

Les services rendus par le pharmacien d'officine en dehors de la délivrance de médicaments

Magali Esse

▶ **To cite this version:**

Magali Esse. Les services rendus par le pharmacien d'officine en dehors de la délivrance de médicaments. Sciences pharmaceutiques. 2005. hal-01734456

HAL Id: hal-01734456
https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01734456

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.

UNIVERSITÉ DE LORRAINE

AVERTISSEMENT

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

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

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

Contact : ddoc-theses-contact@univ-lorraine.fr

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

T/PH/N/2005/67
Doublé

UNIVERSITE HENRI POINCARE – NANCY 1

2005

BIBLIOTHEQUE
PHARMACIE
ODONTOLOGIE
NANCY

FACULTE DE PHARMACIE

LES SERVICES RENDUS PAR LE PHARMACIEN D'OFFICINE EN DEHORS DE LA DELIVRANCE DE MEDICAMENTS

THESE

Présentée et soutenue publiquement

le 22 septembre 2005

pour obtenir

le Diplôme d'Etat de Docteur en Pharmacie

par Magali ESSE
née le 19 février 1980

DB 32019

Membres du Jury

Président : M. Gérald CATAU, Maître de Conférences, Faculté de Pharmacie de Nancy.

Juges : Mme Chantal FINANCE, Professeur, Faculté de Pharmacie de Nancy.

M. Jean GERARD, Pharmacien d'officine et Président du Syndicat des Pharmaciens de Meurthe et Moselle.

BU PHARMA-ODONTOL
104 069999 0

PRI 092-9[illegible]

UNIVERSITE HENRI POINCARE – NANCY 1

2005

FACULTE DE PHARMACIE

LES SERVICES RENDUS PAR LE PHARMACIEN D'OFFICINE EN DEHORS DE LA DELIVRANCE DE MEDICAMENTS

THESE

Présentée et soutenue publiquement

le 22 septembre 2005

pour obtenir

le Diplôme d'Etat de Docteur en Pharmacie

par Magali ESSE
née le 19 février 1980

DB 32019

Membres du Jury

Président : M. Gérald CATAU, Maître de Conférences, Faculté de Pharmacie de Nancy.

Juges : Mme Chantal FINANCE, Professeur, Faculté de Pharmacie de Nancy.

M. Jean GERARD, Pharmacien d'officine et Président du Syndicat des Pharmaciens de Meurthe et Moselle.

FACULTE DE PHARMACIE **UNIVERSITE Henri Poincaré - NANCY 1**

Membres du personnel enseignant 2004/2005

BIBLIOTHÈQUE
PHARMACIE
ODONTOLOGIE
NANCY

Doyen
Chantal FINANCE

Vice Doyen
Francine PAULUS

Président du Conseil de la Pédagogie
Pierre LABRUDE

Responsable de la Commission de la Recherche
Jean-Claude BLOCK

Directeur des Etudes
Gérald CATAU

Responsable de la Filière officine
Gérald CATAU

Responsables de la Filière industrie
Jean-Bernard REGNOUF de VAINS
Isabelle LARTAUD

Responsable de la Filière hôpital
Jean-Michel SIMON

DOYEN HONORAIRE
M. VIGNERON Claude

PROFESSEURS HONORAIRES
Mle BESSON Suzanne
Mle GIRARD Thérèse
M. JACQUE Michel
M. LECTARD Pierre
M. LOPPINET Vincent
M. MARTIN Jean-Armand
M. MORTIER François
M. MIRJOLET Marcel
M. PIERFITTE Maurice

PROFESSEURS EMERITES
M. BONALY Roger
M. HOFFMAN Maurice

MAITRES DE CONFERENCES HONORAIRES
Mme FUZELLIER Marie-Claude
Mle IMBS Marie-Andrée
Mme POCHON Marie-France

PROFESSEURS

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

MAITRES DE CONFERENCES

Mme	ALBERT Monique	Bactériologie - virologie
Mme	BANAS Sandrine	Parasitologie
Mme	BENOIT Emmanuelle	Communication et santé
M.	BOISBRUN Michel	Chimie Thérapeutique
Mme	BOITEUX Catherine	Biophysique, Audioprothèse
M.	BONNEAUX François	Chimie thérapeutique
M.	CATAU Gérald	Pharmacologie
M.	CHEVIN Jean-Claude	Chimie générale et minérale
M.	CHILLON Jean-Marc	Pharmacologie
M	CLAROT Igor	Chimie analytique
Mme	COLLOMB Jocelyne	Parasitologie, conseils vétérinaires
M.	COULON Joël	Biochimie
M.	DANGIEN Bernard	Mycologie
M.	DECOLIN Dominique	Chimie analytique
M.	DUCOURNEAU Joël	Biophysique, audioprothèse, acoustique
M.	DUVAL Raphaël	Microbiologie clinique
Mme	FAIVRE Béatrice	Hématologie
M.	FERRARI Luc	Toxicologie
Mle	FONS Françoise	Biologie végétale, mycologie
M.	GANTZER Christophe	Virologie
M.	GIBAUD Stéphane	Pharmacie clinique
Mle	HINZELIN Françoise	Mycologie, botanique
M.	HUMBERT Thierry	Chimie organique
M.	JORAND Frédéric	Santé, environnement
Mme	KEDZIEREWICZ Francine	Pharmacie galénique
Mle	LAMBERT Alexandrine	Biophysique, biomathématiques
M.	LAMPRECHT Alf	Pharmacie galénique
Mme	LARTAUD Isabelle	Pharmacologie
Mme	LEININGER-MULLER Brigitte	Biochimie
Mme	LIVERTOUX Marie-Hélène	Toxicologie
Mle	MARCHAND Stéphanie	Chimie physique
Mme	MARCHAND-ARVIER Monique	Hématologie
M.	MENU Patrick	Physiologie
M.	MERLIN Christophe	Microbiologie environnementale et moléculaire
M.	MONAL Jean-Louis	Chimie thérapeutique
M.	NOTTER Dominique	Biologie cellulaire
Mme	PAULUS Francine	Informatique
Mme	PERDICAKIS Christine	Chimie organique
Mme	PERRIN-SARRADO Caroline	Pharmacologie
Mme	PICHON Virginie	Biophysique
Mme	SAUDER Marie-Paule	Mycologie, botanique
Mle	THILLY Nathalie	Santé publique
M.	TROCKLE Gabriel	Pharmacologie
M.	ZAIOU Mohamed	Biochimie et biologie moléculaire appliquées aux médicaments
Mme	ZINUTTI Colette	Pharmacie galénique

PROFESSEUR ASSOCIE

Mme	GRISON Geneviève	Pratique officinale

PROFESSEUR AGREGE

M.	COCHAUD Christophe	Anglais

ASSISTANTS

Mme	BEAUD Mariette	Biologie cellulaire
Mme	BERTHE Marie-Catherine	Biochimie
Mme	MOREAU Blandine	Pharmacognosie, phytothérapie
Mme	PAVIS Annie	Bactériologie

SERMENT DES APOTHICAIRES

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

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

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

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

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

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

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

REMERCIEMENTS

A mon directeur de thèse et président du jury

Monsieur Gérald CATAU
Maître de conférences, laboratoire de pharmacodynamie,

Qui a su m'orienter tout au long de ce travail tout en me laissant beaucoup de liberté.
Je vous suis très reconnaissante pour votre disponibilité et vos précieux conseils.
Veuillez trouver ici l'expression de ma sincère et respectueuse gratitude.

Aux membres du jury

Madame Chantal FINANCE
Professeur et Doyen de la Faculté de Pharmacie de Nancy,

Qui me fait l'honneur de juger ce travail aujourd'hui.
Je tiens à vous exprimer mon plus profond respect et mes sincères remerciements.

Monsieur Jean GERARD
Pharmacien d'officine et Président du Syndicat des Pharmaciens
de Meurthe et Moselle,

Je vous remercie pour les nombreux éclaircissements que vous avez eu la patience de me fournir et l'intérêt que vous avez porté à ce travail.

Aux nombreux pharmaciens d'officine,

Monsieur Michel AULOGE,
Monsieur Michel CHANAL,

Qui ont accepté de partager avec moi leurs expériences professionnelles et de répondre à mes questions. Merci de m'avoir fournit des pistes de réflexion au cours de mes recherches.

Monsieur Dominique ROUSSEL, mon maître de stage,
Monsieur et Madame LOPPINET,

Pour votre motivation communicative et vos précieux enseignements.

A mes parents et ma sœur Florence,

Qui m'ont permis d'arriver jusqu'ici. Mille mercis pour votre bienveillance et votre soutien sans faille tout au long de mon parcours.

A mes amis

Thomas, Céline, Marianne, Marion pour leurs encouragements et leurs idées originales. Merci pour toutes ces années de complicité.

A Sébastien

Qui a su me motiver jour après jour et apaiser mes doutes,
Qui a réussi à dompter mon ordinateur et à conquérir mon cœur.

Les services rendus par le pharmacien d'officine en dehors de la délivrance de médicaments

SOMMAIRE

Introduction 1

Première partie : Un acteur de santé de proximité 1

1. La disponibilité du pharmacien 2

1.1. Les gardes 2
1.1.1. L'organisation du système de garde 2
1.1.2. Les difficultés d'organisation 3
1.1.2.1. La constitution de secteurs 4
1.1.2.2. L'accès à la pharmacie de garde 4
1.1.3. L'exemple de la Meurthe et Moselle 6
1.1.4. Contraintes et bénéfices 9

1.2. Le contact humain 10
1.2.1. La communication comme outil 10
1.2.1.1. L'accueil 10
1.2.1.2. L'écoute 11
1.2.1.3. La parole 13
1.2.1.4. L'exemple de la communication avec les personnes âgées 13
1.2.2. La communication comme remède 14
1.2.2.1. L'effet « placebo-inducteur » 14
1.2.2.2. La spécificité de la relation patient-pharmacien 15
1.2.3. Le respect du secret 15
1.2.3.1. Les fondements du secret professionnel 15
1.2.3.2. Le secret à l'officine 16
1.2.4. Contraintes et bénéfices 18

2. Les soins et services de santé 19

2.1. Les urgences 19
2.1.1. L'officine comme centre d'accueil 19
2.1.1.1. Une pharmacie à proximité 19
2.1.1.2. Une prise en charge assurée 20
2.1.1.3. Un pharmacien secouriste 20
2.1.2. Le rôle du pharmacien 21
2.1.3. Contraintes et bénéfices 25

2.2. Les soins 26
2.2.1. Les différentes interventions 26
2.2.2. La question du pilulier 27
2.2.3. Contraintes et bénéfices 28

2.3. Le suivi de paramètres 29
2.3.1. Les pratiques courantes 29
2.3.2. Les autres paramètres 31
2.3.3. Contraintes et bénéfices 31

3. L'orientation du patient 32

3.1. Guider vers une consultation 32
3.2. Accompagner l'automédication 35
3.3. Vers les « consultations pharmaceutiques » 36
3.4. Contraintes et bénéfices 37

Deuxième partie : Une source d'information 39

1. Les compétences « traditionnellement reconnues » 39

1.1. La reconnaissance des champignons 39
1.1.1. Le pharmacien : un spécialiste du champignon ? 39
1.1.2. Eviter les intoxications 41
1.2. Les autres identifications 43
1.3. La lecture des analyses de biologie médicale 44
1.4. Contraintes et bénéfices 45

2. L'éducation à la santé 46

2.1. Les interventions en éducation pour la santé 46
2.1.1. Protection de la santé : l'exemple de la canicule 48
2.1.2. Prévention primaire : l'exemple de la prévention du VIH 50
2.1.3. Prévention secondaire : l'exemple du dépistage du diabète 54
2.1.4. Prévention tertiaire : l'exemple de l'accompagnement des diabétiques 55
2.1.5. Contraintes et bénéfices 59

2.2. Les supports de communication pour l'éducation à la santé 60
2.2.1. Les vitrines 61
2.2.1.1. Les vitrines : outil commercial ou vecteur d'informations ? 61
2.2.1.2. Les différents types de vitrines 63
2.2.1.3. Contraintes et bénéfices 66
2.2.2. Les autres supports d'information 67
2.2.2.1. Les prospectus, affiches et magazines 67
2.2.2.2. Les livres et CD-Roms 68
2.2.2.3. La diffusion d'informations sur Internet 69
2.2.2.4. Contraintes et bénéfices 70

Troisième partie : Un relais de la protection sociale et des actions de Santé Publique 72

1. Une interface entre les patients et les assurances 72

1.1. La gestion du tiers-payant 72
1.1.1. Le tiers-payant obligatoire 72
1.1.2. La délégation de paiement 73
1.2. La télétransmission 75
1.3. Le problème des photocopies 77
1.4. La mise à jour de la carte vitale 78
1.5. Contraintes et bénéfices 80

2. Un acteur des économies de santé 81

2.1. Les génériques 81
2.1.1. Princeps et génériques 81
2.1.2. Le droit de substitution 84
2.1.3. Contraintes et bénéfices 85

2.2. Le refus de vente 86
2.2.1. Fondements réglementaires et déontologiques du refus de vente 86
2.2.1.1. Le refus de vente pour le respect de la réglementation : une obligation .86
2.2.1.2. Le refus de vente justifiable : une possibilité 88
2.2.1.3. Le refus de vente lié à des considérations subjectives 89
2.2.2. Contraintes et bénéfices 89

3. Une sentinelle de la Santé Publique 90

3.1. La vigilance sanitaire 90
3.1.1. La pharmacovigilance 91
3.1.1.1. L'organisation du système de pharmacovigilance 91
3.1.1.2. La notification 93
3.1.1.3. Les enquêtes 96
3.1.2. Les autres vigilances 96
3.1.3. La pharmacodépendance 97
3.2. La participation aux enquêtes 99
3.3. L'opération Cyclamed 100
3.4. Contraintes et bénéfices 103

Conclusion 105
Annexes 106
Bibliographie 112
Liste des abréviations 119
Table des illustrations 120

Introduction

En marge de sa mission initiale de « pharmacothérapeute », le pharmacien consacre quotidiennement une partie de son temps à rendre des services, qu'il s'agisse d'actions purement bénévoles ou nécessaires au bon fonctionnement de l'entreprise, d'actions basées sur le volontariat ou imposées par la loi. Ainsi, la pharmacie prend tour à tour des allures de centre d'accueil, d'infirmerie, de salle de classe, de guichet de la Sécurité Sociale, de bureau d'investigations en matière de Santé Publique.

Cette facette de la profession est souvent discrète, mais s'avère d'une grande utilité face aux évolutions actuelles du système sanitaire. Le pharmacien devient ainsi un prestataire de services et non exclusivement un fournisseur de biens. En effet, les études qu'il a suivies ne font pas de lui un simple commerçant du médicament.

Au cours de sa formation universitaire, le futur officinal reçoit des enseignements très diversifiés : en plus des connaissances médicales et pharmacologiques, il acquiert une véritable culture scientifique. Il aborde de nombreuses matières, telles que la botanique ou la parasitologie, et s'initie aussi bien à la physique quantique qu'à l'étude du génome.

Au delà des sciences proprement dites, des cours de culture générale, de communication scientifique, de gestion, de droit, de Santé Publique sont inclus dans le cursus obligatoire. Une telle formation fait du pharmacien un professionnel polyvalent, touche-à-tout. Selon Pierre-Gilles de Gennes, prix Nobel de Physique en 1991, « De par l'étendue de leurs connaissances, les pharmaciens sont parmi les rares personnes à pouvoir appréhender l'ensemble du monde réel ». La faculté de pharmacie ne forme donc pas des « spécialistes du médicament », mais bel et bien des « pharmaciens généralistes ».

Dans le dédale de l'accès aux soins et aux informations de santé, le patient peut trouver en son pharmacien un interlocuteur de qualité et de confiance et les pouvoirs publics peuvent s'appuyer sur lui pour répercuter leurs projets de santé.

Cette thèse a pour objectif de répertorier ces différents services et d'analyser leurs implications, pour tenter de considérer ce qu'il en coûte au pharmacien et les bénéfices éventuels qu'il peut y trouver. Nous avons délibérément choisi d'écarter les services directement en rapport avec la délivrance des médicaments, comme le conseil ou l'opinion pharmaceutique, pour n'examiner que les autres rôles de l'officinal, souvent méconnus du public et des autres professionnels de santé.

Avant d'envisager les services rendus aux organismes de protection sociale et de santé publique, nous nous intéresserons à ceux proposés aux patients, en mettant en valeur deux aspects du pharmacien d'officine : l'acteur de santé de proximité et la source d'informations.

Première partie : Un acteur de santé de proximité

1. La disponibilité du pharmacien

1.1. Les gardes

Une officine ouvre ses portes sur de larges plages horaires et toujours en présence d'un pharmacien : les articles L.5125-20 et L.5125-21 du Code de la Santé Publique relatifs à l'obligation d'exercice personnel stipulent en outre qu'une officine « ne peut rester ouverte en l'absence de son titulaire que si celui-ci se fait régulièrement remplacer ». Or, pour répondre aux besoins de la population et assurer la continuité de l'accès aux soins, le service pharmaceutique doit être accessible en continu : il se prolonge donc, en dehors des heures d'ouverture au public, par un système de gardes et d'urgence, assurant une disponibilité pharmaceutique permanente.

1.1.1. L'organisation du système de garde

L'article R.4235-49 du CSP impose à tous les officinaux la participation à un système de gardes et d'urgence, véritable obligation à caractère de service public, dont les modalités sont décrites à l'article L.5125-22 : un service d'urgence est organisé pour répondre aux besoins de la population en dehors des heures habituelles d'ouverture, en soirée et la nuit. Quant aux gardes, elles se déroulent en dehors des jours d'ouverture habituels, le dimanche et les jours fériés. Ces gardes peuvent s'effectuer à volets ouverts ou fermés, et s'il est matériellement possible, un système d'astreinte à domicile est également envisageable.

Elles doivent être réalisées par le titulaire lui-même ou toute personne autorisée à dispenser des médicaments de son propre chef, adjoint ou remplaçant. Etant habilités de droit à donner le repos hebdomadaire par roulement, le titulaire peut exiger la présence de son personnel le jour d'une garde.

Seuls deux cas de figure peuvent dispenser une officine de participer aux gardes :
- les pharmacies possédées par une société mutualiste ne sont pas concernées par ce système ;
- le préfet peut prendre un arrêté écartant cette obligation, après avis des syndicats, eu égard aux circonstances ou aux particularités locales rendant impraticable ou non nécessaire la participation de l'ensemble des officines. Ce peut être par exemple le cas lorsqu'il existe, dans une grande agglomération, des pharmacies ouvertes pendant la nuit. A Paris notamment, aucun tour de garde n'a été envisagé puisque plus de 25 officines ferment leurs portes tardivement (minuit ou 2h du matin) ou demeurent ouvertes 7 jours sur 7, 24h sur 24.

Il convient de rappeler que la loi régissant la répartition des officines de pharmacie dispose que les créations, les transferts et les regroupements d'officines ne peuvent être effectuées que dans un lieu qui garantit un accès permanent du public à la pharmacie et permet à celle-ci d'assurer un service de garde satisfaisant ; il revient aux titulaires de veiller à ce que leur officine satisfasse aux obligations imposées par le service de garde et d'urgence (Art.R.4235-49).

L'organisation pratique de ce service est assurée normalement par les organisations représentatives de la profession dans le département, c'est-à-dire les syndicats. Cependant, la loi prévoit trois hypothèses dans lesquelles les syndicats sont dessaisis de cette prérogative au

profit du préfet, qui va alors régler les services de gardes et d'urgence par arrêté, après avis des organisations professionnelles, du pharmacien inspecteur régional et du conseil régional de l'Ordre des Pharmaciens :
- lorsque l'organisation retenue ne permet pas de satisfaire les besoins de la santé publique ;
- si les syndicats ne parviennent pas à un accord entre eux ;
- dès lors que l'un des pharmaciens titulaires manifeste son désaccord.

Dans tous les cas, les collectivités locales sont informées du tableau de gardes. Par ailleurs, il revient à tout pharmacien de porter « à la connaissance du public soit les noms et adresses de ses proches confrères en mesure de procurer aux malades les médicaments et secours dont ils pourraient avoir besoin, soit ceux des autorités publiques habilitées à communiquer ces renseignements. » (Art R.4235-49 CSP)

Des dispositions précises concernant les possibilités d'ouverture ont été établies afin de limiter la concurrence [25]. La loi autorise un pharmacien à ouvrir son officine lorsqu'il n'effectue pas de garde, à condition qu'il le tienne ouverte pendant toute la durée du service considéré. Un pharmacien qui n'est pas de garde ne peut donc pas, par exemple, travailler le dimanche matin seulement, ou bien, s'il n'est pas de service d'urgence, jusqu'à minuit seulement.

S'agissant de l'ouverture le dimanche, le préfet peut prendre acte des engagements syndicaux pour ordonner la fermeture de tous les établissements le jour du repos hebdomadaire (Art. 221-7 du Code du Travail). L'ouverture d'une officine qui n'est pas de garde serait donc illicite, même si elle reste ouverte toute la journée du dimanche. Certaines dérogations sont toutefois accordées pour des situations particulières : une pharmacie installée dans un centre commercial a obtenu l'autorisation d'exercer tous les dimanches matin, pour s'adapter aux horaires d'ouverture des autres commerces du centre (Décision n° 98-D-56 du 15 septembre 1998 relative à des pratiques relevées dans le secteur des officines de pharmaciens du Val d'Yerres dans l'Essonne). D'autres adaptations ont été accordées à des officines situées dans l'enceinte de centres de transports, comme les aéroports [25].

La loi fixe pour seule obligation la participation de tous les pharmaciens au service de gardes ; or, dans la pratique, certaines officines échappent à cette contrainte. Outre le recours à l'autorité préfectorale et le cas des grandes villes où l'implication de tous n'est pas indispensable, certains pharmaciens, s'ils obtiennent l'accord de leurs confrères du même secteur, s'excluent du système de gardes. Certains encore « échangent » leurs tours de garde au profit de pharmacies plus dynamiques, ou de pharmaciens plus jeunes désirant faciliter leur installation. Ces pratiques, envisageables uniquement dans des zones possédant un nombre important d'officines, résultent de discussions locales mettant en balance l'efficacité et l'équité de l'organisation des gardes. L'obligation déontologique souffre ainsi de quelques arrangements, somme toute assez rares.

1.1.2. Les difficultés d'organisation

Aucune règle concernant l'organisation pratique des gardes n'a été clairement définie. Pourtant, l'harmonisation de ce service, ne serait-ce qu'au sein d'un même département, présente certaines difficultés.

1.1.2.1. La constitution de secteurs

Des secteurs géographiques regroupant plusieurs pharmacies en tours de garde doivent être déterminés. Or, nul texte ne précise le nombre minimal ou maximal d'officines que peut contenir chaque secteur, ni le nombre de kilomètres qu'il doit couvrir. Les différents secteurs se sont donc forgés avec le temps, en fonction des convenances locales et de la facilité d'accès aux soins. Ainsi voit-on des villes constituer des secteurs hypertrophiés regroupant un grand nombre d'officines, qui par là-même n'assurent chacune que peu de gardes, alors que certaines officines plus isolées se partagent à deux ou trois la responsabilité de cette astreinte.

La cohérence du système de garde au sein d'un département, qui incombe aux syndicats, s'avère donc une mission très périlleuse : ceux-ci se heurtent aux revendications de la profession, à certaines réticences politiques et au problème concomitant du service de garde des médecins. Le recours à l'autorité préfectorale est cependant peut employé, afin d'éviter une décision unilatérale risquant de ne satisfaire aucune des parties en litige.
L'APR (Association des Pharmacies Rurales) intervient auprès des Ministères pour soulever le problème des gardes en milieu rural ; elle propose également une aide individuelle aux pharmaciens pour faciliter leurs démarches et défendre leurs intérêts.

1.1.2.2. L'accès à la pharmacie de garde

Les modalités d'accueil du public sont propres à chaque secteur. Pour certains, un accord passé entre le syndicat et un commissariat de police ou une gendarmerie oblige les patients à se présenter devant les autorités pour avoir connaissance de la pharmacie de garde. Pour d'autres, un système d'astreinte téléphonique, sur le modèle des médecins régulateurs, permet d'orienter les malades. Enfin, aucune démarche particulière n'est nécessaire dans certains secteurs : les patients se présentent directement, informés par la presse, les numéros d'urgences traditionnels, le commissariat de police, ou l'affichage sur les vitrines de toutes les officines. L'instauration de systèmes d'orientation du public a été envisagée afin de remplir deux objectifs :

- <u>La vérification du bien-fondé de la demande</u>

Le système de garde a été instauré pour répondre aux « besoins urgents » de la population en dehors des heures habituelles d'ouverture des officines. Les patients doivent donc justifier d'une ordonnance du jour, relatives à un problème grave ou urgent nécessitant un traitement sans délai. Il s'agit en général de phénomènes douloureux, comme les coliques néphrétiques ou les rages de dents, ou de pathologies aiguës, comme la grippe ou la gastro-entérite, notamment en période d'épidémie.

Le passage par un commissariat ou par une astreinte téléphonique permet de réaliser un filtrage et éviter ainsi les abus concernant les demandes sans caractère d'urgence. Cependant, les pharmaciens doivent faire preuve de souplesse par rapport à ces dispositions ; la pharmacie de garde est parfois le seul recours possible pour certaines personnes, comme par exemple de jeunes parents manquant de lait infantile ou de couches pour leur enfant : ce type de requête pourrait évidemment être évité avec un peu d'organisation, mais correspond néanmoins à une nécessité immédiate. Il appartient à chaque officinal d'apprécier la pertinence de telles demandes, de discerner les dérangements inutiles des services de proximité qu'il peut accomplir.

- La sécurité du personnel

Les pharmaciens se trouvent, durant les gardes, plus vulnérables face aux actes de violence, de vandalisme et aux tentatives de cambriolage. Le travail de nuit, la présence d'une seule personne dans l'officine, la féminisation de la profession sont autant de facteurs de risque d'agressions. Du 1er janvier au 24 octobre 2003, l'Ordre National des Pharmaciens a enregistré 198 déclarations d'agressions, visant pour 99 d'entre elles les locaux et pour 121 le personnel (agressions verbales ou physiques, menaces, vols à main armée) [55]. Ces violences sont majoritairement exercées en soirée ou durant la nuit et sont motivées principalement par l'argent et la recherche de stupéfiants (cf. : tableau 1 et 2). L'amenuisement du fonds de caisse, dû à l'utilisation croissante du tiers-payant, et la limitation du stock de stupéfiants ont d'ores et déjà contribué à la diminution du nombre d'agressions ; mais ces adaptations doivent s'accompagner de mesures dissuasives.

Toute officine doit donc disposer de systèmes de sécurité suffisants pour protéger la personne de garde, la clientèle et les médicaments [34]. Pour cela, le pharmacien peut se faire connaître du commissariat ou de la gendarmerie pour bénéficier de passages d'îlotiers pendant la garde et pour le filtrage des venues à l'officine : il ne répond alors qu'aux demandes préalablement signalées par un appel de la gendarmerie ou du commissariat. L'officine peut être dotée d'un système de vidéosurveillance, d'alarmes, ou d'un guichet d'accueil donnant sur la rue. Un éclairage public important aux abords de la pharmacie peut être envisagé pour créer une ambiance rassurante…
L'orientation par un commissariat ou une astreinte téléphonique constitue l'un des moyens de réduire le risque d'incidents : elle permet au pharmacien de n'ouvrir les portes de son officine qu'après avoir été averti de la venue de patients.

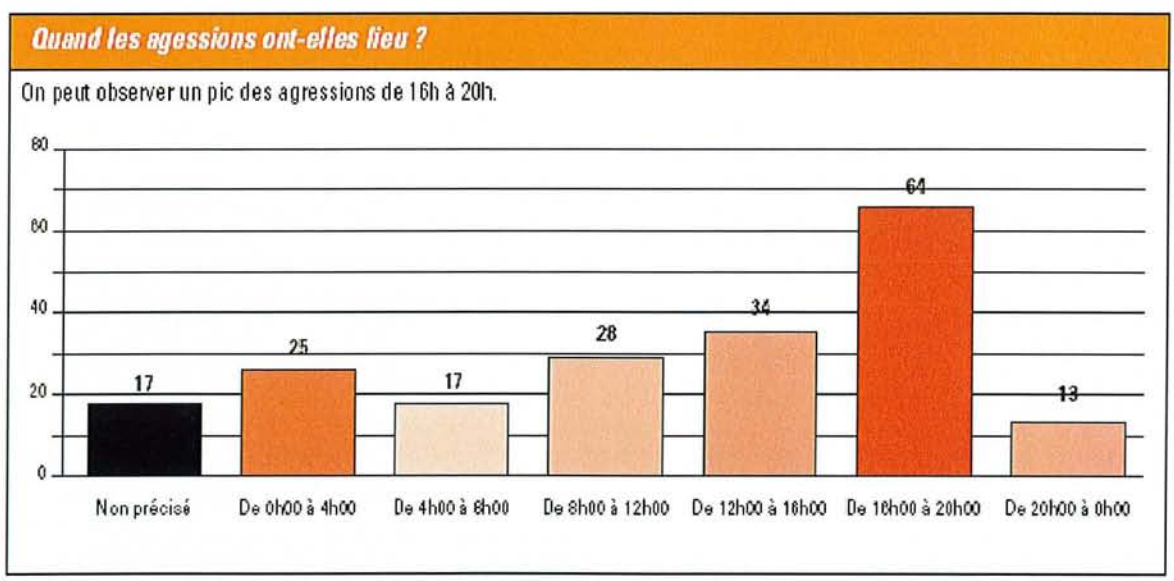


Tableau 1 : Répartition en fonction de l'heure des agressions déclarées à l'Ordre national des Pharmaciens du 1er janvier au 24 octobre 2003.

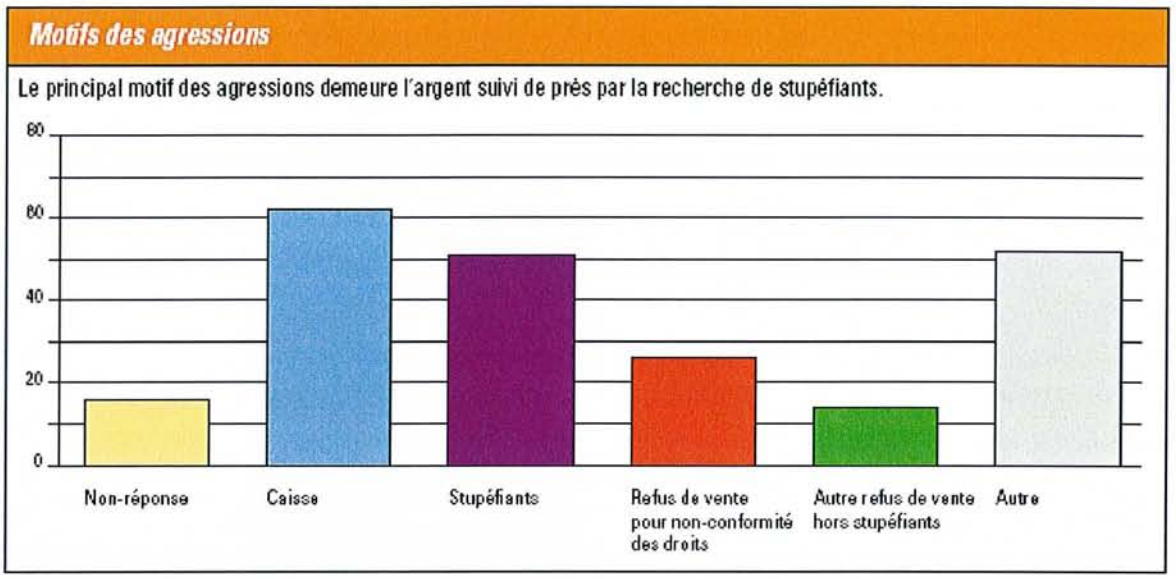


Tableau 2 : Motifs des agressions déclarées à l'Ordre national des Pharmaciens du 1er janvier au 24 octobre 2003.

1.1.3. L'exemple de la Meurthe et Moselle

Pour l'organisation des gardes, le département comporte 8 secteurs géographiques ; ces zones ne sont pas des entités légales bien définies mais le reflet d'un regroupement de proximité des officines issues de communes contiguës : ces secteurs se subdivisent en plusieurs parties, le fonctionnement des villes et des campagnes alentours étant différent. Chaque secteur possède un fonctionnement propre quant aux horaires couverts par les gardes et au roulement des officines qui le constituent. Afin d'observer l'hétérogénéité du système de gardes, examinons trois situations radicalement différentes.

- Le secteur Nancy-CGN (Communauté urbaine du Grand Nancy)

Il se compose de la ville de Nancy et de la plupart des communes du CGN (cf. : figure 1) et regroupe 102 pharmacies. La permanence des soins est divisée en trois parties :
- un service d'urgence le soir de 19h à 22h, rempli par une seule pharmacie du secteur
- un service d'urgence la nuit de 22h à 9h le lendemain, assuré par une pharmacie
- un service de garde les dimanches et jours féries, assurée par deux pharmacies.

Chaque officine ne participe donc par roulement qu'à une soirée et une nuit tous les 3-4 mois et un dimanche ou jour férié par an.

La mise en place d'un service d'urgence en soirée peut interpeller, d'autant plus que la garde de soirée et celle de la nuit consécutive ne sont pas réalisées par la même officine. Cette organisation prend tout son sens en périodes d'épidémie durant lesquelles les dérangements peuvent être très nombreux à ces heures : le pharmacien de garde de nuit se voit donc soulagé de ce surcroît de travail.

Concernant les gardes de nuit, un accord a été passé entre le syndicat des pharmaciens et le commissariat de police : à partir de 22h, tout patient doit se présenter en personne au commissariat, qui relève l'identité du demandeur et vérifie le bien-fondé de sa venue, avant de lui communiquer les coordonnées du pharmacien de garde. Ce dernier est systématiquement averti par téléphone. Ce système est celui qui assure une sécurité optimale des pharmacies,

mais oblige les patients à effectuer un déplacement parfois périlleux : un habitant de Seichamps peut se rendre au commissariat de Nancy pour y apprendre que la pharmacie de garde se situe finalement à Seichamps.

- Le secteur Nancy-Nord

Il s'agit d'un secteur de moyenne importance, constitué de 8 communes (cf. : figure 1). Il regroupe 18 pharmacies qui ont adopté un autre type d'organisation :

- un service d'urgence de 19h à 9h le lendemain, assuré par une pharmacie,
- un service de garde les dimanches et jours fériés, assuré par deux pharmacies.

La rotation, bien plus rapide, impose la participation à une astreinte d'urgence tous les 18 jours et de garde tous les 2 mois ; les échanges de tours de garde y sont bien plus fréquents que dans le secteur Nancy-CGN pour satisfaire l'emploi du temps de chacun.

Aucun accord n'a été établi avec un commissariat. En revanche, un numéro universel d'appel à été créé depuis 1994. Ce numéro unique est connu des services d'urgence, de tous les médecins du secteur et du public, par le biais des journaux locaux, au même titre que le numéro des médecins de garde. Selon les heures et la convenance de chaque participant, les appels sont réceptionnés par un secrétariat qui possède le planning des gardes, par un répondeur communiquant ces informations, ou sont redirigés directement par un transfert d'appel vers la pharmacie en question ou le portable du pharmacien. Ce mode de fonctionnement résulte d'un accord entre les 18 titulaires et est financée par eux-mêmes.
Bien que moins sécurisant qu'une collaboration avec un commissariat, ce système présente l'avantages de ne soumettre les patients à aucun déplacement inutile.

- Les petits secteurs

Enfin, certaines pharmacies se retrouvent dans des situations extrêmes : isolées en campagne, elles assument un service de garde très contraignant. Baccarat par exemple, ville de 5000 habitants comptant deux pharmacies, se situe entre les grands pôles de Lunéville au nord et de Saint-Dié au sud, tous deux distants d'une vingtaine de kilomètres. Jusqu'en 2001, les deux pharmaciens assuraient seuls la continuité du service pharmaceutique : chacun effectuait la garde une semaine sur deux. Quant aux fermetures annuelles, instaurées à tour de rôle, elles obligeaient l'officine ouverte à effectuer la garde parfois quatre semaines d'affilée. Depuis, d'autres pharmacies se sont greffées à ce secteur, concernant les week-ends ainsi qu'une nuit par semaine ; le problème des autres jours de garde n'est à ce jour pas résolu. A l'exception du dimanche, où le commissariat de Lunéville oriente les patients, aucun système de sécurité n'a été prévu. Les pharmaciens sont contraints d'être présents en permanence pour accueillir les patients. Cette organisation, très complexe, n'est pas satisfaisante et suscite toujours de nombreuses discussions.

L'exemple de Nomeny est encore plus édifiant : un seul pharmacien assure le service de garde en permanence, 365 jours par an. Pourtant rattaché au secteur de Pont-À-Mousson, il est exclu du planning de garde, afin d'éviter aux habitants de cette grande ville de devoir se déplacer sur les 15 kilomètres de campagne les séparant de Nomeny. Cette distance équivaut néanmoins au trajet Seichamps-Nancy-Seichamps évoqué plus tôt (17 kilomètres).
Au delà de la facilité d'accès aux soins pour le public, le problème d'organisation des gardes revêt ici un aspect plus politique que syndical. L'astreinte générée par cette situation est donc extrêmement lourde : le pharmacien, habitant au dessus de la pharmacie, accueille toutes les urgences directement à sa porte. En cas d'absence, il mentionne par une affichette les pharmacies de garde de Pont-À-Mousson.

Secteur A

Longwy
Mont-Saint-Martin
Rehon
Saulnes
Gorcy
Herserange
Lexy
Longlaville
Heumont-Rehon
Villers-la-Montagne
Hautcourt-Moulaine
Mexy
Cosnes et Romain
Longuyon
Pierrepont
Audun-le-Roman
Crusnes
Villerupt
Thil
Hussigny

Secteur B

Mancieulles
Tucquegnieux
Trieux
Mercy-le-bas
Piennes
Joudreville
Mont-Bonvillers
Moutiers
Auboué
Homécourt
Joeuf
Mars-la-Tour
Conflans
Jarny
Valleroy

Secteur C

Pont-à-Mousson
Pagny-sur-Moselle
Blénod-lès-Pont-à-Mousson
Maidières-lès-Pont-à-Mousson
Dieulouard
Thiaucourt
Nomeny
Marbache
Pompey
Custines
Lay-Saint-Christophe
Bouxières-aux-dames
Frouard
Champigneulles
Liverdun
Leyr
Domèvre-en-Haye

Secteur D

Toul
Foug
Ecrouves
Dommartin-lès-Toul
Blénod-lès-Toul
Gondreville

Secteur E

Laneuveville
Varangéville
Saint-Nicolas-de-Port
Dombasles
Rosières-aux-Salines

Secteur F

Nancy
Brin-sur-Seille
Maxéville
Malzéville
Essey-lès-Nancy
Saint-Max
Laxou
Tomblaine
Jarville
Villers-lès-Nancy
Vandoeuvre
Heillecourt
Pulnoy
Seichamps
Saulxures
Houdemont

Secteur G

Lunéville
Damelevières
Blainville
Chanteheux
Saint-Clément
Baccarat
Bénaménil
Azerailles
Gerbéviller
Blâmont
Cirey-sur-Vezouse
Badonviller
Einville
Magnières

Secteur H

Chaligny
Colombey-les-Belles
Diarville
Fléville
Flavigny
Haroué
Ludres
Neuves-Maisons
Pont-Saint-Vincent
Pulligny
Richardménil
Vézelise

Figure 1 : Découpage en secteurs du département de Meurthe-et-Moselle (détail des secteurs Nancy-CGN, Nancy-Nord, Baccarat et Nomeny)

1.1.4. Contraintes et bénéfices

Le principal inconvénient du système de gardes et d'urgence est le surcroît de travail imposé aux pharmaciens. Ce temps supplémentaire de présence à l'officine s'avère rarement rentable ; afin d'apprécier cette contrainte, il convient de distinguer deux cas de figure :
- Dans les villes de moyenne ou grande importance, chaque pharmacie assure la garde à tour de rôle, ce qui allège les emplois du temps et évite une fatigue excessive. Or, on constate fréquemment une absence de logement contigu à l'officine dans les zones de centre-ville : le pharmacien doit se déplacer, voire rester présent pendant toute la durée du service, même s'il n'a que de rares ordonnances à honorer.
- Dans les petites villes et en milieu rural, la participation aux gardes s'avère beaucoup plus astreignante, jusqu'au cas extrême du pharmacien rural seul dans sa localité, contraint d'assurer ce service en permanence. De plus, dans les campagnes isolées, les pharmaciens sont souvent sollicités en urgence à leur domicile, en dehors de toute garde, comme le sont les médecins.

La fréquence des dérangements varie également en fonction du lieu d'implantation de l'officine, de l'environnement médical et des saisons ; en période hivernale, les pharmacies accueillent parfois jusqu'à une vingtaine de patients par nuit. De plus, les délivrances prennent plus de temps : le travail effectué en garde comporte une part administrative importante. Les patients, le plus souvent inconnus de la pharmacie, doivent être enregistrés et leurs droits vérifiés, pour pouvoir bénéficier du tiers payant.

Les titulaires peuvent choisir d'effectuer eux-mêmes cette obligation professionnelle, au détriment de leur vie privée. Ils peuvent également déléguer cette mission à leur adjoint ou à un remplaçant, ce qui peut poser des problèmes de logistique [23].

En effet, le responsable de la garde mérite de bonnes conditions de travail : des locaux rangés et parfaitement organisés, des procédures de fonctionnement disponibles près des appareils, en particulier pour l'utilisation de l'informatique. Il faut assurer la continuité de l'activité officinale en signalant les malades susceptibles de revenir pendant la garde, mettre à disposition les numéros de téléphone indispensables, dont celui du titulaire, voire préparer des marches à suivre pour les situations délicates : être seul dans une officine et réveillé à 3h du matin ne met pas dans les meilleures conditions de réflexion et de réaction. Le pharmacien de garde doit également disposer de bonnes conditions de repos : un couchage confortable avec un chauffage, des possibilités de restauration et de distraction.

Au delà des contraintes de dérangement et d'organisation, les gardes soulèvent un problème majeur, celui de l'insécurité. Bien plus qu'en journée et entouré de son équipe, le pharmacien est exposé au risque de cambriolages et d'agressions, risque en partie lié au phénomène toxicomane. Malgré les précautions prises quant à l'orientation des patients, la limitation des sommes en caisse et du stock de stupéfiants, trop faible pour attiser la convoitise des toxicomanes, les pharmacies sont régulièrement vandalisées, obligeant le personnel à se doter de moyens de défense individuels, tels que les bombes lacrymogènes.

Les contraintes liées aux gardes sont donc très importantes, et font l'objet de revendications de la profession : les pharmaciens d'Ile-de-France se sont joints au mouvement des médecins en entamant une grève des gardes le 23 janvier 2002. Ils réclamaient notamment une revalorisation des honoraires de gardes bloqués depuis 1984 et une amélioration des conditions de sécurité dans leur officine [73]. Pourtant, les pharmaciens ne peuvent faire défaut au besoin de médicaments la nuit, le dimanche et les jours fériés. Le

système de gardes est indispensable à la continuité du service de soins, et contribue à l'image rassurante du pharmacien, disponible presque à tout moment pour accueillir le public et prendre en charge les malades.

1.2. Le contact humain

La disponibilité du pharmacien n'est pas uniquement physique, mais également psychologique : la plupart des patients s'adressent à lui avec beaucoup de facilité et se confient librement. L'officine se situe à l'interface entre le public et les médicaments, domaine dont la complexité ne cesse de croître avec les progrès scientifiques ; comme le médecin, le discours du pharmacien se doit d'être clair et simple. Cette interface est aussi celle qui lie une personne affaiblie par la maladie et le remède qui peut la soulager : la dimension psychologique et affective de cette situation amène le pharmacien à nouer un contact très particulier avec ses patients, emprunt d'attention et d'empathie.

L'objet de ce paragraphe peut d'emblée paraître éloigné de notre sujet, puisqu'il traite du rôle social du pharmacien. Cependant, la réalité de la profession lui impose, quels que soient son charisme ou son caractère initial, de développer des talents de psychologues et une grande qualité d'écoute : en ce sens, il s'agit d'un service à part entière.

1.2.1. La communication comme outil

La maîtrise des techniques de communication permet d'instaurer un dialogue de qualité avec les patients. Elle se décline en trois parties essentielles : l'accueil, l'écoute et la parole.

1.2.1.1. L'accueil

L'accueil constitue une des principales motivations dans le choix d'une officine : il permet au patient de se forger, dès les premières secondes, une opinion de l'officine et de la qualité de l'échange à venir.

- L'agencement des lieux fournit une première impression d'ensemble : l'espace, les couleurs, la propreté contribuent à mettre en confiance. L'agencement de l'espace-patient est souvent révélateur : une officine spacieuse, avec différents comptoirs situés dans le prolongement les uns des autres, fonctionnels, suppose un service rapide et efficace ; dans une officine plus intimiste où l'on croise le regard du pharmacien dès son entrée, on attend plutôt une relation personnalisée et chaleureuse.

L'attention portée au confort des patients peut être déterminante : l'installation de sièges améliore l'attente, notamment pour les personnes âgées ; l'aménagement d'un espace de jeux permet d'occuper les enfants et ainsi de libérer l'attention des parents pour dialoguer avec le pharmacien, tout en évitant les petits incidents provoqués par les jeunes « touche-à-tout ».

- Par la suite, le premier contact avec l'équipe officinale initie la qualité de l'échange, par le biais du regard, du sourire, de la manière d'engager la conversation. Cette disponibilité implique de savoir récupérer entre deux patients : avoir un « œil neuf » pour chaque nouvel

arrivant, se débarrasser de l'impression précédente n'est pas toujours aisé, notamment aux heures d'affluence.

Le pharmacien doit apprendre à gérer son temps et hiérarchiser les tâches à effectuer : comment rester ouvert à l'autre, alors que le téléphone sonne, la paperasse s'accumule, la commande doit être vérifiée ? Il appartient à chacun de développer cette faculté de récupération, afin d'aborder chaque patient comme s'il était le premier et éviter le dialogue automatique induit par la routine ou la volonté d'un service rapide à tout prix.

1.2.1.2. L'écoute

Elément crucial de la communication, une écoute attentive permet tout à la fois d'appréhender certains aspects du profil du patient et de déceler le plus précisément possible sa requête.

Au travers de sa façon de s'exprimer, son vocabulaire, ses tournures syntaxiques, le patient communique de nombreux indices sur sa personnalité. A cela s'ajoutent les éléments du message non verbal, c'est-à-dire les attitudes corporelles, l'investissement de l'espace, l'intensité et le ton de la voix. Selon son type de personnalité, le patient aura des attentes différentes et le pharmacien devra adapter son discours.

Un psychiatre américain, Taibi Kahler, a mis au point une méthode d'analyse intéressante : il définit six types de personnalités que Gérard Collignon, psychologue français, qualifie d'empathique, travaillomane, rebelle, persévérant, promoteur et rêveur (cf. : tableau 3) [6] :

- L' « empathique » privilégie les relations humaines, ses besoins psychologiques sont d'ordre affectif : il sera donc sensible à l'attention qu'on lui porte et à la convivialité dont on fait preuve.
- Le « travaillomane » privilégie la compétence et la logique : il préfèrera les arguments d'ordre technique qui font appel à ses connaissances médicales, un service rapide et efficace.
- Le « rebelle » aime les contacts ludiques et décontractés ; il agit de façon impulsive et tranchée. Beaucoup de tact et de mesure seront nécessaires pour le convaincre.
- Le « persévérant » aime que soit reconnue sa position sociale : il attend des relations de confiance très professionnelles.
- Le « promoteur » recherchera essentiellement un échange commercial ; il est sensible aux relations de séduction et aux arguments chocs, mais se montre généralement peu fidèle à une officine et peu assidu.
- Enfin, le « rêveur » se fait discret, un peu en retrait. Peu enclin à entamer une conversation, il se montrera pourtant très attentif aux conseils prodigués.

Sans tenter d'analyse psychologique poussée, le pharmacien peut toutefois percevoir les subtilités de chaque personnalité et moduler son attitude en conséquence.

L'écoute doit également permettre de comprendre précisément la requête du patient : elle ne doit pas être passive, mais fonctionner en « feed-back » : en réponse au message reçu, le pharmacien pose des questions qui orienteront la conversation. L'écoute active permet d'obtenir les informations utiles, tout en montrant l'attention particulière portée à chaque cas.

Personnalité	Besoins psychologiques	Caractéristiques	Attitude à adopter	Comportement	Type d'officine recherchée	Type de relations recherchées
Empathique	D'ordre affectif	Aime qu'on l'aime	Sollicitude, s'appuyer sur des arguments d'ordre affectif, élargir les champs de conversation à l'environnement affectif du client	Pose des questions sur les bénéfices que lui procureront les produits achetés. Sensibles aux désagréments d'un produit et à l'aspect confort d'un traitement	Chaleureuse, où l'on privilégie le contact, esthétisme discret, environnements sensoriels agréables (à l'œil, à l'oreille, à l'odorat). Rayons de parapharmacie attractifs	Privilégie le côté humain, sensible aux questions d'ordre privé et personnel. Si affinités préfère être servi toujours par la même personne
Travaillomane	Reconnaissance de sa compétence et de la qualité de sa réflexion, structuration du temps	La logique avant tout	Reconnaître son savoir médical : « Vous avez tout à fait raison, un analgésique semble tout à fait indiqué … ». Gérer efficacement le temps, service rapide	Pressé, sait ce qu'il veut, attend un service rapide et compétent et des réponses précises	Spacieuse, où l'on se meut facilement, médicaments, conseil et parapharmacie accessibles facilement, plusieurs comptoirs avec si possible une caisse rapide	Privilégie la compétence
Rebelle	Contact ludique	Spontané et exclusif (aime ou déteste)	Sourire engageant, plaisanter, éviter le ton docte	Décontracté, curieux, ouvert aux suggestions	Amicale, décontractée	
Persévérant	Etre reconnu	Observateur, cherche à évaluer le degré de compétence	Si vous connaissez ses engagements, n'hésitez pas à lui en parler, argumentez vos conseils avec professionnalisme	Cherche à échanger des opinions, tente de confronter son propre jugement au vôtre	Relations de confiance, très professionnelles	
Promoteur	Fonctionne au défi, besoin de stimulations fortes et de changement	Peu assidu en officine	Utilisez un ton directif, des arguments chocs, n'hésitez pas à proposer des ventes conseil en vous appuyant sur l'efficacité du produit, orientez-le vers les promotions de parapharmacie	Direct et charmeur	Spacieuse, esthétique avec une vitrine accrocheuses	Commercial
Rêveur	Du temps et de l'espace pour soi	Calme et réfléchi	« Dirigez » l'entretien avec douceur mais fermeté	En retrait, fuit les relations trop personnelles, attentif aux conseils	Peu sensible à l'esthétique du lieu ou à l'accueil, l'officine est choisie pour sa fonctionnalité	Le plus sobre possible, avec un conseil compétent

Tableau 3 : Les caractéristiques des six types de personnalités rencontrées à l'officine [6] (à partir des travaux de Gérard Collignon)

1.2.1.3. La parole

La qualité des informations délivrées dépend du fond, mais également de la forme du message. Il faut en effet tenir compte des inégalités de savoir et de vocabulaire : le pharmacien doit parler le langage du patient et non l'inverse. Il veille à ne pas employer trop de termes techniques, en s'assurant que les mots-clés aient été bien compris ; la reformulation permet de préciser les notions déjà acquises par le patient en corrigeant les éventuelles distorsions d'information. La clarté du message passe aussi par l'utilisation de phrases courtes au débit modéré : celui qui pense utilise 400 mots/minute, celui qui parle en dit 200 et celui qui écoute en comprend 100 [6]. Sans toutefois vulgariser à l'extrême, ces tournures de langage permettent au patient de retenir un message précis, limité à deux ou trois arguments ou idées importants.

Enfin, la curiosité inquisitrice a tendance à orienter la conversation et à placer le patient dans la situation inconfortable d'un interrogatoire stéréotypé : les questions ouvertes (auxquelles on ne peut répondre par un simple « oui » ou « non ») permettent d'aborder les problèmes de fond, sans se montrer trop directif ni influencer les réponses. Les questions fermées s'avèrent utiles en fin d'entretien pour obtenir des informations pratiques (« avez-vous déjà pris ce médicament ? »).

Ces techniques de communication revêtent évidemment un intérêt commercial connu de tout vendeur : les relations conviviales empreintes de confiance représentent le premier facteur de fidélisation d'une clientèle. Mais au sein d'une officine, le dialogue prend une dimension tout autre ; le patient est souvent affaibli par une maladie et l'échange porte sur les facettes les plus intimes de sa personne : l'humanisation du dialogue est capitale.

1.2.1.4. L'exemple de la communication avec les personnes âgées

Les prescriptions médicamenteuses aux personnes âgées de plus de 65 ans représentent le tiers de toutes les prescriptions, alors que cette tranche d'age ne constitue que 14.7% de la population française [53]. Le passage par l'officine est donc devenu pour elles un élément du quotidien ; atteintes de polypathologie et souvent désireuses d'être écoutées sur leurs problèmes de santé, elles attendent y trouver une oreille attentive et concernée.

La vieillesse se caractérise par une perte d'efficience et d'affectivité : le corps procure de plus en plus de souffrances et offre une image peu réconfortante ; les périodes de deuil se multiplient, ce qui amplifie la peur de la mort et peut conduire au repli sur soi. Dans ce contexte, des écueils particuliers peuvent entacher la communication :

- la déficience auditive : elle n'est pas toujours exprimée par le patient, mais nécessite pourtant des adaptations comme le haussement du ton, l'association du geste à la parole, la répétition et la vérification d'une bonne compréhension.
- les états dépressifs : très courants chez les personnes âgées, ils sont amplifiés par la solitude et l'isolement. Le pharmacien, en mettant l'accent sur les points positifs de leur autonomie, leurs habitudes de vie, peut les inciter à adopter une attitude constructive et retrouver une certaine dynamique dans leurs activités.
- les démences séniles et la maladie d'Alzheimer nécessitent une prise en charge particulière, avec réalisation d'aide-mémoire ou collaboration avec le personnel soignant, les infirmières.

Or, en dehors de ces situations précises, la vieillesse ne doit pas être considérée comme une pathologie : les personnes âgées méritent d'être reconnues comme les adultes qu'elles sont. Certaines attitudes sont à proscrire : se voulant pleines de sollicitude, elles s'avèrent en fait dévalorisantes.

- L'infantilisation, la surprotection consistent à utiliser un langage simplifié à outrance, un ton tour à tour cajoleur ou autoritaire. Même lorsque les personnes âgées ont perdu une part de leur agilité intellectuelle, elles ont droit à la reconnaissance et au respect du à toute personne. Leur niveau de compréhension, à l'exception de quelques cas pathologiques, est tout à fait identique à celui d'un adulte.
- L'évitement : les personnes âgées évoquent souvent leurs doutes et leur crainte de mourir. Ce sujet met souvent mal à l'aise, mais l'occulter reviendrait à nier l'évidence et remettrait en cause le travail déjà entamé par ces patients.
- L'âgisme exprime l'attitude discriminatoire à l'encontre des personnes âgées au sein d'une société privilégiant la jeunesse et l'action : trop de professionnels de santé démissionnent encore lorsqu'il s'agit de fournir des explications aux personnes âgées. Par exemple, on évoque souvent leur réticence sur le sujet des médicaments génériques. Elles opposent certes plus de résistances lorsqu'elles sont attachées à un certain conditionnement, par peur de se tromper, ou au produit prescrit initialement par le médecin, par l'habitude acquise du fait de la chronicité de leurs troubles. Le sujet des génériques mérite cependant d'être abordé : sous prétexte de ne pas vouloir modifier leurs habitudes, certains pharmaciens occultent le dialogue. Or, les personnes âgées sont capables de comprendre les enjeux de la substitution comme tout autre patient, si tenté qu'on leur en explique les raisons.

1.2.2. La communication comme remède

Pour toutes les professions de santé, la communication ne se résume pas à un ensemble de techniques de dialogue : ces outils ne sont qu'un moyen de véhiculer le réel message, emprunt de sollicitude et d'empathie.

1.2.2.1. L'effet « placebo-inducteur »

L'officine est un lieu unique où se mêlent une finalité commerciale et la théologie de la guérison, le médicament un produit à part, avec une dimension symbolique qui touche directement l'être social et affectif de l'individu : il lui permet de se guérir, de se protéger, de s'embellir [36].

Nous savons maintenant que toute thérapeutique comporte une part d'effet placebo, avec un taux de l'ordre de 30% habituellement et pouvant atteindre 60-70% dans le cas des migraines et dépressions [44]. Ce phénomène est un traitement à valeur ajoutée ; il est intimement lié à la croyance, la suggestion, la motivation du patient. De nombreux facteurs influencent l'importance de cet effet : l'affection visée, la personnalité du malade, le type de médicament... Parmi eux, l'attitude du médecin ou du pharmacien occupe une place non négligeable : ceux-ci ont la capacité d'induire un effet placebo, par la confiance qu'ils inspirent, leur façon de présenter une thérapeutique. Croyance et confiance : l'effet placebo relève de la psychologie humaine, c'est-à-dire de l'influence du mental sur la perception de la maladie et de son traitement.

Le malade est écouté, regardé, ausculté par son médecin. Ce dernier rédige une ordonnance, ce « parchemin sacré » que seul le pharmacien pourra déchiffrer ; puis les médicaments sont présentés et leur utilisation expliquée. Ces différentes phases constituent un véritable rituel dont le déroulement conditionnera, dans une certaine mesure, le processus de guérison. Le pharmacien ne se cantonne donc pas au rôle de tiers dispensateur : il influence l'efficacité du traitement par son attention, son enthousiasme, son empathie.

1.2.2.2. La spécificité de la relation patient-pharmacien

Dans l'inconscient collectif, le médecin bénéficie d'une aura impressionnante : son statut social impose le respect ; lui seul détient les connaissances vitales permettant de détecter le mal et le soigner ; il a des droits que tout le monde n'a pas : il percute, tapote des corps allongés, parfois dénudés ; sa parole fait autorité, ses prescriptions sont des « ordonnances ».

Le pharmacien apparaît plus accessible : nul besoin de rendez-vous pour lui parler, de but précis, ni d'honoraires à la clef. Si pour certains cet état de fait rend le pharmacien moins crédible, pour la plupart, il rend le dialogue plus facile. Ainsi se succèdent à l'officine des patients au récit révélateur : l'un d'eux, venu muni de ses analyses biologiques en quête de conseils diététiques, avoue faire des écarts de régime, « pour les pâtisseries... mais ça je ne le dirai pas au docteur ! ». Un autre sort décontenancé d'une consultation : « Il m'a expliqué ce que j'avais...mais je n'ai rien compris », sans avoir osé faire répéter le médecin, ni lui poser de questions.

Le dialogue est également facilité par l'image de conseiller du pharmacien. Si le discours du médecin est parfois moralisateur ou ses diagnostics alarmants, le pharmacien a plutôt un rôle de soutien, d'encouragement. Les deux professionnels doivent évidemment parler d'une même voix, mais la tonalité est différente.

Dans la préface d'un ouvrage consacré aux « Pharmacies de toujours », P. Duchein met en avant cet fonction irremplaçable de l'officinal : « La porte du pharmacien est sans nul doute une des dernières que l'on puisse pousser pour venir raconter un peu de soi comme on ne le fait nulle part ailleurs, et cela sans rendez-vous, parfois sans pudeur, souvent aussi sans souci de l'heure » [7]. Ainsi parle-t-on parfois du pharmacien comme d'un « confesseur laïc ».

1.2.3. Le respect du secret

Comme tout professionnel amené à avoir connaissance d'informations à caractère secret, le pharmacien est soumis à des règles strictes de discrétion. Le respect du secret absolu, engagement déontologique fondamental, permet d'officialiser la relation de confiance avec les patients, libres ainsi d'exprimer tous les maux dont ils souffrent. Or, les mesures de confidentialité qui en découlent s'avèrent parfois difficiles à mettre en œuvre au sein d'une officine, et nous verrons que dans certains cas, le secret professionnel peut constituer une barrière à la communication plutôt qu'un facteur facilitant.

1.2.3.1. Les fondements du secret professionnel

Le secret est une obligation professionnelle dont le Code Pénal réprime toute violation : « La révélation d'une information à caractère secret par une personne qui en est dépositaire soit par profession, soit en raison d'une fonction ou d'une mission temporaire est punie d'un an d'emprisonnement et de 100 000 Frs (15 245€) d'amende » (Art. 226.13).

Concernant la pharmacie, ces dispositions sont complétées par l'article R.5015-5 du Code de Déontologie : « Le secret professionnel s'impose à tous les pharmaciens dans les conditions établies par la loi. Tout pharmacien doit en outre veiller à ce que ses collaborateurs soient informés de leurs obligations en matière de secret professionnel et à ce qu'ils s'y conforment ». Le secret concerne donc toute l'équipe officinale, membres permanents ou occasionnels, y compris les stagiaires.

Les informations « à caractère secret » envisagées par la loi ont depuis longtemps été précisées par la jurisprudence : elles concernent les informations confiées, mais également tout ce qui a pu être vu, entendu, compris, voire interprété par le professionnel de santé [42]. Ainsi, sont couverts par le secret :

- les déclarations d'un malade,
- les diagnostics,
- les thérapeutiques,
- les dossiers,
- mais aussi les confidences des familles, les conversations surprises au domicile lors de visites,...

Toute divulgation est sanctionnable : le délit de violation est constitué dès lors que la révélation est effective, intentionnelle, même si son objet est de notoriété publique et même si elles n'entraînent aucun préjudice pour celui qu'elles concernent.
Outre l'aspect pénal, les sanctions peuvent être civiles, si un préjudice résulte de l'infraction, et disciplinaire en raison de la violation du code de déontologie.

Cependant, le délit n'est pas constitué dans les cas où la loi autorise ou impose la révélation du secret [38] :
- la dérogation est autorisée pour « celui qui informe les autorités judiciaires, médicales ou administratives de sévices ou privations dont il a eu connaissance et qui ont été infligés à un mineur de moins de quinze ans ou à une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son age ou de son état physique ou psychique ». Il s'agit bien d'une autorisation à divulguer sans encourir de poursuites, non d'une obligation. En revanche, si la personne tenue au secret se tait sur ce qu'il a pu connaître, cela ne la dispense pas de mettre en œuvre tous les moyens susceptibles de porter secours à personne en péril (Art 233-6 du Code Pénal relatif à la non-assistance à personne en danger). Concrètement, si le pharmacien n'est pas tenu d'informer les autorités judiciaires, il doit se tourner vers les autorités chargées des actions sanitaires et sociales.
- la dérogation est possible avec la permission de la personne concernée : la disposition de la révélation appartient toujours au patient.
- en instance judiciaire peuvent être accordées des dérogations pour la défense légitime du professionnel de santé. Selon la gravité de l'affaire (crimes et sévices), le juge a le pouvoir de décider de l'utilité ou non de dévoiler le secret : la loi peut imposer au pharmacien la levée du secret professionnel pour faire jaillir la vérité.

1.2.3.2. Le secret à l'officine

Le respect du secret professionnel pose quelques difficultés dans le cadre de l'activité officinale, et nécessite de prendre certaines précautions.

- <u>Le problème de l'intimité</u>

A l'inverse d'un cabinet médical, une officine accueille de nombreux patients en même temps. L'agencement des lieux doit permettre à chacun de pouvoir s'exprimer librement sans crainte d'être entendu par les personnes du comptoir voisin : l'espace dédié aux patients doit donc être suffisant et aménagé de telle sorte qu'il respecte l'intimité d'une conversation personnelle [18]. Des comptoirs dispersés ou séparés par des plots, voire une ligne au sol matérialisant une zone de discrétion, permettent de créer une « isolation phonique ». Face à un patient visiblement mal-à-l'aise, le pharmacien ne doit pas hésiter à proposer de poursuivre l'entretien dans une pièce à part, son bureau ou s'il existe, le local

d'orthopédie, accessible directement de l'espace-clients sans passer devant les médicaments en arrière-boutique (pratique interdite par l'Art. R.4235-55 du CSP).

La confidentialité consiste également en une discrétion visuelle : le patient saura gré au pharmacien de retourner sur le comptoir les boites afin que le nom de la spécialité ne soit pas visible de tous, surtout s'il s'agit de médicaments médiatisés ou de réputation sensible (Viagra®, Norlevo®). Certains produits peuvent être emballés préalablement ou proposés avec des sachets plus opaques (préservatifs, couches pour incontinence). De même, la position des écrans d'ordinateur est importante : placés horizontalement, ils donnent loisir à tout interlocuteur de consulter les informations affichées, ce qui peut représenter un risque lorsque apparaissent des homonymes au cours d'une recherche d'historique par exemple.

Chaque pharmacien doit donc optimiser la confidentialité de son officine, en fonction de la place dont il dispose pour l'agencement, et former son équipe au respect du secret professionnel et aux règles élémentaires de discrétion, lors de la délivrance, au téléphone et en dehors de la pharmacie.

- Le problème du diagnostic

Il s'agit d'une situation rencontrée quotidiennement où le respect du secret professionnel vient freiner la communication. En effet, les médecins peuvent dans certains cas cacher à un patient tout ou partie des informations concernant sa pathologie. Leur code de déontologie dispose que « dans l'intérêt du malade et pour des raisons que le praticien apprécie en conscience, un malade peut être tenu dans l'ignorance d'un diagnostic ou d'un pronostic grave, sauf dans le cas où l'affection dont il est atteint expose un tiers à un risque de contamination (VIH par exemple) » (Art.35). Cette règle d'humanisme a pour but d'éviter au malade la perte de tout espoir d'amélioration de son état, tout en respectant la continuité des soins.

Le pharmacien est rarement informé de telles décisions et doit veiller, par précaution, à ne jamais évoquer de diagnostics qui auraient pu être tus par le prescripteur. Même au vu d'une ordonnance explicite, il est tenu de « s'abstenir de formuler un diagnostic sur une maladie au traitement de laquelle il est appelé à collaborer » (Art. R.4235-63 du CSP).
Pourtant, nombreux sont les patients à demander l'indication de leurs médicaments ou des renseignements sur leur maladie, plaçant ainsi le pharmacien dans une position inconfortable. De plus, l'ordonnance est présentée par un tiers lorsque le malade est alité ou incapable de se déplacer : le pharmacien ne peut préjuger des informations qui lui ont été divulguées [28].

La plus grande prudence s'impose donc dans ce type de situation, preuve du défaut de communication entre professionnels de santé. A l'avenir, le recours au dossier médical partagé pourrait-il mentionner les précautions à prendre et permettre ainsi l'uniformité des soins ? Quoi qu'il en soit, le pharmacien devrait être informé des décisions du médecin en la matière lorsqu'il s'agit d'un de ses patients réguliers.

- Le problème du secret partagé

L'obligation de secret professionnel ne s'applique pas à l'échange d'informations entre professionnels de santé, sauf désaccord du patient concerné : le secret partagé n'existe que pour servir l'intérêt du malade lui-même (Art. L.1110-4 al.3 du CSP et loi n°2002-30 du 4 mars 2002 relative aux droits du malade et à la qualité du système de santé). Le partage

d'informations est pratiqué afin d'assurer la continuité des soins ou de déterminer la meilleure prise en charge sanitaire possible.

Le pharmacien peut donc avertir le prescripteur s'il constate par exemple qu'un patient refuse de suivre un traitement pourtant indispensable ou se livre à des pratiques dangereuses, comme l'injection IV de Subutex®. Si ce renseignement est répercuté au patient, il doit l'être avec beaucoup de précautions : le malade pourrait ressentir cette révélation comme une délation. Ici encore, les acteurs de santé doivent collaborer et parler d'une même voix.

1.2.4. Contraintes et bénéfices

Le contact humain se ressent dans les officines implantées au sein de zones difficiles, où les pharmaciens côtoient l'exclusion et la précarité : une charité discrète s'y opère, sous la forme de dons de doses d'essais, d'échantillons de produits d'hygiène, de médicaments rapportés par d'autres patients [70]. L'aide apportée peut aussi prendre la forme de conseils pour la rédaction de documents, le remplissage des feuilles d'impôt...Mais les bénéfices de ce contact de proximité sont nécessaires dans toute officine, au quotidien, pour soulager tous les maux.

Est-il besoin de rappeler les vertus d'une relation basée sur la confiance ? Se faire disponible, à l'écoute, secourable, constitue le cœur du métier de pharmacien : au delà de l'aspect déontologique, il fait appel à l'altruisme d'un homme confronté chaque jour aux maladies et à la détresse. La vocation du pharmacien tient plus en son attachement aux contacts humains qu'en son amour de la science. Comme le médecin, ces qualités d'écoute et d'échange lui permettent de devenir un véritable « pharmacien de famille »[27].

Toute officine possède son lot d'habitués un peu particuliers, dont la venue peut parfois mettre à rude épreuve les nerfs du pharmacien. La patience n'est pas seulement l'apanage des patients...

Dans un livre-enquête paru en 1976, des journalistes donnaient la parole à un certain nombre d'officinaux qui confiaient leur propre expérience en ce domaine [11]. L'un d'eux rapporte l'histoire d'une personne âgée demandant à pouvoir s'installer un instant à l'officine pour tricoter et voir ainsi des gens. Cet autre décrit une de ses plus fidèles patientes qui finit par avouer : « Je viens vous ennuyer pour me désennuyer ». La pharmacie peut abriter l'espace d'un moment un SDF cherchant à se réchauffer, ou accueillir une personne inquiète, qui vient très régulièrement discuter de son transit. Un tel cas mérite une oreille attentive et exercée. Au delà de ces cas singuliers, le rôle social du pharmacien est primordial pour tous, mais gourmand en temps.

Finalement, c'est au prix de beaucoup de patience et de psychologie que peut s'établir entre patient et pharmacien une communication franche et efficace. Tous les commerçants affirmeraient que les qualités d'accueil et d'écoute sont un volet fondamental de fidélisation de la clientèle, mais au sein de l'officine, enceinte de santé aux marchandises symboliques, elles permettent de gagner la confiance du malade, un élément important de la guérison.

2. Les soins et services de santé

La grande disponibilité du pharmacien lui permet d'intervenir auprès de ses patients, hors du schéma traditionnel de la délivrance de médicaments : directement au contact du public, il accueille les urgences médicales, prodigue au besoin les soins les plus courants et, grâce au matériel dont il dispose, offre la possibilité de suivre certains paramètres de santé, comme le poids ou la tension artérielle.

2.1. Les urgences

2.1.1. L'officine comme centre d'accueil

Un accident de la circulation, une chute, un malaise dans la rue...autant de situations délicates devant lesquelles le citoyen moyen se trouve désemparé. Selon la Protection Civile, moins de 5% de la population a suivi une formation de premiers secours et connaît les gestes qui sauvent. Les victimes, leur entourage ou les témoins de l'incident se tournent fréquemment vers la pharmacie la plus proche :

« Il y a une pharmacie pas loin...
Ils vont nous aider.
Ils sauront quoi faire ! »

Ces trois idées clés expliquent en quoi l'officine est perçue comme un refuge en cas d'urgence.

2.1.1.1. Une pharmacie à proximité

Selon les statistiques de l'Ordre national des Pharmaciens, la France dénombre 22 691 pharmacies en 2004 soit en moyenne une pharmacie pour 2 615 habitants. Or leur cartographie est le reflet d'une loi de répartition démo-géographique, suivant le Code de la Santé Publique (Art L.5125).
La règle des quotas, établie dès 1941, fixe les modalités d'implantation des officines en fonction de l'importance de la population à desservir [52].
Ainsi, une création est possible :
- par tranche de 3 000 habitants dans les communes dont la population est supérieure ou égale à 30 000 habitants,
- par tranche de 2 500 habitants dans les communes dont la population est comprise entre 2 500 et 30 000 habitants,
- dans les communes de moins de 2 500 habitants, à condition qu'elles soient dépourvues d'officine et fassent partie d'un ensemble de communes contiguës dont la population totale est supérieure à 2 500 habitants, si cette population n'a pas déjà été prise en compte pour une autre officine,
- par tranche de 3 500 habitants pour le cas particulier du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle.

Une fois ces conditions remplies et après avis du Conseil de l'Ordre et des syndicats représentatifs, une licence, nécessaire à toute création, transfert ou regroupement, et fixant l'emplacement de l'officine, est délivrée par le Préfet. Celui-ci a la faculté d'imposer une contrainte de localisation ou une distance minimale des autres officines.

Ces dispositions présentent un double intérêt : limiter les excès d'une concurrence commerciale peu compatible avec le service de Santé publique et assurer une desserte optimale de la population. Elles permettent un maillage harmonieux du territoire dans le cadre d'un réseau pharmaceutique de proximité. Bien qu'il subsiste certaines disparités relatives à la situation avant 1941, les lois de répartition des officines favorisent leur dispersion au sein de toutes les populations, rurales ou citadines. Les pharmacies constituent donc une première ligne sur le front des urgences comme premier centre d'accueil du public.

2.1.1.2. Une prise en charge assurée

Comme tout citoyen, le pharmacien est tenu de porter assistance à une personne en danger. L'article 223-6 du Code Pénal punit de 5 ans d'emprisonnement et de 76225€ d'amende « quiconque s'abstient volontairement de porter à une personne en péril l'assistance que, sans risque pour lui ou pour les tiers, il pouvait lui prêter, soit par une action personnelle, soit en provoquant un secours ».

De plus, en tant que professionnel de santé, « tout pharmacien doit, quelle que soit sa fonction et dans la limite de ses connaissances et de ses moyens, porter secours à toute personne en danger immédiat, hors le cas de force majeure » (Art R.5015-62 CSP), en dépit de quoi il enfreint le code de déontologie des pharmaciens, ce qui relève de la juridiction disciplinaire de l'Ordre.

Loin de ces considérations réglementaires, les patients savent que le pharmacien, en tant que professionnel de santé rapidement disponible, prendra en charge toute urgence, quelle que soit sa gravité, et qu'elle soit réelle ou seulement ressentie. Il possède tout d'abord des connaissances médicales lui permettant d'appréhender la gravité de la situation et, si besoin, de contacter et dialoguer efficacement avec les secours. Il dispose également d'un local facilement accessible et de tout le matériel nécessaire aux premiers secours. Enfin, l'équipe officinale entretient généralement une relation de confiance avec sa patientèle, en étant présente et à l'écoute.

2.1.1.3. Un pharmacien secouriste

Depuis juin 2002, la commission pédagogique nationale des études pharmaceutiques impose une formation de secourisme dans le cursus universitaire, enseignée sous forme de 20 heures de travaux dirigés lors du tronc commun en deuxième année. Avant cette date, la place de cet enseignement était mal définie et variait selon les facultés : parfois, seules quelques notions de secourisme étaient abordées, parfois, une formation était proposée dans le cadre d'unités de valeur optionnelles [65].

Généralement, le programme abordé est celui de l'AFPS (cf. : figure 2), Attestation de Formation aux Premiers Secours, les autres brevets de secourismes étant réservés aux personnes désirant dispenser des cours ou s'investir au sein d'organismes de protection (pompiers, croix rouge, protection civile). D'autres thèmes plus spécifiques sont proposés par la suite lors de la formation continue des pharmaciens, dans le but de se perfectionner ou d'aborder des sujets plus en profondeur.

Le programme de l'AFPS

Protection et alerte

- Module 1 : la protection
  Reconnaître les dangers, protéger le zone de danger, dégager d'urgence la victime.
- Module 2 : l'alerte
  Décider de l'alerte, choisir un service de secours adapté, transmettre les informations.

La victime s'essouffle ou saigne abondamment

- Module 3 : la victime s'essouffle
  Manœuvres de Heimlich sur l'adulte et le nourrisson.
- Module 4 : la victime saigne abondamment
  Compression directe, pose d'un garrot.

La victime est inconsciente

- Module 5 : la victime est consciente et respire
  Libérer les voies aériennes supérieures, mettre en position latérale de sécurité.
- Module 6 : la victime ne respire plus
  La réanimation cardio-pulmonaire : bouche-à-bouche et massage cardiaque.

La victime est consciente

- Module 7 : la victime se plaint d'un malaise
  Mise au repos et surveillance de la victime, étude des différents types de malaises.
- Module 8 : la victime se plaint après un traumatisme
  Les plaies simples ou graves, les brûlures, traumatismes des os ou des articulations.

Synthèse

Application des acquis à partir de mises en situation.

Figure 2 : Programme de l'AFPS et principaux thèmes abordés.

2.1.2. Le rôle du pharmacien

Le rôle du pharmacien en matière d'urgences a ses limites. Pascal Casaurang publie en 1998 dans les Annales Pharmaceutiques Françaises une étude menée dans sa propre officine, où il recense les demandes d'assistances auxquelles il a du faire face sur une période de 240 semaines [15] (cf. : figure 3 et 4).

Accidents sur la voie publique et urgences.
Traffic accidents and emergencies.

- Chutes : 29%
- sur trottoir, dans les moyens de transport, de vélo, de poussette, de berceau, sur meuble : 20%
- d'un objet sur la tête : 4%
- nécessitant une suture adhésive d'urgence : 4%
- avec fracture : 2%

- Coupures : 21%
- par lames (couteau, couteau à moquette) : 16%
- par verre : 2%

- Brûlures : 12%

Plaques électriques, fer à repasser, vapeur, caramel, liquides, « D-Stop », soleil

- Plaies ouvertes : 9%

(Dont une plaie ouverte de l'oreille chez l'enfant)

- Malaises : 6%

- Ecrasements de doigts : 5%

(Dans portes ou portières de voiture)

- Accidents de la circulation : 4%

- Accidents au niveau de l'œil : 3%

- Entorses : 3%

(Cheville ou genou)

- Coups : 3%

- Piqûres d'insectes : 2.5%

- Morsures : 1.5%

(Chien ou chat)

Figure 3 : Exemples d'urgences survenues sur une période de 240 semaines [15].

Exemples d'interventions d'urgence.
Examples of emergency interventions.

- Chute d'un haut parleur d'un grand magasin sur la tête d'un homme de 22 ans : saignement et évanouissement ; devant la longueur d'attente des secours, l'avons conduit à l'hôpital.

- Appelé d'urgence pour un enfant de 20 mois ayant coincé un doigt dans une poussette-cane pliante : doigt en partie arraché + hémorragie ; point de compression en attendant le transfert à l'hôpital.

- Homme de 30 ans, travaillant sur machine : index et pouce transpercés par des pointes ; désinfection, hémostase, conseil pour sérothérapie.

- Appelé d'urgence chez une patiente hémorragique : organisons les secours ; sera sauvée in extremis en réanimation à l'hôpital Marie-Lannelongue.

- Index transpercé par l'aiguille d'une machine à coudre...

- Foret de perceuse dans la paume de la main...

- Aiguille cassée dans auriculaire à 20h.....

- Appelé pour accident de moto avec hémorragie faciale : fracture du rocher ; évacuation sanitaire par les sapeurs-pompiers, sous coquille.

- 18 heures, femme de 65 ans, 6 traces de morsure par chien, dont une profonde : désinfection, hémostase, pansement ; conseil pour suture et sérothérapie.

- Samedi 19h30 : coupure profonde de l'index par un couteau de cuisine...

- Dimanche de garde, 15h : pulpe du pouce arraché par un couteau à moquette...

Figure 4 : Extrait du cahier d'urgences décrivant les interventions [15].

Au travers de ces observations personnelles, nous observons que le pharmacien a un double rôle à jouer :

- il doit avoir les bons réflexes : savoir assurer la sécurité de la victime, prodiguer les gestes d'urgences appropriés et maintenir le patient dans des conditions optimales dans l'attente des secours si nécessaire.

- il doit orienter vers une prise en charge médicale : avertir le SAMU ou les pompiers, contacter un médecin ou du moins conseiller un avis médical, ne serait-ce que pour la mise à jour de la vaccination anti-tétanique en cas de coupure. Rares sont les exemples où la prise en charge à l'officine peut suffire, si ce n'est le cas des situations ressenties comme des urgences par le patient, mais qui finalement s'avèrent bénignes et nécessitent plus un conseil officinal qu'un acte de secourisme.

L'intervention du pharmacien ne se fait qu'en première intention : il sert de premier maillon dans la chaîne de soins et ne peut gérer à lui seul l'ensemble de l'urgence, en dépit de quoi il peut être accusé d'exercice illégal de la médecine. En effet, l'art L.4161-1 du CSP définit comme exerçant illégalement la médecine « toute personne qui prend part habituellement ou par direction suivie, même en présence d'un médecin, à l'établissement d'un diagnostic ou au traitement de maladies, congénitales ou acquises, réelles ou supposées, par actes personnels, consultations verbales ou écrites ou par tous autres procédés quels qu'ils soient, ou pratique l'un des actes professionnels prévus par une nomenclature fixée par arrêté du ministre chargé de la santé après avis de l'Académie nationale de médecine, sans être titulaire d'un diplôme, certificat ou titre mentionnés à l'article L.4131-1 et exigé pour la profession de médecin, ou sans être bénéficiaire de dispositions spéciales (...) ».

Ces attributions correspondent au devoir de tout secouriste civil. Cependant, le pharmacien, en tant que professionnel de santé disposant de connaissances médicales et de médicaments d'urgence, est parfois amené à outrepasser ces fonctions : il doit choisir en conscience d'enfreindre le Code de la Santé Publique selon son appréciation du péril, en délivrant les produits indispensables. Certains officinaux ont en effet été condamnés pour non-assistance à personne en danger pour avoir refusé de fournir des médicaments d'urgence sans prescription médicale : en avril 1999, un touriste en visite à Paris avait été conduit dans une pharmacie pour une violente crise d'asthme à 2 heures du matin. Le praticien de service lui a refusé de la Ventoline®, arguant qu'il n'avait pas d'ordonnance et que le SAMU était averti. Le tribunal correctionnel de Paris a condamné le pharmacien à 10 000 francs d'amende avec sursis pour " non-assistance à personne en danger ", après avoir estimé que la non-administration du médicament n'était pas la cause du décès du malade.

Il s'agit d'une abstention fautive : l'exercice illégal de la médecine est un délit d'habitude, et sa prétendue commission ne saurait être invoquée à l'appui d'un refus de porter secours. Un pharmacien devant s'avérer plus compétent par sa formation aux premiers gestes de survie pour apporter un tel secours qu'une personne dépourvue de connaissances en matière de santé, sa qualité peut constituer un motif aggravant de l'infraction. L'exercice personnel qui implique que tout acte pharmaceutique doit être accompli par un pharmacien ou sous sa surveillance directe ne devrait pas non plus constituer une excuse valable à ce qu'un pharmacien refuse de quitter temporairement son officine. Il lui appartient d'établir une hiérarchie entre les différentes obligations mises à sa charge, voire de suspendre le fonctionnement de son officine pendant la durée de son intervention.

Le pharmacien doit donc parfois fournir des médicaments sans l'ordonnance médicale rendant licite cette délivrance, si aucun prescripteur n'est joignable par le patient (situation tout de même assez rare) et que le refus de délivrer le médicament indispensable risquerait d'entraîner, dans ce cas précis, un réel danger pour sa santé.

2.1.3. Contraintes et bénéfices

Il est délicat ici de discuter les avantages et inconvénients de ce service rendu puisqu'il s'agit de situations extrêmes où la vie d'une victime peut être menacée. Notons cependant que l'investissement du pharmacien pour être opérationnel en cas d'urgence est limité : il doit disposer d'une formation initiale et de matériels adaptés.

Contrairement à d'autres domaines concernant la santé, les notions de secourisme ne constituent pas une importante somme de connaissances à entretenir régulièrement : ce sont des mécanismes qu'il convient de maîtriser. La gestion des urgences n'est pas une science exacte et ne peut être enseignée de manière exhaustive. Le pharmacien doit essentiellement acquérir les bons réflexes, savoir pratiquer les gestes d'urgence et communiquer avec les secours. L'AFPS remplit ces objectifs et le contenu de son programme ne subit que des changements mineurs au fil des années. Cette vingtaine d'heures de formation, ainsi que des remises à niveau occasionnelles suffisent à assurer ses gestes et ses réactions par le biais de mises en situation pratiques.

Ici se pose le problème de l'enseignement variable selon les facultés avant 2002. Une enquête menée en octobre 2002 en Moselle fait apparaître que sur 26 titulaires, 3 n'ont pas reçu de formation de secourisme au cours de leurs études [65]. Elle fait apparaître la nécessité pour certains pharmaciens de combler cette lacune par eux-mêmes : le centre de formation professionnelle de la pharmacie propose un stage « Le pharmacien face à l'urgence ». Le CESU (Centre d'Enseignement des Soins d'Urgence) forme également les professionnels de santé, dans tous les CHU. A défaut, les pharmaciens peuvent se tourner vers les nombreux organismes habilités à délivrer l'AFPS : la Croix-Rouge française, la fédération nationale de protection civile, l'association nationale des premiers secours, la fédération française de sauvetage et de secourisme,...

Au delà de la gratuité de l'acte, le pharmacien délivre les fournitures nécessaires à titre gracieux. Il doit disposer d'une trousse de premiers soins contenant notamment du matériel de désinfection et d'hémostase : compresses, gants, sparadraps, alcool, eau oxygénée, antiseptique, gaze hémostatique... L'équipe officinale doit tout particulièrement être sensibilisée au port systématique de gants : ils sont indispensables pour éviter toute exposition au sang, source de contaminations accidentelles. La trousse comprend normalement un manuel de secourisme, accessible à l'ensemble du personnel. Une couverture de survie ou un coussin pour caler un membre peuvent éventuellement la compléter, pour les urgences survenant sur la voie publique [21].

Cet indispensable investissement initial paraît bien négligeable, d'autant que ces mêmes fournitures servent quotidiennement aux divers soins demandés par les patients, comme nous le verrons par la suite ; à titre d'exemple, elles permettent de faire une démonstration de mesure de la glycémie chez un diabétique récemment diagnostiqué.

A l'inverse, l'implication du pharmacien dans la prise en charge des urgences n'est pas dépourvue d'intérêt : elle renforce la crédibilité de la profession aux yeux du public, avec des répercussions différentes selon le type d'incident.

- L'urgence peut survenir sur la voie publique, alors que le patient se trouve loin de son domicile et de sa pharmacie habituelle. Guidé par la croix verte clignotante, il se dirige vers l'officine le plus proche ; ou encore le pharmacien peut être amené à intervenir à l'extérieur s'il est alerté par des témoins. Le service rendu dans ces conditions offrira au patient une nouvelle image de la profession, autrement plus gratifiante que celle de commerçant aux talents de scribe, capable de déchiffrer la calligraphie médicale. Mais cette reconnaissance ne l'amènera pas nécessairement à devenir un patient attitré de la pharmacie.

- Le patient en détresse peut volontairement choisir de se tourner vers sa pharmacie habituelle : il vient chercher de l'aide auprès d'une équipe qu'il connaît et avec qui une relation de confiance s'est déjà établie. Le secours apporté et le suivi ultérieur de l'incident concourent à fidéliser le patient. Ils permettent de nouer un lien particulier : le pharmacien sera dorénavant perçu comme une personne sur laquelle on peut compter en cas de besoin.

Globalement, la participation du pharmacien à la gestion des urgences représente un investissement très modéré en comparaison de l'importance de cette mission. S'il engage sa responsabilité sur des interventions parfois très délicates, il remplit avant tout un devoir citoyen et déontologique.

2.2. Les soins

2.2.1. Les différentes interventions

Le pharmacien n'entre pas en contact direct avec les patients uniquement lors d'incidents graves et urgents. Il est parfois sollicité pour de petits soins qui ne nécessitent pas l'intervention d'un médecin ou d'une infirmière : ils ne rentrent pas dans le cadre des actes médicaux et ne constituent pas un délit d'exercice illégal de la médecine. Théoriquement, le rôle du pharmacien se limite à la délivrance des médicaments et dispositifs médicaux, accompagnée des conseils appropriés : il n'est pas censé administrer ces traitements, ce qui est la responsabilité du malade, de son entourage ou d'une infirmière.

Pourtant, les patients s'adressent à leur pharmacien, soit pour solliciter une aide ponctuelle que personne d'autre n'est susceptible d'apporter, soit par facilité, la pharmacie disposant du matériel typique d'une salle d'infirmerie.

- Dans le premier cas, les demandeurs sont souvent des personnes seules ayant des difficultés à se soigner par elles-mêmes. Un patient peut par exemple réclamer de l'aide pour l'administration d'un collyre, s'il n'est pas habitué à cette forme galénique ou s'il présente des troubles de la motricité fine, des tremblements. Il peut également avoir un pansement à refaire ou des bandages à ré-ajuster, sans savoir comment s'y prendre.
L'avis d'un médecin ou d'une infirmière n'est bien sûr pas requis dans ces situations : le pharmacien peut apporter son aide et expliquer la marche à suivre pour que le patient soit plus autonome à l'avenir. Malheureusement, il s'agit souvent de personnes âgées, dont les problèmes auraient facilement pu être résolus par des proches, famille ou amis. L'âge avancé, la solitude rendent ces soins, anodins en apparence, difficiles à réaliser.

- Dans le second cas, le patient vient chercher de l'aide « pour dépanner ». Il présente par exemple une petite plaie, qui ne nécessite qu'une désinfection et l'application d'un pansement. Il a une écharde, une tique à extraire ou des lentilles de contact à nettoyer. Le pharmacien serait-il devenu un spécialiste ès « bobologie » ? Quoi qu'il en soit, au travers de ces petits services, il réaffirme sa qualité essentielle de conseiller : son rôle social est ici mis en avant. Mais il ne doit pas céder aux abus car il met ici en balance sa popularité et les intérêts de son entreprise. L' «urgence Mercurochrome » devient parfois d'une gravité toute relative lorsque l'on signifie que les pansements en devanture sont accessibles à la vente.

2.2.2. La question du pilulier

Le déconditionnement des spécialités dans le but de les reconditionner dans des piluliers fait depuis plusieurs mois l'objet de nombreuses questions. Elles résultent principalement de sollicitations, voire de pressions, auxquelles sont confrontés les pharmaciens pour satisfaire une demande croissante des personnes âgées, des établissements hébergeant des personnes dépendantes et des maisons de retraite dépourvues de pharmacie à usage intérieur. Ce service incombe-t-il au pharmacien, et dans quelles limites ?

Bien que le Code de la Santé Publique n'aborde la notion de « spécialité déconditionnée » ni dans le champ du monopole, ni dans les diverses préparations, aucun article n'interdit ces pratiques pour des raisons sanitaires. La loi Talon, qui ne vise à l'origine qu'à réglementer des traitements dangereux de l'obésité, ne concerne pas le déconditionnement en lui-même [48]. Le droit de la propriété industrielle ne peut non plus être opposé à la mise en pilulier. Dans l'attente d'une reconnaissance légale précise, le débat est obscurci par ce flou juridique. Or le déconditionnement est compris dans la définition même de l'acte de dispensation : l'article R.5015-48 dispose en effet que « le pharmacien doit assurer dans son intégralité l'acte de dispensation du médicament, associant à sa délivrance (...) la préparation éventuelle des doses à administrer ». Dès lors que l'analyse pharmaceutique est concluante, il a ainsi pour mission de rendre le médicament disponible, intelligible et consommable par son destinataire final. Pour les personnes âgées ou polymédiquées, le remplissage de piluliers revêt une importance capitale : il peut faciliter l'administration et l'observance, aider à prévenir les échecs et accidents médicamenteux.

Cependant, le déconditionnement/reconditionnement doit respecter les principes fondamentaux de la dispensation, rappelés par le Conseil de l'Ordre [58] : il n'est qu'une phase finale et éventuelle de la dispensation, répondant à une prescription médicale, à une demande ou au profit exclusif du malade. Il doit rester ponctuel et confidentiel, dépendre de la situation personnelle du malade et non se systématiser à tout un établissement de soins. Les contrats éventuels avec une maison de retraite doivent scrupuleusement respecter tous les articles du Code de déontologie et être communiqués à l'Ordre, pour avis : les pratiques doivent respecter le libre choix des praticiens par le patient et l'interdiction de compérage.

Le reconditionnement ne peut donc être qu'un acte de qualité, de proximité et d'opportunité. Il ne saurait être réalisé à distance, à grande échelle, de façon systématique et sans réflexion préalable avec le prescripteur ou le malade. Tous les médicaments doivent être remis avec la notice originelle et l'éventuelle fraction excédentaire : en l'absence de conditionnements adaptés, celle-ci ne pourrait être revalorisée, même si la rationalité économique du système est discutable. A défaut, il y a violation du Code de la Santé Publique, potentiellement fraude et contrefaçon.

Or, l'absence d'interdiction sanitaire ne signifie pas une absence de risques sanitaires. Le conditionnement est un élément constitutif du médicament, et non un simple emballage : il renseigne sur les caractéristiques du produit et le protège. Le fractionnement en doses à administrer expose donc à des risques de confusions, d'incompatibilités, d'altérations, de contaminations bactériennes,... Il doit être assuré à l'officine dans des conditions techniques garantissant la sécurité, la stabilité, l'efficacité et la traçabilité du médicament. Toute préparation impliquant des spécialités entraîne un partage des responsabilités légales. Le pharmacien engage donc sa responsabilité civile, et doit vérifier que son assurance le couvre sur ce point.

Afin de garantir sa qualité et son intégrité, cet acte de dispensation exige une réflexion approfondie, aboutissant à une réglementation spécifique, pour l'instant inexistante : il convient de définir les procédures garantissant une sécurité maximale, un agrément sanitaire pour le type de piluliers selon leur aptitude à offrir un conditionnement final pertinent, et les juridictions impliquées en cas de dommage [45]. Enfin, une réflexion doit être engagée sur la valorisation économique d'un service sanitaire potentiellement très utile, et techniquement exigeant : le fractionnement et la répartition de doses issues de spécialités prennent beaucoup de temps et à ce titre peuvent s'apparenter à une préparation pharmaceutique visant à faciliter l'administration d'un traitement.

2.2.3. Contraintes et bénéfices

Pour répondre à cette attente de soins du public, le pharmacien, selon les cas, offre de son temps et prend le rôle de soignant, ou met à disposition une trousse à pharmacie, contenant les mêmes matériels que ceux nécessaires à la gestion des urgences.

Si le coût de ce service paraît modeste, le bénéfice que le pharmacien peut en tirer est très variable. Par son aide, il s'attire la sympathie de la plupart des patients : plus que de compétences médicales, il fait preuve de qualités humaines. Il renforce son image d'homme de confiance, de main secourable face aux ennuis de santé, si petits soient-ils. Mais son action n'est pas toujours considérée comme un service : il existe parfois des confusions entre les divers métiers de santé. Le public peut mal distinguer les rôles respectifs des médecins, pharmaciens et infirmières, et percevoir l'assistance apportée comme un dû.

La réalisation du pilulier, quant à elle, représente l'exemple typique d'un acte pharmaceutique qui, une fois bien codifié, pourrait être proposé comme un service de santé publique à part entière ouvrant droit à un dédommagement : le pharmacien effectue cette tâche en lieu et place du patient ou de son entourage, y consacre son temps et son attention pour une sécurité optimale.

2.3. Le suivi de paramètres

2.3.1. Les pratiques courantes

Parmi les soins et services de santé imputés au pharmacien, il en est un qui subsiste par tradition et qui se retrouve dans toutes les ères de l'Histoire de la Pharmacie : le suivi de paramètres. Autrefois, le paramètre corporel servant d'indicateur de santé était le poids. La plupart des officines possédaient une balance permettant à chacun de se peser régulièrement et, le plus souvent, gratuitement. Les musées dédiés aux pharmacies regorgent de ces objets de vie courante devenus œuvres d'art. Ces mœurs sont peu à peu tombées en désuétude alors que les pèse-personnes individuels se répandaient dans les foyers. Actuellement, un tel service peut retrouver de son utilité : la mode des régimes amincissants fleurit, par souci esthétique ou dans un objectif thérapeutique si l'on souffre de dyslipidémies ou de diabète de type II. Avec 14,4 millions de français concernés (selon l'enquête ObEpi 2003 pour l'Institut Roche de l'Obésité, en collaboration avec l'INSERM), le surpoids est devenu un problème de Santé Publique et les patients friands d'instruments de mesure de précision. Encore faut-il accepter de se peser dans un lieu public et tolérer l'écart induit par la masse des vêtements et chaussures.

De nos jours, un autre indicateur de l'état de santé nécessite un suivi particulier : la pression artérielle. Selon la CNAMTS, l'hypertension touche environ 7 millions de français. Elle constitue un facteur de risque important des maladies cardio-vasculaires : infarctus du myocarde, accidents cérébro-vasculaires, insuffisance cardiaque ou rénale. Le dépistage, le diagnostic et également le suivi de cette pathologie reposent sur une surveillance régulière de la tension. Mettre à disposition des appareils d'automesure en officine permet ce suivi indispensable. Les personnes concernées peuvent prendre librement leur tension en dehors des consultations médicales : cette démarche responsabilise le patient, qui apprécie de maîtriser personnellement sa surveillance, et écarte l' « effet blouse blanche », cette appréhension du milieu médical qui élève les chiffres tensionnels et cardiaques. Par ailleurs, l'autocontrôle avec un appareil en libre accès permet de rassurer un hypertendu qui ne se sent pas bien, ou d'objectiver la nécessité de consulter. L'appareil utilisé doit cependant répondre à des normes de qualité et de précision. L'AFSSAPS a mis en place un contrôle du marché des appareils d'automesure tensionnelle [4] reposant sur des tests techniques et cliniques ; les modèles validés sont listés au tableau 4.

Il existe ici un conflit entre une logique de santé publique et la législation en vigueur. Alors qu'une conférence de consensus [10] reconnaît en 2000 l'intérêt médical de l'automesure, la législation lui fait obstacle au sein de l'officine. L'article L.4161-1 relatif à l'exercice illégal de la médecine stipule que la prise de tension artérielle, figurant dans la nomenclature des actes médicaux, constitue une infraction pour toute personne non qualifiée, y compris le pharmacien. La violation est constituée pour un seul acte réalisé, à l'inverse de l'établissement de diagnostics ou la mise en place de traitements, qui sont un délit d'habitude. Au regard de la loi, la mise à disposition d'un auto-tensiomètre dans l'officine n'est pas en elle-même répréhensible. Or dans la pratique, le pharmacien est amené à expliquer le bon fonctionnement de l'appareil, voire à effectuer personnellement la mesure si le patient n'y parvient pas ; il est également interrogé sur les résultats. Cette ambiguïté impose de prendre des précautions quant à la valeur diagnostique d'un tel acte : le pharmacien propose à ses patients la mesure de leur tension artérielle à titre informatif, ce qui ne se substitue pas à une consultation médicale.

Modèles Huméraux (Taille de brassard standard)		Modèles radiaux	
Fabricant ou mandataire titulaire du marquage CE	**Dénomination des modèles**	**Fabricant ou mandataire titulaire du marquage CE**	**Dénomination des modèles**
A & D	UA 767	A & D	UB 401
A & D	UA 787	Health & Life	HL 148
A & D	UA 702	K-Jump	KP-6120
A & D	UA 779	Microlife	Microlife BP-3BU1-3
Microlife	Microlife BP-2BHO	Omron	R5-I (HEM-630-E)
Microlife	Microlife BP-3AC1-1	Omron	637IT (HEM-637IT-E)
Microlife	Microlife BP-3BTO-A	Omron Healthcare Co., Ltd	RX-3 (HEM-640-E)
Omron	M5-I (HEM-757-E)	I.E.M	Pressio
Omron	705IT (HEM-759P-E)	Beurer	BC 42
I.E.M	Pressio Plus	Beurer	VC 12
A & D	UA 767 PC	Braun	BP 2005
Hartmann	Tensoval Comfort Brassard préformé	Braun	BP 2008
Hartmann	Tensoval Comfort Brassard normal souple	Braun	BP 2510
Microlife	Magnien BP-3BTO-A	Braun	BP 2550
Microlife	Marque Verte Digitensio BP-3BTO-A	Braun	BP 2590
Microlife	Cooper BP-3BTO-A	Hartmann	Tensoval MObil
Microlife	Microlife BP-3BAO	Microlife	Microlife BP-3BEO-2
Microlife	Thuasne BP-3BAO	Microlife	Magnien BP-3BEO-2
Microlife	Microlife BP-3AG1	Microlife	Cooper BP-3BEO-2
Microlife	Microlife BP-3BTO-1	Microlife	Marque Verte Digitensio BP-3BEO-2
Microlife	Microlife BP-3AA1-2	Microlife	AutoProcess BP-3BEO-2
Microlife	Thuasne BP-3AA1-2	Microlife	Microlife BP-3BU1-5
Calor	tensio sense bras 400c	Microlife	Thuasne BP-3BU1-3
Omron Healthcare Co., Ltd	M4-I (HEM-752A-E)	Microlife	Thuasne BP-3AF1-3
		Omron	RX-I (HEM-632-E)
		THERMOFINA	Tensiomix (KP-6130)
		Omron Healthcare Co., Ltd	R7 (HEM-637-E2)

Tableau 4 : Liste des modèles d'autotensiomètres validés par l'AFSSAPS à partir de données techniques et cliniques spécifiques ou validés par équivalence (mise à jour en mars 2005)

2.3.2. Les autres paramètres

Parmi les activités et prestations autorisées de plein droit au pharmacien figure l'exécution de certaines analyses de biologie médicale (arrêté du 8 février 1979). Si les pharmaciens ont longtemps eu le droit d'exploiter simultanément une officine et un laboratoire d'analyses, cette possibilité leur a été progressivement retirée. Ils ont néanmoins conservé le droit d'effectuer des analyses simples ; ces dosages ne sont pas réalisés dans un but diagnostic ou pour le suivi de pathologies, ils sont dits « d'orientation clinique » :

- analyse d'urine : acétone (recherche et estimation approximative), pigments et sels biliaires (recherche), protéines (recherche et dosage), sucre (recherche et dosage), sang (caractérisation, soit par recherche d'hématies, soit par l'hémoglobine), urobiline (recherche).
- analyse de sang : urée, glucose, vitesse de sédimentation globulaire.

Par ailleurs, l'exécution de ces analyses doit être effectuée dans un endroit réservé à cet effet, disposant du matériel suivant :

- un petit matériel de verrerie courant,
- un appareillage permettant d'obtenir une eau distillée ou purifiée,
- un réfrigérateur à +4°C,
- un centrifugeur avec accessoires,
- un spectrophotomètre avec cuve thermostatée, si les techniques utilisées l'exigent.

Au vu de ces contraintes, on comprend aisément que très peu de pharmacies assurent ce type de service, d'autant plus que le pharmacien d'officine n'est pas habilité à effectuer les prélèvements de sang. Cette mission revient aux laboratoires d'analyse médicale, de plus en plus répandus sur le territoire, et disposant des techniques et outils modernes, indispensables aux dosages toujours plus complexes des paramètres biologiques. La loi autorise par ailleurs aux pharmaciens d'officine le ramassage (collecte active ou passive) et la transmission de prélèvements aux fins d'analyse, comme à tout autre professionnel de santé installé dans une agglomération où n'existe pas de laboratoire exclusif (Art. L.6211-5 CSP).

Ce service spécifique disparaît donc peu à peu ; il ne présente de véritable intérêt que dans les communes dépourvues de laboratoire d'analyse, pour des recherches simples destinées à aider le médecin dans l'élaboration de son diagnostic.

2.3.3. Contraintes et bénéfices

Le pharmacien peut donc choisir de se doter d'un pèse-personne, d'un tensiomètre, ou encore d'un pèse-enfant et de toises, offrant ainsi à chacun la possibilité de suivre l'évolution de son état de santé.

Disposer de ce genre d'appareils n'est pas sans contraintes :

- Leur prix d'achat représente une dépense non négligeable, de l'ordre de 50 à 100€ pour un tensiomètre, et de 100 à 1000€ pour une balance, selon qu'elle soit à colonne, mécanique ou électronique (référence : Distrimed). Cet investissement, long à amortir, ne peut s'équilibrer qu'avec une fréquentation importante de l'officine.
- Pour rester fiables, ils nécessitent un certain entretien : un ré-étalonnage doit être pratiqué régulièrement, selon le type d'appareil.
- L'installation d'une balance à colonne ou d'un tensiomètre fixe prend de la place et impose un ré-agencement de l'espace clients, opération difficile dans les petites officines.

Cependant, ces appareils en libre service sont très appréciés des patients qui, à l'ère de l'automédication, sont désireux de gérer eux-mêmes leur santé : les instruments proposés peuvent faire la différence lors du choix d'une officine.

Au delà de l'aspect traditionnel et de la volonté de rendre service, ces appareils de mesure présentent un intérêt commercial [49]. Le pharmacien peut certes opter pour des machines payantes, mais il peut également l'inclure dans une stratégie de marketing : si un tensiomètre ne génère pas de ventes, l'utilisation d'un pèse-personne peut amener le patient à poser des questions de diététique et l'orienter vers l'achat de traitements amincissants. Il en va de même pour un pèse-bébé ou une toise situés dans l'espace des produits de puériculture. Ce service rendu devient donc, pour les pharmacies disposant d'une surface suffisamment vaste et d'une fréquentation importante, un investissement rentable.

3. L'orientation du patient

3.1. Guider vers une consultation

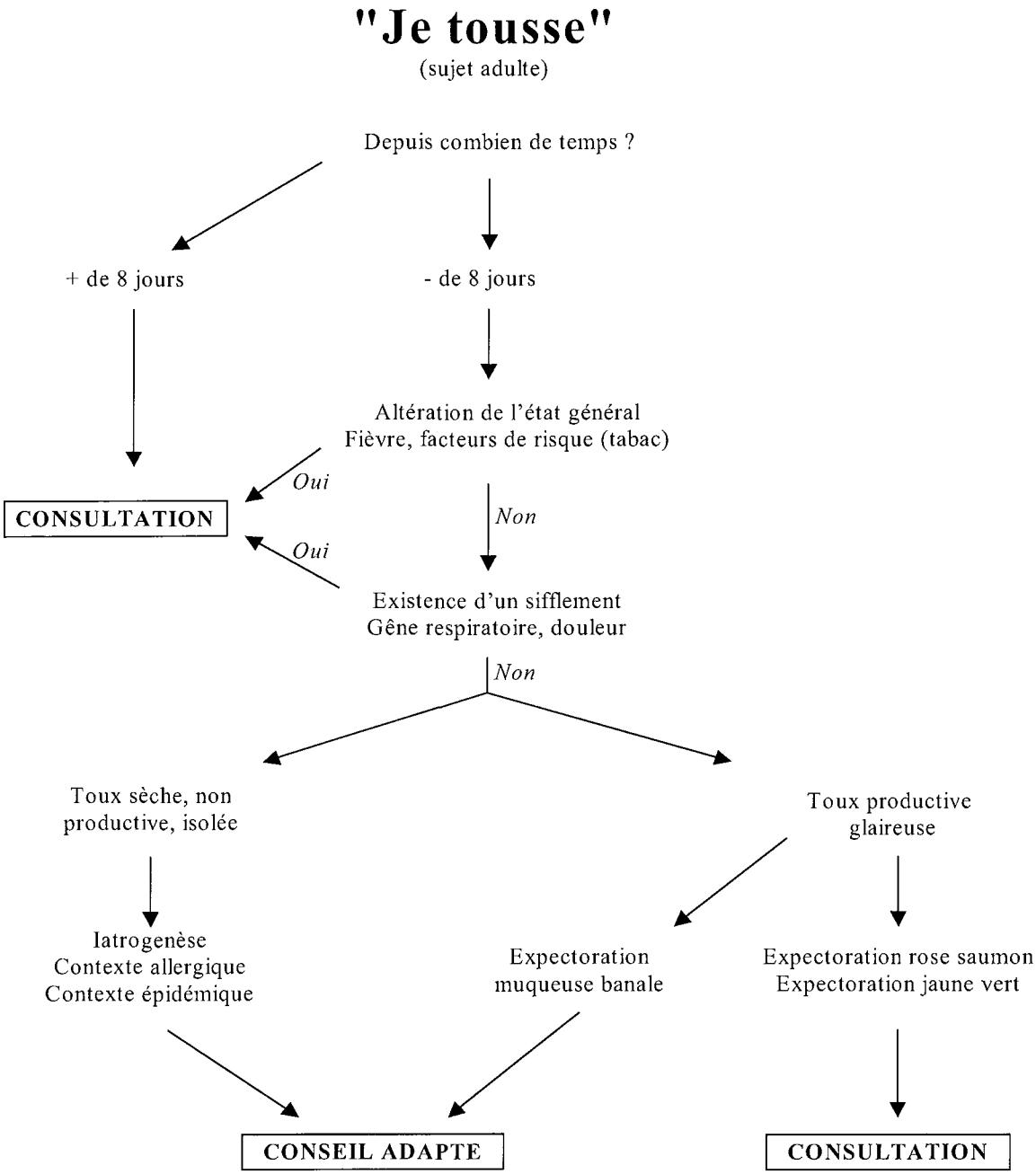
Tous les patients ne poussent pas la porte d'une officine munis d'une ordonnance ; bien souvent, ce schéma s'inverse et le malade consulte son pharmacien avant son généraliste : « est-ce grave ? », « dois-je voir mon médecin ? ». Cette aptitude à orienter le patient vers les soins les mieux adaptés est devenue un des rôles fondamentaux de la profession : avec la vulgarisation médiatisée des thèmes médicaux et l'engouement actuel pour l'automédication, la pharmacie constitue un véritable carrefour de santé. Elle assure quotidiennement cette fonction de sas, dans le but de promouvoir la santé de chacun et en regard d'une rationalisation du recours au système de soins.

Toute la difficulté de cette mission réside dans les limites des compétences du pharmacien : celui-ci ne peut ausculter les patients, ni formuler de diagnostic. L'article L-4161-1 du CSP définit comme exerçant illégalement la médecine « toute personne qui prend part habituellement ou par direction suivie, même en présence d'un médecin, à l'établissement d'un diagnostic (...) par actes personnels, consultations verbales ou écrites ou par tous autres procédés quels qu'ils soient, ou pratique l'un des actes professionnels prévus par la nomenclature en vigueur ».

Pourtant, l'article R-5015-62 mentionne : « chaque fois qu'il lui paraît nécessaire, le pharmacien doit inciter ses patients à consulter un praticien qualifié ». Il doit donc savoir évaluer la gravité des symptômes décrits par le malade, en lui posant un certain nombre de questions-clés. Il s'agit d'une démarche diagnostique tacite, avec pour maître mot le principe de précaution : une pathologie d'apparence bénigne peut se prolonger ou se compliquer. A l'issue de son entretien avec le pharmacien, le patient doit donc connaître les signes d'alarmes imposant une consultation.

En effet, derrière son comptoir, le pharmacien ne peut s'appuyer que sur les dires du malade pour évaluer la gravité de la situation : sans possibilité d'examen minutieux ni d'investigations complémentaires, la plus grande précaution s'impose, le « pire des cas » devant toujours être envisagé. En période hivernale par exemple, de nombreux patients s'adressent à leur pharmacien pour des symptômes de gastro-entérite. Cette pathologie peut être traitée à l'aide de médicaments conseils qui ne nécessitent aucune prescription médicale. Cependant, ces mêmes signes cliniques sont rencontrés lors d'une crise d'appendicite : ce risque ne peut être négligé en période d'épidémie. Le pharmacien doit donc connaître les signes d'alerte, les facteurs de gravité qui impliquent la nécessité d'une consultation médicale : âge du patient, intensité de la douleur, présence de fièvre, persistance des symptômes,...

A chaque cas son arbre décisionnel visant à déterminer si une consultation médicale est nécessaire. La figure 5 offre un exemple de raisonnement à avoir face à un patient adulte se plaignant d'une toux [32].



Dans tous les cas :

- supprimer polluants et aéro-contaminants (tabac)
- attention aux atmosphères sèches
- boire des boissons chaudes

Figure 5 : Toux chez le sujet adulte. Arbre décisionnel

Ce même type de cheminement intellectuel s'applique pour un oubli de pilule, une diarrhée chez un nourrisson, des maux de tête à répétition. Le pharmacien doit savoir rassurer ou inquiéter selon les cas et guider au besoin le malade vers un médecin, un dentiste, un gynécologue... Parfois, ce service peut se compléter par la prise de contact direct avec les praticiens, que ce soit pour convenir d'un rendez-vous avec le malade ou organiser ses soins. Le pharmacien est donc amené à dialoguer avec des infirmières ou des radiologues, pour venir en aide par exemple à des personnes âgées, des étrangers maîtrisant mal le français, ou des malades sortant d'hospitalisation et nécessitant de nombreux soins.

D'une manière plus générale, l'orientation des patients consiste à les guider vers la meilleure prise en charge possible : il peut s'agir d'infrastructures spécialisées ou d'associations de soutien et de suivi des patients. Quant il ne peut lui-même répondre aux besoins d'une personne, le pharmacien doit être capable de l'orienter vers les services de soins compétents : par exemple, un centre de planning familial pourra accueillir une jeune femme désirant parler de sexualité et de moyens de contraception ; un centre spécialisé de dépistage du Sida conviendra mieux qu'une consultation médicale à une personne souhaitant rester anonyme. L'officinal peut pour cela établir une liste de numéros de téléphone et de coordonnées utiles, regroupant les structures locales existantes, suivant l'exemple ci-dessous :

- Centres d'urgence habituels :

Urgences médicales (15), SAMU local, Centre anti-poison, Police, Gendarmerie.

- Centres d'urgence particuliers existants à proximité :

SOS Médecins, SOS Dentistes, SOS Psychiatrie, SOS Mains, SOS Ophtalmologie.

- Professionnels de santé :

Médecins généralistes, médecins spécialistes, dentistes, infirmières, kinésithérapeutes.

- Etablissements de soins :

Hôpitaux, cliniques, centres de radiologie, laboratoires d'analyses médicales

- Structures spécialisées :

Centre de vaccination, location d'appareils de soins à domicile, centre d'orthopédie, planning familial, consultations PMI, centre de dépistage anonyme et gratuit du VIH., accueil des toxicomanes et cures de désintoxication, association de malades.

- Numéros d'appel gratuits :

Informations sur le tabac, l'alcoolisme, la violence,...

Figure 6 : Exemple de liste des adresses utiles en officine.

3.2. Accompagner l'automédication

L'automédication peut se définir comme un traitement médicamenteux instauré par le patient de sa propre initiative, sans prescription médicale. Selon une étude de l'AFIPA (Association Française de l'Industrie Pharmaceutique pour une Automédication responsable) menée en 1999 [17], 85% des individus prennent un médicament souvent ou de temps en temps sans aller consulter de médecin : ils s'adressent à leur pharmacien ou se servent de leur armoire à pharmacie, majoritairement constituée de produits achetés en pharmacie sans ordonnance.

Ce phénomène tend à s'amplifier : la mentalité du consommateur évolue, il souhaite de plus en plus prendre sa santé en charge. De plus, les autorités politiques encouragent le recours à l'automédication, conscientes que son développement peut jouer un rôle important en matière d'économie du budget de la santé. Elles procèdent au déremboursement de certains médicaments (par, exemple, les médicaments dits de « confort ») et lèvent l'obligation de prescription médicale pour d'autres, sous certaines conditions (par exemple, pour les présentations faiblement dosées d'une molécule).

Le pharmacien constitue alors le seul et unique intervenant dans l'instauration du traitement : il occupe un rôle central dans la surveillance ce ces pratiques, afin d'éviter :
- une sous-estimation par le patient de la gravité de sa maladie. Comme nous l'avons vu précédemment, le pharmacien doit détecter les signes de gravité imposant une prise en charge médicale. Par exemple, il doit être alerté lors d'une utilisation prolongée de médicaments destinés à traiter les symptômes de l'hypertrophie bénigne de la prostate (certaines spécialités à base de plantes) : un avis médical est indispensable pour écarter tout risque de cancer prostatique.
- une surestimation par le malade de l'effet thérapeutique du médicament vis-à-vis de sa pathologie : certains traitements, comme les analgésiques, se contentent de masquer un symptôme sans en traiter la cause.
- un mésusage des thérapeutiques : le patient ne s'enquiert pas toujours des informations reportées sur la notice des médicaments. Il appartient au pharmacien de rechercher des contre-indications, rappeler la posologie, étudier les éventuels risques d'interactions médicamenteuses.

Les prérogatives du pharmacien sont en passe d'évoluer : de la volonté d'éviter des consultations médicales peu utiles naît l'idée de développer le rôle des officinaux. Ayant fait preuve de leur valeur ajoutée dans le domaine de l'automédication, les pharmaciens pourraient obtenir la possibilité de renouveler la délivrance d'un médicament initialement prescrit par le médecin, selon des modalités (nombre et délais des renouvellements) préétablies. Ce système pourrait s'appliquer à la délivrance de médicaments destinés à traiter des maladies ne nécessitant pas un suivi médical étroit (exemple : sels de fer dans le traitement de certaines anémies ferriprives) [68].

La mise en application de ces mesures permettrait au pharmacien de mieux remplir son rôle de conseiller du malade et de contribuer à un meilleur usage ainsi qu'à une utilisation plus rationnelle des médicaments. Cependant, elle peut également s'avérer dangereuse pour la profession : même pour des cas précis, cette possibilité de « prescription » de médicaments pourrait assimiler le pharmacien à un « médecin au rabais », apte à prescrire seulement dans les situations les plus simples ; elle contribuerait à renforcer la confusion entre les compétences des professionnels de santé aux yeux du public.

3.3. Vers les « consultations pharmaceutiques »

Dans de nombreux pays européens émergent des projets d'accords entre les représentants des pharmaciens et les ministères des affaires sociales, prévoyant la rémunération de l'acte intellectuel pharmaceutique et de prestations de services. L'exemple de la délivrance de la contraception d'urgence permet d'entrevoir une nouvelle conception du service pharmaceutique.

La pilule du lendemain (Norlevo®) est dorénavant accessible en pharmacie sans prescription médicale, et sa délivrance aux mineures gratuite. Ces nouvelles dispositions permettent de faciliter l'accès à la contraception d'urgence tout en préservant l'anonymat des patientes. Le décret n° 2002-39, paru au Journal Officiel du 10 janvier 2002 énonce les obligations du pharmacien ; l'article 1er explique que « la délivrance par le pharmacien est précédée d'un entretien visant à s'assurer que la situation de la personne mineure correspond aux critères d'urgence et aux conditions d'utilisation de cette contraception. L'entretien permet également au pharmacien de fournir à la mineure une information sur l'accès à une contraception régulière, sur la prévention des maladies sexuellement transmissibles et sur l'intérêt d'un suivi médical. Cette information est complétée par la remise de la documentation dont dispose le pharmacien sur ces sujets. Le pharmacien communique également à la mineure les coordonnées du centre de planification ou d'éducation familiale le plus proche ».

Cette pseudo-consultation accompagnant la délivrance exige une grande disponibilité de la part du pharmacien. Concernant la documentation à fournir, le CESPHARM et la CNAMTS ont élaboré un outil d'information spécialement conçu à cet effet. En plus du temps consacré à l'entretien avec la patiente, la délivrance du Norlevo® pose des difficultés pratiques : le décret a été prononcé avant que les lots informatiques nécessaires au traitement des feuilles de soins électroniques soient installés, obligeant les pharmaciens à envoyer des feuilles papier à sa Caisse d'Assurance Maladie pour être remboursés. De plus, la feuille de soins doit comprendre des numéros fictifs d'assuré social et de prescripteur, modalités qui ont pu décourager certains officinaux [72].

En France, malgré la responsabilité accrue des pharmaciens dans ce domaine, ces consultations sont considérées comme un service à part entière, en contrepartie du monopole pharmaceutique.

Depuis le 17 décembre 2003, nos confrères québécois ont obtenu une rémunération de 15.70 dollars canadiens (9.50€) pour la consultation rattachée à la délivrance de la contraception orale d'urgence, véritable reconnaissance de l'acte pharmaceutique puisque l'entretien donne toujours droit aux honoraires, que le pharmacien conclue ou non celui-ci par une prescription. Les pouvoirs publics ont donc décidé d'encourager le conseil officinal, prenant conscience du service médical rendu dont le premier effet est déjà observable : les femmes ont un accès facilité au traitement dans les délais nécessaires.

Pour Mr Pierre Ducharme, secrétaire général de l'Ordre des Pharmaciens du Québec, l'impact positif de l'acte pharmaceutique sur la santé publique justifie d'ouvrir de nouvelles négociations pour d'autres actes praticables par les pharmaciens [62].

Cette rémunération à l'acte n'a pas encore été officiellement mise en place en France, bien que certaines expériences soient menées dans des réseaux de soins, comme nous le verrons par la suite. A l'avenir, cette solution est envisageable, non pas pour chaque intervention du pharmacien, mais pour des cas bien définis, comme la contraception

d'urgence, où les textes définissent clairement le surcroît de travail qu'ils entraînent. Il pourrait en être de même pour la dispensation de stupéfiants, dont les modalités administrative et pratiques mobilisent beaucoup de temps. Les obligations du pharmacien sont nombreuses : commande particulière sur bon de toxique, stockage dans une armoire ou un coffre fermant à clef, comptabilité et conservation des doubles des ordonnances, inscription à l'ordonnancier, gestion à part des périmés, ...

Parmi les activités qui pourraient justifier une rémunération spécifique, l'intervention du pharmacien en tant qu'éducateur sanitaire, que nous détaillerons par la suite, laisse entrevoir des modifications dans la conception du rôle de l'officinal.

3.4. Contraintes et bénéfices

L'orientation des patients fait partie intégrante de ce que l'on appelle maintenant le « conseil pharmaceutique » ou la « médication officinale », un service permettant de :

- promouvoir une automédication responsable,
- éviter les retards de diagnostic,
- limiter les dépenses de santé.

Après un interrogatoire minutieux, le pharmacien évalue si un avis médical est nécessaire ou s'il peut lui-même prendre en charge son patient. Cette pseudo-consultation n'aboutit pas systématiquement à la vente de produits et n'est pas rémunérée.

Or certains actes pharmaceutiques nécessitent un interrogatoire poussé pour évaluer les symptômes et les antécédents d'un malade, ce qui non seulement prend du temps, mais fait appel à toute la compétence du pharmacien : le conseil officinal est au cœur de nombreuses matières enseignées pendant le cursus universitaire (pharmacologie, pharmacie clinique, séméiologie, conseil en officine...) et occupe une place de choix dans les thèmes de formation continue. Le rôle essentiel du pharmacien dans ce domaine mobilise de nombreuses connaissances et un investissement en temps considérable.

Cependant, l'aptitude du pharmacien à orienter ses patients valorise sa vocation de professionnel de santé. Selon les cas, il dispense les conseils appropriés, opte pour une médication officinale ou incite le malade à consulter : il travaille pour le bien-être et la sécurité de chacun, non par intérêt. En effet, pour revenir sur notre exemple d'arbre décisionnel, le patient ne se présente pas toujours en déclarant « Je tousse », mais le plus souvent « Je voudrais un sirop contre la toux ». Ainsi, conseiller plutôt une visite auprès du médecin de famille contribue au sérieux et à la probité de la profession. L'ambiguïté générée par le double statut du pharmacien, professionnel de santé et commerçant, persiste aux yeux des patients : en privilégiant une démarche de santé publique par rapport à une optique financière, le mythe de l'apothicaire et de ses fameux comptes s'estompe au profit du pharmacien compétent et intègre.

« DEMANDEZ CONSEIL A VOTRE PHARMACIEN »

Si la publicité tend à banaliser le médicament comme un produit de consommation habituel, elle a toutefois le mérite de faire passer ce message capital : le pharmacien est un interlocuteur direct pour les problèmes de santé, apte à répondre aux interrogations et aux inquiétudes, sans délai et gratuitement.

Comme nous l'avons évoqué à plusieurs reprises, le pharmacien doit veiller à ne pas empiéter sur le territoire médical ; il aborde des domaines parfois éloignés de ses attributions initiales, sans sortir du champ de la législation professionnelle.

Finalement, ce rôle d'acteur de santé de proximité correspond à ce que le public espère de l'officinal : un savant mélange de BPO (bonnes pratiques officinales) et de BSP (bon sens paysan), un homme de confiance, disponible et secourable.

Interrogés à ce sujet en 2003, 311 habitants des Vosges et de la région nancéienne exposent librement leurs attentes vis à vis du pharmacien [51] (cf. : annexe 1). Loin devant la qualité de la dispensation, de la gestion des stocks ou de la substitution, se dégagent 3 types de réponses :

- celles concernant le conseil, sur les médicaments et leur utilisation principalement, sur les soins bénins et d'urgences, l'orientation des patients, et également sur des sujets divers, tels que la mycologie, l'herboristerie, les différentes pathologies, les démarches administratives.
- celles se rapportant à l'humanité : l'accueil, l'amabilité, l'écoute, la disponibilité, la confiance réciproque.
- celles en rapport avec le professionnalisme : la compétence, l'attention, la sincérité dans ses choix, l'intégrité.

Au travers de cette enquête, les patients expriment leur attachement aux qualités humaines et déontologiques de leur pharmacien. Ils s'avèrent également friands de conseils en tous genres et, comme nous allons le voir à présent, comptent sur leur pharmacien pour obtenir ces informations.

Deuxième partie : Une source d'information

1. Les compétences « traditionnellement reconnues »

Avec le développement de l'industrie pharmaceutique, la plupart des principes actifs proviennent de synthèses chimiques, qu'ils miment ou non des molécules naturelles. Le pharmacien voit au fil du temps son préparatoire s'amenuiser en matières premières, produits chimiques et plantes. Pourtant, il reste le détenteur des secrets de la nature et de ses bienfaits pour la santé : s'il ne réalise plus que de rares préparations (tisanes, crèmes), il possède néanmoins la connaissance des substances actives, de leurs propriétés pharmaceutiques et de leurs dangers. Le mot grec *pharmakon,* signifie à la fois remède et poison : depuis Hippocrate, nous savons que « tout est poison, rien n'est poison, tout est dans la dose ». De nos jours, le terme de *drogue* revêt la même ambiguïté, caractérisant à la fois une matière première destinée à la préparation de médicaments et une substance nuisible susceptible d'induire une toxicomanie. Ainsi, le public s'adresse au pharmacien pour éviter un empoisonnement, une toxicité ou une nuisance.

1.1. La reconnaissance des champignons

1.1.1. Le pharmacien : un spécialiste du champignon ?

Chaque émission ou ouvrage sur les champignons invite le public à interroger son pharmacien à propos de sa cueillette. Le promeneur « mycophage » lui amène sa précieuse récolte au moindre doute : comestible ou dangereux ? Mais le pharmacien est-il capable de répondre formellement à cette requête ? Sa compétence, comme dans tout autre domaine, peut se résumer comme la somme de connaissances initiales et de l'expérience acquise au fil des années.

- La formation du pharmacien

L'enseignement de la mycologie dans les facultés de Pharmacie revêt deux aspects différents. D'une part, il concerne les micromycètes ou champignons inférieurs microscopiques et plus particulièrement les agents pathogènes responsables de mycoses : étant amené à délivrer des traitements anti-mycosiques, le pharmacien doit posséder toutes les connaissances nécessaires dans ce domaine. D'autre part, l'officinal reçoit une formation sur les macromycètes ou champignons supérieurs. Comme le précise le programme officiel de la formation commune de base, l'enseignement a pour but de donner aux étudiants en pharmacie les bases nécessaires à la connaissance et à l'utilisation des espèces susceptibles de leur être présentées dans l'exercice de leur profession (arrêté du 17 juillet 1987).

Pour exemple, la faculté de Pharmacie de Nancy répartit l'enseignement de mycologie sur deux années d'étude :
- En deuxième année, 21 heures sont consacrées à la mycologie. Cet enseignement est constitué de cours magistraux (9 heures) concernant la biologie du champignon et l'évolution du règne fongique, et de travaux pratiques (12 heures), initiant aux techniques de reconnaissance des champignons.
- En sixième année, 15 heures de travaux pratiques de mycologie sont proposées dans l'UV « Le pharmacien et son environnement ».

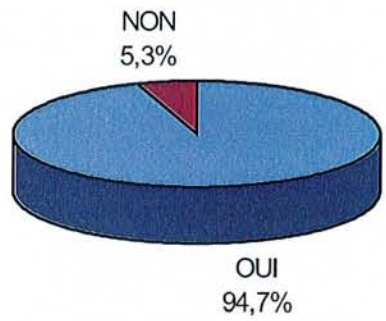
- Les micromycètes font l'objet d'un module de l'UE « Zoologie, mycologie parasitaire et phytopathologie » et d'un dossier thérapeutique de cinquième année.

L'enseignement de deuxième année, véritable initiation à la mycologie, aborde les différents genres et espèces fongiques de manière assez exhaustive. Le réel apprentissage des champignons mortels, toxiques ou comestibles s'effectue donc essentiellement aux cours des travaux pratiques de sixième année : on constate que seule une quinzaine d'heures est consacrée à l'identification des champignons supérieurs, par des mises en situations concrètes, comme dans l'exercice officinal.

En 1997, une enquête réalisée auprès des étudiants en sixième année de la faculté de Nancy a permis aux futurs pharmaciens d'exprimer leur avis sur l'adéquation entre les études et la pratique officinale [50]. Interrogés à propos de l'enseignement de mycologie, ils exposent leur sentiment et leurs doléances : en 1997, le programme étudié était sensiblement le même qu'aujourd'hui (36 heures en deuxième année et 20 heures en cinquième année) :

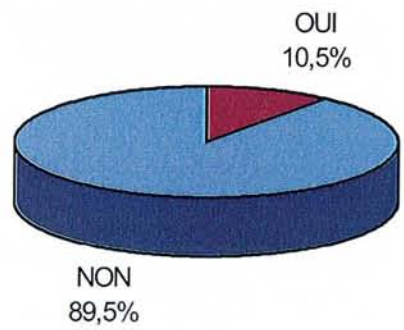
➢ Un pharmacien doit-il bien connaître les champignons ? (57 réponses)

Bien que l'exercice officinal soit essentiellement urbain ou périurbain, la connaissance des champignons semble rester indispensable. Sur les 57 réponses, 48 étudiants justifient leur choix : le pharmacien joue un rôle de prévention en matière de santé publique en évitant les intoxications dues aux champignons. Par ailleurs, cette compétence répond à une véritable attente du public et contribue directement à l'image de marque du pharmacien.



➢ L'enseignement actuel permet-il d'atteindre cet objectif ? (57 réponses)

La mycologie étant une science complexe, il est impossible de connaître tous les champignons. En revanche, la connaissance du pharmacien doit concerner les principales espèces régionales ainsi que les champignons toxiques. Les étudiants interrogés se montrent d'ailleurs exigeants vis-à-vis de leur connaissance des champignons dangereux en estimant nécessaire à 72.5% l'instauration d'une note éliminatoire en cas de non-reconnaissance d'une telle espèce à l'examen.



De plus, l'enseignement est concentré sur un mois en début d'année et rapidement sanctionné par un examen : l'étudiant apprend les caractéristiques des différentes espèces afin de réussir son identification lors de l'examen. Pour favoriser une acquisition durable des connaissances, les étudiants interrogés souhaitent à 96.6% des cours de mycologie plus réguliers tout au long du cursus. Compte tenu de la périodicité de l'activité mycologique, l'instauration de séances en début des troisième, quatrième et cinquième années pourrait être envisageable.

Une formation mycologique moins exhaustive et davantage répartie sur l'ensemble du cursus universitaire pourrait permettre une meilleure assimilation des connaissances.

- L'expérience du pharmacien

Dans la pratique professionnelle, les pharmaciens ne seront pas tous consultés pour une analyse de champignons. Les confrères installés dans les villes de moyenne ou grande importance se spécialiseront donc plus volontiers en parapharmacie ou orthopédie qu'en mycologie. Certains n'auront à exercer cette activité qu'à de rares occasions et pourront se trouver désemparés face à une telle demande : nous pouvons en effet nous interroger sur la « demi-vie » des connaissances. Comment , sans expérience régulière, conserver ses talents de mycologue ? Si quelques officinaux sont réputés localement pour leur acuité dans ce domaine et souvent mis à contribution, la majorité des pharmaciens perd les bénéfices de la formation qu'elle a reçu. Cependant, ceux qui souhaitent se perfectionner, pour répondre aux attentes de leur clientèle, peuvent s'investir dans des formations complémentaires ou rejoindre une des nombreuses associations d'amateurs de champignons.

En effet, de nombreuses associations permettent d'entretenir ses acquis et plusieurs universités proposent de mettre à jour ses connaissances par le biais d'expositions ou de formation complémentaires : neufs Diplômes d'Université de mycologie ont été créés en France. A Nancy, la Société Lorraine de Mycologie organise de nombreuses excursions et expositions, dont une dans le hall même de la faculté. L'AMYPHAR (Association des MYcologues PHARmaciens) s'adresse plus particulièrement aux pharmaciens pour maintenir leur connaissance des champignons et leur permettre de remplir leur rôle dans l'éducation du public et dans la prévention des intoxications ; elle organise des expositions et des sorties hebdomadaires sur le terrain en automne.

A défaut de mettre à profit ses week-end pour une étude mycologique, la plus grande prudence est requise pour l'identification des champignons : émettre un avis formel nécessite une investigation précautionneuse ; si celle-ci ne s'avère pas fructueuse, le pharmacien doit orienter vers une personne plus aguerrie que lui.

1.1.2. Eviter les intoxications

La consommation de champignons récoltés dans la nature est une pratique culinaire à risque : la majorité des intoxications résulte de confusions entre des espèces communes, connues de tous et prisées, et des espèces toxiques leur ressemblant. Le Centre Anti-Poisons de Marseille a mené une enquête rétrospective incluant tous les cas d'intoxications recensés sur les années 1994 et 1998 [20]. Elle rappelle le nombre important d'intoxications dues aux champignons et recense 404 cas en 1994 et 371 en 1998, avec une recrudescence de mi-septembre à mi-novembre et une répartition des appels concentrée en fin de semaine, notamment le dimanche soir après dégustation du butin accumulé le week-end. Les principales circonstances d'intoxications en 1994 sont exposées à la figure 7.

En premier lieu, elles résultent d'une erreur, voire d'une absence totale d'identification : le patient s'improvise parfois spécialiste des champignons après avoir simplement lu un guide de reconnaissance des espèces. Lorsque l'enquête a permis la détermination du champignon, le CAP de Marseille a pu incriminer la pleurote de l'olivier, confondue avec une grosse girolle, les agarics jaunissants, confondus avec les rosés des prés et les bolets de Satan, confondus avec des cèpes comestibles. Les autres cas, rares mais plus graves, mettaient en cause des inocybes, clitocybes et amanites. Le règne fongique pose en effet le piège de nombreuses ressemblances trompeuses : pour reconnaître un champignon, il est préférable d'utiliser une clé de détermination, basé sur la conjoncture de toutes les caractéristiques morphologiques, de l'environnement, de la sporée... La simple comparaison

avec une image tirée d'un livre ne permet pas d'éviter tous les écueils : les champignons changent de forme et de couleur selon leur âge et, s'ils n'ont pas été récoltés correctement, peuvent être incomplets.

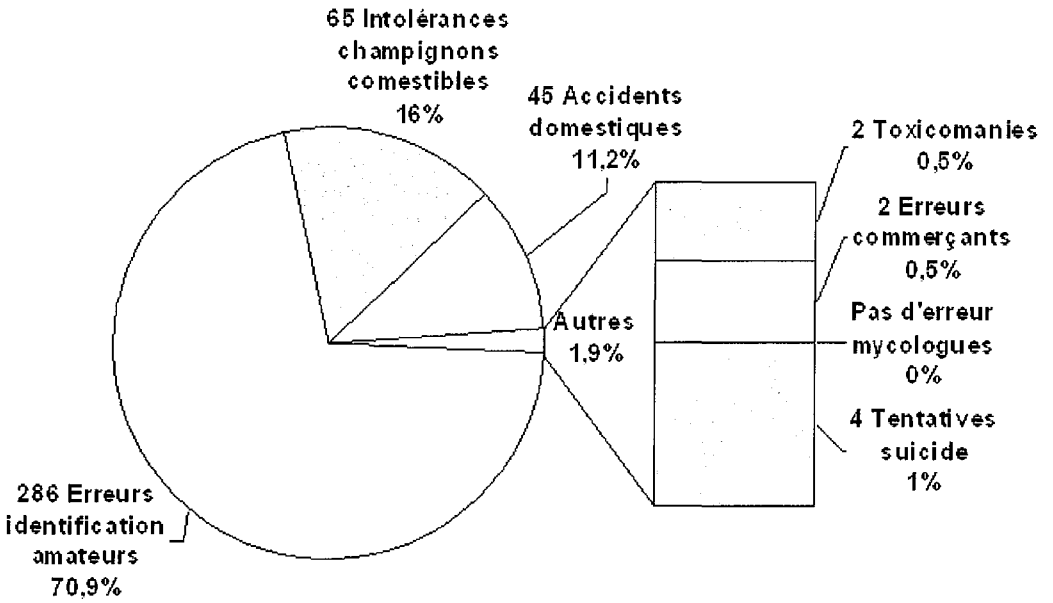


Figure 7 : Circonstances des intoxications recensées en 1994 par le CAP de Marseille[20].

La seconde source d'intoxications provient de champignons réputés comestibles, mais responsables de troubles divers. Des désordres digestifs sont occasionnés par des champignons trop âgés, contaminés, ou ayant subi les méfaits de la pollution. D'autre part, de nombreuses espèces ne sont comestibles qu'à certaines conditions de nettoyage et de cuisson, ou en quantité restreinte. Récemment, un arrêté a ordonné la suspension pour une durée de 1 an de l'importation et la mise sur le marché du tricholome équestre (arrêté du 16 juin 2004 paru au J.O n° 142 du 20 juin 2004 page 11099) : il a provoqué entre 1992 et 2000 plus de douze cas de rhabdomyolyse aiguë, dont trois mortels, à la suite d'une consommation massive et répétée. En 1998, la Société Mycologique de France publie dans son bulletin (tome CXIV, fascicule 3) une mise en garde sur la comestibilité des champignons :

« Que savons-nous des champignons en tant que comestibles ?
- Leurs qualités gustatives ne doivent pas faire oublier que leur valeur gastronomique est faible.
- Le nombre d'espèces à valeur gastronomique incontestable est très faible.
- Ce sont aussi, hélas, de remarquables accumulateurs de pollution.
Aujourd'hui, suite à une meilleure connaissance des espèces naturellement toxiques ou rendues toxiques par la multiplication des sources de pollution, il n'est plus possible de garantir au public la totale innocuité des espèces jusqu'ici réputées comestibles. »

Plus rarement, les intoxications sont liées à des accidents domestiques, essentiellement représentés par l'ingestion par des enfants d'espèces poussant dans les jardins, des cas de

toxicomanie avec des champignons hallucinogènes, quelques erreurs de vendeurs et enfin des cas de tentatives de suicide à l'aide d'espèces hépatotoxiques. Pour les années étudiées, 40% des patients ont été hospitalisés et l'un d'eux est décédé.

Le pharmacien doit donc savoir identifier formellement un champignon mortel, et reconnaître les principales espèces comestibles et toxiques de sa région. Au moindre doute, il peut consulter les ouvrages de référence afin de vérifier les points caractéristiques importants : il existe de nombreux atlas ou guides relatifs à l'identification des champignons. Certains comportent notamment des tableaux comparant les caractéristiques des champignons responsables de confusions. Pour les espèces inconnues, il peut s'aider de clés de détermination, diffusées par les diverses sociétés de mycologie, et maintenant disponibles en ligne, comme sur le site du CHRU de Lille (http://www.chru-lille.fr/cap/champignon.htm). Dans tous les cas, il doit rappeler les conseils pour une bonne cueillette (éviter les sacs plastiques propices à la fermentation des champignons, cueillir les champignons en entier, ne prélever que les espèces jeunes), voire quelques conseils culinaires : à défaut de fournir une recette complète, les modalités de préparation et de cuisson doivent parfois être expliquées. Les morilles par exemple, sont toxiques crues ou insuffisamment cuites : le temps de cuisson doit être d'au moins 20 minutes.

Ce service revêt l'aspect d'un véritable exercice de style et s'avère plus délicat qu'il n'y paraît : les outils, fournis lors du cursus universitaire ou trouvés dans les ouvrages de mycologie, sont indispensables à une bonne identification.

1.2. Les autres identifications

La reconnaissances de plantes fait partie intégrante des compétences du pharmacien. Au cours de sa formation de pharmacognosie, il apprend à identifier les plantes médicinales, pré-requis indispensable à l'activité de phytothérapie : pour assurer la sécurité des patients, il doit contrôler les drogues végétales qu'il utilise. Il est également sensibilisé à la toxicité des plantes, souvent sous-estimée par le public. Ici, la question de la compétence du pharmacien se pose moins : l'enseignement à la faculté du monde végétal est bien plus développé que celui du règne fongique, intégrant tout au long du cursus de la botanique, de la pharmacognosie et de la phytothérapie. En effet, la majorité des principes actifs ont été découverts grâce à l'étude des plantes ; elles constituent la base de toutes les médecines traditionnelles.

A l'officine, le pharmacien est parfois amené à étudier des plantes apportées par les patients, même si la demande en ce domaine est moins fréquente que pour les champignons. En revanche, ici, les intoxications par méprise botanique sont devenues rares : peu de personnes récoltent encore des plantes dans la nature pour confectionner leurs propres remèdes. Elles concernent les incidents liés aux plantes : les agressions caustiques (sur la peau) ou les ingestions accidentelles. Les intoxications par les plantes touchent en général les enfants, attirés notamment par les fruits colorés. Ainsi, un système d'identification des baies toxiques a été conçu, comme pour les champignons, par le CHRU de Lille ; de nombreux ouvrages proposent ce même outil adapté aux plantes de la région. A partir des caractéristiques du fruit, de la plante et de sa localisation, on obtient le nom de la plante suspectée ainsi que sa photo. L'avis d'un Centre Anti-Poisons semble indispensable, autant pour confirmer l'origine de l'intoxication que pour envisager la conduite à tenir.

Le pharmacien était également consulté pour l'identification de substances illicites, par les forces de l'ordre ou des parents inquiets, qui suspectent leur enfant de détenir de la résine ou des feuilles séchées de cannabis. Aujourd'hui, des kits d'identification des drogues viennent supplanter l'analyse par un pharmacien, qui n'intervient plus dans ce domaine qu'à titre anecdotique. De plus, il ne fournissait que des éléments d'orientation, les réactions d'identification formelle étant pratiquée par des laboratoires. Pour la reconnaissance des comprimés (psychotropes, ecstasy), les Centre Anti-Poisons disposent d'outils de reconnaissance des toxiques : parmi la liste des substances recensées, ils peuvent déterminer la nature du comprimé en fonction de la couleur, de la forme, des inscriptions éventuelles.

Enfin, l'équipe officinale est parfois mise à contribution pour des identifications d'animaux nuisibles ou venimeux : des insectes piqueurs (hyménoptères), des araignées, des chenilles, des parasites (tiques, puces), voire des serpents. Victimes de leurs assauts toxiques, notamment en période estivale lors de sorties dans la nature, les patients viennent chercher en pharmacie de quoi apaiser leurs brûlures, piqûres, démangeaisons ; ils amènent quelque fois avec eux l'animal responsable, pour s'assurer du caractère bénin de leurs maux. Les principaux risques sont ici les chocs toxiques lors d'envenimations massives ou touchant les enfants en bas âge, ou les réactions anaphylactiques pour les sujets allergiques : dans de telles circonstances, l'orientation vers un avis médical s'impose.

1.3. La lecture des analyses de biologie médicale

Le pharmacien est régulièrement interrogé sur les résultats d'analyses de biologie médicale : les investigations complémentaires prescrites par le médecin sont rarement suivies d'une consultation et les patients reçoivent une lettre de résultats, sans toujours en comprendre le sens, ni savoir comment y réagir. Qu'il s'agisse de dosages réguliers d'hormones thyroïdiennes ou d'un ECBU de contrôle, les patients s'adressent souvent à leur pharmacien pour une explication de texte.

Comme nous l'avons précédemment évoqué, le pharmacien doit s'abstenir de formuler un diagnostic sur la maladie au traitement de laquelle il est appelé à collaborer (Art R.5015-63 du CSP). Cependant, son rôle peut consister en une lecture des résultats dans le but d'orienter éventuellement le patient vers une consultation médicale. Il n'intervient pas directement dans l'interprétation des résultats, puisque les valeurs des paramètres dosés sont fournies avec les valeurs physiologiques usuelles ou les limites pathologiques : les patients constatent par eux-mêmes s'ils se situent dans les « normes ». Par contre, ils s'interrogent fréquemment sur la nature des dosages réalisés et l'importance qu'ils revêtent : par exemple, l'évaluation du taux de cholestérol se décompose en l'analyse du LDL et du HDL-cholestérol, notions obscures pour la plupart des patients et qui suscitent de nombreuses questions. De même, certains termes peuvent paraître alarmants, comme la recherche de « débris nucléaires » qui, pour une oreille profane, résonne plus comme un test de radioactivité qu'une étude de l'intégralité des cellules.

Lorsque les analyses permettent de détecter une anomalie, le pharmacien doit laisser au médecin le soin d'examiner les résultats avec le malade : il doit s'abstenir de commenter par exemple un taux de PSA suspect (antigène spécifique de la prostate) ou une positivité à un test de dépistage, qui suggèrent directement un diagnostic.

Ce service particulier tend à disparaître avec une meilleure définition des prérogatives de chaque professionnel de santé : la plupart des explications peuvent en effet être fournies au laboratoire d'analyses médicales, par un biologiste (médecin ou pharmacien) et non par un officinal. Début 2004, les caisses d'assurance maladie et les trois syndicats représentatifs des biologistes ont signé un nouveau texte conventionnel qui organise la maîtrise médicalisée des dépenses, en accordant une importance particulière à l'optimisation des soins [56]. Le texte prévoit notamment des accords de bon usage des soins ainsi que des contrats de bonne pratique, permettant aux biologistes de se positionner en tant qu'acteur à part entière du système de soins et de renforcer leur rôle de prévention et de coordination en direction des prescripteurs et des patients. Ainsi est envisagée une surveillance plus étroite des patients sous traitement anticoagulant par antivitamines K, dont les effets indésirables (incidents hémorragiques et thromboses) occasionnent environ 18 000 hospitalisations par an : le laboratoire engagé dans un contrat de santé publique doit dorénavant informer les patients sur les interactions médicamenteuses, l'importance d'un suivi régulier, les conduites alimentaires ; ils doivent expliquer l'indication du traitement et cibler la zone thérapeutique.

Ces décisions vont dans le sens d'un meilleur dialogue entre biologiste et patient. Cependant, il semble probable que le pharmacien reste un interlocuteur privilégié pour les questions suscitées par les résultats d'analyse : son rôle se limite à fournir des informations génériques et à orienter le patient vers son médecin, seul capable d'établir des conclusions et d'interpréter les résultats. Comme pour les soins apportés aux patients et le suivi de paramètres biologiques, le pharmacien doit veiller à informer aux mieux ses patients sans empiéter dans le domaine médical, sous peine d'exercer illégalement la médecine.

1.4. Contraintes et bénéfices

Ces services, traditionnellement attribués au pharmacien, s'avèrent plus délicats qu'il n'y paraît : les demandes du public ne correspondent pas toujours à ses compétences. En effet, le pharmacien ne peut en aucun cas se substituer au médecin pour l'interprétation des analyses biologiques, ce qui peut être mal perçu, voire irriter certains patients. Il ne peut non plus s'affirmer spécialiste des champignons sur la seule base des souvenirs des cours de mycologie suivis lors de ses études : le plus souvent, il doit se référer à des ouvrages ou solliciter des avis extérieurs.

Cependant, le pharmacien ne peut faire défaut à ces « traditions », puisqu'elles correspondent à une réelle demande du public : il doit s'adapter aux besoins de ses patients, et savoir trouver les informations qui lui manquent. Bien que les demandes d'identification concernent essentiellement les champignons, le pharmacien doit parfois mener l'enquête, jouer de la loupe et se replonger dans ses ouvrages (atlas des champignons, flores, ouvrages de toxicologie, zoologie, parasitologie...). L'utilisation de logiciels spécialisés (Tox'in, le CD-Rom « Champignons ») ou un système d'exploitation connecté en permanence à Internet permettant ainsi de consulter les différentes bases de données, facilitent ses investigations. La proximité des universités permet d'orienter les patients vers des spécialistes lorsque le pharmacien doute de ses conclusions ; les officines isolées ne peuvent que se tourner vers les Centres Anti-Poisons ou des associations locales plus compétentes que lui. Quoi qu'il en soit, les efforts fournis par le pharmacien pour renseigner ses patients lui permettent d'être perçu comme une source sûre d'informations, renforçant ainsi son image d'homme de science et sa crédibilité.

2. L'éducation à la santé

L'éducation sanitaire consiste à habiliter les personnes à accroître leur contrôle sur leur santé et à améliorer celle-ci. La mission des professionnels de santé, dont le pharmacien, ne se limite donc pas à la fonction de soignant, mais inclut les notions d'information, de formation et d'accompagnement des patients.

« Tout acte thérapeutique a un aspect éducatif qui le valorise, lui donne sa pleine portée humaine et complète son efficience ». Ces mots furent prononcés en 1954 par Pierre Delore, qui deviendra par la suite le fondateur de la revue « La santé de l'homme » au sein du CFES (Comité Français d'Education à la Santé).

Fondé en 1972, le CFES sera substitué par l'INPES (Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé), un établissement public administratif créé par la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Placé sous la tutelle du Ministère de la Santé, cet institut est chargé de mettre en œuvre les politiques de prévention et d'éducation sanitaire fixées par le gouvernement. Dans ce but, il développe 4 à 6 grandes campagnes nationales de communication par an, réalise des enquêtes (Baromètres santé) conçoit le matériel de diffusion des informations à destination du grand public et des professionnels de santé, développe des interventions de prévention dans les établissements de soins, les milieux scolaires [37]. Son action se prolonge par un réseau de proximité : la France compte 21 comités régionaux (CRES) et 90 comités départementaux (CODES), en collaboration étroite avec l'INPES.

Plus proche du monde officinal, le CESPHARM (Comité d'Education Sanitaire et sociale de la PHARMacie française) est une commission permanente de l'Ordre des Pharmaciens, avec pour objectif de développer le rôle du pharmacien en matière de prévention et d'éducation sanitaire. Ce comité offre une aide concrète pour la diffusion d'informations médicales destinées au public et pour la formation des officinaux à cette mission pédagogique. Il propose entre autres des brochures d'aide à la dispensation, et réalise des études sur les pratiques officinales (par exemple sur l'éducation du patient asthmatique à l'officine en 1998-1999). En association avec l'UTIP (Union Technique Inter-Pharmaceutique de formation continue), il met en œuvre des programmes de formation : en 2003, 19 réunions portant sur l'ostéoporose ont été organisées.

Sensibilisés en amont par ces organismes, et témoins quotidiens en aval de la nécessité de former le public, les pharmaciens occupent une place centrale dans la diffusion d'informations sanitaires. Ils disposent de deux niveaux de communication : ils interviennent soit à titre individuel par le dialogue instauré avec le patient au sein de l'officine, soit à titre collectif en s'adressant cette fois-ci à l'ensemble de la population. Nous étudierons tout d'abord les différentes interventions du pharmacien sur des populations cibles, puis les moyens de communication « grand public » qu'il met en œuvre.

2.1. Les interventions en éducation pour la santé

Le pharmacien, dans ses rapports individuels avec les patients, se positionne souvent comme informateur et formateur, à plusieurs niveaux. Il est nécessaire de distinguer :

- l'éducation thérapeutique, qui concerne la bonne maîtrise d'un traitement ; elle consiste à « former le malade pour qu'il puisse acquérir un savoir-faire adéquat, afin d'arriver à un

équilibre entre sa vie et le contrôle optimal de sa maladie » (OMS, 1998). Elle englobe une sensibilisation au bon usage des médicaments, un encouragement de l'observance et un apprentissage des moyens d'intégrer le traitement dans le quotidien. En effet, dans une médecine de plus en plus technique, le patient doit être formé au bon usage des dispositifs médicaux et des moyens de suivi de sa pathologie. Nous ne développerons pas ici le thème de l'éducation thérapeutique, puisqu'elle fait partie intégrante de l'acte de dispensation. Elle résulte d'une demande de la part des patients ou accompagnent la vente de produits : ils rentrent dans le cadre du conseil pharmaceutique et de la délivrance des médicaments.

- l'éducation sanitaire, qui nous intéresse ici, permet d'élargir ce dialogue à différents aspects du quotidien, pour aborder par exemple le choix d'une méthode de contraception, la préparation d'un voyage, les soins à apporter à un nourrisson...

Avant d'envisager l'ampleur de cette mission d'éducateur à la santé, il convient de s'interroger sur la définition-même de la santé. Selon l'OMS, elle consiste en « un état de bien-être complet sur le plan physique, mental et social, et non simplement en l'absence de maladie ou d'infirmité ». Emise en 1946 et depuis adoptée par tous, cette perception de la santé dépasse le modèle purement médical qui a prévalu pendant la majeure partie du XX^{ème} siècle. La notion de santé est passée de « l'absence de maladie » à une conception beaucoup plus vaste, qui suggère qu'elle est multidimensionnelle, donc tributaire de nombreux déterminants, et subjective : les expériences liées à la santé varient grandement d'une personne à l'autre, même lorsque les données extérieures semblent les mêmes.

De plus, l'inclusion de la notion de bien-être mental et social accorde aux intervenants éducateurs sanitaires une latitude presque illimitée quant aux options de traitement de la « mauvaise santé ». En ce sens, l'éducation à la santé peut viser quatre domaines différents :

- la recherche du bien-être ou du mieux-être, en dehors de toute pathologie. Le pharmacien est parfois amené à rappeler les règles d'hygiène de vie les plus élémentaires, notamment pour les personnes à bas niveau d'instruction. Lorsqu'une telle lacune est détectée au décours d'une conversation, le pharmacien se doit d'expliquer ou de ré-expliquer certains gestes qui peuvent d'emblée paraître banals : il peut s'agir par exemple d'explications concernant l'hygiène corporelle et bucco-dentaire, ou encore portant sur l'alimentation des nourrissons. Par ailleurs, les patients se montrent demandeurs de conseils visant à améliorer leur quotidien, qu'il s'agisse d'apprendre les bonnes positions à adopter pour les personnes souffrant régulièrement du dos, ou des règles diététiques pour faciliter la digestion ou le transit.

- la prévention primaire : elle désigne l'action portant sur les facteurs de risque des maladies avant leur survenue. Elle constitue à la fois l'outil le plus précieux et le plus efficace pour améliorer la santé et le message le plus délicat à faire passer : elle s'adresse à une population non malade, parfois peu encline à envisager d'éventuels risques avenirs. Le rôle du pharmacien en ce domaine est capital, puisqu'il peut adapter les conseils préventifs généraux au cas de chaque patient, en fonction de son mode de vie et de sa psychologie. Ainsi, il contribue par exemple à promouvoir une bonne hygiène alimentaire et sportive, facteur favorisant le système circulatoire et cardiaque, ou une protection solaire efficace, pour réduire les risques de tumeurs cutanées ; il rappelle les modalités du calendrier vaccinal et de la prévention des MST.

- la prévention secondaire : elle vise à dépister les maladies et à éviter l'apparition des symptômes cliniques ou biologiques. En fonction des pathologies rencontrées et de l'historique du patient, le pharmacien est amené à expliquer et inciter au dépistage de

nombreuses maladies, comme les coloscopies et les mammographies. De plus, de nombreuses pathologies nécessitent des bilans biologiques réguliers qu'il convient de rappeler : par exemple, un suivi étroit de l'INR permet d'éviter hémorragies et thromboses chez les patients présentant des troubles de la coagulation.

- la prévention tertiaire : elle a pour vocation de limiter les complications et les séquelles d'une maladie. Par exemple, le pronostic à long terme d'un diabète est dépendant de l'implication du malade, de son assiduité dans les mesures de glycémie et son aptitude à adapter son traitement en conséquence ; de nombreuses complications des artériopathies associées peuvent être évitées par un exercice physique régulier et une attention particulière pour les soins podologiques.

L'éducation à la santé revêt bien des visages différents, mais nous ne détaillerons que quelques exemples d'intervention et d'actions menées par les pharmaciens dans chaque domaine.

2.1.1. Protection de la santé : l'exemple de la canicule

La France métropolitaine a connu dans la première quinzaine d'août 2003 une vague de chaleur d'une intensité et d'une durée sans précédent depuis le début des enregistrements météorologiques au XIX^{ème} siècle. Cette vague de chaleur s'est accompagnée d'une vague de surmortalité à court terme d'une importance également exceptionnelle : selon les données de l'INSERM, pour la seule journée du 4 août, près de 300 décès ont été observés en excès par rapport aux années précédentes ; l'excès a augmenté régulièrement et massivement jusqu'à atteindre, pour la journée du 12 août plus de 2 000 décès. La surmortalité observée à partir de 45 ans est importante, croissante avec l'âge : +20% chez les sujets âgés de 45 à 54 ans, +40% chez les sujets âgés de 55 à 74 ans, +70% chez les sujets âgés de 75 à 94 ans et +120 % chez les sujets de 95 ans et plus. La canicule a engendré de par ailleurs de nombreuses déshydratations, hyperthermies, maladies de l'appareil respiratoire et génito-urinaire.

En 2004, face au retour des grandes chaleurs, un Plan canicule initié par le ministère de la santé et de la protection sociale a prévu une large campagne médiatique d'information et de prévention. Les pharmaciens, sous l'impulsion du Cespharm, ont trouvé leur place dans le dispositif de soins [16]. En dehors des précautions relatives à l'adaptation des traitements médicamenteux, le Cespharm insiste sur le rôle sanitaire et social des officinaux et préconise :

- dès le début de l'été, de repérer les personnes à risque : les personnes âgées et/ou dépendantes, enfants et nourrissons, malades mentaux ou atteints de pathologies chroniques. Une fois identifiés, les sujets à risque doivent être informés sur les moyens de se prémunir de la chaleur ; les conseils à délivrer, variables en fonction de chaque cas, sont détaillés dans la figure 8.

Les personnes âgées présentent un risque accru de déshydratation lié à une diminution de la sensation de soif, à une moindre efficacité de la thermorégulation par transpiration et un moindre contrôle de l'homéostasie du métabolisme hydro-sodé : elles sont particulièrement vulnérables aux excès de chaleur.

Limiter l'augmentation de température de l'habitation

- Fermer les volets et les rideaux des façades exposées au soleil.
- Ouvrir les fenêtres tôt le matin, tard le soir et la nuit et permettre une circulation d'air dans toutes les pièces.
- Baisser ou éteindre les éclairages électriques.

Eviter les expositions à la chaleur

- Eviter de sortir à l'extérieur aux heures les plus chaudes (11h-17h) et rester dans les pièces les plus fraîches, au mieux, dans un espace climatisé (régler alors la climatisation 5 °C en dessous de la température ambiante).
- Si la température à l'intérieur de l'habitat ne peut être maintenue assez fraîche, passer deux à trois heures par jour dans un endroit climatisé (cinéma…).
- En cas de sortie, rester à l'ombre et ne pas s'installer au soleil ; porter un chapeau, des vêtements légers (coton), amples, de préférence de couleur claire.
- Eviter les activités extérieures nécessitant une dépense d'énergie importante (sport, jardinage, bricolage…).

Se rafraîchir régulièrement

- Prendre régulièrement dans la journée des douches ou des bains frais.
- Se vaporiser le visage à l'aide de brumisateurs ou de bombes aérosols d'eau.
- Appliquer sur le corps des linges humides.
- S'humidifier la bouche (rinçage de bouche, pulvérisation d'eau).

Eviter la déshydratation

- Boire régulièrement sans attendre d'avoir soif, au moins un litre et demi à deux litres par jour, sauf en cas de contre-indication médicale.
- Ne pas consommer de boissons alcoolisées qui altèrent les capacités de lutte contre la chaleur et favorisent la déshydratation.
- Eviter les boissons à forte teneur en caféine (café, thé, cola) ou très sucrées (sodas), car ces liquides sont diurétiques.
- En cas de difficulté à avaler les liquides, consommer des fruits (melon, pastèque, agrumes, prunes) et des crudités (concombre, tomate) riches en eau. La consommation d'eau gélifiée peut être utilement conseillée dans ces situations.
- Accompagner la prise de boissons d'une alimentation solide, en fractionnant si besoin les repas pour recharger l'organisme en sels minéraux.

Rester vigilant face aux signes d'alerte évocateurs d'une pathologie induite par la chaleur

- Ne pas hésiter à faire appel à la famille, aux proches, aux professionnels de santé.

Etre attentif aux autres

- Aider les personnes dépendantes de l'entourage (nourrissons et enfants, personnes âgées, personnes handicapées ou souffrant de pathologies mentales) en leur proposant régulièrement des boissons, même en l'absence de demande de leur part.
- Penser à appeler ses amis ou voisins âgés pour prendre régulièrement de leurs nouvelles.

Figure 8 : Conseils pratiques pour se protéger de la chaleur énumérés par le Cespharm (juin 2004)

- en cas de vague de chaleur, la pharmacie doit veiller à se constituer un stock suffisant de brumisateurs, solutés de réhydratation pour perfusion, eaux gélifiées, coussin thermiques pour application de froid, ... Le pharmacien doit informer les sujets atteints de pathologies chroniques que la chaleur peut déstabiliser leur maladie et les inciter à être particulièrement vigilants. Des brochures « Canicule : santé en danger » à remettre au public sont disponibles sur simple demande écrite au Cespharm.

- en cas de canicule avérée, le pharmacien peut distribuer des verres d'eau à l'officine. Il s'assure que les personnes âgées ou dépendantes soient suffisamment entourées, en prenant de leurs nouvelles et en incitant les sujets isolés à se faire connaître auprès des services municipaux. Il sensibilise les patients, notamment âgés, et leur entourage aux manifestations traduisant les atteintes liées à la chaleur et à la conduite à tenir dans ces situations : il veille à repérer les manifestations liées au syndrome d'épuisement-déshydratation ou au coup de chaleur, imposant parfois d'alerter les secours.

Le pharmacien est régulièrement en contact avec les personnes âgées, principales victimes de la canicule : il dispense ses conseils à l'officine, havre de fraîcheur climatisée propice au dialogue lors de grosses vagues de chaleur, lors de visites au domicile, dans les maisons de retraite et centre médicalisés, où il peut par lui-même constater les mesures à prendre pour le bien-être des seniors.

2.1.2. Prévention primaire : l'exemple de la prévention du VIH

- La contamination par voie sexuelle

Selon l'Institut de veille sanitaire, de 800 à 850 nouveaux cas de sida sont diagnostiqués chaque semestre. Aujourd'hui, l'absence de réduction de l'incidence du sida et la recrudescence des infections sexuellement transmissibles, laissent supposer un relâchement inquiétant des pratiques de protection. Dans ce contexte, l'INPES et le ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes handicapées, organisent les 1er décembre une campagne nationale visant à promouvoir le préservatif. Une série de spots télévisés et une campagne d'affichage au sein de la grande distribution présentent le préservatif comme un produit de consommation courante, facilement accessible mais également comme un produit de qualité, dont la fiabilité est garantie par la norme CE. Les pharmaciens sont associés à cette campagne, distribuent conseils et prospectus, mais leur rôle en la matière s'exerce toute l'année.

En effet, de nombreux pharmaciens poursuivent l'action engagée en 1992 avec le préservatif à 1 franc qui s'était arrêtée, faute de financement . L'association « Croix Verte et Ruban Rouge », une association de pharmaciens impliquée dans la prévention des toxicomanies et du sida, fut créée en 1994 à la suite du premier sidaction : elle effectue des achats en gros, et offre donc aux pharmaciens qui le désirent de passer des commandes leur permettant de proposer des préservatifs à petit prix. De même, des préservatifs féminins et des doses de lubrifiant peuvent être vendus à des tarifs très faibles [63] : le préservatif féminin, pourtant disponible depuis l'an 2000 et permettant aux femmes de se ré-approprier la protection de leur corps et de vivre leur sexualité de façon autonome et responsable, est resté longtemps méconnu car distribué parcimonieusement et à un prix élevé. De plus, dès le 1er juin 2004, une nouvelle opération menée par la société Khondomz et relayée par les grossistes-répartiteurs, permet d'obtenir et de vendre des préservatifs à l'unité pour 0.20€ ou une boite de 12 pour 2€ : ces campagnes permettent aux pharmaciens de poursuivre leurs

actions sans perdre de l'argent. L'association Croix Verte et Ruban Rouge préconise la vente de préservatifs masculins à 0.20€ dans la limite de 3 par personne et par jour pour ne pas déséquilibrer le marché.

A l'avenir, un décret obligeant chaque pharmacien à détenir ces préservatifs unitaires pourrait être envisagé. Il est tout aussi judicieux de réglementer sur ce sujet que sur la contraception d'urgence pour les mineures, puisque l'aspect financier et la facilité d'accès aux soins s'avèrent déterminants, surtout pour la population jeune. L'image du préservatif doit également être banalisée : disposer de quelques boîtes dans un recoin de l'officine ne facilite pas l'acceptation de ces produits. Sans toutefois paraître ostentatoire, leur présentation en une gamme diversifiée ainsi qu'à l'unité, accompagnés de guides d'utilisation, permet de « démédicaliser » le sujet, de l'intégrer comme une pratique courante et responsable et de faciliter l'ouverture d'un dialogue, souvent difficile sur des thèmes aussi délicats qu'intimes.

- La contamination par voie sanguine

Les usagers de drogue par voie intraveineuse (UDIV) sont particulièrement touchés par l'épidémie du sida. Le virus de transmet entre usagers lorsque le matériel d'injection ou de préparation de l'injection de la drogue a été précédemment ou conjointement utilisé par une personne séropositive : ce mode de contamination par voie sanguine est particulièrement important pour le VIH, les hépatites B et C.

La fréquence du partage direct ou indirect de matériel correspond à des valeurs culturelles associées à l'usage de la drogue. Par ailleurs, la population touchée est jeune (en majorité moins de trente ans) et sexuellement active : une étude multicentrique menée par l'OMS a montré que seulement 4 à 20% des UDIV utilisaient des préservatifs avec leurs partenaires stables, et 10 à 37% avec leurs partenaires occasionnels [33]. Par ailleurs, les femmes toxicomanes ont fréquemment recours à la prostitution. Tous ces facteurs accentuent les risques de contamination dans cette population spécifique ; leur éducation sanitaire s'avère une mission très délicate. Cependant, elle représente un changement bénéfique des mentalités : la prévention ne se veut plus injonction morale ou engagement éthique, mais accompagne tous les individus dans le seul but de les protéger au mieux [43]. Si l'on ne peut aider tous les UDIV à se désintoxiquer, on peut leur apprendre les pratiques assurant une sécurité optimale.

En dehors de sa contribution aux traitements de substitution aux opiacés, le pharmacien peut intervenir à différents niveaux :

- l'information délivrée à l'officine : pour réduire les risques liés à l'usage des drogues, le pharmacien doit identifier les opportunités permettant d'instaurer un dialogue. Pour faciliter l'établissement d'une relation de confiance, il doit être à l'écoute, éviter les attitudes coercitives et l'expression de jugements, assurer confidentialité et anonymat. Les messages préventifs, présentés à la figure 9 [33], sont nombreux : les supports d'information écrits présentent l'avantage de pouvoir être ramenés au domicile et examinés de manière plus exhaustive. Outre ces conseils techniques, le pharmacien peut proposer une prise en charge médicale.

Les seringues et aiguilles :

- Ne jamais partager le matériel d'injection (aiguille, seringue, cuillère, filtre, coton). Le VIH peut se transmettre lors du partage du matériel d'injection ; le virus de l'hépatite C se transmet quant à lui lors du partage des filtres, du matériel chauffé ou de l'eau, et plus généralement en raison d'un manque d'hygiène.
- Utiliser toujours une nouvelle seringue et une aiguille neuve à chaque infection. En plus du risque infectieux, les aiguilles usagées sont émoussées et peuvent provoquer une altération de la veine.
- Utiliser des équipements d'injection stériles qui présentent des aiguilles le plus fines possible.
- N'utilisez que les seringues dispensées dans des lieux sûrs.
- Le mélange de la poudre doit se faire avec de l'eau propre. Il faut toujours filtrer la solution avant de l'injecter.

Les injections :

- Privilégier d'autres voies d'administration que la voie injectable.
- Ne pas s'injecter de poudre issues de comprimés car ils contiennent des substances insolubles qui augmentent les risques d'embolie.
- Se laver les mains et désinfecter la peau correctement avant et après chaque injection. Eviter les injections dans les zones infectées.
- Changer régulièrement de site d'injection.
- Le sens de l'injection doit être identique au sens du flux sanguin.
- Ne pas injecter dans les membres enflés ni dans les veines qui semblent dilatées. Eviter d'injecter dans le cou, l'aine, la poitrine, le pénis, les pieds et les veines des mains.
- Après utilisation, placer l'aiguille de la seringue puis la seringue dans un container, pour éviter tout risque de piqûre (les canettes de boissons peuvent être utilisées : les écraser sur le dessus pour éviter que le matériel introduit ne sorte dans les ordures ménagères).
- Les overdoses dépendent de la tolérance individuelle, de la pureté de la substance, de l'utilisation associée d'autres substances, et de l'état de santé de l'usager. Les overdoses peuvent être limitées en évitant de s'injecter de l'héroïne après avoir utilisé une autre drogue ou en évitant de s'injecter de l'héroïne à forte dose après une période d'abstinence.

Les rapports sexuels :

- Utiliser un préservatif en cas de rapports sexuels pour prévenir toute transmission du VIH par voie sexuelle.
- Veiller à n'utiliser que des lubrifiants aqueux. Les lubrifiants gras peuvent altérer le préservatif et le rendre poreux au virus du VIH.
- Se faire vacciner contre les hépatites A et B.

Figure 9 : Conseils pratiques visant sécuriser les pratiques d'injection et les rapports sexuels chez les UDIV [33].

- l'orientation vers les centres de soins ou les services sociaux : des recommandations peuvent être données pour inciter les usagers à consulter un médecin en vue d'un dépistage des MST. Les pharmaciens sont les premiers, et parfois les seuls professionnels de santé, qu'un UDIV peut contacter facilement : ce premier contact doit l'orienter en vue d'une prise en charge pour un traitement, un dépistage ou un suivi. Le pharmacien peut également fournir les

coordonnées des services sociaux spécialisés ou celles des consultations de psychiatrie ; pour cela, il est important qu'il soit lui-même bien informé des ressources disponibles pour la prise en charge des toxicomanes.

- l'accès au matériel d'injection stérile : les pharmaciens vendent des seringues et des kits associant différents matériels, sans prescription médicale et à prix réduit. Le Stéribox® est délivré au plus bas prix dans les officines : il s'agit d'un kit de protection anti-sida contenant deux seringues à insuline (1mL), deux tampons d'alcool, deux flacons d'eau stérile, un préservatif, deux Stéricup® (cupules permettant l'asepsie de la préparation de l'injection lors du chauffage de la drogue), un mode d'emploi avec des conseils explicites. Un nouveau filtre Stérifilt® a été également mis au point pour éviter toute transmission du VHC.

De nombreuses programmes d'échange de seringues ont été organisés en collaboration avec les pharmaciens, non seulement pour faciliter l'accès au matériel d'injection stérile, mais également pour éviter que le matériel usagé soit disséminé dans les ordures ménagères compte tenu des risques de piqûre accidentelle ; ils permettent en outre de responsabiliser les usagers de drogue.

En 2001, sur 106 programmes d'échange de matériel d'injection (PEMI fixes ou mobiles), une quinzaine concerne les officines, qui délivrent pourtant 90% des seringues utilisées par les UDIV [41] : parmi eux figurent le programme pilote de Perpignan avec l'association Ascode, le programme PEEKO de Lyon avec l'association RUPTURES. Le plus récent, le PEMI d'Ivry-sur-Seine a été mis en place en 2003 par l'association Apothicom (Association pour la prévention, la pharmacovigilance et la communication), conceptrice du Stéribox® et du Stericup®.

➢ Le PEMI d'Ivry-sur-Seine [8] :

Basé sur l'opportunité que représente le passage quasi-systématique des UDIV par la pharmacie, ce projet vise à instaurer un système de récupération de matériel usagé en échange de matériel neuf, et à étudier la diffusion d'un Stéribox® nouveau modèle comprenant deux filtres non-absorbants à usage unique Stérifilt®. Les équipes officinales volontaires ont reçu une formation spécifique abordant les thèmes des substances psycho-actives, de la pratique de la voie intra-veineuse, et des complications infectieuses liées à l'usage de drogues. Des containers de récupération de matériel usagé ont été distribués : les UDIV doivent eux-même y déposer leur kits usagés afin de garantir la sécurité de l'équipe officinale. Les kits Stéribox® PEMI ont été délivrés avec des supports de formation et de prévention. Enfin, le Distribox®, distributeur de Stéribox® implanté à Ivry-sur-Seine, a été approvisionné avec ces kits spécifiques et un affichette informait du PEMI et des pharmacies qui y participaient.

Toutes les pharmacies reçoivent une visite hebdomadaire de deux membres de l'équipe PEMI afin de recueillir les doléances et les demandes particulières liées au programme, de vider les containers et d'approvisionner régulièrement en kits neufs. Un standard téléphonique leur assure un soutien méthodologique en cas de besoin.
Tout le matériel et la logistique sont pris en charge par les organisateurs. De plus, l'activité d'échange de seringues est indemnisée par un montant forfaitaire (250€ pour 6 mois), véritable reconnaissance du travail effectué par le pharmacien en tant qu'acteur de prévention.

L'évaluation du projet repose sur des enquêtes effectuées avant, pendant et après le programme, sur des entretiens réguliers avec les pharmaciens participants, et sur une enquête réalisée auprès des UDIV. Ces investigations ont permis de conclure que le PEMI est un

véritable succès. Sur le plan quantitatif, le nombre de seringues distribuées par les pharmacies a triplé, sans augmentation de la file active initiale : le programme répond effectivement à un besoin des usagers. Malgré la crainte exprimée par certains usagers de rencontrer les forces de police lors du transport du matériel usagé, de nombreux kits ont été rapportés sans demande de kits neufs en échange. Sur le plan qualitatif, aucun incident opposant pharmaciens et usagers n'est à déplorer ; au contraire, les relations semblent s'améliorer, permettant l'ouverture d'un dialogue autour de l'injection et des risques associés. La perception des UDIV par les pharmaciens a également évolué : ils sont passés de toxicomanes « intouchables » et « suicidaires », à des individus plus responsables, soucieux des complications sanitaires entraînées par leur usage de drogue.

Le pharmacien, à travers son engagement, joue pleinement son rôle d'acteur de santé publique en favorisant le dialogue, en proposant des orientations médico-sociales, et en diffusant messages et matériels de prévention. Enfin, les équipes officinales ont validé leur capacité à accompagner la diffusion d'un nouvel outil de réduction des risques et à en assurer la bonne utilisation.

De nombreux réseaux de lutte contre la toxicomanie ont été créés à travers la France afin de pérenniser les actions de prévention : en Meurthe et Moselle, le Réseau Toxicomanie Ville-Hôpital 54 participe à la réduction des risques liés à la toxicomanie IV, en collaboration avec l'association AIDES Lorraine-Sud. La France compte environ 1200 réseaux et filières de soins, dédiés à des thèmes divers de santé publique (asthme, soins palliatifs,...) et auxquels les officinaux sont associés.

2.1.3. Prévention secondaire : l'exemple du dépistage du diabète

En Bourgogne, l'URCAM et la Fédération des Associations de Diabétiques de Bourgogne (FADB) ont lancé en octobre 2002 une campagne de dépistage du diabète [60]. Les sites de dépistage se trouvaient être les mairies, les centres sociaux, les supermarchés et quelques pharmacies, mais il était seulement demandé aux officinaux d'informer la population de l'existence de ces sites. Le CROP de Bourgogne, souhaitant s'associer et contribuer plus activement à cette campagne, a envoyé un questionnaire à l'ensemble des pharmaciens de la région : seule la moitié des officinaux ont répondu à ce questionnaire et parmi eux, 98.7% désiraient s'impliquer et devenir des « sites de dépistage ».

623 officines se sont donc engagées à apposer une affiche explicative, à sensibiliser leurs patients aux risques liés au diabète et à procéder à un dépistage gratuit. Pour ce faire, le CROP de Bourgogne a obtenu auprès des laboratoires autant de kits gratuits de dépistage contenant un appareil lecteur de glycémie, une boîte de 200 piqueurs jetables, une boîte de bandelettes. En collaboration avec l'UTIP et les syndicats, des réunions d'information ont été organisées afin de distribuer ces kits aux pharmaciens et de leur apprendre à manipuler l'appareil dans le respect des recommandations de l'AFSSAPS : nettoyage de l'appareil après chaque utilisation, port de gants pour l'intervenant...

A chaque dépistage, le pharmacien devait remplir une fiche anonyme de recueil des données, proposer un document explicatif et remettre au patient une fiche de résultat rapportant la glycémie mesurée, dosage ne revêtant qu'un caractère indicatif.

L'implication des pharmaciens fut importante dans cette action ponctuelle. Ils ont clairement exprimé leur désir de participer activement à l'éducation pour la santé : l'Ordre a établi des statistiques, consultables sur son site Internet, à partir des 321 réponses au

questionnaire relatif à cette campagne de dépistage. Les réponses à la question « De quelle manière souhaitez-vous vous impliquer ? » sont exposées à la figure 10 : les pharmaciens souhaitent effectuer eux-même le dépistage et pouvoir ainsi mener à bien l'intégralité de l'acte d'éducation à la santé. Ils sont également prêts à 86.3% à remplir des fiches de recueil d'information, et défavorables à 54.2% à la venue d'une infirmière ou de bénévoles pour effectuer les dépistages. A 81.6%, ils ne souhaitent pas être présents sur un autre site de dépistage prévu lors de la campagne. Pour finir, 98.4% des répondeurs pensent que l'Ordre doit se mobiliser pour ce type d'actions.

Ces données laissent penser que les pharmaciens sont volontaires pour des missions d'éducation à la santé, qu'il désirent y jouer un rôle actif et non seulement une fonction de distribution d'informations, et qu'ils souhaitent être soutenus par l'Ordre pour rendre possible de telles interventions. Ils attendent des moyens pour assurer ce service de santé publique.

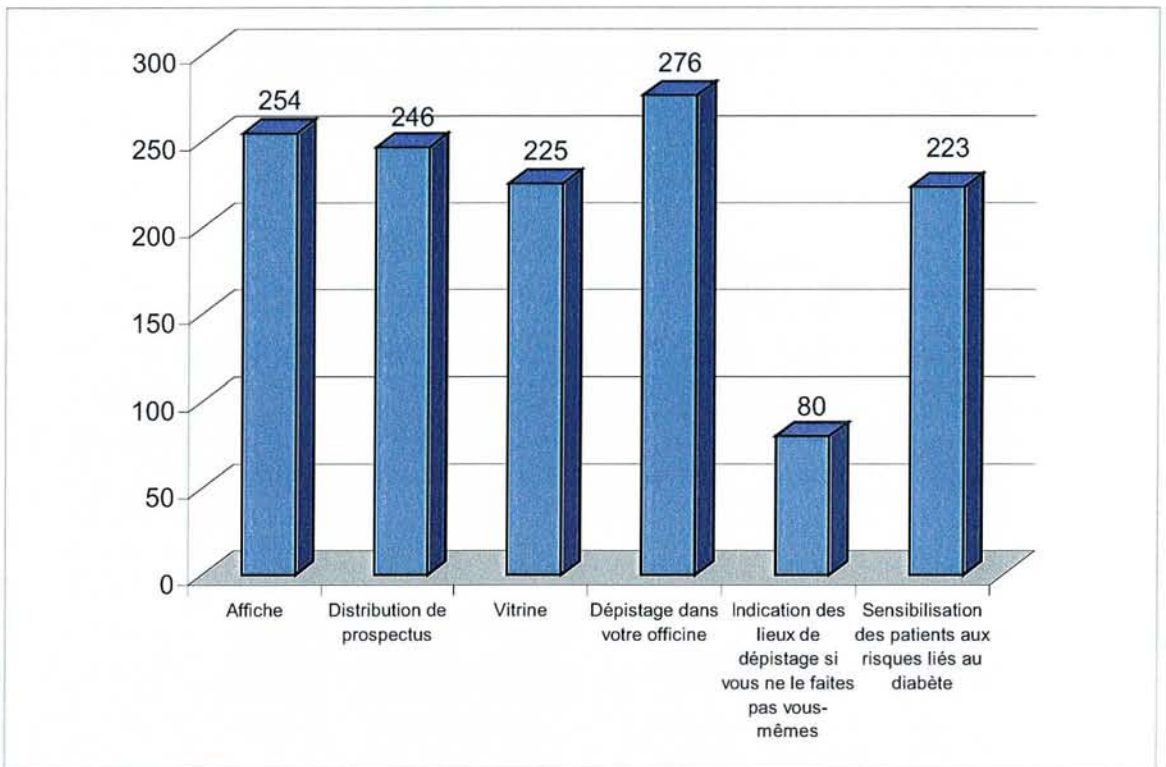


Figure 10 : Types d'actions auxquelles souhaitent participer les pharmaciens lors de la campagne de dépistage.

2.1.4. Prévention tertiaire : l'exemple de l'accompagnement des diabétiques

Les maladies chroniques, grâce aux avancées successives de la médecine, ont désormais généré un grand nombre de personnes non guéries, mais affectées de contraintes quotidiennes. Le médecin devient prescripteur non seulement de traitements médicamenteux mais également de comportements de vie dont l'observance est tout aussi capitale. Dans de telles circonstances de durabilité, l'éducation des patients consiste, en partenariat avec les

soignants, à donner aux patients des connaissances, des outils, des compétences pour gérer leurs nouvelles habitudes de vie, en restaurant une certaine autonomie.

Le pharmacien est impliqué de multiples façons dans l'éducation des malades chroniques [39] : tout d'abord il soutient et accompagne le patient après le diagnostic. En position d'accueil et de médiateur entre l'intervention du médecin et la mise en route du traitement, il peut proposer un court entretien où le patient pourra reformuler sa compréhension des choses et poser toutes les questions importantes. Le pharmacien explique et informe sur la pathologie et ses traitements : en terme de clarification, il se place comme un résonateur des autres professionnels de soins gravitant autour du patient, afin de renforcer ou rectifier les données comprises. L'utilisation de différents outils et documents est intéressante pour objectiver le dialogue (notices, brochures d'informations). Le pharmacien est ensuite chargé de promouvoir la bonne poursuite du traitement, en termes d'organisation pratique, d'aide à l'adaptation et à la maîtrise des thérapeutiques quelles que soient les circonstances ; il enseigne l'anticipation de scénarios particuliers, les « incidents de parcours » étant quasiment inévitables. Enfin, il intervient dans la gestion des crises (rechutes, effets secondaires, dépression ou lassitude, incidents divers). L'accueil, les conseils d'urgence, l'orientation sont autant de sécurité offerte précocement et d'apprentissages qui pourront être repris par la suite.

Dans le cas de l'accompagnement des diabétiques, le pharmacien intervient dans la prévention de très nombreuses complications à long terme. Qu'il soit ou non insulino-dépendant, le diabète se caractérise par une hyperglycémie qui, à long terme, a une conséquence délétère sur de nombreux tissus. L'excès de sucre altère le métabolisme des cellules nerveuses (neuropathies) et endommage les parois des vaisseaux (angiopathies) :
- les lésions macro-angiopathiques entraînent un risque important de troubles cardio-vasculaires : artérite des membres inférieurs, infarctus du myocarde, AVC.
- les lésions micro-angiopathiques peuvent provoquer des atteintes rénales et oculaires.

Or l'équilibre glycémique ne peut être assuré par le seul traitement médicamenteux. Le patient doit respecter des règles diététiques : adapter sa ration glucidique, connaître les aliments riches en sucres lents et ceux à index glycémique élevé (pomme de terre, pain blanc,...), favoriser les fibres qui ralentissent l'absorption des sucres. De plus, des mesures hygiéno-diététiques visent à réduire les risques cardio-vasculaires : limiter les apports en sel, arrêter le tabac, diminuer les apports en graisses saturées, poursuivre une activité physique régulière sans efforts violents. Par ailleurs, une attention toute particulière doit être prêtée aux soins des pieds. Subissant des lésions macro et micro-vasculaire ainsi qu'une atteinte neurologique périphérique, le pied présente des troubles de la sensibilité et un défaut de cicatrisation : le risque de plaies et d'infections est très important. Le pharmacien titulaire d'un diplôme d'orthopédie est parfois amené à délivrer des semelles podologiques, ce qui lui permet de réaliser un examen minutieux des pieds. D'une manière plus générale, il informe les patients des règles d'hygiène indispensables : des fiches spécifiques détaillant tous les points importants (cf. : figure 11) peuvent l'y aider.

Ces informations, déjà délivrées par un médecin, un spécialiste, voire un centre de diabétologie méritent d'être répétées. Le malade doit en effet acquérir de nouveaux réflexes et les intégrer dans son quotidien : chaque professionnel de santé peut éclairer le problème de son propre point de vue et apporter une aide ponctuelle pour des questions bien précises.

Diabétique : protégez vos pieds !

À LONG TERME ET S'IL EST MAL ÉQUILIBRÉ, LE DIABÈTE PEUT ENTRAÎNER DES LÉSIONS DANS LES VAISSEAUX SANGUINS (ARTÉRITE) ET LES NERFS (NEUROPATHIE) DES PIEDS ET DES JAMBES. ON SENT MOINS BIEN LE CHAUD, LE FROID ET SURTOUT LA DOULEUR, ON PEUT ALORS SE BLESSER SANS S'EN APERCEVOIR.

Une lésion négligée peut malheureusement avoir des conséquences graves comme une amputation. Heureusement très peu de patients diabétiques doivent subir une amputation, néanmoins après les accidents, le diabète constitue la deuxième cause d'amputation.

Plusieurs études ont montré qu'être informé réduit significativement le risque de plaie et d'amputation.

PRÉVENTION

Pour éviter d'en arriver à ce stade d'artérite et de neuropathie, il est nécessaire d'adopter une bonne hygiène de vie :

- Respecter les objectifs glycémiques fixés par le diabétologue.
- Ne pas fumer (le tabac est toxique pour les vaisseaux).
- Contrôler la pression artérielle et le taux de cholestérol.

Gardez vos pieds en bonne santé :

- Lavez-les tous les jours en séchant bien entre les orteils et appliquez de la crème hydratante en insistant sur les zones cornées, évitant les espaces interdigitaux.
- Choisissez des chaussures adaptées, souples et suffisamment larges, achetez-les en fin de journée.
- N'utilisez pas d'objets blessants : ciseaux pointus, râpe en fer.
- Utilisez plutôt des pierres ponces synthétiques.
- Consultez un podologue connaissant le diabète.

En cas de blessure du pied :

- Lavez à l'eau claire et au savon de Marseille, appliquez un désinfectant incolore.
- Consultez un médecin.

Demandez toujours conseils au personnel soignant en diabétologie. Il est important pour vous de savoir si vous avez ou non une artérite ou une neuropathie, ce qui orientera les soins à apporter à vos pieds et le choix des chaussures.

PROTECTION

Si vos pieds ont perdu leur sensibilité, ils sont plus exposés aux blessures puisque vous sentirez moins ou pas la douleur, il faut donc les protéger. Ne jamais marcher pieds nus.

- Portez des chaussures adaptées, que vous aurez inspectées avant de les enfiler (pas de cailloux, de coutures blessantes, de trous dans la semelle...). Si possible, ayez 2 à 3 paires de chaussures que vous porterez en alternance.
- La **corne ou kératose** est dangereuse : elle peut blesser la peau sous-jacente et cacher une lésion qui se développe en dessous. Il faut donc la faire enlever par un podologue, puis hydrater avec une crème les zones cornées afin de diminuer sa dureté et d'éviter qu'elle ne se reforme. Un ponçage régulier et prudent avec une pierre ponce douce peut être indiqué.
- Les **ongles** doivent être bien coupés, pas trop court, pas trop long ; surtout évitez qu'ils blessent les autres orteils.
- La **mycose interdigitale** (champignons entre les orteils) doit être dépistée et soignée pour éviter l'inflammation puis les fissures, porte ouverte aux microbes.
- La **chaleur non ressentie** augmente le risque de brûlure : évitez les bains chauds, n'utilisez pas de bouillotte, de couverture chauffante, de radiateurs soufflants sur vos pieds...).

EXAMEN DES PIEDS

Prenez l'habitude **d'examiner vos pieds tous les jours :** le dos, la plante et entre les orteils. Si vous n'avez pas assez de souplesse articulaire pour le faire, utilisez un miroir ou encore demandez à votre entourage de vous aider, surtout si vous avez en plus des problèmes de vue. Au moindre doute sur une lésion même petite, appelez votre médecin ou l'équipe de diabétologie. Les soins quotidiens peuvent éviter des mois de soins à l'hôpital, et des amputations.

Avec l'aimable autorisation de l'ALFEDIAM
58, rue Alexandre-Dumas
75011 Paris

Figure 11 : Fiche patient concernant les soins du pied chez les diabétiques [5]

➢ L'expérience d'une consultation pour diabétiques à l'officine.

Comme nous l'avons évoqué précédemment, des « consultations pharmaceutiques » pourraient ici voir le jour. De nombreuses expériences sont menées actuellement en ce sens, dans le cadre des réseaux de soins.

Afin de remédier au cloisonnement excessif du système de santé, les Ordonnances d'avril 1996 incitaient à l'expérimentation de nouvelles modalités de dialogue entre les professionnels, donnant ainsi une base légale à la constitution de réseaux. Puis, la loi de financement de la Sécurité Sociale de 2002, instituant une régionalisation des agréments des réseaux, facilitèrent leur essor. Ces réseaux permettent d'harmoniser les soins hospitaliers et extrahospitaliers, grâce à la collaboration volontaire de nombreux professionnels de santé (médecins généralistes, spécialistes, pharmaciens, infirmiers...), afin d'assurer une prise en charge optimale des patients, une responsabilisation et une meilleure maîtrise de leur maladie, par le biais d'activités de prévention collective et d'éducation pour la santé.

Cette approche pluridisciplinaire, synergique, permet de combiner les points de vue originaux de tous les intervenants autour d'un même protocole de soins. Le pharmacien trouve naturellement sa place dans les réseaux pour assurer la formation des patients aux différentes thérapeutiques ainsi que leur suivi.

La France compte actuellement 73 réseaux concernant le diabète, dont 6 en Lorraine. Une prise en charge « transversale » est parfaitement justifiée pour une telle affection, puisqu'elle est susceptible d'entraîner des complications dans de nombreux domaines et nécessite un suivi biologique régulier, des consultations en néphrologie, cardiologie, ophtalmologie... Par exemple, Diabcoeur, un réseau ville-hôpital instauré dans la région de Thionville, constitue un système expérimental de réseau de soins, qui pourrait d'étendre à la Meuse et à l'est de la Moselle si ses résultats s'avèrent concluants.

Ce réseau intègre les professionnels libéraux qui le souhaitent, médecins de ville, pharmaciens officinaux et autres paramédicaux. Il propose aux patients, inclus dans le réseau par leur médecin, une série d'ateliers et de formations concernant leur pathologie et les façons de la maîtriser, un programme des consultations et suivis qui leur sont nécessaires notifiés dans leur « carnet de bord » . Ce document comporte des volets tripliqués pour chaque type de consultation, un exemplaire devant être conservé par le professionnel de santé, un étant réservé au patient, l'autre étant archivé au sein du réseau.

Les pharmaciens d'officine adhérant à ce réseau bénéficient d'une remise à niveau de leurs connaissances sur les thérapeutiques et reçoivent une formation sur les techniques pédagogiques lors de quatre jours de séminaire. Ils s'engagent à effectuer une consultation pharmaceutique annuelle de leurs patients pour une durée de trois ans. Cet entretien individuel permet de faire un bilan des traitements médicamenteux du patient : vérifier la bonne observance, rappeler les modalités d'administration, rectifier les éventuelles dérives, détecter des effets indésirables ou des interactions médicamenteuses. Il doit également aborder le thème de l'autosurveillance glycémique, en ré-expliquant au besoin le fonctionnement des appareils, en vérifiant le rythme des contrôles et en envisageant les différentes conduites à tenir en fonction des résultats. Il offre enfin la possibilité d'échanger sur le ressenti des malades, leur motivation. Les pharmaciens perçoivent une rémunération pour chaque consultation (20 € pris en charge par la Sécurité Sociale).

Ce type de réseau, encore en évaluation, pourrait en fonction des résultats obtenus officialiser le terme de consultation pharmaceutique. La participation des officinaux au sein de ces réseaux pourrait constituer une étape intermédiaire dans l'acceptation de cette idée nouvelle par le public et les autres professionnels de santé, qui peuvent y voir une intrusion dans leurs pratiques habituelles. Elle permettrait par conséquent d'officialiser la fonction pourtant remplie quotidiennement par les pharmaciens : celle d'éducateur pour la santé.

2.1.5. Contraintes et bénéfices

Une enquête, élaborée par un groupe de pharmaciens issus de l'INPES, du Cespharm et des organismes représentatifs de la profession (Ordre et syndicat), a été menée à partir d'octobre 1998 sur un échantillon de 1001 titulaires [19]. A l'instar des baromètres Santé Médecins, un dispositif d'enquêtes périodiques mis en place par l'INPES, cette étude vise à connaître les opinions et attitudes des pharmaciens en matière de prévention. Elle fait apparaître que plus de la moitié des pharmaciens interrogés pensent que leur rôle est important, avec une implication variable en fonction des thèmes abordés et des populations visées. Ils évoquent les obstacles les plus importants à la mise en œuvre d'actions de prévention :

- le manque de temps (47%),
- la résistance des patients (29%),
- le manque de supports pour intervenir (10%),
- le manque de formation (3%).

Le fait que ce ne soit pas une activité valorisante ou rémunérée n'est pas cité comme un frein spécifique. Or n'est-ce pas justement le même problème que le manque de temps ressenti ? Si cela faisait partie des attributions des pharmaciens ou si cette mission était perçue comme étant valorisante, pourquoi ne trouveraient-ils pas le temps ? L'idée de « consultations pharmaceutiques » prend ici tout son sens : le rôle d'éducateur à la santé, déjà exercé par les pharmaciens, pourrait être développé et officialisé. Au travers des différentes interventions détaillées plus haut, nous constatons que les pharmaciens occupent une place idéale pour la prévention, qu'ils sont volontaires et désirent s'y impliquer pleinement, mais avec une formation spécifique et des moyens mis à leur disposition.

Le Pr. William Dab, directeur général de la santé, s'est exprimé à ce sujet lors d'une conférence plénière des Journées Quoti'Pharm et des Journées pharmaceutiques internationales de Paris le 17 novembre 2003 [59]. Il se dit favorable à l'évolution du rôle du pharmacien dans le système de santé publique français, rôle qui justifierait, selon lui, une contrepartie financière : « A partir du moment où l'on veut faire entrer les libéraux dans une activité programmée, il me semble évident que cela justifie une rémunération spécifique ». L'acte pharmaceutique, fondement historique du monopole, autonome juridiquement et éthiquement [47], pourrait à l'avenir être reconnu, défini dans les textes de loi et valorisé, ce qui entraînerait une profonde mutation de l'exercice officinal.

La réticence des patients, citée en seconde position, permet de soulever deux problèmes mis en évidence lors de l'enquête :
- il apparaît une réelle difficulté à intervenir : le patient vient à l'officine chercher des médicaments en réponse à une pathologie, il n'est pas nécessairement enclin à entendre et à échanger sur des thèmes de prévention. Le pharmacien doit donc trouver la manière la plus appropriée d'aborder le sujet : les « portes d'entrées » pour développer une véritable éducation à la santé sont à expérimenter et à valider. Sans doute conscients de ces difficultés, certains pharmaciens interrogés ressentent le besoin d'une formation plus approfondie et de supports pédagogiques.
- il s'agit d'une résistance ressentie et non toujours avérée : en fonction de leurs pratiques personnelles, les pharmaciens adoptent des attitudes plus ou moins interventionnistes en prévention. Ainsi, cette étude démontre que, pour certains thèmes comme la vaccination ou le dépistage des cancers, l'investissement des pharmaciens est à la hauteur des besoins qu'ils perçoivent chez leurs patients. Les professionnels convaincus de l'importance de leur rôle en

matière de prévention sont ceux qui déclarent le plus engager une discussion pédagogique : ils sont cinq fois plus nombreux à parler de tabagisme, deux fois plus nombreux à aborder le thème de l'alcool. Par ailleurs, les pharmaciens qui déclarent au moins une activité associée (conseil de l'Ordre, syndicat, association de malades ou de prévention, animateur de formation) parlent spontanément plus souvent de vaccination ou des problèmes d'addiction. Le dynamisme engendré par ces activités parallèles se révèle donc être un critère favorable à une attitude préventive : de la même manière, une plus grande assiduité à se tenir au courant par le biais de la formation continue ne serait-elle pas déterminante pour que les pharmaciens apprennent à mieux situer leur position en tant qu'éducateur sanitaire ?

L'intervention en matière de prévention et d'éducation exige une connaissance sans cesse renouvelée sur les facteurs de risque des maladies et leur prise en charge ; elle nécessite également un investissement considérable en temps. L'avenir verra probablement le développement en ce sens d'un métier d'éducateur sanitaire, mieux défini sur le plan légal. Une étude débutée en 2004 par l'INPES a pour objet d'examiner les moyens de pratiquer l'éducation pour la santé en médecine générale et en pharmacie [40] : les conclusions de ces travaux devraient permettre de mieux envisager les prérogatives de chaque professionnel de santé. Les résultats intermédiaires montrent que l'expérimentation, en levant deux obstacles exprimés par les participants (formation et rémunération), a permis à cinq groupes d'élaborer des démarches d'actions originales et adaptées aux populations étudiées.

Même non formalisée, cette mission permet cependant de valoriser les connaissances du pharmacien : les patients peuvent trouver en lui un interlocuteur compétent, capable de délivrer un message sûr au milieu de la multitude d'informations médiatisées qui, sous couvert d'une vulgarisation médicale, cherchent parfois seulement à créer l'évènementiel ou sont entachées d'une orientation publicitaire. Les réticences pour la vaccination contre l'hépatite B, l'engouement récent pour la DHEA en sont des exemples.

2.2. Les supports de communication pour l'éducation à la santé

Le pharmacien peut prendre l'initiative de diffuser des informations, en s'adressant non pas à une catégorie de patients en particulier, mais à l'ensemble de la population. Il joue alors le rôle de médiateur, s'impliquant dans les grandes causes nationales telles que la lutte contre la toxicomanie ou les maladies sexuellement transmissibles, se faisant l'écho des nouvelles orientations en matière de santé publique.

Afin d'illustrer ce service d'information et de prévention, développons l'exemple d'une pharmacie désirant participer à la journée de lutte contre le tabagisme, proposé dans le module de formation continue de l'université des Sciences Pharmaceutiques et Biologiques de Lilles [22]. Ce 31 mai fut particulièrement important en 2004 car il constituait, dans le cadre du « Plan Cancer », l'une des priorités du Président de la République.

Après une révision avec toute l'équipe officinale des sujets à aborder (degré de dépendance, risques pour la santé, ...), trois actions peuvent être mises en place :
- la réalisation d'une vitrine : elle peut par exemple s'inspirer d'une publicité pour un substitut nicotinique diffusée à la télévision et représentant un combat contre une grosse cigarette humanisée. Un polochon, quelques morceaux de tissus et un souffle d'inspiration créatrice suffisent ; un magasin de sport voisin peut même accepter de prêter une paire de gants de boxe. Quelques boîtes de patchs ou de gommes à base de nicotine sont exposées avec des slogans percutants du type « 60000 décès par an en France liés au tabac ». Enfin, un

panneau du Cespharm (Comité d'Education Sanitaire et Sociale de la Pharmacie Française) sur le contenu toxique des cigarettes complète la vitrine.
- l'approvisionnement en documentation à donner aux patients intéressés pour continuer à les sensibiliser : des guides pratiques « J'arrête de fumer », élaborés par l'Assurance Maladie et l'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé, peuvent être obtenus sur demande téléphonique, par fax ou par mail. Des livres sur le sujet peuvent être exposés, ainsi que des affichettes mentionnant les sites anti-tabac référencés.
- la proposition systématique d'un rendez-vous tabagique aux fumeurs : la possibilité d'un entretien privé avec le pharmacien peut être annoncée par des affiches réparties dans l'officine. L'équipe peut également tenter de repérer tous les fumeurs parmi les patients se présentant avec une pathologie qui peut être aggravée par le tabagisme (hypertension, diabète, maladie coronarienne, hyperlipidémie...) ainsi que chez les femmes de plus de 35 ans sous contraceptif oral, celles qui sont enceintes ou cherchent à l'être.

La sensibilisation opérée par la vitrine et la documentation permet ainsi d'ouvrir un dialogue individuel avec les personnes souhaitant une prise en charge ; pour les autres, elle suscite une réflexion, propose des arguments qui serviront éventuellement de déclic pour arrêter de fumer. Ces moyens de communication offrent aux pharmacies la possibilité d'assurer à plus grande échelle leur rôle en matière de prévention et d'éducation à la santé.

2.2.1. Les vitrines

2.2.1.1. Les vitrines : outil commercial ou vecteur d'informations ?

La vitrine de l'officine est le visage que la profession montre à l'homme de la rue. Espace frontière avec l'extérieur, elle constitue un des rares médias dont le pharmacien dispose pour la publicité de ses compétences. A ce titre, elle doit :
- surprendre, en captant l'attention grâce à des thèmes régulièrement renouvelés
- séduire, par un visuel fort et symbolique, et inviter à pousser la porte de l'officine.

Espace de communication, la vitrine permet au pharmacien de se présenter en tant qu'éducateur sanitaire, dans le but de :
- informer de façon claire et didactique
- orienter le patient vers le conseil pharmaceutique, en lui donnant matière à réflexion et en suscitant des questions personnelles qui amorceront le dialogue.

« Si l'on pouvait juxtaposer toutes les vitrines des pharmacies de France, on obtiendrait une devanture de 100 kilomètres de large. Ce seul chiffre suffit à évoquer les formidables opportunités offertes par un espace de communication aussi gigantesque. "Quelle chance pour la profession !" serait tenté de s'exclamer un esprit ingénu. "Quelle aubaine pour le commerce !" corrige-t-on aussitôt en ouvrant les yeux sur la réalité. »

Tel est le paradoxe mis en avant par Eric Fouassier dans un ouvrage consacré à l'image du pharmacien à travers la littérature [27] : les vitrines reflètent souvent une image commerciale, alors qu'elles devraient être le relais de messages de prévention et de santé. Elles sont envahies de panneaux publicitaires tout prêts, vantant les mérites d'une crème cosmétique ou du dernier produit minceur.

La réglementation en vigueur est probablement à l'origine de cette situation : en France, le CSP interdit la publicité auprès du public des spécialités remboursables ainsi que tout médicament inscrit sur une liste des substances vénéneuses. Le pharmacien demeure ainsi le seul commerçant qui se voit interdire la promotion en vitrine de son activité principale : la délivrance de médicaments prescrits sur ordonnance, qui constitue la raison

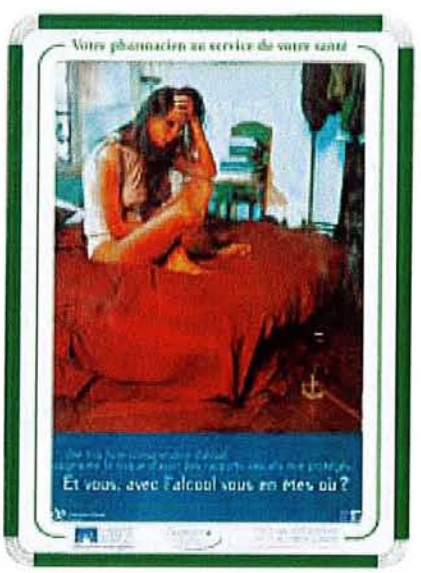
d'être du pharmacien et justifie son monopole, représente environ 80% de son chiffre d'affaire. Or, dans l'intérêt de la Santé Publique, ce type de produits ne peut faire l'objet d'une publicité à l'adresse des patients. Sous certaines conditions, la publicité de spécialités listées auprès du public est néanmoins admise dans les campagnes de vaccination et celles relatives aux médicaments destinés à lutter contre le tabagisme.

Cependant, dans le champ des médicaments «grand-public», les textes de loi laissent une grande latitude aux pharmaciens : « Sous réserve de la réglementation en vigueur en matière de concurrence et de publicité et des obligations légales en matière d'information sur les prix pratiqués, les vitrines et emplacements aménagés pour être visibles de l'extérieur ne sauraient être utilisées aux fins de solliciter la clientèle par des procédés et moyens contraires à la dignité de la profession » (Art R.5015-58).

En théorie, tout est possible dans la mesure où le pharmacien respecte le tact et la mesure que requiert son métier : vitrines fixes ou en mouvement (automates, moteur), audiovisuelles (utilisation de moniteurs ne diffusant pas de publicité), lumineuses (tubes néon, éclairage continu ou clignotant, journaux lumineux où défilent des messages informatifs). L'Ordre se montre défavorable à l'utilisation en vitrine d'objets dont l'exposition est considérée comme contraire à l'esprit du code de déontologie : baignoires, pots de chambre, accessoires de manucure, produits d'entretien, séchoirs, rasoirs, appareils photo… [69] Ainsi, les pratiques que certains estimeront incompatibles avec la déontologie de la profession, d'autres les jugeront correctes, voire nécessaire à la survie de l'officine dans un contexte social en pleine évolution.

Il est pourtant possible de réaliser une vitrine à la fois commerciale et éducative, en exploitant deux ou trois thèmes différents si la pharmacie dispose de plusieurs surfaces vitrées, ou, comme dans notre exemple de campagne anti-tabac, en alliant des messages de Santé Publique aux classiques panneaux publicitaires. Le Cespharm encourage ce type de démarche en organisant des concours destinés à récompenser les meilleures vitrines, lors d'occasions spéciales comme la Journée mondiale sans tabac : les prix, décernés par l'Académie Nationale de Pharmacie, récompensent les travaux et actions ayant contribué à développer l'éducation sanitaire et sociale dans le pays.

Par ailleurs, pour inciter et aider les pharmaciens à afficher des messages d'éducation et de prévention, le Cespharm a lancé en 2003 le programme « Vitrines d'éducation et de prévention pour la santé » [64] : il met à leur disposition des supports d'affiche pour vitrines et des affiches régulièrement renouvelées, permettant de relayer des campagnes nationales ou mondiales, ou plus généralement de communiquer sur des thèmes majeurs de santé publique. Les pharmaciens adhérents s'engagent, pour une durée de deux ans, à placer le support d'affiche de façon permanente dans leur vitrine et à n'y glisser que les affiches sélectionnées à cet effet. Le Cespharm, associé au Leem (entreprises du médicament) et à la FRM (Fondation Recherche Médicale) pour le financement du projet, propose un support et un minimum de six affiches par an, contre une unique participation des pharmaciens aux frais de port. La promotion de cette opération se poursuit



puisque seulement 4% des officines (soit 866 adhésions) ont désiré y participer pour l'année 2003.

2.2.1.2. Les différents types de vitrines

➢ La vitrine personnalisée (cf. : figure 12)



Figure 12 : Exemple de vitrine personnalisée [69]

L'équipe officinale peut choisir de réaliser elle-même sa vitrine. Cette solution s'avère peu coûteuse : en dehors de certaines décorations particulières et du matériel du parfait étalagiste (scotch, agrafeuse, fils de nylon, ampoules, feutres...), les objets exposés proviennent soit d'un recyclage du matériel accumulé à l'officine ou prêté par les membres de l'équipe, soit d'éléments offerts par les laboratoires pharmaceutiques lors de commandes passées. Les industriels ont depuis longtemps réalisé l'opportunité que représentent ces espaces publicitaires et proposent présentoirs, panneaux et modèles d'exposition pour nombre de leurs produits.

Par contre, cette tâche requiert des qualités de bricoleur, du temps et des efforts d'originalité. Il faut en effet compter 5 à 10 vitrines par an pour attirer l'œil du patient en 3 secondes, temps de passage moyen devant l'officine ; ce renouvellement permanent interpelle le chaland et renseigne sur le dynamisme de l'entreprise. Le pharmacien veille à exploiter des sujets variés, en alternant :
- les « marronniers », c'est-à-dire des thèmes récurrents de conseil, comme la protection solaire en été, la lutte contre les poux au moment de la rentrée scolaire.
- les thèmes d'actualité, en fonction des priorités de santé publique et des campagnes nationales de sensibilisation, comme l'alcoolisme ou les traitements hormonaux substitutifs.
- les sujets intemporels concernant des maladies précises telles que l'hypertension artérielle, le rhume, ou des informations sur les vitamines, les intoxications ménagères.
- les vitrines évènementielles, qui exploitent des évènements de la vie locale (ouverture de la chasse, de la pêche, saison des moissons, rencontres sportives) ou nationale (14 juillet, fête

des mères, Pâques, Noël). Bien qu'elles constituent une excellente manière pour le pharmacien de s'insérer dans la vie sociale de sa commune, elles doivent servir de support à des messages sanitaires : comment trouver un rapport entre le milieu officinal et une vitrine dédiée à la coupe du monde de football ?

Le choix des thèmes peut également être adapté en fonction de la population chalande : les sujets et modes de communication sont différents si l'officine est située à proximité d'une école, d'une faculté ou d'une maison de retraite.

Pour chaque thème développé, le pharmacien doit faire preuve d'imagination afin de rendre sa vitrine attractive : à coté des produits, ce sont les idées qui doivent être mises en avant. Les slogans, les couleurs, la mise en scène concourent à séduire le patient et à susciter un intérêt pour le message délivré

- La « vitrine-PLV » (cf. : figure 13)

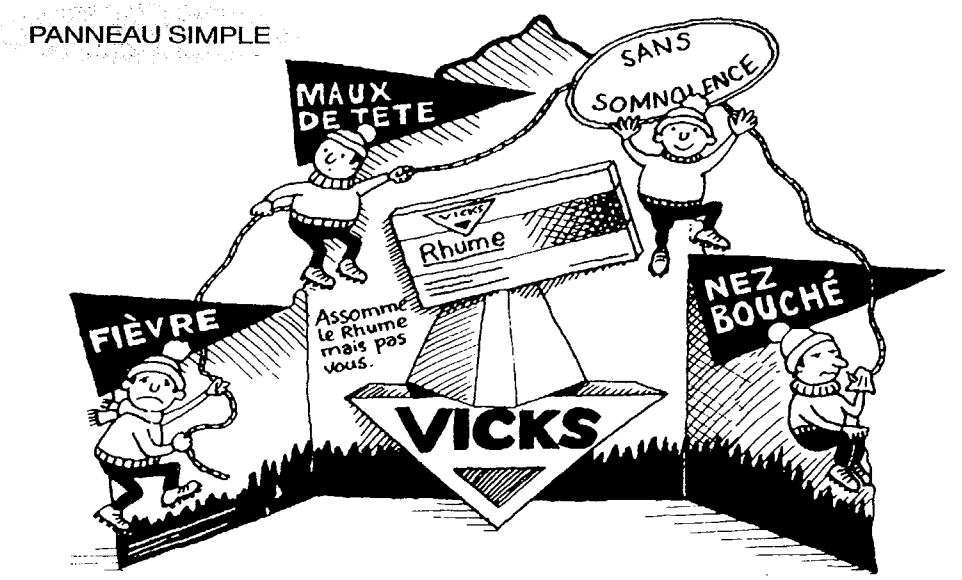


Figure 13 : Exemple de panneau PLV [69]

Le pharmacien peut choisir de louer une partie de sa vitrine comme espace publicitaire : les laboratoires, par l'intermédiaire de réseaux de pose nationaux, offrent des panneaux PLV (Publicité sur le Lieu de Vente) ainsi qu'une contrepartie sous forme de produits ou de services. Certains proposent des structures fixes (socles ou cadre plexiglas) destinés à accueillir les PLV.

Il s'agit d'une solution de facilité pour le pharmacien, qui bénéficie sans efforts de vecteurs d'information conçus et étudiés pour obtenir des résultats probants. Malheureusement, de nombreuses vitrines présentent uniquement des PLV, témoins de l'absence de message propre à l'officine. La succession de panneaux donne une image de soumission aux fournisseurs et une notion de passivité préjudiciable à l'officine ; le message délivré, pauvre en informations, se veut bien souvent exclusivement publiciatire. De plus, leur choix manque souvent de sélectivité : plusieurs thèmes se succèdent en vitrine sans exploitation de l'information par des relais linéaires ou des relais comptoir.

➢ Le « PLV amélioré » (cf. : figure 14)

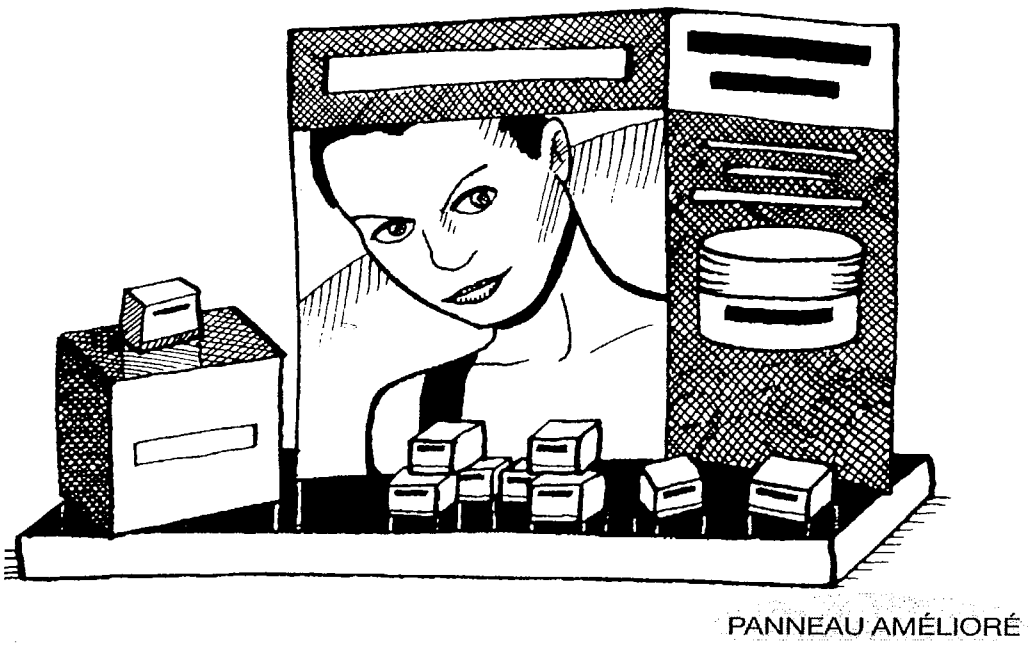


Figure 14 : Exemple de panneau amélioré [69]

L'impact visuel des panneaux PLV n'est pas à négliger : réalisés par des professionnels, ils présentent des couleurs et graphismes élaborés. La présentation de produits et l'ajout de messages informatifs ou préventifs suffisent parfois à l'améliorer, permettant ainsi au pharmacien de personnaliser sa vitrine sans perte de temps.

➢ Les vitrines réalisées par des professionnels (cf. : figure 15)

Certaines sociétés spécialisées proposent des vitrines informatives complètes, choisies à la carte parmi une grande variété de thèmes et installées sur mesure par un étalagiste. La société Médiapharm, par exemple, propose 10 vitrines conseil, ainsi que de nombreuses formules associant vitrines et relais merchandising à l'intérieur de l'officine. L'entreprise ayant passé des partenariats avec des laboratoires pharmaceutiques, un soutien financier ou une compensation en produits permet d'alléger le montant de la commande, en contrepartie d'une exposition minimale de 4 semaines. Bien que coûteux, le choix du recours à une société extérieure peut être occasionnel, permettant ainsi d'accumuler le matériel de présentation conservé ensuite par le pharmacien.

Certains répartiteurs s'associent à ce type de sociétés : la synergie de moyens mis à disposition du pharmacien (totems, produits factices) permet de limiter le coût total.

Enfin, le pharmacien peut engager un étalagiste professionnel, solution optimale pour une vitrine personnalisée réalisée par un expert du design et de l'aménagement de l'espace. Ce choix implique une dépense considérable, même en employant un étudiant étalagiste rémunéré moitié moins qu'un professionnel.



Figure 15 : Exemple d'une vitrine « luxe » proposée par une société spécialisée en communication dans les officines [69].

2.2.1.3. Contraintes et bénéfices

La réalisation d'une vitrine éducative mobilise beaucoup de temps et d'efforts imaginatifs. Elle nécessite une concertation de l'équipe officinale, une recherche d'informations pertinentes et de décorations esthétiques. Les inconvénients liés à ce travail créatif et pédagogique peuvent néanmoins être contournés en s'aidant des panneaux PLV ou s'adressant à une société extérieure, ce qui représente une dépense considérable.

Cependant, les efforts consentis à la réalisation d'une vitrine paraissent bien négligeables en regard des bénéfices escomptés : cette tâche aux aspects ludiques sera récompensée par un accroissement de la fréquentation de l'officine. Evidemment, la conception d'une vitrine est la pierre angulaire d'une démarche marketing : elle détermine la première impression que les patients se font de l'établissement. En ce sens, avant d'œuvrer pour l'éducation sanitaire de la population, le pharmacien travaille pour son propre intérêt.

De plus, une vitrine bien élaborée fait preuve de l'adéquation de l'officine avec les objectifs de santé publique : le pharmacien devient le relais des campagnes d'actualité, prouvant ainsi son implication dans les grandes causes nationales, ou parvient à toucher le public en évoquant des sujets du quotidien qui le concernent directement.

Une enquête réalisée en 2003 [51] vient confirmer l'impact de cet espace de communication sur le public. 311 habitants des Vosges et de la région nancéienne expriment leurs attentes quant au contenu de la vitrine de leur pharmacie :

- 74% d'entre eux souhaitent des messages de prévention et d'informations sur la santé,
- 36% des personnes interrogées attendent des renseignements sur les produits en vente et les nouveautés,
- 18% espèrent enfin y trouver un côté esthétique.

Interrogés sur la diffusion des messages de prévention en pharmacie, leur premier choix se porte sur des vitrines explicatives et éducatives. La distribution de prospectus vient en seconde position, avant les conseils au comptoir, les conférences, les vidéos éducatives ou les réunions d'information.

2.2.2. Les autres supports d'information

2.2.2.1. Les prospectus, affiches et magazines

Des brochures d'éducation sanitaire peuvent être remises gratuitement au public, à la condition qu'il n'y figure aucune publicité en faveur de l'officine, hormis le nom et l'adresse du pharmacien (Art R.5125-27 CSP).

Elles peuvent être exposées dans des présentoirs en libre accès ou proposées aux patients en fonction de leur demande. Délivrées en même temps que le traitement médicamenteux, elles constituent une trace écrite des conseils dispensés par le pharmacien, et peuvent ainsi être consultées à loisir par le patient à son domicile. Elles officialisent la parole du pharmacien : la redondance des mêmes informations fournies par le médecin, le pharmacien, et une brochure officielle permet de convaincre le patient. Elles servent également à le sensibiliser à un sujet particulier, surtout lorsque la communication semble bloquée : elles peuvent servir d'alternative au conseil pharmaceutique si celui-ci est rejeté. En effet, certaines personnes refusent d'aborder au sein d'une officine des thèmes délicats, comme la dépendance aux psychotropes ou le risque de transmission de MST. La remise d'un prospectus explicatif constitue une première approche du problème, apporte quelques informations et permettra éventuellement d'ouvrir un dialogue par la suite.

Les prospectus et affiches trouvés en pharmacie permettent de diffuser des informations sanitaires, à condition qu'ils soient examinés préalablement par le pharmacien. Ces supports proviennent de plusieurs sources :

- d'organismes d'éducation sanitaire et sociale, lorsqu'ils sont réalisés en partenariat avec le Cespharm ou l'INPES, ou d'organismes de protection sociale. Ils sont envoyés directement aux professionnels de santé lors de campagnes de prévention ponctuelles, et peuvent également être obtenues sur simple demande : ces documents, en grande majorité gratuits, abordent de très nombreuses questions de santé publique. Pour exemple, le catalogue de l'INPES 2004 propose plus de 50 types différents de prospectus, 30 dépliants et 25 affiches. S'ils sont surs au niveau du contenu scientifique, ils ne correspondent pas toujours aux besoins de l'officine et doivent donc être sélectionnés en fonction des priorités choisies par le pharmacien. En 2004, le Cespharm a distribué aux pharmaciens près de 1 400 000 brochures destinées au public et 300 000 fiches techniques et affiches ; les demandes de documentation adressées par les pharmaciens ont doublé par rapport à 2003 [57]. Des bulletins de commande, en fonction des campagnes, sont régulièrement proposés dans La Lettre des Nouvelles Pharmaceutiques.

- des laboratoires pharmaceutiques, qui distribuent des documents lors de visites aux pharmaciens ou de commandes. Dans ce cas, leur contenu doit être vérifié afin de s'assurer de la pertinence du message. Les informations fournies sont parfois partiales, incomplètes voire purement publicitaires. Il appartient en effet au pharmacien, concernant la publicité sur le lieu de vente des spécialités non remboursables, de vérifier que les caractères exigés (publicité non trompeuse, respectueuse de l'AMM, ne portant pas atteinte à la protection de la santé

publique, présentant le médicament de façon objective et favorisant son bon usage) soient respectés (Art L.5122-2 CSP).

L'utilisation de ces supports est une opportunité offerte aux pharmaciens de contribuer à l'éducation sanitaire et sociale de la population : elle n'entraîne aucun surcoût et ne nécessite qu'une gestion sommaire (système d'organisation et de classement de nombreux supports papiers, lecture systématique et attentive du contenu).

Le même raisonnement doit être appliqué aux magazines proposés en officine : leur intérêt pédagogique et leur niveau de vulgarisation diffèrent en fonction de leur provenance. Certains groupements de pharmaciens éditent leur propre revue d'information, distribuée gracieusement à tous leurs adhérents : Activ'Santé pour Pharmactiv, Magazine Plus Pharmacie pour Pharmavie, le magazine de santé de Pharmaréférence, Forum Santé Magazine pour Forum Santé... L'adhésion à un groupement semble grandement faciliter le rôle du pharmacien dans l'éducation à la santé : certains éditent des fiches santé de prévention ou de sensibilisation, diffusent des revues valorisant l'image du pharmacien, ou proposent des réunions de santé permettant aux patients de rencontrer des spécialistes. Hors des groupements, de nombreux partenariats sont également possibles. Certaines sociétés proposent également des magazines d'informations à leurs clients pharmaciens, comme Contact Santé offert par Médiapharm lors de la commande de vitrines. Enfin, le pharmacien peut choisir de s'abonner à des revues telles que Bien-être et santé, Santé Magazine, ActuPhyto, payantes mais parfois très prisées du public : Bien-être et Santé, disponible en pharmacie, est distribué par 6000 pharmacies, ce qui représente plus de 550 000 exemplaires par mois.

Ces supports doivent être choisis avec discernement : parfois surchargés de pages publicitaires, ils peuvent transmettre une image péjorative du pharmacien qui y appose le cachet de son officine.

2.2.2.2. Les livres et CD-Roms

Les pharmaciens peuvent désormais vendre ou conseiller des « supports d'information relatifs à la prévention, à l'éducation pour la santé et au bon usage du médicament » c'est-à-dire livres et CD-Rom, selon l'arrêté du 15 février 2002 modifié par l'arrêté du 30 avril 2002 fixant en application de l'article L.5125-24 du Code de la santé publique, la liste des produits, articles, objets et appareils que les pharmaciens sont autorisés à conseiller, à dispenser et à vendre dans leur officine.

Il s'agit d'une liberté nouvelle accordée aux pharmaciens, avec comme objectif l'amélioration des connaissances et des comportements des malades. L'Ordre, interrogé par les éditeurs et les officinaux souhaitant approfondir la portée de cet arrêté, avait initialement souhaité que soit mis en place un contrôle a priori de la qualité des supports délivrés ; après discussion avec les Pouvoirs Publics, cette validation préalable n'a pas été retenue. Cependant, les titres de la presse spécialisée en santé ont des centres d'intérêt très larges et leur distribution en officine mériterait d'être supervisée. Dans ce but, l'Ordre propose de recourir gracieusement aux conseils d'un expert en matière d'éducation sanitaire, le Cespharm : les officines ne sauraient en aucun cas devenir des « librairies de santé », et tout débordement ou diffusion d'informations contraires aux données de la science demeurent passibles d'actions disciplinaires [61]. Il est donc recommandé aux pharmaciens de se limiter aux ouvrages et CD-Rom validés par le comité. La liste des avis favorables rendus par le

Cespharm (cf. : annexe 2) est régulièrement publiée dans la Lettre des Nouvelles Pharmaceutiques ; en 2004, elle recense 73 ouvrages, 1 logiciel et 1 CD-Rom.

2.2.2.3. La diffusion d'informations sur Internet

Internet propose un moyen de communication nouveau ; conscients du développement considérable de ce média, les pharmaciens sont tentés de l'intégrer dans leurs relations avec leurs patients. Il suffit de taper le mot-clé « pharmacie » dans un moteur de recherche et de surfer sur les nombreux sites proposés pour constater les disparités dans ce domaine. Certains se limitent à des informations sommaires, comme préconisé par le CSP pour la publicité dans les annuaires et la presse : adresse de la pharmacie, horaires d'ouverture, planning des gardes, présentation des activités. Certains sites développent de nombreux thèmes de santé, informent sur les maladies et leur traitements. D'autres enfin exposent en détail les atouts de leur pharmacie, la qualité de leurs services.

Or, plus que pour une autre profession, l'introduction du web dans la pratique professionnelle d'une officine s'inscrit nécessairement dans une démarche appliquée d'étude de faisabilité juridique : Internet ne saurait être une voie dérogatoire à la loi. L'essor des e-pharmacies aux Etats-Unis montre l'exemple alarmant des dérives possibles : incitation à la consommation, avis médicaux fournis par des non professionnels, vente de médicaments de contrefaçon, accidents dus à des contre-indications ou des interactions médicamenteuses...

Les autorités se penchent donc sur ce problème depuis plusieurs années. Une charte d'utilisation d'Internet a été conclue entre le Directeur général de l'AFSSAPS et le président du SNIP (Syndicat National de l'Industrie Pharmaceutique) afin d'aider les entreprises pharmaceutiques à concevoir leurs pages Internet dans le respect de la réglementation. Elle permet principalement de mieux distinguer les productions médiatiques qui relèvent de la publicité, donc soumis au contrôle du CSP, des actions d'information des professionnels de santé ou du public. Pour le moment, aucun texte de ce type ne concerne les officines. Le débat déontologique offre de nombreuses pistes de réflexion : Jean Parrot, Président du conseil National de l'Ordre des Pharmaciens, a clôturé le colloque «Internet et médicament », lors des XIIIèmes journées de l'Ordre en novembre 2000, en précisant les six repères auxquels le pharmacien doit se référer pour communiquer sur Internet :

1) Le pharmacien reste responsable de ses actes même sur Internet. Son intervention l'engage pleinement et doit donc respecter la réglementation en vigueur : l'Ordre ne saurait tolérer des affirmations contraires à la dignité professionnelle, les allégations publicitaires, les publicités de marques et les annonces d'exclusivité.

2) Le pharmacien est tenu par le secret professionnel. La CNIL (Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés) rappelle à ce sujet qu'un malade a le droit de rendre « publiques » les informations concernant sa santé, mais qu'un professionnel de santé ne peut les divulguer, même avec le consentement de l'intéressé.

3) Proposer un acte pharmaceutique, c'est-à-dire une dispensation de médicament sur un site Internet, à partir d'une ordonnance téléchargée, n'est actuellement pas autorisé. Cette règle, issue de l'interdiction d'entente et compérage pourrait évoluer " à la condition que la volonté du malade de charger son médecin de transmettre l'ordonnance à cette pharmacie et non à une autre soit établie et que le pharmacien accomplisse réellement son acte en présence du malade lui-même ". La vente de médicaments sur Internet, en l'absence de cadre règlementaire, semble hasardeuse [26] : si la vente de médicaments remboursables ou soumis à prescription

médicale est interdite, les sites Internet proposant les autres produits disponibles en pharmacie pourrait être envisagée, s'ils font l'objet d'une demande de visa publicitaire auprès de l'AFSSAPS. L'arrêt Doc Morris rendu le 11 décembre 2003 par la Cour de justice des Communautés européennes constitue la première prise de position internationale en faveur de la commercialisation de certains médicaments sur le web : la vente électronique, tout en respectant le monopole pharmaceutique pourrait ainsi voir le jour.

4) Le pharmacien s'engage personnellement lorsqu'il donne des conseils pharmaceutiques sur Internet. Sa contribution rédactionnelle en tant que pharmacien doit faire l'objet d'un contrat qui doit être adressé à l'Ordre. L'Ordre propose ses services et son expertise pour la vérification du contrat afin d'assurer au pharmacien la garantie de son indépendance.

5) Les informations et conseils publiés sur Internet doivent être justifiables scientifiquement devant les patients et la profession. L'ordre insiste sur le fait que l'absence de contact physique peut nuire à la compréhension du patient et aux capacités d'adaptation du pharmacien vis à vis de son interlocuteur. Si la diffusion de messages d'éducation sanitaire semble possible, l'information sur le médicament est toujours considérée comme de la publicité. Jean Parrot estime que la législation sur ce point doit évoluer, en soulignant qu' « il est paradoxal qu'en France, tout le monde puisse communiquer sur le médicament, sauf le professionnel qui est pourtant celui qui connaît le mieux le produit ».

6) La communication électronique entre pharmacien et patient n'est envisageable que pour les clients habituels des lieux pharmaceutiques (officine, pharmacie mutualiste, laboratoire d'analyses, etc.) et uniquement dans le sens patient-pharmacien. Utilisé dans l'autre sens, le courrier électronique pourrait être considéré comme de la sollicitation de commande, interdite par la loi. Par ailleurs, la confidentialité est menacée si les échanges ne sont pas sécurisés.

En énonçant ces règles, Jean Parrot veut montrer que le Code de Déontologie concernant l'utilisation d'Internet s'applique tant entre professionnels de santé et patients qu'entre professionnels (médecins-pharmaciens). Il admet néanmoins l'utilisation d'Internet pour " certaines séquences de l'acte pharmaceutique ", en particulier pour la recherche d'informations. L'éducation sanitaire peut donc s'effectuer par le biais de ce vecteur de communication, si l'information repose sur des sources sures. La modernité et la facilité offerte par Internet constitue un progrès ; elles ne doivent cependant pas l'emporter sur les valeurs essentielles de la profession : l'intérêt du malade, la confiance, la confidentialité des données recueillies.

2.2.2.4. Contraintes et bénéfices

Si la réalisation d'une vitrine présente un avantage commercial évident, l'utilisation des autres supports d'information, bien qu'étant un facteur de fidélisation de la clientèle, relève davantage d'une volonté de s'impliquer dans l'éducation pour la santé. Les outils doivent en effet être choisis avec discernement pour conserver la crédibilité de l'officine, diffuser un message cohérent et homogène. L'appartenance à un groupement de pharmacies présente ici de nombreux avantages ; dans tous les cas, l'organisation du système sanitaire offre aux pharmaciens l'opportunité de s'investir dans cette mission et facilite grandement leur démarche en élaborant et validant des vecteurs d'information pertinents et efficaces.

« DEMANDEZ CONSEIL A VOTRE PHARMACIEN »

Le pharmacien, homme de terrain disponible et secourable, n'en demeure pas moins homme de science, capable d'informer le public, de répondre aux questions des autres professionnels de santé. Il met à profit ses connaissances et s'investit dans des recherches documentaires, concernant les pathologies et leur prise en charge ou des questions plus générales de santé : quels sont les aliments riches en potassium ? L'utilisation d'un téléphone portable est-elle dangereuse ?

Une thèse, réalisée à la faculté de Nancy en 2004 par Marie-Inès Araujo, recense la documentation nécessaire au pharmacien pour son exercice quotidien : hormis les textes réglementaires et les documents dédiés aux médicaments, la bibliothèque du pharmacien comporte de nombreux ouvrages et revues scientifiques, qui contribuent au maintien et à la mise à jour des connaissances. De nouveaux outils, les CD-Roms spécialisés ou la consultation de sites Internet, facilitent dorénavant les investigations du pharmacien et lui permettent de trouver des informations précises, directement au comptoir, face au patient.

De plus, le pharmacien peut prendre l'initiative et jouer un rôle actif d'information et de formation : son implication dans l'éducation sanitaire représente un précieux service de santé publique. Il participe aux grandes campagnes de prévention, aux actions ponctuelles ou locales en faveur de la santé, et peut, à l'aide des vitrines et autres supports d'information à sa disposition, diffuser ses propres messages de santé : il a la possibilité de créer sa propre politique d'information, autonome et originale.

Troisième partie : Un relais de la protection sociale et des actions de Santé Publique

1. Une interface entre les patients et les assurances

Au delà des services à caractère médical, le pharmacien apporte également une aide « administrative », pour faciliter l'accès du public aux soins et au remboursement. Du « tout papier » accompagné du fastidieux collage des vignettes à la télétransmission quasi-systématique avec son lot de saisies informatiques et de vérifications, l'officine a toujours été impliquée dans la gestion du remboursement des assurés.

1.1. La gestion du tiers-payant [24]

Apparue en 1953 pour les impécunieux, l'idée du tiers payant fut ensuite généralisée : la diversité de couverture des assurés sociaux, l'augmentation du prix des médicaments, l'allongement de l'espérance de vie et les progrès de la médecine ont considérablement modifié les rapports entre la profession pharmaceutique et les organismes de sécurité sociale. Auparavant, le régime de sécurité sociale français reposait sur le principe du remboursement à l'assuré des frais effectivement payés par celui-ci : le principe de l'avance de frais. De nos jours, le pharmacien traite quotidiennement des ordonnances pour lesquelles les patients ne paient pas, en totalité ou en partie, le montant des produits délivrés : cette subrogation de paiement correspond au règlement direct à un tiers des prestations dues, alors même que les frais n'ont pas été préalablement réglés.

Il convient de distinguer deux cas de figures différents :
- le tiers payant proprement dit, qui présente un caractère légal obligatoire pour tout pharmacien,
- la délégation de paiement qui découle d'une pratique conventionnelle à laquelle chaque pharmacien peut souscrire.

1.1.1. Le tiers-payant obligatoire

« L'article 115 » (du Code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre)

Les bénéficiaires en sont les anciens combattants et victimes de guerre titulaires d'une pension militaire d'invalidité : seules les prestations relatives à la pathologie donnant lieu à pension et leurs complications sont accordées à titre gratuit. Chaque bénéficiaire reçoit un carnet de soins gratuits sur lequel figure son identification. De ce carnet à souche, un volet sert à la rédaction de l'ordonnance qui sera utilisée par le pharmacien pour sa tarification et pour coller les vignettes des médicaments délivrés. Ces feuillets sont regroupés et expédiés chaque mois dans une enveloppe spéciale à la délégation régionale du ministère chargé des anciens combattants pour leur règlement.

Les accidents du travail

Les personnes accidentées dans le cadre de leur travail ou ayant contracté une maladie spécifique découlant de leur activité professionnelle bénéficient obligatoirement du tiers payant. L'ordonnance, rédigée par le médecin sur une feuille à en-tête, ne peut mentionner que les soins en rapport direct avec l'accident lui-même. Le pharmacien tarifie, soit sur l'ordonnance elle-même, soit sur une facture subrogatoire, et joint à ce document une feuille d'accident du travail fournie par la CPAM à l'employeur de la victime où doivent figurer les

circonstances et la date de l'accident. Les dossiers sont envoyés périodiquement à la CPAM pour leur règlement. Pour les fonctionnaires, les accidents du travail sont directement remboursés par les services spécialisés des ministères concernés.

La Couverture Maladie Universelle (CMU)

Depuis le 1er janvier 2000, la CMU remplace l'Aide Médicale Départementale (AMD). Toute personne résidant de façon stable et régulière en France ou dans les DOM est obligatoirement affiliée au régime général de sécurité sociale, dès lors qu'elle n'a pas droit aux prestations en nature de l'assurance maladie et maternité sur la base des critères traditionnels (activité professionnelle, ayant droits). Les personnes affiliées du fait de leur résidence ne paient pas de cotisation si leurs ressources ne dépassent pas un certain plafond (6849€ par an par foyer) ; au delà de ce seuil, le montant dû pour la CMU de base est proportionnel aux revenus. Les titulaires de la seule CMU de base ne sont pas dispensés de faire l'avance de frais et le ticket modérateur, c'est-à-dire la partie non prise en charge par l'Assurance Maladie, reste à leur charge.

Cependant, la création d'une protection CMU complémentaire, pour les personnes dont les revenus sont les plus faibles, permet de prendre en charge le ticket modérateur, le forfait journalier, la dispense d'avance de frais et certains frais de prothèses dentaires et d'optique. Le service de la prestation est dans ce cas assuré au choix du bénéficiaire soit par la CPAM agissant pour le compte de l'Etat, soit par une mutuelle, une institution de prévoyance ou une compagnie d'assurance privée. Il est financé par un fonds spécifique alimenté par une contribution des organismes chargés de cette couverture et par une dotation de l'Etat.

L'Aide Médicale d'Etat (AME)

Elle est attribuée à toute personne de nationalité étrangère en situation irrégulière au regard de la législation sur le séjour des étrangers en France, ainsi qu'aux personnes à sa charge, à condition de résider sur le territoire depuis plus de 3 mois et sous réserve de remplir certaines conditions de ressources. L'AME ouvre droit à la prise en charge à 100% avec dispense d'avance de frais.

L'Aide Sociale à l'Enfance (ASE)

L'ASE est accordée à des enfants victimes d'un contexte social difficile et souvent placés dans des foyers ou des familles d'accueil. Elle donne droit à la gratuité des soins et, de plus en plus, se trouve gérée par les CPAM au niveau de chaque département, en lieu et place des administrations régionales ou départementales.

La vaccination contre la grippe

Elle est gratuite pour toute personne âgée de plus de 65 ans, ou atteinte d'une ALD quelque soit son age, du 21 septembre au 31 décembre, sur présentation du formulaire de prise en charge adressé automatiquement par l'Assurance Maladie. Actuellement, il en va de même pour la vaccination rougeole-oreillons-rubéole pour les enfants de moins de 13 ans.

1.1.2. La délégation de paiement

Même si cette pratique de tiers payant ne revêt aucun caractère obligatoire, elle se développe considérablement et constitue la règle dans la quasi-totalité des départements. Elle permet à tout assuré d'une Caisse d'Assurance Maladie ayant signé une convention avec les syndicats représentant les pharmaciens de demander la dispense d'avance des frais

pharmaceutiques. Depuis 1975, de nombreuses conventions ont été établies entre syndicats et organismes sociaux, qu'ils soient obligatoires ou complémentaires. La délégation de paiement correspond à une subrogation conventionnelle : l'assuré, créancier de la caisse pour les prestations qui lui sont dues, subroge dans sa créance le pharmacien pour le montant des fournitures que la caisse sera amenée à rembourser. Le tiers payant peut être soit partiel, l'assuré ne réglant pas le montant remboursable par l'organisme d'assurance obligatoire mais devant s'acquitter du ticket modérateur, soit total, la délégation de paiement s'étendant également à la part complémentaire.

Les taux de remboursements ne sont pas identiques pour tous les assurés (cf. : tableau 5) : les malades souffrant d'une affection de longue durée (ALD), les femmes enceintes à partir du 6ème mois de grossesse, les titulaires d'une invalidité civile bénéficient de régimes particuliers d'exonération. De plus, certaines caisses pratiquent des taux particuliers, notamment concernant le régime complémentaire (SNCF, MGEN...).

REGIME	VIGNETTES BLEUES	VIGNETTES BLANCHES, LPPR*, TPN**	VIGNETTES A 100%
Général	35%	65%	100%
Invalidité civile, femme enceinte	35%	100%	100%
ALD sur ordonnance bizone : -pour la maladie exonérante -pour la maladie intercurrente	 100% 35%	 100% 65%	 100% 100%

* Liste des Produits et Prestations Remboursables prévues à l'article L.165-1 du Code de la Sécurité Sociale (dispositifs médicaux)
**Tarif Pharmaceutique National (préparations magistrales)

Tableau 5 : Taux de remboursement en fonction des différents régimes obligatoires.

Cette méthode apporte une réelle simplification pour l'assuré en lui évitant une avance d'argent et en lui supprimant les formalités de remboursement direct. Cependant, pour le pharmacien, ce service présente de nombreux inconvénients :
- un travail de saisie administrative important pour la réalisation de la facture subrogatoire,
- un travail complémentaire pour la gestion du dossier ainsi que le suivi de son règlement,
- des difficultés de trésorerie, la date de paiement étant différée.

Pour venir à bout de cette fastidieuse tâche administrative, de nombreux pharmaciens ont choisi d'utiliser l'informatique, qui facilite la saisie des informations nécessaires à l'établissement des factures. A cette fin sont créés plusieurs fichiers : patients, médecins, organismes, produits. De plus, l'informatique permet un suivi plus facile des règlements par les diverses caisses.

Plus récemment, afin d'améliorer la trésorerie des officines qui pratiquent beaucoup de délégation de paiement, des systèmes de télétransmissions ont été mis en place. La dématérialisation des factures papier au profit des feuilles de soins électroniques (FSE) a entraîné la naissance du programme SESAM-Vitale (Système Electronique de Saisie de l'Assurance Maladie).

1.2. La télétransmission [29]

L'ordonnance du 24 avril 1996 relative à la maîtrise des dépenses de soins prévoit la généralisation du programme SESAM Vitale pour l'année 2000 ainsi que le déploiement du Réseau Santé Social. Le 12 août 1999, un arrêté porte approbation à la convention nationale fixant les modalités de transmission des FSE entre les caisses d'assurance maladie (Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés, caisse nationale des professions non salariées et non agricoles, Mutualité Sociale Agricole) et les syndicats représentatifs des pharmaciens (Fédération des Syndicats Pharmaceutiques de France et Union Nationale des Pharmacies de France) : depuis le 1er juin 2000, l'élaboration de FSE par les professionnels de santé est une obligation (Art. L.161-34 du Code de la Sécurité Sociale). Parallèlement, les syndicats départementaux des pharmaciens d'officine ont signé des conventions de délégation de paiement avec les mutuelles et les organismes d'assurance complémentaire maladie.

Les données concernant les factures sont envoyées grâce à un modem par voie téléphonique : ces télétransmissions peuvent être directement effectuées vers les organismes payeurs , mais leur grande diversité rend les envois multiples et fastidieux . Elles peuvent être faites par l'intermédiaire d'un Organisme Concentrateur Technique (OCT), qui ventile les factures vers les différentes caisses.

Le programme SESAM-Vitale (cf. : figure 16) repose sur l'élaboration de FSE signées numériquement par le professionnel de santé et par l'assuré grâce à la Carte de Professionnel de Santé (CPS) et à la Carte Vitale, ainsi que la transmission de toutes les factures soumises à un remboursement aussi bien celles faisant l'objet d'une dispense d'avance de frais que celles directement payées par le patient. Le pharmacien est libre du choix du matériel informatique et du réseau, à condition que celui-ci puisse communiquer avec un réseau intranet sécurisé : le Réseau Santé Social ou RSS. Les FSE sont alors dites «sécurisées » ; celles réalisées sans utilisation de la carte vitale sont « dégradées ».

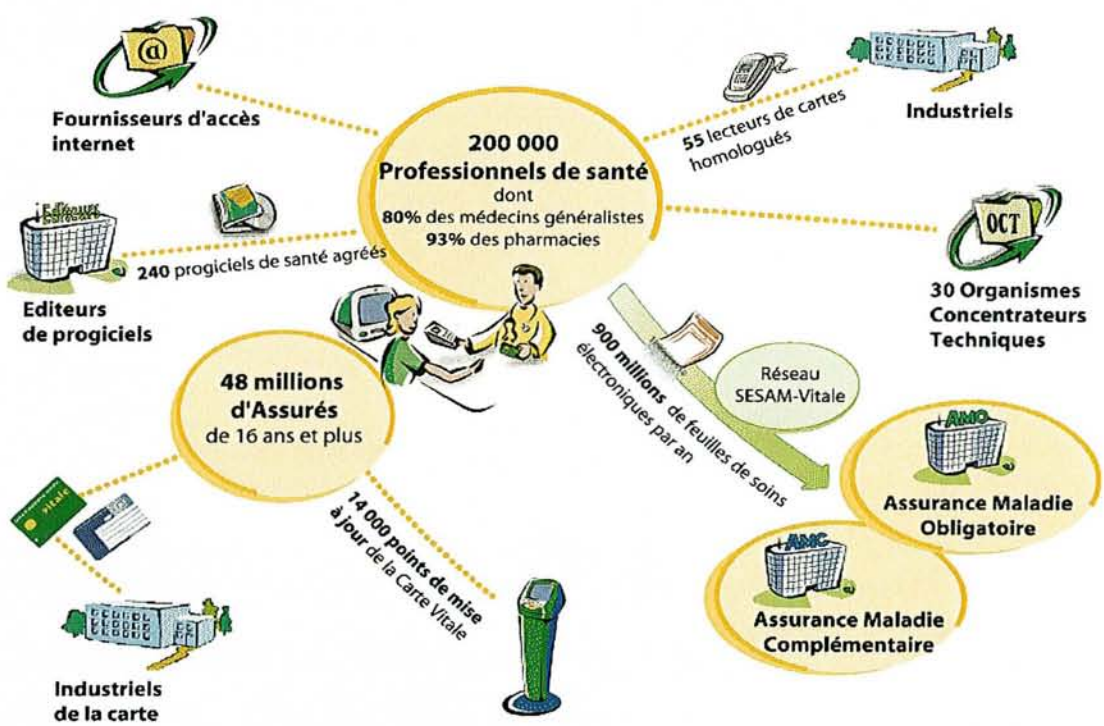


Figure 16 : Schéma général du système SESAM-Vitale fin 2004 (GIE SESAM-Vitale)[29].

En mai 2005, 95,56% des pharmaciens ont adopté ce système (cf. : tableau 6), ce qui les place au premier rang des professionnels de santé :

Spécialité	Décembre 2002	Décembre 2003	Décembre 2004	Mai 2005
Chirurgiens- dentistes	12,69	43,22	56,53	61,01
Infirmières	44,42	60,42	72,04	77,71
Laboratoires	2,19	6,13	13,77	20,91
Médecins généralistes	62,46	77,91	81,26	82,75
Médecins spécialistes		53,5	58,63	60,13
Kinésithérapeutes	55,52	65,87	74,89	76,67
Orthophonites	61,87	62,34	73,73	77,31
Orthoptistes				63,09
Pharmaciens	79,91	90,18	94,84	95,56
Sages-femmes	23,58	49,94	56,21	58,63

Tableau 6 : Pourcentage des différents acteurs de santé ayant adopté la télétransmission de décembre 2002 à mai 2005 [29].

Dans la pratique, le pharmacien réalise chaque jour ses factures subrogatoires, en vérifiant que les cartes des assurés ne figurent pas sur la liste nationale inter-régimes d'opposition des cartes. Le délai maximal autorisé entre la création et la transmission des FSE est fixé à :
- 3 jours ouvrés lors d'un paiement direct
- 8 jours ouvrés lorsque l'assuré bénéficie d'une dispense d'avance de frais.

En retour, le pharmacien reçoit des organismes des Accusés de Réception Logique (ARL) qui indiquent si les FSE peuvent être traitées (formatage correct) et leur remboursement étudié. Il reçoit également les avis de remboursement ou retours « NOEMIE » (Normes Ouvertes d'Echanges entre la Maladie et les Intervenants Extérieurs), l'informant du rejet ou du règlement des factures. Celles qui sont rejetées doivent être traitées, en prenant le plus souvent contact avec les organismes concernés, et envoyées à nouveau lors d'une télétransmission ultérieure.

Parallèlement, le pharmacien envoie les doubles des ordonnances au dos desquelles figurent la facturation à la caisse du régime obligatoire de l'assuré (dans la circonscription de laquelle il exerce), dans les mêmes délais que ceux réglementairement prévus pour les FSE. La procédure informatisée dispense le pharmacien de transmettre les vignettes pharmaceutiques aux caisses, sous réserve de la télétransmission des codes CIP dans les feuilles de soins et de l'oblitération des vignettes lors de la délivrance des médicaments. Aux factures papier doivent être joints les listings de retours NOEMIE et le tout est adressé par courrier aux caisses. La vérification et le tri des factures papiers constitue le travail le plus astreignant du système de télétransmission ; la convention nationale fixant les modalités de transmission des FSE pose les conditions suivantes :
- le pharmacien trie les ordonnances papiers, en distinguant les assurés relevant de l'organisme dans la circonscription de laquelle exerce le pharmacien et les assurés relevant d'autres circonscriptions,

- pour les assurés relevant du régime des professions indépendantes, le tri s'effectue en distinguant les assurés relevant de chacun des organismes conventionnés de la circonscription ainsi que l'ensemble des autres assurés,
- pour les assurés relevant des sections mutualistes, le tri s'effectue par mutuelle de rattachement et, le cas échéant sur la demande expresse de celle-ci, en distinguant les assurés relevant de la section locale des autres assurés.
Les représentants locaux des parties signataires examinent les critères de tri complémentaires qui peuvent être convenues au niveau local. Pour faciliter le travail des caisses, les factures, au sein de chaque lot, sont classées dans l'ordre croissant de leur numéro d'identification.

Sauf opposition de la carte, les caisses d'assurance maladie s'engagent, en procédure de dispense d'avance de frais, à effectuer le paiement au pharmacien de la part obligatoire des prestations facturées dans la FSE, sur la base des informations relatives à la couverture maladie contenue dans la carte de l'assuré au jour de sa présentation. La caisse liquide alors les FSE et émet l'ordre de virement du montant des prestations dues au pharmacien dans un délai de 4 jours ouvrés, à compter du jour de l'ARL.

En contrepartie du surcroît de travail généré par la gestion du tiers payant, et en vue de faciliter la généralisation rapide de l'usage des FSE, les organismes d'assurance maladie versent une contribution d'un montant de 4,53 centimes d'euros TTC par FSE émise par le pharmacien et reçue par la caisse selon les spécifications SESAM-Vitale, et de 92 centimes d'euros pour 100 flux dégradés émis. Ces aides financières ont pour vocation de compenser les surcoûts réguliers d'informatisation induits par la télétransmission en SESAM-Vitale (coûts de communication, amortissement du matériel) ou visent à couvrir les frais de maintenance des logiciels de télétransmission. A titre de comparaison, l'aide pérenne destinée aux médecins généralistes s'élève à 6 centimes d'euros par FSE, alors qu'ils disposent d'un équipement informatique bien moindre.

Les avantages de la télétransmission sont nombreux :
- elle procède d'un système national qui fonctionne en tiers payant ou non, quel que soit le régime ou la caisse,
- elle permet de simplifier l'enregistrement des fichiers patients : l'emploi des cartes à puce permet de récupérer automatiquement les informations administratives, évitant ainsi les erreurs de saisie,
- elle permet une flux sécurisé grâce aux signatures électroniques des cartes vitales et cartes de professionnel de santé,
- elle offre une garantie de paiement en regard des droits figurant sur la carte, hors liste d'opposition,
- elle permet des remboursements plus rapides, basés sur la réception des FSE et non des factures papier ; dans le cadre du tiers payant, le règlement est effectué en moins de 4 jours.

1.3. Le problème des photocopies

Avec la généralisation du tiers payant, le pharmacien est devenu responsable du dossier de remboursement des frais pharmaceutiques : il doit parfois vérifier l'ouverture des droits des patients, prendre contact avec les différentes caisses et réaliser les photocopies des ordonnances à envoyer aux caisses. La photocopieuse est en effet devenu un outil incontournable à l'officine.

Tout d'abord, la législation impose de conserver un double de l'ordonnance pour certains types de médicaments. Le pharmacien est tenu de conserver pendant 3 ans une copie de toute prescription de stupéfiants ou de médicaments soumis au régime des stupéfiants, dûment revêtue des mentions réglementaires, qu'il apposera par ailleurs sur l'original remis au patient ou à son mandataire (Art. R.5132-35 CSP). Il en va de même pour les médicaments d'exception (arrêté du 08-12-1994) : un volet de l'ordonnance doit être conservé, sans limite de temps prévue par les textes ; en cas de renouvellement, le pharmacien doit photocopier le premier volet (destiné à l'assuré) pour la tarification. De plus, l'original d'une prescription de préparation magistrale renfermant des sels insolubles de bismuth doit être gardé pendant 3 ans, une copie étant remise au patient (arrêté du 28-03-1977).

Par ailleurs, certaines prescriptions sont encore réalisées sur des ordonnances ne comportant qu'un seul feuillet, obligeant le pharmacien à les photocopier lors de la facturation : si l'original reste la propriété du patient, une copie doit être envoyée aux caisses pour pouvoir prétendre au remboursement des frais pharmaceutiques. Pourtant, la présence d'un duplicata sur les ordonnances est obligatoire depuis le 1er janvier 1984 dans les conditions définies par l'arrêté du 29 août 1983 relatif à l'envoi des ordonnances aux organismes d'assurance maladie par les assurés sociaux. Cette disposition concerne tous les prescripteurs, quel que soit leur statut, libéral ou hospitalier : l'ordonnance à volet unique pénalise les autres acteurs de santé qui interviennent dans la délivrance du traitement, ainsi que le patient. L'Assurance Maladie offre aux médecins une participation financière : en général, les CPAM prennent en charge le surcoût de l'utilisation d'ordonnances dupliquées, ou des rames de papier lorsque le médecin édite ses prescriptions à partir d'un ordinateur.

Face au non-respect de cet arrêté ministériel, une indemnisation des frais de photocopies a été prévue pour les pharmaciens : les copies d'ordonnance sont indemnisables dès lors que l'assuré se présente à l'officine avec un seul exemplaire de l'ordonnance ; les copies conservées par le pharmacien lors d'une délivrance de stupéfiants, n'est pas indemnisable puisque non destinée à l'assurance maladie.

Des dispositions plus strictes seront néanmoins prévues à l'avenir afin de sensibiliser les médecins au respect du contexte réglementaire permettant le bon fonctionnement de la chaîne de soins. En Meurthe et Moselle par exemple, la commission paritaire départementale des pharmaciens du 21 mars 2005 a examiné ce problème : la CPAM renouvelle sa décision de prendre en charge les copies d'ordonnances, mais en stipulant que cet accord n'est que provisoire. La prochaine commission de septembre 2005 devrait mettre fin à cette indemnisation, par le biais d'une sensibilisation individuelle des médecins prescripteurs. Les photocopies d'ordonnance resteront par ailleurs nécessaires lors des renouvellements, lorsque les délivrances antérieures ont été effectuées dans une autre officine.

1.4. La mise à jour de la carte vitale

L'utilisation des cartes vitales évite au pharmacien un fastidieux travail de saisie informatique pour constituer les dossiers administratifs des patients ainsi que de nombreux échanges téléphoniques avec les caisses afin de vérifier l'ouverture des droits de leurs assurés.

Délivrées à tous les assurés sociaux et leurs bénéficiaires à partir de 16 ans, elles contiennent :

- nom et prénoms du titulaire de la carte,

- numéro de sécurité sociale,
- identité des bénéficiaires éventuels (ayant moins de 16 ans),
- organisme d'affiliation pour le régime obligatoire,
- caisse de remboursement,
- exonération du ticket modérateur,
- durée des droits aux prestations d'assurance maladie,
- éventuellement, couverture complémentaire si elle est gérée par l'organisme servant les prestations de base de l'assurance maladie.

Les cartes vitales doivent donc subir une mise à jour des données en cas de :
- changement de l'état civil ou de la situation familiale (naissance, mariage, décès),
- maternité,
- échéance des droits à la CMU complémentaire,
- attribution d'un droit à l'exonération du ticket modérateur pour une ALD,
- déménagement ou changement de régime,
- renouvellement du contrat de protection complémentaire lorsque celle-ci est gérée par le régime obligatoire.

Depuis fin 2004, le pharmacien peut disposer au sein de son officine d'une borne de mise à jour pour les cartes vitales. Cette possibilité est détaillée dans l'arrêté du 14 octobre 2004 portant approbation de l'avenant n° 1 à la convention nationale fixant les modalités de transmission des feuilles de soins électroniques entre les caisses nationales d'assurance maladie et les syndicats représentant les pharmaciens d'officine. Tous les pharmaciens adhérant à la convention nationale peuvent proposer une télé-mise à jour des cartes vitales, service offert par l'Assurance Maladie : leur rôle se limite à implanter dans l'officine le matériel adéquat, en libre accès.

Le pharmacien doit dans ce but louer un matériel homologué conformément au référentiel du GIE (Groupement d'Intérêt Economique) SESAM-Vitale : actuellement, 5 appareils répondent à ces exigences. Il s'agit d'outils semblables à des lecteurs de cartes bancaires en apparence, les anciennes bornes de la taille d'un minitel sur pied étant progressivement retirées pour des raisons techniques. Sur présentation des factures, l'assurance maladie verse une participation financière couvrant l'intégralité des frais engagés par le pharmacien (cf. : tableau 7) pour la location de l'appareil, un forfait incluant le matériel, sa maintenance et les communications, pour l'abonnement éventuel à une nouvelle ligne téléphonique dédiée et pour l'achat d'un pied-support. Si le pharmacien choisit d'utiliser une ligne téléphonique dédiée, les frais d'installation de la ligne supplémentaire sont à sa charge.

	Participation	Montant
Location de l'appareil de télé-mise à jour	avance	191,36€
	annuelle en 2 échéances	382,72€
Location d'une ligne téléphonique (optionnel)	annuelle en 2 échéances	188,04€
Achat du support (optionnel)	initiale	47,84€

Tableau 7 : Participation financière maximale de l'assurance maladie au service de mise à jour des cartes vitales à l'officine.

La France compte actuellement 21 751 points de mise à jour, dont 16 374 installés chez les professionnels de santé (pharmacies, hôpitaux, laboratoires). Selon une enquête XIRING [74], au 31 janvier 2005, plus de 11 000 pharmacies, soit 51% des officines sont équipées ou en cours d'équipement. L'installation de points de télé-mise à jour gagne peu à peu tout le territoire : conformément au cahier des charges, les outils homologués seront compatibles avec la carte vitale 2, prévue pour 2006, après une simple mise à jour logicielle. Cette seconde version améliorée, en plus d'une photo d'identité du bénéficiaire, contiendra des données d'urgences, permettant de connaître la personne ou le médecin à contacter en cas d'urgence, et certaines informations médicales issues du dossier médical personnel (allergies, traitements réguliers,...).

Bénéficier d'un tel matériel à l'officine assure une information fiable et immédiate sur les droits des assurés : il évite aux patients de devoir se déplacer vers un centre de sécurité sociale, et permet au pharmacien d'établir un dossier-patient sans vérification des attestations papiers de l'assuré ni coup de téléphone aux caisses. Dans la même étude XIRING, les patients s'affirment intéressés à 95% par ce service. Par ailleurs, sur 183 pharmaciens interrogés, un tiers propose le lecteur en libre accès sur pied, un tiers en libre accès au comptoir et un tiers en service assisté au comptoir. Une fois encore, ce service, s'il est effectivement offert par l'assurance maladie, est assuré par le pharmacien, sollicité pour une aide pratique et des explications concernant le fonctionnement des appareils.

1.5. Contraintes et bénéfices

Le service du tiers payant, bien que n'ayant aucun caractère obligatoire, est pourtant devenu une nécessité : il constitue un progrès indéniable du système de soins, évitant aux assurés une avance de frais préjudiciable. Il peut à ce titre, tout comme le service de télé-mise à jour de la carte vitale, être considéré comme un argument commercial. Cependant, il contraint le pharmacien à une nouvelle activité de gestion et l'expose à des difficultés de trésorerie, la date de paiement étant différée. L'équipe officinale se voit investie d'une mission purement administrative : un contrôle systématique des dossiers patients, un travail « scolaire » de tri et d'envoi des factures subrogatoires aux différentes caisses, une gestion des rejets, un suivi des règlement. Non seulement le pharmacien assure l'avance des frais, mais il gère intégralement le dossier de remboursement, ce qui inclut la réalisation de nombreuses photocopies, la vérification de toutes les factures, la recherche des adresses des caisses, la pesée des enveloppes pour y apposer le timbre adéquat...

L'informatisation permet d'alléger bon nombre de ces contraintes en facilitant le travail de saisie, en évitant le fastidieux collage des vignettes pharmaceutiques et en raccourcissant les délais de paiement. L'installation de matériel de mise à jour des cartes vitales permet dorénavant au pharmacien une information sûre quant à l'ouverture des droits de ses patients, ce qui évite certaines déconvenues lors des retours NOEMIE.

Avantage pécuniaire pour les patients, facilité pratique pour les caisses, la gestion du tiers payant a néanmoins considérablement modifié les rapports pharmacien-patient au comptoir : la longueur de lecture des cartes vitales, les vérifications des droits des assurés, les nombreuses conversations autour du remboursement mettent l'accent sur le caractère commercial de la délivrance. Le très large développement de la pratique du tiers payant intégral est également à l'origine de certaines incompréhensions lorsqu'une partie des frais reste à la charge de l'assuré alors qu'il est habitué à ne plus payer à l'officine : les

dépassements LPPR, les différences TFR, les produits déremboursés. Il est parfois nécessaire de rappeler que les frais pharmaceutiques ne sont pas gratuits, mais remboursés par l'assurance maladie et que le tiers payant est un service rendu par le pharmacien pour le compte des caisses.

2. Un acteur des économies de santé

En matière de santé publique, l'amélioration de l'état sanitaire doit se réaliser avec un coût maintenu dans des limites acceptables. Ces deux impératifs se rejoignent pour concilier le nécessaire et le suffisant : pouvoir se soigner au mieux en évitant le gaspillage. Selon la CNAMTS, la part de remboursement concernant la pharmacie représente environ 15.5 % du total des dépenses en 2004. A titre de comparaison, cette part est de 14.5% pour les honoraires médicaux et de 52 % pour l'hospitalisation. Dans son exercice quotidien, le pharmacien est un acteur incontournable du contrôle des dépenses en matière de médicament, par son apport dans le domaine de la prévention, son rôle de conseil dans l'automédication et d'orientation vers une consultation, son incitation à une bonne observance, sa participation au maintien à domicile...

La réduction des dépenses passe également par une surveillance attentive de chaque ordonnance : le pharmacien peut alors exercer son droit de substitution et celui du refus de délivrance, prérogative dont il dispose dans le seul intérêt de la santé publique.

2.1. Les génériques

2.1.1. Princeps et génériques

Lorsque vient à échéance la protection que confère un brevet à une spécialité (d'une durée habituelle de 15 à 20 ans), toute firme pharmaceutique intéressée peut fabriquer et commercialiser ce médicament. Cette chute du brevet dans le domaine public leur permet d'éviter les frais de recherche et de bénéficier de certaines facilités pour l'obtention de l'AMM nécessaire à la commercialisation de cette nouvelle spécialité. Le prix de ces médicaments génériques doit donc être au moins inférieur à 30% de celui de la spécialité de référence ; en pratique, ce taux avoisine parfois les 50% [14].

Depuis le 24 avril 1996, l'article L.5121-1 du CSP définit cette spécialité générique d'une spécialité de référence « celle qui a la même composition qualitative et quantitative en principe actif, la même forme pharmaceutique et dont la bioéquivalence avec la spécialité de référence est démontrée par des études de biodisponibilité appropriées ». La bioéquivalence représente l'équivalence des biodisponibilités, c'est-à-dire des vitesses et intensités d'absorption dans l'organisme, à partir d'une forme pharmaceutique, du principe actif ou de sa fraction thérapeutique destinée à devenir disponible au niveau des sites d'action.

La spécialité de référence (le princeps) et les spécialités qui en sont génériques forment un groupe générique. Un tel groupe peut également être constitué en l'absence de spécialité de référence. Les différentes formes pharmaceutiques orales à libération immédiate (comprimés et gélules) sont considérées comme une même forme pharmaceutique. Les génériques sont commercialisés selon deux possibilités : une dénomination commune internationale (DCI) assortie d'une marque ou du nom du fabricant, ou un nom de fantaisie suivi du suffixe « Gé ».

Les génériques se distinguent donc des équivalents thérapeutiques, spécialités remboursables possédant la même fraction thérapeutique, mais pouvant présenter des formes pharmaceutiques, dosages et voies d'administration différents. La liste de ces produits, établie et diffusée par la CNAMTS, s'adresse au prescripteur et ne fait pas référence pour l'acte de substitution.

Les groupes génériques sont inscrits, par décision du directeur général de l'AFSSAPS, à un répertoire régulièrement actualisé qui constitue la base légale de la substitution. En juin 2005, il comptabilise environ 330 groupes génériques, soit 150 principes actifs déclinés en différents dosages et formes galéniques. Afin de garantir le meilleur niveau de sécurité, il comporte en préambule des recommandations visant à prendre en compte les excipients à effet notoire (EEN) lors de la substitution. Les excipients sont les éléments qui peuvent différencier la spécialité de référence et ses génériques ; parmi eux, les EEN peuvent avoir un effet propre sur l'organisme et nécessitent des précautions d'emploi pour certaines catégories de patients, en fonction de pathologies ou d'allergies particulières. Ainsi, l'AFSSAPS recommande :
- pour la substitution d'une spécialité ne contenant pas d'EEN, de choisir une spécialité dépourvue de tout EEN,
- pour la substitution d'une spécialité contenant un ou plusieurs EEN, de choisir une spécialité générique comportant le ou les mêmes EEN ou une spécialité partiellement ou totalement dépourvue de ces EEN.

Toutefois, l'absence d'investissement en recherche-développement et l'essor de circuits et techniques de fabrication nouveaux permettent parfois quelques améliorations, comme l'absence d'EEN présents dans la spécialité de référence. Le conditionnement des génériques peut également être optimisé, avec des codes couleur pour une meilleure lisibilité, des zones pour inscrire la posologie prescrite sur la boîte, des pictogrammes pour identifier la catégorie de patients à laquelle s'adresse le traitement. Ces modifications permettent de renforcer l'observance et la sécurité du médicament. En général, les laboratoires choisissent d'élaborer un générique aussi proche du princeps que possible, en respectant les mêmes couleurs et formes des unités de prises.

Le remplacement systématique des médicaments de marque par des génériques est devenu une priorité afin de renflouer le déficit de la sécurité sociale et d'encourager la recherche de molécules innovantes. Pour le pharmacien d'officine, la marge qui s'applique à une spécialité générique est égale à la marge applicable au princeps. De plus, jusqu'en septembre 2003, le plafond légal des remises possibles avait été fixé à 10,74% du prix facturé, contre 2,5% pour les médicaments remboursables classiques. Depuis, l'instauration du tarif forfaitaire de responsabilité (TFR) tend à faire disparaître cet avantage commercial. Prévu par la loi de financement de la sécurité sociale 2003, il fixe le niveau de remboursement de tous les médicaments d'un même groupe générique sur la seule et même base du prix moyen des génériques du groupe. Touchant 63 groupes génériques initialement, cette mesure s'est étendue à 18 groupes supplémentaires en juin 2005.

Les médicaments concernés par le TFR ont été déterminés afin de garantir une offre suffisante aux assurés : il s'agit des groupes génériques dont le taux de pénétration sur le marché est compris entre 10 et 45%. Avec cette réforme, l'assuré devient en quelque sorte l'arbitre économique qui décide soit d'accepter un générique à un prix égal ou même inférieur au TFR soit de choisir un produit ayant un prix plus élevé que le TFR en assumant un reste à sa charge. Cependant, la plupart des laboratoires choisissent d'aligner leur prix sur le niveau du TFR, ce qui fait disparaître toute différence entre princeps et générique et ne facilite *a*

priori pas le choix de la substitution. Pour le pharmacien, la marge obtenue sur les médicaments soumis au TFR suit le droit commun, supprimant l'équivalence de marge en valeur entre princeps et générique ; le plafond des remises est fixé à 6% jusque juin 2004 puis ramené à 2 ,5% au delà, alors que les spécialités hors TFR conservent le taux de 10 ,74%. Les économies attendues avec l'application du TFR avoisinent les 200 millions d'euros pour l'Assurance maladie.

Le marché des génériques ne cesse de progresser, plaçant la France au troisième rang en Europe, signe d'un décollage réussi. Jeune de quelques années seulement, ce marché possède un fort potentiel : de nombreux « blockbusters » vont tomber dans le domaine public, et des molécules sans princeps (aspirine, magnésium, calcium) vont intégrer le répertoire des génériques. Le tableau 8 [35] montre l'enjeu important des années à venir ; les pouvoirs publics renonçant à une généralisation du TFR et au TFR appliqué d'emblée à la chute du brevet, l'attractivité des génériques pour les laboratoires et les pharmaciens persiste : la pratique des « marges arrières » n'est pas immédiatement bloquée, ce qui constitue un moteur sur la dynamique des officinaux en faveur des génériques.

DCI	Spécialités	Echéance brevet	Montant présenté au remboursement en 2002*
Oméprazole	Mopral®/Zoltum®	2004	447 335
Pravastatine sodique	Elisor®/Vasten®	2006	295 443
Simvastatine	Lodalès®/Zocor®	2005	192 947
Lansoprazole	Ogast®/Lanzor®	2007	180 661
Buprénorphine	Temgésic®/Subutex®	2005	112 022
Amlodipine	Amlor®	2007	108 661
Cetirizine dichlorhydrate	Virlix®/Zyrtec®	2004	90 607
Ramipril	Triatec®	2006	86 287
Enoxaparine sodique	Lovenox®	2007	85 195
Citalopram bromhydrate	Seropram®	2004	80 908
Diaceréine	Art®/Zondar®	2007	72 805
Périndopril tert-butylamine	Coversyl®	2005	63 383
Sertraline chlorhydrate	Zoloft®	2005	56 574
Chondroïtine sulfate	Chondrosulf®	2007	55 502
Zolpidem tartrate	Ivadal®/Stilnox®	2004	55 245
Loratadine	Clarityne®	2005	52 243
Donepezil chlorhydrate	Aricept®	2008	51 977
Risperdone	Risperdal®	2007	49 035
Terbinafine chlorhydrate	Lamisil®	2007	44 974
Alfuzosine chlorhydrate	Urion®/Xatral®	2004	44 172
		Total	2 225 768
		Ensemble des médicaments	15 464 188
		Pourcentage	14,4%

* en milliers d'euros (remboursement du régime général. Source : Medic'AM, CNAMTS, juillet 2003)

Tableau 8 : Les 20 principales molécules génériquées entre 2004 et 2008 [35].

2.1.2. Le droit de substitution

Jusqu'en 1999 figurait, dans le code de déontologie, un article R. 5015-61 relatif à l'interdiction pour le pharmacien de modifier une prescription sans l'accord de son auteur, sauf en cas d'urgence et dans l'intérêt du patient. Cette disposition n'a pas été abrogée, mais s'est vue au contraire conférer valeur législative puisqu'elle figure désormais à l'article L. 5125-23, ce dernier traitant par ailleurs des modalités de la substitution générique.

Ce nouveau droit de substitution fut accordé aux pharmaciens en décembre 1998, selon des règles précises : le pharmacien peut désormais délivrer par substitution à la spécialité prescrite une spécialité du même groupe générique, figurant au répertoire de l'AFSSAPS. Si le choix de la molécule, le dosage, la voie d'administration, la posologie restent dictés par le médecin, l'officinal peut substituer une spécialité par n'importe quelle spécialité du même groupe, à condition que ce changement n'implique pas une dépense pour l'assurance maladie supérieure à la dépense qu'aurait entraîné la délivrance du générique le plus cher du groupe. En cas de prescription libellée en dénomination commune internationale et si le principe actif figure sur le répertoire du groupe des génériques, doit être dispensé un médicament générique de ce groupe.

Lors de la substitution, le pharmacien doit indiquer sur l'ordonnance le nom du générique délivré : lors des renouvellements, il pourra ainsi dispenser le même produit, ce qui favorisera l'acceptation du patient. En effet, pour les traitements chroniques notamment, le malade risque d'être perturbé par des changements successifs de spécialités. Le pharmacien doit également mentionner la forme pharmaceutique et le nombre d'unités de prise correspondant à la posologie décidée par le médecin, s'ils diffèrent de ceux du médicament initialement prescrit. Ces précautions obligatoires visent à assurer une traçabilité et une qualité totale de la délivrance.

Le médecin peut exclure la possibilité de substitution pour des raisons tenant au patient : les motifs de l'opposition doivent être liées à l'intérêt du malade, en raison de leur habitude à se conformer à une posologie particulière, ou l'impossibilité d'absorber le médicament sous une forme plutôt qu'une autre... Dans ce cas, il doit porter la mention « non substituable » de manière manuscrite sur l'ordonnance avant la dénomination de la spécialité concernée. Les abréviations comme « NS » ou les tampons pré-imprimés ne sont pas autorisés, ainsi que la possibilité du médecin d'indiquer son refus pour la totalité de l'ordonnance.

Le patient peut également refuser la substitution. Aucun texte ne prévoit de demander l'accord express du malade ; à l'inverse, aucun texte ne l'oblige à accepter des génériques et aucune sanction n'est prévue en cas de refus. En pratique, il est admis que « le droit au consentement est un droit fondamental lors de tout acte médical ; cela vaut au moment de la prescription, mais aussi au moment où un autre professionnel de la santé est amené à prendre une décision qui pourrait rencontrer une opposition de la part du patient. Le droit de consentement joue, y compris en cas de substitution » (réponse de M. Claude Evin lors de la séance du 30 octobre 1998 de l'Assemblée Nationale). Finalement, le droit à l'information prime pour faire adhérer le patient au principe de la substitution : il appartient au médecin et au pharmacien d'expliquer au patient ce qu'est un générique et l'intérêt économique qu'il représente pour l'assurance maladie. Avec l'octroi du droit de substitution, le pharmacien s'est donc vu attribuer un rôle très important dans l'acceptation des génériques par le public : il a du engager une discussion à ce sujet avec chacun de ses patients pour vaincre les réticences initiales.

2.1.3. Contraintes et bénéfices

Le développement des génériques s'est heurté à de nombreux écueils : méfiance du public les percevant comme des médicaments « au rabais », réserve des laboratoires craignant de voir diminuer leur chiffre d'affaire, réticence des médecins craignant que la substitution empiète sur leur liberté de prescription. Les pharmaciens pour leur part redoutaient cette modification de leur exercice quotidien et la perte de marge commerciale qu'ils pensaient, par manque d'information, devoir accuser [12].

Pour s'investir dans la substitution, les pharmaciens ont en effet du effectuer des changements pratiques dans l'infrastructure de leur officine [67] : il a tout d'abord fallu choisir ses génériques parmi les nombreuses spécialités proposées par les différents laboratoires (en moyenne 12 génériques pour un princeps). Certains d'entre eux s'attachent à réaliser de véritables copies conformes du médicament de référence, d'autres affirment leur différence et préfèrent les noms de fantaisie, conférant une identité propre au générique. Ce choix s'accompagne d'une modification importante du stock et impose de poursuivre une certaine logique, afin de fournir toujours le même générique aux patients. Le rangement des médicaments doit également être modifié, en disposant les génériques près de leurs princeps, ou en les regroupant sur des rayons dédiés. Des fiches de rappel peuvent être envisagées près des spécialités substituables.

De plus, la substitution pose des difficultés lors de la délivrance : toute l'équipe officinale doit être formée et une révision générale des DCI s'impose. Pour faciliter la dispensation, le pharmacien peut afficher en arrière-boutique le répertoire des groupes génériques ou des tableaux à double entrée permettant de retrouver le nom du générique à partir de celui du princeps ou inversement. En effet, avec un système de rangement efficace, la substitution d'une ordonnance rédigée en spécialités de référence, ou mentionnant les DCI les plus connues (amoxicilline, propranolol, allopurinol), est relativement aisée. Par contre, certains médecins, grâce aux logiciels dont ils disposent, choisissent de rédiger l'ensemble de l'ordonnance en DCI, même pour les produits non « génériquables ». Par exemple, la dénomination « Tuaminoheptane + N-acétylcystéine + Benzalkonium » désigne le Rhinofluimucil®. Les médecins se sont engagés à prescrire en DCI à hauteur de 25% des lignes de prescription médicamenteuses, mais seulement la moitié de ce taux doit concerner le champ du répertoire des génériques. La lecture des ordonnances demande donc davantage de réflexion et complique l'acte de dispensation, en plus du travail d'écriture imposé par la législation, comme la mention « substitué par éthinylestradiol 30µg+ lévonorgestrel 150µg » lors de la substitution d'une pilule contraceptive.

Cependant, le service rendu par les pharmaciens s'est surtout traduit par un travail pédagogique auprès du public. Afin d'atteindre l'objectif collectif des 35% de substitution, de nombreuses explications ont du être fournies pour convaincre les patients. Le débat entrepris avec chaque patient a permis, petit à petit, de faire changer les mentalités. Certains acceptent encore des génériques seulement lors de traitements ponctuels, ou pour quelques molécules seulement, en refusant la substitution des médicaments indispensables (antibiotiques, thérapeutiques cardio-vasculaires). L'acceptation des génériques repose sur une information initiale, mais également sur un dialogue régulièrement renouvelé afin de dissiper les dernières réticences. Cette « négociation » avec les malades représente un risque commercial : avec une politique de substitution trop incisive, le pharmacien risque de perdre les patients les moins ouverts au dialogue.

Malgré tous ces inconvénients, l'octroi du droit de substitution fut une chance considérable pour la profession. Si les génériques constituaient initialement un avantage commercial évident, le développement du TFR fait disparaître progressivement la notion d'intérêt financier. Le pharmacien devient donc un acteur des économies de santé et non un simple exécutant des prescriptions médicales. Les nombreuses campagnes en faveur des génériques ont contribué à renforcer l'image du pharmacien, affirmer sa position de « spécialiste du médicament », professionnel le mieux placé pour surveiller les dépenses de santé dans le cadre des médicaments génériques, quel que soit le mode de prescription du médecin. Le droit de substitution est une excellente opportunité de valoriser l'image du pharmacien ; il l'incite à communiquer davantage avec le patient, à renforcer leur expertise en pharmacie clinique pour réaliser un véritable suivi pharmaceutique des patients dans l'intérêt de la santé publique.



2.2. Le refus de vente

Bien qu'exceptionnel à l'officine, le refus de vente permet de garantir les intérêts de la santé publique, à contre-pied de toute logique commerciale. L'article L.122-1 du Code de la consommation stipule qu'« il est interdit de refuser à un consommateur la vente d'un produit ou la prestation d'un service, sauf motif légitime, et de subordonner la vente d'un produit à l'achat d'une quantité imposée ou à l'achat concomitant d'un autre produit ou d'un autre service ainsi que de subordonner la prestation d'un service à celle d'un autre service ou à l'achat d'un produit ». Les obligations du pharmacien sont cependant énoncées dans l'article R.4235-61 du Code de la Santé Publique : « Lorsque l'intérêt de la santé du patient lui paraît l'exiger, le pharmacien doit refuser de dispenser un médicament. Si ce médicament est prescrit sur une ordonnance, le pharmacien doit informer immédiatement le prescripteur de son refus et le mentionner sur l'ordonnance ». La notion de motif légitime conditionne donc le processus de refus et implique totalement la responsabilité du pharmacien.

2.2.1. Fondements réglementaires et déontologiques du refus de vente

2.2.1.1. Le refus de vente pour le respect de la réglementation : une obligation

De nombreuses dispositions légales ou réglementaires ont pour objectif de protéger la santé de l'utilisateur du médicament. Ainsi, la délivrance des substances vénéneuses destinées à la médecine est régie par de nombreuses règles strictes : modalités de prescription, durée du traitement, renouvellement (cf. : tableau 9). Face à une ordonnance non conforme, le pharmacien a l'obligation de s'opposer à la délivrance : l'injonction « Je dis » ou la confirmation de sa prescription par le médecin ne libère pas le pharmacien de sa propre responsabilité légale.

Tableau 9 : Réglementation des substances vénéneuses

	STUPEFIANTS	LISTE I	LISTE II
Délivrance d'une ordonnance	Délivrance uniquement sur une ordonnance sécurisée datée et signée, indiquant : • Les nom, adresse et qualité du prescripteur • Les nom, prénom, sexe, âge et adresse du bénéficiaire • Les doses ou les quantités de stupéfiants prescrites en toutes lettres et leur mode d'utilisation. Le chevauchement est interdit, sauf mention écrite du prescripteur.	Sur ordonnance, datée et signée, indiquant : • Les nom et adresse du prescripteur • Les nom, prénom, sexe et âge du patient	
Durée de prescription de l'ordonnance	7 JOURS sauf pour certains médicaments désignés par arrêté du ministre de la Santé (maximum 14 ou 28 jours)	UN AN Parfois moins pour certains médicaments, par arrêté du ministre de la Santé.	
La quantité de médicament remis en une fois doit correspondre à une durée de traitement de :	7 JOURS (parfois 14 ou 28 jours)	UN MOIS (3 mois pour les contraceptifs)	
Première remise de médicaments	Pendant les 7, 14 ou 28 jours suivant la date de la prescription. (uniquement pour la durée de prescription restant à courir)	L'ordonnance doit dater de moins de trois mois	
Renouvellement de l'ordonnance	INTERDIT	INTERDIT sauf indication écrite du prescripteur	PERMISE sauf interdiction du prescripteur
		Tout renouvellement autorisé s'effectue après le délai autorisé par la posologie et les quantités précédemment délivrées (dans l'espace d'un an)	
Inscription sur l'ordonnancier	TOUJOURS EXIGEE, manuscrite (le cas échéant, référence de la pièce d'identité présentée par le porteur de l'ordonnance) En outre : tenue du registre comptable des stupéfiants.	TOUJOURS EXIGEE, informatisatisée	
Conservation de l'ordonnance par le pharmacien	EXIGEE PENDANT 3 ANS (copie remise munie des mentions exigées)	NON EXIGEE	
Inscription à porter sur l'ordonnance	Numéro d'enregistrement de la prescription à l'ordonnancier, date d'exécution et cachet de la pharmacie, quantité de médicaments remis (sur l'ordonnance conservée et sur la copie remise au client).	Numéro d'enregistrement de la prescription à l'ordonnancier, date d'exécution et cachet de la pharmacie, quantité de médicaments remis.	

Il doit également surveiller les conditions de délivrance des médicaments à prescription initiale hospitalière, des médicaments d'exception, des produits inscrits sur liste I mais obéissant à la législation des stupéfiants. Tout défaut dans la forme de la prescription met fin à l'acte de dispensation.

Cependant, dans l'intérêt des patients, le refus ne doit pas être systématique : le pharmacien doit s'adapter au contexte de la demande. Face à la délivrance « dangereuse », le refus est l'expression la plus radicale des devoirs du pharmacien, à l'égard tant du patient que du prescripteur. Cette décision peut générer des rapports conflictuels, en cas de motivation non pertinente, ou face à des susceptibilités déplacées [47]. Bien souvent, la solution la plus judicieuse consiste en une recherche de modification concertée de la prescription, ou un simple sursis à la délivrance, le temps de contacter le prescripteur, de fournir une « opinion pharmaceutique » : le pharmacien ne peut « délivrer un médicament ou produit autre que celui qui a été prescrit, ou ayant une dénomination commune différente de la dénomination commune prescrite, qu'avec l'accord exprès et préalable du prescripteur, sauf en cas d'urgence et dans l'intérêt du patient » (Art. L.5125-23 du CSP).

Toute délivrance de spécialités inscrites sur une liste des substances vénéneuses est soumise à la présentation d'une ordonnance conforme : le refus semble obligatoire lors d'une demande d'un tel médicament sans prescription. Or, dans la pratique, la conduite à tenir mérite réflexion : un patient connu peut se trouver à cours d'un médicament indispensable et solliciter son pharmacien en attendant la visite auprès de son médecin. Certains traitements ne tolèrent pas d'arrêt, comme les anticoagulants, les antiangoreux ou les contraceptifs, et il est, à notre avis, hors de question de laisser un malade sans ces produits indispensables. Un refus sans discernement s'avèrerait dangereux, jusqu'à la non-assistance à personne en péril. Le pharmacien peut donc questionner le malade, s'inspirer de son historique médicamenteux, contacter le prescripteur, pour pouvoir avancer une boite ou les quelques comprimés nécessaires. Ces précautions permettent d'éviter toute erreur ou abus, tout en veillant au meilleur intérêt du patient.

2.2.1.2. Le refus de vente justifiable : une possibilité

Les devoirs professionnels du pharmacien peuvent le conduire à opposer un refus à certaines demandes, pour la santé de son patient et dans le respect de la déontologie. Il peut intervenir sur les demandes qu'il considère anormales ou dangereuses.

Dans le domaine de l'automédication tout d'abord, le pharmacien doit jouer son rôle de conseiller en surveillant les contre-indications et les associations malheureuses : il doit par exemple veiller à ne pas délivrer de sirops ou de pastilles sucrées à un patient diabétique ou des produits à base d'aspirine à un patient sous anti-coagulants [46]. Le refus de vente, motivé par des raisons médicales, doit être expliqué au patient. L'iatrogénie médicamenteuse générée par l'automédication ne doit pas être négligée : la gestion de ce risque permet d'éviter des conséquences sanitaires et économiques importantes. La suspicion d'abus ou de détournement de médicaments à des fins toxicomanes constitue également un motif légitime de refus : elle concerne principalement les produits à propriétés anxiolytiques, anabolisantes, anorexigènes. Au caractère anormal de la demande, il faut inclure les demandes de produits ou plantes que le pharmacien n'a pas la possibilité de contrôler efficacement.

Dans le cas de médicaments prescrits sur ordonnance, le pharmacien peut détecter des incompatibilités entre principes actifs, des posologies inadaptées, des redondances dangereuses ou inutiles. Il lui appartient de faire appel à toutes ses connaissances et ses compétences pour juger de la conduite à tenir, après avoir pris l'attache du prescripteur. Il n'est pas directement concerné par les Références Médicales Opposables, conçues pour aider à une meilleure maîtrise des dépenses de santé, et interdisant par exemple l'association de deux sulfamides hypoglycémiants en cas de diabète non insulinodépendant, ou imposant de débuter certains traitements par une monothérapie.

Une concertation entre professionnels de santé semble cependant bénéfique pour les deux parties : le pharmacien peut apporter des précisions intéressantes sur un médicament et son mode d'action, et le prescripteur peut expliquer les raisons d'une prescription hors-AMM ou de spécialités potentiellement incompatibles mais dont l'association est indispensable au cas précis...Le développement de l'opinion pharmaceutique permet un meilleur échange et un retour d'information au médecin prescripteur : les cas de refus catégoriques de délivrance doivent rester exceptionnels.

2.2.1.3. Le refus de vente lié à des considérations subjectives

La notion de motif légitime comporte une certaine part de subjectivité, mais un refus doit toujours être envisagé dans l'intérêt de la santé des patients. Les convictions morales ou religieuses d'un pharmacien ne sauraient aller à l'encontre de ce principe. Ainsi, de nombreux cas de refus de vente de seringues et de contraceptifs ont fait jurisprudence. Disposant d'un monopole, le pharmacien ne peut refuser, en raison de convictions personnelles, une délivrance qu'il est seul habilité à effectuer : les médicaments doivent en permanence être à la disposition des malades, entraînant l'existence d'un service de garde et d'urgence, et le pharmacien doit posséder d'un stock minimum pour tout médicament. La Direction Générale de la Santé ne lui reconnaît pas une clause de conscience sur l'interruption volontaire de grossesse médicamenteuse, au contraire des médecins, sage-femmes, infirmiers et auxiliaires médicaux (Art.L.2212-8 du CSP) : il ne peut refuser de dispenser par exemple la Mifégyne®.

Par contre, un stérilet constitue, eu égard à son mode d'action, un dispositif médical abortif qu'un pharmacien n'est pas tenu de détenir en stock et de vendre (Art. L.5135-1 du CSP). Les préservatifs étant disponibles sur d'autres lieux de vente (grandes surfaces), le pharmacien est libre de refuser d'en vendre. L'Ordre des Pharmaciens rappelle néanmoins les obligations déontologiques de la profession : contribuer à l'information et à l'éducation du public en matière sanitaire et sociale, en ce qui concerne notamment la lutte contre la toxicomanie et les maladies sexuellement transmissibles. Sur la base de cette réflexion, il ne nous semble pas acceptable d'imposer au public des contraintes liées à des considérations éthiques personnelles dans le cadre de l'exercice professionnel.

2.2.2. Contraintes et bénéfices

Le refus de délivrance est une nécessité de santé publique, et contribue secondairement au contrôle des dépenses de santé. Une telle décision peut surprendre, voire offusquer les patients : elle doit systématiquement être expliquée au malade et communiquée au médecin prescripteur, en dépit de quoi elle pourrait être interprétée comme un désaccord conflictuel entre professionnels de santé. Elle doit être précédée, et idéalement évitée par une

réflexion conjointe entre pharmacien et médecin. Justifiée auprès du patient, elle contribue à montrer la conscience professionnelle de l'officinal, puisqu'il « laisse passer » une vente dans l'intérêt du demandeur.

Le pharmacien n'apparaît donc plus comme un simple exécutant de l'autorité médicale : le Code de la Santé Publique l'érige en dépositaire de l'intérêt de la santé du patient. Au travers de cette possibilité de refus s'affirme l'essence libérale de l'acte pharmaceutique, seule justification contemporaine du monopole de l'officine : sur le plan juridique, la possibilité de refus est ce qui distingue fondamentalement la dispensation d'une quelconque prestation de service à caractère commercial [47]. Le devoir de refus suppose une démarche intellectuelle et une responsabilité décisionnelle ; le pharmacien possède la compétence scientifique qui le rend à même d'analyser et de savoir le cas échéant refuser, ce qui justifie le monopole de la délivrance de médicaments.

3. Une sentinelle de la Santé Publique

3.1. La vigilance sanitaire [2]

La notion de vigilance constitue la base indispensable du dispositif de sécurité sanitaire. Elle permet de surveiller les risques d'incident ou d'effet indésirable lié aux produits de santé après leur mise sur le marché ; elle concoure ainsi à assurer une veille sanitaire par un processus continu de recueil, d'enregistrement, d'identification, de traitement, d'évaluation et d'investigation des évènements indésirables afin d'optimiser la sécurité d'emploi des médicaments.

La vigilance sanitaire repose sur l'implication de tous les professionnels de santé, qui ont l'obligation de déclarer tout incident lié aux produits sanitaires destinés à l'homme et aux produits à finalité cosmétique ou d'hygiène corporelle. Les acteurs en charge de la prescription (médecin, chirurgien-dentiste, sage-femme), de la délivrance (pharmacien) ou de l'administration de produits de santé (infirmières, kinésithérapeutes par exemple), alertent ainsi les réseaux de vigilance.

L'article L.1413-14 du CSP, modifié par la loi n°2004-806 du 9 août 2004, dispose que « tout professionnel ou établissement de santé ayant constaté la survenue d'une infection nosocomiale ou tout autre événement indésirable grave lié à des soins réalisés lors d'investigations, de traitements ou d'actions de prévention doit en faire la déclaration à l'autorité administrative compétente ». Cette disposition donne une base légale commune aux différentes obligations de déclaration existantes afin de faciliter la mise en place d'un dispositif cohérent.

Depuis 1998, l'Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé (AFSSAPS), établissement public de l'Etat placé sous la tutelle du ministère chargé de la santé, assure la mise en œuvre des systèmes de vigilance, regroupant plusieurs réseaux :

- la pharmacovigilance (médicaments)
- l'hémovigilance (produits sanguins labiles)
- la matériovigilance (dispositifs médicaux)
- la réactovigilance (dispositifs médicaux de diagnostic *in vitro*)
- la pharmacodépendance (stupéfiants et psychotropes)

- la biovigilance (organes, tissus, cellules et produits thérapeutiques annexes)
- et la cosmétovigilance (produits à finalité cosmétique ou d'hygiène corporelle)

Les vigilances se caractérisent par leur indépendance et possèdent chacune leurs propres outils, critères d'évaluation et méthodologies. Malgré leur autonomie et leur grande diversité, les vigilances poursuivent un objectif commun. Dans cet esprit, l'AFSSAPS a mis en place une coordination des vigilances en août 1999, en créant le Comité de coordination des vigilances, afin d'améliorer la cohérence des différents systèmes et d'obtenir une vision globale des risques liés aux produits de santé. Depuis 2002, afin de renforcer la synergie déjà existante, celui-ci s'est ouvert à des partenaires extérieurs, notamment l'Institut de Veille Sanitaire (InVS) et l'Agence française des aliments (AFSSA).

Le pharmacien participe à ces missions de vigilance sanitaire, pour la santé humaine et également vétérinaire : il doit surveiller et déclarer à l'AFSSA tout effet indésirable grave chez l'homme ou chez l'animal dû à un médicament vétérinaire. Cependant, nous nous intéresserons ici aux principales interventions des pharmaciens dans les domaines qui les concernent le plus directement : la surveillance des médicaments, dispositifs médicaux et produits cosmétiques, et celle des pharmacodépendances.

3.1.1. La pharmacovigilance

Les essais cliniques sur les médicaments ne portent pas sur un nombre suffisant de patients traités pendant une période suffisamment longue pour permettre de détecter tous les effets indésirables. Ces derniers, pouvant se définir comme toute altération de l'état du malade consécutive à l'administration du médicament, peuvent être rares, tardifs, résulter d'interactions médicamenteuses avec d'autres produits, ne toucher que certains groupes à risque. Il est indispensable de compléter les connaissances sur un médicament après sa commercialisation, dès l'obtention de son autorisation de mise sur le marché (AMM).

D'autre part, en 1998, le taux de prévalence de la iatrogénie médicamenteuse dans les hôpitaux publics français a été estimé à 10,3% [13]. Une partie non négligeable de ces effets indésirables paraît évitable. Dans ce but, la pharmacovigilance a pour mission d'identifier, de recenser et d'analyser les effets indésirables des médicaments, afin de prévenir tout risque lié à leur utilisation. Elle procède soit par des études systématiques de type épidémiologique à propos d'un médicament ou d'un syndrome, soit par le recueil des observations supposées être des effets indésirables. La pharmacovigilance peut donc être envisagée comme une science qui, après l'AMM d'un médicament, surveille la stabilité du rapport bénéfice/risque de celui-ci.

3.1.1.1. L'organisation du système de pharmacovigilance [3]

En France, l'AFSSAPS assure la gestion du système de pharmacovigilance, qui implique de nombreux acteurs au niveau local, régional et national (cf. : figure 17).

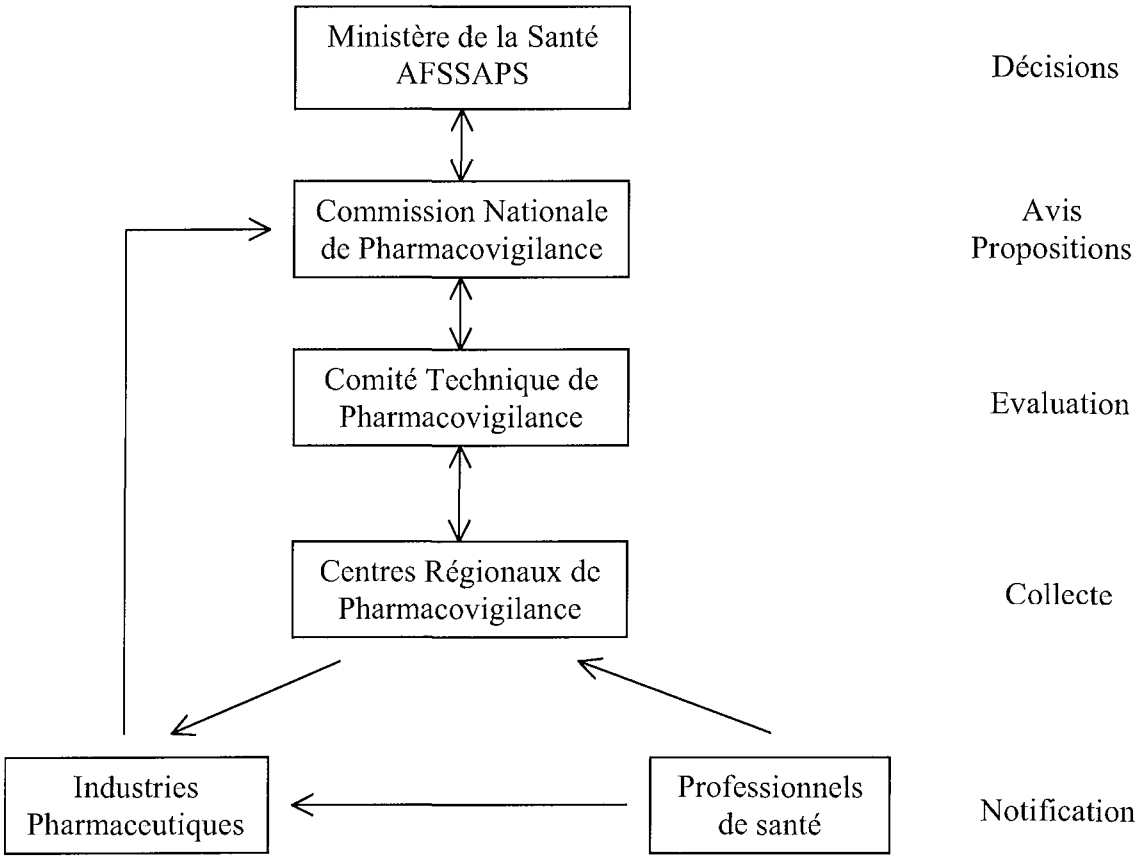


Figure 17 : Organisation de la pharmacovigilance en France

Au niveau local :

- Les professionnels de santé : tout médecin, chirurgien-dentiste, sage-femme et pharmacien se doit par la loi de déclarer immédiatement au Centre Régional de Pharmacovigilance tout effet indésirable grave ou inattendu susceptible d'être du à un médicament (Art. R.5144-1 du CSP). La définition des effets indésirables a été ajustée en 2004 par le décret n°2004-99 : il s'agit de réactions nocives et non voulues dues à un médicament, se produisant aux posologies normalement utilisées chez l'homme pour la prophylaxie, le diagnostic ou le traitement d'une maladie ou pour *la restauration, la correction* ou la modification d'une fonction physiologique. L'effet indésirable est dit grave lorsqu'il est létal, *susceptible de mettre* la vie en danger, entraînant une invalidité ou une incapacité *importante ou durable*, provoquant ou prolongeant une hospitalisation, *ou se manifestant par une anomalie ou une malformation congénitale.* Il est inattendu lorsque sa *nature, sa sévérité ou son évolution ne correspondent pas aux informations contenues* dans le RCP (Résumé des Caractéristiques du Produit).

De plus, les professionnels de santé peuvent notifier tout autre type d'effet indésirable et doivent répondre aux demandes des Centres Régionaux en confirmant et en complétant leur déclaration en cas de besoin, et coopérer avec eux dans le cadre d'enquêtes particulières.

- Les laboratoires pharmaceutiques disposent chacun d'un service interne de pharmacovigilance, avec un responsable nommément désigné auprès de l'AFSSAPS. Pour les produits qu'ils commercialisent, ils adressent à la Commission Nationale de Pharmacovigilance un rapport de synthèse annuel (semestriel pour les produits de moins d'un an) sur les accidents médicamenteux dont ils ont eu connaissance. Ils sont également associés aux enquêtes nationales officielles.

Au niveau régional :

Au nombre de 31, les Centres Régionaux de Pharmacovigilance constituent des unités décentralisées et implantées dans autant de Centres Hospitalo-Universitaires répartis sur l'ensemble du territoire. Ils constituent l'interface entre le réseau de pharmacovigilance dont ils forment l'élément le plus périphérique, et les sources d'information que sont les professionnels de santé. Ils sont chargés de recueillir les déclarations des praticiens et d'imputer, c'est-à-dire d'établir le lien de causalité entre un événement pathologique et le ou les médicaments supposés responsables. Les études d'imputabilité reposent sur un recoupement des données bibliographiques existantes avec les critères séméiologiques et chronologiques des troubles rapportés ; elles sont archivées dans le Banque de Données Nationale de Pharmacovigilance.

Les Centres Régionaux sont également chargés de renseigner tout professionnel de santé sur les effets indésirables des médicaments, en répondant à leurs questions, en organisant des colloques et conférences et en publiant dans des revues nationales ou internationales. Ils conduisent enfin les enquêtes et travaux demandés par le ministre de la Santé.

Au niveau national :

- Le Comité Technique de Pharmacovigilance est composé des directeurs des Centres Régionaux et des organismes de recherche (AFSSAPS, Direction Générale de la Santé, Direction des Hôpitaux, INSERM). Il coordonne la collecte des informations provenant des Centres Régionaux et les analyse, évalue les enquêtes ordonnées par l'AFSSAPS, en vue d'élaborer un rapport technique final et de préparer les travaux de la Commission Nationale.

- La Commission Nationale de Pharmacovigilance soumet à la décision du ministre de la Santé les mesures à prendre quant à la prévention du risque d'un médicament. L'éventail des mesures pratiques est large, allant de l' « acquittement » d'un médicament définitivement innocenté, à son retrait immédiat du marché ; il peut encore s'agir de restrictions d'emploi, de mises en garde par modification des RCP ou de l'instauration d'études complémentaires..

- L'AFSSAPS, placée sous la tutelle du ministre de la Santé, rend les décisions finales et assure la gestion de l'ensemble du dispositif de Pharmacovigilance.

3.1.1.2. La notification

Pour le pharmacien, la notification des effets indésirables graves ou inattendus est obligatoire, même s'ils résultent d'un mésusage, c'est-à-dire d'une utilisation non conforme aux recommandations du RCP à l'exclusion de l'usage abusif lors de pharmacodépendances. Pour faciliter les déclarations spontanées, l'AFSSAPS a établi une fiche de déclaration d'effet

indésirable (cf. : figure 18), qui regroupe des données sur le notificateur, le patient, le ou les médicaments en cause, et l'événement, décrit de la manière la plus complète possible.

La contribution au recueil des informations de pharmacovigilance revêt une importance capitale : elle permet de valider ou de compléter les informations sur les effets indésirables (estimation de la fréquence de survenue, des délais moyens d'apparition et de régression, d'éventuels facteurs prédisposants ou déclenchants), voire de déboucher sur une alerte sanitaire, pour les effets indésirables nouveaux ou en recrudescence.

La méthode de notification spontanée, bien qu'elle soit obligatoire, repose sur le volontariat des professionnels de santé : on estime ainsi que seul un effet indésirable sur dix serait déclaré. Sont habituellement notifiés les évènements les plus graves, ceux liés à un médicament récemment mis sur le marché, et ceux dont l'identification ou la relation causale paraît évidente.

Le Centre Régional de Pharmacovigilance de Lorraine, dans son rapport d'activité pour 2004, fait état de la médiocre participation des pharmaciens au système de notification spontanée : seuls 3% des déclarations d'effets indésirables émanent des pharmaciens d'officine. S'ils communiquent régulièrement avec le centre pour des demandes de renseignements (55 des 1681 questions posées proviennent des officinaux) et contribuent activement aux enquêtes, ils participent très peu au recueil des données.

Pour le pharmacien d'officine, la sous-notification résulte tout d'abord de la difficulté à identifier un éventuel effet indésirable : une fois les médicaments délivrés, le pharmacien n'est pas toujours averti des suites du traitement. En cas d'effet indésirable grave, les patients sont habituellement pris en charge par leur médecin ou l'hôpital. Même consulté pour avis, le pharmacien doit orienter le malade vers le prescripteur, pour définir la conduite à tenir, modifier ou aménager le traitement : les conclusions de l'entretien et les investigations complémentaires ne lui sont pas toujours communiqués. Ne disposant que d'informations partielles, le pharmacien peut douter de la pertinence d'une notification de sa part. Le médecin, disposant du dossier complet du patient et de connaissances séméiologiques plus affinées, devrait systématiquement être averti des effets indésirables rencontrés pour éviter tout incident ultérieur : le pharmacien, soucieux de ne pas « shunter » le prescripteur du système de pharmacovigilance, peut choisir de lui laisser le soin d'une notification, qui comprendrait alors plus d'informations exploitables.

Le pharmacien intervient donc principalement dans la détection d'effets inattendus, grâce à sa connaissance des propriétés pharmacologiques des médicaments. Alerté par une réaction sortant de l'ordinaire, il amorce le processus de notification. La réflexion du Dr Philippe Tréchot du CRPV de Nancy [71] abonde dans ce sens : lors d'effets indésirables inattendus, une déclaration dont la séméiologie pourrait être qualifiée de minime est intéressante car, à ce niveau, c'est le signal qui prime. A l'inverse, une notification d'effet indésirable grave risque d'entraîner une correspondance CRPV/pharmacien pour l'obtention de renseignements complémentaires sur le patient (antécédents, autres pathologies) et l'effet indésirable (description précise, examens complémentaires, relation avec les autres pathologies), éléments que bien souvent seul le médecin traitant possède : la notification risque d'être inexploitable.

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

cerfa N° 10011*01

DÉCLARATION D'EFFET INDÉSIRABLE SUSCEPTIBLE D'ÊTRE DÛ À UN MÉDICAMENT OU PRODUIT

MENTIONNÉ À L'ART. R.5144-1

Art. L. 665-10 et 11, R. 5144-1 à 35 du Code de la Santé publique

AGENCE DU MEDICAMENT

PHARMACOVIGILANCE

Les informations recueillies seront, dans le respect du secret médical, informatisées et communiquées au centre régional de pharmacovigilance et à l'Agence du Médicament. Le droit d'accès du patient s'exerce auprès du centre régional de pharmacovigilance auquel a été notifié l'effet indésirable, par l'intermédiaire du praticien déclarant ou de tout médecin désigné par lui. Le droit d'accès du praticien déclarant s'exerce auprès du centre régional de pharmacovigilance auquel a été notifié l'effet indésirable, conformément aux dispositions de la loi du 6 janvier 1978.

DÉCLARATION À ADRESSER AU Centre de Pharmacovigilance :

Patient traité

Nom *(3 premières lettres)*

Prénom *(première lettre)*

Sexe ☐F ☐M

Département de résidence

Date de naissance

ou

Age

Poids

Taille

S'il s'agit d'un nouveau-né, les produits ont été pris :

☐ par le nouveau-né

☐ lors de l'allaitement

☐ par la mère durant sa grossesse

☐ Trimestre de grossesse : *inscrire 1, 2, ou 3*

Cachet du Praticien déclarant

ou

du Médecin désigné par le patient

Antécédents / Facteurs favorisants :

Produits

Nom	Voie	Posologie	Début	Fin	Indication
1					
2					
3					
4					
5					
6					

Un ou des produits ont-ils été arrêtés ? Sans information ☐ Non ☐ Oui ☐ N° N° N° N° N° N°

Disparition de la réaction après arrêt d'un ou des produits ? Sans information ☐ Non ☐ Oui ☐ N° N° N° N° N° N°

Un ou des produits ont-ils été réintroduits ? Sans information ☐ Non ☐ Oui ☐ N° N° N° N° N° N°

Réapparition de la réaction après réintroduction ? Sans information ☐ Non ☐ Oui ☐ N° N° N° N° N° N°

En cas d'administration de : **médicament dérivé du sang** ▶ *Indiquer son N°*

Nom du prescripteur

Numéro de lot du produit

Service hospitalier dans lequel le produit a été administré

Pharmacie qui a délivré le produit

En cas d'administration de : **produits sanguins labiles** ▶ *préciser leur Dénomination, ainsi que leur Numéro de lot*

Effet

Département de survenue

Date de survenue

Durée de l'effet

Nature et description de l'effet : utiliser le cadre AU VERSO

Gravité

☐ Hospitalisation ou prolongation d'hospitalisation

☐ Incapacité ou invalidité permanente

☐ Mise en jeu du pronostic vital

☐ Décès

Evolution

☐ Guérison sans séquelle

☐ Décès dû à l'effet

☐ Décès sans rapport avec l'effet

☐ Sujet non encore rétabli

☐ Guérison avec séquelles

☐ Décès auquel l'effet a pu contribuer

☐ Inconnue

Figure 18 : Recto de la fiche de notification de pharmacovigilance, au dos de laquelle doit figurer la description de l'effet indésirable.

Par ailleurs, l'absence de retour d'information n'encourage pas la notification spontanée. Sans écho des déclarations effectuées, les professionnels de santé peuvent manquer de motivation. En effet, la détection d'un effet indésirable suscite une curiosité scientifique : la déclaration était-elle pertinente ? Quels sont les résultats de l'étude d'imputabilité ? D'autres cas ont-ils été répertoriés ? Malheureusement un tel système de communication paraît difficile à mettre en œuvre.

Pourtant, la participation des pharmaciens est fondamentale puisqu'il intervient parfois dans le choix des spécialités prises par le patient et devient donc le seul professionnel de santé à avoir une connaissance globale du traitement médical et de l'événement indésirable : il est l'acteur de santé le plus à même de surveiller les produits d'automédication, ainsi que les médicaments génériques. De plus en plus de principes actifs passent en médicaments-conseil, à des doses exonérées, justifiant la plus grande vigilance des pharmaciens.

3.1.1.3. Les enquêtes

Les études nationales menées par les 31 CRPV sous l'égide de l'AFSSAPS impliquent le pharmacien pour en moyenne une grande enquête par an. En 2000, trois études épidémiologiques sur le traitement par AVK ont été initiées, permettant ainsi d'avoir une représentation globale du risque lié à ce type de médicament :

- les 436 laboratoires d'analyses médicales étaient chargés d'étudier le suivi biologique des patients, en fonction de la cible thérapeutique. Sur 2976 cas étudiés, seuls 42% des patients ont un INR correct lorsque la valeur cible est comprise entre 2 et 3, et 36% lorsque la cible se situe entre 3 et 4.5. L'indication du traitement était inconnue du biologiste pour 48% des malades.
- les 40 services de neurochirurgie devaient répertorier les hospitalisations liées au traitement par AVK. Sur 800 cas d'hémorragies du système nerveux central, 8% concernent des patients sous AVK.
- les 195 pharmacies d'officine devaient diffuser des questionnaires relatifs aux modalités de prescription des anticoagulants et aux connaissances des patients sur leur traitement. Les 751 réponses analysées ont entre autres fait apparaître que les signes d'un mauvais dosage sont mal connus : 41.5% des sujets savent qu'ils peuvent avoir des hématomes, 37.7% qu'ils peuvent saigner du nez, 31.3% qu'ils peuvent saigner des gencives, 18.9% qu'ils peuvent avoir du sang dans les urines, mais seulement 6.7% ont donné l'ensemble des réponses. De plus, si 45.5% des patients portent une carte mentionnant leur traitement par AVK, seuls 11% savent qu'il faut signaler le traitement à la fois au médecin, au dentiste, au pharmacien, au biologiste.

Ces enquêtes ont permis d'alimenter la réflexion sur les dangers liés aux traitements par AVK et constitué la base de nouvelles dispositions de sécurité des patients : la constitution d'un carnet de suivi et la mise en œuvre de contrats de bonnes pratiques pour le dosage en laboratoire et de contrats de santé publique pour une meilleure information des malades.

3.1.2. Les autres vigilances

Le système de matériovigilance s'apparente à celui de la pharmacovigilance : bien que ne possédant pas d'infrastructure régionale, l'évaluation des données repose sur une commission nationale spécifique et des sous-commissions techniques.

Le pharmacien étant habilité à délivrer des dispositifs médicaux, il est soumis aux obligations de matériovigilance. Il doit signaler tout incident ou risque d'incident mettant en cause un dispositif « ayant entraîné ou susceptible d'entraîner la mort ou la dégradation grave de l'état de santé d'un patient, d'un utilisateur ou d'un tiers » (Art L.665-6 du CSP). S'il est a priori moins concerné par cette surveillance, surtout assurée par les fabricants et les professionnels de santé utilisant des dispositifs médicaux dans le cadre de leur exercice (médecins et infirmières principalement), son devoir de notification subsiste dès lors qu'il a été averti du moindre incident.

La cosmétovigilance ne possède pour l'instant aucun cadre réglementaire spécifique ; la récente loi n°2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique (Journal Officiel du 11 août 2004) en prévoit le principe et les grandes lignes : tout professionnel de santé doit déclarer à l'AFSSAPS les effets indésirables graves susceptibles d'être dus à un produit cosmétique, c'est-à-dire une réaction nocive ou non recherchée se produisant dans les conditions normales d'emploi ou résultant d'un mésusage qui, soit justifierait une hospitalisation, soit entraînerait une incapacité fonctionnelle permanente ou temporaire, une invalidité, une mise en jeu du pronostic vital immédiat, un décès ou une anomalie ou une malformation congénitale.

Au cours de l'année 2003, l'AFSSAPS a mis en place une phase expérimentale de cosmétovigilance par le biais de quatre études pilotes [2]. L'une d'elle, menée en Lorraine avec l'aide de la coordination de toxicovigilance du nord-est (CAP de Nancy), visait à préciser la place du pharmacien d'officine dans le futur dispositif et à recueillir leur avis sur la fiche de notification. 50 pharmaciens choisis aléatoirement parmi les 883 officines de la région ont reçu cette fiche et répondu à une enquête téléphonique. L'étude révèle que plus de 80% d'entre eux se sentent concernés par cette démarche et souhaitent la pérenniser ; de nombreuses demandes de simplification de la notification ont été enregistrées. Seul un signalement « au fil de l'eau » semble envisageable, puisque seules quatre déclarations ont été effectuées sur une période de deux mois.

Validée en 2004, la fiche de notification, comme celle relative à la matériovigilance, est disponible sur le site de l'AFSSAPS : elles doivent être retournées directement à l'Agence, par courrier ou par fax.

3.1.3. La pharmacodépendance

La pharmacodépendance a pour objet la surveillance des cas d'abus et de pharmacodépendance liés à la prise de substances ou plantes ayant un effet psychoactif ainsi que tout médicament ou autre produit en contenant à l'exclusion de l'alcool éthylique et du tabac. Sur le même modèle que la pharmacovigilance, un réseau national d'évaluation de pharmacodépendance a ainsi été mis en place en France, afin de recueillir ces cas et de les évaluer. Il comprend :

- les professionnels de santé, pour la notification ; elle est obligatoire pour le pharmacien constatant des cas d'abus graves et de pharmacodépendances (Art. R.5219-13 du CSP).
- des Centres d'Evaluation et d'Information sur la Pharmacodépendance (CEIP), au nombre de six, localisés dans les Centres Hospitalo-Universitaires de Caen, Grenoble, Marseille, Nancy, Paris, Montpellier. Ils sont chargés du recueil et de l'évaluation des données communiquées par les professionnels de santé.
- l'AFSSAPS, avec un comité technique et la Commission Nationale des stupéfiants et des psychotropes.

Ce dispositif, en coordination avec la Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et les Toxicomanies (MILDT) dispose d'une capacité d'expertise et constitue un outil d'aide à la décision dans le domaine sanitaire et social (alerte sanitaire, classement de nouveaux produits, réduction des risques et prévention). Il représente également un instrument d'information rapide et adapté sur le potentiel d'abus et de dépendance des substances ainsi que sur les contextes d'usage et les risques de santé publique encourus.

Le réseau de pharmacodépendance dispose de différents outils de surveillance et d'évaluation :

- DRAMES : Décès en Relation avec l'Abus de Médicaments Et de Substances.
Cet outil sert à la mise en évidence des cas de décès survenant lors d'usage de substances dans le cadre d'abus ou de pharmacodépendance, même si ladite substance n'est pas la cause directe du décès. Ces cas peuvent être répertoriés au travers de la littérature, des services hospitaliers ou des instituts médico-légaux, et plus rarement grâce au concours des médecins de ville et des pharmaciens officinaux. DRAMES permet d'identifier les substances impliquées, de recueillir des données quantitatives (dosages sanguins) et d'estimer la mortalité liée à la drogue en France.

- OPPIDUM : Observation des Produits Psychotropes Illicites ou Détournés de leur Utilisation Médicamenteuse.
Depuis 1995, il procède au recueil anonyme et annuel des informations concernant l'usage de substances psychoactives auprès de sujets hospitalisés dans des structures de soins ou en ambulatoire. Sont inclus tous les sujets qui présentent une pharmacodépendance à une ou plusieurs substances ou qui sont sous traitement de substitution. Ce programme permet de surveiller l'évolution de la consommation de psychotropes et d'alerter les autorités sanitaires sur l'utilisation de nouveaux produits ou nouvelles voies d'administration ainsi que sur les associations potentiellement dangereuses.

- NOTS : NOTifications Spontanées.
Il s'agit du recueil et de l'évaluation des signalements spontanés des cas d'abus ou de pharmacodépendances, témoins des nouveaux cas de détournements d'usage et des nouvelles tendances de consommation. Les fiches de déclaration sont retournées aux CEIP sur le territoire duquel les cas ont été constatés. Rendues obligatoires depuis 1999, les notifications demeurent encore trop rares.

- OSIAP : Ordonnances Suspectes Indicateurs d'Abus et de Pharmacodépendance.
Cet outil implique plus particulièrement les pharmaciens d'officine : il a pour but d'identifier les substances détournées de leur utilisation thérapeutique à partir d'ordonnances falsifiées ou suspectes, c'est-à-dire :

- les fausses ordonnances rédigées à partir d'un ordonnancier volé ou falsifié, ou encore les ordonnances fabriquées et les photocopies,
- les ordonnances falsifiées proprement dites, rédigées sur une ordonnance valide, mais secondairement modifiées (ajout de médicaments, modification de la posologie…),
- les prescriptions anormales, comme les ordonnances de complaisance.

Instauré en 1994, OSIAP s'appuie sur les notifications de pharmaciens regroupés en réseaux de signalement : les réseaux sentinelles. Leur fonctionnement au sein des différents CEIP n'est pas harmonisé : le recrutement des pharmaciens repose soit sur un tirage au sort, soit sur le volontariat, en sollicitant les titulaires par l'intermédiaire des associations de

formation continue, de maîtres de stage ou de l'Ordre. Ainsi, les effectifs des huit réseaux sont très variables ; ils doivent néanmoins regrouper 10% des pharmacies du territoire pour constituer un échantillon représentatif. Généralement, on observe une diminution de la participation au fil du temps. Il est donc préférable de réaliser des recueils ponctuels, sur une période donnée, qui permettent de relancer le processus à chaque enquête et d'éviter la lassitude.

Pour exemple, le réseau sentinelle du Nord-Est compte actuellement 171 pharmaciens ; il a permis le signalement de 14 cas d'ordonnances suspectes en 1999 et seulement 6 en l'an 2000 [9]. Au vu de ces résultats, le CEIP a entrepris un recueil intensif sur une période de 15 jours, du 13 au 25 novembre 2000 : sur les 177 pharmaciens du réseau en 2000, 27 ont répondu, soit un taux de participation de 15,3%, avec un recueil de 11 ordonnances suspectes. La motivation des pharmaciens semblent donc être restée au stade des bonnes intentions, par manque de temps principalement. Cependant, les méthodes de recueil ponctuel, comme les enquêtes spécifiques, permettent d'obtenir des résultats plus satisfaisants. En juin 2000, le réseau des pharmaciens sentinelles de Lorraine a été sollicité pour une enquête nationale concernant le Néocodion® et son détournement d'usage par les toxicomanes aux opiacés, à l'initiative du CEIP du Nord-Est : 98 pharmaciens y ont participé.

Ici encore, l'implication des pharmaciens reste médiocre. Pourtant, leur place au sein de la surveillance des pharmacodépendances est particulièrement intéressante puisqu'il est témoin des abus de médicaments délivrés sans prescription et des falsifications d'ordonnances.

3.2. La participation aux enquêtes

La participation des pharmaciens d'officine est requise pour de nombreuses enquêtes, concernant les thérapeutiques elle-mêmes ou les habitudes des patients : disponibles et facilement accessibles, ils sont idéalement placés pour interroger, distribuer et collecter des questionnaires destinés au public. Les enquêtes peuvent être lancées par :

- les laboratoires pharmaceutiques : ils recherchent des informations sur la consommation des médicaments qu'ils commercialisent. Les questions portent en général sur les habitudes de prescription des médecins alentours ou sur le profil du public utilisant ces produits. Les enquêtes sont souvent proposées comme une prestation de services, contre des avantages (réduction, compensation en produits) lors de commandes. Les pharmaciens trouvent alors un intérêt commercial à leur participation.

- de nombreux organismes initient ou appuient par un partenariat des enquêtes de santé publique. L'AFSSAPS, le Cespharm et les caisses d'assurance maladie mènent ainsi régulièrement des études épidémiologiques faisant appel aux constations du pharmacien, ou des investigations sur leur pratique professionnelle.

- le milieu universitaire, par ses liens avec les CHU, ses chercheurs, ses étudiants en thèse, prend régulièrement l'initiative d'enquêtes scientifiques. De plus, dans de nombreuses facultés, les étudiants sont mis à contribution lors du stage officinal de sixième année. Les pharmaciens installés dans une ville universitaire sont ainsi plus fréquemment sollicités.

Si le pharmacien joue un rôle actif dans de nombreuses études en fournissant des données sur leurs activités particulières ou la vente de médicaments, il sert parfois seulement d'intermédiaire, en distribuant et collectant des questionnaires adressés au public : interrogés sur leur perception de leurs maladies, leur connaissance des traitements ou leurs habitudes de vie, les patients participent à des enquêtes sans réelle intervention du pharmacien.

Par exemple, le Cespharm mena en 2001 une enquête concernant l'auto-évaluation de la pression artérielle [54]. Une conférence de consensus venant de reconnaître l'intérêt médical de l'auto-mesure, le rôle respectif des différents acteurs de santé ainsi que leur formation devaient être évalués. A ce titre, les pharmaciens devaient d'une part s'exprimer sur le rôle qu'ils estimaient jouer dans ce domaine, et d'autre part distribuer des questionnaires destinés aux patients (cf. : figure 19). La première enquête, avec 189 répondeurs, montre que 98% des pharmaciens sont prêts à participer à l'éducation des patients concernant l'apprentissage du geste d'auto-mesure ; 88% estiment qu'il est de leur rôle d'assurer l'évaluation des mesures et, si nécessaire, de diriger les patients vers une consultation médicale. Quant au second questionnaire, rempli par 1600 patients, il montre que 52 % des hypertendus ont déjà mesuré leur tension sans leur médecin. Concernant le choix des tensiomètres, 69 % des patients attendent un conseil du médecin et 62 % un conseil du pharmacien [66].

Ce même type de démarche, alliant une enquête-pharmacien et une enquête-patient, est utilisée lors d'études de pharmacovigilance ou de pharmacodépendances : elle offre une vue globale de la situation, tout en permettant la centralisation des informations par un unique interlocuteur. Le pharmacien se voit donc déléguer les explications à fournir aux patients souhaitant participer à l'enquête, ce qui mobilise considérablement son temps, et suppose la gestion des formulaires, s'ajoutant aux nombreux papiers à répertorier à l'officine. Les études officielles permettent parfois un retour d'information, constitué par les résultats d'enquête, les conclusions et les éventuelles mesures qui en découlent. Malheureusement, la plupart du temps, l'implication du pharmacien s'arrête au moment du retour des questionnaires remplis en bonne et due forme.

3.3. L'opération Cyclamed

Le décret Lalonde d'avril 1992 relatif à la valorisation des déchets domestiques a prévu que tout fabricant de produits destinés au public devait contribuer à l'élimination de l'emballage de ses produits, soit par ses moyens propres, soit en participant à un système commun (Eco-emballages). Des négociations ont été entreprises entre l'industrie pharmaceutique, l'Ordre National des Pharmaciens et tous les syndicats de la profession, afin de créer un dispositif offrant une répartition des charges équilibrée entre les différents acteurs de la chaîne du médicament : le dispositif Cyclamed. Association loi 1901 à but non lucratif, Cyclamed permet ainsi la présence et l'expertise d'un pharmacien sur la totalité de la chaîne du médicament, respectant le monopole de compétence. Le retour des médicaments s'effectue donc sur le schéma inverse de leur dispensation : ils sont collectés et triés par le pharmacien d'officine, transmis par les grossistes-répartiteurs, avec le soutien financier des laboratoires pharmaceutiques.

1. Avez-vous déjà mesuré **vous-même** votre tension artérielle **sans votre médecin** ? ❑ oui ❑ non

Si oui, précisez dans quelle(s) condition(s) ?

– dans une pharmacie ❑ oui ❑ non

– à votre domicile avec un appareil d'automesure *(tensiomètre électronique, par exemple).* ❑ oui ❑ non

2. Avez-vous un accès à Internet ? ❑ oui ❑ non

Si non, passez directement aux questions 6 et 7.

Si oui, précisez le lieu : ❑ à votre domicile ❑ travail ❑ autre(s) *(chez des amis ou parents...)*

3. Avez-vous déjà recherché des informations médicales sur Internet ? ❑ oui ❑ non

Si oui, étaient-elles en rapport avec :

❑ hypertension artérielle
❑ tabagisme
❑ cholestérol
❑ infarctus
❑ informations sur les prises de sang et les examens radiologiques pour le bilan d'une hypertension artérielle
❑ mesure de la tension
❑ excès de poids ou obésité
❑ diabète
❑ maladie rénale
❑ autre(s) précisez : .....

4. Souhaiteriez-vous, recevoir des adresses de sites Internet vous permettant de trouver des informations médicales fiables et de bonne qualité concernant l'hypertension et les maladies cardiovasculaires ?

❑ oui
❑ non
❑ je ne sais pas

5. Avez-vous une adresse e-mail : ❑ oui ❑ non

– **Si oui,** souhaitez-vous recevoir par messagerie électronique des informations concernant l'hypertension et les maladies cardiovasculaires ? ❑ oui ❑ non

– Avec quelle fréquence : ❑ deux fois par an ❑ tous les trois mois ❑ tous les mois

– **Si non,** pourquoi ? : .....

.....

.....

6. Attendez-vous que votre pharmacien vous conseille sur le choix d'un appareil d'automesure ?

❑ oui ❑ non

7. Souhaitez-vous que votre pharmacien vous en explique le fonctionnement et les conditions d'utilisation ?

❑ oui ❑ non

Figure 19 : Questionnaire destiné aux patients dans l'enquête sur l'hypertension artérielle.

Le médicament étant un produit de consommation à part, l'objectif de Cyclamed repose sur un triptyque inédit, trois valeurs mobilisatrices :
- la protection de l'environnement, par l'incinération des Déchets Issus du Médicament (DIM). Cette démarche permet à la fois une élimination propre des DIM et leur valorisation énergétique.
- la sécurité sanitaire et le bon usage des médicaments. En effet, la récupération des médicaments après traitement évite l'accumulation de produits au sein des pharmacies domestiques, potentiellement responsable d'erreurs d'automédication et d'incidents domestiques.
- une collecte à visée humanitaire par le tri des MNU (Médicaments Non Utilisés), par le biais de nombreux organismes humanitaires (Pharmacie Humanitaire Internationale, Médecins du Monde, Solidarité Internationale,...). Cet engagement vient prolonger une tradition généreuse de nombreux pharmaciens impliqués dans la collecte des MNU au profit des personnes démunies.

Cependant, des divergences opposant l'Ordre des pharmaciens et Cyclamed sont peu à peu apparues, remettant en cause l'efficacité du dispositif. De plus, dès 2003 ont été établis des cas de fraudes de pharmaciens, réutilisant pour leur propre compte les MNU rapportés par les citoyens ; ces dérapages inadmissibles, condamnés par l'Ordre, firent scandale et générèrent ce qu'on appelât l'« affaire Cyclamed », largement médiatisée. Saisie par le ministre de la santé en septembre 2004, l'IGAS (Inspection Générale des Affaires Sociales) fut chargée d'enquêter sur l'ensemble du dispositif. Le rapport final [31], rendu en janvier 2005, critique sévèrement le fonctionnement actuel de Cyclamed, qui n'est plus agréé depuis avril 2004, et fait apparaître des dérives inquiétantes.

Tout d'abord, le bilan environnemental s'avère décevant : le taux de collecte atteint 11,6%, très loin des 75% prévus dans les engagements initiaux, qu'Eco-Emballages a réussi à honorer. Le financement de l'opération est également remis en cause, les collectivités supportant une partie des dépenses en lieu et place des industriels. L'IGAS dénonce les campagnes d'information de Cyclamed, véhiculant des données inexactes ou non prouvées.

De plus, la dimension humanitaire de l'opération semble compromise. Depuis plusieurs années déjà, l'OMS et diverses associations s'opposent aux dons de MNU : de très nombreux dons inappropriés sont détruits. L'IGAS demande l'interdiction de l'utilisation des MNU, arguant notamment d'une récupération de moins en moins efficace parfois source de danger, un tri peu sélectif selon les associations, des médicaments ne répondant pas aux besoins locaux, des conditions de conservation inconnues.

Le seul bénéfice subsistant serait alors la sécurité domestique, qui pourrait être assurée par une collecte exclusive des MNU (sans emballages, notices, blisters) et leur destruction systématique. Face à ce constat, l'IGAS recommande de mettre fin au système actuel de recyclage des médicaments en ne renouvelant pas l'agrément de Cyclamed. Parmi les scénarios envisagés, l'inspection propose l'absorption de Cyclamed par Eco-Emballages, ou la création d'une filière nationale de collecte des médicaments par l'intermédiaire des pharmaciens, qui pourrait intégrer les DASRI (Déchets d'Activités de Soins à Risques Infectieux).

Dans l'attente d'une décision et de la création d'un nouveau système agréé par les pouvoirs publics, l'Ordre des pharmaciens, par la voix d'Isabelle Adenot, Présidente du Conseil Central de la section A, recommande une récupération sans tri des médicaments qui exclurait les boites d'emballage et les conditionnement vides [1]. L'échec de l'opération

Cyclamed, préjudiciable pour l'image de la profession, ne doit cependant pas faire oublier le concours bénévole de la quasi-totalité des pharmaciens pendant douze ans.

La restructuration du système de recyclage des médicaments devrait logiquement reposer sur l'implication des pharmaciens : si les boites et notices peuvent suivre la filière des déchets domestiques, les MNU quant à eux doivent impérativement faire l'objet d'une collecte sécurisée, afin d'éviter le risque de récupération sauvage et de circuits parallèles. Le retour des seuls médicaments inutilisés sans leur conditionnement permet de lever toute suspicion quant au devenir des produits rapportés au pharmacien.

Quant à la récupération des DASRI, elle suscite l'inquiétude de la profession : ce service serait très utile pour les personnes diabétiques ou les infirmiers libéraux, mais pose un problème de sécurité sanitaire. Comment collecter et conserver en toute sécurité des déchets présentant un risque infectieux dans un lieu aussi fréquenté qu'une officine ? Une expérience menée dès 2004 dans quatorze communes du Puy-de-Dôme [30] laisse entrevoir une solution intermédiaire : les pharmaciens informent et distribuent gracieusement des conteneurs pour l'instant destinés à ne recevoir que les déchets mous (cotons, compresses, gants, sondes...) et ceux en contact avec le sang ou tout autre liquide biologique. Les patients récupèrent eux-mêmes leurs déchets et les portent dans les déchetteries adaptées. Avec 25% des emballages distribués effectivement apportés aux incinérateurs, le projet doit s'étendre en 2005 à 117 officines et comporter la collecte du matériel coupant ou tranchant (seringues, aiguilles, lancettes). La traçabilité du système est assurée par le pharmacien, qui répertorie les conteneurs délivrés sur une liste sécurisée et confidentielle.

Cette initiative, soutenue par l'ensemble du réseau de santé, augure du rôle à venir du pharmacien : il ne peut se détourner de sa mission de santé publique et constitue l'interlocuteur privilégié du public, le premier maillon des actions entreprises. Il s'est successivement vu proposer la récupération des radiographies, des thermomètres à mercure, des piles... Le pharmacien sera toujours présent, quels que soient les nouveaux dispositifs de recyclage des médicaments, de destruction des déchets, de dons destinés à l'aide humanitaire.

3.4. Contraintes et bénéfices

Au travers des différents services de santé publique abordés, l'implication des pharmaciens semble chargée de nombreuses contraintes. La vigilance sanitaire, qui demeure une obligation professionnelle, repose sur le volontariat des acteurs de santé. L'investissement des pharmaciens dans des missions particulières, comme la surveillance d'ordonnances suspectes ou la participation à des enquêtes officielles de santé publique, suppose un engagement désintéressé. Leur intervention dans la récupération des MNU ou des collectes à visée humanitaire, si l'on écarte les rares esprits mal intentionnés, est purement bénévole.

La notion de service perd ici toute motivation commerciale : contrairement à certains services de proximité, aucune fidélisation de clientèle, aucun accroissement de fréquentation de l'officine ne vient récompenser le travail effectué par le pharmacien. Si des notifications ponctuelles en matière de vigilance sanitaire semblent demander peu d'efforts, elles impliquent pourtant de réaliser des investigations et de prendre contact avec les prescripteurs. De plus, n'oublions pas que la vigilance du pharmacien s'exerce surtout en amont par la prévention des effets indésirables, l'explication des précautions d'emploi, l'incitation à une

bonne observance. Le recyclage des médicaments par Cyclamed exigeait jusqu'alors de construire les cartons de recueil et de trier quotidiennement les produits rapportés en lots destinés à être détruits ou à être évalués et valorisés par des associations humanitaires. La participation aux enquêtes demande du temps pour recueillir les données requises, ou sensibiliser l'ensemble de l'équipe officinale, recruter les patients, organiser de façon pratique la collecte des questionnaires et leur retour.

Pourtant, cet engagement du pharmacien revêt une importance capitale : il lui permet de s'affirmer en tant que professionnel de santé, de prouver l'importance de son rôle de sentinelle de la santé publique. Comme nous l'avons évoqué à plusieurs reprises, la valeur ajoutée de l'officinal est indiscutable : sa contribution est indispensable dans la surveillance de l'automédication et des conduites addictives, et son statut lui permet de rencontrer un grand nombre de patients chaque jour. Au delà de sa crédibilité personnelle en tant que scientifique, c'est l'image de la profession qui se trouve revalorisée. D'autre part, la mobilisation des pharmaciens protège leur monopole : les déchets médicamenteux et le recueil d'informations sur les thérapeutiques restent de leur responsabilité. Leur implication dans ce domaine renforce leur position au sein du système de santé et pourrait même augurer de nouvelles responsabilités au cœur d'un métier en pleine mutation.

Conclusion

A métier particulier ses services particuliers. La profession de pharmacien étant très réglementée, certains de ses services le sont également, comme la participation au système des gardes ou l'implication dans les vigilances sanitaires. S'agissant d'une profession mi-libérale mi-commerciale, de nombreux services proposés présentent des avantages commerciaux : la qualité d'accueil et d'écoute, la réalisation de vitrines, les prestations facilitées (tiers payant). Mais le pharmacien rend parallèlement un grand nombre de services désintéressés : il s'efforce d'orienter au mieux les patients, s'implique dans l'éducation à la santé et le dispositif Cyclamed, participe à des enquêtes...

Certains aspects de la profession disparaissent peu à peu : les préparations magistrales et officinales, les analyses biologiques sont devenues des activités marginales. A l'inverse, les services de santé, avec leurs volets scientifique, médical et social, se sont fortement accrus, en raison à la fois de l'énorme développement de l'arsenal thérapeutique et de certains phénomènes de société : exigence de plus en plus grande du public en matière de sécurité sanitaire, volonté de plus en plus fréquente des patients de participer à leur traitement, vieillissement de la population, isolement des personnes âgées, apparition de certaines maladies nécessitant un traitement au long cours, développement de la toxicomanie.

Par ailleurs, le pharmacien d'officine est devenu un auxiliaire incontournable de la sécurité sociale et des caisses d'assurance maladie. Après l'attribution d'un droit de substitution, ses responsabilités dans ce domaine, vont certainement se multiplier dans le futur :
- en raison du souhait général qu'ont actuellement les pouvoirs publics de faire basculer progressivement certaines dépenses de santé de l'hôpital vers la ville ;
- avec le suivi du dossier médical des patients que permettra l'accès à VITALE 2 : dossier électronique individuel propre à chaque patient comportant des informations sur son passé médical et thérapeutique, ses vaccinations.

Un professionnel de santé de proximité, source disponible d'informations médicales, et un acteur à part entière dans la chaîne de soins et la promotion de la santé publique : toutes ces facettes de la profession concourent non seulement à justifier l'existence du monopole pharmaceutique mais également à envisager certaines évolutions futures de la pratique professionnelle. Avec la diminution de la démographie des professions médicales et les problèmes de financement des dépenses de santé, de nouvelles responsabilités en matière de prévention et de suivi des patients sont reportées sur le pharmacien d'officine ; certains services pourraient à l'avenir être formalisés et rémunérés comme un « acte pharmaceutique » : les consultations particulièrement longues ou délicates, le remplissage des piluliers, le relais des campagnes de prévention.

En dehors de la délivrance des médicaments, l'ensemble de la profession doit s'impliquer dans cette mission de service, afin de protéger son monopole dans l'intérêt de la santé publique et de trouver sa juste place dans un système de soins en pleine évolution.

ANNEXES

Annexe 1 : Les attentes du public envers le pharmacien [51]

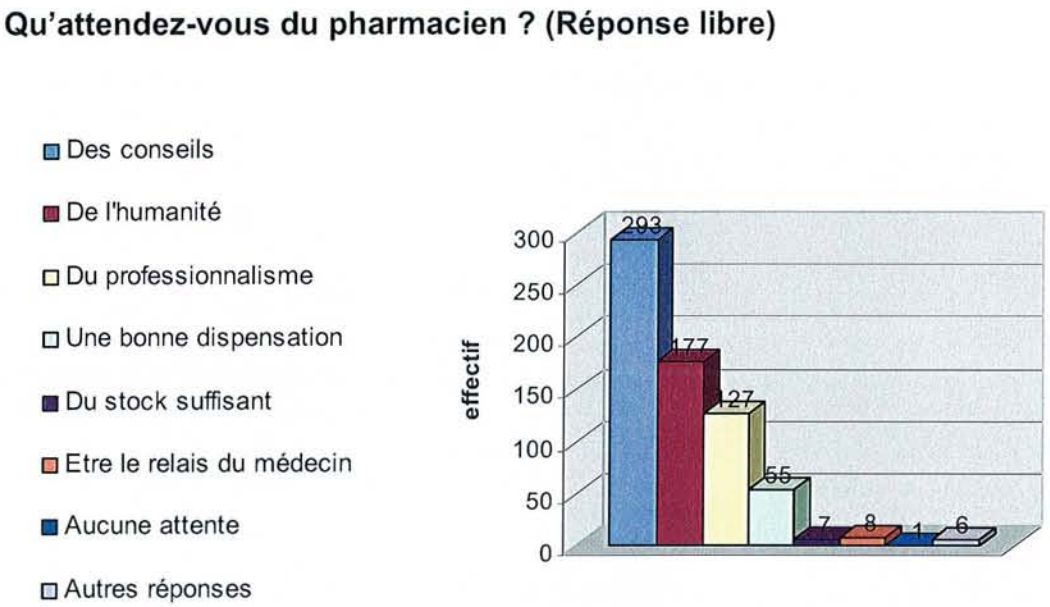


Figure 1 : Les attentes de la population

- 293 réponses concernent les attentes par rapport aux conseils du pharmacien.
  - Conseils sur les ordonnances, la posologie des médicaments, les effets indésirables… : 102 réponses.
  - Conseils sur les pathologies, les soins bénins et d'urgence : 91 réponses.
  - Conseils divers : 73 réponses.
  - Conseils en parapharmacie : 10 réponses.
  - Savoir orienter lorsque les limites des pharmaciens sont dépassées : 10 réponses.
  - Conseils en mycologie : 2 réponses.
  - Conseils en herboristerie et en homéopathie : 2 réponses.
  - Conseils en orthopédie : 1 réponse.
  - Conseils administratifs (remplir les feuilles de soins) : 1 réponse.
  - Clarté dans les explications : 1 réponse.

- 177 réponses concernent des attentes par rapport à l'humanité du pharmacien :
  - Amabilité, écoute, accueil : 89 réponses.
  - Discrétion : 34 réponses.
  - Disponibilité : 28 réponses.
  - Confiance réciproque entre pharmaciens et patients : 10 réponses.
  - Rassurer, soutenir : 10 réponses.
  - Confidentialité : 4 réponses.
  - Respecter : 2 réponses.

- 127 réponses sont relatives aux qualités que doit avoir tout professionnel de santé :
  - Compétence et professionnalisme : 48 réponses.
  - Attention par rapport aux prescriptions : 30 réponses.
  - Sincérité dans ce qu'il dit et vend, assumer ses choix et faire moins de commerce : 14 réponses.
  - Efficacité, rapidité dans la préparation des médicaments : 10 réponses.
  - Intégrité, responsabilité : 9 réponses.
  - Prévention : 7 réponses.
  - Respecter le secret médical : 3 réponses.
  - Avoir de l'assurance : 2 réponses.
  - Assurer la qualité : 2 réponses.
  - Savoir : 1 réponse.
  - Se former continuellement : 1 réponse.

- 55 réponses ont été obtenues concernant la dispensation :
  - Délivrer les médicaments : 34 réponses.
  - Substituer, insister sur les génériques : 14 réponses.
  - Exécuter les ordonnances : 3 réponses.
  - Avancer les produits : 3 réponses.
  - « Qu'il me donne le traitement adapté à ma pathologie, à mes allergies… » : 1 réponse.

- Etre le relais du médecin : 8 réponses.
- Avoir un stock suffisant, éviter de faire revenir les gens : 7 réponses.
- Rien : 1 réponse.
- 6 autres réponses :
  - Noter la posologie sur les boîtes : 2 réponses.
  - « Qu'il se recentre sur son métier. » : 1 réponse.
  - « Qu'il questionne le patient. » : 1 réponse.
  - « Qu'il reste en campagne. » : 1 réponse.
  - « Qu'il fasse des préparations. » : 1 réponse.

Supports d'information destinés à la vente en officine
Avis favorables rendus par le Cespharm au 31 décembre 2004

Support	Editeur	Edition	Titre	Auteur
Livre	Ambre	*2001*	*Femme pour toujours - La ménopause à cœur ouvert*	*Françoise Kremer*
Livre	Balland/Jacob-Duvernet	*2000*	*Je soigne mon bébé*	*Edwige Antier*
Livre	Balland/Jacob-Duvernet	*1998*	*Mon bébé dort bien*	*Edwige Antier*
Livre	Balland/Jacob-Duvernet	*2000*	*Mon bébé parle bien*	*Edwige Antier*
Livre	Balland/Jacob-Duvernet	*1998*	*Mon bébé mange bien*	*Edwige Antier*
Livre	Balland/Jacob-Duvernet	*1999*	*Mon bébé devient propre*	*Edwige Antier*
Livre	Balland/Jacob-Duvernet	*2001*	*Vos dents - Qui, quoi, combien ?*	*Michel Cymes et Patrick Hescot*
Livre	Balland/Jacob-Duvernet	*2000*	*Etre en forme après 50 ans*	*Anne Jeanblanc et Evelyne Flageul*
Livre	Balland/Jacob-Duvernet	*2001*	*Mal de dos, mal de vivre**	*Michel Cymes et Jean-François Elberg*
Livre	Balland/Jacob-Duvernet	*1998*	*Bien être - Les essentiels de la forme et de la santé*	*Anne Jeanblanc et Evelyne Flageul*
Livre	Chepe	*2002*	*Diabétologie - Le diabète du jeune*	*dessins et scénario par Kéline Fichter ; supervision Dr Sylvaine Clavel, Pr Gérard Cathelineau, Pr Pierre Chatelain, Dr Jean Kressmann, Pr Gérard Slama, Dr Maryvonne Bouchard, Pr Jean-Philippe Assal*
Livre	Chepe	*2003*	*Incontinence urinaire - Problèmes et solutions*	*dessins et scénario par Kéline Fichter ; relecture Pr Paul Perrin, Françoise Degarat, Dr Jean-Marc Rigot, Corinne Lesage*
Livre	Hachette	*2001*	*Homéopathie – Mode d'emploi*	*Gérard Pacaud*
Livre	Hachette - Marabout	*2001*	*Homéopathie – Le guide d'utilisation des 70 médicaments clés*	*Andrew Lockie*
Livre	In press	*2001*	*Le psoriasis*	*Dr Laurence Valeyrie et Gaël Hubert*
Livre	IPREDIS	*1990*	*Table pratique de composition des aliments courants*	*Jean-Pierre Ruasse*

Support	Editeur	Edition	Titre	Auteur
Livre	IPREDIS	*1998*	*Indications et application pratique de l'homéopathie*	*Jean-Pierre Ruasse*
Livre	IPREDIS	*1991*	*L'indispensable en homéopathie*	*Jean-Pierre Ruasse*
Livre	IPREDIS	*2001*	*Bon poids, bonne forme au quotidien*	*Jean-Pierre Ruasse*
Livre	IPREDIS	*1995*	*La diététique au fil de l'âge*	*Jean-Pierre Ruasse*
Livre	IPREDIS	*2002*	*Ma Thyroïde et Moi*	*Dr Jean-Marc Comas*
Livre	IPREDIS	*2002*	*Les nouveaux choix alimentaires*	*Dr Jean-Pierre Ruasse*
Livre	Josette Lyon	*2000*	*Hémorroïdes, MST et autres maladies anales – comment les soigner*	*Claude Altman et Marion Lagneau*
Livre	Josette Lyon	*1997*	*Comment vivre avec un Alzheimer*	*Michèle Micas*
Livre	Josette Lyon	*2000*	*Comment vivre avec un diabétique*	*Georges Tchobroutsky et Pierre-Yves Traynard*
Livre	Josette Lyon	*2000*	*Comment vivre avec un parent âgé*	*François Baumann*
Livre	Josette Lyon	*1996*	*Maigrir spécial enfants*	*Patrick Serog*
Livre	Josette Lyon	*1994*	*Comment vivre avec un malentendant*	*Philippe Lafosse et Gérard Challier*
Livre	Josette Lyon	*2001*	*Comment vivre avec un malade psychique*	*Collectif de l'UNAFAM*
Livre	Josette Lyon	*2000*	*Comment vivre avec un déprimé*	*Jean-Marie Vanelle*
Livre	Josette Lyon	*2000*	*Comment vivre avec un cardiaque*	*Jean-Louis Jullien*
Livre	Josette Lyon	*1999*	*Comment vivre avec un rhumatisant*	*Liana et Gérard Ziegler*
Livre	Josette Lyon	*2000*	*Comment vivre avec un enfant asthmatique*	*Jean Paupe avec la collab. Luc Réfabert*
Livre	Josette Lyon	*1999*	*Comment vivre avec une anorexique*	*Dr Gilles Agman, Annie Gorgé*
Livre	Josette Lyon	*2001*	*Comment vivre avec un enfant déprimé*	*Pr Pierre Ferrari*
Livre	Josette Lyon	*2002*	*Comment vivre avec un handicapé respiratoire*	*Daniel Pignier et Dr Nadine Desmazes-Dufeu*
Livre	Larousse Diffusion	*2001*	*Le VIDAL® de la famille*	*Collectif*

Support	Editeur	Edition	Titre	Auteur
Livre	MédiComix	*2002*	*Les quatre saisons de Jessica - Les premières règles**	*Benjamin Herzberg et Dr Ruth Gozlan*
Livre	Médi-Text	*2002*	*Hernie hiatale et Reflux gastro-œsophagien*	*Pr Stanislas Bruley des Varannes*
Livre	Michel Servet	*2002*	*La dépression*	*Dr Patrick Lemoine*
Livre	Michel Servet	*2002*	*L'hospitalisation à domicile**	*Dr Eric Dubost*
Livre	Michel Servet	*2002*	*La fièvre et l'enfant*	*Dr Béatrice Kugener et Dr Catherine Brue*
Livre	Michel Servet	*2002*	*Le syndrome de fatigue chronique*	*Dr Grégoire Cozon*
Livre	Michel Servet	*2002*	*L'anémie*	*Dr Charles Dumontet*
Livre	Michel Servet	*2002*	*Le diabète*	*Dr Thierry Brue*
Livre	Michel Servet	*2002*	*Les allergies*	*Dr Jean-Louis Brunet*
Livre	Michel Servet	*2002*	*Peau et soleil - Un capital pour la vie*	*Dr Frédéric Bérard*
Livre	Michel Servet	*2003*	*Sexualité au masculin*	*Dr Marie-Hélène Colson*
Livre	Michel Servet	*2003*	*L'hypertension artérielle**	*Pr Patrick Ambrosi*
Livre	Michel Servet	*2002*	*Les anesthésies*	*Dr Bernard Allaouchiche*
Livre	Michel Servet	*2002*	*Les dents et l'enfant*	*Dr Christian Demange et Dr Colette Orival-Demange*
Livre	Michel Servet	*2002*	*Le mal de dos*	*Dr Philippe Guidon*
Livre	Michel Servet	*2003*	*L'insomnie**	*Dr Patrick Lemoine*
Livre	Odile Jacob	*2002*	*Comment sortir de l'anorexie ? et retrouver le plaisir de vivre*	*Dr Yves Simon et François Nef*
Livre	Odile Jacob	*1998*	*Le sommeil de votre enfant*	*Pr André Kahn*
Livre	Odile Jacob	*2001*	*Le guide de l'adolescent - De 10 ans à 25 ans*	*Dr Alain Braconnier*
Livre	Pariente	*2002*	*Diabêtisier*	*Dr Pierre Caggini*
Livre	Pariente	*2002*	*Dictionnaire acnédotique*	*Dr Eric Lefebvre*
Cd-rom	Pasteur Mediavita	*2002*	*Mémoire - Avoir une bonne mémoire*	*Collectif*

Support	Editeur	Edition	Titre	Auteur
Livre	Pierre Horay	*2001*	*J'attends un enfant*	*Laurence Pernoud*
Livre	Pierre Horay	*2001*	*J'élève mon enfant*	*Laurence Pernoud*
Livre	Privat	*2001*	*L'arthrose*	*Pr Eric Vignon et Dr Christian Mansat*
Livre	Privat	*1999*	*La santé de votre peau*	*Dr Yvon Gall*
Livre	Privat	*1996*	*Le tabagisme*	*Pr Bertrand Dautzenberg*
Livre	Privat	*1996*	*La nutrition*	*Dr Jean-Michel Lecerf*
Livre	Privat	*1997*	*Le cholestérol*	*Dr Jean-Marie Bourre*
Livre	Privat	*1999*	*Peau et soleil*	*Pr Jean Meynadier, Dr Laurent Meunier*
Livre	Privat	*1997*	*La cellulite*	*Dr Philippe Blanchemaison, Dr David Elia, Dr Jean-Claude Hagège et al.*
Livre	Privat	*1998*	*Le stress*	*Dr Christophe André, Dr François Lelord et Dr Patrick Légeron*
Livre	Privat	*1999*	*La santé des jambes*	*Pr Henri Boccalon*
Livre	Privat	*1997*	*Le bruit*	*Jean-Pascal Ciattoni*
Logiciel	Roche Diagnostics	*2001*	*Accu-Chek Compass (logiciel de prise en charge du diabète)*	*Recherche et développement - Roche Diagnostics*
Livre	Serpenoise	*2002*	*A la découverte des baies et fruits sauvages de Lorraine*	*Alain et Marie-Jeanne Génevé*
Livre	Tribune santé	*2002*	*Le guide des urgences de l'enfant et du nourrisson*	*Collectif*
Livre	XO Editions	*2001*	*Les gestes qui sauvent*	*La Croix-Rouge française*

* Ces avis, bien que favorables, sous soumis à certaines réserves.

BIBLIOGRAPHIE

[1] ADENOT Isabelle
Lettre ouverte à Mr Bernard Mesure, Président de Cyclamed.
La Lettre des Nouvelles Pharmaceutiques, 2005, 294, 1

[2] AFSSAPS
Comité de coordination des vigilances des produits de santé. Bilan 2003 : principaux faits marquants.
AFSSAPS, 2004, 109p

[3] AFSSAPS
Guide des bonnes pratiques de pharmacovigilance.
AFSSAPS, 2004, 23p

[4] AFSSAPS
Informations générales sur le contrôle du marché des appareils d'automesure tensionnelle.
Répertoires et listes, 2005, [http://agmed.sante.gouv.fr/htm/5/tensio.htm]

[5] ALFEDIAM
Diabétique : protégez vos pieds !
La revue du Praticien, 2003, 53, 1117

[6] ALLAIRE Aude
Les techniques de communication.
Rueil-Malmaison : Groupe liaisons ; Paris : Le moniteur des pharmacies et des laboratoires, 1999, 93p - (Les essentiels du pharmacien. Optimisez vos ventes ; 3)

[7] ANDRADE Marie-Odile
Pharmacies de toujours.
Le Puy : C. Bonneton, 1979, 188p

[8] APOTICOM
Programme d'accès aux soins et au matériel de prévention pour les usagers de drogue dans les pharmacies d'Ivry-sur-Seine. Premier bilan à 1 an.
Apothicom, 2003, 56p, [http://www.steribox.tm.fr/francais/actualite/intro.htm]

[9] ARMAND-MALAPLATE Catherine
Place du réseau de pharmaciens sentinelles de Lorraine dans le dispositif public de lutte contre les pharmacodépendances.-126f
Th : Pharmacie : Nancy I : 2001

[10] ASMAR Roland, ZANCHETTI Alberto
Guidelines for the use of self-blood pressure monitoring : a summary report of the first international consensus conference.
Journal of hypertension, 2000, 18 (5), 493-508

[11] BARRERE Igor
Les pharmaciens parlent ... : à l'écoute Igor Barrere
Paris : Stock, 1976, 245p

[12] BARRY Hervé, ALLENET Benoît
Analyse des conditions d'intégration des produits génériques dans les officines. Proposition d'une typologie comportementale des pharmaciens.
Les nouvelles pharmaceutiques, 2001, 373, 557-562

[13] BEGAUD Bernard, BLAYAC Jean-Pierre, et al.
Iatrogénie médicamenteuse : estimation de sa prévalence dans les hôpitaux publics français.
Thérapie 1999 ; 54 : 21-27

[14] BELON Jean-Paul, TABUTIAUX Agnès et al.
Substitution par les génériques. Aide à la pratique officinale.
Paris, Amsterdam [etc.] : Elsevier, 2001, 146p

[15] CASAURANG Pascal
Les multiples demandes d'assistance demandées en officine, analyse et évaluation.
Les Annales Pharmaceutiques Françaises, 1998, 56, 4, 187-190

[16] CESPHARM
Encore la canicule ? Le pharmacien en première ligne !
Paris : CESPHARM, 2004, 4p

[17] CHEVALIER Hélène
Problèmes de santé courants : étude « Premier geste ».
Rapport de l'AFIPA, 1999, 19p, [http://www.afipa.org/index/informations/etude0.pdf]

[18] CIOLINO Antoine
Agencement et confidentialité à l'officine : enquête menée dans les pharmacies de Meurthe et Moselle.-135f
Th : Pharmacie : Nancy I : 2002

[19] COLLIN D'HARLEVILLE Jean-François
Santé et prévention : enquête auprès des pharmaciens d'officine 98/99.
Vanves : CFES, 1999, 64p (Col. Baromètres)

[20] DE HARO Luc, PROST Nicolas et al.
Intoxications par champignons : expérience du Centre Anti-Poisons de Marseille en 1994 et 1998.
BEH, 1999, 30, [http://www.invs.sante.fr/beh/default.htm]

[21] DUPIN-SPRIET Thérèse
Croix verte allumée, poste de secours avancé.
Actualités Pharmaceutiques, 2002, 409, 43-45

[22] DUPIN-SPRIET Thérèse
Lutte acharnée contre le tabac, QSP 19.
Formation continue de l'Université de Lilles, 2003, [http://arachosia.univ-lille2.fr/form_continue/QSP19.html]

[23] DUPIN-SPRIET Thérèse, GARAT-CHABROT Christine et al.
Gardes sans mégarde.
Actualités Pharmaceutiques, 2003, 424, 42-45

[24] ETIENNE Benoît
La gestion du tiers-payant : du papier à la télétransmission.-133f
Th : Pharmacie : Nancy I : 1998

[25] FALLOURD Guillaume
Gardes et urgences en pharmacie. Les contraintes de l'article L.221-17 du Code du travail.
Les nouvelles pharmaceutiques, 2002, 377, 517-522

[26] FOUASSIER Eric
Le juge communautaire et la vente de médicaments sur Internet.
Les nouvelles pharmaceutiques, 2004, 382, 109-123

[27] FOUASSIER Eric
Le pharmacien emplumé. L'image et le rôle du pharmacien d'officine : une réflexion illustrée par la littérature.
Paris : Interfimo, 1995, 159p

[28] FOUASSIER Eric
Le secret professionnel.
Synthèses juridiques de l'ONP, 2000, [http://www.ordre.pharmacien.fr/fr/jaune/index3]

[29] GIE SESAM-Vitale
Rapport annuel 2004.
GIE SEAM-Vitale : 2005, 62p, www.sesam-vitale.fr

[30] GOURVEST Jean-Pierre
Test à l'officine pour tri sélectif en Auvergne.
Le quotidien du pharmacien, 2005, 2282, 4

[31] GRASS Etienne, LALANDE Françoise
Enquête sur le dispositif de recyclage des médicaments « Cyclamed ».
IGAS, rapport n°2005 001, 2005, 74p

[32] Groupe de travail du Collège des Pharmaciens Français Conseillers et Maîtres de stage
Guide de stage de pratique professionnelle en officine.- 11ème édition
Paris : Ordre des Pharmaciens, 2003, 387p

[33] Groupe de travail FIP/OMS Pharmacien et sida
Le pharmacien, acteur de prévention de la transmission du Sida chez les usagers de drogues par voie intraveineuse.
FIP, module III, 19p, [www.fip.org/vihsida]

[34] GUOLI-WALTER Patricia
La fermeture hebdomadaire et le service de garde en officine.-80f
Th : Pharmacie : Nancy I : 1986

[35] HERLAKIAN Grégory
L'évolution du marché des génériques.
Actualités pharmaceutiques, 2004, 434, 14-22

[36] HILGERS Mathieu
Patients ou clients ? Analyse anthropologique des échanges dans une pharmacie en Belgique.
Ethnologies comparées, 2004, 7, [http://alor.univ-montp3.fr/CERCE/r7/m.h.htm]

[37] INPES
Rapport d'activité 2003.
Saint-Denis : INPES, 2005, 124p

[38] ISSA Maryame
Le secret professionnel en pharmacie d'officine : aspects déontologiques et éthiques.-76f
Th : Pharmacie : Nancy I : 2004

[39] JACQUEMET Stéphane, CERTAIN Agnès et al.
Education thérapeutique du patient : rôles du pharmacien
Les nouvelles pharmaceutiques, 2000, 367, 269-275

[40] KARRER Maryse, BUTTET Pierre et al.
Comment pratiquer l'éducation pour la santé en médecine générale ou en pharmacie ?
Santé Publique, 2004, 16, 3, 471-485

[41] LAMARCHE Jean
L'accueil du toxicomane à l'officine.
Paris : Masson ; Levallois-Perret : Le quotidien du pharmacien, 2002, 143p

[42] LE GUEUT-DEVELAY Michel
Le secret médical.
Cours en ligne de Médecine Légale, 1998, [http://www.med.univ-rennes1.fr/resped/cours/medecine_legale/secret_medical.htm]

[43] LECORPS Philippe
1942-2002 : de l'éducation sanitaire à l'éducation pour la santé.
La santé de l'homme, 2002, 362, 21-23

[44] LEMOINE Patrick
Le mystère du placebo.
Paris : Editions O. Jacob, 1996, 238p

[45] LEPAGE Henri et al.,
Propositions de recommandations relatives à la préparation éventuelle des doses à administrer.
Les nouvelles pharmaceutiques, 2004, 383, 159-164

[46] LEVREY Ghislaine
Le refus de vente en pharmacie d'officine.-77f
Th : Pharmacie : Nancy I : 1995

[47] MERGELIN Francis
L'acte pharmaceutique, réflexions juridiques pour une refondation intellectuelle et éthique.
Les nouvelles pharmaceutiques, 2002, 375, 273-281

[48] MERGELIN Francis
Le reconditionnement des spécialités pharmaceutiques en piluliers. Question pratique, flou juridique et enjeux fondamentaux.
Les nouvelles pharmaceutiques, 2003, 380, 337-346

[49] MICAS Christophe
Le service avant tout.
Le quotidien du pharmacien, marketing et gestion, 2002, 2080, 20

[50] MICHEL François
Etudes en pharmacie et pratique officinale. A propos d'une enquête réalisée en 1997 auprès des étudiants en sixième année de la faculté de Pharmacie de Nancy.-155f
Th : Pharmacie : Nancy I : 1998

[51] MOUGIN Christophe
Le pharmacien d'officine vu par la population et les médecins généralistes : enquête réalisée dans la région nancéienne et les Vosges en 2003.-150f
Th : Pharmacie : Nancy I : 2004

[52] NOCQUET Philippe
Le régime juridique des ouvertures d'officines de pharmacie. Une logique se santé publique.
Les nouvelles pharmaceutiques, 2001, 373, 545-556

[53] NOVARTIS PHARMA SA
Etude PAQUID. 10 ans après.
Rueil-Malmaison : Novartis, 1999, 28p

[54] ORDRE NATIONAL DES PHARMACIENS
Automesure de la tension artérielle : quel rôle pour le pharmacien ?
Les nouvelles pharmaceutiques, 2001, 219, 4-5

[55] ORDRE NATIONAL DES PHARMACIENS
Bilan des agressions au 24 octobre 2003.
La Lettre des Nouvelles Pharmaceutiques, 2003, 266, 1-3

[56] ORDRE NATIONAL DES PHARMACIENS
Biologie médicale : abandon de la maîtrise comptable au profit de la maîtrise médicalisée.
La Lettre des Nouvelles Pharmaceutiques, 2004, 273, 1

[57] ORDRE NATIONAL DES PHARMACIENS
L'année du Cespharm.
La Lettre des Nouvelles Pharmaceutiques, 2005, 296, 1-2,14

[58] ORDRE NATIONAL DES PHARMACIENS
La bonne conduite du pilulier.
La Lettre des Nouvelles Pharmaceutiques, 2003, 269, 1-3

[59] ORDRE NATIONAL DES PHARMACINS
Le pharmacien, acteur majeur de santé publique.
La Lettre des Nouvelles Pharmaceutiques, 2003, 268, 1

[60] ORDRE NATIONAL DES PHARMACIENS
Les pharmacies de Bourgogne engagées comme sites de dépistage.
La Lettre des Nouvelles Pharmaceutiques, 2002, 245, 1

[61] ORDRE NATIONAL DES PHARMACIENS
Prévention, éducation pour la santé, bon usage du médicament : les officinaux autorisés à vendre des supports d'information.
La Lettre des Nouvelles Pharmaceutiques, 2001, 216, 11

[62] ORDRE NATIONAL DES PHARMACIENS
Québec : rémunération de la « consultation pharmaceutique ».
La Lettre des Nouvelles Pharmaceutiques, 2004, 272, 1

[63] ORDRE NATIONAL DES PHARMACIENS
« Sortez couverts » récidive.
La Lettre des Nouvelles Pharmaceutiques, 2004, 279, 1

[64] ORDRE NATIONAL DES PHARMACIENS
Vitrines d'éducation et de prévention pour la santé.
Rapport d'activité 2003, 36

[65] PETITFRERE Aurélie
Les urgences à l'officine.-152f
Th : Pharmacie : Nancy I : 2004

[66] POSTEL-VINAY Nicolas
Automesure de la tension artérielle : éduquer les patients.
La Lettre des Nouvelles Pharmaceutiques, 2003, 251, 1

[67] POUZAUD François
Les génériques.
Rueil-Malmaison : Groupe Liaisons, 2003, 218p -(Les essentiels du pharmacien. Développez vos marchés ; 5)

[68] ROISIN Thierry
Automédication : la valeur ajoutée du pharmacien.
Séminaire du Conseil de l'Europe, "Le pharmacien au carrefour des nouveaux risques sanitaires : un partenaire indispensable à leur maîtrise !"
Strasbourg : Ed du Conseil de l'Europe, 1999, 233p

[69] SAUREL Virginie
La vitrine.
Rueil-Malmaison : Groupe Liaisons ; Paris : Le moniteur des pharmacies et des laboratoires, 1999, 83p -(Les essentiels du pharmacien. Optimisez vos ventes ; 4)

[70] SAUREL Virginie
Le pharmacien et l'exclusion.
Le quotidien du pharmacien, 1998, 1694, 4

[71] TRECHOT Philippe
La déclaration en pharmacovigilance.
Les nouvelles pharmaceutiques, 2002, 4, annexe 5, 7-11

[72] VAN DEN BRINK Hélène
La pilule du lendemain gratuite en officine, aspects juridiques et pratiques.
Les nouvelles pharmaceutiques, 2002, 375, 283-286.

[73] VANDENDRIESSCHE Matthieu
Les nuits blanches des blouses blanches.
Le quotidien du pharmacien, 2004, 2238, 18

[74] XIRING
Télé mise à jour de la carte Vitale, un service largement adopté par les pharmaciens et les assurés : les résultats d'un enquête exclusive.
XIRING : 2005, 12p,
http://www.pointxiring.info/pdf/090205_synthese_tele_mise_a_jour.pdf#search='mise%20Ã %20jour%20carte%20vitale%20pharmacie'

LISTE DES ABREVIATIONS

AFIPA Association Française de l'Industrie Pharmaceutique pour une Automédication responsable
AFPS Attestation de Formation aux Premiers Secours
AFSSA Agence Française de Sécurité Sanitaire des Aliments
AFSSAPS Agence Française de Sécurité SAnitaire des Produits de Santé
ALD Affection de Longue Durée
AME Aide Médicale d'Etat
AMM Autorisation de Mise sur le Marché
AMYPHAR Association des MYcologues PHARmaciens
APOTHICOM Association pour la prévention, la pharmacovigilance et la communication
APR Association des Pharmacies Rurales
ARL Accusé de Réception Logique
ASE Aide sociale à l'enfance
AVC Accident Vasculaire Cérébral
AVK Anti-Vitamine K
CAP Centre Anti-Poison
CEIP Centre d'Evaluation et d'Information sur la Pharmacodépendance
CESPHARM Comité d'Education Sanitaire et Sociale de la Pharmacie Française
CESU Centre d'Enseignement des Soins d'Urgence
CFES Comité Français d'Education à la Santé
CGN Communauté urbaine du Grand Nancy
CHU Centre Hospitalier Universitaire
CMU Couverture Maladie Universelle
CNAMTS Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés
CNIL Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés
CODES Comité Départemental d'Education pour la Santé
CPAM Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CPS Carte de Professionnel de Santé
CRES Comité Régional d'Education pour la Santé
CROP Conseil régional de l'Ordre des Pharmaciens
CRPV Centre Régional de PharmacoVigilance
CSP Code de la Santé Publique
DASRI Déchets d'Activités de Soins à Risques Infectieux
DCI Dénomination Commune Internationale
DHEA DéHydroEpiAndrosterone
DIM Déchets Issus du Médicament
ECBU Examen Cyto-Bactériologique des Urines
EEN Excipient à Effet Notoire

FSE Feuille de Soin Electronique
HDL High Density Lipoprotein
IGAS Inspection Générale des Affaires Sociales
INPES Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé
INR International Normalized Ratio
INSERM Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale
InVS INstitut de Veille Sanitaire
IV Intraveineuse
LDL Low Density Lipopretein
LPPR Liste des Produits et Prestations Remboursables prévues à l'article L.165-1 du Code de la Sécurité Sociale
MILDT Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et les Toxicomanies
MNU Médicaments Non Utilisés
MST Maladie Sexuellement Transmissible
NOEMIE Normes Ouvertes d'Echanges entre la Maladie et les Intervenants Extérieurs
OCT Organisme Concentrateur Technique
OMS Organisation Mondiale de la Santé
ONP Ordre National des Pharmaciens
OSIAP Ordonnances Suspectes Indicateurs d'Abus et de Pharmacodépendance
PEMI Programme d'Echange de Matériel d'Injection
PLV Publicité sur le Lieu de Vente
PMI Protection Maternelle Infantile
PSA Prostatic Specific Antigen
RCP Résumé des Caractéristiques du Produit
RSS Réseau Santé-Social
SAMU Services d'Aide Médicale Urgente
SESAM Système Electronique de Saisie de l'Assurance Maladie
SNIP Syndicat National de l'Industrie Pharmaceutique
TFR Tarif Forfaitaire de Responsabilité
UDIV Usager de Drogue par voie IntraVeineuse
URCAM Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie
UTIP Union Technique Inter-Pharmaceutique de formation continue
VHC Virus de l'Hépatite C
VIH Virus de l'Immunodéficience Humaine

BIBLIOTHÈQUE
PHARMACIE
TOLOGIE
NCY

TABLE DES ILLUSTRATIONS

Tableau 1 :Répartition en fonction de l'heure des agressions déclarées à l'Ordre national des Pharmaciens du 1er janvier au 24 octobre 2003..... 5

Tableau 2 : Motifs des agressions déclarées à l'Ordre national des Pharmaciens du 1er janvier au 24 octobre 2003..... 6

Tableau 3 : Les caractéristiques des six types de personnalités rencontrées à l'officine (à partir des travaux de Gérard Collignon)..... 12

Tableau 4 : Liste des modèles d'autotensiomètres validés par l'AFSSAPS à partir de données techniques et cliniques spécifiques ou validés par équivalence (mise à jour en mars 2005)..... 30

Tableau 5 : Taux de remboursement en fonction des différents régimes obligatoires..... 74

Tableau 6 : Pourcentage des différents acteurs de santé ayant adopté la télétransmission de décembre 2002 à mai 2005..... 76

Tableau 7 : Participation financière maximale de l'assurance maladie au service de mise à jour des cartes vitales à l'officine..... 79

Tableau 8 : Les 20 principales molécules génériquées entre 2004 et 2008..... 83

Tableau 9 : Réglementation des Substances Vénéneuses..... 87

Figure 1 : Découpage en secteurs du département de Meurthe-et-Moselle (détail des secteurs Nancy-Nord, Nancy-CGN, Baccarat et Nomeny)..... 8

Figure 2 : Programme de l'AFPS et principaux thèmes abordés..... 21

Figure 3 : Exemples d'urgences survenues sur une période de 240 semaines..... 22

Figure 4 : Extrait du cahier d'urgences décrivant les interventions..... 23

Figure 5 : Toux chez le sujet adulte. Arbre décisionnel 33

Figure 6 : Exemple de liste des adresses utiles en officine..... 34

Figure 7 : Circonstances des intoxications recensées en 1994 par le CAP de Marseille..... 42

Figure 8 : Conseils pratiques pour se protéger de la chaleur énumérés par le Cespharm (juin 2004) 49

Figure 9 : Conseils pratiques visant sécuriser les pratiques d'injection et les rapports sexuels chez les UDIV 52

Figure 10 : Types d'actions auxquelles souhaitent participer les pharmaciens lors de la campagne de dépistage..... 55

Figure 11 : Fiche patient concernant les soins du pied chez les diabétiques 57

Figure 12 : Exemple de vitrine personnalisée 63

Figure 13 : Exemple de panneau PLV 64

Figure 14 : Exemple de panneau amélioré 65

Figure 15 : Exemple d'une vitrine « luxe » proposée par une société spécialisée en communication dans les officines 66

Figure 16 : Schéma général du système SESAM-Vitale fin 2004 (GIE SESAM-Vitale)..... 75

Figure 17 : Organisation de la pharmacovigilance en France 92

Figure 18 : Recto de la fiche de notification de pharmacovigilance, au dos de laquelle doit figurer la description de l'effet indésirable..... 95

Figure 19 : Questionnaire destiné aux patients dans l'enquête sur l'hypertension artérielle..... 101

BIBLIOTHÈQUE
PHARMACIE
ODONTOLOGIE
NANCY

FACULTE DE PHARMACIE UNIVERSITE HENRI POINCARE – NANCY 1

BIBLIOTHÈQUE PHARMACIE ODONTOLOGIE NANCY

DEMANDE D'IMPRIMATUR

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE

Présenté par **Magali ESSE**

Sujet :

Les services rendus par le pharmacien d'officine en dehors de la délivrance de médicaments

Jury :

Président : M. Gérald CATAU, Maître de Conférences

Juges : Mme Chantal FINANCE, Doyen de la Faculté de Pharmacie de Nancy
M. GERARD Jean, Pharmacien d'officine et Président du Syndicat des Pharmaciens de Meurthe et Moselle

Vu,

Nancy, le 16 Août 2005

Le Président du Jury et Directeur de Thèse,

M. Gérald CATAU
Maître de Conférences

N° 2266

Vu et approuvé,

Nancy, le 19 août 2005

Doyen de la Faculté de Pharmacie de l'Université Henri Poincaré – Nancy 1,

Mme Chantal FINANCE

P.o le vice-Doyen
F. Paulus

Vu,

Nancy, le 26 Août 2005

Le Président de l'Université Henri Poincaré – Nancy 1,

M. Jean-Pierre FINANCE

Imprimé par le service reprographie
de la Faculté de Pharmacie de Nancy

N° d'identification : PH Nancy 05 n°617

TITRE :

LES SERVICES RENDUS PAR LE PHARMACIEN D'OFFICINE EN DEHORS DE LA DELIVRANCE DE MEDICAMENTS

Thèse soutenue le 22 septembre 2005

Par Magali ESSE

RESUME :

En dehors de sa mission originelle de dispensation des médicaments et de ses responsabilités de chef d'entreprise, le pharmacien consacre quotidiennement une partie de son temps à rendre des services. Certains d'entre eux sont imposés par la loi ou nécessaires au bon fonctionnement de l'officine, d'autres sont privilégiés par le pharmacien en fonction des domaines qu'il souhaite développer et des besoins locaux.

En contact direct avec le public, l'officinal se montre disponible pour des services de santé de proximité ; sa formation pluridisciplinaire lui permet d'informer et d'éduquer les patients dans de nombreux domaines de santé ; enfin, sa position dans la chaîne de soins, à l'interface entre le public et les organismes de protection sociale et de santé publique, fait de lui un acteur incontournable de la maîtrise des dépenses de santé et une sentinelle vigilante de la santé publique.

Parmi ces services, certaines activités pourraient, au sein d'un système de santé en pleine mutation, être formalisées et reconnues comme « actes pharmaceutiques » à part entière.

MOTS CLES : Pharmacie - Officine - Service - Santé Publique

Directeur de thèse	Intitulé du laboratoire	Nature	
M. Gérald CATAU	Laboratoire de Pharmacodynamie	Expérimentale Bibliographique Thème	☐ ☒ ☐

Thèmes

1- Sciences fondamentales
2- Hygiène / Environnement
3- Médicament
4- Alimentation / Nutrition
5- Biologie
6- Pratique professionnelle