

UNIVERSITE DE LIMOGES

FACULTE DE PHARMACIE

ANNEE 2012-2013

THESE N°

**LE PHARMACIEN D'OFFICINE, VERITABLE ACTEUR DE SANTE PUBLIQUE :
MISE EN PLACE DE DIFFERENTS OUTILS POUR LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT
A L'OFFICINE ET LA COOPERATION INTERPROFESSIONNELLE**

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE

Présentée et soutenue publiquement

le Lundi 11 Février 2013

par

Mlle Sophie MAZALEYRAT

Née le 29 octobre 1987, à USSEL (19)

EXAMINATEURS DE LA THESE

M. le Professeur Jacques BUXERAUD..... Président
Mme Catherine FAGNERE, MCU, Docteur en Pharmacie..... Directeur
M. Pierre AUBESSARD, Docteur en Pharmacie..... Juge
M. Jean-Christophe COUTURIER, Docteur en Pharmacie..... Juge

UNIVERSITE DE LIMOGES

FACULTE DE PHARMACIE

ANNEE 2012-2013

THESE N°

**LE PHARMACIEN D'OFFICINE, VERITABLE ACTEUR DE SANTE PUBLIQUE :
MISE EN PLACE DE DIFFERENTS OUTILS POUR LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT
A L'OFFICINE ET LA COOPERATION INTERPROFESSIONNELLE**

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE

Présentée et soutenue publiquement

le Lundi 11 Février 2013

par

Mlle Sophie MAZALEYRAT

Née le 29 octobre 1987, à USSEL (19)

EXAMINATEURS DE LA THESE

M. le Professeur Jacques BUXERAUD..... Président
Mme Catherine FAGNERE, MCU, Docteur en Pharmacie..... Directeur
M. Pierre AUBESSARD, Docteur en Pharmacie..... Juge
M. Jean-Christophe COUTURIER, Docteur en Pharmacie..... Juge

LISTE DU CORPS ENSEIGNANT DE LA FACULTE



DOYEN DE LA FACULTE :

Monsieur le Professeur **Jean-Luc DUROUX**

1^{er} VICE-DOYEN :

Madame **Catherine FAGNERE**, Maître de Conférences

2^{ème} VICE-DOYEN :

Monsieur **Serge BATTU**, Maître de Conférences

PROFESSEURS :

BENEYTOUT Jean-Louis	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
BOTINEAU Michel	BOTANIQUE ET CRYPTOLOGIE
BROSSARD Claude	PHARMACOTECHNIE
BUXERAUD Jacques	CHIMIE ORGANIQUE ET THERAPEUTIQUE
CARDOT Philippe	CHIMIE ANALYTIQUE ET BROMATOLOGIE
CHULIA Dominique	PHARMACOTECHNIE
DELAGE Christiane	CHIMIE GENERALE ET MINERALE
DESMOULIERE Alexis	PHYSIOLOGIE
DREYFUSS Gilles	MICROBIOLOGIE-PARASITOLOGIE-IMMUNOLOGIE
DUROUX Jean-Luc	BIOPHYSIQUE, BIOMATHEMATIQUES ET INFORMATIQUE
MAMBU Lengo	PHARMACOGNOSIE
LOUDART Nicole	PHARMACOLOGIE
ROUSSEAU Annick	BIOSTATISTIQUE
VIANA Marylène	PHARMACOTECHNIE

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES :

LACHATRE Gérard	TOXICOLOGIE
MOESCH Christian	HYGIENE HYDROLOGIE ENVIRONNEMENT
ROGEZ Sylvie	BACTERIOLOGIE ET VIROLOGIE

MAITRES DE CONFERENCES :

BASLY Jean-Philippe	CHIMIE ANALYTIQUE ET BROMATOLOGIE
BATTU Serge	CHIMIE ANALYTIQUE ET BROMATOLOGIE
BEAUBRUN-GIRY Karine	PHARMACOTECHNIE
BILLET Fabrice	PHYSIOLOGIE
CALLISTE Claude	BIOPHYSIQUE, BIOMATHEMATIQUES ET INFORMATIQUE
CLEDAT Dominique	CHIMIE ANALYTIQUE ET BROMATOLOGIE
COMBY Francis	CHIMIE ORGANIQUE ET THERAPEUTIQUE
COURTIOUX Bertrand	PHARMACOLOGIE, PARASITOLOGIE
DELEBASSEE Sylvie	MICROBIOLOGIE-PARASITOLOGIE-IMMUNOLOGIE
DEMIOT Claire-Elise	PHARMACOLOGIE
FAGNERE Catherine	CHIMIE ORGANIQUE ET THERAPEUTIQUE
FROISSARD Didier	BOTANIQUE ET CRYPTOLOGIE
JAMBUT Anne-Catherine	CHIMIE ORGANIQUE ET THERAPEUTIQUE
LABROUSSE Pascal	BOTANIQUE ET CRYPTOLOGIE
LEGER David	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
LIAGRE Bertrand	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
LOTFI Hayat	TOXICOLOGIE
MARION-THORE Sandrine	CHIMIE ORGANIQUE ET THERAPEUTIQUE
MARRE-FOURNIER Françoise	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
MILLOT Marion	PHARMACOGNOSIE
MOREAU Jeanne	MICROBIOLOGIE-PARASITOLOGIE-IMMUNOLOGIE
POUGET Christelle	CHIMIE ORGANIQUE ET THERAPEUTIQUE
SIMON Alain	CHIMIE GENERALE ET MINERALE
TROUILLAS Patrick	BIOPHYSIQUE, BIOMATHEMATIQUES ET INFORMATIQUE
VIGNOLES Philippe	BIOPHYSIQUE, BIOMATHEMATIQUES ET INFORMATIQUE

PROFESSEUR :

ROUMIEUX Gwenhaël	ANGLAIS
--------------------------	---------

ASSISTANT HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES :

IMBERT Laurent	CHIMIE ANALYTIQUE ET BROMATOLOGIE
-----------------------	-----------------------------------

REMERCIEMENTS

Je tiens tout d'abord à remercier toutes les personnes qui, au sein de la faculté ou dans le monde professionnel, m'ont apporté leur aide et leur soutien dans la réussite de mes études :

Monsieur le Professeur Jacques Buxeraud,

Président de thèse

Pour me faire l'honneur de présider ce jury,

Pour vos enseignements de qualité, que j'ai pu suivre avec grand plaisir et intérêt tout au long de ces années,

Pour votre bienveillance et votre sympathie.

Madame le Docteur Catherine Fagnère,

Directeur de thèse

Pour m'avoir guidée tout au long de la réalisation de ce travail,

Pour toutes les connaissances et les valeurs que vous savez si bien transmettre à vos étudiants,

Pour votre patience, votre disponibilité et votre gentillesse.

Monsieur le Docteur Pierre Aubessard,

Membre du jury

Pour m'avoir accueillie très tôt dans votre officine, et donné l'envie d'exercer votre métier,

Pour m'avoir toujours formée et aiguillée dans mes choix, avec patience et sympathie.

*Je remercie également **Madame le Docteur Laurence Bonnetblanc** ainsi que toute l'équipe de la pharmacie Bonnetblanc-Aubessard à Meymac, pour m'avoir toujours réservé un accueil très chaleureux et m'avoir toujours aidée et soutenue tout au long de mes études.*

Monsieur le Docteur Jean-Christophe Couturier,

Membre du jury

Pour m'avoir accompagnée pendant les derniers mois de mes études,

Pour m'avoir formée, avec compétence et disponibilité, et permis de commencer dans les meilleures conditions ma vie professionnelle.

*Je remercie également votre épouse, **Madame le Docteur Isabelle Couturier** ainsi que toute l'équipe de la pharmacie Couturier à Aix-sur-Vienne, pour leur gentillesse et leur aide durant cette année passée ensemble.*

Monsieur le Docteur Michel Deysson,

Pharmacien Conseil à la Direction Régionale du Service Médical de Limousin Poitou-Charentes

Pour avoir aimablement accepté de relire ma thèse, et apporté votre contribution à ce travail en l'éclairant de vos connaissances en termes de législation pharmaceutique.

Tous les enseignants de la faculté de pharmacie de Limoges

Pour leur compétence et leur disponibilité, qui permettent à leurs étudiants d'acquérir peu à peu le savoir et les compétences nécessaires à l'exercice de notre profession.

Je remercie également tous ceux qui, dans mon entourage, m'ont accompagnée et soutenue depuis toujours dans l'accomplissement de mes études et de ma vie personnelle.

Mes parents, Marc et Annie

*Pour votre gentillesse et votre soutien de tous les instants,
Pour m'avoir épaulée tout au long de mes études,
Et m'avoir donné un très bel exemple de réussite professionnelle et familiale.
Je vous aime et suis fière de vous...*

Ma petite sœur, Delphine

*Pour notre complicité et les bons moments que nous avons passés ensemble,
Pour avoir toujours été à mes côtés.
Je te souhaite le meilleur pour la suite de tes études et de ta vie personnelle.*

Papy Roger et Mamie Lulu

*Pour votre gentillesse et votre affection,
Pour avoir toujours tout fait pour le bonheur de votre famille.
Malgré la distance je ne vous oublie pas, et compte bien revenir vous voir le plus souvent possible.*

Papy Fernand et Mamie Pépé

*Vous qui n'êtes plus là aujourd'hui, je pense très fort à vous.
J'espère que vous êtes fiers de moi...*

Ma famille toute entière (les tontons, taties et tatas, les cousins, ma marraine, mon parrain, ...)

*Pour avoir été présents tout au long de ma vie.
Merci de m'avoir apporté le soutien et l'amour dont j'avais besoin.*

Ma belle-famille

*Pour votre accueil chaleureux et les bons moments passés ensemble.
Merci de m'avoir si bien acceptée au sein de votre famille.*

Mes amis d'enfance et ceux rencontrés à la fac

*Pour tous les bons moments que nous avons passés ensemble, les vacances, les sorties, les fous rires...
Et pour tous ceux que nous passerons encore.
J'espère toujours garder contact avec vous, et ne vous oublie pas.*

Et tous ceux que je ne peux citer, mais qui m'ont accompagnée depuis l'enfance jusqu'à ce jour important de ma vie, et contribué à ma réussite.

Et pour finir, je tiens bien sûr à remercier l'homme exceptionnel qui partage ma vie depuis presque trois ans aujourd'hui...

Mon Johann

*Je te remercie pour ton aide et ta patience tout au long de la réalisation de cette thèse,
Pour avoir été là pour moi, et m'avoir toujours soutenue dans mes choix personnels et professionnels,
Pour ta présence et ta tendresse qui font mon bonheur au quotidien,
Pour tous les bons moments que nous avons vécus ensemble, et tous ceux à venir.
Ces derniers mois ont vu le commencement d'une nouvelle vie pour tous les deux, et je suis ravie de vivre tout cela avec toi.
Je souhaite de tout cœur que nous puissions réaliser ensemble tous nos rêves et nos projets,
Et vivre ensemble le reste de notre vie.
Je t'aime.....*

SOMMAIRE

I. CONTEXTE ACTUEL DE LA PHARMACIE EN FRANCE	14
I.1. L'EXERCICE DE LA PROFESSION DE PHARMACIEN	14
I.1.1. Principaux textes régissant l'exercice de la profession.....	14
I.1.2. Les grands principes de la profession de pharmacien	19
I.2. ROLE DU PHARMACIEN ET EVOLUTION DANS LA LOI HPST	29
I.2.1. Rôle historique du pharmacien	29
I.2.2. Evolution du rôle du pharmacien avec la loi HPST	30
I.3. LA CONVENTION PHARMACEUTIQUE DE 2012	33
I.3.1. Définition de la Convention dans le PLFSS pour 2012	33
I.3.2. Contenu de la Convention	34
I.4. EVOLUTION DE LA DEMOGRAPHIE MEDICALE ET PLACE DU PHARMACIEN	40
I.4.1. Le constat	40
I.4.2. La place du pharmacien face à la désertification médicale	43
II. OUTILS ET METHODES DE CONSEIL ET DE SUIVI DES PATIENTS A L'OFFICINE	45
II.1. PRE-REQUIS DE L'EXERCICE PHARMACEUTIQUE DANS LE CADRE DES NOUVEAUX MODES DE PRISE EN CHARGE DES PATIENTS.....	46
II.1.1. Droits, devoirs et interdictions	46
II.1.2. Environnement et organisation du travail à l'officine.....	47
II.1.3. Formation continue du pharmacien d'officine	48
II.1.4. Responsabilité du pharmacien face à l'évolution de ses missions.....	51
II.2. DIFFERENTS MODES DE PRISE EN CHARGE DU PATIENT A L'OFFICINE.....	52
II.2.1. L'entretien pharmaceutique.....	52
II.2.2. L'accompagnement pharmaceutique du patient.....	56
II.2.3. Le suivi pharmaceutique.....	57
II.2.4. Les soins pharmaceutiques.....	58
II.3. ACCOMPAGNEMENT DES PATIENTS ATTEINTS DE PATHOLOGIES CHRONIQUES	61
II.4. PREVENTION DES RISQUES IATROGENIQUES ET AMELIORATION DE LA QUALITE DE LA DISPENSATION	65
II.4.1. Utilisation du Dossier Pharmaceutique	66
II.4.2. Réalisation de bilans de médication.....	70
II.4.3. Prévention des risques iatrogéniques : exemple du suivi des patients sous anticoagulants oraux.....	71
II.4.4. Utilisation de fiches d'information sur le médicament.....	73
II.5. DEPISTAGE ET PREVENTION A L'OFFICINE	75
III. COOPERATION AVEC LES AUTRES PROFESSIONNELS DE SANTE	77
III.1. HISTORIQUE ET MISE EN PLACE DE LA COOPERATION INTERPROFESSIONNELLE EN FRANCE	77
III.1.1. Historique.....	77
III.1.2. Mise en place de protocoles de coopération.....	79

III.2. OUTILS PERMETTANT L'ÉCHANGE D'INFORMATIONS ENTRE LE PHARMACIEN ET LES AUTRES PROFESSIONNELS DE SANTÉ	82
III.2.1. <i>Opinion pharmaceutique</i>	82
III.2.2. <i>Le Dossier Médical Personnel (DMP)</i>	84
III.2.3. <i>Utilisation des nouvelles technologies pour la consultation et la prescription</i>	88
III.2.4. <i>Un exemple de coopération interprofessionnelle à l'étranger : l'utilisation d'ordonnances collectives au Québec</i>	92
III.3. EDUCATION THERAPEUTIQUE	94
III.3.1. <i>Définition</i>	94
III.3.2. <i>Objectifs</i>	95
III.3.3. <i>Mise en place d'un programme d'éducation thérapeutique</i>	96
III.3.4. <i>La place du pharmacien dans l'éducation thérapeutique</i>	97
III.4. STRUCTURES PERMETTANT LA COOPERATION INTERPROFESSIONNELLE	98
III.4.1. <i>Les maisons de santé pluridisciplinaires</i>	98
III.4.2. <i>Les sociétés interprofessionnelles de soins ambulatoires (SISA)</i>	99
IV. EXEMPLE D'APPLICATION PRATIQUE A L'OFFICINE : ELABORATION D'UN PROTOCOLE DE PRISE EN CHARGE ET DE SUIVI DES PATIENTS ASTHMATIQUES	100
IV.1. ÉLÉMENTS DE CONTEXTE ET IMPORTANCE DU RÔLE DU PHARMACIEN.....	100
IV.2. PROPOSITION D'UN PROTOCOLE DE PRISE EN CHARGE ET DE SUIVI A L'OFFICINE	101
IV.2.1. <i>1^{er} entretien pharmaceutique</i>	101
IV.2.2. <i>Entretiens de suivi en cours de traitement</i>	105

INTRODUCTION

Le pharmacien d'officine occupe une place très importante dans notre système de santé. En effet, il est chargé d'approvisionner la population en médicaments, mais son rôle ne se limite pas à cela. Le pharmacien est un professionnel de santé à part entière, qui peut notamment conseiller et informer le patient sur les médicaments et produits de santé qu'il délivre, relayer les campagnes de santé publique, ou encore participer au dépistage et à la prévention de certaines pathologies. Il représente également un lien social avec la population, en particulier les plus âgés ou isolés, grâce à un accès permanent, facile et gratuit sur l'ensemble du territoire.

Depuis plusieurs années, son rôle est mieux reconnu, et même renforcé, notamment avec la promulgation de la loi « Hôpital, Patients, Santé et Territoires » (loi HPST), qui confie de nouvelles missions à la profession. Pour accomplir au mieux ces missions et pouvoir prétendre à de nouveaux modes de rémunération, les pharmaciens d'officine doivent désormais modifier leurs méthodes de travail et faire appel à de nouveaux outils permettant d'améliorer la prise en charge des patients à l'officine, notamment dans le suivi des pathologies chroniques et la prévention des risques iatrogéniques.

Cependant, ces changements dans l'exercice pharmaceutique ne pourront être mis en place de façon isolée. Il faudra, dans l'intérêt de la santé publique, et pour faire face aux évolutions démographiques et économiques actuelles de notre pays, travailler en étroite collaboration avec les autres professionnels de santé pour améliorer la prise en charge des patients et la qualité des soins.

Au cours de cette étude, après avoir abordé le rôle du pharmacien et son évolution, nous développerons la mise en place d'outils permettant la prise en charge et le suivi des patients à l'officine, ainsi que la coopération avec les autres professionnels de santé. Nous détaillerons enfin la création d'un protocole de suivi des patients asthmatiques à l'officine, mission qui devrait être confiée aux pharmaciens français au cours de l'année 2013, et qui pourrait leur permettre de renforcer leur rôle de professionnel de santé, afin d'améliorer la qualité de soins apportés aux patients.

I. Contexte actuel de la pharmacie en France

I.1. L'exercice de la profession de pharmacien

Le diplôme d'Etat de Docteur en Pharmacie s'obtient au terme de six années d'études, qui comprennent, outre une formation théorique, une année hospitalo-universitaire et six mois de stage de pratique professionnelle. La soutenance de la thèse d'exercice vient compléter ce cursus.

Nul ne peut exercer la profession de pharmacien sans être inscrit à l'Ordre National des Pharmaciens, auprès duquel son diplôme doit être enregistré.

A l'officine, un pharmacien peut exercer en tant que titulaire (seul ou en association) ou en tant qu'adjoint du titulaire.

I.1.1. Principaux textes régissant l'exercice de la profession

I.1.1.1. Code de déontologie des pharmaciens

La profession de Pharmacien s'appuie sur un Code de Déontologie établi par l'Ordre National des Pharmaciens ^[1], et dont la dernière édition date de juillet 2009.

Celui-ci énonce des principes forts que chaque pharmacien, exerçant seul ou dans le cadre d'une société, inscrit à l'un des tableaux de l'Ordre, doit obligatoirement respecter, sous peine de poursuites disciplinaires au niveau de l'Ordre.

Il s'articule de la façon suivante :

- **Section I** : Dispositions Générales
- **Section II** : Dispositions communes à tous les pharmaciens
 - Devoirs généraux
 - Interdiction de certains procédés de recherche de la clientèle et prohibition de certaines conventions ou ententes
 - Relations avec les autres professions de santé et les vétérinaires
 - Devoirs de confraternité
 - Relations entre maîtres de stage et stagiaires
- **Section III** : Dispositions propres à différents modes d'exercice
 - Pharmaciens exerçant dans les officines et les pharmacies à usage intérieur
 - Devoirs des pharmaciens exerçant dans les entreprises et les établissements pharmaceutiques de fabrication et de distribution en gros
 - Devoirs des pharmaciens biologistes

I.1.1.2. Dispositions législatives et réglementaires

L'exercice de la pharmacie d'officine est également réglementé sur un plan pénal, notamment dans :

- Le Code de la Santé Publique ^[2], qui donne les définitions du médicament et de l'officine, qui définit les conditions d'installation et d'exercice de la profession de pharmacien (titulaire ou non), et qui prévoit les sanctions pénales le cas échéant,
- Le Code de la Sécurité Sociale ^[3], qui détermine les relations entre les organismes d'assurance maladie et les pharmaciens titulaires d'officine.

I.1.1.3. Bonnes Pratiques de Préparation

Les Bonnes Pratiques de Préparation (BPP), dont la dernière version ^[4] a été publiée au Journal Officiel le 21 novembre 2007, sont applicables à l'officine comme dans les pharmacies à usage intérieur des établissements de santé et assimilés.

Elles permettent d'assurer que tout acte professionnel soit accompli avec soin et attention, en suivant certaines règles de base afin d'en assurer la qualité, et prévoient également la traçabilité des médicaments réalisés à l'officine.

Les Bonnes Pratiques de Préparation abordent tous les aspects liés à la fabrication des médicaments à l'officine, et notamment la préparation elle-même, les contrôles, la gestion de la qualité, la documentation, la gestion des anomalies (pharmacovigilance) et les conditions de sous-traitance.

I.1.1.4. Règles d'aménagement et d'équipement de l'officine

Le pharmacien doit exercer son métier dans des locaux spécifiques et adaptés.

L'aménagement de l'officine est soumis à des règles très strictes qui permettent le respect de la dignité de la profession et la qualité de tous les actes pratiqués dans l'officine.

I.1.1.4.1. Définition de l'officine

Selon l'article L. 5125-1 du Code de la Santé Publique (CSP) ^[2], « *on entend par officine l'établissement affecté à la dispensation au détail des médicaments, produits et objets mentionnés à l'article 4211-1 ainsi qu'à l'exécution des préparations magistrales ou officinales* ».

Les « *médicaments, produits et objets mentionnés à l'article 4211-1* » sont ceux qui font partie du monopole pharmaceutique. Leur vente est donc exclusivement réservée aux pharmaciens.

I.1.1.4.2. Aménagement de l'officine

La superficie, l'aménagement et l'équipement des locaux doivent être adaptés aux activités de l'officine et doivent permettre le respect des bonnes pratiques officinales (selon l'article R. 5125-9 du Code de la Santé Publique ^[2]).

L'apparence extérieure doit comporter une signalisation caractéristique (croix verte, caducée...) et le nom du/des titulaire(s). L'officine forme un ensemble d'un seul tenant, qui ne doit pas communiquer directement avec d'autres locaux professionnels ou commerciaux.

L'officine doit être facilement accessible par tous ses usagers (y compris les personnes âgées, handicapées...).

A l'intérieur, l'atmosphère doit être calme et professionnelle. La disposition doit être conçue de façon à respecter des conditions de confidentialité permettant un échange personnel et discret, et le respect du secret professionnel. Un espace de confidentialité doit être aménagé à l'écart des autres.

Pour une meilleure sécurité, le public ne doit pas pouvoir accéder directement aux médicaments, hormis certains médicaments de médication familiale dont la liste est définie (art. R. 5121-202 ^[2]), qui peuvent être situés dans un espace clairement identifié, et placé à proximité des postes de dispensation pharmaceutique de façon à permettre un contrôle effectif du pharmacien.

I.1.1.4.3. Equipement de l'officine

L'officine doit être équipée de façon à ce que toutes ses activités y soient réalisées dans les meilleures conditions possibles. A ce titre, selon l'article R. 5121-10 du Code de la Santé Publique ^[2], elle doit comporter notamment les éléments suivants :

- Un préparatoire, emplacement adapté et réservé à la préparation et au contrôle des préparations officinales et magistrales
- Des emplacements de rangement des médicaments respectant les conditions suivantes :
 - En nombre suffisant pour éviter tout stockage au sol
 - A l'abri de toute source de chaleur directe
 - Dont les surfaces sont faciles à nettoyer
 - Hors d'accès par les personnes étrangères au personnel de l'officine (notamment pour les médicaments de liste I et II, et les stupéfiants)
- Des emplacements de rangement des dispositifs médicaux stériles (DMS) permettant de conserver leurs caractéristiques, c'est-à-dire :
 - Situés dans un endroit protégé
 - De taille suffisante pour les conserver intacts, de préférence dans leur carton d'origine, à plat, sans pliage, sans agrafage, sans fixation par attache trombone ni entourage par élastique
- Une armoire ou un local de sécurité destiné au stockage des médicaments et produits classés comme stupéfiants, fermé à clé et ne contenant rien d'autre
- Une enceinte réfrigérée, adaptée et réservée au stockage des produits thermosensibles entre + 2 et + 8°C, et munie d'un dispositif de contrôle des températures précis et fiable, avec mémoire des températures minimales et maximales
- Un emplacement destiné au stockage des médicaments et produits inutilisés ou périmés
- Un lieu de stockage des matières inflammables et/ou explosives, respectant des conditions particulières définies par le code du travail
- Si besoin, un emplacement destiné à l'exécution des analyses de biologie médicale autorisées
- Le cas échéant, un rayon individualisé réservé aux activités spécifiques d'optique-lunetterie, audioprothèse ou d'orthopédie, de façon à permettre un essai des produits par le patient dans de bonnes conditions

D'autre part, l'officine doit disposer de systèmes de sécurité suffisants pour protéger les médicaments et autres produits détenus dans les locaux, ainsi que le personnel, notamment à l'occasion des gardes de nuit.

De plus, pendant les heures d'ouverture, les officines situées dans les communes de plus de 25 000 habitants, ou dans une zone urbanisée contigüe d'une commune de plus de 25 000 habitants, ou dans certains grands ensembles et quartiers, sont tenues, pendant les heures d'ouverture au public, d'en assurer la surveillance par l'un des moyens suivants :

- Système de surveillance à distance
- Système de vidéosurveillance associé à un dispositif d'alerte
- Rondes quotidiennes effectuées par au moins un agent de service interne de surveillance ou d'une entreprise prestataire de services
- Présence permanente d'un moins un agent de service interne de surveillance ou d'une entreprise prestataire de services

I.1.2. Les grands principes de la profession de pharmacien^[1]

I.1.2.1. La notion d'acte pharmaceutique^{[2] [5]}

L'acte pharmaceutique réalisé par le pharmacien, ou par une personne habilitée sous le contrôle effectif du pharmacien, comprend plusieurs éléments qui accompagnent la délivrance du médicament :

- Analyse pharmaceutique de l'ordonnance médicale (si elle existe) et du contexte propre au patient :
- Vérification de la validité de l'ordonnance
- Contrôle, si nécessaire, de la durée légale du traitement et de la possibilité de renouveler ou non le traitement prescrit
- Vérification de l'adéquation de la posologie prescrite avec celle mentionnée dans l'autorisation de mise sur le marché du médicament
- Contrôle du respect des conditions réglementaires de prescription et de délivrance des médicaments prescrits
- Vérification de l'absence d'interactions entre les médicaments prescrits sur l'ordonnance présentée ainsi qu'avec les médicaments prescrits antérieurement et dont le pharmacien a connaissance
- Apport au patient d'informations et de conseils nécessaires à la bonne compréhension et à l'observance des traitements, notamment au bon usage des produits de santé
- Suivi de l'utilisation des produits de santé pour chaque patient qui recourt régulièrement à ses services, notamment en veillant à ce que les quantités délivrées à l'occasion de dispensations successives soient en adéquation avec le ou les traitements prescrits
- Recherche, si nécessaire, de la concertation avec les prescripteurs ainsi que les autres acteurs du champ de la santé

En ce qui concerne les médicaments qui ne nécessitent pas de prescription médicale, le pharmacien possède un devoir particulier de conseil auprès du patient.

Il possède, en outre, le devoir de refuser la dispensation d'un médicament si l'intérêt du patient lui paraît l'exiger, et ce, même si le médicament est prescrit sur ordonnance médicale. Dans ce cas, il doit en informer le prescripteur et mentionner son refus sur l'ordonnance.

I.1.2.2. La notion d'éthique en pharmacie

Le pharmacien exerce sa profession « dans le respect de la vie et de la personne humaine »^[1], avec un même dévouement envers tous les patients qui le sollicitent.

Il pratique sa profession en toute indépendance et doit faire preuve de liberté de jugement professionnel, y compris face aux contraintes financières, commerciales, techniques ou morales de quelque nature que ce soit.

Le pharmacien possède un rôle d'information et d'éducation auprès du public dans différents domaines. Il ne doit pas favoriser, par ses conseils ou par ses actes, des pratiques contraires à la préservation de la santé publique. Il ne doit pas non plus inciter à la consommation abusive de médicaments.

I.1.2.3. La notion d'exercice personnel

Tout pharmacien doit exercer personnellement sa profession.

Cela implique qu'il doit exécuter lui-même les actes professionnels ou en surveiller attentivement l'exécution s'ils sont accomplis par quelqu'un d'autre (personnel habilité à le seconder) et qu'il ne doit pas maintenir ouverte sa pharmacie s'il n'exerce pas lui-même ou s'il ne se fait pas remplacer.

Enfin, il doit obligatoirement participer à des services de garde et d'urgence, qui permettent un accès continu aux services de soins par le patient.

I.1.2.4. Les notions de probité et de dignité de la profession

Le pharmacien doit adopter une attitude « conforme à la probité et à la dignité de la profession »^[1]. Parmi les règles essentielles de son exercice figure notamment le respect du secret professionnel.

D'autre part, le pharmacien doit porter secours à toute personne en danger immédiat, dans la limite de ses connaissances et de ses moyens.

Face aux patients, le pharmacien ne peut citer que des informations véridiques, reconnues et formulées avec tact et mesure, sans jamais être trompeuses. Il ne doit pas non plus user de ses qualifications pour se procurer des avantages au travers de manifestations ne répondant pas à des objectifs scientifiques, techniques ou d'enseignement.

I.1.2.5. Les relations avec les autres pharmaciens

Les pharmaciens doivent se comporter avec loyauté et solidarité envers leurs confrères, y compris ceux placés sous leur autorité, ce qui inclut notamment :

- Le respect du libre choix du pharmacien par les patients,
- L'interdiction de solliciter la clientèle par des procédés et moyens contraires à la dignité de la profession,
- Le devoir d'aide et d'assistance mutuelles pour l'accomplissement de leurs devoirs professionnels,
- L'interdiction de toute concurrence directe d'un pharmacien envers un confrère chez qui il aurait effectué un remplacement, un assistanat, ou un stage dans les deux années précédentes,
- L'absence de dénonciation injustifiée d'un confrère, surtout dans le but d'en obtenir un bénéfice personnel,
- Le devoir d'actualisation des connaissances et de formation des jeunes confrères : tous les maîtres de stage doivent perfectionner leurs connaissances et se doter des moyens nécessaires de façon à assurer au mieux la formation pratique des stagiaires et les associer à l'ensemble des activités qu'ils exercent.

I.1.2.6. Les relations avec les autres professionnels de santé

Le pharmacien doit entretenir de bons rapports avec les autres professionnels de santé (membres du corps médical, vétérinaires...etc.), et respecter leur indépendance professionnelle. Il ne doit pas agir de façon qui pourrait nuire à ces professionnels vis-à-vis de leur clientèle. Le compéage (c'est-à-dire « l'intelligence entre deux ou plusieurs personnes en vue d'avantages obtenus au détriment de patients ou de tiers » d'après l'article R. 4235-27 du Code de Déontologie des Pharmaciens ^[1]) entre pharmaciens et autres membres des autres professions de santé ou toute autre personne est interdit.

De plus, le pharmacien est tenu de respecter les limites de l'exercice de sa profession. Il a notamment le devoir d'inciter ses patients à consulter un praticien qualifié chaque fois que cela semble nécessaire. Il doit s'abstenir de formuler un diagnostic sur la maladie d'un patient, ou de procéder à toute consultation médicale ou vétérinaire au sein de l'officine.

I.1.2.7. Une répartition homogène sur l'ensemble du territoire

Le Code de la Santé Publique, dans l'article L. 5125-11 (modifié par l'article 74 de la loi n° 2011-1906 du 21 décembre 2011) ^[2], définit les conditions d'ouverture d'une nouvelle officine en fonction de la démographie :

- Dans une commune dépourvue d'officine, une ouverture peut être autorisée par voie de transfert si le nombre d'habitants de la commune est au moins égal à 2500.
- Dans une commune où au moins une officine est déjà installée, l'ouverture d'une nouvelle officine par voie de transfert peut être autorisée par tranche supplémentaire de 4500 habitants dans la commune.
- Dans les communes de moins de 2500 habitants qui possédaient une officine qui a cessé son activité, et qui desservait une population d'au moins 2500 habitants, l'ouverture d'une nouvelle officine par voie de transfert peut également être accordée.
- Enfin, dans certaines zones particulièrement sous-dotées (communes dépourvues d'officine, zones franches urbaines, zones urbaines sensibles, zones de redynamisation urbaines, zones de revitalisation rurales) répondant à l'une des conditions ci-dessus depuis au moins deux ans, la création d'une officine peut être autorisée.

Grâce à ces règles, la France compte aujourd'hui environ 23 000 officines (22 718 au 1^{er} septembre 2012 ^[6]), réparties de façon homogène sur le territoire de façon à permettre un accès égal à tous les habitants, ce qui fait de l'officine un vrai service de proximité. (cf. *Annexe 1 : Données concernant la répartition des officines sur le territoire national au 1er septembre 2012*)

I.1.2.8. Le rôle social du pharmacien

Les pharmacies sont des lieux ouverts au public, disponibles sans rendez-vous, gratuitement, facilement grâce à leur répartition sur tout le territoire, et en permanence grâce à un service de garde 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7.

Les patients peuvent y trouver une écoute, une aide, des conseils pertinents et adaptés au cas de chacun, et même les premiers soins en cas de chute, de blessures bénignes.... Ils peuvent établir un dialogue avec l'équipe officinale, ce qui est primordial notamment dans le cas de personnes âgées isolées, ou plus jeunes mais désocialisées, car cela permet de rompre la solitude et maintenir un lien social. Le pharmacien et ses collaborateurs peuvent également, en cas de besoin, se déplacer pour livrer à domicile les médicaments que les patients âgés ou à mobilité réduite ne peuvent pas venir chercher.

Le pharmacien a également un rôle d'orientation des patients : en fonction de la nature et de la gravité des symptômes, il peut soit leur prodiguer des conseils et proposer un traitement adapté, soit les orienter vers une structure de soins adaptée (médecin, urgences...). Il peut également dans certains cas (personnes âgées, handicapées, ...), les mettre en relation avec les organismes ou structures sociales compétentes pour traiter leur dossier.

Les patients peuvent trouver à la pharmacie beaucoup plus que la délivrance de leurs médicaments. Les pharmaciens et préparatrices sont aussi prêts à leur prodiguer des conseils gratuits et de qualité dans divers domaines : explication de leurs traitements, analyses biologiques, vaccination, contraception, maintien à domicile de personnes âgées ou malades, dispositifs adaptés aux nourrissons et jeunes mamans, nutrition...

Le rôle du pharmacien dans l'éducation sanitaire de la population est très important. Au-delà des campagnes officielles organisées régulièrement, il doit également au cas par cas, inciter les patients à prendre soin de leur santé. Le dialogue privilégié qu'il établit avec ses patients lui permet d'éviter la surconsommation de médicaments, de réguler l'automédication, de s'assurer de la bonne observance des traitements... D'autre part, le dispositif généralisé du tiers-payant en pharmacie permet d'assurer un accès aux soins de qualité pour les plus démunis.

Le pharmacien est donc un professionnel de santé de proximité, que les patients peuvent venir voir quand ils en ont besoin. C'est un maillon de premier plan de notre système de santé, qui crée un lien humain et social indispensable avec ses patients.

I.1.2.9. La notion de qualité à l'officine

I.1.2.9.1. Histoire de la qualité ^[7]

Les notions de qualité et d'assurance qualité sont apparues au cours du XIX^e et du XX^e siècle, tout d'abord dans l'industrie automobile, et par la suite dans les autres branches de l'industrie, puis dans le secteur tertiaire.

Dans le domaine de la santé, l'apparition de la qualité s'est faite vers la fin du XX^e siècle :

- 1976 pour les fabricants de médicaments
- 1994 pour les laboratoires d'analyses biologiques et médicales
- 1996 pour les établissements de soins
- A partir des années 2000 pour la pharmacie d'officine

I.1.2.9.2. Définitions ^[7]

- La notion de qualité

→ Selon l'AFNOR en 1994, la qualité est « *l'ensemble des propriétés et des caractéristiques d'un produit ou d'un service qui lui confèrent l'aptitude à satisfaire des besoins exprimés ou implicites* »^[8].

→ En 2000, l'AFNOR donne une nouvelle définition, plus globale : « *aptitude d'un ensemble de caractéristiques intrinsèques à satisfaire des exigences* »^[8].

→ L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit quant à elle la qualité comme le fait de « *délivrer à chaque patient l'assortiment d'actes diagnostiques et thérapeutiques qui lui assurera le meilleur résultat en terme de santé, conformément à l'état actuel de la science médicale, au meilleur coût pour un même résultat, au moindre risque iatrogène et pour sa plus grande satisfaction en terme de procédures, de résultats et de contacts humains à l'intérieur du système de soins* ».

- L'assurance de la qualité

- C'est l'ensemble des mesures nécessaires pour donner l'assurance qu'un produit ou un service sera conforme aux exigences relatives à la qualité. Il s'agit d'une démarche d'organisation basée sur une méthode préventive, qui intègre le concept de contrôle du service rendu, et le complète par des actions de prévention des défauts.
- L'assurance de la qualité s'appuie sur un ensemble documentaire constitué d'un nombre restreint de textes écrits, précisant les règles et les procédures à suivre pour obtenir la qualité nécessaire.
- La connaissance des exigences de qualité permet de définir les actions à mettre en œuvre. Il faut pour cela :
 - Décider et écrire ce que l'on veut faire, comment et quand le faire, qui doit le faire, qui en a la responsabilité, quels sont les moyens à mettre en œuvre et comment mesurer les résultats en vue de satisfaire les exigences
 - Faire ce qui a été écrit
 - Apporter la preuve que cela a été fait
- Le système d'assurance de la qualité nécessite en outre la mise en place d'une procédure d'auto-inspection de la qualité, qui permet d'évaluer régulièrement son efficacité et son application.
- Le principe de l'amélioration continue
- La mise en place de l'assurance qualité dans une entreprise est une démarche dynamique et évolutive, en perpétuel mouvement vers une amélioration du système de qualité.
- Ce principe est souvent illustré par la « Roue de DEMING », ou « cycle PDCA » :

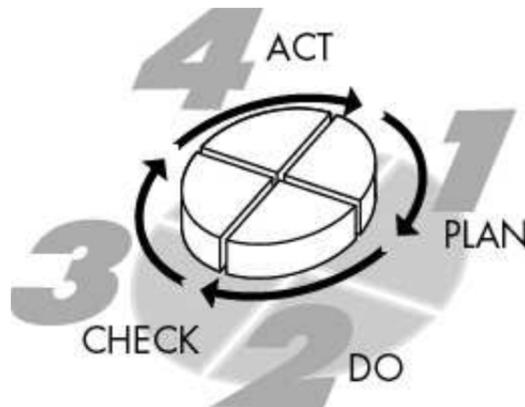


Figure 1 : Roue de Deming ^[7]

- Ce processus comporte quatre étapes essentielles permettant de mettre en œuvre et d'améliorer le système de qualité :
 - *Plan* : planifier les actions et les résultats attendus
 - *Do* : développer ces actions, les mettre en œuvre
 - *Check* : vérifier les résultats
 - *Act* : agir sur ces résultats, prendre des mesures correctives si besoin

- Les procédures

→ Selon la norme ISO 9000 de 2005, une procédure est « *une manière spécifiée d'effectuer une activité ou un processus* »^[8].

→ On peut également définir une procédure comme « *l'ensemble des règles et des modalités d'action qui doivent être respectées pour obtenir un résultat déterminé* »^[9].

→ Le but d'une procédure est de décrire une tâche en la décomposant en étapes successives.

I.1.2.9.3. Application de la qualité à l'officine^{[10] [11]}

La qualité a toute sa place à l'officine. En effet, la principale mission du pharmacien est d'assurer une sécurité optimale à ses patients dans la délivrance des produits de santé, et une prévention efficace des risques liés à la thérapeutique médicamenteuse. La mise en place d'un système d'assurance de la qualité à l'officine est donc indispensable pour améliorer les pratiques à l'officine afin de sécuriser les actes pharmaceutiques, acquérir une meilleure organisation du travail et créer une homogénéité de l'acte pharmaceutique, dans l'intérêt du patient.

La mise en place d'un système d'assurance de la qualité à l'officine est placée sous la responsabilité de tous les pharmaciens de l'officine, mais demande aussi l'adhésion et l'engagement de chaque membre de l'équipe officinale, dont l'implication est indispensable pour la réussite de cette démarche. Il est nécessaire de définir les responsabilités, valoriser les tâches, toujours se remettre en question et avoir comme objectif essentiel l'intérêt du malade.

En ce qui concerne la méthode à appliquer pour mettre en place la qualité à l'officine, il est important d'introduire l'écrit, afin de faciliter la traçabilité de l'information et des communications entre les différents membres de l'équipe. Il faut pour cela établir des procédures écrites et actualisées permettant de respecter les bonnes pratiques, d'éviter les dérives dues à la routine et de créer une homogénéité dans la réalisation des tâches. Ces procédures, simples et précises, servent de référence pour le travail à effectuer au quotidien et contribuent à la formation et à l'information du personnel. Il faut également mettre en place une méthode de traitement des dysfonctionnements éventuels, afin de pouvoir les analyser et mettre en place si nécessaire des mesures correctives.

A l'heure actuelle, aucun référentiel précisant les recommandations nécessaires pour assurer la qualité des prestations officinales n'est disponible pour les pharmaciens d'officines. Pourtant, ces recommandations sont définies dans le Code de la Santé Publique, et les Bonnes Pratiques ont été publiées au niveau européen.

Le pharmacien peut cependant s'appuyer sur des questionnaires d'auto-évaluation comme celui présent dans le « Guide d'Assurance Qualité Officinale » édité en 2002 par la Commission Qualité Aquitaine pour la Pharmacie d'Officine, sous l'égide de l'Ordre National des Pharmaciens, destiné à proposer des axes d'amélioration de l'exercice professionnel^[10]. Les questions qui y sont présentées font référence soit à un article du Code de la Santé Publique, soit à des bonnes pratiques, soit à des recommandations issues de divers organismes qualifiés. Ce questionnaire permet au pharmacien et à son équipe, en abordant différents thèmes, de faire le point sur leur situation, établir une discussion avant de déterminer un plan d'action et de vérifier ensuite la réalisation des objectifs.

D'autre part, l'UTIP (Union Technique Intersyndicale Pharmaceutique) organise des stages de formation pour former les Pharmaciens Référents Assurance Qualité (PRAQ). Conformément au souhait de Jean Parrot, Président de l'Ordre National des Pharmaciens au début des années 2000, qui émit à cette époque le souhait de voir « un PRAQ par officine avant fin 2007 », environ 7 000 PRAQ ont été formés depuis janvier 2005. Cette formation comporte un stage d'une journée, qui permet à l'aide de cas pratiques, de petits travaux en groupe et d'exposés en relation avec la pratique quotidienne, de se familiariser avec la rédaction, l'utilisation et l'actualisation de procédures concernant les différentes activités de l'officine. Elle s'achève avec la rédaction par le stagiaire de deux procédures de son choix, directement applicables dans son officine, et qui permettront la validation de son stage.

I.1.2.9.4. De la qualité jusqu'à la certification ^[7]

L'Organisation Internationale de Normalisation (ISO) est un organisme de normalisation international composé de représentants d'organisations nationales d'environ 150 pays. Cette organisation, qui existe depuis 1947, travaille pour produire des normes internationales dans les domaines industriels et commerciaux appelés normes ISO ^[12].

Les plus connues de ces normes sont celles de la famille ISO 9000, qui concernent le « Management de la qualité ». Elles sont mises en œuvre par presque 890 000 organismes dans environ 160 pays.

A l'officine, on peut envisager d'aller jusqu'à la certification de la démarche qualité selon ce type de normes, et notamment la norme ISO 9001 (version 2008). Celle-ci permet de faire constater et identifier la démarche qualité entamée dans n'importe quel type d'entreprise, dont la pharmacie d'officine.

Cependant, cette certification est une démarche très lourde, complexe et pas forcément indispensable. D'autres organismes comme l'Ordre des Pharmaciens ou certains organismes de formation pourraient en revanche créer un référentiel adapté à la pharmacie d'officine, qui permettrait une évolution vers la qualité sans rencontrer les difficultés liées à la certification selon les normes ISO.

A titre d'exemple, l'Ordre des Pharmaciens a déjà créé, avec la participation des instances représentatives des pharmaciens d'officine, de l'inspection de la Pharmacie et de pharmaciens universitaires, le site internet « Evaluation Qualité Officine » (EQO) ^[13], destiné à accompagner le pharmacien d'officine et son équipe dans leur démarche qualité auprès de leurs patients. Il permet d'évaluer les points forts et les points faibles pouvant être améliorés dans leur officine, de se comparer aux autres pharmaciens engagés dans la même démarche, et d'accéder à une base de données regroupant un ensemble de documents pouvant être utilisés pour la mise en place de la démarche qualité. Le « Diagnostic Qualité » porte sur différents domaines : « Gestion de l'officine et gestion des ressources humaines », « Locaux, matériels, achats et stocks », « Actions de prévention et d'éducation pour la santé », « Assurance de la qualité », « Enregistrement et archivage » et « Dispensation des médicaments et produits de santé ».

I.2. Rôle du pharmacien et évolution dans la loi HPST

I.2.1. Rôle historique du pharmacien

Les activités du pharmacien d'officine sont très variées. Elles comportent notamment :

- La dispensation et la délivrance (ou le refus de délivrance le cas échéant) des médicaments à usage humain ou vétérinaire ;
- La réalisation et/ou le contrôle des préparations magistrales ou officinales ;
- La gestion de l'approvisionnement et des stocks de médicaments ;
- L'encadrement et la formation de l'équipe officinale (pharmaciens, préparateurs, étudiants en pharmacie, autres membres du personnel non habilités à délivrer les médicaments) ;
- L'éducation et l'information du public sur le bon usage du médicament, la compréhension et l'observance des traitements ;
- La participation aux actions de prévention, de dépistage et d'éducation du public sur les différents thèmes relatifs à la santé publique, et notamment contribution à la lutte contre l'obésité, le tabagisme, les toxicomanies, les maladies sexuellement transmissibles, le dopage, ... ;
- La participation au système national de vigilance, qui permet la notification d'effets indésirables pouvant survenir suite à la prise de médicaments (pharmacovigilance) ou l'utilisation de dispositifs médicaux (matéiovigilance).

I.2.2. Evolution du rôle du pharmacien avec la loi HPST ^[14]

I.2.2.1. Présentation de la loi HPST ^[14]

La Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, dite « Loi HPST » ou « Loi Bachelot » ^[14], est issue d'un vaste projet sanitaire visant à mettre en place une offre de soins graduée de qualité, accessible à tous et satisfaisant à l'ensemble des besoins de santé.

Elle développe, en 4 parties, de nouvelles règles concernant la modernisation des établissements de santé, l'amélioration de l'accès à des soins de qualité, la prévention et la santé publique, ainsi que l'organisation territoriale du système de santé. Son but est d'établir une réorganisation globale du système de soins, en traitant prioritairement les questions de la lutte contre les déserts médicaux, du décloisonnement entre les soins ambulatoires, les soins hospitaliers et le secteur médicosocial, de la performance des hôpitaux, de l'attractivité des métiers de la santé, de la santé des jeunes et, d'une manière générale, de la coordination du système de santé. C'est également cette loi qui crée les Agences Régionales de Santé (ARS) ^[16].

En ce qui concerne la pharmacie, elle constitue une réelle avancée pour l'exercice officinal. En effet, avant son adoption, les pharmaciens d'officine étaient les seuls professionnels de santé dont le Code de la Santé Publique ne précisait pas le champ d'activité en dehors de la dispensation des médicaments et de l'exécution des préparations.

Le rôle du pharmacien d'officine au cœur du système de santé est donc réaffirmé dans cette loi, qui non seulement formalise des activités déjà réalisées, mais donne également l'opportunité aux pharmaciens d'élargir leurs compétences vers les services pharmaceutiques à la personne, entraînant une évolution importante de leur métier dans les années à venir.

1.2.2.2. Renforcement des missions des pharmaciens d'officine (article 38)^[17]

Au sein de la loi HPST, l'article le plus important concernant la pharmacie d'officine est l'article 38. Il énonce les missions des pharmaciens d'officine, qui peuvent être classées en deux catégories :

- **Les missions obligatoires :**

→ Contribuer aux soins de premier recours

→ Participer à la coopération entre professionnels de santé, notamment dans le cadre de la dispensation de certains traitements particuliers (traitements substitutifs aux opiacés...)

→ Participer à la mission de service public de la permanence des soins

→ Concourir aux actions de veille et de prévention sanitaire, et aux actions de dépistage organisées par les autorités de santé

- **Les missions non obligatoires**, dites spécifiques, qui interviennent souvent dans le cadre de protocoles précis établis sous le contrôle des Agences Régionales de Santé :

→ Participer à l'éducation thérapeutique et aux actions d'accompagnement de patients, notamment ceux souffrant de pathologies chroniques

→ Assurer les fonctions de pharmacien référent pour un établissement de santé ou assimilé ne disposant pas de pharmacie à usage intérieur et n'étant pas membre d'un groupement de coopération sanitaire gérant une pharmacie à usage intérieur (PUI)

→ Etre désigné comme correspondant au sein de l'équipe de soins par le patient, dans le cadre de la coopération entre professionnels de santé, dans le respect d'un protocole qui organise les transferts d'activités ou d'actes de soin, ou réorganise les modes d'intervention auprès du patient. A ce titre, le pharmacien peut, à la demande du médecin ou avec son accord, renouveler périodiquement des traitements chroniques, ajuster si besoin leur posologie et effectuer des bilans de médication destinés à en optimiser les effets

→ Proposer des conseils et prestations destinés à favoriser l'amélioration ou le maintien de l'état de santé des personnes

Actuellement, des décrets concernant les nouvelles missions des pharmaciens sont encore en cours d'élaboration. Ils devraient définir ces missions dans le détail, par exemple en ce qui concerne la prise en charge des patients souffrant de maladies chroniques, et notamment le renouvellement du traitement, l'ajustement des posologies, le bilan de médication, les conseils et prestations destinés à favoriser l'amélioration ou le maintien de l'état de santé des personnes. Ils permettront, entre autres, de déterminer le nombre de renouvellements et les posologies minimales et maximales lors des traitements chroniques, et de définir le contenu du bilan de médication (évaluation de l'observance et de la tolérance, recensement des effets indésirables, identification des interactions entre les traitements connus...).

I.2.2.3. Contribution aux soins de premier recours (article 36)

L'article 36 de la loi HPST ^[14] définit la nature des soins de premier recours, auxquels doivent contribuer les pharmaciens d'officine, de la façon suivante :

- Prévention, dépistage, diagnostic, traitement et suivi des patients
- Dispensation et administration des médicaments, produits et dispositifs médicaux, et aussi conseil pharmaceutique
- Orientation dans le système de soins et le secteur médico-social
- Education pour la santé

L'accès aux soins de premier recours et la prise en charge continue des malades sont définis dans le respect des exigences de proximité (en terme de distance et de temps de parcours), de qualité et de sécurité. Ils sont organisés par l'Agence Régionale de Santé au niveau local, et conformément au schéma régional d'organisation des soins.

Les soins de premier recours sont assurés par les professionnels de santé (dont les médecins et les pharmaciens), les centres de santé et dans le cadre de protocoles de coopération, par les établissements et services de santé, sociaux et médico-sociaux.

Le pharmacien peut d'ores et déjà, et dans la limite de ses compétences et de ses attributions, participer à chacun des volets de ces soins de premier recours. Cela permettra de renforcer la continuité et l'efficacité du parcours de soins, dans l'intérêt des patients.

Grâce à la loi HPST, des coopérations entre les professionnels de santé peuvent se mettre en place localement, notamment en ce qui concerne les patients souffrant de pathologies chroniques. Ce système peut être utile particulièrement en zones rurales, où la densité médicale est faible, afin de renforcer le suivi et la prise en charge des malades, ainsi que la mise en place d'actions de prévention.

Cet article 36 de la loi HPST reconnaît comme jamais cela n'avait été fait, le rôle des pharmaciens en tant que professionnels de santé auxquels il est légitime de s'adresser en première intention, notamment pour des affections courantes ou pour le dépistage ou la prévention de maladies plus sévères.

Il permet d'ouvrir de nouvelles perspectives pour l'exercice officinal, en réaffirmant la mission des officines de délivrance des médicaments ainsi que le contrôle et l'analyse des ordonnances, mais aussi en intégrant de nouvelles notions comme le conseil pharmaceutique (y compris en l'absence de toute délivrance de médicaments), les soins de premier recours et d'autres missions nouvelles, dont la plupart étaient déjà assumées par les pharmaciens mais n'avaient pas de réalité sur le plan législatif.

I.3. La Convention pharmaceutique de 2012 ^[18] ^[19] ^[20]

I.3.1. Définition de la Convention dans le PLFSS pour 2012

Le projet de loi de financement de la Sécurité Sociale (PLFSS) pour 2012 comporte un volet concernant l'évolution des modes de rémunération des pharmaciens, qui est la conséquence directe de la loi HPST.

L'article 74 de la loi n° 2011-1906 du 21 décembre 2011 ^[21] (modifiant l'article L. 162-16-1 du Code de la Sécurité Sociale ^[3]) précise en effet :

- Qu'une Convention nationale doit régir les rapports entre les organismes d'assurance maladie (représentés par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie) et les pharmaciens titulaires d'officine (représentés par une ou plusieurs organisation(s) syndicale(s) représentative(s)). Celle-ci doit être établie pour une durée inférieure ou égale à cinq ans.
- Que cette Convention doit notamment déterminer :
 - Les obligations respectives des organismes d'assurance maladie et des pharmaciens titulaires d'officine
 - Les mesures tendant à favoriser la qualité de la dispensation pharmaceutique aux assurés sociaux, le bon usage du médicament et les conditions dans lesquelles les pharmaciens peuvent être appelés à participer à la coordination des soins
 - Les mesures tendant à favoriser le développement de la dispense d'avance des frais
 - La participation des pharmaciens au développement des médicaments génériques
 - Les modes de rémunération par l'assurance maladie de la participation des pharmaciens au dispositif de la permanence des soins
 - La tarification des honoraires de dispensation dus aux pharmaciens par les assurés sociaux
 - La rémunération, autre que celle des marges relatives à la vente de médicaments et produits de santé, versée par les régimes obligatoires d'assurance maladie en contrepartie du respect d'engagements individualisés. Ces engagements peuvent porter sur la dispensation, la participation à des actions de dépistage ou de prévention, l'accompagnement des patients atteints de pathologies chroniques, les actions destinées à favoriser la continuité et la coordination des soins, ainsi que sur toute action d'amélioration des pratiques et de l'efficacité de la dispensation. La rémunération est fonction de la réalisation des objectifs par le pharmacien
 - Des objectifs quantifiés d'évolution du réseau des officines
 - Les mesures et procédures applicables aux pharmaciens dont les pratiques sont contraires aux engagements fixés par la Convention

I.3.2. Contenu de la Convention

Faisant suite à la loi HPST de 2009 et au PLFSS de 2011 précédemment cités, la Convention nationale pharmaceutique a été signée le 4 avril 2012 entre l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et les trois syndicats représentatifs des pharmaciens (la Fédération des Syndicats Pharmaceutiques de France (FSPF), l'Union des Syndicats de Pharmaciens d'Officine (USPO) et l'Union Nationale des Pharmacies de France (UNPF)). Elle est entrée en vigueur le 7 mai 2012, et doit être appliquée six mois plus tard pour toutes les mesures à caractère financier.

Cette nouvelle Convention marque une véritable évolution du métier de pharmacien, avec l'ambition de revaloriser son rôle en Santé Publique. Cette reconnaissance du rôle du pharmacien se traduit par la création de modes de rémunération plus diversifiés, portant notamment sur des engagements individualisés de qualité, d'efficacité et de modernisation.

Cette Convention porte sur cinq axes principaux :

- La qualité de la dispensation
- L'efficacité de la prescription
- La modernisation de l'officine
- La création d'un honoraire de dispensation
- La garantie de l'accès aux soins pour les patients

Nous allons développer ici les mesures les plus importantes, témoins de la reconnaissance du rôle élargi du pharmacien d'officine au service de la population et dans l'intérêt de la Santé Publique.

I.3.2.1. Mesures destinées à garantir et promouvoir la qualité de l'exercice pharmaceutique

La Convention est l'occasion de redéfinir les conditions générales de l'exercice de la pharmacie d'officine, ainsi que les principales missions du pharmacien qui associent, outre la dispensation des médicaments et produits de santé, les nouveaux modes de prise en charge des patients (entretien pharmaceutique, accompagnement pharmaceutique du patient et suivi pharmaceutique).

Les pharmaciens, à cette occasion, s'engagent à promouvoir au mieux la qualité de leur exercice au quotidien, notamment par une formation continue et une actualisation régulière de leurs connaissances.

La Convention établit également l'importance de la coordination des pharmaciens d'officine avec les autres professionnels de santé, dans le but d'améliorer la prise en charge de leurs patients. Les pharmaciens peuvent également intervenir dans le maintien à domicile, ou encore dans la dispensation des médicaments aux résidents des établissements médico-sociaux.

I.3.2.2. Mesures contribuant à un meilleur accès aux soins et à la maîtrise des dépenses

La Convention prévoit tout d'abord une revalorisation de la permanence pharmaceutique afin de conforter l'accès au médicament, et d'aligner l'indemnisation des astreintes des pharmaciens sur celle des médecins.

D'autre part, des mesures permettant l'optimisation du maillage territorial officinal devraient être définies par avenant à la Convention début 2013. L'objectif est de préserver l'accès au médicament dans certaines zones notamment rurales, et d'optimiser le réseau d'officines dans les zones où leur densité est élevée.

Les pharmaciens s'engagent également à agir en faveur de la maîtrise médicalisée des dépenses de santé, par une dispensation la mieux adaptée possible aux besoins des patients et dans le respect de la prescription. Ils doivent pour cela favoriser le bon usage des produits de santé, en particulier pour ceux atteints d'affections chroniques, ainsi que le développement des médicaments génériques.

I.3.2.3. Mesures permettant de valoriser l'exercice pharmaceutique dans le cadre des nouveaux modes de prise en charge du patient

I.3.2.3.1. Mise en place d'un honoraire de dispensation

Un honoraire de dispensation doit être mis en place suite à la signature de la Convention. Son but est de diversifier le mode de rémunération des pharmaciens. Il n'est pas lié au prix des médicaments et produits de santé dispensés dans les officines.

Cette rémunération permet de valoriser l'acte de dispensation, qui, comme nous l'avons vu précédemment, englobe plusieurs étapes réalisées par les pharmaciens d'officine :

- Vérification de la validité de l'ordonnance
- Vérification de l'admissibilité des renouvellements
- Vérification de l'adéquation de la posologie prescrite
- Vérification du respect des conditions réglementaires de prescription et de délivrance des médicaments à statut ou délivrance particulière
- Contrôle des interactions au sein de l'ordonnance
- Contrôle des facteurs de risque et des contre-indications, dans les limites des connaissances de l'état de santé du patient
- Contrôle des prescriptions abusives
- Vérification de l'absence d'interactions au sein de l'ordonnance ou avec d'autres prescriptions pour le même patient, et connues du pharmacien
- Conseils nécessaires au moment de la délivrance des produits prescrits au patient :
 - Bon usage et précautions d'emploi
 - Modalités particulières de conservation (s'il y a lieu)
 - Posologie, durée du traitement, moment recommandé pour la prise
 - Effets indésirables possibles ou potentiels
- Choix du conditionnement le plus économe de chaque médicament en fonction de la posologie prescrite, et compatible avec l'état de santé du patient

Les conditions de mise en œuvre de l'honoraire de dispensation pour les pharmaciens d'officine dépendent de l'évolution de la marge pharmaceutique déterminée par voie réglementaire, en tenant compte des contraintes économiques des officines et des limites d'évolution des dépenses d'assurance maladie fixées chaque année par l'Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie (ONDAM).

La Convention établit qu'à son terme, soit dans cinq ans au maximum, les nouveaux modes de rémunération devront représenter environ 25% de la marge sur les médicaments remboursables.

Dans un premier temps, il est prévu qu'un avenant fixe l'objectif à 12,5% de la marge des médicaments remboursables. Ce texte doit également déterminer le contenu et les modalités de financement de l'honoraire de dispensation, ainsi que le détail des procédures de suivi de cette évolution tarifaire (suivi mensuel des nouvelles rémunérations, montant de la marge des médicaments présentés au remboursement...). Enfin, cet avenant pourra prévoir des cotations spécifiques dans le cadre de dispensations particulières, notamment des traitements nécessitant une vigilance accrue du pharmacien et un conseil adapté, et pour les dispensations dans les départements d'outre-mer.

I.3.2.3.2. Introduction d'un mode de rémunération sur objectifs

- **Modernisation et simplification du fonctionnement de l'officine** : la Convention incite à moderniser les officines, notamment grâce à la dématérialisation de la facturation et des pièces justificatives, ainsi que le développement des téléservices :
 - Dématérialisation de la facturation : les pharmaciens s'engagent au travers de la Convention, à utiliser majoritairement le dispositif SESAM-Vitale, pour transmettre par feuille de soins électronique (FSE) les informations permettant le remboursement des prestations par l'assurance maladie
 - Scannérisation des pièces justificatives : les pharmaciens s'engagent à mettre en place rapidement dans leurs officines, un système permettant la scannérisation des pièces justificatives et leur transmission aux organismes d'assurance maladie par voie électronique (CD-Rom dans un premier temps, puis par télétransmission)

- **Promotion de la qualité de la dispensation, de la prévention, du dépistage et de l'accompagnement des patients atteints de pathologies chroniques** : ce volet de la Convention porte sur différents aspects du rôle du pharmacien auprès de ses patients :
 - Prévention des risques iatrogènes : le but est d'améliorer l'observance des patients et de mieux prévenir les risques iatrogéniques. Dans un premier temps, ils devront se tourner particulièrement vers les patients traités par les médicaments anticoagulants oraux à activité anti-vitamine K. Ils devront agir en coopération avec les autres professionnels de santé (et notamment les médecins du patient), et exercer leur rôle dans différentes étapes de la prise en charge :
 - Un entretien à l'initiation du traitement
 - La réalisation d'au moins deux entretiens pharmaceutiques annuels, au cours desquels le pharmacien devra informer et conseiller le patient sur le bon usage des médicaments prescrits dans le cadre de son traitement
 - Le contrôle de la réalisation de l'INR
 - En cas de besoin, la prise de contact avec le médecin prescripteur, avec l'accord du patient
 - Accompagnement de malades atteints de pathologies chroniques : dans un premier temps, il s'agira d'accompagner tout particulièrement les patients asthmatiques. L'accompagnement devra se traduire par :
 - Le contrôle de l'observance du traitement de fond
 - La réalisation d'entretiens pharmaceutiques au cours desquels le pharmacien devra informer et conseiller le patient sur la bonne utilisation de son traitement
 - Le contrôle régulier de la maîtrise de la technique d'inhalation par le patient ainsi que de la bonne observance du traitement
 - En cas de besoin, la prise de contact avec le prescripteur avec l'accord du patient
 - Assurance de la stabilité de la délivrance des médicaments génériques chez les patients âgés
 - Il s'agit de réduire chez les patients âgés les risques éventuels de confusion entre les médicaments liés à la différence de conditionnement et de forme galénique.
 - Pour ce faire, les pharmaciens s'engagent à garantir aux patients de plus de 75 ans, pour un médicament générique donné, la délivrance sur un an de la même marque de générique, en particulier dans un premier temps pour les traitements chroniques en cardiologie et en diabétologie.
 - Développement des actions de dépistage et de prévention : celles-ci seront définies par un avenant à la Convention.

- **Amélioration de l'efficience de la pratique professionnelle** : elle se traduit par des objectifs individualisés portant sur deux points :
 - Le développement des génériques
 - La Convention permet une rémunération des pharmaciens en fonction d'objectifs de substitution. En effet, les pharmaciens pourront percevoir une rémunération complémentaire dépendant du taux de génériques délivrés par rapport à trente deux indicateurs fixés pour trente et une molécules individualisées, le dernier portant sur le reste du répertoire.
 - D'une manière globale, l'objectif fixé est d'atteindre un taux de substitution de 85% à partir de la fin de l'année 2012.
 - Parallèlement, le dispositif « tiers-payant contre génériques » est renforcé.
 - Le développement des conditionnements trimestriels
 - Le but est de passer d'un taux de pénétration de 35% de ces conditionnements, à 55%, à une échéance non fixée par l'accord conventionnel.
 - Pour favoriser cela, la marge des pharmaciens sur les grands conditionnements a été revue à la hausse. Elle est désormais égale à celle perçue sur trois conditionnements mensuels, diminuée de dix pour cent.

I.4. Evolution de la démographie médicale et place du pharmacien

I.4.1. Le constat

Chaque année depuis 2007, le Conseil National de l'Ordre des Médecins publie son « Atlas de la Démographie Médicale en France »^[23]. La dernière édition, faisant état de la situation sur le territoire national au 1^{er} janvier 2012, permet d'établir un certain nombre de constats.

Tout d'abord, en ce qui concerne la densité médicale sur le territoire, on comptait au 1^{er} janvier 2012, une moyenne de 306 médecins pour 100 000 habitants (soit environ 1 médecin pour 327 habitants). Il existe cependant de fortes disparités entre les régions, et également au sein des bassins de population. Au niveau régional, la mieux dotée est la région Provence-Alpes-Côte d'Azur, avec 368 médecins pour 100 000 habitants, tandis que la Picardie est la moins bien pourvue, avec 237 médecins pour 100 000 habitants. Il peut exister également des différences au sein d'une même région, comme par exemple en Ile-de-France, deuxième région française la mieux dotée en terme de densité médicale (366 médecins pour 100 000 habitants), mais où les médecins sont inégalement répartis entre Paris (742 médecins pour 100 000 habitants) et les autres départements comme la Seine-et-Marne (223 médecins pour 100 000 habitants)^[24].

La carte ci-dessous, élaborée à partir de l'étude de l'Ordre des Médecins^[23], montre bien les disparités à l'échelle régionale :

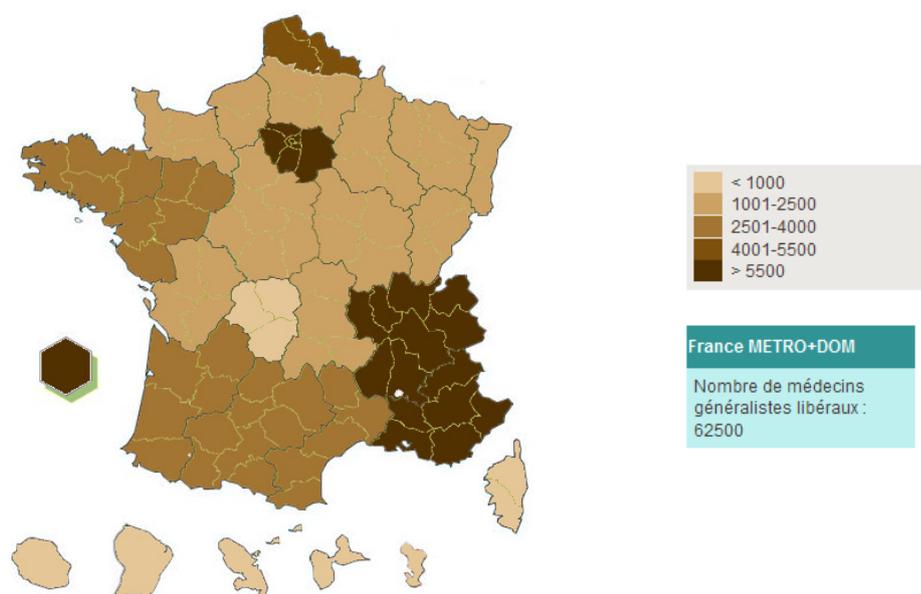


Figure 2 : Nombre de médecins généralistes libéraux en France au 1^{er} novembre 2012^[25]

Ensuite, l'étude nous apporte des informations sur les variations des effectifs médicaux (généralistes et spécialistes confondus). Malgré une hausse du nombre de nouvelles inscriptions à l'Ordre des Médecins, l'écart se creuse entre les nouveaux médecins qui débutent leur exercice (+ 12,3% en 2011, soit 6 065 médecins) et ceux qui cessent leur activité pour cause de retraite (+ 12,4% en 2011, soit 4 845 médecins). La moyenne d'âge relativement élevée (51,5 ans) des médecins français, dont plus de 23% ont dépassé les 60 ans, laisse prévoir pour les années à venir une diminution importante des effectifs médicaux sur le territoire français. D'ici 2025, le nombre de médecins devrait en effet chuter d'environ 10%, retrouvant alors son niveau de 1980 (283 médecins pour 100 000 habitants) ^[26].

A l'échelle régionale, dix régions françaises ont déjà enregistré une baisse de leurs effectifs médicaux en 2012 (Midi-Pyrénées, Languedoc-Roussillon, Provence-Alpes-Côte d'Azur, Poitou-Charentes, Bourgogne, Franche-Comté, Ile-de-France, Champagne-Ardenne, Picardie), et un département sur deux a vu baisser le nombre de ses médecins installés.

Généralement, les jeunes diplômés ont tendance à s'installer dans la région où ils ont été formés, et c'était le cas de 62% d'entre eux en 2011. Mais certaines régions peinent plus que d'autres à conserver les médecins qu'elles ont formés (Limousin, Centre, Bourgogne, Ile-de-France, Picardie, Champagne-Ardenne). Certains départements, ne parvenant pas susciter suffisamment d'attrait pour les jeunes médecins français, ont de plus en plus recours à l'installation de médecins venus de l'étranger. C'est le cas de la Creuse dont, en 2010, 89% des nouveaux inscrits étaient diplômés d'une faculté située à l'étranger (Maghreb (38%), Burundi (25%) et Roumanie (25%)), et aucun de la faculté de Limoges, la plus proche ^[27].

L'étude montre également une évolution du mode d'exercice des médecins. En effet, parmi les 268 072 médecins inscrits à l'Ordre en 2012 (dont 199 821 exerçant une activité régulière), 42,5% exercent une activité salariée, 47,1% en libéral et 10,3% ont un mode d'exercice mixte.

On estime qu'en 2017, seuls 58,5% des généralistes exerceront leur activité en secteur libéral.

De plus, le nombre de médecins cessant leur exercice libéral avant l'âge de la retraite est en augmentation (927 médecins en 2012), le plus souvent au profit d'une activité salariée. Parmi ces médecins, 45% exerçaient la médecine générale et la majorité se trouvait au sein des grandes métropoles françaises.

Une autre problématique est celle de la féminisation croissante de la profession. En 2012, 55% des médecins nouvellement inscrits à l'Ordre étaient des femmes. Or, en moyenne, les statistiques montrent que leur temps de travail global est souvent inférieur à celui des hommes, et elles ont plus souvent recours à un exercice à temps partiel.

On peut tirer de cette étude de grandes lignes. Les médecins ont de plus en plus tendance à se regrouper, et exercent plus facilement dans des structures où ils peuvent travailler en groupe (hôpital, cabinets...). Leur répartition se fait de façon assez inégale sur le territoire, au contraire des officines dont l'installation est réglementée en fonction de la population, et certaines zones, notamment rurales ou péri-urbaines, sont délaissées. Malgré un certain nombre de mesures incitatives, l'effet escompté n'est pas obtenu, y compris avec le recrutement de médecins étrangers.

On estime en effet que trente-cinq départements français sont actuellement en danger, en raison d'une forte probabilité de départs massifs à la retraite dans les années à venir, et d'une faible présence de jeunes générations en secteur libéral. Une réflexion sur le sujet devra être menée, et des mesures devront être prises si l'on veut éviter l'accentuation de ce phénomène de désertification médicale, conduisant à une inégalité d'accès aux soins entre les différentes zones du territoire.

I.4.2. La place du pharmacien face à la désertification médicale

Alors que le maillage des officines est réparti de façon homogène sur le territoire français, le phénomène de désertification médicale entraîne une fragilisation de l'économie de certaines pharmacies, qui s'appauvrissent et sont ainsi mises en danger. Le risque est de voir disparaître un certain nombre de ces pharmacies, laissant alors des zones du territoire sans accès aux soins de premier recours assurés par les médecins ou les pharmaciens.

D'après une étude réalisée sous l'égide de l'Association de pharmacie rurale par le Celtipharm^[27], il existe en effet un lien direct entre désertification médicale et désertification pharmaceutique. En 2011, six pharmacies sur dix étaient considérées comme isolées, et une sur vingt n'avait dans sa zone de chalandise qu'un seul médecin prescripteur. Cette situation préoccupante menace l'économie de l'officine, et donc l'égalité de l'accès aux soins sur le territoire français.

Lors de la signature de la Convention pharmaceutique de 2012^[22], la nécessité d'adapter le maillage officinal afin de maintenir l'équilibre économique des officines, tout en préservant l'accessibilité de la population au médicament, a été approuvée. Le réseau officinal doit donc être optimisé dans les années à venir. La volonté est de diminuer le nombre d'officines dans les zones où la densité est élevée, tout en maintenant une présence pharmaceutique dans les zones rurales ou sous-dotées.

D'autre part, la tendance actuelle pour les médecins étant tournée vers un exercice groupé et non plus isolé, la création de maisons de santé pluridisciplinaires, regroupant en un même lieu différents professionnels de santé (médecins, infirmiers, kinésithérapeutes, ...), est en augmentation.

Ce phénomène peut également jouer un rôle dans l'équilibre général des officines. Si les pharmacies situées à proximité de ces maisons de santé s'en trouvent renforcées sur un plan économique, mais également par une meilleure possibilité de coopération avec les professionnels de santé voisins, les officines qui s'en trouvent éloignées risquent en revanche d'être fortement pénalisées par la perte des professionnels de santé exerçant sur leur secteur.

Et pourtant, le pharmacien joue un rôle majeur pour permettre à la population un égal accès aux soins. En effet, comme indiqué dans la loi HPST^[14], il « *participe à la mission de service public de la permanence des soins* » et « *contribue aux soins de premier recours* ».

Même s'il est parfois mis en doute par certains, son rôle de conseil et de prise en charge de la population prend pourtant tout son sens dans les zones où la densité médicale est faible et où les médecins exerçant sur place sont soumis à une charge de travail très importante.

Le pharmacien constitue alors la première étape dans la prise en charge de nombreuses pathologies bénignes, et également une possibilité de dépistage et de suivi des pathologies plus importantes. Depuis la loi HPST, il est également possible d'organiser des protocoles de coopération permettant le transfert d'activités entre les professionnels de santé. De tels protocoles pourraient être mis en place entre le médecin généraliste et le pharmacien d'officine, afin de renforcer la prise en charge et le suivi des patients, ainsi que les actions de dépistage et de prévention, en particulier dans les zones rurales ou mal dotées sur le plan médical.

Face à ce paradoxe entre la fragilisation de l'économie officinale face à la diminution du nombre de médecins sur certaines zones du territoire, et le rôle majeur que joue le pharmacien en tant que professionnel de santé de premier recours, il est donc nécessaire que des mesures soient prises pour soutenir l'officine dans les zones sous-dotées en effectif médical. Le pharmacien constituerait alors une bonne alternative pour réaliser un certain nombre de tâches, dans la limite de ses compétences et de ses prérogatives, qui pourraient alléger la charge de travail des médecins alentour, et garantir un service public de soins de qualité sur l'ensemble du territoire.

II. Outils et méthodes de conseil et de suivi des patients à l'officine

Grâce aux nouvelles dispositions prises dans la loi HPST et la Convention pharmaceutique de 2012, les pharmaciens ont aujourd'hui l'opportunité de mieux faire reconnaître leur rôle parmi les professionnels de santé. Ils ne peuvent plus seulement se contenter de délivrer des médicaments et donner des conseils de base à leurs patients.

Comme le font déjà leurs confrères de nombreux pays, les pharmaciens français doivent aujourd'hui se lancer vers ce que l'on appelle souvent à l'étranger les « soins pharmaceutiques », qui constituent une évolution importante pour le système de santé tout entier.

En effet, une prise en charge plus intensive des patients par leur pharmacien pourrait éviter de nombreuses hospitalisations et de nombreux décès liés à la iatrogénie médicamenteuse. D'autre part, avec une analyse pharmaceutique plus poussée des traitements, le nombre de manifestations d'effets indésirables, la longueur des hospitalisations qui en résultent, et le coût des traitements devraient diminuer.

Le but du pharmacien d'officine doit dorénavant être d'assurer un suivi personnalisé de chaque patient. Cela nécessitera à la fois une modification des habitudes de travail, une organisation différente de l'officine, et l'établissement de nouvelles recommandations professionnelles. Chacun, au sein de son officine, peut d'ores et déjà utiliser et mettre en place un certain nombre d'outils permettant l'évolution du mode d'exercice au quotidien.

II.1. Pré-requis de l'exercice pharmaceutique dans le cadre des nouveaux modes de prise en charge des patients ^[22]

II.1.1. Droits, devoirs et interdictions

L'accompagnement et le suivi du patient à l'officine ne peut se faire sans respecter un certain nombre de règles.

Tout d'abord, le patient doit donner au pharmacien son consentement éclairé pour toute action qu'il peut être amené à accomplir dans le cadre de son suivi, de son accompagnement ou sa prise en charge à l'officine. Ce consentement peut être retiré à tout moment.

D'autre part, le pharmacien doit coordonner le plus possible son action avec celle des autres professionnels de santé qui interviennent auprès du patient (médecins, infirmières, ...), qu'ils exercent en ville ou au sein de structures de soins. Le pharmacien doit, toujours avec l'accord du patient, informer le médecin traitant de ses remarques et conclusions suite aux entretiens d'accompagnement et au cours du suivi du patient. Il doit notamment lui signaler si le traitement doit être modifié ou adapté, ou si le patient rencontre des difficultés particulières dont le médecin doit être averti.

Conformément au Code de Déontologie, le pharmacien agit uniquement dans son champ de compétences, et notamment s'abstient de formuler tout diagnostic sur l'état du patient.

De plus, l'accompagnement des patients ne doit pas constituer un argument utilisé par le pharmacien en vue de solliciter la clientèle. Aucun avantage ne doit être accordé de façon à pousser à l'établissement ou au renouvellement d'une prescription par le médecin du patient.

Le pharmacien doit s'abstenir de toute publicité faisant référence à sa rémunération par l'assurance maladie pour assurer l'accompagnement et le suivi des patients. Il peut en revanche, dans le cadre des campagnes de prévention et de dépistage organisées au sein de l'officine, remettre gratuitement à ses patients des brochures ou des guides constituant un support pédagogique utile et basé sur des informations scientifiquement prouvées.

Selon ses obligations légales et déontologiques, le pharmacien exerce personnellement sa profession. Cela s'applique y compris dans le cadre des nouveaux modes de prise en charge du patient, pour lesquels il doit s'organiser de façon à pouvoir à tout moment accomplir ses actes professionnels ou d'en surveiller attentivement l'exécution, et également d'assurer l'accompagnement et le suivi des patients pris en charge à l'officine.

II.1.2. Environnement et organisation du travail à l'officine ^{[22] [29]}

Afin d'assurer au mieux la mise en place de ses nouvelles missions, le pharmacien doit aménager et équiper son officine, et également adapter ses méthodes de travail pour faire face à l'évolution de la profession.

Tout d'abord, lorsque des programmes d'accompagnement ou de suivi des patients sont mis en place, tout le matériel nécessaire doit être réuni dans l'officine.

D'autre part, un espace de confidentialité aménagé dans l'officine permet au pharmacien de recevoir les patients de façon isolée visuellement et phonétiquement. Ils peuvent ainsi communiquer plus librement et discrètement qu'au comptoir. Cet espace de confidentialité peut être utilisé dans différentes circonstances, afin de communiquer ou recueillir des informations auprès des patients, et notamment :

- Sur proposition du pharmacien :
 - Recueil de renseignements confidentiels sur l'état de santé du patient
 - Entretien avec le patient lors de la délivrance d'une nouvelle ordonnance
 - Entretien lors du renouvellement d'une ordonnance impliquant un suivi particulier de ses effets en cours de traitement
 - Enseignement d'un mode particulier d'utilisation des médicaments, ou vérification de la bonne utilisation par le patient
 - Entretien avec le patient lorsque le traitement semble ne pas atteindre ses objectifs
- A la demande du patient :
 - Vérification en cas d'apparition de symptômes ou d'effets secondaires, pour savoir s'ils peuvent être causés par son traitement
 - Entretien pharmaceutique lors de la délivrance de médicaments en vente libre
 - Suivi visant à évaluer l'effet thérapeutique, la détection d'effets secondaires ou l'atteinte des objectifs thérapeutiques
 - Entretien pharmaceutique suivant la recommandation d'un médecin

Enfin, l'organisation du travail à l'officine doit être revue, de façon à dégager plus de temps pour se consacrer à l'accompagnement des patients. Afin de faciliter cela, le pharmacien peut envisager de recevoir un certain nombre de ses patients nécessitant un suivi particulier, sur rendez-vous, à des horaires où l'activité est un peu plus faible. Il est important également qu'il n'y ait pas d'interruption au cours des entretiens avec le patient, et que le dialogue soit réalisé préférentiellement dans l'espace de confidentialité.

II.1.3. Formation continue du pharmacien d'officine ^{[30] [31] [32] [33] [34] [35]}

Il est nécessaire pour les pharmaciens, principalement formés dans le domaine des produits pharmaceutiques, d'acquérir de nouvelles connaissances et compétences complémentaires qu'exige leur nouveau rôle. Pour qu'ils contribuent efficacement à la nouvelle pratique pharmaceutique centrée sur le patient, ils devront être formés au nouveau mode d'exercice, et cela tout au long de leur carrière.

Depuis de nombreuses années déjà, le pharmacien était tenu d'actualiser ses connaissances tout au long de son exercice.

En 2009, la loi HPST a introduit dans le Code de la Santé Publique la notion de développement professionnel continu (DPC), qui rend désormais réellement obligatoire la formation professionnelle, et s'applique à tous les professionnels de santé, quels que soient leurs modes et lieux d'exercice. Son objectif est d'assurer l'évaluation des pratiques professionnelles, le perfectionnement des connaissances, l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, et la prise en compte des priorités de santé publique et de la maîtrise médicalisée des dépenses de santé. Les pharmaciens sont concernés par le développement professionnel continu, au même titre que les médecins, dentistes, sages-femmes et professionnels paramédicaux.

Ce développement professionnel continu prend tout son sens à l'heure où le rôle des professionnels de santé, et plus particulièrement celui du pharmacien, évolue et se concentre davantage sur le suivi et l'accompagnement du patient. Les nombreuses évolutions dans tous les domaines de la pharmacie, et la profusion des sources d'information disponibles, rendent encore plus nécessaire une démarche de formation et d'évolution des pratiques professionnelles, afin d'assurer au patient les meilleurs soins possibles.

Le développement professionnel continu est un moyen de mettre en place un plan d'amélioration de son activité professionnelle. En fonction des priorités d'amélioration pour chaque pharmacien, un plan d'actions à mener ou de formation à suivre est défini. Il s'agit en fait d'un processus dynamique, qui conduit chacun à se former et faire évoluer ses connaissances et compétences tout au long de sa carrière.

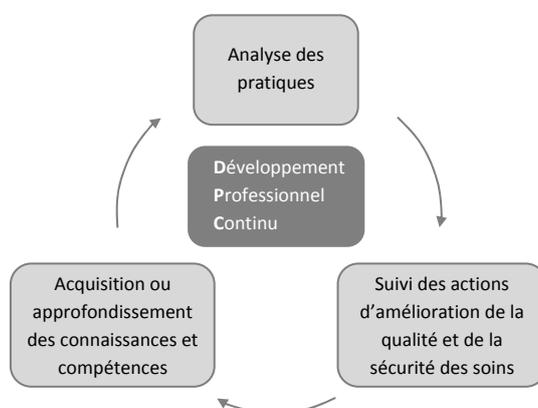


Figure 3 : Processus du développement professionnel continu, d'après la Haute Autorité de Santé ^[36]

Publié le 30 décembre 2011, le décret n° 2011-2118 relatif au développement professionnel continu des pharmaciens ^[37] définit le contenu de l'obligation de développement professionnel continu, son organisation et son financement.

Le développement professionnel continu comporte l'analyse, par les pharmaciens, de leurs pratiques professionnelles, ainsi que l'acquisition ou l'approfondissement de connaissances ou de compétences. Il s'agit d'une obligation individuelle, qui s'inscrit dans une démarche permanente. Chaque pharmacien inscrit à l'ordre doit, pour remplir ses obligations, participer, au cours de chaque année civile, à un programme de développement professionnel continu collectif annuel ou pluriannuel.

Différents acteurs interviennent dans l'organisation du système de développement professionnel continu des pharmaciens (cf. *Figure 4*, page 50) :

- L'organisme gestionnaire du développement professionnel continu (OGDPC), qui assure la maîtrise d'ouvrage du dispositif, enregistre et contrôle les organismes de développement professionnel continu, organise l'information des professionnels sur le dispositif et finance le développement professionnel continu des pharmaciens libéraux et de ceux exerçant dans certains centres de santé
- Les organismes de développement professionnel continu (ODPC), qui proposent et mettent en œuvre des programmes de développement professionnel continu auprès des pharmaciens, et délivrent des attestations de participation qu'ils adressent annuellement au pharmacien et au conseil de l'ordre
- La commission scientifique indépendante (CSI), mise en place depuis le 10 juillet 2012, qui formule un avis sur les orientations nationales et régionales du développement professionnel continu, évalue et propose des critères de contrôle des organismes de développement professionnel continu, répond aux demandes d'expertise de l'organisme gestionnaire du développement professionnel continu, établit la liste des diplômes universitaires éligibles au développement professionnel continu et formule un avis sur les méthodes et modalités de développement professionnel continu élaborées par la Haute Autorité de Santé
- La Haute Autorité de Santé (HAS), qui valide et fixe la liste des méthodes et modalités du développement professionnel continu, et qui précise les conditions permettant d'apprécier la participation effective d'un professionnel à un programme de développement professionnel continu
- Le Conseil de l'Ordre des pharmaciens, qui s'assure du respect de l'obligation de développement professionnel continu, au moins une fois tous les cinq ans, et assure la promotion des programmes de développement professionnel continu, de même que les Unions Régionales des Professionnels de Santé (URPS)
- Le Ministère de la Santé et les Agences Régionales de Santé (ARS), qui définissent les orientations nationales ou régionales des programmes de développement professionnel continu

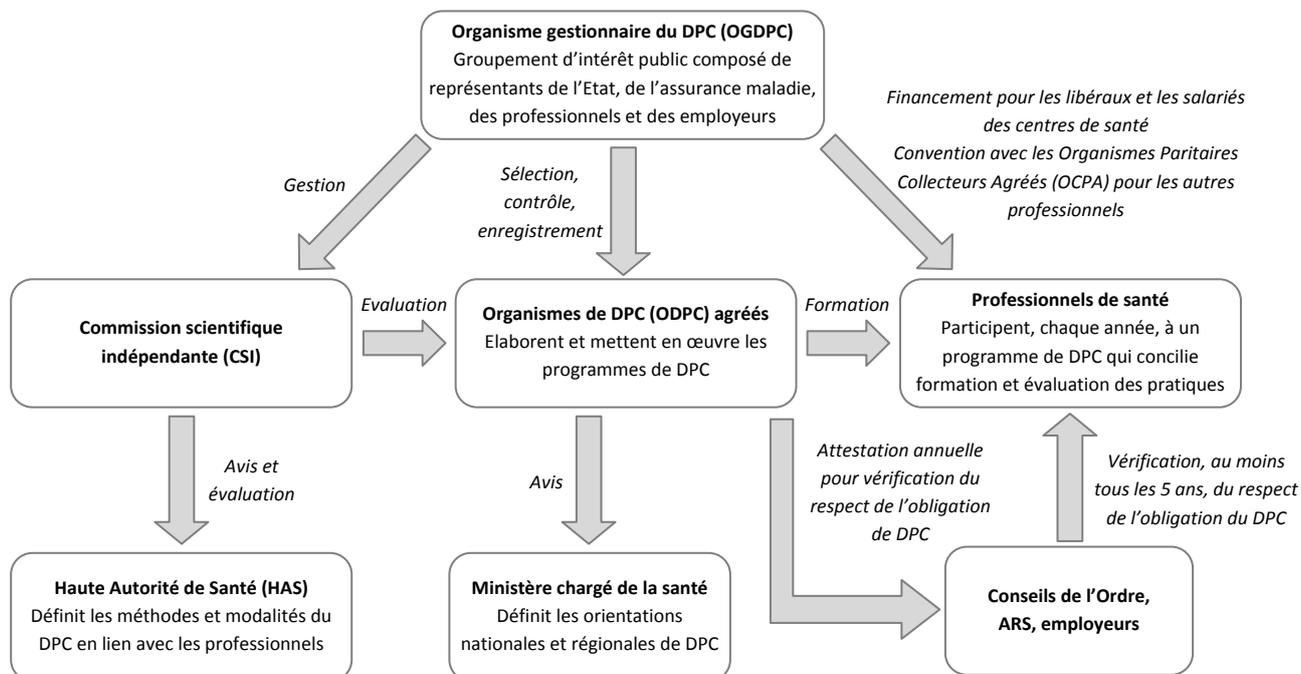


Figure 4 : Organisation du Développement Professionnel Continu, d'après la Haute Autorité de Santé [33]

Les programmes de développement professionnel continu doivent, pour être valables, satisfaire à trois conditions :

- Etre conformes à une orientation nationale (fixée par le Ministère de la Santé) ou régionale (déterminée par l'Agence régionale de santé) de développement professionnel continu
- Comporter une méthode de formation et des modalités d'organisation fixés par la Haute Autorité de Santé après avis de la Commission Scientifique Indépendante (CSI) des pharmaciens
- Etre mis en œuvre par un organisme de développement professionnel continu enregistré auprès de l'organisme gestionnaire du développement professionnel et validé par la CSI.

La formation associée au développement professionnel continu peut prendre différentes formes (présentiel, *e-learning*, certains diplômes universitaires...). Pour les pharmaciens d'officine, le développement professionnel continu devrait intégrer des formations sur le cœur de métier, mais aussi sur le management et la communication. Des formations interprofessionnelles, réunissant des professionnels de différents domaines de la santé (pharmaciens, médecins, infirmiers...) devraient également être mises en place.

Le développement professionnel continu est officiellement entré en vigueur le 1^{er} janvier 2012. Dans les faits, une année transitoire a été accordée, et le dispositif est pleinement mis en place depuis début 2013.

II.1.4. Responsabilité du pharmacien face à l'évolution de ses missions

L'évolution de la pratique professionnelle implique également que les pharmaciens assument la responsabilité des soins prodigués et du suivi des patients, notamment avec une documentation, un suivi et une réévaluation régulière de ces soins. L'acceptation de cette responsabilité par l'ensemble des pharmaciens est une étape essentielle dans le développement des nouvelles missions qui leur sont conférées.

En effet, dans la relation traditionnelle entre le médecin prescripteur et le pharmacien dispensateur, c'est le prescripteur qui était responsable des résultats du traitement médicamenteux. Or, le pharmacien, spécialiste du médicament, possède toutes les compétences nécessaires pour assumer la responsabilité de la gestion de la thérapie médicamenteuse, et de l'information des patients quant à l'utilisation des médicaments.

L'attribution de ces nouvelles missions au pharmacien implique donc également l'apparition de nouvelles responsabilités, que la profession se devra d'assumer et qui devront certainement être encadrées dans les années à venir.

II.2. Différents modes de prise en charge du patient à l'officine

II.2.1. L'entretien pharmaceutique

II.2.1.1. Définition

L'entretien pharmaceutique, défini dans la Convention nationale signée en 2012 entre les pharmaciens d'officine et l'assurance maladie ^[22], est l'un des outils principaux permettant au pharmacien de réaliser à l'officine le suivi et l'accompagnement de ses patients, afin d'assurer une prise en charge efficace et personnalisée. Ce processus permet d'améliorer la communication entre le pharmacien et son patient, en vue d'assurer le succès de son traitement.

Les objectifs de l'entretien pharmaceutique sont multiples, et sont définis dans le texte de la Convention de 2012 ^[22] :

- « Renforcer le rôle de conseil, d'éducation et de prévention du pharmacien auprès des patients
- Valoriser l'expertise du pharmacien sur le médicament
- Evaluer la connaissance par le patient de son traitement
- Rechercher l'adhésion thérapeutique du patient et l'aider à s'approprier son traitement
- Evaluer, à terme, l'appropriation par le patient de son traitement »

L'entretien peut avoir lieu lorsque le patient vient pour une nouvelle ordonnance, pour un renouvellement ou pour l'achat d'un médicament sans prescription.

Il débute dès le premier contact avec le patient, et ne se termine que lorsque le pharmacien est sûr que celui-ci a bien compris son traitement, c'est-à-dire qu'il est en mesure de le prendre de la bonne façon, qu'il est désireux d'atteindre les objectifs thérapeutiques fixés et qu'il saura reconnaître et éviter les effets indésirables principaux de son traitement.

La durée, la fréquence et le contenu de l'entretien pharmaceutique peuvent varier en fonction du patient, de la pathologie ou du traitement ciblé, et du stade de la prise en charge (entretien initial ou de suivi).

II.2.1.2. Exemple au Canada : la « consultation pharmaceutique » ^[29]

L'entretien pharmaceutique est également appelé « consultation pharmaceutique » dans les autres pays qui l'ont déjà instaurée, comme le Canada qui l'a mise en place depuis une quinzaine d'années. Afin d'aider les pharmaciens à aborder au mieux ces entretiens, l'Ordre des pharmaciens du Québec a édité en 1998 un « Guide pratique de la communication pharmacien-patient » ^[29], qui détaille le contenu et la mise en place des entretiens pharmaceutiques.

Les objectifs de la consultation pharmaceutique sont les suivants :

- Assurer le bon usage du médicament par le patient
- Comprendre les besoins et les objectifs du patient
- Faire comprendre au patient son traitement
- Etablir un partenariat comprenant l'établissement d'objectifs thérapeutiques et le suivi du patient permettant de vérifier si les objectifs ont été atteints

La consultation pharmaceutique comprend quatre grandes étapes bien distinctes :

- Un préambule qui amorce la consultation, en établissant une relation de confiance entre le pharmacien et son patient
- Un recueil de données permettant l'établissement de l'historique thérapeutique du patient, et du contexte général le concernant (antécédents personnels et familiaux, état de santé...)
- L'apport de conseils par le pharmacien, qui reprend tous les éléments que le patient doit connaître pour se sentir réellement concerné et impliqué dans la conduite de son traitement
- La conclusion, qui permet au pharmacien que le patient a bien compris toutes les informations, et qu'il n'a plus d'interrogations restées sans réponse

A l'intérieur de chaque étape, le contenu peut varier en fonction du patient, de sa pathologie et du stade de son suivi médical et pharmaceutique.

Les avantages de la consultation pharmaceutique ont pu être mesurés au travers de l'expérience des pharmaciens canadiens :

- Avantages pour le patient :
 - Eviter les erreurs dues au mauvais usage des médicaments
 - Rassurer le patient sur les effets indésirables d'un médicament et sur son innocuité
 - Diminuer les risques de survenue d'effets indésirables et éviter les interactions médicamenteuses
 - Permettre une meilleure observance du traitement
 - Responsabiliser le patient face à son état et à son traitement
 - Améliorer les résultats thérapeutiques
 - Eviter des visites inutiles chez le médecin ou aux urgences liées à un problème d'automédication non contrôlée
- Avantages pour le pharmacien :
 - Contribuer à diminuer ou à éviter les problèmes potentiels ou réels liés aux traitements médicamenteux
 - Améliorer le bien-être et la santé des patients
 - Renforcement du rôle de professionnel de santé, avec l'établissement d'une relation privilégiée avec le patient, qui se sent en confiance et bien pris en charge
 - Mécanisme de compensation des pertes de revenus provoquées par la non-exécution ou le non-renouvellement d'ordonnances, en s'assurant que le patient suivra son traitement de façon appropriée. En France, cet avantage économique sera encore favorisé avec la mise en place de la rémunération à l'acte, qui permettra de compenser les baisses de marges sur les médicaments et la diminution des volumes de médicaments consommés

L'entretien ou consultation pharmaceutique peut être différent en fonction de plusieurs facteurs :

- Stades du suivi du patient : nouvelle ordonnance, renouvellement d'ordonnance ou demande de médicaments en vente libre
- Type de situation : pathologie aiguë, pathologie chronique, situations complexes (SIDA, insuffisance rénale ou cardiaque, cancer...), situations particulières (difficulté de communication avec le patient, barrière émotionnelle (peur, colère...), grossesse, allaitement...)
- Jugement professionnel du pharmacien : celui-ci devra adapter le contenu de l'entretien en tenant compte des différents éléments particuliers à son patient, selon les éléments portés à sa connaissance

Le contenu des 3 stades de suivi du patient (nouvelle ordonnance, renouvellement d'ordonnance ou demande de médicaments en vente libre) a été développé dans les recommandations émises par l'Ordre des pharmaciens du Québec, à partir de la documentation disponible et de l'expérience des pharmaciens officinaux.

Le guide édité en 1998 préconise d'adapter le contenu de l'entretien pharmaceutique en fonction du niveau d'approfondissement nécessaire, selon le jugement du pharmacien. On distingue alors trois niveaux (fondamental, intermédiaire et enrichi), qui permettent de réagir efficacement à la plupart des situations pouvant être rencontrées à l'officine. Le niveau fondamental réunit les éléments indispensables à une consultation pharmaceutique efficace et réussie. Une fois ce minimum respecté, le pharmacien peut toujours choisir, auprès de certains patients, s'il le juge utile, d'approfondir la consultation pharmaceutique (cf. *Annexe 2 : Contenu de l'entretien pharmaceutique en fonction du type d'ordonnance et du niveau de prise en charge*).

D'autre part, le guide présente le « Formulaire d'histoire pharmacothérapeutique » édité par l'Ordre des Pharmaciens du Québec, qui permet un recueil aisé, au cours de l'entretien pharmaceutique, des informations nécessaires au pharmacien pour assurer au mieux le suivi de ses patients (cf. *Annexe 3 : Exemple de formulaire de recueil de données utilisable au cours de l'entretien pharmaceutique*)

Ce contenu détaillé, qui constitue la trame d'un entretien pharmaceutique, ainsi que le formulaire de recueil des données pourrait facilement inspirer les pharmaciens français, et être utilisé dans les officines de notre pays.

II.2.2. L'accompagnement pharmaceutique du patient

Si l'entretien pharmaceutique consiste en un échange prolongé entre le pharmacien et son patient, dans un endroit spécifique isolé du reste de l'officine, et est destiné à la fois à recueillir des informations sur l'état de santé du patient, et lui apporter un certain nombre de connaissances et d'aptitudes utiles pour le bon déroulement de son traitement, la Convention nationale de 2012 ^[22] définit également le concept d'accompagnement pharmaceutique du patient.

Cet accompagnement pharmaceutique, qui fait déjà partie intégrante de la profession de pharmacien, a lieu le plus souvent directement au comptoir, lors de la dispensation des médicaments. Il est constitué des informations et recommandations dispensées aux malades lors de leurs visites à l'officine.

Son but est d'assurer que le traitement médicamenteux d'un patient soit initié, suivi et évalué dans les meilleures conditions possibles. Elle vise également à ce que le patient connaisse au mieux son traitement et son utilité, afin de favoriser le plus possible son observance.

Cet accompagnement pharmaceutique est particulièrement bénéfique dans un certain nombre de situations, et notamment :

- Traitements au long cours
- Traitement de type particulier
- Certains types de patients : nouveaux-nés, nourrissons, personnes âgées...
- Médicaments ou dispositifs médicaux soumis à des conditions de prescription et de délivrance particulières

La teneur de cet accompagnement pharmaceutique porte sur les informations principales à connaître par le patient sur le contenu et le déroulement de son traitement, et notamment :

- Posologie
- Durée du traitement
- Modalités de prise ou d'utilisation
- Informations nécessaires au bon usage du médicament ou du dispositif médical délivré
- Informations nécessaires en cas de substitution d'un médicament princeps par un générique
- Précaution particulières à prendre (le cas échéant)
- Éléments nécessaires à la bonne compréhension du traitement par le patient
- Analyses biologiques ou examens médicaux nécessaires à l'initiation, à la surveillance et à la poursuite de certains traitements

II.2.3. Le suivi pharmaceutique

Le suivi pharmaceutique du traitement d'un patient est l'un des rôles du pharmacien, qui doit suivre les actes de dispensation successifs accomplis auprès d'un même patient, et fournir à celui-ci toutes les recommandations pharmaceutiques de bon usage que requièrent les produits qui lui sont délivrés à l'officine.

Le but est de prévenir la survenue d'accidents ou d'incidents iatrogènes tels que les effets indésirables potentiellement graves, les risques de surdosage, etc., ... Le suivi pharmaceutique se fait également en liaison avec le prescripteur et permet d'établir un échange entre les professionnels de santé, qui peut aboutir, si nécessaire, à une adaptation du traitement et/ou des posologies. Conformément à la législation, le pharmacien ne peut délivrer un médicament ou un produit autre que celui qui a été prescrit (sauf le cas de la substitution par un médicament générique) qu'avec l'accord express et préalable du prescripteur, sauf en cas d'urgence et dans l'intérêt du patient.

Le suivi pharmaceutique du patient peut se concrétiser sous une forme écrite, avec l'utilisation d'un dossier ou d'une fiche pour chaque patient, permettant d'enregistrer son historique thérapeutique, de contribuer à son information et à favoriser l'observance du traitement.

Son but final est d'améliorer la qualité des soins apportés au patient, en recueillant un maximum d'informations, et en même temps valoriser l'acte pharmaceutique.

II.2.4. Les soins pharmaceutiques ^{[38] [39]}

Il s'agit d'une notion encore peu évoquée en France, mais qui est très généralement employée dans de nombreux pays, et par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Elle est la manifestation de l'évolution du rôle du pharmacien, à l'image de ce qui se fait aujourd'hui en France, vers une approche plus globale et centrée sur les soins aux patients. Elle regroupe tous les éléments précédemment évoqués, de l'entretien pharmaceutique à l'accompagnement et au suivi pharmaceutique du patient.

Ce concept de soins pharmaceutiques a tout d'abord été défini, dans les années 1970, de la manière suivante : « les soins qu'un patient donné reçoit compte tenu de ses besoins qui garantissent un usage sûr et rationnel des médicaments » (Mikeal et coll., 1975) ^[40].

Cette définition a été plusieurs fois modifiée dans les années qui ont suivi, pour aboutir en 1990 à celle-ci : « les soins pharmaceutiques sont chargés de fournir le traitement médicamenteux dans le but d'obtenir des résultats précis qui améliorent la qualité de vie du patient » (Hepler et Strand, 1990) ^[41].

En 1998, la Fédération Internationale Pharmaceutique (FIP) a fait évoluer cette définition en y ajoutant une expression importante : « les soins pharmaceutiques sont chargés de fournir le traitement médicamenteux dans le but d'obtenir des résultats précis qui améliorent ou maintiennent la qualité de vie du patient ».

Les soins pharmaceutiques ont donc pour but de garantir que le patient utilise ses médicaments le plus correctement, efficacement et sûrement possible. Le pharmacien, expert en médicaments, est le dernier professionnel de santé en contact avec le patient pendant le démarrage ou lors du renouvellement de son traitement. Il occupe donc une place privilégiée pour compléter la consultation médicale, afin de mieux informer suivre ses patients, et répondre à leurs interrogations si nécessaire.

Les soins pharmaceutiques comprennent, dans cette optique, plusieurs étapes réalisées par le pharmacien, qui évalue les besoins de chaque patient en médicament, détermine l'existence d'éventuels problèmes liés au traitement (effets secondaires, interactions médicamenteuses...), et si nécessaire travaille avec le patient et d'autres professionnels de santé à la conception, la mise en œuvre et au suivi d'un plan de soins personnalisé permettant de résoudre et/ou de prévenir les problèmes liés au traitement.

Concrètement, les soins pharmaceutiques à l'officine englobent les éléments suivants :

- Conseils concernant les médicaments prescrits
- Conseils en cas d'automédication
- Surveillance permettant d'éviter les problèmes liés au traitement (interactions médicamenteuses, erreurs de prescription...)
- Education à la santé et prévention au sein de l'officine (vaccination, dépistage de certaines maladies, information sur l'importance du suivi et de la détection des complications...)
- Collaboration avec les autres professionnels de santé (médecin, ...)

Selon les recommandations de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), la mise en place pratique des soins pharmaceutiques à l'officine comporte quatre étapes principales :

- 1^e étape : évaluation des besoins du patient en médicaments et identification des problèmes réels et potentiels de pharmacothérapie, qu'il s'agisse d'une dispensation de médicaments sur ordonnance ou dans le cas de dispensation de médicaments en vente libre
- 2^e étape : élaboration d'un plan de soins pour résoudre et/ou prévenir les problèmes de traitement médicamenteux, si cela s'avère nécessaire
- 3^e étape : mise en œuvre du plan de soins pharmaceutiques, avec l'accord du patient, et en collaboration avec les autres membres de l'équipe soignante
- 4^e étape : évaluation du plan de soins afin de déterminer si les objectifs thérapeutiques ont été atteints et si les problèmes liés au traitement médicamenteux ont été résolus, le cas échéant. Si les résultats escomptés ne sont pas atteints, il est possible de réviser le plan de soins pour le rendre plus efficace.

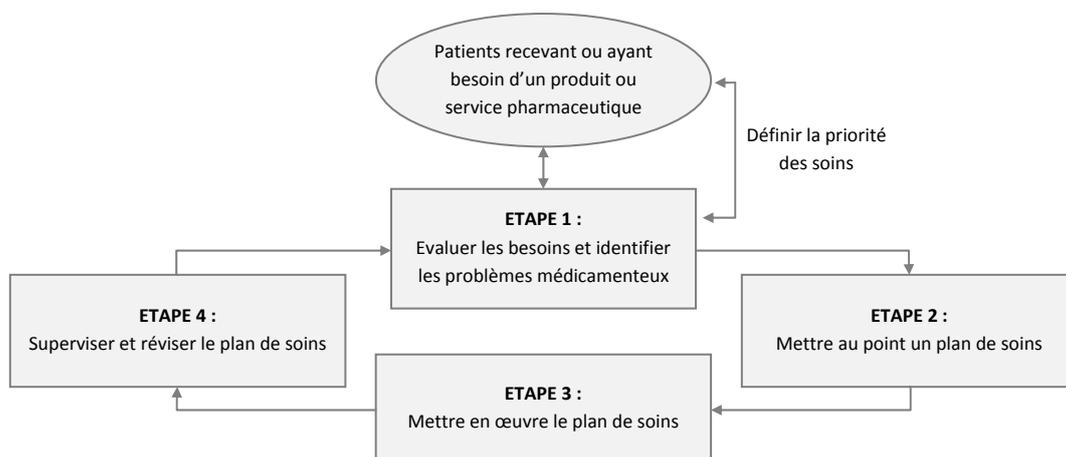


Figure 5 : Processus des soins pharmaceutiques à l'officine, d'après l'OMS [38]

En résumé, les soins pharmaceutiques constituent une pratique professionnelle centrée sur le patient, qui vise particulièrement à identifier, résoudre et prévenir les problèmes liés à la thérapeutique. Pour cela, les pharmaciens doivent bénéficier d'un niveau de connaissance et de compétence suffisant pour fournir des soins de qualité, et doivent organiser leur travail de façon à faciliter leur mise en place. Ce concept, encore peu employé en France, regroupe pourtant de nombreux éléments qui sont d'actualité aujourd'hui, dans le renforcement du rôle du pharmacien d'officine dans le suivi et la prise en charge du patient.

II.3. Accompagnement des patients atteints de pathologies chroniques ^[42]

Par sa proximité avec les patients, un accès facile et une excellente connaissance des thérapeutiques, le pharmacien occupe une place de choix lui permettant d'intervenir auprès des patients atteints de maladies chroniques (diabète, maladies cardiovasculaires (ex : hypertension artérielle, insuffisances cardiaque...), insuffisance rénale, asthme, ...), afin d'agir de façon complémentaire aux autres professionnels de santé (médecins, infirmiers...) et améliorer la prise en charge et le suivi de ces patients.

Le pharmacien peut ainsi établir un dialogue avec le patient dès la première dispensation de son traitement, l'aider à la compréhension de sa maladie et de ses traitements, et jouer un rôle de relais entre le patient et le médecin, afin d'améliorer l'efficacité de son traitement et sa qualité de vie au quotidien.

En cas de besoin, il dirige également les patients vers des structures d'aide et d'éducation thérapeutique, et/ou les oriente vers un médecin pour une consultation si nécessaire.

Le pharmacien intervient notamment auprès du patient au cours d'entretiens pharmaceutiques, réalisées à l'écart, de préférence dans un espace de confidentialité dédié.

Le premier entretien pharmaceutique réalisé lors de l'instauration de traitement, ou à tout moment, a différents objectifs :

- **Aider le patient à comprendre sa maladie et son traitement**

→ Le pharmacien développe, en les adaptant au patient et à sa pathologie, les éléments suivants :

- La pathologie : mécanisme et caractéristiques
- Le traitement : mode d'action, bénéfices escomptés, effets indésirables les plus fréquents et/ou les plus graves et, le cas échéant, les moyens de les prévenir, ainsi que la conduite à tenir en cas de survenue d'effets indésirables graves

→ Le but de cette démarche est de permettre au patient, par une meilleure connaissance des différents éléments, de mieux comprendre sa pathologie et donc de mieux adhérer au traitement.

→ La nature et la forme des informations doivent être adaptées au patient (âge, niveau de compréhension...).

→ Le pharmacien peut avoir recours à différents outils (dessins, schémas, brochures, notices...) pour transmettre une information claire et facile à retenir par le patient.

- **Promouvoir le bon usage du médicament**

- Le pharmacien explique les modalités de prise des médicaments, et veille à la bonne compréhension du schéma de prise. Si besoin, ce schéma sera donné par écrit au patient.
- L'organisation pratique de la prise des médicaments est également abordée : le pharmacien élabore un plan thérapeutique personnalisé et clair, adapté aux contraintes et habitudes de vie du patient. De plus, il lui explique comment adapter la prise de ses médicaments dans certaines situations particulières comme en cas de décalage horaire, d'oubli d'une prise, etc.
- Il insiste également sur l'importance d'une prise régulière des traitements, même si le patient ne ressent pas de symptômes de sa maladie, en particulier dans les pathologies qui restent longtemps asymptomatiques (hypertension artérielle, diabète de type 2, hyperlipidémies...). Une bonne observance est en effet un facteur de réussite des traitements des pathologies chroniques.
- Enfin, le patient est mis en garde contre les risques liés à l'automédication. En effet, compte-tenu de sa pathologie, certains médicaments sont contre-indiqués, et il existe un risque d'interactions médicamenteuses entre son traitement habituel et certains médicaments d'usage courant. Il est donc important pour le pharmacien de faire comprendre au patient l'importance de ne prendre aucun médicament en dehors d'un avis médical ou pharmaceutique.

- **Transmettre et renforcer les techniques particulières d'administration de certains médicaments**

- Certains médicaments nécessitent d'acquérir des compétences particulières pour assurer une administration correcte, et ainsi favoriser l'efficacité du traitement : instillation de collyres, inhalation d'anti-asthmatiques, injection d'insuline...
- Pour permettre un apprentissage efficace, le pharmacien réalise lui-même une démonstration, en insistant bien sur chaque étape. Ensuite, le patient effectue lui-même l'opération, guidé par le pharmacien. Cette technique n'étant pas acquise une fois pour toutes, le pharmacien vérifie régulièrement qu'elle a bien été acquise et maintenue dans le temps.

- **Aider le patient à s'auto-surveiller**

- Utilisation des dispositifs d'auto-mesure
 - En fonction des pathologies, il existe certains dispositifs permettant au patient d'effectuer un suivi régulier, à domicile, de certains paramètres permettant d'évaluer sa pathologie : lecteurs de glycémie pour les diabétiques, auto-tensiomètres pour les personnes souffrant d'hypertension artérielle, débitmètres de pointe pour les asthmatiques, etc.
 - Toute délivrance de tels dispositifs doit s'accompagner d'une information complète et d'une formation pratique sur le mode d'utilisation de l'appareil, ainsi que la fréquence et les conditions de mesure.

→ Reconnaissance des signes d'alerte

- Les patients doivent également, à partir des résultats donnés par les dispositifs d'auto-mesure et des symptômes cliniques pouvant éventuellement se manifester, savoir reconnaître les signes évocateurs d'un mauvais contrôle de la maladie ou de la survenue de certains effets indésirables.
- Les résultats de mesure et la gravité des symptômes doivent pouvoir être rapidement interprétés par le patient, qui détermine ensuite la conduite à tenir (prise d'un rendez-vous médical, consultation en urgence...).

- **Informé sur les facteurs pouvant influencer la pathologie**

→ En fonction de la maladie, le pharmacien apprend au patient à connaître les différents facteurs pouvant aggraver ou améliorer son état.

→ Il lui donne pour cela des conseils nutritionnels, d'hygiène, de mode de vie, etc., qui peuvent l'aider à faire évoluer sa pathologie de façon favorable. Cette démarche peut être facilitée par l'utilisation de brochure ou de fiches d'information donnant des conseils pratiques. Par exemple, il peut s'agir de recettes de cuisine adaptées aux diabétiques ou aux personnes atteintes d'hyperlipidémie, de la liste des sports conseillés ou déconseillés pour les asthmatiques, etc. ...

- **Soutenir et accompagner les patients**

→ Le pharmacien reste à l'écoute du patient concernant toute difficulté liée au traitement, la survenue de complications de la maladie ou d'un évènement important dans la vie du patient, mais également une baisse de confiance en soi ou de motivation à l'égard du traitement.

→ Son rôle est d'encourager le patient à exprimer ses inquiétudes, ses doutes et ses difficultés liées à la maladie. Le pharmacien doit rester à l'écoute du patient, sans le juger et en lui portant l'intérêt nécessaire. Il ne doit pas minimiser les problèmes, mais chercher à trouver les bonnes solutions ou les mots rassurants en valorisant les efforts réalisés par le patient. Si besoin, il peut prendre contact avec le médecin, avec l'accord du patient, pour lui faire part de ces difficultés et essayer de les résoudre. Il peut également mettre le patient en contact avec une association de patient et/ou une structure d'éducation thérapeutique susceptible de le prendre en charge pour l'aider à mieux gérer sa pathologie.

Après le premier entretien thérapeutique, un suivi régulier est établi entre le pharmacien et le patient. Les entretiens de suivi peuvent avoir lieu par exemple au moment des renouvellements de l'ordonnance. Ils sont généralement de plus courte durée que le premier, mais sont d'une grande importance, avec des objectifs différents :

- Vérifier que le patient a bien acquis une connaissance suffisante de sa maladie et de son traitement
- Evaluation de l'efficacité du traitement : vérification que les objectifs initialement fixés ont été atteints
- Evaluation de l'observance du traitement et de la maîtrise des compétences techniques nécessaires à son administration
- Evaluation de la toxicité du traitement : survenue d'effets indésirables...
- Identification et résolution d'éventuels problèmes liés au traitement

Dans tous les cas, et à chaque étape du suivi, le pharmacien joue son rôle de pédagogie, d'écoute et de conseil auprès du patient atteint d'une maladie chronique afin de favoriser son implication dans sa démarche de soins. Le but est d'améliorer l'observance du traitement et la qualité de la prise en charge et du suivi du patient.

Dans le cadre de ce suivi, une coopération est nécessaire avec les autres professionnels intervenant auprès du patient. Chaque entretien fera notamment, avec l'accord du patient, l'objet d'un compte-rendu auprès du médecin, qui sera informé des actions mises en place, des problèmes évoqués avec le patient, afin d'envisager les solutions les plus adaptées.

II.4. Prévention des risques iatrogéniques et amélioration de la qualité de la dispensation

L'une des principales missions du pharmacien d'officine est d'assurer la sécurité et la meilleure efficacité possible des médicaments et produits de santé qu'ils délivrent à leurs patients.

Ils doivent pour cela assurer une dispensation et un suivi de qualité, afin de favoriser l'observance des traitements, et prévenir ou détecter les risques iatrogéniques associés, notamment en ce qui concerne les traitements au long cours.

Pour mener à bien cette mission, différents outils et méthodes peuvent être utilisés ou mis en place à l'officine :

- Documentation scientifique permettant l'analyse et la validation des prescriptions (dictionnaire Vidal®, thesaurus des interactions médicamenteuses...)
- Fiches et brochures d'information sur les pathologies, la nature des traitements, leurs risques éventuels et les modalités de surveillance
- Outils de mesure de l'efficacité des traitements (tensiomètres, appareils de mesure de la glycémie...)
- Outils permettant l'évaluation de l'observance du traitement (questionnaires personnalisés, statistiques et historique de délivrance des médicaments...)
- Etc...

Certains de ces outils sont développés dans ce chapitre, mais de façon non exhaustive car ils sont multiples.

II.4.1. Utilisation du Dossier Pharmaceutique ^[43] ^[44]

II.4.1.1. Définition

Le Dossier Pharmaceutique (DP) est un outil professionnel créé par le Conseil National de l'Ordre des Pharmaciens (CNOP) et inscrit dans la loi depuis janvier 2007. Le décret d'application a été publié en décembre 2008.

L'article L. 1111-23 du Code de la Santé Publique ^[2] instaure de la façon suivante : « Afin de favoriser la coordination, la qualité, la continuité des soins et la sécurité de la dispensation des médicaments [...], il est créé, pour chaque bénéficiaire de l'assurance maladie, avec son consentement, un dossier pharmaceutique. Sauf opposition du patient quant à l'accès du pharmacien à son dossier pharmaceutique et à l'alimentation de celui-ci, tout pharmacien [...] est tenu d'alimenter le dossier pharmaceutique à l'occasion de la dispensation. »

En pratique, le dossier pharmaceutique est un service gratuit qui permet de recenser tous les médicaments délivrés au patient en pharmacie, que ce soit sur prescription médicale ou non, au cours des quatre derniers mois.

Cela permet au pharmacien d'avoir une vue globale de tous les médicaments récemment dispensés au patient, quelle que soit l'officine qui les a délivrés.

Le but est de réduire les sources d'erreurs lors de la délivrance d'un médicament, et notamment de détecter les interactions médicamenteuses ou les redondances thérapeutiques, mais également de renforcer l'échange, le dialogue et la confiance entre le pharmacien et son patient.

Le dossier pharmaceutique fait partie d'une démarche qualité entreprise par les pharmaciens. Il valorise la profession en donnant une valeur ajoutée au circuit officinal, et permet de faire reconnaître le pharmacien comme un maillon essentiel de la chaîne de santé.

II.4.1.2. Fonctionnement pratique

La création d'un dossier pharmaceutique peut se faire exclusivement en présence de la carte de professionnel de santé (CPS) du pharmacien, et du patient muni de sa carte vitale. Après avoir recueilli le consentement éclairé de ce dernier (ou de ses parents dans le cas d'un enfant mineur), le pharmacien peut ouvrir son dossier pharmaceutique en quelques secondes, et lui remettre une attestation de création sur papier.

Par la suite, la consultation du dossier pharmaceutique peut se faire par tout pharmacien (ou toute personne autorisée à le seconder) par voie électronique, à chaque fois que le patient se rend à l'officine, par l'intermédiaire de sa carte vitale. L'accès est gratuit et rapide (généralement moins de trois secondes).

Cela permet au logiciel de détecter les interactions et redondances médicamenteuses à partir des données figurant dans le dossier pharmaceutique, et d'afficher un message d'alerte le cas échéant. Le pharmacien peut également consulter directement le contenu du dossier pharmaceutique si nécessaire.

Sauf indication contraire du patient, les informations relatives à la dispensation (date, identification et quantité du ou des médicaments) s'inscrivent automatiquement dans son dossier pharmaceutique.

Si le patient ne souhaite pas inscrire une délivrance dans son dossier pharmaceutique, il doit le signaler au pharmacien, qui édite alors une attestation de refus d'alimentation sur papier. Durant les quatre mois suivants, la mention « dossier incomplet » apparaîtra à l'écran de tous les pharmaciens qui consulteront ce dossier pharmaceutique.

De plus, l'édition du contenu d'un dossier pharmaceutique sur papier est possible, sur simple demande du patient. Cela peut être utile, notamment pour communiquer à un médecin le traitement du patient.

Enfin, le patient peut demander à tout moment la clôture de son dossier pharmaceutique. Le pharmacien lui remet alors une attestation sur papier.

II.4.1.3. Sécurité et confidentialité

La mise en place du dossier pharmaceutique a été réglementée par la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL), afin d'assurer le respect des droits des patients, ce qui implique notamment une sécurisation des données personnelles, et le respect du secret professionnel par le pharmacien.

Pour cela, les données sont stockées chez un « hébergeur de données de santé » agréé par les autorités de santé. L'échange des données cryptées entre l'hébergeur et la pharmacie se fait par un réseau internet professionnel sécurisé à haut débit. Une fois la carte vitale retirée du lecteur, les données du dossier pharmaceutique sont automatiquement effacées de l'ordinateur de la pharmacie.

Pour toutes les actions qu'il est amené à conduire sur le dossier pharmaceutique d'un patient (création, consultation, alimentation ou suppression), le pharmacien est tenu de respecter la volonté du patient, ainsi que le secret professionnel.

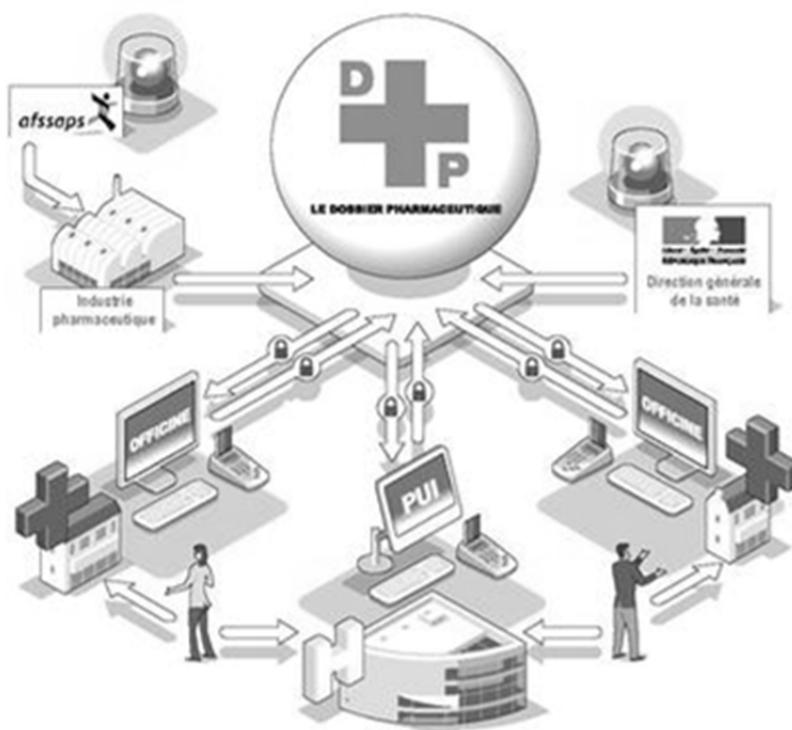


Figure 6 : Le circuit du Dossier Pharmaceutique ^[43]

II.4.1.4. Situation actuelle et perspectives ^[45] ^[46] ^[47]

Actuellement sur le territoire français, quatre ans après sa mise en place :

- 90% des officines sont raccordées au réseau du dossier pharmaceutique, soit près de 22 000
- 37% de la population possède déjà son dossier pharmaceutique, soit plus de 23 millions de personnes
- 16% seulement des personnes refusent l'ouverture d'un dossier pharmaceutique, en particulier parmi les plus de 75 ans

De plus, une étude réalisée auprès des pharmaciens montre que 80% d'entre eux jugent utile le dossier pharmaceutique dans leur exercice au quotidien.

Ces chiffres témoignent du développement rapide et de la généralisation du dossier pharmaceutique dans notre pays depuis son instauration. Il est devenu un outil indispensable pour la dispensation des médicaments par le pharmacien, pour la sécurité de ses patients.

D'autre part, depuis sa création, de nouvelles fonctions ont été ajoutées au dossier pharmaceutique :

- Son réseau permet de relayer des informations provenant de l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé (ANSM) et de la Direction Générale de la Santé (DGS)
 - Les informations transmises par l'ANSM peuvent concerner l'utilisation, les modalités de prescription et de délivrance des produits de santé, les ruptures de stocks ou encore les décisions de police sanitaire
 - Les alertes « DGS-urgent » permettent de transmettre des informations graves et urgentes pouvant avoir un impact sur l'exercice professionnel du pharmacien (vagues de froid ou de chaleur, épidémies...)
- Depuis novembre 2011, le dossier pharmaceutique permet également de communiquer au plus vite les retraits et rappels de lots de médicaments et produits de santé, afin de permettre une réaction rapide du pharmacien
- La dernière évolution en date est l'arrivée du dossier pharmaceutique dans les pharmacies à usage intérieur des établissements de santé, dont le décret a été publié le 5 octobre 2012 ^[48]. Cela permet désormais aux pharmaciens hospitaliers de bénéficier de cet outil professionnel informatique dans les mêmes conditions que les pharmaciens d'officine, afin d'assurer le partage d'informations précieuses pour la coordination entre la ville et l'hôpital.

Pour l'avenir, l'Ordre des pharmaciens réfléchit également à la possibilité d'intégrer les vaccins à l'historique des dispensations du dossier pharmaceutique, pour une durée supérieur à quatre mois, mais cela requiert une modification du décret relatif au dossier pharmaceutique.

II.4.2. Réalisation de bilans de médication ^[49] ^[50]

L'article 38 de la loi HPST ^[14] et le décret d'application relatif au pharmacien correspondant ^[49] permettent au pharmacien désigné par le patient comme correspondant au sein de l'équipe de soins, dans le cadre d'un protocole de coopération avec le médecin traitant, de réaliser, sur demande de ce dernier, des bilans de médication.

De tels bilans comprennent :

- L'évaluation de l'observance et de la tolérance du traitement, ainsi que de différents éléments prévus avec le médecin pour le suivi du protocole
- Le recensement des effets indésirables
- L'identification des autres traitements en cours dont le pharmacien a connaissance (cette mission étant facilitée par la consultation du dossier pharmaceutique du patient)
- La vérification du bon déroulement des prestations associées

Le pharmacien communique ensuite le bilan au médecin prescripteur.

Ce bilan peut mettre en évidence la nécessité d'ajuster les posologies de certains médicaments. Dans ce cas, toujours dans le cadre du protocole de coopération, le pharmacien correspondant peut être amené à modifier ces posologies. Dans ce cas, il doit faire figurer sur une feuille annexée à l'ordonnance, le timbre de la pharmacie, la date, sa signature, le nom du médicament qui donne lieu à cet ajustement ainsi que la nouvelle posologie. Il indique également sur l'ordonnance la présence de cette feuille en annexe, et informe le médecin prescripteur de cette intervention.

Ce type de protocoles incluant des bilans de médication est encore peu répandu en France, notamment en raison de nombreuses réticences exprimées par le corps médical et de la lourdeur de la mise en place de ces protocoles.

De plus, pour pouvoir réaliser un bilan de médication de façon optimale, le pharmacien devrait pouvoir accéder à certaines informations médicales concernant le patient, notamment les pathologies dont il est atteint (qui peuvent constituer des contre-indications à certains traitements) ou les résultats d'analyses biologiques. Cela n'est pas encore le cas, mais pourrait être mis en place avec le déploiement du dossier médical personnel et son ouverture aux pharmaciens (cf. III.2.2.).

D'autres pays comme le Canada ou la Suisse ont déjà mis en place, avec succès, ce type de service réalisé à l'officine, et rémunéré en tant qu'acte pharmaceutique.

II.4.3. Prévention des risques iatrogéniques : exemple du suivi des patients sous anticoagulants oraux ^{[51] [52]}

La prévention des risques iatrogéniques fait partie intégrante du rôle du pharmacien. Il doit s'assurer de l'innocuité des médicaments qu'il délivre, de l'absence d'interactions médicamenteuses ou de contre-indications potentiellement dangereuses pour le patient, et également du bon usage et de la bonne observance des traitements.

C'est dans cette optique que la Convention pharmaceutique de 2012 ^[22] a prévu, dès janvier 2013, la mise en place du suivi des patients sous anticoagulants à activité anti-vitamine K (AVK), et une rémunération associée à ce suivi pour les pharmaciens qui s'y impliquent.

Si cette mission a été choisie pour être la première mise en place dans les officines, c'est parce qu'elle représente un véritable enjeu de santé publique.

En effet, les AVK sont des traitements anticoagulants utilisables par voie orale, pour la prévention des thromboses artérielles ou veineuses, qui concernent aujourd'hui près de 1% de la population française, essentiellement des personnes âgées. Ces médicaments se placent au 1^{er} rang des accidents iatrogéniques, et sont responsables de 17 000 hospitalisations et 4 000 décès environ par an.

Leur particularité est d'avoir une marge thérapeutique étroite, entre dose insuffisante (avec risque de thrombose), efficace et dangereuse (avec risque d'hémorragie). La posologie doit donc être adaptée de façon strictement individuelle, en fonction d'un résultat biologique, l'INR (*International Normalized Ratio*), qui doit être régulièrement mesuré. De plus, leur action peut être modifiée par de nombreux facteurs (médicaments, produits de phytothérapie, alimentation, survenue de troubles digestifs...), ce qui complique d'autant plus leur suivi.

Compte-tenu de tous ces éléments et de la particularité de ces médicaments, le patient doit être correctement pris en charge, informé et éduqué afin de lui assurer un maximum de sécurité tout au long de son traitement.

Dans ce contexte, la Convention a défini trois missions principales pour le pharmacien :

- La réalisation d'un entretien pharmaceutique à l'initiation du traitement, et d'au moins deux entretiens annuels de suivi, au cours desquels le patient est informé et conseillé sur le bon usage des médicaments qui lui ont été prescrits, ainsi que sur les mesures de prévention et de suivi associées.
- Le contrôle de la réalisation de l'INR (généralement mensuelle une fois la période d'instauration dépassée)
- En cas de besoin, le contact avec le médecin prescripteur, notamment si une adaptation de posologie est nécessaire, avec l'accord du patient

Le but de l'intervention du pharmacien est de renforcer et compléter les connaissances et le savoir-faire du patient, qui doit être capable de :

- Prendre régulièrement son traitement, selon les recommandations qui lui ont été données
- Prendre des décisions adaptées en cas d'oubli de prise
- Détecter les effets indésirables liés au traitement en identifiant les signes d'alerte, et prendre une décision pertinente
- Identifier les actes de soins à risque hémorragique, et informer le personnel soignant avant cet acte
- Interpréter le résultat de l'INR, et en informer rapidement le médecin en cas d'anomalie
- Résoudre un problème complexe lié à la thérapeutique, par exemple déterminer les facteurs potentiellement responsables d'un résultat d'INR non prévisible

Pour cela, le pharmacien peut utiliser différents outils, brochures, carnet de suivi ou questionnaires, qui servent de support thérapeutique et d'aide-mémoire pour son patient.

En effet, des études ont montré ^[53] que le simple fait de distribuer un questionnaire d'évaluation des connaissances sur le traitement anticoagulant permet d'améliorer la stabilité des INR à 3 mois chez les personnes dont les INR sont mal équilibrés. Cela peut permettre de diminuer la fréquence des événements hémorragiques chez les patients suivis régulièrement par des professionnels de santé qui collaborent entre eux.

Un modèle de questionnaire est proposé en ligne par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) ^[54], en 10 questions destinées à évaluer les connaissances des patients traités par AVK, et de leur apporter des informations supplémentaires, et améliorer leur gestion de leur traitement (cf. *Annexe 4 : Questionnaire à destination des patients sous anticoagulants (d'après l'ANSM ^[54])*).

II.4.4. Utilisation de fiches d'information sur le médicament

Le pharmacien peut s'appuyer, pour la dispensation de certains médicaments, sur un support écrit pouvant ensuite être confié au patient, qui pourra le consulter de nouveau à son domicile.

Il peut réaliser lui-même ce type de documents, mais ce travail peut s'avérer fastidieux. En revanche, il en existe de nombreux, élaborés par différents organismes, associations de patients, réseaux de santé, ...

A titre d'exemple, on peut citer les fiches d'aide à la dispensation des médicaments anticancéreux oraux, élaborées au sein du réseau d'Oncologie-Hématologie du Limousin (RohLim) ^[55], par un groupe de travail réunissant des pharmaciens d'établissements de soins en cancérologie et des pharmaciens d'officine.

Deux types de fiches ont ainsi été réalisés pour chaque spécialité :

- Une fiche simple « aide-mémoire » à destination des patients, qui répertorie les points essentiels du traitement, les modalités de prise ainsi que les effets indésirables les plus fréquents, les moyens de les éviter et la conduite à tenir s'ils surviennent
- Une fiche « d'aide à la dispensation » à destination des pharmaciens, qui rappelle les principales caractéristiques du produit, et les conseils pratiques à donner au patient lors de la délivrance et du suivi de leur traitement

L'objectif est d'apporter une information claire et pratique sur le bon usage de ces médicaments et la prévention des effets indésirables, et de permettre une bonne observance et une meilleure efficacité de ces traitements.

A plus grande échelle, l'Ordre des pharmaciens a également créé une commission permanente appelée Cespharm ^[56], qui a pour mission d'aider les pharmaciens à s'impliquer dans la prévention, l'éducation pour la santé et l'éducation thérapeutique du patient. Pour cela, elle leur fournit, sur simple demande et gratuitement, des outils d'information et d'éducation du public.

Par exemple, les pharmaciens peuvent se procurer auprès du Cespharm, des carnets d'information et de suivi des patients sous anticoagulants à activité anti-vitamine K. Ces carnets, destinés à être confiés aux patients dès l'initiation de leur traitement, rassemblent des informations sur la surveillance du traitement, les modalités de prise, les effets indésirables potentiels et les risques encourus, ainsi qu'une rubrique où le patient peut noter ses résultats de mesure d'INR afin de pouvoir les présenter aux professionnels de santé qu'il rencontre (médecins, infirmiers, pharmaciens...).

Le Cespharm propose une grande diversité de documents (affiches, brochures, fiches techniques...) permettant de relayer dans les officines les campagnes nationales de prévention et d'éducation pour la santé, et d'améliorer la formation des pharmaciens afin d'optimiser la qualité de leur travail quotidien et leur communication auprès du patient.

De nombreux autres exemples pourraient être cités ici, et dans l'avenir ce type de supports pédagogiques, sous différentes formes, devraient devenir un outil indispensable pour le pharmacien, avec la revalorisation de son rôle de prise en charge, d'éducation et de suivi des patients et de leurs traitements.

II.5. Dépistage et prévention à l'officine

Depuis plusieurs années, les pharmaciens d'officine comme l'ensemble des pouvoirs publics, ont pris conscience de l'importance de la prévention et du dépistage, qui permettent à la fois de réduire l'incidence de la maladie, permettre sa détection précoce afin de la traiter le plus efficacement possible, mais aussi de réduire sa progression si elle s'est déjà déclarée.

Ces actions ont en effet toute leur place à l'officine, grâce à la disponibilité et la facilité d'accès du pharmacien, et en particulier pour les personnes ne suivant pas de traitement, et qui, ne se sentant pas malades, ne sont pas régulièrement suivies par un médecin.

En 2009, l'article 38 de la loi HPST ^[14] a d'ailleurs affirmé le rôle du pharmacien dans les soins de premier recours, qui comprennent notamment la prévention et le dépistage des patients.

Par la suite, toujours en 2009, le rapport Rioli ^[57] préconise la mise en place de « rendez-vous santé » à l'officine, qui pourraient aborder différents thèmes :

- Réalisation de tests de dépistage de l'hypertension artérielle, du diabète, de l'insuffisance rénale chronique, des hyperlipidémies, de maladies respiratoires (asthme, bronchopneumopathie obstructive...), du surpoids et de l'obésité, ...
- Conseils de prévention : règles hygiéno-diététiques, équilibre nutritionnel, gestion du stress...
- Prévention des cancers : information sur la détection de la présence d'un mélanome, lutte contre le tabac et l'alcool...
- Suivi des vaccinations et incitation aux rappels

En attendant la mise en place de campagnes ou de programmes de dépistage et de prévention au niveau national ou régional, les pharmaciens d'officine peuvent déjà s'appuyer sur de nombreux outils et de nombreuses initiatives issues de différentes organisations. S'il est impossible d'en dresser une liste complète, deux exemples peuvent être évoqués :

- Declic, site internet destiné au dépistage ^[58]
 - Ce site regroupe différents tests et questionnaires pouvant être réalisés à l'officine pour le dépistage de différentes pathologies (hypertension artérielle, diabète, dénutrition, daltonisme...), mais qui permettent également d'évaluer l'observance médicamenteuse ou encore de suivre les patients sous AVK.
 - Réalisé par deux pharmaciens d'officine en activité, il rassemble différents tests déjà largement utilisés par les professionnels de santé (comme le test de Fagerström pour l'évaluation de la dépendance au tabac, ou l'échelle visuelle analogique (EVA) permettant de déterminer l'intensité d'une douleur), sous une interface pratique et facilement accessible sur tout ordinateur relié à internet, et donc en particulier au cours d'un entretien avec un patient.

- Campagne de dépistage des risques cardiovasculaires organisée par le Collectif National des Groupements de Pharmaciens d'Officine (CNGPO) ^[59]
 - Cette campagne, lancée en janvier 2011, consiste pour les pharmaciens, après avoir suivi une formation en « e-learning », à proposer à leurs clients de 35 ans et plus, a priori en bonne santé, le dépistage des cinq principaux facteurs de risque des maladies cardiovasculaires : indice de masse corporelle (IMC), tabagisme, hypertension, hypercholestérolémie et hyperglycémie.
 - Si l'un de ces facteurs de risque est présent, le pharmacien oriente alors le patient vers son médecin.
 - Des données anonymes sont également recueillies, afin de pouvoir réaliser des études sur l'impact et l'utilité de ce type de campagne pour la santé publique.

En 2012, la Convention nationale pharmaceutique ^[22] réaffirme l'importance de la prévention et du dépistage par les pharmaciens d'officine. Les actions à mener devraient être définies dans les mois à venir, au niveau national ou régional, par les autorités de santé.

Elles pourront probablement être prises en charge par l'assurance maladie, dans le cadre de l'évolution de la rémunération des officinaux, avec l'introduction d'une part d'honoraires. Cela est souhaitable car il s'agit d'une activité qui demande un investissement important de la part des pharmaciens, tant en termes de temps (formation, réalisation d'entretiens et de mesures de dépistage...) qu'en terme financier (achat de matériel, d'appareils de mesure...).

III. Coopération avec les autres professionnels de santé

III.1. Historique et mise en place de la coopération interprofessionnelle en France

III.1.1. Historique

C'est au début des années 2000 que les autorités publiques ont commencé à prendre conscience de la nécessité d'améliorer la prise en charge du patient au sein du système de santé français, et notamment à travers une meilleure collaboration entre les différents professionnels de santé, médicaux et paramédicaux.

En novembre 2002, le rapport de la mission « Démographie des professions de santé » conduite par le Pr. Yvon Berland, Doyen de la faculté de Médecine de Marseille ^[60], évoque la nécessité de l'évolution des métiers de la santé vers une plus grande collaboration entre les différentes professions de santé. Il déplore que « *l'univers des professions de santé demeure [...] un monde cloisonné où les acteurs d'une spécialité, d'une discipline, ne connaissent que peu de choses des autres intervenants. Il devrait pourtant exister davantage de liens entre les différents métiers de la santé. Cette méconnaissance constitue en effet un frein aux collaborations, aux délégations de compétence, aux associations professionnelles, à la juste mise à disposition des compétences des uns et des autres au service d'un malade ou d'une pathologie* ».

Ce texte propose de redéfinir le contour des différents métiers médicaux et paramédicaux, et de mettre en place un partage des tâches entre les différents professionnels qui travaillent ensemble (par exemple entre radiologues et manipulateurs-radio, ophtalmologistes et orthoptistes, infirmières et aides soignantes...).

Le rapport propose également de favoriser le regroupement des professionnels de santé au sein de maisons de soins abritant différentes spécialités (médecins généralistes, spécialistes, infirmières, kinésithérapeutes...). Le but est d'apporter un appui administratif à ces professionnels, notamment dans les zones de pénurie médicale, afin de faciliter leur installation et leur exercice, ainsi que le développement d'un travail collaboratif conduisant à une meilleure éducation sanitaire de la population.

Une réflexion est donc lancée sur la place de chaque professionnel de santé, afin d'optimiser le système et la qualité des soins. Elle aboutit en 2008, à la publication par la Haute Autorité de Santé, de recommandations sur les nouvelles formes de coopération entre professionnel de santé ^[61].

La même année, les Etats généraux de l'organisation de la santé, qui ont préfiguré la loi HPST, sont l'occasion de réaffirmer la nécessité d'une nouvelle articulation entre les professionnels de santé, autour du patient.

Publiée le 21 juillet 2009, la loi HPST ^[14] introduit pour la première fois la notion de coopération entre professionnels de santé dans le cadre législatif.

L'article 51 du texte précise ainsi que « les professionnels de santé peuvent s'engager, à leur initiative, dans une démarche de coopération ayant pour objet d'opérer entre eux des transferts d'activités ou d'actes de soins ou de réorganiser leurs modes d'intervention auprès du patient ». L'objectif est de mettre en place une nouvelle répartition des tâches et de permettre à de nouvelles missions émergentes de s'imposer dans les pratiques, telles que l'éducation thérapeutique ou le suivi des maladies chroniques. La profession pharmaceutique (officinaux, hospitaliers et biologistes), comme les autres professions médicales et paramédicales, est directement concernée par cette évolution.

Pour les pharmaciens d'officine, l'article 38 précise clairement les choses : leur rôle dans l'éducation thérapeutique est reconnu, tandis que leur place de correspondant au sein de l'équipe de soins dans le cadre des coopérations, impliquant notamment le suivi, l'ajustement et le renouvellement des traitements chroniques, devrait être renforcée.

Le 4 mai 2012, la nouvelle Convention nationale organisant les rapports entre les pharmaciens titulaires d'officine et l'assurance maladie ^[22] réaffirme la place privilégiée qu'occupe le pharmacien dans la coordination des soins du patient. Les pharmaciens et les organismes d'assurance maladie s'engagent à renforcer les liens devant s'établir entre les professionnels de santé, au bénéfice de leurs patients.

Cependant aujourd'hui, plus de trois ans après le vote de la loi HPST, la coopération interprofessionnelle n'en est encore qu'à ses débuts. Si 450 maisons de santé et 200 pôles de santé existent déjà ^[62], il reste très rare de voir les médecins, pharmaciens, infirmières, kinésithérapeutes et autres professionnels de santé travailler ensemble, en tout cas dans le cadre de protocoles établis et validés par les autorités de santé. En octobre 2012, seulement 11 protocoles validés par la Haute Autorité de Santé avaient été mis en place.

D'autre part, le pharmacien peine à trouver sa place, là où la coopération entre médecins et infirmières se fait beaucoup plus facilement. Le changement de rémunération des officinaux devrait favoriser leur implication, car il permettra aux pharmaciens de s'intégrer plus facilement dans la coordination des soins apportés aux patients, afin d'améliorer la qualité de leur prise en charge.

De nombreuses évolutions sont encore nécessaires pour qu'une coopération efficace se généralise. Cet enjeu est très important, d'une part parce que le système de soins le nécessite (complexification du parcours de soins, réduction des temps d'hospitalisation, développement des pathologies chroniques, désertification médicale...), et d'autre part parce que cette coopération correspond à une véritable attente de la part des patients, car elle permet d'assurer une cohérence dans le suivi thérapeutique, et d'harmoniser le discours des différents acteurs de la chaîne de santé, du médecin au pharmacien.

III.1.2. Mise en place de protocoles de coopération ^[63] ^[64]

La coopération entre professionnels de santé existait déjà avant la loi HPST, notamment à travers les réseaux de santé, mais n'était pas formalisée de manière législative.

Aujourd'hui inscrite dans la loi, la coopération interprofessionnelle permet le transfert de certaines activités et actes de soins, et la réorganisation de l'intervention auprès des patients, dans la limite des connaissances et de l'expérience de chacun.

Cette démarche concerne tous les professionnels de santé inscrits dans l'article L. 4011-1 du code de la Santé Publique : aides-soignants, audioprothésistes, auxiliaires de puériculture, chirurgiens-dentistes, conseillers génétiques, diététiciens, ergothérapeutes, infirmiers, manipulateurs d'électroradiologie médicale, masseurs-kinésithérapeutes, médecins, opticiens lunetiers, orthophonistes, orthoptistes, prothésistes et orthésistes, pédicures-podologues, pharmaciens, psychomotriciens et sages-femmes.

Elle est possible quel que soit le mode d'exercice (libéral, salarié ou mixte), et le cadre d'exercice (établissements de santé, maisons de santé, pôles de santé, réseaux de santé, centres de santé, cabinets médicaux, établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), hospitalisation à domicile (HAD), services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) ...).

En pratique, les professionnels de santé qui souhaitent s'impliquer dans la coopération interprofessionnelle doivent établir un protocole, qui sera mis en place après validation par les autorités de santé.

Cette démarche comprend plusieurs étapes :

- Il faut tout d'abord définir le protocole, en précisant les éléments suivants :
 - Les besoins de santé auxquels il répond
 - L'objet et la nature de la coopération
 - Les professionnels concernés
 - Les actes et activités de soins transférées
 - Les objectifs
 - Le(s) lieu(x) de mise en œuvre
- Ensuite, il faut adresser à l'Agence Régionale de Santé une lettre d'intention, accompagnée d'un formulaire reprenant tous ces éléments (cf. *Annexe 5 : Modèle de lettre d'intention et de formulaire à adresser à l'ARS pour la mise en place d'un protocole de coopération interprofessionnelle*). L'Agence Régionale de Santé pourra alors donner des informations complémentaires, et si nécessaire accompagner et orienter les initiateurs du projet dans leur démarche.

- Les professionnels de santé doivent ensuite se réunir afin de décrire et analyser en détail la prise en charge du patient :
 - Etablir les différentes étapes successives du parcours de soins
 - Pour chacune de ces étapes :
 - Déterminer qui fait quoi ? Comment ? Quand ?
 - Préciser les rôles et responsabilités de chacun
 - Identifier les risques et leurs possibles conséquences pour le patient
 - Rechercher les causes des risques identifiés
 - Prévoir des solutions à mettre en place pour assurer la qualité et la sécurité de la prise en charge
 - Assurer un suivi de la demande et mettre en place un retour d'expérience pour améliorer la qualité des soins et détecter les problèmes rencontrés
- A l'aide de ces éléments, ils devront remplir le modèle-type de protocole établi par la Haute Autorité de Santé (disponible sur leur site Internet ^[65]), et le soumettre à l'Agence régionale de santé, accompagné de tous les documents pouvant être utiles à son analyse (documents d'information des patients, fiches descriptives des indicateurs, protocoles thérapeutiques, arbres décisionnels, procédures de recueil, de signalement et d'analyse des effets indésirables, maquettes de formation...).
- L'Agence régionale de santé enregistre alors la demande d'autorisation du protocole. Elle vérifie que celui-ci correspond bien à un besoin régional, et le transmet à la Haute Autorité de Santé pour avis.
- Si la Haute Autorité de Santé émet un avis favorable, le directeur de l'Agence régionale de santé autorise par arrêté la mise en œuvre du protocole. La Haute Autorité de Santé peut également décider de l'étendre à tout le territoire national.
- Si le protocole est validé par l'HAS, tout professionnel de santé, initiateur du projet ou non, peut s'engager dans le protocole à condition de justifier de son expérience, de sa formation initiale et continue et du bon déroulement de son développement professionnel continu, lui permettant de réaliser les activités concernées par le protocole.
- Il convient de rappeler, en dernier lieu, que la mise en place d'un tel protocole ne peut se faire sans l'information et le recueil du consentement ^[65] des patients auxquels il s'applique.

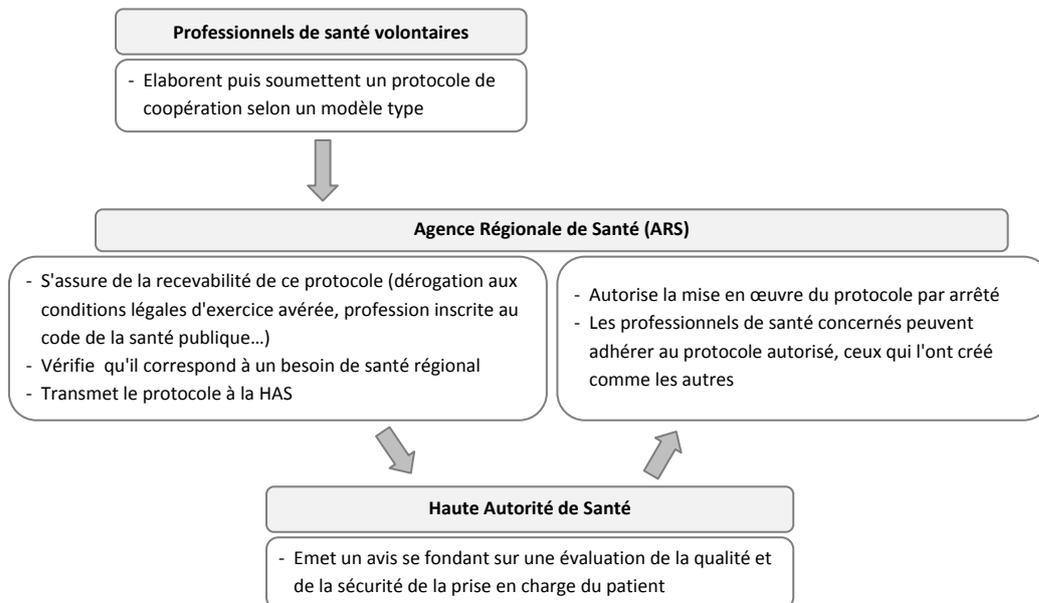


Figure 7 : Processus de création d'un protocole de coopération, d'après la HAS ^[63]

Afin d'aider les professionnels de santé dans cette démarche, la Haute Autorité de Santé met à leur disposition un ensemble d'outils et de documents pouvant les guider dans la réalisation de protocoles de coopération.

Encore peu nombreux, ces protocoles devraient se généraliser dans les années à venir, afin de permettre une meilleure prise en charge des patients, et améliorer le dialogue et la coordination des professionnels de santé.

III.2. Outils permettant l'échange d'informations entre le pharmacien et les autres professionnels de santé

La coopération entre les professionnels de santé passe dans un premier temps par un échange régulier d'informations concernant les patients, afin d'améliorer la concordance de leur action, et donc la qualité des soins.

III.2.1. Opinion pharmaceutique

Cet outil, mis en place depuis 1995, est défini par l'Ordre des Pharmaciens comme un « *avis motivé, dressé sous l'autorité d'un pharmacien, portant sur la pertinence pharmaceutique d'une ordonnance, d'un test ou d'une demande du patient, consigné dans l'officine, et impérativement communiqué sur un document normalisé au prescripteur lorsqu'il invite à la révision ou lorsqu'il justifie le refus ou la modification d'office de sa prescription.* » ^[66]

Il recense un certain nombre d'éléments (cf. *Annexe 6 : Formulaire d'opinion pharmaceutique élaboré par l'Ordre National des Pharmaciens*) :

- Identification
 - Du médecin
 - De l'officine et de la personne qui délivre l'ordonnance
 - Du patient
- Nature du problème
- Argumentaire du pharmacien
- Intention thérapeutique du prescripteur
- Décision prise
- Validation

L'opinion pharmaceutique présente un intérêt important, car la validation classique d'une ordonnance laisse peu de traces (en dehors de l'inscription à l'ordonnancier pour les médicaments listés et d'une ligne de facturation pour chaque produit). Or, ces traces ne mettent pas en évidence la réflexion du pharmacien sur la compatibilité des produits entre eux ou avec un autre traitement en cours, ou sur les habitudes et l'état de santé du patient qui pourraient interférer avec son traitement.

Si l'opinion pharmaceutique ne peut évidemment pas être rédigée à chaque dispensation, elle peut en revanche être utilisée dans certains cas complexes comme l'instauration d'un traitement lourd chez un malade chronique, un doute thérapeutique, un problème d'ordre règlementaire, ou la détection d'une interaction ou d'une contre-indication dangereuse pouvant remettre en cause la prescription du médecin.

Elle présente alors un certain nombre d'avantages, en assurant à l'acte pharmaceutique :

- Lisibilité : elle précise la réflexion du pharmacien, avec les éléments recueillis auprès du patient ou de son entourage, et auprès du médecin.
- Mémoire : elle assure le témoignage de ce qui a été fait par le pharmacien.
- Traçabilité : elle permet de retrouver l'auteur d'une dispensation, d'une prescription, de connaître les produits concernés, évaluer les actes de chacun et, le cas échéant, alerter sur des cas particuliers.
- Opposabilité : elle permet de justifier un acte face au patient, au médecin, voire aux juridictions en cas d'incident iatrogènes ou de plainte concernant la dispensation.

Malgré son intérêt dans la mise en valeur et la traçabilité de l'acte pharmaceutique, l'opinion pharmaceutique reste cependant peu répandue dans la pratique courante.

En effet, ce procédé est souvent perçu par comme trop contraignant, notamment en raison du temps nécessaire à sa rédaction. Les pharmaciens préfèrent souvent consacrer ce précieux temps auprès de leurs patients afin de leur assurer un service de qualité.

D'autre part, l'opinion pharmaceutique est souvent ressentie comme trop procédurière et impersonnelle, alors que dans la pratique quotidienne, un simple appel téléphonique au médecin suffit souvent à régler les problèmes détectés lors de l'analyse pharmaceutique des ordonnances.

Cependant, le fait de négliger cette procédure comporte des risques pour le pharmacien. En effet, si des effets iatrogènes surviennent chez un patient, il ne pourra pas justifier de son action par une preuve écrite. De même, un appel téléphonique au prescripteur ne laisse pas de traces, sauf s'il est tracé sur un document spécifique (date, heure, motif de l'appel et réponse de l'interlocuteur).

Il est donc dans l'intérêt des pharmaciens d'utiliser l'opinion pharmaceutique comme un outil intéressant permettant non pas de remettre en cause le travail du médecin, mais au contraire d'assurer une meilleure communication entre professionnels, de résoudre les problèmes pouvant survenir et de limiter les risques iatrogènes chez les patients.

Dans l'avenir, l'intégration d'une forme de communication informatisée entre pharmaciens et prescripteurs, par exemple au sein du dossier médical personnel, pourrait simplifier la rédaction de l'opinion pharmaceutique et de généraliser l'usage de cet outil.

III.2.2. Le Dossier Médical Personnel (DMP)

III.2.2.1. Définition

A l'instar du Dossier Pharmaceutique, le Dossier Médical Personnel (DMP) est un ensemble de services permettant de partager des informations entre le patient et les différents professionnels de santé, de façon à améliorer la coordination des soins.

Concrètement, il s'agit d'un dossier médical sous forme informatique et sécurisée, qui accompagne le patient tout au long de sa vie. Il contient les informations de santé utiles à une prise en charge coordonnée du patient (traitements, analyses de laboratoires, antécédents et allergies, comptes-rendus hospitaliers et de radiologie...).

Il s'agit d'un service gratuit, et chaque bénéficiaire de l'Assurance Maladie peut, s'il le souhaite, demander à un professionnel de santé de lui en créer un. Le patient peut le consulter lui-même sur internet, et en autoriser ou non l'accès aux professionnels de santé qu'il rencontre. De la même façon que pour le Dossier Pharmaceutique, le patient peut décider de supprimer ou masquer certaines informations contenues dans son DMP, ou même de le fermer définitivement.

III.2.2.2. Origine et mise en place

Dans les années 1990 apparaît une réelle volonté des patients de pouvoir mieux maîtriser les informations concernant leur santé. Avec l'apparition des premiers dossiers médicaux électroniques, cette demande s'amplifie peu à peu, d'autant plus qu'avec le développement d'internet, les patients sont de mieux en mieux informés et de plus en plus soucieux d'être associés aux actes médicaux les concernant. De leur côté, les professionnels de santé souhaitent améliorer la transmission d'informations afin d'améliorer la prise en charge de leurs patients.

Le 4 mars 2002, la loi relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (loi Kouchner) ^[67] permet à chaque patient d'être informé sur son état de santé, de pouvoir accéder à son dossier médical et d'être associé aux décisions médicales le concernant.

Le 13 août 2004, la loi relative à l'Assurance Maladie ^[68] instaure le Dossier Médical Personnel de la façon suivante dans l'article L. 161-36-1 : «Afin de favoriser la coordination, la qualité et la continuité des soins, gages d'un bon niveau de santé, chaque bénéficiaire de l'assurance maladie dispose, dans les conditions et sous les garanties prévues à l'article L. 1111-8 du code de la santé publique et dans le respect du secret médical, d'un dossier médical personnel constitué [...] notamment des informations qui permettent le suivi des actes et prestations de soins. Le dossier médical personnel comporte également un volet spécialement destiné à la prévention.»

En avril 2009, le Ministère de la Santé relance le projet DMP, dont la mise en place était initialement prévue en juillet 2007. Il est désormais mis en œuvre par l'Agence des systèmes d'information partagés de santé (ASIP Santé), créée par la loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires (HPST) de 2009^[69].

En décembre 2010, la CNIL (Commission Nationale Informatique et Libertés) autorise la mise en œuvre du DMP, dans le respect des règles de la protection des données personnelles.

Actuellement, le DMP se met en place progressivement dans toute la France. Le 6 janvier 2013, 265 966 DMP étaient ouverts, et 203 établissements hospitaliers étaient raccordés à ce système (cf. *Annexe 7 : Situation du DMP sur le territoire national au 6 janvier 2013*)

III.2.2.3. Contenu

Le Dossier Médical Personnel peut être alimenté de deux façons : par les professionnels de santé d'une part, et également par le patient lui-même.

Les professionnels de santé peuvent y ajouter tout document pouvant être utile à la prise en charge du patient, et notamment les prescriptions, résultats d'analyses, comptes-rendus d'hospitalisation ou d'imagerie, synthèse médicales, mais aussi les antécédents et les allergies connues du patient.

Si le patient peut généralement accéder à ces informations, certaines d'entre elles peuvent néanmoins être masquées temporairement lorsqu'elles nécessitent un accompagnement particulier lors de leur annonce. D'autre part, le patient peut s'opposer à l'ajout de certains documents à son DMP par un professionnel de santé.

Le patient possède, au sein du DMP, un espace personnel dans lequel il peut ajouter certains documents ou certaines informations pouvant être utiles aux professionnels de santé qui le prennent en charge. Il peut s'agir de résultats d'auto-surveillance (glycémie...), d'observations concernant l'évolution de sa pathologie, le signalement de certains effets indésirables, une expression personnelle libre...

Sur demande du patient, certains documents ne sont pas visibles de tous les professionnels de santé autorisés à accéder au DMP, mais seulement à leur auteur, au patient et à son médecin traitant.

Au sein du DMP, les documents peuvent être classés par nature, par date ou par auteur. Il s'y ajoute un volet spécialement destiné à la prévention, ainsi qu'une mention concernant l'information sur la législation en matière de don d'organes.

III.2.2.4. Fonctionnement en pratique ^[69]

La création d'un DMP se fait, après obtention de l'accord du patient et information sur ses droits, par un professionnel de santé ou un membre du personnel d'un établissement de santé.

Par la suite, le DMP peut être consulté par tout professionnel de santé prenant en charge le patient, avec son autorisation, muni de sa carte de professionnel de santé (CPS) et de l'identifiant national de santé (INS) du patient présent sur sa carte vitale. Selon sa profession (médecin généraliste ou spécialiste, radiologue, infirmier, pharmacien...), il peut avoir accès à tout ou partie des informations contenues dans le DMP.

En cas d'urgence, un dispositif appelé « bris de glace » existe afin de permettre à tout professionnel de santé d'accéder au DMP du patient s'il n'est pas en état d'exprimer sa volonté, à condition qu'il n'ait pas formulé d'opposition préalable.

Des documents peuvent être ajoutés au DMP par les professionnels de santé qui y ont été autorisés, et par le patient lui-même.

La fermeture ou la destruction du DMP peut avoir lieu sur simple demande du patient.

III.2.2.5. Sécurité et confidentialité

Comme pour le Dossier Pharmaceutique, la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL) a autorisé la mise en place du DMP, à condition d'assurer un haut niveau de sécurité et de confidentialité des données, et le respect des règles de déontologie, notamment le secret médical) et des droits des patients.

L'hébergement du DMP est assuré par un organisme agréé par le Ministère de la Santé, qui garantit la confidentialité, la sécurité, l'intégrité et la disponibilité des données de santé à caractère personnel.

Toute personne consultant le DMP d'un patient sans y être autorisée se rend coupable d'un délit passible d'emprisonnement et d'une amende.

III.2.2.6. Intérêt

Le DMP permet aux professionnels de santé d'accéder rapidement, facilement et de façon fiable aux données de santé pouvant être utiles à la prise en charge de leur patient, y compris en cas d'urgence.

Cela permet un gain de temps et d'efficacité dans la prise en charge, avec une meilleure coordination de l'action des différents intervenants, en particulier chez les malades chroniques, ceux souffrant de polyopathologies, les accidents, les hospitalisations, etc...

De plus, une généralisation du DMP devrait permettre de réaliser des économies, en évitant par exemple la réalisation d'examens en double ou inutiles par différents praticiens.

Enfin, l'ouverture d'un DMP est l'occasion d'enrichir le dialogue entre les professionnels de santé et leurs patients, et aussi de renforcer la relation de confiance entre les différents acteurs du système de santé.

En ce qui concerne la pharmacie (d'officine et hospitalière), le Dossier Pharmaceutique devrait, à terme, alimenter le DMP pour constituer le volet médicament.

L'intérêt du DMP pour le pharmacien est très important, car il peut lui apporter des informations sur les pathologies pouvant constituer une contre-indication de certains traitements, sur des résultats d'analyses biologiques pouvant nécessiter une adaptation des posologies, etc...

Le DMP permet également de renforcer la collaboration avec les autres professionnels de santé, et de renforcer le rôle du pharmacien auprès du patient dans la gestion et la surveillance de ses traitements.

Il pourrait ainsi constituer dans les années à venir un outil indispensable à la pratique quotidienne de notre profession.

III.2.3. Utilisation des nouvelles technologies pour la consultation et la prescription

III.2.3.1. Téléconsultation ^{[72] [73] [74] [75]}

La téléconsultation est l'une des composantes de la télémédecine, définie dans l'article L. 6316-1 du Code de la Santé Publique ^[2], comme une « forme de pratique médicale à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication [qui] permet d'établir un diagnostic, d'assurer [...] un suivi à visée préventive ou [...] post-thérapeutique, de requérir un avis spécialisé, de préparer une décision thérapeutique, de prescrire des produits, de prescrire ou réaliser des prestations ou des actes, ou d'effectuer une surveillance de l'état des patients. »

La téléconsultation (définie dans le décret n° 2010-1229 du 19 octobre 2010 relatif à la télémédecine ^[76]) « a pour objet de permettre à un professionnel médical de donner une consultation à distance à un patient ». Pour cela, un autre professionnel de santé (médecin, infirmier, pharmacien...) peut être présent pour assister, si nécessaire, le médecin au cours de sa consultation.

Les autres volets de la télémédecine sont :

- La téléexpertise : un médecin demande un avis spécialisé d'un confrère à distance.
- La télésurveillance médicale : un médecin surveille et interprète, à distance, les paramètres médicaux d'un patient, pour lequel l'enregistrement et la transmission des données sont automatisés ou réalisés par le patient lui-même ou un autre professionnel de santé.
- La téléassistance médicale : un médecin assiste à distance un autre professionnel de santé au cours de la réalisation d'un acte.
- La régulation médicale : les médecins des centres 15 (SAMU) établissent par téléphone un premier diagnostic pour déterminer et déclencher la réponse la mieux adaptée à la nature de l'appel.

Pour l'heure, la pratique de la téléconsultation se développe encore assez lentement en France. Or, elle présente un certain nombre d'intérêts, notamment dans le cas de personnes isolées (zones rurales, montagneuses, insulaires...) ou de personnes détenues, pour lesquelles l'accès direct au corps médical est parfois difficile.

Le but n'est pas de remplacer la consultation médicale classique, mais de réduire au maximum certaines inégalités d'accès aux soins.

Cette technique pourrait également permettre de faire face aux évolutions actuelles des patients (augmentation du nombre de malades chroniques ou souffrant de polyopathologies, liée au vieillissement de la population), de la démographie des professions de santé (inégaie répartition sur le territoire national) et de la situation économique (contraintes budgétaires).

Le cas de téléconsultation le plus répandu aujourd'hui en France concerne la régulation médicale auprès des médecins régulateurs du SAMU, qui enregistrent environ 15 millions d'appels par an. Dans ce cas, le patient, un membre de son entourage ou un professionnel de santé (souvent non médecin), entre en contact téléphonique avec un centre où le médecin régulateur établit le diagnostic de gravité et prend la décision d'orientation du patient.

Ce type de consultation fait appel à des protocoles de bonnes pratiques mis en place depuis plusieurs années.

Un autre type de téléconsultation est amené à se développer : c'est celui où un médecin est consulté à distance par le patient auprès duquel se trouve un autre médecin ou un autre professionnel de santé.

En ce qui concerne l'officine, certains pays ont déjà fait l'expérience de ce type de téléconsultations, comme le Royaume-Uni, le Canada ou encore la Suisse.

En Suisse par exemple, le système a été développé dans 200 pharmacies, sous l'égide de l'Ordre des Pharmaciens^[74] et d'une caisse d'assurance maladie, sous le nom de « Pharma on ».

Dans les pharmacies impliquées dans ce programme, lorsqu'un patient se présente pour une pathologie ou une blessure mineure, le pharmacien détermine au cours d'un entretien préliminaire, selon un arbre décisionnel établi par des médecins et des pharmaciens, s'il peut proposer au patient :

- Soit un médicament de conseil officinal
- Soit un transfert vers un autre professionnel de santé (médecin, service d'urgences...)
- Soit un entretien à distance avec un médecin par vidéoconsultation, qui établira un diagnostic et prescrire si nécessaire des médicaments sur ordonnance

Ce programme ne substitue en aucun cas le rôle du médecin généraliste, mais constitue une aide pour le pharmacien dans la prise en charge des maux du quotidien (maux de gorge, cystites, brûlures gastriques, mal de dos, ...) et d'offrir le meilleur service aux patients.

En ce qui concerne la rémunération des professionnels de santé, le programme prévoit un remboursement par les caisses d'assurance maladie de la consultation avec le médecin, ainsi que de l'entretien préalable avec le pharmacien, en plus du remboursement des médicaments délivrés sur ordonnance le cas échéant.

Ce système, récemment mis en place chez nos voisins, pourrait inspirer nos pratiques pour les années à venir, afin de renforcer le rôle du pharmacien d'officine, et constituer un recours dans les cas et les zones où l'accès à une consultation médicale est parfois difficile.

III.2.3.2. Téléprescription et e-prescription ^{[77] [78] [79]}

D'après l'article 34 de la loi n°2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie ^[68], « une ordonnance comportant des prescriptions de soins ou de médicaments peut être formulée par courriel dès lors que son auteur peut être dûment identifié, qu'elle a été établie, transmise et conservée dans des conditions propres à garantir son intégrité et sa confidentialité, et à condition qu'un examen clinique ait été réalisé préalablement, sauf à titre exceptionnel en cas d'urgence ».

Le recours à la téléprescription (prescription médicamenteuse par téléphone) ou à l'e-prescription (prescription par voie électronique) doit être, d'après le Conseil de l'Ordre des Médecins, réservé dans le cas d'un « patient connu et identifié par un examen physique, dans le but d'évaluer les effets d'un traitement, adapter une posologie ou procéder à un éventuel changement de médicament ».

Elle ne doit pas remplacer la prescription médicale classique, établie après un examen clinique du patient, mais peut être utile en situation d'urgence ou dans le cas où le patient ne peut pas se rendre chez son médecin pour diverses raisons (isolement, sédentarité, nuit et week-ends...).

L'une des applications les plus courantes aujourd'hui de la téléprescription est celle réalisée par les médecins régulateurs des centres 15 (SAMU).

Dans ce cas particulier, le médecin ne connaît pas le patient, ne peut pas procéder à un examen physique, et parfois même ne peut communiquer avec le patient mais seulement avec une autre personne, auteur de l'appel téléphonique. Il doit, après avoir examiné la situation et analysé l'état du patient avec les informations dont il dispose, identifier le niveau de gravité de l'urgence.

Si une intervention médicale urgente n'est pas nécessaire, il peut décider de réaliser une prescription médicamenteuse par téléphone, à condition que le médecin traitant habituel ne soit pas joignable.

Dans ce cas-là, si une délivrance de médicaments en officine est nécessaire, une ordonnance écrite doit être transmise à la pharmacie désignée par le patient, de préférence par courriel sécurisé, ou à défaut par télécopie.

Pour être valable, cette ordonnance doit comporter un certain nombre d'éléments :

- Une mention permettant d'identifier la prescription comme ayant été réalisée par téléphone, par exemple la mention « téléprescription »
- L'identification du prescripteur
- L'identification de la prescription (date et heure, durée de validité)
- L'identification de l'officine destinataire de l'ordonnance
- L'identification du patient, selon les règles classiques (nom, prénom, adresse, âge, sexe, poids (obligatoire pour les enfants de moins de 15 ans)...))
- Le contenu de la prescription (médicament, dosage, posologie, mode d'administration, durée du traitement...)
- La signature du médecin régulateur

La Haute Autorité de Santé, dans ses recommandations de bonnes pratiques professionnelles, a publié un modèle-type d'ordonnance médicale par téléphone dans le cadre de la régulation médicale (cf. *Annexe 8 : Modèle-type d'ordonnance d'une prescription médicamenteuse par téléphone dans le cadre de la régulation médicale (d'après la Haute Autorité de Santé ^[77])*).

Il est recommandé au pharmacien, après validation de l'ordonnance, de la retourner par courriel sécurisé ou par télécopie, au médecin régulateur afin d'assurer un suivi de la prescription.

Outre les situations d'urgence, les applications de la téléprescription et de l'e-prescription sont nombreuses, en particulier dans le contexte actuel de vieillissement de la population, de développement des maladies chroniques et des polyopathologies, et de diminution de la densité médicale sur certaines zones du territoire.

Avec le développement des technologies de la communication, ce type de services est amené à se développer. A l'officine, il pourrait constituer un soutien dans la prise en charge des patients traités par anticoagulants à activité anti-vitamine K pour valider les modifications de posologie en fonction de l'INR, ou permettre un renouvellement plus aisé pour les patients sous traitement au long cours, sous surveillance pharmaceutique.

Des protocoles et des règles devront cependant être mis en place pour encadrer ce type de pratiques, comme c'est déjà le cas pour la régulation médicale urgente.

III.2.4. Un exemple de coopération interprofessionnelle à l'étranger : l'utilisation d'ordonnances collectives au Québec ^[80]

Au début des années 1990, l'évolution de la législation a permis la rédaction et l'utilisation d'ordonnances collectives, sous l'égide du Collège National des Médecins du Québec, en collaboration avec les instances représentatives des autres professions de santé.

L'Ordre National du Québec définit l'ordonnance collective comme « une prescription donnée par un médecin ou un groupe de médecins à une personne habilitée ayant notamment pour objet les médicaments, les traitements, les examens ou les soins à donner à un groupe de personnes ou pour les situations cliniques déterminées dans cette ordonnance, les circonstances dans lesquelles ils peuvent l'être, de même que les contre-indications possibles ». ^[80]

En pratique, lorsqu'un médecin ou un groupe de médecin a rédigé une ordonnance collective, le professionnel de santé autorisé à l'utiliser peut, lorsque l'un de ses patients se trouve dans la situation clinique déterminée par l'ordonnance, ajouter le nom de celui-ci et du prescripteur. L'ordonnance collective devient alors une ordonnance individuelle.

Si chaque médecin est autorisé à rédiger ses propres ordonnances collectives, un certain nombre d'ordonnances se sont généralisées à l'échelle d'une région ou de tout le territoire, et notamment ^[81] :

- Ordonnance collective pour la supplémentation en acide folique et multivitamines chez la femme en âge de procréer et en périnatalité
- Ordonnance collective pour l'initiation de la thérapie de substitution de la nicotine
- Ordonnance collective pour le traitement de la pédiculose
- Ordonnance collective pour la substitution de la thérapie de remplacement hormonal (suite au retrait de deux spécialités du marché national)
- Ordonnance collective pour l'initiation d'une contraception hormonale (à destination de l'infirmière et du pharmacien) (cf. *Annexe 9 : Modèle d'ordonnance collective de contraception hormonale à l'intention de l'infirmière et du pharmacien* (d'après un modèle québécois ^[82]))

Ce type d'ordonnances collectives peut être utilisé dans de nombreuses situations, notamment pour permettre la délivrance de médicaments ou l'adaptation de traitements par le pharmacien dans un cadre déterminé.

Cela s'applique notamment pour l'adaptation des posologies d'anticoagulants anti-vitamine K en fonction de la valeur de l'INR. Des ordonnances collectives ont été rédigées dans ce sens et permettent au pharmacien d'assumer ce rôle en coopération avec le médecin traitant ^[83].

Ce type de coopération entre les professionnels de santé québécois (médecins, infirmiers, pharmaciens...) est un excellent modèle qu'il pourrait être intéressant de transposer dans notre pays, notamment pour renforcer le rôle du pharmacien d'officine, dans le cadre des nouvelles missions qui lui sont attribuées, et d'améliorer la prise en charge du patient.

III.3. Education thérapeutique ^[84]

III.3.1. Définition

D'après l'Organisation Mondiale de la Santé ^[85], « *l'éducation thérapeutique du patient vise à aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique* ».

L'éducation thérapeutique fait partie intégrante de la prise en charge du patient. Elle comprend différentes activités, réalisées en collaboration entre différents professionnels de santé, qui ont pour but d'informer le patient sur sa maladie, les soins qui peuvent lui être apportés, et lui permettre d'acquérir les compétences nécessaires à la prise en charge de leur pathologie afin d'améliorer leur qualité de vie au quotidien.

Depuis 2009, l'éducation thérapeutique est inscrite dans le Code de la Santé Publique, aux articles L. 1161-1 à 1161-4 de la loi HPST ^[14]. Le texte prévoit que les programmes d'éducation thérapeutique doivent être conformes à un cahier des charges national, et peuvent être mis en œuvre au niveau local après autorisation des Agences Régionales de Santé, après avis de la Haute Autorité de Santé. Ils peuvent être mis en œuvre aussi bien au sein des établissements de santé qu'en ville (par des réseaux de santé, des associations de patients...).

L'éducation thérapeutique doit donc être organisée sous forme de programmes personnalisés, et mise en œuvre par des équipes pluridisciplinaires dans lesquelles doit figurer au moins un médecin.

Elle ne doit pas être confondue avec l'apport d'informations orales ou écrites, ou de conseils de prévention qui peuvent être dispensés au patient par un professionnel de santé à diverses occasions.

III.3.2. Objectifs

Tout protocole d'éducation thérapeutique doit avoir pour but l'acquisition et le maintien par le patient de deux types de compétences :

- **Compétences d'autosoins**, qui permettent de :
 - Soulager les symptômes de la maladie
 - Réaliser et prendre en compte les résultats d'une autosurveillance ou d'une automesure
 - Adapter la posologie des médicaments, voire initier un traitement
 - Réaliser des gestes techniques et des soins
 - Modifier son mode de vie (alimentation, activité physique...)
 - Prévenir les complications évitables
 - Faire face aux problèmes occasionnés par la maladie
 - Impliquer son entourage dans la gestion de la maladie, des traitements et de leurs conséquences
 - A titre d'exemple, l'éducation thérapeutique d'un patient diabétique vise à :
 - Savoir réaliser l'autosurveillance glycémique et réagir selon les résultats
 - Réaliser les injections d'insuline en adaptant les doses
 - Maintenir un équilibre alimentaire adapté et pratiquer une activité physique
 - Prévenir les complications évitables, par exemple par la prévention des plaies des pieds
 - Savoir détecter une hypoglycémie et réagir en conséquence
- **Compétences d'adaptation**, qui aident le patient à :
 - Se connaître et avoir confiance en lui
 - Savoir gérer ses émotions et maîtriser son stress
 - Prendre des décisions et résoudre un problème
 - Se fixer des objectifs à atteindre
 - S'autoévaluer et progresser
 - Mieux communiquer avec les autres

III.3.3. Mise en place d'un programme d'éducation thérapeutique

- A qui proposer l'éducation thérapeutique ?

→ A toute personne atteinte d'une maladie chronique, quels que soient son âge (enfant avec ses parents, adolescent ou adulte), le type, le stade et l'évolution de sa maladie, mais également ses facultés d'apprentissage, son niveau culturel, son statut socio-économique ou son lieu de vie.

→ Aux proches du patient qui le souhaitent, si celui-ci désire les impliquer dans la gestion de sa maladie.

- Quand proposer l'éducation thérapeutique ? On peut distinguer deux cas :

→ Education thérapeutique initiale : peu après l'annonce du diagnostic, ou à tout autre moment si elle n'a pas été proposée avant ou si le patient l'avait refusée

→ Education thérapeutique de suivi régulier : tout au long de la maladie

- Qui propose et réalise l'éducation thérapeutique ?

→ Tout professionnel de santé impliqué dans la prise en charge d'un patient atteint de maladie chronique peut lui proposer de bénéficier d'une éducation thérapeutique.

→ Celle-ci sera réalisée, avec l'accord du patient, par des professionnels de santé formés à l'éducation thérapeutique :

- Soit le médecin qui l'a proposée
- Soit, le plus souvent, en fonction des besoins liés au patient et à sa pathologie, une équipe pluridisciplinaire composée de différents professionnels de santé, dont les membres ont suivi une formation spécifique d'une durée minimale de quarante heures d'enseignement théorique et pratique

- Comment mettre en œuvre l'éducation thérapeutique d'un patient ?

La Haute Autorité de Santé a publié en 2007 des recommandations^[84] qui définissent un cadre pour la mise en œuvre d'une éducation thérapeutique personnalisée, comprenant quatre étapes principales :

→ Etape 1 : élaborer un diagnostic éducatif

- Connaître le patient et identifier ses besoins
- Appréhender sa façon de réagir et ses attentes personnelles

→ Etape 2 : définir un programme personnalisé d'éducation thérapeutique avec des priorités d'apprentissage

- Déterminer avec le patient les compétences qu'il devra acquérir
- Planifier un programme individuel, et le communiquer au patient et à tous les professionnels de santé impliqués dans son suivi et son éducation thérapeutique

→ Etape 3 : planifier et mettre en œuvre les séances d'éducation thérapeutique (individuelles, collectives ou en alternance)

- Sélectionner le contenu à proposer lors des séances, ainsi que les méthodes d'apprentissage
- Réaliser les séances ou les ateliers avec le patient

→ Etape 4 : réaliser une évaluation des compétences acquises au cours du programme

- Faire le point avec le patient sur ce qu'il sait, ce qu'il a compris, ce qu'il sait faire, et ce qui lui reste à acquérir
- En fonction de cette évaluation et de l'évolution de sa maladie, proposer si nécessaire au patient une nouvelle offre d'éducation thérapeutique

L'éducation thérapeutique nécessite, en plus de l'implication et de la motivation du patient, une grande coordination entre les différents acteurs impliqués dans sa prise en charge, et notamment une communication constante afin d'assurer la meilleure efficacité possible pour le patient.

III.3.4. La place du pharmacien dans l'éducation thérapeutique

Dans le cadre officinal, le pharmacien peut jouer un rôle très important dans l'éducation des patients, car il est un professionnel de santé facilement accessible, qui voit parfois les patients plus souvent que les autres soignants, notamment au moment de la délivrance des médicaments, qui est l'occasion idéale pour l'information et la communication du bon usage des traitements.

L'éducation pour la santé réalisée par le pharmacien consiste à expliquer au patient les prescriptions et les posologies des médicaments, les risques d'effets indésirables, les bénéfices attendus et le bon usage des médicaments. Il explique et informe également le patient sur sa maladie, lui apporte le soutien nécessaire et l'aide dans gestion des problèmes pouvant survenir en cours de traitement. Enfin, il informe le patient sur les thèmes de santé publique, la prévention, la vaccination, etc...

De plus, avec la mise en place prochaine de protocoles de suivi des patients atteints de pathologies chroniques, le pharmacien d'officine pourra prendre part à l'éducation thérapeutique proprement dite, notamment au travers d'entretiens pharmaceutiques réguliers, réalisés en coopération avec les autres soignants.

Enfin, en dehors de l'officine (hôpital, réseaux de santé...), les pharmaciens trouvent toute leur place au sein de programmes d'éducation thérapeutique, où ils peuvent apporter une contribution essentielle, en tant que spécialistes du médicament et des produits de santé.

III.4. Structures permettant la coopération interprofessionnelle

III.4.1. Les maisons de santé pluridisciplinaires

D'après l'article L. 6323-3 du Code de la Santé Publique ^[2], « une maison de santé est une personne morale constituée entre des professionnels médicaux, auxiliaires médicaux et pharmaciens ».

Elle a pour vocation de permettre à ses membres d'exercer des activités de soins de premier recours (définis précédemment au paragraphe I.2.2.3.) sans hébergement, voire des activités de second recours. Les professionnels qui y exercent peuvent également participer à des actions de santé publique, de prévention, d'éducation pour la santé et à des actions sociales.

Ces actions sont effectuées dans le cadre d'un projet de santé élaboré par les membres qui y exercent, dans le respect d'un cahier des charges national élaboré par le Ministère en charge de la Santé, et transmis pour information à l'Agence Régionale de Santé.

Les professionnels de santé qui exercent en maison de santé peuvent être médecins (généralistes ou spécialistes), infirmiers, pharmaciens, biologistes, mais aussi psychologues, assistantes sociales, pédicures-podologues, diététiciens ou ergothérapeutes. Cependant, la présence d'au moins un médecin et un infirmier est requise pour prétendre à l'appellation de maison de santé pluridisciplinaire.

En janvier 2012, 235 maisons de santé étaient recensées, et 450 étaient en projet. 80% de ces maisons de santé se situent en milieu rural. Au 30 août 2012, 2650 professionnels de santé dont 750 médecins étaient impliqués dans de telles structures ^[86].

L'intérêt des maisons de santé est de faciliter le travail des professionnels qui y exercent en permettant leur regroupement. Cela peut permettre de rendre plus attractives certaines zones du territoire sous-dotées en personnel médical et paramédical, en favorisant un exercice en coopération, avec la possibilité d'opérer des délégations de compétences entre les professionnels de santé dans un cadre légal et officialisé.

La mise en commun des moyens (équipements, locaux, personnels) et des compétences de chacun vise à faciliter leur exercice au quotidien.

Les maisons de santé sont également le lieu idéal pour la mise en place de protocoles d'éducation thérapeutique et de suivi des patients atteints des pathologies chroniques, dans la lignée de la nouvelle organisation des soins prévue par la loi HPST.

III.4.2. Les sociétés interprofessionnelles de soins ambulatoires (SISA) ^[87] ^[88]

La loi n° 2011-940 du 10 août 2011 modifiant certaines dispositions de la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant sur la réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires ^[87], également appelée loi Fourcade en référence au sénateur qui l'a proposée, prévoit la mise en place de sociétés civiles appelées « sociétés interprofessionnelles de soins ambulatoires » (SISA), pouvant être constituées entre différents professionnels médicaux, auxiliaires médicaux et pharmaciens (dont au moins deux médecins et un auxiliaire médical).

D'après le texte, ces sociétés ont pour objet :

- « La mise en commun de moyens pour faciliter l'exercice de l'activité professionnelle de chacun de ses associés
- L'exercice en commun, par ses associés, d'activités de coordination thérapeutique, d'éducation thérapeutique ou de coopération entre les professionnels de santé. »

Il s'agit d'une nouvelle forme juridique particulièrement bien adaptée aux besoins et attentes des professionnels de santé exerçant au sein des maisons de santé.

La loi prévoit en effet que, dans le cadre des activités réalisées en commun par les membres de la société, la SISA peut percevoir une rémunération à titre collectif, considérée comme une recette de la société et pouvant ensuite être redistribuée entre les associés.

Cela permet l'expérimentation de nouveaux modes de rémunération et la facturation par la société d'honoraires à l'assurance maladie, tout en préservant l'exercice libéral des professionnels de santé.

En ce qui concerne les pharmaciens d'officine, leur possible intégration au sein des structures leur ouvre la perspective d'une participation active à la coopération interprofessionnelle et à l'éducation thérapeutique des patients.

IV. Exemple d'application pratique à l'officine : élaboration d'un protocole de prise en charge et de suivi des patients asthmatiques ^[89] ^[90]

IV.1. Éléments de contexte et importance du rôle du pharmacien

Dans la Convention pharmaceutique de 2012 ^[22], l'asthme est la première pathologie pour laquelle les pharmaciens se sont engagés à mettre en place des actions de suivi et d'accompagnement des patients.

Cette pathologie concerne actuellement environ 7% de la population française (soit environ 4,5 millions de patients) et sa prévalence est en constante augmentation depuis vingt ans. Parmi ces patients, environ 1 sur 4 souffre d'un asthme insuffisamment contrôlé, caractérisé par des crises fréquentes et une altération de la qualité de vie. L'asthme conduit ainsi à environ 15 000 hospitalisations, et 1000 décès dans la population française chaque année.

Malgré des connaissances précises sur les mécanismes de la pathologie, l'existence de traitements efficaces, de recommandations internationale et nationale, de plans nationaux de prise en charge, le contrôle de l'asthme n'est toujours pas optimal.

Cela est souvent dû au fait que les patients banalisent souvent leurs symptômes et surestiment le niveau de contrôle de leur asthme en dépit de symptômes persistants, d'une limitation de leur activité et parfois d'un absentéisme régulier au niveau scolaire ou professionnel.

Le pharmacien a donc un rôle essentiel à jouer dans ce problème de santé publique, en mettant en place des procédures d'accompagnement et de suivi de ces patients à l'officine, afin d'améliorer l'efficacité de leur traitement, et le contrôle de leur pathologie.

IV.2. Proposition d'un protocole de prise en charge et de suivi à l'officine

IV.2.1. 1^{er} entretien pharmaceutique

Le pharmacien suit schématiquement le plan d'entretien développé dans l'*Annexe 2*, dans le tableau intitulé « Nouvelle ordonnance », avec les quatre grandes étapes que sont le préambule, le recueil de données, le conseil pharmaceutique et la conclusion.

- **Préambule**

→ Le pharmacien se présente, et introduit sa démarche.

→ Il recueille le consentement du patient.

→ L'entretien se déroule dans un espace de confidentialité au sein de l'officine.

- **Recueil de données** concernant le patient : le pharmacien collecte un certain nombre de données, par exemple en utilisant le formulaire présenté dans l'*Annexe 3*.

- **Conseils pharmaceutiques** : l'entretien peut se dérouler selon le plan suivant :

→ **Aide à la compréhension de la maladie et des traitements**

- Expliquer les mécanismes de l'asthme en évoquant la physiopathologie de la maladie (maladie inflammatoire chronique des bronches, avec survenue de crises au cours desquelles intervient une bronchoconstriction aiguë). Il convient d'évaluer au préalable ce que le patient connaît de sa maladie, et de compléter ou rectifier ses connaissances initiales. Le pharmacien peut utiliser des schémas ou des graphiques, afin d'appuyer son propos (cf. *Annexe 10 : Tableau récapitulatif des mécanismes de l'asthme*^[91]).
- Développer les différents stades de la maladie (intermittent à sévère) et aider le patient à se situer dans l'échelle de gravité (cf. *Annexe 11 : Différents degrés de sévérité de la maladie asthmatique*).
- Expliquer les différents types de traitement (traitement de fond et traitement de crise) et le rôle de chacun. Une meilleure connaissance de leur mode d'action, de leur délai d'action et du but de leur utilisation permet notamment au patient de mieux comprendre l'importance d'une bonne observance du traitement de fond, souvent négligé en l'absence de symptômes (cf. *Annexe 12 : Différents traitements de l'asthme et leurs objectifs thérapeutiques*^[93]).
- Mettre en évidence les bénéfices escomptés du traitement, notamment en termes de diminution des signes cliniques et d'amélioration de la qualité de vie. Cela permet de fixer un objectif thérapeutique pour le patient, à plus ou moins long terme.
- Informer le patient sur les différents effets indésirables du traitement et les moyens de les éviter. Par exemple, le rinçage de la bouche suite à l'inhalation de corticoïdes permet d'éviter la survenue de candidoses oropharyngées.

→ **Promotion du bon usage du médicament**

- Expliquer les modalités de prise des médicaments
- Insister sur la différence fondamentale entre le traitement de la crise et le traitement de fond de l'asthme, sur la nécessité d'une bonne observance du traitement de fond, y compris en l'absence de symptômes cliniques, et sur l'importance de toujours garder sur soi le traitement de crise.
- Dédramatiser si nécessaire l'usage quotidien de la corticothérapie inhalée, en évoquant l'action locale du produit, la faible dose administrée (comparée à la voie orale), le faible passage dans la circulation générale et la possibilité de prévenir la survenue des effets indésirables locaux.
- Donner au patient des moyens pratiques permettant de faciliter son organisation au quotidien : par exemple, le pharmacien peut lui suggérer de placer son dispositif pour inhalation de corticoïde près de sa brosse à dents, et de toujours se brosser les dents après l'avoir pris, afin de s'assurer d'un bon rinçage de la bouche pour prévenir l'apparition de mycoses buccales.

→ **Acquisition des techniques particulières d'administration de certains médicaments**

- Les antiasthmatiques administrés par voie inhalée requièrent une technique particulière de manipulation et d'utilisation des dispositifs, dont dépend souvent le niveau d'efficacité du traitement.
- Une démonstration par le pharmacien, en décomposant chaque étape, suivie d'un essai par le patient, guidé par le pharmacien, sont souhaitables pour permettre un apprentissage efficace.
- Si besoin, une fiche récapitulant le processus, peut être remise au patient qui pourra ainsi garder une trace de la démonstration à son domicile (cf. *Annexe 13 : Fiche technique montrant l'utilisation du dispositif Autohaler®*).
- Certains conseils peuvent être ajoutés, comme notamment :
 - Eviter une inspiration trop brutale, de façon à permettre une bonne progression du médicament en profondeur.
 - Faire suivre l'inhalation d'une apnée de quelques secondes afin d'obtenir un bon dépôt bronchique du médicament.
 - Se rincer systématiquement la bouche après l'inhalation de corticoïdes afin de prévenir les effets indésirables locaux.
 - En cas d'administration successive d'un β_2 -mimétique et d'un corticoïde, toujours commencer par le β_2 -mimétique afin d'assurer une meilleure efficacité du corticoïde associé.

→ Apprentissage de l'autogestion

- Le patient, pour devenir acteur de la gestion de sa maladie et de son traitement, doit apprendre à évaluer l'état de sa maladie, en fonction des signes cliniques mais également, si son profil le permet et sur demande médicale, grâce à la mesure de son Débit Expiratoire de Pointe (DEP).
- Le débit expiratoire de pointe est en effet un outil d'éducation utile pour certains patients, notamment certains patients mal contrôlés ou qui perçoivent mal la gravité de leurs symptômes. Sa mesure peut être proposée pour aider le patient à comprendre sa maladie, à surveiller son état respiratoire, à détecter le plus tôt possible une détérioration de l'asthme, à apprécier la gravité d'une crise, à prendre conscience de l'efficacité de son traitement et renforcer ainsi l'observance.
- Le patient doit apprendre à utiliser l'appareil de mesure du débit expiratoire de pointe, appelé débitmètre de pointe. Après une démonstration par le pharmacien, il s'exerce donc lui-même à mesurer cette valeur qui lui permettra, à son domicile, entre deux consultations médicales, de s'auto-évaluer.
- Ensuite, il doit apprendre à interpréter les résultats en fonction de la valeur du débit expiratoire de pointe et des signes cliniques, afin de déterminer la conduite à tenir (maintien du traitement, consultation médicale anticipée ou consultation en urgence).
- Le pharmacien peut proposer au patient d'utiliser un système à trois zones afin de situer lui-même les valeurs de débit expiratoire de pointe obtenues en concordance avec les signes cliniques, et d'adopter une attitude thérapeutique définie auparavant avec le médecin en fonction de la zone où il se situe (cf. *Annexe 14 : Système à trois zones permettant d'aider le patient dans l'autosurveillance de son asthme*).

→ **Aide à l'identification et à la maîtrise des facteurs déclenchants**

- Ces facteurs peuvent être multiples, et sont propres à chacun. Le pharmacien essaye de les identifier avec le patient, et lui donne des conseils pour mieux les éviter, comme par exemple :
 - Assainir l'environnement domestique (élimination des acariens (aération quotidienne, dépoussiérage fréquent, literie synthétique, ...), lutte contre l'humidité...)
 - Eviter le contact avec les animaux domestiques, en particulier le chat
 - Lutter contre le tabagisme, actif et passif : si besoin, une aide au sevrage peut être proposée
 - Limiter les efforts physiques lors des pics de pollution et des périodes de froid sec
- Le recours à des brochures d'information peut être utile, comme celles éditées par le Cespharm :
« *Asthmatiques : bien vivre pour bien respirer !* »^[95], *Allergies : à l'intérieur aussi* »^[96], ...

→ **Sensibilisation aux risques liés à une automédication non contrôlée**

- Certains médicaments, parfois d'usage courant, sont contre-indiqués chez les asthmatiques (par exemple, les sirops contre la toux sèche contenant des dérivés opiacés, qui exercent une action dépressive respiratoire). De plus, certains médicaments présentent des interactions médicamenteuses avec les antiasthmatiques.
- Le pharmacien doit donc s'assurer que le patient ne prend pas de tels médicaments. Il peut le vérifier en consultant son dossier pharmaceutique, et également en lui conseillant de ne prendre aucun médicament sans avis médical ou pharmaceutique.

- **Conclusion**

- Le pharmacien s'assure que le patient a bien compris et retenu les informations transmises, par exemple en lui demandant de les reformuler. Il vérifie également que la technique d'inhalation est bien maîtrisée.
- Il laisse ensuite la possibilité au patient de formuler certaines questions ou inquiétudes qui peuvent subsister, afin de pouvoir y répondre.
- Avant de clore l'entretien, il peut planifier les prochaines étapes du suivi du patient (par exemple, prendre rendez-vous pour le prochain entretien), et indique au patient rester à sa disposition en cas de besoin.

IV.2.2. Entretiens de suivi en cours de traitement

Le pharmacien peut respecter, pour effectuer les entretiens de suivi du patient en cours de traitement, le plan développé dans l'Annexe 2, dans le tableau intitulé « Renouvellement », avec, comme précédemment, les quatre grandes étapes que sont le préambule, le recueil de données, le conseil pharmaceutique et la conclusion.

- Préambule

→ Le pharmacien recueille le consentement du patient.

→ Il présente le but et la durée de l'entretien, réalisé dans l'espace de confidentialité.

- Recueil de données

→ Si nécessaire, le pharmacien met à jour les données collectées sur le patient.

→ En outre, il peut consulter son dossier pharmaceutique pour connaître les délivrances de médicaments effectuées dans les quatre mois précédents.

- Conseils pharmaceutiques

→ **Vérification de la connaissance de la maladie et des traitements**

- Un dialogue avec le patient permet de vérifier s'il a bien retenu toutes les informations importantes concernant sa maladie et son traitement.
- Si besoin, certains éléments peuvent être précisés par le pharmacien.

→ **Evaluation de l'efficacité du traitement**

- Le pharmacien écoute le ressenti du patient et évalue l'impact de sa pathologie sur la qualité de vie. Il doit savoir rechercher les signes pouvant faire suspecter un mauvais contrôle de l'asthme. Les principaux signes évocateurs d'un asthme mal contrôlé sont :
 - Utilisation de β_2 -mimétiques à courte durée d'action (bronchodilatateurs utilisés dans le traitement de la crise) plus de 2 fois par semaine ou plus de 4 fois dans la même journée
 - Réveil nocturne plus de 2 fois par mois
 - Toux persistante ou dyspnée inhabituelle
 - Détérioration des valeurs du débit expiratoire de pointe (DEP), en dessous de 80% de la meilleure valeur personnelle du patient
- Pour cela, il peut proposer au patient d'effectuer le « *Test de contrôle de l'asthme* » pour évaluer le niveau de contrôle de son asthme en fonction de la fréquence des différentes manifestations. Il s'agit d'un questionnaire pouvant être réalisé rapidement à l'officine, qui constitue un outil de dialogue intéressant à utiliser au moment du renouvellement d'une ordonnance de traitement de l'asthme. Il peut s'appliquer à tous les patients de plus de 12 ans suivant un traitement de fond (cf. *Annexe 15 : Test de contrôle de l'asthme*).

- Si le score du test est inférieur à 20, cela peut être un signe de mauvais contrôle de l'asthme. Dans ce cas, le pharmacien doit s'assurer que l'observance du traitement est correcte, et également que le patient maîtrise bien la technique d'inhalation. En cas de suspicion d'aggravation de la maladie ne pouvant pas être attribué à une mauvaise observance ou une mauvaise technique d'inhalation, il incite son patient à consulter son médecin.

→ **Evaluation de la toxicité du traitement**

- Le pharmacien questionne le patient sur l'éventuelle apparition chez le patient d'effets indésirables pouvant être attribués à son traitement.
- Il peut lui rappeler les méthodes pour prévenir leur survenue. Si besoin, il lui conseille de consulter son médecin, ou selon le cas prend contact directement avec celui-ci afin d'envisager une adaptation de traitement.

→ **Evaluation de l'observance du traitement**

- Le pharmacien détermine si le patient prend bien son traitement régulièrement, tout d'abord en le questionnant directement, et aussi en consultant son dossier pharmaceutique ou son historique dans le système informatique de l'officine, afin de comparer la fréquence réelle des délivrances avec la posologie inscrite sur l'ordonnance.
- Si une mauvaise observance du traitement est mise en place, le pharmacien réexplique au patient l'importance de se conformer à la prescription afin de mieux contrôler son asthme, et cela même si le patient ne ressent aucune manifestation clinique immédiate lorsqu'il ne prend pas son traitement.
- De plus, si certains problèmes empêchent le patient de suivre correctement son traitement, ceux-ci doivent être abordés, et si possible résolus.

→ **Evaluation de la maîtrise de la technique d'administration des dispositifs inhalés**

- Le pharmacien demande au patient de lui montrer la façon dont il utilise son dispositif d'administration de produits inhalés. Le but est de vérifier qu'il a bien compris et mis en pratique les explications données au moment de l'apprentissage initial des gestes, et aussi que la technique ne s'est pas détériorée au fil du temps.
- Pour cela, le pharmacien peut utiliser une grille d'évaluation adaptée au dispositif utilisé, afin de contrôler étape par étape la technique d'inhalation. Ce type de grille sert d'outil d'évaluation, mais également de support pédagogique car le patient peut l'emporter chez lui afin de reprendre les différents points importants et améliorer peu à peu sa technique (cf. *Annexe 16 : Grille d'évaluation de la technique d'inhalation du dispositif Autohaler®* ^[56])
- Une vérification de la technique d'inhalation est recommandée jusqu'à l'acquisition d'une technique correcte, et au minimum tous les ans, la fréquence optimale étant tout les 3 mois. De plus, en cas de suspicion d'asthme non contrôlé, la technique peut être revérifiée.

- **Conclusion**

- Le pharmacien s'assure que le patient a bien compris le contenu les informations apportées lors de l'entretien.
- Il répond aux questions éventuelles du patient, et programme avec lui le prochain entretien.
- Communication avec le corps médical

A la suite de chaque entretien, le pharmacien fait un compte-rendu au médecin pour lui expliquer les informations transmises au patient, les problèmes soulevés et les solutions à envisager éventuellement.

Le but est d'assurer une certaine continuité du suivi du patient, et d'apporter un discours homogène par tous les professionnels de santé intervenant auprès de lui.

CONCLUSION

Notre système de santé doit actuellement faire face à des évolutions démographiques, avec le vieillissement de la population et la désertification médicale de certaines zones du territoire, mais également à des évolutions économiques, avec notamment les restrictions liées au financement de la Sécurité Sociale, les difficultés des officines liées à la concurrence des parapharmacies, ou encore la menace du monopole pharmaceutique. C'est pourquoi la profession de pharmacien d'officine est aujourd'hui amenée à évoluer pour s'adapter au mieux à ce nouvel environnement.

Avec le soutien des pouvoirs publics, le pharmacien doit aujourd'hui renforcer son rôle de professionnel de santé, avec de nouvelles missions qui ont pour objectif d'améliorer la prise en charge du patient à l'officine. En ce sens, l'apparition de nouveaux modes de rémunération basés sur l'acte pharmaceutique plutôt que sur le volume de médicaments vendus, et le renforcement de la coopération avec les autres professionnels de santé, sont des perspectives très intéressantes pour l'avenir de la profession, qui devra se recentrer sur son cœur de métier.

Malgré les craintes et les incertitudes que cela peut parfois engendrer, les pharmaciens doivent dès aujourd'hui mettre en place peu à peu tous les outils nécessaires à l'évolution de leur métier, et adapter leurs méthodes de travail. L'objectif est d'améliorer le service rendu à la population par une meilleure prise en charge pluridisciplinaire du patient, mais également de valoriser leur travail et obtenir une plus grande reconnaissance auprès du public, ainsi que du corps médical et paramédical.

Les années à venir seront décisives pour savoir si les pharmaciens sauront faire évoluer leur exercice professionnel, afin de se réaffirmer durablement comme un maillon indispensable de la chaîne de santé publique.

BIBLIOGRAPHIE

- [1] ORDRE NATIONAL DES PHARMACIENS. « Code de Déontologie des Pharmaciens ». Juillet 2009.
- [2] *Code de la Santé Publique*. In : *Legifrance* [En ligne]. Disponible sur : < http://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do;jsessionid=AA34A0DD5B18E2118024E14074C755C5.tpdjo12v_2?cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20120721 > (consulté le 5 décembre 2012)
- [3] *Code de la Sécurité Sociale*. In : *Legifrance* [En ligne]. Disponible sur : < <http://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?cidTexte=LEGITEXT000006073189&dateTexte=20120109> > (consulté le 28 septembre 2012)
- [4] AGENCE FRANÇAISE DE SÉCURITÉ SANITAIRE DES PRODUITS DE SANTÉ (AFSSAPS). *Bonnes Pratiques de Préparation* [En ligne]. 3 décembre 2007. Disponible sur : < http://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/a5d6ae4b3d5fdee013ca463462b7b296.pdf > (consulté le 9 janvier 2012)
- [5] MEGERLIN F. « L'acte pharmaceutique - Réflexions juridiques pour une refondation intellectuelle et éthique ». *Bulletin de l'Ordre*. juillet 2002. Vol. 375, p. 273-281.
- [6] ORDRE NATIONAL DES PHARMACIENS. *Nombre d'officines* [En ligne]. 2012. Disponible sur : < <http://www.ordre.pharmacien.fr/Le-pharmacien/Secteurs-d-activite/Pharmacie/Cartes-regionales-Officine/Nombre-d-officines> > (consulté le 28 septembre 2012)
- [7] VANDENHEEDE M. « Assurance qualité à l'officine : jusqu'à une certification ISO 9001. Exemple de la dispensation sur prescription ». Faculté de Pharmacie : Grenoble, 2009. 130 p.
- [8] ASSOCIATION FRANÇAISE DE NORMALISATION (AFNOR). « Norme NF EN ISO 9000: 2005 système de management de la qualité- Principes essentiels et vocabulaire ». 2005.
- [9] DETRIE P. « Conduire une démarche qualité ». 4^e éd. Paris : Editions d'Organisation, 2001.
- [10] COMMISSION ASSURANCE QUALITÉ D'AQUITAINE. *Guide d'Assurance Qualité Officinale* [En ligne]. 2002. Disponible sur : < <http://www.eoa.u-bordeaux2.fr/Qualite/gaq.pdf> > (consulté le 29 septembre 2012)
- [11] COMMISSION QUALITÉ AQUITAINE POUR LA PHARMACIE D'OFFICINE (CQAPO). *Commission Qualité Aquitaine pour la Pharmacie d'Officine (CQAPO)* [En ligne]. 2011. Disponible sur : < <http://www.cqapo.fr/accueil> > (consulté le 26 septembre 2012)
- [12] *Organisation internationale de normalisation (ISO)* [En ligne]. Disponible sur : < <http://www.iso.org/iso/fr/home.htm> > (consulté le 27 septembre 2012)
- [13] ORDRE NATIONAL DES PHARMACIENS. *Evaluation Qualité Officine (EQO)* [En ligne]. Disponible sur : < <http://www.eqo.fr/> > (consulté le 27 septembre 2012)
- [14] *Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (loi Bachelot)*. In : *Legifrance* [En ligne]. 2009. Disponible sur : < http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=24F99AE2F8C9331A04F5A323147E5F7C.tpdjo05v_1?cidTexte=JORFTEXT000020879475&dateTexte=20120813# > (consulté le 28 septembre 2012)
- [15] QUOTIPHARM. « Loi HPST : des enjeux majeurs encore sous-estimés ». 1 septembre 2011. n°2854, p. 7.
- [16] MINISTÈRE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI ET DE LA SANTÉ. « Hôpital Patients Santé Territoires - Une ambition nécessaire pour préserver notre système de santé ». 2009.

- [17] MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SPORTS. *La loi HPST à l'hôpital, les clés pour comprendre* [En ligne]. 2009. Disponible sur : < http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/vademecum_loi_HPST.pdf > (consulté le 27 septembre 2012)
- [18] ORDRE NATIONAL DES PHARMACIENS. *Convention pharmaceutique d'officine* [En ligne]. 2012. Disponible sur : < <http://www.ordre.pharmacien.fr/Communications/Communiqués-de-presse/Convention-pharmaceutique-d-officine> > (consulté le 1 octobre 2012)
- [19] MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ. *Conclusion des négociations sur la convention pharmaciens d'officine* [En ligne]. 2012. Disponible sur : < <http://www.sante.gouv.fr/conclusion-des-negociations-sur-la-convention-pharmaciens-d-officine.html> > (consulté le 1 octobre 2012)
- [20] GIE SESAM-VITALE. *La convention pharmaciens* [En ligne]. 2012. Disponible sur : < <https://www.sesamvitale.fr/offre/industriel/conventions/convention-ph.asp> > (consulté le 1 octobre 2012)
- [21] *Loi n° 2011-1906 du 21 décembre 2011 de financement de la sécurité sociale pour 2012*. In : *Legifrance* [En ligne]. 2011. Disponible sur : < http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=3F633748682C08ABD3FEBB87D19CB46E.tpdjo16v_2?cidTexte=JORFTEXT000025005833&dateTexte=20120928 > (consulté le 28 septembre 2012)
- [22] *Arrêté du 4 mai 2012 portant approbation de la convention nationale organisant les rapports entre les pharmaciens titulaires d'officine et l'assurance maladie*. In : *Legifrance* [En ligne]. 2012. Disponible sur : < http://www.legifrance.gouv.fr/jopdf/common/jo_pdf.jsp?numJO=0&dateJO=20120506&numTexte=34&pageDebut=08112&pageFin=08139 > (consulté le 28 septembre 2012)
- [23] Dr LEGMANN M. *Atlas de la démographie médicale en France : situation au 1^{er} janvier 2012 (tome I)* [En ligne]. Paris : Conseil National de l'Ordre des Médecins, 2012. Disponible sur : < <http://www.conseil-national.medecin.fr/demographie/atlas-national-873> > (consulté le 6 décembre 2012)
- [24] CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MÉDECINS. *La démographie médicale à l'échelle des bassins de vie en région Ile-de-France* [En ligne]. 2011. Disponible sur : < http://www.conseil-national.medecin.fr/system/files/Atlas_Ile_de_France_2011.pdf?download=1 > (consulté le 25 septembre 2012)
- [25] ORDRE NATIONAL DES PHARMACIENS. *Nombre de médecins généralistes libéraux* [En ligne]. 2012. Disponible sur : < <http://www.ordre.pharmacien.fr/Cartes/Cartes-regionales-Officine/Nombre-de-medecins-generalistes-liberaux> > (consulté le 6 décembre 2012)
- [26] MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ. *Réponses au défi de La démographie médicale* [En ligne]. 2010. Disponible sur : < <http://www.sante.gouv.fr/demographie-medicale.html> > (consulté le 2 octobre 2012)
- [27] CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MÉDECINS. *La démographie médicale à l'échelle des bassins de vie en région Limousin* [En ligne]. 2011. Disponible sur : < http://www.conseil-national.medecin.fr/system/files/Atlas_Limousin_2011.pdf?download=1 > (consulté le 25 septembre 2012)
- [28] ASSOCIATION DE PHARMACIE RURALE, CELTIPHARM. *Désertification médicale, quel espoir pour la pharmacie ?* [En ligne]. 2011. Disponible sur : < http://www.celtipharm.org/Portals/0/IMG-CommuniquésDePresse/RPT-APR%20110523-D%C3%A9sertification%202011_YAPG.pdf > (consulté le 4 novembre 2012)
- [29] ORDRE DES PHARMACIENS DU QUÉBEC. *Guide pratique de la communication pharmacien-patient* [En ligne]. 1998. Disponible sur : < http://www.opq.org/cms/Media/593_38_fr-CA_0_guide_comm_pharm_patient.pdf > (consulté le 30 octobre 2012)

- [30] ORDRE NATIONAL DES PHARMACIENS. *Le développement professionnel continu* [En ligne]. 2012. Disponible sur : < <http://www.ordre.pharmacien.fr/Nos-missions/L-examen-de-la-capacite-a-exercer-la-pharmacie/Le-developpement-professionnel-continu> > (consulté le 4 novembre 2012)
- [31] ORDRE NATIONAL DES PHARMACIENS. « DPC, phase transitoire : quoi de neuf ? ». *Le Journal de l'Ordre National des Pharmaciens*. Octobre 2012. n°18, p. 5.
- [32] HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ (HAS). *Développement Professionnel Continu* [En ligne]. 2012. Disponible sur : < http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-02/diaporama_dpc_2012_has.pdf > (consulté le 4 novembre 2012)
- [33] HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ (HAS). *Les acteurs du DPC* [En ligne]. Disponible sur : < http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1288567/quels-sont-les-acteurs-du-dpc > (consulté le 4 novembre 2012)
- [34] ORDRE NATIONAL DES PHARMACIENS. *La lettre de l'Ordre national des pharmaciens n°16* [En ligne]. 2012. Disponible sur : < <http://lalettre.ordre.pharmacien.fr/index.php/accueil-lettre-16> > (consulté le 4 novembre 2012)
- [35] ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (OMS), FÉDÉRATION INTERNATIONALE PHARMACEUTIQUE (FIP). *Elargir la pratique pharmaceutique* [En ligne]. 2006. Disponible sur : < <http://www.fip.org/files/fip/publications/DevelopingPharmacyPractice/DevelopingPharmacyPracticeFR.pdf> > (consulté le 30 octobre 2012)
- [36] HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ (HAS). *Selon votre profession* [En ligne]. 2012. Disponible sur : < http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_334625/selon-votre-profession?xtmc=&xtcr=10 > (consulté le 4 novembre 2012)
- [37] *Décret n° 2011-2118 du 30 décembre 2011 relatif au développement professionnel continu des pharmaciens*. In : Legifrance [En ligne]. 2011. Disponible sur : < <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000025062477&dateTexte=&categorieLien=id> > (consulté le 4 novembre 2012)
- [38] ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (OMS), FÉDÉRATION INTERNATIONALE PHARMACEUTIQUE (FIP). *Elargir la pratique pharmaceutique* [En ligne]. 2006. Disponible sur : < <http://www.fip.org/files/fip/publications/DevelopingPharmacyPractice/DevelopingPharmacyPracticeFR.pdf> > (consulté le 30 octobre 2012)
- [39] UNIVERSITÉ DE GAND (BELGIQUE). *What is Pharmaceutical Care ?* In : *Universiteit Gent* [En ligne]. Disponible sur : < <http://www.ugent.be/fw/en/research/bioanalysis/pharmaceutical-care/description.htm> > (consulté le 31 octobre 2012)
- [40] MIKEAL R., BROWN T., LAZARUS H., VINSON M. « Quality of pharmaceutical care in hospitals ». *American Journal of Hospital Pharmacy*. Juin 1975. p. 567-574.
- [41] HEPLER C., STRAND L. « Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care ». *American Journal of Hospital Pharmacy*. Mars 1990. p. 533-543.
- [42] CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MÉDECINS. *Cespharm, éducateur et prévention pour la santé* [En ligne]. Disponible sur : < <http://www.cespharm.fr/fr/Prevention-sante> > (consulté le 8 novembre 2012)
- [43] ORDRE NATIONAL DES PHARMACIENS. « Le Dossier Pharmaceutique ». Août 2011.
- [44] ORDRE NATIONAL DES PHARMACIENS. *Le Dossier Pharmaceutique* [En ligne]. 2012. Disponible sur : < <http://www.ordre.pharmacien.fr/Le-Dossier-Pharmaceutique> > (consulté le 5 décembre 2012)
- [45] ORDRE NATIONAL DES PHARMACIENS. *Le Dossier Pharmaceutique : cartes départementales* [En ligne]. 26 novembre 2012. Disponible sur : < <http://www.ordre.pharmacien.fr/Le-Dossier-Pharmaceutique/Cartes-departementales-DP/Officines-raccordees> > (consulté le 5 décembre 2012)

- [46] ORDRE NATIONAL DES PHARMACIENS. « DP dans les PUI : transformer l'essai ! ». *Le Journal de l'Ordre National des Pharmaciens*. Novembre 2012. p. 7-9.
- [47] ORDRE NATIONAL DES PHARMACIENS. « DP : contrôles de la CNIL sur le respect des droits des patients ». *Le Journal de l'Ordre National des Pharmaciens*. Octobre 2012. p. 4.
- [48] *Décret n° 2012-1131 du 5 octobre 2012 relatif à la consultation et à l'alimentation du dossier pharmaceutique par les pharmaciens exerçant dans les pharmacies à usage intérieur*. In : Legifrance [En ligne]. 2012. Disponible sur : < <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000026461694> > (consulté le 4 décembre 2012)
- [49] *Décret n° 2011-375 du 5 avril 2011 relatif aux missions des pharmaciens d'officine correspondants*. In : Legifrance [En ligne]. 2011. Disponible sur : < http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=9FAC8F742DB6BEC4021457ED02C81D49.tpdjo10v_1?cidTexte=JORFTEXT000023823152&dateTexte=29990101 > (consulté le 5 décembre 2012)
- [50] INSPECTION GÉNÉRALE DES AFFAIRES SOCIALES (IGAS). *Pharmacies d'officine : rémunération, missions, réseau* [En ligne]. 2011. Disponible sur : < <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/114000355/0000.pdf> > (consulté le 4 décembre 2012)
- [51] HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ (HAS). *De nouvelles recommandations sur la prise en charge des patients sous AVK* [En ligne]. 2008. Disponible sur : < http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_718014/n4-focus > (consulté le 11 décembre 2012)
- [52] FOUCAUD J., BURY J. A., BALCOU-DEBUSSCHE M., EYMARD C. *Éducation thérapeutique du patient modèles, pratiques et évaluation* [En ligne]. Saint-Denis : INPES, 2010. 176-196 p. Disponible sur : < <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1302.pdf> > (consulté le 11 décembre 2012) ISBN : 9782916192192 2916192190
- [53] BARCELLONA D., CONTU P., MARONGIU F. « Patient education and oral anticoagulant therapy ». *Haematologica*. Octobre 2002. Vol. 87, n°10, p. 1081-1086.
- [54] AGENCE NATIONALE DE SÉCURITÉ DU MÉDICAMENT ET DES PRODUITS DE SANTÉ (ANSM). *Dix questions pour éviter un accident* [En ligne]. Disponible sur : < <http://ansm.sante.fr/Dossiers-thematiques/Anti-vitamine-K-AVK/Informations-pour-les-patients-10-questions-pour-eviter-un-accident/%28offset%29/Dossiers-thematiques/Anti-vitamine-K-AVK/Informations-pour-les-patients-10-questions-pour-eviter-un-accident/%28offset%29/Dossiers-thematiques/Anti-vitamine-K-AVK/Informations-pour-les-patients-10-questions-pour-eviter-un-accident/%28offset%29/1> > (consulté le 11 décembre 2012)
- [55] RÉSEAU D'ONCOLOGIE-HÉMATOLOGIE DU LIMOUSIN (ROHLIM). *Fiches conseils sur les médicaments anticancéreux oraux*. In : Santé-Limousin [En ligne]. 2012. Disponible sur : < <http://www.sante-limousin.fr/professionnels/reseaux-de-sante/rohlm/fiches-conseils-medicaments> > (consulté le 6 décembre 2012)
- [56] CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES PHARMACIENS. *Cespharm, éducateur et prévention pour la santé* [En ligne]. 2012. Disponible sur : < <http://www.cespharm.fr/fr/Prevention-sante> > (consulté le 6 décembre 2012)
- [57] RIOLI M. *Le pharmacien d'officine dans le parcours de soins* [En ligne]. Groupe de travail pharmaciens d'officine, 2009. Disponible sur : < <http://www.sante-limousin.fr/travail/editorial-rph/fichiers/RapportRioli.pdf> > (consulté le 6 décembre 2012)

- [58] TERRAL S., GOSELIN B. *Declic* [En ligne]. 2012. Disponible sur : < <http://www.declic.ph/default.asp> > (consulté le 6 décembre 2012)
- [59] COLLECTIF NATIONAL DES GROUPEMENTS DE PHARMACIENS D'OFFICINE (CNGPO). *Dépistage des risques cardiovasculaires* [En ligne]. Disponible sur : < <http://www.depistage-officine.com/> > (consulté le 6 décembre 2012)
- [60] Pr. BERLAND Y. ET COLL. Mission « Démographie des professions de santé ». 2002.
- [61] HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ (HAS). *Délégation, transferts, nouveaux métiers... Comment favoriser des formes nouvelles de coopération entre professionnels de santé ?* [En ligne]. 2008. Disponible sur : < http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/reco_cooperation_vvd_16_avril_2008_04_16__12_23_31__188.pdf > (consulté le 18 octobre 2012)
- [62] LE QUOTIDIEN DU PHARMACIEN. « Coopération interprofessionnelle - La meilleure façon de soigner ». 1 octobre 2012. n°2948, p. 2.
- [63] HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ (HAS). *Coopération entre professionnels de santé, mode d'emploi* [En ligne]. Avril 2012. Disponible sur : < http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-03/protocole_de_cooperation_-_mode_d_emploi.pdf > (consulté le 27 novembre 2012)
- [64] HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ (HAS). *Coopération entre professionnels de santé, lettre et formulaire d'intention* [En ligne]. Mars 2012. Disponible sur : < http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-03/protocole_de_cooperation_-_lettre_formulaire_d_intention.pdf > (consulté le 27 novembre 2012)
- [65] HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ (HAS). *Protocole de coopération entre professionnels de santé* [En ligne]. Avril 2012. Disponible sur : < http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1240280/protocole-de-cooperation-entre-professionnels-de-sante > (consulté le 2 décembre 2012)
- [66] ORDRE NATIONAL DES PHARMACIENS. « Guide de stage de pratique professionnelle en officine (6^e année) ». 19^e édition. 2012.
- [67] *Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé*. In : Legifrance [En ligne]. 2002. Disponible sur : < <http://www.legifrance.gouv.fr/> > (consulté le 11 septembre 2012)
- [68] *Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie*. In : Legifrance [En ligne]. 2004. Disponible sur : < <http://www.legifrance.gouv.fr/> > (consulté le 11 septembre 2012)
- [69] AGENCE DES SYSTEMES D'INFORMATION PARTAGES DE SANTE (ASIP SANTÉ). *Le DMP et vos droits* [En ligne]. Septembre 2011. Disponible sur : < <http://dmp.gouv.fr/web/dmp/documents/brochure-patient> > (consulté le 12 septembre 2012)
- [70] AGENCE DES SYSTEMES D'INFORMATION PARTAGES DE SANTE (ASIP SANTÉ). *Nombre de DMP par région* [En ligne]. 2013. Disponible sur : < <http://www.dmp.gouv.fr/nb-dmp-par-region> > (consulté le 08 janvier 2013)
- [71] AGENCE DES SYSTEMES D'INFORMATION PARTAGES DE SANTE (ASIP SANTÉ). *Nombre d'établissements de santé utilisateurs par région* [En ligne]. 2013. Disponible sur : < <http://www.dmp.gouv.fr/nb-es-par-region> > (consulté le 08 janvier 2013)
- [72] MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ. *Déploiement de la télémédecine : tout se joue maintenant* [En ligne]. 2012. Disponible sur : < <http://www.sante.gouv.fr/deploiement-de-la-telemedecine-tout-se-joue-maintenant.html> > (consulté le 2 décembre 2012)

- [73] *Pharmaon* [En ligne]. 2012. Disponible sur : < <http://pharmaon.fr/pharma-on-suisse-consultation-medicale-en-officine/> > (consulté le 2 décembre 2012)
- [74] PHARMASUISSE. *NetCare* [En ligne]. 2012. Disponible sur : < <http://www.pharmasuisse.org/fr/Dienstleistungen/Themen/Pages/netCare.aspx> > (consulté le 2 décembre 2012)
- [75] *Pas de médecin ? La pharmacie netCare a la solution* [En ligne]. 2012. Disponible sur : < http://www.pharmasuisse.org/data/Oeffentlich/fr/netCare/netCare_brochure_d%27information.pdf > (consulté le 2 décembre 2012)
- [76] *Décret n° 2010-1229 du 19 octobre 2010 relatif à la télémédecine*. In : Legifrance [En ligne]. 2010. Disponible sur : < <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000022932449&dateTexte=&categorieLien=id> > (consulté le 2 décembre 2012)
- [77] HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ (HAS). *Synthèse des recommandations de bonnes pratiques professionnelles : prescription médicamenteuse par téléphone (ou téléprescription) dans le cadre de la régulation médicale* [En ligne]. Février 2009. Disponible sur : < http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-05/teleprescription_-_synthese_des_recommandations.pdf > (consulté le 2 décembre 2012)
- [78] CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MÉDECINS. *Télémédecine : les préconisations du Conseil National de l'Ordre des Médecins* [En ligne]. Janvier 2009. Disponible sur : < <http://www.conseil-national.medecin.fr/article/telemedecine-747> > (consulté le 2 décembre 2012)
- [79] ORDRE NATIONAL DES PHARMACIENS. *E-prescription : comment déployer la prescription électronique* [En ligne]. janvier 2012. Disponible sur : < <http://www.ordre.pharmacien.fr/Communications/Rapports-Publications-ordinales/E-prescription-comment-deployer-la-prescription-electronique> > (consulté le 15 janvier 2013)
- [80] ORDRE DES PHARMACIENS DU QUÉBEC. *Notre profession sous un autre angle* [En ligne]. Juin 2005. Disponible sur : < http://www.opq.org/cms/Media/237_38_fr-CA_0_guide_interpretation_nouvelles_dispositions_loi_complement2005.pdf > (consulté le 2 décembre 2012)
- [81] AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA CAPITALE-NATIONALE (QUÉBEC). *Ordonnances collectives* [En ligne]. 2006. Disponible sur : < <http://www.dspq.qc.ca/ordonnances.html> >
- [82] ORDRE DES PHARMACIENS DU QUÉBEC, ORDRE DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU QUÉBEC, COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC. *Guide de rédaction d'une ordonnance collective de contraception hormonale* [En ligne]. 2009. Disponible sur : < <http://www.cmq.org/fr/MedecinsMembres/ActivitesPartageables/~media/Files/Guides/Guide%20Contraception%202009.pdf> > (consulté le 2 décembre 2012)
- [83] CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX CHAMPLAIN - CHARLES-LE MOYNE. *Ordonnance collective : ajustement de l'anticoagulothérapie* [En ligne]. Juin 2012. Disponible sur : < http://www.santemonteregie.qc.ca/depot/document/1359/2012-11%20anticoaguloth%C3%A9rapie.pdf;jsessionid=C81A15EDBB53D4216D2ABF13D60D9BF6http://pjc072.tripod.com/pdf/anticoagulo_full.pdf > (consulté le 2 décembre 2012)
- [84] HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ (HAS). *Education thérapeutique du patient : définition, finalités et organisation* [En ligne]. Juin 2007, Disponible sur : < http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/etp_-_definition_finalites_-_recommandations_juin_2007.pdf > (consulté le 2 décembre 2012)

- [85] WORLD HEALTH ORGANIZATION. « Therapeutic patient education : continuing education programmes for health care providers in the field of prevention of chronic diseases ». Copenhagen : WHO Regional Office for Europe, 1998.
- [86] MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ. *Les maisons de santé* [En ligne]. 29 août 2012. Disponible sur : < <http://www.sante.gouv.fr/les-maisons-de-sante.html> > (consulté le 2 décembre 2012)
- [87] *Loi n° 2011-940 du 10 août 2011 modifiant certaines dispositions de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (loi Fourcade)*. In : Legifrance [En ligne]. 2011. Disponible sur : < <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000024457033&dateTexte=&categorieLien=id> > (consulté le 18 octobre 2012)
- [88] MOULUN A.-G. « Coopération interprofessionnelle : la voie est ouverte mais encore des obstacles ». Le Quotidien du Pharmacien. 8 septembre 2011. n°2856, p. 2.
- [89] CESPARM. « Rôle du pharmacien dans la prise en charge du patient asthmatique (Fiche technique) ». Mai 2009.
- [90] AGENCE NATIONALE D'ACCREDITATION ET D'EVALUATION EN SANTÉ (ANAES). *Education thérapeutique du patient asthmatique* [En ligne]. 2001, p. 129. Disponible sur : < <http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/asthme.rap.pdf> > (consulté le 8 novembre 2012)
- [91] *Association pulmonaire du Canada* [En ligne]. 2012. Disponible sur : < http://www.poumon.ca/home-accueil_f.php > (consulté le 8 novembre 2012)
- [92] AGENCE NATIONALE D'ACCREDITATION ET D'EVALUATION EN SANTÉ (ANAES). *Education thérapeutique du patient asthmatique* [En ligne]. 2001. Disponible sur : < <http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/asthme.rap.pdf> > (consulté le 8 novembre 2012)
- [93] Vidal 2012, Le dictionnaire. Issy-les-Moulineaux : Vidal, 2012.
- [94] L'ASSURANCE MALADIE. *Asthme, comment bien utiliser les dispositifs d'inhalation ?* [En ligne]. 30 septembre 2010. Disponible sur : < http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/asthme-fiches-2010.pdf > (consulté le 8 novembre 2012)
- [95] ASSOCIATION ASTHME ET ALLERGIES, LABORATOIRE GLAXOSMITHKLINE. *Asthmatiques : bien vivre pour bien respirer !* [En ligne]. Mars 2012. Disponible sur : < <http://www.cespharm.fr/fr/Prevention-sante/Catalogue/Asthmatiques-bien-vivre-pour-bien-respirer-!-brochure> > (consulté le 8 novembre 2012)
- [96] ASSOCIATION ASTHME ET ALLERGIES, LABORATOIRE STALLERGÈNES. *Allergies à l'intérieur aussi* [En ligne]. Mars 2012. Disponible sur : < <http://www.cespharm.fr/fr/Prevention-sante/Catalogue/Asthmatiques-bien-vivre-pour-bien-respirer-!-brochure> > (consulté le 8 novembre 2012)

TABLE DES MATIERES

I. CONTEXTE ACTUEL DE LA PHARMACIE EN FRANCE	14
I.1. L'EXERCICE DE LA PROFESSION DE PHARMACIEN	14
I.1.1. <i>Principaux textes régissant l'exercice de la profession</i>	14
I.1.1.1. Code de déontologie des pharmaciens	14
I.1.1.2. Dispositions législatives et réglementaires	15
I.1.1.3. Bonnes Pratiques de Préparation.....	15
I.1.1.4. Règles d'aménagement et d'équipement de l'officine	15
I.1.1.4.1. Définition de l'officine.....	15
I.1.1.4.2. Aménagement de l'officine	16
I.1.1.4.3. Equipement de l'officine	17
I.1.2. <i>Les grands principes de la profession de pharmacien</i>	19
I.1.2.1. La notion d'acte pharmaceutique	19
I.1.2.2. La notion d'éthique en pharmacie	20
I.1.2.3. La notion d'exercice personnel	20
I.1.2.4. Les notions de probité et de dignité de la profession	20
I.1.2.5. Les relations avec les autres pharmaciens	21
I.1.2.6. Les relations avec les autres professionnels de santé	21
I.1.2.7. Une répartition homogène sur l'ensemble du territoire	22
I.1.2.8. Le rôle social du pharmacien.....	23
I.1.2.9. La notion de qualité à l'officine	24
I.1.2.9.1. Histoire de la qualité	24
I.1.2.9.2. Définitions.....	24
I.1.2.9.3. Application de la qualité à l'officine.....	26
I.1.2.9.4. De la qualité jusqu'à la certification.....	28
I.2. ROLE DU PHARMACIEN ET EVOLUTION DANS LA LOI HPST	29
I.2.1. <i>Rôle historique du pharmacien</i>	29
I.2.2. <i>Evolution du rôle du pharmacien avec la loi HPST</i>	30
I.2.2.1. Présentation de la loi HPST	30
I.2.2.2. Renforcement des missions des pharmaciens d'officine (article 38)	31
I.2.2.3. Contribution aux soins de premier recours (article 36).....	32
I.3. LA CONVENTION PHARMACEUTIQUE DE 2012	33
I.3.1. <i>Définition de la Convention dans le PLFSS pour 2012</i>	33
I.3.2. <i>Contenu de la Convention</i>	34
I.3.2.1. Mesures destinées à garantir et promouvoir la qualité de l'exercice pharmaceutique	35
I.3.2.2. Mesures contribuant à un meilleur accès aux soins et à la maîtrise des dépenses.....	35
I.3.2.3. Mesures permettant de valoriser l'exercice pharmaceutique dans le cadre des nouveaux modes de prise en charge du patient.....	36
I.3.2.3.1. Mise en place d'un honoraire de dispensation	36
I.3.2.3.2. Introduction d'un mode de rémunération sur objectifs	37

I.4.	EVOLUTION DE LA DEMOGRAPHIE MEDICALE ET PLACE DU PHARMACIEN	40
I.4.1.	<i>Le constat</i>	40
I.4.2.	<i>La place du pharmacien face à la désertification médicale</i>	43
II.	OUTILS ET METHODES DE CONSEIL ET DE SUIVI DES PATIENTS A L'OFFICINE.....	45
II.1.	PRE-REQUIS DE L'EXERCICE PHARMACEUTIQUE DANS LE CADRE DES NOUVEAUX MODES DE PRISE EN CHARGE DES PATIENTS.....	46
II.1.1.	<i>Droits, devoirs et interdictions</i>	46
II.1.2.	<i>Environnement et organisation du travail à l'officine</i>	47
II.1.3.	<i>Formation continue du pharmacien d'officine</i>	48
II.1.4.	<i>Responsabilité du pharmacien face à l'évolution de ses missions</i>	51
II.2.	DIFFERENTS MODES DE PRISE EN CHARGE DU PATIENT A L'OFFICINE.....	52
II.2.1.	<i>L'entretien pharmaceutique</i>	52
II.2.1.1.	Définition.....	52
II.2.1.2.	Exemple au Canada : la « consultation pharmaceutique »	53
II.2.2.	<i>L'accompagnement pharmaceutique du patient</i>	56
II.2.3.	<i>Le suivi pharmaceutique</i>	57
II.2.4.	<i>Les soins pharmaceutiques</i>	58
II.3.	ACCOMPAGNEMENT DES PATIENTS ATTEINTS DE PATHOLOGIES CHRONIQUES	61
II.4.	PREVENTION DES RISQUES IATROGENIQUES ET AMELIORATION DE LA QUALITE DE LA DISPENSATION	65
II.4.1.	<i>Utilisation du Dossier Pharmaceutique</i>	66
II.4.1.1.	Définition.....	66
II.4.1.2.	Fonctionnement pratique	67
II.4.1.3.	Sécurité et confidentialité	68
II.4.1.4.	Situation actuelle et perspectives	69
II.4.2.	<i>Réalisation de bilans de médication</i>	70
II.4.3.	<i>Prévention des risques iatrogéniques : exemple du suivi des patients sous anticoagulants oraux</i>	71
II.4.4.	<i>Utilisation de fiches d'information sur le médicament</i>	73
II.5.	DEPISTAGE ET PREVENTION A L'OFFICINE	75
III.	COOPERATION AVEC LES AUTRES PROFESSIONNELS DE SANTE.....	77
III.1.	HISTORIQUE ET MISE EN PLACE DE LA COOPERATION INTERPROFESSIONNELLE EN FRANCE	77
III.1.1.	<i>Historique</i>	77
III.1.2.	<i>Mise en place de protocoles de coopération</i>	79
III.2.	OUTILS PERMETTANT L'ECHANGE D'INFORMATIONS ENTRE LE PHARMACIEN ET LES AUTRES PROFESSIONNELS DE SANTE	82
III.2.1.	<i>Opinion pharmaceutique</i>	82
III.2.2.	<i>Le Dossier Médical Personnel (DMP)</i>	84
III.2.2.1.	Définition.....	84
III.2.2.2.	Origine et mise en place	84
III.2.2.3.	Contenu.....	85
III.2.2.4.	Fonctionnement en pratique	86
III.2.2.5.	Sécurité et confidentialité	86
III.2.2.6.	Intérêt.....	87

III.2.3. <i>Utilisation des nouvelles technologies pour la consultation et la prescription</i>	88
III.2.3.1. Téléconsultation	88
III.2.3.2. Téléprescription et e-prescription	90
III.2.4. <i>Un exemple de coopération interprofessionnelle à l'étranger : l'utilisation d'ordonnances collectives au Québec</i>	92
III.3. EDUCATION THERAPEUTIQUE	94
III.3.1. <i>Définition</i>	94
III.3.2. <i>Objectifs</i>	95
III.3.3. <i>Mise en place d'un programme d'éducation thérapeutique</i>	96
III.3.4. <i>La place du pharmacien dans l'éducation thérapeutique</i>	97
III.4. STRUCTURES PERMETTANT LA COOPERATION INTERPROFESSIONNELLE	98
III.4.1. <i>Les maisons de santé pluridisciplinaires</i>	98
III.4.2. <i>Les sociétés interprofessionnelles de soins ambulatoires (SISA)</i>	99
IV. EXEMPLE D'APPLICATION PRATIQUE A L'OFFICINE : ELABORATION D'UN PROTOCOLE DE PRISE EN CHARGE ET DE SUIVI DES PATIENTS ASTHMATIQUES	100
IV.1. ELEMENTS DE CONTEXTE ET IMPORTANCE DU ROLE DU PHARMACIEN	100
IV.2. PROPOSITION D'UN PROTOCOLE DE PRISE EN CHARGE ET DE SUIVI A L'OFFICINE	101
IV.2.1. <i>1^{er} entretien pharmaceutique</i>	101
IV.2.2. <i>Entretiens de suivi en cours de traitement</i>	105

TABLE DES ILLUSTRATIONS

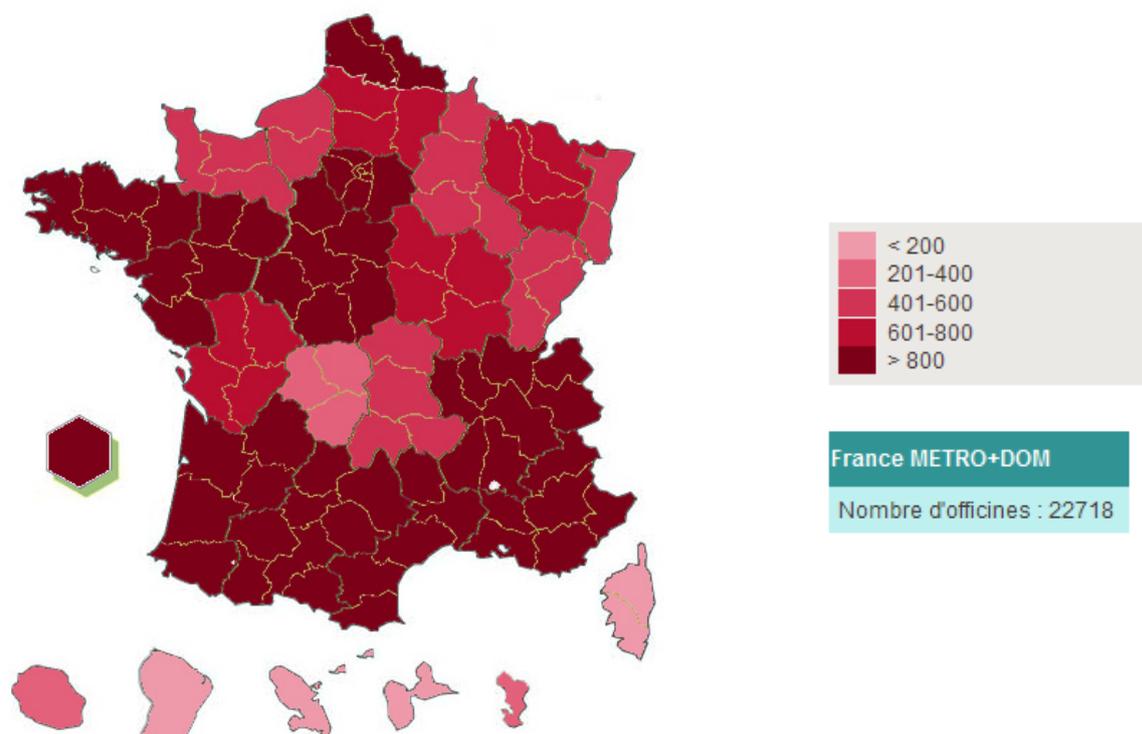
FIGURE 1 : ROUE DE DEMING	25
FIGURE 2 : NOMBRE DE MEDECINS GENERALISTES LIBERAUX EN FRANCE AU 1 ^{ER} NOVEMBRE 2012.....	40
FIGURE 3 : PROCESSUS DU DEVELOPPEMENT PROFESSIONNEL CONTINU, D'APRES LA HAUTE AUTORITE DE SANTE	48
FIGURE 4 : ORGANISATION DU DEVELOPPEMENT PROFESSIONNEL CONTINU, D'APRES LA HAUTE AUTORITE DE SANTE	50
FIGURE 5 : PROCESSUS DES SOINS PHARMACEUTIQUES A L'OFFICINE, D'APRES L'OMS	59
FIGURE 6 : LE CIRCUIT DU DOSSIER PHARMACEUTIQUE.....	68
FIGURE 7 : PROCESSUS DE CREATION D'UN PROTOCOLE DE COOPERATION	81

TABLE DES ANNEXES

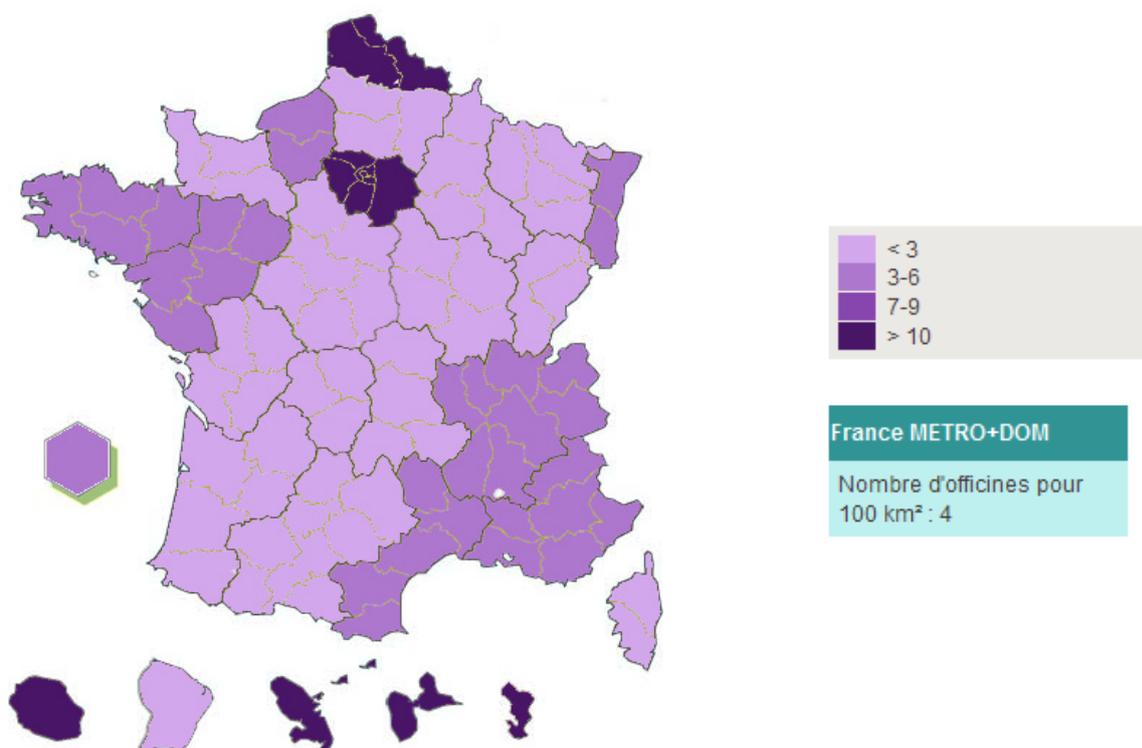
ANNEXE 1 : DONNEES CONCERNANT LA REPARTITION DES OFFICINES SUR LE TERRITOIRE NATIONAL AU 1 ^{ER} SEPTEMBRE 2012	121
ANNEXE 2 : CONTENU DE L'ENTRETIEN PHARMACEUTIQUE EN FONCTION DU TYPE D'ORDONNANCE ET DU NIVEAU DE PRISE EN CHARGE	123
ANNEXE 3 : EXEMPLE DE FORMULAIRE DE RECUEIL DE DONNEES UTILISABLE AU COURS DE L'ENTRETIEN PHARMACEUTIQUE .	128
ANNEXE 4 : QUESTIONNAIRE A DESTINATION DES PATIENTS SOUS ANTICOAGULANTS.....	130
ANNEXE 5 : MODELE DE LETTRE D'INTENTION ET DE FORMULAIRE A ADRESSER A L'ARS POUR LA MISE EN PLACE D'UN PROTOCOLE DE COOPERATION INTERPROFESSIONNELLE	132
ANNEXE 6 : FORMULAIRE D'OPINION PHARMACEUTIQUE ELABORE PAR L'ORDRE NATIONAL DES PHARMACIENS.....	135
ANNEXE 7 : SITUATION DU DMP SUR LE TERRITOIRE NATIONAL AU 6 JANVIER 2013.....	136
ANNEXE 8 : MODELE-TYPE D'ORDONNANCE D'UNE PRESCRIPTION MEDICAMENTEUSE PAR TELEPHONE DANS LE CADRE DE LA REGULATION MEDICALE (D'APRES LA HAUTE AUTORITE DE SANTE).....	137
ANNEXE 9 : MODELE D'ORDONNANCE COLLECTIVE DE CONTRACEPTION HORMONALE A L'INTENTION DE L'INFIRMIERE ET DU PHARMACIEN (D'APRES UN MODELE QUEBECOIS)	138
ANNEXE 10 : TABLEAU RECAPITULATIF DES MECANISMES DE L'ASTHME	141
ANNEXE 11 : DIFFERENTS DEGRES DE SEVERITE DE LA MALADIE ASTHMATIQUE.....	142
ANNEXE 12 : DIFFERENTS TRAITEMENTS DE L'ASTHME ET LEURS OBJECTIFS THERAPEUTIQUES.....	143
ANNEXE 13 : FICHE TECHNIQUE MONTRANT L'UTILISATION DU DISPOSITIF AUTOHALER®	144
ANNEXE 14 : SYSTEME A TROIS ZONES PERMETTANT D'AIDER LE PATIENT DANS L'AUTOSURVEILLANCE DE SON ASTHME	145
ANNEXE 15 : TEST DE CONTROLE DE L'ASTHME.....	146
ANNEXE 16 : GRILLE D'EVALUATION DE LA TECHNIQUE D'INHALATION DU DISPOSITIF AUTOHALER®	147

ANNEXES

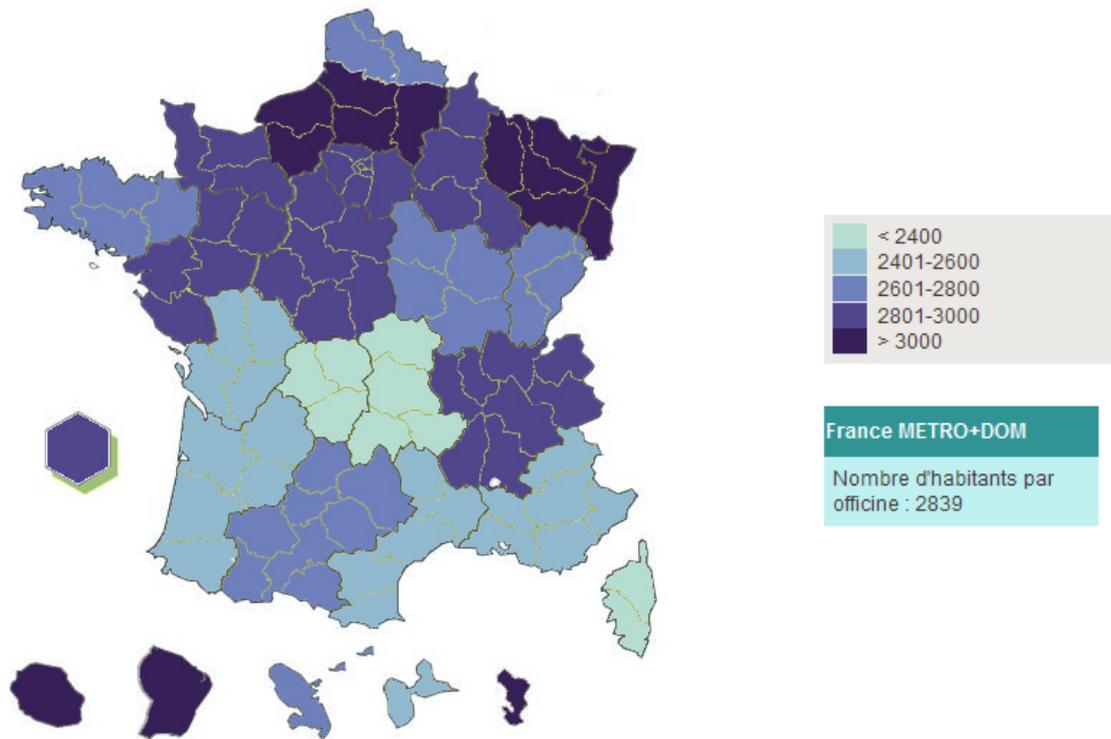
Annexe 1 : Données concernant la répartition des officines sur le territoire national au 1^{er} septembre 2012



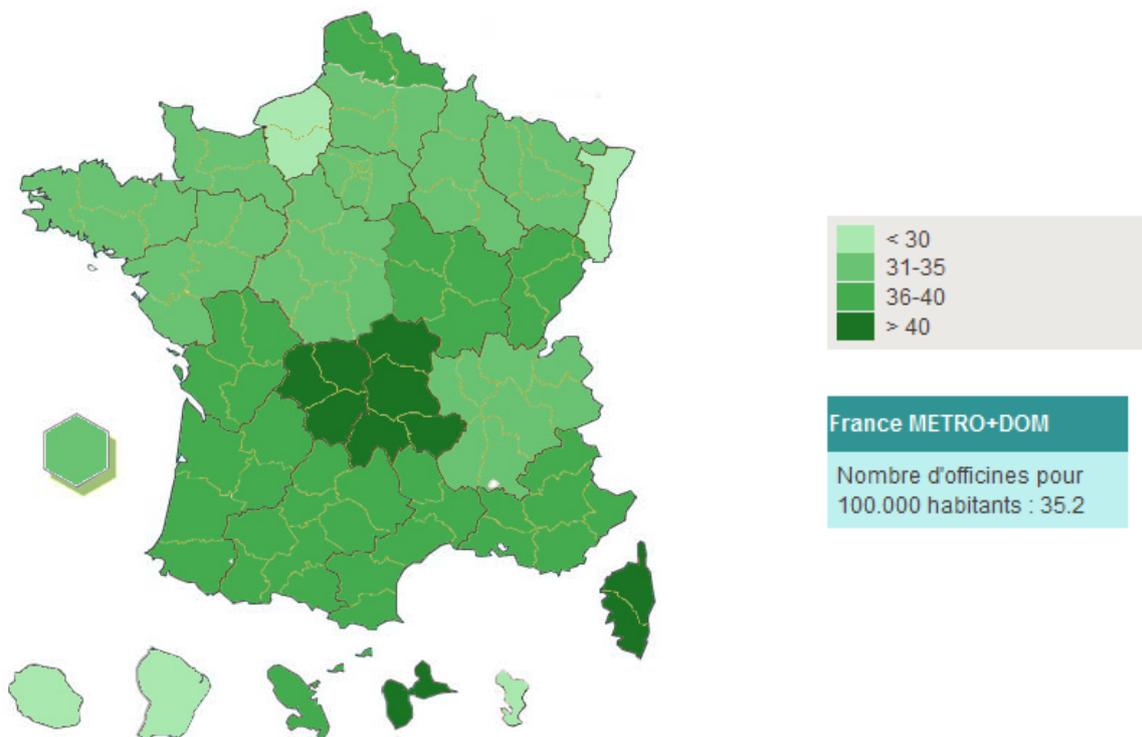
Nombre d'officines sur le territoire français



Nombre d'officines au 100 km²



Nombre d'habitants par officine



Nombre d'offices pour 100 000 habitants

Annexe 2 : Contenu de l'entretien pharmaceutique en fonction du type d'ordonnance et du niveau de prise en charge

(d'après les recommandations de l'Ordre des pharmaciens du Québec ^[29])

Nouvelle ordonnance			
Étapes de l'entretien pharmaceutique	Niveau fondamental	Niveau intermédiaire	Niveau enrichi
Préambule	<ul style="list-style-type: none"> - Se présenter et s'identifier comme pharmacien auprès du patient - Obtenir son consentement - Demander à qui le médicament est destiné - Revoir le dossier pharmaceutique - Utiliser l'espace de confidentialité 	= Niveau fondamental	= Niveau fondamental + <ul style="list-style-type: none"> - Expliquer le but et la durée de l'entretien
Recueil de données	<ul style="list-style-type: none"> - Allergies - Grossesse/allaitement - Age - Poids (si enfant) - Autres médicaments (sur prescription ou en vente libre) 	= Niveau fondamental + <ul style="list-style-type: none"> - Maladies chroniques - Poids de l'adulte (si nécessaire) 	= Niveau intermédiaire + <ul style="list-style-type: none"> - Habitudes de vie - Poids, taille - Surface corporelle (si nécessaire) - Vaccins - Maladies iatrogéniques - Evaluation des connaissances que le patient possède sur sa maladie et son traitement - Evaluation des peurs ou problèmes relatifs à la maladie et au traitement

<p>Recueil de données</p>	<p>- Outils : → Dossier pharmaceutique</p>	<p>- Outils : → Dossier pharmaceutique → Formulaire de recueil des données au cours de l'entretien (cf. <i>Annexe 3</i>)</p>	<p>- Outils : → Dossier pharmaceutique → Formulaire de recueil des données au cours de l'entretien (cf. <i>Annexe 3</i>) → Questionnaire plus élaboré, pour vérifier l'observance du traitement</p>
<p>Conseils</p>	<p>- Nom du médicament - Indications - Méthode optimale de prise et horaire d'administration adaptée aux activités quotidiennes du patient - Mode d'utilisation - Effets indésirables principaux, identifiables et évitables - Précautions particulières (s'il y a lieu) - Résultats attendus</p>	<p>= Niveau fondamental + - Directives en cas d'oubli d'une dose - Durée du traitement - Que faire si l'état s'aggrave ? - Temps nécessaire pour l'obtention de l'effet thérapeutique - Après combien de temps faut-il s'inquiéter s'il n'y a pas d'amélioration ? - Conditions et durée de conservation - Directives spéciales pour l'administration et la préparation - Manipulation du produit et élimination - Outils : → Feuillelet d'information</p>	<p>= Niveau intermédiaire + conseils adaptés à la condition particulière du patient - Comment agit le médicament ? Quels sont ses effets ? - Technique de suivi du traitement (indicateur de glycémie, pression artérielle, etc.) - Renseignements au sujet des renouvellements - Mesures non pharmacologiques et préventives pouvant conduire à de meilleurs résultats thérapeutiques (facteurs de risque comme l'obésité, le tabagisme...) - Critique des mythes et préjugés répandus au sujet du produit (s'il y a lieu) - Outils : → Information écrite personnalisée → Horaire d'administration adaptée au régime de vie du patient → Piluliers hebdomadaires</p>
<p>Conclusion</p>	<p>- Vérifier si le patient a compris le traitement</p>	<p>= Niveau fondamental</p>	<p>= Niveau intermédiaire + - Résumer les éléments-clés de l'information - Fournir au patient de préciser certaines questions ou inquiétudes - Aider le patient à planifier le suivi et les prochaines étapes - Offrir sa disponibilité</p>

Renouvellement

Etapas de l'entretien pharmaceutique	Niveau fondamental	Niveau intermédiaire	Niveau enrichi
Préambule	<ul style="list-style-type: none"> - Obtenir le consentement du patient - Revoir le dossier pharmaceutique - Utiliser l'espace de confidentialité 	= Niveau fondamental <ul style="list-style-type: none"> - Expliquer le but et la durée de l'entretien 	= Niveau fondamental + <ul style="list-style-type: none"> - Expliquer le but et la durée de l'entretien
Recueil de données	<ul style="list-style-type: none"> - Mise à jour 	= Niveau fondamental + <ul style="list-style-type: none"> - Revoir les données annuellement 	= Niveau intermédiaire
Conseils	<ul style="list-style-type: none"> - Suivi périodique pour certains types de médicaments et de patients, visant à vérifier les 7 éléments abordés au premier entretien - Evaluation de l'efficacité du traitement - Evaluation de la toxicité - Identification et résolution de problèmes liés au traitement - Détection de l'inobservance 	= Niveau fondamental + <ul style="list-style-type: none"> - Mesures de suivi du traitement (mesure de tension artérielle, glycémie, cholestérolémie...) 	= Niveau intermédiaire + <ul style="list-style-type: none"> - Mesures de suivi plus complètes comme l'identification des problèmes potentiels liés au traitement et interventions appropriées - Approche structurée pour résoudre les problèmes d'inobservance - Mise en place d'un programme de suivi automatique des renouvellements - Vérification de l'atteinte des objectifs thérapeutiques - Renforcement des mesures non pharmacologiques et préventives
Conclusion	<ul style="list-style-type: none"> - Vérifier si le patient a compris le traitement 	= Niveau fondamental	= Niveau intermédiaire

Délivrance de médicaments en vente libre			
Etapes de l'entretien pharmaceutique	Niveau fondamental	Niveau intermédiaire	Niveau enrichi
Préambule	<ul style="list-style-type: none"> - Se présenter et s'identifier comme pharmacien auprès du patient - Obtenir son consentement - Demander à qui le médicament est destiné - Revoir le dossier, s'il y a lieu - Utiliser l'espace de confidentialité 	= Niveau fondamental + <ul style="list-style-type: none"> - Essayer de savoir si le patient a déjà consulté un médecin ou un pharmacien à ce sujet 	= Niveau fondamental + <ul style="list-style-type: none"> - Expliquer le but et la durée de l'entretien
Recueil de données	<ul style="list-style-type: none"> - Description des symptômes (méthode informelle) - Allergies - Poids (pour un enfant) - Grossesse/allaitement - Maladies chroniques - Autres médicaments (sur prescription ou en vente libre) 	= Niveau fondamental + <ul style="list-style-type: none"> - Méthode plus structurée pour la description des symptômes - Chronologie : depuis quand ? - Localisation : où ? - Qualité : description des symptômes - Quantité : fréquence, gravité - Circonstances d'apparition : quand ? comment ? - Aggravation ou atténuation - Symptômes associés 	= Niveau intermédiaire + <ul style="list-style-type: none"> - Habitudes de vie (s'il y a lieu) - Vaccins (s'il y a lieu) - Maladies iatrogéniques (s'il y a lieu)

<p>Conseils</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Nom du médicament - Indications - Méthode optimale de prise et horaire d'administration - Mode d'utilisation - Effets indésirables principaux, identifiables et évitables - Précautions particulières (s'il y a lieu) - Résultats attendus - Transfert à un médecin (s'il y a lieu) - Directives spécifiques si la situation ne s'améliore pas 	<p>= Niveau fondamental +</p> <ul style="list-style-type: none"> - Inscription de la délivrance du médicament dans le dossier pharmaceutique 	<p>= Niveau intermédiaire +</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mesures de traitement non pharmacologiques et préventives pouvant conduire à de meilleurs résultats thérapeutiques - Suivi de l'efficacité du traitement - Documentation de l'intervention du pharmacien - Remise d'information écrite - Note écrite au médecin
<p>Conclusion</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Résumer les éléments-clés de l'information 	<p>= Niveau fondamental</p>	<p>= Niveau intermédiaire +</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fournir au patient de préciser certaines questions ou inquiétudes - Planifier un suivi - Offrir sa disponibilité

Annexe 3 : Exemple de formulaire de recueil de données utilisable au cours de l'entretien pharmaceutique

(d'après les recommandations de l'Ordre des pharmaciens du Québec^[29])

Renseignements généraux	
- Nom :	- Poids :
- Prénom :	- Taille :
- Sexe :	- Profession :
- Date de naissance :	- Vous est-il difficile d'utiliser des contenants à fermoir de sécurité ?
- Adresse :	
- Code Postal :	
- Ville :	
- Téléphone :	
- N° de Sécurité Sociale :	

Conditions particulières	
- Etes-vous enceinte ? Si oui, précisez la date prévue de l'accouchement :	- Votre poids a-t-il subi une modification récente ? si oui, veuillez préciser :
- Allaitiez-vous en ce moment ?	- Avez-vous une stomie ?
- Conduisez-vous un véhicule ?	- Souffrez-vous de handicap(s) ? si oui, veuillez préciser :
- Portez-vous des lentilles cornéennes ?	- Avez-vous subi une (ou plusieurs) opération(s) chirurgicale(s) ? si oui, veuillez préciser :
- Fumez-vous ? Si oui, combien de cigarettes par jour ? .....	.....
- Consommez-vous du thé/café ? Si oui, combien de tasses par jour ?	- Suivez-vous un régime particulier ? Si oui, veuillez préciser :
- Consommez-vous de l'alcool ? Si oui, combien de consommations par jour ? (bière, vin...) : .....	.....
.....

Maladies chroniques					
	Oui	Non		Oui	Non
- Allergie			- Maladies cardiaques		
- Arthrite			- Maladies de la thyroïde		
- Asthme, bronchite			- Maladies hépatiques		
- Diabète			- Maladies rénales		
- Epilepsie			- Affections gastriques (ulcère, ...)		
- Rhume des foins			- Autre (précisez) :		
			-		

Traitement médicamenteux

- Prenez-vous des médicaments sur ordonnance régulièrement ?

- Si oui, veuillez préciser :

Médicament	Dose	Fréquence/jour

- Prenez-vous des médicaments en vente libre, non prescrits par votre médecin (y compris les produits naturels et homéopathiques) ?

- Si oui, veuillez préciser :

Médicament	Dose	Fréquence/jour

Vous prenez un traitement anticoagulant

Testez vos connaissances pour la surveillance et la sécurité de votre traitement

Votre médecin vous a prescrit un médicament anticoagulant de la famille des anti-vitamine K.

Pour surveiller votre traitement, vous devez régulièrement faire des prises de sang.

Des changements de doses du médicament sont souvent nécessaires.

Le calcul des doses est fait en fonction des résultats de l'analyse de sang.

Avez-vous bien compris les explications de votre médecin et des documents qu'il vous a remis ?

Pour le savoir, faites ce test.

Cochez la bonne réponse. Si vous hésitez, il vaut mieux répondre « je ne sais pas » que de se tromper.

1. Pour vérifier l'efficacité de votre traitement, quel est le principal paramètre à surveiller par prise de sang ?

- NFS
- INR
- Nombre de globules rouges
- Nombre de globules blancs
- Nombre de plaquettes
- TP
- Je ne sais pas

2. Savez-vous quand vous devez faire votre prochaine prise de sang ?

- Non, je ne sais pas
- Oui, mon médecin me l'a indiqué

3. En cas de fièvre ou de mal de tête, pouvez-vous prendre de l'aspirine ou un anti-inflammatoire ?

- Non
- Oui
- Je ne sais pas

4. En cas de douleur, votre médecin vous a-t-il indiqué les médicaments que vous pouvez prendre avec votre traitement par anti-vitamine K ?

- Oui
- Non

5. Quel est votre INR cible ? (c'est-à-dire le taux d'INR qu'il faut avoir avec votre traitement)

- Je sais répondre à cette question.
- Je ne comprends pas cette question.
- Je comprends cette question, mais je ne sais pas.

6. Quand mon INR est plus bas que la cible indiquée, cela veut dire que :

- Mon traitement est trop dosé
- Mon traitement n'est pas assez dosé
- Je ne sais pas

7. Quand mon INR est trop fort, je risque :

- Un saignement
- Que mon traitement ne soit pas efficace
- Je ne sais pas

8. Avez-vous dans votre portefeuille, une carte ou un livret d'anticoagulant ?

- Oui
- Je ne comprends pas cette question
- Non

9. Prenons un exemple : vous venez de recevoir vos résultats d'analyses qui indiquent que votre INR est à 1,2.
Cela veut dire que :

- Mon traitement n'est pas assez efficace
- Mon traitement est trop efficace
- Je ne sais pas répondre

10. Lorsque mon INR est stable, à la valeur voulue, et que mon médecin m'a dit que « tout va bien », à quelle fréquence dois-je faire mes analyses de sang ?

- Je ne sais pas
- Tous les mois
- Toutes les 6 semaines

Annexe 5 : Modèle de lettre d'intention et de formulaire à adresser à l'ARS pour la mise en place d'un protocole de coopération interprofessionnelle

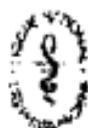
 <p>HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ</p>	 <p>Liberté • Égalité • Fraternité RÉPUBLIQUE FRANÇAISE MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ</p>
<h2>Coopération entre professionnels de santé</h2>	
<h3>→ Lettre d'intention</h3>	
<p>Coordonnées du responsable du projet</p> <p>Nom, Prénom :</p> <p>Adresse du lieu d'exercice :</p> <p>Numéro de téléphone :</p> <p>Adresse électronique :</p>	<p>Coordonnées de l'ARS</p>
<p>Date :</p>	
<p>Objet :</p>	
<p>Madame, Monsieur,</p>	
<p>Veillez trouver, ci-joint, pour avis, le formulaire concernant le projet de protocole de coopération, élaboré par</p>	
<p>.....</p> <p>(Groupe de professionnels promoteurs du projet de protocole de coopération).</p>	
<p>Je/Nous vous pri(ons)je d'agréer, Madame, Monsieur, mes/nos salutations les meilleures.</p>	
<p>Signature</p>	
<p></p>	

→ Formulaire ...

	Conseils	Éléments de réponse
<p>Intitulé du protocole de coopération (PC)</p> <p>Quel est le thème de la coopération entre professionnels de santé ?</p>	<p>L'intitulé est renseigné après avoir défini précisément le périmètre dérogatoire de la nouvelle prise en charge</p>	
<p>Besoin de santé régional</p> <p>À quel besoin de santé répond le protocole de coopération ?</p> <p>Qu'essayez-vous de résoudre, d'améliorer ? (quoi ? pourquoi ?)</p>		
<p>Profession du délégant</p> <p>Quelle est la profession, et le cas échéant la spécialité, du délégant inscrite à l'article L. 4011-1 du Code de la santé publique ?</p>	<p>La liste des professions de santé concernées par la coopération est consultable sur le site Internet de la HAS</p> <p>Lien professionnels de santé</p>	
<p>Profession du délégué</p> <p>Quelle est la profession du (ou des) délégué(s) inscrite à l'article L. 4011-1 du Code de la santé publique ?</p>	<p>La liste des professions de santé concernées par la coopération est consultable sur le site Internet de la HAS</p> <p>Lien professionnels de santé</p>	

... Fin ■

	Conseils	Éléments de réponse
<p>Objectifs</p> <p>Quels sont les résultats attendus en termes de qualité de la prise en charge du patient ?</p> <p>Quels sont les résultats attendus en termes de l'optimisation de la dépense de santé ?</p>	<p>L'intérêt du protocole est précisé pour l'ensemble des parties prenantes : patient, délégué, délégant</p>	
<p>Actes dérogatoires</p> <p>Quelles sont les décisions prises par le délégué, sans participation du délégant ?</p> <p>Pour un examen clinique, s'agit-il par exemple de poser son indication, de le réaliser, de l'interpréter ou encore de définir la conduite à tenir en fonction des résultats, etc. ?</p> <p>Pour une consultation de suivi, s'agit-il d'en décider l'opportunité, de détecter et d'interpréter des signes cliniques, de décider des orientations du patient, de poser l'indication d'un examen à réaliser, de réaliser une prescription, d'adapter un traitement ou de le renouveler ?</p> <p>Pour un acte technique, s'agit-il de poser son indication, de le réaliser, de l'interpréter ou encore de décider de la conduite à tenir en fonction des résultats ?</p>	<p>Un acte peut comprendre plusieurs étapes dont certaines ne sont pas dérogatoires.</p> <p>Sa décomposition est importante pour préciser quelle est la dérogation proposée et organiser le protocole</p> <p>Lien exemples</p>	
<p>Lieu de mise en oeuvre</p> <p>Dans quel cadre le protocole de coopération est-il prévu ?</p>		



OPINION PHARMACEUTIQUE¹

(Exemplaire destiné au prescripteur, le double étant consigné à l'officine)
Document personnel protégé par le secret professionnel

(Tampon de la pharmacie & date du jour)

Docteur : _____

Spécialité : _____

Service : _____ Unité fonctionnelle _____

N° ADELI : _____

N° Tel : _____ N° Fax : _____

OBJET : (cf. photocopie recto)

Traitement en cours d'instauration Renouvellement Ordonnance du : ___/___/2000 établie pour

PATIENT :

Nom : _____ Prénom : _____

N° Identification : _____ Date de naissance : ___/___/___ ou âge _____

(immatriculation SS ou n° dossier)

M F Poids : _____ Kg Taille : _____ Cm

NATURE DU PROBLEME :

Médicaments concernés (DC, forme galénique dosage & posologie)

<input type="checkbox"/> Inobservance	
<input type="checkbox"/> Interaction(s) médicamenteuse(s)	
<input type="checkbox"/> Contre-indication	
<input type="checkbox"/> Anomalie de posologie	
<input type="checkbox"/> Effet(s) indésirables(s)	
<input type="checkbox"/> Indication hors AMM	
<input type="checkbox"/> Autres (médicaments observés à l'hôpital, malade à statut particulier...)	

ARGUMENT(S) PHARMACEUTIQUE(S)

INTENTION(S) THERAPEUTIQUE(S) DU PRESCRIPTEUR

REFERENCE(S)

Dictionnaire : _____ Banque de données : _____ Autre : _____

Contact avec le Centre de Pharmacovigilance de : _____ le : ___/___/20___

Edition d'une déclaration d'effet indésirable susceptible d'être dû au médicament (certif n°10011*01) le : ___/___/20___

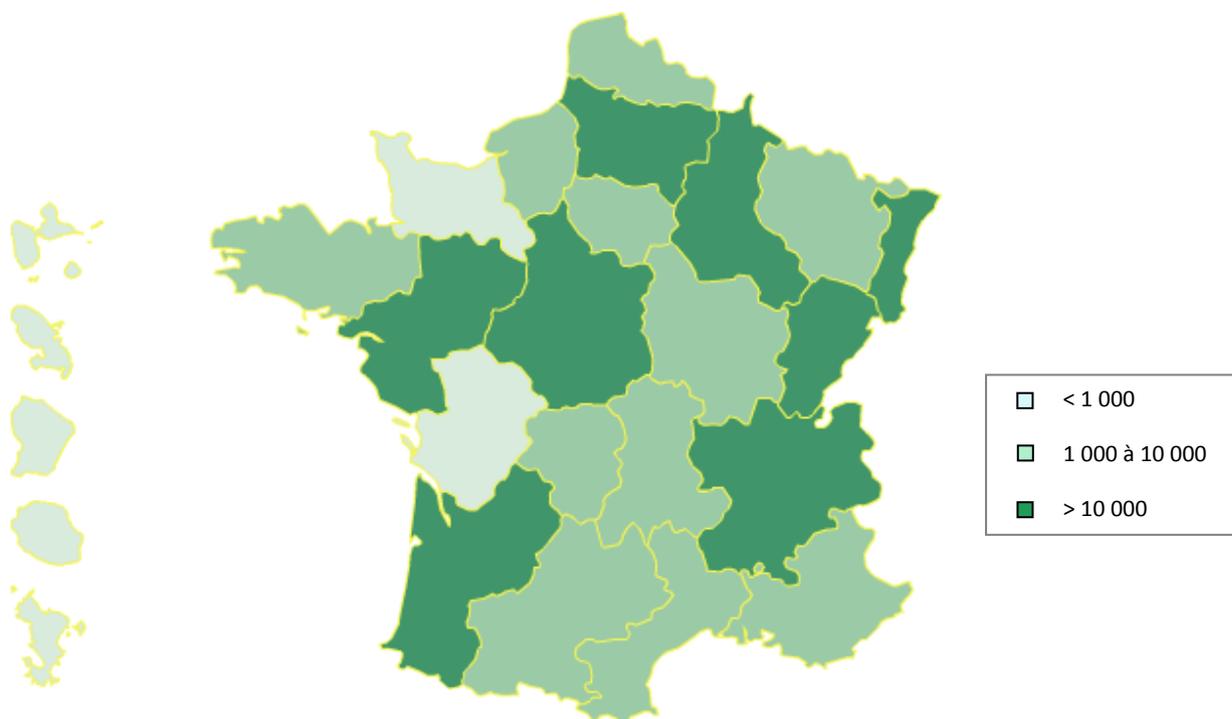
DECISION

<input type="checkbox"/> Adaptation de posologie	<input type="checkbox"/> Changement de classe thérapeutique	<input type="checkbox"/> Patient ou mandataire informé
<input type="checkbox"/> Aménagement du traitement	<input type="checkbox"/> Changement de DCI	<input type="checkbox"/> O.P. communiquée
<input type="checkbox"/> Arrêt du médicament	<input type="checkbox"/> Maintien du traitement	au Dr _____

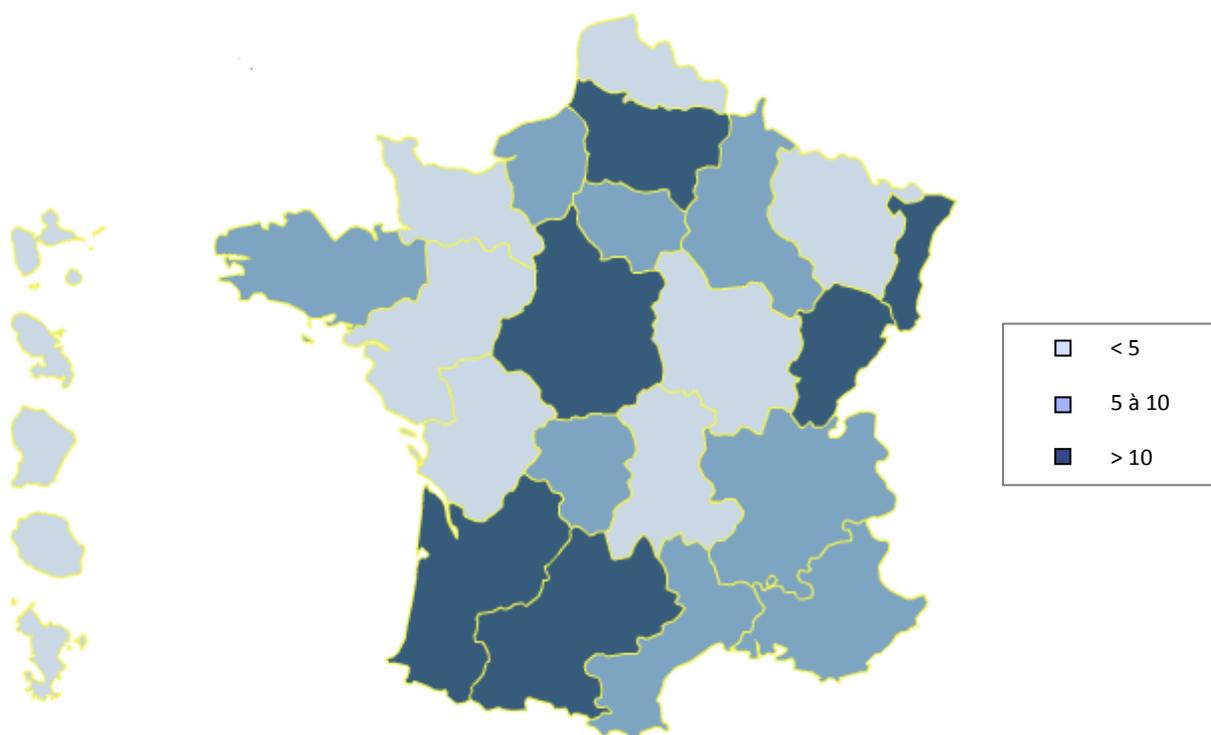
Validée par _____ Qualifié _____ le ___/___/20___ Signature _____

1- L'opinion pharmaceutique est un avis motivé, dressé sous l'autorité d'un pharmacien, portant sur la pertinence pharmaceutique d'une ordonnance, d'un test ou d'une demande du patient, consigné dans l'officine, et impérativement communiqué sur un document normalisé au prescripteur lorsque l'avis invite à la révision, ou lorsque l'il justifie le refus ou la modification d'office de sa prescription (cf. les art. R-5015-4A - R-5015-60 du CSP)

Annexe 7 : Situation du DMP sur le territoire national au 6 janvier 2013



Nombre de DMP par région ^[70]



Nombre d'établissements de santé raccordés au DMP par région ^[71]

Annexe 8 : Modèle-type d'ordonnance d'une prescription médicamenteuse par téléphone dans le cadre de la régulation médicale (d'après la Haute Autorité de Santé^[77])

Courrier médical confidentiel, en cas d'erreur d'orientation merci d'appeler le n° suivant
..... (centre régulateur)

**Ordonnance d'une prescription médicamenteuse par téléphone
dans le cadre de la régulation médicale**

EXPEDITEUR

Adresse du centre de régulation

N° de téléphone :

N° de fax :

Dr (nom et prénom/spécialité)

N° identifiant ADELI/RPPS

N° inscription au tableau de l'Ordre

Agissant dans le cadre de la régulation médicale

N° du dossier de régulation

DESTINATAIRE

Pharmacie nom officine

Nom et prénom du pharmacien qui réceptionne
et valide :

N° d'ordre du pharmacien :

Adresse officine :

Téléphone :

Télécopie :

Date et heure de la prescription et durée de validité

Nom/prénom du patient :

Adresse (n°, rue, code postal et ville) :

Age/sexe :

Poids (indispensable si < 15 ans) :

Médicaments prescrits pour heures

Préciser la durée de la prescription qui ne peut dépasser 72 heures)

Médicament (nom, dosage et DCI) : posologie, modalités d'administration, durée du traitement

Médicament (nom, dosage et DCI) : posologie, modalités d'administration, durée du traitement

Médicament (nom, dosage et DCI) : posologie, modalités d'administration, durée du traitement

Recontacter le médecin régulateur rapidement en cas d'aggravation des symptômes.

Contactez votre médecin traitant si besoin.

Ne pas oublier d'apporter cette ordonnance lors de votre prochaine consultation avec votre médecin traitant.

Signature du médecin régulateur prescripteur

Signature du pharmacien
qui a réceptionné et validé

Tampon de l'officine :

Pour accusé de réception, cette ordonnance est à renvoyer validée par le tampon de l'officine au centre de régulation (n° de fax :)

Annexe 9 : Modèle d'ordonnance collective de contraception hormonale à l'intention de l'infirmière et du pharmacien (d'après un modèle québécois^[82])

MODELE D'ORDONNANCE COLLECTIVE DE CONTRACEPTION HORMONALE A L'INTENTION DE L'INFIRMIERE ET DU PHARMACIEN

ORDONNANCE COLLECTIVE	Initier la contraception hormonale	
Référence à un protocole : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Date d'entrée en vigueur :	Date de révision prévue :

Professionnels visés par l'ordonnance et secteurs d'activité :

- Infirmières exerçant dans un établissement de santé ou en libéral
- Pharmaciens d'officine

Groupes de personnes visées ou situation clinique visée :

- Femmes en bonne santé qui ont besoin d'une contraception hormonale

Activités réservées de l'infirmière :

- Evaluer la condition physique et mentale d'une personne symptomatique
- Initier des mesures diagnostiques et thérapeutiques, selon une ordonnance

Activités réservées du pharmacien :

- Initier la thérapie médicamenteuse, selon une ordonnance
- Surveiller la thérapie médicamenteuse

Médecin répondant :

Le nom du médecin répondant inscrit par l'infirmière sur le formulaire de liaison pour l'application de l'ordonnance collective sera déterminé de la façon suivante (*décrire les modalités retenues*) : _____

Objectif :

- Prévenir une grossesse

Indication :

- Permettre à une femme en bonne santé n'ayant pas d'ordonnance individuelle de contraception hormonale d'y avoir accès pour une période maximale de six mois, et lui fournir un service d'enseignement et de conseil en matière de contraception hormonale

Conditions :

- Le ou les médecins signataires de l'ordonnance collective établissent un calendrier comprenant des plages horaires réservées de façon à satisfaire à l'exigence concernant l'évaluation par un médecin dans un délai inférieur à six mois.
- L'infirmière informe la personne visée par l'application de l'ordonnance collective qu'elle doit rencontrer un médecin, dans un délai de six mois, afin de recevoir une ordonnance individuelle.
- L'infirmière offre à la personne un rendez-vous avec l'un des médecins signataires de l'ordonnance collective dans un délai de six mois et l'oriente pour la prise de rendez-vous, le cas échéant.
- L'infirmière doit signer et remettre à la personne le formulaire de liaison pour l'application de l'ordonnance collective à l'intention du pharmacien.
- Sur réception du formulaire de liaison, le pharmacien doit s'assurer qu'il s'applique à une ordonnance collective en vigueur qu'il détient.
- L'ordonnance collective ne permet pas de renouveler, à l'échéance, une ordonnance collective qui a permis d'initier une contraception hormonale pour six mois.
- L'ordonnance collective ne permet pas de renouveler une ordonnance individuelle arrivée à échéance.
- L'ordonnance collective ne peut pas être appliquée deux fois de façon immédiatement successive à la même personne.

Contre-indications :

- Ne pas appliquer l'ordonnance collective en présence de contre-indications (détaillées en annexe du modèle d'ordonnance)

Directives dans le cadre du suivi :

- Arrêt de la contraception hormonale et évaluation par un médecin en présence de signes ou de certains symptômes (détaillés en annexe du modèle d'ordonnance).

OBJET DE L'ORDONNANCE COLLECTIVE

Contraceptifs oraux combinés contenant moins de 50 µg d'oestrogènes :

Monophasiques		Multiphasiques
<input type="checkbox"/> ALESSE®	<input type="checkbox"/> MINISTRIN® 1/20	<input type="checkbox"/> ENPRESSE®
<input type="checkbox"/> APRI®	<input type="checkbox"/> MIRANOVA®	<input type="checkbox"/> LINESSA®
<input type="checkbox"/> AVIANE®	<input type="checkbox"/> MIN-OVRAL®	<input type="checkbox"/> ORTHO® 7/7/7
<input type="checkbox"/> BELESSE®	<input type="checkbox"/> ORTHO-CEPT®	<input type="checkbox"/> PREVIFEM®
<input type="checkbox"/> BREVICON® 0,5/35	<input type="checkbox"/> ORTHO® 0,5/35	<input type="checkbox"/> SYNPHASIC®
<input type="checkbox"/> BREVICON® 1/35	<input type="checkbox"/> ORTHO® 1/35	<input type="checkbox"/> TRI-CYCLEN®
<input type="checkbox"/> CYCLEN®	<input type="checkbox"/> PORTIA®	<input type="checkbox"/> TRI-CYCLEN LO®
<input type="checkbox"/> DEMULEN® 30	<input type="checkbox"/> SEASONALE®	<input type="checkbox"/> TRI-PREVIFEM®
<input type="checkbox"/> LOESTRIN® 1,5/30	<input type="checkbox"/> SELECT® 1/35	<input type="checkbox"/> TRIQUILAR®
<input type="checkbox"/> MARVELON®	<input type="checkbox"/> YASMIN®	
	<input type="checkbox"/> YAZ®	

Présentation 21 comprimés : prendre 1 comprimé par jour pendant 21 jours, puis arrêter 7 jours

Présentation 28 comprimés : prendre 1 comprimé par jour pendant 28 jours consécutifs.

Répéter cinq fois.

Timbre contraceptif :

EVRA® 1 boîte (3 timbres)

Appliquer 1 timbre par semaine pendant 3 semaines consécutives suivies d'un intervalle de 7 jours sans timbre.

Répéter cinq fois.

Anneau vaginal contraceptif :

NUVARING® 1 anneau

Insérer l'anneau vaginal et le garder en place pendant une période de 21 jours. Retirer ensuite l'anneau et attendre 7 jours.

Répéter cinq fois.

Contraceptif oral à progestatif seul (présentation 28 comprimés) :

MICRONOR®

Prendre un comprimé par jour pendant 28 jours consécutifs.

Répéter cinq fois.

Injection contraceptive :

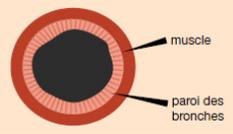
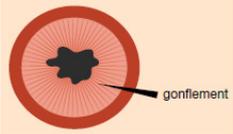
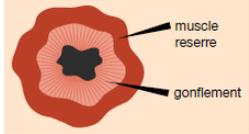
DEPO-PROVERA® suspension injectable d'acétate de médroxyprogestérone

1 injection en IM toutes les 12 semaines

Répéter une fois.

NB : Tous les noms de médicaments indiqués sur cette page sont des marques déposés. Ce sont tous des contraceptifs oraux combinés approuvés par les autorités de santé au Canada, cités ici à titre d'exemple dans le modèle d'ordonnance collective.

Annexe 10 : Tableau récapitulatif des mécanismes de l'asthme ^[91]

Etat du patient	Sujet sain	Sujet asthmatique		Crise d'asthme
Etat des bronches	Bronche normale	Inflammation des bronches	Hypersécrétion de mucus	Bronchospasme = bronchoconstriction
				
Traitement	/	Corticoïdes inhalés	Pas de traitement	Bronchodilatateurs (β 2 stimulantes ou anticholinergiques)

Annexe 11 : Différents degrés de sévérité de la maladie asthmatique

(d'après l'ANAES^[92])

Palier		1	2	3	4
Asthme		Intermittent	Persistant léger	Persistant modéré	Persistant sévère
Signes cliniques	Symptômes diurnes	< 1 fois/semaine	> 1 fois/semaine < 1 fois/mois	Quotidiens	Permanents, avec limitation de l'activité physique
	Symptômes nocturnes	< 2 fois/mois	> 2 fois/mois	> 1 fois/semaine	Fréquents
	Exacerbations	Brèves		Crises retentissant sur l'activité et le sommeil	Fréquentes
DEP (% du maximum de l'individu)		> 80%	60 - 80%	< 60%	< 60%

Annexe 12 : Différents traitements de l'asthme et leurs objectifs thérapeutiques ^[93]

Bronchodilatateurs	β2-mimétiques d'action rapide et brève (β2+ CDA)	<u>Salbutamol</u> : Airomir®, Asmasal®, Ventilastin®, Ventoline® <u>Terbutaline</u> : Bricanyl®	Traitement de la crise Action rapide (1 min) Durée d'action : 4 à 6 h
	β2-mimétiques à longue durée d'action (β2+ LDA)	<u>Formotérol</u> : Asmelor®, Atimos®, Foradil®, Formoair® <u>Indacatérol</u> : Onbrez®, Oslif® <u>Salmétérol</u> : Serevent®	Traitement de fond Durée d'action : 12 h
	Anticholinergiques	<u>Ipratropium</u> : Atrovent® <u>Tiotropium</u> : Spiriva®	Traitement de crise
	Associations anticholinergique + β2+ CDA	<u>Ipratropium + fénotérol</u> : Bronchodual®	
Anti-inflammatoires	Corticoïdes inhalés (AIS)	<u>Béclométhasone</u> : Asmabec®, Beclojet®, Beclospray®, Becotide®, Bemedrex®, Ecobec®, Miflasone®, Qvar® <u>Budésonide</u> : Miflonil®, Novopulmon®, Pulmicort® <u>Ciclésonide</u> : Alvesco® <u>Fluticasone</u> : Flixotide®	Traitement de fond
Associations AIS + β2+ LDA		<u>Beclométhasone + formotérol</u> : Formodual®, Innovair® <u>Budésonide + formotérol</u> : Symbicort® <u>Fluticasone + salmétérol</u> : Seretide®	
Autres		<u>Antihistaminiques</u> (Zaditen®, Aerius®, Xyzall®...) <u>Anticorps monoclonal</u> (omalizumab : Xolair®) <u>Antileucotriènes</u> (montelukast : Singulair®) <u>Cromones</u> (cromoglycate de sodium : Lomudal®) <u>Théophylline et dérivés</u> (Trentadil®, Dilatrane®, Euphylline...)	

Annexe 13 : Fiche technique montrant l'utilisation du dispositif Autohaler®

(d'après une brochure éditée par l'Assurance Maladie ^[94])



Enlever le capuchon.



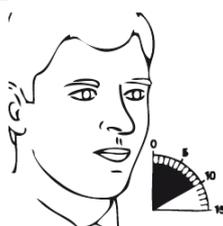
Agiter l'appareil et soulever le levier.



Expirer normalement.



Placer l'embout buccal dans la bouche et aspirer profondément. La bouffée se libère automatiquement.



Continuer à inspirer et bloquer la respiration pendant 10 secondes.



Abaisser le levier.

Annexe 14 : Système à trois zones permettant d'aider le patient dans l'autosurveillance de son asthme

(d'après l'Association pulmonaire du Canada^[91])

Niveau vert : asthme contrôlé					
Symptômes	<ul style="list-style-type: none"> - Respiration normale - Pas de troubles du sommeil - Pas de toux ni de respiration sifflante - Pas de gêne dans les activités habituelles 		Conduite à tenir Je devrais continuer à prendre les médicaments habituels tels que prescrits par le médecin et mesurer le débit de pointe fois par semaine/mois		
DEP (% du meilleur résultat)	..... (80 à 100% du meilleur résultat du patient)		Médicament	Dose	Horaire de prise

Niveau jaune : aggravation des symptômes d'asthme					
Symptômes	<ul style="list-style-type: none"> - Présence de symptômes (toux, respiration sifflante) lors d'une activité physique ou la nuit, qui disparaissent à l'utilisation du traitement de crise - Utilisation du traitement de crise plus de fois par semaine/jour - Pas de toux ni de respiration sifflante - Pas de gêne dans les activités habituelles 		Conduite à tenir Il y a un début de problème. Je dois consulter mon médecin afin de modifier mon traitement, ou l'ajuster conformément au plan d'action déjà convenu avec lui.		
DEP (% du meilleur résultat)	..... (60 à 80% du meilleur résultat du patient)		Médicament	Dose	Horaire de prise

Niveau rouge : crise d'asthme					
Symptômes	<ul style="list-style-type: none"> - Difficultés à respirer - Respiration souvent sifflante, y compris au repos - Difficultés à marcher et/ou à parler - Lèvres et/ou bouts de mes doigts bleuâtres ou grisâtres - Pas de soulagement des symptômes par la prise d'un médicament de crise après 10 minutes, ou nécessité de le réutiliser au bout de 4 heures ou moins 		Conduite à tenir JE DOIS IMMEDIATEMENT CONSULTER MON MEDECIN OU ME RENDRE AUX URGENCES. EN ATTENDANT, J'UTILISE MON TRAITEMENT DE CRISE AUSSI SOUVENT QUE NECESSAIRE.		
DEP (% du meilleur résultat)	..... (< 60% du meilleur résultat)				

Annexe 15 : Test de contrôle de l'asthme

(d'après le Cespharm)

Test de contrôle de l'asthme
<p style="text-align: center;">Ce test n'est pas un questionnaire de diagnostic de l'asthme, mais un questionnaire d'évaluation de et de suivi du niveau de contrôle de l'asthme pour tous les patients de plus de 12 ans suivant un traitement de fond.</p>

- Au cours des 4 dernières semaines , votre asthme vous a-t-il gêné(e) dans vos activités au travail, à l'école/université ou chez vous ?					
---	--	--	--	--	--

Tout le temps	La plupart du temps	Quelquefois	Rarement	Jamais	Points
1	2	3	4	5	

- Au cours des 4 dernières semaines , avez-vous été essoufflé(e) ?					
---	--	--	--	--	--

Plus d'une fois par jour	Une fois par jour	3 à 6 fois/semaine	1 ou 2 fois par semaine	Jamais	Points
1	2	3	4	5	

- Au cours des 4 dernières semaines , les symptômes de l' asthme (sifflement dans la poitrine, toux, essoufflement, oppression ou douleur dans la poitrine) vous ont-ils réveillé(e) la nuit ou plus tôt que d'habitude le matin ?					
--	--	--	--	--	--

4 nuits ou plus/semaine	2 à 3 nuits/semaine	Une nuit/semaine	1 ou 2 fois en tout	Jamais	Points
1	2	3	4	5	

- Au cours des 4 dernières semaines , avez-vous utilisé votre inhalateur de secours ou pris un traitement par nébulisation (par exemple salbutamol, terbutaline) ?					
---	--	--	--	--	--

3 fois/jour ou plus	1 ou 2 fois/jour	2 ou 3 fois/semaine	1 fois/semaine ou moins	Jamais	Points
1	2	3	4	5	

- Comment évalueriez-vous votre asthme au cours des 4 dernières semaines ?					
--	--	--	--	--	--

Pas contrôlé du tout	Très peu contrôlé	Un peu contrôlé	Bien contrôlé	Totalemt contrôlé	Points
1	2	3	4	5	

TOTAL DES POINTS	
------------------	--

Si votre score est < 20, c'est que l'asthme n'est peut-être pas bien contrôlé.

Consultez votre médecin et apportez-lui les résultats du test pour en discuter avec lui.

Annexe 16 : Grille d'évaluation de la technique d'inhalation du dispositif Autohaler® [56]

Grille d'évaluation des gestes (dispositif Autohaler®)	
Nom :	Cachet de l'officine
Prénom :	
Médicament prescrit :	
Grille remplie le :	

Observations	Acquis	Non acquis
- Retirer le capuchon		
- Agiter l'inhalateur		
- Tenir l'inhalateur verticalement (embout buccal vers le bas)		
- Soulever le levier		
- Expirer normalement avant l'inhalation		
- Serrer l'embout buccal entre les lèvres		
- Inspirer profondément par la bouche à travers l'embout buccal		
- Retirer l'inhalateur de la bouche et retenir sa respiration pendant quelques secondes		
- Expirer normalement		
- Après usage, rabaisser le levier en position fermée et replacer le capuchon sur l'embout buccal		
- Après inhalation d'un corticoïde, se rincer la bouche		

Commentaires :

.....

.....

Serment de Galien



Je jure en présence de mes Maîtres de la Faculté
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, mes devoirs envers le
malade et sa dignité humaine, de respecter le secret professionnel.

En aucun cas, je ne consentirai à utiliser mes connaissances et mon
état pour corrompre les mœurs et favoriser les 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.

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE

Titre : Le pharmacien d'officine, véritable acteur de santé publique : mise en place de différents outils pour la prise en charge du patient à l'officine et la coopération interprofessionnelle

Auteur : Sophie MAZALEYRAT, née le 29 octobre 1987 à USSEL (19)

Date : 11 février 2013

Résumé :

Les officines françaises sont aujourd'hui confrontées à des évolutions démographiques et économiques, qui rendent nécessaire une adaptation de la profession de pharmacien pour faire face à ce nouvel environnement.

Avec le soutien des autorités publiques, et notamment avec la promulgation de la loi « Hôpital, Patients, Santé et Territoires » en 2009 et la signature d'une nouvelle Convention pharmaceutique en 2012, les pharmaciens ont aujourd'hui l'opportunité de renforcer leur rôle de professionnel de santé. L'attribution de nouvelles missions et la mise en place de nouveaux modes de rémunération, basés sur l'acte pharmaceutique plutôt que sur le volume de médicaments vendus, devraient permettre à la fois de soutenir l'économie des officines françaises, et surtout de rapprocher le pharmacien de son cœur de métier.

Les pharmaciens, pour faire face à ce défi, devront utiliser de nouveaux outils et de nouvelles méthodes de travail, qui lui permettront d'améliorer l'accompagnement des patients atteints de pathologies chroniques et la prévention des risques iatrogéniques, mais aussi de développer la prévention et le dépistage de différentes pathologies à l'officine.

D'autre part, une coopération renforcée avec les autres professionnels de santé sera nécessaire afin d'améliorer la prise en charge du patient et la qualité des soins.

La mise en place, prévue dès 2013, du suivi des patients sous traitement anticoagulant anti-vitamine K et de la prise en charge des patients asthmatiques, devraient être un tremplin permettant aux pharmaciens français de développer peu à peu ce nouveau type d'activités, et de faire évoluer leur exercice professionnel, dans l'intérêt du patient, de la Santé Publique et de la profession.

Mots-clés : pharmacie d'officine ; nouvelles missions ; loi HPST ; convention pharmaceutique ; coopération interprofessionnelle

UNIVERSITE DE LIMOGES – Faculté de Pharmacie

2, rue Raymond Marcland

87025 LIMOGES CEDEX