

UNIVERSITE DE NANTES

FACULTE DE MEDECINE

Année 2016

N° 150

THESE

pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

(DES de médecine générale)

par

Adrien YVORRA

né le 27 octobre 1986 à Nantes

Présentée et soutenue publiquement le 22 novembre 2016

**LA COMMUNICATION ENTRE LE PHARMACIEN D'OFFICINE ET LE MEDECIN
GENERALISTE : UNE ETUDE EXPLORATOIRE**

Président : Monsieur le Professeur Marc DENIS

Directeurs de thèse: Messieurs Lionel GORONFLOT et Sébastien FAURE

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Marc DENIS, Président du Jury,

Je vous remercie d'avoir accepté la lecture de ce document et la présidence de ce jury.

A Messieurs les Professeurs Lionel GORONFLOT et Sébastien FAURE, Directeurs de la présente thèse,

Je vous remercie pour la confiance, l'autonomie et la patience que vous m'avez accordées tout au long de ce travail et aussi pour votre soutien sans faille durant les difficultés .

Enfin, je vous remercie pour votre compréhension et votre disponibilité.

A Madame Maud JOURDAIN, membre du Jury,

Je vous remercie pour votre aide à l'initiation de ce projet et pour votre présence au sein de ce jury.

A ma famille,

A Estelle, pour ton soutien depuis le début de ce projet , pour ton expertise dans le domaine pharmaceutique, tes heures de relecture.

Un immense merci pour ton soutien durant les immenses difficultés rencontrées au cours de ce travail.

Avec tout mon amour.

A mes parents, pour votre soutien, pour la confiance et tout l'amour que vous me portez. Un immense remerciement pour votre participation à l'étude et votre expertise pharmaceutique.

A Clément, mon frère, un grand merci pour ton aide précieuse sur Excel dans ce travail de thèse et ton soutien.

A Thomas, mon frère, un grand merci pour ton aide précieuse avec Zotéro et ton expertise pharmaceutique.

A mes grands parents(Gérard, Josette, Jacques, Bonnie et Jean) , mon parrain et ma marraine, Béné et Christian, mes beaux parents, à mes oncles et tantes, mes cousins et ma cousine, Eric , Camille, mes petits neveux, François et Marie Christine et mon filleul Antoine,

pour votre soutien, votre confiance et tout l'amour que vous me portez.

A mes amis,

pour votre écoute et votre soutien. Mais aussi pour tout ce que nous avons et continuerons à partager.

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS	1
TABLE DES MATIERES	3
INTRODUCTION	8
MATERIEL ET METHODES	14
A. Le type de l'étude.....	14
B. Le recrutement des officines.....	14
1) Le mode de recrutement	14
2) La détermination des effectifs	14
3) Le classement des officines.....	15
C. La méthodologie.....	16
1) Les critères d'inclusion et d'exclusion des participants au sein des officines	16
2) Les critères d'inclusion et d'exclusion des appels téléphoniques	17
3) Les supports de l'étude	17
D. Le déroulement de l'étude	22
1) La durée de l'étude	22
2) La rencontre avec les officinaux	22
3) Le début de l'étude	23
4) Durant l'étude	23
5) A l'issue de l'étude	23
E. L'analyse des résultats:	23
F. L'éthique.....	24
RESULTAT	25

A.	La présentation des effectifs	25
1)	Les Officines:	25
2)	Les médecins	27
B.	La présentation générale des contacts	27
1)	Les Contacts pharmaciens/préparateurs.....	28
2)	Les contacts par secteur	28
3)	Les contacts par type de secrétariat	29
4)	Les échecs complets.....	29
5)	Les acteurs de la réponse.....	29
6)	La ligne directe du médecin	30
7)	En résumé	30
C.	La fréquence.....	30
1)	Les appels par contact	30
2)	Les contacts et appels	31
D.	L'accessibilité du médecin.....	34
1)	Le temps nécessaire pour obtenir la réponse au problème posé	34
2)	Le taux d'échec des appels.....	38
3)	Les acteurs de la réponse au sein du cabinet	40
4)	La Barrière du secrétariat	41
E.	Les motifs d'appels	43
1)	Les données générales	43
2)	Le classement des motifs	43
3)	Les contacts évitables	46

4)	Les motifs ayant fait l'objet d'une réponse par le secrétariat sans avis médical ..	47
5)	La consultation du Dossier Pharmaceutique	48
F.	La question ouverte.....	50
DISCUSSION		54
A.	La communication et la coopération Médecin -Pharmacien à l'étranger	55
1)	Des exemples de communication et coopération dans le monde	55
2)	Les nouvelles missions du pharmacien au sein du système de santé Québécois .	57
B.	Les données bibliographiques sur la communication/coopération en France.....	63
C.	Les nouveaux services du pharmacien d'officine proposés par la législation	65
1)	Le pharmacien correspondant	65
2)	Le renouvellement de la prescription après bilan pharmaceutique	66
3)	Les entretiens pharmaceutiques	67
4)	Le dépistage	68
5)	L'éducation thérapeutique du patient.....	69
6)	Le bilan de médication	69
7)	La préparation des doses à administrer (PDA)	70
8)	La vaccination.....	71
9)	La prévention	71
D.	L'opinion du médecin généraliste sur le pharmacien d'officine	73
1)	Sa représentation du pharmacien d'officine	73
2)	Son opinion sur leur communication.....	74
3)	Son opinion sur l'ouverture des missions du pharmacien proposée par la législation	75

E.	A la rencontre des officinaux	76
1)	Les constats selon le secteur d'exercice des officinaux.....	76
2)	La communication selon l'âge du médecin.....	78
3)	La communication selon la fonction de l'officinal	78
4)	La communication et l'accessibilité du médecin généraliste	79
5)	La communication médecin-patient-pharmacien	81
6)	L'avis des officinaux quant à l'ouverture de leur exercice.....	82
7)	Les autres difficultés au sein de la communication citées dans la littérature.....	83
F.	Les principaux résultats.....	84
1)	La fréquence des appels	84
2)	L'accessibilité du cabinet médical.....	85
3)	Les motifs d'appels.....	90
4)	Les limites et biais de l'étude	95
G.	Pistes pour améliorer la communication et la coopération	96
1)	Pistes avancées par les officinaux interrogés	96
2)	Les recommandations de la littérature.....	97
3)	Pistes apportées par la littérature	98
H.	Les autres moyens mis en œuvre pour développer la communication et la coopération	
	100	
1)	Les réseaux de soins informels	100
2)	Les pôles et maison de santé	101
3)	La formation universitaire commune et formation continue commune	103
4)	Le Dossier Médical Partagé(DMP)	105

5) La messagerie sécurisée de santé.....	108
CONCLUSION	111
LISTE DES ABREVIATIONS	113
TABLE DES ILLUSTRATIONS.....	114
BIBLIOGRAPHIE.....	116
ANNEXES.....	122
A. ANNEXE 1.....	122
B. ANNEXE 2.....	123
C. ANNEXE 3:	124
D. ANNEXE 4.....	146

INTRODUCTION

Le médecin généraliste et le pharmacien d'officine sont deux acteurs indispensables et complémentaires des soins primaires au sein du système de santé français.

Les relations entre ces deux professions sont "basées sur la connaissance mutuelle, le respect et la même approche du patient"(1).

Leur coopération tend réellement à se développer dans la législation française ces dernières années(1)(2)(3). En effet, la démographie médicale défavorable fait face à une population vieillissante (et donc exposée à une augmentation de la prévalence des maladies chroniques et des polyopathologies)(3). Ainsi, le but de cette coopération est en premier lieu de répondre à cette augmentation des besoins en matière de santé publique, ceci en s'inscrivant dans une politique de maîtrise du financement et des dépenses de santé. Il s'agit également d'un enjeu majeur de confort d'exercice mutuel et de meilleure prise en charge des patients, avec des rôles partagés et complémentaires.

C'est initialement la loi du 9 août 2004 qui autorise l'expérimentation de protocole de coopération entre professionnels de santé et la possibilité de transfert de tâches entre les professions médicales et les autres professions de santé (4). Après plusieurs évaluations favorables de ces expériences, l'Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé (l'ONDPS) et la Haute Autorité en Santé (HAS) ont publié des recommandations permettant de favoriser ces formes de coopération en 2008 (5). C'est par la suite la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 s'intitulant " Hôpital, Patients, Santé et Territoires (HPST) " qui étend ce principe de coopération aux médecins, aux professions paramédicales et aux pharmaciens (soins de santé primaire) en sortant de ce cadre expérimental (en intégrant en son article 51 l'article L.4011-1 au code de santé publique) (1) (3)(6) .

C'est dans cet esprit de coopération que cette même loi définit désormais les nouvelles missions du pharmacien d'officine (par ses articles 36 et 38): soins de premiers recours, éducation thérapeutique et suivi des patients, prévention, dépistage, orientation dans le système de soins(3)(6). Elle introduit également le concept de "pharmacien correspondant".

Ce dernier est désigné par le patient. Il peut "à la demande du médecin ou avec son accord, renouveler périodiquement des traitements chroniques, ajuster, au besoin, leur posologie et effectuer des bilans de médications destinés à en optimiser les effets "(6).

Ainsi, se sont développés les entretiens pharmaceutiques. Ils sont réalisés par le pharmacien à l'officine auprès du patient et ont pour finalité «de garantir les meilleures conditions d'initiation, de suivi, d'observance et d'évaluation du traitement» (actuellement limité aux anti vitamines K et à l'asthme) (7). Ces entretiens d'accompagnement pharmaceutique du patient font d'ailleurs désormais l'objet d'une rémunération forfaitaire annuelle (convention nationale passée avec l'Assurance maladie en mai 2012)(3)(7).

Cette notion de coopération tend progressivement à laisser la place au concept d'interprofessionnalité. Ce terme "désigne la dynamique de la collaboration et/ou de la coopération entre les différents partenaires et acteurs du soin, en tenant compte de la pluralité des identités professionnelles, non seulement dans la représentation de l'identité professionnelle de chacun, mais aussi et surtout en fonction de la pluralité des professions en interactions"(8).

Ainsi, cette interprofessionnalité suggère donc la compréhension mutuelle du mode d'exercice de la médecine et de l'officine, de leurs difficultés.

Pour mieux se comprendre, il faut communiquer(9).

Pour définir les modalités et difficultés de cette communication, je me permets de citer C.Richard et MT.Luissier: "On ne peut entretenir l'illusion de l'harmonie dans la communication que lorsque les contenus sont connus de chacun et que l'on partage un cadre de référence. Cette harmonie suppose également un partage clair des rôles, sans concurrence. Cependant, lorsqu'une difficulté surgit ou qu'un évènement inattendu se produit, des différences apparaissent, des sensibilités se manifestent, des choix sont à faire et un certain nombre d'ajustements s'imposent. Ces moments "d'exploration mutuelle " permettent de comprendre les implicites et les présupposés de l'interlocuteur. Une fois ces derniers compris, la communication redeviendra "évidente"" (10).

La grande majorité de cette communication est actuellement établie de façon non verbale par l'ordonnance. Elle possède l'avantage de laisser une trace. Ce moyen de communication

repose en réalité sur une relation à trois: médecin-patient-pharmacien. Il s'agit donc en réalité d'une communication séquentielle, reposant sur une information claire et adaptée du médecin et du pharmacien auprès du patient(de façon parallèle), ce dernier devenant ainsi "le messenger actif" de l'information véhiculée par l'un ou l'autre(10). Si le message de chacun est de qualité et convergent, il semble que l'adhésion du patient au projet de soin soit meilleure. Dans le cas contraire, il existera une perte de crédibilité des professionnels de santé aux yeux du patient. Ceci jouera donc également un rôle péjoratif dans la relation entre le médecin et le pharmacien (11)(10)(12).

Nous pouvons donc comprendre que dans certains cas le mode de communication verbale directe entre le médecin et le pharmacien est indispensable (par exemple pour commenter une erreur de prescription). Il reste d'ailleurs, à priori, le moyen le plus fiable de communication (interaction plus efficace, meilleure compréhension à l'aide d'une rétroaction mutuelle, facilité l'établissement d'une relation professionnelle de confiance(13)(14)).

Dans ce cas, il s'agit majoritairement d'un contact téléphonique, car il est facilement accessible, offre un moyen de rentrer rapidement en contact tout en créant une distance entre les deux professionnels (en particulier quand le contact est habituellement difficile) (9)(15). C'est, semble-t-il, le pharmacien qui est le plus souvent à l'initiative de l'appel téléphonique(15). Ce type de communication semble néanmoins poser quelques difficultés.

Il s'agit , en premier lieu , de difficultés liées au contexte de travail de chacun. Le pharmacien travaillant en officine dans laquelle plusieurs personnes peuvent évoluer simultanément autour de lui, peut être dérangé par un environnement physique bruyant. Il peut donc également être gêné par rapport à la confidentialité nécessaire à la transmission des informations. Il peut aussi être victime d'une pression de la part de la personne motivant le contact qui attend la réponse du médecin. Quant au médecin, l'appel peut couper une consultation (source d'irritation du médecin et du patient. Le médecin doit s'excuser auprès du patient, doit éventuellement cesser son examen pour consulter le dossier demandé, retrouver ensuite le fil de la consultation une fois l'appel achevé). Il pose ensuite le problème de la confidentialité(10)(11). Notons enfin qu'il existe une méconnaissance de cette différence de contexte de travail par chacun.(10)

En second lieu, des difficultés sont liées à l'accessibilité et à la disponibilité du médecin (manque de temps, absence du médecin,...)(9)(13).

Ensuite, l'attitude de chacun et la nature de la demande peuvent être à l'origine de barrières dans cette communication(9).

Ainsi, la communication verbale entre le médecin généraliste et le pharmacien (bien que moins utilisée) semble rester un profil de communication de référence pour améliorer et entretenir les relations et donc la coopération entre ces deux professionnels de santé .

Cependant, le pharmacien, initiateur majoritaire des contacts, peut jouer un rôle "d'intrus" durant une consultation médicale par son appel téléphonique, à son insu. Ceci peut contribuer à détériorer une communication avec le médecin devenant pourtant essentielle avec les nouvelles missions du pharmacien (définies par la loi HPST).

A notre connaissance, il n'existe pas, à ce jour, d'étude permettant de définir la fréquence des appels téléphoniques émis par le pharmacien d'officine vers le médecin généraliste. Celle-ci est abordée très brièvement dans quelques thèses(15) (16),sur la base d'un interrogatoire de médecins et de pharmaciens .

Par ailleurs, il existe un second problème, selon certains pharmaciens interrogés, et documenté dans la littérature(9)(14): l'accessibilité du médecin généraliste. Le médecin peut ne pas décrocher son téléphone alors qu'il se trouve en plein examen clinique par exemple. Son exercice peut également l'amener à quitter son cabinet pour une urgence, une visite. Mais, il peut aussi être tout simplement absent. Cette facilité à se joindre, comme vu précédemment, semble être un atout indispensable pour une bonne communication.

Enfin, il convient de s'intéresser aux motifs qui pousse le pharmacien à contacter le médecin généraliste. Ces motifs sont largement diffusés dans la littérature(9)(14) : remise en question d'une ordonnance (contre indication, effet indésirable, illisibilité, substitution de médicament...); demande de consultation... Ces contacts téléphoniques rentrent principalement dans le cadre des "interventions pharmaceutiques". C'est à dire : "toute action initiée par un pharmacien qui induit directement une modification de la prise en charge du patient »(17).Ainsi, la Société Française de Pharmacie Clinique a rédigé une fiche

d'intervention pharmaceutique officinale permettant d'assurer une traçabilité de ces interventions. Elle définit l'ensemble des motifs pouvant conduire à une intervention pharmaceutique(18). Cette fiche peut ainsi être considérée comme l'un des supports utilisés pour l'émission d'une "opinion pharmaceutique". Elle désigne "une décision motivée, fondée sur l'historique pharmaco-thérapeutique connue d'un patient, dressée sous l'autorité d'un pharmacien, portant sur la pertinence pharmaceutique d'un traitement ou d'un ensemble de traitements le concernant. Consignée dans l'officine, elle est communiquée sur un document normalisé au prescripteur et/ou au patient lorsqu'elle invite à modifier ou à réviser le traitement médicamenteux"(19). Elle permet ainsi de rendre compte d'un questionnement nécessaire à la dispensation(saisie de données administratives et médicales), de l'analyse pharmaceutique d'une ordonnance et de la décision consécutive à cette analyse(refus de délivrance par exemple)(19). Ses règles de rédaction sont détaillées par le Conseil National de l'Ordre des pharmaciens(19). Elle s'inscrit dans une démarche d'assurance qualité. Elle ne dispose cependant d'aucune base légale ou réglementaire. Fortement recommandée par le Conseil National de l'Ordre des Pharmaciens, elle ne semble pas avoir reçu le succès attendu ces dernières années(2). Il est suggéré que ce manque d'engouement pour cette démarche soit à mettre en lien avec une absence de rémunération du pharmacien et le peu d'intérêt porté à cette formule par les médecins(2).

Par ailleurs, une étude exploratoire franco canadienne de 2005 s'est attachée à recenser les motifs de l'ensemble des appels passés depuis trois pharmacies vers un prescripteur, sur une durée de 3 mois. Elle retrouvait alors une plus forte tendance aux appels de nature administrative (par exemple, l'obtention d'une nouvelle ordonnance, illisibilité de l'ordonnance,...). Dans cette même catégorie,29% des appels pouvaient être considérés comme évitables. Ce qui sous-entend une perte de temps pour chacun et donc une fois de plus un motif de discordance entre les deux professionnels de santé(11). Par la suite, quelques travaux ont également traité brièvement les thèmes de ces échanges(15)(20)(16). Il nous semble indispensable de poursuivre l'étude de la fréquence de ces motifs d'appels téléphoniques.

L'objet principal de cette investigation est d'étudier la fréquence des appels téléphoniques passés depuis l'officine vers le médecin généraliste; les objectifs secondaires sont d'évaluer

l'accessibilité du médecin généraliste et d'approfondir l'étude des motifs de ces appels téléphoniques.

MATERIEL ET METHODES

A. Le type de l'étude

Il s'agit d'une étude quantitative, exploratoire et prospective menée auprès de 25 pharmacies d'officines sur une durée d'un mois.

B. Le recrutement des officines

1) Le mode de recrutement

L'ensemble des officines a été recruté à partir d'une "mailing-list" de pharmacies établie par deux pharmaciens titulaires d'une officine.

Un mail, expliquant les modalités générales de l'étude, a été adressé à chacune de ces officines. Chaque officine souhaitant prendre part à cette étude était invitée à transmettre sa réponse sous un délai d'un mois.

Ce mail a également été adressé au conseil régional de l'Ordre des Pharmaciens des Pays de la Loire.

Cette "mailing-list" comprenait 56 officines. Vingt-cinq d'entre elles ont accepté d'adhérer à l'étude.

Aucune réponse n'est venue du Conseil de l'Ordre des Pharmaciens.

2) La détermination des effectifs

Compte tenu du caractère exploratoire de cette étude, nous n'avons pas eu besoin de calculer les effectifs nécessaires d'officines à recruter. Cependant, il nous a semblé essentiel d'appréhender des officines d'exercice différent (rural, urbain, ...) et d'inclure

l'ensemble des officines prêtes à participer afin d'obtenir un taux d'appels intéressant mais également pour pallier à d'éventuels désengagements.

3) Le classement des officines

A l'issue de ce recrutement, nous disposons de pharmacies d'exercice varié. Il a été décidé de classer ces officines en quatre catégories: urbaine, rurale, de centre commercial et saisonnière.

a) Les pharmacies urbaines

Le secteur urbain était représenté par dix officines. Il s'agissait donc de pharmacies appartenant à des zones urbaines de moyenne et grande importance. Ces villes devaient disposer d'au moins trois pharmacies.

b) Les pharmacies rurales

Pour intégrer cette catégorie, la pharmacie devait se situer en campagne. Elle comprenait ainsi les villages et les villes disposant de moins de trois pharmacies. Cinq officines ont accepté de participer à l'étude.

c) Les pharmacies de centre commercial

L'ensemble des officines appartenant à un centre commercial ou à un pôle commercial était inclus dans cette catégorie. L'étude en comprenait initialement quatre.

d) Les pharmacies saisonnières (côtières)

Cette catégorie comprenait six pharmacies. Il s'agissait exclusivement d'officines exerçant en bord de mer au sein de zones touristiques et disposant d'une forte recrue d'activité de travail en période touristique (vacances scolaires en particulier).

C. La méthodologie

Il a été décidé de répertorier l'ensemble des appels téléphoniques passés par les pharmacies vers les cabinets de médecine générale.

1) Les critères d'inclusion et d'exclusion des participants au sein des officines

Rappelons brièvement qu'au sein d'une officine gravitent trois types de profils professionnels:

-Les pharmaciens. Il s'agit premièrement du pharmacien titulaire (c'est à dire le propriétaire de l'officine). Ensuite, le pharmacien adjoint (salarié fixe au sein de l'officine). Enfin, le pharmacien remplaçant (employé venant donc pallier les éventuelles absences des 2 types de pharmaciens précédents).

-Les préparateurs. Ils sont habilités à œuvrer (délivrance d'ordonnances, gestion des commandes...) sous la surveillance effective d'un pharmacien. Il s'agit soit de préparateurs disposant d'un contrat de travail à durée indéterminée dans l'officine ou d'un contrat à durée déterminée.

-Les stagiaires en pharmacie et apprentis préparateurs. Leurs tâches sont définies par le titulaire de l'officine. Ils sont sous sa responsabilité et nécessitent obligatoirement une surveillance de la part d'un pharmacien.

La totalité des étudiants, préparateurs et pharmaciens des officines recrutées, était conviée initialement à cette étude. Il était cependant demandé aux officinaux de ne pas modifier leurs habitudes de travail. Ainsi, le titulaire de l'officine se réservait le droit de refuser la participation de ses préparateurs et étudiants à l'étude. Par exemple, au sein de deux officines recrutées, les préparateurs ne disposaient pas de l'autorisation de contacter le moindre médecin.

2) Les critères d'inclusion et d'exclusion des appels téléphoniques

L'intégralité des appels téléphoniques émis par les officines vers les cabinets de médecine générale était comptabilisée.

Seul l'appel émanant du cabinet de médecine générale, en réponse au contact initié par l'officine, était inclus. Tout appel du médecin généraliste non motivé par un appel préalable de l'officine n'était pas répertorié.

Les appels vers les CAPS (Centre d'Accueil et de Permanence des Soins) et SOS médecins n'étaient pas pris en compte.

3) Les supports de l'étude

Pour répertorier l'ensemble de ces données de façon standardisée, trois documents ont été conçus:

a) Le questionnaire individuel (Annexe 1)

Ce questionnaire permettait de connaître le profil de l'ensemble des participants à l'étude. Ainsi, chaque participant était invité à y répondre avant même de la débiter.

Les initiales utilisées dans le tableau de recueil y étaient apposées (Annexe2).

Il s'achève par une question ouverte auquel chaque participant pouvait apporter ses idées pour faire progresser la communication entre le médecin généraliste et la pharmacie d'officine.

b) Le tableau de recueil (Annexe 2)

Il est le principal support de cette étude.

C'est sur ce tableau que la totalité des appels téléphoniques sont répertoriés.

i. Le choix de cette méthode de recueil

Le choix de recueil des données à l'aide d'un tableau repose sur plusieurs points:

- rapidité et facilité d'exécution pour les participants (favorisant ainsi une participation optimale),

- éviter l'accumulation de feuilles volantes (pour éviter d'éventuelles pertes de données),
- meilleure lisibilité et standardisation des résultats permettant une analyse plus aisée.

ii. La construction du tableau

Sa construction a été le fruit d'une collaboration avec un pharmacien, en se basant sur les axes de recherche de l'étude et de nos propres expériences de la communication téléphonique. Pour tenter de n'omettre aucune procédure, la grille de recueil a été construite à partir d'arbres décisionnels.

La seconde priorité était de rendre ce tableau intuitif et le plus simple à remplir. Ceci pour une meilleure acceptabilité des participants et pour une analyse secondaire optimale.

iii. Les modalités pour compléter le tableau

Les règles pour le compléter sont expliquées en détail et agrémentées d'exemples au sein du "Protocole de l'étude"(Annexe 3).

Il comprend neuf grandes colonnes:

- Initiales de l'émetteur(celles apposées sur le "questionnaire individuel" (Annexe 1)),
- Date du contact initial,
- Heure du contact initial,
- Médecin demandé (en précisant son nom qui restera secondairement anonyme et sa fonction au sein du cabinet),
- Cabinet disposant d'un secrétariat médical (en précisant le type de secrétariat, si le secrétariat est joint en premier temps et s'il transmet lui-même la réponse au problème posé au cours de l'appel. Le nombre d'appels sur la ligne directe du médecin ou du secrétariat est indiqué par des croix (un appel correspondant à une croix)),
- Cabinet sans secrétariat (en référençant comme préalablement un appel par une croix),
- Motif de l'appel (en se référant à la liste des motifs d'appels(Annexe 4) présent également dans le "protocole de l'étude"(Annexe 3)),

- Appel motivé par le dossier pharmaceutique (en précisant "oui "ou "non"). Ce dossier pharmaceutique a été imaginé par l'Ordre National des Pharmaciens pour sécuriser la dispensation des médicaments à l'officine. Il s'agit d'un outil informatique contenant la liste des médicaments délivrés dans les quatre derniers mois dans n'importe quelle officine. Le pharmacien peut ainsi contrôler de façon plus adaptée sa délivrance (prévention des interactions médicamenteuses, ...). Ces informations sont stockées au sein de la carte vitale. L'adhésion du patient au dossier pharmaceutique nécessite son accord et est gratuite(21),
- Médecin joint (en y indiquant le nom du médecin joint (restant secondairement anonyme dans l'étude), sa fonction, l'heure et la date).

Le nom de l'officine était apposé en dessous de chaque tableau, ceci pour éviter la moindre erreur au moment de l'analyse.

iv. Les réponses apportées à l'aide du tableau pour une officine

Rappelons les différentes situations possibles au cours d'un appel téléphonique émanant de l'officine, afin de mieux comprendre les réponses apportées par ce tableau.

Pour un cabinet ne disposant pas de secrétariat, il existe trois possibilités:

- le pharmacien va joindre le médecin généraliste et obtenir sa réponse (après un nombre variable d'appels).
- Le pharmacien va joindre le médecin qui ne pourra alors lui transmettre la réponse immédiatement et le rappellera dans un second temps(il est aussi possible d'imaginer que le médecin oublie de rappeler et que le pharmacien soit à l'origine d'un nouvel appel).
- Le contact final est obtenu sur rappel du médecin après consultation de sa messagerie vocale.

Les données se complexifient dès lors qu'un secrétariat est présent. En effet, un troisième acteur est intégré au milieu de cette communication.

Ainsi, il peut être observé ces différentes situations:

- Appel sur la ligne téléphonique du secrétariat (indiquée sur l'annuaire):

Le contact est établi en premier lieu avec le secrétariat (après un nombre variable d'appels) . Celui se réserve la possibilité:

- de transférer l'appel au médecin,
- de transmettre directement la réponse à la question posée en demandant ou non l'avis du médecin,
- de mettre fin à ce contact en vue d'un rappel dès que le médecin sera joignable.

Au cours de ce rappel, il peut être observé:

- un rappel du secrétariat qui peut soit transmettre ,lui-même ,la réponse du médecin ou transférer l'appel sur la ligne du médecin,
- un rappel du médecin.

Il est également possible de joindre immédiatement le médecin en l'absence du secrétariat à l'aide du transfert automatique de ligne.

Enfin, il est aussi envisageable de ne pas réussir à joindre le cabinet (dans le cas en particulier des urgences (suture,...), qui peuvent ne pas faire l'objet de nouvel appel vers ce même cabinet).

- Appel sur la ligne directe du médecin (téléphone portable ou téléphone de son propre bureau):

- Le médecin est immédiatement joint sans passer par le secrétariat,
- Le médecin n'est pas joint (absent, en cours d'examen,...) et la ligne est transférée au secrétariat. En cas de réponse de ce dernier, nous retrouvons la même situation que décrite dans le précédent paragraphe (à l'exception du transfert automatique de ligne vers le médecin).

Il est bien entendu possible en dernier lieu, d'observer, au cours d'une même salve d'appels pour un patient, une interaction entre ces deux précédentes situations (par exemple, il est facile d'imaginer qu'un pharmacien tente de joindre le médecin sur sa ligne directe si ses appels vers le secrétariat restent sans réponse).

Le médecin donnant réponse à l'officine peut ne pas correspondre au médecin souhaité initialement. En effet, en cas d'absence de ce dernier, il peut s'agir d'un médecin remplaçant, d'un interne ou d'un médecin associé par exemple.

Ce tableau permet de transmettre des informations répondant à nos trois axes de recherche (en tentant d'englober ces différentes situations).

- L'étude de **la fréquence d'appels** émanant de l'officine, en calculant l'ensemble des appels émis par jour, par semaine, par tentative de contact(avec la fréquence des appels par les pharmaciens/préparateurs, selon la période,...),...
- **L'accessibilité du médecin généraliste** en déterminant quatre paramètres:
 - Taux d'échec des appels émis, c'est à dire le nombre d'appels émis depuis l'officine ne permettant pas d'obtenir la réponse au problème posé,
 - Temps nécessaire pour l'officine pour joindre le médecin ou pour obtenir la réponse souhaitée si elle était transmise par le secrétariat.
 - La réponse à la demande de l'officine est-elle apportée par le médecin initialement souhaité ou par une autre personne(secrétaire, associé, remplaçant,...)?
 - La "barrière" du secrétariat. C'est à dire déterminer la fréquence des appels filtrés par le secrétariat et étudier le devenir de ce contact intercepté.
- **Les motifs d'appels téléphoniques**. Ces motifs ont été en grande partie listés par la société de pharmacie clinique française en 2013 dans le cadre d'une fiche d'intervention pharmaceutique (18) . Les différents libellés préalablement établis ont été récupérés. Deux autres motifs de contacts téléphoniques y ont été ajoutés: "avis clinique" et "Autorisation de délivrance de médicaments".
Cette liste de motifs est exposée en ANNEXE 4 . Chaque motif correspondait à un numéro. Ce numéro devait être indiqué dans le tableau de recueil dans la colonne "Motifs"(ANNEXE 1). Des cases au sein de cette liste sont restées volontairement vierges afin d'y insérer d'éventuels motifs non répertoriés.

v. La validité du tableau

Un test de faisabilité sur une semaine, au sein de trois officines, est revenu concluant, validant la version définitive de ce tableau, du questionnaire individuel, de la grille de motifs et du protocole de l'étude.

c) Le protocole de l'étude (Annexe 3)

Ce protocole avait pour vocation d'accompagner les investigateurs officinaux tout au long de l'étude. Il explique les démarches à suivre et certains cas de figure particuliers . Il contient de nombreux exemples concrets.

Il contenait également mes coordonnées au cas où il ne répondait pas aux interrogations de l'investigateur officinal.

D. Le déroulement de l'étude

1) La durée de l'étude

Il a été convenu de réaliser cette étude sur une durée d'un mois, du 19 octobre 2015 au 19 novembre 2015 inclus. Cette période comprend quatorze jours de vacances scolaires (vacances de la Toussaint) du 19 octobre au 1er novembre 2015. Elle comprend également deux jours fériés (dimanche 1er novembre et mercredi 11 novembre).

L'étude comprend aussi une journée de grève des médecins généralistes le 13 novembre 2015.

L'étude a été limitée à un mois afin de s'assurer d'une participation optimale des officinaux.

2) La rencontre avec les officinaux

Avant de débiter l'étude, chaque officine a été visitée (sur rendez-vous) sur une période de deux semaines. Ceci afin d'expliquer en détail les axes de recherche et le déroulement de l'investigation. Au cours de cette rencontre, il a été remis un nombre de questionnaires individuels adapté aux effectifs de chaque officine, deux listes des motifs d'appels, plusieurs tableaux de recueil et un protocole.

Il a été recommandé de ne modifier aucune de leurs habitudes de travail et donc d'appels téléphoniques vers le médecin généraliste.

Il a été laissé un nombre minimum de quatre jours ouvrables aux deux dernières officines rencontrées avant le début de l'étude. Ceci pour que chaque pharmacie dispose d'un temps suffisant pour s'entraîner et apprivoiser le tableau de recueil.

Au cours de ces entretiens, il leur était notifié la date de début de l'étude.

3) Le début de l'étude

Le début de l'étude a été systématiquement rappelé à chaque officine à l'aide d'un appel téléphonique le 16 octobre 2015 auprès du pharmacien titulaire.

4) Durant l'étude

Chaque officine était contactée une fois par semaine par mail ou par téléphone afin d'appréhender d'éventuelles difficultés.

5) A l'issue de l'étude

Une nouvelle rencontre au sein des officines a eu lieu afin de recueillir les tableaux et le ressenti des officines sur cette expérience.

E. L'analyse des résultats:

A l'issue de l'étude, les résultats ont été exploités à l'aide du logiciel Excel.

Un tableau fidèle à celui transmis aux officines a été réalisé.

Après la saisie des données, les résultats ont été obtenus à l'aide de tableaux croisés-dynamiques.

Quelques analyses statistiques ont été réalisées. Il s'agissait de tests d'homogénéité entre deux groupes. Un risque α à 5% était retenu.

F. L'éthique

A la suite de la première rencontre, chaque titulaire d'officine était interrogé sur sa propre motivation et celle de son équipe à poursuivre l'étude.

Il a été convenu du maintien de l'anonymat des officines, des médecins prescripteurs et des patients ayant participé à cette étude.

RESULTAT

A. La présentation des effectifs

1) Les Officines:

Sur les 25 officines initialement incluses dans l'étude, deux n'ont finalement pas participé.

Nous travaillerons donc sur un effectif de 23 officines, dont les secteurs d'exercice sont les suivants:

- 9 en secteur urbain (contre 10 initialement),
- 5 en secteur rural ,
- 3 en centre commercial (contre 4 initialement), ,
- 6 en zone saisonnière.

Au sein des 23 pharmacies, 105 officinaux ont participé à l'étude (soit 51 pharmaciens et 54 préparateurs).

Les effectifs de la population officinale sont présentés dans les tableaux I et II.

Tableau 1- La description de la population officinale.

	Effectif Total (Pourcentage arrondis à l'unité)	Homme Effectif (Pourcentage)	Femme Effectif (Pourcentage)	Age moyen (en année)	Moyenne de l'ancienneté dans l'officine(années)
<i>Pharmaciens</i>					
Titulaire	22 (21%)	6 (6%)	16 (15%)	47	13
Assistant	26 (25%)	5 (5%)	21 (20%)	41	8
Remplaçant	3 (3%)	2 (2%)	1 (1%)	33	2
<i>Préparateurs</i>					
Permanent	53 (50%)	4 (4%)	49 (47%)	39	11
Etudiant	1 (1%)	-	1 (1%)	21	0
Total	105 (100%)	17 (16%)	88 (84%)	41	10

Tableau 2-La répartition des pharmaciens et des préparateurs par secteur d'activité.

Secteur	Effectif total	Pharmaciens			Préparateurs		
		Effectif	% par secteur	% du total du total des pharmaciens	Effectif	% par secteur	% du total des préparateurs
Centre commercial	21 (20%)	9	43	18	12	57	22
Rural	23 (22%)	11	48	22	12	52	22
Saisonnier	26 (25%)	12	46	24	14	54	26
Urbain	35(33%)	19	54	37	16	46	30

Il faut noter la nette prédominance de la population féminine au sein des officines (88% des participants).

Le nombre de participants par secteur est relativement homogène au sein des différents secteurs (et ce malgré un nombre moins élevé de pharmacies en centre commercial).

2) Les médecins

Cette étude a permis de répertorier des appels téléphoniques vers 195 médecins:

- 166 médecins généralistes installés (soit 85% des effectifs),
- 27 médecins remplaçants (soit 14% des effectifs),
- 2 internes en médecine (soit 1% des effectifs).

Parmi ces 195 médecins:

- 27 ne disposaient pas de secrétariat ,
- 147 disposaient d'un secrétariat sur place ,
- 15 disposaient uniquement d'un secrétariat téléphonique (plate-forme extérieure au cabinet) ,
- 6 disposaient à la fois d'un secrétariat téléphonique et d'un secrétariat sur place.

B. La présentation générale des contacts

Le contact correspond à une ligne du tableau de recueil. Il comprend donc un ou plusieurs appels téléphoniques. Il est initié par un appel émanant de l'officine et se clôture par un appel émanant de l'officine ou du cabinet médical.

Les tentatives de contact regroupent tous les contacts (qu'ils aient abouti à une réponse ou non).

L'appel téléphonique est donc "l'unité du contact". Il s'agit de chaque appel venant de l'officine.

Au cours de l'étude, 407 lignes des tableaux ont été complétées. Ainsi, les officinaux ont été amenés 407 fois à initier un contact téléphonique vers les cabinets de médecine générale.

396 contacts (soit 97% des 407 contacts) ont permis d'obtenir une réponse du cabinet médical.

1) Les Contacts pharmaciens/préparateurs

205 tentatives de contact(50%) ont été initiés par les pharmaciens (soit 294 appels téléphoniques) contre **202 pour les préparateurs(50%)** (soit 276 appels téléphoniques).

199 des 202 contacts des préparateurs ont été concluants, soit 99% des contacts émis par les préparateurs (soit 271 appels).

197 des 205 contacts des pharmaciens ont été concluants, soit 96% des contacts émis par les pharmaciens (soit 274 appels).

2) Les contacts par secteur

a) Les tentatives de contact

Sur la totalité des 407 tentatives de contact:

- 99 ont été initiés en secteur rural (soit 134 appels et 24% des 407 contacts),
- 114 en secteur saisonnier (soit 159 appels et 28% des 407 contacts),
- 150 en secteur urbain (soit 214 appels et 37% des 407 contacts),
- 44 en centre commercial (soit 63 appels et 11% des 407 contacts).

b) Les contacts concluants

Il s'agit des 396 contacts ayant donné lieu à une réponse du cabinet médical:

- 99 contacts concluants ont été enregistrés en secteur rural (soit 134 appels; 25% des 396 contacts), soit 100% de contacts concluants au sein de ce secteur,
- 112 en secteur saisonnier (soit 153 appels; 28% des 396 contacts), soit 98% de contacts concluants au sein de ce secteur),
- 142 en secteur urbain (soit 196 appels;36 % des 396 contacts) soit 95 % contacts concluants au sein de ce secteur),

- 43 en centre commercial (soit 62 appels; 11% des 396 contacts) soit 98% de contacts concluants au sein de ce secteur).

3) Les contacts par type de secrétariat

On dénombre 47 tentatives de contact (12% des 407 contacts) vers un cabinet sans secrétariat (correspondant à 67 appels) contre 360 (88%) vers un cabinet disposant d'un secrétariat (correspondant à 503 appels).

Sur ces tentatives, 46 contacts (98 % des 47 tentatives de contact) ont permis de joindre un cabinet sans secrétariat et 350 contacts (97 % des 360 tentatives de contact) ont permis de joindre un cabinet avec secrétariat.

4) Les échecs complets

Onze contacts (3% des 407 contacts) n'ont jamais été établis avec le cabinet médical, soit 25 appels. Ces contacts seront par la suite nommés "échec complet". Le temps perdu au cours de ces 11 tentatives de contact n'a pu être quantifié au cours de cette étude. Un échec complet est survenu pour un cabinet sans secrétariat contre 10 pour les cabinets avec secrétariat.

5) Les acteurs de la réponse

Cinq interlocuteurs ont pu apporter la réponse au problème soulevé. Ils sont répertoriés dans le tableau 3.

Tableau 3: Les acteurs de la réponse au problème soulevé

Acteur de la réponse	Contacts	% total
Médecin souhaité	323	82
Associé	3	1
Remplaçant	3	1
Interne	1	0
Secrétaire	66	17

Notons que la réponse était toujours donnée par le médecin souhaité au sein d'un cabinet sans secrétariat.

6) La ligne directe du médecin

Sur la totalité des médecins contactés durant l'étude, les pharmacies ont utilisé trente numéros de ligne directe (soit 15% des médecins étudiés).

Les officines ont au moins appelé une fois sur cette ligne directe lors de 39 contacts (soit moins de 10% des contacts). Vingt contacts ont permis de joindre directement le médecin souhaité, 18 autres ont abouti sur le secrétariat en premier et un contact a échoué.

A noter que sur ces 39 contacts en ligne directe vers le médecin, 9 émanaient de pharmacies urbaines, 16 de pharmacies rurales, 14 de pharmacies saisonnières et aucun de pharmacie de centre commercial.

7) En résumé

Au cours de cette étude, 97 % des contacts ont permis aux officinaux de joindre le cabinet médical Sur ces 97% :

- Au mieux, 100% des contacts ont été obtenus au sein du secteur rural contre au pire, 95% en secteur urbain.

-97% des contacts vers un cabinet avec secrétariat ont été concluants et 98% vers un cabinet sans secrétariat.

-99% de ces contacts émis par des préparateurs ont été concluants contre 96% pour les pharmaciens.

C. La fréquence

1) Les appels par contact

Chaque appel n'a pas toujours permis d'obtenir la réponse au problème posé. Ainsi, ces 407 lignes rendent compte de 570 appels téléphoniques passés depuis les officines. **Soit**

une moyenne de 1,4 appels par ligne. Au total, l'officinal passait en moyenne 1.4 appels téléphoniques par contact.

En excluant les 11 échecs complets, cette moyenne reste à l'identique.

Les échecs complets pouvant fausser les résultats. Ils ont donc été volontairement exclus pour la suite. Ces résultats seront en premier lieu obtenus à partir des 396 contacts concluants(c'est à dire les contacts ayant permis d'obtenir la réponse au problème posé).

2) Les contacts et appels

a) Par professionnel

Le tableau 4 récapitule le nombre de contacts et d'appels initiés par le pharmacien et préparateur.

Tableau 4-La répartition des contacts et appels entre pharmaciens et préparateurs.

Fonction	Nombre de contacts	Nombre d'appels	% de contacts	Moyenne d'appels par ligne
Pharmacien	197	274	50	1.4
Préparateur	199	271	50	1.4
Total	396	545	100	1.4

b) Par secteur d'exercice

Le tableau 5 rassemble l'intégralité des contacts et appels émis depuis les officines en fonction de leur secteur d'activité.

Tableau 5- La répartition des contacts et appels par secteur d'exercice de l'officine.

Fonction	Nombre de contacts	Nombre d'appels	% du total des contacts	Moyenne d'appels par ligne
Centre commercial	43	62	11	1.4
Rural	99	134	25	1.4
Saisonnier	112	153	28	1.4
Urbain	142	196	36	1.4
Total	396	545	100	1.4

c) Par type de secrétariat

La répartition des contacts et appels par type de secrétariat est décrite dans le tableau 6.

Tableau 6-La répartition des Contacts et appels par type de secrétariat.

Fonction	Nombre de contacts	Nombre d'appels	% de contacts	Moyenne d'appels par ligne
Sans secrétariat	46	64	12	1.4
Avec secrétariat	350	481	88	1.4
Total	396	545	100	1.4

d) Par période.

i. Par semaine

Les appels étudiés rendent compte de presque 5 semaines d'étude (32 jours). La 5ème semaine s'arrêtant au jeudi soir.

Aucun appel n'a été émis depuis l'officine le dimanche.

Rappelons par ailleurs que l'étude s'est déroulée sur une période composée d'un jour férié, le 11 novembre, et d'un jour national de grève des médecins généralistes, le 13 novembre.

L'étude portait donc en réalité sur 27 jours potentiellement "ouvrables" des cabinets médicaux.

Pour calculer cette fréquence, nous rencontrons une limite dans deux cas de figure:

-Les "échecs complets": il n'était pas possible de déterminer avec précision les dates des différents appels; il s'agit de 11 contacts, représentant 25 appels émanant de l'officine (1 contact pour la semaine 1(3 appels), 3 pour la semaine 3(6 appels), 2 pour la semaine 4(7 appels) et 5 au cours de la semaine 5(9 appels)).

- Un contact s'est étalé sur 2 semaines (entre la semaine 4 et la semaine 5) avant d'avoir la réponse au problème posé. Ce contact comprenait 7 appels émanant de l'officine et il était impossible de déterminer avec exactitude la date de chaque appel.

Ces 12 contacts sont donc exclus du calcul de fréquence. Nous nous intéresserons donc aux 395 contacts et 538 appels. La répartition de ces contacts et appels, en fonction des semaines étudiées, est détaillée dans le tableau 7 et 8.

Tableau 7- La répartition des contacts par semaine.

Secteur	Semaine 1	Semaine 2	Semaine 3	Semaine 4	Semaine 5
Centre commercial	9	8	13	4	9
Rural	16	16	17	14	35
Saisonnier	18	24	16	14	40
Urbain	26	21	34	22	39
Total	69	69	80	54	123

Tableau 8- La répartition des contacts et appels par semaine.

Secteur	Semaine 1	Semaine 2	Semaine 3	Semaine 4	Semaine 5
Nombres d'appels	94	93	99	67	185
Contacts concluants	69	69	80	54	123
Moyenne d'appels/contact	1,4	1,3	1,2	1,2	1,5

A noter que ces résultats sont à interpréter avec précaution compte tenu de semaines inégales en nombre de jours et des vacances scolaires. Il n'est donc pas possible d'établir une moyenne fiable de contacts par semaine.

Les semaines 1 et 2 correspondaient aux vacances scolaires.

La semaine 4 fait état d'un nombre de contacts le plus bas à l'opposé de la semaine 5 qui comptabilise le plus grand nombre de contacts. Rappelons que la semaine 4 était amputée de 2 journées. Il est possible d'imaginer un report d'une partie des contacts de la semaine 4 vers la semaine 5 .

ii. Par jour

Nous rencontrons également le même problème que précédemment et devons exclure ces mêmes 12 contacts comprenant 32 appels.

A cela s'ajoutent d'autres situations s'étalant sur 2 journées et pour lesquelles il nous est totalement impossible de déterminer les jours d'appels. Il s'agit de 10 contacts comprenant 33 appels.

Rappelons que l'étude prend en compte dans la même semaine un jour férié (le 11 novembre) et un jour national de grève des médecins généralistes (le 13 novembre). Ce jour de grève ne comprend qu'un seul contact (comptabilisant 2 appels en secteur rural) et qui aura été concluant le jour même.

La répartition des contacts initiés en fonction de chaque secteur et de chaque jour de la semaine est décrite dans le tableau 9.

Tableau 9-La répartition de l'ensemble des contacts initiés par jour de la semaine.

Secteur	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi
Centre commercial	11	10	7	7	5	2
Rural	28	13	21	22	13	0
Saisonnier	25	23	21	29	9	4
Urbain	33	38	26	20	16	2
Total	97	84	75	78	43	8

Cette répartition totale n'est pas représentative pour chaque secteur.

Il existe une tendance à une baisse des contacts initiés par officine au fil de la semaine.

Compte tenu d'un nombre inégal de jours de la semaine (5 lundi, mardi et jeudi; 4 mercredi et samedi; 3 vendredi), nous ne pouvons procéder à une analyse statistique.

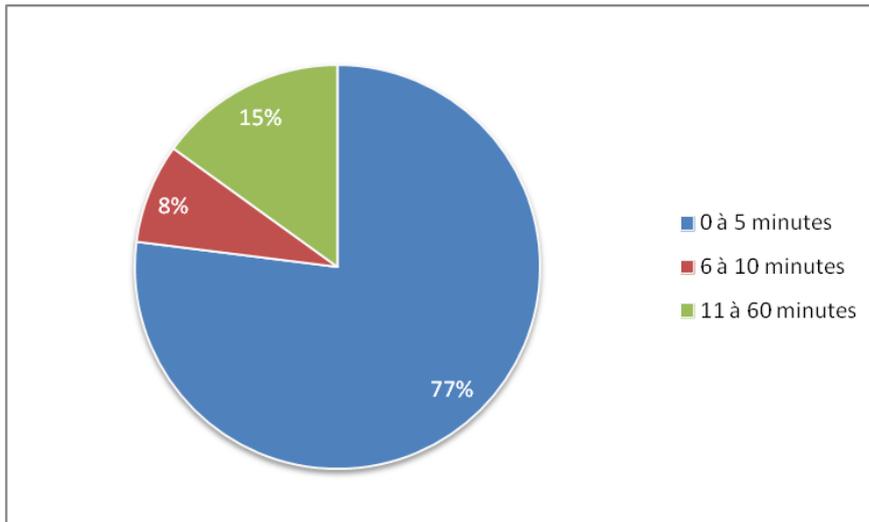
D. L'accessibilité du médecin

1) Le temps nécessaire pour obtenir la réponse au problème posé

a) Dans la première heure

Les échecs complets ont donc été exclus. La majorité des contacts ont trouvé leur réponse dans la 1ère heure suivant l'appel initial, soit environ 84% des contacts. Ils sont répartis dans le Figure 1.

Figure 1-La répartition des contacts concluants en une heure (tout secrétariat confondu).



Au sein de cette première heure, la majorité des contacts concluants s'établissait dans les dix premières minutes (85% des 331 contacts, soit 71 % de la totalité des contacts)(Figure 1).

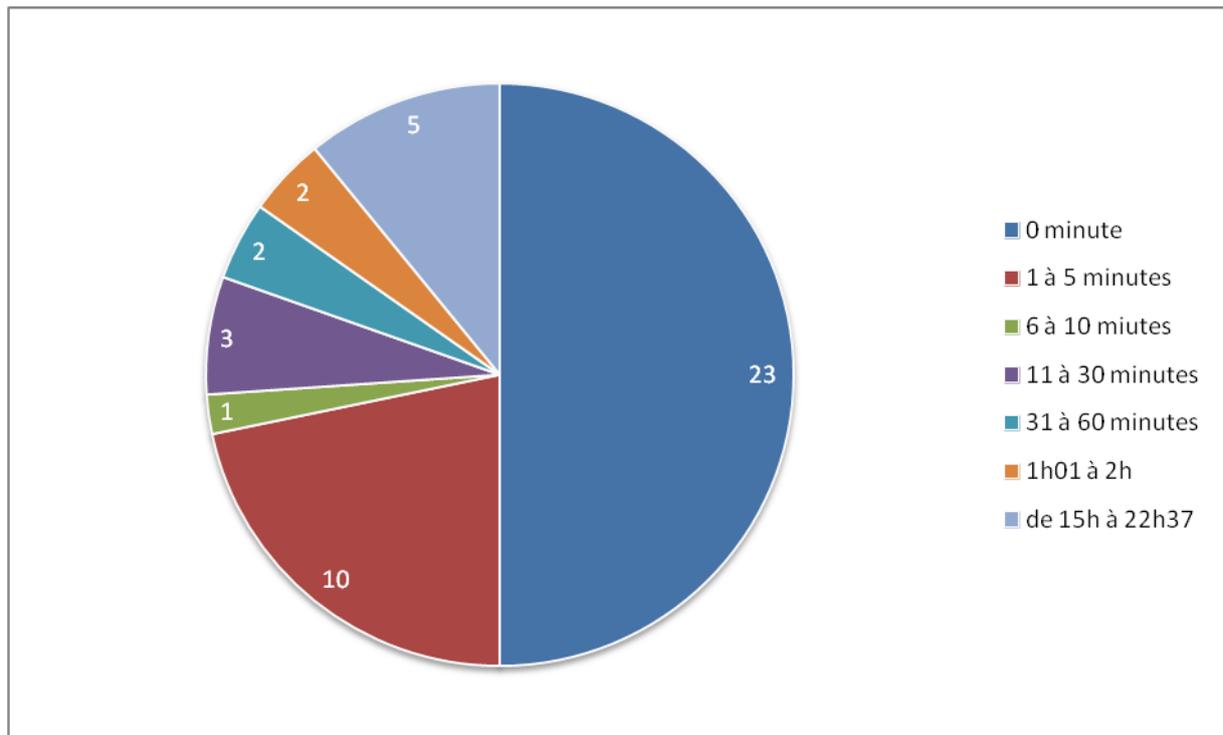
Au sein de ces 10 premières minutes, il fallait, dans 91% des cas, moins de 5 minutes pour joindre le médecin ou pour obtenir la réponse par le secrétariat. Ces réponses représentent 64% des 396 contacts.

b) Vers un cabinet sans secrétariat

Quarante six contacts concluants ont été établis vers un cabinet sans secrétariat. Pour la moitié d'entre eux, la réponse au problème posé a été immédiate (Figure 2).

Dans 74% des cas, il fallait moins de dix minutes pour obtenir une réponse.

Figure 2-La répartition des délais de réponse des contacts concluants vers un cabinet sans secrétariat.



c) Vers un cabinet avec secrétariat

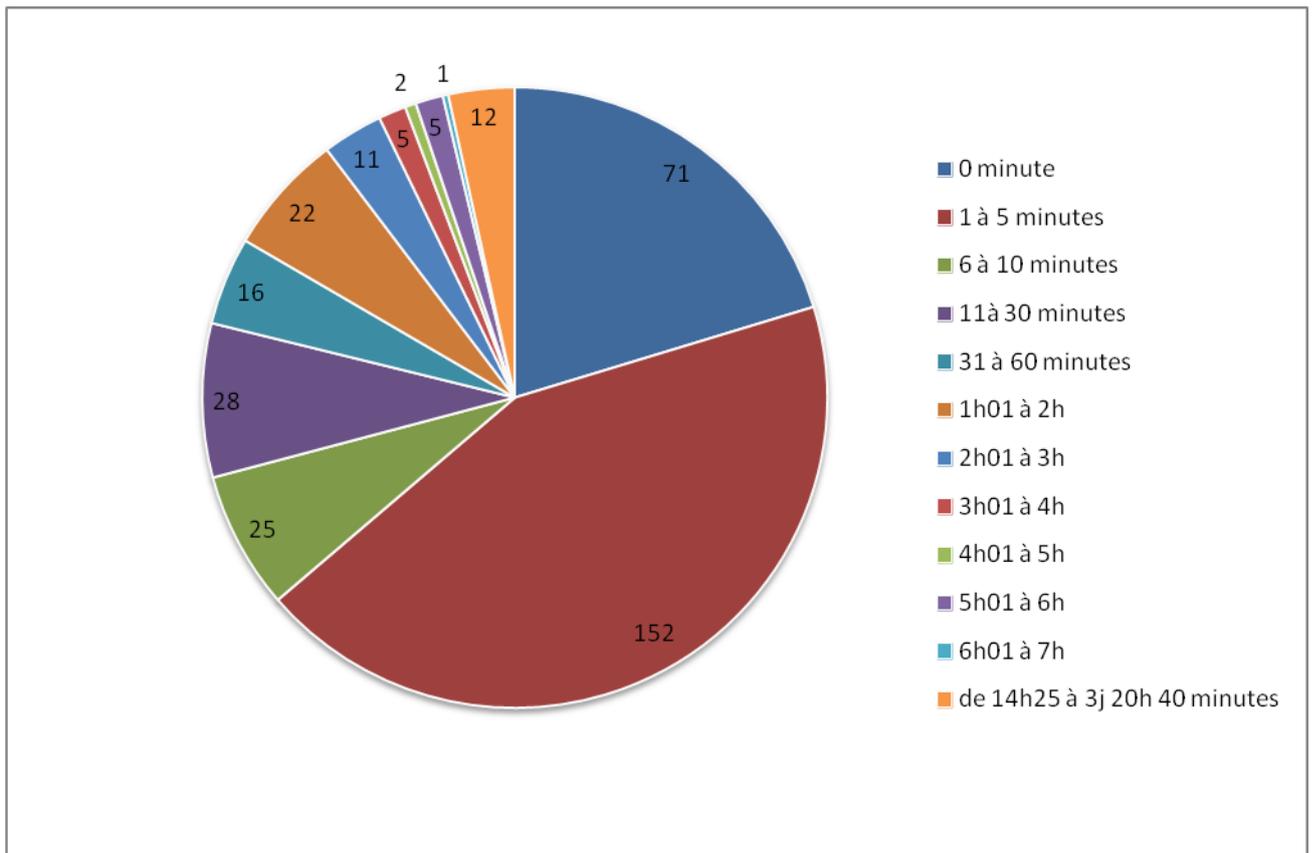
On dénombre 350 contacts concluants établis vers un cabinet avec secrétariat.

La réponse au problème posé a été immédiate pour 71 contacts, soit 20% des 350 (Figure 3).

Elle s'est établie en majorité dans un délai de 1 à 5 minutes pour 152 contacts, soit 43%.

Dans 71% des cas, il fallait moins de 10 minutes pour obtenir une réponse.

Figure 3-La répartition des délais de réponse des contacts concluants vers un cabinet avec secrétariat.



d) En globalité

Sur les 396 contacts ayant permis d'obtenir une réponse au problème posé, cette étude rend compte de 34 103 minutes, soit 23 jours 16 heures et 23 minutes.

Dix sept contacts ont nécessité plus d'une journée de travail avant d'obtenir une réponse, représentant un délai cumulé de 24 445 minutes.

Nous allons exclure ces 17 contacts (soit 49 appels) et travaillerons sur 379 contacts (soit 338 contacts vers des cabinets avec secrétariat et 41 contacts vers un cabinet sans secrétariat).

Ces 379 contacts représentent 93% des 407 tentatives de contact (et 96% des 396 contacts concluants).

Les 41 contacts concluants vers des cabinets sans secrétariat comprennent 50 appels. La moyenne d'appels par contact y était donc de 1,2.

Les 338 contacts concluants vers un cabinet avec secrétariat comprennent quant à eux 446 appels soit une moyenne de 1,3 appels par contact.

La tableau 10 récapitule les pourcentages de réponses (en se basant sur les 379 contacts) en fonction du temps et du type de secrétariat.

Tableau 10- Le détail des délais pour obtenir une réponse au problème posé

Type de secrétariat	Réponse obtenue				Temps moyen par contact (en minutes)
	immédiatement	Dans les 5 minutes	Dans les 30 minutes	Dans la 1ère heure	
Sans secrétariat	56%	80%	90%	95%	9
Avec secrétariat	21%	66%	84%	86%	28
Total	25%	68%	85%	87%	25

Il fallait en moyenne 25 minutes pour obtenir la réponse au problème posé pour les 93% des contacts étudiés.

2) Le taux d'échec des appels

Les résultats suivants seront également analysés après exclusion des 11 échecs complets et des 17 longs contacts.

L'étude n'a pas permis de quantifier les taux exacts des appels émanant du cabinet médical. C'est pourquoi les résultats ne tiennent compte que des contacts émanant de l'officine(par exemple, si le médecin rappelait à 2 reprises l'officine pour le même problème, le tableau de recueil ne permettait de déterminer qu'un seul rappel du médecin).

Le tableau 11 détaille le nombre d'appels échoués en fonction du type de secrétariat.

Tableau 11- La répartition des contacts et délais par nombre d'appels échoués

Nombre d'appels sans réponses	Effectif cumulé des contacts établis par type de secrétariat		Total	Temps total (en minutes)	Temps moyen par contact (en minutes)
	Sans	Avec			
0	34	220	254	948	4
1	5	88	93	5327	57
2	2	21	23	2032	88
3	0	7	7	952	136
4	0	2	2	399	200
Total	41	338	379	9658	25

Tableau 12- La répartition des contacts en fonction du nombre d'appels.

Nombre d'appels sans réponses	Effectif cumulé des contacts établis par type de secrétariat	Nombre d'appels	Moyenne d'appels par contact
0	254	254	1
1	93	151	1.6
2	23	58	2.5
3	7	25	3.6
4	2	8	4
Total	379	496	1,3

Il est normal de ne pas pouvoir calculer le nombre d'appels à partir du tableau 12. Prenons l'exemple d'un contact au cours duquel le secrétariat est joint au bout d'un appel. Si celui-ci transmet l'appel immédiatement au médecin, il n'existe alors aucun appel échoué. Imaginons désormais que le secrétariat ait pris note de l'information et ait mis fin à l'appel. Si le médecin rappelle, le premier appel émanant de l'officine sera bien un échec alors qu'il aura été pourtant le seul appel émis depuis l'officine.

En retirant les 25 appels des échecs complets et les 49 appels des 17 longs contacts, nous retrouvons une moyenne de 1,3 appels par contact.

67% des réponses sont obtenues au moment du 1er appel de l'officiel. Il fallait alors en moyenne 4 minutes pour obtenir la réponse au problème posé.

Par la suite, dans 25% des cas, la réponse était obtenue au 2ème appel de l'officiel ou sur rappel du cabinet médical après un appel de l'officiel. Il fallait alors un délai moyen de 57 minutes.

3) Les acteurs de la réponse au sein du cabinet

Nous allons nous concentrer sur la personne du cabinet médical qui donnait la réponse au problème soulevé par l'officine.

Prenons l'exemple d'une officine souhaitant entrer en contact avec un médecin en particulier. Il se peut que ce dernier soit absent le jour de l'appel et remplacé. Ainsi ce remplaçant peut ne pas être en possession de l'intégralité des connaissances propres à l'état de santé et du suivi du patient. Sa réponse pourra donc être incertaine ou incomplète. Ceci rajoute donc une difficulté dans cette communication.

Il était donc important de savoir si le médecin finalement joint était bien celui souhaité.

Quatre cas de figure ont été rencontrés au cours de l'étude en l'absence du médecin souhaité. La réponse a pu être donnée par:

- un médecin associé, au sein du même cabinet,
- un médecin remplaçant,
- un interne en médecine,
- le secrétariat.

Les résultats suivants seront également analysés après exclusion des 11 échecs complets et des 17 longs contacts et sont détaillés dans le tableau 13.

Tableau 13- La répartition des acteurs de la réponse au problème posé

Réponse apportée par	Nombre de lignes	% total
Médecin souhaité	310	82
Associé	2	1
Remplaçant	2	1
Interne	1	0
Secrétaire	64	17
Total	379	100

4) La Barrière du secrétariat

Cette partie permet d' étudier le rôle "barrière" du secrétariat. C'est à dire l'impact du secrétariat dans le circuit de communication téléphonique entre le médecin et l'officine.

a) Le taux d'appels interceptés par le secrétariat

Les résultats suivants seront également analysés après exclusion des 11 échecs complets et des 17 longs contacts.

Le tableau 14 rend compte du taux d'interception des appels par le secrétariat en fonction de chaque secteur d'exercice de l'officine.

Tableau 14-Le taux d'interception des appels par le secrétariat

Secteur	Nombre de lignes		% de contact intercepté
	Interceptées	Au total	
Centre commercial	39	40	98
Rural	76	85	89
Saisonnier	78	96	81
Urbain	106	117	91
Total	299	338	88

Trente neuf contacts (12%) ont permis de joindre le médecin sans l'interception des appels par le secrétariat, avec une moyenne de **20 minutes de délai** pour l'obtention d'une réponse. Ils comprennent 59 appels, soit une moyenne de 1,5 appels par contact.

A l'opposé, 88% des contacts vers un cabinet avec secrétariat ont été filtrés, avec une moyenne **de 29 minutes** de délai par contact. Ils comprennent 387 appels, soit une moyenne de 1,3 appels par contact.

Rappelons que le délais moyen par contact était de **9 minutes** pour 41 contacts concluants vers un cabinet sans secrétariat.

b) La conduite du secrétariat après l'interception de l'appel

La conduite du secrétariat lors de l'interception de l'appel est décrite dans le tableau 15.

Tableau 15-Les caractéristiques des contacts après l'interception par le secrétariat.

	Médecin joint sur appel initial	Réponse par secrétariat sur appel initial		Rappel du secrétariat avec réponse donnée par		Rappel du médecin
		Sur avis du médecin	Sans avis du médecin	Secréta-riat	Médecin	
Effectifs	209	27	13	24	9	17
Pourcentage des contacts interceptés	70%	9%	4%	8%	3%	6%
Temps	3910	613	126	1525	473	1877
Temps moyen	19	23	10	64	53	110
Nombre d'appels	266	34	15	33	12	27
Moyenne d'appels par contact	1,3	1,3	1,2	1,4	1,3	1,6

Sur la totalité des contacts interceptés par le secrétariat, le médecin était joint sur l'appel initial dans 70% des cas.

E. Les motifs d'appels

1) Les données générales

Une ligne du tableau correspondait à au moins un motif d'appel. Sur les 407 lignes complétées, il a été décidé d'exclure les échecs complets et les contacts s'étalant sur plus d'un jour ouvrable. Ceci pour permettre une analyse plus fine. Cette partie de l'étude portait donc sur 379 contacts du tableau.

Deux contacts comptaient 2 motifs d'appels (autrement dit, l'officine se mettait en relation avec le médecin généraliste pour deux raisons).

Ainsi, cette étude permet d'étudier 381 motifs d'appels.

La liste des motifs initiaux se trouve en Annexe 4.

Sept motifs ont été ajoutés par les officines au fil de l'étude. Par conséquent, 27 motifs d'appels différents ont été rapportés. A chaque ajout, la totalité des officines étaient informées de la modification apportée.

2) Le classement des motifs

Les motifs ont été classés en 2 catégories: Motif d'ordre administratif ou d'ordre professionnel.

Il a été décidé pour les deux contacts présentant des doubles motifs de diviser par 2 les valeurs (temps, nombre d'appels,...) de ces contacts et ceci pour une analyse sur les 379 contacts.

Les caractéristiques des contacts d'ordre professionnel sont détaillées dans le tableau 16 et d'ordre administratif dans le tableau 17. De plus, ces tableaux référencent les 7 motifs ajoutés par les officines au cours de l'étude (motifs 21 à 27).

Tableau 16-Les caractéristiques des contacts d'ordre professionnel.

Motifs	Effectifs des contacts	Pourcentage (arrondis à l'unité)	Temps (minutes)	Nombre d'appels	Effectif Pharmaciens/ Préparateurs
1)Contre indication	15	7%	476	21	6/9
2)Non conformité du choix du médicament	17	8%	402	23	10/7
3)Problème de posologie	85,5	39%	2929	116	38,5/47
4)Interaction médicamenteuse	18	8%	187	24	12/6
5)Effet indésirable	5	2%	344	6	4/1
6) <u>Oubli de prescription</u>	42	19%	1292	51	17/25
8)Problème d'observance	5	2%	10	5	4/1
9)Prescription sans indication justifiée	3	1%	156	5	2/1
10)Redondance	2	1%	8	2	1/1
15)Voie d'administration inappropriée	2	1%	7	2	0/2
16)Pharmacodépendance	2	1%	66	4	2/0
17)Monitoring à suivre	3	1%	1	3	1/2
18)Avis clinique	16	7%	88	20	12/4
20)Incompatibilité physico-chimique	-	-	-	-	-
23)Non prise en compte du spécialiste	4	2%	27	4	3/1
Total	219,5	100%	5993	286	112,5/107

Tableau 17- Les caractéristiques des contacts d'ordre administratif.

Motifs	Effectifs des contacts	Pourcentage (arrondis à l'unité)	Temps (en min)	Nombre d'appels	Effectif Pharmaciens/ Préparateurs
<u>7)Indisponibilité d'une spécialité</u>	70,5	44%	1971	96	30,5/40
11)Support non conforme	7	4%	12	7	6/1
<u>12)Libellé prescription incomplet ou incorrect(doublon avec 7 et 3)</u>	36	23%	691	47	15/21
<u>13)Mauvaise lisibilité</u>	13	8%	128	17	8/5
14)Prescripteur non habilité	1	1%	0	1	1/0
19)Autorisation de délivrance de médicaments	18	11%	589	25	8/10
21)Erreur d'identité du patient	2	1%	2	2	0/2
<u>22)Non réception (fax, mail)</u>	2	1%	225	3	0/2
<u>24)Vérification modification récente de l'ordonnance</u>	3	2%	6	3	1/2
<u>25)Régularisation Médicaments Vignettés avancés</u>	4	2%	30	5	3/1
26)Identité Prescripteur incomplète	1	1%	1	1	0/1
<u>27)Oubli mention NS</u>	2	1%	10	3	1/1
Total	159,5	100%	3665	210	73,5/86

Sur les 93% de contacts étudiés, les résultats sont les suivants:

- **58% des contacts étaient d'ordre professionnel. Ils étaient principalement représentés par les motifs 3(39%) et 6 (19%). Le délai moyen par contact pour l'obtention d'une réponse par le cabinet médical était de 27 minutes pour une moyenne de 1,3 appels par contact. Ces contacts étaient initiés à 51 % par les pharmaciens contre 49% par les préparateurs.**

-**42 % des contacts étaient d'ordre administratif. Ils étaient principalement représentés par les motifs 7(44%), 12(23%) et 19(11%). Le délai moyen par contact pour l'obtention d'une réponse par le cabinet médical était de 23 minutes pour une moyenne de 1,3 appels par contact. Ces contacts étaient initiés à hauteur de 54 % par les préparateurs contre 46% pour les pharmaciens.**

3) Les contacts évitables

Au sein de l'ensemble de ces 381 motifs, certains pourraient ne pas nécessiter d'appels téléphoniques, du moins en urgence, de l'officine. Ceci afin de ne pas parasiter la communication entre le médecin généraliste et l'officine. Ces motifs sont soulignés dans les tableaux 16 et 17. Il a été retenu pour les motifs évitables ces deux possibilités:

-Erreur évitable du médecin,

-Absence de nécessité absolue d'initier un contact par le pharmacien ou la possibilité de communiquer autrement l'information au médecin généraliste.

Les motifs évitables sont soulignés dans les tableaux 16 et 17.

La presque totalité des motifs de nature professionnelle semble indispensable et ne peut être considérée comme évitable. Ceci à l'exception du motif "oubli de prescription".

Cinq motifs d'ordre administratif peuvent également être considérés inévitables : "support de prescription non conforme", " autorisation de délivrance de médicaments", "identité prescripteur incomplète", "erreur d'identité du patient" et "prescripteur non habilité".

Il a été décidé de déterminer les caractéristiques des contacts évitables et inévitables.

Trois catégories ont été réalisées:

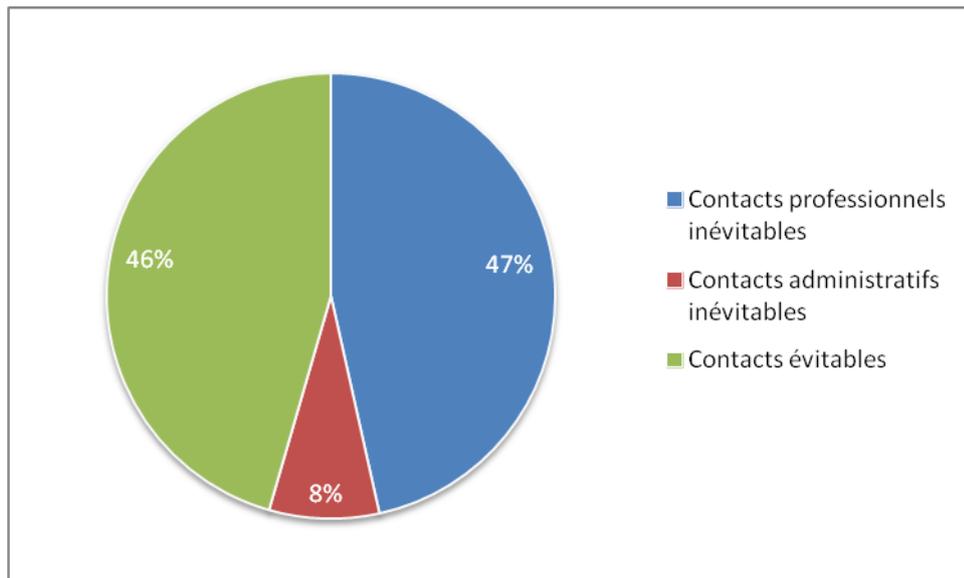
-contact d'ordre professionnel inévitable,

-contact d'ordre administratif inévitable,

-contact évitable.

Elles sont réparties au sein de la figure 4.

Figure 4-La répartition des contacts en contacts évitables et inévitables.



Ces 172,5 contacts évitables représentaient un délai total d'attente avant d'obtenir une réponse au problème posé de 4353 minutes. Soit une moyenne de 25 minutes par contact (pour une moyenne de 1,3 appels par contact).

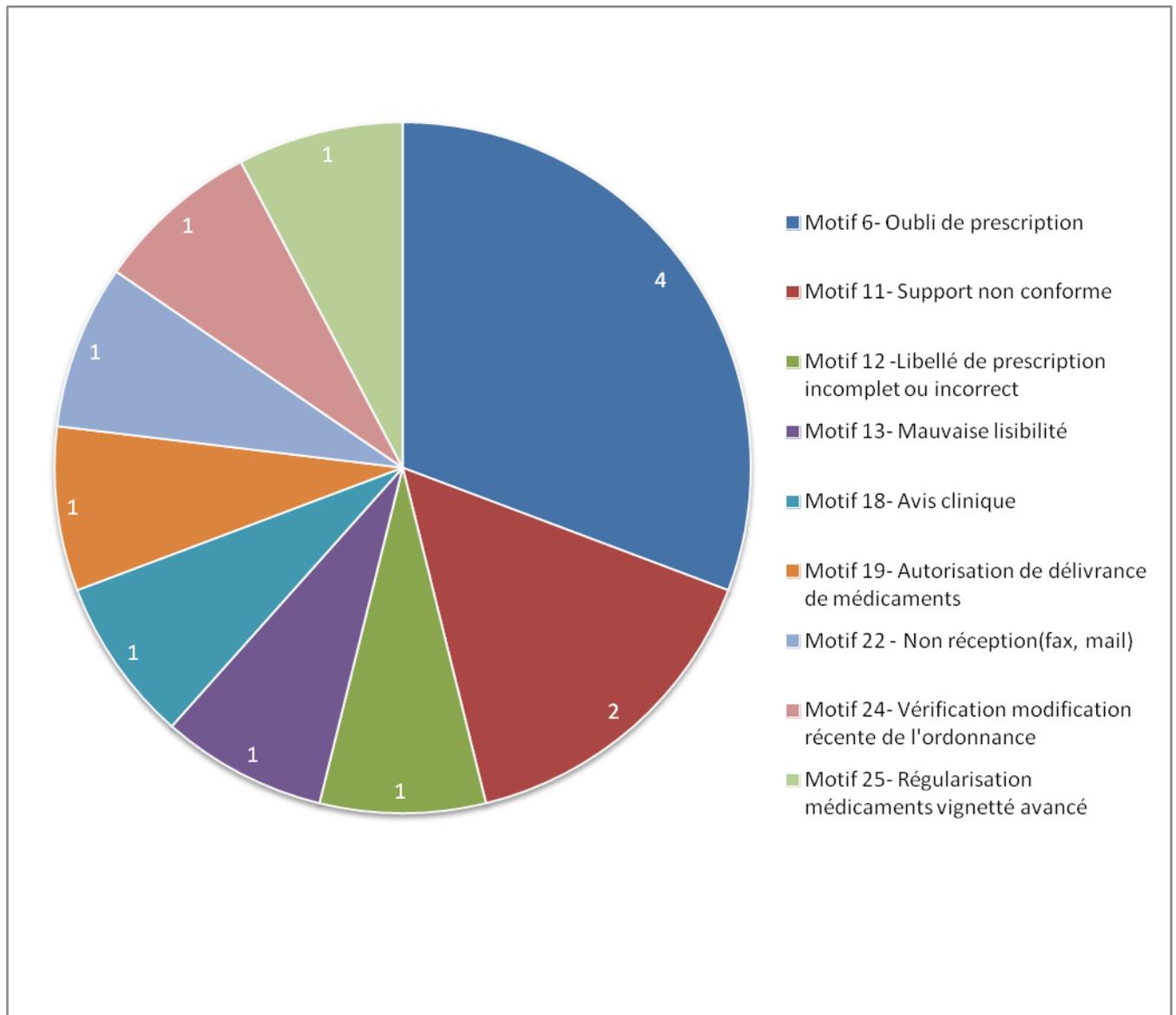
136,5 de ces contacts évitables ont obtenu la réponse par le médecin (soit 79%) contre 36 par le secrétariat(21%).

4) Les motifs ayant fait l'objet d'une réponse par le secrétariat sans avis médical

Sur les treize contacts où la réponse est directement donnée par le secrétariat sans avis médical, nous retrouvons dix contacts évitables (Figure5)

Les 3 contacts inévitables étaient liés à deux motifs administratifs (motifs 11 et 19) et un motif professionnel (motif 18).

Figure 5-La répartition des contacts avec réponse du secrétariat sans avis médical



5) La consultation du Dossier Pharmaceutique

Sur les 407 situations répertoriées, le dossier pharmaceutique a été consulté à 30 reprises (soit dans environ 7 % des contacts).

Treize des 27 motifs d'appel ont nécessité la consultation du DP. Sur ces 13 motifs, le DP est consulté par ordre décroissant:

- à 6 reprises pour le problème de posologie ,
- à 5 reprises pour les interactions médicamenteuses et pour les oublis de prescription,

- à 3 reprises pour une contre indication.

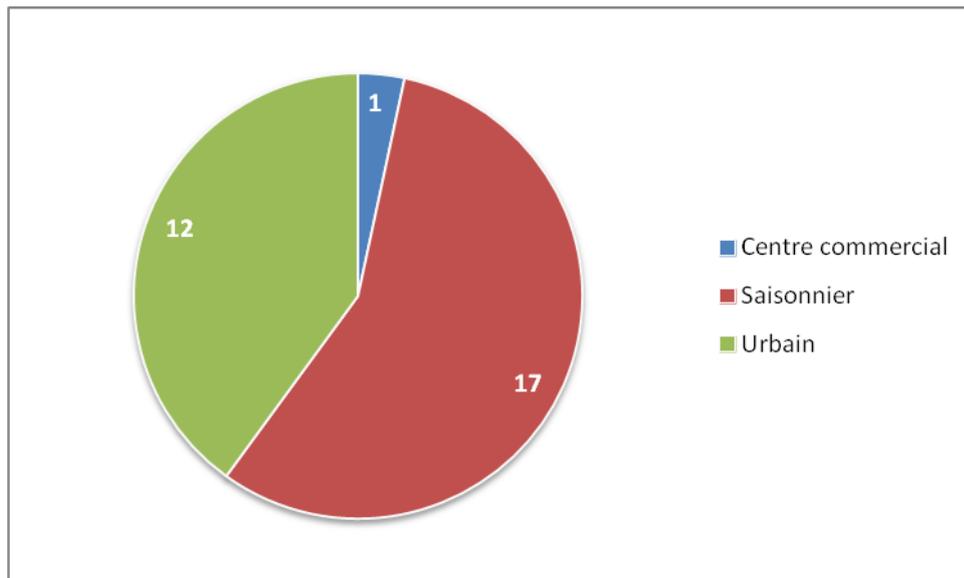
Le tableau 18 rend compte des taux de consultation du DP pour chaque motif. Quatorze des contacts ayant fait l'objet d'une consultations du DP ont été initiés par des préparateurs contre 16 pour les pharmaciens.

Tableau 18-Les taux de consultation du Dossier Pharmaceutique par motif (% arrondis à l'unité)

Motifs	Effectif par motif	% par motif	% des consultations du DP
1)Contre indication	3	19	10
3)Problème de posologie	6	7	20
4)Interaction médicamenteuse	5	28	17
6)Oubli de prescription	5	12	17
7)Indisponibilité d'une spécialité	2	3	7
8)Problème d'observance	1	20	3
10)Redondance	1	50	3
11)Support non conforme	1	13	3
12)Libellé prescription incomplet ou incorrect	1	2	3
16)Pharmacodépendance	1	50	3
17)Monitoring à suivre	1	33	3
19)Autorisation de délivrance de médicaments	2	11	6
23)Non prise en compte du spécialiste	1	25	3

Par secteur, le Dossier Pharmaceutique a été consulté selon la répartition suivante: Figure 6.

Figure 6- La répartition par secteur de la consultation du Dossier Pharmaceutique



F. La question ouverte

Il était demandé à chaque participant de l'officine de répondre à une question ouverte à l'issue du questionnaire individuel: "Selon vous, comment serait-il possible d'améliorer la communication entre le médecin généraliste et l'officine?"

Sur les 105 participants de l'étude, 32 ont donné au moins une réponse à cette question (soit 30%).

Sur les 32 participants, la répartition par secteur est la suivante:

-Centre commercial : 25% de participation,

-Rural: 25% de participation,

-Urbain:37,5 % de participation,

-Saisonnier:12,5 % de participation.

Le tableau 19 présente les effectifs des répondants classés par secteur et par profession.

Tableau 19-La répartition par secteur des répondants à la question ouverte.

Secteur	Pharmaciens		Préparateurs	
	Effectif	% par secteur	Effectif	% par secteur
Centre commercial	5	62,5	3	38
Rural	8	100	0	0
Saisonnier	2	50	2	50
Urbain	9	75	3	25
Total	24	75	8	25

Sur la totalité des participants, il a été comptabilisé 51 réponses (21 participants ont donné une réponse, 6 ont donné 2 réponses, 3 ont donné 3 réponses, 1 a donné 4 réponses et 1 a donné 5 réponses).

Les réponses apportées ont été répertoriées et regroupées en 13 items:

- 1) Lignes téléphoniques directes (c'est à dire un numéro permettant de joindre directement le médecin/pharmacien)
- 2) Formations universitaires communes
- 3) Réunions interprofessionnelles fréquentes (ménager un temps entre les différents acteurs de soins de la ville/quartier pour discuter des patients...)
- 4) Créer des regroupements géographiques pharmacien-médecin (rapprocher la pharmacie du cabinet médical)
- 5) Obtenir un retour du médecin pour une consultation à la demande du pharmacien (pour ainsi savoir si le pharmacien a eu raison ou pas de lui adresser le patient)
- 6) Aucun problème au sein de la communication
- 7) Support d'informations partagées (messagerie privée entre le médecin et le pharmacien (mail, SMS,...), dossier médical partagé)
- 8) Développer les opinions pharmaceutiques (permettant de formaliser les échanges verbaux),

9) Secrétariat plus à l'écoute,

10) Meilleure reconnaissance du métier de pharmacien et de son équipe par le médecin,

11) Plus d'implication et de missions dans le soin des étudiants en pharmacie lors du stage hospitalier (afin de travailler conjointement avec les étudiants en médecine),

12) Meilleure disponibilité téléphonique du médecin

13) Logiciel informatique des médecins à jour de l'actualité du médicament.

Ces items sont traités dans le tableau 20.

Tableau 20-La répartition des réponses à la question ouverte.

Items	Total	Pharmacien	Préparateur
1) Lignes téléphoniques directes	8	5	3
2) Formations universitaires communes	8	8	-
3) Réunions interprofessionnelles	6	4	2
4) Regroupements géographiques	3	3	-
5) Retour du médecin	1	1	-
6) Aucun problème	4	4	-
7) Support d'informations partagées	13	9	4
8) Opinions pharmaceutiques	1	1	-
9) Secrétariat plus à l'écoute	1	1	-
10) Meilleure reconnaissance	2	1	1
11) Plus d'implication (étude)	1	1	-
12) Meilleure disponibilité	2	1	1
13) Logiciel informatique à jour	1	1	-
Total	51	40	11

En première place, 13 des répondants (soit 41%) émettent l'intérêt d'un support d'informations partagées entre l'officine et le médecin généraliste.

En seconde place, il s'agit d'obtenir la ligne directe du médecin et une formation universitaire commune (avec 8 répondants pour chacun de ces items).

A noter: 4 répondants considèrent qu'il n'existe aucun problème au quotidien dans cette communication. Ces 4 personnes travaillent en secteur rural (3 pharmaciens titulaires et 1 pharmacien assistant).

DISCUSSION

Depuis quelques années, la France fait face à des besoins de plus en plus importants en terme de prise en charge sanitaire. Ses besoins augmentant d'autant plus que la population vieillit (avec comme corollaire une prévalence plus forte de pathologies chroniques). Parallèlement, la démographie médicale est en baisse et les dépenses de santé s'accroissent. Ces deux facteurs contribuent à compromettre l'équilibre (sanitaire et économique) du système de santé. La coopération entre professionnels de santé devient de plus en plus nécessaire et est devenue un axe prioritaire des pouvoirs publics pour y remédier.

Il semble que la France ne soit pas le seul pays à rencontrer ces difficultés. De nombreux pays ont ainsi introduit de nouveaux modèles de coopération afin d'optimiser la prise en charge sanitaire de leur population(3). Ces modèles reposent en grande partie sur un développement des missions du pharmacien d'officine.

Deux logiques différentes ont été distinguées afin de développer ces qualifications :

- Une logique de substitution, où certaines tâches initialement accomplies par un professionnel peuvent être pratiquées par un autre professionnel. Celle-ci se décline sous la forme d'un transfert de tâches (où le professionnel est responsable et autonome de son activité) ou sous la forme d'une délégation de tâches (où le professionnel délègue et encadre l'autre professionnel qui est alors sous sa responsabilité),
- Une logique de diversification, où le professionnel dispose d'une extension des services et missions par l'ouverture de nouvelles compétences (non dédiées uniquement à ce professionnel).

A. La communication et la coopération Médecin - Pharmacien à l'étranger

L'aspiration des pharmaciens d'officine à redéfinir leur rôle (extension de leurs missions et revalorisation) s'est "concrétisée à travers l'émergence au début des années 1990 de la notion de soins pharmaceutiques ou "pharmaceutical care""(3). Cette notion se définit par "la dispensation responsable des thérapeutiques médicales en vue d'un résultat défini qui améliore la qualité de vie du patient". Le pharmacien n'est donc plus seulement un spécialiste du médicament mais devient un acteur du premier recours à part entière.

Les principaux objectifs de cette évolution étaient de faire face à la pénurie médicale, promouvoir la prévention primaire, soutenir et accompagner les patients chroniques.

Ainsi les politiques sanitaires étrangères et françaises promeuvent et favorisent la collaboration entre les pharmaciens et les médecins généralistes.

Une revue systématique de la littérature de la coopération entre le médecin généraliste et le pharmacien a été réalisée en 2013. Cette étude avait pour objectif d'étudier l'impact de la coopération entre ces deux professionnels. Elle répertorie 22 essais (mais aucun en France). La majorité d'entre eux montraient un bénéfice à l'intervention du pharmacien dans la gestion des pathologies chroniques et, en particulier, dans la correction des problèmes de prescription médicamenteuse (notamment dans le cadre de pathologies cardio-métaboliques)(3).

1) Des exemples de communication et coopération dans le monde

Aux Etats-Unis, au sein de quarante états américains, la gestion des médicaments peut être réalisée par le pharmacien, en collaboration avec les médecins généralistes(3). Le pharmacien et le médecin généraliste travaillent en équipe autour d'un protocole permettant au pharmacien d'initier, de renouveler ou de modifier des traitements. Ce protocole comprend également la possibilité de prescriptions d'examens biologiques et l'administration de médicaments.

Au Pays-Bas, les médecins généralistes et pharmaciens se réunissent régulièrement pour une analyse conjuguée des ordonnances(2).

En Suisse, des cercles de qualité médecins-pharmaciens sont expérimentés depuis 1998. Il s'agit également de réunions au sein desquelles un groupe de médecins et pharmacien réfléchissent ensemble sur "les stratégies thérapeutiques en fonction du rapport bénéfique/risque des médicaments". Ces expériences ont permis de réduire significativement les coûts de prescription des médicaments en raison d'une meilleure adhésion aux recommandations professionnelles et une prescription plus importante des médicaments génériques(3,22). Par ailleurs, le pharmacien suisse peut désormais proposer des tests de dépistage du diabète ou du cancer colo rectal. De plus, le "dossier pharmaceutique partagé" y a été développé(22). A la différence du dossier pharmaceutique français, il permet à l'ensemble des professionnels de santé de consulter et de partager des informations médicales sur un patient, grâce à un site internet sécurisé, sur accord de ce dernier (radiographie, compte rendu d'hospitalisation, examens biologiques, prescriptions médicamenteuses,...). Il permet la réalisation d'un "bilan de médication" du patient optimal par le pharmacien (évaluation de l'observance, des effets secondaires, recueil des antécédents,...). Enfin, la Suisse voit se développer la télémédecine avec le projet "NetCare"(23). Il s'agit d'un service en cours d'expérimentation. Le patient peut se rendre sans rendez-vous dans une officine pour une pathologie. Il sera reçu en premier lieu par un pharmacien pour un entretien préliminaire. A l'issue de cet entretien, le pharmacien peut selon des protocoles et arbres décisionnels : donner un médicament ne nécessitant pas d'ordonnance, adresser le patient vers un médecin (cabinet privé ou service d'urgences) ou mettre le patient en relation avec un médecin par vidéoconférence ou téléphone au sein de l'officine (ce médecin pourra alors prescrire un médicament soumis à ordonnance). Ce système a donc pour objectif de désengorger les cabinets médicaux et services d'urgences pour des pathologies bénignes. Une étude récente objective un intérêt de la population helvète quant à l'ouverture de ces nouvelles activités. Le pharmacien semble devenir le professionnel de premier recours pour les pathologies bénignes (en raison de sa proximité, de son accessibilité et la confiance de la population)(24).

Au Royaume Uni, depuis 2001, le pharmacien peut procéder à des renouvellements de médicaments.

La réalisation de soins médicaux dans l'officine est autorisée et encadrée par la loi en Irlande, Belgique et Allemagne.

Au Royaume-Uni, au Portugal, au Canada, en Suisse et en Irlande, l'acte de vaccination au sein de la pharmacie d'officine est encadré par la loi(24,26).

2) Les nouvelles missions du pharmacien au sein du système de santé

Québécois

a) Introduction

Nous allons nous intéresser au Québec en raison de sa pratique pharmaceutique en pointe sur de nombreux territoires, en particulier en terme de coopération entre les acteurs de santé. Il s'agit d'un modèle pour les pharmaciens français en raison d'un maintien du monopole de la vente du médicament dans un contexte nord-américain très compétitif (grâce en particulier au développement de la pharmacie clinique et des soins pharmaceutiques)(27). Certes, ce monopole persiste mais l'installation des officines n'est pas soumise à un quota comme en France.

Trois types de pharmacies coexistent au sein de ce système(27):

-Les pharmacies indépendantes, n'étant pas affiliées à une chaîne (le pharmacien titulaire s'occupe intégralement du fonctionnement de son officine et peut ainsi développer d'autres produits comme des produits ménagers,... Il se rapproche donc des "drugstores"). Ce type d'officine tend à disparaître tant le risque financier est important face à la concurrence.

-Les pharmacies évoluant dans une grande surface. Ces pharmacies sont soumises à des contraintes imposées par la grande surface (ils ne peuvent par exemple pas vendre d'autres produits que des médicaments, ces autres produits étant vendus au sein de la grande surface). En contrepartie, le pharmacien dispose d'un soutien en terme d'aménagement et de ressources humaines par le centre commercial.

-Les pharmacies affiliées à une chaîne. Le pharmacien signe une entente commerciale et s'engage auprès de cette chaîne. Cette dernière lui donne des obligations (vente

uniquement de certains médicaments) mais en contre partie lui offre de nombreux services (conseils sur les études de marché, sur le marketing, ...).

Au sein de ces officines peuvent évoluer différents professionnels : le pharmacien titulaire, le pharmacien salarié, les assistants-techniques en pharmacie (équivalent des préparateurs en France), un infirmier (pouvant réaliser soins, vaccination,...), le commis (s'occupant du nettoyage et des réserves de médicaments), une cosméticienne (surtout au sein des grandes officines), un caissier (permettant de libérer des tâches au pharmacien) et le livreur (s'occupant des livraisons à domicile).

Depuis 2015, la loi 41 (nommée Loi modifiant la Loi sur la pharmacie) prévoit la possibilité pour ce pharmacien de renouveler une ordonnance, d'en ajuster le dosage, la quantité ou la posologie. Il lui est également autorisé de prescrire des médicaments lorsque aucun diagnostic n'est nécessaire ou dans des conditions pour lesquelles le diagnostic et le traitement sont connus (en particulier la possibilité de substitution en cas de rupture d'approvisionnement). Il peut enfin prescrire des examens biologiques. Le pharmacien est tenu de suivre une formation pour la plupart de ces missions(28).

Ces nouveaux dispositifs prévus par la loi ont pour volonté de développer la communication entre les médecins généralistes(ou médecins de familles au Québec) et les pharmaciens. Ceci dans le but de s'assurer que l'intérêt du patient est bien servi(28).

Il est important de signaler que l'Ordre des Pharmaciens du Québec recommande (sur son site internet) au patient d'être fidèle à son pharmacien. Ceci afin de regrouper les informations et interventions réalisées au même endroit. Ainsi, l'aide fournie sera plus productive et faite "sur mesure" dans l'intérêt du patient. De plus, les informations transmises au médecin seront complètes(29).

b) Historique

Le Québec fait face depuis de nombreuses années à une crise importante de la démographie médicale. 25% de la population n'a pas de médecin traitant et 60% des recours aux urgences ne sont pas justifiés. Cela a conduit à des retards de diagnostic et des

hospitalisations à répétition(25). Devant ces difficultés, l'ordre des pharmaciens a proposé une transformation du rôle du pharmacien en 2011. Il était alors demandé des modifications sur le plan législatif afin de faire contribuer plus efficacement le pharmacien au système de santé. Le collège des médecins du Québec a accordé l'ouverture de ces nouvelles missions en participant à la définition de la réglementation. Il faudra, à la suite d'un parcours périlleux, attendre le 28 avril 2015 pour officialiser l'entrée en vigueur de la loi 41 permettant ces transformations du rôle du pharmacien(30).

c) Sur le plan juridique

Le pharmacien, en réalisant ces nouvelles dispositions, engage sa responsabilité professionnelle. C'est pourquoi il est indispensable pour lui de consigner la totalité de ses interventions au sein du dossier personnel du patient. Tout ce qui n'est pas indiqué dans le dossier du patient ne peut être considéré comme réalisé. Il doit par ailleurs rester "prudent et diligent" tout en exerçant "la pharmacie avec compétence et selon les données scientifiques acceptables et les normes professionnelles reconnues"(28). Dans le cas contraire, il pourra être tenu responsable.

Le pharmacien a l'obligation d'informer le médecin pour la grande majorité de ses interventions.

d) Modalités de communication entre le médecin et le pharmacien des interventions réalisées par ce dernier

Le législateur a prévu une traçabilité de la totalité des interventions afin d'assurer une communication efficace et soutenue entre le médecin et le pharmacien. Ce moyen de communication ne se veut pas intrusif dans la pratique de chacun.

Il s'agit de deux formulaires(28):

- Formulaire de communication pour information:

Il s'agit d'un formulaire réservé aux cas stables pour lesquels il n'est pas nécessaire de prévenir le médecin de façon urgente. Ainsi, le médecin pourra en prendre connaissance au

cours du prochain rendez-vous avec le patient. Entre la réalisation de cette intervention et la prise de connaissance de l'information par le médecin, le pharmacien demeure responsable d'assurer le suivi des résultats obtenus.

- Formulaire de communication pour attention requise:

Ce formulaire est donc réservé aux situations nécessitant une prise de connaissance plus rapide de l'information par le médecin (anormalité d'un résultat biologique, nécessité d'une intervention médicale rapide,...). Une fois ce formulaire transmis, le pharmacien doit s'assurer de la bonne prise en charge du patient par le médecin (en contactant le patient ou le médecin directement).

Ces formulaires ont été validés par l'ordre des pharmaciens et le collège des médecins Québécois.

Ce type de communication doit s'appuyer sur une réglementation afin de permettre une prise en charge optimale du patient (s'assurer de la bonne transmission des informations, respect du secret professionnel,...). Ainsi , le médecin doit prévoir, au sein de son cabinet, un "mécanisme de suivi des formulaires en provenance des pharmacies". Il se doit d'aviser le pharmacien s'il ne se considère pas comme le médecin traitant du patient suscitant le problème relevé. Le médecin "doit toujours documenter la réception et la prise de connaissance de l'information transmise par le pharmacien"(28).

e) Les interventions détaillées

Le pharmacien peut prolonger une ordonnance au maximum pour la durée de validité de celle prescrite par le médecin. Ce délai ne peut excéder un an car il reste nécessaire de bénéficier du contrôle clinique par le médecin. Le pharmacien peut se réserver le droit de renouveler ou non cette ordonnance en fonction de l'état de santé du patient(28).

La prescription d'analyses biologiques est également bien encadrée. Il s'agit uniquement des analyses permettant une surveillance médicamenteuse (INR par exemple,...). Il est interdit de prescrire le moindre examen de biologie à visée diagnostique. Cette prescription impose une traçabilité, un contrôle de la bonne réalisation du prélèvement par le patient. Enfin, le pharmacien doit informer le médecin du résultat avec qui il pourra discuter de la conduite à tenir(28).

Dans le cas où aucun diagnostic n'est requis, le pharmacien peut ainsi prescrire des médicaments dans les cas suivants: sevrage tabagique, contraception orale d'urgence, troubles digestifs au cours de la grossesse, vitamines avant de débiter une grossesse, prophylaxie du patient voyageur (paludisme,...), pédiculose(31). Il peut également prescrire des médicaments pour des pathologies mineures dans le cas où le patient a déjà reçu un traitement identique efficace prescrit par un médecin dans un délai défini (acné mineure, aphtes buccaux, conjonctivite et rhinite allergique, douleurs menstruelles, eczéma (faible à modéré), érythème fessier, hémorroïdes, herpes labial, infection urinaire récente de la femme, muguet suite à l'inhalation de corticostéroïdes, vaginite à levure). Ce délai est variable selon la pathologie(en général de 4 ans)(28). Des algorithmes décisionnels ont été définis pour aider le pharmacien. Le but étant d'alléger les services d'urgence et les cabinets de médecine générale ainsi que favoriser l'observance des patients (parfois réticents à l'attente d'un rendez-vous chez le médecin)(25)

Par ailleurs, le pharmacien peut ajuster les ordonnances médicales s'il le juge nécessaire afin de réduire des effets indésirables, favoriser une efficacité optimale, prévenir des interactions médicamenteuses,... Préalablement, le pharmacien doit se mettre en relation avec le médecin afin de connaître les objectifs exacts du traitement instauré. Le pharmacien pourra alors procéder à un changement de galénique, de posologie et de dosage. De même, il pourra décider de délivrer une quantité variable de traitements pour faciliter la gestion des médicaments(28).

Le pharmacien québécois peut procéder à la substitution d'un traitement en rupture dans la chaîne d'approvisionnement, sans l'accord préalable du médecin. Pour cela, il

doit avoir suivi une formation. De plus, il devra s'assurer que ce produit est également manquant auprès des pharmacies avoisinantes et des grossistes(28).

Enfin, le pharmacien peut administrer un médicament au sein de l'officine. Il s'agit en réalité plutôt d'une démonstration de l'administration d'un médicament prescrit. Ceci afin de favoriser une prise adaptée de la thérapeutique à domicile(28).

f) La rémunération

Quatre de ces missions sont soumises à rémunération . Il s'agit du renouvellement d'une ordonnance, de la prescription d'un médicament sans diagnostic dans des conditions de pathologies mineures et de l'ajustement d'une ordonnance. Cette rémunération varie entre 8,90 euros et 14,20 euros par acte(25)

g) L'opinion pharmaceutique

L'opinion pharmaceutique , existant en France mais très peu utilisée, est également une mission importante du pharmacien du Québec. Rappelons qu'il s'agit d'un avis motivé du pharmacien sur une ordonnance en cas d'interaction, de contre-indication, d'inobservance,... Dans ce cas, le pharmacien peut refuser la délivrance de l'ordonnance et doit ainsi réaliser une opinion pharmaceutique qui devra être consignée par écrit à l'aide d'un formulaire de communication.

Par opposition au système de soin français, les opinions pharmaceutiques sont encadrées par la loi au Québec et font l'objet d'une rémunération(27). Ainsi, l'expertise du pharmacien est reconnue sur le plan financier et la perte de revenu que peut entraîner un refus de délivrance est ainsi compensée.

h) L'opinion des pharmaciens sur l'ouverture de ces nouvelles missions

La majorité des pharmaciens semble en accord avec l'ouverture de ces nouvelles missions, sous entendant la reconnaissance de leur rôle" d'expert du médicament"(27) .

Néanmoins, certains s'interrogent sur leur capacité à procéder à l'intégralité de ces services par manque de temps et de moyen. Ils avancent la nécessité d'une rémunération de la

totalité des actes afin de pouvoir recruter du personnel et ainsi se libérer de certaines tâches au profit de ces nouvelles missions(27).

Cette loi ne satisfait que partiellement les étudiants en pharmacie considérant également l'importance d'une rémunération de l'ensemble de ces services(27).

i) L'opinion des médecins

Au sein des nouvelles dispositions, le médecin reste le seul à pouvoir poser un diagnostic. Ainsi, il reste l'intervenant prioritaire dans la santé de ses patients.

De nombreux médecins reconnaissent être réticents face à certaines de ces missions. Selon eux, cette loi "banalise l'acte diagnostique en permettant aux pharmaciens de prescrire après une formation d'à peine quelques heures", jugée insuffisante(27). Certains craignent des conflits d'intérêts. Enfin d'autres y voient une dégradation progressive de la collaboration avec le pharmacien(27).

Il n'existe pas encore d'études concrètes permettant de déterminer les bénéfices et inconvénients de ce système. Mais force est de constater que si les missions pharmaciens se sont développées, elles sont loin de faire l'unanimité auprès de ces deux professionnels.

B. Les données bibliographiques sur la communication/coopération en France

Il semble que les professionnels de premiers recours en France exercent principalement de façon isolée. Ainsi le patient est le principal vecteur de l'information entre ces 2 professionnels (en particulier par le biais de l'ordonnance).

Par opposition aux modèles de coopération dans le monde, il n'existe que de très rares études à ce jour sur la communication et la coopération entre le médecin généraliste et le pharmacien d'officine en France.

Il existe par exemple une étude qualitative de l'HAS publiée en 2012 explorant les témoignages des professionnels de santé évoluant dans un réseau de santé(32). Il existe en particulier deux types de réseaux de santé. Il s'agit soit d'un réseau formel dont le fonctionnement est soumis à une législation ou d'un réseau informel qui ne dispose donc d'aucun cadre légal. C'est ce dernier type de réseau qui semble s'être développé depuis de nombreuses années entre le médecin généraliste et le pharmacien d'officine. Cette enquête montre que les médecins généralistes coopèrent régulièrement de façon informelle avec les pharmaciens. Ces coopérations étaient initiées majoritairement par le pharmacien dans le cadre de dépistage et de prévention des risques. Aucun réseau formel n'est décrit.

Une étude récente de grande envergure en France, nommée DOPI-OFFI, a permis d'étudier les interventions pharmaceutiques. Cette étude n'a pas encore fait l'objet d'une publication mais les résultats préliminaires sont intéressants. 50% des interventions pharmaceutiques ont nécessité un appel auprès des médecins. Dans 92% des cas, l'intervention était acceptée(33).

La France est donc en retard sur de nombreux pays pour ce qui concerne cette collaboration. Cela peut s'expliquer en partie par une forte disparité dans le monde en terme de délivrance des médicaments dans l'officine (En particulier, la conservation du monopole officinal en France retardant le développement des missions du pharmacien).

Il semble pourtant que ces avancées dans le monde aient démontré un rôle bénéfique du pharmacien dans la prise en charge des personnes âgées et la gestion de certaines pathologies cardiovasculaires (en limitant les problèmes de prescription et en améliorant certains critères biologiques).

De plus, les réseaux informels de santé entre médecins généralistes et pharmaciens semblent se développer depuis quelques années.

Pour pallier les mêmes difficultés rencontrées au Québec, le système de santé français fait donc l'objet d'une restructuration tout en visant une amélioration de la prise en charge de ses patients. D'autant plus qu'il a été mis en évidence une difficulté de la prise en charge des patients âgés et polypathologiques par le seul médecin généraliste (qui tend donc à déléguer)(34). Cette restructuration repose sur la loi HPST. Cette loi ouvre la voie au

développement de la coopération entre les professionnels de santé en apportant notamment de nouvelles missions pour le pharmacien d'officine.

C. Les nouveaux services du pharmacien d'officine proposés par la législation

La législation a ouvert de nombreuses pistes sur les nouveaux services pour le pharmacien d'officine. Cependant, une grande majorité de ces propositions n'a pas encore rencontré un franc succès.

1) Le pharmacien correspondant

Le pharmacien, dans le cadre d'un protocole de coopération, pourrait procéder au renouvellement des traitements en y "adaptant éventuellement la posologie et en réalisant le cas échéant des bilans de médication" (c'est à dire l'évaluation de l'observance, de la tolérance médicamenteuse)(2). Ce bilan doit être transmis au médecin prescripteur.

Le protocole de coopération doit être détaillé et rédigé par le médecin et le pharmacien. Il est soumis à l'ARS (Agence Régionale de Santé) et à l'HAS (Haute Autorité de Santé). La première se charge de vérifier qu'il "correspond à un besoin de santé" et la seconde de vérifier sa "pertinence en termes de qualité de soins"(2). Une fois le protocole validé, le pharmacien et le médecin se doivent d'enregistrer une demande d'adhésion auprès de l'ARS. Un suivi de la mise en œuvre de ce protocole est obligatoirement réalisé par ces deux professionnels et les informations relatives à ce suivi doivent être transmises à l'ARS et l'HAS(2,35). Un collège de financeurs doit également être installé afin de se prononcer sur le modèle économique proposé par les professionnels et l'ARS (ceci depuis 2014)(35).

C'est le patient qui pourra "désigner le pharmacien signataire comme pharmacien correspondant(2).

Le médecin peut par la suite "rédiger pour ce patient une prescription mentionnant les posologies minimales et maximales, la durée totale du traitement comprenant les renouvellements ainsi que la nature éventuelle des prestations à associer à ces renouvellements"(2).

Rappelons que ces protocoles intéressent également la coopération entre tous les professionnels de santé (infirmiers, kinésithérapeutes,...).

Le dernier état des lieux de ces protocoles de coopération en France a été publié par l'HAS en 2015(35). Ce rapport encadrait une période s'étalant entre l'année 2009 et l'année 2014 incluse. Sur les 91 protocoles proposés, seulement 38 ont été autorisés (et 25 ont été mis en œuvre). Aucun de ces protocoles n'intéressait une coopération entre le médecin généraliste et le pharmacien d'officine (pourtant 2 protocoles concernant la pharmacie d'officine étaient en instruction en fin d'année 2013 et n'ont pas été retenus(36). Ils concernaient l'adaptation des doses d'anticoagulant et le test de dépistage rapide des angines à streptocoques).

2) Le renouvellement de la prescription après bilan pharmaceutique

Il s'agirait d'une démarche alternative à celle du pharmacien correspondant. Cette mission s'organiserait autour d'un protocole national déterminé par l'HAS en lien avec le médecin et le pharmacien. Au sein de ce protocole serait défini un bilan complet à réaliser par le pharmacien avant de procéder à un renouvellement sans modification du traitement. Si ce bilan est positif, le renouvellement est réalisé et le compte-rendu de ce bilan doit être remis au médecin. Dans le cas contraire, le patient devra être orienté vers le médecin.

Ce bilan nécessite une formation adaptée du pharmacien et un local de confidentialité.

En soi, cette proposition s'apparente au pharmacien correspondant mais de nombreux points diffèrent : pas de désignation de pharmacien correspondant, pas de changement de posologie possible et cette fois un protocole sur le plan national.

Cette proposition n'a pas été retenue à ce jour.

3) Les entretiens pharmaceutiques

Ces entretiens ont été instaurés pour la prise en charge de patients porteurs de pathologies chroniques. La prise en charge de ces pathologies nécessitent, de la part du patient, une bonne compréhension du système de soins, de l'utilisation des médicaments et des règles hygiéno-diététiques. Ceci afin de renforcer son observance et de limiter au mieux la progression de sa pathologie. Cependant, l'acquisition de ce savoir et l'adhésion optimale à sa prise en charge suggère un accompagnement (entretien motivationnel, soutien,...) et donc du temps à consacrer au patient. Il semble cependant que ce temps manque pour les médecins depuis quelques années(2). Il a donc été décidé de permettre aux pharmaciens d'officine de procéder à ces entretiens pharmaceutiques en collaboration avec le médecin traitant (restant le référent de la prise en charge de son patient). Ainsi, la convention nationale du 4 avril 2012 (signée entre les pharmaciens titulaires et l'assurance maladie) instaure ces entretiens(7). Il faudra attendre la parution de l'avenant à cette convention publiée au Journal officiel du 27 juin 2013 pour connaître les modalités concrètes de ces entretiens d'accompagnement. Cet avenant confirme l'importance d'une coopération entre médecin et pharmacien mais leur laisse la liberté de mettre en place un accord interprofessionnel(37).

En premier lieu, ce sont les patients traités par anti-vitamine K pour des pathologies chroniques qui sont éligibles pour ces entretiens (soit un traitement au long cours pour une durée minimum de 6 mois).

En second lieu, la législation ouvre ces entretiens aux patients asthmatiques en 2014(38).

Ces patients doivent recevoir un courrier d'information (contenant un bulletin d'adhésion) par l'assurance maladie. Le patient peut alors se rendre ,avec son bulletin d'adhésion, chez le pharmacien afin de débiter les entretiens(39).

Les buts de ces entretiens sont(37):

- de renforcer les rôles de conseil, d'éducation et de prévention du pharmacien auprès des patients,
- de valoriser l'expertise du pharmacien sur le médicament,

- d'évaluer la connaissance par le patient de son traitement, de rechercher l'adhésion thérapeutique du patient et l'aider à s'approprier son traitement,
- d'évaluer, à terme, l'appropriation par le patient de son traitement.

Les entretiens pharmaceutiques font l'objet d'une rémunération annuelle par patient (de 30 à 40 euros)(37).

Les pharmaciens rencontrés, disposant d'un recul suffisant, avouaient ne pas voir l'intérêt de multiplier les entretiens. A l'issue du 2e ou 3e entretien, il était rapporté que le patient ne comprenait pas toujours l'intérêt de poursuivre ces rencontres (considérant ses connaissances comme suffisantes) et le pharmacien ne trouvait plus d'informations à transmettre au patient. Pour répondre à ce constat, la législation (par l'avenant n°8 à la convention nationale pharmaceutique publié au Journal Officiel en juin 2016) a introduit le concept d'entretiens d'observance. Il est ainsi permis aux pharmaciens de poursuivre les entretiens pharmaceutiques en travaillant sur l'observance des patients. Cet avenant précise les modalités pratiques de réalisation de cet accompagnement et intègre un questionnaire permettant de noter l'observance du patient. Ce questionnaire permet par la suite au pharmacien de déterminer la fréquence des entretiens(39).

4) Le dépistage

Le but de cette stratégie est de proposer un dépistage de pathologies chroniques (diabète, bronchopneumopathie chronique obstructive(BPCO), hypertension artérielle,...) au sein de l'officine en particulier pour les populations ne consultant que peu leur médecin traitant. Cela permettrait un dépistage précoce et donc des économies en terme de dépense de santé(2).

Il semble que ce dépistage soit déjà proposé au sein de nombreuses officines, avec l'aide de sociétés savantes et de médecins référents. Néanmoins, aucune validation de ce type de prestations n'est établie par la Haute Autorité de Santé(2).

Il faut également rappeler que la législation avait initialement accordé en juin 2013 la pratique de 3 tests de dépistage biologique (test capillaire d'évaluation de la glycémie, Test

de diagnostic rapide du streptocoque dans le cadre d'angine et test naso-pharyngé d'orientation diagnostique de la grippe). Cependant, un arrêté du conseil d'état du 8 avril 2015 a abrogé cette autorisation(40). Enfin, l'arrêté du "1er août 2016" publié au Journal Officiel le 5 août 2016 officialise la réouverture de ces mêmes précédentes missions de dépistage au sein de l'officine(41).

5) L'éducation thérapeutique du patient

Le pharmacien peut procéder à cette éducation thérapeutique depuis août 2010. Le cadre légal est documenté par l'article 84 de loi HPST(2).

Il s'agit de programmes d'éducation du patient sur "la stratégie médicamenteuse, l'information sur les effets indésirables et le mode de prise des médicaments ou d'utilisation dispositifs médicaux". Un suivi de l'observance fait également partie de ce programme.(2)

Cela sous-entend une formation adaptée du pharmacien, comme de tous les autres professionnels.

Une étude publiée en juin 2016 par la Société Française de Pharmacie Clinique fait un état des lieux de la pratique de l'éducation thérapeutique par les officines en France(42). Ces résultats démontrent une implication adaptée dans les démarches éducatives en ville, malgré un niveau de formation variable et dans un contexte financier contraint.

6) Le bilan de médication

Le rapport de l'inspection générales des affaires sociales publié en 2011(2) fait état de prescriptions non optimales en France, en particulier à l'origine de iatrogénie (ordonnances comportant une liste de médicaments trop importante,...).

Ce bilan recommande d'intégrer le pharmacien, détenteur d'une compétence spécifique en matière de médicaments, dans cette prescription. Ainsi, cette nouvelle approche pourrait contribuer à optimiser les prescriptions des médecins.

Il était proposé de réaliser des entretiens entre le patient et le pharmacien sur prescription du médecin traitant. Le pharmacien doit procéder à une analyse soigneuse des ordonnances en s'adaptant à l'état clinique du patient (après avoir fait le point sur la consommation réelle de traitements par le patient). A l'issue de ce bilan, il adresse un avis au prescripteur avec d'éventuels conseils d'adaptation de prescription. Le médecin reste le seul à décider de la prescription finale.

Cependant, ce bilan de médication est loin de faire l'unanimité et n'a donc pas connu le succès escompté.

D'un côté, les médecins semblent réticents face à cette intervention. Selon eux, "l'optimisation de l'ordonnance relève de leur seule responsabilité"(2).

Du côté des pharmaciens, le contenu de ce concept doit être clarifié. Par ailleurs, l'Académie Nationale de Pharmacie remet en cause la nécessité d'une prescription médicale préalable à ce bilan(26). Cette opinion se base sur l'importance du rôle d'alerte du pharmacien sur sa propre initiative. Ce rapport considère que la prévention du risque iatrogène relève autant de l'initiative des pharmaciens que des médecins.

7) La préparation des doses à administrer (PDA)

Elle est actuellement réalisée en quasi exclusivité pour les établissements d'hébergement des personnes âgées dépendantes (EHPAD).

Il est proposé d'en faire de même pour les patients âgés et handicapés vivant à domicile. Ceci afin d'améliorer l'observance et de limiter le risque iatrogénique tout en évitant une institutionnalisation(2)

Ce souhait de généraliser ce concept demande à être clarifié quant à sa mise en œuvre sur le plan législatif(2,26). Pour le moment, ce projet n'a donc pas de règles de bonnes pratiques et est à l'origine de tensions entre les différents acteurs de la chaîne du médicament (de la conception à la vente des médicaments).

8) La vaccination

Il a été suggéré que les pharmaciens puissent participer à la vaccination des patients. Cette suggestion s'appuie sur un passage plus régulier des patients dans une officine que dans le cabinet médical. Il est alors avancé que ce passage pourrait faire l'objet d'un contrôle du statut vaccinal. Le dossier pharmaceutique pourrait alors servir de support au suivi des vaccinations (ainsi, depuis 2015, le DP contient les informations vaccinales des 21 dernières années)(2).

Le réseau vaccinal actuel est à ce jour parfois perçu comme complexe par le patient. En effet, il doit se rendre chez le médecin afin d'obtenir une ordonnance, puis récupérer son vaccin avant de se faire pratiquer la vaccination chez un médecin, un infirmier ou une sage femme. L'Académie Nationale de Pharmacie demande donc une clarification sur le plan législatif quant à la possibilité pour le pharmacien de procéder à des vaccinations(26). Elle appuie cette demande sur plusieurs constats : vaccination sans rendez-vous au sein des officines, désengorgement des cabinets médicaux, infirmiers et hôpitaux en période épidémique (vaccination anti grippale en particulier), extension certaine de la couverture vaccinale (enregistrement de la délivrance et dans un même temps de la vaccination) et la connaissance certaine du statut vaccinal (grâce au dossier pharmaceutique). Le carnet de santé n'étant pas toujours tenu à jour correctement.

La vaccination au sein d'une pharmacie n'est donc pas encore d'actualité, ce d'autant plus que cette proposition rencontre une franche hostilité de la part des syndicats de médecins(2).

9) La prévention

Les pharmaciens sont tenus depuis 2009 de participer à la prévention, au titre des soins de premier recours(26). Il s'agit en particulier de l'aide à l'arrêt du tabac, règles hygiéno-diététiques,...

Bien qu'il soit fait état d'une forte implication des pharmaciens en terme de prévention, il existe actuellement de nombreux obstacles à sa réalisation: "manque de temps, de définition du champ d'intervention, d'encouragement au rôle de prévention,..."(26).

L'Académie Nationale de Pharmacie souhaite donc que les objectifs de prévention soient mieux définis (actions de prévention prioritaires, définition du rôle de chacun avec une formation adéquate, coordination des actions de prévention)(26).

En conclusion, la loi HPST a ouvert la porte à de nombreuses nouvelles missions pour le pharmacien d'officine en coopération avec le médecin généraliste. La majorité d'entre elles n'a pas encore pu être initiée ou ne connaît pas un franc succès. Mais force est de constater que le contexte socio-économique actuel de la France tend au développement de cette inter-professionnalité. A ce titre, de nombreux réseaux de soins informels (non soumis aux protocoles trop difficiles et longs à initier selon les règles précédemment exposées) tendent à se développer (en particulier entre professionnels exerçant à proximité en secteur rural et semi-rural, dans l'intérêt du patient)(34). Par ailleurs, le Conseil National de l'Ordre des Pharmaciens a publié récemment une étude encourageante pour l'avenir des officinaux(43). Il était demandé aux pharmaciens de répondre à un questionnaire sur son site internet, relatif aux nouvelles missions de la loi HPST. Sur les 870 répondants, 19,8% déclarent "s'être engagés dans une démarche structurée de coopération entre professionnels de santé, essentiellement avec un médecin ou une infirmière" (Ces protocoles étaient initiés dans 15,2% des cas par le pharmacien). 20,2% de ces pharmaciens engagés dans une coopération étaient désignés comme pharmacien correspondant. 73,6% des répondants déclarent également participer à l'éducation thérapeutique (58,5% ont suivi une formation spécifique).

Devant ces résultats, l'Ordre National des Pharmaciens a donc retenu une évolution notable dans la pratique des pharmaciens depuis 2009. C'est pourquoi il a récemment "demandé au Premier Ministre que soit publié le décret permettant aux pharmaciens de proposer des conseils et prestations destinés à favoriser l'amélioration ou le maintien de l'état de santé des personnes (8° de l'article L.5125-1-1A du CSP)".

Malgré ces résultats, comme nous le signalions en introduction, pour développer au mieux ce système de coopération, il faut avant tout que le médecin généraliste et le pharmacien d'officine communiquent.

Après les spécialistes, les pharmaciens sont les professionnels avec lesquels les médecins généralistes échangent le plus(2). Il semble néanmoins que cette communication (et donc cette coopération) ne soit pas aussi simple que le législateur le souhaiterait.

Il est donc en premier lieu important d'étudier la vision de chacun.

D. L'opinion du médecin généraliste sur le pharmacien d'officine

Les médecins généralistes n'ont pas fait l'objet de rencontre au cours de cette étude. Cette opinion s'appuie donc sur la littérature.

A l'issue de cette consultation, deux constats préalables sont possibles :

-Il n'existe que peu de sources bibliographiques traitant de la représentation du pharmacien par le médecin généraliste,

-La majorité de ces textes n'a été réalisée qu'à l'issue de la loi HPST avec l'introduction des nouvelles missions du pharmacien d'officine (susitant des débats entre ces 2 professionnels).

1) Sa représentation du pharmacien d'officine

En premier lieu , nombre de médecins mettent en avant le rôle de "commerçant" du pharmacien et le "réduise volontiers à un rôle d'assistant dans la gestion des pathologies chroniques"(2,3). Leur relation est dépeinte sur "le mode de l'instrumentalisation où le partenaire est dépersonnalisé et identifié uniquement à son rôle professionnel"(2). Ils leur reprochent également de ne pas travailler suffisamment leur savoir(9). Ils reconnaissent néanmoins leur connaissance et expertise pharmacologique(3).

Un rapport de l'inspection générale des affaires sociales en 2011(2) suggérait des avis plus contrastés. Des représentants des médecins interrogés, tant au niveau national que régional, se félicitaient des relations actuellement entretenues avec les pharmaciens. Selon eux, les interventions des pharmaciens sont hétérogènes et globalement de bonne qualité. Enfin, ils évoquaient des relations cordiales (tant que les frontières actuelles entre ces 2 professions restent inchangées).

2) Son opinion sur leur communication

Au sein de la communication téléphonique, les médecins reprochent également aux officinaux de ne pas proposer de suggestion au cours des appels téléphoniques(9). Cette suggestion permettrait ainsi au médecin de ne pas perdre trop de temps et faciliterait la relation médecin-pharmacien. Certains reprochent aux officinaux de ne pas se présenter au début de l'appel téléphonique(9). Il est également répertorié une difficulté d'accessibilité et de disponibilité du pharmacien (en raison de son activité et de son environnement)(9). Ensuite, selon le médecin, le pharmacien n'explique pas clairement son point de vue (manque de préparation du motif de l'appel,...) et parler au téléphone avec le pharmacien est trop chronophage(9). De plus, le médecin peut se sentir bousculé et dérangé par l'appel de l'officinal qui s'impose au sein d'une consultation médicale. Il ne s'attend alors pas à recevoir des félicitations de la part de l'officine et ne semble pas apprécier cette circonstance(11). Il peut même être envisagé que le médecin ait le sentiment que l'officinal a outrepassé ses fonctions(9).

Les médecins apprécient néanmoins d'être contactés pour être prévenus d'interactions, d'allergies ou d'intolérances médicamenteuses et pour des suggestions d'ajustement de doses (9).

3) Son opinion sur l'ouverture des missions du pharmacien proposée par la législation

De nombreux médecins généralistes s'opposent à l'ouverture des missions du pharmacien en avançant ces arguments : développement d'une concurrence entre médecin et pharmacien(3), conflit d'intérêt pour le pharmacien(2,3), dévalorisation du rôle du médecin et banalisation de l'acte médical(2), compétence insuffisante du pharmacien pour le suivi de pathologies(2), vision brouillée du patient quant au rôle de chaque professionnel(2), perte de revenus(2). Rappelons également que l'un des arguments majeurs pour le transfert de tâche est le manque de temps médical. Il semble cependant que cet argument ne soit pas recevable pour les médecins qui souhaiteraient plutôt être soulagés des tâches administratives (2).

Néanmoins, une étude réalisée auprès de 305 médecins mettait en évidence que ces derniers semblaient favorables (à 89%) au transfert de tâche en émettant des conseils sur l'observance. Ils étaient beaucoup moins favorables à la prescription des vaccins (61% en accord), l'éducation thérapeutique (41%) et au renouvellement des traitements (24%)(15).

En conclusion, le médecin généraliste s'appuie sur sa connaissance spécifique du patient (son histoire, son environnement,...) pour revendiquer son rôle de "pivot" du système de santé français (et donc "le seul" à décider du parcours de soins de son patient). Pour le médecin, être un bon professionnel, c'est se "débrouiller seul"(34). Le médecin n'est donc pas favorable au développement d'un partage des rôles avec le pharmacien dont il reconnaît volontiers son rôle d'expertise du médicament (sans oublier néanmoins son image de commerçant). Pourtant, comme décrit précédemment, des réseaux de soin informels tendent à se développer depuis plusieurs années. Il semble qu'au sein de ces réseaux, aucun de ses acteurs " ne dispose d'une vision globale de la prise en charge du malade". "Mais plutôt une superposition de visions partielles". Ceci en raison du "manque de connaissance du travail de l'autre (avec les difficultés rencontrées) et des regards suspicieux portés sur lui". Il est donc difficile d'identifier un "acteur charnière" de la prise en charge du patient même si "chacun tend à endosser ce rôle"(34).

C'est en entretenant cette suspicion, que la communication peut devenir difficile et occasionner un isolement de chaque professionnel.

Les pharmaciens sont parfaitement conscients des opinions négatives ressenties par les médecins pour travailler plus ensemble en coopération/collaboration (2).

E. A la rencontre des officinaux

En se rendant à la rencontre des officinaux, il a été permis d'appréhender leurs constats, difficultés et leurs souhaits dans cette communication avec le médecin généraliste.

1) Les constats selon le secteur d'exercice des officinaux

Tout d'abord, il est intéressant de noter une grande variabilité des discours selon le secteur d'exercice. Par exemple, les pharmaciens travaillant en secteur rural se disent proches des prescripteurs de leur ville d'exercice. Ils n'appréhendent pas, pour la majorité, d'entrer en contact téléphonique avec ces médecins. De plus, les contacts semblaient plus faciles à établir, selon leurs propos, en raison de la possession de la ligne directe du médecin. C'est également le seul secteur où les pharmaciens questionnés entretenaient des relations amicales proches avec les prescripteurs. A l'opposé, les officines des secteurs urbains, saisonniers et des centres commerciaux tendaient à décrire une situation beaucoup plus complexe : méconnaissance des prescripteurs (et secrétaire) souvent étalés sur le plan géographique, patientèle moins fidèle, accessibilité difficile des prescripteurs (absence du numéro de leur ligne directe,...), crainte de déranger et de leur réaction,...

Ce même constat est rapporté dans la littérature dans une publication du Conseil de l'Ordre National des Médecins de 2012(1). Au sein du secteur rural, "les relations entre le médecin et le pharmacien sont basées sur la connaissance mutuelle, le respect et la même approche du patient". Il y est décrit l'exemple d'un village de 1200 habitants dans la Manche où le médecin et le pharmacien œuvrent en collaboration depuis 35 ans. Il y existe une

connaissance des mêmes patients et familles et l'écoute de même histoires, plaintes médicales et difficultés sociales. Le pharmacien fait facilement une avance de médicaments ou donne des résultats de biologie lorsque le médecin est débordé par exemple. Il n'hésite pas à demander une consultation du patient auprès du médecin en urgence ou en semi-urgence. La coopération entre ces 2 professionnels "est désirée par les patients qui apprécient cette façon de travailler". Ces relations ne nécessitent pas de charte de coopération formelle. La description du pharmacien de ville est totalement différente en raison de son approche "plus commerciale" avec une concurrence importante. Sa clientèle fidèle et habituelle y est plus restreinte qu'en secteur rural. De ce fait, il est plutôt confronté à des patients inconnus, présentant des ordonnances de médecins inconnus ou méconnus, plus nombreux et pour lesquels il ne fera peut-être jamais de renouvellement. En effet, l'officine de ville traite, selon cette étude, un pourcentage plus important d'ordonnances de spécialistes en raison de sa proximité et d'une pensée plus ou moins fondée d'un stock de médicaments plus fourni et varié que sa pharmacie habituelle. En second lieu, en raison de la concurrence féroce sur le prix des spécialités d'une officine à l'autre, de nombreux patients n'hésitent pas à se rendre dans ces officines de ville au sein desquelles les prix sont plus attractifs (tout en continuant de faire renouveler leurs traitements dans leur officine habituelle). Ainsi, une demande de consultation ou même de conseil pour ces anonymes y est décrite comme impersonnelle. Il est donc facilement compréhensible que les relations entre médecin et pharmacien y soient plus complexes.

Bien entendu, il ne faut pas considérer cela comme une généralité. Notre étude a apporté la preuve au cours de certains entretiens avec les pharmacies que les relations en secteur rural pouvaient également être difficiles, en particulier du fait d'incompatibilité relationnelle entre les deux professionnels. De même, certaines pharmacies de quartier urbain interrogées semblent entretenir des relations adaptées avec les médecins de proximité.

Il semble en réalité que la proximité du cabinet médical et de l'officine favorise une meilleure connaissance de chaque professionnel et donc permet de faciliter le contact(13).

2) La communication selon l'âge du médecin

Un autre facteur facilitant la communication avancée par de nombreux officinaux était l'âge du médecin prescripteur. Ils décrivaient qu'il était plus aisé de se mettre en relation avec de jeunes médecins. Ils se sentaient également pris au sérieux et écoutés par le médecin qui n'hésitait pas à les contacter spontanément en cas de difficultés autour du médicament. Ce facteur est vaguement décrit dans la littérature(9). Ceci peut-être lié à un développement de la formation interprofessionnelle dès les études. Mais aussi une moins grande connaissance du médicament de la part des jeunes générations de médecin, plus attentifs aux conseils des pharmaciens.

3) La communication selon la fonction de l'officinal

Ensuite, le discours est également différent selon la fonction du pharmacien d'officine. Ce sont les préparateurs qui avaient tendance à décrire les plus grandes difficultés dans cette communication: sentiment de ne pas être pris au sérieux par le médecin en particulier en raison d'un nombre d'années d'étude moins important, sentiment d'infériorité, manque parfois de connaissances suffisantes pour conserver sa position face au médecin dans le dialogue. En découlait parfois selon eux une agressivité du médecin qui pouvait ensuite freiner certains préparateurs pour le contacter de nouveau. Il ne faut pas oublier que chaque appel émanant d'un préparateur est motivé par un problème qui a normalement été préalablement analysé avec un pharmacien. Ainsi, le préparateur, ne disposant pas toujours du même degré de connaissance que le pharmacien, fait face à une première barrière essentielle vers cette démarche d'appel téléphonique. Le pharmacien est censé répondre aux interrogations du préparateur et s'il est en effet dans l'incapacité de le faire, il peut alors décider qu'il faille contacter le médecin. Dans ce cas, le pharmacien a alors une mission essentielle d'information et de formation du préparateur sur le problème soulevé. Ceci afin que le préparateur ait une maîtrise suffisante du problème posé pour communiquer plus facilement avec le médecin. Dans le cas contraire (situation complexe,...), il semble logique que le pharmacien prenne la main. Ainsi, ce contact téléphonique doit normalement

toujours être le fruit d'une décision basée sur des connaissances adaptées des traitements médicamenteux et de situations cliniques. Une publication franco-canadienne suggère cependant l'importance d'un degré de connaissance semblable entre les 2 interlocuteurs pour favoriser une communication de qualité(10). Ce constat va en effet dans le sens des difficultés ressenties par les préparateurs. Il est donc légitime de se poser la question suivante: les contacts téléphoniques vers le médecin ne devraient-ils pas être une mission dévolue uniquement aux pharmaciens ? C'est du moins ce que recommande la Société Française de Pharmacie Clinique(2). A ce titre, 2 officines étudiées ne faisaient pas participer les préparateurs à cette mission. Ces derniers ne s'en trouvaient pas offensés mais plutôt en accord avec ce choix.

4) La communication et l'accessibilité du médecin généraliste

Ensuite, les officinaux rapportaient globalement une méconnaissance par le médecin des difficultés dans la communication liées à son contexte de travail. Cette doléance est également relayée dans plusieurs publications(9–11,34).En effet, il faut imaginer que l'officine est un environnement bruyant dans lequel évolue plusieurs professionnels. Ainsi, le pharmacien peut facilement être dérangé ou déconcentré au cours de son appel téléphonique. Sans oublier que durant cet échange, il subit éventuellement la pression du patient pour qui se pose le problème mais également les patients attendant par la suite d'être pris en charge. Il existe parfois un problème de confidentialité compte tenu des éventuels autres patients évoluant dans l'officine(3). Il est suggéré dans ce cas d'initier le contact devant le patient (afin que celui-ci en soit témoin) et de le poursuivre en dehors de la zone de vente (afin de maintenir une bonne confidentialité). Une grande partie des officinaux questionnés reconnaissent également ne pas connaître les difficultés liées au contexte de travail du médecin. Ils avouaient ne pas penser à la situation dans laquelle se trouvait le médecin au cours de l'appel. Ceci pouvant être source d'irritabilité du médecin (interruption d'une consultation, problème de confidentialité, manque d'informations nécessaires pour répondre s'il ne dispose pas du dossier du patient sous les yeux,...(3)).

Puis, de nombreux pharmaciens évoquaient volontiers une difficulté d'accessibilité du médecin. En premier lieu, la barrière du secrétariat ne semble pas toujours bien perçue par les officinaux qui se sentent "bloqués" dans leur démarche. Certains évoquaient une perte de leur temps et de celui du patient, en particulier si cette barrière aboutissait à un rappel en second lieu. Le personnel d'une pharmacie rencontrée (ayant été exclue de l'étude), par exemple, préférait se rendre à pied au cabinet médical (situé à quelques mètres) plutôt que d'attendre sa réponse au téléphone. Il s'agit bien là une fois de plus d'une méconnaissance des difficultés du contexte de travail du cabinet médical par l'officinal. N'oublions pas que cette barrière est le résultat de consignes du médecin. Ensuite, l'utilisation de secrétariats extérieurs au cabinet semblait être décrite comme une difficulté supplémentaire dans cette communication. En effet, si le médecin a donné pour consigne de ne pas être dérangé, le secrétariat téléphonique ne peut pas informer le médecin entre deux consultations de l'appel émanant de l'officine. Le médecin doit donc potentiellement vérifier d'éventuels messages de ce secrétariat entre deux consultations. Ceci semble en effet compliquer la communication. Puis, d'autres pharmaciens reprochaient que le secrétariat transmette la réponse au problème posé sans avoir pu joindre le médecin. Ils ne se sentaient pas pris au sérieux par le médecin et craignaient que le secrétariat puisse leur transmettre une réponse "déformée". Un exemple frappant a été rapporté à l'issue de cette étude. Celui d'un médecin, ayant par erreur informatique, prescrit un dosage largement supérieur à la normale d'un antibiotique à un jeune enfant. Le pharmacien constatant l'erreur contacte le secrétariat. Le médecin absent du cabinet et ne disposant pas du dossier médical sous les yeux est à son tour appelé par le secrétariat. Le médecin transmet immédiatement le maintien de sa prescription à son secrétariat qui se charge de donner réponse au pharmacien. Ce dernier, interloqué par la réponse apportée par le secrétariat, décide de ne pas délivrer le médicament et exige un rappel du médecin. Il reçoit le lendemain, par fax, l'ordonnance corrigée par le médecin sans le moindre contact téléphonique de celui-ci. Cet exemple souligne l'importance pour une communication efficace d'un échange entre 2 personnes disposant d'un savoir commun (3). En effet, cette erreur aurait pu être évitée par un simple rappel du médecin. Malgré toutes les bonnes volontés du secrétariat, il est possible que l'information relayée soit déformée ou partiellement incomprise. Ceci au détriment du patient et de la relation entre le pharmacien et le médecin. D'autres évoquaient le manque d'ouverture de médecin à l'intervention du pharmacien avec parfois

le sentiment d'être mal considéré. Enfin, quelques officinaux reprochaient à certains médecins de ne pas être remplacés durant leurs périodes d'absence. Des appels parfois urgents ne pouvaient dans ce cas obtenir de réponse, ce qui pouvait amener le pharmacien à conseiller le patient de se rendre chez un autre médecin ou même aux urgences.

5) La communication médecin-patient-pharmacien

Les officinaux se plaignaient également d'un manque d'information du patient par le médecin au cours d'une consultation médicale. Ainsi, ils se trouvaient régulièrement confrontés à des modifications sur l'ordonnance inconnues pour le patient ou de compréhension insuffisante (voire illisibilité de l'ordonnance que le patient ne pouvait commenter). Cela pouvait donc conduire à un contact téléphonique vers le médecin afin de s'assurer de l'absence d'erreur. De plus, il est prouvé qu'un manque d'explication claire et adaptée du patient sur sa pathologie et son traitement va donner au patient une image négative du médecin(12). Le patient peut ainsi ne pas se sentir suffisamment impliqué et actif dans sa prise en charge. Le pharmacien comprenant ce manque d'investissement, ne sera pas incité "à faire les efforts nécessaires pour motiver et impliquer ce patient dans la gestion de ses soins"(12). Cela contribue donc en premier lieu à un manque d'observance du patient mais aussi une perte de crédibilité de ces 2 professionnels de santé(12). Et donc cela finit également par nuire à la relation entre le médecin et le pharmacien. Ce constat est également rapporté dans la littérature(12). Par ailleurs, si un manque d'informations est nuisible, une quantité trop importante d'informations auprès du patient, sans en vérifier le niveau de compréhension et sa motivation, peut également être nuisible(12). Rappelons qu'il s'agit d'une relation où le patient avec son ordonnance joue le rôle d'intermédiaire entre le médecin et l'officinal. Il convient d'imaginer que face à une nouvelle pathologie par exemple, le patient puisse être inondé d'informations et n'en assimile qu'une partie (2,12). D'où l'importance pour le médecin de vérifier la bonne compréhension du patient afin de rendre ce dernier actif dans sa prise en charge. La littérature(2,12) reconnaît alors l'importance de l'officinal au cours du traitement de l'ordonnance. En effet, le pharmacien peut être considéré comme un "filet de sécurité" pour le médecin, celui qui va s'assurer du degré de compréhension du patient sur sa pathologie et sa prise en charge. Il doit pour cela

reprendre les explications, lever toutes les ambiguïtés en répondant aux interrogations du patient et renforcer le discours du médecin. Cela sous-entend bien entendu que le discours du pharmacien et du médecin soient concordants. Dans ce cas, le patient se rendra alors actif dans sa prise en charge et plus observant(2,12).

6) L'avis des officinaux quant à l'ouverture de leur exercice

Les pharmaciens rencontrés exprimaient également leur désir d'être plus impliqués dans la prise en charge de leurs patients (dans le choix et le suivi des traitements médicamenteux, la prise en charge de maladies bénignes et une intervention dans la gestion des maladies chroniques). Ils argumentaient ce souhait à partir d'un nombre d'années d'études conséquent, d'une connaissance souvent plus importante du médicament que le médecin et l'envie de "briser" cette image largement répandue d' "épicier". Ce constat est également rapporté dans la littérature(2,3,15). Les pharmaciens semblent donc en grande partie favorables aux nouvelles missions accordées par la législation de ces dernières années(2,3). Parallèlement, ils insistent sur l'importance d'une formation adaptée et que le rôle de référent du médecin ne soit pas modifié(3). Il est donc logique que le médecin et le pharmacien coopèrent pour que ce système souhaité par le législateur soit opérationnel. Une enquête des ARS montre également que les pharmaciens souhaitent une valorisation économique de ces nouveaux actes de soins et prévention(2). Les pharmaciens rencontrés ne cachaient cependant pas leur scepticisme quant à l'établissement de ce processus de coopération. Les arguments avancés sont les mêmes que ceux décrits dans la littérature(3): locaux non adaptés, manque de temps et difficultés à convaincre les médecins généralistes de coopérer. Par ailleurs, il ne dispose pas d'un accès suffisant au dossier médical du patient(2)(la mise en place du Dossier Médical Partagé étant insuffisante). Une étude s'intéressant au ressenti des patients face à ces changements, révélait que 88% d'entre eux seraient prêts à être pris en charge par le pharmacien pour une pathologie bénigne(15). Par ailleurs, 78% seraient favorables à la prise en charge en vente libre de médicaments, 76% pour le renouvellement des médicaments et la prescription des vaccinations, 68% pour des actes d'éducation et de conseils hygiéno-diététiques et 62% pour l'ajustement des doses de médicaments(15).

7) Les autres difficultés au sein de la communication citées dans la littérature

D'autres difficultés de communication émises par des pharmaciens, non répertoriées au cours des entretiens au sein des officines, sont décrites dans la littérature: sentiment de ne pas être écouté par le médecin (9,13), le médecin ne prend pas en compte les suggestions proposées par le pharmacien(9,13), les médecins n'apprécient pas les connaissances du pharmacien(9), le pharmacien n'est pas reconnu et apprécié par le médecin (à l'origine de frustration du pharmacien)(13) et le pharmacien n'a pas confiance dans sa capacité à persuader le médecin à accepter son intervention et ses recommandations(13).

Enfin, il reste essentiel de signaler que la plupart des officinaux interrogés reconnaissent que les relations entretenues avec les médecins généralistes restent tout de même adaptées.

En conclusion, le médecin généraliste et le pharmacien d'officine semblent communiquer régulièrement pour le bien du patient. Cette communication, bien que perfectible, est décrite par ces deux protagonistes comme étant de qualité satisfaisante. Il est important de constater avant tout une méconnaissance de l'exercice de chacun à l'origine d'interprétations erronées de part et d'autre (rappelons par exemple que le médecin tend à reconnaître l'expertise pharmacologique du pharmacien alors que ce dernier a le sentiment de ne pas être écouté quant à ses suggestions thérapeutiques). Ceci peut expliquer de nombreuses difficultés dans cette communication, en particulier dès lors que les frontières professionnelles sont menacées de transformation.

Comme au sein du modèle Québécois, il est donc clairement établi que l'extension du rôle des pharmaciens est à l'origine de conflits d'intérêt entre médecin généraliste et pharmacien d'officine. Pourtant, ces bonnes relations sont déterminantes pour la mise en place et le bon déroulement de ces nouvelles missions au sein d'un système en mauvaise santé. Une communication efficace entre ces deux acteurs est un préalable indispensable. Cependant, les données de la littérature et les rencontres des officinaux font état d'une communication parfois tumultueuse.

L'objectif principal de notre étude était d'étudier spécifiquement la communication téléphonique entre l'officine et le cabinet médical. En effet, rappelons qu'après l'ordonnance, il s'agit du moyen de communication préférentiel entre ces 2 professionnels. Cette étude exploratoire s'attache donc à préciser les caractéristiques de cette communication : la fréquence des appels, l'accessibilité du médecin généraliste et le motif des appels.

F. Les principaux résultats

1) La fréquence des appels

En premier lieu, il est important de noter que plus de **97% des tentatives** de contact ont obtenu une réponse de la part du cabinet médical. Le cabinet n'a pas pu être joint dans seulement 11 situations sur 407.

Sur ces 97% de contacts concluants, il fallait **en moyenne 1.4 appels** émanant de l'officine pour obtenir une réponse au problème posé. Cette moyenne restait identique au sein de chaque secteur d'exercice des officines. Les résultats étaient similaires pour les cabinets avec et sans secrétariat.

Au sein de cette étude, les pharmaciens et préparateurs ont presque autant contacté les cabinets de médecine générale.

Par ailleurs, c'est le **secteur commercial qui semble avoir le moins** contacté le cabinet de médecine générale avec 44 contacts initiés (contre au moins le double pour les autres secteurs). Ce résultat est à interpréter avec précaution compte tenu de l'effectif plus restreint de cette population. Une hypothèse serait la moins grande prise en charge d'ordonnances en centre commercial.

Les fréquences des contacts par semaine et par jour ont été étudiées mais les résultats sont difficilement interprétables en raison de périodes de vacances scolaires, de jours fériés, d'une journée de grève nationale des médecins généralistes. Au cours de cette étude, seule la semaine 3 peut-être considérée comme une semaine "classique". Elle est en effet la seule à comporter à la fois 6 jours de travail des officinaux et se trouvant en dehors des vacances

scolaires. Il est cependant possible d'imaginer un report de certains contacts des semaines de vacances vers la semaine 3. Nous notons par ailleurs une baisse du nombre de contacts concluants au cours de la semaine 4 suivie d'une nette hausse en semaine 5. Rappelons que la semaine 4 comprenait à la fois un jour férié et un jour de grève nationale des médecins généralistes. Il est possible que cette hausse en semaine 5 puisse s'expliquer par un report de certains contacts de la semaine 4 vers la semaine 5.

2) L'accessibilité du cabinet médical

a) Le temps nécessaire pour obtenir la réponse au problème posé

Au sein des 396 contacts concluants, il est encourageant de constater que la réponse au problème posé était majoritairement **obtenue dans la première heure** suivant l'appel initial (dans 84 % des cas).

Au sein de cette première heure, **85% des réponses étaient obtenues dans les 10 premières minutes** (soit 71% des 396 contacts concluants). Il est donc tout à fait possible d'imaginer que le patient puisse patienter 10 minutes au sein de l'officine et qu'il ait pu quitté l'officine avec une conduite à tenir claire dans 71% des cas . Il est important pour le pharmacien comme pour le patient de concevoir que le médecin est potentiellement occupé au cours de l'appel téléphonique. Le pharmacien a alors un rôle important à jouer durant ce moment d'attente. En effet, en tant qu'acteur de santé, soumis également à des contraintes multiples de par son environnement, doit alors comprendre que le médecin ne puisse pas lui répondre immédiatement. Une fois ce raisonnement acquis, il devra trouver les bons mots à délivrer au patient qui ne connaît que moins bien les problématiques du médecin et tend à vouloir une réponse immédiate. Le fait d'expliquer la situation peut désamorcer l'incompréhension du patient et soulager le pharmacien d'une pression inutile (occasionnée par le patient, engorgement progressif de la pharmacie,...). Il peut alors être suggéré de proposer à la personne de patienter pendant une quinzaine de minutes dans l'officine ou de revenir dans quelques heures ou d'attendre d'être recontactée par le pharmacien quand ce dernier a obtenu la réponse du prescripteur. Ce compromis est délivré dans la littérature(11). Notre étude apporte donc des résultats encourageants quant à ce délai de réponse. En interrogeant les officinaux, il semble que le patient ne soit pas souvent prêt à patienter et

que l'information doit lui être transmise par un autre appel téléphonique . En partant de ce constat, il faut imaginer que l'officinal aura potentiellement pu, en plus d'attendre sa réponse, contacter en second lieu le patient dans 29% des situations de cette étude. Il est donc essentiel pour le médecin de comprendre également cette difficulté et de pouvoir donner une réponse si possible, au maximum ,dans l'heure suivant l'initiation du contact officinal.

Ensuite, il n'existe pas de différence significative en terme de pourcentage de réponses dans la première heure au sein des cabinets avec secrétariat et sans secrétariat(85% pour un cabinet sans secrétariat contre 83% avec secrétariat) (au risque $\alpha=5\%$). Une différence significative (au risque $\alpha=5\%$) apparaît uniquement entre les deux types de secrétariat au cours de la réponse apportée immédiatement durant l'appel initial. En effet, la réponse était apportée immédiatement dans 50% des cas pour un cabinet sans secrétariat contre 20% pour les cabinets avec secrétariat. Ceci s'expliquant par l'interception des contacts par le secrétariat retardant l'obtention de la réponse au problème posé. Ceci est certes encourageant pour les pharmaciens mais peut facilement devenir difficile à vivre pour le médecin généraliste s'il est régulièrement dérangé. Cela peut favoriser une réaction défensive du médecin. Surtout en cas de réponse immédiate car cela peut suggérer qu'il ne dispose pas de tous les renseignements nécessaires sous les yeux. Il peut alors "avoir le sentiment de perdre la face vis-à-vis du pharmacien et des patients (celui à la pharmacie et celui dans son bureau)"(11). C'est pourquoi, il est suggéré de retourner les appels au pharmacien durant un intervalle entre deux consultations après avoir informé clairement ce dernier(11).

Rappelons néanmoins que 17 contacts n'ont pas obtenu de réponse le jour même (4% de la totalité des contacts). Il est bien entendu difficile d'accepter pour l'officinal et le patient cette situation. Compte tenu du faible impact sur nos résultats de ces contacts, il avait été décidé dans l'étude de réaliser la plupart de nos analyses en les excluant. Ainsi, les résultats apportés par la suite se concentrent sur 93% de la totalité des contacts (après exclusion des échecs complets également).

Le délai moyen par contact pour obtenir une réponse du cabinet était alors de 25 minutes pour une moyenne de 1.3 appels par contact. Ce délai moyen, certes au delà des 10 minutes

citées précédemment , reste tout à fait convenable pour les deux professionnels (en effet, le médecin a le temps de consulter le dossier du patient entre deux consultations avant de donner sa réponse . Quant au pharmacien, il obtient cette même réponse dans un délai relativement rapide).

b) Le taux d'échec des appels

67% des réponses étaient obtenues sur le premier appel de l'officinal . Il fallait alors en moyenne 4 minutes pour obtenir la réponse au problème posé. Ainsi 33% des contacts(soit 125 contacts) nécessitaient au minimum un second appel de l'officine. Sur ces 125 contacts, il faut noter que dans 74% des cas, la réponse était obtenue après un deuxième appel (soit sur ce second contact ou sur rappel par la suite du cabinet) avec un délai moyen d'attente de 57 minutes (pour une moyenne d'1,6 appels émis depuis l'officine).

Ce délai de 57 minutes pour une réponse au cours d'un rappel téléphonique du cabinet ou de la pharmacie paraît acceptable. Cependant, il est tout à fait facile d'imaginer que pour le pharmacien ce délai ne le soit pas s'il avait obtenu la promesse d'un rappel de la part du cabinet médical. Il peut se demander légitimement s'il n'a pas été oublié , s'il a pris connaissance du temps moyen de consultation du médecin généraliste qui est établi à 16 minutes en France(44). En effet, il est tout à fait possible d'imaginer pour le pharmacien que le médecin ait l'habitude de lui répondre entre deux consultations et donc les 16 minutes suivantes. Dans l'idéal, il serait plus prudent de compter au moins le double de ce même délai(soit 32 minutes) comme durée convenable d'attente du pharmacien (consultation médicale plus longue, urgences,...) . Un rappel de la pharmacie pourrait être réalisé au bout d'une heure(soit à peu près l'équivalent de 4 consultations).

Ainsi, à travers ces différentes informations, il est possible de proposer un protocole simple dans le cas où le médecin ne peut donner réponse immédiatement (absent, occupé,...):

-Si le médecin est joint, il est souhaitable qu'il mette fin à l'appel en expliquant brièvement ses raisons et en déterminant un délai objectif et raisonnable de réponse (au delà de ce délai, l'officinal peut-être amené à le rappeler). Le médecin pourra, après consultation du dossier médical, rappeler le pharmacien entre 2 consultations.

-Si le secrétariat est joint, il est recommandé qu'il facilite le contact entre le pharmacien et le médecin. Pour se faire, il faut en premier lieu que le médecin ait donné une marche à suivre claire au secrétariat. En second lieu, il ne semble pas nécessaire (hors urgence médicale) que le secrétariat interrompe la consultation du médecin. Cela peut certes irriter le pharmacien mais le secrétariat doit donner des explications (consignes du médecin,...) et donner un délai, objectif pour le rappel. Rappelons, que le secrétariat ne doit pas transmettre de réponse au pharmacien sauf pour les questions administratives évitables. Une fois que le secrétariat raccroche, il devrait noter la requête du pharmacien (en transmettant les coordonnées de la pharmacie, le pharmacien à joindre,...) et préparer au mieux la réponse du médecin (en éditant par exemple l'ordonnance erronée,...). De plus, il peut être proposé de consigner sur le dossier du patient le nom de sa pharmacie référente. Le médecin peut alors contacter le pharmacien dans des conditions optimales entre deux consultations.

Ce protocole suppose la transmission d'un numéro direct du médecin et du pharmacien permettant également de faciliter la communication en évitant des pertes de temps pour chacun.

Par ailleurs, dans le cas où le secrétariat et le médecin ne sont pas joignables, il pourrait être utile que cette ligne directe dispose d'un répondeur permettant ainsi de laisser une trace de l'appel.

c) L'acteur de la réponse au sein du cabinet

La réponse était **apportée dans 82% des cas par le médecin** souhaité ce qui est très satisfaisant pour la communication médecin-pharmacien.

La barrière du secrétariat

Au sein des cabinets disposant d'un secrétariat, 88% des contacts téléphoniques ont été interceptés par ce secrétariat (soit 299 contacts). Le délai moyen de réponse était alors de 29 minutes par contact avec une moyenne de 1,3 appels.

Donc 12% des contacts ont permis de joindre le médecin sans passer par le secrétariat avec cette fois un délai moyen de 20 minutes pour une moyenne de 1,5 appels.

En englobant ces résultats, nous trouvons un délai moyen raisonnable de 28 minutes qui contraste avec celui des cabinets sans secrétariat (délai moyen de 9 minutes).

Ces résultats suggèrent un rôle évident de barrière du secrétariat. Les délais moyens pour l'obtention d'une réponse tendent donc à être plus élevés alors que le taux moyen d'appel tend à diminuer dès que ce secrétariat intercepte l'appel de l'officinal. Il faut tout de même reconnaître que ce délai moyen reste acceptable. Ce rôle, parfois mal compris par le pharmacien, est pourtant indispensable pour le maintien d'une bonne communication entre le pharmacien et le médecin. Cette barrière a pour première vocation de ne pas interrompre le médecin au cours de sa consultation. Cela suppose une information claire du médecin auprès du secrétariat sur la marche à suivre. Hors urgence médicale, il est souhaitable que le secrétariat reçoive le message de la part du pharmacien transposé sous forme écrite (en précisant les coordonnées exactes du pharmacien) et transmette un délai objectif de réponse de la part du médecin. Une fois l'appel interrompu, le secrétariat doit faciliter au mieux le rappel du médecin. Le médecin peut alors prendre connaissance du dossier médical et contacter l'officinal entre deux consultations(11). Ceci favorise donc une communication constructive.

Cette barrière a également un rôle essentiel dont ne disposent pas les cabinets sans secrétariat. En l'absence du médecin, le pharmacien peut transmettre une information et potentiellement savoir sous combien de temps il peut espérer obtenir une réponse au problème posé. Le pharmacien et le patient sont ainsi clairement informés et selon le délai d'attente, une décision pourra être plus facilement prise quant à la conduite à tenir (par exemple, conseiller au patient de se rendre aux urgences ,...).

Une fois l'appel intercepté par le secrétariat, le médecin était transféré sur ce même appel dans 70% des contacts interceptés. Dans 17% des cas, le secrétariat mettait fin à l'appel de l'officine et la réponse était apportée par la suite sur rappel du cabinet médical (par le secrétariat dans 48% des cas et dans 52% des cas par le médecin). Ces résultats contrastent donc avec les recommandations précédemment émises. Cela suggère que le secrétariat transfère facilement les appels émanant de l'officine. Ce transfert d'appel sous-entend que le médecin l'accepte et ces résultats sont très positifs pour le pharmacien.

Pour une interprétation plus concrète de ces résultats, il aurait pu être intéressant de déterminer si le médecin était en consultation durant la transmission de sa réponse à l'officinal.

Il est important de signaler que la réponse était apportée par le secrétariat dans 17% des 379 contacts étudiés (soit 64 contacts). Les recommandations pour une communication efficace plaident en faveur d'un niveau de connaissance commun entre les deux professionnels qui se transmettent des conduites à tenir médicales(11). Ainsi, le débat peut évoluer au fil de l'échange et la solution la plus adaptée pour le patient peut-être prise. Rappelons que la Société Française de Pharmacie Clinique trouvait souhaitable, en ce sens, que les préparateurs ne prennent plus part à ces échanges téléphoniques. De même, le secrétariat ne devrait pas pouvoir transmettre la moindre conduite à tenir auprès de l'officinal. Ce dernier s'expose à une erreur de retranscription du secrétariat. Le pharmacien n'a alors pas la possibilité d'émettre son opinion et de conseiller au mieux le médecin. Le pharmacien peut se sentir déconsidéré et exclu de la prise en charge du patient. Ceci ne favorisera donc pas une observance optimale du patient et la communication entre ces trois protagonistes sera altérée .

Sur ces 64 contacts , la réponse était apportée sans avis du médecin dans 20% des cas (soit 13 contacts). 3 de ces contacts auraient du nécessiter un avis médical. Ce constat est inacceptable pour le pharmacien. L'étude ne permet pas de déterminer si le pharmacien a tenu compte des recommandations du secrétariat.

3) Les motifs d'appels

Il a été décidé de classer les motifs d'appels en 2 catégories : motifs d'ordre professionnel et administratif. Ce classement a été établi à partir de l'étude exploratoire traitant de la communication téléphonique entre pharmacien et médecin au Canada.(11)

Afin d'harmoniser les résultats avec les précédents, il a été décidé de travailler sur 379 contacts (après exclusion des 17 contacts les plus longs).

Les communications de **nature administrative** représentaient **42% des interventions** des pharmaciens. Les motifs **d'ordre professionnel** représentaient donc **58% des contacts** (l'étude canadienne recensait 39% de motifs de nature professionnelle contre 61% de nature administrative(11)).

Les motifs d'appels du pharmacien les plus représentés au cours de l'étude étaient par ordre décroissant:

- Indisponibilité d'une spécialité (44% des contacts),
- Problème de posologie sur l'ordonnance avec erreur de dosage (sous dosage ou surdosage), de durée trop courte ou de rythme d'administration (trop distant ou trop rapproché),... (39% des contacts),
- Libellé de prescription incomplet ou incorrect (23% des contacts),
- Oubli de prescription au cours d'un renouvellement, prémédication, correcteur éventuel, oubli d'un traitement valide pour une indication médicale valide,...(19% des contacts) .

Comme au sein de l'étude canadienne(11), il a été décidé de déterminer les contacts évitables et non évitables. . Il s'agissait, soit d'erreurs franchement évitables de prescription de la part du médecin, ou soit de motifs ne nécessitant aucun contact ou pouvant obtenir une réponse par un autre moyen de communication (fax, par le patient,...). Quant aux contacts inévitables, il s'agissait des motifs incontournables pour lesquels le pharmacien assure le rôle de "filet de sécurité "de la prescription médicamenteuse (contre-indication par exemple,...).

Ainsi, cette étude met en évidence que **46% des contacts auraient pu être évités** (contre 29% pour l'étude canadienne). Les contacts d'ordre professionnel inévitables arrivent en tête avec 47% des contacts (contre 39% dans l'étude Canadienne). Les motifs d'ordre administratif inévitables ne représentaient que 8% des contacts(contre 32% dans l'étude Canadienne). L'étude canadienne ne retenait qu'un nombre limité de motifs d'appels et donc moins nombreux et moins détaillés qu'au sein de cette étude. Il est donc difficile de procéder à une comparaison de ces 2 études.

Ainsi, près de la moitié des contacts téléphoniques aurait pu être évitée. Ceci suggère des failles dans la prescription médicale et dans la démarche de l'officinal. Cette étude ne permet malheureusement pas de déterminer avec précision pour chaque situation la responsabilité de chacun dans ces contacts évitables. Il est néanmoins important de signaler que les résultats tendent vers des taux d'appels évitables plus importants pour les préparateurs. Il est par ailleurs intéressant de noter que le motif évitable le plus récurrent était l'indisponibilité d'une spécialité". L'étude ne permet pas de déterminer s'il s'agit toujours du même médicament manquant. Il est cependant possible de se demander comment ce type d'appels puisse encore être aussi récurrent. Avant de contacter le médecin, le pharmacien va en théorie chercher à trouver une solution à cette indisponibilité au sein de son officine : contact d'une autre officine pour un dépannage, appel du fournisseur pour connaître les délais d'obtention du produit,... Il est plus fréquent pour le médecin de recevoir des appels pour l'indisponibilité d'un produit à plus forte échelle (départemental, régional ou national). Il ne semble pas dans ce cas que l'information fasse l'objet d'une information standardisée auprès du médecin prescripteur (par mail, ...) Ainsi, c'est majoritairement après une prescription d'un produit manquant que le prescripteur reçoit l'information du pharmacien. Cela sous-entend un appel évitable avec une perte de temps pour chaque professionnel. Il serait donc intéressant de favoriser les échanges entre les médecins et les pharmaciens dans la gestion des produits indisponibles. L'Académie Nationale de Pharmacie suggérait en 2014 l'intérêt du développement d'une nouvelle mission pour le pharmacien d'officine: la gestion des ruptures d'approvisionnement des médicaments(26). Ce concept est largement développé en structure hospitalière mais totalement absent en ambulatoire. Il est donc suggéré que les pharmaciens d'officine informent l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé (ANSM) de toute menace de rupture de médicaments courants (reconnus d'intérêt thérapeutique majeur). Ainsi, il pourrait être envisagé sur des ruptures médicamenteuses importantes et de longues durées, un message d'information transmis aux médecins (en utilisant par exemple, les messageries sécurisées déjà couramment utilisées). L'autre solution apportée par l'Académie Nationale de Pharmacie est un droit de substitution défini par des protocoles nationaux. Cela sous entend une formation adaptée du pharmacien ainsi qu'un accès au dossier médical du patient(26).

Dans le cadre de cette même étude, il avait été réalisé une conversion en temps des appels évitables. Pour se faire, il avait été décidé arbitrairement que chaque appel dure en moyenne 5 minutes en raison de l'interruption, du temps d'attente et du dialogue. Ainsi, il était retrouvé un temps d'appel évitable de 13 heures et 40 minutes pour 164 appels. Ce résultat était multiplié par 2 (temps perdu par le médecin et le pharmacien) et il était conclu qu'il aurait pu être évité 27 heures d'appels.

172,5 contacts étaient considérés comme évitables. Pour simplifier le résultat, nous allons ôter le demi contact correspondant à un contact pour 2 motifs (un motif évitable et l'autre non). En raisonnant de la même façon pour nos 172 contacts, nous retrouvons 860 minutes de temps perdues pour les officinaux et donc un total de 28 heures et 40 minutes. Temps auquel nous pouvons ajouter le délai d'attente de l'officinal pour joindre le cabinet de 4353 minutes soit 72 heures et 33 minutes. Donc nous quantifions au total une perte de temps minimum pour les 23 pharmacies pendant 1 mois de 5213 minutes soit 3 jours 14 heures et 53 minutes (soit une moyenne d'environ 226 minutes(3 heures et 46 minutes) par officine par mois). En effet, ces résultats sont probablement sous estimés car ne prennent pas en compte les cas complexes où il faudra perdre du temps pour tenter de joindre le patient et les éventuelles autres modes de communication utilisés...

Il est également possible de quantifier le temps perdu par les médecins généralistes. En effet, 79% des contacts évitables ont obtenu la réponse au problème posé par le médecin, soit 136,5 contacts. En partant de 136 contacts et en appliquant le même raisonnement que précédemment, nous mettons en évidence une perte minimum totale de 680 minutes.

En cumulant les temps perdus pour chaque professionnel, nous obtenons un total de 1540 minutes, soit 25 heures et 40 minutes d'interruption évitable.

Ces multiples contacts évitables induisent donc une perte de temps importante pour le médecin généraliste et pour le pharmacien. Pourtant, comme nous le signalions précédemment, le temps est actuellement précieux dans le système de soin français. Il est clairement compréhensible que la communication puisse être parasitée au cours de ce type d'appel. Notre étude ne nous permet pas de déterminer le cheminement de l'officinal conduisant au contact évitable. Il pourrait donc être intéressant de procéder à une étude complémentaire pour explorer cette réflexion. Existe-t-il un manque de confiance de

l'officinal face à son jugement? Ou bien est-ce le cadre réglementaire qui conduit le pharmacien à contacter le médecin (cas par exemple de la mention "non substituable") ?...

Une seconde réflexion s'impose également quant au taux élevé de contacts évitables émis par le préparateur. Il est donc légitime de se demander si le rôle de barrière du pharmacien dans l'intervention pharmaceutique est correctement réalisé. Il serait intéressant de déterminer plus précisément l'interaction entre le pharmacien et le préparateur au cours d'une autre étude. Il serait possible d'imaginer une exploration, pour chaque appel évitable, du cheminement détaillé du préparateur au sein de la préparation d'une intervention pharmaceutique (le préparateur demande-t-il bien l'avis du pharmacien? Ce dernier décide-t-il de prendre la main ou est-ce qu'il se contente de transmettre les explications nécessaires au préparateur ?). L'enjeu est bien entendu d'appréhender la mise en œuvre de cette intervention pharmaceutique par un préparateur et donc de déterminer si le préparateur peut continuer à contacter le médecin. Rappelons que la Société Française de Pharmacie Clinique s'oppose à cette participation des préparateurs. De même, les recommandations pour une bonne communication entre médecin et pharmacien s'appuient sur l'importance d'un niveau de connaissance commun. Il faut cependant nuancer ces recommandations avec la réalité. Les pharmaciens, souvent en nombre plus limité que les préparateurs, ne peuvent pas toujours en plus de leur propre activité de délivrance, de gestion de l'officine,... s'occuper de la totalité des communications téléphoniques avec le médecin.

Quant au dossier pharmaceutique (DP), il a pu être à l'origine de contacts téléphoniques vers le médecin à 30 reprises. Ceci représente 7% des contacts. Au 23 mai 2016, plus de 34 millions de dossiers pharmaceutiques ont été activés et 99,8% des pharmacies françaises sont connectés au dossier pharmaceutique(45). Il semble donc que cet outil, pourtant facilement accessible, ne soit que relativement peu exploité avant de contacter le médecin généraliste. Une étude à grande échelle, DOPI-OFFI (33), a été réalisée récemment afin d'évaluer l'influence du dossier pharmaceutique sur les interventions pharmaceutiques. Cette étude n'a pas encore fait l'objet de publication. Les premiers résultats transmis font état de moins de 2% d'interventions pharmaceutiques pour lesquelles le dossier pharmaceutique a été utile. Cette étude confirme donc **une utilisation encore trop limitée du DP**. Au sein de notre étude le DP a été consulté principalement pour des problèmes de posologie (dosage du médicament), puis pour des interactions médicamenteuses et des

oublis de prescription. C'est le secteur saisonnier qui tend à faire l'objet d'une plus grande consultation du dossier pharmaceutique (compte tenu du faible effectif, aucun test statistique n'a pu être réalisé). Ceci semblerait logique compte tenu d'un nombre plus important de nouveaux patients dans ces officines en raison du tourisme. Il faut aussi noter que le dossier pharmaceutique n'a pas été consulté une seule fois en vue d'un contact en secteur rural. Ceci peut-être le fait d'une patientèle régulière, connue et d'une interaction plus facile avec le médecin généraliste.

4) Les limites et biais de l'étude

En premier lieu, il est totalement impossible de déterminer avec certitude la véracité de l'ensemble des données rapportées par les officinaux (aucun investigateur n'était au sein de chaque officine au cours de l'enquête). Il est donc envisageable que des horaires d'appel aient été arrondis ou que des contacts et appels aient été omis.

Ensuite, en raison d'effectifs trop restreints par sous groupe, il n'a pas été possible de réaliser d'analyses statistiques développées. Les seules analyses envisageables concernaient des résultats prévisibles et donc attendus.

Au fil de l'expérience, il est apparu que le tableau de recueil ne permettait pas d'établir avec certitude le "*scenario*" du contact téléphonique. De plus, le choix de cette méthode de recueil nous a conduit à limiter le nombre d'items étudiés. A savoir notamment la qualité de perception de l'échange téléphonique par l'officine ou encore l'émission d'une opinion pharmaceutique. Une prochaine étude pourrait s'y attacher.

Cette enquête n'étudie que les communications téléphoniques entre le médecin et pharmacien. Il est donc fort possible que des contacts aient été établis par d'autres moyens de communication qui n'ont donc pas été rapportés (contact direct, par fax, par mail,...). Il pourrait donc être envisagé une prochaine étude intégrant les autres types de communication utilisées (mail, SMS, contact direct,...).

L'étude permet de déterminer l'intérêt du DP dans l'initiation d'un contact. Néanmoins, elle ne permet pas de déterminer l'importance de la consultation totale du DP et si cette consultation a permis de ne pas appeler le médecin. L'évaluation de son intérêt est donc partielle au sein de notre étude et pourrait donc être complétée par une autre investigation.

Cette investigation ne concernait que les appels émis par les officinaux. Certains regrettaient que les contacts initiés par un médecin ne soient pas également l'objet de cette étude.

Enfin, de nombreux pharmaciens rencontrés ont regretté que cette étude ne soit pas généralisée aux médecins spécialistes libéraux et d'établissement de santé. En effet, les contacts avec ces professionnels semblaient plus difficiles qu'avec les médecins généralistes au vu de leurs descriptions. Une seconde étude, potentiellement comparative, pourrait donc être envisageable afin de déterminer si les conditions de prise de contact sont en effet plus difficiles avec les médecins spécialistes.

G. Pistes pour améliorer la communication et la coopération

1) Pistes avancées par les officinaux interrogés

Il était demandé aux participants officinaux de l'étude d'apporter des pistes pour améliorer la communication entre le médecin généraliste et l'officinal (par le biais d'une question ouverte).

Cette interrogation n'a pas rencontré un grand succès malgré de nombreuses relances au cours de l'étude. En effet, seulement 25% des participants y ont apporté une réponse. Ces réponses ont été principalement données par les pharmaciens (75% contre 25% pour les préparateurs). Il est donc légitime de s'interroger sur les raisons d'un tel manque de participation. Est-ce lié à un manque d'intérêt pour le développement de cette relation, à une impression d'une situation inextricable, à un investissement insuffisant au sein de l'officine ou pour cette étude. Où est-ce tout simplement le constat d'une relation suffisamment adaptée pour ne pas émettre la moindre idée?

Les réponses les plus représentées étaient par ordre décroissant :

-Mettre en place un support d'informations partagées entre l'officine et le médecin généraliste (mail,...),

-Formation universitaire commune,

-Obtenir le numéro de la ligne téléphonique directe du médecin généraliste (numéro de téléphone portable, numéro direct de son cabinet si secrétariat).

En effet, sur les 195 médecins contactés, nous n'avons répertorié que 39 contacts vers leur ligne directe. Il a été tenté de joindre uniquement 15% des médecins étudiés par cette ligne directe. Notre étude ne permet cependant pas de déterminer avec exactitude le nombre de lignes directes connues des médecins. Ce résultat reste donc à interpréter avec prudence. Le secteur ayant tendance (pas de statistique réalisable) à utiliser cette ligne directe est le secteur rural. A noter que les officines de centre commercial sont les seules à n'avoir jamais utiliser cette ligne directe. Cela peut-être lié à un taux d'ordonnances plus faible ou un nombre de médecins prescripteurs plus important.

2) Les recommandations de la littérature

Pour se comprendre, il faut travailler ensemble et communiquer(9). La communication téléphonique devrait reposer sur cette structure(9,14):

- "Identification claire des intervenants,
- Identification précise du patient visé,
- Formulation du but de l'appel,
- Identification d'une solution conjointe".

Une communication efficace repose sur plusieurs ingrédients essentiels :

- Le bien-être du patient est placé au centre de la conversation(9,34)
- La perception des rôles mutuels(9,10,34). Pour cela, ces rôles doivent être clairement définis (que ce soit entre les professionnels et sur le plan légal) sans dépasser les frontières de sa propre compétence et sans établir de relations hiérarchiques entre les intervenants(14),
- Avoir conscience des nombreux facteurs pouvant parasiter la communication (contraintes de temps, d'environnement, perception différente des priorités

respectives, absence du médecin souhaité actuellement remplacé par médecin ne connaissant pas le patient,...)(9,11,14,34),

- Un niveau de langage et de connaissance commun(9,11). Il est donc indispensable de maîtriser un degré de connaissance théorique et pratique (de la pathologie, des thérapeutiques,...) permettant de débattre au mieux l'intérêt du patient. Il s'agit également d'un même niveau de connaissance entre intervenants de l'état de santé du patient, de son environnement,...
- Le respect de chacun est indispensable (respect des limites et de l'autonomie professionnelle)(9,14),
- Préparer les échanges(9,11,14). C'est à dire disposer des éléments utiles (dossier,...), cerner les éléments du problème et se focaliser dessus, être prêt à faire face au refus et à la résistance de l'autre et surtout préparer une alternative.

La communication est également plus efficace dans les cas suivants(9,14):

- Liens fréquents entre les 2 intervenants qui se connaissent bien,
- Proximité géographique des intervenants,
- Confiance dans les compétences de l'autre,
- Le suivi du patient est assuré par un seul médecin.

Ce processus nécessite du temps et de la persévérance. Un lien de confiance peut apparaître progressivement selon les interventions de chacun(14)(en particulier si les interventions de chacun sont justifiées).

3) Pistes apportées par la littérature

De nombreuses pistes concrètes sont envisageables et résonnent en écho avec les propositions des officinaux questionnés :

- "Utiliser l'ordonnance comme un outil de communication"(9,34). Cela sous entend une explication au patient de son ordonnance par le médecin. Elle devra être claire et adaptée au degré de compréhension du patient. Le médecin devra également s'assurer d'un niveau de rétention d'informations suffisant par le patient. Comme cela a été précisé auparavant, le patient pourra plus facilement répondre aux interrogations du pharmacien et des contacts inutiles pourront être évités (12).
- "Encourager les activités de formation conjointes"(9,15,34).
- "Faciliter l'accès au professionnel"(9,15). Il peut s'agir par exemple de l'obtention de la ligne directe de chacun ou alors d'un système de messagerie électronique sécurisée. C'est ainsi que certaines expérimentations sont actuellement en cours en France comme cette messagerie immédiate sécurisée de santé (MISS) dans le Nord-Pas-De-Calais. Cette messagerie permet de débattre de problèmes de prescription ou de transmettre une information sur des soins prodigués. Elle est adossée à la messagerie cryptée "Apicrypt" fortement utilisée par les médecins (réception des résultats de biologie, de comptes rendus médicaux,...)(46)
- "Éviter les intermédiaires"(9). Il est donc clairement établi qu'il est nécessaire de pouvoir contacter la personne souhaitée. Cette étude se veut rassurante à ce sujet. Il est néanmoins fait état de l'importance de la barrière du secrétariat pour ne pas parasiter la consultation du médecin(11).
- "Éviter les distractions et bris de communications venant de l'extérieur"(9)
- "Centrer la communication sur la résolution du problème du patient"(9)

H. Les autres moyens mis en œuvre pour développer la communication et la coopération

1) Les réseaux de soins informels

Il s'agit des formes traditionnelles de coopération entre les professionnels de santé, ne répondant pas aux protocoles soumis par la législation.

Ces réseaux se construisent progressivement selon les besoins et réponses des professionnels en s'appuyant sur un vecteur indispensable à cette coopération : le patient. Ces constructions semblent s'établir plus facilement dans des secteurs géographiques proches (en particulier en secteur rural et semi rural)(34). Les acteurs professionnels "délimitent eux-mêmes leur territoire en fonction de leurs intérêts intellectuels, de leurs expériences professionnelles, mais aussi des carences de l'offre locale des soins"(34).

Ils sous-entendent cependant pour fonctionner le respect de règles et des attentes réciproques mais également une confiance entre professionnels(34). C'est pourquoi les différents intervenants se connaissent bien.

Les trois règles principales à respecter sont(34) :

- Le respect de la "disponibilité à l'égard du patient qui lui est adressé ou à l'égard de ses correspondants"(réponse au téléphone, prendre le temps de les rencontrer,...),
- "L'obligation d'échange d'informations sur le patient et la règle du retour du patient",
- "L'obligation de communiquer" qui n'est cependant pas toujours respectée (ce qui peut exposer à un sentiment d'exclusion du professionnel).

Ces réseaux tendent à s'affranchir des hiérarchies préexistantes entre les professionnels tout en répondant à des besoins réciproques ("engager des soins adaptés au patient, agir au moment nécessaire, apporter un certain confort intellectuel au soignant " en l'aidant dans sa décision, "suppléer aux insuffisances du système en le contournant dans l'intérêt du patient, décharge des émotions et angoisses liées à l'activité professionnelle, partage des doutes et

des responsabilités, délégation d'actes qui sortent du domaine de compétence ou relégation d'activités")(34).

2) Les pôles et maison de santé

Pour lutter contre la désertification médicale (à l'origine d'un isolement), peu attrayante pour les jeunes médecins, des maisons de santé ont été construites. Il s'agit de bâtiments dans lesquels exercent médecins et paramédicaux, œuvrant ensemble dans l'intérêt du patient. Ils se différencient des réseaux de santé par une volonté d'amélioration des soins de premier recours au sein de la population (rappelons que les réseaux de santé sont construits pour une population donnée ou pour une pathologie particulière)(22).

Ce concept initié en 2007, prévoit une activité de soins(de premier recours ou de second recours au sens de l'article L.1411-12) sans hébergement, des actions de santé publique, de prévention, d'éducation pour la santé et des actions sociales(1,47).

Les maisons de santé rencontrent un franc succès auprès des jeunes générations de médecins(1).

Pour créer une maison de santé(48), il convient de constituer en premier lieu une équipe de professionnels avec qui sera défini un projet de santé (définition du mode de réponse à la demande de soins de la population).

Ce projet de santé doit être "compatible avec les orientations des schémas régionaux mentionnés à l'article L.1434-2" du Code de Santé Publique(47,49). Celui-ci se base principalement sur une évaluation des besoins sanitaires, sociaux et médico-sociaux afin de "réduire les inégalités d'accès sociales et territoriales en matière de santé, sur l'amélioration de l'accès des personnes les plus démunies à la prévention et aux soins, sur le renforcement de la coordination, de la qualité, de la sécurité, de la continuité et de la pertinence des prises en charge sanitaires et médico-sociales ainsi que sur l'organisation des parcours de santé"(49). Son besoin sera identifié par l'Agence Régionale de Santé.

Il faut ensuite élaboré le projet professionnel qui va définir l'organisation pour atteindre les objectifs du projet de santé. Ensuite, c'est le projet architectural qui sera déterminé.

Puis, un statut juridique doit être déterminé (Société Civile de Moyen, Société Civile Immobilière, groupements d'intérêts économiques et la Société Interprofessionnelle de Soins Ambulatoires (SISA)). Depuis la loi Fourcade en 2011, malgré les réserves importantes du Conseil de l'Ordre des Médecins, les pharmaciens sont autorisés à s'associer aux maisons médicales exerçant sous la forme juridique de la SISA.

Ce type de société permet(22) :

- "Le regroupement des professionnels de santé relevant de professions différentes pour y exercer des activités de coordination thérapeutique visant à améliorer la qualité de la prise en charge et la cohérence du parcours de soins, d'éducation thérapeutique et de coopération entre professionnels de santé,"
- de percevoir des dotations de l'état, redistribuables entre ses membres
- de "facturer certains actes à l'assurance maladie dans le cadre des nouvelles rémunérations prévues par la loi HPST".

Ce statut juridique impose la présence d'au moins deux médecins et un auxiliaire médical au sein de la maison de santé. Les professionnels y participant peuvent également exercer leur activité en dehors de cette société(22). Ceci est donc profitable aux pharmaciens pour qui il est difficile de s'installer au sein d'une maison de santé en raison d'une fiscalité différente.

Néanmoins , le pharmacien ne peut en aucun cas être créateur d'une maison médicale(1,22).

La maison de santé fonctionne sur la base d'un cahier des charges contractualisés avec l'Agence Régionale de Santé(48). Les maisons de santé peuvent bénéficier de nombreuses aides et subventions s'articulant tout particulièrement sur la coordination et la coopération des professionnels de santé (temps de concertation interprofessionnelle, délégation des actes selon des protocoles,...).(22)

Au sein de ces maisons, le Code de Santé Publique prévoit une communication à tous les professionnels des informations médicales relatives au patient (après obtention de son consentement)(1). Elle se veut donc un espace de communication, de concertation entre professionnels(48).

Les pôles de santé, créés en 2009, correspondent à une organisation et un fonctionnement équivalent aux maisons de santé à une différence majeure : il n'existe pas de regroupement physique ("sous le même toit") de ses professionnels.

La première évaluation des maisons de santé réalisée par l'IRDES (Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé) en 2014 a mis en évidence des signaux encourageants. A savoir, une stabilisation de la démographie des professionnels ainsi qu'une amélioration de la qualité des soins pour un moindre coût(47).

Pour surveiller l'évolution de ces structures, un observatoire des maisons de santé a été fondé. Au 16 mars 2015, il rapporte les chiffres suivants(50):

- 616 maisons de santé étaient en fonctionnement (avec une faible majorité en secteur rural (55%) ,
- 407 projets ont été sélectionnés (avec également une faible majorité en secteur rural (55%),
- 97% des 616 maisons de santé ouvertes étaient pluri-professionnelles,
- et une moyenne de 3 pharmaciens par maison de santé (relativement stable depuis 2013) contre 5,1 médecins et 9,2 paramédicaux.

Ces chiffres indiquent donc une nette montée en puissance de ces structures sur le territoire français. Ces maisons de santé pluriprofessionnelles sont donc destinées à devenir les "portes d'entrée du parcours de soins" en France. Il reste donc à poursuivre le développement de ces maisons de santé professionnels et que les pharmaciens y soient nettement plus impliqués. Ce développement nécessite donc une volonté de coopération entre professionnels qui le plus souvent se connaissent.

3) La formation universitaire commune et formation continue commune

Une étude publiée dans la Revue d'Epidémiologie et de la Santé Publique en 2008 apportait la conclusion suivante: " Aucun professionnel n'a de vision transversale de la prise en charge du malade du fait de la méconnaissance du travail de l'autre, des cloisonnements

symboliques entre groupes professionnels et des difficultés rencontrées"(34). Comme cela a été décrit précédemment, la connaissance du champ d'exercice de chaque professionnel est indispensable pour une communication et une coopération efficace.

Ce même rapport référençait des travaux sur le plan sociologique et anthropologique. Ceux-ci mettaient en évidence que "la socialisation des médecins et paramédicaux durant leurs études, leurs stages hospitaliers et les premières années de leur exercice professionnel est un processus d'incorporation des valeurs, des attitudes, des modèles de comportement correspondants à leurs rôles sociaux"(34). Ainsi, le développement des formations communes dès l'université permettrait donc d'améliorer la coopération des futurs soignants.

Plusieurs facultés de médecine et pharmacie en France ont initié ce type de formation. C'est le cas à Nantes par exemple. Ces formations réunissent des internes en médecine générale et des étudiants en pharmacie. Ils réfléchissent conjointement par petits groupes à l'aide de cas cliniques sur des situations complexes liées à l'exercice de chacun, aux prescriptions de médecins,...

Une expérimentation intéressante a été réalisée à Lyon en 2013 et 2014(22). Il était proposé à des internes de médecine générale et des étudiants de pharmacie d'échanger leur lieu de stage le temps d'une journée. Ainsi, l'étudiant en pharmacie accompagnait un médecin généraliste et l'interne découvrait la pharmacie d'officine sous la responsabilité d'un pharmacien. Les étudiants concernés ont apprécié cette journée permettant de mieux appréhender les professions de chacun. Cette étude renvoie aux rencontres des officinaux. Plusieurs pharmaciens titulaires étaient sensibles à la méconnaissance de leur activité professionnelle par le médecin. Ils avaient alors suggéré l'intérêt d'un stage au cours duquel le médecin en devenir évoluerait au sein de l'officine. Il pourrait alors explorer le fonctionnement d'une officine, le rôle de chacun de ses acteurs, leurs difficultés et pourrait également en profiter pour se familiariser avec les noms des médicaments par exemple. Cette proposition a suscité mon intérêt. C'est pourquoi, au fil des entretiens, si cette proposition n'était pas apportée par le pharmacien, elle lui était systématiquement présentée (soit au moment de l'entretien initial ou durant l'entretien en fin d'étude). En dehors d'une officine, la totalité des pharmaciens titulaires était favorable à ce stage et se disait prêt à recevoir un étudiant en médecine.

Il convient également de sensibiliser les professionnels après leurs études.

De nombreux enseignements post-universitaires se tournent également vers le développement de l'interprofessionnalité. Citons par exemple les "Entretiens de Bichat" qui se dérouleront à Paris en octobre 2016 et traitent des échanges interprofessionnels. Fondée en 1947, cet événement habituellement réservé aux médecins, s'ouvre cette année à tous les professionnels de santé pour la première fois(43). Les objectifs de cette formation sont clairement définis et sont communs à l'ensemble des autres FMC (Formations Médicales Continues): "Permettre à l'ensemble des acteurs de santé de se rencontrer, d'échanger et de construire pour une meilleure prise en charge des patients"(51).

Par ailleurs, le développement de réseaux de soins formels et informels entre médecin généraliste et pharmacien semble être favorisé par des liens tissés au cours des études ou bien au cours d'EPU (Enseignements Post-Universitaires) locaux(34).

4) Le Dossier Médical Partagé(DMP)

Il s'agit d'un dossier informatisé, propre à chaque patient. Son adhésion est gratuite et non obligatoire. Il s'agit du successeur de l'ancien Dossier Médical Personnel depuis 2015. Ce changement d'identité symbolise l'intérêt du développement, de la coordination et de la coopération des soins entre les différents acteurs de santé(52).

Sa création avait pour principaux objectifs d'assurer une meilleure coordination des professionnels de santé et donc une qualité des soins optimisée en rendant le patient plus autonome. De plus, cette mesure visait à une maîtrise plus importante des dépenses de l'assurance maladie (limitation de la iatrogénie,...).

Il permet aux différents professionnels de santé (comme les médecins généralistes et les pharmaciens) de partager des informations importantes afin d'assurer un suivi optimal dans la prise en charge du patient(53). Il s'agit des antécédents médicaux, des allergies, compte rendus médicaux, des prescriptions médicales, des résultats de biologie, résultats de radiologie... A cela s'ajoute un volet destiné spécialement à la prévention(53). A noter qu'il aura fallu attendre juillet 2016 pour que le contenu du DMP soit précisé par la législation.

C'est le patient qui décide quels professionnels de santé peuvent avoir accès à son DMP. Quelques particularités existent(53):

- en cas d'accord donné à un établissement de santé, cette autorisation s'étend alors à tous les membres de l'équipe de soins qui prend en charge le patient,
- le médecin de l'hébergeur du DMP ou une personne du service placée sous sa responsabilité peut accéder à ces données dans le strict exercice de ses missions.

Pour en être bénéficiaire, le patient devra être bénéficiaire de l'assurance maladie.

Ce dossier est hautement sécurisé. L'hébergement de ces dossiers était initialement placé sous l'autorité de l'Agence des systèmes d'information partagée de santé, placée elle-même sous l'autorité du Ministère en charge de la Santé(53). Compte tenu d'importantes dépenses pour son développement insuffisant selon la Cour des Comptes, son déploiement est désormais placé sous la responsabilité de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie depuis la nouvelle loi Santé promulguée en 2016(52).

La création du DMP initialement réalisée au cours d'une consultation d'un médecin ou d'un établissement de santé, après consentement du patient est désormais réalisable par le patient lui-même, les personnels d'accueil de centres médicaux ou des Agents de l'Assurance Maladie (depuis juillet 2016). Un identifiant national de santé unique est transmis à chaque patient. Une fois ouvert, un autocollant DMP est apposé sur la carte vitale du patient dans le but d'informer les professionnels de l'adhésion à ce service(53). Le professionnel peut ensuite consulter librement le DMP et pourra l'enrichir au fur et à mesure. Cette consultation peut se faire à l'aide du logiciel métier du professionnel (mais attention, il existe encore des incompatibilités de logiciel. Dans ce cas, un accès est possible par le site internet du DMP). De même, le patient peut y ajouter des documents ou informations lui semblant utiles (par exemple, la réaction à un médicament, d'anciens compte-rendus inconnus du médecin traitant,...).

Ce service est donc prometteur dans la coordination et la coopération des professionnels de santé. Il permet de fluidifier les échanges d'informations basées sur un degré de connaissance du patient par les professionnels relativement similaire. Il permet également d'éviter des erreurs de prescription. Dans le cadre de notre étude, il pourrait nettement

contribuer à réduire la part de contacts évitables (mauvaise lisibilité,...). Il assure également un confort pour le patient qui n'a plus besoin de décrire ses antécédents, de transporter ses examens médicaux et donc d'oublier des informations importantes. De plus, cela pourrait éviter des examens redondants, inutiles et favoriserait une moindre perte d'un temps précieux en situation d'urgence Il est actuellement prioritairement centré sur les patients atteints de polyopathologies et pathologies chroniques(52).

Son déploiement reste cependant insuffisant. Il semble que plusieurs difficultés aient été rencontrées ces dernières années, en particulier à l'époque du Dossier Médical Personnel(54):

- Un manque de soutien politique pour son développement (notamment un manque de valorisation par le Ministère de la Santé du projet et un manque de valorisation sur le plan financier),
- Des logiciels professionnels non DMP compatibles et un fonctionnement imparfait des logiciels incluant le DMP (instabilité, manque de rapidité, de simplicité,...) freinant donc l'intérêt d'investir financièrement dans ces logiciels (et leurs mises à jour),
- La peur de l'inconnu exprimée par les médecins s'opposant à une envie nettement plus prononcée des autres professionnels afin d'être mieux impliqués dans le système de soin,
- Un manque de communication nationale sur le DMP en particulier auprès des patients (restant le pilier du développement de ce DMP),
- Le manque de temps de chacun,
- Les professionnels de santé ne savent pas clairement quels documents doivent être déposés sur le DMP,
- un manque d'explorations sur le service rendu du DMP,
- Difficulté du recueil de consentement du patient (en particulier les personnes âgées),

Ainsi, pour la plupart de ces raisons et malgré des dépenses conséquentes pour son développement, les DMP ouverts ne sont que sous alimentés. Ce cercle vicieux contribue donc à ne pas susciter l'intérêt des médecins et donc le développement du DMP (compte tenu de leur rôle central reconnu dans par les autres professionnels dans la prise en charge des patients).

Une nouvelle stratégie de déploiement est en cours développement sous le contrôle de Caisse Nationale d'Assurance Maladie avec le soutien des Agences régionales de Santé. Sa généralisation sur l'ensemble du territoire est prévue pour 2018. Au 19/07/2016, 585 322 DMP ont été ouverts. Il est donc légitime de se demander si ce Dossier Médical Personnel rencontrera un plus grand succès que son prédécesseur.

Une étude quantitative auprès de médecins libéraux en 2013 retenait plusieurs résultats intéressants. 84% des médecins interrogés reconnaissent l'intérêt du DMP et y étaient donc favorables. Ils reconnaissent son rôle de coordination entre les acteurs de santé (pour 77% des médecins interrogés). Ces résultats contrastaient avec une utilisation trop chronophage du DMP(76%) et un manque d'apport de valeur pour le moment(48%)(54).

Une seconde étude relevait des résultats plus mitigés de son intérêt pour les médecins libéraux (contrastant avec un intérêt grandissant du grand public(52). Notons la crainte de nombreux médecins quant à la menace pour la vie privée des patients suscitée par le DMP(52).

Il est prévu d'intégrer le Dossier Pharmaceutique au DMP.

5) La messagerie sécurisée de santé

Il s'agit d'un outil d'échange électronique, sécurisé, d'informations médicales entre professionnels de santé. Ces informations sont nominatives.

Il existait préalablement 2 catégories fonctionnelles de messageries électroniques sécurisées(55):

- Les messageries régionales,

- Le système Apicrypt. Il s'agit du système le plus développé en France. Elle comptabilise 62 000 utilisateurs (principalement en secteur libéral). Elle permet un gain de temps administratif, économique et écologique.

L'accès à cette messagerie nécessite une carte CPS (mais peut également se faire par un login/mot de passe.

En 2014, un rapport de l'Agence des Systèmes d'Information Partagés de Santé (ASIP) rapportait une faible couverture de ces messageries auprès des professionnels de santé sur le territoire français. En effet, seulement 5,5% des professionnels de santé en disposaient (et principalement les pionniers de ces messageries, les médecins de ville). La majorité des professionnels de santé travaille encore par courrier et téléphone, mais également à l'aide de messagerie non sécurisée (par mail, SMS,...).

Il était donc retenu que cette messagerie est encore loin d'être opérationnelle en raison de son faible taux d'adhésion des professionnels de santé et l'absence d'interopérabilité (c'est à dire l'incapacité de ce système à fonctionner avec d'autres systèmes)(55).

Devant ce constat, les pouvoirs publics (en coopération avec l'ensemble des ordres professionnels) ont mis en place la messagerie sécurisée de santé (MSSanté). Pour être plus fonctionnelle, cette messagerie comprend un annuaire national s'appuyant en particulier sur le RPPS de chaque professionnel, une sécurisation optimale des messages et la mise en place d'offres interopérables entre tous les opérateurs MSSanté. Ce développement a été réalisé dans le respect de la loi "informatique et santé" et des dispositions du Code de Santé Publique.

Cette messagerie permet donc de recevoir les comptes rendus médicaux automatiquement (et donc d'économiser du temps) et de communiquer plus simplement avec ses confrères sans occasionner le dérangement d'un appel téléphonique.

Elle se trouve actuellement en phase de développement et de déploiement (principalement dans les établissements de santé).La prochaine version d'Apicrypt devrait être interopérable avec MSSanté, ceci permettrait ainsi de développer son accessibilité dans le milieu libéral. Il n'existe pas encore, à ce jour, d'étude à grande échelle permettant d'en déterminer le

service rendu sur la communication. Aucun des pharmaciens participants à l'étude n'avaient entendu parler de cette messagerie.

Notons que l'ASIP Santé travaille actuellement sur de nouvelles fonctionnalités permettant d'alimenter le DMP à partir du MSSanté.

CONCLUSION

L'interprofessionnalité est au centre des préoccupations de nombreux systèmes de santé dans le monde et en particulier en France. La coopération entre pharmaciens et médecins généralistes, devenue inévitable, se base actuellement sur le remodelage des frontières de leurs exercices propres. Mais, ces transformations souhaitées par les pharmaciens, se heurtent au refus de certains médecins et à un système de communication imparfait.

Si les difficultés, occasionnées par la loi HPST, opposant médecins généralistes et pharmaciens semblent difficiles à résoudre, la communication interprofessionnelle est perfectible.

La communication est aujourd'hui essentiellement téléphonique entre ces deux protagonistes. Au travers de cette étude, l'accessibilité du médecin généraliste semble être relativement adaptée aux besoins de l'officiel. Il semble même que la barrière du secrétariat ne soit pas un aussi important obstacle à leur communication (contrairement aux représentations et recommandations actuelles). Il est cependant dommageable de constater que le secrétariat transmette souvent une réponse aux pharmaciens avec ou sans l'accord du médecin. Enfin, compte tenu de l'importance des contacts téléphoniques évitables, il est compréhensible de constater une détérioration de la communication et une perte de confiance entre ces deux protagonistes.

Il semble donc indispensable de définir des règles de communication entre professionnels.

Cette communication repose avant tout sur une connaissance de chacun, leur proximité et la connaissance réciproque des difficultés inhérentes à son travail. Ceci dans l'intérêt commun du patient. Ainsi, le développement d'une formation universitaire et post-universitaire commune peut être une base solide au développement de règles optimales de communication, en particulier dans l'établissement de réseaux de santé informels ou des pôles et maisons de santé.

Mais cette communication, nécessitant un même degré de connaissance relative au patient entre les deux interlocuteurs, semble vouée à évoluer en raison des nouvelles technologies. Ainsi, le développement conjoint du Dossier Médical Partagé et de la Messagerie Sécurisée de Santé pourrait bien, dans le futur, prendre le dessus sur la communication téléphonique, ne répondant que partiellement aux besoins de chacun. Il semble néanmoins qu'un contact direct, téléphonique ou par vidéoconférence restera toujours la meilleure solution pour éviter que cette relation ne devienne trop distante et impersonnelle, contribuant à ne faire que creuser les frontières entre le médecin généraliste et le pharmacien d'officine.

LISTE DES ABREVIATIONS

ARS: Agence Régionale de Santé

ASIP: Agence des Systèmes d'Information partagés de Santé

AVK: Anti vitamine K

BPCO: Broncho-pneumopathie Chronique Obstructive

CAPS: Centre d'Accueil et de Permanence des Soins

EHPAD: Etablissements d'hébergement des personnes âgées dépendantes

DMP: Dossier Médical Partagé

DOPI-OFFI: Interventions Pharmaceutiques en Officine réalisées avec le Dossier Pharmaceutique

DP: Dossier Pharmaceutique

EPU: Enseignement Post Universitaire

FMC: Formation Médicale Continue

HAS: Haute Autorité de Santé

INR: International Normalised Ratio

IRDES: Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé

Loi HPST: Loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires

MSSAnté: Messageries Sécurisées de Santé

ONDPS : Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé

PDA: Préparation des Doses à Administrer

SISA: Société Interprofessionnelle de Soins Ambulatoires

TABLE DES ILLUSTRATIONS

Tableaux:

Tableau 1- La description de la population officinale.	26
Tableau 2-La répartition des pharmaciens et des préparateurs par secteur d'activité.	26
Tableau 3: Les acteurs de la réponse au problème soulevé	29
Tableau 4-La répartition des contacts et appels entre pharmaciens et préparateurs.	31
Tableau 5- La répartition des contacts et appels par secteur d'exercice de l'officine.....	31
Tableau 6-La répartition des Contacts et appels par type de secrétariat.....	32
Tableau 7- La répartition des contacts par semaine.	33
Tableau 8- La répartition des contacts et appels par semaine.	33
Tableau 9-La répartition de l'ensemble des contacts initiés par jour de la semaine.	34
Tableau 10- Le détail des délais pour obtenir une réponse au problème posé	38
Tableau 11- La répartition des contacts et délais par nombre d'appels échoués	39
Tableau 12- La répartition des contacts en fonction du nombre d'appels.....	39
Tableau 13- La répartition des acteurs de la réponse au problème posé	41
Tableau 14-Le taux d'interception des appels par le secrétariat.....	41
Tableau 15-Les caractéristiques des contacts après l'interception par le secrétariat.....	42
Tableau 16-Les caractéristiques des contacts d'ordre professionnel.....	44
Tableau 17- Les caractéristiques des contacts d'ordre administratif.	45
Tableau 18-Les taux de consultation du Dossier Pharmaceutique par motif (% arrondis à l'unité)	49
Tableau 19-La répartition par secteur des répondants à la question ouverte.	51

Tableau 20-La répartition des réponses à la question ouverte.	52
--	----

Figures:

Figure 1-La répartition des contacts concluants en une heure (tout secrétariat confondu). .	35
---	----

Figure 2-La répartition des délais de réponse des contacts concluants vers un cabinet sans secrétariat.	36
--	----

Figure 3-La répartition des délais de réponse des contacts concluants vers un cabinet avec secrétariat.	37
--	----

Figure 4-La répartition des contacts en contacts évitables et inévitables.....	47
--	----

Figure 5-La répartition des contacts avec réponse du secrétariat sans avis médical.....	48
---	----

Figure 6- La répartition par secteur de la consultation du Dossier Pharmaceutique	50
---	----

BIBLIOGRAPHIE

1. Conseil national de l'ordre des médecins. La Prescription et la place du médicament dans la relation Médecin-Patient-Pharmacien , Aspects réglementaires, éthiques et déontologiques[En ligne]. 2012 .[Cité le 27 juin 2016] . Disponible sur : http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/Prescription_et_place_du_medicament_dans_relation_medecin_patient_pharmacien__CNP_2012.pdf
2. Inspection générale des affaires sociales. Pharmacies d'officine : rémunération, missions, réseau[En ligne]. Juin 2011.[Cité le 22 juil 2016]. Disponible sur: <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/114000355.pdf>
3. Michot Pauline *et al .,* " Coopération entre médecins généralistes et pharmaciens: une revue systématique de la littérature", *Santé Publique*, 2013/3 Vol. 25, p.331-341.
4. Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique[En ligne]. JORF; 11 août 2004.[Cité le 27juin 2015]. Disponible sur: <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000787078&categorieLien=id>
5. HAS. Coopération entre professionnels de santé : Guide méthodologique tome 2. Élaboration d'un protocole de coopération Article 51 de la loi HPST[En ligne]. 2010. [Cité le 2 juin 2015]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_980069/fr/cooperation-entre-professionnels-de-sante-elaboration-d-un-protocole-de-cooperation-article-51-de-la-loi-hpst
6. Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires [En ligne]. JORF; juillet 2009.[Cité le 28 juin2015]. Disponible sur: <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020879475&categorieLien=id>
7. Arrêté n° 0107 du 6 mai 2012 portant approbation de la convention nationale organisant les rapports entre les pharmaciens titulaires d'officine et l'assurance maladie (Article 28)[En ligne]. JORF.; le 06 mai 2012.[Cité le 28 juin 2015]. Disponible sur : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000025804248>

8. Laboratoire de Pédagogie de la Santé , Université Paris 13. Les 30 mots de l'éducation thérapeutique du patient[En ligne]. 2010. [Cité le 29 juin 2015]. Disponible en ligne : <http://www.ipcem.org/etp/PDFetp/MOTS.pdf>

9. Parent F, Parent M. Communication Médecin-patient, deux perspectives, un même remède[En ligne]. Le Médicament "pour prévenir";2 décembre 2003 . [Cité le 28 juin 2016] . Disponible sur : http://jasp.inspq.qc.ca/Data/Sites/1/SharedFiles/presentations/2003/2-MedicamentPrevenir/JASP2003-Parent-Parent_Atelier2.pdfParent_Atelier2.ppt - JASP2003-Parent-Parent_Atelier2.pdf [Internet]. [cité 2 mai 2015]. Disponible sur: http://jasp.inspq.qc.ca/Data/Sites/1/SharedFiles/presentations/2003/2-MedicamentPrevenir/JASP2003-Parent-Parent_Atelier2.pdf

10. Richard C, Lussier MT, Mayer C. *Le dialogue au rendez-vous. Le médecin, le pharmacien et le médicament*. MedActuel 2005; septembre : 33-36.

11. R Richard C, Lussier MT, Mayer C. *Le dialogue au rendez-vous. La communication téléphonique avec le pharmacien*. MedActuel 2005; août : 35-38.

12. Richard C, Lussier MT, Mayer C. *Le dialogue au rendez-vous. Le médecin, le pharmacien et le médicament*. MedActuel 2005; septembre : 33-36.

13. Richard C, Lussier M-T. La communication professionnelle en santé. Editions ERPY; 2005.

14. Parent M, Tugeon M. La collaboration pharmacien-médecin [En ligne]. Colloque de l'OPQ ; Juin 2014. [Cité le 2 juill 2016]. Disponible sur: http://www.opq.org/CMS/MediaFree/file/Evenements/RVO%20%202014/Atelier1_RVO_Communication-pharmacien-medecin.pdf

15. Torner P. La communication médecins/ pharmaciens/ patients , enquête sur les attentes des différents acteurs, quelles solutions pour améliorer la concertation médecin/pharmacien pour le bénéfice du patient?[Thèse d'exercice]. Université de Bourgogne Faculté de pharmacie;2010.

16. Colson G, Vieira S. Stage de pratique professionnelle en officine: état des lieux des connaissances et compétences acquises: enquête réalisée auprès des étudiants en 6e année officine de la faculté de Grenoble et des maîtres de stage. 2014 [cité 30 juin 2016]. Disponible sur: <https://hal-brgm.archives-ouvertes.fr/dumas-01075501/document>

17. Dooley MJ, Allen KM, Doecke CJ, Galbraith KJ, Taylor GR, Bright J, et al. A prospective multicentre study of pharmacist initiated changes to drug therapy and patient management in acute care government funded hospitals. Br J Clin Pharmacol. avr 2004;57(4):513-21.

18. Société Française de Pharmacie Clinique Officine. Fiche d'intervention pharmaceutique [En ligne]. Standardisation et valorisation des activités de pharmacie clinique, version 6 ; Février 2013. [cité le 20 mars 2016]. Disponible sur: <http://sfpc.eu/fr/item1/finish/34-documents-sfpc-public/991-sfpc-fiche-intervention-pharmaceutique-officine-2014/0.html>

19. Ordre National des pharmaciens. Dispensation des produits de santé [En ligne] . [Cité le 22 juil 2016] .Disponible sur:
http://www.ordre.pharmacien.fr/content/.../6/.../Guide_PH6_2015_partie2.pdf

20. Mylène Casali. Etude exploratoire sur les représentations des pharmacies d'officine concernant le décret du pharmacien correspondant. Pharmaceutical sciences. 2012. <dumas-00740651>

21. Le dossier pharmaceutique : avec le DP plus de sécurité pour votre santé - brochure destinée aux patients - le-dossier-pharmaceutique-avec-le-DP-plus-de-securite-pour-votre-sante-brochure-destinee-aux-patients.pdf [Internet]. [cité 11 juil 2016]. Disponible sur: <file:///C:/Users/Adrien/Downloads/le-dossier-pharmaceutique-avec-le-DP-plus-de-securite-pour-votre-sante-brochure-destinee-aux-patients.pdf>

22. Anglard N. Coopération pharmaciens- médecins: à partir d'expériences en France et en suisse, élaboration de voies d'avenir[Thèse d'exercice].Lyon 1:Université Claude Bernard Faculté de pharmacie;2014.

23. PharmaSuisse [cité le 19 juill 2016]. Netcare,[en ligne]. Disponible sur:
<http://www.pharmasuisse.org/fr/Dienstleistungen/Themen/Pages/netCare.aspx>

24. Thelliez B. Les pharmaciens suisses plus consultés que les médecins pour des affections bénignes. Journal International de Médecine [en ligne].16 juin2016. [cité le 8 juil 2016]. Disponible sur: http://www.jim.fr/pharmacien/actualites/pro_societe/e-docs/les_pharmaciens_suisses_plus_consultes_que_les_medecins_pour_des_affections_benignes__159472/document_actu_pro.phtml

- 25.Ordre National des Pharmaciens. Les Québécois l'ont fait: 7 nouvelles activités professionnelles[en ligne].Septembre 2015, N°50.[cité le 5 juil 2016]. Disponible sur:
<http://www.ordre.pharmacien.fr/Le-pharmacien/Le-metier-du-pharmacien/Dossiers-professionnels/Les-Quebecois-l-ont-fait-7-nouvelles-actvites-professionnelles>

26. Académie Nationale de Pharmacie. Mission d'intérêt public du pharmacien et qualité des services en officine[en ligne]. Septembre 2014. [cité le 4 juil 2016]. Disponible sur:
http://www.acadpharm.org/dos_public/RAPPORT_Missions_d_intErEt_public_du_pharmacien_VF_COR_2014.11.17.pdf

27. Etat des lieux du système pharmaceutique au Québec - 2016TOU32044.pdf [Internet]. [cité 5 juill 2016]. Disponible sur: <http://thesesante.ups-tlse.fr/1274/1/2016TOU32044.pdf>

28. Geremie J. L'officine et les spécificités du rôle du pharmacien au québec[Thèse d'exercice].Toulouse III: Université Paul Sabatier Faculté de pharmacie; 2016.
29. Ordre des pharmaciens du Québec . Une pratique bien encadrée . Nouvelles activités des pharmaciens[en ligne]. [cité le 5 juil 2016]. Disponible sur: <http://www.opq.org/fr-CA/grand-public/nouvelles-activites-des-pharmaciens/une-pratique-bien-encadree/>
30. Ordre des pharmaciens du Québec . Entrée en vigueur de la loi 41. Nouvelles activités des pharmaciens [en ligne]. [cité le 5 juil 2016]. Disponible sur: <http://www.opq.org/fr-CA/grand-public/nouvelles-activites-des-pharmaciens/entree-en-vigueur/>
31. Ordre des pharmaciens du Québec -.Prescrire un médicament lorsqu'aucun diagnostic n'est requis. Nouvelles activités des pharmaciens [en ligne]. [cité le 5 juill 2016]. Disponible sur: <http://www.opq.org/fr-CA/grand-public/nouvelles-activites-des-pharmaciens/comprendre-les-nouvelles-activites/prescrire-des-medicaments-aucun-diagnostic-requis/>
32. HAS. Les pratiques actuelles de coopération: analyse des témoignage des professionnels de santé[en ligne]. Décembre 2007. [cité le 18 juil 2016]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/cooperation_pros_rapport_pratiques_actuelles.pdf
33. Bedouch P. Résultats de l'étude DOPI-OFFI: Interventions Pharmaceutique en Officine réalisées avec le Dossier Pharmaceutique[en ligne].2015. [cité le 4 juil 2016]. Disponible sur: <http://www.ordre.pharmacien.fr/Communications/Communiqués-de-presse/Evaluation-du-DP-de-sa-mise-en-oeuvre-aux-Interventions-Pharmaceutiques>
34. Sarradon-Eck A, Vega A, Faure M, Humbert-Gaudart A, Lustman M. Créer des liens: les relations soignants–soignants dans les réseaux de soins informels. Rev D'Épidémiologie Santé Publique. 2008;56(4):S197–S206.
35. HAS.Les protocoles de coopération.Article 51.Bilan du dispositif. Evaluation 2014[en ligne]. Novembre 2015. [cité le 20 juin 2016]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2016-01/rapport_d-activite_article_51_2014_post-college_vf.pdf
36. HAS. Rapport d'activité 2013, les protocoles de coopération.Article 51 de la loi HPST[en ligne].[cité le 20 juin 2016]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-09/rapport_dactivite_2013_-_article_51.pdf
37. Arrêté du 24 juin 2013 portant approbation de l'avenant n° 1 à la convention nationale du 4 avril 2012 organisant les rapports entre les pharmaciens titulaires d'officine et l'assurance maladie relatif à l'accompagnement des patients chroniques sous anticoagulants oraux[en ligne].JORF; Juin 2013. [cité le 20 juin 2016]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2013/6/24/AFSS1312515A/jo>

38. Arrêté du 28 novembre 2014 portant approbation des avenants numéros 3, 4 et 5 à la convention nationale du 4 mai 2012 organisant les rapports entre les pharmaciens titulaires d'officine et l'assurance maladie[en ligne].JORF ; Décembre 2014.[cité le 21 juin 2016] . Disponible sur:
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000029827283>
39. L'assurance santé.[cité le 21 juin 2016].avenant N°4 à la convention nationale,[en ligne]. Disponible sur : <http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/pharmaciens/votre-convention/convention-nationale-titulaires-d-officine/avenant-n-4-a-la-convention-nationale.php>
39. ameli.fr - [Internet]. [cité 20 juin 2016]. Disponible sur:
<http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/pharmaciens/votre-convention/convention-nationale-titulaires-d-officine/avenant-n-4-a-la-convention-nationale.php>
40. 40. Ordre National des Pharmaciens. Le Dépistage [en ligne].Avril 2015. [cité le 21 juin 2016]. Disponible sur: <http://www.ordre.pharmacien.fr/Le-pharmacien/Champs-d-activites/Le-depistage>
41. Arrêté du 1er août 2016 déterminant la liste des tests, recueils et traitements de signaux biologiques qui ne constituent pas un examen de biologie médicale, les catégories de personnes pouvant les réaliser et les conditions de réalisation de certains de ces tests, recueils et traitements de signaux biologiques[en ligne]. JORF; 5 août 2016.[Cité le 25 août 2016]. Disponible sur:
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000032967712&dateTexte=&categorieLien=id>
42. Lehmann A, Janoly-Dumenil A, Baudrant-Boga M, Allenet B. Pharmacien et éducation thérapeutique du patient : état des lieux des pratiques en France. Pharm Hosp Clin. juin 2014;49(2):e162-3.
43. Ordre national des pharmaciens. Questionnaire adressé aux pharmaciens d'officine sur la loi HPST 2009.Des résultats encourageants pour l'avenir des officinaux. Le journal de l'Ordre national des pharmaciens .Juil-Août 2016;(60):2-3.
44. Société Française de Médecine Générale. Le patient et son médecin généraliste "médecin traitant"[en ligne].Septembre 2016.[cité le 28 juin 2016]. Disponible sur:
http://www.sfm.org/data/generateur/generateur_fiche/609/fichier_lepatient_medtrait_vf0af76.pdf
45. Ordre National des Pharmaciens. Qu'est-ce que le Dossier Pharmaceutique ? [en ligne]. Avril 2015.[cité le 4 juin 2016]. Disponible sur: <http://www.ordre.pharmacien.fr/Le-Dossier-Pharmaceutique/Qu-est-ce-que-le-DP>
46. Gravend J. Une messagerie pour les professionnels de santé. Le Quotidien du pharmacien. 11 janv 2016;(3230):6.

47. Fédération Française des Maisons de Santé. Maison et Pôle de Santé [en ligne].Juillet 2013.[cité le 19 juil 2016]. Disponible sur:
<http://www.ffmps.fr/index.php/definitions/quest-ce-quune-maison-de-sante-et-un-pole-de-sante>

48. Agence Régionale de Santé Auvergne Rhône-Alpes.Maisons et Pôles de santé pluriprofessionnels[en ligne]. [cité le 19 juil 2016]. Disponible sur:
<http://www.ars.rhonealpes.sante.fr/Maisons-et-Poles-de-sante-plur.123844.0.html>

49. Code de la santé publique . Article L1434-2[en ligne].26 janvier 2016.[cité le 20 juil 2016].Disponible sur:
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000031930628&dateTexte=&categorieLien=id>

50. Direction Générale de l'offre de soins. Présentation générale de l'observatoire des recompositions[en ligne].Observatoire des MSP;4èmes journées FFMPs; 20 mars 2015. [cité le 19 juil 2016]. Disponible sur:
http://www.ffmps.fr/images/journees_2015/Pr%C3%A9sentation_Observatoire_MSP_FFMPs_20_03_15.pdf

51. Les Entretiens de Bichat [cité le 19 juil 2016]. Les Entretiens de Bichat évoluent et s'ouvrent à tous les professionnels de santé[en ligne]. Disponible sur:
<http://www.lesentretiensdebichat.com/bichat/actualites/entretiens-bichat-evoluent-souvrent-tous-professionnels-sante>

52. Lahouste X, Blot E, Géraud L. Le Dossier Médical Personnel(DMP):exemple de déploiement dans la Région Centre-Val de Loire. Rev Geriatr 2015;40(5):279-92.

53. Agence des Systèmes d'Information partagés de Santé. Mon dossier Médical Personnel et moi. Brochure d'information patient[en ligne].Septembre 2012. [cité le 20 juil 2016]. Disponible sur: <http://www.dmp.gouv.fr/documentation/brochure-patient>

54. Agence des Systèmes d'Information partagés de Santé. Programme "déploiement du DMP en région" retour d'expérience[en ligne].Mars 2013. [cité le 22 juil 2016]. Disponible sur:
http://esante.gouv.fr/sites/default/files/REX_DMP_en_Region_au_13_mai_2013.pdf

55. Agence des Systèmes d'Information partagés de Santé. Stratégie de déploiement des Messageries Sécurisées de Santé(MSSAnté) [en ligne].Mars 2014. [cité le 20 juil 2016]. Disponible sur:
http://esante.gouv.fr/sites/default/files/MSSante_Strategie_de_deploiement.pdf

ANNEXES

A.ANNEXE 1

Questionnaire individuel

Nom:.....

Prénom:.....

Initiales pour le tableau (pensez à vérifier avec vos collègues qu'il n'existe pas les mêmes initiales que vous):

.....

Date de naissance(JJ/ MM/AA):

Nom de la pharmacie d'exercice:

.....
.....

Fonction (précisez si remplaçant, assistant, étudiant...):

.....

Année du diplôme:

Si étudiant(e), année universitaire:.....

Nom et lieu de Faculté/école étudiée:

.....

Année d'entrée dans l'officine actuelle:

Entretenez-vous des relations amicales avec des médecins prescripteurs?.....

Si oui, indiquez leur nom:

Selon vous, comment serait-il possible d'améliorer la communication entre le médecin généraliste et l'officine?.....

.....

.....

.....

C. ANNEXE 3:

Protocole de l'étude

Je suis en fin de formation de médecine générale et j'accorde un intérêt particulier à la relation entre la pharmacie d'officine et le médecin généraliste. La clé de la réussite de cette interaction est la bonne communication.

C'est ainsi que j'ai pris pour objectif d'étudier vos échanges téléphoniques avec vos correspondants généralistes.

Mais pour ce faire, j'ai besoin de votre aide.

En vous remerciant de votre participation **active**. Je ne manquerai pas de vous transmettre les résultats de cette étude.

Pour cette étude, je souhaite que vous **référenciez tous les appels** émis de la pharmacie vers les différents médecins généralistes (ainsi que l' appel éventuel du médecin généraliste en réponse à votre contact initial).

Cette étude **s'étalera sur une durée d'un mois**. Après mon passage au sein de votre officine, je vous contacterai afin de vous donner le feu vert.

Sans changer la moindre de vos pratiques habituelles, je convie la totalité de votre équipe à participer à cette étude.

I)Le questionnaire personnel:

En premier lieu, il me faut connaître votre profil . Ainsi, une fiche intitulée "questionnaire personnel " vous a été transmise et devra être remplie . Je me chargerai de la récupérer dans les premières semaines de l'étude.

Ce questionnaire est à remplir impérativement par toute l'équipe de l'officine.

Il est composé de questions fermées sur votre parcours professionnel au sein de l'officine et en dehors de celle-ci.

Il vous est également demandé de préciser si vous entretenez des relations (amicales,...)avec du ou des médecins prescripteurs et d'en préciser leur nom. Cette partie est essentielle pour limiter les biais dans cette étude.

Enfin , je vous propose une question ouverte sur vos idées fondées sur votre expérience personnelle pour améliorer la communication avec le médecin généraliste.

Le nom de la pharmacie d'exercice et vos noms ne seront pas cités dans cette étude++++.

II) Le tableau:

En second lieu, un tableau vous a également été transmis. Il vous permettra de référencer les appels téléphoniques passés.

Je vous conseille de le remplir au crayon de bois compte tenu des changements possibles.

A)Une ligne du tableau= un patient et un motif pour l'ensemble des appels vers un cabinet

Une ligne du tableau_ correspond à votre contact auprès du cabinet du médecin généraliste au sujet d'un patient . Elle comprendra donc l'ensemble des appels échangés entre ce cabinet médical et la pharmacie sur ce même motif.

Si vous appelez un médecin pour plusieurs patients, utilisez une ligne par patient en vérifiant que les données (date, heure, nom du médecin, vos initiales,...) concordent d'une ligne à l'autre afin d'être certain qu'il s'agisse bien d'un seul et même appel.

Chaque ligne pourra être remplie immédiatement à l'issue d'un premier appel si le médecin est joint ou plus progressivement si le délais de réponse du médecin est plus long. Ceci jusqu'à épuisement des capacités de remplissage. Je vous conseille donc de le remplir au crayon de bois afin d'éviter les ratures.

Par exemple, en cas d'échec initial de contact avec le médecin généraliste à propos d'un effet indésirable, il faudra compléter en partie la 1ère ligne à l'issue de cet appel. Puis, finir de la compléter dès lors que vous obtiendrez votre réponse.

Par ailleurs, si le cabinet n'est pas joint et que vous demandez l'avis d'un second cabinet, il faudra bien remplir 2 lignes de ce tableau(une par cabinet).

B)Pour chaque ligne répondre aux interrogations de chaque colonne comme décrit ci dessous(lecture de gauche à droite):

Schématiquement:

- Tant que le médecin ou la secrétaire n'est pas joignable, remplir la ligne jusqu'à la colonne 8 incluse ("Appel motivé par le Dossier Pharmaceutique"). Chaque appel émis par vos soins doit-être référencé sous forme **d'une croix(X)** dans les colonnes "nombre d'appels" adaptés(secrétariat ou médecin) jusqu'au moment où vous parviendrez à rentrer en contact avec l'un des 2 protagonistes.

Donc après chaque appel, vous avez à remplir au moins une partie du tableau+++.

- Si secrétariat ou médecin joignable:

-Si réponse apportée par le secrétariat au cours du 1er contact, répondre jusqu'à la colonne 8 incluse ("Appel motivé par le Dossier Pharmaceutique")

-Si réponse apportée par le secrétariat au cours d'un second appel émis par cette dernière(sans que vous rentriez en contact avec le médecin), vous devrez répondre à la 9ème colonne(" Médecin joint ", **sans indiquer le nom du médecin et sa fonction**) et **ainsi clôturer cette ligne.**

-Si réponse apportée par le médecin, vous devrez remplir intégralement la 9ème colonne et clôturer cette ligne.

- Enfin, pour être certain que vous n'avez pas oublié de remplir une case, Je vous demande d'HACHURER l'ensemble des cases n'appelant pas de réponse++++. Toute case laissée vacante, rendra la ligne non interprétable.

1)1er item : Initiales de l'émetteur du contact initial (Cet item est à remplir dès le 1er appel).

Notez vos initiales que vous aurez indiqué sur la fiche prénommée " Questionnaire individuel"(Pour cela, vérifiez avec le reste de l'équipe que vous n'avez pas les mêmes initiales. Dans ce cas, pensez à vous démarquer).

2)2nd item: Date du contact initial: (Cet item est à remplir dès le 1er appel).

Indiquez la date du contact sous le format : Jour /Mois

3) 3ème item: Heure du contact initial (Cet item est à remplir dès le 1er appel).

Indiquez l'heure du contact (au format Heure:Minute) après l'avoir vérifié .

4)4ème item: Médecin demandé(Cet item est à remplir dès le 1er appel).

a)Indiquez le nom du médecin (si plusieurs médecins ayant le même nom à proximité de votre officine, pensez à indiquer son prénom).

b)Indiquez la fonction de ce médecin à l'aide des lettres suivantes: T =Titulaire, R= Remplaçant", I= Interne, NM= n'importe quel médecin.

Dans le cas où vous souhaitez joindre un cabinet et non un médecin en particulier, indiquez le nom d'un des médecins du cabinet et dans la case "fonction" la mention "NM".

5) 5ème Item: Cabinet disposant d'un secrétariat médical:(Cet item est à remplir dès le 1er appel).

si vous ne savez pas si le cabinet dispose d'un secrétariat,

-la secrétaire est jointe: Vous avez votre réponse.

-le médecin est joint: Posez lui la question dans la mesure du possible.

-Vous ne parvenez pas à joindre ni l'un ni l'autre, demandez au patient s'il est en face de vous ou à vos collègues.

-Enfin, si vous ne parvenez pas à obtenir la réponse, ne remplissez pas cet Item et reportez-vous par défaut à l'ITEM numéro 6 : Cabinet sans secrétariat.

Si vous obtenez en 2nd temps cette information, veuillez à effectuer les modifications s'il vous plait.

a)Indiquez s'il s'agit d'un secrétariat sur place (au sein du cabinet) en indiquant la mention **SP** ou d'un secrétariat téléphonique en indiquant la mention **TP**.

Si le médecin dispose des 2 modes de secrétariat, indiquez **SP et T** dans la même case.

Vous ne disposez pas de cette information, demandez à vos collègues ou au patient s'il est présent.

Sinon, 3 cas de figure:

-La secrétaire est joignable: posez-lui la question.

-Le médecin est joignable: posez-lui la question.

-Aucun n'est joignable, laissez la case vide . Je me chargerai d'obtenir l'information.

b) Nombre d'appels passés **au numéro de téléphone du secrétariat** (soit le nombre total d'appel vers le secrétariat conduisant ou non au contact avec la secrétaire (ou le médecin si transfert de ligne).

Je vous propose de réaliser une croix (X) dans cette case pour chaque appel émis par vos soins. Donc **Un APPEL= Une CROIX**.

Ne référencez pas dans cette case les appels provenant du cabinet médical!!! Ne vous occupez pas de comptabiliser les croix, je m'en chargerai personnellement.

c)Indiquez si le contact avec le secrétariat est obtenu en premier temps au cours des appels téléphoniques émis depuis l'officine. C'est à dire si votre appel que ce soit de la ligne directe du médecin ou la ligne du secrétariat vous permet de joindre le ou la secrétaire. Répondez par "**1**" pour OUI et "**0**" pour NON

d)Indiquez si la réponse à votre motif de contact téléphonique vous est directement transmise par la secrétaire . Pour se faire, il est important de savoir si elle demande ou non l'avis du médecin. Cochez la case adaptée. Dans ce cas, cet appel ne permet pas de joindre le médecin et vous pourrez ainsi arrêter de remplir la ligne à la **colonne "Patient présent dans l'officine au moment de la réponse au motif d'appel "**inclue (la réponse étant obtenue)

e)Si vous disposez de la ligne direct du médecin , indiquez chaque appel par une croix dans la case "nombre d'appels passés au médecin" . Donc **Un APPEL = Une CROIX**

Ne référencez pas dans cette case les appels provenant du cabinet médical!!! Ne vous occupez pas de comptabiliser les croix, je m'en chargerai personnellement.

Quelques exemples sur cet ITEM:

Nous prendrons l'exemple d'un patient ayant chuté et nécessitant une suture. Vous décidez de contacter le secrétariat(qui est sur place). Après 4 appels, vous ne parvenez pas à le joindre. Vous décidez donc de joindre le médecin sur sa ligne directe à 3 reprises qui ne répond pas.

Dans ce cas, il conviendra de compléter le tableau de cette façon à l'issue de cet appel:

Cabinet disposant d'un Secrétariat					Cabinet sans secrétariat	Médecin joint (à ne remplir qu'une fois la réponse obtenue)					
Type de secrétariat (SP et/ou TP)	Nombre d'appels émis sur la ligne du secrétariat	Secrétariat joint avant le médecin Oui=1 Non=0	Réponse apportée directement par le secrétariat (sans joindre le médecin) (cochez l'une des cases dans ce cas)		Nombre d'appels émis sur la ligne directe du médecin (une croix pour un appel)	Nombre d'appels émis (une croix pour chaque appel)	Nom	Fonction (T,R,I,A) *	Contact obtenu sur appel du P/M/S	date	heure
			Sur avis médical	Sans avis médical							
SP	XXXX	0	////////// ////////// ////	////////// //////////	XXX	////////// ////////// ////////// //////////	////////// //////////	////////// //////////	////////// //////////	////////// ////////// /	////////// //////////

Si malgré vos tentatives, vous n'obtenez ni le secrétariat, ni le médecin , vous indiquerez dans la mention ""médecin non joint" dans cette dernière colonne.

Si vous tentez de joindre un autre cabinet , changez de ligne dans le tableau en indiquant bien le même nom de patient (en précisant son nom complet si homonymie)et le même motif.

Même motif d'appel. Cette fois-ci, vous contactez le secrétariat (téléphonique) et êtes directement mis en relation avec le médecin souhaité sans passer par la secrétaire(probable transfert d'appel)(pour l'exemple, Dr House, médecin titulaire, à 18h le 5/09/15(même heure et date indiqué dans les 1eres colonnes).

Cabinet disposant d'un Secrétariat					Cabinet sans secrétariat		Médecin joint (à ne remplir qu'une fois la réponse obtenue)				
Type de secrétariat (SP et/ou TP)	Nombre d'appels émis sur la ligne du secrétariat	Secrétariat joint avant le médecin Oui=1 Non=0	Réponse apportée directement par le secrétariat(sans joindre le médecin) (cochez l'une des cases dans ce cas)		Nombre d'appels émis sur la ligne directe du médecin(une croix pour un appel)	Nombre d'appels émis (Une croix pour chaque appel)	Nom	Fonction (T,R,I,A) *	Contact obtenu sur appel du P/M/S	date	heure
			Sur avis médical	Sans avis médical							
TP	X	0	//////////////////// ////////////////////	///////// /////////	///////// /////////	//////////////////// ////////////////////	House	T	P	05/10	18h

Autre cas de figure, vous tentez de joindre le secrétariat du cabinet pour une difficulté à lire l'écriture du médecin sur une ordonnance de renouvellement. A l'aide d'un seul appel, vous parvenez à joindre la secrétaire sur place . Ayant accès à l'ordonnance scannée, la secrétaire parvient à répondre à votre question sans demander l'avis du médecin prescripteur:

Cabinet disposant d'un Secrétariat					Cabinet sans secrétariat		Médecin joint (à ne remplir qu'une fois la réponse obtenue)				
TType de secrétariat (SP et/ou TP	Nombre d'appels émis sur la ligne du secrétariat	Secrétariat joint avant le médecin Oui=1 Non=0	Réponse apportée directement par le secrétariat(sans joindre le médecin) (cochez l'une des cases dans ce cas)		Nombre d'appels émis sur la ligne directe du médecin(une croix pour un appel)	Nombre d'appels émis Une croix pour chaque appel)	Nom	Fonction (T,R,I,A) *	Contact obtenu sur appel du P/M/S	date	heure
			Sur avis médical	Sans avis médical							
SP	X	1	//////////////////// ////////////////////	X	//////// ////////	//////////////////// ////////////////////	//////// ////////	//////////////////// ////////////////////	P	05/10	18h

Si la secrétaire demande l'avis du médecin et que ce dernier lui demande de transmettre l'information directement au pharmacien/préparateur au cours de ce même appel, vous devez cocher la case sur avis médical. En cas de réponse apportée directement par la secrétaire au cours d'un appel émis par cette dernière, la situation sera différente(cf ci dessous item numéro 8)

Maintenant, vous décidez de joindre de nouveau le Dr HOUSE, sur sa ligne directe pour un avis urgent et vous parvenez à le joindre immédiatement (le 05/10/15 à 18h30). Vous savez que ce médecin dispose d'un secrétariat téléphonique.

Cabinet disposant d'un Secrétariat						Cabinet sans secrétariat	Médecin joint (à ne remplir qu'une fois la réponse obtenue)				
Type de secrétariat (SP et/ou TP)	Nombre d'appels émis sur la ligne du secrétariat	Secrétariat joint avant le médecin Oui=1 Non=0	Réponse apportée directement par le secrétariat (sans joindre le médecin) (cochez l'une des cases dans ce cas)		Nombre d'appels émis sur la ligne directe du médecin (une croix pour un appel)	Nombre d'appels émis (Une croix pour chaque appel)	Nom	Fonction (T,R,I,A) *	Contact obtenu sur appel du P/M/S	date	heure
			Sur avis médical	Sans avis médical							
TP	////////////////	0	//////////////// ////////////////	//////////////// ////////////////	X	//////////////// ////////////////	House	T	P	05/10	18h30

Il est donc important que vous indiquiez le type de secrétariat médical(même si vous ne parvenez pas à le joindre) et si cet appel a permis de joindre le secrétariat(pour la compréhension des donnée

6)6e item: Réserve au cabinet ne disposant pas de secrétariat (ou dans les rares cas où vous n'avez pas l'information).

Indiquez par une croix chaque appel émis par vos soins au cabinet médical. Donc **Un APPEL = Une CROIX**

Ne référencez pas les appels provenant du cabinet médical dans cette case!!! Ne vous occupez pas de comptabiliser les croix, je m'en chargerai personnellement.

Si vous remplissez cette colonne , ne remplissez pas la colonne 5 ("cabinet disposant d'un secrétariat"). Pensez à hachurer cette dernière case.

Par exemple, vous appelez un médecin qui ne dispose pas de secrétariat. Celui-ci vous répond immédiatement. Vous remplirez ainsi le tableau:

Cabinet disposant d'un Secrétariat						Cabinet sans secrétariat	Médecin joint (à ne remplir qu'une fois la réponse obtenue)				
Type de secrétariat (SP et/ou TP)	Nombre d'appels émis sur la ligne du secrétariat	Secrétariat joint avant le médecin Oui=1 Non=0	Réponse apportée directement par le secrétariat(sans joindre le médecin) (cochez l'une des cases dans ce cas)		Nombre d'appels émis sur la ligne directe du médecin(une croix pour un appel)	Nombre d'appels émis (Une croix pour chaque appel)	Nom	Fonction (T,R,I,A) *	Contact obtenu sur appel du P/M/S	date	heure
			Sur avis médical	Sans avis médical							
////////////////	////////////////	//////////	////////////////////////	//////////	//////////	X	House	T	P	05/10	18h30
////////////////	////////////////	//////////	////////////////////////	//////////	//////////						

7) 7ème Item: Motif de l'appel:(Cet item est à remplir dès le 1er appel).

Piochez dans le tableau ci dessous le motif de votre appel vers le médecin généraliste .

Vous pouvez noter plusieurs motifs pour un appel pour un même patient si cela est nécessaire.

1	Contre indication à l'usage d'un médicament (par exemple, asthme et bêta bloquant)
2	Non conformité du choix du médicament aux différents consensus ou hors AMM(autre médicament tout aussi efficace et moins couteux ou moins toxique pour le patient conformément aux consensus ou recommandations ou référentiels. Prescription d'un médicament en dehors de son AMM
3	Problème de posologie (erreur de dosage(sous dosage ou surdosage), de durée trop courte ou de rythme d'administration(trop distant ou trop rapproché)
4	Interaction médicamenteuse pouvant entrainer une réaction pharmacologique non adaptée.
5	Effet indésirable d'un médicament administré à la bonne posologie (effet clinique, biologique ou cinétique)
6	Oubli de prescription (au cours d'un renouvellement, prémédication, correcteur éventuel, oubli d'un traitement valide pour une indication médicale valide ...)
7	Indisponibilité d'une spécialité (rupture de stock, arrêt de fabrication,...)
8	Problème d'observance d'un patient
9	Médicament prescrit sans indication justifiée (si le patient vous interpelle, ce médicament n'apparaît pas dans le dossier pharmaceutique , prescription d'un médicament sur une durée trop longue sans risque de surdosage)
10	Redondance (même principe actif prescrit plusieurs fois sur l'ordonnance, même classe thérapeutique de principe actif différent)
11	Support de prescription non conforme (exemple: prescription de morphine sur ordonnance non sécurisée)
12	Libellé de prescription incomplet ou incorrect (exemple: manque du dosage)
13	Mauvaise lisibilité de la prescription (écriture non lisible,...)
14	Prescripteur non habilité (pour les médicaments d'exception)
15	Voie d'administration inappropriée (mauvais choix de galénique, méthode d'administration non adéquate)
16	Pharmacodépendance (usage détourné, abus de médicaments)
17	Monitoring à suivre (suivi du patient non approprié ou insuffisant pour son traitement(exemple : suivi d'INR) , avis pour un résultat biologique(INR, ...),...
18	Avis clinique sur un patient présent ou non à l'officine, demande de consultation(exemple: malaise,...)
19	Autorisation de délivrance de médicaments (renouvellement sans ordonnance, vacancier sans ordonnance,...)
20	Incompatibilité physico-chimique entre plusieurs médicaments (injectables , aérosol,...: risque de précipitation entre des médicaments incompatibles en cours

	d'administration
21	
22	
23	
24	
25	

Exemple: Pour une rupture de stock d'un médicament, indiquez dans la case , le numéro " 7".

Si le motif de votre appel n'apparaît pas dans ce tableau selon vous, je vous laisse la possibilité de compléter les lignes de 21 à 25. Si vous allez au delà de la ligne 25, indiquez le motif au verso de cette feuille en copiant ce tableau.

8) 8eme item: Appel motivé par le Dossier Pharmaceutique:

Si vous estimez que votre appel vers le médecin a été orienté par la lecture du dossier pharmaceutique, il conviendra d'indiquer la mention "1" (correspondant à "oui")dans cette colonne.

Dans le cas contraire, indiquez la mention "0" (correspondant à "non").

9) 9eme item: Médecin joint: (A ne remplir qu'après avoir obtenu la réponse au problème posé).

Si le cabinet n'a jamais pu être joint malgré vos appels, Pensez à hachurer cette colonne. Si le médecin n'est pas joint en cas de réponse de la secrétaire, hachurer la colonne " Nom" et "Fonction".

a) Etablir son nom (il peut s'agir d'un autre médecin que celui que vous souhaitez joindre initialement, il est important d'avoir son nom. Pensez à le lui demander).

b) Indiquez sa fonction comme précédemment: T=titulaire, R= Remplaçant, A=Associé et I=Interne.

c) Indiquez l'initiateur de l'appel permettant de joindre le médecin généraliste.

S'il s'agit de vous au cours de vos premiers appel téléphoniques, indiquez la mention " P "(pour pharmacien ou préparateur). Si c'est le secrétariat qui vous contacte , indiquez la mention " S".

En dernier lieu, s'il s'agit du médecin, indiquez la mention "M".

d)Indiquez la date(au format Jour/Mois) à laquelle vous rentrez en contact avec le médecin ou vous obtenez la réponse au problème posé si celle-ci est donnée par le secrétariat. Ceci nous permettra en comparaison de la date de l'appel initial, de déterminer le nombre de jour nécessaire pour obtenir une réponse.

e) Indiquez l'heure(format Heure : Minute) à laquelle vous rentrez en contact avec le médecin ou vous obtenez la réponse au problème posé si celle-ci est donnée par le secrétariat. Reportez l'heure exacte indiquée sur le même support qui vous a permis de noter l'heure initiale. Ceci nous permettra par comparaison avec l'heure de l'appel initial, de déterminer le temps nécessaire pour obtenir une réponse au cours d'une journée.

f) A noter, une particularité pour cette colonne dans le cas où c'est la secrétaire qui vous contacte après un premier contact avec celle-ci:

par exemple:

Vous avez contacté le secrétariat médical (1 appel , secrétariat sur place) et le médecin ne pouvait donner réponse immédiatement à votre appel. La secrétaire met fin à ce premier appel en vous expliquant qu'elle va transmettre votre demande au médecin et vous rappelez ultérieurement. La secrétaire vous rappelle ensuite avant de vous passer le médecin, vous remplirez ainsi le tableau:

Cabinet disposant d'un Secrétariat						Cabinet sans secrétariat		Médecin joint (à ne remplir qu'une fois le médecin joint)				
Type de secrétariat (SP et/ou TP)	Nombre d'appels émis sur la ligne du secrétariat	Secrétariat joint avant le médecin Oui=1 Non=0	Réponse apportée directement par le secrétariat(sans joindre le médecin) (cochez l'une des cases dans ce cas)		Nombre d'appels émis sur la ligne directe du médecin(une croix pour un appel)	Nombre d'appels émis Une croix pour chaque appel)	Nom	Fonction (T,R,I,A) *	Contact obtenu sur appel du P/M/S	date	heure	
			Sur avis médical	Sans avis médical								
SP	X	1	//////////////////// ////////////////////	////////// //////////	////////// //////////	//////////////////// ////////////////////	House	T	S	05/10	18h30	

Dans ce même exemple, si la réponse vous est donnée par la secrétaire au cours de ce second appel, après avis médical (mais sans que vous ayez pu échanger avec le médecin), vous remplirez ainsi le tableau:

Cabinet disposant d'un Secrétariat						Cabinet sans secrétariat		Médecin joint (à ne remplir qu'une fois le médecin joint)			
Type de secrétariat (SP et/ou TP)	Nombre d'appels émis sur la ligne du secrétariat	Secrétariat joint avant le médecin Oui=1 Non=0	Réponse apportée directement par le secrétariat (sans joindre le médecin) (cochez l'une des cases dans ce cas)		Nombre d'appels émis sur la ligne directe du médecin (une croix pour un appel)	Nombre d'appels émis Une croix pour chaque appel)	Nom	Fonction (T,R,I,A) *	Contact obtenu sur appel du P/M/S	date	heure
			Sur avis médical	Sans avis médical							
SP	X	1	X	///////// /////////	///////// /////////	///////// /////////	///////// /////////	///////// /////////	S	05/10	18h30

D. ANNEXE 4

MOTIFS D'APPEL

1	Contre indication à l'usage d'un médicament (par exemple, asthme et bêta bloquant)
2	Non conformité du choix du médicament aux différents consensus ou hors AMM (autre médicament tout aussi efficace et moins coûteux ou moins toxique pour le patient conformément aux consensus ou recommandations ou référentiels. Prescription d'un médicament en dehors de son AMM)
3	Problème de posologie (erreur de dosage (sous dosage ou surdosage), de durée trop courte ou de rythme d'administration (trop distant ou trop rapproché))
4	Interaction médicamenteuse pouvant entraîner une réaction pharmacologique non adaptée.
5	Effet indésirable d'un médicament administré à la bonne posologie (effet clinique, biologique ou cinétique)
6	Oubli de prescription (au cours d'un renouvellement, prémédication, correcteur éventuel, oubli d'un traitement valide pour une indication médicale valide ...)
7	Indisponibilité d'une spécialité (rupture de stock, arrêt de fabrication,...)
8	Problème d'observance d'un patient
9	Médicament prescrit sans indication justifiée (si le patient vous interpelle, ce médicament n'apparaît pas dans le dossier pharmaceutique, prescription d'un médicament sur une durée trop longue sans risque de surdosage)
10	Redondance (même principe actif prescrit plusieurs fois sur l'ordonnance, même classe thérapeutique de principe actif différent)
11	Support de prescription non conforme (exemple: prescription de morphine sur ordonnance non sécurisée)
12	Libellé de prescription incomplet ou incorrect (exemple: manque du dosage)
13	Mauvaise lisibilité de la prescription (écriture non lisible,...)
14	Prescripteur non habilité (pour les médicaments d'exception)
15	Voie d'administration inappropriée (mauvais choix de galénique, méthode d'administration non adéquate)
16	Pharmacodépendance (usage détourné, abus de médicaments)
17	Monitoring à suivre (suivi du patient non approprié ou insuffisant pour son traitement (exemple : suivi d'INR), avis pour un résultat biologique (INR, ...), ...)
18	Avis clinique sur un patient présent ou non à l'officine, demande de consultation (exemple: malaise,...)
19	Autorisation de délivrance de médicaments (renouvellement sans ordonnance, vacancier sans ordonnance,...)
20	Incompatibilité physico-chimique entre plusieurs médicaments (injectables, aérosol,...): risque de précipitation entre des médicaments incompatibles en cours d'administration
21	
22	
23	
24	
25	

Vu, le Président du Jury,

(tampon et signature)

Vu, les Directeurs de Thèse,

(tampon et signature)

Vu, le Doyen de la Faculté,

(tampon et signature)

NOM : YVORRA

PRENOM : ADRIEN

Titre de Thèse :

**LA COMMUNICATION ENTRE LE PHARMACIEN D'OFFICINE ET LE MEDECIN
GENERALISTE : UNE ETUDE EXPLORATOIRE**

Introduction: Le médecin généraliste et le pharmacien d'officine sont deux acteurs indispensables et complémentaires des soins primaires au sein du système de santé français. Le développement de leur coopération, souhaité par le législateur, reste une étape ardue, semblant être freiné en partie, par des difficultés de communication. ***Objectifs:*** Déterminer les difficultés dans l'initiation de la communication téléphonique rencontrées par l'officine (fréquence des appels émis, accessibilité du médecin généraliste) et étude des motifs d'appels. ***Méthodes:*** Etude exploratoire, quantitative, menée sur 23 officines de Loire Atlantique durant un mois, consistant à répertorier l'ensemble des appels émis par ces officines vers les cabinets de médecine générale. ***Résultats:*** 97% des contacts téléphoniques émis ont obtenu une réponse du cabinet médical, avec une moyenne d'1,4 appels par contact. 85% des réponses étaient obtenues dans l'heure suivant l'initiation de l'appel. Dans 82% des cas, le médecin demandé par le pharmacien était joint. Il a été retenu un nombre important de contacts qui auraient pu être évités(46%). ***Conclusion:*** L'initiation du contact semble satisfaisante entre la pharmacie et le médecin généraliste, bien que perfectible par des règles de communication à définir conjointement. Cette communication devrait évoluer avec le Dossier Médical Partagé et la Messagerie Sécurisée de Santé.

Mots clés: Pharmacie. Officine. Médecin généraliste. Téléphone. Coopération. Communication. Interprofessionnalité.