



HAL
open science

Nouvelles missions du pharmacien d'officine et collaboration entre les médecins généralistes et les pharmaciens d'officine : enquête sur la perception des médecins généralistes

Pierre Miget

► To cite this version:

Pierre Miget. Nouvelles missions du pharmacien d'officine et collaboration entre les médecins généralistes et les pharmaciens d'officine : enquête sur la perception des médecins généralistes. Sciences pharmaceutiques. 2017. hal-01932390

HAL Id: hal-01932390

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01932390>

Submitted on 23 Nov 2018

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

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



AVERTISSEMENT

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

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

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

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

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

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

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

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

UNIVERSITE DE LORRAINE 2017

FACULTE DE PHARMACIE

THESE

Présentée et soutenue publiquement
Le 20 septembre 2017, sur un sujet dédié aux :

**Nouvelles missions du pharmacien d'officine et collaboration entre les
médecins généralistes et les pharmaciens d'officine : enquête sur la perception des
médecins généralistes**

Pour obtenir

Le Diplôme d'Etat de Docteur en Pharmacie

Par Pierre MIGET

Né le 22 avril 1990 à Nancy

Membres du Jury

Président et directeur :	Mme Nathalie THILLY	Professeur des universités, Praticien Hospitalier, Nancy
Juges :	Mr Christophe WILCKE	Docteur en pharmacie, Président de l'URPS pharmaciens Grand Est
	Mr Philippe DENRY	Docteur en pharmacie, Co-Président de la FSPF de Meurthe et Moselle
	Mr Jean-Jacques ANTOINE	Docteur en médecine

UNIVERSITÉ DE LORRAINE
FACULTÉ DE PHARMACIE
Année universitaire 2016-2017

DOYEN

Francine PAULUS

Vice-Doyen

Béatrice FAIVRE

Directeur des Etudes

Virginie PICHON

Conseil de la Pédagogie

Président, Brigitte LEININGER-MULLER

Collège d'Enseignement Pharmaceutique Hospitalier

Président, Béatrice DEMORE

Commission Prospective Facultaire

Président, Christophe GANTZER

Vice-Président, Jean-Louis MERLIN

Commission de la Recherche

Président, Raphaël DUVAL

Responsable de la filière Officine

Béatrice FAIVRE

Responsables de la filière Industrie

Isabelle LARTAUD,

Jean-Bernard REGNOUF de VAINS

Responsable de la filière Hôpital

Béatrice DEMORE

Responsable Pharma Plus ENSIC

Jean-Bernard REGNOUF de VAINS

Responsable Pharma Plus ENSALA

Raphaël DUVAL

Responsable Pharma Plus ENSGSI

Igor CLAROT

Responsable de la Communication

Marie-Paule SAUDER

**Responsable de la Cellule de Formation Continue
et individuelle**

Béatrice FAIVRE

**Responsable de la Commission d'agrément
des maîtres de stage**

Béatrice FAIVRE

Responsable ERASMUS

Mihayl VARBANOV

DOYENS HONORAIRES

Chantal FINANCE

Claude VIGNERON

PROFESSEURS EMERITES

Jeffrey ATKINSON

Jean-Claude BLOCK

Max HENRY

Alain MARSURA

Claude VIGNERON

PROFESSEURS HONORAIRES

Pierre DIXNEUF

Marie-Madeleine GALTEAU

Thérèse GIRARD

Michel JACQUE

Pierre LABRUDE

Vincent LOPPINET

Janine SCHWARTZBROD

MAITRES DE CONFERENCES HONORAIRES

Monique ALBERT

Mariette BEAUD

Gérald CATAU

Jean-Claude CHEVIN

Jocelyne COLLOMB

Bernard DANGIEN

Marie-Claude FUZELLIER

Louis SCHWARTZBROD

Françoise HINZELIN
Marie-Hélène LIVERTOUX
Bernard MIGNOT
Jean-Louis MONAL
Blandine MOREAU
Dominique NOTTER
Christine PERDICAKIS
Marie-France POCHON
Anne ROVEL
Gabriel TROCKLE
Maria WELLMAN-ROUSSEAU
Colette ZINUTTI

ASSISTANTS HONORAIRES

Marie-Catherine BERTHE
Annie PAVIS

ENSEIGNANTS

Section CNU*

Discipline d'enseignement

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

Danièle BENSOUSSAN-LEJZEROWICZ	82	Thérapie cellulaire
Jean-Louis MERLIN	82	Biologie cellulaire
Alain NICOLAS	80	Chimie analytique et Bromatologie
Jean-Michel SIMON	81	Economie de la santé, Législation pharmaceutique
Nathalie THILLY	81	Santé publique et Epidémiologie

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

Christine CAPDEVILLE-ATKINSON	86	Pharmacologie
Igor CLAROT	85	Chimie analytique
Joël DUCOURNEAU	85	Biophysique, Acoustique, Audioprothèse
Raphaël DUVAL	87	Microbiologie clinique
Béatrice FAIVRE	87	Biologie cellulaire, Hématologie
Luc FERRARI	86	Toxicologie
Pascale FRIANT-MICHEL	85	Mathématiques, Physique
Christophe GANTZER	87	Microbiologie
Frédéric JORAND	87	Eau, Santé, Environnement
Isabelle LARTAUD	86	Pharmacologie
Dominique LAURAIN-MATTAR	86	Pharmacognosie
Brigitte LEININGER-MULLER	87	Biochimie
Pierre LEROY	85	Chimie physique
Philippe MAINCENT	85	Pharmacie galénique
Patrick MENU	86	Physiologie
Jean-Bernard REGNOUF de VAINS	86	Chimie thérapeutique
Bertrand RIHN	87	Biochimie, Biologie moléculaire

MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

Béatrice DEMORE	81	Pharmacie clinique
Alexandre HARLE	82	Biologie cellulaire oncologique
Julien PERRIN	82	Hématologie biologique
Marie SOCHA	81	Pharmacie clinique, thérapeutique et biotechnique

MAITRES DE CONFÉRENCES

Sandrine BANAS	87	Parasitologie
Xavier BELLANGER	87	Parasitologie, Mycologie médicale
Emmanuelle BENOIT	86	Communication et Santé
Isabelle BERTRAND	87	Microbiologie
Michel BOISBRUN	86	Chimie thérapeutique
François BONNEAUX	86	Chimie thérapeutique
Ariane BOUDIER	85	Chimie Physique

Cédric BOURA	86	Physiologie
Joël COULON	87	Biochimie
Sébastien DADE	85	Bio-informatique
Dominique DECOLIN	85	Chimie analytique
Roudayna DIAB	85	Pharmacie galénique
Natacha DREUMONT	87	Biochimie générale, Biochimie clinique
Florence DUMARCAY	86	Chimie thérapeutique
François DUPUIS	86	Pharmacologie
Adil FAIZ	85	Biophysique, Acoustique
Anthony GANDIN	87	Mycologie, Botanique
Caroline GAUCHER	86	Chimie physique, Pharmacologie
Stéphane GIBAUD	86	Pharmacie clinique
Thierry HUMBERT	86	Chimie organique
Olivier JOUBERT	86	Toxicologie, Sécurité sanitaire
ENSEIGNANTS (suite)	Section CNU*	Discipline d'enseignement
Alexandrine LAMBERT	85	Informatique, Biostatistiques
Julie LEONHARD	86/01	Droit en Santé
Christophe MERLIN	87	Microbiologie environnementale
Maxime MOURER	86	Chimie organique
Coumba NDIAYE	86	Epidémiologie et Santé publique
Marianne PARENT	85	Pharmacie galénique
Francine PAULUS	85	Informatique
Caroline PERRIN-SARRADO	86	Pharmacologie
Virginie PICHON	85	Biophysique
Sophie PINEL	85	Informatique en Santé (e-santé)
Anne SAPIN-MINET	85	Pharmacie galénique
Marie-Paule SAUDER	87	Mycologie, Botanique
Guillaume SAUTREY	85	Chimie analytique
Rosella SPINA	86	Pharmacognosie
Sabrina TOUCHET	86	Pharmacochimie
Mihayl VARBANOV	87	Immuno-Virologie
Marie-Noëlle VAULTIER	87	Mycologie, Botanique
Emilie VELOT	86	Physiologie-Physiopathologie humaines
Mohamed ZAIYOU	87	Biochimie et Biologie moléculaire

PROFESSEUR ASSOCIE

Anne MAHEUT-BOSSER 86 Sémiologie

PROFESSEUR AGREGE

Christophe COCHAUD 11 Anglais

☐ En attente de nomination

***Disciplines du Conseil National des Universités :**

80 : Personnels enseignants et hospitaliers de pharmacie en sciences physico-chimiques et ingénierie appliquée à la santé

81 : Personnels enseignants et hospitaliers de pharmacie en sciences du médicament et des autres produits de santé

82 : Personnels enseignants et hospitaliers de pharmacie en sciences biologiques, fondamentales et cliniques

85 ; Personnels enseignants-chercheurs de pharmacie en sciences physico-chimiques et ingénierie appliquée à la santé

86 : Personnels enseignants-chercheurs de pharmacie en sciences du médicament et des autres produits de santé

87 : Personnels enseignants-chercheurs de pharmacie en sciences biologiques, fondamentales et cliniques

11 : Professeur agrégé de lettres et sciences humaines en langues et littératures anglaises et anglo-saxonnes

SERMENT DES APOTHICAIRES



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

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

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

De ne jamais oublier ma responsabilité et mes devoirs envers le malade et sa dignité humaine ; 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 Madame Nathalie THILLY

Professeur des universités, praticien hospitalier.

Pour m'avoir fait l'honneur d'accepter de diriger et de présider cette thèse.

Veuillez trouver dans ce travail l'expression de ma gratitude et de mon profond respect.

A Monsieur Christophe WILCKE

Pharmacien d'officine, Président URPS pharmaciens Grand Est, Président FSPF Meuse et Lorraine.

Pour m'avoir fait l'honneur de siéger au sein de ce jury. Je vous suis reconnaissant pour votre disponibilité et l'intérêt que vous avez porté à ce travail. Veuillez recevoir l'expression de mes sincères remerciements.

A Monsieur Philippe DENRY

Pharmacien d'officine, Co-Président FSPF Meurthe et Moselle.

Pour avoir accepté de participer à ce jury, vos conseils et votre foi en notre profession qui me serviront de modèle pour les années à venir. Qu'il me soit permis aujourd'hui de vous exprimer mes très sincères remerciements.

A Monsieur Jean-Jacques ANTOINE

Médecin généraliste

Pour avoir accepté de juger ce travail. Veuillez trouver ici l'expression de ma vive reconnaissance.

A ma mère,

Merci pour ta présence et ton soutien indéfectible. Merci pour tout ce que tu as toujours fait pour nous. Tu as réussi à nous unir tous les 5 et nous donner une force pour surmonter tous les obstacles de la vie. Merci pour tout, ton fils qui t'aime.

A mon père,

Merci infiniment pour ton soutien permanent durant toutes ces années. Je sais que même si physiquement nous n'avons pu être ensemble autant que nous le souhaitions tu as toujours tout fait pour que nous ne manquions de rien. Merci pour tout, ton fils qui t'aime.

A Susan,

Ma choupette, merci d'être toujours à tes côtés et de m'apporter ton soutien. Ta simple présence est une source d'énergie devenue vitale pour moi. Nos différences ne représentent pas notre faiblesse mais notre plus grande force. Je t'aime.

A mes frères et sœurs,

Taquins, joueurs, nous sommes tous passés par beaucoup d'étapes mais aucune n'est à regretter. Aujourd'hui nous avons ce lien qui nous unit et qui jamais ne faiblira.

A mes grands-parents et à Noëlle et Daniel,

Vous avez toujours su m'apporter votre amour et être présent quand j'en avais besoin. Merci pour tout.

A Gogo,

Pour tous ces bons moments passés à tes côtés, pour nos conversations qui ont su nous enrichir mutuellement et qui font qu'aujourd'hui nous avons ce lien indestructible qui nous unit. Et sans t'oublier, merci à toi aussi Anne.

A Gugus,

A toi qui fait partie à part entière de la famille. Tu as toujours répondu à mon appel quand j'avais besoin, presque toujours partant pour suivre toutes mes idées saugrenues. Merci pour tout cela. Tu verras tu seras content après !

A Géo,

Toi qui est toujours présent et qui ne m'a jamais tourné le dos. Notre amitié est à la hauteur de notre bêtise, soit sans limite ! Bise BG chevelu.

A Seb,

L'ami que tout le monde rêve d'avoir, ton entrée dans notre petite bande a été une évidence. Merci pour ta gentillesse permanente et ton amitié.

A Arthur,

A toi l'ami qui ne refuse jamais une occasion de partager un moment ensemble. Chacun de ces moments passés à tes côtés est un réel plaisir. Force et Honneur.

A Laurie,

Pour nos très bons moments qui m'ont fait accepter les un peu moins bons depuis bientôt 10 ans.

A Chris,

Merci pour tous ces bons moments passés avec toi.

A mes amis,

Jean-felix, Mathilde, Mélodie, Emma et tous les autres.

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION.....	1
1 LA LOI HOPITAL PATIENT SANTE TERRITOIRE	3
1.1 Les axes majeurs de la Loi Hôpital Patient Santé Territoire	3
1.1.1 Modernisation des établissements de santé	3
1.1.2 Accès de tous à des soins de qualité	4
1.1.3 Prévention et santé publique	5
1.1.4 Organisation territoriale du système de santé	6
1.1.5 Les différentes structures associées à la profession de pharmacien d'officine	7
1.1.5.1 L'ordre des pharmaciens.....	7
1.1.5.2 Les syndicats de pharmaciens d'officine titulaires	7
1.1.5.3 L'Union Régionale des Professionnels de Santé	9
1.2 La nouvelle place du pharmacien dans le système de santé	10
1.2.1 Les changements pour le pharmacien	10
1.2.2 Etat des lieux de la mise en place des nouvelles missions du pharmacien d'officine	11
1.2.2.1 Prévention primaire et éducation pour la santé	11
1.2.2.1.1 La vaccination	11
1.2.2.1.2 Aide au sevrage tabagique	16
1.2.2.2 Prévention secondaire et tests de dépistages	18
1.2.2.2.1 Diabète.....	19
1.2.2.2.2 Angine.....	22
1.2.2.2.3 Grippe	24
1.2.2.3 Prévention tertiaire et entretiens pharmaceutiques.....	28

1.2.2.3.1	Les entretiens pharmaceutiques : principes généraux.....	28
1.2.2.3.2	Antivitamines K	30
1.2.2.3.2.1	Contexte des antivitamines K.....	30
1.2.2.3.2.2	Principe général.....	31
1.2.2.3.2.3	Résultats des entretiens pharmaceutiques antivitamines K	32
1.2.2.3.3	Anticoagulants oraux d'action directe	34
1.2.2.3.3.1	Contexte des anticoagulants oraux d'action directe	34
1.2.2.3.3.2	Principe général.....	34
1.2.2.3.3.3	Résultats des entretiens pharmaceutiques sur les anticoagulants d'action directe	36
1.2.2.3.4	Asthme.....	36
1.2.2.3.4.1	Contexte de l'asthme	36
1.2.2.3.4.2	Principe général.....	37
1.2.2.3.4.3	Résultats des entretiens pharmaceutiques de l'asthme	38
1.2.2.3.5	Education thérapeutique des patients.....	39
1.3	Collaboration pharmaciens d'officine - médecins généralistes	40
2	NOUVELLES MISSIONS DU PHARMACIEN D'OFFICINE ET COLLABORATION ENTRE LES MEDECINS GENERALISTES ET LES PHARMACIENS D'OFFICINE : ENQUÊTE SUR LA PERCEPTION DES MEDECINS GENERALISTES	42
2.1	Contexte et objectif.....	42
2.2	Matériel et méthodes	43
2.3	Résultats descriptifs de l'enquête	44
2.3.1	Profil des médecins réponders.....	44
2.3.2	Avis des médecins sur leur collaboration avec le pharmacien d'officine.....	45
2.3.3	Avis des médecins sur les entretiens pharmaceutiques.....	46
2.3.4	Avis des médecins sur la vaccination du patient.....	47
2.3.5	Avis des médecins sur le dépistage.....	47
2.3.6	L'éducation thérapeutique du patient.....	48

2.3.7	Avis des médecins sur le rôle complémentaire du pharmacien d'officine	48
2.3.8	Avis des médecins sur l'intérêt de la relation médecin généraliste et pharmacien d'officine	49
2.3.9	Critères d'orientations d'un patient vers une pharmacie.....	49
2.4	Facteurs associés à une bonne perception des nouvelles missions pharmaceutiques par le médecin généraliste	50
2.4.1	Sexe et perception des nouvelles missions du pharmacien	51
2.4.2	Age et perception des nouvelles missions du pharmacien	52
2.4.3	Exercice au sein d'une maison de santé pluridisciplinaire et perception des nouvelles missions du pharmacien	53
2.4.4	Exercice en zone urbaine et perception des nouvelles missions du pharmacien ...	54
2.5	Discussions	55
2.5.1	Partie descriptive	55
2.5.2	Les freins aux nouvelles missions pharmaceutiques.....	56
2.5.3	Facteurs associés à la bonne perception des nouvelles missions pharmaceutiques..	58
3	COOPERATIONS ENTRE LES PHARMACIENS D'OFFICINE ET LES MEDECINS GENERALISTES : ACTUELLES ET PROPOSITIONS	59
3.1	Contexte général	59
3.2	La coopération médecins généralistes-pharmaciens d'officine dans le monde	61
3.3	La coopération médecins généralistes-pharmaciens d'officine en France.....	63
3.4	Propositions de coopération entre pharmaciens d'officine et médecins généralistes en France	65
3.4.1	Stage d'observation au sein d'un cabinet de médecine générale.....	65
3.4.1.1	Description d'une journée type	66

3.4.1.2	Vision du médecin généraliste.....	67
3.4.1.3	Vision du pharmacien.....	68
3.4.2	La faculté de pharmacie.....	69
3.4.2.1	Le cursus étudiant.....	69
3.4.2.2	Activité sportive	70
3.4.2.3	Campus commun	70
3.4.3	Présentation du nouveau professionnel de santé lors de l'installation.....	71
3.4.4	Signalement de patient	71
3.4.5	Les anticancéreux en primo prescription.....	72
3.4.6	Groupe de rencontres	72
3.4.7	Dossier médical partagé	73
3.4.8	Activités éducatives	74
3.4.9	Application mobile.....	75
	CONCLUSION	76

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Calendrier vaccinal simplifié de 2017.....	14
Figure 2 : Pourcentage de répondeurs en Meurthe et Moselle par tranche d'âge	45
Figure 3 : Perception de la relation professionnelle entre les médecins généralistes et les pharmaciens d'officine.....	45
Figure 4 : Avis des répondeurs de Meurthe et Moselle sur les entretiens pharmaceutiques	46
Figure 5 : Opinions des répondeurs de Meurthe et Moselle sur les tests de dépistage en pharmacie d'officine	47
Figure 6 : Les rôles complémentaires joués par le pharmacien d'officine d'après les médecins généralistes de Meurthe et Moselle	48
Figure 7 : Critères d'orientations vers une officine	49

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Pourcentage de décès évités par an grâce à la vaccination (36)	12
Tableau II : Les tests de dépistages réalisables par le pharmacien d'officine	18
Tableau III : Nombre d'adhésions enregistrées et d'entretiens réalisés sur les antivitamines K en Lorraine par an depuis le 27 juin 2013 (21)	32
Tableau IV : Comparaison du nombre d'adhésions enregistrées et d'entretiens réalisés pour les antivitamines K entre la Lorraine et la France depuis le 27 juin 2013 (21) (22)	33
Tableau V : Nombre d'adhésions enregistrées et d'entretiens réalisés en Lorraine sur l'asthme par an depuis 4 décembre 2014 (21).....	38
Tableau VI : Comparaison du nombre d'adhésions enregistrées et d'entretiens réalisés sur l'asthme en lorraine et France depuis 2013 (21) (22)	38
Tableau VII : Relation entre le sexe et la perception des nouvelles missions pharmaceutiques.....	51
Tableau VIII : Relation entre l'âge et la perception des nouvelles missions pharmaceutiques	52
Tableau IX : Relation entre l'exercice en maison de santé pluridisciplinaire et la perception des nouvelles missions pharmaceutiques.....	53
Tableau X : Relation entre l'exercice en zone urbaine et la perception des nouvelles missions pharmaceutiques	54

LISTE DES ANNEXES

Annexe 1 : Modèle décrivant les relations de collaboration entre les médecins généralistes et les pharmaciens de McDONOUGH et DOUCETTE en 2003.	87
Annexe 2 : Enquête sur la perception des médecins généralistes de Meurthe et Moselle sur les nouvelles missions du pharmacien d'officine et la collaboration médecins généralistes-pharmaciens d'officine.....	88

LISTE DES ABREVIATIONS

A

ALD : Affection de Longue Durée

ANSM : Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé

AOD : Anticoagulant d'Action Direct

ARS : Agence Régionale de Santé

AVC : Accident Vasculaire Cérébral

AVK : AntiVatimine K

B

BEH : Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire

BPCO : Broncho-Pneumopathie Chronique Obstructive

C

CME : Communauté Médicale d'Etablissement

CRAM : Caisse Régionale d'Assurance Maladie

CNAM : Caisse Nationale d'Assurance Maladie

D

DMP : Dossier Médical Partagé

DP : Dossier Pharmaceutique

DTP : Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite

E

ETP : Education Thérapeutique du Patient

F

FFD : Fédération Française des Diabétiques

FSPF : Fédération des Syndicats Pharmaceutiques de France

H

HAS : Haute Autorité de Santé

HCSP : Haut Conseil de Santé Publique

HPST : Hôpital Patient Santé Territoire

I

IDE : Infirmière diplômée d'Etat

INR : International Normalised Ratio

J

JORF : Journal Officiel de la République Française

M

MDPH : Maison Départementale des Personnes Handicapées

MSP : Maison de Santé Pluridisciplinaire

O

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ORL : Oto-Rhino-Laryngologie

P

PAERPA : Personne Agée en Risque de Perte d'Autonomie

PACES : Première Année Commune aux Etudes de Santé

PRS : Plan Régional de Santé

PUI : Pharmacie à Usage Intérieur

R

ROSP : Rémunération sur Objectif de Santé Publique

S

SROS : Schéma Régional d'Organisation Sanitaire

T

TDR : Test de Diagnostic Rapide

TROD : Test Rapide d'Orientation au Diagnostic

U

UNPF : Union Nationale des Pharmaciens de France

URPS : Union Régionale des Professionnels de Santé

USPO : Union des Syndicats de Pharmaciens d'Officine

Nouvelles missions pharmaceutiques et collaboration médecins généralistes-pharmaciens d'officine : enquête sur la perception des médecins généralistes

INTRODUCTION

La pharmacie d'officine connaît une évolution constante mais ces changements se sont accélérés avec la publication de la Loi Hôpital, Patients, Santé et Territoire (HPST). La loi HPST a lancé les nouvelles missions du pharmacien d'officine (article 38) pour développer la présence du pharmacien d'officine dans le parcours de santé à chacun des stades de préventions (1), ainsi que le premier cadre législatif de la coopération entre professionnel de santé (article 51). L'article 51 de cette loi prévoit que « les professionnels de santé peuvent s'engager, à leur initiative, dans une démarche de coopération ayant pour objet d'opérer entre eux des transferts d'activités ou d'actes de soins ou de réorganiser leur modes d'intervention auprès du patient » (1). L'objectif est de renforcer la présence du pharmacien dans le parcours de santé et d'accroître l'efficacité de la prise en charge en apportant une réponse au plus près des besoins du patient. Il est vrai qu'en France le système de santé est très segmenté. Les autorités compétentes ont aujourd'hui la volonté de supprimer ces barrières et de faciliter la coopération entre les professionnels de santé. Un nombre croissant de programmes de coopérations s'initie chaque année. A l'heure actuelle, il existe de rares cas de collaborations entre médecins généralistes et pharmaciens. Or une amélioration du système de santé en ville passe par la création de nouveaux rapports entre les professionnels de santé. Trois professions se situent en premier recours de la prise en charge : les médecins généralistes, les infirmières et les pharmaciens d'officine.

La première partie a pour objectif de présenter l'évolution du métier officinal grâce aux nouvelles missions pharmaceutiques apportées par la loi HPST et comment ces nouvelles missions du pharmacien se sont mises en place. De plus, nous verrons ce que les nouvelles missions du pharmacien d'officine peuvent apporter aux patients mais également aux autres professionnels de santé.

Dans la deuxième partie, nous présenterons les résultats d'une enquête réalisée auprès des médecins généralistes afin de mieux cerner leurs visions et leurs perceptions de ces nouvelles missions pharmaceutiques. Cette enquête permet également de mettre en évidence les facteurs favorisant une bonne coopération.

Enfin, dans la dernière partie, nous ferons un état des lieux des coopérations qui existent entre les médecins généralistes et les pharmaciens d'officine et nous proposerons une liste de mesures possibles, capables de promouvoir la bonne coopération entre ces deux professionnels de santé de premiers recours.

1 LA LOI HOPITAL PATIENT SANTE TERRITOIRE

La loi HPST, parue le 21 juillet 2009, fait suite à une prise de conscience de la nécessité de réformer le système de santé français. Des réformes sont ainsi conduites sur les prises en charge ambulatoires, hospitalières, médicosociales ou bien préventives.

L'objectif principal est le décloisonnement du système de santé entre les différents professionnels de santé. Pour permettre la mise en œuvre de ce projet, il a été nécessaire de créer un organisme coordinateur.

La création de l'Agence Régionale de Santé (ARS) permet de rassembler les services de santé de l'Etat et ceux de l'Assurance Maladie en partie (soins hospitaliers et soins ambulatoires).

La Loi HPST se compose de quatre grands items :

- Modernisation du système de santé.
- Accès de tous à des soins de qualité.
- Prévention et santé publique.
- Organisation territoriale du système de santé (1).

1.1 Les axes majeurs de la Loi Hôpital Patient Santé Territoire

Nous allons revoir les quatre grands items énoncés par la loi HPST et plus particulièrement ceux concernant les pharmaciens d'officine.

1.1.1 Modernisation des établissements de santé

La première partie est consacrée à l'hôpital, c'est une réforme profonde de sa gouvernance visant à améliorer le fonctionnement des établissements de santé. Il est introduit la possibilité de déléguer des missions du service public à des cliniques privées. Un nouvel outil de coopération est mis en place, « les communautés hospitalières de territoire », qui permettent le regroupement d'établissements de santé afin de mener des actions communes.

Sur un plan organisationnel, le pouvoir de gestion est attribué au directoire, et le pouvoir de contrôle est réservé au conseil de surveillance. Le directeur élabore et conduit la politique de gestion avec l'aide de la Communauté Médicale d'Etablissement (CME). La CME est

composée de médecins dont tous les chefs de pôles. Tout projet médical élaboré par le directeur et la CME doit être approuvé par le directoire (1).

1.1.2 Accès de tous à des soins de qualité

La seconde partie vise à améliorer la qualité des soins mais également à diminuer l'engorgement rencontré aux urgences. En effet, les urgences accueillent chaque année de nombreux patients, pourtant un certain nombre d'entre eux n'ont pas de problème de santé présentant un caractère urgent et qui justifie l'admission aux urgences.

Il est mis en place une permanence de soins, assurée par l'ensemble des médecins généralistes en concertation avec les établissements de santé et l'apparition de maisons de santé pluridisciplinaires.

Notre système de santé voit apparaître un parcours de soins plus coordonné, composé de trois niveaux de recours.

Les soins de premier recours sont définis comme suit :

- La prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des patients,
- la dispensation et l'administration des médicaments, produits et dispositifs médicaux ainsi que le conseil pharmaceutique,
- l'orientation dans le système de soins et le secteur médico-social,
- l'éducation pour la santé.

Il est accordé une place particulière aux pharmaciens ; cette loi souhaite qu'ils interviennent dans toutes les missions de premiers recours.

L'accès aux soins de premiers recours et la prise en charge des patients sont précisés au niveau territorial par l'ARS. Dès lors, le pharmacien peut intégrer des missions de coopérations organisées avec les établissements et services de santé, sociaux et médico-sociaux.

Les soins de second recours font appel aux spécialistes et aux centres de santé.

Les soins de troisième recours font appel aux hôpitaux (1).

1.1.3 Prévention et santé publique

La prévention est dorénavant intégrée au sein du parcours de santé du patient.

Il existe trois niveaux de prévention définis par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) :

- **La prévention primaire**, comprend tous les actes destinés à diminuer l'incidence d'une maladie dans une population et donc à réduire, autant que faire se peut, les risques d'apparition de nouveaux cas. La prévention primaire fait appel à des mesures de prévention individuelle (hygiène, alimentation, vaccination...) et collective comme les risques environnementaux et sociétaux.
- **La prévention secondaire**, a pour but de diminuer la prévalence d'une maladie dans la population. Ainsi, ce stade de la prévention recouvre les actes destinés à agir au tout début de l'apparition du trouble ou de la pathologie afin de s'opposer à son évolution. Dans cette optique, le dépistage, dans la mesure où il permet d'identifier une affection latente à un stade précoce, trouve toute sa place au cœur de la prévention secondaire. A côté du dépistage, le diagnostic et le traitement prodigué en vue d'éviter la progression de la maladie sont des composants tout aussi essentiels de la prévention secondaire.
- **La prévention tertiaire**, intervient à un stade où il importe de « diminuer la prévalence des incapacités chroniques ou des récives dans une population et de réduire les complications, invalidités ou rechutes consécutives à la maladie. En d'autres termes, il s'agit d'amoinrir les effets et séquelles d'une pathologie ou de son traitement. Par ailleurs, la prévention tertiaire vise la réadaptation du malade, sous la triple dimension du médical, du social et du psychologique (2).

Avant la publication de la loi HPST, le pharmacien d'officine participait déjà à la prévention secondaire et tertiaire à travers les tests de dépistages, et la dispensation des médicaments.

Aujourd'hui, la loi HPST a élargi le rôle du pharmacien d'officine pour enrichir la prévention tertiaire avec les entretiens pharmaceutiques et lui permettre ainsi d'intégrer le parcours de santé des patients à chaque niveau de prévention. En effet aujourd'hui, grâce aux nouvelles missions pharmaceutiques, le pharmacien d'officine intègre également la prévention primaire.

Un individu aura la possibilité d'être formé, « éduqué », sur les différentes notions de prévention primaire et de santé publique par les professionnels de santé dont le pharmacien d'officine. La santé publique est définie par l'OMS comme « la science et l'art de prévenir les maladies, de prolonger la vie et d'améliorer la santé physique et mentale à un niveau individuel et collectif. Le champ d'action de la santé publique inclut tous les systèmes de promotion de la santé, de prévention des maladies, de lutte contre la maladie (médecine et soins) et de réadaptation ». La santé publique englobe la protection de la santé à l'échelon d'un groupe donné ou à celui d'un pays (3).

1.1.4 Organisation territoriale du système de santé

La loi HPST lance la création de l'ARS avec l'objectif de mettre un terme au cloisonnement dont souffre le système de santé français en matière d'administration. L'ARS vise le décroisement entre les soins ambulatoires et l'hôpital, la santé et le médico-social, ainsi que la prévention et les soins. Pour faciliter la mise en œuvre d'actions de préventions et de soins l'ARS regroupe sept entités auparavant séparées :

- ARH : Agence régionale de l'hospitalisation
- DRASS : Direction régionale des affaires sanitaires et sociales
- DDASS : Direction départementale des affaires sanitaires et sociales
- URCAM : Union nationale des caisses d'Assurance Maladie
- CRAM : Caisse régionale d'Assurance Maladie
- MRS : Missions régionales de santé
- GRSP : Groupe régional de sante publique

L'ARS devient compétente à l'échelon régional dans de multiples domaines : santé publique, soins ambulatoires et hospitaliers, relations entre professionnels de santé. Elle se doit d'organiser les veilles sanitaires et de répondre aux situations d'urgences.

Elle est la garante d'une répartition territoriale équitable de l'offre des soins ainsi que de sa qualité et de sa sécurité. Cet établissement est public, autonome financièrement et moralement, sous tutelle de l'Assurance Maladie et du ministre chargé de la santé.

La mise en œuvre de la politique de santé en région s'organise en établissant le PRS (Plan Régional de Santé), par l'ARS.

Le premier PRS est sorti en 2012 en Lorraine. Le PRS est établi pour les quatre ans à venir et a pour objectif de décliner les priorités nationales dans chaque région (5).

L'ARS propose dorénavant des espaces dédiés à la concertation entre professionnels de santé et laisse la porte ouverte aux propositions de projets de coopérations entre les professionnels de santé (1) (5).

1.1.5 Les différentes structures associées à la profession de pharmacien d'officine

Certains organismes comme l'ARS gèrent l'ensemble des professionnels de santé dont le pharmacien d'officine, d'autres organismes sont chargés de gérer uniquement la profession pharmaceutique, tels que :

- L'ordre des pharmaciens.
- Les syndicats de pharmaciens d'officine.
- L'Union régionale des professionnels de santé (URPS) pharmaciens.

1.1.5.1 L'ordre des pharmaciens

De nombreuses missions incombent à l'Ordre des pharmaciens, qui est subdivisé en organismes départementaux, régionaux ou nationaux.

Ces missions sont :

- L'examen de la capacité à exercer la pharmacie.
- Des missions de santé publique (Dossier Pharmaceutique, falsification, stage).
- Le respect des devoirs professionnels.
- La défense de l'honneur et de l'indépendance des pharmaciens (6).

1.1.5.2 Les syndicats de pharmaciens d'officine titulaires

En pharmacie d'officine, trois syndicats sont présents : la Fédération des Syndicats Pharmaceutiques de France (FSPF), l'Union des Syndicats des Pharmaciens d'Officine (USPO) et l'Union Nationale des Pharmaciens de France (UNPF). Seuls les titulaires d'officine peuvent faire partie de ces syndicats. La force d'un syndicat et son pouvoir décisionnel résident dans le nombre de ses adhérents.

Pour pouvoir exister, un syndicat doit compter un nombre d'adhésions au minimum égal à 8% de l'ensemble des titulaires.

Les syndicats s'engagent à assurer le bon fonctionnement au sein de la profession et des officines. Ils ont un rôle très important car les 22 000 officines représentent 150 000

professionnels, cela comprend : les pharmaciens titulaires, les pharmaciens adjoints, les préparateurs, les agents comptables, les rayonnistes et les techniciens de surface (7).

En 2017, la FSPF est majoritaire avec environ 65% des pharmaciens titulaires syndiqués, suivie par l'USPO (25%). L'UNPF est minoritaire avec un peu moins de 10% des pharmaciens titulaires.

Les missions des trois syndicats sont communes :

- Défendre les intérêts de la profession :
 - Au près de multiples organismes, comme :
 - L'Union nationale des professionnels de santé, chargée du dialogue entre les syndicats professionnels et l'Assurance Maladie,
 - La caisse d'assurance vieillesse des pharmaciens.
 - Dans tous les textes de loi qui concernent les pharmaciens, sur des sujets tels que : le monopole des médicaments, la répartition, le système de garde, l'industrie (8).

- Participer aux négociations sur :
 - **La convention collective.** Les échanges se déroulent entre syndicats de pharmaciens titulaires et syndicats de salariés. L'objectif de ces négociations est l'amélioration des conditions de travail des salariés (9).
 - **La convention nationale liant pharmacien d'officine, entreprises pharmaceutiques et organismes d'Assurance Maladie.** La première a été signée en 2012 pour une durée de cinq ans. Ainsi, en 2017, une nouvelle négociation aura lieu avec la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM), les entreprises pharmaceutiques et les pharmaciens d'officine (10). Les discussions portent sur le métier du pharmacien : l'exercice professionnel (exemple : vente de médicaments vétérinaires), la formation initiale et continue, la protection sociale, mais aussi ses missions (dépistage, accompagnement du patient, ...).
 - **Le Projet de Loi de Financement de la Sécurité Sociale.** Un nouveau projet est publié tous les ans. Les propositions portent uniquement sur les dépenses de la sécurité sociale avec pour volonté de réduire le déficit. L'impact se ressent immédiatement sur le prix des médicaments ou du matériel médical qui aura pour effet une évolution des marges des pharmacies. Les syndicats ne peuvent réellement négocier, ils ne peuvent qu'émettre un avis lors de ces rencontres (11).

Il est difficile d'attribuer les bénéfices apportés à la profession à un syndicat unique, notamment concernant les nouvelles missions pharmaceutiques.

Des syndicats moins importants par leur représentativité n'en restent pas moins actifs. Cependant, l'influence des syndicats aux négociations et aux propositions est souvent proportionnelle à leur représentativité.

1.1.5.3 L'Union Régionale des Professionnels de Santé

Parmi les missions de l'ARS, nous retrouvons la gestion des professionnels de santé. Chaque professionnel de santé doit désigner des interlocuteurs chargés de représenter la profession auprès de l'ARS. Ces interlocuteurs désignés sont regroupés au sein d'URPS. Les URPS (dont celui des pharmaciens) ont été créées en mars 2011 pour répondre à ce besoin.

La création des URPS fait suite à la loi HPST promulguée le 21 juillet 2009 et au décret datant du 2 juin 2010.

L'URPS des pharmaciens est composée de pharmaciens syndiqués élus parmi chaque syndicat. Pour permettre une représentativité optimale, bien que les élus doivent être obligatoirement syndiqués, ce n'est pas le cas des électeurs. Les 25000 pharmaciens titulaires en France peuvent voter pour élire un représentant URPS qu'ils soient syndiqués ou non.

Une partie des missions de l'URPS est de réfléchir aux missions du pharmacien d'officine pour s'adapter aux nouveaux besoins du système de santé (12).

Des réunions sont organisées une fois par mois avec une alternance du lieu de rendez-vous pour une équité entre tous les pharmaciens quel que soit leur département d'exercice. Chaque URPS pharmaciens d'officine est initiateur de projets et d'expérimentations dans sa région. L'URPS contribue au PRS présenté par l'ARS et aux travaux d'élaborations des différents Schéma Régional d'Organisation Sanitaire (SROS) (13).

En plus des expérimentations régionales, c'est l'URPS qui va mettre en place les nouvelles missions du pharmacien d'officine votées au niveau national. Or ces dernières années, le rôle et les missions du pharmacien d'officine se sont élargis de responsable de la dispensation du médicament vers des missions de santé publique par son intégration dans les trois niveaux de préventions.

1.2 La nouvelle place du pharmacien dans le système de santé

1.2.1 Les changements pour le pharmacien

Le chapitre V du titre II du livre I^{er} de la cinquième partie du Code de la Santé Publique a été modifié avec la Loi HPST. Intitulé « Pharmacie d'officine », il précise que les pharmaciens peuvent participer aux missions suivantes :

- Contribuer aux soins de premier recours, qui comprennent :
 - La **prévention**, le **dépistage**, le **diagnostic**, le traitement et le suivi,
 - la dispensation et l'administration des médicaments et dispositifs médicaux, ainsi que le conseil pharmaceutique,
 - l'orientation dans le système de soins et le secteur médico-social,
 - l'éducation pour la santé.
- Participer à la coopération entre professionnels de santé.
- Participer à la mission de service public de la permanence des soins.
- Concourir aux actions de veille et de protection sanitaires organisées par les autorités de santé.
- Pouvoir participer à **l'éducation thérapeutique** et **aux actions d'accompagnement** des patients.
- Pouvoir assurer la fonction de pharmacien référent pour un établissement de santé qui ne dispose pas d'une Pharmacie à Usage Intérieur (PUI).
- Pouvoir être désigné comme correspondant au sein d'équipe de soins par le patient.
- Pouvoir proposer des conseils et prestations destinés à favoriser l'amélioration ou le maintien de l'état de santé des personnes (1).

Les modifications apportées par la loi HPST, permettent au pharmacien d'officine d'entreprendre de nouvelles missions. Ces dernières intègrent, la prévention primaire, le dépistage et des actions éducatives.

La loi HPST initie aussi d'autres fonctions et missions pour les pharmaciens d'officine comme : la création d'un poste de pharmacien référent pour un établissement de santé qui ne dispose pas d'une PUI ou bien la désignation comme correspondant au sein d'équipes de soins par le patient. Ces fonctions ne seront pas abordées, en raison de l'absence de décret de mise en œuvre.

1.2.2 Etat des lieux de la mise en place des nouvelles missions du pharmacien d'officine

A partir de 2010, les nouvelles missions se sont progressivement installées au sein des pharmacies d'officine. Nous établirons un bilan sur les nouvelles missions accordées aux pharmaciens par la loi HPST et comment elles participent à la prévention secondaire et tertiaire. Nous verrons également comment le pharmacien participe à la prévention primaire, notamment à travers la vaccination, même si cette mesure n'est pas liée à la Loi HPST. Nous verrons les éléments qui ont freiné plus ou moins inégalement les pharmaciens d'officine à participer à certaines missions.

Nous préciserons comment le pharmacien trouve sa place auprès des autres professionnels de santé participant déjà à la prévention.

1.2.2.1 Prévention primaire et éducation pour la santé

La modernisation du système de santé passe par le développement de la prévention primaire. Le pharmacien d'officine a les compétences pour participer à cette mission à travers des actions d'éducation pour la santé, comme : des conseils pour une bonne alimentation, une bonne hygiène de vie, responsabiliser les fumeurs pour eux et leur entourage, ou bien encourager les gens à se faire vacciner. De plus, le maillage territorial et la fréquentation des pharmacies d'officine leur confèrent un champ d'action sur l'ensemble du territoire français. Nous dénombrons plus de 4 millions de personnes franchissant chaque jour les portes d'une pharmacie d'officine.

La vaccination ainsi que l'aide au sevrage tabagique sont abordées dans cette partie.

1.2.2.1.1 La vaccination

La vaccination fait partie des enjeux de santé publique. Ce geste simple de prévention permet l'arrêt de transmission voire l'éviction de certaines maladies infectieuses (voir tableau 1) (35) (36).

Tableau I : Pourcentage de décès évités par an grâce à la vaccination (36)

	Nombre annuel de décès (tous âges) si pas de vaccination	Décès évités si vaccination	Décès survenus chaque année	% de décès évités
Variolle	5 000 000	5 000 000	/	100
Diphtérie	260 000	223 000	37 000	86
Coqueluche	990 000	630 000	360 000	64
Rougeole	2 700 000	1 600 000	1 100 000	60
Tétanos néonatal	1 200 000	700 000	500 000	58
Hépatite B	1 200 000	400 000	800 000	33
Tuberculose	3 200 000	200 000	3 000 000	6
Poliomyélite	640 000	550 000	90 000	86

L'éviction de certaines maladies infectieuses est possible à la seule condition qu'un pourcentage important de la population soit vacciné. En France, l'objectif est d'atteindre au moins 95% pour toutes les vaccinations, exceptée la grippe avec un objectif de couverture vaccinale de 75% (37).

Il est indispensable que les vaccinations soient faites selon le schéma établi par le calendrier vaccinal, pour être protégé durablement et efficacement (38).

Depuis quelques années, les taux de couverture vaccinale diminuent avec la réapparition et/ou la recrudescence de certaines maladies, comme la rougeole (39).

Il existe plusieurs éléments qui peuvent expliquer cette baisse du taux de couverture vaccinal :

- Certains vaccins nécessitent des rappels réguliers pour être efficaces. C'est le cas du vaccin contre la Diphtérie, Tétanos et Poliomyélite (DTP) : première vaccination à 2 mois puis des rappels à 6 mois, 11 mois, 6 ans, 11-13 ans, puis à partir de 25 ans tous les 20 ans puis tous les 10 ans à partir de 65 ans (40).

Les nombreux rappels de ces vaccins peuvent être responsables de l'oubli de certaines vaccinations par le patient ou le médecin traitant.

- En France, il apparaît une méfiance grandissante envers les traitements médicamenteux en général. La vaccination est également remise en question et trois raisons peuvent l'expliquer :
 - Un problème en 2009 avec la campagne de vaccination contre la grippe A (H1N1) dont le coût total s'est élevé autour des 600 millions d'euros alors qu'à peine 8,5% de la population a été vaccinée. Cela semble être le résultat de problèmes d'organisations et de communications, ce qui a amené les français à douter de la nécessité de la vaccination contre la grippe (90).
 - Un problème d'effets secondaires et de sûreté lié à la composition des vaccins en adjuvant. L'un des principaux adjuvants remis en cause est l'hydroxyde d'aluminium. Le haut conseil de la santé publique (HSCP) dément et publie un rapport en 2013 « Les données scientifiques disponibles à ce jour ne permettent pas de remettre en cause la sécurité des vaccins contenant de l'aluminium » (95). Les avis négatifs pourtant sèment le doute et renforcent la méfiance des Français, l'impact est d'autant plus important quand ce discours est tenu par des professionnels de santé. C'est le cas du professeur Joyeux qui devait être radié de l'ordre des médecins au 1^{er} décembre 2016, décision qui repose sur son discours alarmiste sur les vaccins (88).
 - Un problème avec une partie des professionnels de santé. Selon une étude de mars 2015, un médecin sur quatre émet des doutes à l'égard des risques et de l'utilité de certains vaccins (86).
- La législation peut prêter à confusion. En effet, jusqu'à présent en France seulement trois vaccins étaient obligatoires : diphtérie, tétanos et poliomyélite (DTP). Les autres vaccins étaient uniquement recommandés, ce qui laisse à penser qu'ils sont moins importants (40). La législation sur la vaccination a été modifiée afin qu'en 2018 les onze vaccins deviennent obligatoires.

La répartition territoriale du pharmacien d'officine ainsi que sa proximité avec les patients font de lui le premier professionnel de proximité. De nos jours, les informations circulent très rapidement et il est difficile pour les patients d'identifier les informations fiables et justes. Le pharmacien d'officine a la capacité comme le médecin généraliste pour répondre aux demandes et rassurer les patients.

Afin d'atteindre les objectifs de taux de couvertures vaccinales, différentes mesures ont été prises :

- **Une simplification du calendrier vaccinal** a été réalisée par le HCSP en 2013.

Les raisons en sont simples :

- diminuer le nombre d'injections chez les nourrissons et prévoir des rappels à âge fixe chez l'adulte,
- faciliter la mémorisation par les patients et les professionnels de santé des vaccins à administrer au cours de la vie.

Pour ce faire, le HCSP s'est inspiré des calendriers vaccinaux de nos voisins européens, et s'est aussi appuyé sur une étude d'acceptabilité de ce nouveau calendrier menée auprès des pédiatres et médecins généralistes (42). Voici le résultat en 2017 :

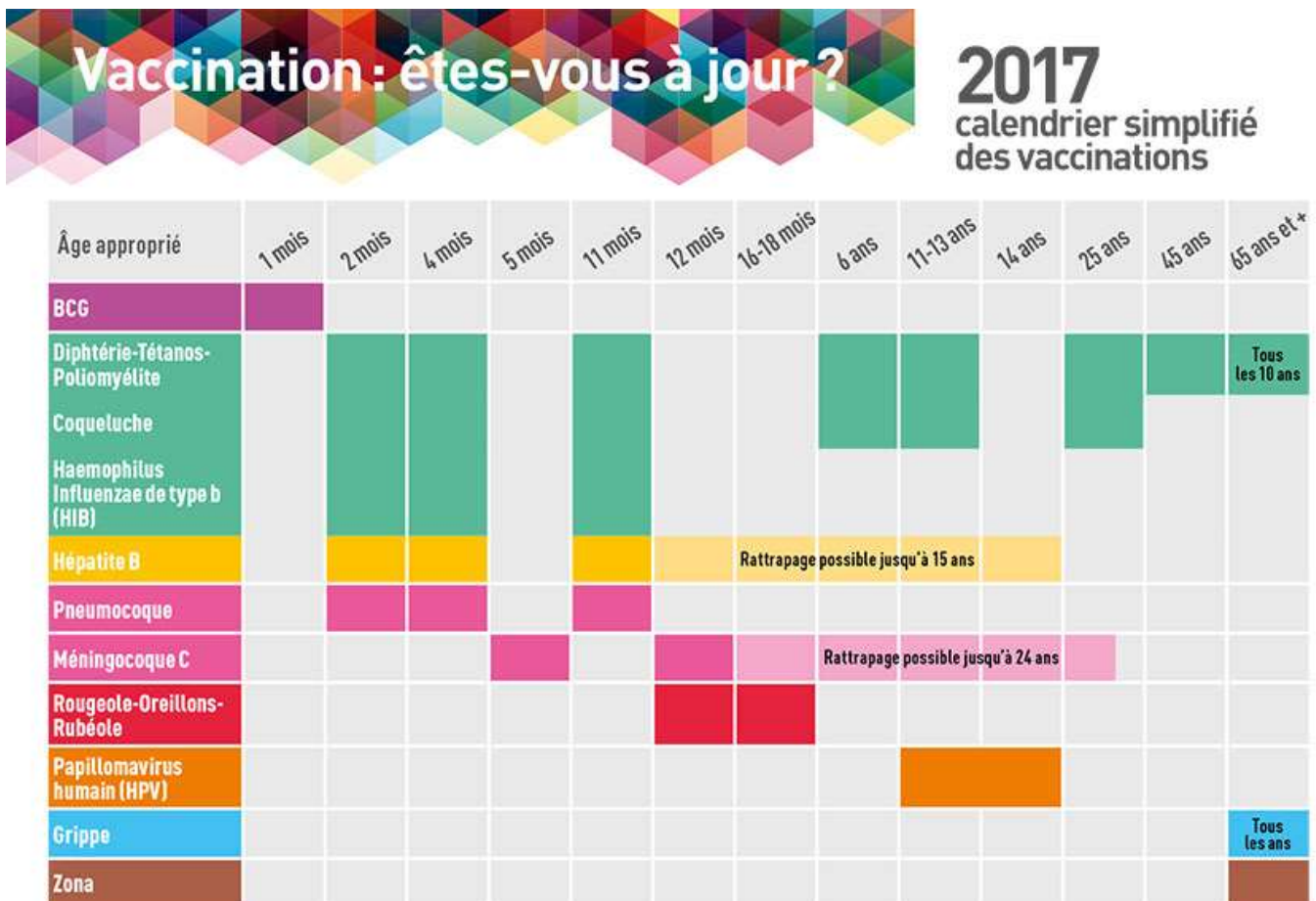


Figure 1 : Calendrier vaccinal simplifié de 2017

- **Les infirmiers libéraux** pouvaient jusqu'en 2008, réaliser des vaccinations antigrippales uniquement sur prescription médicale. Le rôle des infirmiers a été renforcé par un décret du 29 août 2008 pour augmenter le taux de couverture vaccinale antigrippale. Dès lors, ils ont été autorisés à vacciner sans prescription, tout patient, contre le virus de la grippe à l'exception de la première injection. Certaines conditions leur sont imposées comme des conditions d'âge (patients âgés de plus de 65 ans) (43).
- **Les pharmaciens d'officine sont autorisés à vacciner.** Les difficultés pour atteindre les objectifs du taux de couverture vaccinale concernent l'ensemble des vaccins mais plus particulièrement le vaccin contre la grippe. Pour le vaccin contre la grippe, l'objectif est d'atteindre la vaccination de 75% des patients à risques. Or le taux de couverture vaccinale est insuffisant et en baisse, passant de 58 % en 2008-2009 à 48 % en 2015-2016. Si les objectifs sont atteints, 3000 décès pourraient être évités chaque année (41). Pour le moment la vaccination se limite à celle contre la grippe saisonnière, cette décision a été adoptée le 18 octobre 2016 dans le cadre du financement de la Sécurité Sociale. C'est une autorisation à titre expérimental, limitée à certaines régions, pour une durée de 3 ans et ne concerne que les adultes. Un décret doit encore préciser les régions concernées et les conditions pour que le pharmacien puisse vacciner. En effet, le pharmacien devra au préalable, prévoir un espace dédié et suivre une formation. D'ailleurs lors d'une conférence de presse le 26 janvier 2017, Isabelle Adenot, présidente du conseil de l'ordre des pharmaciens national, a précisé « Nous avons travaillé sur une trame de formation pour les pharmaciens et sommes en lien avec la Direction générale de la santé et les autres ordres professionnels » (44) (45).

Dans plusieurs pays, la vaccination a été ouverte au pharmacien. Il est démontré que cette décision n'a pas diminué le nombre de vaccinations pratiquées, ni par les médecins généralistes, ni par les infirmières. En revanche, le taux de couverture a progressé de manière significative (46). Cela montre que les vaccins inoculés aux patients par le pharmacien d'officine ciblent d'autres types de patients que ceux habituellement vaccinés par leur médecin.

Deux types de patient sont concernés :

- Ceux qui remettent en doute l'intérêt de la vaccination et qui après des échanges avec le pharmacien d'officine acceptent de se faire vacciner.
- Ceux qui acceptent car la possibilité leur est offerte de se faire vacciner immédiatement sans nécessité de prise de rendez-vous chez un médecin généraliste ou auprès d'une infirmière.

1.2.2.1.2 Aide au sevrage tabagique

Le pharmacien d'officine peut, depuis 1998, proposer des solutions de substitutions à la cigarette. Plusieurs alternatives sont proposées pour convenir au mieux au niveau de dépendance physique et au profil du fumeur. Nous retrouvons en pharmacie des patchs qui sont des formes transdermiques et des formes orales : gommes, inhalateurs, ou comprimés (47) (51).

Les ventes de patchs transdermiques ont enregistré une première hausse importante en 2000 après l'annonce de leur délistage en 1999 (la vente est possible sans ordonnance). Puis, il y a eu une nouvelle forte hausse (+ 50%) en 2004, liée à l'augmentation du prix du tabac survenue en octobre 2003 et janvier 2004.

Les substituts nicotiques sont remboursés par l'Assurance Maladie dans la mesure où ils sont prescrits par un médecin (47).

La loi de modernisation de notre système de santé consacre un chapitre à la lutte contre le tabagisme (chapitre 2) (48). Le Ministère de la santé, l'Assurance Maladie et Santé publique France ont initié au mois de novembre le mois sans tabac. Ce concept est basé sur le modèle Anglais, démarré en 2012 sous le nom de « Stopoctober ».

A cette occasion, les pharmacies d'officine ont reçu cinq kits de sevrage tabagique par l'intermédiaire du grossiste répartiteur. Tout fumeur qui le souhaitait avait la possibilité de venir demander à titre gratuit son kit anti-tabac.

Ces kits ne contiennent pas d'adjuvant médicamenteux mais de la documentation, tels que :

- Un agenda comportant de nombreux conseils pour aider au sevrage tabagique,
- un livret pour se préparer à l'arrêt du tabac,
- une carte donnant des conseils pour lutter contre le stress,
- une roue permettant de calculer les économies réalisées,
- un sticker avec des conseils nutritionnels pour éviter la prise de poids (49).

Le pharmacien d'officine peut jouer un rôle important de conseil auprès du patient, notamment dans le choix d'un substitut adapté aux habitudes de vie d'un patient. Un test de Fägerstrom peut être proposé par le pharmacien et permet d'établir un score qui correspondra au niveau de dépendance physique à la nicotine (89). Le pharmacien d'officine peut également épauler et rassurer le patient en cas de rechutes.

Dans cette campagne anti-tabac, l'effet de masse est celui recherché, et les 22 000 pharmacies d'officine en France sont capables de répondre à ce besoin. En effet, il est indispensable que le plus grand nombre de personnes participe à cette opération. D'après le bulletin épidémiologique hebdomadaire (BEH), un fumeur a 67% de chance de plus de réussir si son conjoint arrête au même moment et 36% de chance de plus si c'est un ami proche (49) (100).

En France, les résultats du mois sans tabac sont encourageants avec 620 000 kits distribués, et près de 180 000 participants (50). Pour « booster » le nombre personnes souhaitant intégrer cette campagne et accroître la réussite de ce projet, le mois sans tabac a été accompagné d'autres mesures :

- Le tarif de remboursement des dispositifs d'aide au sevrage tabagique de 150 euros/an par l'Assurance Maladie, initialement réservé aux femmes enceintes et aux jeunes de moins de 25 ans s'est élargi à l'ensemble de la population.
- Les prescriptions de substituts nicotiques ne se limitent plus aux seuls médecins. Dorénavant les substituts nicotiques peuvent être prescrits par les sages-femmes, les médecins du travail, les chirurgiens dentistes, les infirmiers et les masseurs-kinésithérapeutes (51).
- L'apparition du paquet neutre.
- Une nouvelle augmentation de prix sur le tabac.

1.2.2.2 Prévention secondaire et tests de dépistages

La prévention secondaire passe, entre autre, par les tests de dépistages précoces. Il existe deux sortes de tests disponibles en pharmacie d'officine :

- Les tests rapides d'orientation au diagnostic (TROD), exécutés par un professionnel de santé.
- Les autotests, réalisés par le patient lui-même. Parmi les autotests disponibles nous retrouvons celui pour le dépistage du VIH.

Dans cette partie, seuls les TROD seront abordés. Cette opportunité est donnée aux pharmaciens d'officine avec la loi HPST et l'arrêté du 11 juin 2013 qui détermine la liste des tests, recueils et traitements de signaux biologiques qui ne constituent pas un examen de biologie médicale, les catégories de personnes pouvant les réaliser et les conditions de réalisation de certains de ces tests, recueils et traitement de signaux biologiques (52).

Il est précisé dans l'arrêté avec le tableau n°4, les trois tests de dépistages que le pharmacien peut réaliser dans un espace de confidentialité :

Tableau II : Les tests de dépistages réalisables par le pharmacien d'officine

Tests ou recueils et traitement de signaux biologiques utilisés par les pharmaciens d'officine dans un emplacement de confidentialité	
Tests	Conditions d'utilisation
Test capillaire d'évaluation de la glycémie	Repérage d'une hypoglycémie, d'un diabète ou éducation thérapeutique d'un patient
Test oro-pharyngé d'orientation diagnostique des angines à streptocoques du groupe A	Orientation diagnostique en faveur d'une angine bactérienne
Test naso-pharyngé d'orientation diagnostique de la grippe	Orientation diagnostique en faveur d'une grippe

Les outils de dépistage sont : le lecteur de glycémie et les dispositifs d'aide au diagnostic (53).

L'autorisation de réaliser des tests rapides d'orientation diagnostique (TROD) en pharmacie d'officine a ensuite été annulée. En effet, suite à une requête du syndicat national des médecins biologistes datant de novembre 2013, le Conseil d'Etat a décidé d'annuler l'arrêté du 11 juin 2013.

Mais depuis le 1^{er} août 2016, les pharmaciens sont à nouveau autorisés à pratiquer ces tests. Cependant le problème de rémunération du pharmacien n'est pas résolu, à savoir si le paiement se fera à l'acte ou sous forme de forfait (53).

Nous retrouvons dans la littérature deux types de tests de dépistages utilisés par les professionnels de santé : les TROD et les tests de dépistages rapides (TDR). Il ne faut pas confondre le TROD avec le TDR réalisé par les médecins. En effet, le pharmacien n'est pas habilité à réaliser un diagnostic. Celui-ci est établi par un médecin à partir d'un ensemble de données cliniques et biologiques. Le seul résultat d'un test de dépistage ne permet en aucun cas d'établir un diagnostic mais fournit une indication (d'où le terme « orientation ») sur le diagnostic possible.

Dans la pratique, la réalisation du TDR par un médecin ou du TROD par un pharmacien d'officine requiert exactement les mêmes manipulations (54).

1.2.2.2.1 Diabète

Le diabète entraîne en France une morbi-mortalité et des coûts importants pour la santé, 19 milliards de dollars par an, tous coûts confondus (97).

Les dépenses sont liées au traitement mais surtout aux complications qu'un patient rencontre lorsque sa glycémie n'est pas équilibrée. Les complications à long terme sont : la rétinopathie diabétique, la néphropathie, la neuropathie périphérique associée à une mauvaise cicatrisation, les cardiopathies et un peu plus 8 000 amputations chaque année (99).

Ces chiffres ne risquent pas de diminuer car en France, près de 700 000 personnes sont diabétiques sans le savoir, et l'observance des patients n'est pas optimale (100) (94).

Le pharmacien joue un rôle tout le long du parcours d'un patient diabétique. Dans cette partie, nous nous intéressons plus particulièrement à la prévention secondaire à travers les mesures de glycémie pratiquées en pharmacie d'officine. Néanmoins, il intervient également dans l'orientation, la sensibilisation et l'accompagnement des patients diabétiques.

Un nombre important d'actions existe, trop nombreuses pour toutes les citer. Nous retrouvons à une échelle locale, la Fédération Française des Diabétiques (FFD) qui organise pour la cinquième année consécutive, la semaine nationale de prévention du diabète du 3 au 10 juin. Parmi les missions de la FFD il y a : l'amélioration des connaissances du diabète dans la population générale, l'encouragement des

comportements préventifs et la mise en avant de tous les professionnels de santé concernés, y compris les pharmaciens d'officine (87).

Dans certaines régions, une semaine de dépistage a été mise en place au sein des pharmacies d'officine. C'est le cas en Bourgogne-France-Comté, du 5 au 17 décembre 2016. Cette démarche est entreprise pour diminuer le nombre de patients souffrant du diabète sans en avoir connaissance. Cela a amené à un partenariat entre les URPS pharmaciens, médecins libéraux, l'Assurance Maladie et la Fédération française des diabétiques. Ce genre d'initiative permet, de valoriser la place du pharmacien dans le système de santé et d'accroître sa participation à la prévention secondaire (85).

Le pharmacien d'officine peut mesurer la glycémie capillaire dans un espace dédié de tout individu, dans le cadre :

- De demandes spontanées.
- De symptômes spécifiques.
- De campagnes de dépistage.

Il n'existe pas de protocole proposé par la législation, mais ces protocoles sont actuellement en cours d'étude. Cependant, nous retrouvons dans la littérature plusieurs propositions de protocole de la mesure de glycémie en pharmacie d'officine (4).

Voici un exemple :

Protocole de la mesure de la glycémie à l'officine

Au préalable :

Idéalement, un référent par pharmacie sera nommé pour tous les actes de dépistages, il aura pour mission de :

- Vérifier l'état de marche des appareils de mesure, la date de péremption des bandelettes. Prévoir des gants pour l'équipe, des compresses, un antiseptique, des pansements pour les patients.
- Aménager un espace de confidentialité.
- Organiser en amont une réunion avec toute l'équipe de pharmaciens d'officine pour expliquer la procédure.

Procédure au comptoir :

Pour noter et enregistrer les résultats d'un patient, un modèle de fiche de suivi vierge est disponible sur www.depistage-officine.com. Il est conseillé de garder cette fiche de suivi pour permettre une exploitation des résultats ultérieurs.

Mesure de la glycémie :

- Le pharmacien d'officine accompagne le patient dans l'espace de confidentialité.
- Il s'assure de l'état de propreté des mains du patient : lavage ou désinfection si besoin (ne pas utiliser d'alcool, ni de gel hydro alcoolique). Il prévoit un mouchoir ou une lingette pour essuyer la goutte de sang (+/- pansement) et le bac jaune de récupération des produits souillés par le sang.
- Il prend l'autopiqueur avec des lancettes à usage unique.
- Il prend le lecteur de glycémie et y insère la bandelette. Lorsque le symbole représentant une goutte de sang s'affiche sur l'écran, on peut prélever une goutte de sang au patient, en évitant le pouce et l'index. Au préalable, bien masser le doigt à piquer, main dirigée vers le bas afin de stimuler la circulation.
- Il pique sur les bords externes du doigt : la circulation est plus active et la zone est moins sensible.
- Suivant les appareils, cette goutte est déposée par capillarité ou directement sur la bandelette (se référer à la notice de l'appareil).
- Le résultat s'affiche, le noter sur la fiche de suivi.
- Récupérer la lancette et la bandelette dans les collecteurs dédiés.
- Proposer au patient de se laver les mains et/ou de lui en mettre un pansement.

L'Interprétation des résultats de la glycémie :

- **Glycémie <1,09g/L** : Glycémie normale. Pas de suivi régulier à l'officine proposé.
- **1,10 <Glycémie<1,25g/L** : Notion de prédiabète.
- **Glycémie>1,26g/L** : Notion de diabète.

Le pharmacien d'officine ne doit pas interpréter les résultats, il remplit la fiche de suivi et oriente le patient vers une consultation médicale en prenant en compte les résultats de la glycémie et l'heure de la dernière consommation d'aliments du patient.

Les lecteurs de glycémie actuels ont des résultats fiables avec une marge d'erreur de 20% de l'ordre de 0,2g/L (93).

1.2.2.2 Angine

Une angine peut être d'origine bactérienne (Streptocoques du groupe A) et nécessite l'utilisation d'un traitement antibiotique ou d'origine virale o l'antibiothérapie est inutile. Contrairement aux angines virales qui peuvent évoluer favorablement en quelques jours, les angines bactériennes peuvent se compliquer d'un rhumatisme articulaire aigu, d'une glomérulonéphrite aiguë, d'un abcès ou d'un phlegmon de l'amygdale (92). L'angine bactérienne représente 10-25% des angines de l'adulte et 25-40% des angines de l'enfant (54).

Les prescriptions d'antibiotiques doivent être restreintes aux angines bactériennes car l'utilisation massive et inappropriée des antibiotiques engendre un problème de sélection et l'apparition de résistances. Pour identifier l'origine bactérienne d'une angine, il est possible de réaliser un TDR angine (Streptatest®). Or, seulement un quart des médecins généralistes utilisent les TDR, disponible depuis 2008 alors que chaque année 10 millions d'angines sont traitées par antibiotiques (55).

La réalisation de ces TDR ou TROD se déroule en deux phases :

- **La phase d'extraction** : elle est constituée par la préparation du tube d'extraction dans lequel sont ajoutées 4 gouttes de réactif d'extraction A (nitrite de sodium 2M) puis 4 gouttes de réactif d'extraction B (acide acétique 0,2M). Ensuite a lieu le prélèvement, il s'agit d'un écouvillonnage de gorge sur les amygdales et l'arrière gorge en évitant les joues et la langue. Enfin, il faut introduire l'écouvillon dans le tube d'extraction en réalisant une dizaine de rotations tout en pressant les parois du tube, et attendre une minute minimum.
- **La phase de test** : c'est l'immersion de la bandelette réactive durant une minute dans le tube d'extraction. Un temps réactionnel de cinq minutes est nécessaire pour la lecture du résultat. Selon la concentration de microorganismes contenus dans l'écouvillon, un résultat positif peut être visible dès la première minute. Cette lecture n'a plus de valeur au-delà de dix minutes (84).

L'Assurance Maladie fournit gratuitement les Streptatests® aux médecins pour promouvoir leur utilisation. Une interface a été créée au sein de « l'espace pro » sur ameli.fr. Cela permet à chaque médecin qui le désire de commander les tests. Si le médecin le souhaite, il peut faire la demande par courrier à la caisse d'Assurance Maladie à laquelle il est rattaché (56).

La loi HPST donne l'opportunité au pharmacien d'officine d'être acteur dans le parcours de soins du patient au lieu de simple dispensateur. L'arrêté du 11 juin 2013 a donné la possibilité au pharmacien d'officine de réaliser les Streptatest® dans un espace confidentiel. L'objectif est l'augmentation de l'usage des tests et la diminution du mésusage des antibiotiques. Si l'origine est bactérienne, alors le pharmacien d'officine oriente le patient vers le médecin traitant.

Malgré le retour de l'autorisation pour les pharmaciens d'officine de pratiquer ces tests depuis 2016, les tests rapides d'orientation diagnostique de l'angine ne sont pas proposés en officine faute de réglementation fixant le mode de rémunération.

Néanmoins, il y a eu en 2014 dans la région Lorraine une expérimentation sur l'utilisation des TDR basée sur des symptômes ORL. Dans le cadre de sa thèse, Paul Florion a proposé une expérimentation avec l'URPS pharmacien Lorraine, le réseau d'antibiologie de Lorraine (AntibioLOR) et l'ARS. Dans le cadre de cette expérimentation il a été proposé à toutes les pharmacies d'officine de Lorraine :

- une formation permettant au pharmacien d'officine et à son équipe de pouvoir orienter et conseiller les patients avec des symptômes ORL,
- une formation permettant au pharmacien d'officine de réaliser des TDR de l'angine de façon protocolisée (calcul du score de MAC ISAAC (57)), c'est à dire sûre, fiable et répétitive,
- une expérimentation rémunérée sur l'impact de l'utilisation du TDR angine à l'officine (13).

L'expérimentation s'est déroulée du 20 mai au 15 juillet 2014, dix pharmacies d'officine volontaires ont été sélectionnées. Chaque pharmacie pouvait inclure un nombre non limité de patients et devait réaliser dix TDR de l'angine. Les TDR de l'angine utilisés présentaient une sensibilité de l'ordre de 90% et une spécificité de 95%, ces tests sont donc très fiables en pratique courante.

Les résultats de cette étude régionale ont été transmis à l'union nationale des caisses d'Assurance Maladie pour que l'expérimentation soit ensuite proposée à un niveau national.

1.2.2.2.3 Grippe

Il existe trois souches A, B et C du virus de la grippe (*Virus influenzae*), les souches A et B étant pathogènes pour l'homme. Les souches A, moins fréquentes, peuvent émerger du réservoir animal et infecter l'homme, mais ce sont celles responsables de pandémies, comme celle connue en 2009.

On considère que 2,5 millions de personnes chaque année en France sont touchées par la grippe. En général, nous observons la majorité des cas de grippe entre novembre et avril avec un pic fin décembre pour une durée d'environ dix semaines. Les personnes âgées de plus de 65 ans ne représentent que 10% des cas de grippe, mais 90% des 2000 décès recensés tous les ans. Une étude a montré qu'un décès sur deux pourrait être évité si la couverture vaccinale atteignait 75%. En outre, une bonne couverture vaccinale diminuerait le nombre d'hospitalisations qui ont lieu chaque année suite aux complications de la grippe (58).

La grippe est exclusivement d'origine virale donc toute antibiothérapie est inutile. Les signes cliniques sont spécifiques : forte fièvre, asthénie, myalgies, céphalées puis toux sèche (14).

L'évolution peut être variable :

- Chez les personnes en bonne santé : la guérison se fait habituellement en une semaine, mais une fatigue est fréquemment ressentie pendant les trois ou quatre semaines suivantes. Une toux sèche peut également persister durant deux semaines.
- Chez les personnes fragiles, des complications peuvent apparaître, telles que : une infection pulmonaire grave (ou pneumonie) ; une aggravation d'une maladie chronique déjà existante (diabète, bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO), insuffisance cardiaque, maladie rénale chronique, mucoviscidose, etc) (17).

Le HSCP recommande la vaccination pour les personnes à risques :

- Les personnes de 65 ans et plus,
- les personnes atteintes de certaines maladies chroniques respiratoires, cardiaques, rénales ou métaboliques (diabète de type 1 et 2, asthme, BPCO, insuffisance respiratoire, insuffisance cardiaque),
- les femmes enceintes,
- les personnes souffrant d'obésité morbide (IMC égal ou supérieur à 40kg/m²),
- l'entourage familial des nourrissons de moins de 6 mois à risque de grippe grave (59).

Un réseau sentinelle existe depuis 1984, il est chargé de la surveillance de huit indicateurs, dont celui de la grippe. Le réseau sentinelle est avant tout une collaboration entre médecins généralistes libéraux (près de 1300) et chercheurs, auxquels se sont ajoutés une centaine de pédiatres libéraux en 2015. Ce réseau est coordonné par Santé Publique France.

Une fois le signalement fait par les médecins libéraux, une analyse est faite pour identifier les mutations du virus, les chercheurs adaptent le vaccin pour lutter au mieux contre celui-ci. La fabrication d'un vaccin prend du temps d'où la nécessité d'une alerte précoce.

Une fois le vaccin préparé, il est disponible dès le mois d'octobre en officine pour faire face à la nouvelle épidémie saisonnière (60).

Le pharmacien d'officine doit encourager la vaccination auprès des patients les plus sensibles à des complications de la grippe (prévention primaire).

Si un patient se présente avec des symptômes similaires à ceux de la grippe, il n'est pas autorisé à émettre de diagnostic cependant il peut diriger le patient vers une consultation médicale. Le patient ira consulter un médecin généraliste, celui-ci prescrira un traitement symptomatique. Dans de rares cas, pour les patients particulièrement fragiles, un traitement antiviral sera préconisé. L'antiviral aura un intérêt pour ces patients, uniquement si le traitement est démarré dans les 48h après l'apparition des symptômes (14).

Avec l'arrivée des **TROD grippe**, le pharmacien d'officine a la possibilité de réaliser ce test puis d'orienter le patient. En effet, si le test confirme la présence du virus de la grippe, cela permet :

- D'éviter une administration d'antibiotique.
- De proposer des mesures de préventions afin de limiter la transmission du virus.
- De fluidifier le parcours de soins du patient (13) (61).

Le pharmacien d'officine réalise un TROD de la grippe à toute personne qui en fait la demande et peut le proposer aux patients présentant des symptômes spécifiques de la grippe, tels que :

- Une forte fièvre (autour de 39°),
- une fatigue intense (asthénie),
- des courbatures, douleurs musculaires (myalgies) et articulaires diffuses,
- des maux de tête (céphalées) (14).

En pharmacie d'officine, le TROD de la grippe est réalisé par le pharmacien d'officine et doit se dérouler dans un espace de confidentialité.

Il existe plus d'une vingtaine de tests naso-pharyngés, destinés à identifier si un patient est porteur du virus de la grippe. Tous les citer n'aura aucun intérêt. Cependant, tous ces tests n'ont pas la même performance diagnostique. En effet, la sensibilité de ces tests est très variable (entre 21 et 94%). Enfin, ces TROD de la grippe ont la capacité de détecter les souches A et B du *Virus influenza* mais, selon la souche, la sensibilité et la spécificité du TROD est variable également (15) (16).

Une mauvaise sensibilité entraîne un nombre important de faux négatifs. Un patient réalisant le test naso-pharyngé, pourra être déclaré, comme non porteur alors que le virus sera présent dans son organisme.

La manipulation pour réaliser un TROD de la grippe peut varier selon le test choisi (22 disponibles) (16). L'exemple choisi est un des plus performants, en terme de sensibilité (94%) sur le marché : le test Quickvue®.

Réalisation d'un TROD de la grippe : Effectuer un prélèvement naso-pharyngé à l'aide d'un écouvillon, déposer le réactif dans le tube d'extraction. Introduire l'écouvillon dans le tube d'extraction. Réaliser trois rotations. Attendre une minute et exprimer l'écouvillon en pressant trois nouvelles rotations contre la paroi du tube d'extraction. Immerger la bandelette dans le tube d'extraction et lire le résultat au bout de dix minutes. S'assurer de la présence de la barre de contrôle pour confirmer la signification du test (15).

Le pharmacien d'officine devra adapter sa réponse selon le résultat du TROD et l'état de santé du patient, si :

- Le résultat du TROD de la grippe est positif mais le patient ne fait pas parti des personnes à risques et ne présente pas de complications comme une pneumonie, le pharmacien d'officine peut délivrer un traitement symptomatique adapté, comme : du paracétamol, un antitussif ou bien encore de la vitamine C et si besoin un décongestionnant nasal. L'importance d'une bonne hydratation doit être rappelé (17).
- Le résultat du TROD de la grippe est positif et le patient fait parti des personnes à risques et/ou présente des complications pulmonaires, ou bien si le test est négatif, alors, il sera nécessaire d'établir un diagnostic différentiel (le plus fréquent est la rhinopharyngite) (18). Si le patient est dans une de ces deux situations alors il sera nécessaire que le pharmacien d'officine l'oriente vers une consultation médicale chez son médecin généraliste.

1.2.2.3 Prévention tertiaire et entretiens pharmaceutiques

Les actions d'accompagnement ont été définies par la Loi HPST, article 84 : « les actions d'accompagnements font partie de l'éducation thérapeutique. Elles ont pour objet d'apporter une assistance et un soutien aux malades, ou à leur entourage, dans la prise en charge de la maladie. Elles sont conformes à un cahier des charges national dont les modalités d'élaboration et le contenu sont définis par arrêté du ministre chargé de la santé. Les modalités de ces nouvelles missions sont encadrées par la convention nationale des pharmaciens d'officine, signé le 4 avril 2012 et publié au Journal Officiel de la République Française (JORF) le 6 mai 2012 (1) (10).

Lors de cette convention, les syndicats de pharmaciens titulaires ont négocié avec la CNAM pour confier aux officinaux une nouvelle mission d'accompagnement pour des patients sous certains traitements chroniques. C'est le début des entretiens pharmaceutiques.

L'objectif de ces derniers est la lutte contre la iatrogénie médicamenteuse, ainsi que l'amélioration de l'observance médicamenteuse. Les entretiens pharmaceutiques ont débuté avec les patients sous traitement chronique par antivitamines K (AVK) puis les patients asthmatiques sous corticoïdes inhalés et dernièrement les patients sous anticoagulant oraux d'action directe (AOD) (19).

1.2.2.3.1 Les entretiens pharmaceutiques : principes généraux

L'entretien pharmaceutique constitue l'un des principaux moyens permettant aux pharmaciens d'assurer la prise en charge personnalisée du patient.

Il doit notamment permettre :

- de renforcer les rôles de conseil, d'éducation et de prévention du pharmacien auprès des patients,
- de valoriser l'expertise du pharmacien sur le médicament,
- d'évaluer la connaissance par le patient de son traitement,
- de rechercher l'adhésion thérapeutique du patient et l'aider à s'approprier son traitement, et d'évaluer, à terme, l'appropriation par le patient de son traitement (62).

L'Assurance Maladie adresse un courrier d'information aux patients éligibles sur le contenu et les modalités de l'accompagnement, et les invite à solliciter le pharmacien de leur choix pour intégrer ce dispositif. Un bulletin d'adhésion joint à ce courrier d'information formalise l'intégration du patient dans l'accompagnement ainsi que la désignation du pharmacien

choisi par le patient. L'adhésion et la déclaration des entretiens et des suivis de l'observance interviennent en ligne via « L'espace pro » sur amelie.fr.

Ce bulletin doit être signé par le patient et le pharmacien désigné puis est établi en deux exemplaires originaux. Ce bulletin est conservé par le pharmacien.

Le pharmacien peut s'assurer auprès des patients potentiellement éligibles au dispositif qu'ils ont bien été destinataires du courrier d'information de l'Assurance Maladie. Dans la négative, il procède à l'information de ces patients et leur propose d'adhérer à l'EP (65).

Lorsqu'un patient accepte, le pharmacien s'engage à mener deux entretiens d'une vingtaine de minutes par année civile ou un seul entretien si l'adhésion du patient a eu lors du second semestre de l'année la première année.

Des modifications ont été apportées à la convention nationale, le 28 juin 2016 par l'avenant 8. Elles donnent la possibilité au pharmacien d'officine de n'effectuer qu'un seul entretien annuel à condition de réaliser deux suivis d'observance dans la même année, à partir de l'année n+1.

Ce choix est confié au pharmacien, l'instrument de mesure de l'observance préconisé par l'avenant est le questionnaire de Morisky (19) (63).

La rémunération est basée comme pour la dispensation de médicaments génériques sur une Rémunération sur Objectifs de Santé Publique (ROSP) qui correspond à un des deux forfaits suivants :

- 40 € pour deux entretiens par patient et par an (un seul entretien si adhésion au second semestre) ou,
- 30 € pour un entretien avec deux suivis d'observances. Celle-ci ne peut se faire qu'à partir de l'année n+1.

La déclaration de l'activité d'accompagnement se fait à l'année n et la rémunération a lieu au cours du deuxième semestre de l'année n+1.

Pour mener les entretiens pharmaceutiques deux documents ont été rédigés pour aider le pharmacien :

- **Un guide d'accompagnement des patients**, élaboré à partir des référentiels de l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé (ANSM). Cet outil de travail précise les notions qu'il convient d'aborder au cours de l'entretien.
- **Une fiche de suivi patient**, sur laquelle le pharmacien indiquera la compréhension et l'appropriation par le patient des différentes notions abordées. L'évaluation du pharmacien se fera selon une échelle à trois niveaux : acquis, partiellement acquis, non acquis (64) (65).

Pour mener les entretiens le pharmacien s'engage à assurer la confidentialité de l'entretien (article 8 de l'avenant 1 à la convention nationale pharmaceutique). Il doit ainsi prévoir dans son officine un espace de confidentialité où il peut recevoir isolément les patients. Cet espace est réputé adapté dès lors qu'il permet un dialogue entre le pharmacien et le patient en toute confidentialité (19).

Il s'engage également à actualiser régulièrement ses connaissances sur les thèmes des entretiens.

De plus dans ce cadre, le pharmacien s'engage à donner aux patients les précisions et informations suivantes :

- La posologie, y compris la posologie maximale pour les médicaments à prise modulable ou à posologie non précisée sur l'ordonnance (antalgiques par exemple),
- la durée de traitement,
- les précautions d'emploi,
- les informations nécessaires au bon usage du médicament ou du dispositif médical délivré,
- les informations nécessaires lors de la substitution d'un médicament générique à un princeps,
- les éventuelles précautions particulières à prendre ainsi que tout renseignement utile à la bonne compréhension du traitement par le patient,
- les analyses biologiques indispensables à l'initiation, à la surveillance et à la poursuite de certains traitements (19).

En cas de besoin, le pharmacien peut prendre contact avec le prescripteur avec l'accord du patient (19).

1.2.2.3.2 Antivitamines K

1.2.2.3.2.1 Contexte des antivitamines K

Les AVK, médicaments à marge thérapeutique étroite, nécessitent une surveillance accrue en raison du risque hémorragique ou thrombotique élevé qu'ils peuvent induire en cas de mésusage. En France, il y a près d'un million de patients qui sont traités par un AVK : Previscan® (Fluindione), Coumadine® (Warfarine) ou Simtron® (Acénocoumarol) (19).

Ainsi en France, nous considérons que chaque année, il y a environ 17 300 hospitalisations et 4000 décès liés un mauvais usage de ce traitement (66), ce qui en fait la première cause de iatrogénie médicamenteuse. Il est compréhensible que les autorités de santé souhaitent diminuer l'incidence des décès et des hospitalisations en lien direct avec un mésusage médicamenteux. Le pharmacien est en mesure de participer à l'éducation thérapeutique des patients, à travers les entretiens pharmaceutiques.

1.2.2.3.2 Principe général

Les entretiens pharmaceutiques AVK ont débuté le 27 juin 2013 par la publication de l'avenant n°1 à la convention nationale pharmaceutique, sous forme d'arrêté publié au JORF (65). Ce texte précise les modalités pour mener les entretiens pharmaceutiques avec les patients sous AVK (66) (19).

Les patients éligibles sont ceux sous traitement AVK au long cours pour une durée consécutive, prévisible ou effective supérieure ou égale à six mois.

L'appréciation de la durée de traitement de ces patients est fondée sur les données de remboursement de l'Assurance Maladie. Le versement de la rémunération est conditionné au respect de ces conditions.

Si le patient accepte, le pharmacien s'engage à mener au minimum **deux entretiens annuels la première année** et le contrôle de la réalisation de l'International Normalised Ration (INR). Les années suivantes le pharmacien d'officine s'engage à mener au moins **un entretien annuel, complété par au moins deux suivis de l'observance** (67) (19).

Lors des entretiens pharmaceutiques avec les patients sous AVK, le pharmacien s'engage à informer le patient sur sept grands thèmes :

- 1- **Principe du traitement** : rôle de l'AVK, pourquoi le traitement a été prescrit, notion de marge thérapeutique étroite, risques hémorragiques et thrombotiques, posologies prescrites, horaire d'administration à respecter et que faire en cas d'oubli, importance de l'observance et de la surveillance.
- 2- **Les principes de la surveillance biologique** : INR, INR cible, rythme des contrôles et horaires des contrôles.

- 3- **L'importance de la surveillance de l'apparition de signes évocateurs d'un surdosage** : différencier les signes banals, des signes inquiétants et des signes trompeurs.
- 4- **Les interactions médicamenteuses : s'assurer que le patient ne s'y expose pas** : de nombreux médicaments sont susceptibles d'interagir avec les AVK et de modifier l'INR.
- 5- **L'alimentation** : aucun aliment n'est interdit, cependant l'apport du régime alimentaire en vitamine K doit être régulier et sans excès afin de ne pas perturber l'équilibre de l'INR.
- 6- **Informations des professionnels de santé** : rappeler la nécessité de toujours présenter sa carte mentionnant la prise de traitement par un AVK.
- 7- **Précaution particulière** : toute injection intramusculaire est contre-indiquée lors d'un traitement anticoagulant. Les injections sous-cutanées sont autorisées (68).

1.2.2.3.2.3 Résultats des entretiens pharmaceutiques antivitamines K

Voici les résultats concernant les entretiens pharmaceutiques AVK, transmis lors de la Commission Paritaire Régionale des Pharmaciens de Lorraine du 30 novembre 2015 :

Tableau III : Nombre d'adhésions enregistrées et d'entretiens réalisés sur les antivitamines K en Lorraine par an depuis le 27 juin 2013 (21)

	En Lorraine	
	Nombre d'adhésions enregistrées	Nombre d'entretiens enregistrés
2013 (du 27/06 au 31/12)	4055	3307
2014 (du 01/01 au 31/12)	1269	2992
2015 (du 01/01 au 31/10)	331	714
Totaux :	5655	7013

Ces chiffres portent sur l'ensemble des 728 pharmacies d'officines en Lorraine (69). En France, on dénombre 27 120 titulaires ainsi que 27 906 adjoints pour 21 591 pharmacies d'officine soit en moyenne 2,55 pharmaciens par officine (70). On en déduit, si la répartition des titulaires et adjoints est équitable sur l'ensemble du territoire Français que l'on compte en Lorraine environ 1850 pharmaciens titulaires et adjoints confondus soit 3,4% des pharmaciens d'officine en France.

Les résultats au niveau national sont les suivants :

Tableau IV : Comparaison du nombre d'adhésions enregistrées et d'entretiens réalisés pour les antivitamines K entre la Lorraine et la France depuis le 27 juin 2013 (21) (22)

	Nombre d'adhésions enregistrées		Nombre d'entretiens réalisés	
	Lorraine	France	Lorraine	France
Résultat depuis juin 2013	5655	177281	7013	242583
Moyenne par pharmacie	7,77	8,21	9,63	11,24

Depuis 2013, le nombre moyen d'adhésions enregistrés et d'entretiens réalisés en Lorraine est proche de celui retrouvé en France avec 5% de moins que la moyenne nationale.

En 2016, le rythme des adhésions et des entretiens a fortement ralenti **en France**, puisqu'il y a eu 3546 adhésions et 8612 entretiens enregistrés pour les AVK (22).

Quelques chiffres supplémentaires pour mieux comprendre l'intérêt des entretiens pharmaceutiques pour le pharmacien d'officine et les patients :

- 70% des pharmaciens considèrent que les entretiens pharmaceutiques ont amélioré leurs relations avec leurs patients.
- 74% des patients considèrent que les entretiens leur ont permis d'améliorer leurs connaissances. Celles-ci portent sur le renforcement de la vigilance par rapport aux risques associés aux AVK et aux complications éventuelles. Il est démontré que la sensibilisation des patients aux risques liés à leur traitement a fait accroître le nombre de patients réalisant plus d'un INR mensuel.
- 92% des patients adhérents et des pharmaciens se disent aujourd'hui prêts à poursuivre ces entretiens pharmaceutiques AVK.
- 97% des patients se déclarent prêts à participer à ce type d'accompagnement dans d'autres domaines thérapeutiques (66) (71).

A ce jour, le nombre annuel d'entretiens pharmaceutiques antivitamines K est à la baisse, cet essoufflement étant la conséquence de plusieurs points négatifs, dont :

- La rémunération faible quand parfois les entretiens peuvent durer bien plus que 20 minutes,
- les difficultés à se faire payer par la caisse d'Assurance Maladie la première année,
- les difficultés au recrutement de nouveaux patients (72).

1.2.2.3.3 Anticoagulants oraux d'action directe

1.2.2.3.3.1 Contexte des anticoagulants oraux d'action directe

Comme pour les AVK, les AOD ont de nombreuses indications, dont la fibrillation auriculaire, la thrombose veineuse profonde et/ou embolies pulmonaires et la prévention des accidents vasculaires cérébraux (AVC).

La prescription est préconisée en seconde intention par la Haute Autorité de Santé (HAS) quand les AVK sont contre-indiqués pour les patients ayant :

- Une mauvaise tolérance,
- des difficultés à accepter la contrainte liée à la surveillance de l'INR,
- un INR cible qui n'est pas atteint malgré une observance correcte (73) (74).

Ils ont l'avantage de ne pas nécessiter de suivi régulier de l'INR, contrairement aux AVK. Néanmoins, cette absence de suivi associée à la brièveté de leur demi-vie, rend leur efficacité très sensible à l'oubli d'une prise.

Contrairement aux AVK qui possèdent un antidote (la vitamine K) en cas de surdosage (INR > 7-8 = risque hémorragique important), les AOD ne disposaient pas d'antidote avant l'arrivée récente du Praxbind® (Idarucizumab) pour le Pradaxa® (75).

D'après les données actuelles, et bien que le recul sur les AOD soit peu important, il semblerait que le risque iatrogène lié à l'utilisation des AOD ne soit pas inférieur à celui des AVK (115).

Une étude a été réalisée, de novembre 2012 à novembre 2013, au sein de l'assistance publique des hôpitaux de Marseille. Au cours de cette étude 46 patients sont arrivés aux urgences et étaient traités par un AOD. Parmi eux, 19 patients s'y sont retrouvés suite à un accident hémorragique engendré par l'un des AOD dont 14 sont considérés comme des hémorragies majeures, cependant il semble que la gravité de l'accident hémorragique n'est pas corrélée au nombre de facteurs de risques du patient. 32 patients ont été accueillis aux urgences après un accident iatrogène aux AVK (76).

Afin de limiter le risque des accidents iatrogènes, il est nécessaire de sensibiliser le patient à l'importance d'une prise régulière et aux risques thromboemboliques liés aux AOD.

1.2.2.3.3.2 Principe général

Il existe trois spécialités d'AOD différents qui sont : le Pradaxa® (Dabigatran) et le Xarelto® (rivaroxaban) et l'Eliquis® (Apixaban) (77).

C'est l'avenant 8 de la convention nationale du 28 juin 2016, qui a étendu les entretiens pharmaceutiques aux patients suivants un traitement sous AOD pour une durée consécutive, prévisible ou effective supérieure ou égale à six mois. La mise œuvre est similaire à celle des entretiens AVK (62).

Lors des entretiens pharmaceutiques avec les patients sous AOD, le pharmacien s'engage à informer le patient sur neuf grands thèmes :

- 1- **Principe du traitement** : rôle de l'AOD, pourquoi le traitement a été prescrit, importance de l'observance, importance de la surveillance, risques hémorragiques et thrombotiques, posologies prescrites, horaire d'administration à respecter et que faire en cas d'oubli.
- 2- **Observance** : il ne faut pas banaliser le traitement malgré l'absence de suivi biologique, et réaliser un suivi de l'observance par le questionnaire de Morisky.
- 3- **Suivi de la fonction rénale et hémoglobine** : surveillance rénale au moins une fois par an.
- 4- **Surveillance de l'apparition de signes évocateurs d'une situation de surdosage ou de sous-dosage**
- 5- **Interactions médicamenteuses** : un mémo relatif aux interactions médicamenteuses validé par l'HAS a été transmis aux pharmaciens.
- 6- **Autres points de vigilance** : un poids inférieur à 50 kg pour le dabigatran et inférieur à 60 kg pour l'apixaban et le rivaroxaban est un facteur de risque de saignement. Une vigilance particulière des patients présentant ce profil doit être mise en œuvre. Ils doivent être invités à surveiller leur poids et alerter leur médecin en cas de perte de poids.
- 7- **L'alimentation et les compléments alimentaires** : aucun aliment n'est interdit mais la phytothérapie et l'aromathérapie nécessitent une vigilance. Plus particulièrement pour le dabigatran avec le millepertuis qui est un inducteur enzymatique qui diminue l'efficacité du médicament.

- 8- **Informations des professionnels de santé** : rappeler la nécessité de toujours présenter sa carte mentionnant la prise de traitement par un AOD.
- 9- **Précaution particulière** : toute injection intramusculaire est contre-indiquée lors d'un traitement anticoagulant. Les injections sous-cutanées sont autorisées (78).

1.2.2.3.3 Résultats des entretiens pharmaceutiques sur les anticoagulants d'action directe

Du fait de la parution récente de l'avenant 8, aucune donnée n'est disponible à ce jour concernant les entretiens pharmaceutiques avec les patients sous anticoagulants oraux d'action directe.

1.2.2.3.4 Asthme

1.2.2.3.4.1 Contexte de l'asthme

En France, l'asthme concerne environ 6,8% de la population, soit 4,5 millions de personnes tout âge confondu. L'asthme a entraîné, en 2014, 61 771 séjours d'hospitalisations, les deux tiers concernaient des enfants âgés de moins de 15 ans (79) (80).

La majorité des hospitalisations consécutives à l'exacerbation de l'asthme est considérée comme évitable avec une prise en charge appropriée et une bonne observance du traitement de fond. Ces dernières années, les taux de mortalité de l'asthme ont diminué chez les hommes et chez les femmes. Il y a en moyenne, 908 décès par asthme enregistrés chaque année (81).

Le coût de l'asthme en France avoisine les 1,5 milliards d'euro chaque année. Ce coût comprend les traitements, les hospitalisations mais aussi les 7 millions de journées d'arrêts de travail.

Le pharmacien d'officine a une action à mener car les corticoïdes inhalés, seuls ou associés constituent le traitement de référence de l'asthme persistant. Pris conformément aux prescriptions des médecins, ces médicaments permettent le contrôle de l'asthme (116). Une étude a montré que seulement 13% des patients asthmatiques sous traitement médicamenteux sont observants.

Cette étude a montré également que 44% des patients asthmatiques sévères se sentent restreints dans leurs activités de tous les jours et 50% éprouvent de l'inquiétude vis-à-vis des effets indésirables à long terme (82) (83).

1.2.2.3.4.2 Principe général

Les entretiens pharmaceutiques de l'asthme se sont ajoutés au dispositif d'accompagnement AVK proposé par le pharmacien d'officine. Cela fait suite à la publication de l'avenant 4 à la convention nationale le 3 décembre 2014 (80).

Initialement, cet accompagnement était prévu pour les patients asthmatiques chroniques sous corticoïdes inhalés en initiation de traitement avec durée prévisible d'au moins 6 mois. A ce jour, il s'est étendu à tous les patients sous corticoïdes inhalés suite aux modifications apportées par l'avenant 8 (62).

Lors des entretiens le pharmacien s'engage à informer le patient sur 6 grands thèmes :

- 1- **Principe du traitement** : si le patient n'est pas sûr de l'effet de ses médicaments, il faut lui expliquer leurs modes d'actions et leur impact sur le contrôle de l'asthme. Il faut également rappeler ou expliquer ce qu'est le traitement de crise et le traitement de fond.
- 2- **Les principes de la techniques d'inhalation** : insister sur l'importance et la manipulation du traitement de fond.
- 3- **L'importance de la l'adhésion au traitement par corticoïdes inhalés** : dès le second entretien, évaluer l'adhésion au traitement, notamment prise irrégulière ou interruption de traitement, grâce au questionnaire de Morisky.
- 4- **Les effets indésirables des médicaments de l'asthme : corticoïdes inhalés (traitement de fond) et bronchodilatateurs d'action brève (traitement de la crise)**
- 5- **Les interactions médicamenteuses : s'assurer que le patient ne s'y expose pas** : certains médicaments peuvent interagir avec les antiasthmatiques et participer au non contrôle de l'asthme du patient.

6- **La recherche des facteurs déclenchant et les conseils pour les éviter.** La prise en charge des patients asthmatiques passe par le traitement pharmacologique mais aussi par l'éviction des facteurs déclenchants ou aggravants l'asthme. Il est donc préalablement nécessaire de les identifier. Cette partie aide le patient à identifier au fur et à mesure des entretiens, des facteurs déclenchants qu'il n'aurait pas évoqués lors de la consultation. Le pharmacien d'officine pourra prendre contact avec le médecin, avec l'accord du patient, pour préciser ces facteurs et les mesures d'éviction. Le pharmacien d'officine pourra aussi demander au patient d'enregistrer les moments et les conditions durant lesquels son asthme s'aggrave et l'inviter à communiquer à son médecin les éventuels facteurs récemment identifiés (20).

1.2.2.3.4.3 Résultats des entretiens pharmaceutiques de l'asthme

Voici les résultats concernant les entretiens pharmaceutiques de l'asthme, transmis lors de la Commission Paritaire Régionale des Pharmaciens de Lorrains du 30 novembre 2015 :

Tableau V : Nombre d'adhésions enregistrées et d'entretiens réalisés en Lorraine sur l'asthme par an depuis 4 décembre 2014 (21)

	Lorraine	
	Nombre d'adhésions enregistrées	Nombre d'entretiens enregistrés
2014 (du 04/12 au 31/12)	3	3
2015 (du 01/01 au 31/10)	49	40
Totaux :	52	43

Les résultats au niveau national sont les suivants :

Tableau VI : Comparaison du nombre d'adhésions enregistrées et d'entretiens réalisés sur l'asthme en lorraine et France depuis 2013 (21) (22)

	Nombre d'adhésions enregistrées		Nombre d'entretiens réalisés	
	Lorraine	France	Lorraine	France
Résultat depuis décembre 2014	52	5282	43	5943
Moyenne par pharmacie	0,07	0,24	0,06	0,28

Depuis 2014, le nombre moyen d'adhésions enregistrés et d'entretiens réalisés en Lorraine est assez éloigné de celui retrouvé en France. Il y a eu 3,4 fois moins d'adhésions enregistrées en Lorraine par rapport à la moyenne en France et 4,6 fois moins d'entretiens réalisés en Lorraine par rapport à la moyenne en France.

En 2016, le rythme des adhésions et des entretiens a fortement ralenti **en France**, puisqu'il y a eu 1115 adhésions et 1212 entretiens enregistrés pour l'asthme (22). Cet essoufflement est dû d'une part aux difficultés de recrutement des patients pour participer aux entretiens pharmaceutiques, d'o un élargissement des critères d'éligibilité par l'avenant 8. D'autre part cet essoufflement est dû à une diminution de la motivation des pharmaciens qui ont eu des difficultés à être rémunérés pour les entretiens AVK, avec une faible rémunération en regard du temps nécessaire pour mener correctement ces entretiens pharmaceutiques.

1.2.2.3.5 Education thérapeutique des patients

Le pharmacien d'officine s'est vu attribué une mission spécifique avec les entretiens pharmaceutiques néanmoins d'autres entretiens lui sont accessibles au même titre que les autres professionnels de santé avec l'éducation thérapeutique du patient.

Ce dernier fait partie intégrante de la prévention tertiaire, qui a pour objectif d'amoinrir les effets et séquelles d'une pathologie ou de son traitement. La prévention tertiaire vise également la réadaptation du malade, sous la triple dimension du médical, du social et du psychologique.

Pour rappel, il est précisé dans la loi HPST, article 84 :

« L'éducation thérapeutique s'inscrit dans le parcours de soins du patient. Elle a pour objectif de rendre le patient plus autonome en facilitant son adhésion aux traitements prescrits et en améliorant sa qualité de vie. Elle n'est pas opposable au malade et ne peut conditionner le taux de remboursement de ses actes et des médicaments afférents à sa maladie.

Aucune entreprise commercialisant un médicament ou un dispositif médical ne peut avoir de contact direct avec un malade et son entourage, cependant ces entreprises peuvent participer au financement de ces programmes.

Les programmes d'éducation thérapeutique du patient sont conformes à un cahier des charges national donc les modalités d'élaboration et le contenu sont définis par arrêté du ministre chargé de la santé. Ces programmes sont mis en œuvre au niveau local, après autorisation des ARS. De plus, ces programmes sont évalués par la HAS. Ils sont proposés

au malade par le médecin prescripteur et donnent lieu à l'élaboration d'un programme personnalisé.

Les programmes d'apprentissage ont pour objet l'appropriation par les patients des gestes techniques permettant l'utilisation d'un médicament le nécessitant.

La mise en œuvre du programme d'apprentissage est subordonnée au consentement écrit du patient ou de ses représentants légaux.

Il peut être mis fin à cette participation, à tout moment et sans condition, à l'initiative du patient ou du médecin prescripteur (1). »

1.3 Collaboration pharmaciens d'officine - médecins généralistes

Nous retrouvons dans la littérature des études sur les relations interprofessionnelles mais aussi l'importance du rôle joué par les pharmaciens d'officine dans l'amélioration de l'observance et de la qualité de vie des patients atteints de pathologies chroniques (23).

De plus les bienfaits de cette coopération sont ressentis, outre par les patients, par le pharmacien, par le médecin mais également par le système de santé (24).

Un modèle conceptuel de collaboration reconnu par les professionnels semble ressortir. C'est le modèle publié par McDonough et Doucette en 2003. Il désigne les bases pour garantir la qualité de la coopération entre professionnels de santé (25). Il regroupe une synthèse des différents modèles de relation interpersonnelle, de relation professionnelle dans le monde des entreprises et de coopération entre des médecins et des infirmières des Etats-Unis.

Il décrit les cinq étapes nécessaires au développement d'une relation de coopération médecin généraliste-pharmacien :

- La conscience professionnelle,
- la reconnaissance professionnelle,
- les essais et expérimentations,
- l'expansion de relation professionnelle,
- l'engagement dans un travail collaboratif (Annexe 1).

Ces différentes étapes sont influencées par trois facteurs :

1. Les caractéristiques individuelles du professionnel de santé, comme l'âge, la formation, etc.
2. Les caractéristiques du contexte, comme le lieu d'exercice ou les moyens de communication.
3. Les caractéristiques des échanges personnels entre les médecins et les pharmaciens. Les caractéristiques des échanges personnels correspondent au facteur principal qui influence le développement de la relation de coopération médecin généraliste-pharmacien, d'après une étude publiée par Zillich en 2004 (26). Ce dernier a divisé ces caractéristiques en trois catégories :
 - a. L'initiation de la relation.
 - b. La confiance.
 - c. La spécification des rôles.

Ce modèle a été vérifié et validé par plusieurs études, (27) et sert actuellement de référence afin d'analyser la relation de coopération entre les médecins généralistes et les pharmaciens (30).

2 NOUVELLES MISSIONS DU PHARMACIEN D'OFFICINE ET COLLABORATION ENTRE LES MEDECINS GENERALISTES ET LES PHARMACIENS D'OFFICINE : ENQUÊTE SUR LA PERCEPTION DES MEDECINS GENERALISTES

2.1 Contexte et objectif

Depuis ces dernières années, le métier de pharmacien connaît des changements importants. Initialement préparateur et dispensateur de médicaments, il est aujourd'hui pleinement intégré au parcours de santé des patients (prévention primaire, secondaire, tertiaire).

De plus, la volonté d'une meilleure collaboration entre professionnels de santé paraît de plus en plus nécessaire. La loi HPST souhaite mettre un terme au cloisonnement dont souffre le système de santé français. Les principaux acteurs concernés sont les professionnels de santé de proximité, et plus particulièrement les pharmaciens d'officine et les médecins généralistes.

La loi HPST propose des nouvelles missions pour le pharmacien d'officine et des changements quant à la collaboration entre les professionnels de santé de premier recours (médecins généralistes, pharmaciens d'officine, et infirmières diplômées d'état (IDE)). En effet, l'article 51 de la loi HPST du 21 juillet 2009 permet la mise en place, à titre dérogatoire et à l'initiative des professionnels de terrain, de transferts d'actes ou d'activités de soins et de réorganisations des modes d'intervention auprès des patients. Ces initiatives locales prennent la forme d'un protocole de coopération qui est transmis à l'ARS. Celle-ci vérifie la cohérence du projet avec le besoin de santé régional, avant de le soumettre à la validation de la HAS (31).

Dans l'optique d'améliorer la communication et la coopération entre médecins généralistes et pharmaciens d'officine, il semble important de connaître le point de vue ainsi que la perception des médecins généralistes concernant les nouvelles missions du pharmacien d'officine.

Dans ce contexte, nous avons réalisé une enquête auprès des médecins généralistes de Meurthe et Moselle afin de connaître leur perception sur les nouvelles missions du pharmacien d'officine et la collaboration médecins généralistes-pharmaciens d'officine.

2.2 Matériel et méthodes

L'enquête a été conduite par voie postale en Meurthe et Moselle auprès des médecins généralistes entre janvier 2016 et août 2016. Le questionnaire d'enquête a été rédigé par un étudiant en pharmacie puis testé et modifié à l'aide de deux médecins généralistes ainsi qu'un pharmacien épidémiologiste.

A l'aide des pages jaunes de l'annuaire téléphonique 2016, 400 médecins généralistes ont été choisis au hasard par tirage au sort sur les 1 041 en Meurthe et Moselle. Les courriers destinés aux médecins généralistes travaillant à Nancy et son agglomération ont été déposés directement dans leur boîte aux lettres. Les courriers destinés aux médecins travaillant dans des zones plus éloignées ont été envoyés par la poste. L'envoi du courrier a eu lieu entre janvier et mars 2016.

L'objectif était d'atteindre au bout de six mois au moins 200 réponses, et si l'objectif n'avait pas été rempli un second envoi était prévu. Le nombre de répondants s'élevant à 248 cela n'a pas été nécessaire. La réception des courriers s'est étalée sur plusieurs mois, jusqu'au mois d'août 2016.

L'enquête était anonyme et basée sur le volontariat.

Composition du questionnaire :

Toutes les questions sont des questions fermées avec plusieurs modalités de réponse. Le questionnaire de l'enquête était accompagné d'un courrier explicatif (Annexe 2).

Les quatre premières questions portaient sur les caractéristiques sociodémographiques des répondants : âge, sexe, localisation et appartenance à une maison de santé pluridisciplinaire (MSP).

Les trois questions suivantes portaient sur les relations entretenues actuellement avec le pharmacien d'officine ainsi que les différentes occasions de rencontre entre ces deux professionnels de santé.

Ensuite ont été abordées les questions portant sur la perception des nouvelles missions du pharmacien d'officine : entretien pharmaceutique, vaccination, dépistage et éducation du patient.

Pour finir, les dernières questions portaient sur leur perception de la collaboration entre les médecins généralistes et pharmaciens d'officine (Annexe 2).

Une fois le questionnaire rempli par le médecin, ce dernier devait le renvoyer à l'aide de l'enveloppe jointe, affranchie au préalable. Ces questionnaires sont arrivés sur mon lieu d'habitation, puis les questionnaires ont été saisi sur une base de type Google Form, ce qui a permis d'analyser les résultats.

L'analyse des résultats de l'enquête comporte :

- Une analyse descriptive des réponses à chaque question, avec un pourcentage de répondants pour chaque modalité de réponse.
- Une recherche des facteurs sociodémographiques des médecins (âge, sexe, localisation et appartenance à une maison pluridisciplinaire) associés à une bonne perception des nouvelles missions du pharmacien. Le test du Khi 2 avec P significatif au seuil de 5% a été utilisé pour identifier les facteurs associés.

2.3 Résultats descriptifs de l'enquête

Lors de l'enquête, 391 questionnaires ont été déposés et envoyés aux médecins généralistes de Meurthe et Moselle. Au total, 248 réponses ont été reçues, dont 236 exploitables. En effet, une dizaine de questionnaires n'ont pu être intégrés à mes résultats, car certains médecins :

- N'avaient pas répondu volontairement ou non à l'ensemble des questions.
- N'ont pas remarqué les questions au verso des pages.
- Ne pratiquaient pas de médecine générale.
- Ont envoyé leurs réponses après l'analyse complète des résultats.

Le taux de réponse, obtenu et exploitable, dépasse les 60% (60,36%).

2.3.1 Profil des médecins répondeurs

Les caractéristiques individuelles des médecins généralistes sont les suivantes :

- Une grande proportion sont des hommes : 157 hommes (66,5%), contre 79 femmes (33,5%).

- La tranche d'âge la plus représentée est les 50 ans ou plus. Sur les 236 médecins répondeurs, 79 (33,5%) étaient âgés de moins de 50 ans.

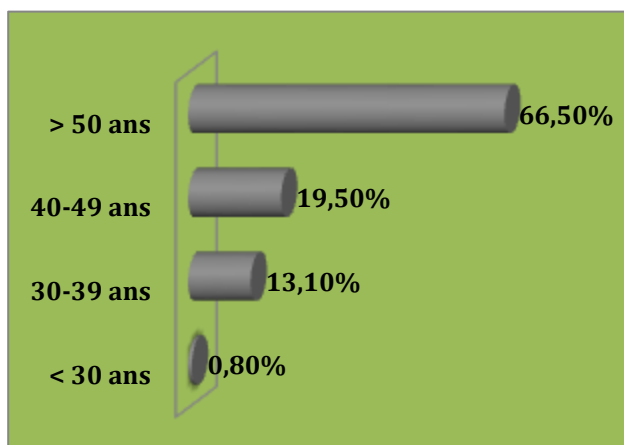


Figure 2 : Pourcentage de répondeurs en Meurthe et Moselle par tranche d'âge

- Les zones d'exercice des répondeurs se répartissent comme suit : en zone urbaine 175 médecins (74,1%), en zone semi-rurale 49 médecins (20,8%) et en zone rurale 12 médecins (5,1%).
- Nous retrouvons 47 répondeurs (19,9%), qui exercent au sein d'une maison de santé pluridisciplinaire.

2.3.2 Avis des médecins sur leur collaboration avec le pharmacien d'officine

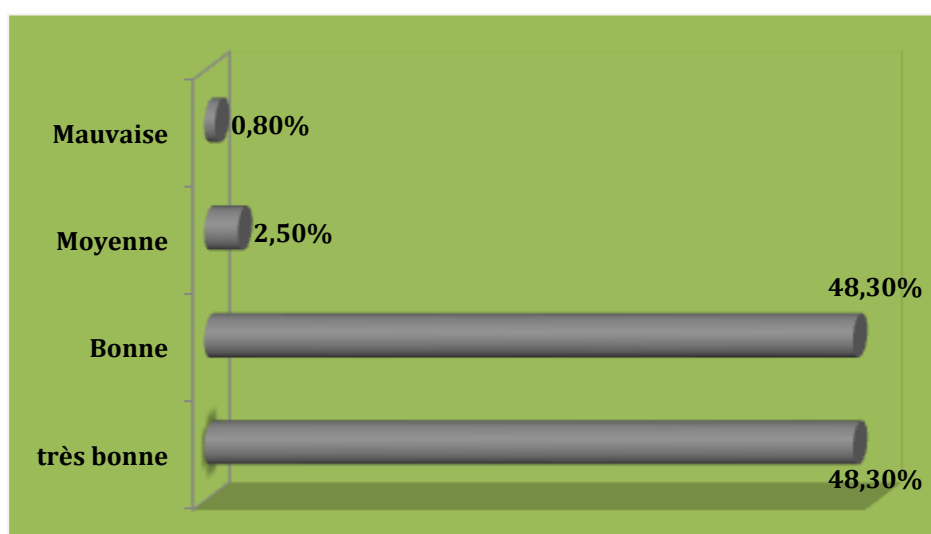


Figure 3 : Perception de la relation professionnelle entre les médecins généralistes et les pharmaciens d'officine

Peu de réponders, à savoir 26 médecins généralistes (11%), déclarent n'avoir jamais eu de contact direct avec le pharmacien d'officine.

Parmi les 89% qui déclarent avoir déjà eu un contact avec le pharmacien d'officine, certains reconnaissent que cette rencontre a eu lieu pour aller chercher un traitement mais peu pour échanger sur les difficultés rencontrées avec certains patients.

Les rencontres entre pharmaciens d'officine et médecins généralistes se font notamment lors de réunions (n= 64, 27%), ou de formations (n= 26, 11%).

Nous retrouvons parmi les reproches émis à l'encontre du pharmacien et de l'équipe officinale, des appels téléphoniques parfois trop nombreux et/ou jugés inutiles. Il n'y a pas eu de précision de la part des réponders quant aux sujets des appels considérés comme trop nombreux ou inutiles.

2.3.3 Avis des médecins sur les entretiens pharmaceutiques

L'avis des médecins généralistes sur les entretiens AVK et Asthme est le suivant :

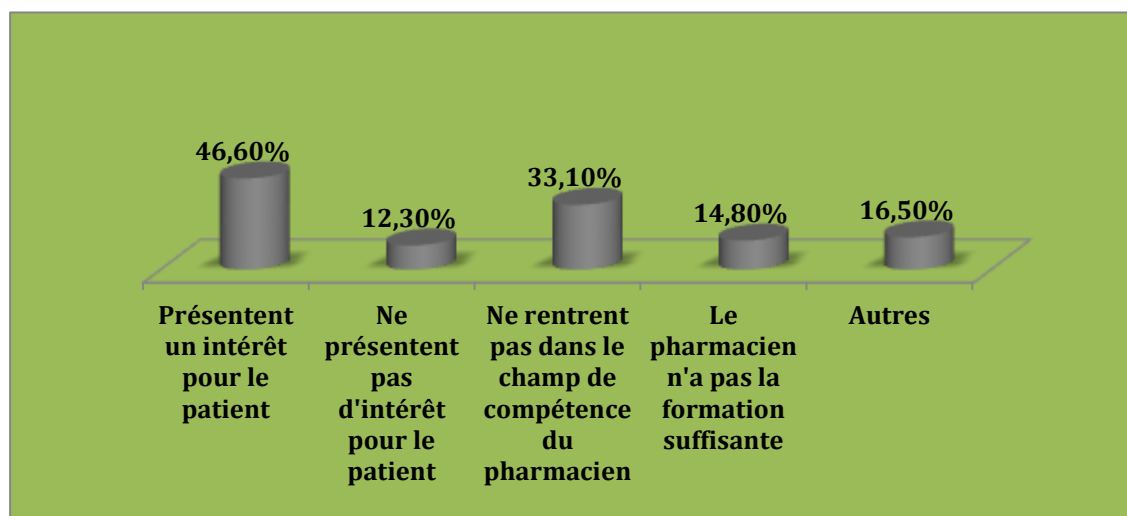


Figure 4 : Avis des réponders de Meurthe et Moselle sur les entretiens pharmaceutiques antivitamine K

- Parmi les réponses « autres », beaucoup ont exprimé un manque d'information sur les entretiens pharmaceutiques menés par le pharmacien d'officine et donc l'impossibilité de se prononcer.

2.3.4 Avis des médecins sur la vaccination du patient

Sur l'ensemble des médecins généralistes répondeurs, 21 (9%) pensent que la pratique de la vaccination entre dans le champ de compétences du pharmacien d'officine.

La vaccination pratiquée par le pharmacien est rejetée par la majorité par les médecins généralistes.

Voici les réponses récoltées pour essayer de mieux comprendre l'avis des opposants :

- La compétence du pharmacien à pratiquer la vaccination est remise en question : « saura t-il réagir en cas de problème ? ». Le médecin sous entend, saura t-il réagir en cas de réaction anaphylactique.
- Les médecins généralistes craignent que les pharmaciens récupèrent l'ensemble des vaccinations de leurs patients.

2.3.5 Avis des médecins sur le dépistage

L'opinion des médecins sur la pratique de dépistage par le pharmacien d'officine est très mitigée. Les avis favorables varient de 12,7% à 53% selon la pathologie.

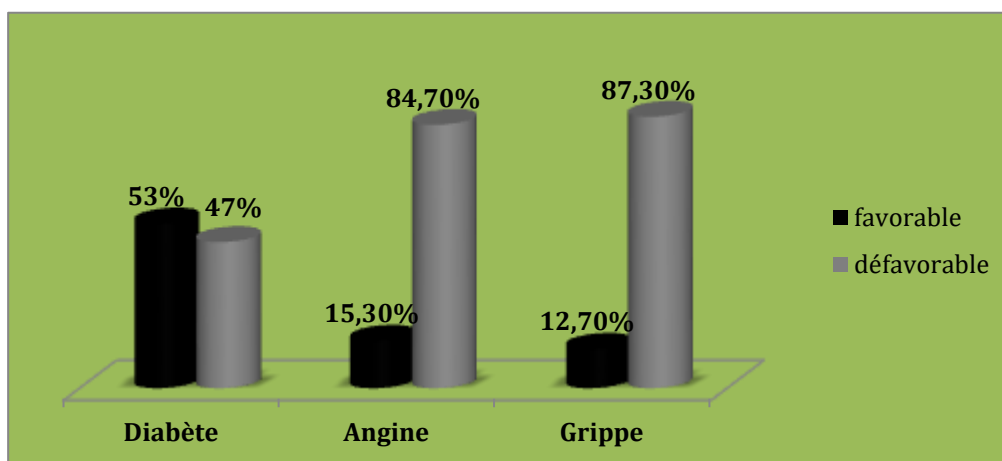


Figure 5 : Opinions des répondeurs de Meurthe et Moselle sur les tests de dépistage en pharmacie d'officine

Le rôle du pharmacien est mieux accepté dans le dépistage de maladie chronique que pour des situations aiguës.

Les tests de glycémie capillaire sont pratiqués en pharmacie depuis plusieurs années et semblent les mieux acceptés par les médecins généralistes. En revanche, les médecins généralistes sont moins favorables à l'utilisation de TROD en pharmacie d'officine.

2.3.6 L'éducation thérapeutique du patient

Sur les 236 médecins généralistes qui ont répondu à ce questionnaire, 215 (91,1%) estiment que le pharmacien, de par sa compétence et sa proximité, doit pouvoir éduquer le patient sur son traitement.

C'est un résultat encourageant qui montre que la participation du pharmacien d'officine à l'éducation thérapeutique du patient est une pratique acceptée par les médecins généralistes.

2.3.7 Avis des médecins sur le rôle complémentaire du pharmacien d'officine

Les champs d'intervention du pharmacien sont vastes avec une activité très diversifiée.

Nous pouvons retrouver en pharmacie d'officine des produits, tels que : des médicaments, des orthèses, du matériel médical, des alternatives aux traitements allopathiques comme l'homéopathie, la phytothérapie ou l'aromathérapie, une large gamme de parapharmacie, de la dermo-cosmétique.

L'enquête montre que les médecins généralistes reconnaissent le rôle complémentaire du pharmacien d'officine en ce qui concerne :

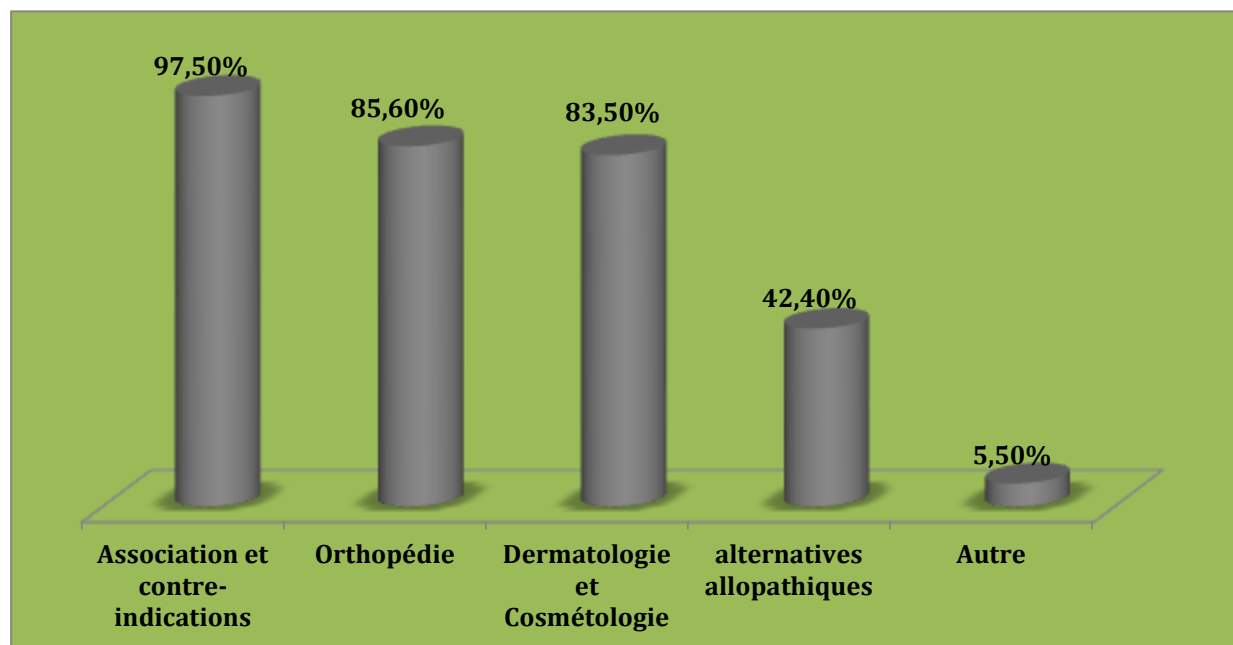


Figure 6 : Les rôles complémentaires joués par le pharmacien d'officine d'après les médecins généralistes de Meurthe et Moselle

Une grande majorité de répondeurs (>80%) reconnaît le rôle complémentaire du pharmacien par rapport au médecin sur les associations et contre-indications, les orthèses et dermocosmétologie. Les avis sont très partagés en ce qui concerne les alternatives thérapeutiques.

Nous retrouvons 13 médecins (5,5%) qui estiment que le pharmacien d'officine peut avoir un rôle complémentaire à celui du médecin généraliste dans un autre domaine. Le domaine évoqué par ces 13 médecins est le matériel de maintien à domicile.

2.3.8 Avis des médecins sur l'intérêt de la relation médecin généraliste et pharmacien d'officine

Sur l'ensemble des réponses reçues, il n'y a aucun médecin qui estime la relation pharmaciens d'officine et médecins généralistes sans intérêt.

Cependant, il y a 3 médecins généralistes (1,3%) qui estiment que cette collaboration a peu d'intérêt. En revanche, 125 (53,0%) et 108 (45,8%) médecins généralistes estiment respectivement que cette relation est souhaitable et indispensable.

2.3.9 Critères d'orientations d'un patient vers une pharmacie

Nous avons voulu mieux cerner l'attente des médecins pour leurs patients vis à vis des pharmacies d'officine. Ainsi ils ont pu préciser quels étaient le ou leurs critères d'orientations vers une pharmacie d'officine.

Les avis sont partagés :

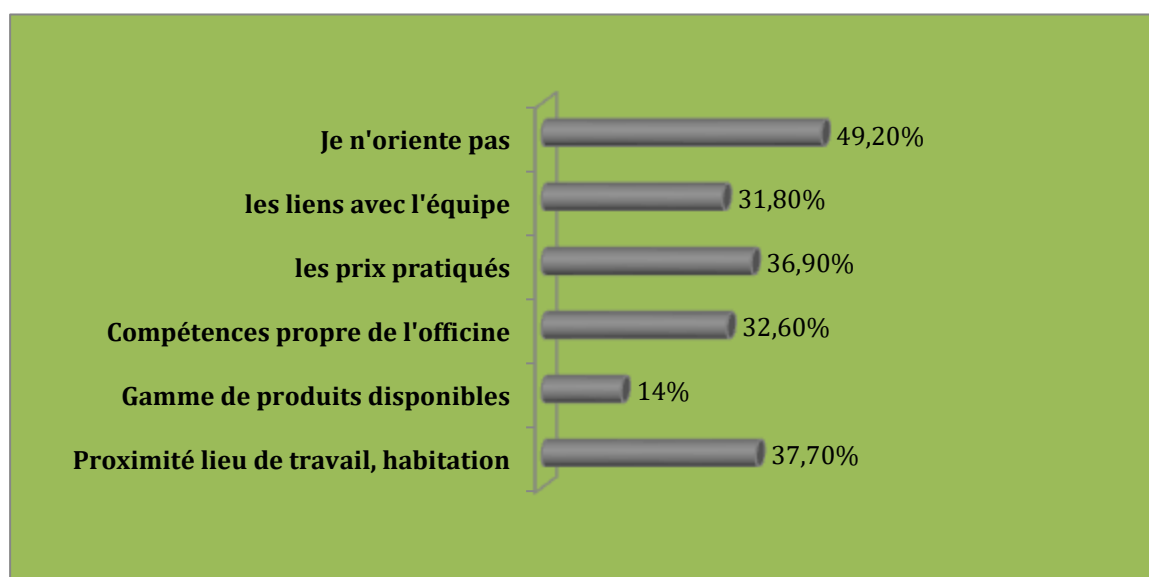


Figure 7 : Critères d'orientations vers une officine

Hormis les médecins qui n'orientent pas, ce sont la proximité avec le lieu de travail et d'habitation (37,7%) ainsi que les prix pratiqués (36,90%) qui sont les deux premiers motifs d'orientation des patients.

2.4 Facteurs associés à une bonne perception des nouvelles missions pharmaceutiques par le médecin généraliste

Nous avons voulu approfondir les résultats en identifiant le profil des médecins ayant une bonne perception des nouvelles missions pharmaceutiques. Nous avons pu observer les différences d'opinions entre les hommes et les femmes, les jeunes médecins et ceux plus âgés, ceux exerçant en zone urbaine ou autres, ou bien ceux exerçant en MSP ou non. Cette partie permet de déterminer si plusieurs caractéristiques du profil impactent la perception des médecins généralistes sur les nouvelles missions pharmaceutiques et leur collaboration avec les pharmaciens d'officine.

L'objectif de ce travail est d'identifier plus aisément les médecins qui émettent des avis négatifs et donc ceux avec qui, il faudrait améliorer la communication et développer les collaborations en priorité.

2.4.1 Sexe et perception des nouvelles missions du pharmacien

Tableau VII : Relation entre le sexe et la perception des nouvelles missions pharmaceutiques

	Hommes (157)	Femmes (79)	P
La <u>vaccination</u> entre dans le champ de compétence du pharmacien	15 (9,6%)	6 (7,6%)	Non significatif
Je suis favorable au dépistage du <u>diabète</u> par le pharmacien	80 (51,0%)	45 (57,0%)	Non significatif
Je suis favorable au dépistage de <u>l'angine</u> par le pharmacien	26 (16,6%)	10 (12,7%)	Non significatif
Je suis favorable au dépistage de la <u>grippe</u> par le pharmacien	18 (11,5%)	12 (15,2%)	Non significatif
Entretiens pharmaceutiques :			
- hors du champ de compétence du pharmacien	58 (34,4%)	20 (25,3%)	Non significatif
- pas d'intérêt pour le patient	23 (14,6%)	6 (7,6%)	Non significatif
- pas de formation suffisante du pharmacien	25 (15,9%)	10 (12,7%)	Non significatif
- intérêt pour le patient	65 (41,4%)	45 (57,0%)	Significatif P < 0,05
Favorable à l'éducation thérapeutique du patient par le pharmacien	140 (89,2%)	75 (94,9%)	Non significatif

Les femmes ont plus tendance à penser que l'entretien pharmaceutique peut présenter un intérêt pour le patient.

2.4.2 Age et perception des nouvelles missions du pharmacien

Tableau VIII : Relation entre l'âge et la perception des nouvelles missions pharmaceutiques

	≥ 50 ans (157)	< 50 ans (79)	P
La <u>vaccination</u> entre dans le champ de compétence du pharmacien	12 (7,6%)	9 (11,4%)	Non significatif
Je suis favorable au dépistage du <u>diabète</u> par le pharmacien	90 (57,3%)	35 (44,3%)	Non significatif
Je suis favorable au dépistage de <u>l'angine</u> par le pharmacien	29 (18,5%)	7 (8,9%)	Non significatif
Je suis favorable au dépistage de la <u>grippe</u> par le pharmacien	21 (13,4%)	9 (11,4%)	Non significatif
Entretiens pharmaceutiques :			
- hors du champ de compétence du pharmacien	59 (37,6%)	19 (24,1%)	Significatif P < 0,05
- pas d'intérêt pour le patient	19 (12,1%)	10 (12,7%)	Non significatif
- pas de formation suffisante du pharmacien	26 (16,6%)	9 (11,4%)	Non significatif
- intérêt pour le patient	66 (42,0%)	44 (55,7%)	Significatif P < 0,05
Favorable à l'éducation thérapeutique du patient par le pharmacien	140 (89,2%)	75 (94,9%)	Non significatif

Les médecins de moins de 50 ans ont plus tendance à penser que l'entretien pharmaceutique entre dans le champ de compétence du pharmacien et peut présenter un intérêt pour le patient.

2.4.3 Exercice au sein d'une maison de santé pluridisciplinaire et perception des nouvelles missions du pharmacien

Tableau IX : Relation entre l'exercice en maison de santé pluridisciplinaire et la perception des nouvelles missions pharmaceutiques

	Médecin en MSP (47)	Médecin hors MSP (189)	P
La <u>vaccination</u> entre dans le champ de compétence du pharmacien	3 (6,4%)	18 (9,5%)	Non significatif
Je suis favorable au dépistage du <u>diabète</u> par le pharmacien	23 (48,9%)	102 (54,0%)	Non significatif
Je suis favorable au dépistage de <u>l'angine</u> par le pharmacien	7 (14,9%)	29 (15,3%)	Non significatif
Je suis favorable au dépistage de la <u>grippe</u> par le pharmacien	6 (12,8%)	24 (12,7%)	Non significatif
Entretiens pharmaceutiques :			
- hors du champ de compétence du pharmacien	20 (42,6%)	58 (30,7%)	Non significatif
- pas d'intérêt pour le patient	7 (14,9%)	22 (11,6%)	Non significatif
- pas de formation suffisante du pharmacien	4 (8,5%)	31 (16,4%)	Non significatif
- intérêt pour le patient	20 (42,6%)	90 (47,6%)	Non significatif
Favorable à l'éducation thérapeutique du patient par le pharmacie	42 (89,4%)	173 (91,5%)	Non significatif

L'exercice d'un médecin généraliste dans une maison de santé pluridisciplinaire ne semble pas avoir d'impact sur la perception des nouvelles missions pharmaceutique.

2.4.4 Exercice en zone urbaine et perception des nouvelles missions du pharmacien

Tableau X : Relation entre l'exercice en zone urbaine et la perception des nouvelles missions pharmaceutiques

	zone urbaine (175)	zone hors urbaine (61)	P
La <u>vaccination</u> entre dans le champ de compétence du pharmacien	18 (10,3%)	3 (6,1%)	Non significatif
Je suis favorable au dépistage du <u>diabète</u> par le pharmacien	95 (54,3%)	30 (49,2%)	Non significatif
Je suis favorable au dépistage de l' <u>angine</u> par le pharmacien	26 (14,9%)	10 (16,4%)	Non significatif
Je suis favorable au dépistage de la <u>grippe</u> par le pharmacien	22 (12,6%)	8 (13,1%)	Non significatif
Entretiens pharmaceutiques :			
- hors du champ de compétence du pharmacien	55 (31,4%)	23 (37,7%)	Non significatif
- pas d'intérêt pour le patient	22 (12,6%)	7 (11,5%)	Non significatif
- pas de formation suffisante du pharmacien	33 (18,9%)	2 (3,3%)	Significatif P < 0,05
- intérêt pour le patient	79 (45,1%)	31 (50,8%)	Non significatif
Favorable à l'éducation thérapeutique du patient par le pharmacien	163 (93,1%)	52 (85,2%)	Non significatif

Les médecins exerçant en zone hors urbaine ont plus tendance à penser que les pharmaciens d'officine ont la formation suffisante pour mener les entretiens pharmaceutiques.

2.5 Discussions

2.5.1 Partie descriptive

Nous pouvons nous demander si ces résultats peuvent être extrapolés à l'ensemble des médecins généralistes de Meurthe et Moselle. Pour pouvoir déterminer si ces résultats sont représentatifs nous devons comparer les caractéristiques des profils des médecins généralistes répondus avec les statistiques de l'ensemble des médecins généralistes de Meurthe et Moselle.

D'après un recensement fait par l'ordre des médecins nous retrouvons 1041 médecins généralistes en Meurthe et Moselle avec une moyenne d'âge de 51 ans (96).

Par ailleurs, il y a en Meurthe et Moselle 15% des médecins généralistes qui ont moins de 40 ans et 19% qui ont 60 ans ou plus. Cela signifie que 66% des médecins généralistes restant ont entre 40 et 59 ans. Nous retrouvons parmi la population de répondus à l'enquête 13,9% de médecins généralistes qui ont moins de 40 ans. Cependant les autres résultats : 19,5% des médecins généralistes âgés entre 40-49 ans et 66,5% âgés de 50 ans ou plus, ne permettent pas d'affirmer avec certitude que la population de répondus soit représentative de l'ensemble des médecins généralistes (96).

D'autre part, nous avons en Meurthe et Moselle 42% des médecins généralistes qui sont des femmes et 58% qui sont des hommes. Ces pourcentages sont relativement proches de ceux de notre échantillon, avec 33,5% des répondus qui sont des femmes et 66,5% qui sont des hommes (96).

Aucune information n'a pas pu être retrouvée sur le pourcentage de médecins généralistes de Meurthe et Moselle exerçant dans des zones urbaines et hors urbaines, ou exerçant dans des maisons de santé pluridisciplinaire. Donc nous ne pouvons conclure sur la représentativité de notre échantillon concernant ces deux points.

Les points forts de cette enquête sont : le nombre important de répondus avec 60,36% de retours (236 réponses exploitables) et l'anonymat du questionnaire qui devrait permettre de refléter la perception des médecins généralistes au plus près de la réalité.

Les points faibles sont que nous ne pouvons affirmer avec certitude pouvoir extrapoler les résultats de cette enquête à l'ensemble des médecins généralistes de Meurthe et Moselle. De plus, il est probable que les médecins généralistes qui ont pris la peine de répondre au questionnaire soient ceux qui entretiennent des relations privilégiées avec les pharmaciens d'officine.

2.5.2 Les freins aux nouvelles missions pharmaceutiques

Une partie des médecins généralistes a précisé les raisons de leurs oppositions, leurs doutes sur les tests de dépistages et sur les entretiens pharmaceutiques ainsi que sur la vaccination. Ces raisons sont les suivantes ;

- **La vaccination** : au cours de l'enquête quelques médecins ont mis en avant le **manque de formation** du pharmacien d'officine et son incapacité à réagir en cas de problème, telle qu'une réaction anaphylactique. Cependant, un programme de formation est en cours de préparation afin de permettre aux pharmaciens d'être préparés à toutes éventualités comme tous les professionnels de santé actuellement habilités à la vaccination.

- **Les tests rapides d'orientation au diagnostic** :
 - Certains médecins reprochent le **manque d'intérêt** de ces TROD, cet avis est notamment soutenu par Claude Leicher, président du syndicat des médecins généralistes MG France. Il souligne dans le cas du TROD pour l'angine que si le test est positif, il est nécessaire d'aller chez le médecin.

 - Dans le cas du TROD pour la grippe, il précise que si le test est positif, un traitement doit être prescrit chez le médecin et engendre ainsi une visite médicale, mais si la grippe est écartée grâce au test il est impossible pour le pharmacien d'identifier une autre pathologie respiratoire. Dans cet autre cas, une visite médicale reste nécessaire dans le but d'émettre un diagnostic, une pneumopathie aiguë compliquant un syndrome respiratoire, non diagnostiquée, non traitée correctement a un potentiel évolutif extrêmement sévère. Donc quel que soit le résultat du test, une visite chez le médecin généraliste sera nécessaire.

 - Une **fiabilité remise en question**, la sensibilité et la spécificité sont très importantes et pourtant varient d'un test à un autre. Ainsi, selon le test disponible dans chaque pharmacie les performances seront différentes. Certains pharmaciens d'officine pourraient acheter des tests moins chers pour qu'ils soient plus accessibles aux patients mais ils pourraient être moins performants. C'est notamment le cas pour les TROD de la grippe, il existe 22 références mises sur le marché, dont certaines ont une sensibilité très faible (risque de faux négatifs).

- **Les entretiens pharmaceutiques** : certains médecins généralistes ont pris le temps de préciser les raisons de leur choix de réponse.

Les réponses à connotations négatives sont motivées le plus fréquemment par :

- **Un manque d'information** sur le programme et le déroulement de ces missions.

Parmi les questions soulevées par les médecins, on trouve : « quels sont les sujets abordés ? », « quel rôle joue le pharmacien lors de ces missions ? », « qui gèrera les INR ? ».

Ces questions mettent en évidence un manque de communication. Plusieurs mois avant la sortie de ce projet, les outils de base (guide d'accompagnement et suivi patient) pour mener les entretiens ont été transmis aux syndicats des médecins par les syndicats de pharmaciens. Or, une partie des médecins généralistes n'a pas eu connaissance des entretiens pharmaceutiques et/ou de leurs contenus. En effet, les syndicats de médecins n'ont pu transmettre cette information aux seuls médecins généralistes syndiqués (environ 20%) (32).

En revanche, d'autres instances, telle que l'Assurance Maladie, avaient les moyens de transmettre ces informations aux médecins généralistes.

Certaines confusions auraient pu être évitées, telles que la gestion de l'INR et la modification de la posologie de l'AVK par le pharmacien.

- **Des risques de confusions**, un patient qui entend des discours différents par plusieurs interlocuteurs peut parfois être confus. Les interlocuteurs (professionnels de santé de proximité) doivent au préalable travailler ensemble pour uniformiser leurs discours auprès du patient.

- **Le sentiment d'empiéter** sur des missions réservées aux médecins. D'après certains médecins généralistes : « pour quelle raison le pharmacien serait-il rémunéré pour cette mission alors que le médecin le fait gratuitement ? »

Les entretiens pharmaceutiques durent environ 20 minutes. Mais d'après une étude, le temps accordé par le médecin généraliste au patient est de 16 minutes (33). La consultation comprend, l'exposition du problème par le patient, l'auscultation, la discussion avec le patient, la rédaction de l'ordonnance. Le pharmacien d'officine est en mesure par ses compétences de compléter les connaissances du patient sur son traitement et sur sa

pathologie. Le pharmacien d'officine a une plus grande flexibilité au niveau de son temps pour consacrer davantage de temps aux patients.

2.5.3 Facteurs associés à la bonne perception des nouvelles missions pharmaceutiques

D'après les résultats de notre étude, les caractéristiques individuelles d'un médecin généraliste auraient une faible influence sur leurs perceptions des nouvelles missions du pharmacien d'officine. Cependant, il est possible qu'un échantillon plus important de médecins généralistes puisse permettre de montrer davantage l'influence des caractéristiques des médecins généralistes sur leurs perceptions des nouvelles missions du pharmacien d'officine.

Néanmoins, ces résultats montrent que, les femmes ainsi que les médecins de moins de 50 ans pensent plus souvent que **les entretiens pharmaceutiques présentent un intérêt pour le patient.**

De plus, les médecins de moins de 50 ans pensent plus souvent que ceux de plus de 50 ans que les entretiens pharmaceutiques **rentrent dans le champ de compétence du pharmacien d'officine.**

Par ailleurs, les médecins généralistes exerçant dans des zones urbaines pensent plus souvent que ceux exerçant dans des zones hors urbaines que le pharmacien d'officine **n'a pas la formation suffisante pour mener les entretiens pharmaceutiques.** Cela peut être lié à la proximité plus importante existant entre les pharmaciens d'officine et les médecins généralistes exerçant en dehors des zones urbaines.

Si les médecins généralistes installés en zone urbaine pensent davantage que les pharmaciens d'officine n'ont pas la formation suffisante, un effort pourrait être demandé auprès des pharmaciens d'officine pour prendre contact avec les médecins généralistes avoisinants afin d'exposer le déroulement d'un entretien pharmaceutique et les informations qui seront transmises lors de cet entretien.

Nous pouvons espérer que les nouvelles missions pharmaceutiques telles que les entretiens pharmaceutiques soient mieux perçus par l'ensemble des médecins généralistes et plus particulièrement par les jeunes médecins généralistes. Ces derniers doivent prendre connaissance des compétences des autres professionnels de santé dont celles du pharmacien d'officine.

3 COOPERATIONS ENTRE LES PHARMACIENS D'OFFICINE ET LES MEDECINS GENERALISTES : ACTUELLES ET PROPOSITIONS

3.1 Contexte général

L'enquête menée auprès des médecins généralistes du département de Meurthe et Moselle montre que des liens existent entre les pharmaciens d'officine et les médecins généralistes.

Les relations entre ces deux professionnels de santé sont bonnes mais limitées principalement aux appels téléphoniques. Le découplage du système de santé n'est pas encore totalement abouti. Il existe encore des barrières entre les pharmaciens d'officines et les médecins généralistes.

C'est pourquoi il est nécessaire d'encourager et de développer la coopération interprofessionnelle et notamment la coopération entre les pharmaciens d'officine et les médecins généralistes.

En effet les protocoles de coopération ont trois objectifs principaux :

- Trouver une solution à la diminution du nombre de médecins généralistes dans certaines zones.
- Permettre une meilleure répartition des tâches, ce qui peut permettre aux médecins généralistes de se focaliser davantage sur les prises en charge les plus complexes et qui nécessitent une expertise particulière.
- Apporter un service supplémentaire avec une amélioration du suivi pour les patients souffrant de maladies chroniques.

Depuis les années 2000, le professeur Y. Berland a soulevé des problèmes de démographie des professionnels de santé en France (101) (102) : la répartition territoriale est très inégale et la diminution du nombre de médecin continue, alors que le vieillissement de la population s'intensifie, alourdissant la prise en charge des patients, et plus particulièrement avec les patients atteints de maladies chroniques. La solution est l'optimisation de la prise en charge du patient pour éviter les interventions redondantes, trop précoces ou tardives, incomplètes ou inutilement lourdes. En France, les professionnels de santé sont indépendants, il y a peu de communication entre eux et ils ne

connaissent que peu d'aspects des autres disciplines. Le grand nombre de médicaments disponibles sur le marché, les risques encourus lors d'une mauvaise utilisation et le coût qu'ils représentent pour l'Assurance Maladie sont diverses raisons qui doivent encourager les échanges entre les médecins généralistes et les pharmaciens d'officine. Ainsi, afin d'améliorer l'efficacité des soins, le professeur BERLAND recommande, entre autre, la mise en place du partage de tâches.

Dans la continuité, un an plus tard sort un second rapport, consacré à la coopération des professionnels de santé. Ce rapport lance la mise en place d'une dizaine d'expérimentations de partage de tâches autour de plusieurs métiers paramédicaux (102). Une partie de ces expérimentations a permis de mettre en évidence la motivation des professionnels de santé médicaux et paramédicaux de voir évoluer les pratiques vers plus de collaborations et particulièrement chez les plus jeunes. De plus, par rapport à la pratique médicale habituelle, des réels bénéfices ont pu être observés (103).

Suite à cela la HAS a émis des recommandations sur les nouvelles formes de coopérations en 2008 (104) puis en 2009, la loi HPST introduit pour la première fois le cadre législatif de la coopération entre les professionnels de santé. L'article 51 de cette loi prévoit que « les professionnels de santé peuvent s'engager, à leur initiative, dans une démarche de coopération ayant pour objet d'opérer entre eux des transferts d'activités ou d'actes de soins ou de réorganiser leur modes d'intervention auprès du patient. » (1). Ainsi, sur la base du volontariat, la loi HPST donne la possibilité aux professionnels de santé de se regrouper d'une part, et d'échanger entre eux des activités d'autre part, afin d'améliorer la prise en charge globale du patient. Les rapprochements interprofessionnels doivent permettre aux médecins de dégager du temps médical pour les actes où leur expertise est la plus essentielle afin d'optimiser l'utilisation des compétences de chacun.

La création de protocoles est soumise à l'ARS et l'HAS qui vérifient la pertinence du projet en regard des besoins de santé et autorisent leur mise en œuvre par arrêté. L'ARS s'assure de la volonté de chaque professionnel à coopérer. Les professionnels de santé s'engagent à suivre la mise en œuvre du protocole pour une durée de douze mois et d'en effectuer un compte-rendu à l'ARS et à l'HAS. Le patient doit être informé de son inclusion dans le protocole et de toutes les modalités de la coopération et notamment les transferts d'activités. Selon les résultats de l'expérimentation, celle-ci peut être étendue sur le territoire national par arrêté. Tous les professionnels de santé sont concernés.

La loi HPST précise également avec l'article 38 que le pharmacien d'officine peut dorénavant participer à la coopération entre professionnels de santé et l'autorise à être désigné par le patient comme pharmacien correspondant au sein de l'équipe de soins, dans le cadre de ces coopérations. Cette fonction nouvelle donne l'opportunité de concrétiser le partage de tâche : à la demande du médecin ou avec son accord, le

pharmacien d'officine peut renouveler périodiquement des traitements chroniques en ajustant éventuellement les posologies, et effectuer des bilans de médications. La relation du médecin généraliste avec le pharmacien d'officine tend à être privilégiée grâce cette évolution puisque les deux professionnels de santé vont être amenés à prendre des décisions ensemble. De plus, le pharmacien correspondant doit favoriser les échanges d'informations entre professionnels de santé sur le patient et pour cela il doit participer à l'élaboration de moyens pour permettre de créer des contacts, soit humains, soit informatiques, entre les professionnels de ce patient (105).

Dans certains pays du monde, les coopérations entre professionnels de santé sont très développées, particulièrement entre les infirmières et les médecins généralistes. En France, ces démarches sont encore anecdotiques.

3.2 La coopération médecins généralistes-pharmaciens d'officine dans le monde

Une revue de littérature a été réalisée en 2013 afin d'évaluer l'efficacité des interventions de coopérations entre médecins généralistes et pharmaciens d'officine. Parmi les 22 publications sélectionnées, 16 études ont montré un bénéfice pour les patients et leurs prises en charge lié à l'intervention des pharmaciens d'officine. Les bénéfices pour le patient sont apportés essentiellement dans la gestion des traitements médicamenteux ou d'un problème de santé chronique, surtout dans le cadre de problèmes cardio-métaboliques (hypercholestérolémie, hypertension artérielle) (106).

Les pratiques coopératives sont depuis longtemps mises en place dans un certain nombre de pays. Les coopérations les plus importantes se retrouvent aux Etats-Unis et au Canada.

- **Etats-Unis** : Les coopérations sont axées sur les expérimentations visant à une substitution des activités entre professionnels de santé. C'est dans ce contexte qu'apparaissent des infirmières spécialisées en hémodialyse pour faciliter un suivi ambulatoire. L'objectif principal est la réduction des coûts de leur système de santé. On retrouve également une notion de gestion collaborative de la thérapie médicamenteuse (« collaborative drug therapy management ») depuis 1997. Cette notion se caractérise par un travail d'équipe : un ou plusieurs pharmaciens d'officine et médecins généralistes établissent un protocole qui permet au pharmacien d'officine d'initier, de modifier ou bien de renouveler un traitement médicamenteux.

Le pharmacien peut également dans ce contexte prescrire des examens biologiques et/ou administrer des médicaments. Le pharmacien d'officine passe du statut de dispensateur de médicament à celui de fournisseur de soins de santé.

En 2003, le collège Américain de Pharmacologie Clinique a publié sa position sur la collaborative drug therapy management (107). Ce dernier recommande la participation du pharmacien à la gestion des traitements médicamenteux en collaboration avec les médecins généralistes car l'utilisation des médicaments en est améliorée ainsi que la prise en charge des patients. Le collège Américain de Pharmacologie Clinique précise que le rôle du pharmacien d'officine n'est pas de se substituer aux médecins généralistes mais de compléter sa prise en charge du patient, par ses compétences et ses connaissances.

Entre 1997 et 2003, 75% des états ont promulgué des lois pour permettre le développement de la pratique de la pharmacie clinique. Il a été également précisé que pour participer efficacement à ces coopérations, il fallait améliorer la perception des compétences des pharmaciens en matière de pharmacie clinique et renforcer leur formation. D'autres propositions doivent être mise en œuvre : l'autorisation d'accès aux dossiers médicaux aux pharmaciens d'officine, la création d'une relation pharmaciens d'officine-patients de qualité complémentaire de la relation médecins généralistes-patients et une rémunération pour ces missions.

- **Canada** : La collaboration médecins généralistes-pharmaciens d'officine existe depuis des années et de nombreux modèles ont été explorés. C'est dans la province du Québec que les avancées sont les plus importantes concernant l'élargissement des compétences du pharmacien. Dès 2003 avec le projet de loi n°90, le pharmacien d'officine a pu expérimenter l'adaptation et la gestion des traitements médicamenteux. On parle d'ordonnance collective, son intérêt résultant dans l'optimisation de l'accès aux soins de patients atteints de maladie chronique, grâce à un rapprochement entre les trois professionnels de proximité : le médecin généraliste, le pharmacien d'officine, et l'infirmière diplômée d'état (108).

Nous retrouvons d'autres coopérations au Canada comme le projet de loi n°41 qui a introduit en 2013 la possibilité pour les pharmaciens d'officine d'élargir leur champ d'activité. Le pharmacien d'officine peut alors substituer un médicament, modifier ou renouveler une ordonnance, ajuster la forme et le dosage. Il peut également prescrire un médicament si le diagnostic a été posé au préalable, administrer un médicament si nécessaire et faire une demande pour des examens biologiques. Dans ce contexte, il est évident que le pharmacien d'officine a l'obligation de tenir

informé le médecin de toutes les décisions qu'il prend lors de la prise en charge du patient ce qui favorise les échanges et la communication (109).

Les coopérations interprofessionnelles ne se limitent pas aux Etats-Unis et au Canada, il existe dans le monde de nombreuses expériences que nous retrouvons dans la littérature. Progressivement, ces expériences identifient les obstacles rencontrés et la manière de les contourner.

3.3 La coopération médecins généralistes-pharmaciens d'officine en France

En France, un premier état des lieux a été fait quatre ans après la mise en place de la loi HPST. Un rapport d'activité sur les protocoles de coopération de la HAS a été publié en 2013 (110).

Ce premier état des lieux ne permet pas d'évaluer l'impact des protocoles de coopération sur l'évolution de la prise en charge des patients qui en bénéficient pour le moment.

Néanmoins, il faut noter une implication importante de la part de tous les professionnels de santé et un nombre important de propositions de protocoles. Effectivement, fin 2013, la HAS avait reçu 71 propositions de protocoles mais seulement 30 ont été approuvées. Ceci s'explique par les exigences administratives nombreuses en matière de protocoles et des propositions de protocoles qui ne présentaient pas un rapport bénéfice/risque suffisant.

Au 31 décembre 2014, 106 protocoles ont été transmis à la HAS par 21 des 26 ARS. Il a été constaté une stagnation du nombre de protocoles reçus et un maintien du nombre d'avis positifs rendus par l'HAS.

Entre 2011 et le 31 décembre 2014 :

- 38 avis favorables ont été prononcés par la HAS,
- 38 protocoles différents ont été autorisés pour 22 régions (220 arrêtés d'autorisation au total),
- 25 protocoles différents ont été mis en œuvre par 1190 professionnels (430 délégués et 760 délégants) (112).

Une seconde évaluation des protocoles de collaboration a été publiée novembre 2015. Cette évaluation portait sur 13 protocoles mais aucun ne mettant un jeu le duo pharmacien d'officine-médecin généraliste (111).

Actuellement, la coopération entre les médecins généralistes et les pharmaciens d'officine est très peu présente. Les protocoles envoyés à l'HAS concernent majoritairement le binôme médecins généralistes-infirmiers. A titre d'exemple, en 2014, dans notre région, le projet SIOUX a été proposé et validé par l'HAS, ce projet avait pour objectif d'améliorer la coopération entre les médecins généralistes et les pharmaciens d'officines en Moselle. Ce projet ne comporte aucun transfert d'activité mais un échange de compétences destiné à améliorer la prise en charge du patient ostéoporotique en milieu ambulatoire. Ce projet propose aux médecins généralistes et aux pharmaciens d'officine de partager la surveillance de la bonne adhésion du patient à son traitement et des modifications d'habitude de vie induits par la pathologie. A terme, ce projet cherche à multiplier les échanges autour du patient pour améliorer la communication entre les médecins généralistes et les pharmaciens d'officine (113).

En 2014, parmi tous les protocoles validés par l'HAS, seuls deux portaient sur la coopération entre médecins généralistes et pharmaciens d'officine.

- Les TDR des angines à streptocoques qui ont eu lieu en Auvergne.
- L'adaptation des doses d'anticoagulants par l'IDE, le biologiste ou le pharmacien d'officine en Lorraine. Le pharmacien d'officine a également la tâche d'informer l'intégralité de l'équipe des changements qui ont été opérés.

Si les coopérations formelles médecins généralistes-pharmaciens d'officine sont peu nombreuses, nous comptons de nombreuses coopérations informelles. Pour évaluer plus précisément l'importance de ces collaborations informelles une enquête a été conduite en 2007 (117). Ils ont recueilli 180 témoignages de pratique de coopération non officielle.

De plus, les nouveaux médecins généralistes semblent avoir davantage la volonté d'un travail collaboratif. Selon une enquête BVA pour l'Académie Nationale de Médecine, le constat est le suivant : les généralistes jugent assez convaincante à 89% l'idée de mettre en place des maisons de santé pluridisciplinaires, et à 75% de développer la collaboration libérale et le travail en réseau (34). La nécessité de coopération avec les autres professionnels de santé peut être encore accentué sur les bancs de la faculté.

Hormis les difficultés administratives, il semblerait que l'identité professionnelle des différents acteurs de santé impliqués est parfois touchée lors des transferts de compétences ce qui peut en freiner certains. Cependant, quels que soient le ou les professionnels de santé concernés, ils doivent considérer qu'ils sont complémentaires et qu'ils ne se substituent en aucune manière à un autre professionnel de santé pour être en adéquation avec les besoins du patient. Pour que cela soit possible, il est nécessaire

d'acquérir les compétences nécessaires au transfert d'activité par le biais de la formation professionnelle initiale et continue.

3.4 Propositions de coopération entre pharmaciens d'officine et médecins généralistes en France

La promotion de la coopération entre les médecins généralistes et les pharmaciens d'officine peut se faire de multiples manières et cela dès l'entrée en première année commune des études de santé jusqu'au cours de l'exercice professionnel. Parmi les propositions, certaines semblent aisées à mettre en œuvre et d'autres plus complexes pour des raisons humaines et/ou administratives.

3.4.1 Stage d'observation au sein d'un cabinet de médecine générale

Durant les études de pharmacie, plusieurs stages sont intégrés dans le parcours universitaire de l'étudiant :

- Le stage de 1^{ère} année : six semaines en officine,
- Le stage de 3^{ème} et 4^{ème} années : une semaine en officine,
- Le stage de 5^{ème} année : onze mois à l'hôpital (pharmacie hospitalière et services de soins),
- Le stage de 6^{ème} année : six mois en pharmacie d'officine.

Les stages pratiques sont essentiels à l'apprentissage. Ils permettent la mise en œuvre des acquis de la formation théorique et une nouvelle approche des connaissances acquises (91).

Ainsi, un stage pourrait être proposé aux étudiants en pharmacie au sein d'un cabinet de médecine générale. Ce stage pourrait permettre de promouvoir le partage de connaissances entre les pharmaciens d'officines et les médecins généralistes ainsi que la création de nouveaux rapports professionnels.

Pour effectuer ce stage, plusieurs solutions seraient envisageables :

- Durant le cursus des 6 années de pharmacie, cela serait principalement un stage d'observation.
- Une fois le stage de 6^{ème} validé, avec 6 mois de pratique officinale l'étudiant serait plus apte à participer à la consultation et à interagir avec le médecin généraliste. De plus, il aurait davantage de connaissance sur les relations entretenues entre ces deux professionnels afin de l'aider à trouver sa place au cours de ce stage.

Dans ce contexte, j'ai souhaité réaliser l'expérience d'un stage au sein d'un cabinet de médecine générale à Liverdun. Le médecin généraliste a accepté ma présence pendant trois jours lors de ses consultations.

3.4.1.1 Description d'une journée type

Nous avons convenu au préalable avec le médecin généraliste que je serais présent en tant qu'observateur. La présence d'un étudiant en pharmacie ne doit pas gêner ni le travail du médecin, ni le patient.

Au début de chaque consultation, le médecin généraliste ou moi-même expliquions au patient les raisons de ma présence : « je suis pharmacien et dans le cadre de ma thèse je souhaiterais travailler sur la collaboration entre les médecins généralistes et les pharmaciens d'officine. C'est pourquoi je souhaiterais assister à la consultation si cela ne vous dérange pas ».

Ensuite, la consultation commençait, puis, malgré un statut d'observateur, le médecin généraliste me laissait la possibilité de réaliser une analyse d'ordonnance à chaque fin de consultation et de proposer des alternatives thérapeutiques parfois non connues du médecin généraliste.

3.4.1.2 Vision du médecin généraliste

En collaboration avec le médecin généraliste, nous avons essayé d'établir une liste des bénéfices et inconvénients la plus objective possible de ce stage d'observation.

Les bénéfices identifiés étaient :

- Une meilleure connaissance pour le médecin généraliste :
 - de la formation et des compétences du pharmacien d'officine,
 - de l'individu, ce qui favorise la création de rapports entre ces deux professionnels de santé,
 - de la perception de la prescription par le pharmacien d'officine,
 - des problèmes rencontrés sur les prescriptions par le pharmacien d'officine,
 - des alternatives thérapeutiques disponibles en pharmacie d'officine,
 - des équivalences disponibles en cas de rupture d'approvisionnement.

- Un échange entre médecin généraliste et pharmacien d'officine :
 - sur la politique de santé actuelle (exemple : vaccination),
 - sur la place de chaque professionnel de santé dans le parcours de soins,
 - sur le discours commun à délivrer aux patients.

- Pour les patients :
 - un second regard, avec une nouvelle approche, ce qui facilite les échanges avec certains patients « difficiles ».

Les difficultés identifiées étaient :

- L'acceptation par le médecin d'un pharmacien au sein de la consultation.
- La remise en cause de l'intérêt d'un stage interprofessionnel par le médecin généraliste et la perte de temps associée.
- La présence d'un tiers qui peut être gênante pour le médecin généraliste et/ou le patient.
- Les questions du pharmacien d'officine qui remettent en cause des pratiques courantes fondées sur l'expérience.

3.4.1.3 Vision du pharmacien

Les bénéfices identifiés étaient :

- Une meilleure connaissance pour le pharmacien :
 - des missions du médecin généraliste dans son ensemble (dossier pour les personnes handicapées auprès de la maison départementale des personnes handicapées (MDPH), demande de prise en charge pour les affections de longues durées (ALD), ETP, etc),
 - du déroulement d'une consultation et des examens nécessaires au suivi du patient,
 - des signes cliniques nécessitant une prise en charge urgente. Cela permet d'accroître l'efficacité de la prise en charge à l'officine par une orientation plus rapide vers l'hôpital ou le médecin traitant,
 - des rapports entretenus entre le médecin généraliste et le patient,
 - de l'individu, ce qui favorise la création de rapports entre ces deux professionnels de santé,
 - du professionnel de santé ce qui améliore la compréhension sur le choix d'un traitement par rapport à un autre,
 - du choix de substitution en cas de rupture d'approvisionnement,
 - des contre-indications pour lesquelles le médecin prête davantage de vigilance, ce qui permet de coordonner les décisions prises par la pharmacie d'officine avec les attentes du médecin généraliste.

- Echange et partage de connaissances :
 - sur la politique de santé actuelle (exemple : vaccination),
 - sur la place de chaque professionnel de santé dans le parcours de soins,
 - sur le discours commun à donner aux patients,
 - sur les entretiens pharmaceutiques, les dépistages et leurs utilités.

- Pour les patients :
 - bénéficier d'un conseil par le pharmacien d'officine. En effet, la perception des conseils délivrés est différente si le pharmacien n'est plus au comptoir mais au cabinet de médecine générale, avec un médecin.

Les difficultés identifiées étaient :

- L'acceptation par le pharmacien de l'utilité de ce stage, car :
 - il peut être considéré comme sans intérêt par le pharmacien d'officine,
 - il peut être difficile de trouver sa place au sein de la consultation.
- L'acceptation par le patient d'une présence autre que celui du médecin généraliste.

Conclusion :

Ce stage d'observation était très enrichissant. Néanmoins, trois jours de stage restent insuffisants, une période d'une semaine serait plus adaptée. L'allongement de la durée de stage permettrait d'avoir un meilleur aperçu des situations rencontrées par le médecin généraliste lors de ses consultations.

L'initiation de ce genre de stage professionnel ne peut se faire qu'à la condition que le stage soit bénéfique aux deux professionnels de santé.

3.4.2 La faculté de pharmacie

Les premiers liens entre les pharmaciens d'officine et les médecins généralistes sont ceux créés au cours de la vie étudiante. C'est donc en amont que des actions peuvent être menées pour privilégier les contacts entre ces deux professionnels de santé.

Le regroupement des filières de santé a apporté un nombre important de bénéfices mais également des inconvénients qu'il est possible de limiter.

3.4.2.1 Le cursus étudiant

Il existe plusieurs difficultés inhérentes aux facultés de santé :

- La Première Année Commune aux Etudes de Santé (PACES)
Avant 2010, une partie des étudiants qui échouaient en médecine se réorientaient vers la faculté de pharmacie qui paraissait plus accessible. C'est un des premiers contacts entre les étudiants des facultés de pharmacie et de médecine. Cela crée un « rapport de force » entre les pharmaciens d'officine et les médecins généralistes.
Depuis 2010, la Première Année Commune aux Etudes de Santé (PACES) a été créée et la première année de pharmacie a été intégrée au concours commun. Cette évolution simplifie le passage d'étudiants en faculté de pharmacie qui n'ont pas les résultats suffisants pour accéder à leur premier choix. Ces choix sont majoritairement, médecine ou odontologie.

- L'absence de cours commun entre la faculté de médecine et la faculté de pharmacie. La PACES permet aux étudiants de se rencontrer, de partager des cours et des connaissances mais se limite uniquement à la première année.

Des solutions sont possibles :

- En limitant le nombre d'étudiants s'orientant vers la faculté de pharmacie suite à un échec pour la faculté de médecine. Pour se faire, lors de l'entrée en PACES, les étudiants doivent choisir deux filières uniquement qui leur seront accessibles selon leurs résultats au concours. Ainsi, si leurs résultats ne sont pas suffisants pour accéder à une des deux filières choisies en début d'année, nous éviterons une orientation par dépit vers la faculté de pharmacie.
- La faculté de pharmacie et celle de médecine ont une partie de leurs programmes en commun, au-delà de la PACES. Ces facultés pourraient proposer de rassembler les étudiants de pharmacie et les étudiants de médecine pour certains cours durant les années suivantes.

3.4.2.2 Activité sportive

Il faut encourager et développer la pratique du sport au sein de la faculté de pharmacie mais également entre les différentes facultés pour multiplier les échanges. Le sport permet de créer des liens entre les étudiants quelle que soit leur filière.

3.4.2.3 Campus commun

Il faut multiplier les regroupements des facultés de santé qui facilitent les échanges entre tous les étudiants. C'est le cas à Besançon, Poitiers ou encore Angers qui compte une unité de formation de recherche qui regroupe les départements de médecine, pharmacie et maïeutique.

3.4.3 Présentation du nouveau professionnel de santé lors de l'installation

La mise en route de la collaboration débute lors de l'installation d'un nouveau professionnel de santé. Il est d'usage que tout nouveau professionnel de santé aille se présenter à ses confrères mais également aux autres professionnels de santé avec qui il sera amené à travailler. Cette première prise de contact est celle qui va initier la relation professionnelle et permettre d'apporter les bases d'une bonne collaboration. Or d'après notre enquête menée auprès des médecins généralistes, peu disent avoir vu le pharmacien d'officine venir se présenter. Cette règle de bienséance est valable pour l'ensemble des professionnels de santé.

3.4.4 Signalement de patient

Le pharmacien accompagne de nombreux patients mais certains nécessitent un encadrement plus important que d'autres. En effet, certains patients présentent des risques accrus de mauvaise observance, telles que :

- les personnes avec des difficultés cognitives,
- les personnes avec des difficultés motrices,
- les personnes ayant des problèmes d'addictions.

Un système de signalement auprès d'autres professionnels de santé des personnes avec un risque important de mauvaise observance doit être mis en place, afin d'établir un plan stratégique pour lutter contre les difficultés individuelles. Des solutions simples peuvent être envisagées, telles que : une aide à domicile, la préparation du pilulier, un pilulier électronique, une prise de rendez-vous au domicile pour aménager l'environnement à la personne, etc.

Dans le cas particulier de l'addiction, des rencontres entre médecins généralistes et pharmaciens d'officine permettraient de rassembler les informations sur le patient. Cela pourrait éviter certains abus et certaines dérives ainsi que multiplier les échanges professionnels. Le pharmacien d'officine et le médecin généraliste pourraient se fixer une « ligne de conduite » et mieux encadrer le patient.

Une première démarche a eu lieu en Lorraine avec le projet « Personne Agée En Risque de Perte d'Autonomie » (PAERPA). Ce projet est restreint au signalement des personnes âgées en risque de perte d'autonomie et n'a été mise en place que dans certaines pharmacies pilotes.

3.4.5 Les anticancéreux en primo prescription

Les traitements anticancéreux par voie orale se développent de plus en plus et se retrouvent à la pharmacie d'officine pour permettre une prise en charge ambulatoire du cancer.

Il s'agit le plus souvent de protocoles personnalisés, attribués à chaque patient et généralement le pharmacien d'officine connaît peu ces nouveaux médicaments. Le pharmacien d'officine doit se tenir informé sur ces nouveaux traitements mais les informations retrouvées dans la littérature sont parfois insuffisantes pour assurer une dispensation sécurisée. Ainsi, le pharmacien d'officine en cas d'une primo prescription d'un nouvel anticancéreux pourrait prendre contact avec l'oncologue. Ce dernier pourrait informer le pharmacien d'officine sur la conduite à tenir, les précautions particulières pour la prise du traitement, les effets indésirables, la posologie adaptée au patient. En retour le pharmacien pourra informer l'oncologue si d'autres effets indésirables surviennent. Cet échange pourrait se dérouler également avec le médecin généraliste, ce qui pourrait permettre en cas de changement de posologie d'être certain qu'il ne s'agisse pas d'une erreur mais d'une volonté d'adapter le traitement du patient au mieux.

3.4.6 Groupe de rencontres

Une première étape à la collaboration est franchie lors de la présentation au moment de l'installation mais elle doit être entretenue. Il est nécessaire de créer un groupe de rencontres entre deux professionnels de santé ou plus selon les besoins.

De nombreux sujets peuvent être aux programmes de ces rencontres et des actions envisagées, comme :

- Etablir un bilan et proposer un plan d'action pour les personnes qui nécessitent un encadrement particulier.
- Etablir un discours commun entre professionnels de santé, afin d'améliorer les transmissions d'informations aux patients (vaccination).
- Décrire le déroulement des entretiens pharmaceutiques, les informations transmises, les bénéfices apportés et les problèmes rencontrés.
- Evoquer les problèmes rencontrés afin de mieux comprendre les contraintes liées à chaque profession.
- Partager des nouvelles solutions de soins disponibles, telle que : techniques médicales, médecines alternatives, matériels médicaux.

3.4.7 Dossier médical partagé

Actuellement, il existe le dossier pharmaceutique (DP) visualisable à la pharmacie d'officine avec la carte vitale. Le DP est ouvert avec l'accord du patient et permet de créer un historique des délivrances de médicaments des quatre derniers mois. Il existe également le dossier médical partagé (DMP), appelé avant la loi de modernisation de notre système de santé, le dossier médical personnel. Comme ce changement l'indique, la loi HPST a la volonté de rendre accessible le DMP à tous professionnels de santé auxquels le patient a accordé l'autorisation. Le dossier médical partagé doit être progressivement être déployé par l'Assurance Maladie dans les mois à venir (114). Le contenu du DMP n'est pas exhaustif mais nous y retrouvons : un volet de synthèse médicale, les traitements, les analyses de laboratoires, les comptes rendus d'hospitalisation et de radiologie, les antécédents et les allergies, les données de remboursement de l'Assurance Maladie, etc (98).

Le DP et le DMP sont limités à certains professionnels de santé. Seul le pharmacien d'officine a accès au DP et les pharmaciens d'officine n'ont pas accès au DMP. Pourtant le DMP contient des informations nécessaires à la bonne dispensation des médicaments et le DP des informations nécessaires aux autres professionnels de santé, et notamment à la prescription médicale.

Pour optimiser la dispensation des médicaments, le pharmacien d'officine devrait disposer de résultats d'analyses biologiques. De nombreux médicaments se métabolisent avec le passage hépatique, ainsi la posologie doit être adaptée selon la fonction hépatique. D'autres traitements s'accumulent sous forme active en cas d'insuffisance rénale, il est alors nécessaire de s'assurer que les posologies sont adaptées à l'insuffisance rénale en fonction du débit de filtration glomérulaire. Le pharmacien d'officine doit être en mesure de s'assurer de la bonne posologie prescrite par le médecin généraliste pour permettre une délivrance en toute sécurité. Réciproquement, le médecin généraliste devrait avoir accès au DP pour permettre l'instauration, le renouvellement ou le changement de traitement.

L'accès au DMP au pharmacien d'officine permettrait de développer davantage son rôle de prévention. Avec les entretiens pharmaceutiques, le pharmacien d'officine assure le contrôle de la réalisation de l'INR. Cette mission pourrait s'élargir à l'ensemble des examens prescrits ou non par le médecin généraliste et nécessaires au bon suivi du patient. Les conseils du pharmacien d'officine pourraient permettre de renforcer le discours du médecin généraliste.

3.4.8 Activités éducatives

Les activités éducatives comprennent notamment les entretiens pharmaceutiques et l'éducation thérapeutique du patient.

Les résultats de notre enquête permettent de mieux comprendre la perception des entretiens pharmaceutiques par les médecins généralistes de Meurthe et Moselle.

Une importante proportion de ces derniers reste à convaincre quant à l'intérêt des entretiens pharmaceutiques menés par le pharmacien d'officine. Nous retrouvons près d'un tiers des médecins généralistes qui considèrent que ces nouvelles missions ne rentrent pas dans le champ de compétences du pharmacien. Ce programme d'accompagnement n'est pas remis en cause (moins de 13% des médecins considèrent que les entretiens pharmaceutiques sont sans intérêt pour le patient) contrairement aux compétences du pharmacien d'officine pour mener les entretiens pharmaceutiques.

Pour ce qui est de l'éducation thérapeutique du patient, les médecins généralistes considèrent à 91% que le pharmacien doit pouvoir éduquer le patient sur son traitement.

La différence majeure entre l'éducation thérapeutique et les entretiens pharmaceutiques est que ce dernier ne se réalise qu'avec le pharmacien d'officine et aucun autre professionnel de santé ne peut y participer. En revanche, l'éducation thérapeutique du patient est accessible aux pharmaciens d'officine c'est avant tout un travail fondé sur la coopération, chaque professionnel de santé a un rôle complémentaire à jouer.

Ainsi, il est possible que le frein aux entretiens pharmaceutiques réside dans le manque de connaissance du contenu des entretiens et des compétences du pharmacien d'officine. En effet, les médecins généralistes ne sont pas directement impliqués dans les entretiens pharmaceutiques et n'ont que peu d'occasion d'avoir des échanges avec le pharmacien d'officine.

Des solutions sont envisageables, comme par exemple :

- Favoriser et accentuer la transmission d'informations vers les médecins généralistes. Si les syndicats de médecins généralistes ne peuvent transmettre les informations aux seuls médecins syndiqués, la CNAM pourrait transmettre l'information aux différentes ARS afin de la relayer auprès de l'ensemble des médecins généralistes, syndiqués ou non.

- Le pharmacien peut, en parallèle, prendre contact avec les médecins généralistes environnants. Il pourra s'assurer que le médecin a pris connaissance de la réalisation d'entretiens pharmaceutiques par le pharmacien d'officine. Cette rencontre sera l'occasion d'exposer plus clairement le contenu des entretiens pharmaceutiques et le rôle joué par le pharmacien d'officine. En effet, les pharmaciens d'officine doivent réaliser au cours des entretiens pharmaceutiques un contrôle de la réalisation de l'INR mais aucunement gérer l'INR, ni changer la posologie du traitement prescrit au patient.
- En amont, demander une validation du contenu des entretiens pharmaceutiques par les syndicats de médecins généralistes.

3.4.9 Application mobile

Le développement des technologies et des Smartphones ouvre le champ des possibilités dans divers domaines, dont notamment celui de la santé. Nous avons cité précédemment le besoin de regrouper les informations sur le patient (DMP) et de les rendre accessibles à l'ensemble des professionnels de santé.

Une application sécurisée pourrait être créée, pour permettre de regrouper l'ensemble des données sur un patient. Cette application pourrait contenir d'autres informations que celles retrouvées sur le DP du patient, comme : les données biologiques, les antécédents familiaux, la durée de validité de l'ALD. Cette application pourrait également permettre le signalement des patients nécessitant un encadrement plus important. Disponible en milieu hospitalier, l'application pourrait faciliter les entrées ainsi que les sorties des patients à l'hôpital avec la prise de connaissance immédiate pour les soignants, des antécédents et du traitement des patients.

Le fonctionnement d'une telle application nécessite une importante sécurité informatique ainsi qu'une interface simple et efficace. En effet, l'accessibilité aux données de cette application doit être sécurisée afin de garantir la confidentialité des données de santé du patient et être suffisamment intuitive pour ne pas ajouter davantage de travail aux professionnels de santé.

CONCLUSION

Cette thèse est l'expression de la volonté grandissante de développer un travail collaboratif, tout particulièrement entre les pharmaciens d'officines et les médecins généralistes afin d'optimiser la prise en charge du patient. Ces deux professions ont évolué et évoluent encore, les obligeant, à une remise en question perpétuelle de leurs pratiques. Nous avons vu les changements apportés par la Loi HPST de 2009 pour les pharmaciens d'officine. Le pharmacien d'officine doit saisir l'importance de ces changements et évoluer en même temps que ses missions.

Pour permettre au pharmacien d'officine d'exploiter pleinement ses nouvelles missions, il doit apprendre à développer son esprit collaboratif et doit trouver sa place auprès du médecin généraliste. Pour se faire il est nécessaire d'obtenir une reconnaissance de ses compétences par le médecin généraliste et donc de l'aide qu'il peut lui apporter et des bénéfices qu'il peut apporter aux patients.

A travers l'enquête réalisée dans le cadre de cette thèse, on s'aperçoit très clairement que les nouvelles missions pharmaceutiques ne sont pas encore acceptées par les médecins généralistes, que ce soient les orientations au diagnostic ou les entretiens pharmaceutiques. Il faut donc se concentrer sur la multiplication de rapports de qualité entre ces deux professionnels de santé et la multiplication de collaborations. Nous pouvons espérer qu'en multipliant ces collaborations, la reconnaissance des compétences et des connaissances du pharmacien d'officine sera facilitée. Pour permettre cela, le changement des mentalités s'initie dès l'entrée à la faculté, mais doit se poursuivre tout au long du parcours à la faculté puis dans la vie professionnelle. De multiples connexions peuvent être créées entre ces deux professions, séparément ces connexions peuvent paraître insignifiantes mais mise bout à bout elles ont la possibilité de faire changer les mentalités. D'autres pays du monde ont entrepris cette démarche depuis des années et cela semble commencer à « porter ses fruits ». En France, les choses sont parfois plus difficiles à faire évoluer mais nous pouvons rattraper notre retard si chacun comprend le bénéfice que cela peut apporter aux patients et si chacun y contribue.

BIBLIOGRAPHIE

- 1- JORF. *La loi Hôpital, santé, patient et territoire*. 22 juillet 2009. <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020879475&categorieLien=id> (accès le janvier 13, 2017).
- 2- Organisation mondiale de la santé. «Rapport Flajolet: La prévention : définitions et comparaisons.» 2001.
- 3- Organisation mondiale de la santé. *santé publique*. 2016. http://www.larousse.fr/encyclopedie/divers/santé_publicue/90008 (accès le décembre 14, 2016).
- 4- Le groupement Giphar. *Pr t sur str t 'ff n*. février 2010. <http://www.depistage-officine.com/formation/fichiers/drcvo/protocole-cholesterolemie-glycemie.pdf> (accès le avril 29, 2017).
- 5- Agence régionale de santé. *Présentation générale*. 2010. <http://www.ars.sante.fr/Presentation-generale.89790.0.html> (accès le novembre 7, 2016).
- 6- Ordre des pharmaciens. *nos missions*. 2016. <http://www.ordre.pharmacien.fr/#> (accès le décembre 12, 2016).
- 7- Force ouvrière. *Préparateurs en pharmacie : FO se bat pour revaloriser le diplôme*. 3 juin 2016. <http://www.force-ouvriere.fr/preparateurs-en-pharmacie-fo-se-bat-pour-revaloriser-le-diplome> (accès le décembre 12, 2016).
- 8- Fédération des syndicats pharmaceutiques de France. *présentation générale*. 2016. <http://www.fspf.fr/la-federation/qui-sommes-nous> (accès le janvier 12, 2017).
- 9- JORF. «Convention collective nationale de la pharmacie d'officine du 3 décembre 1997. Etendue par arrêté du 13 août 1998 (JO du 8 septembre 1998).» www.legifrance.gouv.fr. 2016. <https://www.legifrance.gouv.fr/affichIDCC.do?idConvention=KALICONT000005635528> (accès le mars 24, 2017).
- 10- L'Assurance Maladie. *Convention nationale des pharmaciens d'officine*. 2016. http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/pharmaciens/votre-convention/convention-nationale-titulaires-d-officine/convention-nationale_loire-atlantique.php (accès le mars 24, 2017).
- 11- JORF. *Loi de financement de la sécurité sociale pour 2017*. 2016. <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2016/12/23/2016-1827/jo/texte> (accès le mars 1, 2017).
- 12- URPS île de france. *URPS pharmacien*. 2016. <http://www.urps-pharmaciens-idf.fr/index.php/urps-pharmaciens/representation-des-urps-au-sein-des-institutions-regionales> (accès le décembre 14, 2016).
- 13- URPS Pharmaciens lorraine. *urpspharmacienlorraine*. 2016. <http://www.urpspharmacienlorraine.fr> (accès le décembre 14, 2016).

- 14- L'Assurance Maladie. *Grippe saisonnière*. 17 octobre 2016. <http://www.ameli-sante.fr/grippe-saisonniere/les-traitements-et-levolution-de-la-grippe-saisonniere.html> (accès le janvier 22, 2017).
- 15- Laboratoire Quidel. «test quickvue influenza A+B.» *www.ingen.fr*. Mai 2012. <http://www.ingen.fr/fr/download/quickvue/quickvue-influenza-ab-b-test-fr.pdf> (accès le décembre 16, 2016).
- 16- Lina, Pr. B. «les tests rapides grippe : leur utilisation en pratique de ville.» *www.infectiologie.com*. Octobre 2012. <http://www.infectiologie.com/UserFiles/File/medias/JNI/JNI14/2014-JNI-trod-grippe-lina.pdf> (accès le décembre 16, 2016).
- 17- L'Assurance Maladie. *Les traitements et l'évolution de la grippe saisonnière*. 17 octobre 2016. <http://www.ameli-sante.fr/grippe-saisonniere/les-traitements-et-levolution-de-la-grippe-saisonniere.html> (accès le janvier 22, 2017).
- 18- Faculté de médecine de Toulouse. «La grippe.» *www.medecine.ups-tlse.fr*. 2016. http://www.medecine.ups-tlse.fr/DCEM2/MODULE7/Item82_LHE/GlobalI82_LHE.pdf (accès le octobre 23, 2016).
- 19- L'Assurance Maladie. *Avenant n°1 à la convention nationale*. 3 octobre 2016. http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/pharmaciens/votre-convention/convention-nationale-titulaires-d-officine/avenant-n-1-a-la-convention-nationale_loire-atlantique.php (accès le décembre 2, 2016).
- 20- L'Assurance Maladie. *entretien pharmaceutique pour l'asthme*. juillet 2016. http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/2016203_EntretiensPharmaceutiques_asthme_GuideAccompagnement.pdf (accès le mars 1, 2017).
- 21- L'Assurance Maladie. «Comission Paritaire Régionale des pharmaciens de Lorraine (30/11/2015).» statistique, 2015.
- 22- Le moniteur des pharmaciens. *Entretien AVK et Asthme: les chiffres*. 1 juillet 2016. <http://www.lemoniteurdespharmacies.fr/actu/actualites/actus-socio-professionnelles/160701-entretiens-avk-et-asthme-les-chiffres.html> (accès le janvier 22, 2017).
- 23- Pubmed. *Medication review and reconciliation with cooperation between pharmacist and general practitioner and the benefit for the patient: a systematic review*. juillet 2012. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22242793> (accès le octobre 3, 2016).
- 24- Nps medecinwise. *Collaboration between doctors and pharmacists in the community*. Décembre 2010. <https://www.nps.org.au/australian-prescriber/articles/collaboration-between-doctors-and-pharmacists-in-the-community> (accès le octobre 3, 2016).
- 25- McDONOUGH R.P., DOUCETTE W.R. «Building working relationships with providers.» *J. Am. Pharm. Assoc.*, 2003: 44-45.
- 26- ZILLICH A.J., McDONOUGH R.P., CARTER B.L., DOUCETTE W.T. «Influential characteristics of Physician/Pharmacist Collaborative Relationships.» *Ann. Pharmacother*, 2004: 764-770.
- 27- DOUCETTE W.R., NEVINS J., McDONOUGH R.P. «Factors affecting collaborative care between pharmacists and physicians.» *Res. Social Adm. Pharm.*, 2005: 565-578.

- 28- ZILLICH A.J., DOUCETTE W.R., CARTER B.L., KREITER C.D. «Development and initial validation of an instrument to measure physician-pharmacist collaboration from the physician perspective.» *Value Health*, 2005: 59-66.
- 29- NYDER M.E., ZILLICH A.J., PRIMACK B.A., RICE K.R., SOMMA McGIVNEY M.A., PRINGLE J.L., SMITH R.B. «Exploring successful community pharmacist-physician collaborative working relationships using mixed methods.» *Res. Social Adm. Pharm*, 2010: 307-323.
- 30- RIECK.A. «Exploring the nature of power distance on general practitioner and community pharmacist relations in a chronic disease management context.» *J. Interprof. Care*, 2014: 440-446.
- 31- Haute autorité de santé. *Protocole de coopération entre professionnels de santé*. avril 2012. http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1240280/fr/protocole-de-cooperation-entre-professionnels-de-sante (accès le février 2, 2017).
- 32- Carnet de santé. *La représentativité des syndicats médicaux*. Mai 2008. <http://www.carnetsdesante.fr/+La-representativite-des-syndicats+> (accès le janvier 22, 2017).
- 33- Direction de la Recherche des études de l'évaluation et des statistiques. *ur s s n s s ns n r st s*. avril 2006. <http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er481.pdf> (accès le janvier 22, 2017).
- 34- Agence régionale de santé. *Coordination*. 2016. http://arslorraine.prod.flexit.fr/index.php?id=372&tx_thematiques_fiche%5Bfiche%5D=70&tx_thematiques_fiche%5Baction%5D=show&tx_thematiques_fiche%5Bcontroller%5D=Fiche&cHash=d48841cdc9f2801ed241af6e6bf90407 (accès le janvier 24, 2017).
- 35- Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, avec santé publique France. *la vaccination*. 2016. <http://inpes.santepubliquefrance.fr/10000/themes/vaccination/index.asp#surs> (accès le février 2, 2017).
- 36- Unicef. *Sept maladies maîtrisées par le vaccin*. février 1996. <https://www.unicef.org/french/pon96/hevaccin.htm> (accès le avril 18, 2017).
- 37- INVS. *Mesure de la couverture vaccinale en France*. octobre 2012. https://www.mesvaccins.net/textes/rapport_mesure_couverture_vaccinale_France.pdf (accès le février 3, 2017).
- 38- Institut Pasteur. *grippe*. septembre 2014. <https://www.pasteur.fr/fr/centre-medical/fiches-maladies/grippe> (accès le octobre 17, 2016).
- 39- Institut national de prévention et d'éducation pour la santé avec Santé publique France. «La rougeole : point épidémiologique et vaccination.» *inpes.santepubliquefrance.fr*. 12 août 2015. <http://inpes.santepubliquefrance.fr/10000/themes/rougeole/index.asp> (accès le décembre 16, 2016).
- 40- L'Assurance Maladie. *la vaccination: pour les enfants et les adultes*. 19 avril 2016. http://www.ameli.fr/assures/prevention-sante/la-vaccination_loire-atlantique.php (accès le décembre 16, 2016).

- 41- Institut national de veille sanitaire avec Santé publique France. «Grippe.» *invs.santepubliquefrance.fr*. 13 septembre 2016.
<http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Maladies-a-prevention-vaccinale/Couverture-vaccinale/Donnees/Grippe> (accès le avril 8, 2017).
- 42- Haut conseil de la santé publique. *simplification du calendrier vaccinal*. 15 avril 2013.
<http://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=320> (accès le avril 8, 2017).
- 43- Association d'infirmiers. *Cours ifsi: la vaccination: législation*. 27 août 2013.
<http://www.infirmiers.com/etudiants-en-ifsu/cours/la-vaccination.html> (accès le avril 8, 2017).
- 44- Le moniteur. *Grippe: la vaccination en voie d'expérimentation à l'officine*. janvier 2017.
<http://www.lemoniteurdespharmacies.fr/actu/actualites/actus-socio-professionnelles/170130-grippe-la-vaccination-en-voie-d-experimentation-a-l-officine-1/> (accès le avril 8, 2017).
- 45- Les echos. «Les députés autorisent les vaccinations anti-grippe par les pharmaciens En savoir plus sur http://www.lesechos.fr/19/10/2016/lesechos.fr/0211407999846_les-deputes-autorisent-les-vaccinations-anti-grippe-par-les-pharmaciens.htm#ZxHoSVR1K2vFdLee.99» *www.lesechos.fr*. 19 octobre 2016.
http://www.lesechos.fr/19/10/2016/lesechos.fr/0211407999846_les-deputes-autorisent-les-vaccinations-anti-grippe-par-les-pharmaciens.htm (accès le mars 1, 2017).
- 46- Ordre des pharmaciens. «Publication d'un rapport international sur le rôle du pharmacien dans la vaccination.» *lalettre.ordre.pharmacien.fr*. 3 octobre 2016.
<http://lalettre.ordre.pharmacien.fr/Accueil-La-lettre/accueil-lettre-73/Publication-de-la-FIP-le-role-du-pharmacien-dans-la-vaccination> (accès le décembre 28, 2016).
- 47- Observatoire français des drogues et des toxicomanies. *vente de traitements pour l'arrêt du tabac*. mars 2016. <http://www.ofdt.fr/statistiques-et-infographie/series-statistiques/tabac-evolution-des-ventes-de-substituts-nicotiniques/> (accès le octobre 18, 2016).
- 48- Académie nationale de pharmacie. «Prévention et promotion en santé, place des pharmaciens et des biologistes médicaux.» *acadpharm*. 2016.
http://www.acadpharm.org/dos_public/Rapport_PPS_VF.pdf (accès le janvier 22, 2017).
- 49- Institut de veille sanitaire. «le tabagisme en France: comportement, mortalité attribuable, et évaluation de dispositifs d'aide au sevrage.» *invs.santepubliquefrance.fr*. 6 octobre 2016. http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2016/30-31/2016_30-31_2.html (accès le janvier 23, 2017).
- 50- Le quotidien du pharmacien. *Franc succès du "Mois sans tabac"*. 2 décembre 2016.
http://www.lequotidiendupharmacien.fr/actualite/article/2016/12/02/franc-succes-du-mois-sans-tabac-_260261?xtor=EPR-2-%5BNL_quotidienne%5D-20161202 (accès le janvier 29, 2017).
- 51- L'Assurance Maladie. *Prescription de Substitus nicotiques*. 27 octobre 2016.
http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/infirmiers/exercer-au-quotidien/prescription-de-substituts-nicotiques_rhone.php (accès le décembre 15, 2016).

- 52- JORF. *Arrêté du 11 juin 2013 déterminant la liste des tests, recueils et traitements de signaux biologiques qui ne constituent pas un examen de biologie médicale, les catégories de personnes pouvant les réaliser et les conditions de réalisation de certains de ces tests, recueils et traitements de signaux biologiques.* juin 2013. <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000027545594> (accès le avril 2, 2017).
- 53- Ordre des Pharmaciens. *le dépistage.* 29 avril 2015. <http://www.ordre.pharmacien.fr/Le-pharmacien/Champs-d-activites/Le-depistage> (accès le avril 8, 2017).
- 54- L'Assurance Maladie. «Angine.» *www.ameli-sante.fr.* 6 avril 2016. <http://www.ameli-sante.fr/angine/quest-ce-quune-angine.html> (accès le février 3, 2017).
- 55- Le figaro santé. *En cas d'angine, réclamez un test rapide à votre médecin.* 3 avril 2011. <http://sante.lefigaro.fr/actualite/2011/04/03/10814-cas-dangine-reclamez-test-rapide-votre-medecin> (accès le février 3, 2017).
- 56- L'Assurance Maladie. *Commande de Tests de Diagnostic Rapide (TDR).* 28 juillet 2015. http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/medecins/votre-caisse-herault/nos-services-et-imprimés/commande-de-tests-de-diagnostic-rapide-tdr_herault.php (accès le mars 7, 2017).
- 57- AntibioLOR. «Expérimentation de la réalisation de test oro-pharyngé d'orientation diagnostic pour les angines à streptocoque du groupe A par les pharmaciens d'officine en Lorraine.» *URPS pharmacien.* 7 octobre 2015. http://goldowag.o2switch.net/www.urpspharmacienlorraine.fr/uploads/newsletter/TDR/Protocole%20TDR%20angine_ARS_URPS%20Pharmaciens_Antibior%20V2_07.10.2015.pdf (accès le avril 4, 2017).
- 58- Institut national de la santé et de la recherche médicale. *grippe.* janvier 2012. <http://www.inserm.fr/thematiques/immunologie-inflammation-infectiologie-et-microbiologie/dossiers-d-information/grippe> (accès le avril 4, 2017).
- 59- L'Assurance Maladie. *La vaccination contre la grippe saisonnière.* 7 octobre 2016. http://www.ameli.fr/assures/prevention-sante/la-vaccination-contre-la-grippe-saisonniere_rhone.php (accès le avril 4, 2017).
- 60- Réseau Sentinelles. *le réseau sentinelles : présentation.* 12 décembre 2016. <https://websenti.u707.jussieu.fr/sentiweb/?page=presentation> (accès le mars 7, 2017).
- 61- Agence régionale de santé. «Les tests de diagnostics rapides de la grippe.» *www.ars.hauts-de-france.sante.fr.* octobre 2012. http://www.ars.hauts-de-france.sante.fr/fileadmin/NORD-PAS-DE-CALAIS/votre_sante/veille_sanitaire/ehpad/Annexe1_Point_TDR_Oct2012.pdf (accès le mars 1, 2017).
- 62- L'Assurance Maladie. *Avenant 8 à la convention nationale.* 3 octobre 2016. http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/pharmaciens/votre-convention/convention-nationale-titulaires-d-officine/avenant-n-8-a-la-convention-nationale_loire-atlantique.php (accès le mars 1, 2017).
- 63- L'Assurance Maladie. «Evaluation de l'observance d'un traitement médicamenteux.» *www.ameli-sante.fr.* 2016. http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/Respect-traitement-2007.pdf (accès le avril 18, 2017).

- 64- L'Assurance Maladie. *Accompagnement des patients sous AVK/TITRE_MNO*. 10 juillet 2013. http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/pharmaciens/votre-caisse-allier/en-ce-moment/accompagnement-des-patients-sous-avk_allier.php (accès le mars 3, 2017).
- 65- JORF. *Arrêté du 24 juin 2013 portant approbation de l'avenant n° 1 à la convention nationale du 4 avril 2012 organisant les rapports entre les pharmaciens titulaires d'officine et l'assurance maladie relatif à l'accompagnement des patients chroniques sous anticoagulants oraux*. juin 2013. <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000027612770> (accès le février 16, 2017).
- 66- Vidal. *Accompagnement des patients sous AVK : le début des entretiens pharmaceutiques est officiel*. 22 décembre 2014. https://www.vidal.fr/actualites/14670/entretiens_pharmaceutiques_avk_apres_1_an_adhesion_des_pharmaciens_et_satisfaction_des_patients/ (accès le mars 24, 2017).
- 67- Ordre des pharmaciens. *Un x p ' p n n t t r p u t q u p r p s p r les pharmaciens : le suivi des patients sous anticoagulants oraux par antivitamine K*. 2 janvier 2017. <http://www.ordre.pharmacien.fr/Le-pharmacien/Champs-d-activites/L-education-therapeutique> (accès le février 3, 2017).
- 68- L'Assurance Maladie. *Entretien pharmaceutique pour les AVK*. juillet 2016. http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/2016203_EntretiensPharmaceutiques_AVK_GuideAccompagnement.pdf (accès le mars 7, 2017).
- 69- Ordre des pharmaciens. *Cartes régionales - Officine*. mars 2017. <http://www.ordre.pharmacien.fr/Le-pharmacien/Secteurs-d-activite/Pharmacie/Cartes-regionales-Officine/Nombre-d-officines> (accès le avril 2, 2017).
- 70- Ordre des pharmaciens. *Les grandes tendances de la démographie des pharmaciens au 1er janvier 2016*. janvier 2016. <http://www.ordre.pharmacien.fr/Le-pharmacien/Le-metier-du-pharmacien/La-demographie-des-pharmaciens2> (accès le janvier 24, 2017).
- 71- Sécurité sociale. *Accompagnement pharmaceutique des patients sous traitement par AVK. Premier bilan à un an*. 5 janvier 2015. <http://www.securite-sociale.fr/Accompagnement-pharmaceutique-des-patients-sous-traitement-par-AVK-Premier-bilan-a-un-an,4313?type=part> (accès le janvier 24, 2017).
- 72- Info pro santé. *Les entretiens pharmaceutiques : quel bilan en 2015 ?* Juin 2015. <http://infoprosante.lamedicale.fr/actus-metiers/article-les-entretiens-pharmaceutiques-quel-bilan-en-2015> (accès le janvier 24, 2017).
- 73- Vidal. *Médicaments anticoagulants : actualisation du rapport de l'ANSM*. 24 avril 2016. https://www.vidal.fr/actualites/13735/medicaments_anticoagulants_actualisation_du_rapport_de_l_ansm/ (accès le février 3, 2017).
- 74- Haute autorité de santé. *s « NACO », n t u n t s ' t n r t , n ' n t p s t u s démontré la même efficacité*. janvier 2015. http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2008955/fr/les-naco-anticoagulants-d-action-directe-n-ont-pas-tous-demontre-la-meme-efficacite (accès le février 3, 2017).
- 75- Haute autorité de santé. *PRAXBIND (idarucizumab), antidote du dabigatran*. 12 octobre 2016. http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2635757/fr/praxbind-idarucizumab-antidote-du-dabigatran (accès le février 3, 2017).

- 76- Orphem. *Impact des Nouveaux Anti-Coagulants Oraux aux Urgences du CHU Conception*. juin 2014. <http://www.orphem.fr/medias/files/impact-des-nouveaux-anti-coagulants-oraux-aux-urgences-dr-c.-bornet.pdf> (accès le avril 2, 2017).
- 77- Haute autorité de santé. *Les nouveaux anticoagulants oraux, n'ont pas démontré la même efficacité*. 26 janvier 2015. http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2008955/fr/les-naco-anticoagulants-d-action-directe-n-ont-pas-tous-demontre-la-meme-efficacite (accès le avril 2, 2017).
- 78- L'Assurance Maladie. *Entretien pharmaceutique pour les AOD*. 2016. http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/1952015_AOD_GuideAccompagnement_v8.pdf (accès le février 3, 2017).
- 79- Institut de veille sanitaire avec Santé publique France. *Hospitalisations*. 2015. <http://invs.santepubliquefrance.fr//Dossiers-thematiques/Maladies-chroniques-et-traumatismes/Asthme/Surveillance-epidemiologique-de-l-asthme-en-France/Hospitalisations> (accès le février 3, 2017).
- 80- L'Assurance Maladie. *Avenant n°4 à la convention nationale*. 3 octobre 2016. http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/pharmaciens/votre-convention/convention-nationale-titulaires-d-officine/avenant-n-4-a-la-convention-nationale_loire-atlantique.php (accès le mai 3, 2017).
- 81- Institut de veille sanitaire avec Santé publique France. *Surveillance épidémiologique de l'asthme en France*. 12 janvier 2016. <http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-chroniques-et-traumatismes/Asthme/Surveillance-epidemiologique-de-l-asthme-en-France> (accès le avril 22, 2017).
- 82- Elsevier masson consult. *Coûts de l'asthme en France : modélisation médico-économique par un modèle de Markov*. 2004. <http://www.em-consulte.com/rmr/article/144444> (accès le mars 18, 2017).
- 83- Collectif interassociatif sur la santé. «Observance des traitements par les malades chroniques.» *leciss.org*. 16 février 2015. <http://www.leciss.org/sites/default/files/150216%20OBSERVANCE-PP-CISS-ICA-COOPE.pdf> (accès le mai 3, 2017).
- 84- Dectra Pharm. *Strepatest*. avril 2014. http://www.testangine.com/resume_operatoire.html (accès le février 17, 2017).
- 85- ALLAERT, François-André, Guillaume VARINOT, et Joris FOURNEL. «Diabète: une campagne de dépistage dans les pharmacies en décembre.» *dijon santé*. 29 novembre 2016. <http://www.dijon-sante.fr/2016/11/29/diabete-campagne-de-depistage-pharmacies-decembre-15977/> (accès le janvier 12, 2017).
- 86- DREES. *Ventes totales de médicaments en France*. Mars 2015. <http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er910.pdf> (accès le janvier 4, 2017).
- 87- Fédération Française des diabétiques. «la semaine nationale de prévention du diabète 2016.» *www.federationdesdiabetiques.org*. 2016. <https://www.federationdesdiabetiques.org/federation/actions/semaine-nationale-de-prevention> (accès le janvier 4, 2017).

- 88- L'OBS. *Faut-il avoir peur de l'aluminium des vaccins ?* novembre 2015. <http://tempsreel.nouvelobs.com/societe/20151105.OBS8958/faut-il-avoir-peur-de-l-aluminium-des-vaccins.html> (accès le avril 14, 2017).
- 89- Tabac info service. *Evaluation de la dépendance chimique à la nicotine*. 2016. https://www.tabac-info-service.fr/var/storage/upload/Q1_Fagerstrom.pdf (accès le février 12, 2017).
- 90- Vie publique. *Campagne de vaccination contre la grippe 1 (H1N1) : les résultats décevants*. juillet 2010. <http://www.vie-publique.fr/actualite/alaune/campagne-vaccination-contre-grippe-h1n1-resultats-decevants.html> (accès le mars 9, 2017).
- 91- Ministère de l'éducation nationale de l'enseignement supérieur et de la recherche. *Enseignement supérieur et recherche: stage étudiant*. 21 mai 2015. <http://www.enseignementsup-recherche.gouv.fr/cid83007/stages-etudiants-role-et-obligations-des-etablissements-d-enseignement.html> (accès le mars 9, 2017).
- 92- L'Assurance Maladie. «Comment les angines évoluent-elles ?» *www.ameli-sante.fr*. 10 janvier 2017. <http://www.ameli-sante.fr/angine/traitement-de-langine-antibiotiques-ou-pas.html> (accès le janvier 13, 2017).
- 93- Agence nationale de la sécurité du médicament et des produits de santé. *Points importants à prendre en compte pour la bonne utilisation des lecteurs de glycémies*. 2016. <http://ansm.sante.fr/Dossiers/Diabete/Systemes-de-surveillance-de-l-equilibre-glycemique/Bon-usage-des-lecteurs-de-glycemie/Points-importants-a-prendre-en-compte-pour-une-bonne-utilisation-des-lecteurs-de-glycemie> (accès le mars 9, 2017).
- 94- Agence régionale de santé associé à IMS health. «Communiqué de presse – L'ARS le-de-France et IMS Health publient des résultats inédits sur l'observance médicamenteuse des patients diabétiques de type II. ARS. 15 septembre 2016. https://www.imshealth.com/files/web/France/News%20and%20Press/IMSH_Communique_de_presse.pdf (accès le décembre 20, 2016).
- 95- Haut conseil de la santé publique. *Aluminium et vaccins*. 2013. <http://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=369> (accès le janvier 8, 2017).
- 96- Ordre national des médecins. «Répartition des médecins en France.» *www.conseil-national.medecin.fr*. 2013. <https://www.conseil-national.medecin.fr> (accès le janvier 8, 2017).
- 97- International Diabetes Federation. «Atlas 7th edition.» *diabetatlas*. 2015. <http://www.diabetesatlas.org> (accès le janvier 8, 2017).
- 98- L'Assurance Maladie et ministère des affaires sociales et de la santé. *Dossier médical partagé*. 2016. <http://www.dmp.gouv.fr/professionnel-de-sante/decouvrir-le-dmp> (accès le février 19, 2017).
- 99- Institut de veille sanitaire. *Le poids des complications liées au diabète en France en 2013*. 12 novembre 2015. [http://invs.santepubliquefrance.fr/pmb/invs/\(id\)/PMB_12724](http://invs.santepubliquefrance.fr/pmb/invs/(id)/PMB_12724) (accès le avril 4, 2017).
- 100- Institut de veille sanitaire avec santé publique France. «Diabète traité : quelles évolutions entre 2000 et 2009 en France *invs.santepubliquefrance.fr*. 9 novembre 2010. http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2010/42_43/BEH_42_43.pdf (accès le janvier 29, 2017).

- 101- BERLAND Y. *Mission « Démographie des professions de santé »*. 2002. <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/024000643.pdf> (accès le janvier 29, 2017).
- 102- BERLAND Y. *Coopération des professions de santé : le transfert de tâches et de compétences*. 2003. <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/034000619/> (accès le janvier 29, 2017).
- 103- BERLAND et BOURGEUIL. *Cinq expérimentations de coopération et de délégation de tâches entre professions de santé*. 2006. http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_cinq_experim_juin2006.pdf (accès le janvier 29, 2017).
- 104- Haute autorité de santé. *Détention, transfert, nouvelles tâches... Constatons les formes nouvelles de coopération entre professionnels de santé*. 2008. http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_497724/fr/delegation-transfert-nouveaux-metiers-comment-favoriser-les-formes-nouvelles-de-cooperation-entre-professionnels-de-sante (accès le avril 4, 2017).
- 105- Académie nationale de pharmacie. *Rôle du Pharmacien Correspondant*. 2009. http://www.acadpharm.org/dos_public/Rapport_Pharmacien_Correspondant_RM_RMC_JP_C__Vd_23_dc_09_word.pdf (accès le février 3, 2017).
- 106- MICHOT, P., et al. *Coopération entre médecins généralistes et pharmaciens : une revue systématique de la littérature*. 16 février 2017. <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2013-3-page-331.htm> (accès le février 3, 2017).
- 107- HAMMOND, R.W., et al. *Collaborative Drug Therapy Management by Pharmacists*. 2003. <https://www.accp.com/docs/positions/positionStatements/pos2309.pdf> (accès le avril 2, 2017).
- 108- Collège des médecins du Québec. *Ordonnances collectives*. 2013. <http://www.cmq.org/MedecinsMembres/ActivitesPartageables/OrdonnancesCollectives.aspx> (accès le février 16, 2017).
- 109- Collège des médecins du Québec. *Application de la loi n°41*. 2013. <http://www.cmq.org/fr/medias/profil/commun/FAQ/Loi41.aspx#PointTitle24> (accès le février 16, 2017).
- 110- Haute autorité de santé. *RAPPORT D'ACTIVITE 2013 DES PROTOCOLES DE COOPERATION ART 51 DE LA LOI HPST*. 2013. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-09/rapport_dactivite_2013_-_article_51.pdf (accès le février 19, 2017).
- 111- Haute autorité de santé. *LES PROTOCOLES DE COOPÉRATION art 51, évaluation 2014*. 2014. https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2016-01/rapport_dactivite_article_51_2014_post-college_vf.pdf (accès le février 19, 2017).
- 112- Haute autorité de santé. *Professionnels et transferts de tâches – Bilan sur les protocoles de coopération*. 2016. http://webzine.has-sante.fr/portail/jcms/c_2612173/fr/professionnels-et-transferts-d-activite-bilan-sur-les-protocoles-de-cooperation (accès le février 19, 2017).

113- METTAVANT, Laurie, et Oana MURESAN. *IDENTIFICATION DES FREINS ET DES LEVIERS DANS LA COOPERATION MEDECIN GENERALISTE -PHARMACIEN D'OFFICINE , AU SEIN D'UN PROGRAMME D'ETP SUR 'OSTEOPOROSE (PROJET SIOUX)*. 2014. http://docnum.univ-lorraine.fr/public/BUPHA_T_2014_METTAVANT_LAURIE.pdf (accès le avril 29, 2017).

114- Assurance maladie. *En quoi consiste le dossier médical personnel (DMP) ?* 2016. <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F10872> (accès le mai 3, 2017).

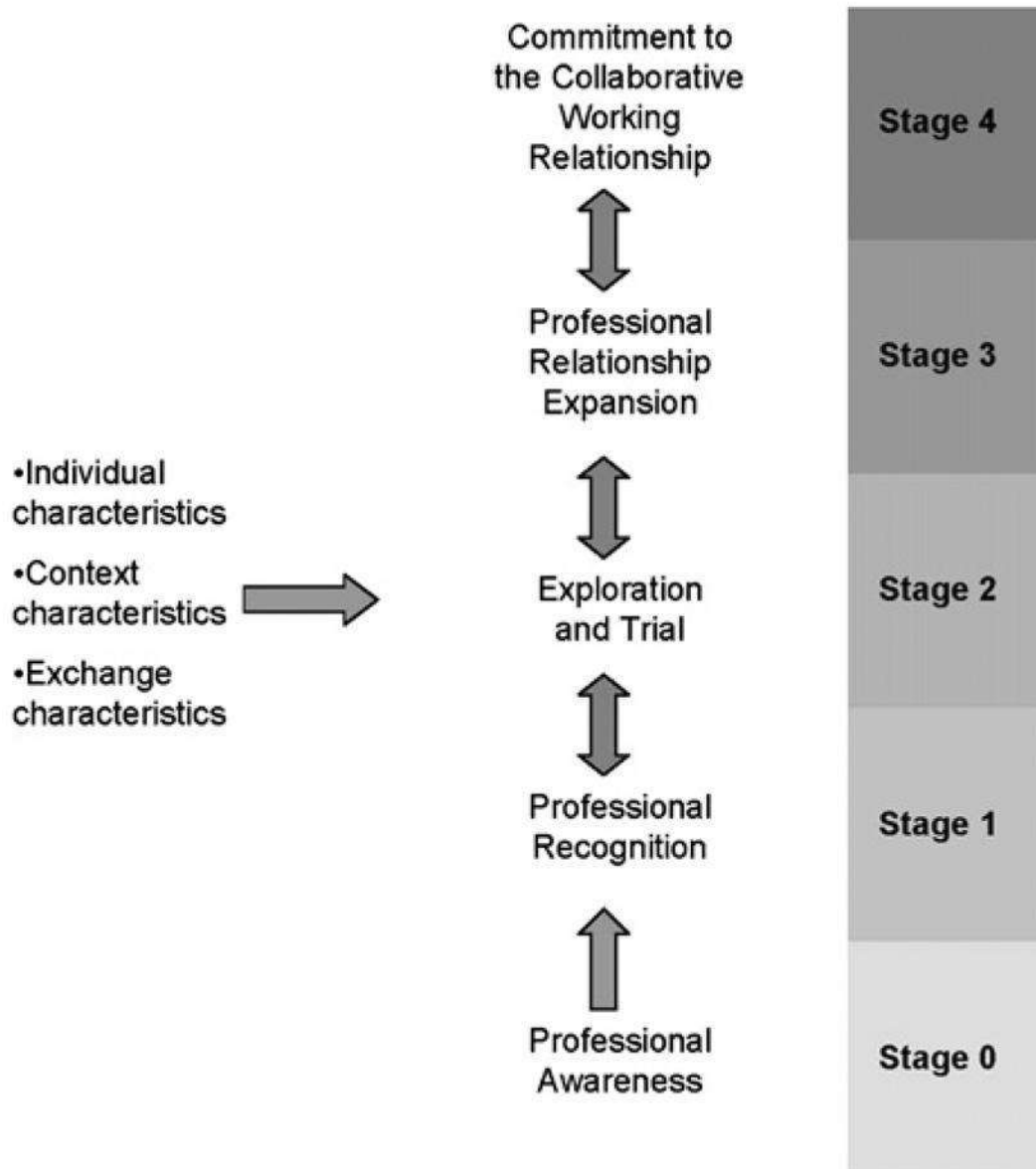
115- Agence nationale de sécurité du médicament. «Plan d'actions de l'ANSM sur les anticoagulants oraux directs en 2013-2014 .» 2014.

116- Legifrance. *Arrêté du 24 juin 2016 portant approbation des avenants 8 et 9 à la convention nationale du 4 mai 2012, organisant les rapports entre les pharmaciens titulaires d'officine et l'assurance maladie.* 2016. https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2016/6/24/AFSS1611351A/jo/article_snum3 (accès le mai 3, 2017).

117- Haute autorité de santé. Délégation, transferts, nouveaux métiers. Comment favoriser des formes nouvelles de coopération entre professionnels de santé Recommandation HAS en collaboration avec l'ONDPS.2008. https://.has-santé.fr/portail/upload/docs/application/pdf/reco_cooperation_vvd_16_avril_2008_04_16__12_23_31_188.pdf. (accès le mai 11, 2017).

Annexe 1 : Modèle décrivant les relations de collaboration entre les médecins généralistes et les pharmaciens de McDONOUGH et DOUCETTE en 2003.

COPYRIGHT AMERICAN PHARMACISTS ASSOCIATION (APhA). REPRINTED BY PERMISSION OF APhA.



Annexe 2 : Enquête sur la perception des médecins généralistes de Meurthe et Moselle sur les nouvelles missions du pharmacien d'officine et la collaboration médecins généralistes-pharmaciens d'officine

Enquête auprès des médecins généralistes

Cette enquête est destinée à percevoir les freins et les leviers qui existent entre les professionnels de santé de proximité.

*Obligatoire.

1. Je suis un(e) : *

Une seule réponse possible.

- Homme
 Femme

2. Mon âge est : *

Une seule réponse possible.

- < 30 ans
 30-39 ans
 40-49 ans
 > 50 ans

3. J'exerce en zone : *

Une seule réponse possible.

- Rurale
 Urbaine
 Semi rurale

4. J'exerce au sein d'une maison de santé pluridisciplinaire : *

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non

5. Ma relation professionnelle avec les pharmaciens est : *

Une seule réponse possible.

- Très bonne
 Bonne
 Moyenne
 Mauvaise

6. **En dehors des appels téléphoniques, j'ai eu l'occasion de rencontrer un des pharmaciens proche de mon cabinet : ***

Une seule réponse possible.

- oui
 non

7. **Si oui, précisez :**

Plusieurs réponses possibles.

- en réunion
 en formation
 par des liens familiaux
 par des liens amicaux
 Autre : _____

Les entretiens pharmaceutiques

8. **Mon avis sur les entretiens pharmaceutiques menés par les pharmaciens chez les patients sous AVK, puis récemment asthmatiques : ***

Plusieurs réponses possibles.

- présentent un intérêt pour le patient
 ne rentrent pas dans le champ de compétences du pharmacien
 le pharmacien n'a pas de formation suffisante pour cette activité
 ne présente pas d'intérêt pour le patient
 Autre : _____

9. **Avis partagé (préciser pourquoi)**

La vaccination

10. **La pratique de la vaccination me semble pouvoir entrer dans le champ de compétences des pharmaciens : ***

Une seule réponse possible.

- oui
 non

Le dépistage et l'éducation du patient

11. Je suis favorable au dépistage par les pharmaciens : *

Du diabète, en cas de facteurs de risques (âge, surpoids, antécédents familiaux...) par une mesure de la glycémie capillaire
Une seule réponse possible.

- oui
 non

12. *

De l'angine, en cas de maux de gorge, dysphagie et fièvre, grâce à un TDR
Une seule réponse possible.

- oui
 non

13. *

De la grippe, en cas de courbatures, fatigue et fièvre
Une seule réponse possible.

- oui
 non

14. Je pense que le pharmacien, de par sa compétence et sa proximité, doit pouvoir éduquer le patient sur son traitement : *

Une seule réponse possible.

- oui
 non

La collaboration médecin-pharmacien

15. Le pharmacien peut avoir un rôle complémentaire au médecin traitant en ce qui concerne : *

Plusieurs réponses possibles.

- Les associations et contre-indications médicamenteuses
 Les orthèses
 Les produits dermo/cosméto
 Les alternatives à une thérapie allopathique
 Autre : _____

16. **Mes critères pour orienter les patients vers une pharmacie sont : ***

Plusieurs réponses possibles.

- La proximité du lieu de travail et/ou habitation
- La gamme de produits qu'elle propose
- Les compétences propres à l'officine
- Les prix qui y sont pratiqués
- Les liens que j'entretiens avec l'équipe qui y travaille
- Je n'oriente pas mes patients vers une pharmacie

17. **Dans le parcours de soins du patient, la relation médecin pharmacien me semble : ***

Une seule réponse possible.

- Indispensable
- Souhaitable
- Peu d'intérêt
- Sans intérêt

N° d'identification :

TITRE

NOUVELLES MISSIONS DU PHARMACIEN D'OFFICINE ET COLLABORATION
ENTRE LES MEDECINS GENERALISTES ET LES PHARMACIENS D'OFFICINE :
ENQUETE SUR LA PERCEPTION DES MEDECINS GENERALISTES

Thèse soutenue le 20 septembre 2017

Par MIGET Pierre

RESUME :

La pharmacie d'officine est en constante évolution mais ces changements se sont accélérés avec la publication de la Loi Hôpital, Patients, Santé et Territoire (HPST). La loi HPST a lancé les nouvelles missions du pharmacien d'officine pour développer la présence du pharmacien d'officine dans le parcours de santé de chaque patient.

Dans ce contexte, la collaboration entre les professionnels de santé et la fin de la segmentation de notre système de santé a toute son importance. Or, la méconnaissance des médecins généralistes des nouvelles missions du pharmacien d'officine peut être un frein à la collaboration, atout indispensable à la bonne prise en charge du patient. Une mauvaise communication peut également entraîner des conflits.

L'objectif est d'analyser à travers une enquête menée en Meurthe et Moselle la perception des médecins généralistes sur les nouvelles missions du pharmacien et sur la collaboration entre les médecins généralistes et les pharmaciens d'officine. L'enquête permettra d'identifier les problèmes souvent liés à un défaut de communication et l'impact que cela peut avoir sur la collaboration entre professionnels de santé.

Un état des lieux sur la collaboration entre médecins généralistes et pharmacien d'officine sera fait, suivi par des propositions d'améliorations à la collaboration au regard des résultats de l'enquête.

MOTS CLES : Nouvelles missions pharmaceutiques - collaboration entre professionnel de santé - optimisation de la prise en charge du patient

Directeur de thèse	Intitulé du laboratoire	Nature
		Expérimentale <input type="checkbox"/>
		Bibliographique <input type="checkbox"/>
		Thème <input checked="" type="checkbox"/>

<u>Thèmes</u>	1 – Sciences fondamentales 3 – Médicament 5 - Biologie	2 – Hygiène/Environnement 4 – Alimentation – Nutrition ⑥- Pratique professionnelle
---------------	--	--