la prise en charge et du suivi médical du patient (P1-74, P2-58, P3-35, P10-62).
- l'explication du traitement : un seul des pharmaciens (10%) a affirmé que le médecin doit expliquer le traitement au patient (P2-58).

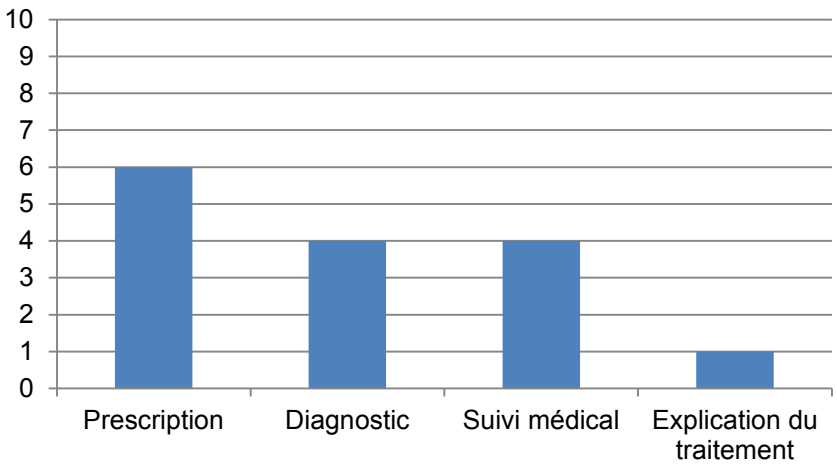


Figure 12 : Les divers rôles du médecin généraliste d'après les pharmaciens constituant l'échantillon du programme SIOUX

- ***Le rôle du pharmacien vu par les pharmaciens***

Les pharmaciens ont évoqué diverses tâches, définissant ainsi leur métier comme étant pluridisciplinaire (P7-68) (Figure 13) :

- la dispensation de conseils et d'informations nécessaires au bon usage des médicaments (P3-31, P5-32, P6-44),
- la délivrance de médicaments (P3-35, P8-79, P10-62),
- l'éducation thérapeutique dans l'ostéoporose (P4-34, P5-32) :
    - « C'est en plus du traitement, tout ce qu'il y a autour, la mise en place du programme d'éducation thérapeutique, les précautions à prendre dans le cadre de l'ostéoporose, comme faire attention à ne pas tomber. » (P1-74).
- vérifier la bonne observance des traitements (P1-74, P2-58, P5-32),
- être à l'écoute et disponible pour discuter de divers sujets afin d'améliorer la connaissance mutuelle, dans le but de faire passer des messages de prévention en santé d'une meilleure manière (P1-74, P10-62),
- analyser l'ordonnance médicale si elle existe :
    - « Je surveille ce qu'il [le médecin] prescrit, je fais en sorte que ce qu'il donne soit conforme à ce qui doit être donné. […] Si ça ne correspond pas au schéma que je connais, je l'appelle. » (P10-62)

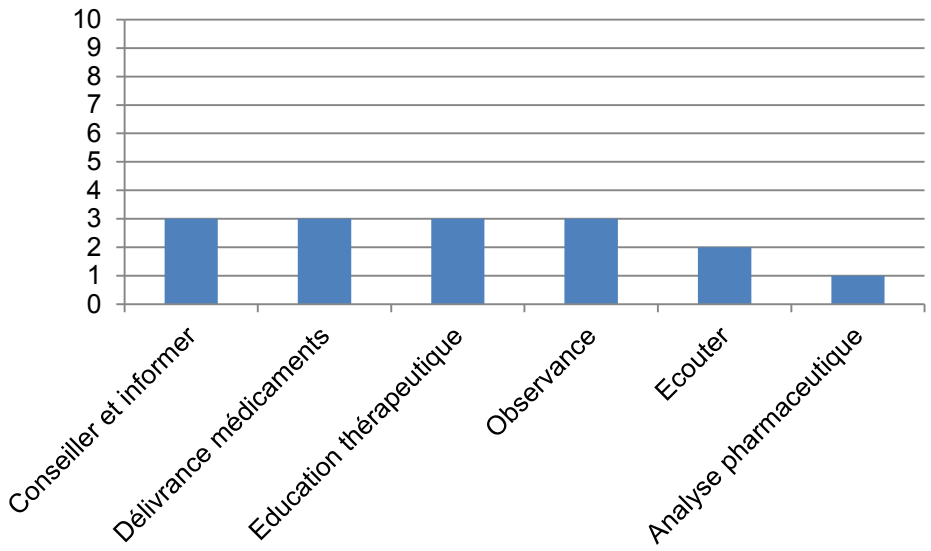


Figure 13 : Les divers rôles du pharmacien d'officine d'après les pharmaciens constituant l'échantillon du programme SIOUX

- **<u>Les bénéfices du programme SIOUX</u>**

Globalement, 8 pharmaciens sur 10 ont estimé que la collaboration médecin-pharmacien et le programme SIOUX apportent des bénéfices, que ce soit au patient, au médecin ou au pharmacien lui-même (P1-86, P3-49, P4-66, P5-48, P6-86, P7-60, P8-50) :

- « Cela permet que les patients soient suivis et par le médecin, et par le pharmacien donc je pense que cela les oblige à avoir une bonne observance et à s'impliquer davantage dans leur traitement. » (P9-28).

- ***<u>Bénéfices pour le patient</u>***

Six pharmaciens ont remarqué que l'ensemble du programme, et notamment les entretiens pharmacien-patient effectués, sont précieux pour inciter les patients à adhérer à leur traitement. De plus, ils permettent d'évaluer le niveau de cette adhésion (P2-30, P4-44, P5-70, P7-56, P9-28) :

- « Les entretiens tous les 6 mois permettent d'avoir une notion d'observance » (P1-92).

Quatre pharmaciens sont d'accord avec le fait que les séances d'éducation thérapeutique du patient se déroulant à l'hôpital sont très bénéfiques pour le patient (P4-44, P5-56). Elles permettent aux patients d'être très au courant de leur pathologie (P3-51, P4-52).

- « Pour moi, ce qui est très bien, le programme d'éducation thérapeutique qu'a mis en œuvre Monsieur Poivret au niveau des patients avec l'éducation. Quand on voit les ateliers du programme, je dirai que c'est le centre de toute la démarche. » (P3-49).
- « C'est toujours important d'apporter un maximum d'informations aux patients, et les patients sont demandeurs d'informations sur leurs pathologies, leurs traitements, les prises en charges. » (P9-46).

D'après 3 pharmaciens, le programme a permis également d'impliquer davantage le patient dans la prise en charge de sa pathologie en le rassurant et en le soutenant (P1-88, P2-50, P5-70).
Un pharmacien a souligné que cette nouvelle implication dans l'ostéoporose a modifié le rôle du patient pour un pharmacien :

- « Notre patiente, elle était vraiment consciente de son action à elle dans sa vraie vie […]. Les patients après, deviennent acteurs de leur maladie. » (P4-81).

- ***Bénéfices pour la relation pharmacien-patient***

Trois pharmaciens ont apprécié que le programme SIOUX leur permette de tisser des liens particuliers avec leurs patients (P1-92, P5-34, P10-16) :

- « On a un rapport avec beaucoup plus de confiance. » (P1-80).

Deux pharmaciens ont noté l'importance des échanges entre les professionnels de santé d'une part et le patient d'autre part (P2-46) :

- « Les patients apprécient aussi de pouvoir nous rencontrer nous, en plus des médecins, et de pouvoir parler d'un sujet aussi important. » (P9-28).

- ***Bénéfices pour les professionnels de santé***

La nécessité d'une relation de collaboration entre les médecins et les pharmaciens a été exprimée par six pharmaciens (P3-70, P4-68, P5-48, P8-38, P9-32) :

- « Je trouve que la relation médecin-pharmacien est essentielle. On a besoin d'eux comme ils ont besoin de nous. » (P10-24).

Quatre pharmaciens ont rapporté divers bénéfices apportés par le travail collaboratif dans le cadre du programme SIOUX :

- l'amélioration des rapports entre médecins et pharmaciens, notamment grâce aux réunions de coordination

  - « Ce sont des démarches qui vont améliorer, je trouve, les rapports médecin-pharmacien, de se retrouver ailleurs au sujet d'un patient […] Cela permet de discuter d'autres choses et de créer des liens. » (P1-104).
  - « Ce sont des attitudes de bon voisinage, de respect l'un pour l'autre, de communication entre professionnels de santé. » (P6-38).

- le renforcement du message délivré au patient :

  - « Quand tu dis quelque chose, la personne sait que ce n'est pas que le pharmacien qui parle, mais l'ensemble des professionnels, et je trouve que ça a plus d'impact. » (P5-46)

- l'intérêt porté au patient par les deux professionnels de santé :

  - « Cela permet que les patients soient suivis et par le médecin, et par le pharmacien donc je pense que cela les oblige à avoir une bonne observance. » (P9-28).

Quatre pharmaciens ont souligné l'importance des réunions organisées à l'hôpital de Mercy auxquelles ont participé médecins et pharmaciens, pour avoir une vision d'ensemble sur la prise en charge, et créer un point de rencontre (P4-26, P6-86) :

- « Ce que j'apprécie, ce sont les réunions le soir. C'est bien, parce que cela donne une vision globale de la prise en charge ; chacun intervient, et c'est pas mal. » (P3-47).
- « Ce que j'ai trouvé bien dans la réunion la dernière fois, c'est que cela rapproche médecins et pharmaciens qui normalement ne se rencontrent quasiment jamais. » (P5-70).

Cependant, 2 pharmaciens auraient apprécié que les binômes médecin-pharmacien s'y retrouvent (P2-68) :

- « Je n'ai pas l'impression qu'il y avait des binômes. » (P1-66).

Deux pharmaciens ont expliqué qu'un des bénéfices du programme SIOUX est qu'ils se sentent plus investis et impliqués dans le suivi de leur patient participant au programme (P1-80, P5-44).

L'un d'eux a également noté que les entretiens individuels lui ont permis d'apprécier la motivation du patient (P5-34).

Le second a suggéré que le médecin est également plus motivé :

- « Je pense que du coup, de par le projet SIOUX, il [le médecin] prend beaucoup plus de temps avec le patient. […] Enfin, je pense qu'ils sont plus investis. » (P1-76).

Une amélioration des rapports avec le médecin a été rapportée par 2 pharmaciens (P4-26) :

- « Cela nous crée du coup un sujet commun, cela crée des liens un peu plus privilégiés et qui sont sympas. » (P1-86).

Un pharmacien a rapporté que le carnet de suivi SIOUX lui a créé un lien avec le médecin :

- « Via le carnet, je trouve que finalement, on est relié. Parce que tu fais la suite du travail du médecin sur le même carnet. […] Donc on est deux à être impliqués dans le même projet même si on n'en a pas parlé. » (P5-56).

Deux pharmaciens ont affirmé que le programme SIOUX permet un changement de rôle du pharmacien (P5-44) :

- « Cela replace le pharmacien au cœur du système de santé, proche du patient. » (P7-62).

Un pharmacien a noté qu'il a enrichi ses connaissances, notamment lors des réunions de coordination médecins/pharmaciens :

- « […] sur la connaissance de la pathologie oui, énormément. […] Je ne pensais pas que l'ostéoporose pouvait se traiter à ce point-là, ou bien que cela pouvait évoluer à ce point-là. » (P6-86).

Dans le même ordre d'idée, un pharmacien a expliqué que des échanges avec le médecin lui permettent de récolter des informations nécessaires à une meilleure analyse des ordonnances :

- « Ils nous en disent plus pour lever une contre-indication qui va sortir, comme l'insuffisance cardiaque ; sinon, nous n'avons aucun moyen de le savoir. » (P8-56).

Un pharmacien a apprécié que le programme SIOUX lui ait permis de faire des rencontres, et ainsi de diversifier son activité quotidienne (P1-104).
Un pharmacien a exprimé l'intention de prendre contact prochainement avec le médecin traitant de la patiente qu'il suit (P7-24).

- **<u>Les inconvénients du programme SIOUX</u>**

Tous les pharmaciens ont affirmé qu'il n'y a pas d'inconvénients à une relation de coopération médecin-pharmacien : « Ca ne peut être que positif. » (P9-40). Cependant, plusieurs problèmes ont été évoqués.

Un pharmacien a signalé un manque de recul dans les effets du programme (P7-68).

Deux pharmaciens ont estimé qu'ils n'ont pas pu pousser la collaboration avec le médecin plus loin en raison de la faible nécessité de suivi qu'impliquent les traitements par voie injectable d'une part et en l'absence de problèmes particuliers à signaler d'autre part, notamment concernant l'adhésion au traitement (P4-14) :

- « Je suis un patient sous Aclasta. On n'a pas réellement de contacts avec le médecin parce que l'injection se fait à l'hôpital. Et pour l'autre patiente […], il n'y a pas de soucis d'observance. Donc en fait, je n'ai pas eu de raison de contacter les médecins. » (P9-10).

Sept pharmaciens ont confirmé cette idée en expliquant qu'ils n'ont pas vu de raison de prendre contact avec le médecin (P2-20, P3-41, P5-26, P7-20, P8-16, P9-10) :

- « Je n'ai jamais eu de problème particulier avec l'ordonnance du médecin traitant, donc je ne l'ai pas appelé… Pour faire quoi ? » (P10-10).

Tous les pharmaciens ont constaté que les 2 professionnels de santé manquent de temps pour mener à bien les entretiens et communiquer entre eux (P1-104, P3-21, P4-24, P5-66, P6-74, P7-68, P8-103, P9-46, P10-14) :

- « Il y a des problèmes de disponibilité, parce que figurez-vous bien qu'on n'a pas que ça à faire. » (P2-24).

Trois pharmaciens ont affirmé que la rémunération du pharmacien est un problème et doit changer afin de les encourager à effectuer des entretiens avec les patients (P4-78) :

- « C'est sûr qu'il y a des enjeux économiques derrière, puisqu'on nous réduit notre marge de manœuvre sur le médicament, il va bien falloir qu'on retrouve une marge de manœuvre sur de la rémunération de conseil. » (P2-44).
- « Les objectifs économiques font qu'on ne peut pas les faire. […] Il faut que la rémunération soit différente. » (P10-48).

Deux pharmaciens ont eu l'impression que leurs pratiques professionnelles étaient remises en cause alors qu'elles ne nécessitent pas forcément d'améliorations (P2-48, P10-46) :

- « Faut arrêter de nous dire qu'on ne fait pas notre métier. » (P2-72).

Un pharmacien a signalé un risque de biais concernant la mise à disposition du carnet de suivi au patient :

- « Le patient peut regarder les réponses qu'il avait mises avant. Cela peut poser problème. » (P4-50).

Un pharmacien a estimé que les questionnaires lors des entretiens avec le patient ne sont pas assez poussés et pourraient durer plus longtemps (P4-40).

Deux pharmaciens auraient aimé qu'il y ait plus de relances pour rappeler aux patients leurs rendez-vous avec les professionnels de santé afin d'éviter les oublis et retards (P2-50, P4-52).

Un pharmacien n'a pas pu s'estimer assez efficient en raison du faible nombre de patients inclus dans le programme SIOUX, et donc du manque de récurrence de ses pratiques :

- « On n'a pas beaucoup de patients. Ce serait du quotidien […] ça serait bien. » (P4-56).

Un pharmacien a estimé que le programme SIOUX est un modèle de collaboration hospitalier. Il ne peut donc pas s'appliquer à l'officine qui est un mode d'exercice libéral :

- « Vous n'êtes plus dans le libéral là. […] mais dans l'hospitalier. Nous, à l'officine, on ne peut pas faire ça. » (P10-44, 46).

En effet, ce pharmacien a expliqué que l'augmentation de la prise de contact avec les médecins est une pratique courante à l'hôpital où les professionnels de santé ont l'habitude de plus communiquer entre eux. Ils échangent autour des cas de patients et ont ainsi une approche plus globale de la prise en charge.

Deux pharmaciens ont finalement émis des réticences à une approche collectiviste de la prise en charge des patients (P10-28), à la mise en place d'entretiens individuels avec ces derniers (P10-14, P2-28) et à l'utilisation de questionnaires au cours de ces entretiens (P2-42).

- **<u>L'évolution des programmes de coopération médecin-pharmacien</u>**

La moitié des pharmaciens a affirmé qu'il est nécessaire d'organiser à l'avenir des rencontres entre professionnels de santé : réunions formelles, restaurants ou réunions de convivialité, formation professionnelle commune entre médecins et pharmaciens… (P5-70, P6-82, P7-50, P8-105) :

- « Il faudrait peut-être prévoir des réunions d'information à la fois médecin-pharmacien, qu'il y ait plus de débats, plus de partage en fait, entre les deux professions. Plus de rencontres. » (P9-32).

Deux d'entre eux ont proposé de réunir le trio médecin-pharmacien-patient (P2-68, P6-96).

Deux pharmaciens ont suggéré que les programmes des études de médecine et de pharmacie soient uniformisés afin de sensibiliser chacun au travail collaboratif et d'harmoniser les points de vue (P8-42) :

- « Je pense qu'il faudrait rassembler les étudiants en médecine et en pharmacie… » (P9-40).

Trois pharmaciens ont estimé qu'il faut créer un cadre officiel autour de la collaboration médecin-pharmacien, afin de la définir clairement, de la réglementer et de rappeler les rôles de chacun (P6-70, P7-52) :

- « Si on veut que ce type de projet devienne de plus en plus important, par maladie, alors il faut ré-envisager les missions du pharmacien. » (P10-48).

A l'inverse, deux pharmaciens ont mis en garde contre la protocolisation qui dénaturerait les relations interhumaines (P2-30, 38) :

- « Quand les choses commencent à devenir obligatoires, ça casse la nature du projet. » (P6-96).

Sur les 8 pharmaciens auxquels la question a été posée, tous (80%) ont répondu qu'il faut développer la coopération médecin-pharmacien dans d'autres pathologies que celle de l'ostéoporose, afin d'améliorer l'adhésion thérapeutique des patients (P1-94, P2-30, P4-66, P5-58, P6-78, P7-62, P8-56, P9-46) :
Les domaines cités ont été :
- les pathologies chroniques en général (3 pharmaciens),
- l'asthme (3 pharmaciens),
- les cancers (2 pharmaciens),
- le diabète (2 pharmaciens),
- les pathologies cardiovasculaires (1 pharmacien).

Parmi eux, un pharmacien a cependant émis quelques réserves quant à l'objectif recherché. :

- « Je ne suis pas contre, d'ailleurs j'adhère à ces expériences. Mais il faut bien comprendre où cela nous mène. » (P2-72).

5. DISCUSSION

5.1. DISCUSSION DE LA METHODE

5.1.1. Les aspects positifs de l'étude

- **La méthode qualitative avec des entretiens semi-dirigés**

Le choix de la méthode qualitative a permis aux médecins et aux pharmaciens que nous avons interrogés d'exprimer librement leur vécu sur les relations interprofessionnelles et leur expérience personnelle dans le cadre du programme SIOUX. Grâce à cette méthode, nous avons pu recueillir des réponses riches et variées, qui nous ont permis de mieux comprendre les interactions médecin-pharmacien, et les facteurs freinant et favorisant une relation de coopération médecin-pharmacien.
La méthode d'entretien semi-dirigé a permis d'explorer le vécu de chaque professionnel, avec les sentiments, les comportements et les expériences personnelles, dans le respect de la confidentialité des données. Les professionnels de santé se sont confiés avec sincérité, sans hésiter à se remettre en question.

- **Le guide d'entretien basé sur un modèle conceptuel validé**

Nous avons conçu le guide d'entretien après une revue de la littérature portant sur la collaboration médecin-pharmacien dans le monde. Cette démarche minutieuse nous a permis de construire des questions ouvertes, ayant une base solide : le modèle théorique validé de McDonough et Doucette. Ce modèle décrit les différentes étapes nécessaires au développement d'une relation de coopération interprofessionnelle et les facteurs qui peuvent influencer ces étapes : les caractéristiques individuelles, les caractéristiques du contexte et les caractéristiques des échanges, avec l'initiation de la relation, la confiance et la spécification des rôles.

Nous avons pris en compte toutes ces facteurs dans la réalisation des questions ouvertes. Ce fait nous a permis d'explorer en détail la relation de coopération médecin-pharmacien dans le cadre du programme SIOUX, pour identifier éventuellement les freins et les leviers d'une relation de coopération interprofessionnelle.

Le guide d'entretien a permis aux participants d'exprimer librement leur ressenti par rapport aux thèmes proposés, ainsi que d'apporter de nouvelles idées auxquelles nous n'avions pas pensé, sans pour autant trop nous éloigner du sujet de la discussion.

- **Des perspectives complémentaires**

Les interviews avec les professionnels de santé étaient menées avec le même guide d'entretien. Ce fait nous a permis d'étudier la relation de coopération médecin-pharmacien dans sa complexité, avec la vision complémentaire des deux professionnels de santé. Dans un deuxième temps, nous avons analysé de façon comparative ces deux perspectives, afin d'en dégager les freins et les leviers d'une relation interprofessionnelle. Le programme SIOUX avait débuté depuis un an et demi, donc l'expérience de chaque professionnel était importante.

- **La diversité des participants**

Dans notre étude la richesse des données, l'expression d'une grande variété de points de vue, a été assurée par la diversité des professionnels de santé. Suite à l'échantillonnage minutieux, nous avons réussi à interroger des professionnels ayant une expérience très variée en raison de leur sexe, de leur tranche d'âge, du lieu et de la durée de leur exercice en libéral, et du nombre de patientes qu'ils suivaient dans le cadre du programme SIOUX.

Cependant nous avons comparé nos échantillons avec la population constituée par l'ensemble des médecins généralistes et des pharmaciens participants au programme SIOUX. Nous avons pu constater que l'échantillon de médecins présente les critères de variabilité semblables à ceux de la population en termes de sexe, lieu d'exercice et nombre de patients inclus dans le programme SIOUX. En ce qui concerne l'échantillon de pharmaciens, il est assez représentatif de la population SIOUX en terme de répartition hommes/femmes, mais nous concentrons cependant davantage de pharmaciens de plus de 50 ans et de moins de 40 ans, des pharmaciens exerçant en milieu urbain et qui suivaient plusieurs patients. On peut en conclure que notre échantillon n'est pas représentatif de la population de pharmaciens, sachant que le but de notre thèse était de recueillir des réponses riches et variés, et non pas d'avoir une valeur statistique.

- **Le déroulement des entretiens**

Les entretiens semi-dirigés se sont déroulés de façon détendue et conviviale. Les professionnels de santé étaient satisfaits de notre démarche, du fait que nous allions à leur rencontre et notamment sur leur lieu de travail, que nous prenions en compte leur avis et à leur ressenti en les laissant s'exprimer sur la relation de coopération médecin-pharmacien et les avantages et inconvénients du programme SIOUX.

Les médecins et les pharmaciens ont accepté de partager leurs opinions et leurs expériences sur les thèmes abordés. De plus, ils ont montré leur intérêt et leur enthousiasme à participer à notre étude « à quatre mains » et concernant l'analyse comparative de la coopération médecin-pharmacien et du programme SIOUX.

À la fin des entretiens les professionnels interrogés étaient ravis d'avoir accepté de participer à notre étude et ils ont montré leur intérêt à connaitre les conclusions de notre travail. Certains médecins se disaient motivés et prêts à recevoir de nouveaux patients inclus dans le programme SIOUX, ainsi qu'à discuter avec le pharmacien pour véhiculer un message commun devant les patients.

- **Une atmosphère de confiance**

Un aspect important de notre étude a été le climat de confiance établi lors des entretiens. Il nous est paru plus judicieux que l'interne en médecine, interroge les médecins généralistes, et que l'étudiante en pharmacie s'entretienne avec les pharmaciens. Le but de cette mesure était de faciliter les échanges en plaçant le médecin et le pharmacien dans une atmosphère de confiance afin qu'ils soient plus enclins à parler ouvertement et librement. Globalement chacun a pu s'exprimer sans se sentir jugé et sans barrières interprofessionnelles, car l'entretien se déroulait de façon individuelle et restait anonyme.

Même si la durée de l'entretien avait été annoncée à 20 minutes lors de la prise des rendez-vous, les professionnels ont été grandement disposés à partager leur expérience et ainsi, de nombreux entretiens ont dépassé le temps initialement prévu.

- **La transcription et le codage manuel**

Dans notre étude la transcription des entretiens semi-dirigés a été réalisée manuellement, mot- à-mot, au fur à mesure des entretiens, et avec les nuances quand cela était possible,

afin de respecter la validité et la richesse des résultats. Ce processus minutieux nous a permis un contact intime avec le verbatim, fait qui nous a aidé ensuite, lors du processus de codage.

Nous avons réalisé le codage ouvert manuellement, afin d'explorer le maximum de données possibles. Ensuite, nous avons revu ensemble les catégories d'analyse, pour se rapprocher au maximum des critères de Berelson qui assurent la validité interne des données : l'homogénéité, l'exhaustivité, l'exclusivité, l'objectivité et la pertinence.

- **Une étude novatrice**

D'après nos connaissances, notre travail est la première thèse d'exercice réalisée en binôme par une interne en médecine générale et une étudiante en pharmacie. Notre collaboration nous a permis de mettre en commun nos connaissances, nos points de vue et nos idées afin d'enrichir au maximum notre travail. A l'image d'une équipe, nous nous sommes soutenues et aidées à chacune des étapes, de la revue de la littérature jusqu'à la conclusion de notre étude.

Par ailleurs, le contact avec les professionnels de santé, leur expérience et l'analyse de la relation de coopération médecin-pharmacien ont été une expérience très enrichissante pour nous deux, à l'aube de notre carrière professionnelle.

5.1.2. Les limites de l'étude

- **L'échantillonnage**

Nous avons estimé que la méthode du tirage au sort n'était pas appropriée pour sélectionner l'échantillon qui nous a permis d'étudier les freins et les leviers d'une relation de coopération médecin-pharmacien.

Ayant en vue que le projet SIOUX a débuté en janvier 2013, il nous est paru raisonnable de sélectionner les participants en fonction de leur ancienneté dans le programme. Les variables que nous avons pris en compte étaient le sexe, la tranche d'âge, le lieu et la durée d'exercice depuis l'installation, ainsi que le nombre de patients suivis dans le cadre du projet SIOUX. Afin de recueillir une double perspective sur la coopération interprofessionnelle, nous avons essayé, dans la mesure du possible, d'interviewer des binômes médecin-pharmacien.

Cette méthode de sélection de l'échantillon peut représenter un biais interne dans notre étude. Toutefois, le but n'était pas de représenter l'ensemble de la population mais de diversifier les profils. La méthode de recherche qualitative nous a permis de sélectionner les participants en fonction de leur pertinence, dans le but d'explorer la plus grande diversité possible de témoignages.

Même si la base de données du programme SIOUX n'a pas permis de comparer notre échantillon à la population sur les critères d'âge et de sexe, nous avons observé que l'échantillon représentait les médecins qui était installés depuis moins de 15 ans à leur cabinet ainsi que les médecins installés depuis plus de 20 ans. L'échantillon des pharmaciens représente les deux sexes, aussi que les professionnels en dessous de 40 ans et ceux qui avaient plus de 50 ans.

- **Difficultés rencontrées lors de la prise des rendez-vous**

Parmi les dix-neuf médecins généralistes et les treize pharmaciens contactés, huit médecins ont refusé de participer à notre étude contre seulement trois pharmaciens. Les raisons de ces refus différaient selon les professions : le manque de temps et d'intérêt prédominaient chez les médecins généralistes tandis que les pharmaciens dévalorisaient leur utilité. Ces faits confirment certains de nos résultats concernant les freins à la collaboration interprofessionnelle.

- **Le recueil des données et l'utilisation du guide d'entretien**

Il s'agissait pour nous de la première réalisation d'entretiens semi-dirigés. Malgré nos recherches documentaires et notre formation à la Faculté de Médecine de Nancy, destinées à nous aider à maitriser au maximum la méthode des entretiens semi-dirigés, notre manque d'expérience a obligatoirement impliqué une perte d'informations et des oublis lors de leurs déroulements.

Dans un souci de gain de temps nous avons décidé de mener nos entretiens séparément, sans observateur neutre pour transcrire le non verbal lors des interviews. Malgré nos efforts pour rester neutre en tant qu'enquêteur, des erreurs ont été inévitables.

Le guide d'entretien utilisé a été le même pour tous les participants. Théoriquement, il peut être adapté au cours et à l'issue de chaque entretien, à condition que les modifications restent mineures et n'en modifient pas le sens. Nous avons parfois changé l'ordre des

questions de manière non pertinente, mal compris les réponses de nos interlocuteurs ou pris en compte des réponses non pertinentes données par les professionnels de santé.

D'autre part, les professionnels interrogés lors des premiers entretiens étaient les plus anciens dans le programme SIOUX et leur expérience, et donc les données recueillies lors de ces entrevues, étaient très attendues dans le cadre de notre étude. Le souhait de sortir le maximum d'information a pu nous influencer pendant le déroulement des premiers entretiens.
Au fur et à mesure des entretiens nous avons appris à utiliser et à adapter mieux le guide d'entretien, pour obtenir les réponses à nos questions. Au vu de la diversité et de la richesse des informations que nous avons recueillies, ainsi que de la satisfaction des participants, ce problème ne semble pas avoir été un obstacle majeur à la pertinence des résultats de notre étude.

- **Le nombre réduit d'entretiens**

Nous avons réalisé dix entretiens avec chacune des deux catégories de professionnels de santé, comme nous l'avions prévu au début de notre étude. Pour nous, ce nombre reflétait la faisabilité du projet, ayant en vue les contraintes de temps imposées par la prise des rendez-vous, par les entretiens et ensuite par la transcription et l'analyse des données, en plus des contraintes de déplacement. Ce fait pourrait représenter un biais de notre étude.

Dans la recherche qualitative un petit nombre suffit s'il est bien exploité. Pour assurer la saturation des données, il était licite d'établir un tableau comptabilisant les nouveaux codes apportés par chaque entretien, dans l'ordre de réalisation de ceux-ci. Dans notre étude, c'est une fois toutes les interviews terminées que nous avons commencé l'analyse des entretiens. Malgré ce biais, nous avons pu observer que les derniers entretiens avec les médecins ont amené un nombre minime de nouveaux codes, entre un et cinq, par rapport au début des entretiens (41 nouveaux codes).

- **Traitement de l'information**

Les chiffres constituant les résultats de notre étude ne sont pas significatifs. Ils ne peuvent pas être généralisés sur la population de médecins généralistes et de pharmaciens français. La recherche d'une représentativité statistique n'est pas le but des méthodes qualitatives. C'est la diversité des témoignages et la richesse des données qui est valorisée, dans le but d'étudier un problème, qui pourra ensuite faire l'objet d'une recherche quantitative.

Du fait de notre manque d'expérience, nous avons peut-être sous-exploité nos résultats ou commis des erreurs dans l'identification des codes. Il aurait été préférable, si le temps nous l'avait permis, d'effectuer chacune l'analyse des résultats de l'autre afin de s'assurer de notre objectivité. Pour minimiser ce biais, pendant l'analyse, nous avons revu le verbatim pour se mettre d'accord sur les codes communs entre les professionnels de santé, et dégager éventuellement de nouveaux codes. Notre travail de collaboration nous a permis de gagner du temps dans l'analyse du verbatim.

Dans la réalisation de notre étude nous avons été confrontées à une population peu nombreuse de médecins et pharmaciens suivant des patients dans le cadre du programme SIOUX. Nous avons décidé de ne pas publier certaines informations qui pourraient amener à l'identification des professionnels interviewés. Pour assurer l'anonymat, nous avons noté si les participants suivent une patiente ou plusieurs patientes ; le milieu d'exercice a été noté comme étant urbain, semi-rural ou rural et nous avons regroupé les participants par tranches d'âge.
Au vu de la diversité et de la richesse des informations que nous avons recueillies, ce problème ne semble pas avoir été un obstacle majeur à la pertinence des résultats de notre étude.

- **<u>Une information incomplète lors de la prise de rendez-vous</u>**

Nous nous sommes rendues compte que malgré la lettre qui annonçait notre étude et les explications téléphoniques lors de la prise de rendez-vous, un grand nombre de pharmaciens n'avaient pas compris le sujet de notre étude et pensaient que nos questions portaient sur l'ostéoporose, le déroulement des entretiens avec les patients et leur ressenti général concernant le projet SIOUX depuis qu'ils y avaient été inclus. Une pharmacienne exprimait cette incompréhension à la fin d'un entretien : « Ah, ce n'est pas à visée ostéoporose ? » et un autre pharmacien commençait l'entretien avec la question : « L'objet de votre sujet, de votre thèse c'est quoi ? ».

D'autre part, lors de la réalisation des entretiens, un seul médecin a refusé l'enregistrement audio, malgré les informations données lors de la prise du rendez-vous et les explications fournies concernant le but de l'enregistrement et la méthode de recherche qualitative. Néanmoins, il souhaitait tout de même réaliser l'entretien semi-dirigé et a de ce fait proposé lui-même de consigner de façon écrite ses réponses. Ayant en vue son désir de participer à notre étude, nous avons pris en compte l'information issue de cet entretien.

5.1.3. Perspectives à explorer lors des prochains travaux de recherche

Il aurait pu être intéressant d'interroger également les patients suivis par nos couples médecin-pharmacien et un des médecins interviewes nous a signalé cet aspect. En effet, bien qu'il ait une influence dessus puisqu'il intervient de manière active dans la triangulation mise en place dans le cadre du projet SIOUX, le patient a un regard extérieur sur la relation entre le médecin généraliste et le pharmacien. De plus, les professionnels de santé étaient d'accord sur le fait que le patient joue un rôle important dans la prise de contact.
Ceci aurait constitué un troisième avis de qualité puisque le patient est le témoin de l'efficacité de la coopération entre ces deux professionnels de santé.

5.2. DISCUSSION DES MEDECINS

5.2.1. La relation médecin généraliste-pharmacien d'officine en dehors du projet SIOUX

- **Le contact interprofessionnel en face-à-face**

Il ressort clairement de notre étude que, de manière générale, les deux professionnels de santé se connaissaient déjà avant la mise en place du projet SIOUX. La plupart des médecins interviewés [6 médecins] avaient déjà rencontré personnellement le pharmacien, à différentes occasions : au cours de réunions pluridisciplinaires, lors du passage du médecin à l'officine pour chercher du matériel pour le cabinet et, très rarement, lors du passage du pharmacien au cabinet du médecin.

Les médecins interviewés étaient plus à l'aise en contactant un pharmacien qu'ils connaissaient personnellement. Pour eux, le contact en face-à-face est donc un facteur favorisant une relation de collaboration interprofessionnelle. Il facilite la prise de contact ultérieure, quel que soit le moyen de communication utilisé. Il a donc été observé qu'un canal de communication existe déjà de façon régulière entre ces deux professions de santé. Tous les médecins étaient d'accord pour affirmer que les relations ne sont pas cloisonnées et qu'ils sont régulièrement amenés à échanger.

La revue de la littérature a mis en évidence le modèle théorique élaboré par Snyder M.E. et collaborateurs, qui montre les différentes étapes d'une relation de coopération

interprofessionnelle. Le modèle élaboré en 2010 propose cinq niveaux de collaboration, couronnées de succès, entre des pharmaciens et des médecins des Etats-Unis. Les auteurs ont insisté sur l'importance du contact en face-à-face pour engager l'évolution favorable d'une relation interprofessionnelle (58).
Notre étude confirme donc les mêmes résultats que ceux publiés par Snyder, pour notre échantillon de médecins généralistes, qui exercent en France.

- **Les moyens de communication**

Pour communiquer avec les pharmaciens, tous les médecins préféraient les entretiens téléphoniques, car il s'agit d'un moyen rapide et efficace d'information. Certains médecins [5 médecins] recherchent un contact avec le pharmacien lorsqu'ils passent à la pharmacie pour d'autres raisons et quelques-uns le rencontrent en dehors de leur lieu de travail [3 médecins]. Très peu d'entre eux utilisent le mail ou le fax car ils estiment qu'ils sont chronophages et ils ne donnent pas la preuve que l'information transmise a été lue. Ces moyens peuvent être une solution lorsque les informations échangées ne sont pas urgentes ; ils peuvent permettre de ne pas déranger l'autre professionnel de santé ou les échanges peuvent être faits en dehors de l'horaire des consultations.

Cependant plusieurs études présentent différents moyens de communication qui ont montré leur efficacité. Dans l'étude BRIDGE, réalisé aux Etats-Unis, la communication a été très souvent effectuée par fax : les pharmaciens ont envoyé aux médecins un résumé de la visite de chaque patient et leurs recommandations sous forme d'un plan de soins pharmaceutiques (64). La Meta analyse réalisée en 2013 sur 22 études, ayant comme sujet la relation de coopération médecin-pharmacien, met en exergue le rôle du pharmacien qui envoie au médecin une documentation écrite après avoir vu le patient et utilise les moyens de communication adéquats : appels téléphoniques en cas d'urgence ou fax dans les situations moins urgentes, aspects qui ont soutenu la relation de confiance interprofessionnelle (14).

Toutes ces études concluent que le fait de pouvoir choisir un moyen de communication adéquat est un autre facteur qui favorise la coopération interprofessionnelle.

- **Les sujets de communication**

Notre étude a permis de mettre en évidence les sujets de communication les plus fréquents entre les deux professionnels de santé. Dans la majorité des cas, c'est le pharmacien qui a

besoin de contacter le médecin. Le plus souvent il s'agit d'éventuels problèmes concernant les ordonnances, des produits particuliers, les posologies ou les interactions médicamenteuses. L'accord du médecin pour substituer ou avancer un médicament est demandé par le pharmacien, dans la majorité des cas. Certains pharmaciens appellent parfois pour des patients considérés comme étant « difficiles », souffrant de poly-pathologies ou ayant des demandes particulières.
On observe ici que la relation de coopération médecin-pharmacien est concentrée autour du rôle du pharmacien, celui de contrôler les ordonnances. Les médecins restaient les prescripteurs principaux et ils souhaitent être informés de toutes les modifications de leur ordonnance.
Même si les médecins reconnaissent que les pharmaciens ont plus de connaissances sur les médicaments, ils demandent rarement leur avis, sauf peut-être pour les produits particuliers. L'existence des logiciels informatiques de pharmacologie reste le support principal d'information pour les médecins, concernant les doses et les particularités des traitements.

- **<u>La proximité entre le cabinet médical et la pharmacie</u>**

Dans notre étude, la plupart des médecins interviewés [8 médecins] ont signalé entretenir une relation particulière avec la pharmacie dite « de proximité ». Ils ont exprimé des différences de rapport entre les pharmaciens exerçant à proximité ou à distance du cabinet médical. La proximité du cabinet médical et de la pharmacie permet aux deux professionnels de santé de se rencontrer plus aisément et favorise le contact face-à-face. Ainsi le rapprochement géographique et le fait de connaitre personnellement son interlocuteur représentent deux aspects importants qui favorisent ultérieurement la prise de contact.
Certains médecins de notre étude [6 médecins] ont affirmé qu'ils pouvaient être amenés à communiquer plusieurs fois par semaine avec le pharmacien qui travaille à proximité du cabinet, d'autres avaient un contact une fois par mois ou moins, avec les pharmaciens d'officine en général.

L'éloignement, quant à lui, crée certaines barrières à la communication car il implique des difficultés pour une rencontre. Il peut être imposé par le patient. En effet, ce dernier a le droit de choisir sa pharmacie. Souvent, ce choix est déterminé par des critères de distance : « la pharmacie la plus proche du cabinet médical » ou « la plus proche de leur domicile », ou par des critères de prix : « la pharmacie qui pratique le prix d'appel ».

- **Une patientèle commune**

Dans les zones rurales ou semi-rurales, les médecins et les pharmaciens d'officine travaillent plus facilement ensemble car la majorité de leur patientèle consulte ces deux professionnels de santé dans un souci de commodité. Tous les médecins installés dans ces zones ont effectivement rapporté avoir une relation rapprochée avec le pharmacien du village.
L'éloignement géographique implique un nombre de patients en commun réduit, ce qui diminue la quantité d'échanges. D'autre part, les différents professionnels de santé ne connaissent parfois pas leur interlocuteur. Il est difficile pour les médecins d'avoir des relations de collaboration avec tous les pharmaciens, surtout dans les villes où la forte densité de population impose un grand nombre d'officine. C'est pourquoi on peut affirmer qu'une patientèle commune favorise la coopération médecin-pharmacien d'officine. L'éloignement des autres professionnels de santé et l'isolement qui en découle sont des véritables freins à une relation de coopération interprofessionnelle.

Pour améliorer les relations et éviter cette situation, les professionnels de santé ont l'habitude de mettre en route certaines démarches. Par exemple, il est courtois de se présenter auprès des autres professionnels de santé lors de l'installation dans un nouveau quartier. Cette démarche facilite ainsi la formation du binôme médecin-pharmacien autour des mêmes patients.

Notre étude confirme donc l'importance du rapprochement géographique, du contact personnel en face-à-face, et du nombre de patients en commun pour les différents professionnels de santé. Ces facteurs favorisent la connaissance des pratiques de chacun, une communication ultérieure et une relation de coopération interprofessionnelle autour des patients.

La revue de la littérature sur la coopération médecin- pharmacien d'officine montre les mêmes conclusions. Dans l'étude de Snyder, les médecins avaient été moins susceptibles de recommander aux patients des pharmaciens qu'ils n'avaient jamais rencontrés avant (58). Les études BRIDGE et TEAM Care ont déjà mis en évidence l'importance du rapprochement géographique pour développer une relation de coopération interprofessionnelle efficace. Le niveau de collaboration entre les médecins et les pharmaciens a tendance à être plus élevé quand ils pratiquent dans le même établissement (64) et lorsqu'ils travaillent dans le même environnement, ce qui facilite le développement d'une confiance réciproque (53).

5.2.2. Initiation de la relation dans le cadre du programme SIOUX

- **Le contact interprofessionnel**

Parmi les 10 médecins interviewés, deux ont eu un contact avec le pharmacien d'officine, dans le cadre du projet SIOUX.

Les deux relations établies dans le cadre du projet SIOUX avaient principalement pour objectif de partager des informations sur le suivi des patientes et les traitements de l'ostéoporose, ainsi que sur l'organisation générale du projet SIOUX lui-même. Même si les médecins n'avaient pas obtenu d'information supplémentaire, ils considéraient que le contact était encourageant.
Le fait d'avoir un premier contact pourrait favoriser les communications ultérieures, car le pharmacien serait sensibilisé à la prise en charge de l'ostéoporose, il serait plus attentif et il appellerait plus facilement le médecin en cas d'éventuels problèmes.

Le contact interprofessionnel est toujours encourageant, d'après les études publiées dans la littérature. Dans une étude réalisée en Nouvelle Zélande sur 137 médecins, tous ont déclaré que leur contact professionnel avec les pharmaciens avait été utile. 65% ont exprimé le désir d'une plus grande coopération (65).

- **Les raisons de la non-prise de contact**

D'après les autres médecins interrogés, les facteurs qui ont influencé la non-prise de contact étaient : le manque de recul sur le programme, le manque de temps et l'absence de problèmes particuliers.
Le programme SIOUX a débuté en janvier 2013. Les médecins de notre échantillon font partie du programme depuis 12,8 mois, avec une déviation standard de 4,46 mois. Au cours de cette période, les médecins ont vu en général les patientes 1 à 2 fois pour renouveler le traitement anti-ostéoporotique, sachant que pour certaines patientes, le traitement initié à l'hôpital avait été prescrit pour 3 à 6 mois. Les pharmaciens devraient revoir plus souvent les patientes pour renouveler chaque mois le traitement.
Le manque de recul sur le programme et le nombre réduit des consultations médecin-patiente peuvent représenter un facteur limitant l'analyse du contact médecin-patiente-pharmacien dans notre travail de thèse.

- **Une initiative du pharmacien**

A l'image de ce qui a déjà été observé en dehors du programme (58), la discussion téléphonique a été initiée par le pharmacien lors d'un renouvellement du traitement ou ce dernier a abordé le sujet lors d'une rencontre occasionnelle avec le médecin. Cette initiative du pharmacien peut être expliquée par le fait qu'il est amené à voir plus fréquemment la patiente que le médecin, notamment en raison de la facilité d'accès aux soins à l'officine puisqu'il n'est pas nécessaire d'avoir un rendez-vous pour s'y rendre.

- **Le rôle du patient**

D'après les médecins, l'implication de la patiente a favorisé la prise de contact entre les deux professionnels de santé. Elle a parlé du projet SIOUX à son médecin traitant lors de la consultation et elle a posé des questions au pharmacien lors du renouvellement de son traitement, fait qui a déterminé les pharmaciens à prendre contact avec les médecins. Ce nouveau rôle s'inscrit dans la tendance actuelle et revient comme sujet de nombreuses études. Le patient devient un acteur de santé qui s'implique activement dans la prise en charge de ses pathologies et partage la responsabilité des soins médicaux, selon son souhait et ses possibilités (53).

Notre étude montre indirectement, à travers le point de vue du médecin, le rôle de la patiente qui pourrait stimuler la coopération interprofessionnelle médecin-pharmacien. La revue de la littérature n'a pas permis de mettre en évidence cet aspect du nouveau rôle de la patiente.

5.2.3. La confiance entre les professionnels de santé

- **Les médecins font confiance aux pharmaciens**

L'analyse de la confiance interprofessionnelle occupe une place importante dans notre étude. Tous les médecins interrogés pensaient sans hésitation que les pharmaciens leur faisaient confiance. D'après eux, cette relation s'était installée dans le temps, progressivement, suite à l'activité professionnelle, basée sur les ordonnances et la prise en charge des patients.
En général les médecins faisaient confiance aux pharmaciens, sur leurs différentes activités comme la délivrance des médicaments et le rôle de conseil pour le patient, ainsi que sur le rôle de contrôle des ordonnances, le respect des prescriptions et le signalement

des éventuels problèmes. Cette confiance ne dépendait pas de la pathologie du patient, car les médecins faisaient autant confiance aux pharmaciens dans le suivi des problèmes mineurs de santé, des pathologies chroniques, ainsi que dans la prise en charge de l'ostéoporose.

En discutant la confiance interprofessionnelle, les médecins ont centré la discussion sur le rôle du pharmacien, sur leurs attentes, sur les mesures prises par le pharmacien pour gagner leur confiance. La même attitude des médecins a été rapportée dans la littérature par l'étude de Snyder et Zillich (58). L'étude de Snyder et collaborateurs a confirmé l'importance de l'initiation de la relation médecin-pharmacien, le développement de la confiance et la définition des rôles. Si ces trois domaines sont présents, on peut supposer qu'une relation de collaboration positive entre les pharmaciens et les médecins existe ou sera formée.

La revue de la littérature a mis en évidence l'étude de McDonough et Doucette, qui ont imaginé en 2003 un modèle conceptuel pour expliquer l'évolution d'une relation de collaboration entre le médecin et le pharmacien. La confiance a été une des caractéristiques de l'échange ; elle influence l'évolution du contact interprofessionnel vers une relation de collaboration de succès. Les deux autres facteurs déterminants les caractéristiques de l'échange ont été la communication et le développement de rôle (51). De nombreuses études ont montré par la suite que la confiance générale des prestataires de soins de santé, à l'égard les uns des autres, est une bonne condition préalable à d'autres collaborations (58,66).

- **Facteurs favorisant la confiance**

- ***La formation des pharmaciens***

D'autre part, les médecins considèrent le pharmacien comme un confrère, avec lequel ils travaillent sans hiérarchie particulière et reconnaissent la complémentarité des professions. Ils respectent la formation longue des pharmaciens, leur implication de plus en plus importante dans le suivi des patients et une évolution du métier de pharmacien, de la simple délivrance de médicament vers « un métier plus scientifique ». Cette reconnaissance des compétences du pharmacien représente un facteur favorisant la confiance et une relation de coopération interprofessionnelle.

- ***La relation particulière pharmacien-patiente***

En général les médecins font confiance aux pharmaciens sur la relation qu'ils ont avec les patients. Ils ont signalé quelques particularités de cette relation patient-pharmacien. Les patients sont plus en confiance avec les pharmaciens ; en pharmacie il n'y a pas la peur de la blouse blanche, la relation soignant-soigné. En plus ils rencontrent plus souvent le pharmacien, que le médecin, qui est en général vu sur rendez-vous. Les patients passent souvent en pharmacie pour des petits problèmes ou pour renouveler leur traitement. Tous ces faits font que les pharmaciens connaissent le patient aussi bien que les médecins, et parfois peuvent avoir des informations complémentaires.

La relation particulière patient-pharmacien et l'importance du pharmacien dans la prise en charge de l'ostéoporose ont été mises en évidence dans une étude randomisée et contrôlée réalisée en Malaisie en 2012. L'étude a montré que la présence d'un pharmacien a permis aux patients ostéoporotiques de mieux exprimer leurs problèmes liés aux médicaments. Cette relation avec le pharmacien a permis de mettre en place les recommandations et les mesures appropriées pour résoudre les problèmes liés aux bisphosphonates (67).

Une étude récente au Royaume-Uni sur la relation de collaboration entre les pharmaciens et les médecins généralistes, a souligné la nature dynamique de la relation et les éléments clés de la collaboration. Il s'agit notamment de l'importance de la confiance, de la communication, du respect professionnel, et de se connaître pour définir les rôles, les compétences et les responsabilités (68).

- **Les réserves concernant les pharmaciens**

Pendant les entretiens, certains médecins ont exprimé des réserves ou des reproches concernant l'activité du pharmacien, qui représentaient des véritables freins à la confiance et pour développer une relation de coopération.

- ***Les erreurs de délivrance***

Les médecins rapportent des erreurs dans la délivrance de la quantité prescrite de médicaments ou la délivrance de certains produits à la demande des patients, médicaments qui sont en vente libre, mais contre-indiqués à certains patients. Actuellement, l'informatisation des officines permet au pharmacien de connaitre le traitement habituel des patients. Avec cette information et l'aide de certains logiciels, le pharmacien est au courant

des interactions médicamenteuses et il peut signaler au médecin les cas où il devrait refuser la délivrance des médicaments potentiellement dangereux pour certains patients.

- ***Les difficultés de communication interprofessionnelles***

Certains médecins reprochent au pharmacien le fait d'être injoignable ou de ne pas être assez présent dans sa pharmacie, fait qui rend difficile tout essai de communication et de coopération.

- ***Une attitude non-professionnelle du pharmacien***

Dans le cadre de la relation avec les patients, un médecin reproche au pharmacien le fait de faire des remarques sur les ordonnances, devant le patient, ou d'avoir un discours non professionnel, même agressif, lors du refus du patient de prendre certains médicaments.

- ***Le contexte en pharmacie***

D'après certains médecins, le pharmacien se voit dans la position d'adapter le temps consacré à l'information et aux conseils à la longueur de la file d'attente des patients, notamment aux heures de forte fréquentation. La qualité et l'intensité du rôle de conseil sont ainsi impactées par les contraintes de gestion de l'officine. De plus, l'équipe officinale en contact avec les patients, est constituée de pharmaciens, mais aussi de préparateurs en pharmacie. Les différences de formation et donc de compétences représentent pour certains médecins une réserve concernant la prise en charge du patient lors de la délivrance des médicaments en pharmacie.
Une solution pour surmonter ces freins a été mise en place aux États-Unis depuis 1997. Dans le modèle américain les caractéristiques du contexte ont été réglementées pour assurer des services de soins de qualité ; dans 46 états la position du pharmacien est basée sur un accord de collaboration écrit, entre chaque pharmacien et le médecin. Le Collège Américain de Pharmacologie Clinique a introduit le concept de gestion de la thérapie médicamenteuse dans le cadre d'une collaboration médecin-pharmacien (15). En plus, c'est la première fois que la relation interprofessionnelle médecin-pharmacien, autour du patient, a été vue comme une relation en triangulation. Ce concept est à l'origine du programme SIOUX, pour augmenter l'adhésion du patient et diminuer les perdus de vue.

5.2.4. La définition des rôles

- **Le rôle du pharmacien dans le cadre du projet SIOUX**

Dans notre étude, pour les médecins interrogés, les principales interventions du pharmacien d'officine sont : le contrôle des ordonnances, la délivrance des médicaments et les conseils associés, y compris les règles hygiéno-diététiques, ainsi que la gestion des traitements entre les visites avec le médecin. Le métier de pharmacien d'officine est dans une évolution continue, avec la mise en place du projet SIOUX et les nouvelles missions du pharmacien.

- ***Le rôle d'information***

Tous les médecins interrogés sont d'accord sur le rôle du pharmacien de ne pas seulement délivrer les médicaments, mais aussi de donner des conseils concernant la prise du médicament, son rôle, ainsi que les effets secondaires et les règles hygiéno-diététiques associées à une certaine pathologie.
D'après certains médecins, le programme SIOUX a permis d'orienter le travail des différents professionnels de santé, de préciser les notions nécessaires pour le suivi des patients ostéoporotiques, pour avoir un discours commun devant la patiente. Si l'intervention du pharmacien est complémentaire et en concordance avec l'information donnée par le médecin, les patients pourraient acquérir de meilleures connaissances concernant leur maladie. Ce fait pourrait augmenter leur prise de conscience de leur pathologie et son évolution.

- ***Le suivi des patients***

Le pharmacien a son rôle pour délivrer la thérapie médicamenteuse et assure le suivi des patientes, en collaboration avec le médecin. Il peut à la fois répondre aux besoins des malades et des médecins.
D'après les médecins interrogés, le pharmacien voit plus souvent les patients, lors du renouvellement du traitement. Avec l'aide de la surveillance informatique, il a plus d'information sur l'observance du traitement et il pourrait transmettre les éventuels problèmes rencontrés au médecin concerné. Certains médecins attendent à ce moment que le pharmacien sensibilise les patients sur l'observance thérapeutique, « sans les agresser ».
Ainsi le pharmacien d'officine devient un acteur de santé et membre d'une équipe médicale multidisciplinaire. Le but est d'augmenter la coopération interprofessionnelle autour des

patients, pour augmenter l'observance, l'adhésion aux traitements à long terme, la satisfaction des patientes et enfin leur qualité de vie.

- ***Le rôle de contrôle des ordonnances***

Tous les médecins interrogés rapportent l'importance du rôle de contrôle des ordonnances. Même si la plupart des prescriptions sont informatisées et qu'il y a l'aide des bases de données électroniques, les médecins se sentent soumis parfois aux erreurs, comme toutes les professions. Le pharmacien a les connaissances nécessaires et devrait représenter une double sécurité pour les patients, pour l'utilisation des médicaments.

- ***L'évolution du métier de pharmacien***

Notre étude a permis de mettre en évidence d'un côté l'implication active du pharmacien dans le suivi des patients, et d'un autre côté la prise de conscience des rôles des professionnels de santé, les uns envers les autres et l'évolution du métier de pharmacien.

Suite aux contacts interprofessionnels, certains médecins reconnaissent l'évolution du métier de pharmacien, son implication active dans la prise en charge des pathologies chroniques, dont l'ostéoporose. Dans notre étude 3 médecins reconnaissent un vrai changement de rôle du pharmacien, dans le cadre de la relation pharmacien-patient et pensent que le patient voit son pharmacien comme un conseiller.

Même si pour 4 médecins il n'y a pas de changement de rôle du pharmacien, ils considèrent que la mise en place du projet SIOUX amène une charge de travail supplémentaire pour les pharmaciens, de façon plus approfondie, en fonction de leur disponibilité. En plus le programme SIOUX a permis de cadrer les choses, d'officialiser le rôle du pharmacien, car certains médecins considèrent que « c'est un rôle qu'il avait déjà » « il faisait déjà ça».

Cette attitude souligne encore une fois l'évolution du métier de pharmacien, dans le contexte du système de santé actuel. Apparemment le réseau des soins a été un des facteurs déterminants pour le changement des perceptions sur la relation médecin-pharmacien. Les différents acteurs de santé sont amenés à travailler ensemble, à se connaitre, à définir le rôle de chacun dans la prise en charge des patients.
Dans le cadre du programme SIOUX, le pharmacien intervient avec le médecin dans le suivi de la patiente. La complémentarité des rôles respectifs, les connaissances des pharmaciens

sur les médicaments ainsi que la connaissance des patients inscrivent le pharmacien dans le suivi personnalisé de la patiente.

Le travail en collaboration et l'implication active du pharmacien sont responsables d'un changement de perception des patients, qui commencent à regarder le pharmacien comme « un conseiller ». Ce changement survient dans le contexte de la politique actuelle en France, qui encourage l'éducation thérapeutique des maladies chroniques, dont l'ostéoporose fait partie (25). Depuis la loi HPST de 2009, l'éducation thérapeutique « s'inscrit dans le parcours de soins du patient atteint de maladie chronique. Elle a pour objectif de rendre le patient plus autonome en facilitant son adhésion aux traitements prescrits et en améliorant sa qualité de vie » (7). Dans le cadre du programme SIOUX, les médecins interviennent avec les pharmaciens pour augmenter l'adhésion des patientes aux traitements spécifiques.

- ***La définition des rôles dans d'autres études***

Apres l'initiation de la relation et la confiance interprofessionnelle, la définition des rôles est la 3ème des caractéristiques d'échange médecin-pharmacien. Les trois facteurs jouent un rôle important dans le cadre d'une relation de coopération, d'après le modèle théorique élaboré par McDonough et Doucette. Une fois que le rôle et les responsabilités du pharmacien sont définis, la collaboration peut se développer (51).

Une étude allemande réalisée en 2013, avec la participation de 749 médecins généralistes et 344 pharmaciens d'officine sur la coopération médecin-pharmacien, a conclu que les perceptions des rôles des pharmaciens et des praticiens devraient être harmonisées car il y a encore des malentendus dans les responsabilités des deux parties (66).

Dans le cadre de la relation de coopération interprofessionnelle, l'optique des médecins et l'intervention effective des pharmaciens répondent aux besoins des patientes ostéoporotiques. Dans une étude réalisée en Grande Bretagne en 2012, les patientes avaient une bonne connaissance de la définition de l'ostéoporose, mais elles avaient une faible compréhension du rôle des médicaments pour réduire le risque de fracture et étaient inquiètes à propos des effets indésirables. Les patientes avaient une mauvaise compréhension des causes de l'ostéoporose et de l'incertitude sur la façon dont leur maladie peut être contrôlée. L'étude a permis de conclure que les préoccupations au sujet des médicaments doivent être abordées afin d'améliorer l'adhésion, en particulier en ce qui concerne la gestion des effets secondaires (69).

Plusieurs études publiées montrent que le procédé le plus efficace pour prendre en charge l'ostéoporose post-ménopausique est un suivi personnalisé, assuré par un professionnel de santé, médecin ou plus souvent infirmière, qui soutient la patiente, l'éduque sur la maladie et sa prise en charge, et l'encourage à prendre correctement son traitement à long terme (38).
Les résultats de notre travail concernant le rôle du pharmacien sont confirmés par l'étude BRIDGE. Dans cette étude les médecins généralistes ont apprécié le travail des pharmaciens qui avaient la liste complète de médicaments ; de plus les pharmaciens ont montré les compétences nécessaires d'identifier les interactions médicamenteuses dangereuses et ont travaillé pour améliorer l'adhésion au traitement (64).

Un méta analyse réalisée en 2013 sur 22 articles a évalué l'efficacité des interventions du pharmacien visant à compléter le travail des médecins généralistes. Les auteurs ont démontré l'impact positif des interventions du pharmacien d'officine sur les problèmes liés aux médicaments, l'adhésion des patients et ont conclu que la coopération médecin-pharmacien pourrait améliorer la qualité des soins (14).

- **Le rôle du médecin dans le cadre du programme SIOUX**

Tous les médecins interrogés étaient d'accord sur le fait que la mise en place du programme SIOUX ne représentait pas un changement de rôle pour eux, mais qu'elle permettait plutôt d'officialiser le rôle du pharmacien.
Les médecins préféraient aborder avec les patients tous les aspects importants dans la prise en charge de l'ostéoporose : les règles hygiéno-diététiques, le traitement et le suivi régulier. La majorité d'entre eux attendaient que le pharmacien reprenne avec le patient les points importants du suivi, car le fait de répéter les informations est un élément clé d'apprentissage et de sensibilisation concernant le suivi d'une pathologie.

5.2.5. Les bénéfices de la coopération médecin-pharmacien dans le cadre du programme SIOUX

Dans notre étude certains médecins ont signalé que la mise en place du programme SIOUX représente un triple bénéfice, à la fois pour les professionnels de santé et pour les patientes.

- **Les bénéfices pour les professionnels de santé**

L'importance de la coopération interprofessionnelle a été soulignée par tous les médecins interrogés. Pour la plupart des médecins, le programme SIOUX encourage les échanges

dans le cadre de la triangulation médecin-pharmacien-patient, avec l'aide de différents moyens de communication : les réunions annuelles, le cahier de suivi de l'ostéoporose ou, tout simplement, par des échanges téléphoniques ou par mail, en fonction des préférences de chaque professionnel.

D'après certains médecins, le programme SIOUX semble encourager la communication entre les professionnels qui n'avaient pas de communication avant, surtout dans le milieu urbain, où les patients vont dans différentes pharmacies. Le projet SIOUX semble avoir peu d'impact sur la coopération médecin-pharmacien dans le milieu rural et semi-rural.

Dans notre étude les médecins ont exprimé la nécessité d'améliorer la coopération interprofessionnelle dans la prise en charge de l'ostéoporose. Même si les professionnels se connaissaient depuis beaucoup de temps et avaient souvent des échanges, ils n'ont pas eu l'occasion de discuter et de se mettre d'accord sur la prise en charge de l'ostéoporose et le suivi des patientes. Le programme SIOUX peut avoir des réels bénéfices même si une relation de collaboration a été déjà mise en place. La réunion annuelle représente pour certains médecins une manière de prendre contact avec le pharmacien, et ils signalent que le fait de parler directement améliore les relations.

Pour les médecins, la mise en place du programme SIOUX et le fait d'avoir un discours commun avec le pharmacien d'officine permet de faire passer correctement les messages aux patients et assure un gain de temps et de transparence. La coopération permet de résoudre les problèmes dès leur début, d'assurer une sécurité maximale du médicament et de gagner la confiance des patients.

Pour les pharmaciens, le programme SIOUX a introduit des consultations dans l'officine, rémunérées, dans le cadre de prise en charge des patients. Le pharmacien reçoit la patiente dans son bureau et il prend plus de temps pour aborder la prise en charge de l'ostéoporose. En plus, l'existence d'un programme d'ETP sensibilise tout le personnel qui travaille en pharmacie.

- **<u>Les bénéfices pour les patients</u>**

D'après certains médecins, un des principaux bénéfices du programme SIOUX est l'organisation du programme qui commence en milieu hospitalier avec l'éducation thérapeutique et une prise en charge pluridisciplinaire. Dans le cadre du projet SIOUX

l'hôpital a les moyens d'organiser des séances collectives d'éducation thérapeutique, ainsi que le personnel pour coordonner les autres intervenants et relancer les patientes.
Certains médecins voient le cahier de suivi de l'ostéoporose comme un moyen utile pour impliquer à la fois les patientes et les professionnels de santé. Le cahier de suivi représente un support d'information et chaque patiente peut reprendre facilement les notions pour la prise en charge de sa pathologie. Pour les professionnels de santé le cahier permet d'aborder tous les points importants et représente une base pour le suivi des patientes.
Tous les médecins sont d'accord sur les bénéfices concernant la prise en charge des patientes ostéoporotiques. Les différents moyens du suivi (le programme d'éducation thérapeutique, le cahier de suivi, la coopération des différents professionnels de santé) permettent pour les patientes une meilleure prise de conscience de leur maladie, les responsabilisent, et elles se sentent investies. Pour les patientes, la participation dans une étude complètement encadrée est rassurant, comme un médecin l'a très bien exprimé : « on leur dit qu'on les aime parce qu'on s'en occupe d'eux. Ça n'a pas de prix ».

Notre étude permet de conclure que la collaboration entre les différents professionnels de santé est essentielle pour la prestation de soins de santé personnalisés et efficaces. L'avenir de la collaboration dépend des praticiens et des pharmaciens qui doivent assumer les risques et les avantages pour offrir des soins de santé plus adaptés aux patients. Dans un cadre plus vaste, les pharmaciens, les médecins, les infirmières et autres fournisseurs de soins de santé doivent travailler en équipes interdisciplinaires pour assurer la meilleure qualité des soins pour les patients (53).

- **<u>La coopération médecin-pharmacien d'officine dans la littérature</u>**

En ce qui concerne la thérapie médicamenteuse, de nombreuses études ont également fait ressortir la nécessité de développer la coopération entre les médecins de soins primaires et des pharmaciens d'officine pour améliorer la sécurité des médicaments (70) et offrir les meilleurs soins possibles aux patients.
L'importance d'une relation de coopération médecin pharmacien a été mise en évidence par l'OMS qui a défini en 2010 la collaboration interprofessionnelle comme « des professionnels de santé différents qui travaillent en collaboration avec les patients, les familles, les soignants et les collectivités à offrir la meilleure qualité de soins » (12). Cette définition est complétée par une étude de Meta analyse réalisée en 2013, qui souligne deux aspects importants : la communication conjointe dans le processus décisionnel, pour améliorer la qualité de vie du patient, tout en respectant les qualités et les capacités uniques de chaque professionnel (14).

Une étude réalisée en Finlande en 2013 a suggéré que les problèmes de communication et de coordination pourraient être améliorés par l'utilisation de moyens de communication appropriés. L'étude a également fait ressortir la nécessité de développer la coopération entre les médecins de soins primaires et des pharmaciens pour améliorer la sécurité des médicaments (70). La même conclusion ressort d'une étude allemande réalisée en 2011. Pour cela, une fréquence accrue des interactions entre les médecins généralistes et les pharmaciens est nécessaire (66).

5.2.6. Les difficultés d'une relation de coopération médecin-pharmacien et les pistes d'amélioration

Dans notre étude les médecins interrogés ont été unanimes pour dire qu'il n'y a pas d'inconvénients à une relation de coopération interprofessionnelle. Ils ont cependant signalé des difficultés à surmonter pour améliorer leur relation de coopération avec les pharmaciens. Ces difficultés sont souvent liées aux caractéristiques du contexte local et représentent des freins pour une relation de coopération.

L'éloignement géographique, surtout en milieu urbain et l'existence d'un plus grand choix de pharmacies pour les patients ont été déjà discutés.

Les différences de caractère et les difficultés inhérentes aux relations interhumaines se rajoutent aux difficultés signalées par certains professionnels de santé.
Certains médecins ont signalé que l'évolution des relations médecin-pharmacien se fait spontanément, naturellement, en fonction du nombre de patients en commun, et qu'ils ne voient pas de choses à améliorer. Mais derrière leur opinion « ça se fait déjà », « il me semble déjà exister » il y a une crainte exprimée par la majorité de médecins, concernant les difficultés qu'une relation plus rapprochée avec les pharmaciens peut impliquer : le problème du temps pour se rencontrer et d'une augmentation excessive de la charge de travail : «ça deviendra trop lourd pour le médecin généraliste ».
Les médecins qui ont accepté de faire partie du programme SIOUX ont dû réorganiser la consultation pour la prise en charge de l'ostéoporose, pour remplir le questionnaire. Ils étaient familiarisés avec les difficultés administratives inhérentes aux programmes d'éducation thérapeutique et à la méthodologie d'un projet de recherche, mais toutes ces démarches nécessitaient plus de temps de leur part. Une partie des médecins regrettent que leur travail ne soit pas récompensé financièrement ce qui pourrait représenter un frein à une relation de collaboration. Un manque d'information se fait ressentir, car dans le cadre du

programme SIOUX le travail supplémentaire des professionnels de santé, pour remplir les questionnaires, est rémunéré à hauteur de 20 euros par questionnaire.

Un des problèmes qui se pose dans la prise en charge des pathologies chroniques, en général, est « comment faire pour avoir une communication plus intéressante ? » car « c'est l'absence de réactivité qui fait qu'on perd des gens », d'après certains médecins. En conséquence, tous les professionnels de santé doivent montrer une plus grande réactivité à l'évolution des besoins des patients. Une inclusion informatique des patients dans le programme SIOUX et l'idée d'une réunion générale médecin-pharmacien-patiente ont été suggérés par un médecin. Toutes ces pistes nécessitent des efforts logistiques et une réunion interprofessionnelle avec les patients semble difficile à réaliser en pratique, sachant que lors des réunions annuelles du programme SIOUX il y a peu de binômes médecin-pharmacien présents à la même date.

D'après certains médecins, un des secrets pour améliorer le système de santé actuel serait le fait d'être « performants ensemble », de regrouper plusieurs acteurs de santé qui interviennent avec un objectif commun ; sachant que par le fait de « répéter, répéter, répéter… en insistant, on arrive à des résultats » pour améliorer l'adhésion thérapeutique des patients, la prise en charge de leurs maladies et in fine leur qualité de vie.

Certains médecins ont signalé que la coopération médecin-pharmacien pourrait améliorer la prise en charge des pathologies chroniques en général, en particulier celle des pathologies cardio-vasculaires et du diabète, ainsi que la prise en charge des personnes âgées, pour le maintien à domicile. Les pathologies cardio-vasculaires et les troubles métaboliques sont les principaux domaines cités dans la littérature comme ayant connu des bénéfices réels du fait d'une coopération médecin-pharmacien.

Dans le cadre du programme SIOUX, la majorité des médecins signalent qu'ils n'ont pas eu de contact avec le pharmacien impliqué. Ils expliquent la non prise de contact par le manque de recul sur le programme et par l'absence de problème particulier. Seuls deux médecins considèrent qu'ils n'ont pas encore eu la chance de parler avec le pharmacien de la prise en charge de l'ostéoporose, mais ils voudraient cadrer les rôles de chaque professionnel, pour avoir le même discours devant la patiente. Cette attitude de médecins qui délègue le contact au pharmacien, par manque de temps ou pour d'autre raison, pourrait représenter un frein à la coopération interprofessionnelle.

5.3. DISCUSSION DES PHARMACIENS

5.3.1. La relation médecin généraliste-pharmacien d'officine en dehors du projet SIOUX

D'après les pharmaciens interrogés, il apparait évident qu'un canal de communication existe déjà entre les médecins et les pharmaciens. En effet, avant de participer au programme SIOUX, la majorité d'entre eux (7 pharmaciens) avait déjà eu au moins un contact avec le médecin, au sujet d'autres patients qu'ils avaient en commun. Les échanges entre les deux professionnels de santé sont réguliers et le pharmacien prend l'initiative de contacter le médecin dès que le besoin s'en fait ressentir.
Cependant, cette communication est perfectible car insuffisante selon certains pharmaciens. Seule une minorité échange plusieurs fois par semaine. Certaines caractéristiques individuelles telles que l'âge ou la personnalité de chaque professionnel de santé ont été rapportées comme influençant ces rapports interprofessionnels. Ainsi, il semble que les médecins et pharmaciens soient plus enclins à créer un lien entre les deux professions lorsqu'ils débutent que lorsqu'ils approchent de leur fin de carrière.
Ces observations concordent avec ce qui est décrit dans la littérature. Les caractéristiques individuelles que sont l'âge et la personnalité y ont été reconnues comme influençant les relations de collaboration entre médecin et pharmacien (71) et il a été observé que les médecins récemment diplômés et qui exercent depuis moins de 10 ans acceptent mieux le rôle clinique du pharmacien et l'estiment nécessaire (72).

Les pharmaciens préfèrent s'entretenir avec les médecins en utilisant le téléphone. Ils considèrent que c'est un moyen rapide et efficace de transmission de l'information. De plus, il permet d'attester de la bonne réception du message véhiculé.
Le fax étant jugé désuet, certains pharmaciens optent pour l'envoi d'e-mail lorsqu'il n'y a pas d'urgence. Ce moyen de communication permet d'éviter le dérangement du médecin lors de ses consultations. Il assure une certaine confidentialité qui peut être moins évidente à respecter lors d'appels téléphoniques. Par ailleurs, il laisse une trace écrite de l'échange, permettant ainsi de consulter à nouveau son contenu en cas de besoin. Il apparaît donc nécessaire de mettre rapidement en route le dossier médical informatisé des patients ainsi que le développement des messageries sécurisées. Toutefois, il faudra tenir compte du décalage de comportement possible entre les professionnels de santé jeunes et ceux plus

âgés quant à l'utilisation de ces nouvelles technologies, ces derniers pouvant y être plus réticents.
Une enquête réalisée auprès de médecins et pharmaciens au Canada en 2013 a mis en évidence que 68% des pharmaciens interrogés pensaient que le transfert électronique d'informations était un outil de communication à explorer (54).
Il arrive également que le pharmacien profite du passage du médecin à l'officine pour échanger ou que leur rencontre s'effectue en dehors du lieu de travail mais ceci a été rarement observé, notamment en raison d'un manque de temps de la part de chacun.
Dans l'étude citée précédemment, le même ordre de classement du type de communication utilisé entre les médecins et les pharmaciens a été noté : tout d'abord le téléphone, puis les e-mails, l'absence de communication ensuite, et enfin les rencontres en personne (72).

Les sujets qui incitent le pharmacien à prendre contact avec le médecin concernent uniquement les ordonnances. Il s'agit de situations où le pharmacien a besoin d'informations complémentaires sur les traitements prescrits ou sur les posologies indiquées. La moitié des pharmaciens ont rapporté qu'ils n'échangeaient pas avec le médecin au sujet des patients eux-mêmes et qu'ils ne se transmettaient pas d'informations les concernant, sauf s'ils jugeaient l'information capitale pour le médecin. Le pharmacien effectue donc un tri dans ce qu'il décide de communiquer au médecin, tri faisant intervenir sa subjectivité. Ainsi, certaines informations nécessaires à une meilleure prise en charge du patient peuvent ne pas circuler entre les deux professionnels de santé, ceci pouvant desservir le patient.
Dans une étude réalisée en 2005 pour l'Observatoire national de la démographie des professions de santé, il a de même été noté que seules les questions liées à l'ordonnance (illisibilité de l'ordonnance, mauvais dosage, interactions entre plusieurs médicaments…) étaient abordées lors des échanges entre médecins et pharmaciens (73).
On observe donc que les mentalités doivent encore évoluer pour considérer la pharmacie clinique comme faisant partie intégrante du rôle du pharmacien puisque ces derniers se limitent aux soucis d'ordonnance. Afin d'évoluer dans ce sens, l'Académie Nationale de Pharmacie précise dans son rapport de décembre 2009 que la pharmacie clinique fait partie des nouvelles missions du pharmacien d'officine, et elle recommande que ce dernier s'y forme (8).

Un modèle conceptuel décrivant l'évolution des relations de collaboration médecin-pharmacien a été développé en 2003 par McDonough et Doucette (51). Trois groupes décrivant les caractéristiques des relations y ont été définis : celles des participants, celles du contexte et celles de l'échange. Au sein de ces groupes, différentes influences ont été observées :

- caractéristiques des participants : caractéristiques individuelles, connaissances, attitudes et croyances, expérience professionnelle
- caractéristiques du contexte : proximité, fréquence des échanges, conditions de l'exercice (type de patientèle et type d'exercice), participation conjointe à un système de soin collaboratif
- caractéristiques de l'échange : attrait, ouverture et bidirectionnalité de la communication, pouvoir et équité, développement de la relation au fil du temps, attentes, évaluation des performances, résolution des conflits (71)

Concernant les caractéristiques de l'échange, McDonough et Doucette ont retenu les 3 principales suivantes : l'initiation de la relation, la définition des rôles et la confiance. Un an plus tard, une étude a démontré que ces 3 caractéristiques de l'échange étaient les critères qui influençaient le plus une relation de collaboration (55). C'est ce que nous avons pu observer dans notre étude et que nous allons discuter ci-dessous.

5.3.2. Initiation de la relation dans le cadre du projet SIOUX

Parmi les 10 pharmaciens interrogés dans le cadre de notre étude, la moitié a eu au moins un contact avec le médecin avec lequel il forme un binôme depuis son inclusion dans le projet SIOUX. De plus, deux des trois pharmaciens qui ne connaissaient pas le médecin participant avec eux au programme SIOUX avant leur inclusion ont eu des contacts grâce au projet. Un programme de suivi ambulatoire tel que SIOUX permet donc bien la création de nouveaux liens interprofessionnels, autour du patient.

Les pharmaciens ont apprécié leur premier contact avec le médecin et l'ont jugé encourageant à poursuivre. Néanmoins, pour la majorité (3 pharmaciens sur 5), cela s'est limité à un seul contact. Ce manque de renouvellement du contact pour les uns et l'absence totale de prise de contact pour d'autres ont été justifiés de diverses manières par les pharmaciens :

- Certains n'avaient trouvé aucune raison valable de prendre contact n'ayant aucune information à communiquer au médecin. Notre question a même surpris les pharmaciens. En effet, ils ne jugent pas nécessaire d'appeler le médecin dans ces cas-là car cela fait perdre du temps aux deux professionnels de santé. Par ailleurs, le pharmacien n'est pas dans une logique de « compte-rendu » clinique à relayer au médecin, notamment lorsque la prise en charge se déroule bien.
- Un pharmacien a préféré s'entretenir avec le rhumatologue du patient, ceci démontrant que le rôle du spécialiste a été clairement identifié au sein du projet SIOUX.
- Un manque de temps à accorder à ces échanges a été rapporté par tous les pharmaciens pour qui la diversité des activités au sein de l'officine (dispensation des ordonnances,

conseils aux patients, apprentissage d'appareillages, orthopédie, conseils dermatologiques, conseils de prévention, etc…) ne leur permet pas de dégager le temps nécessaire. Toutefois, certains pharmaciens se sentent capables d'adapter l'organisation de leurs journées afin de se consacrer davantage à l'éducation thérapeutique du patient. En effet, un pharmacien a signalé que les entretiens individuels menés avec le patient pourraient durer plus longtemps pour approfondir les questionnaires.

- L'éloignement géographique entre l'officine et le cabinet médical semble également freiner les pharmaciens à communiquer avec le médecin alors que la proximité avec le cabinet médical facilite les rencontres avec le médecin. Par exemple, il est de coutume pour un professionnel de santé de se présenter auprès de ses confrères lors de son installation dans un nouveau lieu. Ce premier contact permet de poser les bases pour d'éventuels futurs contacts. La patientèle en commun est plus importante lorsque le médecin et le pharmacien exercent dans le même secteur car il est plus commode pour le patient de consulter un médecin puis un pharmacien situés dans le même périmètre. De ce fait, le pharmacien a une meilleure connaissance des habitudes de prescription du médecin, ce qui lui permet de lui passer moins d'appels téléphoniques qui pourraient être considérés comme inutiles voire dérangeants par le médecin. Ceci peut expliquer pourquoi les pharmaciens ont cité l'éloignement géographique comme frein à leur communication avec les médecins : ils savent que leurs contacts seront moins fréquents et nécessitent ainsi moins d'investissement, ce qui peut paraître paradoxal.

Le contexte de la maison médicale, où plusieurs professionnels de santé sont regroupés, favorise des échanges interprofessionnels fréquents et de qualité. Ceci est confirmé par l'étude BRIDGE qui a démontré que le niveau de collaboration médecin-pharmacien était supérieur lorsque ces deux derniers exerçaient dans le même établissement (64).

Lors des différentes prises de contact dans le cadre du projet SIOUX, ce sont les pharmaciens qui ont quasiment toujours initié la relation. Dans leur étude de 2010 réalisée aux Etats-Unis portant sur la relation de coopération entre médecin et pharmacien, Snyder et al ont mis en évidence que ce sont les pharmaciens qui initient la relation de coopération avec le médecin, et que les contacts débutaient par un entretien en face à face (58).

Les pharmaciens sont encouragés à prendre une part de plus en plus importante dans la prise en charge des patients, à valoriser leurs compétences en santé publique, à participer à la coopération interprofessionnelle et aux actions d'accompagnement des patients, tous ces principes étant énoncés dans la loi HPST (7).

Le programme SIOUX est apparu comme un moteur de communication car il a conduit à partager des informations cliniques sur le suivi thérapeutique des patients (effets indésirables, prise des traitements), à échanger sur le projet lui-même, à se présenter, à

motiver l'engagement des 2 professionnels dans le suivi aussi bien thérapeutique qu'administratif. La forte implication et la motivation des pharmaciens dans le cadre de ce projet ont été observées dans certaines prises de contact.
Par conséquent, ces éléments tendent à répondre aux attentes du projet SIOUX concernant le renforcement du suivi du patient ostéoporotique et le développement d'une collaboration interprofessionnelle (74).
Les réunions de coordination dans le cadre du projet SIOUX ont par ailleurs permis aux professionnels de se rencontrer et de conforter l'idée que les rencontres en face à face sont un excellent moyen de communication (75).

Selon les pharmaciens, les patients n'ont joué aucun rôle dans la prise de contact avec le médecin généraliste. Ils semblent considérer que les patients n'ont pas le sentiment de devoir ou de pouvoir intervenir dans la relation entre médecin et pharmacien. Il est vrai que le patient voit rarement le médecin et le pharmacien ensemble et peut donc difficilement imaginer la relation qu'ils entretiennent. En outre, les patients n'ont pas forcément conscience de l'importance de l'impact d'une bonne coopération médecin-pharmacien sur leur prise en charge médicale. Ceci a également été observé dans une étude canadienne présentant le résultat de l'implantation d'une collaboration entre médecins et pharmaciens (76).

5.3.3. La confiance

Il ressort de notre étude qu'il existe une grande confiance entre médecins et pharmaciens. Ces derniers n'ont pas hésité à s'affirmer pleinement confiants en les médecins. Toutefois, cette confiance est personne-dépendante ; ainsi, un pharmacien ne s'est pas senti capable de répondre à la question de la confiance en raison de la personnalité singulière du médecin participant au projet SIOUX avec lui.
Les pharmaciens pensent également sans hésitation que les médecins leur font confiance, aussi bien concernant l'ostéoporose que de manière générale. La relation de confiance s'avère donc être de qualité du point de vue des pharmaciens.
Aucun d'entre eux n'a estimé que le projet SIOUX avait impacté de quelque manière que ce soit cette relation de confiance. En effet, il apparait clairement qu'elle a toujours été présente et de très bonne qualité.
Dans la littérature, diverses études ont démontré l'importante place que prenait la confiance entre médecins et pharmaciens dans la fiabilité de l'établissement des relations de collaboration interprofessionnelles (51,66,77).

Nous avons identifié deux groupes de facteurs pouvant conditionner la confiance existant entre le médecin et le pharmacien : ceux concernant la relation avec le patient d'une part, et ceux concernant la relation entre les deux professionnels de santé d'autre part.

Dans la relation avec le patient, il existe bien une différence de rapports entre le médecin et le patient d'une part, et le pharmacien et le patient d'autre part.
Les pharmaciens affirment que lorsque les patients n'adhèrent pas à leur traitement, ces derniers ont un sentiment de culpabilité supérieur face au médecin que lorsqu'ils se trouvent face au pharmacien. Ils ont une plus grande proximité avec le pharmacien car il existe une plus grande liberté au niveau des échanges. Ainsi, ils s'expriment différemment et se confient plus facilement. Ceci est confirmé dans une étude réalisée en Malaisie en 2012, où il a été montré que la présence des pharmaciens permettait aux patients de mieux exprimer leurs problèmes liés au médicament (67).
Le pharmacien est très disponible pour le patient qui peut le consulter plus simplement que le médecin car il ne nécessite pas de prendre de rendez-vous. Comme le pharmacien exerce en équipe dans son officine, il peut se rendre plus disponible pour le patient. Cela étant, il est apparu dans nos résultats que les pharmaciens peuvent parfois être gênés dans l'établissement d'une relation avec le médecin ou avec le patient aux heures d'affluence à l'officine, où la charge de travail qui accompagne la présence d'une grande patientèle dans la pharmacie les empêche de prendre autant de temps qu'ils le souhaiteraient dans une relation individualisée. Les patients ne semblent pas dérangés par cela puisque le rapport de l'enquête « Les Français et la pharmacie » réalisée en janvier 2014 par l'IFOP montre que les patients français ont une très bonne image de leur pharmacien, qui s'appuie sur des valeurs de compétences, de confiance, de conseil et de proximité (78). Le médecin reconnait ainsi la confiance qu'il peut accorder au pharmacien dans la relation que celui-ci entretient avec le patient.

Quant à la relation entre les deux professionnels de santé, l'entente entre médecin et pharmacien s'avère être bonne. Les rapports sont cordiaux et les pharmaciens ne relèvent pas de barrière avec les médecins. La communication se fait donc naturellement.
Comme nous l'avons observé précédemment, la relation de confiance entre un médecin et un pharmacien exerçant à proximité l'un de l'autre s'établit plus facilement et rapidement que s'ils sont éloignés géographiquement. Il en est de même pour le type de milieu d'exercice (rural ou urbain) des deux professionnels de santé.
Parmi les pharmaciens interrogés dans le cadre de notre étude, tous ceux exerçant en milieu rural connaissaient déjà le médecin participant avec eux au programme SIOUX tandis que seule la moitié des pharmaciens exerçant en milieu urbain le connaissaient.

L'étude réalisée pour l'Observatoire national de la démographie des professions de santé montre que les pharmaciens exerçant en milieu rural ont des contacts quasiment journaliers avec les médecins et les rencontrent régulièrement (73) alors qu'en milieu urbain les pharmaciens ont rarement de contact avec les médecins qui les entourent et qu'ils ne les connaissent parfois même pas.
En milieu urbain, le pharmacien se dit moins disponible pour pouvoir accorder du temps à établir une relation avec le médecin généraliste de proximité, notamment car ses plages horaires d'exercice sont plus importantes qu'en milieu rural. De plus, le nombre de pharmaciens est plus important en centre-ville puisque la population y est augmentée ; les médecins doivent donc travailler en collaboration avec un plus grand nombre d'officinaux. Dans ces cas, la relation avec le médecin se limite souvent au strict minimum pour la bonne prise en charge des patients.

La relation de confiance entre les deux professions est cependant ambiguë. En effet, même si celle-ci existe telle que nous l'avons évoquée précédemment, il persiste de chaque côté des représentations qui peuvent freiner la relation de coopération.

Indépendamment de la confiance établie entre les deux professions, les pharmaciens ont déploré l'attitude de certains médecins vis-à-vis d'eux qui les freinent dans le développement d'une relation de coopération. Ils ont rencontré un manque de courtoisie lorsqu'ils les appelaient, assorti d'une forte impression de déranger qui ne les encourageait pas à réitérer la prise de contact. Les pharmaciens ont de ce fait adapté leurs méthodes de communication et la façon avec laquelle ils abordaient les médecins afin de faciliter les échanges. La littérature recommande au pharmacien qui communique un problème médicamenteux d'un patient au médecin de s'assurer de la pertinence de l'appel téléphonique qu'il va passer, d'adopter une attitude assurée et de se préparer à toute question que le médecin pourrait poser (79).

Certains pharmaciens se sentent dévalorisés par le médecin car ils pensent que ces derniers ont une vision dégradée de leur profession et sous-estiment leurs compétences. En effet, une étude montre que l'image de commerçant du pharmacien préoccupe les médecins (80). Une autre étude montre que les médecins n'ont pas confiance dans les connaissances des pharmaciens concernant la prise en charge des maladies chroniques, ce qui les rend dubitatifs quant au rôle qu'ils pourraient jouer dans ce contexte de collaboration (81). Effectivement, une étude nord-américaine a montré que les pharmaciens ne connaissent pas bien les modalités de prises des biphosphonates (82). Toutefois, les pharmaciens sont désireux de parfaire leurs connaissances afin de démontrer toute l'étendue de leurs

compétences. Un des pharmaciens interrogés lors de notre étude a ainsi apprécié que les réunions de coordination médecin-pharmacien lui aient permis d'enrichir ses connaissances sur l'ostéoporose et ses traitements. Intéressés par l'amélioration de leur efficience dans la prise en charge collaborative du patient ostéoporotique, ils souhaiteraient en outre augmenter le nombre de patients qu'ils suivent dans le cadre du programme SIOUX car cela permettrait l'entrainement de leur pratique.

De leur côté, les pharmaciens ont également quelques griefs à l'égard des médecins.

Un pharmacien a émis des doutes concernant la qualité des consultations du médecin qu'il juge moins poussées qu'auparavant. D'après lui, les médecins effectueraient moins d'analyse et ne prendrait plus systématiquement la tension. Cette observation peut altérer la confiance que le pharmacien a dans l'implication du médecin à s'investir dans une prise en charge suivie de ses patients.

Dans le cadre du projet SIOUX plus particulièrement, les pharmaciens ont relevé un manque d'intérêt et de motivation de la part des médecins à s'y engager pleinement, ces derniers peinant à assister aux réunions de coordination par exemple. Un pharmacien a même dû convaincre son binôme médecin de participer au projet.

5.3.4. La collaboration médecin-pharmacien spécifique dans le cadre du projet SIOUX, et ses évolutions possibles

Les nouvelles missions du pharmacien énoncées par la loi HPST le repositionnent au cœur du système de santé (7). Alors que plusieurs pharmaciens interrogés dans le cadre de notre étude affirment que les rôles du médecin et du pharmacien sont bien distincts, ces nouvelles missions créent dans le même temps des crispations de la part des médecins liées à la défense de leur profession. Certains se demandent effectivement quel est le rôle exact du pharmacien dans la dispensation du traitement qu'ils instaurent et craignent qu'il empiète sur leur rôle. C'est pourquoi il est indispensable de rappeler et de redéfinir quels sont les rôles de chacun dans la prise en charge du patient, afin de ne créer aucune confusion lors de la mise en place de collaborations interprofessionnelles tel qu'il l'a été démontré par McDonough et Doucette (51).

Les pharmaciens interrogés font clairement la différence entre les rôles du médecin et ceux du pharmacien quant aux missions habituelles. Cependant, quant aux missions récemment mises en avant telle que l'ETP, cela est plus incertain. Alors que les pharmaciens

reconnaissent aux médecins les tâches telles que le diagnostic, la prescription, le suivi, ils s'identifient comme étant en charge de la délivrance des médicaments après analyse de l'ordonnance lorsqu'elle existe. La délivrance doit toujours s'accompagner de conseils adaptés, de la vérification de la bonne adhérence du patient à son traitement, et de l'éducation du patient sur sa maladie. Ils ajoutent qu'ils doivent se rendre disponible pour discuter avec le patient et être à son écoute.
Un seul pharmacien considère que le médecin doit également expliquer au patient son traitement.
Il apparait bien nécessaire de définir précisément le rôle que chaque membre d'une relation de coopération doit avoir. Les programmes de coopération interprofessionnelle doivent permettre la mise en commun des compétences de chacun, dans le respect des champs de compétence des uns et des autres.
Le pharmacien se doit d'être attentif à la bonne adhérence du patient à son traitement et son rôle apparaît complémentaire à celui du médecin. En effet, une étude anglaise (83) a montré qu'il existait une différence entre le point de vue du médecin et la réalité : 67,2% des médecins estimaient que leurs patients étaient adhérant alors que 40,0% l'étaient réellement.

Nous avons observé que le projet SIOUX avait enclenché un changement d'implication des pharmaciens dans la prise en charge des patients puisque 3 d'entre eux ont reconnu être plus attentifs aux problèmes médicaux et thérapeutiques du patient et globalement plus présents dans le système de santé. Cela est parfaitement en adéquation avec les objectifs du programme.

Les pharmaciens participant à notre étude sont d'avis qu'un suivi des patients ostéoporotiques en milieu ambulatoire assuré par une collaboration médecin-pharmacien n'apporte que des bénéfices au patient. Les bénéfices apportés aux professionnels de santé impliqués dedans sont, quant à eux, parfois plus mitigés.

Il apparait clairement dans nos résultats que les pharmaciens désirent collaborer avec les médecins. Ils expriment cette envie comme étant un devoir, une nécessité qui doit se développer dans un futur proche. L'objectif principal qui les pousse à vouloir exercer avec plus de proximité et d'échanges avec le médecin est avant tout l'intérêt du patient car leur collaboration doit permettre d'améliorer la prise en charge des patients ainsi que l'adhésion à leur traitement. Une revue de la littérature réalisée sur la coopération médecin généraliste-pharmacien en 2013 a montré que l'intervention des pharmaciens contribuait à améliorer la

qualité des soins primaires, particulièrement concernant les problèmes médicamenteux et les pathologies telles que l'hypertension artérielle ou l'hypercholestérolémie (14).

Les patients sont davantage impliqués dans le suivi de leur traitement et dans la prise en charge de leur maladie car ils se sentent soutenus, rassurés et accompagnés. L'impact des messages délivrés à la fois par le médecin et par le pharmacien est supérieur à l'unique information que le patient peut recevoir habituellement, et notamment parce que ces informations sont répétées dans le temps. Les pharmaciens pensent que le fait que les patients se sentent poussés par plusieurs professionnels de santé à la fois les incite à faire preuve d'une meilleure adhérence. Ainsi, les patients changent la vision du rôle qu'ils peuvent avoir dans l'évolution de leur pathologie et leur attitude : ils deviennent activement impliqués, condition indispensable à l'amélioration de l'adhésion au traitement (38). Le patient acteur de sa santé est également l'objectif des programmes d'ETP (7).

Par ailleurs, les patients semblent apprécier le contact rapproché avec le pharmacien qui est permis lors des entretiens individuels. Il en est de même pour les pharmaciens pour qui les discussions et rencontres avec les patients sont importantes. La relation pharmacien-patient est ainsi améliorée.

Le développement d'un programme de collaboration tel que celui de SIOUX permet d'améliorer les relations avec le médecin par les rencontres organisées et en leur créant un sujet de communication supplémentaire, avec des échanges plus fréquents et l'atteinte d'objectifs communs bien définis. La nécessité d'augmenter la fréquence des interactions entre le médecin généraliste et le pharmacien pour obtenir une relation de collaboration efficace a été démontrée dans la littérature (66).

Le carnet dont les patients sont propriétaires représente un support important dans le suivi du patient. Il est unique, partagé par l'un et l'autre, il crée ainsi un point commun et un lien entre le médecin, le pharmacien et le patient. Le carnet de suivi représente la concrétisation matérielle de la relation de collaboration entre les différents participants.

L'ensemble du projet SIOUX, basé sur le principe de la pluridisciplinarité de prise en charge du patient ostéoporotique, au centre du dispositif, crée un nouveau lien entre les professionnels de santé. Les bénéfices retirés de la collaboration sont tels que les pharmaciens proposent d'autres maladies chroniques pouvant relever de la mise en place de programmes équivalents afin d'améliorer l'adhésion du patient en ambulatoire : les cancers, le diabète, l'asthme, les pathologies cardiovasculaires. Actuellement, des programmes d'éducation thérapeutique dans le diabète et l'asthme se développent en ambulatoire en impliquant les professionnels libéraux, et la nécessité d'une collaboration interprofessionnelle dans les cancers ou les maladies cardiovasculaires a été relevé dans la littérature (14,85).

Les réunions de coordination organisées chaque année ont été jugées utiles par les pharmaciens tant sur le plan de la formation continue sur l'ostéoporose et les nouveaux traitements qu'elles ont apporté que sur les échanges avec les médecins qui ont permis d'avoir une vision d'ensemble de la prise en charge. Etant destinées à rassembler médecins et pharmaciens, ce qui est habituellement rare, dans un climat de convivialité contrastant avec l'environnement du travail, elles correspondent aux recommandations émises par différents auteurs (54,58,79) de communiquer en face à face pour créer une collaboration interprofessionnelle efficace. L'intérêt de ces réunions pourrait encore être amplifié si elles permettaient aux binômes médecin-pharmacien de se rencontrer, voire même les trinômes médecin-pharmacien-patient.
Les rencontres bénéfiques entre professionnels de santé devraient se multiplier : par exemple dans le cadre du développement professionnel continu (DPC) qui pourrait rassembler médecins et pharmaciens autour de thématiques communes. Il pourrait en être de même au niveau de la formation initiale des étudiants en médecine et en pharmacie en uniformisant les programmes des études pour sensibiliser chacun au travail collaboratif, harmoniser les points de vue et prendre l'habitude d'être fréquemment en contact.

Le programme SIOUX, en permettant aux médecins et aux pharmaciens de se former et de mettre en commun leurs compétences, peut améliorer les pratiques professionnelles. Bien que certains pharmaciens parmi les plus âgés de notre échantillon aient eu tendance à percevoir cette pratique comme une remise en cause de leur activité plutôt qu'une recherche d'amélioration, ils ont donné leur accord de participation au programme. Ceci constitue le signe d'une évolution possible. Cela prendra probablement du temps de faire évoluer les comportements et cela encourage à poursuivre les actions de promotion de la collaboration interprofessionnelle et à convaincre l'ensemble des professionnels de santé de son intégration dans la pratique quotidienne.

Cette collaboration s'inscrit dans de nouvelles pratiques de prise en charge telles que les séances d'éducation thérapeutique du patient. Elles permettent au patient d'acquérir des connaissances sur leur maladie, sur les traitements qu'il doit prendre et sur les changements d'habitudes de vie auxquelles il doit se soumettre. Ainsi, en se les appropriant, il les accepte mieux et améliore son adhérence. L'article de Rousière montre qu'une intervention ciblée dans la prise en charge des patients ostéoporotiques permet d'améliorer significativement l'adhérence et la persistance au traitement, et notamment le suivi périodique entre les patients et les professionnels de santé (38). Tels sont les objectifs des séances d'ETP ostéoporose organisées au CHR de Metz-Thionville prolongées par le projet SIOUX auprès des professionnels libéraux qui assurent le suivi des patients tous les 6 mois par

l'intermédiaire d'un questionnaire formalisé. Les entretiens programmés avec les patients représentent un moment privilégié pour le professionnel de santé pour faire un bilan des habitudes du patient par rapport à son traitement et de sa motivation. Ils sont également un moment privilégié pour les patients qui apprécient l'attention qui leur est portée (86). Les pharmaciens se sentent davantage acteurs en santé tout comme les patients se sentent davantage impliqués dans leur prise en charge et dans la relation qu'ils entretiennent avec les professionnels de santé. Ils pourraient y être accompagnés par la mise en place d'un système de relance téléphonique ou électronique des rendez-vous d'entretiens de façon à garantir la planification des entretiens.
Une discussion s'est amorcée avec un pharmacien quant à la collaboration entre médecins et pharmaciens qui relèverait plutôt d'un modèle hospitalier que libéral, et qui pourrait porter atteinte à l'exercice libéral indépendant. La loi HPST vise cependant à ouvrir cette collaboration en milieu ambulatoire (7).

Un changement de rémunération est attendu par certains pharmaciens en lien avec ce changement de pratique. Les entretiens avec les patients marquent la différence entre de simples conseils et une démarche éducative. La mise en place d'un honoraire de dispensation et d'une rémunération sur objectifs par la loi de Financement de la Sécurité Sociale de 2012 encouragent les pharmaciens à espérer une rémunération de conseil (87). C'est ainsi que depuis juin 2013, les pharmaciens qui réalisent au moins deux entretiens pharmaceutiques par an avec des patients sous traitement antivitamine K sont éligibles à une rémunération (88). Lors de la mise en place du projet SIOUX, un modèle similaire de rémunération a été envisagé pour chaque entretien individuel accompagné du retour du questionnaire correspondant, ainsi que pour la participation aux réunions de coordination. Toutefois, le pharmacien ne doit pas avoir pour seule motivation l'aspect financier mais doit effectuer ces entretiens avec pour objectif premier l'amélioration du suivi des patients.

Durant les échanges avec les pharmaciens, la question s'est posée de la nécessité de créer un cadre structuré de la collaboration médecin-pharmacien, afin de délimiter le rôle de chacun pour dissiper les réticences qui persistent encore chez certains professionnels de santé. Faut-il vraiment protocoliser l'intervention de chacun, au travers de questionnaires formalisés qui risquent de dénaturer les relations interhumaines ? Ne peut-on pas espérer une évolution des mentalités et des comportements des professionnels de santé pour que la coopération médecin-pharmacien au profit du patient s'impose dans les pratiques quotidiennes ?

Pour l'instant, nous avons vu qu'il y avait peu d'expériences de coopérations médecin-pharmacien existant en France malgré un cadre réglementaire permettant de les officialiser. Il est nécessaire de préciser davantage clairement les conditions de rémunération et de continuer à faire évoluer les comportements et les mentalités des uns vis-à-vis des autres. Cela étant, notre travail montre qu'il est possible de développer la collaboration médecin-pharmacien, et que celle-ci commence d'ailleurs à se mettre en place. L'évolution est possible et encourageante pour l'avenir des jeunes professionnels et des patients.

CONCLUSION

Notre étude qualitative, réalisée au moyen d'entretiens semi-dirigés avec dix médecins généralistes et dix pharmaciens d'officine, nous a permis d'identifier des freins et des leviers conditionnant les relations de coopération médecin généraliste-pharmacien d'officine, dans le cadre du projet SIOUX. Les résultats obtenus sont assez cohérents : la plupart des freins et des leviers identifiés dans cette étude ont été évoqués à la fois du côté médical et du côté pharmaceutique. Tous ces faits correspondent bien à une réalité de l'exercice quotidien de chacune des professions.

Notre étude a permis de mettre en évidence que la coopération entre médecin généraliste et pharmacien d'officine existe déjà dans la plupart des cas, quelles que soient les pathologies rencontrées, et que le projet SIOUX n'a fait que la renforcer pour certains. Cette coopération est liée à l'expérience des praticiens et repose sur un respect mutuel. La proximité géographique du cabinet médical et de l'officine est un facteur favorisant, de même que le lieu d'exercice (rural, semi-rural), car ils favorisent les échanges réguliers entre les deux professionnels de santé.

Dans l'échange, le pharmacien engage généralement la relation, la confiance existe entre les deux professionnels de santé et les rôles de chacun sont bien identifiés et sans ambiguïté. Le fort investissement de chacun des professionnels dans leur travail, ainsi que dans l'éducation thérapeutique et le suivi prolongé du patient, assure une prise en charge multidisciplinaire, un suivi optimal des patients et renforce la confiance et la collaboration interprofessionnelle.

Les deux professionnels de santé reconnaissent l'intérêt des programmes d'éducation thérapeutique, notamment lorsqu'ils sont renforcés par un suivi ambulatoire du patient tel que celui du projet SIOUX, et ils apprécient la formation des binômes médecin-pharmacien autour du patient. Les différentes situations de rencontres et d'échanges proposées dans le projet SIOUX ont été appréciées car elles leur permettent de tenir un discours commun devant le patient qui renforce sa sensibilisation à son traitement, à son suivi, et donc son implication. Ainsi, le programme SIOUX a permis au patient de devenir acteur de sa propre santé, notamment en intervenant dans les échanges entre le médecin et le pharmacien.

Quant aux freins relevés, ils surviennent lorsqu'il existe un manque de motivation et d'intérêt pour une relation de coopération, en raison parfois d'une vision dépassée de la profession de pharmacien d'officine.
Certains problèmes apparaissent au cours des échanges lorsque les médecins ont des réserves concernant la qualité de l'activité professionnelle du pharmacien et sa disponibilité, notamment aux heures d'affluence à l'officine. Les deux professionnels de santé ont des difficultés à accorder du temps à ces échanges, mais ils ressentent le besoin de définir une méthode de communication rapide et efficace.
Le manque de recul dans le projet SIOUX et le faible nombre de patients inclus par professionnel de santé empêchent une meilleure efficience dans la communication interprofessionnelle. Ce nouveau mode d'exercice en collaboration provoque des crispations de la part des médecins et pharmaciens, liées à la défense de la profession des médecins et à un manque de remise en cause des pratiques professionnelles.

Les entretiens semi-dirigés se sont déroulés de façon détendue et conviviale. Le climat de confiance établi lors des entretiens a facilité les échanges. Globalement, chacun a pu s'exprimer sans se sentir jugé et sans barrières interprofessionnelles. Les professionnels ont non seulement partagé leurs opinions et leurs expériences sur les thèmes abordés, mais ils ont également montré leur intérêt et leur enthousiasme à participer à notre étude.

Grâce à la méthode d'analyse qualitative, les entretiens semi-dirigés nous ont permis de recueillir des réponses riches et variées des médecins et des pharmaciens d'officine suivant des patients dans le cadre du programme SIOUX. Nous avons pu explorer le vécu de chaque professionnel afin de comprendre les interactions médecin-pharmacien et les facteurs freinant et favorisant une relation de coopération médecin-pharmacien.

Notre étude présente un possible biais de sélection, du fait que nous ayons tenté d'inclure des professionnels aux expériences les plus variées possibles. Notre double position, à la fois d'enquêteur et de chercheur, peut constituer un biais d'interprétation. Toutefois, grâce au modèle théorique que nous avons utilisé, nous avons pu mettre en évidence que nos résultats sont cohérents avec ce que de nombreuses équipes dans différents pays du monde, plus avancés dans l'organisation de la coopération entre médecin et pharmacien, avaient déjà constaté.

L'évaluation intermédiaire des bénéfices du projet SIOUX et de la coopération médecin-pharmacien d'officine créée dans ce cadre représentent un point fort de notre travail. L'évaluation finale du programme, prévue en 2019, pourra compléter les résultats de notre

étude. Il serait intéressant de compléter nos résultats qualitatifs en diffusant un questionnaire quantitatif à l'ensemble des médecins et pharmaciens d'officine faisant partie du programme SIOUX. Nous pourrions ainsi obtenir des données chiffrées permettant d'évaluer l'importance que représentent chaque frein et levier pour l'ensemble de ces professionnels de santé, pour ensuite mieux cibler les points clés sur lesquels agir pour améliorer la coopération médecin-pharmacien.
Dans une autre étude, il serait intéressant d'étudier le point de vue des patients sur cette collaboration. Dans le cadre de la triangulation médecin-pharmacien-patient, leur vision, en tant que bénéficiaires de l'acte médical, pourrait mettre en évidence d'autres freins et leviers d'une relation de coopération interprofessionnelle.

D'après nos connaissances, notre travail correspond à la première thèse d'exercice réalisée en binôme par une interne en médecine générale et une étudiante en pharmacie. Notre collaboration nous a permis de mettre en commun nos connaissances, nos points de vue et nos idées afin d'enrichir au maximum notre projet. Le travail en équipe, avec l'aide précieuse de nos directeurs de thèse, ainsi que le contact avec les professionnels de santé, leur expérience et l'analyse de la relation de coopération médecin-pharmacien ont été une expérience très enrichissante pour nous deux, à l'aube de notre carrière professionnelle. Cette expérience permet d'illustrer très concrètement qu'il est possible de coopérer, d'allier les compétences afin d'enrichir les pratiques mutuelles.

TABLE DES TABLEAUX

Tableau I : Caractéristiques des médecins généralistes interviewés, constituant l'échantillon dans le cadre du programme SIOUX.....58

Tableau II : Caractéristiques de l'échantillon et de la population de médecins généralistes faisant partie du programme SIOUX.....59

Tableau III : Le nombre des codes issus de chaque entretien avec les médecins.....62

Tableau IV : Les raisons du non prise de contact dans le cadre du programme SIOUX.....66

Tableau V : Caractéristiques des pharmaciens interrogés, constituant l'échantillon dans le cadre du programme SIOUX.....84

Tableau VI : Binômes médecin généraliste-pharmacien suivant la même patiente au sein de l'échantillon du programme SIOUX.....85

Tableau VII : Caractéristiques de l'échantillon et de la population cible de pharmaciens faisant partie du programme SIOUX.....86

TABLE DES FIGURES

Figure 1 : Répartition par sexe des médecins généralistes au sein de l'échantillon constitué (partie gauche) et de la population cible (partie droite) du programme SIOUX 60

Figure 2 : Distribution des médecins en fonction de leur lieu d'exercice au sein de l'échantillon constitué et de la population cible du programme SIOUX 60

Figure 3 : Distribution des médecins en fonction du nombre de patientes suivies dans le cadre du programme SIOUX, au sein de l'échantillon constitué et de la population cible du programme SIOUX.....61

Figure 4 : Les moyens de communication utilisés par les professionnels de santé.....64

Figure 5 : Les principaux sujets de communication 65

Figure 6 : Les principales raisons pour lesquelles les pharmaciens font confiance aux médecins.....68

Figure 7 : Répartition par sexe des pharmaciens au sein de l'échantillon constitué (partie gauche) et de la population cible (partie droite) du programme SIOUX 86

Figure 8 : Distribution des pharmaciens en fonction de leur âge (ans) au sein de l'échantillon constitué (partie gauche) et de la population cible (partie droite) du programme SIOUX 87

Figure 9 : Distribution des pharmaciens en fonction de leur lieu d'exercice au sein de l'échantillon constitué et de la population cible du programme SIOUX 87

Figure 10 : Distribution des pharmaciens en fonction du nombre de patients suivis dans le cadre du programme SIOUX, au sein de l'échantillon constitué et de la population cible du programme SIOUX.....88

Figure 11 : Raisons de la première prise de contact entre médecin et pharmacien dans le cadre du programme SIOUX 92

Figure 12 : Les divers rôles du médecin généraliste d'après les pharmaciens constituant l'échantillon du programme SIOUX.....97

Figure 13 : Les divers rôles du pharmacien d'officine d'après les pharmaciens constituant l'échantillon du programme SIOUX.....98

TABLE DES ANNEXES

Annexe 1 : Modèle décrivant les relations de collaboration entre les médecins généralistes et les pharmaciens (57). 148

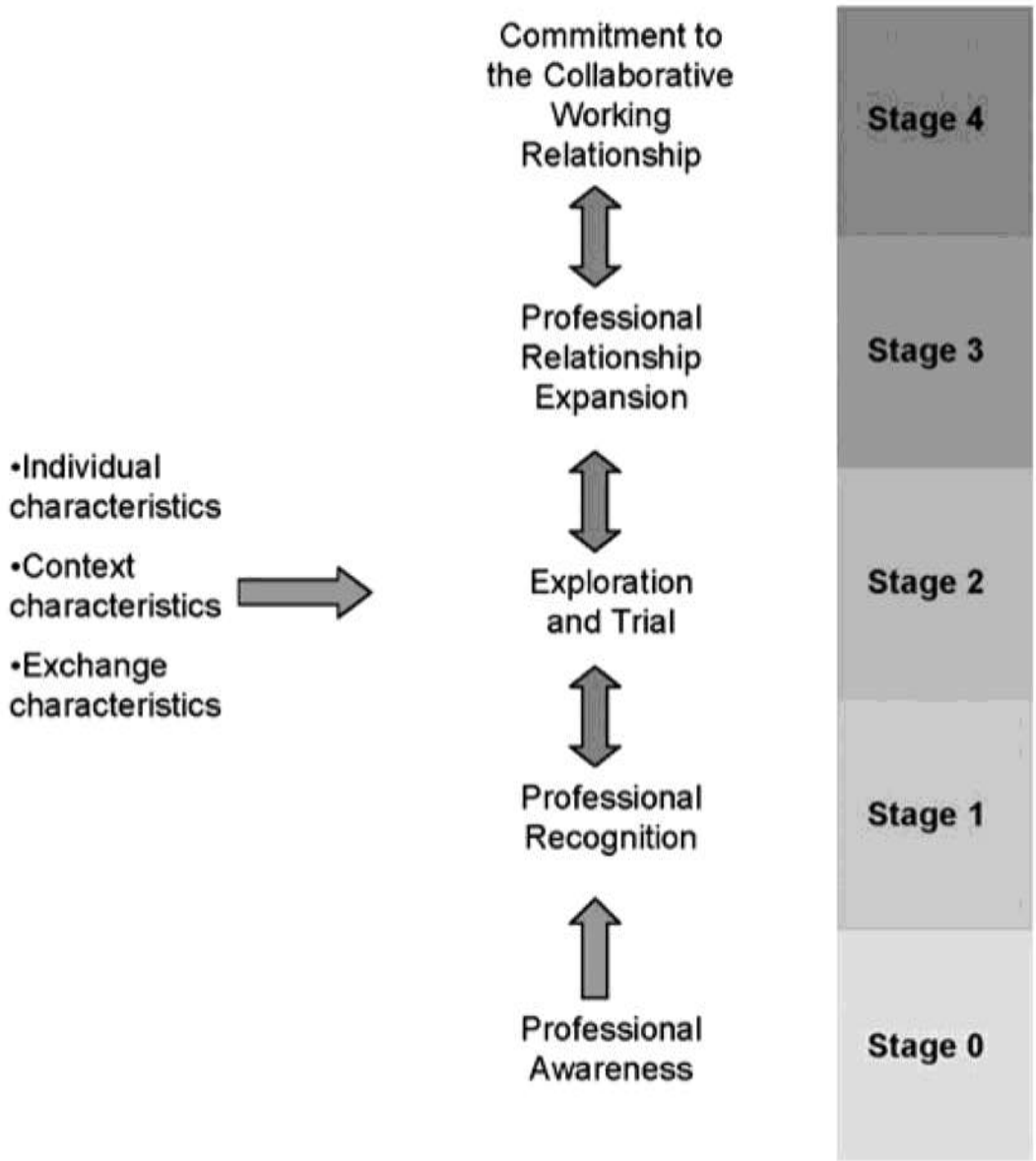
Annexe 2 : Guide d'entretien médecin 149

Annexe 3 : Guide d'entretien pharmacien 151

Annexe 1 : Modèle décrivant les relations de collaboration entre les médecins généralistes et les pharmaciens (51).

Droits d'auteur de American Pharmacists Association (APhA)

COPYRIGHT AMERICAN PHARMACISTS ASSOCIATION (APhA). REPRINTED BY PERMISSION OF APhA.



Annexe 2 : Guide d'entretien médecin

Objectif	Question principale	Sous-thèmes
Quantifier la relation avant SIOUX	Pouvez-vous me décrire la relation que vous aviez avec le pharmacien qui suit votre patient intégré dans le programme SIOUX, avant SIOUX ?	- Connaissiez-vous personnellement le pharmacien avant de participer au programme SIOUX ? - Quel était le rythme de vos échanges ? - Avez-vous eu des contacts avec le pharmacien dans le cadre du projet ? - Si oui : combien de fois ? Tous les combien de temps ? - Si non : pour quelle(s) raison(s) ?
Initiation de la relation : - Les moyens de communication - Le contenu	• Si absence de contact : passer directement à la question suivante • Si au moins 1 contact : - Comment s'est déroulé votre premier échange ? - Quel a été votre opinion après ce premier échange ?	- Qui a débuté la relation ? - Quel a été le rôle du patient dans la prise de contact ? - Quel a été le moyen de communication utilisé et a-t-il changé par la suite ? (téléphone, mail, fax, courrier, réunion, carnet SIOUX) - Quelles ont été les raisons de la prise de contact (effet indésirable, adhésion, renouvellement d'ordonnance...) ? - Ce 1er échange a-t-il répondu à vos attentes ? Pour quelles raisons ? - Avez-vous pris en compte ce qui a été dit au cours de l'échange ? - Quel a été l'intérêt de ce 1er échange pour le patient ? - Ce 1er entretien vous a-t-il encouragé à communiquer à nouveau avec le pharmacien ? Pourquoi ?
La confiance	Que pensez-vous de rôle de la confiance dans votre relation avec le pharmacien ?	- De manière générale, pensez-vous que le pharmacien vous fait confiance ? Concernant quel(s) sujet(s) ? - De manière générale, lui faites-vous confiance ? Concernant quel(s) sujet(s) ? - Lui faites-vous confiance dans le suivi de l'ostéoporose ? Lui faites-vous confiance de la

		même manière dans le suivi d'autres pathologies chroniques ? - Le projet SIOUX a-t-il eu un impact dans la relation de confiance qu'il y a entre vous et le pharmacien ?
La définition des rôles	Dans le cadre du suivi de l'ostéoporose, comment voyez-vous votre rôle ?	- Dans le cadre du projet SIOUX, comment voyez-vous le rôle du pharmacien dans la prise en charge du patient ? - La définition de votre rôle et de celui du pharmacien a-t-elle changé avec SIOUX ? - D'après vous, quels sont les bénéfices de cette coopération ? - D'après vous, quels sont les inconvénients de cette coopération ? - Pensez-vous qu'il faille développer cette coopération dans SIOUX ? Dans d'autres domaines ? - Si oui : de quelle manière ? - Si non : pourquoi ?

Annexe 3 : Guide d'entretien pharmacien

Objectif	Question principale	Sous-thèmes

Quantifier la relation avant SIOUX	Pouvez-vous me décrire la relation que vous aviez avec le médecin qui suit votre patient intégré dans le programme SIOUX, avant SIOUX ?	- Connaissiez-vous personnellement le médecin avant de participer au programme SIOUX ?
		- Quel était le rythme de vos échanges ?
		- Avez-vous eu des contacts avec le médecin dans le cadre du projet ?
		  - Si oui : combien de fois ? Tous les combien de temps ?
		  - Si non : pour quelle(s) raison(s) ?

Initiation de la relation : - Les moyens de communication - Le contenu	• Si absence de contact : passer directement à la question suivante • Si au moins 1 contact : - Comment s'est déroulé votre premier échange ? - Quel a été votre opinion après ce premier échange ?	- Qui a débuté la relation ? - Quel a été le rôle du patient dans la prise de contact ? - Quel a été le moyen de communication utilisé et a-t-il changé par la suite ? (téléphone, mail, fax, courrier, réunion, carnet SIOUX) - Quelles ont été les raisons de la prise de contact (effet indésirable, adhésion, renouvellement d'ordonnance...) ? - Ce 1er échange a-t-il répondu à vos attentes ? Pour quelles raisons ? - Avez-vous pris en compte ce qui a été dit au cours de l'échange ? - Quel a été l'intérêt de ce 1er échange pour le patient ? - Ce 1er entretien vous a-t-il encouragé à communiquer à nouveau avec le médecin ? Pourquoi ?
La confiance	Que pensez-vous de rôle de la confiance dans votre relation avec le médecin ?	- De manière générale, pensez-vous que le médecin vous fait confiance ? Concernant quel(s) sujet(s) ? - De manière générale, lui faites-vous confiance ? Concernant quel(s) sujet(s) ? - Lui faites-vous confiance dans le suivi de l'ostéoporose ? Lui faites-vous confiance de la même manière dans le suivi d'autres

		pathologies chroniques ? - Le projet SIOUX a-t-il eu un impact dans la relation de confiance qu'il y a entre vous et le médecin ?
La définition des rôles	Dans le cadre du suivi de l'ostéoporose, comment voyez-vous votre rôle ?	- Dans le cadre du projet SIOUX, comment voyez-vous le rôle du médecin dans la prise en charge du patient ? - La définition de votre rôle et de celui du médecin a-t-elle changé avec SIOUX ? - D'après vous, quels sont les bénéfices de cette coopération ? - D'après vous, quels sont les inconvénients de cette coopération ? - Pensez-vous qu'il faille développer cette coopération dans SIOUX ? Dans d'autres domaines ? - Si oui : de quelle manière ? - Si non : pourquoi ?

BIBLIOGRAPHIE

1. MEUNIER J-P. Guide pratique de l'ostéoporose. Paris: MMI; 1999. 239 p.

2. ROUSIERE M. Education thérapeutique du patient ostéoporotique : un chantier exaltant ! Réflex Rhumatol. 2012;148(16):10‑4.

3. BERLAND Y, ANNEREAU A, BERTHET J, ERRIEAU G, LEROY O, RACT Y. Rapport de la mission « Démographie des professions de santé » [Internet]. 2002 [cité 11 nov 2014]. Disponible sur: http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/024000643/0000.pdf

4. BERLAND Y. Rapport de la mission « Coopération des professions de santé : le transfert de tâches et de compétences » [Internet]. 2003 [cité 11 nov 2014]. Disponible sur: http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/034000619/

5. BERLAND Y, BOURGUEIL Y. Rapport « Cinq expérimentations de coopération et de délégation de tâches entre professions de santé » [Internet]. 2006 [cité 11 nov 2014]. Disponible sur: http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_cinq_experim_juin2006.pdf

6. Haute Autorité de Santé. Recommandation : Délégation, transfert, nouveaux métiers... Comment favoriser les formes nouvelles de coopération entre professionnels de santé [Internet]. 2008 [cité 11 nov 2014]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_497724/fr/delegation-transfert-nouveaux-metiers-comment-favoriser-les-formes-nouvelles-de-cooperation-entre-professionnels-de-sante

7. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (J.O. n°0167 du 22 juillet 2009).

8. Académie nationale de Pharmacie. Rôle du pharmacien correspondant. [Internet]. 2009 déc [cité 11 nov 2014]. Disponible sur: http://www.acadpharm.org/dos_public/Rapport_Pharmacien_Correspondant_RM_RMC_JPC__Vd_23_dc_09_word.pdf

9. LOI n° 2011-940 du 10 août 2011 modifiant certaines dispositions de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (J.O. n°0185 du 11 août 2011).

10. DE HAAS P. La révolution des soins primaires [Internet]. Fédération Française des Maisons et Pôles de Santé. 2014 [cité 9 nov 2014]. Disponible sur: http://www.ffmps.fr/index.php/component/content/article/10-accueil/26-editorial

11. Décret n° 2012-407 du 23 mars 2012 relatif aux sociétés interprofessionnelles de soins ambulatoires (J.O. n°0073 du 25 mars 2012).

12. World Health Organization. Study Group on Interprofessional Education and Collaborative Practice. Framework for Action on Interprofessional Education and Collaborative Practice [Internet]. 2010 [cité 11 nov 2014]. Disponible sur: http://www.who.int/hrh/resources/framework_action/en/index.html

13. ANGER E, GIMBERT V. Quelles opportunités pour l'offre de soins de demain ? (volet 1) Les coopérations entre professionnels de santé. Paris; 2011. 12 p.

14. MICHOT P, CATALA O, SUPPER I, BOULIEU R, ZERBIB Y, COLIN C, et al. Coopération entre médecins généralistes et pharmaciens : une revue systématique de la littérature. Santé Publique. 2013;25(3):331‑41.

15. HAMMOND R, SCHWARTZ A, CAMPBELL M, REMINGTON T, CHUCK S, BLAIR M, et al. Collaborative drug therapy management by pharmacists. Pharmacotherapy. 2003;23(9):1210‑25.

16. Collège des médecins du Québec. Ordonnances collectives [Internet]. 2013 [cité 10 nov 2014]. Disponible sur: http://www.cmq.org/MedecinsMembres/ActivitesPartageables/OrdonnancesCollectives.aspx

17. Collège des médecins du Québec. Application de la Loi no 41 [Internet]. 2013 [cité 10 nov 2014]. Disponible sur: http://www.cmq.org/fr/medias/profil/commun/FAQ/Loi41.aspx#PointTitle24

18. GENISSON C, MILON A. Rapport d'information fait au nom de la commission des affaires sociales sur la coopération entre professionnels de santé. SENAT session ordinaire de 2013-2014 N°318;

19. Haute Autorité de Santé. Rapport d'activité 2013 Protocoles de coopération Article 51 de la loi HPST [Internet]. 2013 [cité 22 nov 2014]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-09/rapport_dactivite_2013_-_article_51.pdf

20. LOI n° 2013-1203 du 23 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale pour 2014 (J.O. n° 0298 du 24 novembre 2013). Art. 35.

21. Quotidien du Pharmacien. Coopération interprofessionnelle : pas d'accord avec l'assurance-maladie [Internet]. 2014 [cité 8 nov 2014]. Disponible sur: http://www.lequotidiendupharmacien.fr/actualite/article/2014/11/07/cooperation-interprofessionnelle-pas-daccord-avec-lassurance-maladie_191041

22. LOUYOT O. Evolution de l'exercice officinal dans le cadre des nouvelles missions offertes au pharmacien par la loi HPST [Internet] [Thèse de doctorat en pharmacie]. [Nancy]: Université de Lorraine; 2013 [cité 29 juill 2014]. Disponible sur: http://docnum.univ-lorraine.fr/public/BUPHA_T_2013_LOUYOT_OPHELIE.pdf

23. Décret n° 2010-904 du 2 août 2010 relatif aux conditions d'autorisation des programmes d'éducation thérapeutique du patient (J.O. n°0178 du 4 août 2010).

24. LEDUC C. Actualisation des traitements sur l'ostéoporose. Mise en place d'un programme d'éducation thérapeutique sur l'ostéoporose au CHR de Metz et de son suivi en milieu ambulatoire auprès des médecins traitants et des pharmaciens d'officine (projet SIOUX sous la direction de l'ARS Lorraine) [Thèse de doctorat en pharmacie]. [Nancy]: Université de Lorraine; 2013.

25. Haute Autorité de Santé. Guide méthodologique : structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient dans le champ des maladies chroniques [Internet]. 2007 [cité 29 juill 2014]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/etp_-_guide_version_finale_2_pdf.pdf

26. BDSP (Banque de Données en Santé Publique). Glossaire Européen en Santé Publique [Internet]. [cité 15 août 2014]. Disponible sur: http://asp.bdsp.ehesp.fr/Glossaire/

27. Haute Autorité de Santé. Lettre d'information de la Haute Autorité de santé n°33. Maladies chroniques : une vision rénovée du parcours de soins [Internet]. 2012. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-09/lettre_instit_33_bat_hd.pdf

28. Ministère de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative. Plan 2007-2011 pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques [Internet]. 2007 [cité 11 nov 2014]. Disponible sur: http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan2007_2011.pdf

29. Haute Autorité de Santé. Annonce et accompagnement du diagnostic d'un patient ayant une maladie chronique [Internet]. 2014 [cité 11 nov 2014]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-03/guide_annonce_diagnostic_format_court_web.pdf

30. GRANGE L, ALLENET B. Principe et réalisation pratique de l'éducation thérapeutique du patient (ETP). Rev Rhum Monogr. 2013;80:146‑51.

31. JACQUAT D, MORIN A. Education thérapeutique du patient : propositions pour une mise en oeuvre rapide et pérenne [Internet]. 2010 [cité 11 nov 2014]. Disponible sur: http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Education_therapeutique_du_patient.pdf

32. Institut de Perfectionnement en Communication et Education Médicale. Questions à propos de l'éducation thérapeutique [Internet]. 2013 [cité 11 nov 2014]. Disponible sur: http://www.ipcem.org/etp/pdf/etpquesrep.pdf

33. Organisation Mondiale de la Santé. Evaluation du risque de fracture et son application au dépistage de l'ostéoporose post-ménopausique [Internet]. 1994 [cité 11 nov 2014]. Disponible sur: http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_843_fre.pdf

34. HERNLUND E, SVEDBOM A, IVERGARD M, COMPSTON J, COOPER C, STENMARK J, et al. Osteoporosis in the European Union: medical management, epidemiology and economic burden. Arch Osteoporos. 2013;8:136.

35. STRÖM O, BORGSTRÖM F, KANIS J, COMPSTON J, COOPER C, McCLOSKEY E, et al. Osteoporosis: burden, health care provision and opportunities in the EU. A report prepared in collaboration with the International Osteoporosis Foundation (IOF) and the European Federation of Pharmaceutical Industry Associations (EFPIA). Arch Osteoporos. 2011;6(1-2):59‑155.

36. CAWSTON H, MARAVIC M, FARDELLONE P, GAUTHIER A, KANIS J, COMPSTON J, et al. Epidemiological burden of postmenopausal osteoporosis in France from 2010 to 2020 : estimations from a disease model. Arch Osteoporos. 2012;7(1-2):237‑46.

37. THOMAS T. La prévention de la première fracture ostéoporotique. Rev Rhum Monogr. 2007;74(S1):2‑4.

38. ROUSIERE M. L'ETP améliore-t-elle l'observance : quel bénéfice dans l'ostéoporose ? Rev Rhum Monogr. 2013;80:166‑9.

39. SIRIS E, GELBACH S, ADACHI J, BOONEN S, CHAPURLAT R, COMPSTON J, et al. Failure to perceive increased risk of fracture in women 55 years and older : the Global Longitudinal Study of Osteoporosis in Women (GLOW). Osteoporos Int. 2011;22(1):27‑35.

40. THOMAS T, LESPESAILLES E, LEVY-WEIL F, LESORT S, BONNELYE G, REACH G, et al. Representations of osteoporosis at the time of announcement of the diagnosis : ROAD. Osteoporos Int. 2009;20(S23-176):409.

41. LESPESAILLES E, MARTAILLE V, BEAUVAIS C. Besoins et objectifs éducatifs des patients atteints d'ostéoporose. Rev Rhum Monogr. 2013;80(3):157‑61.

42. RABENDA V, REGINSTER J. Prévention et traitement de l'ostéoporose : éviter l'inertie clinique et motiver l'adhésion au traitement. Rev Médicale Liège. 2010;65(5-6):358‑65.

43. CORTET B, BENICHOU O. Adherence, compliance, persistence, concordance : do we provide optimal management to our patients with osteoporosis ? Joint Bone Spine. 2006;73:e1‑9.

44. HADJI P, MINNE H, PFEIFER M, BOURGEOIS P, FARDELLONE P, LICATA A, et al. Treatment preference for monthly oral ibandronate and weekly oral alendronate in women with postmenopausal osteoporosis : A randomized, crossover study (BALTO II). Joint Bone Spine. 2008;75(3):303‑10.

45. HÄUSSLER B, GOTHE H, GÖL D, GLAESKE G, PIENTKA L, FELSENBERG D. Epidemiology, treatment and costs of osteoporosis in Germany - The Bone EVA Study. Osteoporos Int. 2007;18(1):77‑84.

46. FARDELLONE P, CORTET B, LEGRAND E, BRESSE X, BISOT-LOCARD S, VIGNERON A, et al. Cost-effectiveness model of using zoledronic acid once a year versus current treatment strategies in postmenopausal osteoporosis. Joint Bone Spine. 2010;77:53‑7.

47. SIRIS E, HARRIS S, ROSEN C, BARR C, ARVESEN J, ABBOTT T, et al. Adherence to bisphosphonate therapy and fracture rates in osteoporosic women : relationship to vertebral and nonvertebral fractures from 2 US claims databases. Mayo Clin Proc. 2006;81(8):1013‑22.

48. BRIESACHER B, ANDRADE S, YOOD R, KAHLER K. Consequences of poor compliance with bisphosphonates. Bone. 2007;41(5):882‑7.

49. SAMPALIS J, ADACHI J, RAMPAKAKIS E, VAILLANCOURT J, KARELLIS A, KINDUNDU C. Long-term impact of adherence to oral bisphosphonates on osteoporotic fracture incidence. J Bone Miner Res. 2012;27(1):202‑10.

50. AUBIN-AUGER I, MERCIER A, BAUMANN L, LEHR-DRYLEWICZ A-M, IMBERT P, LETRILLIART L. Introduction à la recherche qualitative. Exercer. 2008;84(19):142‑5.

51. McDONOUGH R, DOUCETTE W. Building working relationships with providers. J Am Pharm Assoc. 2003;43(5 Suppl 1):S44‑5.

52. GEURTS M, TALSMA J, BROUWERS J, DE GIER J. Medication review and reconciliation with cooperation between pharmacist and general practitioner and the benefit for the patient : a systematic review. Br J Clin Pharmacol. 2012;74(1):16‑33.

53. DEBBIE R. Collaboration between doctors and pharmacists in the community. Aust Prescr. 2010;33(6):191‑3.

54. KELLY D, BISCHOP L, YOUNG S, HAWBOLDT J, PHILIPS L, MONTGOMERY KEOUGH T. Pharmacist and physician views on collaborative practice. Can Pharm J. 2013;146(4):218‑26.

55. ZILLICH A, McDONOUGH R, CARTER B, DOUCETTE W. Influential Characteristics of Physician/Pharmacist Collaborative Relationships. Ann Pharmacother. 2004;38(5):764‑70.

56. DOUCETTE W, NEVINS J, McDONOUGH R. Factors affecting collaborative care between pharmacists and physicians. Res Soc Adm Pharm. 2005;1(4):565‑78.

57. ZILLICH A, DOUCETTE W, CARTER B, KREITER C. Development and initial validation of an instrument to measure physician-pharmacist collaboration from the physician perspective. Value Health. 2005;8(1):59‑66.

58. SNYDER M, ZILLICH A, PRIMACK B, RICE K, SOMMA McGIVNEY M, PRINGLE J, et al. Exploring successful community pharmacist-physician collaborative working relationships using mixed methods. Res Soc Adm Pharm. 2010;6(4):307‑23.

59. RIECK A. Exploring the nature of power distance on general practitioner and community pharmacist relations in a chronic disease management context. J Interprof Care. 2014;28(5):440‑6.

60. KETELE J-M, ROEGIERS X. Méthodologie du recueil d'informations. 4ème édition. Bruxelles-Paris: De Boeck; 2009. 204 p.

61. IMBERT G. L'entretien semi-directif : à la frontière de la santé publique et de l'anthropologie. Rech Soins Infirm. 2013 2010;(102):23‑34.

62. JUAN S. Méthodes de recherche en sciences socio-humaines. Paris: Presses Universitaires de France; 1999. 296 p.

63. ANDREANI J, CONCHON F. Méthodes d'analyse et d'interprétation des études qualitatives : état de l'art en marketing [Internet]. 2014 [cité 11 nov 2014]. Disponible sur: http://www.escp-eap.net/conferences/marketing/2005_cp/Materiali/Paper/Fr/ANDREANI_CONCHON.pdf

64. DOW E, HAGER K, CERNOHOUS T. Proximity of Medication Therapy Management Pharmacist to Physician Site May Impact the Degree of Collaboration (BRIDGE Study Phase I). J Res Interprofessional Pract Educ. 2014;3.3.

65. ELLIS B, DOVEY S, COLLINS D. General practitioners' views on the role of the community pharmacist. N Z Med J. 1992;105(943):403‑5.

66. WÜSTMANN A, HAASE-STREY C, KUBIAK T, RITTER C. Cooperation between community pharmacists and general practitioners in eastern Germany: attitudes and needs. Int J Clin Pharm. 2013;35(4):584‑92.

67. LAI P, CHUA S, CHAN S. Pharmaceutical care issues encountered by post-menopausal osteoporotic women prescribed bisphosphonates. J Clin Pharm Ther. 2012;37(5):536‑43.

68. BRADLEY F, ASHCROFT D, NOYCE P. Integration and differentiation: a conceptual model of general practitioner and community pharmacist collaboration. Res Soc Adm Pharm. 2012;8(1):36‑46.

69. BESSER S, ANDERSON J, WEINMAN J. How do osteoporosis patients perceive their illness ans treatment ? Implications for clinical practice. Arch Osteoporos. 2012;7:115‑24.

70. TEINILÄ T, KAUNISVESI K, AIRAKSINEN M. Primary care physicians' perceptions of medication errors and error prevention in cooperation with community pharmacists. Res Soc Adm Pharm. 2011;7(2):162‑79.

71. McDONOUGH R, DOUCETTE W. Collaborations between pharmacists and physicians : steps for building more effective working relationships [Internet]. 2014 [cité 11 nov 2014]. Disponible sur: http://courses.washington.edu/pharm445/collaborations.pdf

72. IBRAHIM O, IBRAHIM R. Perception of Physicians to the Role of Clinical Pharmacists in United Arab Emirates (UAE). Pharmacol Pharm. 2014;5(9):895‑902.

73. MARIN F, MARIN E, BARRANCOS A. Le métier de pharmacien : contenu et perspectives du rôle de premier recours [Internet]. Observatoire National de la Démographie des Professionnels de Santé. 2006 [cité 11 nov 2014]. Disponible sur: http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_BBC_ondps_version_finale.pdf

74. POIVRET D, MOULLA M, NOIREZ V. Rapport intermédiaire : suivi intégré de l'ostéoporose par les URPS-X : projet SIOUX. Une évaluation du suivi du patient ostéoporotique par une coopération médecin traitant / pharmacien [Internet]. 2014. Disponible sur: http://www.urpspharmacienslorraine.fr

75. SABRY N, FARID S. The role of clinical pharmacists as perceived by Egyptian physicians. Int J Pharm Pract. 2014;22(5):354‑9.

76. SAINT-AMAND S, DUPONT I. Votre expérience avec les soins en collaboration. Pharmactuel. 2013;46(2):106‑11.

77. LIU Y, DOUCETTE W. Exploring stages of pharmacist-physician collaboration using the model of collaborative working relationship. J Am Pharm Assoc. 2011;51(3):412‑7.

78. Institut Français d'Opinion Publique. Rapport d'étude : Les Français et la pharmacie [Internet]. 2014 [cité 11 nov 2014]. Disponible sur: http://www.ifop.com/media/poll/2673-1-study_file.pdf

79. MacLEOD-GLOVER N. Communicating with Physicians [Internet]. Communications Centre National Continuing Education Program. 2007. Disponible sur: https://www.tevacanada.com/pdfs/CCL---February-2007.aspx

80. HUGHES C, McCANN S. Perceived interprofessional barriers between community pharmacists and general practitioners: a qualitative assessment. Br J Gen Pract. 2003;53(493):600‑6.

81. RIECK A, PETTIGREW S. How physician and community pharmacist perceptions of the community pharmacist role in Australian primary care influence the quality of collaborative chronic disease management. Qual Prim Care. 2013;21(2):105‑11.

82. LI W, KENDLER D. Pharmaceutical care and community pharmacists' understanding of bisphosphonate dosing information. J Clin Pharm Ther. 2004;29(6):531‑6.

83. CURTIS J, CAI Q, WADE S, STOLSHEK B, ADAMS J, BALASUBRAMANIAN A, et al. Osteoporosis medication adherence : Physician perceptions vs. patients' utilization. Bone. 2013;55(1):1‑6.

84. Code de la santé publique. Articles L1161-1 à L-1161-5 [Internet]. Legifrance. 2009 [cité 29 juill 2014]. Disponible sur: http://legifrance.gouv.fr/affichCode.do;jsessionid=0B239250EF9FB73AC8B7B0B4FA178FB9.tpdjo13v_2?idSectionTA=LEGISCTA000020892071&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20140729

85. GORI S, DI MAIO M, PINTO C, ALABISO O, BALDINI E, BARBATO E, et al. Impact of use of oral anticancer drugs on activity of Italian oncology practices: results of a survey conducted by the Italian Society of Medical Oncology (AIOM). Tumori. 2013;99(1):35‑8.

86. LAI P, CHUA S, CHAN S. Impact of pharmaceutical care on knowledge, quality of life and satisfaction of postmenopausal women with osteoporosis. Int J Clin Pharm. 2013;35(4):629‑37.

87. Arrêté du 4 mai 2012 portant approbation de la convention nationale organisant les rapports entre les pharmaciens titulaires d'officine et l'assurance maladie (J.O. n°0107 du 6 mai 2012).

88. Arrêté du 24 juin 2013 portant approbation de l'avenant n° 1 à la convention nationale du 4 avril 2012 organisant les rapports entre les pharmaciens titulaires d'officine et l'assurance maladie relatif à l'accompagnement des patients chroniques sous anticoagulants oraux (J.O. n°0147 du 27 juin 2013).

RÉSUMÉ DE LA THÈSE

L'ostéoporose post-ménopausique est un enjeu important de santé publique. A l'heure actuelle, nous disposons de moyens thérapeutiques efficaces permettant d'envisager une meilleure prise en charge, mais l'adhésion du patient à son traitement conditionne le succès thérapeutique. Les patientes peuvent intégrer un programme d'éducation thérapeutique et prolonger leur suivi dans le cadre du projet SIOUX (Suivi Intégré de l'Ostéoporose par les URPS-X) au CHR de Metz-Thionville. Le succès du projet réside dans le circuit de l'information au sein de la triangulation médecin-pharmacien-patient, pour éviter les perdus de vue. Nous avons décidé de mener une étude qualitative, en collaboration médecin-pharmacien, par entretiens semi-dirigés, afin d'identifier les freins et les leviers d'une relation de coopération entre médecins généralistes et pharmaciens d'officine participant au projet SIOUX. Les résultats de notre étude mettent en évidence des facteurs favorisants en fonction des profils individuels de chaque intervenant et les caractéristiques de leur lieu d'exercice, leur fort investissement, la définition des rôles de chaque professionnel, et le discours commun tenu par chacun des professionnels médecin généraliste et pharmacien d'officine. Des freins ont été identifiés, tels que les réserves de certains professionnels qui ne se connaissent pas, notamment du fait de l'éloignement géographique, ou du manque de disponibilité. Les professionnels interrogés s'accordent à dire que la voie ouverte par le projet SIOUX, avec les différents moyens de communication proposés, favorisent la prise de contact interprofessionnelle et permet une meilleure prise en charge des patients.

TITRE EN ANGLAIS:
Obstacles and facilitating factors in the general practitioner-pharmacist collaboration, in the context of an osteoporosis therapeutic education program (SIOUX project)

THÉSE : MÉDECINE GÉNÉRALE ET PHARMACIE – ANNÉE 2014

MOTS CLÉS :
Ostéoporose, coopération médecin-pharmacien, éducation thérapeutique du patient, SIOUX

INTITULÉ ET ADRESSE DE L'U.F.R :

UNIVERSITÉ DE LORRAINE

Faculté de Médecine de Nancy
9, avenue de la Forêt de Haye
54505 VANDOEUVRE LES NANCY

Faculté de Pharmacie de Nancy
5 Rue Albert Lebrun
54000 NANCY