

THÈSE  
pour le  
DIPLÔME D'ÉTAT  
DE DOCTEUR EN PHARMACIE  
par

Charlotte THIBAUD

---

*Présentée et soutenue publiquement le 4 juin 2012*

Interdisciplinarité pharmacien - médecin :  
quelle est la perception des médecins ?  
Etude qualitative

Président : M. Alain PINEAU, Professeur de Toxicologie  
Doyen de la Faculté de Pharmacie de Nantes

Directeur de thèse : Mme Nathalie DENIS, Praticien Hospitalier  
en médecine palliative

Membre du jury : M. Vincent FOUCHÉ, Docteur en pharmacie

## TABLE DES MATIERES

<b>LISTE DES FIGURES.....</b>	<b>6</b>
<b>LISTE DES ABREVIATIONS .....</b>	<b>7</b>
<b>I. INTRODUCTION.....</b>	<b>8</b>
<b>II. CONCEPTS ET CONTEXTE ACTUEL .....</b>	<b>10</b>
<b>A. LA MEDECINE PALLIATIVE .....</b>	<b>10</b>
<i>A. 1. Présentation des soins palliatifs.....</i>	<i>10</i>
A. 1. 1. Définition.....	10
A. 1. 2. Historique et développement des soins palliatifs .....	11
A. 1. 2. 1. Le commencement : les soins aux incurables en France.....	11
A. 1. 2. 2. Le mouvement des hospices : travail novateur des Anglo-Saxons .....	11
A. 1. 2. 3. Le mouvement des hospices : développement à l'échelle mondiale.....	12
A. 1. 2. 4. Le développement des soins palliatifs en France.....	12
<i>A. 2. La prise en charge hospitalière des patients en soins palliatifs .....</i>	<i>13</i>
A. 2. 1. Les droits du patient.....	13
A. 2. 1. 1. Le droit à l'accès aux soins palliatifs : loi du 9 juin 1999 .....	13
A. 2. 1. 2. Le droit à l'information : loi du 4 mars 2002 (loi Kouchner).....	15
A. 2. 1. 3. Le droit de recevoir des soins visant à soulager la douleur : loi du 4 mars 2002 (loi Kouchner) .....	15
A. 2. 1. 4. Le droit au refus de soins : loi du 9 juin 1999.....	15
A. 2. 2. Les particularités de prise en charge des soins palliatifs.....	15
A. 2. 2. 1. Le consentement libre et éclairé du patient : loi du 4 mars 2002 (loi Kouchner) .....	15
A. 2. 2. 2. La personne de confiance : loi du 4 mars 2002 (loi Kouchner).....	16
A. 2. 2. 3. Les directives anticipées : article L. 1111-11 du CSP (loi Léonetti) .....	17
A. 2. 3. L'Unité Fixe de Soins Palliatifs à l'Hôpital Laënnec de Nantes.....	17
A. 2. 4. La prise en charge médicale .....	18
A. 2. 4. 1. Les principaux symptômes.....	18
A. 2. 4. 2. La prise en charge médicamenteuse des différents types de douleurs .....	19
A. 2. 4. 3. La prise en charge non médicamenteuse de la douleur .....	21
A. 2. 4. 4. L'accompagnement du patient et de son entourage .....	21
A. 2. 4. 5. Le travail pluridisciplinaire des soins palliatifs.....	22
A. 2. 4. 6. Les patients de soins palliatifs .....	22

A. 3. <i>La prise en charge officinale des patients de soins palliatifs</i> .....	23
A. 3. 1. Le manque de formation des pharmaciens.....	23
A. 3. 2. Les difficultés rencontrées par le pharmacien .....	25
A. 3. 3. Le secret professionnel .....	27
A. 3. 4. L'intérêt de la collaboration pluriprofessionnelle .....	27
A. 4. <i>La place particulière et novatrice des réseaux</i> .....	28
A. 4. 1. Exemple de création d'un réseau ville - hôpital en France.....	28
A. 4. 1. 1. Le réseau Phare.....	28
A. 4. 1. 2. Le principe du réseau .....	29
A. 4. 1. 3. Le fonctionnement et l'accès au réseau.....	29
A. 4. 1. 4. Echange.....	30
A. 4. 2. Un réseau plus spécialisé : le réseau ONCO Pays de la Loire.....	31
A. 5. <i>Le constat sur le fonctionnement de l'USP : relation hôpital - ville</i> .....	33
A. 6. <i>Le renforcement du lien hôpital – ville : la démarche de Clémence Grand</i> .....	33
<b>B. LA LOI HOPITAL PATIENT SANTE TERRITOIRE (HPST)</b> .....	<b>36</b>
B. 1. <i>Les missions obligatoires du pharmacien</i> .....	36
B. 2. <i>Le dossier pharmaceutique (DP)</i> .....	37
B. 2. 1. Le développement du DP .....	37
B. 2. 2. Législation.....	37
B. 2. 3. Le fonctionnement du DP .....	38
B. 2. 4. Quelques chiffres concernant le DP .....	38
B. 2. 5. Les nouvelles missions du DP.....	39
B. 3. <i>Dans un contexte en pleine évolution, le visage d'un nouveau pharmacien : le pharmacien correspondant</i> .....	41
B. 3. 1. Le problème de la démographie médicale en France .....	41
B. 3. 2. Les patients chroniques en France.....	42
B. 3. 3. La complexité du parcours de soins.....	43
B. 3. 4. La législation autour du pharmacien correspondant .....	45
B. 4. <i>La prise en charge à l'officine du patient en sortie d'hospitalisation</i> .....	49
B. 4. 1. L'importance de la confidentialité à l'officine.....	49
B. 4. 2. La sortie d'hospitalisation.....	50
B. 4. 3. Synthèse.....	50
<b>III. MATERIEL ET METHODE</b> .....	<b>53</b>
A. ENQUETE DE FAISABILITE.....	53
A. 1. <i>La présentation du projet aux externes en pharmacie</i> .....	53
A. 1. 1. L'objectif.....	53

A. 1. 2. Le contenu .....	54
A. 1. 3. Echange et réflexion .....	54
A. 2. <i>L'essai de mise en place par le CETD</i> .....	55
A. 2. 1. La rencontre du médecin.....	55
A. 2. 2. Focus group : discussion lors du staff recherche.....	56
A. 2. 2. 1. Contexte.....	56
A. 2. 2. 2. Réalisation du focus group .....	57
A. 3. <i>L'essai de mise en place par le service de gériatrie</i> .....	58
A. 3. 1. La rencontre du médecin.....	58
A. 4. <i>Les difficultés rencontrées lors des deux essais</i> .....	59
B. LA DECISION D'EXPLORER LES RAISONS DE CES ECHECS DE DIFFUSION DE LA FICHE A L'AIDE D'UNE ETUDE QUALITATIVE.....	61
B. 1. <i>Elaboration du questionnaire</i> .....	61
B. 2. <i>Matériel et méthode de l'étude</i> .....	62
<b>IV. RESULTATS .....</b>	<b>64</b>
A. LA REPRESENTATION GLOBALE DU PHARMACIEN D'OFFICINE.....	64
A. 1. <i>L'image du pharmacien d'officine</i> .....	64
A. 1. 1. Le pharmacien majoritairement vu comme un acteur de santé .....	64
A. 1. 2. Le pharmacien globalement reconnu comme collaborateur.....	64
A. 1. 3. Le pharmacien est un confrère .....	65
A. 1. 4. Le pharmacien perçu comme un commercial.....	65
A. 2. <i>La représentation de la place du pharmacien d'officine</i> .....	66
A. 2. 1. La reconnaissance du rôle et de la qualité de la formation est réelle .....	66
A. 2. 2. Le sentiment de nécessité du pharmacien existe .....	66
A. 2. 3. L'image négative véhiculée par la faculté.....	66
B. LA PLACE DU PHARMACIEN REFERENT MISE EN AVANT PAR LES MEDECINS.....	67
B. 1. <i>La vision d'un interlocuteur privilégié à l'officine</i> .....	67
B. 2. <i>L'image de la fidélité des patients à leurs pharmacies</i> .....	67
C. IL Y A GLOBALEMENT UNE RECONNAISSANCE DE LA RESPONSABILITE LEGALE DU PHARMACIEN D'OFFICINE MAIS UNE MECONNAISSANCE POSSIBLE .....	67
C. 1. <i>La distinction entre les missions du médecin et celles du pharmacien mise en avant</i> .....	67
C. 2. <i>La reconnaissance à travers le partage de la responsabilité</i> .....	68
C. 3. <i>La méconnaissance concernant la responsabilité légale du pharmacien</i> .....	68
D. LEUR CONNAISSANCE DES MISSIONS ET DU ROLE DU PHARMACIEN D'OFFICINE.....	68
D. 1. <i>Les rôles du pharmacien d'officine reconnus par les médecins</i> .....	68
D. 1. 1. Le rôle primordial d'éducation thérapeutique.....	68

D. 1. 2. La sécurisation de la délivrance grâce au contrôle de l'ordonnance .....	69
D. 1. 3. L'apport de connaissances pharmacologiques.....	69
D. 1. 4. L'aide à la prescription.....	69
D. 1. 5. Le rôle de conseil .....	69
D. 1. 6. Le rôle de prévention et de réorientation .....	69
D. 2. <i>L'image de l'évolution du rôle du pharmacien</i> .....	70
<b>E. LEUR CONCEPTION DU TRAVAIL INTERDISCIPLINAIRE AVEC LE PHARMACIEN D'OFFICINE</b>	
.....	70
E. 1. <i>Les points positifs relevés par les médecins : les atouts du pharmacien</i> .....	70
E. 1. 1. L'apport de connaissances sur le matériel médical.....	70
E. 1. 2. L'atout de la proximité du pharmacien avec le patient.....	70
E. 1. 3. L'importance de l'éducation thérapeutique.....	71
E. 2. <i>L'intérêt du croisement des regards évoqué par les médecins</i> .....	71
E. 3. <i>Les contraintes de ce travail interdisciplinaire</i> .....	71
E. 3. 1. Certains ont une méconnaissance des fonctions du pharmacien .....	71
E. 3. 2. Les médecins abordent les difficultés de communication médecins – pharmaciens	
.....	71
E. 3. 3. La contrainte du temps à l'hôpital semble être un frein.....	72
E. 4. <i>Leur perception du partage du secret médical avec le pharmacien d'officine</i> .....	72
E. 4. 1. La perception négative .....	72
E. 4. 1. 1. La peur de la perte du pouvoir.....	72
E. 4. 1. 2. La rivalité par rapport à la prescription.....	72
E. 4. 1. 3. Le problème de la confidentialité à l'officine .....	73
E. 4. 1. 4. L'appréhension sur la sécurité des moyens de communication .....	73
E. 4. 2. La perception positive.....	73
E. 4. 2. 1. Le pharmacien, premier interlocuteur lors du retour à domicile.....	73
E. 4. 2. 2. L'intérêt du patient .....	73
E. 4. 2. 3. La temporalité d'arrivée des courriers des médecins hospitaliers.....	74
<b>V. DISCUSSION ET PERSPECTIVES .....</b>	<b>74</b>
A. DISCUSSION.....	74
B. PERSPECTIVES.....	76
<b>BIBLIOGRAPHIE.....</b>	<b>78</b>
<b>ANNEXES.....</b>	<b>84</b>

## **LISTE DES FIGURES**

Figure 1 : La chimiothérapie à domicile

Figure 2 : Liens de communications possibles grâce au dossier pharmaceutique

Figure 3 : La démographie médicale en France

Figure 4 : Processus global de création d'un protocole de coopération

## LISTE DES ABREVIATIONS

AFSSaPS : Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé

AMM : Autorisation de Mise sur le Marché

ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé

ARS : Agence Régionale de Santé

AVK : Anti-Vitamine K

CETD : Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

CPS : Carte de Professionnel de Santé

CSP : Code de la Santé Publique

DASRI : Déchets d'Activités de Soins à Risques Infectieux

DIU : Diplôme Inter-Universitaire

DMP : Dossier Médical Personnel

DP : Dossier Pharmaceutique

DU : Diplôme Universitaire

EN : Echelle Numérique

EVA : Echelle Visuelle Analogique

EVS : Echelle Verbale Simple

HAD : Hôpital A Domicile

HAS : Haute Autorité de Santé

HPST : Hôpital Patient Santé Territoire

IDE : Infirmière Diplômée d'Etat

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

MAG : Médecine Aiguë Gériatrique

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PACES : Première Année Commune aux Etudes de Santé

SFAP : Société Française d'Accompagnement et de soins Palliatifs

SIDA : Syndrôme d'ImmunoDéficiency Acquis

TENS : Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation

USP : Unité Soins Palliatifs

## I. INTRODUCTION

A la Faculté de Pharmacie de Nantes, le cursus pharmaceutique réserve quatre trimestres hospitalo-universitaires aux étudiants en pharmacie de cinquième année. Ayant régulièrement travaillé en pharmacie d'officine pendant mes études, cette approche hospitalière m'a permis de découvrir un autre univers de la santé, un exercice de la pharmacie différent et surtout l'approche clinique de la prise en charge du patient. Cette expérience, développée lors des stages hospitaliers, a dévoilé la partie du « puzzle » me manquant jusqu'alors, en me laissant accéder à tout ce qui se passe en amont de la délivrance d'une ordonnance, que ce soit une consultation médicale ou une hospitalisation.

Mon premier stage hospitalier s'est déroulé au sein de l'unité de soins palliatifs. Lors de ce stage, j'ai été confrontée à des prises en charge lourdes, parfois compliquées, dans un contexte émotionnel très fort pour l'entourage et le patient. J'ai découvert à ce moment-là, aux côtés du Dr Denis et de toute l'équipe de soins palliatifs, une notion essentielle : la collaboration pluriprofessionnelle. Les décisions importantes concernant un patient étaient toujours prises après consultation de l'équipe. J'ai été touchée par la richesse des échanges fructueux entre médecins, internes, infirmières et aides-soignantes lors de contextes délicats. Chacun avait sa place au sein de ces discussions pour faire part de son ressenti et de ses compétences appuyant un avis professionnel.

J'ai participé à un travail mis en place dans le service sur la collaboration médecin hospitalier – pharmacien d'officine lors des sorties d'hospitalisation et fait le lien entre l'univers de l'hôpital que je découvrais et celui de l'officine que je connaissais mieux. J'ai pu mesurer le bénéfice de cette démarche lorsque je contactais les pharmacies pour les prévenir du retour à domicile du malade. Cela m'est rapidement apparu comme une évidence : « comment développer ce partage de compétences lors de la sortie d'hospitalisation afin d'assurer un relais hôpital – ville ? »

L'extension de cette procédure à d'autres unités nous semblait opportune, mais nous avons observé une certaine réticence à la mise en place du projet.



Y a-t-il une difficulté de communication médecin – pharmacien ? Si oui, nous avons souhaité en connaître les raisons et affiner la perception que les médecins ont du rôle et du métier de pharmacien d'officine ?

Qu'en est-il de l'interdisciplinarité pharmacien - médecin vécue par les médecins ?

Après avoir abordé le contexte législatif actuel propice à la responsabilisation du pharmacien dans son exercice quotidien, nous effectuerons un état des lieux de quelques particularités du système de santé et nous préciserons les nouveaux rôles dédiés à cet acteur.

Nous avons donc étudié la perception qu'ont des médecins hospitaliers d'un travail interdisciplinaire avec le pharmacien d'officine. Une recherche qualitative se prêtant mieux à ce type d'analyse, nous avons choisi d'interviewer dix médecins hospitaliers provenant de spécialités différentes et ayant déjà, dans leurs pratiques, une expérience de l'interdisciplinarité.

Finalement, nous proposerons les résultats de cette étude et en ferons une analyse afin d'essayer de dégager des pistes et des perspectives d'amélioration de la collaboration interprofessionnelle pharmacien - médecin.

## II. CONCEPTS ET CONTEXTE ACTUEL

### A. LA MEDECINE PALLIATIVE

#### **A. 1. Présentation des soins palliatifs**

##### A. 1. 1. Définition

Les soins palliatifs sont des structures parfois mal connues, la SFAP (Société Française d'Accompagnement et de soins Palliatifs) les définit ainsi :

« Les soins palliatifs sont des soins actifs délivrés dans une **approche globale de la personne** atteinte d'une maladie grave, évolutive ou terminale. L'objectif des soins palliatifs est de soulager les douleurs physiques et les autres symptômes, mais également de prendre en compte la souffrance psychologique, sociale et spirituelle.

Les soins palliatifs et **l'accompagnement sont interdisciplinaires**. Ils s'adressent au malade en tant que personne, à sa famille et à ses proches, **à domicile ou en institution**. La formation et le soutien des soignants et des bénévoles font partie de cette démarche. »<sup>1</sup>

La définition de l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES) permet de préciser la notion de soins palliatifs en les montrant tels que : « des soins actifs, continus, évolutifs, coordonnés et pratiqués par une équipe pluriprofessionnelle. Ils ont pour objectif, dans une approche globale et individualisée, de prévenir ou de soulager les symptômes physiques, dont la douleur, mais aussi les autres symptômes, d'anticiper les risques de complications et de prendre en compte les besoins psychologiques, sociaux et spirituels, dans le respect de la dignité de la personne soignée. Les soins palliatifs cherchent à éviter les investigations et les traitements déraisonnables et se refusent à provoquer intentionnellement la mort. Selon cette approche, le patient est considéré comme un être vivant et la mort comme un processus naturel. Les soins palliatifs s'adressent aux personnes atteintes de maladies graves évolutives ou mettant en jeu le pronostic vital ou en phase avancée ou terminale, ainsi qu'à leur famille et leurs proches.

Des bénévoles, formés à l'accompagnement et appartenant à des associations qui les sélectionnent, peuvent compléter, avec l'accord du malade ou de ses proches, l'action des équipes soignantes ». <sup>2</sup>

## A. 1. 2. Historique et développement des soins palliatifs

### *A. 1. 2. 1. Le commencement : les soins aux incurables en France*

Au Moyen Age, sans qu'il y ait de structures spécifiques vouées aux soins palliatifs, les confréries de la « bonne mort » et les Hôtels-Dieu se préoccupaient déjà des soins aux condamnés. C'est seulement en 1842 que Jeanne Garnier crée, à Lyon, l'association des Dames du Calvaire, afin d'accueillir les malades incurables. En 1874, Aurélie Jousset fonde un hospice, dans le XV<sup>e</sup> arrondissement de Paris. Cette structure, l'actuelle Maison Jeanne Garnier, compte aujourd'hui 80 lits et se positionne ainsi comme la plus grande unité de soins palliatifs en France. <sup>3</sup>

### *A. 1. 2. 2. Le mouvement des hospices : travail novateur des Anglo-Saxons*

Le mouvement des hospices anglais débute grâce aux sœurs néerlandaises de la Charité.<sup>4</sup> En 1870, elles ouvrent l'hospice Notre Dame à Dublin et en 1905, celui de Saint Joseph à Londres.

En 1951, le médecin Cicely Saunders entame des recherches sur l'administration orale de morphine. Elle en vient à la conclusion que la douleur est non seulement physique mais aussi psychologique, familiale, sociale et spirituelle. La notion de « total pain » (douleur globale) est née.

Elle crée finalement en 1967 **le Saint Christopher's Hospice de Londres**. Ce sera le premier établissement de soins palliatifs assurant une prise en charge globale du malade et de sa famille, pratiquant des soins au domicile du patient et exerçant de la recherche et de l'enseignement.<sup>5</sup>

### *A. 1. 2. 3. Le mouvement des hospices : développement à l'échelle mondiale*

Cicely Saunders poursuit son travail dans les années 70. Elle communique beaucoup à travers le monde sur ce nouveau modèle de soins et accueille de nombreux soignants à Saint Christopher afin de leur montrer ce qu'elle a mis en place. Il résulte de cet échange la création, en 1974, du premier hospice aux Etats-Unis à NewHaven. En 1976, se constitue, à l'hôpital St Luke de New York, la première équipe hospitalière travaillant à titre consultatif au chevet du malade.<sup>6</sup>

C'est enfin au Québec que le Professeur Balfour Mount crée, sous l'influence de Cicely Saunders en 1974-1975, une unité au Royal Victoria Hospital de Montréal. En 1975, il sera le premier à employer le terme de « soins palliatifs ».<sup>5</sup>

### *A. 1. 2. 4. Le développement des soins palliatifs en France*

En 1973, le Père Patrick Verspieren publie des écrits faisant prendre conscience au ministère de la Santé du besoin de réfléchir à la prise en charge des malades en fin de vie. Un groupe d'experts est constitué. Ce groupe prendra officiellement position en faveur de la prise en charge de la douleur mais cela restera sans suite particulière.

A la fin des années 70, à la suite de plusieurs publications anglo-saxonnes en France, de nombreux soignants français vont se former au Québec, pays très avancé dans ce domaine.

En outre, les premiers services ou consultations spécifiquement dédiés vont voir le jour : un service de cancérologie terminale à Paris avec le Pr Levillain, un service de consultations de soins palliatifs à l'hôpital de la Croix-Saint-Simon à Paris, avec le Dr Salamagne.

De plus, la prise en charge globale du patient est intégrée dans des services de gériatrie avec les Dr Sebag-Lanoe (Villejuif), Dr Revillon (Saint-Malo), Dr Peter (Mulhouse), Dr Filbert (Lyon).

Les soins palliatifs, qui ne concernaient auparavant que les patients en fin de vie atteints de cancers, se sont progressivement étendus à la phase terminale d'autres affections et se sont diversifiés.

**Le développement des soins palliatifs à domicile** est également entrepris par la suite.<sup>4</sup> C'est le **référentiel national d'organisation des réseaux de soins palliatifs annexé à la circulaire du 25 mars 2008** qui a regroupé les grands principes et l'organisation des réseaux de soins palliatifs assurant la continuité des soins au domicile.<sup>7</sup> « Les réseaux de soins palliatifs ont pour objet principal de promouvoir et de développer la démarche palliative, à travers des modalités de fonctionnement visant le décloisonnement du système de santé, l'amélioration de la cohérence et de la continuité des soins en proposant de nouvelles pratiques professionnelles et bénévoles sous-tendues par l'interdisciplinarité. »<sup>8</sup>

Certaines lois reconnaissant l'accès aux soins palliatifs comme un droit des malades ont permis le développement des structures de soins palliatifs sur tout le territoire.<sup>9</sup> Les unités de soins palliatifs ne cessent de se développer sur le territoire français depuis une vingtaine d'années. Les données statistiques de la SFAP montrent que le nombre de lits de soins palliatifs a nettement augmenté ces dix dernières années. En France, aujourd'hui, on note tout de même une répartition extrêmement disparate des lits de soins palliatifs selon les régions.<sup>10</sup>

## ***A. 2. La prise en charge hospitalière des patients en soins palliatifs***

### **A. 2. 1. Les droits du patient**

#### ***A. 2. 1. 1. Le droit à l'accès aux soins palliatifs : loi du 9 juin 1999***

La loi du 9 juin 1999 garantit ce droit : « Toute personne malade, dont l'état le requiert, a le droit d'accéder à des soins palliatifs et à un accompagnement. », Art.L.1<sup>er</sup> A de la loi n°99-477 du 9 juin 1999.<sup>11</sup>



#### *A. 2. 1. 2. Le droit à l'information : loi du 4 mars 2002 (loi Kouchner)*

La loi du 4 mars 2002 met en exergue le patient au centre des décisions médicales le concernant grâce à l'information qui peut, s'il le souhaite, lui être conférée :

Art L.1111-2 du Code de la Santé Publique : « Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé. Cette information porte sur les différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui sont proposés, leur utilité et leur urgence éventuelles, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent ainsi que sur les autres solutions possibles et sur les conséquences prévisibles en cas de refus ». <sup>11 12</sup>

#### *A. 2. 1. 3. Le droit de recevoir des soins visant à soulager la douleur : loi du 4 mars 2002 (loi Kouchner)*

L'article L.1110-5 de la loi du 4 mars 2002 précise que « toute personne a le droit de recevoir des soins visant à soulager sa douleur. Celle-ci doit être en toute circonstance prévenue, évaluée, prise en compte et traitée ». <sup>13</sup>

#### *A. 2. 1. 4. Le droit au refus de soins : loi du 9 juin 1999*

« La personne malade peut s'opposer à toute investigation ou thérapeutique », Art. L1C de la loi n°99-477 du 9 juin 1999. <sup>14</sup>

### **A. 2. 2. Les particularités de prise en charge des soins palliatifs**

#### *A. 2. 2. 1. Le consentement libre et éclairé du patient : loi du 4 mars 2002 (loi Kouchner)*

**La loi du 4 mars 2002** développe plusieurs notions qui permettent au patient de donner un consentement libre et éclairé en fournissant une information de qualité :

« Toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et préconisations qu'il lui fournit, des décisions concernant sa santé ».

« Le médecin doit respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix. Si la volonté de la personne de refuser ou d'interrompre un traitement la met en danger, le médecin doit tout mettre en œuvre pour la convaincre d'accepter les soins indispensables ». Toutefois, si le patient dont le pronostic vital est engagé n'a pas disposé d'un délai minimum pour renouveler sa volonté, le devoir d'assistance l'emporte sur le refus de la personne.

**« Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment ».**

« Le consentement du mineur ou du majeur sous tutelle doit être systématiquement recherché s'il est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision ».

Le médecin peut limiter ou arrêter les traitements d'un patient en phase avancée ou terminale d'une affection grave ou incurable, à la demande de cette personne si elle est capable d'exprimer sa volonté en tout état de conscience et si elle est informée des conséquences de son choix. Cette décision devra être inscrite dans le dossier médical du patient.

Enfin, la loi Leonetti du 22 avril 2005 mentionne que « lorsqu'une personne, en phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable, quelle qu'en soit la cause, est hors d'état d'exprimer sa volonté, le médecin peut décider de limiter ou d'arrêter un traitement inutile, disproportionné ou n'ayant d'autre objet que la seule prolongation artificielle de la vie de cette personne, après avoir respecté la procédure collégiale définie par le code de déontologie médicale et consulté la personne de confiance (...), la famille ou, à défaut, un de ses proches et, le cas échéant, les directives anticipées de la personne. Sa décision, motivée, est inscrite dans le dossier médical ». <sup>15</sup>

#### *A. 2. 2. 2. La personne de confiance : loi du 4 mars 2002 (loi Kouchner)*

La loi du 4 mars 2002 inscrite à l'article L.1111-6 du Code de la Santé Publique aborde la notion de personne de confiance.



« Toute personne majeure peut désigner une personne de confiance qui peut être un parent, un proche ou le médecin traitant, et qui sera consultée au cas où elle-même serait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin. (...) Si le malade le souhaite, la personne de confiance l'accompagne dans ses démarches et assiste aux entretiens médicaux afin de l'aider dans ses décisions. »

A chaque hospitalisation, les établissements de santé se doivent de proposer au patient cette possibilité de désigner une personne de confiance. Le choix de la personne de confiance est formulé par écrit et peut être modifié à tout moment.<sup>16</sup>

#### *A. 2. 2. 3. Les directives anticipées : article L. 1111-11 du CSP (loi Léonetti)*

L'article L.1111-11 du Code de la Santé Publique (loi Léonetti) développe le fonctionnement des directives anticipées.<sup>17</sup> Elles consistent en une rédaction par le patient (obligatoirement majeur) de ses souhaits concernant la fin de vie. Il envisage qu'un jour il soit hors d'état d'exprimer sa volonté et précise ainsi ses attentes envers l'équipe soignante sur la limitation ou l'arrêt des traitements. Ces directives n'ont cependant qu'une valeur morale. Elles sont rédigées par écrit, datées et signées par l'auteur, dont les nom, prénom, date et lieu de naissance doivent être mentionnés. Une fois rédigées, elles ont une valeur de 3 ans, mais peuvent être modifiées ou révoquées à tout moment.

**Un médecin n'aidera jamais un patient à mettre un terme à sa vie par une démarche médicale « active », même si ce dernier le demande dans ses directives.<sup>6</sup>**

#### **A. 2. 3. L'Unité Fixe de Soins Palliatifs à l'Hôpital Laënnec de Nantes**

Cette unité se compose de huit lits, dédiés à la pratique des soins palliatifs et à l'accompagnement du patient en phase avancée de sa maladie. Environ 80 % des patients hospitalisés sont atteints de cancer. Les autres patients souffrent de maladies neurologiques ou du SIDA.

La durée moyenne de séjour varie de huit à onze jours selon les années. Pendant ce séjour, seront pris en charge des symptômes difficiles à soulager dans un contexte familial ou personnel parfois complexe. L'accompagnement de la famille du patient fait également partie intégrante de la prise en charge.

L'unité travaille avec les équipes mobiles de soins palliatifs à la demande des professionnels de l'établissement de santé. Les équipes mobiles sont généralement formées de médecins, infirmières et psychologues. Leur rôle est de mesurer les difficultés de prise en charge ressenties par les soignants afin d'émettre des propositions d'amélioration. De plus, elle sollicite les réseaux à domicile (Respavie) ainsi que d'autres structures hospitalières, lors du retour à domicile du patient.

Il est assez courant que l'unité de soins palliatifs accueille des patients venus pour un répit de leurs proches ou pour réévaluer leurs traitements antalgiques. Un patient sur quatre hospitalisé en USP retournera à son domicile en retrouvant sa pharmacie d'officine pour la délivrance de ses médicaments.

## A. 2. 4. La prise en charge médicale

### *A. 2. 4. 1. Les principaux symptômes*

**La douleur** est le symptôme majoritairement pris en charge au sein des soins palliatifs. Une stabilisation optimale de la douleur augmente la probabilité de mort du patient dans la dignité.

**Les symptômes digestifs** sont retrouvés dans 40 % des cas en phase terminale. Il s'agit souvent de nausées, vomissements mais également de l'anorexie, dysphagies, cachexie, constipation, diarrhées, incontinence ou occlusion intestinale. Ces effets sont des conséquences de la maladie ou des effets secondaires de médicaments (la constipation est fréquente lors l'administration de morphiniques).

Les symptômes neurologiques sont fréquents à titre de confusion, de crises d'épilepsie, de déficits sensoriels et/ou moteurs, de troubles de la conscience...

**Des problèmes respiratoires** comme la dyspnée, la toux, l'hémoptysie, l'encombrement de fin de vie, le râle agonique et des infections comme les pneumopathies ou surinfections bronchiques... sont également observés.

Les soins palliatifs prennent aussi en charge des **problèmes cardiovasculaires**, **des troubles dermatologiques** (escarres, ulcérations, bourgeonnements néoplasiques, fistules et séquelles dermatologiques de traitement...), **des problèmes buccaux** (stomatites, mycoses, sécheresse buccale...), **des affections génito-urinaires, la dépression, l'anxiété...** <sup>18 19</sup>

**De par l'existence de plusieurs symptômes chez le patient, le plus souvent la prise en charge est complexe, nécessitant l'utilisation de médicaments hors AMM.**

#### *A. 2. 4. 2. La prise en charge médicamenteuse des différents types de douleurs*

Il existe différents types de douleurs pour lesquels un traitement spécifique est mis en place :

- **la douleur nociceptive** pour laquelle répondent bien les antalgiques classiques paliers I, II, III selon l'OMS. C'est une douleur créée par une stimulation périphérique des récepteurs à la douleur.
- **la douleur neuropathique** pour laquelle répondent bien les antidépresseurs tricycliques (Laroxyl®) ou les antiépileptiques (Neurontin®, Lyrica®, Tégrétol®). C'est une douleur pour laquelle il y a une atteinte du système nerveux périphérique ou central. Les signes cliniques que l'on observe sont des sensations de brûlures, de fourmillements, de picotements ou d'arrachements. <sup>20 21</sup>
- **la douleur mixte** est une douleur qui associe les douleurs nociceptive et neuropathique.

L'évaluation de l'intensité de la douleur peut se faire selon différentes méthodes : l'Echelle Visuelle Analogique (EVA) : le patient positionne un curseur pouvant aller de l'absence de douleur 0 à la douleur extrême 10, l'Echelle Numérique (EN) : le patient chiffre sa douleur entre 0 et 10 sur le même principe que EVA et l'Echelle Verbale Simple (EVS) : le patient choisit un chiffre entre 0 et 4 auquel correspond un adjectif qui caractérise la douleur (ex. : 4 = douleur extrêmement intense).

Il est important de réévaluer régulièrement la douleur et de l'estimer de façon pluridisciplinaire. Elle doit être mesurée de façon globale en prenant en compte les facteurs sociaux, familiaux, culturels, l'anxiété et la personnalité de la personne, ses expériences douloureuses antérieures. <sup>18</sup>

En dehors des traitements spécifiques abordés précédemment, d'autres traitements peuvent être utilisés en soins palliatifs pour la prise en charge de la douleur :

- Les **anesthésiques locaux** tels que Emla® ou Versatis®
- Les **benzodiazépines** qui interviennent dans la prise en charge de l'anxiété liée à la douleur. Elles sont introduites en seconde intention, après l'instauration d'un traitement antalgique. On observe qu'en réduisant l'anxiété, on diminue la douleur.
- Les **corticoïdes** qui diminuent l'œdème et l'inflammation autour de la tumeur. Cela réduit ainsi la douleur liée à la compression des structures périphériques. Ils sont utilisés comme coantalgiques.
- Les **biphosphonates** fréquemment utilisés dans les douleurs de métastases osseuses.
- La **Kétamine** utilisée, elle, dans le cas de douleurs rebelles, de douleurs neuropathiques ou mixtes.  
C'est un coantalgique administré en cas de réponse partielle ou d'absence de réponse après l'utilisation bien conduite de morphiniques. Elle permet souvent de réduire les doses d'opioïdes.

Elle fonctionne grâce à une action anesthésique intraveineuse due à son pouvoir antagoniste sur les récepteurs à la N-Méthyl-D-Aspartate. Ces récepteurs sensibilisent les voies nociceptives ayant pour conséquence l'hyperalgie.

• Le **MEOPA®** qui est un mélange équimolaire d'oxygène et de protoxyde d'azote. Il permet une analgésie de surface avec une sédation consciente. C'est un gaz administré lors de soins douloureux ou de mobilisations délicates du patient. Il impose cependant certaines contraintes et une surveillance précise lors de son utilisation.<sup>3 22 23</sup>

#### *A. 2. 4. 3. La prise en charge non médicamenteuse de la douleur*

Les soins palliatifs utilisent différentes méthodes non médicamenteuses tout à fait complémentaires des thérapeutiques médicamenteuses.

Les techniques physiques comme la kinésithérapie, les massages ou l'utilisation de matériel médical adapté, tels que la ceinture lombaire ou le corset, peuvent apporter un bénéfice considérable. La Neurostimulation Electrique Transcutanée (TENS) est aussi utilisée. Dans certains cas, la chirurgie ou la radiothérapie permettent d'obtenir une amélioration chez le patient.

Les techniques psychologiques comme la sophrologie, la psychothérapie ou l'hypnose sont également souvent proposées.

Cet aspect de la prise en charge du patient n'est pas à négliger. C'est pourquoi une sophrologue et une psychologue qui pratique également l'hypnose sont régulièrement présentes dans le service de soins palliatifs de l'Hôpital Laënnec de Nantes.

#### *A. 2. 4. 4. L'accompagnement du patient et de son entourage*

Chaque patient est unique de par son expérience, sa personnalité, ses forces et ses faiblesses... La maladie dont il est victime représente un point de rupture avec son quotidien et son équilibre. Sa maladie est à l'origine de nombreuses souffrances. Elles sont liées à la peur, à la dégradation physique, au retentissement

psychologique et moral de la maladie, à la peine de son entourage, à la remise en question sur le sens de la vie. Tous ces aspects renforcent la sensation de solitude du malade.

L'accompagnement du patient passe par une écoute attentive, la communication verbale ou non avec le malade et son entourage, du réconfort. Le patient doit bénéficier d'un grand respect de son corps et de sa personne. Le personnel soignant utilise toutes ses compétences et son savoir-faire pour le soulager.

L'accompagnement de la famille et des proches du malade fait partie, au sein des soins palliatifs, de la prise en charge globale du patient. Il va de l'annonce de la phase terminale du patient à un accompagnement après son décès s'ils en éprouvent le besoin.<sup>24 25</sup>

#### *A. 2. 4. 5. Le travail pluridisciplinaire des soins palliatifs*

Le fonctionnement des soins palliatifs est basé sur la prise en charge pluriprofessionnelle du patient. Il faut imaginer un service où les problématiques sont abordées et réfléchies en équipe. Médecins, infirmières, aides-soignants, kinésithérapeute, psychologue, psychiatre, assistante sociale, sophrologue, pharmacien et bénévoles travaillent ensemble dans le seul but d'obtenir une prise en charge satisfaisante du malade. Chaque professionnel de santé apporte ses compétences à l'équipe et au malade pour une prise en charge de qualité.

#### *A. 2. 4. 6. Les patients de soins palliatifs*

Lorsque le patient souhaite rentrer à son domicile, le service des soins palliatifs en évalue la faisabilité. Il faut tout d'abord être sûr que l'environnement au domicile du patient est adapté (nécessité de lit médical ou autre matériel). Dans un second temps, il faut s'assurer que les thérapeutiques mises en œuvre à l'hôpital pourront être poursuivies dans les mêmes conditions au retour à la maison.

De plus, les symptômes d'inconfort qui avaient déclenché l'hospitalisation doivent être équilibrés.

Un patient sur quatre du service de soins palliatifs du CHU de Nantes sort du service. Ces patients rentrent à leur domicile ou vont en maison de retraite ou de convalescence. Dans le cas du retour à domicile, c'est le plus souvent l'Hôpital A Domicile (HAD) qui encadre le patient, sinon cela s'effectue grâce aux professionnels libéraux.

Dans tous les cas, mais particulièrement lorsque les patients rentrent à domicile, les sorties sont préparées et anticipées par l'équipe soignante.<sup>26</sup>

### **A. 3. La prise en charge officinale des patients de soins palliatifs**

#### **A. 3. 1. Le manque de formation des pharmaciens**

La formation concernant les soins palliatifs pendant le cursus universitaire des pharmaciens était auparavant restreinte. Les étudiants de 5<sup>e</sup> année avaient l'occasion, s'ils le souhaitaient, de faire un trimestre de leur stage hospitalo-universitaire dans l'unité fixe ou mobile de soins palliatifs. De plus, des enseignements dirigés de 5<sup>e</sup> année permettent aux étudiants d'avoir un échange avec des médecins sur les grands principes de la prise en charge palliative. Des modules spécifiques sur la douleur, l'inflammation et l'oncologie sont, en revanche, abordés de manière développée au cours de la 4<sup>e</sup> année.

Cependant, depuis plus d'un an, les étudiants de la filière officine bénéficient d'un module d'enseignement consacré à « la douleur et la médecine palliative ».

Ce module s'articule en plusieurs cours : évaluation et psychologie, soins palliatifs, éducation thérapeutique, douleurs de l'enfant et de la personne âgée, prise en charge médicamenteuse et non médicamenteuse du douloureux, douleurs neurologiques. (*voir annexe 1 : Programme Année Universitaire 2011-2012 Module Douleur et Médecine Palliative*)

Après l'obtention de leur diplôme, les pharmaciens ont pour obligation légale de se former d'après la loi du 4 mars 2002.

Tous les cinq ans, ils doivent justifier de leur formation par quelque moyen que ce soit : la presse spécialisée (le Moniteur des Pharmacies, Prescrire, le Quotidien des pharmaciens...), la formation en ligne (Astera ou autres e-learning...) ou par téléphone, la formation grâce aux commerciaux et visiteurs médicaux...

Il est possible de se former sur les soins palliatifs par l'intermédiaire du Diplôme Inter Universitaire. C'est une formation payante de deux ans. Elle est dispensée dans plusieurs facultés de Nantes. Ces formations sont en général proposées à différents professionnels de santé comme les médecins, pharmaciens, kinésithérapeutes, infirmiers, psychologues... Elles sont cependant peu convoitées par les pharmaciens en raison de leur coût et du temps qu'elles nécessitent (difficilement compatible avec une activité professionnelle).

Les pharmaciens peuvent aussi participer au Diplôme Universitaire (DU) de maintien et soins à domicile qui permet de développer des thèmes comme l'oxygénothérapie, la nutrition entérale, la prise en charge des escarres, la perfusion active, les soins palliatifs, la douleur... Ce DU fonctionne de la même manière que le DIU de soins palliatifs.

On remarque que la majorité des formations est uniprofessionnelle. C'est regrettable, sachant que la prise en charge palliative prend tout son sens dans le cadre d'un exercice pluriprofessionnel.<sup>26</sup>



### A. 3. 2. Les difficultés rencontrées par le pharmacien

Le pharmacien prend en charge le patient grâce à ses compétences scientifiques (vérification des posologies, mesure des effets secondaires, interactions, délivrance selon la législation (stupéfiants...), contrôle de la validité de l'ordonnance...). Ses compétences pharmacologiques lui permettent un rôle de conseil qu'il est tenu d'assurer de son mieux pour informer le patient et améliorer son observance.

Les compétences humaines du pharmacien sont également primordiales pour la prise en charge d'une personne en phase terminale. Le pharmacien est un acteur de santé disponible et accessible toute la semaine sans rendez-vous. Il peut se déplacer au domicile du patient si cela facilite sa prise en charge. Il peut analyser les possibilités d'amélioration du confort du patient à domicile et avoir un rôle de relais d'informations auprès des infirmières ou du médecin. Le lien tissé entre le pharmacien et le patient ou son entourage est souvent très rassurant et représente un soutien important lors de ces épreuves.

Cependant, en ayant la volonté de faire au mieux pour le patient, le pharmacien est fréquemment confronté à plusieurs difficultés récurrentes lors de la sortie d'hospitalisation de patients de soins palliatifs. Clémence GRAND en recense cinq principales grâce à deux enquêtes menées auprès de pharmaciens d'officine. Ces enquêtes sont extraites des thèses de Marie Senelet et d'Aurélien Etoubleau.

Elle évoque la difficulté pour le pharmacien d'**honorer immédiatement la prescription**. Ce dernier ne peut détenir tous les médicaments en stock à l'officine. Lors de sortie d'hospitalisation, il est confronté au manque de certains médicaments (stupéfiants par exemple) qu'il délivre moins souvent ; il est alors contraint de les commander. Dans ce cas, il ne peut délivrer immédiatement l'ordonnance et le patient doit attendre pour obtenir son traitement. Or, dans le cas de traitements antalgiques, cela peut être néfaste pour le patient qui peut voir son traitement se déséquilibrer par la prise d'une interdose morphinique décalée. Généralement, le pharmacien sera livré dans la demi-journée, mais si l'ordonnance est présentée le samedi, le patient devra attendre une journée et demie.

Cela semble inconcevable dans la prise en charge d'un patient douloureux. Pour pallier cette difficulté, le pharmacien peut se faire dépanner par un confrère, mais cela reste aléatoire.

Une autre difficulté a été abordée précédemment : **le manque de formation du pharmacien sur la prise en charge palliative**. Dans les enquêtes, le pharmacien manifeste pourtant l'envie et le besoin d'être formé sur des thèmes comme la nutrition chez les personnes en fin de vie, le matériel utilisé dans la prise en charge (pompe à morphine), les posologies utilisées, les nouveaux protocoles de prise en charge de la douleur... De plus, il est important que le pharmacien joue son rôle d'ingénieur du médicament dans ce type de prise en charge. Pour cela, il doit être informé des prescriptions hors AMM et des associations de spécialités peu courantes mais spécifiquement utilisées chez ce type de patient associant de nombreux symptômes. Cela évite de manifester un doute devant la prescription, au risque d'inquiéter la famille ou le patient dans un contexte de tension.

Il apparaît que **la complexité du matériel à fournir** représente, pour le pharmacien, un frein dans la prise en charge. Certains matériels, comme les pompes à morphine, même s'il les commande à son prestataire, nécessitent un suivi et un contrôle après leur installation. Il est indispensable qu'il en connaisse et maîtrise le fonctionnement.

Ce type de prise en charge demande au pharmacien d'y **consacrer du temps**. L'accompagnement du malade et de son entourage, les livraisons, la commande des produits, le suivi du matériel installé au domicile du patient, le relais d'informations auprès des autres professionnels de santé (médecin, infirmière, kinésithérapeute...) demandent un investissement important du pharmacien. Cela met en exergue toute la polyvalence et l'utilité des compétences scientifiques du pharmacien au service du patient.

Il ressort, de manière significative dans les enquêtes, **le manque de collaboration entre professionnels de santé**. Nous avons vu auparavant l'importance du travail pluriprofessionnel dans la prise en charge palliative à l'hôpital. Cependant, après la sortie d'hospitalisation, seul le médecin généraliste est prévenu du retour à domicile du patient.

Par conséquent, le pharmacien apprend, par les ordonnances qu'on lui demande d'honorer, la sortie du malade de l'hôpital, alors que le médecin généraliste a reçu un courrier détaillant son hospitalisation.<sup>26</sup>

### A. 3. 3. Le secret professionnel

Deux articles de loi régissent l'obligation de soumission du pharmacien au secret professionnel : l'article R 4235-5 du Code de la Santé Publique « **Le secret professionnel s'impose à tous les pharmaciens** dans les conditions établies par la loi. Tout pharmacien doit en outre veiller à ce que ses collaborateurs soient informés de leurs obligations en matière de secret professionnel et à ce qu'ils s'y conforment. » Les collaborateurs comprennent le personnel permanent comme occasionnel de l'officine ainsi que les stagiaires.

Le 2<sup>e</sup> article L. 1110-4 du Code de la Santé Publique développe les échanges d'informations médicales entre professionnels de santé : « Toute personne prise en charge par un professionnel, un établissement, un réseau de santé ou tout autre organisme participant à la prévention et aux soins a droit au respect de sa vie privée et du secret des informations la concernant. [...] **Deux ou plusieurs professionnels de santé peuvent toutefois, sauf opposition de la personne dûment avertie, échanger des informations relatives à une même personne prise en charge, afin d'assurer la continuité des soins ou de déterminer la meilleure prise en charge possible.** »<sup>26</sup>

### A. 3. 4. L'intérêt de la collaboration pluriprofessionnelle

Lors de l'hospitalisation, on demande systématiquement au patient les coordonnées de son médecin référent. En revanche, on ne lui demande jamais les coordonnées de son pharmacien. Dès l'entrée à l'hôpital, le lien est coupé.

L'article L. 1111-2 du Code de la Santé Publique complété par cet alinéa aborde pourtant le recueil des coordonnées des professionnels de santé : « L'établissement de santé recueille auprès du patient hospitalisé les coordonnées des professionnels

de santé auprès desquels il souhaite que soient recueillies les informations nécessaires à sa prise en charge durant son séjour et que soient transmises celles utiles à la continuité des soins après sa sortie. »

De plus, concernant plus particulièrement les soins palliatifs, la communication entre l'hôpital et l'officine facilite le retour à domicile du patient à plusieurs niveaux : les produits (stupéfiants...) ou même le matériel médical (lit, pied à perfusion, pompe à morphine...) peuvent être commandés à temps, le pharmacien est averti de certains protocoles spécifiques du service et ne manifeste pas de surprise qui pourrait être source d'inquiétude supplémentaire face au patient ou à sa famille. Le pharmacien connaît le contexte psychologique du patient, ce qui facilite la prise en charge...

On montre ainsi que les échanges entre ces deux structures de santé sont faibles actuellement. C'est regrettable et potentiellement dommageable pour la prise en charge du patient car cela entraîne une discontinuité dans la qualité et la sécurité des délivrances.<sup>26</sup>

#### ***A. 4. La place particulière et novatrice des réseaux***

##### **A. 4. 1. Exemple de création d'un réseau ville - hôpital en France**

Cet exemple diffère en un point du domaine sur lequel j'ai travaillé : il ne fait pas appel à la collaboration médecin – pharmacien. Par contre, il est un exemple intéressant de communication hôpital – ville pour améliorer la prise en charge du patient.

###### ***A. 4. 1. 1. Le réseau Phare***

Le réseau PHARE a été créé en 2004 par deux pharmaciens hospitaliers exerçant respectivement à l'hôpital de Cannes et à l'hôpital de Nice. C'est un réseau hôpital – ville réunissant pharmaciens hospitaliers et pharmaciens officinaux.

Il a été conçu, à l'origine, pour les Alpes-Maritimes. Il s'est ensuite étendu à d'autres départements alentour grâce au site internet <http://www.pharemed.com/>.

#### *A. 4. 1. 2. Le principe du réseau*

Ses missions sont :

- d'optimiser la prise en charge thérapeutique des patients en favorisant le bon usage des médicaments
  
- d'améliorer la coordination entre les professionnels de santé de la ville et de l'hôpital (pharmaciens essentiellement, mais le réseau est ouvert à tout professionnel de santé).<sup>27</sup>

#### *A. 4. 1. 3. Le fonctionnement et l'accès au réseau*

Les premières actions du réseau ont été réalisées pour mieux encadrer la sortie des réserves hospitalières. Une lettre de liaison (*voir annexe 3*), rédigée par le pharmacien hospitalier et transmise au patient lors de la dernière dispensation du médicament par l'hôpital, a été créée. Le patient apportait la lettre de l'hôpital à son pharmacien d'officine lors de sa délivrance suivante de médicaments.

Ensuite, le réseau Phare a été étendu à d'autres rôles. Ainsi, des soirées formations continues à thèmes sont organisées. Les intervenants sont des médecins ou pharmaciens du CHU. Cela permet que soient abordés des thèmes comme la prise en charge de l'infarctus du myocarde, des patients hémodialysés, des patients insuffisants rénaux... par des professionnels de santé du CHU qui peuvent former les pharmaciens de ville.

Ces formations, effectuées par des professionnels de santé de l'hôpital, contribuent à enrichir le rôle d'éducation thérapeutique que doivent avoir les pharmaciens officinaux, particulièrement lors des sorties d'hospitalisation. Plus généralement, cela contribue au bon encadrement des malades chroniques par le pharmacien d'officine

qui reste ainsi informé des nouvelles thérapeutiques et des nouveaux protocoles de prise en charge.

L'accès au réseau est possible pour tout professionnel de santé sur le site <http://www.pharemed.com/>. Il lui suffit de se créer un accès gratuitement.

#### *A. 4. 1. 4. Echange*

J'ai pu obtenir un entretien téléphonique avec un des pharmaciens hospitaliers fondateurs du réseau afin de lui poser quelques questions.

#### ***Comment fonctionne votre système de lettre de liaison hôpital - pharmacie d'officine ?***

C'est une lettre de liaison donnée au patient lors de sa dernière délivrance de médicaments par l'hôpital. Il remet ensuite cette lettre sous pli à son pharmacien d'officine.

Cette lettre explique que le médicament pris par le patient sort de la réserve hospitalière. Elle prévient le pharmacien d'officine que le patient s'approvisionnera auprès de lui lors de son renouvellement le mois suivant. Nous joignons à cette lettre de liaison une fiche produit fournissant les modalités de prise ainsi que des détails pratiques sur le médicament en question.

#### ***La majorité des pharmacies autour de l'hôpital sont-elles membres de votre réseau ? Comment procédez-vous lorsque la pharmacie habituelle du patient sortant de l'hôpital n'est pas membre du réseau Phare ?***

Si un patient sort avec une lettre de liaison et si sa pharmacie n'adhère pas au réseau, cela ne pose aucun problème. La pharmacie bénéficie des informations du courrier qui lui servent pour la prise en charge du patient, c'est l'essentiel. En revanche, pour participer aux formations, il lui faudra s'inscrire auprès du réseau.

***Les pharmaciens d'officine accueillent-ils bien cette démarche et en comprennent-ils l'intérêt ?***

Tout à fait, nous avons vu le réseau se développer assez rapidement avec un enthousiasme très marqué des officinaux. Ils sont satisfaits d'être intégrés dans la prise en charge du patient et que l'hôpital communique directement avec eux.

***Avez-vous un exemple de cas à me citer où le réseau a eu une importance particulière dans la prise en charge de patients ?***

Oui, je pense à un exemple récent. Nous avons mis en place un dépistage de l'insuffisance rénale chronique. Nous avons travaillé sur ce dépistage avec les pharmaciens d'officine en leur fournissant des posters et des plaquettes d'informations pour sensibiliser leurs patients et clients à se faire dépister. Nous avons effectué une formation sur l'insuffisance rénale chronique auprès des pharmaciens officinaux. Nous les avons aidés à cibler les patients pour lesquels il serait intéressant d'effectuer un dépistage car ils peuvent être particulièrement à risque. Grâce à l'association ville - hôpital, cette action de dépistage a été un grand succès et a permis de prendre en charge de nombreux patients qui avaient été orientés par leur pharmacien officinal.

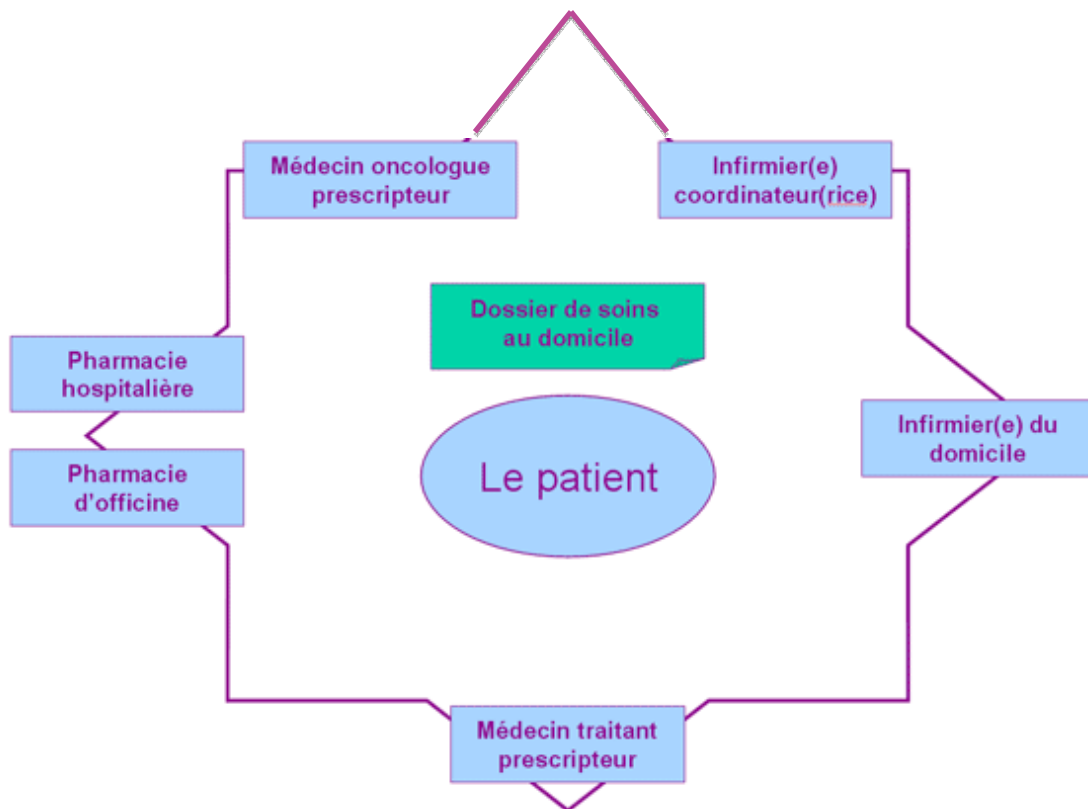
De plus, toutes les formations à thèmes organisées par les professionnels de santé hospitaliers auprès des pharmaciens officinaux rencontrent en général un grand succès et sont souvent des moments d'échange très riches...

**A. 4. 2. Un réseau plus spécialisé : le réseau ONCO Pays de la Loire**

Ce réseau de cancérologie a été créé pour coordonner l'ensemble des professionnels de santé acteurs dans la prise en charge des patients atteints d'un cancer. C'est l'institut national du cancer qui en a fixé les objectifs. Ils consistent en l'harmonisation et l'amélioration de la qualité des pratiques, la promotion des outils de communication communs au sein de la région, et le développement de l'évaluation et l'information des professionnels et des patients.

Onco Pays de la Loire a élaboré un projet de développement de la chimiothérapie à domicile. Il s'organise autour de 3 points élémentaires : la mise en place d'une coordination paramédicale, la valorisation de l'implication des professionnels du domicile, la sécurisation du circuit des chimiothérapies injectables administrées au domicile des patients.

Plus de 79 officines ont déjà réceptionné au moins un des 625 colis préparés sous la responsabilité de la pharmacie de l'Hôtel-Dieu. Grâce à cette démarche de collaboration active, le lien ville - hôpital est renforcé dans l'intérêt de la prise en charge thérapeutique des patients.<sup>28</sup>



**Figure 1 : La chimiothérapie à domicile**

**(extrait du site Onco Pays de la Loire)**



### **A. 5. Le constat sur le fonctionnement de l'USP : relation hôpital - ville**

A l'USP, lorsqu'il était décidé de la sortie d'un patient, l'externe en pharmacie du service se chargeait d'appeler la pharmacie du patient pour la prévenir de la sortie du malade. Il l'informait en même temps qu'il lui faxerait les ordonnances de sortie afin qu'elle puisse commander les produits avant le retour à domicile du patient.

En observant cette démarche, Clémence Grand a trouvé ce fonctionnement intéressant. Elle s'est par ailleurs demandé : « cela est-il suffisant pour que le pharmacien accompagne le patient et ses proches dans cette difficile épreuve » ?

En collaboration avec le docteur Denis, elles sont arrivées à la conclusion « qu'il serait intéressant de donner de plus amples informations sur la situation du patient, les traitements reçus, les modifications de traitements... au pharmacien d'officine ». <sup>26</sup>

### **A. 6. Le renforcement du lien hôpital – ville : la démarche de Clémence Grand**

Le projet de Clémence Grand a débuté par la mise en place **d'un compte rendu destiné au pharmacien d'officine sur le modèle de celui envoyé au médecin généraliste**. Un des médecins de l'UFSP dictait le courrier pour le médecin généraliste du patient dont la sortie d'hospitalisation était programmée. Il était ensuite saisi par les secrétaires. Nathalie Denis le transmettait à Clémence Grand par mail, puis il était adapté pour les pharmaciens d'officine et validé par Nathalie Denis. On pouvait alors **l'envoyer par courrier à la pharmacie d'officine du patient, sous enveloppe scellée, avec la mention « confidentiel » et « destiné au pharmacien titulaire de l'officine »**. Il était accompagné d'un **courrier expliquant les motivations de cette démarche**. L'externe en pharmacie appelait, dans ce cas, la pharmacie du patient pour la prévenir qu'il lui faxait les ordonnances de sortie et qu'elle allait recevoir un compte rendu. Les pharmacies des différents patients étaient ensuite rappelées par Clémence Grand pour évaluer le bénéfice de la démarche. Ainsi, quatre pharmacies ont bénéficié de ce compte rendu.

Comme suite aux discussions avec les pharmaciens destinataires, la démarche a pu s'affiner : il a été mis en forme **une fiche de transmission** pour synthétiser les

données importantes, résumer les informations et obtenir un document plus précis et rapide à lire. Cette fiche de transmission pouvait aussi être envoyée plus rapidement de façon confidentielle au pharmacien, après validation par le médecin, car **elle était directement remplie par l'externe en pharmacie par informatique**. Une lettre d'accompagnement (*voir annexe 2*) était toujours jointe à la fiche.

Après la mise en place du projet, Clémence Grand et Nathalie Denis ont décidé de mettre en place **un groupe de travail** pour évaluer l'intérêt de la démarche grâce à un échantillon représentatif de pharmaciens.

Leurs trois axes de réflexion ont été :

- « - dans quel but créer cette fiche de transmission ?
- quels patients sont concernés par cette démarche ?
- comment mettre en pratique une telle démarche ? »

Ce groupe de travail a réuni sept pharmaciens de divers horizons et avec différentes expériences professionnelles. Cet échange a permis d'améliorer la fiche de transmission en y faisant figurer les coordonnées de l'infirmière et les traitements que le patient prenait à l'entrée, à la sortie de l'hospitalisation et ceux qui avaient été délibérément interrompus pendant l'hospitalisation (pour éviter les confusions lors du retour à domicile).

De plus, il a été convenu qu'il serait intéressant d'y faire figurer l'identité de l'externe en pharmacie qui la rédige, afin de le joindre si besoin. **Tous les pharmaciens du groupe de travail ont été unanimes pour dire que c'était une très bonne chose de faciliter de cette manière la communication hôpital - ville**. Ils pensent que ce projet peut avoir un intérêt pour toutes les sorties d'hospitalisation, particulièrement celles où il y a de nombreux changements de traitements et pour les patients dont la prise en charge est « lourde ». Après discussion avec les pharmaciens, **la fiche de transmission modifiée sera faxée aux pharmacies** (*voir la fiche de transmission type et un exemple de fiche de transmission remplie en annexes 4 et 5*). En effet, les pharmaciens se sont accordés pour dire que ce mode d'envoi, permettant une réception plus rapide à l'officine, présente un plus grand intérêt. Il est alors décidé d'anonymiser la fiche par souci de confidentialité.<sup>26</sup>

En résumé, le projet suivant a été entériné : l'USP et le patient décident d'une sortie d'hospitalisation ; l'externe en pharmacie du service remplit la fiche de transmission et la fait valider par un médecin de l'USP ; il contacte l'officine du patient pour la prévenir du retour à domicile et de l'envoi par fax des ordonnances et de la fiche anonymisée ; le patient sort de l'hôpital encadré par des professionnels de santé : son médecin traitant, son pharmacien et des professionnels paramédicaux ou IDE libérales si besoin qui ont pu anticiper à sa sortie pour le prendre en charge dans la plus proche lignée de ce qui avait été mis en place au sein de l'USP. La prise en charge du patient est satisfaisante et sans imprévu ni approximation grâce à une bonne communication pluriprofessionnelle.

## B. LA LOI HOPITAL PATIENT SANTE TERRITOIRE (HPST)

### **B. 1. Les missions obligatoires du pharmacien**

L'article R. 5125-33-5 de la loi HPST du 21 juillet 2009 confère au pharmacien d'officine de nouvelles missions qui élargissent son champ de pratique officinale.

**Quatre missions obligatoires** répondent particulièrement à l'élaboration d'un projet d'amélioration de la communication hôpital - ville lors de la sortie d'hospitalisation des patients en déléguant aux pharmaciens les rôles suivants :

1° « contribuer aux soins de premier recours ». Ces soins comprennent la prévention, le traitement et le suivi des patients ainsi que le dépistage. Ils englobent également, outre la dispensation, l'administration des médicaments et le conseil pharmaceutique, **l'orientation dans le système de soins et le secteur médicosocial et l'éducation pour la santé.**<sup>29</sup>

2° « **participer à la coopération entre professionnels de santé** »

3° « **participer à la mission de service public de la permanence des soins** »

4° « **concourir aux actions de veille et de protection sanitaire organisées par les autorités de santé** ».

De plus, cette loi propose **quatre missions facultatives** grâce auxquelles les pharmaciens d'officine peuvent :

1° « **participer à l'éducation thérapeutique et aux actions d'accompagnement de patients** »

2° « **assurer la fonction de pharmacien référent pour un établissement [...] qui ne dispose pas de pharmacie à usage intérieur ou qui n'est pas membre d'un groupement de coopération sanitaire gérant une pharmacie à usage intérieur** »

3° « [...] **être désignés comme correspondants au sein de l'équipe de soins par le patient.** »

4° « **proposer des conseils et prestations destinés à favoriser l'amélioration ou le maintien de l'état de santé des personnes** »<sup>30</sup>

Ces missions confèrent ainsi plus de responsabilités au pharmacien d'officine qu'elles intègrent complètement dans la prise en charge pluridisciplinaire du patient. Nous développerons, un peu plus loin, le rôle de « pharmacien correspondant » dont les modalités d'application ont été éclaircies et développées dans le décret du 5 avril 2011. Pour ces quatre dernières missions, il relèvera de la volonté de chaque pharmacien de s'investir dans tel ou tel rôle pour donner un nouveau visage au pharmacien qu'il souhaite devenir.

De plus, ces nouvelles missions, reconnues d'un point de vue législatif, représentent une importante évolution pour la pharmacie. Elles ouvrent de nombreuses perspectives pour améliorer la prise en charge globale du patient.

## **B. 2. Le dossier pharmaceutique (DP)**

### **B. 2. 1. Le développement du DP**

Le DP a été créé par la loi du 30 janvier 2007 relative à l'organisation de certaines professions de santé. Sa mise en place a été confiée au Conseil National de l'Ordre des Pharmaciens. Ensuite, la généralisation de son développement a été autorisée par la CNIL le 2 décembre 2008 et a pu prendre effet le 17 décembre 2008 grâce au décret publié au Journal Officiel.<sup>31</sup>

### **B. 2. 2. Législation**

L'article L. 1111-23 du Code de la Santé Publique décrit les bénéfices et l'utilité du dossier pharmaceutique pour le patient :

« Afin de favoriser la coordination, la qualité, la continuité des soins et la sécurité de la dispensation des médicaments [...] il est créé, pour chaque bénéficiaire de l'assurance maladie, avec son consentement, un dossier pharmaceutique. »

Il développe également les devoirs du pharmacien d'officine concernant le DP :

« Sauf opposition du patient quant à l'accès du pharmacien à son dossier pharmaceutique et à l'alimentation, tout pharmacien d'officine est tenu d'alimenter le dossier pharmaceutique à l'occasion de la dispensation. »

Cet outil professionnel a été mis à disposition du pharmacien afin **d'améliorer et de sécuriser la prise en charge du patient**. Il donne la possibilité au pharmacien d'avoir une **vue globale sur les traitements du patient**. Ainsi, ce dernier peut visualiser l'ensemble des médicaments dispensés au patient quelle que soit la pharmacie qui les a délivrés. C'est un gage de qualité car les **redondances de traitements, les interactions médicamenteuses peuvent être évitées**.

Sont notées dans le DP l'identification du patient (nom, date de naissance, sexe) et les informations recueillies par le pharmacien lors de la dispensation tels que le nom des médicaments, la date de délivrance avec ou sans ordonnance. En aucun cas, ne figurent dans le DP le nom du prescripteur, les posologies, la durée de traitement et le prix des médicaments.

### B. 2. 3. Le fonctionnement du DP

Le DP fonctionne simplement par l'introduction, dans le lecteur correspondant, d'une **Carte de Professionnel de Santé (CPS)**. Ensuite, à chaque introduction d'une **carte vitale**, le DP du patient sera lu s'il a été créé.

Le pharmacien peut visualiser les **quatre derniers mois de l'historique médicamenteux du patient**. En cas d'alerte, il est possible d'accéder à l'historique du patient sur les trois années précédentes. **Le patient peut choisir de ne pas faire figurer dans son DP une ou plusieurs de ses dispensations**. Le pharmacien lui imprime, dans ce cas, une attestation de refus d'alimentation. Si le patient en fait la demande, il est possible d'imprimer son dossier pharmaceutique s'il souhaite le montrer à un autre professionnel de santé. Enfin, **la clôture du DP par le patient est possible à tout moment**.<sup>31</sup>

### B. 2. 4. Quelques chiffres concernant le DP

Au 2 avril 2012, 21 613 pharmacies d'officines ont été raccordées au DP. Ainsi, 19 538 765 dossiers pharmaceutiques ont été créés soit ceux d'un peu moins d'un tiers

des Français (64 465 705 Français recensés pour la population métropolitaine d'après le site de l'Insee (décret du 27 décembre 2011)<sup>32</sup>)<sup>33</sup>. 55 départements présentent un taux supérieur à 90 % de raccordement et 97 % des pharmaciens considèrent que le DP sécurise la délivrance des ordonnances.<sup>31</sup>

Le bilan de l'enjeu du DP et la prévention des risques dus au « nomadisme pharmaceutique » semblent donc assez positifs pour le moment.

### B. 2. 5. Les nouvelles missions du DP

En plus de sa fonction de sécurité de la délivrance, le DP se voit attribuer d'autres rôles :

- **contribuer au décroisement hôpital - ville** en étant étendu aux pharmacies à usage intérieur des établissements de santé

- **assurer le relais des alertes de la Direction Générale de la Santé** en permettant aux pharmaciens de recevoir des alertes sanitaires en temps réel pour informer la population

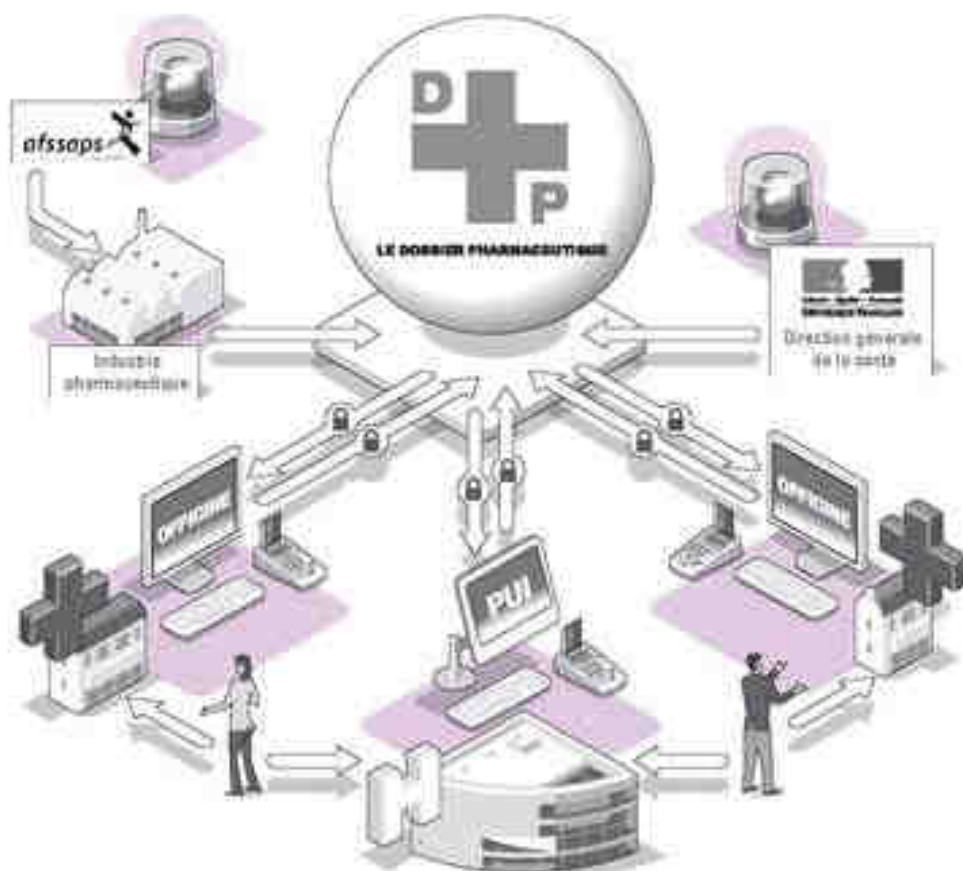
- **participer à la gestion des retraits de lots** grâce à un travail de l'AFSSAPS avec les industries pharmaceutiques, qui permet de transmettre rapidement au DP les alertes de retrait ou rappel de lots. Depuis le 3 novembre 2011, le pharmacien d'officine est informé des retraits de lots par cet unique moyen.

Un autre rôle du DP, qui contribuerait de manière importante au décroisement hôpital - ville, est encore à l'étude.

Le Conseil National de l'Ordre des Pharmaciens attend l'autorisation d'expérimentation par la CNIL (Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés) pour donner l'accès du DP aux urgentistes, anesthésistes et aux services de gériatrie.

En effet, ces services prennent très souvent en charge des patients polymédicamentés. Cet outil leur simplifierait la tâche en matière de recherche d'historiques médicamenteux voire éviterait le risque de passer à côté de traitements que le patient aurait omis de signaler, pour de multiples raisons.

En plus d'un précieux gain de temps pour le personnel médical, le DP représenterait un moyen d'assurer une bonne continuité des soins et de renforcer la sécurité de la prise en charge du patient lors de son entrée à l'hôpital. <sup>31</sup>

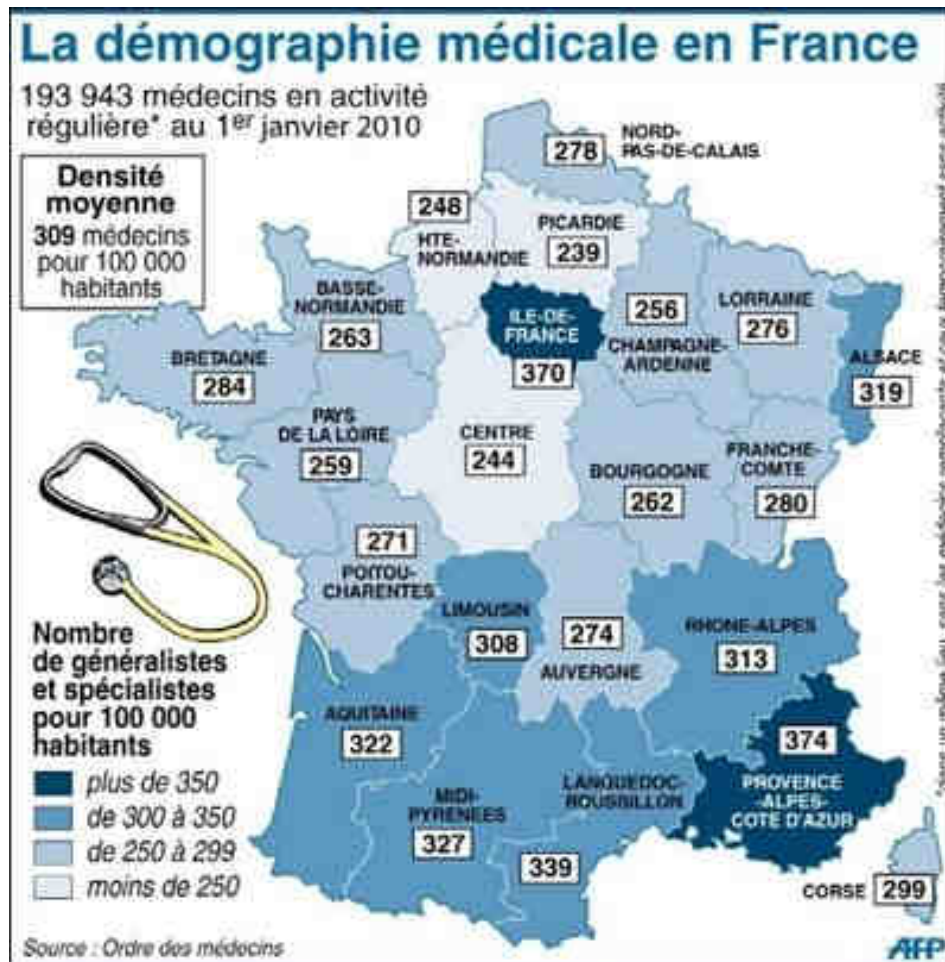


**Figure 2 : Liens de communications possibles grâce au dossier pharmaceutique  
(extrait du site de l'Ordre national des pharmaciens)**



### **B. 3. Dans un contexte en pleine évolution, le visage d'un nouveau pharmacien : le pharmacien correspondant**

#### **B. 3. 1. Le problème de la démographie médicale en France**



**Figure 3 : La démographie médicale en France  
(extrait du site de l'Ordre des médecins)**

Comme nous pouvons le voir sur cette carte, la démographie médicale en France est assez disparate.

Les régions Ile-de-France et Provence-Alpes-Côte d'Azur sont celles qui présentent la plus forte densité médicale. En revanche, le Centre, la Haute-Normandie et la Picardie sont incontestablement les moins bien desservis par les médecins et spécialistes.

L'offre de soins n'est donc pas homogène en France.

### B. 3. 2. Les patients chroniques en France

Le plan 2007-2011 pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques met en exergue certaines données chiffrées :

« Les maladies chroniques touchent 15 millions de personnes atteintes plus ou moins sévèrement, soit 20 % de la population française. [...] **Avec l'allongement de la durée de vie, la plupart de ces maladies sont en augmentation constante.** »

« Elles représentent un défi pour notre système de santé et notre société. Elles sont à l'origine de 60 % des décès dont la moitié survient avant l'âge de 70 ans. **Leur évolution et leurs conséquences restent largement tributaires de l'accès des patients à une information et à une prise en charge adaptées.** »<sup>34</sup>

Ces données illustrent bien l'augmentation du nombre de malades chroniques en France. **Le pharmacien d'officine est un acteur de santé de proximité en contact permanent avec les patients chroniques.** Très souvent, le médecin traitant établit une ordonnance pour 2, 3 ou 4 mois. Dans la majorité des cas, le pharmacien d'officine voit son patient au minimum tous les mois pour le renouvellement de son ordonnance (sauf si tous les conditionnements des médicaments existent en format trimestriel). Pour ce professionnel de santé, c'est l'occasion de faire le point sur l'observance et la tolérance des traitements ainsi que sur l'état général du patient. Le pharmacien sera parfois amené à réorienter vers son médecin traitant le patient dont l'état s'aggrave, nécessite des examens ou une auscultation médicale.

L'accessibilité du pharmacien d'officine sans rendez-vous facilite souvent les questions spontanées des patients. Ce type de patient nécessite, de la part du pharmacien, une grande vigilance. Possédant un traitement régulier, il est nécessaire de rester en alerte sur le risque d'interactions médicamenteuses concernant l'automédication ou lors de la délivrance d'une ordonnance d'un spécialiste n'ayant aucun lien avec la pathologie chronique du patient. Le DP sera, dans ce cas, un outil

précieux pour le pharmacien. Hier, les patients étaient relativement fidèles à leur pharmacie. Aujourd'hui, avec le développement des moyens de transport et le déploiement de la concurrence entre les pharmacies, le nomadisme des patients croît, parfois même chez les patients chroniques.

Le rôle de prévention et de dépistage du pharmacien représente également une responsabilité capitale compte tenu de l'évolution croissante des maladies chroniques.

### B. 3. 3. La complexité du parcours de soins

A la suite de la loi du 13 août 2004 portant sur la réforme de l'assurance maladie, le parcours de soins a été modifié. **Le parcours de soins coordonnés est né**. Chaque patient est encouragé à **choisir un médecin traitant**. C'est un médecin généraliste ou spécialiste qui est désigné pour assurer le suivi médical. Ainsi, il a pour rôle de **coordonner les soins, d'orienter son patient** au cœur du parcours de soins coordonnés (réorientation vers un spécialiste ou l'hôpital...), de **connaître et gérer le dossier médical** des malades (regrouper les analyses, les diagnostics et les traitements...), d'**assurer un rôle de prévention** en proposant des vaccins, des dépistages, l'arrêt du tabac en fonction de son patient...<sup>35</sup>

Le patient, lorsqu'il consulte son médecin traitant qui le dirigera, si nécessaire, vers un spécialiste ou l'hôpital, est reconnu comme « **respectant le parcours de soins** ». Ses frais médicaux seront remboursés par son régime primaire de façon classique (15,10 euros de remboursement, soit 70 % du tarif). S'il ne déclare pas de médecin traitant, il est « hors du parcours de soins coordonnés ». Il sera moins bien remboursé de sa consultation généraliste (5,90 euros, soit 30 % pour la même consultation généraliste). De plus, s'il consulte directement un spécialiste sans l'avis de son médecin traitant, il est considéré comme « **non respectant du parcours de soins** ».

Il existe **quelques exceptions** : les gynécologues, ophtalmologistes, stomatologues (sauf actes de chirurgies), psychiatres et neuropsychiatres (pour les patients entre 16 et 25 ans) peuvent être consultés directement sans diminution du remboursement.

Dans le cas d'urgences ou de déplacements loin du domicile, les remboursements des consultations ne seront pas diminués et le patient reste considéré « dans le parcours de soins coordonnés ».

Ce bouleversement au sein du système de consultation, intervenu en 2004, a pour but d'éviter les consultations inutiles, les doublons d'examens ou les interactions médicamenteuses. En effet, lorsque le médecin traitant adresse son patient à un spécialiste, il rédige un courrier qui reprend les traitements habituels du patient. Cela limite le risque d'interactions médicamenteuses.

Cependant, il est indéniable que **cela complique le parcours de soins pour le patient** qui en vient à réfléchir à la manière dont il sera remboursé avant de consulter un médecin comme on peut le voir dans le rapport annuel du haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie de juillet 2006 :

« De nombreux assurés n'auraient pas compris que, si la consultation en accès « spécifique » ne requérait pas la prescription du médecin traitant, le fait de ne pas avoir choisi de médecin traitant les exposait à une pénalisation financière. De là leur surprise de se voir appliquer des pénalités financières. D'autres auraient cru que l'accès à ces spécialistes exigeait le passage chez le médecin traitant et auraient renoncé à consulter les spécialistes en cause (cela expliquerait, selon les syndicats des médecins concernés, une partie importante de la baisse constatée des honoraires de ces professionnels). »<sup>36</sup>

De plus, les consultations possibles en « accès spécifique » de certains spécialistes comme les ophtalmologistes ou gynécologues sont reconnues « dans le parcours de soins coordonnés » seulement lorsque l'acte effectué répond aux conditions de « l'accès spécifique ». Par exemple, consulter directement son ophtalmologue pour un problème de réfraction (lunetterie) correspond à « un accès spécifique », alors que le consulter pour une conjonctivite correspond à une consultation « hors du parcours de soins coordonnés ». Il en va de même pour les gynécologues : une consultation pour une contraception correspond à un accès dans le parcours de

soins alors qu'une consultation pour une infection gynécologique correspond à une consultation « hors du parcours de soins ». <sup>35</sup> On peut comprendre que certains patients soient un peu perdus au sein de ce système de parcours de soins coordonnés.

Le pharmacien d'officine a évidemment un rôle d'information à jouer. Il devra orienter le patient dans ce système de soins, lui expliquer comment procéder, l'intérêt pour sa prise en charge de déclarer un médecin traitant et répondre à ses interrogations ou à ses a priori.

### B. 3. 4. La législation autour du pharmacien correspondant

Une coopération efficace entre les professionnels de santé apparaît cruciale pour maintenir ou améliorer la qualité des soins dans un environnement où le parcours de soins se complexifie, le temps d'hospitalisation se réduit et les pathologies chroniques se développent. La collaboration entre les professionnels de santé répond également à une attente des patients, dans la mesure où elle assure une cohérence dans leur suivi thérapeutique, et dans le discours des différents acteurs de la chaîne de santé, du médecin au pharmacien. <sup>37</sup>

C'est pourquoi, le **décret n°2011-375 du 5 avril 2011** (décret d'application des 7° et 8° alinéas de l'article L5125-1-1 A de la loi HPST), relatif aux pharmaciens correspondants, précise les missions pouvant être effectuées par les pharmaciens d'officine dans le cadre des protocoles de coopération entre professionnels de santé.

Grâce à ce décret, tout pharmacien d'officine peut être **désigné pharmacien correspondant par un patient**, en accord avec le médecin traitant, pour prendre en charge un malade durant son traitement. Le pharmacien correspondant s'intègre à **une équipe pluridisciplinaire** pour suivre le patient en respectant **un protocole de coopération entre professionnels de santé**.

Après avoir signé ce protocole de coopération, le pharmacien se verra attribuer de nouvelles responsabilités. Il pourra « dans le cadre d'un protocole portant sur un traitement chronique [...], à la demande du médecin ou avec son accord, **renouveler**

**périodiquement le traitement** concerné, **ajuster au besoin sa posologie au vu du bilan de médication** qu'il a effectué, selon un rythme et des modalités définis par le protocole ». « La durée totale de la prescription et des renouvellements ne peut excéder douze mois. »<sup>38</sup> Sont définis au préalable par le médecin, dans le protocole, les posologies minimales et maximales, la durée totale du traitement et le nombre de renouvellements autorisés par le pharmacien.

Le pharmacien correspondant pourra également effectuer des bilans de médication comme le mentionne le décret : « Le protocole peut prévoir **des bilans de médication** à effectuer par le pharmacien. Un bilan de médication comprend **l'évaluation de l'observance et de la tolérance du traitement** ainsi que tous les éléments prévus avec le médecin pour le suivi du protocole. Dans ce bilan, le pharmacien **recense les effets indésirables** et **identifie les interactions avec d'autres traitements en cours** dont il a connaissance. Il s'assure du bon déroulement des prestations associées. Le pharmacien communique le bilan ainsi effectué au médecin prescripteur. » Les « éléments prévus avec le médecin » peuvent correspondre à des missions telles que le portage des médicaments au domicile du patient ou la récupération de Déchets d'Activités de Soins à Risques Infectieux (DASRI) qui contribuent et améliorent incontestablement la prise en charge globale du patient.

Le décret aborde également les modalités pratiques lorsque le pharmacien décide d'un changement dans le traitement du patient :

« Le pharmacien mentionne le renouvellement de la prescription sur l'ordonnance. En cas d'ajustement de la posologie, le pharmacien précise sur une feuille, datée et signée, annexée à l'ordonnance, et comportant le timbre de la pharmacie, le nom du médicament qui donne lieu à un ajustement de la posologie ou le nom du produit concerné associé éventuellement à une prestation. Le pharmacien indique sur l'ordonnance la présence de la feuille annexée. Il informe le médecin prescripteur de l'ajustement de la posologie. Le dossier pharmaceutique du patient, [...], lorsqu'il existe, prend en compte tous ces éléments. »<sup>37</sup>

L'élaboration et la validation du protocole se fait en plusieurs étapes incontournables :

- Les professionnels de santé présentent à l'Agence Régionale de Santé (ARS) des protocoles de coopération.

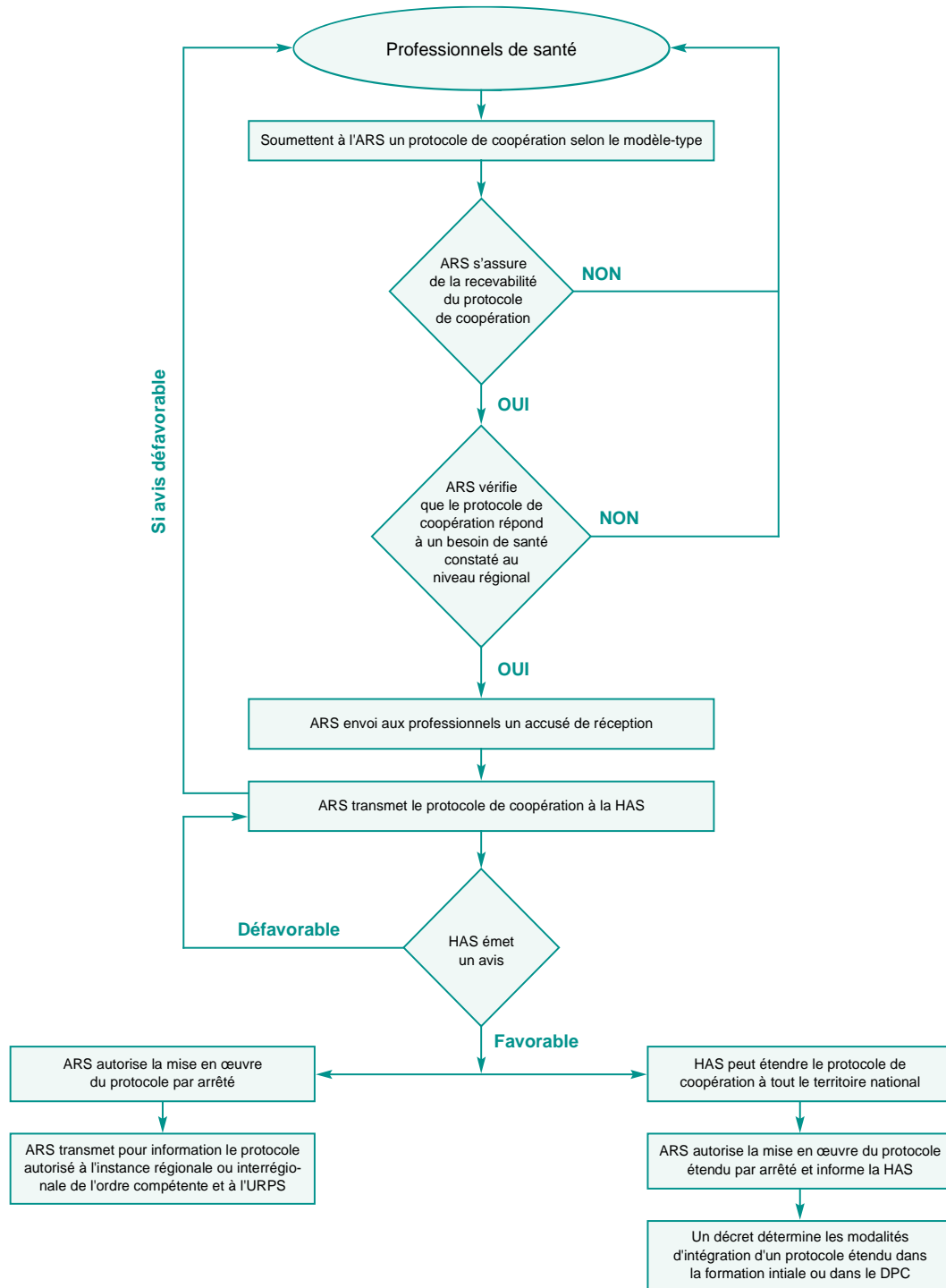
- L'agence vérifie les protocoles en s'assurant qu'ils répondent à un besoin de santé constaté au niveau régional. Elle les propose ensuite à la Haute Autorité de Santé (HAS).

- Les protocoles présentés stipulent l'objet et la nature de la coopération, en particulier les disciplines ou les pathologies ainsi que le lieu et le champ d'intervention des professionnels de santé concernés.

- Le directeur général de l'ARS autorise ces protocoles par arrêté pris après avis conforme de la HAS.

- L'ARS peut rompre, à tout moment, l'accord obtenu pour le protocole. Elle devra en informer les professionnels de santé et la HAS. <sup>37</sup>

Processus global de création d'un protocole de coopération



10 | Élaboration d'un protocole de coopération - Article 51 de la loi HPST

Figure 4 : Processus global de création d'un protocole de coopération (extrait du site de l'HAS)



Le décret a été publié au Journal Officiel le 7 avril 2011. Il peut donc être appliqué depuis cette date, mais la question reste de savoir le temps que nécessitera la mise en place de tels protocoles. La procédure de validation et d'acceptation des protocoles nécessite tout de même plusieurs allers-retours du dossier entre l'ARS et la HAS.

Cependant, cette possibilité de coopération entre médecins et pharmaciens est une porte ouverte pour faire face aux problématiques de disponibilité et de pérennité des professionnels de santé compte tenu de l'évolution observée de la démographie médicale et des nouveaux besoins des patients.

#### ***B. 4. La prise en charge à l'officine du patient en sortie d'hospitalisation***

##### **B. 4. 1. L'importance de la confidentialité à l'officine**

Le 25 juillet 2006, le Journal Officiel publiait un article (article 16) concernant les espaces de confidentialité en pharmacie :

« Le pharmacien prévoit dans son officine un espace de confidentialité où il peut recevoir isolément les patients. Cet espace est réputé adapté dès lors qu'il permet un dialogue entre le pharmacien et le patient en toute confidentialité. »<sup>39</sup>

Cet espace de confidentialité, recommandé aux pharmacies d'officine, reponsabilise le pharmacien et lui permet aussi d'aller plus loin dans la prise en charge du patient. Cela lui permet de recevoir le patient afin d'assurer une éducation thérapeutique, de mettre en place des bilans de médications dans le cadre de protocole de soins, d'organiser des campagnes de prévention (un dépistage du diabète par exemple), de délivrer une contraception d'urgence dans de bonnes conditions en assurant un conseil complet et dans le secret ou bien pour toute autre prise en charge pour laquelle la confidentialité est indispensable. Cette mesure renforce incontestablement le lien entre le pharmacien et son patient.

Dans le contexte parfois complexe de la sortie d'hospitalisation, cet espace semble un outil très important pour apporter une prise en charge satisfaisante aux patients. Il permet aux pharmaciens de faire le point en reprenant les nouveaux éléments de l'ordonnance avec le patient. Le rôle d'éducation thérapeutique du pharmacien prend tout son sens dans ce genre de prise en charge.

#### B. 4. 2. La sortie d'hospitalisation

Pendant son hospitalisation, le patient est pris en charge par un service, une équipe de soins qui mettent tout en œuvre afin d'améliorer son état et assurer une prise en charge optimale en réponse au motif de l'hospitalisation : il a subi des examens médicaux, le personnel médical lui a administré des médicaments, posé des perfusions...

Lors de sa sortie d'hospitalisation, le patient a très souvent une ou plusieurs prescriptions de l'hôpital. Ces prescriptions seront délivrées, cette fois, par la pharmacie d'officine du patient.

La pharmacie de ville ne possède, lors de la délivrance, aucune information sur ce qui a été administré au patient à l'hôpital. Elle ne connaît ni le motif de l'hospitalisation, ni la raison pour laquelle les traitements ont été modifiés. Devant tant d'incertitudes, il est parfois difficile d'ouvrir le dialogue avec le patient afin de poser les bonnes questions.

#### B. 4. 3. Synthèse

Aujourd'hui, au regard des moyens que l'on dispose en ville (le DP, les historiques informatiques...), les patients bénéficient, dans ce contexte pourtant particulier et délicat de la sortie d'hospitalisation, d'une prise en charge moins sécurisée du fait de l'absence totale d'historique médicamenteux sur une durée égale à celle de leur hospitalisation.

Dans un premier temps, nous avons décidé d'élargir l'utilisation de cette fiche de correspondance à d'autres services où l'interdisciplinarité est déjà très développée, en établissant une enquête de faisabilité. Cependant, cette fiche est-elle généralisable ?

Comme suite à cette enquête de faisabilité, nous avons entrepris de réaliser une étude qualitative sur la manière dont les médecins hospitaliers se représentent le pharmacien d'officine et la façon dont ils perçoivent le travail interdisciplinaire en collaboration avec le pharmacien d'officine.



### III. MATERIEL ET METHODE

#### A. ENQUETE DE FAISABILITE

##### ***A. 1. La présentation du projet aux externes en pharmacie***

J'ai choisi de présenter ce projet lors d'un staff se déroulant tous les jeudis à l'hôpital Nord. Ce staff réunit les externes en pharmacie effectuant leur stage au sein de cet hôpital. Toutes les semaines, plusieurs étudiants sont chargés de présenter un cas clinique auquel ils ont été confrontés dans le service où ils effectuent leur stage.

Par conséquent, j'ai contacté l'organisatrice du staff afin de présenter le projet de collaboration médecin hospitalier – pharmacien de ville. Elle a répondu positivement à ma demande. En outre, j'ai demandé à Clémence Grand de m'accompagner pour cette présentation, ce qu'elle a accepté. Je souhaitais qu'elle développe le travail qu'elle a effectué au sein des soins palliatifs. Etaient présents un externe du service de cardiologie, deux externes du service de la douleur, un externe du service d'allergologie et un externe du service de neurologie.

##### **A. 1. 1. L'objectif**

En premier lieu, je souhaitais grâce à cette présentation, informer les externes en pharmacie du fonctionnement de l'USP lors des sorties d'hospitalisation de ses patients.

Dans un second temps, je désirais les faire réagir sur une extension potentielle du projet dans leur service afin de recueillir leurs réactions et de mesurer leur motivation dans une telle démarche.

Enfin, je voulais leur laisser la parole concernant leur vision des sorties d'hospitalisation au sein des services qu'ils occupent et obtenir leurs critiques et remarques concernant ce projet pour améliorer et affiner la mise en place de cette transmission ville - hôpital.

## A. 1. 2. Le contenu

Nous avons présenté un power point de dix diapositives. Je l'avais construit de façon simple et ludique pour que ce soit à la fois rapide et clair. La première partie décrivait la mise en place au sein de l'USP. Ensuite, nous avons projeté la fiche de transmission qui fait le lien entre l'hôpital et la pharmacie de ville. Nous avons développé l'intérêt de la démarche pour les pharmacies et le bénéfice apporté dans la prise en charge du patient. De plus, j'ai développé les perspectives d'évolution du projet.

## A. 1. 3. Echange et réflexion

L'externe du service de cardiologie a évoqué certains problèmes lors de la sortie de patients au sein de son service pour lesquels cette démarche aurait pu être intéressante voire éviter les problèmes. L'externe de neurologie a expliqué que, pour son service, la démarche ne présente, à son avis, pas d'intérêt dans la mesure où les traitements des patients sortant de l'hôpital sont très rarement modifiés. L'externe du service d'allergologie a signalé qu'une infirmière de son service est déjà chargée de faxer les ordonnances de sortie. Cependant, elle pense qu'un relais papier détaillé sur la sortie d'hospitalisation peut être intéressant car le retour à domicile du patient nécessite souvent beaucoup de matériel. L'externe du service de la douleur a dit que le projet présenterait un intérêt pour son service. Des séances d'éducation thérapeutique sont déjà dispensées aux patients par les externes en pharmacie du CETD. « Cela permettrait de prolonger notre travail si l'on communiquait plus d'informations à la pharmacie de ville. On assurerait comme un relais de l'hôpital vers la ville. »

Tous les externes ont semblé motivés par ce projet qu'ils ont jugé intéressant et utile. Néanmoins, il est ressorti certains points à améliorer, notamment la mise en pages de la fiche de transmission pas assez officielle d'après eux. Il a été suggéré de mettre le logo du CHU de Nantes en en-tête afin d'identifier immédiatement la nature officielle du document.

De plus, certains externes ont précisé que si les sorties s'effectuaient l'après-midi, il était dommage que le patient ne bénéficie pas de cette transmission faute de présence des externes en pharmacie à l'hôpital les après-midi. Dans ce cas, il a été évoqué l'intérêt d'anticiper les sorties d'hospitalisation par les externes en pharmacie. Quand celles-ci sont prévues l'après-midi, la fiche de transmission sera remplie et envoyée le matin en même temps que l'appel de la pharmacie du patient. Les externes en pharmacie ont également trouvé très intéressante l'idée de travailler en binôme avec l'externe en médecine.

## ***A. 2. L'essai de mise en place par le CETD***

### **A. 2. 1. La rencontre du médecin**

J'ai contacté ce médecin par mail en lui expliquant mon projet. Il a répondu avec intérêt et m'a invitée à présenter le projet lors d'un staff de son service.

J'ai assisté au staff qui réunit les médecins et internes en médecine, deux psychiatres, un psychologue, deux kinésithérapeutes et les deux externes en pharmacie. Les hospitalisations durent entre une et deux semaines. Ce service effectue donc des sorties d'hospitalisations toutes les semaines. De multiples professionnels de santé interviennent dans la prise en charge du patient pendant l'hospitalisation. Ce service semble accorder une importance particulière à la prise en charge pluridisciplinaire du patient. Cette rencontre m'a permis d'avoir une première approche globale du fonctionnement de ce service me faisant mesurer l'intérêt que pourrait représenter la collaboration médecin – pharmacien.

Pendant ce staff, j'ai appris que certains patients présentaient une addiction à des médicaments tels que les dérivés codéinés (Néocodion®). La transmission hôpital - ville, dans ce cas, prendrait tout son sens : elle permettrait d'aiguiser la vigilance du pharmacien d'officine face à de telles addictions et ainsi, de mieux les prendre en charge en ouvrant le dialogue avec le patient. De plus, certains contextes psychologiques délicats ont été abordés. Là encore, la transmission est vraiment

utile pour que le pharmacien soit sensibilisé à cet aspect de la prise en charge. Des entretiens d'éducation thérapeutique mis en place au sein de ce service semblent avoir un effet bénéfique sur les patients. Certains patients confondaient leurs interdoses et leurs doses basales : ils prenaient ainsi des formes à libération prolongée de Skenan® de manière rapprochée et ils s'exposaient à un risque de surdosage. Après les séances, les patients gèrent a priori mieux leurs traitements. En signalant cette confusion dans la fiche de transmission, le pharmacien sera sensibilisé et pourra veiller à la bonne administration des médicaments en la rappelant au patient.

Après discussion et accord du médecin responsable, nous avons essayé de mettre en place la démarche de transmission ville - hôpital. J'ai pris contact avec les externes en pharmacie afin de leur expliquer la méthode de remplissage de la fiche. Nous avons également modifié la fiche de transmission en adaptant l'en-tête et en y ajoutant certains éléments particuliers du service.

Après plusieurs semaines, la mise en place a dû être interrompue car elle suscitait plusieurs inquiétudes au sein du service, notamment quant au partage du secret médical avec le pharmacien, au lieu de stockage des dossiers envoyés au sein de l'officine, à la sécurité de l'envoi par fax ainsi qu'une interrogation au niveau du consentement du patient.

## A. 2. 2. Focus group : discussion lors du staff recherche

### A. 2. 2. 1. Contexte

Nous avons décidé de présenter, avec Nathalie Denis, dans le cadre d'un staff recherche à l'hôpital Nord Laënnec, le projet de collaboration pluriprofessionnelle mis en place dans le service de soins palliatifs afin de recueillir les réactions des collègues.



Nous avons préparé un power point d'une quinzaine de minutes afin d'expliquer la démarche et la façon dont les sorties d'hospitalisation se déroulent désormais en soins palliatifs.

Le groupe comprenait des médecins du CETD, des psychiatres, des internes en médecine du CETD, un externe en pharmacie, une interne en médecine de l'USP, une psychologue... Un public assez varié et a priori concerné par la prise en charge pluriprofessionnelle des patients lors de leur sortie d'hospitalisation.

#### *A. 2. 2. 2. Réalisation du focus group*

Après avoir présenté la fiche de transmission envoyée au pharmacie d'officine lors des sorties d'hospitalisation, nous avons posé la question suivante à notre auditoire : « Que pensez-vous de cette démarche ? ».

Les réactions ont été multiples et ont laissé place à une discussion.

Tout d'abord, il y a eu une réaction positive : « la responsabilité du pharmacien et son investissement dans la prise en charge des patients sont sous-estimés. » La démarche était tout à fait approuvée par un des membres de l'assemblée à qui il semblait opportun de communiquer avec le pharmacien. Le contenu de la fiche de transmission a été approuvé par l'ensemble des personnes avec un intérêt particulier pour le tableau présentant les traitements à l'entrée et à la sortie de l'hospitalisation.

D'autres participants au staff étaient plus méfiants : « Cette démarche respecte-t-elle le secret médical ? », « A-t-on le droit de donner ce type d'information au pharmacien ? », « Admettons que l'on ait le droit, comment être sûr que ce soit le pharmacien qui réceptionne ces informations et non un autre membre de l'équipe officinale ? », « Dans ce cas, le secret médical ne serait plus respecté ? », « Je ne comprends pas l'intérêt de communiquer sur l'entourage du patient au pharmacien ? »

Nous avons pu ressentir une appréhension concernant cet échange d'informations médicales sur un patient commun du médecin et du pharmacien. Nous avons alors rappelé à l'assemblée que **toute l'équipe officinale est soumise au secret**

**médical**, que ce soit le pharmacien, la préparatrice ou le préparateur, les étudiants en pharmacie, les apprenti(e)s ou stagiaires... Nous avons également expliqué qu'il est important, pour le pharmacien, de connaître les aidants principaux du patient. Ce seront ses interlocuteurs privilégiés à la pharmacie ou au domicile du patient lorsqu'il va le livrer.

### ***A. 3. L'essai de mise en place par le service de gériatrie***

#### **A. 3. 1. La rencontre du médecin**

J'ai décidé de contacter ce médecin par mail en lui fournissant mes motivations et en sollicitant un rendez-vous. Nous avons convenu de nous rencontrer dans le service où il travaille, en Médecine Aiguë Gériatrique.

Je lui ai présenté le projet de collaboration médecin - pharmacien en lui expliquant la volonté d'assurer une bonne communication hôpital - ville lors des sorties d'hospitalisation. J'avais apporté, comme support, la fiche de transmission avec laquelle nous travaillons en soins palliatifs et le courrier expliquant la démarche au pharmacien d'officine. J'ai également abordé le fait que ce projet s'intègre pleinement dans le cadre de la loi HPST qui donne pour mission au pharmacien la participation à la coopération entre professionnels de santé. Ce médecin avait connaissance de l'évolution des responsabilités du pharmacien d'officine qui peut, désormais, être désigné pharmacien correspondant dans le cadre d'un protocole de collaboration avec le médecin.

A la fin de notre entretien, je demande à ce médecin si ce projet pourrait l'intéresser au sein du service de la MAG. J'ai précisé que le projet fonctionnait de cette manière au sein des soins palliatifs, mais qu'il était envisageable de l'adapter au mieux au service de gériatrie et à ses patients, si toutefois il souhaitait le mettre en place. Il serait possible de créer une fiche plus synthétique.

Il a trouvé le projet intéressant et a conscience du bénéfice que cela pourrait

apporter dans la prise en charge des patients. Il me dit être, parfois, au sein de l'hôpital comme « dans une tour » et avoir le sentiment de passer à côté de ce qui peut se produire à la sortie. Ce médecin m'explique qu'il retrouve certains de ses patients prenant à nouveau des traitements volontairement supprimés lors de la précédente hospitalisation dans son service. Il se demande si ces traitements ne sont pas réinstaurés en ville à cause d'un défaut de communication avec les professionnels de santé de ville. Il m'explique qu'« il faut alors reprendre toute l'ordonnance et refaire le même travail. »

Cependant, dès qu'il y a instauration de traitements AVK chez un patient, le médecin traitant est systématiquement contacté par le service avant la sortie d'hospitalisation. Sinon, le service n'a ni le temps de faxer les ordonnances de sortie, ni celui d'appeler la pharmacie pour la prévenir de la sortie du patient. Le médecin me fait savoir qu'il n'est pas réellement confronté au problème de commande de produits dans les délais car, en général, les pharmacies possèdent en stock les médicaments prescrits.

**Malgré l'intérêt qu'il reconnaît à la démarche, la mise en place d'un tel projet ne lui semble pas réalisable dans la mesure où il ne sait pas qui pourrait remplir la fiche de transmission.** Les internes travaillent tous les jours jusqu'à 21 h et ils rédigent déjà deux comptes rendus pour le médecin généraliste (un court, manuscrit, et un long, dicté, que doivent saisir les secrétaires), ce qui prend du temps et retarde la transmission. Les externes en médecine s'occupent de dix patients chacun. De plus, l'externe en pharmacie se consacre déjà à un travail qui lui prend tout son temps. Afin de faire mesurer l'intérêt de la démarche à ce médecin, je lui propose de prendre en charge le remplissage de la fiche de transmission en intervenant quelques semaines dans le service en tant que stagiaire. Ma proposition ne sera malheureusement pas acceptée.

#### ***A. 4. Les difficultés rencontrées lors des deux essais***

Lors de ces rencontres, nous avons été confrontées à plusieurs difficultés.

Tout d'abord, **le manque de temps du personnel médical au sein des services** a été bien souvent un facteur déterminant dans la qualité ou même la possibilité de mise en place du projet. Les médecins et les internes sont très occupés. Les externes effectuaient parfois d'autres missions qu'ils ne pouvaient pas abandonner.

**La difficulté de se faire connaître et reconnaître dans un service que l'on ne connaît pas** a aussi été un frein à la mise en place. Malgré ma présentation lors du staff, il n'est pas évident pour une équipe de soins d'adhérer à une démarche proposée par une personne qui n'est pas membre de leur équipe de soins. Dans le premier service, certains membres de l'équipe n'ont pas été informés de la démarche à cause de leur absence au staff. Il y a eu un défaut de communication sur le projet.

**L'appréhension de l'équipe face à la transmission des données par fax à la pharmacie** a aussi été évoquée. Ce moyen de communication ne leur semblait pas assez sûr pour transmettre des données médicales.

Ce service responsabilise et essaie au maximum de rendre les patients acteurs de leurs prises en charge. Après discussion, les membres de l'équipe auraient préféré une communication grâce à une lettre sous pli confidentiel adressé au pharmacien. **La lettre sous pli confidentiel rend le patient acteur de sa prise en charge, définit un pharmacien interlocuteur privilégié et permet de s'assurer du consentement du patient, car c'est lui qui y contribue.** Cette remarque de la part de l'équipe a mis en évidence **la spécificité de chaque service.** Dans un service de soins palliatifs, par exemple, il ne serait pas envisageable de confier ce compte-rendu au malade en raison de sa perte d'autonomie. Dans d'autres services, il est nécessaire et bénéfique de l'intégrer dans sa prise en charge et de le responsabiliser.

**Il y a eu des craintes de l'équipe par rapport au stockage de ces données médicales au sein de la pharmacie d'officine.** Les soignants craignaient qu'elles ne soient pas stockées dans un endroit confidentiel. La pharmacie d'officine leur semblait un endroit « trop ouvert ».

**La peur de divulguer des informations médicales à des membres de l'équipe officinale « non pharmaciens » a aussi été exprimée.**

**Enfin, il y a eu des incompréhensions sur la nature des données médicales transmises au pharmacien d'officine.** Leur intérêt n'était pas clair pour certains médecins. Pour eux, il n'était pas nécessaire de détailler certaines pathologies au pharmacien.

## B. LA DECISION D'EXPLORER LES RAISONS DE CES ECHECS DE DIFFUSION DE LA FICHE A L'AIDE D'UNE ETUDE QUALITATIVE

Ces échecs de diffusion de la fiche nous ont amenées à nous poser cette question :

### **Y a-t-il une réticence à l'interdisciplinarité médecins – pharmaciens ?**

Afin de répondre à cette question, nous avons décidé de réaliser une étude qualitative auprès de médecins hospitaliers. Cette étude développe la manière dont des médecins hospitaliers se représentent le pharmacien officinal et leurs visions de la place que pourrait occuper le pharmacien dans un travail interdisciplinaire avec eux.

#### ***B. 1. Elaboration du questionnaire***

Nous avons préparé six questions permettant aux médecins de réagir sur ce thème.

- 1) Pharmacien : commerçant, confrère ou acteur de santé ? Pouvez-vous développer l'image que vous avez du pharmacien d'officine ?
- 2) Quelle responsabilité légale pensez-vous que le pharmacien engage par rapport à celle du médecin lors de la délivrance d'ordonnances ?
- 3) Dans le cadre d'un travail interdisciplinaire médecin - pharmacien, que pensez-vous qu'un pharmacien pourrait vous apporter dans votre exercice quotidien ?
- 4) Pensez-vous que la personne malade a un pharmacien référent et le connaît ?

5) La loi HPST fait évoluer les missions du pharmacien... Avez-vous connaissance de ces missions ?

Pour vous, quels sont les rôles essentiels du pharmacien d'officine ?

6) Le partage du secret médical vous gêne-t-il ?

Qu'en pensez vous ? Souhaiteriez vous instaurer cette prise en charge dans votre service?

## ***B. 2. Matériel et méthode de l'étude***

Dans le cadre de cette étude, nous avons interviewé des médecins qui exercent des disciplines transversales faisant appel à l'interdisciplinarité. Trois médecins palliatologues, trois médecins gériatres et quatre médecins algologues ont répondu à cette interview. Leurs âges sont variés allant d'une trentaine à une soixantaine d'années. Leurs fonctions sont diverses : interne en médecine, praticien hospitalier, chef de clinique, chef de service. Plusieurs médecins ayant répondu à cette étude avaient auparavant exercé leur spécialité ou la médecine générale en ville.

Ces dix médecins ont été contactés par mail ou par téléphone. Après leur accord pour nous rencontrer, nous avons convenu d'un rendez-vous à l'hôpital, à chaque fois sur leur lieu d'exercice.

Nous avons choisi la technique de l'entretien semi-directif car il s'adapte mieux à l'étude d'une situation vécue.

Effectivement, comme le soulignent A. Blanchet et A. Gotman dans « L'enquête et ses méthodes : l'entretien »<sup>40</sup>, « l'enquête par l'entretien est l'instrument privilégié de l'exploration des faits dont la parole est le vecteur principal. Ces faits concernent les systèmes de représentations (pensées construites) et les pratiques sociales (faits expérimentés). »

R. Quivy et L. Van Campenhoudt, dans « Manuel de recherche en sciences sociales »<sup>41</sup>, expliquent : « les méthodes d'entretien se distinguent des enquêtes par questionnaire, car elles se caractérisent par un contact direct entre le chercheur et ses interlocuteurs et par une faible directivité de sa part. (...) Un entretien est dit

semi-directif en ce sens qu'il n'est ni entièrement ouvert, ni canalisé par un grand nombre de questions précises. Généralement, le chercheur dispose d'une série de questions-guides, relativement ouvertes, à propos desquelles il est impératif qu'il reçoive une information de la part de l'interviewé. Mais il ne posera pas forcément toutes les questions dans l'ordre où il les a notées et sous la formulation prévue. Autant que possible, il « laissera venir » l'interviewé afin que celui-ci puisse parler ouvertement, dans les mots qu'il souhaite et dans l'ordre qui lui convient. Le chercheur s'efforcera simplement de recentrer l'entretien sur les objectifs chaque fois qu'il s'en écarte et de poser les questions auxquelles l'interviewé ne vient pas par lui-même, au moment le plus approprié et de manière aussi naturelle que possible. »

En effet, il nous semblait plus intéressant de rencontrer physiquement les personnes afin de faciliter les échanges sur ce sujet.

Les entretiens, d'une durée de vingt à quarante minutes, ont été enregistrés afin de me permettre d'être plus attentive aux paroles des médecins pendant nos échanges. Cela me permettait également de rebondir ou de leur demander plus aisément un complément de réponses. Ils ont ensuite été retranscrits pour faciliter leurs analyses. Ils sont intégralement reproduits en *Annexe 6*.

Nous avons réalisé une analyse de contenu, entretien par entretien. Pour cela, avec l'aide du Dr Denis, nous avons étudié les interviews séparément et pour le Dr Denis de façon anonyme. Nous avons chacune pu dégager des codages descriptifs. Ensuite, les codages descriptifs ont été regroupés en sous-catégories puis en plusieurs grands thèmes d'analyse.

## IV. RESULTATS

L'analyse des interviews s'est faite selon cinq grands thèmes :

- 1 - la représentation globale du pharmacien d'officine par les médecins hospitaliers
- 2 - la place d'un pharmacien référent mise en avant par les médecins
- 3 – la reconnaissance de la responsabilité légale du pharmacien d'officine pour certains, mais une méconnaissance pour d'autres
- 4 - les missions et le rôle du pharmacien d'officine connus des médecins
- 5 - la conception des médecins du travail interdisciplinaire avec le pharmacien d'officine

### A. LA REPRESENTATION GLOBALE DU PHARMACIEN D'OFFICINE

#### ***A. 1. L'image du pharmacien d'officine***

##### A. 1. 1. Le pharmacien majoritairement vu comme un acteur de santé

Les dix médecins interviewés ont été unanimes quant à l'image du pharmacien acteur de santé. Cette image s'est traduite par :

- « le pharmacien est un acteur de santé majeur » (interview B p. 97)
- « un acteur de santé dans le sens où il est en première ligne pour des conseils classiques à la population classique avec un rôle de prévention au quotidien » (interview C p. 101)
- « il devient encore plus acteur de santé en étant responsable d'une prescription et de la personne qui est en face de lui ». (interview J p. 134)

##### A. 1. 2. Le pharmacien globalement reconnu comme collaborateur

Les dix médecins ont mis en avant l'esprit de collaboration entre médecin et pharmacien par :



- « il a donc un rôle de collaboration pluriprofessionnelle en réorientant le patient vers un confrère médecin » (interview C p. 101)
- « il y a une sorte de contrat moral entre un référent médecin et un référent pharmacien pour prendre en charge le patient » (interview C p. 102)
- « partenaire de santé ». (interview D p. 107)

### A. 1. 3. Le pharmacien est un confrère

Neuf médecins sur dix ont exprimé **les liens de confraternité** qu'ils ressentent à l'égard du pharmacien d'officine. Tels ont été leurs propos :

- « un confrère avec lequel on peut échanger sur un détail de l'ordonnance pour un patient commun » (interview C p. 101)
- « confrère sans hésiter » (interview E p. 111)
- « confrère...oui évidemment...parce que nous sommes amenés à échanger au quotidien sur la santé. » (interview F p. 116)

Cependant, un médecin a été catégorique sur le fait que le pharmacien n'est pas, pour lui, un confrère :

- « Ce n'est pas un confrère. Je suis désolé, on est confrère dans le même métier. » (interview B p. 97)

### A. 1. 4. Le pharmacien perçu comme un commercial

Lors des interviews, l'image de commerçant est citée à 4 reprises :

- « commerçant...oui...à la vue de certaines officines » (interview F p. 116)
- « il y a quelques mois, je n'aurais même pas dit commerçant, j'aurais dit épicier ! » (interview G p. 120)
- « malheureusement, la partie commerçante intervient un peu trop au-devant de la scène pour certains » (interview H p. 124)

## **A . 2. La représentation de la place du pharmacien d'officine**

A. 2. 1. La reconnaissance du rôle et de la qualité de la formation est réelle.

La place et l'importance des missions du pharmacien d'officine ont été mises en évidence par :

- « effectivement, je pense que vous avez les bases médicales et une connaissance de la pharmacologie » (interview G p. 120)
- « l'image que j'en ai est plutôt positive » (interview E p. 111)
- « ils ont une place importante car les patients posent toujours beaucoup de questions à leurs pharmaciens » (interview D p. 107)
- « la formation qu'il possède est tout à fait adaptée aux nouvelles modalités d'application de cette loi » (interview J p. 135)
- « il a accès, par ses connaissances techniques, à un savoir. » (interview J p. 137)

A. 2. 2. Le sentiment de nécessité du pharmacien existe

Le fait que cet acteur de santé leur semble indispensable dans la prise en charge du patient s'est traduit par des phrases comme :

- « je pense que nous sommes complémentaires et que nous avons besoin l'un de l'autre. » (interview G p. 120)
- « Pour moi, c'est un acteur de santé indispensable. » (interview E p. 113)
- « le seul espoir du maintien (qui est nécessaire !) de la présence des pharmaciens d'officine... » (interview B p. 98)

A. 2. 3. L'image négative véhiculée par la faculté

Dans deux interviews, cette image négative du pharmacien véhiculée tout au long des études médicales a été évoquée par de jeunes médecins.

Nous avons retrouvé cette notion par des réactions comme :

- « commerçant...un peu...mais ça c'est à cause de l'image que l'on en a de la fac ! » (interview D p. 107)
- « Je reproche à mes études de nous avoir mis en opposition alors que l'on a besoin de travailler ensemble. » (interview G p. 120)

## B. LA PLACE DU PHARMACIEN REFERENT MISE EN AVANT PAR LES MEDECINS

### ***B. 1. La vision d'un interlocuteur privilégié à l'officine***

- « je pense que cela peut être intéressant que le patient ait un interlocuteur privilégié ; le pharmacien en est un. » (interview H p. 127)
- « dans notre service, ils ont leur pharmacien ! C'est toujours le même. C'est très appréciable » (interview E p. 112)
- « je pense qu'ils ont une pharmacie référente ; un pharmacien pas forcément » (interview D p. 109)
- « Pour nous, de la même manière que nous avons le médecin traitant, nous avons le pharmacien traitant » (interview E p. 113)

### ***B. 2. L'image de la fidélité des patients à leurs pharmacies***

- « je pense que la fidélité de fréquentation de la pharmacie est proportionnelle à la chronicité de la pathologie et à l'âge du patient » (interview F p. 117)

C. IL Y A GLOBALEMENT UNE RECONNAISSANCE DE LA RESPONSABILITE LEGALE DU PHARMACIEN D'OFFICINE MAIS UNE MECONNAISSANCE POSSIBLE

### ***C. 1. La distinction entre les missions du médecin et celles du pharmacien mise en avant***

- « L'un prescrit, l'autre délivre » (interview F p. 116)
- « le médecin est responsable de sa prescription et le pharmacien est responsable de sa délivrance » (interview B p. 97)

### ***C. 2. La reconnaissance à travers le partage de la responsabilité***

La majorité des médecins hospitaliers ont évoqué le partage de la responsabilité lors de la délivrance d'une ordonnance en ces termes :

- « ils sont coresponsables » (interview B p. 97)
- « je pense que nous sommes tous les deux impliqués et que chacun de nous doit bien faire son travail. » (interview E p. 111)

Seulement trois médecins pensent que le médecin possède toute la responsabilité :

- « je pense que le médecin a toute la responsabilité » (interview G p. 121)

### ***C. 3. La méconnaissance concernant la responsabilité légale du pharmacien***

Trois médecins ont hésité avant de répondre à cette question et ont montré une méconnaissance des responsabilités du pharmacien d'officine :

- « je ne sais pas si le pharmacien possède une responsabilité » (interview G p. 121)

## **D. LEUR CONNAISSANCE DES MISSIONS ET DU RÔLE DU PHARMACIEN D'OFFICINE**

### ***D. 1. Les rôles du pharmacien d'officine reconnus par les médecins***

#### **D. 1. 1. Le rôle primordial d'éducation thérapeutique**

- « pour moi, le rôle principal du pharmacien d'officine se situe vraiment sur l'éducation thérapeutique du patient » (interview D p. 109)

## D. 1. 2. La sécurisation de la délivrance grâce au contrôle de l'ordonnance

- « le pharmacien est aussi là pour nous alerter concernant nos ordonnances » (interview D p. 109)

## D. 1. 3. L'apport de connaissances pharmacologiques

- « ils ont un rôle de nous signaler l'incompatibilité de ces deux traitements » (interview D p. 109)

## D. 1. 4. L'aide à la prescription

- « ils peuvent nous proposer des alternatives médicamenteuses mieux tolérées » (interview D p. 109)
- « l'analyse de l'ordonnance pouvant aboutir à rediscuter la prescription avec le médecin » (interview D p. 109)
- « j'attends aussi qu'ils soient critiques face à nos ordonnances » (interview F p. 117)

## D. 1. 5. Le rôle de conseil

- « il doit aussi accompagner la délivrance de conseils » (interview G p. 122)

## D. 1. 6. Le rôle de prévention et de réorientation

Il est peu évoqué.

- « un rôle de prévention au quotidien » (interview C p. 101)
- « il peut aider à la prévention vaccinale de la population » (interview C p. 101)

## ***D. 2. L'image de l'évolution du rôle du pharmacien***

- « je vois d'un bon œil cette évolution du pharmacien vers l'éducation thérapeutique » (interview H p. 124)
- « ils prendront en charge ce conseil et cette éducation thérapeutique. C'est l'avenir de la pharmacie » (interview B p. 98)
- « Cette semaine, dans les médias, on a parlé de la rémunération du pharmacien pour cette mission. Cela me semblerait tout à fait justifié. » (interview B p. 99)

## **E. LEUR CONCEPTION DU TRAVAIL INTERDISCIPLINAIRE AVEC LE PHARMACIEN D'OFFICINE**

### ***E. 1. Les points positifs relevés par les médecins : les atouts du pharmacien***

#### **E. 1. 1. L'apport de connaissances sur le matériel médical**

- « Le pharmacien peut être amené à installer ou expliquer au patient le fonctionnement du matériel » (interview F p. 117)
- « je pense que le pharmacien peut nous apporter de nombreuses informations sur le médicament mais aussi sur le matériel médical. » (interview C p. 102)
- « on ne sait pas toujours bien prescrire le matériel médical » (interview C p. 102)

#### **E. 1. 2. L'atout de la proximité du pharmacien avec le patient**

- « à force, il y a des choses qui passent et un lien s'est créé entre le pharmacien et le patient » (interview C p. 102)

- « par rapport au médecin hospitalier, je crois que le pharmacien d'officine possède l'avantage d'être un homme de terrain » (interview J p. 135)
- « le patient dit certaines choses à son pharmacien qu'il ne dit pas à son médecin » (interview D p. 108)

### E. 1. 3. L'importance de l'éducation thérapeutique

Cette notion d'intégration du pharmacien dans l'éducation thérapeutique du patient est intervenue à l'unanimité chez les médecins :

- « on doit pouvoir s'appuyer sur le pharmacien pour réexpliquer nos prescriptions au patient » (interview F p. 116)
- « le rôle d'éducation thérapeutique du pharmacien est capital » (interview F p. 117)

### ***E. 2. L'intérêt du croisement des regards évoqué par les médecins***

Les médecins ont évoqué l'importance du croisement des regards des deux professionnels de santé pour sécuriser la délivrance :

- « Cela fait un double regard sur la prescription » (interview A p. 91)

### ***E. 3. Les contraintes de ce travail interdisciplinaire***

#### E. 3. 1. Certains ont une méconnaissance des fonctions du pharmacien

- « je n'ai aucune connaissance de ces nouvelles missions du pharmacien » (interview G p. 122)

#### E. 3. 2. Les médecins abordent les difficultés de communication médecins – pharmaciens

- « je pense que beaucoup de pharmaciens mettent en avant la difficulté de rentrer en contact avec un collègue médecin pour revoir sa prescription » (interview H p. 125)

### E. 3. 3. La contrainte du temps à l'hôpital semble être un frein.

- « on est tous extrêmement contraints par le temps »... « le praticien hospitalier ne peut pas démultiplier les interlocuteurs. Cela ne veut pas dire qu'ils ne sont pas intéressants » (interview H p. 126)

- « clairement, le médecin n'a pas le temps et ne prend pas le temps »... « on ne prend pas le temps d'expliquer ce que l'on écrit sur l'ordonnance » (interview I p. 133)

## ***E. 4. Leur perception du partage du secret médical avec le pharmacien d'officine***

### E. 4. 1. La perception négative

#### *E. 4. 1. 1. La peur de la perte du pouvoir*

-« ...dans le monde médical qui avait l'impression de perdre son pouvoir » (interview C p. 103)

- « le fait de ne pas donner d'informations au pharmacien...c'est simplement pour que le médecin puisse avoir un pouvoir qu'il n'est pas capable de gérer » (interview J p. 137)

#### *E. 4. 1. 2. La rivalité par rapport à la prescription*



- « les pharmaciens nous appelaient donc souvent...je pensais que je prescrivais ce que je voulais » (interview G p. 121)
- « le médecin...n'aime pas trop que l'on farfouille dans ses prescriptions » (interview H p. 125)

#### *E. 4. 1. 3. Le problème de la confidentialité à l'officine*

- « je pense que l'espace de confidentialité au sein des pharmacies est très important » (interview J p. 136)
- « il y a aussi un manque de confidentialité...je ne trouve pas ce lieu très confidentiel » (interview A p. 93)

#### *E. 4. 1. 4. L'appréhension sur la sécurité des moyens de communication*

- « Ce n'est plus un fax qu'on envoie on ne sait même pas trop où » (interview H p. 130)

### **E. 4. 2. La perception positive**

#### *E. 4. 2. 1. Le pharmacien, premier interlocuteur lors du retour à domicile*

- « le pharmacien qui est le premier à accueillir le patient après sa sortie d'hospitalisation » (interview I p. 133)

#### *E. 4. 2. 2. L'intérêt du patient*

- « c'est essentiel pour que le médecin ne se trompe pas, que le pharmacien ne se fasse pas avoir et que le patient soit bien pris en charge » (interview C p. 103)
- « au final, c'est la prise en charge du patient l'objectif » (interview C p. 105)

### *E. 4. 2. 3. La temporalité d'arrivée des courriers des médecins hospitaliers*

- « les délais de courriers de compte rendu que l'on envoie habituellement, c'est huit jours dans le meilleur des cas. Là, cela permet de pouvoir bien prendre en charge tout de suite le patient » (interview C p. 104)

## **V. DISCUSSION ET PERSPECTIVES**

### **A. DISCUSSION**

Si les résultats de notre modeste travail montrent une réelle volonté des médecins de travailler avec les pharmaciens, ils ne peuvent être généralisés. Cependant, ils restent très encourageants pour les perspectives d'évolution de cette collaboration.

Ce travail pourrait être poursuivi en procédant à une dizaine d'interviews supplémentaires de médecins de façon à obtenir une saturation des thèmes. La saturation des thèmes atteinte, il n'est plus nécessaire de poursuivre les interviews. Les études qualitatives s'effectuent en général sur 15 interviews.

Néanmoins, il ressort de cette étude que, globalement, la responsabilité légale du pharmacien d'officine est reconnue mais aussi parfois méconnue.

Le pharmacien est perçu comme un véritable acteur de santé de proximité. Il est bien souvent le premier professionnel de santé que le patient contacte en sortant de l'hôpital. La proximité des pharmaciens avec les patients semble être un atout indéniable pour les médecins interrogés dans cette étude.

La reconnaissance du rôle du pharmacien et de la qualité de la formation est réelle. Il est globalement reconnu comme un collaborateur même si le terme d'interdisciplinarité n'est pas prononcé.

L'interdisciplinarité est définie par Jean-Michel Lassaunière comme « la volonté d'analyser un objet d'étude complexe sur la base d'une collaboration entre professionnels différents et complémentaires. » et il poursuit ainsi : « l'interdisciplinarité exprime la dynamique entre les personnes qui échangent à partir de leur domaine de connaissance. Il ne s'agit plus d'accoler une série de connaissances mais, par le jeu du dialogue, de les mêler pour qu'elles s'apportent mutuellement. Le résultat espéré est un enrichissement de la compétence des personnes et de leur compréhension d'une situation. »<sup>42</sup> La reconnaissance du pharmacien comme collaborateur semble donc être un premier pas vers l'interdisciplinarité.

Les médecins interviewés mettent en avant la distinction entre leurs missions et celles du pharmacien et expriment une réelle volonté de travailler ensemble. Cependant, il existe des interrogations concernant les modalités de cette interdisciplinarité. Le Dossier Médical Personnel (DMP), en plein développement actuellement, pourrait être un élément de réponse aux inquiétudes des médecins quant à la sécurisation et à la confidentialité de la transmission des informations médicales aux pharmaciens.

Concrètement, l'interdisciplinarité existe aussi au niveau du contrôle de l'ordonnance. En effet, les médecins jugent nécessaire l'intervention du pharmacien pour sécuriser la prescription et mettent en évidence l'importance du double regard sur leurs ordonnances. Cette interdisciplinarité est renforcée par les compétences du pharmacien en termes d'éducation thérapeutique du patient et de connaissances du matériel médical, très appréciées par les médecins.

Cette volonté de démarche interdisciplinaire est donc présente malgré certaines contraintes. Cette démarche de collaboration pourrait certainement être étendue à d'autres domaines grâce à une meilleure connaissance des missions du pharmacien. La contrainte du temps pour les médecins semble également être un frein important. Néanmoins, la mise en place de cette démarche pourrait s'avérer un gain de temps pour les professionnels concernés. En généralisant cette démarche, les difficultés de communication médecins - pharmaciens évoquées lors de cette étude pourraient s'améliorer.

Nous avons relevé dans ce travail que la rivalité par rapport à la prescription et la peur de la perte du pouvoir sont peu évoquées, ce qui traduit une certaine évolution de la perception des rôles chez les médecins pratiquant en interdisciplinarité. Cette collaboration permet une amélioration de la qualité de la prise en charge de la personne malade comme le démontrent certaines études, notamment chez nos collègues canadiens, très précurseurs dans le domaine de l'interprofessionnalité.

## B. PERSPECTIVES

**Du 9 au 12 octobre 2012, se tiendra à Montréal (Canada), le 19<sup>e</sup> Congrès International sur les soins palliatifs.**<sup>43</sup> Nathalie Denis et moi-même avons pensé qu'il serait intéressant de communiquer sur le fonctionnement actuel des soins palliatifs de Nantes lors des sorties d'hospitalisation ainsi que sur le travail de collaboration médecin – pharmacien engagés dans cette démarche. Nous avons donc proposé un abstract pour ce congrès. (*voir annexe 7*)

**La modernisation et la revalorisation du rôle du pharmacien grâce à la loi HPST** est sûrement une opportunité de mieux faire connaître le métier de pharmacien.

**Au sein du service de gériatrie de l'hôpital Saint-Jacques à Nantes,** a été récemment mis en place un système de fiche de transmission destinée aux pharmacies d'officine lors de la sortie d'hospitalisation des patients. Ces mesures récentes prouvent l'importance et la nécessité, pour les acteurs de terrain, de développer l'interdisciplinarité.

**Les cours communs aux médecins et pharmaciens** ont débuté avec la mise en place de la **PACES**. On peut penser que cette réforme pourrait permettre de mieux faire connaître les compétences de chacun. Sur le plan pédagogique, ne pourrait-on pas poursuivre cette démarche avec la réalisation de séminaires optionnels communs aux externes en médecine et en pharmacie par exemple ?

**Certains diplômes universitaires sont communs aux médecins et pharmaciens,** tels que le DU de soins palliatifs qui est ouvert à tous les acteurs de santé.

Le développement de ce genre d'expérience pourrait être intéressant dans d'autres disciplines.

Si l'enseignement pluriprofessionnel peut être déjà une solution permettant aux professionnels de mieux se connaître, l'éducation à la collaboration interprofessionnelle existe ; elle a fait l'objet d'un très grand projet de Recherche-Action au Canada, commencé en 2005 et toujours en cours de développement.

En effet, l'université de Montréal s'est donné comme priorité de développer la formation à la collaboration interprofessionnelle et à l'interdisciplinarité dans le domaine de la santé. Alors qu'elle forme aujourd'hui le premier complexe universitaire au Québec et le 2<sup>e</sup> au Canada, l'université de Montréal rassemble dans ce domaine, la faculté de Médecine, la faculté de Sciences Infirmières et la faculté de Pharmacie.

**Le projet ECIP ( Education à la Collaboration Interprofessionnelle centrée sur le Patient )** est porté par Madame le Docteur Paule Lebel<sup>44</sup>. Il prône la création de milieux exemplaires d'apprentissage et de développement des pratiques de collaboration interprofessionnelle centrée sur les patients atteints de maladies chroniques par la mise en place de communautés de pratiques. Les communautés de pratiques sont des groupes de personnes (médecins, pharmaciens, infirmiers, autres soignants...) qui partagent un intérêt dans un domaine d'activités et qui s'engagent ensemble dans un processus d'apprentissage collectif qui leur permet de créer des liens entre eux.

Comme le démontrent les premiers résultats de ces travaux, le développement de la collaboration interprofessionnelle représente plus que des changements structurels ; il nécessite d'abord et avant tout des changements de valeurs. Ainsi, à l'heure où la qualité des soins ne dépend plus seulement d'actes autonomes des professionnels, les compétences de base de la formation traditionnelle des professionnels ne peuvent plus suffire ; il est nécessaire de leur adjoindre la capacité de travailler en équipe interprofessionnelle.

## BIBLIOGRAPHIE

---

<sup>1</sup> **Site de la SFAP**, définitions des soins palliatifs et de l'accompagnement, consulté le 03/01/12 : [http://www.sfap.org/index.php?option=com\\_content&view=article&id=57&Itemid=81](http://www.sfap.org/index.php?option=com_content&view=article&id=57&Itemid=81)

<sup>2</sup> **Site de l'HAS**, Modalités de prise en charge de l'adulte nécessitant des soins palliatifs recommandations finales des soins palliatifs, consulté le 13/01/12 : [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/txt\\_soins\\_palliatifs\\_recommandations\\_finales\\_mise\\_en\\_ligne.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/txt_soins_palliatifs_recommandations_finales_mise_en_ligne.pdf)

<sup>3</sup> Ouvrage publié sous l'égide du CNEUD (Collège National des Enseignants Universitaires de la Douleur, du CNMD (Collège National des Médecins de la Douleur) et de la SFAP (Société Française d'Accompagnement de Soins Palliatifs), Douleurs aiguës, douleurs chroniques, soins palliatifs, Paris : med-line éditions, 2001, 435p, p 117-133, p 221-228, p 415-419

<sup>4</sup> **Site de la SFAP**, histoire des soins palliatifs et de l'accompagnement, consulté le 03/01/12 : <http://www.sfap.org/content/histoire-des-soins-palliatifs>

---

<sup>5</sup> Ouvrage collectif : **Gomas Jean-Marie, Blanchet Véronique, Pillot Jeanine...**, Soins palliatifs : réflexions et pratiques, Montpellier : formation et développement, 1993, 214 p., p 13-14, p 61-63

<sup>6</sup> **Senelet Marie**, Le pharmacien acteur dans la prise en charge palliative, Thèse pour le diplôme d'état de docteur en pharmacie, université de Nantes, le 27/06/06

<sup>7</sup> **Site Légifrance**, Circulaire du 25 mars 2008 relative au référentiel national d'organisation des réseaux de santé en soins palliatifs consulté le 05/05/12

<sup>8</sup> **Dominique Jacquemin et Didier de Broucker**, Manuel de soins palliatifs. Pratique des soins palliatifs à domicile et en institution, 2009, 1002 p., p73-74

<sup>9</sup> **COELHO José**, Les droits du malade en fin de vie. Paris : les études hospitalières, 2007, 118 p., p58-62, p10-19, p21-28

<sup>10</sup> **Site de la SFAP**, programme de développement des soins palliatifs 2008/2012, consulté le 05/01/12 : <http://www.sfap.org/pdf/0-K2-pdf.pdf>

<sup>11</sup> Article 1 de la Loi n°99-477 du 9 juin 1999 visant à garantir le droit à l'accès aux soins palliatifs, Journal Officiel 10 juin 1999, n°132

<sup>12</sup> **Hirsch Emmanuel**, Droits de la personne malade et démocratie sanitaire. Médecine palliative vol.2 n°5-October 2003 p.272-274 ;22/01/12

<sup>13</sup> Article 3 de la loi n°2002-303 du 4 mars 2002, relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, Journal Officiel du 5 mars 2002, n°54

<sup>14</sup> Article 1 de la Loi n°99-477 du 9 juin 1999 visant à garantir le droit à l'accès aux soins palliatifs, Journal Officiel du 10 juin 1999, n°132.

---

<sup>15</sup> **Site de l'Institut National du Cancer**, le consentement libre et éclairé du patient, consulté le 21/12/11 : [http://www.e-cancer.fr/Information-sur-les-cancers/Toutes-les-fiches-information/page5/op\\_1-ta\\_1-id\\_1252-it\\_263-li\\_1-ls\\_4-la\\_1-ve\\_1.html](http://www.e-cancer.fr/Information-sur-les-cancers/Toutes-les-fiches-information/page5/op_1-ta_1-id_1252-it_263-li_1-ls_4-la_1-ve_1.html)

<sup>16</sup> Article 11 de la loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, Journal Officiel du 5 mars 2002, n°54

<sup>17</sup> Article L1111-11 relatif au fonctionnement des directives anticipées du Code de la Santé Publique, consulté le 15/03/12 : <http://www.senat.fr/leg/tas04-096.html>

<sup>18</sup> **Kemp Charles E.**, le malade en fin de vie, Belgique : De Boeck et Larcier, 1997, 438 p., p21-23, p 157, p 174-176, p 217-282

<sup>19</sup> Ouvrage collectif : **Laval Guillemette, Ngo Ton Sang Brigitte, Villard Marie-Laure, Beziaud Nicolas**, Principales thérapeutiques en soins palliatifs chez l'adulte et la personne âgée, Montpellier, Sauramps Médical, 2009, 301 p.

<sup>20</sup> **Libeau Dorothée**, douleurs cancéreuses réfractaires ; place des anti-NMDA : revue de la littérature, Thèse pour le diplôme d'état de docteur en pharmacie, université de Nantes, 2007.

<sup>21</sup> Ouvrage collectif : **Rivier Etienne, Pfister Jacques-Antoine, Frueh dorette, Bovard Claire-Lise...**, *Vade-mecum* de soins palliatifs, Genève : éditions Médecine et Hygiène, 2008, 314 p., p 214

<sup>22</sup> **Sainte-Beuve Camille**, Apport du pharmacien d'officine dans la prise en charge d'un patient en soins palliatifs, Thèse pour le diplôme d'état de docteur en pharmacie, université d'Amiens, le 03/01/12.

<sup>23</sup> **Libert F., Adam F., Eschalièr A., Brasseur L.**, Les médicaments adjuvants. Douleur et analgésie. 2006 ; 204 p : p. 91-97.



---

<sup>24</sup> Site internet de l'**HAS** (Haute Autorité de Santé), modalités de prise en charge de l'adulte nécessitant des soins palliatifs, consulté le 30/01/12 : [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/txt\\_soins\\_palliatifs\\_recommandations\\_fin\\_ales\\_mise\\_en\\_ligne.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/txt_soins_palliatifs_recommandations_fin_ales_mise_en_ligne.pdf)

<sup>25</sup> Ouvrage collectif coordonné par **Jacquemin Dominique**, Manuel de soins palliatifs, Paris : Dunod, 2001, 776 p., p 115-124, p 139, p 369, p 471-473

<sup>26</sup> **Clémence Grand**, Collaboration pluri-professionnelle : Médecin hospitalier/Pharmacien d'officine dans la prise en charge d'une personne en situation palliative. Thèse pour le diplôme d'état de docteur en pharmacie, université de Nantes, le 16/02/10

<sup>27</sup> **Site PHARE** consulté le 27/02/11 : <http://www.pharemed.com/>.

<sup>28</sup> **Site ONCO Pays de la Loire** consulté le 30/04/12 : <http://www.onco-paysdelaloire.asso.fr>

<sup>29</sup> Fabienne Rizos-Vignal & Franck l'Hermitte-(2011)-La loi HPST-**Le Moniteur des pharmacies**-p35

<sup>30</sup> **Site légifrance**.gouv.fr loi HPST consulté le 20/01/12

<sup>31</sup> Cahier n°1 « Le dossier pharmaceutique » du Conseil de l'Ordre National des Pharmaciens »2011.

[http://www.google.fr/search?client=safari&rls=en&q=cahier+n°1+dossier+pharmaceutique+conseil+national+de+ordre+pharmacien&ie=UTF-8&oe=UTF-8&redir\\_esc=&ei=EvAeT7r4lItmqsgbKnqDeDA](http://www.google.fr/search?client=safari&rls=en&q=cahier+n°1+dossier+pharmaceutique+conseil+national+de+ordre+pharmacien&ie=UTF-8&oe=UTF-8&redir_esc=&ei=EvAeT7r4lItmqsgbKnqDeDA) consulté le 24/01/12

<sup>32</sup> **Site de l'INSEE**, [http://www.insee.fr/fr/ppp/bases-de-donnees/recensement/populations-legales/pages2011/pdf/joe\\_20111229\\_0301\\_0036.pdf](http://www.insee.fr/fr/ppp/bases-de-donnees/recensement/populations-legales/pages2011/pdf/joe_20111229_0301_0036.pdf) consulté le 14/03/2012

---

<sup>33</sup> **Site du Conseil de l'Ordre des Pharmaciens**, Le Dossier Pharmaceutique : <http://www.ordre.pharmacien.fr/Le-Dossier-Pharmaceutique> consulté le 03/04/12

<sup>34</sup> Plan 2007-2011 pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques du ministère de la Santé, consulté le 20/03/12 : [http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan2007\\_2011.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan2007_2011.pdf)

<sup>35</sup> **Site AMELI**, consulté le 28/01/12 : <http://www.ameli.fr/assures/soins-et-remboursements/comment-etre-rembourse/le-parcours-de-soins-coordonnes/objectif-des-soins-coordonnes.php>

<sup>36</sup> **Rapport du Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie de juillet 2006** p 52, consulté le 04/01/12 : [http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/hcaam\\_rapport2006.pdf](http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/hcaam_rapport2006.pdf)

<sup>37</sup> Le Conseil de l'Ordre des Pharmaciens-(2011)-Coopération des professionnels de santé : Le patient au centre de la chaîne de soins-**Le Journal de l'Ordre national des pharmaciens-p7**

<sup>38</sup> **Site Légifrance**.gouv.fr décret n°2011-375 du 5 avril 2011

<sup>39</sup> **Site Légifrance**, article n°16 de l'arrêté du 11 juillet 2006 portant approbation de la convention nationale organisant les rapports entre les pharmaciens titulaires d'officine et l'assurance maladie consulté le 27/03/12 : <http://www.legifrance.gouv.fr>

<sup>40</sup> **A. Blanchet et A. Gotman**, L'enquête et ses méthodes : l'entretien. 2001, Editions Nathan

<sup>41</sup> **R. Quivy et L. Van Campenhoudt**, Manuel de recherche en sciences sociales. 1995, Editions Dunod.

<sup>42</sup> **Jean-Michel Lassaunière**, Interdisciplinarité et clinique du soin, revue Médecine palliative – Soins de support – Accompagnement – Ethique (2008) 7, 181 – 185

---

<sup>43</sup> Site du congrès international des soins palliatifs :  
<http://www.palliativecare.ca/fr/index.html> consulté le 15 /03/2012

<sup>44</sup> **Paule Lebel,** Rapport final ECIP  
[http://www.chumtl.qc.ca/userfiles/Image/EVENEMENTS/ECIP/090317-ECIP\\_Rapport\\_final\\_ECIP\\_UdeM.pdf](http://www.chumtl.qc.ca/userfiles/Image/EVENEMENTS/ECIP/090317-ECIP_Rapport_final_ECIP_UdeM.pdf) consulté le 12/05/12

## ANNEXES

### Annexe 1 : Programme Année Universitaire 2011-2012 Module Douleur et Médecine Palliative)



**Faculté de Pharmacie de Nantes- 6e année  
Module Douleur et Médecine Palliative  
Centre Fédératif Douleur-Soins de Support – CHU Nantes  
Programme Année Universitaire 2011-2012**

S. 1 (2h)	INTRODUCTION
	Introduction- Objectifs du module. Organisation de la prise en charge de la douleur en France

S. 10 (3h)	EVALUATION et PSYCHOLOGIE
	Evaluation pluridimensionnelle de la douleur et de la qualité de vie. Objectifs et contrat de soins. Prise en charge psychologique du douloureux

S. 2 (4h)	SOINS PALLIATIFS
	Ethique et soins palliatifs
	Place du pharmacien dans l'accompagnement palliatif
	Prise en charge de la douleur en soins palliatifs
	Thérapeutiques médicamenteuses et non médicamenteuses en médecine palliative

S. 3 (2h)	EDUCATION THERAPEUTIQUE
	Education thérapeutique du patient douloureux. Rôle du pharmacien en officine. Cas cliniques

S. 4 (4h)	DOULEURS ENFANT et P. AGEE
	Particularités de la prise en charge de la douleur chez la personne âgée (2h)
	Prise en charge de la douleur chez l'enfant (2h)

**Annexe 1 suite :**

S. 5 (2h)	PRISE EN CHARGE MEDICAMENTEUSE
	Utilisation pratique et rationalisation des traitements antalgiques et co-analgésiques. Abus médicamenteux, mésusage, médicaments en vente libre

S. 6 (3h)	PRISE EN CHARGE NON MEDICAMENTEUSE DU DOULOUREUX
	Physiothérapie, TENS, acupuncture, thérapie manuelle, hypnose, relaxation.

S. 7 (4h)	DOULEURS NEUROLOGIQUES
14/04/11	Prise en charge des douleurs neuropathiques
19/05/11	Neurochirurgie de la douleur. Neurostimulation

S. 11 (2h)	SYNTHESE
	Prise en charge pluridisciplinaire du douloureux

**Annexe 2 :** Lettre d'accompagnement de la fiche de transmission envoyée à la pharmacie d'officine et au médecin généraliste lors des sorties d'hospitalisation de patients de soins palliatifs

Nantes le XX / XX / XX

Pharmacie XXXXXXX  
44 000 NANTES

Cher confrère,

La prise en charge palliative nous amène à envisager la collaboration pluri-professionnelle de façon active.


Dans ce sens, nous avons à plusieurs reprises engagé des travaux de thèse de pharmacien et, dans la continuité de ces travaux, nous souhaitons avec Clémence GRAND, pharmacien, mener un travail prospectif sur l'intérêt d'une communication médico-pharmacienne et également renforcer le lien ville / hôpital.

Cette démarche est réalisée avec le consentement du patient et de sa famille.


Nous nous permettrons de vous recontacter par téléphone dans quelque temps et, en fonction de vos disponibilités, nous évaluerons ensemble, si vous le souhaitez, la pertinence et la validité de cette pratique professionnelle nouvelle pour nous.

Dr DENIS  
Clémence GRAND

**Annexe 3 : Lettre de liaison hôpital - ville envoyée par la pharmacie hospitalière à la pharmacie d'officine lors de sortie de la réserve hospitalière**



Logo ou Tampon établissement

  
www.pharmed.com/phare

**LETTRE DE LIAISON PHARMACEUTIQUE**  
dans le cadre de la sortie de réserve hospitalière

A....., le ...../...../.....

Cher(e) Confrère,

M. (Mme) .....a reçu ce jour sa dernière dispensation de        à l'hôpital, prescrit par le Dr..... du service de .....

**La posologie prescrite est la suivante :** ..... g / jour soit .... comprimé(s) / jour.

**Dans notre établissement, nous lui avons dispensé :**

Date de la dernière dispensation : ...../...../..... pour une durée de .....mois.

Le passage en ville de        est prévu pour..... A compter de cette date,        ne sera plus disponible qu'en pharmacie d'officine. Afin de poursuivre son traitement, ce patient a choisi d'être suivi par votre équipe pharmaceutique.

Ce produit est à Prescription Initiale Hospitalière de ... mois. Toute prescription de        doit être initiée par un médecin au sein d'un établissement hospitalier public ou privé. Il existe sous différents conditionnements :..... (CIP     )

Vous trouverez **ci-joint un exemplaire de la fiche produit** que vous pouvez retrouver également, ainsi que d'autres informations sur le médicament ou la pathologie sur le site http : [www.pharmed.com](http://www.pharmed.com) .

En souhaitant avoir le plaisir de travailler en collaboration avec vous, au service des patients, nous vous prions d'accepter, Cher(e) Confrère, nos salutations les meilleures.

Signature

En cas de besoin, vous pouvez nous contacter à la Pharmacie aux coordonnées suivantes :

Nom :..... Tel : ..... Fax :.....

www.phar

18

**Annexe 4** : Fiche de transmission type envoyée aux pharmaciens d'officines par le service de soins palliatifs

Transmissions hôpital - ville

Unité de soins palliatifs, CHU de Nantes

Nom : \_\_\_ Prénom : \_\_\_ Né(e) le : .....

Poids (kg) : ..... Taille (m) : .....

Le patient vit : seul entouré .....

Correspondants médicaux et paramédicaux :

Médecin généraliste : .....

Pharmacien : .....

Infirmière libérale : .....

Hospitalisation en USP du..... au.....

Motif d'hospitalisation : .....

.....

Histoire médicale et antécédents contributifs :

.....

.....

**Traitement à l'entrée dans le service :**

Traitement habituel	Traitement à visée antalgique
-	-
-	-
-	-
-	-
-	-
-	-



**Annexe 4 (suite) :**

**Traitement de sortie :**

<b>Traitement habituel</b>	<b>Traitement à visée antalgique</b>
-	-
-	-
-	-
-	-
-	-
-	-
-	-

Symptôme(s) / pathologie(s) pris en charge dans le service	Traitement(s) mis en place / schéma posologique

**Matériel médical nécessaire :**

.....  
.....

Vu, (nom et coordonnées des personnes ayant rempli la fiche)

**Annexe 5 : Exemple de fiche de transmission remplie**

**TRANSMISSION HOPITAL-VILLE**

**Unité de soins palliatifs**

**Chef de service**

Pr Gérard Dabouis

**Equipe médicale**

Dr Nathalie Denis

**Téléphone** : 02.53.48.27.33

Nom : BRE Prénom : J. Né(e) le : XX/XX/XX

Poids (kg) : ..... Taille (m) : .....

Le patient vit : seul  entouré  par sa femme

Correspondants médicaux et paramédicaux :

Médecin généraliste : CHU

Pharmacien : M. XXX 85530 La Bruffière

Infirmière libérale : .....

Hospitalisation en USP du 12/01/2012 au 03/02/2012

Motif d'hospitalisation : Prise en charge de la douleur (douleurs fessières sur lésion ostéolytique de l'articulation sacro-iliaque gauche)

Histoire médicale et antécédents contributifs :

- Myélome Ig G Kappa traité par chimiothérapie de type VAD (Vincristine Adriamycine Doxorubicine) suivie de deux autogreffes

1<sup>ère</sup> rechute biologique en 2009 traitée par ENDOXAN per os

2<sup>ème</sup> rechute en mai 2011 découverte à l'occasion de douleurs fessières bilatérales, mise en route d'un traitement par REVLIMID DEXAMETHASONE avec mise en évidence une lésion ostéolytique en regard de l'articulation sacro iliaque gauche

- Ménisectomie du genou gauche

- Ostéotomie tibiale du genou droit en décembre 2002

- Troubles du comportement : démence vasculaire ??

Evolution dans le service

Radiothérapie antalgique sur vertèbres

### Traitement à l'entrée dans le service :

Traitement habituel	Traitement à visée antalgique
- DEROXAT 20 mg 1 comprimé/j	- DAFALGAN CODEINE selon douleur
- EBIXA 20 mg 1 comprimé/j	-
- HEMIGOXINE 0.125 mg 1 comprimé/j	-
- PRAVASTATINE 20 mg 1 comprimé/j	-
- PREVISCAN 1- 1- 3/4	-
- ZOPICLONE 1 le soir	-

### Traitement de sortie :

Traitement habituel	Traitement à visée antalgique
- SEROPLEX 20 mg 1 comprimé/j	- OXYCONTIN LP 30 mg matin et soir
- EBIXA 20 mg 1 comprimé/j	- OXYNORMORO 10 mg, maximum six/j à quatre heures d'intervalle
- HEMIGOXINE 0.125mg 1 comprimé/j	- PARACETAMOL 1g 4/j
- PREVISCAN 1- 1- 3/4	Remarque : Le Paracétamol présente une action synergique avec les morphiniques dans la prise en charge de la douleur, il n'est donc pas à négliger. Il est recommandé de le prendre en systématique.
- ZOPICLONE 1 le soir	
- FORLAX 2 sachets le matin	
-	

Symptôme(s) / pathologie(s) pris en charge dans le service	Traitement(s) mis en place / schéma posologique
Prise en charge de la douleur	OXYCONTIN LP 30 mg matin et soir Attention : diminution possible si efficacité de la radiothérapie antalgique
Prise en charge de la douleur	OXYNORMORO 10 mg, maximum six/j à quatre heures d'intervalle
Prise en charge de la douleur	PARACETAMOL 1g 4/j en systématique

### Matériel médical nécessaire :

Location d'un déambulateur, 2 roues 2 patins pendant 2 mois pour faciliter ses déplacements

Vu, (nom et coordonnées des personnes ayant rempli la fiche)

## **Annexe 6 : Interviews des 10 médecins hospitaliers**

### **INTERVIEW A**

#### **1) *Pharmacien : commerçant, confrère ou acteur de santé ? Pouvez-vous développer l'image que vous avez du pharmacien d'officine ?***

Vous êtes aussi acteur de santé mais, pour moi, le premier mot qui me vient est quand même confrère...

#### ***Pouvez-vous m'expliquer pour quelle raison ?***

C'est dans le partenariat du travail ensemble par rapport au suivi du patient.

Dans ma pratique, je n'ai pas vraiment de contact avec les professionnels en libéral mais, par contre à l'hôpital, avec les externes en pharmacie, nous partageons les rôles entre l'externe en pharmacie et l'interne en médecine autour du patient. Surtout avec la mise en place de l'éducation thérapeutique, nous sommes d'autant plus dans une relation de confrère. Nous sommes tous des acteurs de santé mais, dans ce rôle-là, le pharmacien est plus un confrère pour moi.

#### **2) *Quelle responsabilité légale pensez-vous que le pharmacien engage par rapport à celle du médecin lors de la délivrance d'ordonnances ?***

Ca, je ne sais pas trop... Je pense qu'il y a quand même la responsabilité légale du prescripteur, mais elle doit être partagée avec celle du délivrant....

... Après, je ne sais pas réellement si cette responsabilité est partagée...

... Je pense que, s'il y a une erreur dans la prescription, on peut espérer que le regard du pharmacien puisse reprendre l'erreur. Cela fait un double regard sur la prescription, en particulier s'il y a des problèmes d'interactions.

Après, il y a deux choses : si le médecin effectue une erreur sur la prescription, dans la mesure où le pharmacien délivre, les responsabilités sont partagées. Si le pharmacien effectue une erreur de délivrance tout seul, alors il est le seul responsable.

**3) Dans le cadre d'un travail interdisciplinaire médecin - pharmacien, que pensez-vous qu'un pharmacien pourrait vous apporter dans votre exercice quotidien ?**

Je vais plus vous parler de mon expérience. Je pense que ce qu'il peut apporter se situe dans l'explication de chaque médicament au patient. On s'en rend compte lors de la prise en charge de la douleur, ils ne savent pas si ce médicament-là sert à traiter la tension, la douleur ou autre chose... C'est vrai que parfois, de réexpliquer ce qui a déjà été expliqué en consultation, en reprenant quel est le traitement de crise et quel est le traitement de fond... et en réidentifiant bien chaque médicament, c'est primordial.

Nous avons peut-être moins la vision des interactions médicamenteuses lorsque nous rédigeons nos prescriptions. Il est arrivé que l'externe en pharmacie me dise que, sur ma prescription, il pouvait y avoir un risque d'interaction. Leur rôle de rappel des conséquences et leurs compétences pharmacologiques sont utiles dans ces cas-là.

**4) Pensez-vous que la personne malade a son pharmacien référent et le connaît ?**

Je pense que oui mais pas pour tout le monde. Je pense que les gens qui ont des pathologies chroniques et qui se rendent à la pharmacie tous les mois ont quand même leur pharmacien identifié.

Après, je ne suis pas sûre que si l'on prend la population générale, tout le monde ait un pharmacien référent. Par contre, en ce qui concerne les patients chroniques, ils le disent bien : comme ils sont connus de leur pharmacien, ils peuvent avoir une avance de renouvellement... Ce sont des choses que l'on fait seulement si l'on connaît bien le patient j'imagine. Le fait d'avoir une prescription qui oblige à se faire délivrer des médicaments tous les mois, cela oblige à fixer un médecin comme un pharmacien.

Je reste étonnée du manque de connaissance du patient sur son traitement. Je pense que les deux professionnels de santé sont autant responsables. Ils ont une ignorance complète du « pourquoi je prends tel médicament ».

**5) La loi HPST fait évoluer les missions du pharmacien... Avez-vous connaissance de ces missions ? Pour vous, quels sont les rôles essentiels du pharmacien d'officine ?**

J'avoue que je ne connais pas tous les détails de cette loi car je ne me suis pas penchée dessus...

Moi, je me suis intéressée à l'éducation thérapeutique et je sais qu'ils ont un rôle dans l'éducation thérapeutique et dans les maisons de santé. Ce rôle n'est peut-être pas assez identifié. Nous avons eu recours, dans le service, à l'externe en pharmacie qui est un acteur suffisant pour donner au patient des notions de base. Cela permet de lui dire quel est son traitement de fond, son traitement de crise, pourquoi est-ce qu'il a un traitement de fond et un traitement de crise et à quel moment faut-il qu'il le prenne. Les patients avaient aussi beaucoup d'ignorance par rapport à la fonction d'un antidépresseur ou d'un antiépileptique pour traiter la douleur... On découvre souvent beaucoup de croyances fausses qu'ont les patients.

Il y a aussi un rôle important par rapport à l'automédication en pouvant rechercher l'ensemble des traitements pris par le patient. Lors de nos séances d'éducation thérapeutique, cela se découpe en deux temps : un sur la connaissance du traitement et de ses médicaments et le deuxième sur les effets indésirables et les questions du patient (appréhension du générique, peur de la dépendance... ).

Je pense qu'à l'officine, l'éducation thérapeutique n'est pas dans les habitudes mais il y a aussi un manque de confidentialité... Personnellement, lorsque je suis chez le pharmacien, je ne trouve pas ce lieu très confidentiel. Moi, je sais très bien quelles pathologies ont les malades devant moi. Même si je ne fais pas exprès, rien que de voir les médicaments délivrés, je le sais...

***Il y a peut-être aussi un biais de par votre profession ?***

Oui, c'est évident que tout le monde n'en sait pas autant. De par ma profession, je capte beaucoup plus de choses. Mais c'est vrai que ce n'est quand même pas très confidentiel. Toutes les délivrances ne nécessitent pas un temps confidentiel avec le patient. L'éducation thérapeutique n'est pas utile pour la délivrance d'une ordonnance d'angine ! Par contre, dans certains cas, je pense que ce serait bien.

***Les espaces confidentiels sont désormais recommandés dans toutes les officines...***

Je pense que c'est vraiment une bonne chose car, pour moi, le pharmacien a beaucoup à apporter à ce niveau-là...

***6) Le partage du secret médical vous gêne-t-il ?***

***Qu'en pensez vous ? Souhaiteriez-vous instaurer cette prise en charge dans votre service ?***

Non... je pense qu'il est intéressant d'inclure le pharmacien. Après, c'est la manière de l'inclure qui est peut-être plus compliquée.

On communique tous des informations à d'autres professionnels de santé pour la prise en charge du patient et je pense que c'est indispensable de le faire. On communique au kiné la pathologie du patient pour savoir comment il va le mobiliser par exemple... Le pharmacien doit aussi savoir ce qu'il se passe pour le patient pour pouvoir bien le prendre en charge.

Par contre, il faut que ce soit un échange de professionnel de santé à professionnel de santé.

Le courrier semble plus adapté que le fax dans notre service car il est ainsi directement destiné au pharmacien qui prend en charge le malade. De plus, si c'est le patient qui donne le courrier à son pharmacien, cela simplifie les choses en deux points : nous sommes sûrs que le patient est consentant pour cette transmission

d'informations et il est acteur de sa prise en charge grâce à cette démarche. Dans le service de la douleur, nous faisons beaucoup de choses afin que les patients soient intégrés et actifs dans l'amélioration de leur état. De plus, le fax me semble trop aléatoire. Dans le service, nous ne faxons jamais un fax au secrétariat d'un rhumatologue mais toujours au rhumatologue directement. On ne pourrait pas avoir la même démarche à l'officine. Le fax ne peut pas être adressé à une personne déterminée dans ce cas.

Cependant, dans la mesure où les courriers médicaux destinés au médecin traitant mettent beaucoup de temps à être envoyés, parfois un mois... je pense que d'informer le pharmacien qui va recevoir en premier le patient est une bonne chose...

***Pensez-vous que cela pourrait lui permettre de commander certains produits en temps et en heure pour le patient ? des produits qu'il n'a pas toujours en stock...***

Ah, je ne m'étais jamais posé la question... Je ne me rends pas compte du stock d'une officine... Je ne sais pas si c'est quelque chose qui pose problème aux pharmaciens... Nos traitements sont assez courants. Nous ne prescrivons pratiquement pas de palier 3 dans les douleurs chroniques...

***Peut-être pour les patchs de Versatis® qu'il vous arrive de prescrire ?***

Euh, oui effectivement... Cependant, je sais que cela pourrait les aider dans certains cas : nous prescrivons de l'Acupan® IV à utiliser en per os. Il arrive fréquemment qu'ils nous rappellent en nous demandant une ordonnance pour que l'infirmière passe faire les injections... Parfois, nous oublions de préciser « per os » sur l'ordonnance et j'ai réalisé que la prise per os de ce produit ne doit pas beaucoup se faire en ville car ils étaient surpris de cette voie.

Cette prise en charge pourrait également présenter un intérêt dans les cas de sevrage. Souvent, nous amorçons le sevrage à l'hôpital, mais il est toujours en cours lors de la sortie du patient.



Cela permettrait vraiment au pharmacien de conforter la prise en charge du CHU et d'être vigilant par rapport à l'automédication.

## **INTERVIEW B**

**1) *Pharmacien : commerçant, confrère ou acteur de santé ? Pouvez-vous développer l'image que vous avez du pharmacien d'officine ?***

Le pharmacien est un acteur de santé.

**Ce n'est pas un confrère. Je suis désolé, on est confrère dans le même métier.** Les infirmières ne sont pas mes collègues, les pharmaciens ne sont pas mes collègues.

Par contre, il est avec moi dans une équipe de soins, en fin de prise en charge sanitaire. **Le pharmacien est un acteur de santé majeur.** Nous avons chacun des missions différentes. Nous ne sommes pas confrères.

**2) *Quelle responsabilité légale pensez-vous que le pharmacien engage par rapport à celle du médecin lors de la délivrance d'ordonnances ?***

Ah ! eh bien, il engage complètement sa responsabilité ! Je me rappelle l'histoire du pharmacien d'officine qui avait délivré pour un nourrisson, un sachet d'Aspégic® 1000 mg au lieu de l'Aspégic® 100 mg. Le médecin avait mis, par erreur, un zéro de plus sur sa prescription malgré la mention « enfants » signalée à la suite du dosage. Le pharmacien, lui, n'avait pas vu la mention « enfants » et a délivré l'Aspégic® 1000 mg. Le médecin est responsable de sa prescription et le pharmacien est responsable de sa délivrance, ça c'est très clair.

Ils sont coresponsables : si l'on écrit mal sur l'ordonnance, on est responsable du manque de lisibilité car sinon on met les gens en danger. Le pharmacien, quant à lui, doit vérifier, doit interviewer et doit alerter s'il pense que ce n'est pas juste. Elle est pleine et entière sa responsabilité... de la même manière que le prescripteur.

**3) Dans le cadre d'un travail interdisciplinaire médecin - pharmacien, que pensez-vous qu'un pharmacien pourrait vous apporter dans votre exercice quotidien ?**

Très sincèrement, je pense que la pharmacie d'officine n'a plus lieu d'exister si ça ne devient pas un « conseiller en santé », en thérapeutique, en prise en charge. La pharmacie d'officine ne pourra plus continuer à exercer. Sinon, il y a des automates dans les officines et il y aura des automates qui délivreront directement aux gens les médicaments.

Donc le seul espoir du maintien (qui est nécessaire !) de la présence des pharmaciens d'officine est qu'ils prendront en charge ce conseil et cette éducation thérapeutique. C'est l'avenir de la pharmacie d'officine à mon sens.

On va en rester là... car après, c'est un peu plus délicat... Doivent-ils prendre en charge, en allant plus loin, les soins eux-mêmes ? Enfin, je veux parler de la partie clinique...

Vous savez que c'est actuellement dans les tuyaux cette réflexion... Est-ce que dans le cas de maladies chroniques, il est nécessaire d'aller voir le médecin ? Est-ce que le pharmacien ne pourrait-il pas surveiller certaines choses ? Par exemple, dans le cas de sujets hypertendus, il avait été discuté de déléguer la surveillance de la tension au pharmacien.

Moi, je n'y crois pas. Je n'y crois pas parce que le patient hypertendu vient tous les 4 mois chez son médecin pour vérifier que le traitement est correct, mais il n'y a pas que ça... Il y a aussi beaucoup d'autres problèmes qui sont souvent en dehors de l'hypertension et qui nécessitent d'ausculter, de palper et de regarder... Il y a aussi tous les problèmes psychologiques et les problèmes humains que la personne va exposer à l'occasion. C'est pour ça que je ne pense pas que dans l'officine, cela puisse se faire.

Mais par contre, le rôle d'éducation thérapeutique, de suivi et d'explication sont pour moi l'avenir de l'officine.

Cette semaine, dans les médias, on a parlé de la rémunération du pharmacien pour cette mission. Cela me semblerait tout à fait justifié. Tout travail mérite salaire, il n'y a aucune raison qu'ils fassent cela pour la gloire !

La simple délivrance des médicaments, c'est dépassé ! Sinon, il y aura bientôt des machines qui donneront les médicaments.

**4) *Pensez-vous que la personne malade a son pharmacien référent et le connaît ?***

En gériatrie oui... En ville, ce n'est pas vrai pour les jeunes générations. Je suis convaincu que c'est vrai dans le milieu rural. En ville, je pense que c'est vrai pour les personnes âgées.

**5) *La loi HPST fait évoluer les missions du pharmacien... Avez-vous connaissance de ces missions ? Pour vous, quels sont les rôles essentiels du pharmacien d'officine ?***

Essentiellement ce rôle de conseil, de correction et de surveillance. C'est de rester aussi un professionnel de la santé et de ne pas évoluer vers le pharmacien d'officine américain. Si vous rentrez dans une officine aux Etats-Unis, vous verrez... c'est très différent. C'est un supermarché qui contient un tout petit recoin pour la délivrance d'ordonnances.

**6) *Le partage du secret médical vous gêne-t-il ?***

***Qu'en pensez vous ? Souhaiteriez-vous instaurer cette prise en charge dans votre service ?***

Le partage du secret médical me dérangerait oui... mais pas avec la personne avec qui le malade s'est confié. Il s'est confié à l'infirmière, il s'est confié au pharmacien, il s'est confié au kiné... Il a choisi les personnes qui l'aident dans son problème de santé donc c'est un secret qui est partagé.

Par contre, ce qui me dérangerait, c'est que l'on communique avec tous les pharmaciens. On s'adresse au pharmacien qui prend en charge le malade. Il doit, bien entendu, avoir accès aux informations comme dans l'idée du DMP...

Ca n'est pas pour moi une divulgation, c'est un partage avec les professionnels qui entourent le malade. Certaines personnes âgées ont besoin d'avoir des aides-soignants à domicile. Il est évident que l'on est obligé de communiquer avec eux leurs problématiques. Comment voulez-vous faire avec une aide-soignante qui va venir aider tous les matins la personne, si on ne lui explique pas que telle maladie neurologique veut que l'on fasse telle ou telle chose... ? que les réactions de ce patient ne sont pas dues à de la méchanceté mais à sa maladie neurologique ? je pense aux démences en particulier ... Les aides-soignantes doivent avoir accès à un certain nombre d'informations qui font partie, bien sûr, du secret médical mais qui sont partagées par l'aide-soignante qui prend en charge la personne. Cela se fait très bien à l'hôpital donc en ville cela devrait se faire... Ca ne me choque pas du tout.

Il faut développer ce genre de projet. Il faudrait que ce soit dans tous les services.

## **INTERVIEW C**

### **1) *Pharmacien : commerçant, confrère ou acteur de santé ? Pouvez-vous développer l'image que vous avez du pharmacien d'officine ?***

Ce sont les trois pour moi... C'est un commerçant dans le sens où il travaille en libéral et il doit donc savoir vendre mais il doit aussi savoir « se » vendre.

C'est aussi un confrère avec lequel on peut échanger sur un détail de l'ordonnance pour un patient commun.

Il reste aussi un acteur de santé dans le sens où il est en première ligne pour des conseils « classiques » à la population « classique » avec un rôle de prévention au quotidien. Par exemple, il possède un rôle dans la prévention du virus de la grippe où il peut aider à la prévention vaccinale de la population. Il est aussi en première ligne en possédant un rôle d'orientation des patients qui lui montrent « un bouton », lui demandent s'il est nécessaire qu'ils aillent voir le médecin pour tel ou tel problème... // a donc un rôle dans la collaboration pluriprofessionnelle en réorientant le patient vers un médecin confrère.

### **2) *Quelle responsabilité légale pensez-vous que le pharmacien engage par rapport à celle du médecin lors de la délivrance d'ordonnances ?***

Il engage autant la sienne que celle du médecin qui rédige la prescription. Il a quand même un rôle de relecture important. Il a également un rôle d'explication de la prescription au patient. Même si le médecin a expliqué consciencieusement, on sait bien que les gens ont besoin d'une deuxième lecture pour mieux saisir les choses.

Il engage également sa responsabilité en posant les bonnes questions au confrère qui a rédigé l'ordonnance si quelque chose ne lui semble pas cohérent. Il doit avoir un regard critique et explicatif.

**3) Dans le cadre d'un travail interdisciplinaire médecin - pharmacien, que pensez-vous qu'un pharmacien pourrait vous apporter dans votre exercice quotidien ?**

Beaucoup de petits détails... Quand on est hospitalier, on ne se rend pas toujours compte de la manière dont on rédige nos prescriptions, aussi bien dans l'écriture elle-même (écriture manuscrite), que dans la clarté de ce que l'on souhaite prescrire au patient. Même lorsqu'on utilise l'informatique, il faut que l'on sache se relire avant de confier l'ordonnance à quelqu'un.

Je pense que le pharmacien peut nous apporter de nombreuses informations sur le médicament, mais aussi sur le matériel médical. On ne sait pas toujours bien prescrire le matériel médical : est-ce que ce type de matériel est disponible à la location ? à l'achat ? Quel est le coût pour le patient ? De combien est le remboursement sur ce type de matériel ? C'est le genre de questions que les patients nous posent dans le milieu hospitalier et auxquelles je ne suis pas toujours apte à répondre aux patients. Ce peut être utile pour convaincre le patient de se procurer tel type de matériel pour son confort.

**4) Pensez-vous que la personne malade a son pharmacien référent et le connaît ?**

Dans l'idéal, je pense que ce serait bien !

Je suis médecin généraliste de ville à l'origine. Je pense que c'est vraiment mieux quand il y a un pharmacien particulier qui s'occupe du patient. C'est quand même mieux quand il y a une sorte de contrat moral entre un référent médecin et un référent pharmacien pour prendre en charge le patient. De par mon expérience en ville, je trouve très intéressant le trio malade-pharmacien-médecin.

C'est vrai que je pense qu'il y a encore des quartiers où cela se fait... Le malade va choisir un cabinet de groupe, il va garder le pharmacien du quartier parce qu'il le connaît bien, que son dossier est enregistré là-bas et qu'à force, il y a des choses qui passent et un lien s'est créé entre le pharmacien et le patient... Il pourra lui arriver de

livrer au domicile du patient. Ca, c'est vraiment le contexte idéal où tout le monde connaît tout le monde...

Après, existent aussi l'anonymat de la ville ou le patient nomade. On passe d'une pharmacie à une autre. On va là où ça ira le plus vite et où l'on pense que l'on pourra raconter tout et n'importe quoi pour obtenir son traitement... Je pense effectivement que de pouvoir s'appuyer les uns sur les autres, c'est essentiel pour que le médecin ne se trompe pas, que le pharmacien ne se fasse pas avoir et que le patient soit bien pris en charge.

Dans certains services comme les soins palliatifs ou d'autres services où les patients ont des pathologies lourdes, il est fréquent que le patient ait sa pharmacie et son pharmacien. Et je reconnais qu'il pourrait être intéressant que ce soit plus développé dans d'autres cas en ville. Il serait intéressant d'avoir un pharmacien référent qui ne va pas hésiter à rappeler le médecin.

C'est également important de se rencontrer entre médecin et pharmacien ainsi que d'identifier « sa tête » pour se connaître et se reconnaître pour communiquer plus facilement.

**5) La loi HPST fait évoluer les missions du pharmacien... Avez-vous connaissance de ces missions ? Pour vous, quels sont les rôles essentiels du pharmacien d'officine ?**

... Ah oui, je suis au courant de cette nouvelle loi qui laisse le droit aux pharmaciens de renouveler certaines ordonnances et d'adapter certaines posologies... Je me souviens que cela avait fait grand remous, notamment dans le monde médical qui avait l'impression de « perdre son pouvoir ».

Moi, cela me semble être une bonne chose car, en pratique, je pense que cela était déjà fait. Les pharmaciens renouvelaient déjà certains traitements à leurs patients, le temps qu'ils retournent voir le médecin. Les pharmaciens dépannent le retraité qui n'a pas eu de rendez-vous pour son traitement de cholestérol et de tension ou la



petite jeune fille qui n'a pas eu le temps d'aller voir son gynécologue... Quand ils les connaissent bien, c'est normal !

***Vous ne vous étiez pas senti dépossédé de quelque chose ?***

Non... cette possibilité ne m'avait pas semblé dramatique. Je l'avais vécue comme un dépannage pour le patient sans que cela prenne le pas sur la décision médicale. Je n'avais peut-être pas tout lu mais... non...

***En soins palliatifs, nous poussons la collaboration jusqu'à l'envoi d'un courrier, avec l'accord du patient, à son médecin traitant et au pharmacien d'officine lors du retour à domicile... Ce courrier est accompagné de l'ordonnance de sortie pour que le pharmacien puisse commander les produits à temps...***

Ah oui, je vois bien, l'idée est que le pharmacien ait vraiment des éléments de réflexion et qu'il puisse expliquer au patient pour quelle raison il lui donne tel traitement mais aussi que le pharmacien ne soit pas inquiet de certaines doses qui peuvent être justifiées dans ce courrier...

C'est bien... C'est vrai que les délais du compte rendu que l'on envoie habituellement, c'est huit jours dans le meilleur des cas. Là, avec ça, cela permet de pouvoir bien prendre en charge tout de suite le patient.

C'est vrai que l'autre jour, j'ai eu une dame en situation palliative qui était extrêmement fatiguée... J'ai appelé son pharmacien et effectivement elle avait son pharmacien ! Je lui ai proposé de lui faxer l'ordonnance. Je l'ai eu au téléphone et on a échangé... Je lui ai demandé de préparer tous les médicaments car je me suis dit que ce n'était peut-être pas ce qu'il avait en stock... C'est vrai que ça été rapide. Effectivement, avec une fiche comme ça, il aurait peut-être mieux compris la démarche pour cette dame...

C'est bien parce que le pharmacien reconseille le patient derrière nous...

De toute façon, les gens reposent la question dans la vraie vie... Ils sortent d'ici avec une somme d'informations, une charge émotionnelle... Un truc tel, qu'ils se disent en sortant de l'hôpital : « tu te rappelles ce qu'il a dit le docteur, toi ? » Ensuite, il va voir son médecin traitant qui, évidemment, n'a pas encore reçu le courrier... et qui dit : « bah, je ne sais pas, je vais le rappeler, je vous redirai... » et puis le pharmacien qui suppute, qui subodore, qui pense que... mais qui n'est pas sûr...

C'est évident que cette transmission doit bien rendre service... Cela doit éviter des erreurs...

***Nous avons aussi vu en ce compte rendu un outil pour mieux accompagner le patient en y mettant certains éléments sur l'entourage et les aidants principaux... Cela a toujours été très bien reçu par les officinaux... Par contre, cela a choqué certains médecins que l'on partage le diagnostic avec le pharmacien...***

Il est soumis au secret médical et cela ne peut qu'aider... Au final, c'est la prise en charge du patient l'objectif. De toute façon, les pharmaciens ne sont pas idiots, ils ne donnent pas du Durogésic® pour une angine ! Je pense que c'est le partage du pouvoir qui pose problème. Il y a des groupes de médecins... « je suis le plus beau, je suis le meilleur, je connais, je sais, je ne partage pas, les autres sont sous mes ordres ! » Il y a beaucoup de ça quand même...

C'est dans l'intérêt du patient... C'est sûr que l'on transmet un diagnostic, mais il est sous couvert du secret. Moi, je ne vois pas le problème dans le sens où cela s'effectue sous couvert du secret médical. Il y a de la déontologie là-dessous. Le pharmacien est un confrère. Nous n'avons aucun intérêt à garder les informations chacun de son côté.

***Pensez-vous, qu'à terme, ce genre de collaboration pourrait être diffusé dans un service comme le vôtre ou comme la MPU ?***

Sur la MPU, je n'en sais rien. Sur la gériatrie, nous faisons très peu de retours à domicile. Mais pour ceux qui rentrent à la maison, je pense effectivement que cela

peut être intéressant de travailler comme ça. On travaille avec des gens âgés. On ne sait jamais exactement ce que les gens ont compris. Pour le patient qui va être un peu dément, c'est la femme qui va le prendre en charge. Dans ces cas-là, elle est parfois tellement surchargée d'émotion que les infos ne seront pas très bien rentrées.

Cela ne me poserait pas de problème métaphysique de travailler sur un mode comme ça pour les gens qui sortent de l'hôpital. Cela me paraît tout à fait jouable.

## **INTERVIEW D**

**1) Pharmacien : commerçant, confrère ou acteur de santé ? Pouvez-vous développer l'image que vous avez du pharmacien d'officine ?**

Partenaire de santé...oui...

Confrère...oui...

Commerçant...un peu... mais ça c'est à cause de l'image que l'on en a de la fac !  
« Pharmacien épicier » : je ne l'ai jamais pensé mais je l'ai beaucoup entendu.

Au fur et à mesure de mon activité, je me suis rendu compte que l'on pouvait créer une relation avec les pharmaciens grâce aux échanges téléphoniques que l'on a avec eux au sein du service. On crée donc un réseau et ils deviennent des partenaires dans le soin et dans la prise en charge du patient.

Ils ont une place importante car les patients posent toujours beaucoup de questions à leurs pharmaciens.

Cependant, je trouve que l'on ne communique pas assez ensemble malgré notre partenariat.

**2) Quelle responsabilité légale pensez-vous que le pharmacien engage par rapport à celle du médecin lors de la délivrance d'ordonnances ?**

Je pense que le pharmacien a la même responsabilité que moi... C'est-à-dire que si je prescris un médicament qui ne correspond pas, le pharmacien, en le délivrant, est autant en tort que moi.

J'ai un ami pharmacien à qui c'est arrivé, c'est pour cela que je le sais... Sinon, je pense que je l'aurais ignoré.

**3) Dans le cadre d'un travail interdisciplinaire médecin - pharmacien, que pensez-vous qu'un pharmacien pourrait vous apporter dans votre exercice quotidien ?**

Je pense qu'ils ont à nous apporter sur des questions pharmacologiques ou sur des questions de modes de distribution du médicament... Ils peuvent nous aiguiller sur ce qu'il est possible d'administrer et par quelle voie il est possible de le faire. Quand j'appelle les pharmaciens, en tout cas c'est plutôt pour ça : est-ce que je peux administrer ce produit par cette voie-là ? Est-ce que je peux mélanger ce produit avec celui-là ?

Je pense que les pharmaciens d'officine peuvent aussi nous aider sur l'éducation thérapeutique du patient. Ils permettent d'expliquer les horaires des prises médicamenteuses, l'indication de chaque traitement. Ils sont là pour reprendre l'ordonnance avec le patient afin que ce soit bien clair et qu'il n'y ait pas d'erreur dans le traitement. Je pense que c'est pratique quand le pharmacien suit le patient depuis longtemps et qu'il le connaît bien ; dans ces cas-là, le pharmacien est précieux car il peut dire « oui ce patient-là, il vient souvent parce qu'il a ce traitement-là... ».

Lors d'entrée d'hospitalisation, il m'arrive de les appeler pour connaître les traitements du patient.

Cela permet de combler les éléments manquants de l'historique médicamenteux. Lorsque le patient est suivi régulièrement par la même pharmacie, cette dernière peut nous donner des renseignements, de la même manière que le médecin traitant. Cela nous permet de savoir comment le patient est et la façon dont il prend ses traitements.

Je me suis rendu compte d'un élément important : le patient dit certaines choses à son pharmacien qu'il ne dit pas à son médecin. Par exemple : « De toute façon, ce médicament-là je ne le prends pas ! ». Le pharmacien nous apporte ainsi des informations sur le contexte de la maladie du patient.

**4) Pensez-vous que la personne malade a son pharmacien référent et le connaît ?**

Je pense qu'ils ont une pharmacie référente ; un pharmacien pas forcément. Ils nous disent toujours « je suis à la pharmacie X. ». Ont-ils pour autant identifié une personne référente au sein de la pharmacie, je ne le sais pas. Une pharmacie par contre oui, c'est certain.

**5) La loi HPST fait évoluer les missions du pharmacien... Avez-vous connaissance de ces missions ? Pour vous, quels sont les rôles essentiels du pharmacien d'officine ?**

Non, je n'ai pas connaissance de ces missions. Je les imagine assez bien mais je ne les connais pas.

A mon sens, on « bourre » les gens d'informations, on leur donne leurs papiers de sortie et on essaie de leur réexpliquer certains éléments. Cependant, il s'est déjà passé tellement de choses en si peu de temps qu'une bonne partie de nos explications est déjà oubliée. C'est pourquoi, pour moi, le rôle principal du pharmacien d'officine se situe vraiment sur l'éducation thérapeutique du patient.

Le pharmacien est aussi là pour nous alerter concernant nos ordonnances. Parfois, il peut arriver que l'on prescrive certains médicaments qui ne vont pas ensemble. En visualisant tous les traitements du patient, il a pour rôle de nous signaler l'incompatibilité de ces deux traitements. Il peut nous proposer des alternatives médicamenteuses mieux tolérées et nous informer sur le retrait du marché de certains médicaments. Il peut également nous informer de l'existence d'autres formes pharmaceutiques.

Pour moi, ces deux rôles sont essentiels : l'analyse de l'ordonnance pouvant aboutir à rediscuter la prescription avec le médecin et le rôle d'éducateur du patient sur son traitement.

**6) Le partage du secret médical vous gêne-t-il ?**

**Qu'en pensez vous ?**

... Le secret médical, je le partage avec des soignants qui sont autour du patient... donc non, ça ne me dérange pas.

**Donc pour vous, le pharmacien en fait-il partie ?**

Oui...

**Souhaiteriez-vous instaurer cette prise en charge dans votre service ?**

Oui, car je pense que cela montre au pharmacien qu'on l'implique dans la prise en charge du patient et qu'il n'est pas juste le distributeur du médicament. En conséquence, je pense que cela permet d'augmenter son investissement, du fait qu'il connaisse mieux le patient et sa maladie (car le patient n'est pas toujours capable de bien expliquer ce qu'il a... ). Le pharmacien pourra ainsi mieux le comprendre et mieux l'aider. Je pense que cela peut améliorer le rôle de conseil du pharmacien.

Après l'interview, ce médecin me demande confirmation pour savoir si le partage d'informations médicales avec le pharmacien est bien autorisé. Elle avoue avoir eu un doute en répondant « oui » à la question. Cela lui semblait « logique », mais elle n'était pas certaine que ce soit autorisé.

## **INTERVIEW E**

**1) Pharmacien : commerçant, confrère ou acteur de santé ? Pouvez-vous développer l'image que vous avez du pharmacien d'officine ?**

*Confrère sans hésiter...*

J'ai une bonne image du pharmacien d'officine car c'est un acteur très important pour les personnes âgées.

Je pense notamment aux conseils qu'il donne aux personnes âgées et au rôle de prévention des effets indésirables qu'il possède. Ce rôle d'éducation thérapeutique du pharmacien officinal est très important.

Le côté confrère est présent lorsque l'on communique ensemble au sujet des traitements. Nous abordons des modifications de médicaments qui peuvent les interpeller ou des difficultés qu'ils peuvent rencontrer par rapport aux traitements.

L'image que j'en ai est plutôt positive.

Notre problème dans le service est l'automédication chez le sujet âgé. Nous comptons sur le pharmacien pour jouer pleinement son rôle concernant l'automédication chez le sujet âgé. La vente d'AINS et d'autres produits en vente libre peut avoir de lourdes conséquences chez cette population et nous attendons vraiment du pharmacien qu'il soit extrêmement vigilant concernant ces délivrances.

**2) Quelle responsabilité légale pensez-vous que le pharmacien engage par rapport à celle du médecin lors de la délivrance d'ordonnances ?**

Je pense que la responsabilité est la même. Je pense que nous sommes tous les deux impliqués et que chacun de nous doit bien faire son travail.

Nous, médecins, devons être précautionneux sur la rédaction des ordonnances en précisant bien ce que l'on souhaite pour la délivrance, car les premières erreurs



viennent de là. Ensuite, je pense que le pharmacien a aussi son rôle à jouer et ses responsabilités lorsqu'il délivre l'ordonnance.

Chacun est responsable.

**3) Dans le cadre d'un travail interdisciplinaire médecin - pharmacien, que pensez-vous qu'un pharmacien pourrait vous apporter dans votre exercice quotidien ?**

Pour moi, le contrôle des ordonnances est très important. C'est ce que j'apprécie particulièrement, car nous effectuons parfois des erreurs de prescription ou d'associations médicamenteuses qui peuvent, malgré notre vigilance, passer à la trappe.

Ils ont également un rôle de conseil concernant certaines substitutions ou certaines associations médicamenteuses pouvant être moins favorables que d'autres.

C'est une relation confraternelle de conseil.

Au niveau médicamenteux, on a beau apprendre dans les livres qu'il faut traiter telle pathologie par tel médicament, le pharmacien peut nous remettre en question sur la possibilité d'utiliser d'autres traitements. Il peut également nous questionner sur : « avez-vous calculé sa clairance ? tel médicament ne pourrait-il pas être remplacé ? ». Ce regard critique, dans l'intérêt du patient, est très bénéfique.

**4) Pensez-vous que la personne malade a son pharmacien référent et le connaît ?**

Ah oui ! Dans notre service, ils ont leur pharmacien ! C'est toujours le même.

C'est très appréciable, car dès que nous avons besoin d'une réponse à une question sur la prise des médicaments, sur le renouvellement des ordonnances, nous savons exactement à qui nous adresser. C'est une chose qui est extrêmement pratique pour

la prise en charge de la personne âgée. Je pense que cela ne doit pas se passer tout à fait comme ça pour des patients plus jeunes.

Pour nous, de la même manière que nous avons le médecin traitant, nous avons le « pharmacien traitant ». Lorsque j'ai fait ma thèse sur la « déprescription », le fait de solliciter le pharmacien représentait quelque chose d'important dans le sens où le pharmacien possède un rôle social. Il assure un lien social avec le patient. A partir du moment où l'on prescrit quelque chose en tant que médecin, le patient va ensuite aller chercher ses médicaments à la pharmacie. Pour le patient, le passage par la pharmacie est quelque chose de très important.

Pour moi, c'est un acteur de santé indispensable.

***5) La loi HPST fait évoluer les missions du pharmacien... Avez-vous connaissance de ces missions ? Pour vous, quels sont les rôles essentiels du pharmacien d'officine ?***

Le pharmacien centralise les prescriptions que le patient obtient de plusieurs médecins ou spécialistes. Pour moi, son rôle est de faire le lien entre tous ces traitements et de signaler ce qui lui paraît être anormal.

Je sais que c'est difficile car lorsque le pharmacien appelle le médecin traitant, il est parfois méfiant et n'aime pas que l'on touche à ses prescriptions. Ils ont l'impression que c'est une intrusion dans leurs pratiques. Certains confrères pharmaciens me racontaient qu'ils appellent parfois le médecin pour leur signaler la prescription de plusieurs psychotropes pour laquelle on pourrait probablement envisager une alternative afin de limiter les effets indésirables. Ils me disaient qu'ils se faisaient raccrocher au nez. Nous trouvons, au sein du service lorsque nous appelons un médecin généraliste, un accueil parfois semblable.

Malgré la difficulté de la tâche, je pense que le pharmacien doit continuer d'avoir un oeil critique sur la prescription et ne pas se contenter de délivrer les médicaments sans interagir avec l'auteur des prescriptions. Si la prescription n'est pas adaptée, je pense que c'est le rôle du pharmacien de le signaler.

Nous avons vraiment des rôles partagés, soit de prescrire soit de délivrer. Nous avons le même poids pour moi par rapport au patient qui va prendre son traitement à la fin.

La loi HPST recommande de limiter la prescription du nombre de neuroleptiques, de psychotropes et d'augmenter la vigilance concernant les interactions médicamenteuses. Je pense que c'est très important que le médecin traitant ait un retour sur ses prescriptions, qu'il soit bon ou pas. Je pense que c'est nécessaire que le pharmacien rentre vraiment dans cette démarche. Je trouve réellement intéressant que vous ayez ce droit de regard. De toute façon, les médecins n'auront plus le choix, vous serez là pour cela.

Le risque pour le patient se situe aussi au niveau des ordonnances multiples délivrées par différents médecins ou spécialistes. La seule personne qui puisse faire le tri dans ce cas, c'est le pharmacien d'officine !

#### **6) *Le partage du secret médical vous gêne-t-il ?***

Non. Je pense qu'il faut que l'on partage les pathologies et la vie de notre patient. Ça ne me perturbe pas... Je pense vraiment que l'on doit travailler ensemble pour éviter la iatrogénie.

Si l'on ne donne pas d'informations au pharmacien sur son patient, il ne peut pas avoir un regard critique lors de la délivrance. C'est à partir du moment où ils connaîtront bien les antécédents, les pathologies actives et les comorbidités des patients qu'ils pourront avoir de manière pleinement performante cet esprit critique.

Le travail de collaboration médecin hospitalier – pharmacien officinal est intéressant.

Cependant, je pense qu'il faut du temps pour le mettre en place et il serait intéressant que ce soit fait au niveau institutionnel et non pas seulement instauré dans un service isolé. Dans notre service, nous avons un arsenal thérapeutique assez limité. Nos patients prennent souvent les mêmes traitements, des traitements très connus et dont les doses sont très faibles. Le travail serait intéressant dans

notre service par rapport aux modifications des ordonnances à la sortie de l'hospitalisation. Pour des services de prise en charge plus lourde, lorsqu'il y a des médicaments moins courants, je pense que ce travail serait particulièrement intéressant.

De par les responsabilités qui vont vous incomber à l'avenir, je pense que l'on tend vraiment à développer ce genre de démarche. Il va falloir que vous soyez encore plus au courant de ce qu'il se passe pour le patient.

***Si l'on formait les externes à cette transmission avant leur entrée dans le service et si cette démarche était dédiée officiellement aux externes en pharmacie et en médecine au début de leur stage, cela vous semblerait-il plus simple à mettre en place ?***

Oui tout à fait, si cette démarche a été formalisée en amont, cela me semble complètement réalisable. Cela peut constituer un objectif de leur formation. De la même manière que nos externes en médecine appellent le médecin traitant, cela me semblerait logique que l'externe en pharmacie contacte la pharmacie de ville.

Il y a beaucoup d'études qui montrent qu'après la sortie d'hospitalisation, les traitements initiaux des patients sont souvent réinstaurés. Dans certains cas, le médecin n'a pas été au courant suffisamment tôt de la nouvelle prescription. C'est le cas lorsque nos comptes rendus à l'hôpital ne sont pas tapés à temps. Il suffit alors que le patient ne parle pas de ses nouveaux traitements pour que le médecin traitant reprenne l'ancien.

Lors de l'entrée à l'hôpital, nous avons souvent des patients qui prennent des médicaments non disponibles à l'hôpital. Nous échangeons alors par un médicament de la même classe thérapeutique. (ex. : Amlodipine non disponible à l'hôpital, on administre le Lercandipine). Lors de sa sortie, la prescription maintient souvent le Lercandipine et le pharmacien est un peu perdu en ne comprenant pas réellement ce changement. Effectivement, si cela lui était expliqué, ça ne lui poserait pas question...

## **INTERVIEW F**

### **1) *Pharmacien : commerçant, confrère ou acteur de santé ? Pouvez-vous développer l'image que vous avez du pharmacien d'officine ?***

Commerçant...oui... à la vue de certaines officines... Je pense que la vente de produits telle quelle, sans conseil ni explication, si c'était le cas, pourrait effectivement véhiculer une image de commerce ...

Confrère...oui évidemment... parce que nous sommes amenés à échanger au quotidien sur la santé.

Acteur de santé... c'est l'image que je souhaiterais avoir en effet. Pour moi, le pharmacien doit avoir un rôle de conseil et de réexplication des ordonnances aux patients...

### **2) *Quelle responsabilité légale pensez-vous que le pharmacien engage par rapport à celle du médecin lors de la délivrance d'ordonnances ?***

Pour moi, cette responsabilité est partagée... Chacun possède une responsabilité. L'un prescrit et l'autre délivre.

### **3) *Dans le cadre d'un travail interdisciplinaire médecin - pharmacien, que pensez-vous qu'un pharmacien pourrait vous apporter dans votre exercice quotidien ?***

On doit pouvoir s'appuyer sur le pharmacien pour réexpliquer nos prescriptions au patient. Lors d'une sortie d'hospitalisation, énormément de choses sont dites au patient. Il ne peut pas tout retenir... Il sort en se posant déjà plusieurs questions sur la manière dont cela va se passer à la maison, alors, même si on lui explique la prescription que l'on rédige, il ne se rend pas encore compte. Il n'a pas les médicaments sous les yeux, donc pour l'instant, ce n'est pas son premier souci en général.

C'est pourquoi, le rôle d'éducation thérapeutique du pharmacien est capital. Il doit expliquer au patient le rôle de chaque médicament, quels médicaments sont les plus importants et ne doivent absolument pas être oubliés... Il doit conseiller le patient.

Le pharmacien peut être amené à installer ou expliquer au patient le fonctionnement de matériel. En douleur, les prescriptions d'appareil de TENS sont assez courantes. Il doit réexpliquer au patient la façon dont il faut s'en servir. Il doit aussi faire un effort sur les prix des électrodes pour ces appareils... les électrodes peuvent être très onéreuses dans certaines pharmacies...

J'attends aussi qu'il soit critique face à nos ordonnances. Il a un rôle de contrôle en cas d'erreur de notre part...

**4) Pensez-vous que la personne malade a son pharmacien référent et le connaît ?**

Pas toujours... Je pense que c'est variable selon l'âge... En fait, je pense que la fidélité de fréquentation de la pharmacie est proportionnelle à la chronicité de la pathologie et à l'âge du patient. J'ai l'impression que, plus le patient est âgé et possède une pathologie chronique, plus il va régulièrement dans la même pharmacie. Cela semble un peu logique... Les jeunes populations, qui n'ont pas de soucis particuliers de santé, vont dans la pharmacie qui est sur leur chemin au moment où ils en ont besoin. Par contre, les personnes plus âgées ou ayant une pathologie chronique, vont chercher un lien rassurant avec leur pharmacien. Ils attendent de lui d'être conseillés sur leurs problèmes.

**5) La loi HPST fait évoluer les missions du pharmacien... Avez-vous connaissance de ces missions ? Pour vous, quels sont les rôles essentiels du pharmacien d'officine ?**

Je ne sais pas précisément quelles sont ces missions, mais j'ai notion que les responsabilités du pharmacien évoluent...

Il a une place à prendre dans l'éducation thérapeutique de ses patients. Il doit être un acteur à part entière dans la prise en charge, en étant aussi critique de nos prescriptions...

C'est pour cela que je trouve très intéressant que les praticiens hospitaliers proposent des formations aux pharmaciens et médecins libéraux. La semaine dernière, nous avons organisé une soirée formation pour les pharmaciens officinaux. Ca permet d'expliquer certaines pratiques spécifiques de l'hôpital.

#### **6) Le partage du secret médical vous gêne-t-il ?**

Non ça ne me dérange pas... Tant que cela reste au sujet d'un même patient...au sujet d'un même dossier... je ne vois vraiment pas le problème. On communique avec le pharmacien sur un patient commun pour prolonger la prise en charge donc... Si ça peut améliorer la prise en charge du patient, je ne peux évidemment pas être contre... Ca peut prolonger certaines choses que l'on met en place à l'hôpital et qui parfois retombent une fois le retour à domicile.

#### **Qu'en pensez vous... Souhaiteriez-vous instaurer cette prise en charge dans votre service ?**

Oui c'est une démarche intéressante. Par contre, je ne suis pas en hospitalisation mais je fais partie de l'équipe mobile... Donc, en ce qui me concerne, je ne pourrais pas l'utiliser au quotidien. Cependant, je pense que ça pourrait être important lors des sorties d'hospitalisations du service de la douleur.

J'imagine cette prise en charge apporter un plus, surtout dans les cas d'encadrement des patients sur des sevrages médicamenteux... Le pharmacien possède toute sa place dans ce genre de prise en charge. Surtout que la diminution est amorcée au sein du service mais elle continue lors du retour à domicile. Si le pharmacien en était bien informé, il pourrait soutenir le patient dans cette démarche, refaire le point avec lui lors des délivrances et proposer des alternatives qu'on lui a suggérées dans la transmission. C'est sûr que ce serait un atout très important pour ce genre de cas.

En plus, au-delà du conseil autour de l'ordonnance, le pharmacien pourrait avoir une vigilance supplémentaire concernant l'automédication de ce patient. Cela éviterait, comme on peut le voir dans certains cas, le remplacement d'une dépendance par une autre.

***Appartenant à l'équipe mobile, j'imagine que vous vous déplacez dans beaucoup de services : dans quels services hospitaliers pensez-vous que cela pourrait présenter un intérêt ?***

Beaucoup à mon avis... Comme je l'ai dit, nombreux sont les services où l'on donne énormément d'informations au patient avant sa sortie... Il est donc courant qu'à sa sortie, il soit utile de préciser certaines informations ou de réexpliquer le traitement prescrit...

Je pense à la psychiatrie car le suivi et l'encadrement sont primordiaux... la cardiologie... l'endocrinologie, bien sûr, car il y a beaucoup de traitements, du matériel et beaucoup de conseils à donner... la MPU où il y a très souvent des réorganisations importantes de traitements entre l'entrée et la sortie...la gériatrie...l'infectiologie...la néphrologie...et j'en oublie sûrement...



## **INTERVIEW G**

### **1) *Pharmacien : commerçant, confrère ou acteur de santé ? Pouvez-vous développer l'image que vous avez du pharmacien d'officine ?***

Il y a quelques mois, je n'aurais même pas dit « commerçant », j'aurais dit « épicier » !

Cependant, il y avait un biais car je suis une grande consommatrice de médicaments. J'ai tendance à amener mon ordonnance à la pharmacie en disant : « je suis interne en médecine donc je n'ai pas besoin d'explications ». Je n'ai donc j'avais côtoyé le pharmacien avec le rôle qu'il aurait dû avoir. Je l'arrête avant même qu'il ne m'explique quoi que ce soit.

Maintenant, je me rends compte que l'on en a besoin et que c'est un collaborateur. Mon professeur de pharmacologie nous disait que le pharmacien est « le dernier rempart contre la connerie des médecins ».

Effectivement, je pense que vous avez les bases médicales et une connaissance de la pharmacologie.

Par conséquent, je pense que nous sommes complémentaires et que nous avons besoin l'un de l'autre.

Je reproche à mes études de nous avoir mis en opposition alors que l'on a besoin de travailler ensemble. Pendant nos études, nous avons la même fac, nous avons la même bibliothèque mais nous sommes en concurrence parce que l'on exerce des professions d'« élite » où nous avons une certaine reconnaissance extérieure. Nous avons beaucoup été mis en compétition pendant notre cursus.

Maintenant, je me rends compte petit à petit que nous ne sommes pas en compétition, mais que nous avons besoin l'un de l'autre.

J'ai évolué sur ce sujet lorsque j'étais toute jeune interne dans un hôpital de périphérie. Je n'avais pas les compétences pour expliquer que tel médicament se

prenait à tel moment. J'avais de mauvaises bases de pharmacologie et j'avais trop de choses à gérer en début de semestre. Du coup, je me suis appuyée sur les pharmaciens et j'ai beaucoup appris sur eux à ce moment-là.

Je les ai aussi côtoyés dans le service de la douleur où il y avait beaucoup de prescriptions hors AMM. Les pharmaciens nous appelaient donc souvent. Il est vrai qu'au début, je me disais « je prescris ce que je veux ! » J'avais vraiment du mal à comprendre pourquoi ils m'appelaient... Ensuite, j'ai cerné un peu mieux leur démarche.

**2) Quelle responsabilité légale pensez-vous que le pharmacien engage par rapport à celle du médecin lors de la délivrance d'ordonnances ?**

Je pense que le médecin a toute la responsabilité. Je ne sais pas si le pharmacien possède une responsabilité. Pour moi, à partir du moment où je fais une ordonnance, je pense qu'il ne serait pas en tort s'il délivrait quelque chose qui ne convenait pas.

**3) Dans le cadre d'un travail interdisciplinaire médecin - pharmacien, que pensez-vous qu'un pharmacien pourrait vous apporter dans votre exercice quotidien ?**

J'ai l'impression que le patient est plus en contact avec le pharmacien. Lors des consultations, nous sommes un peu pressés et nous expliquons très rapidement l'ordonnance.

Je suis souvent surprise que les patients aient en général leur pharmacie et qu'ils connaissent bien leur pharmacien. J'ai l'impression qu'ils discutent beaucoup avec eux. Je me demande si c'est l'effet « blouse blanche » ou si nous ne leur laissons pas assez le temps de parler. Le pharmacien leur laisse peut-être plus de temps. S'il y avait une inobservance ou un problème, je pense que le patient en parlerait plus à son pharmacien. C'est en ça où je pense que votre place est plus importante que nous.

Pour la pharmacologie, j'apprends beaucoup par mon exercice. Ce sont les patients qui me disent s'ils ont tel ou tel effet secondaire. Ensuite, je les mémorise.

**4) Pensez-vous que la personne malade a son pharmacien référent et le connaît ?**

Dans les stages d'hôpitaux périphériques, ils avaient leur pharmacie attitrée. Cependant, même au CHU de Nantes, j'ai le sentiment qu'ils ont leur pharmacie. C'est peut-être un peu biaisé par le fait que nos prises en charge contiennent des traitements lourds avec des morphiniques qui les poussent à rester dans la même pharmacie.

**5) La loi HPST fait évoluer les missions du pharmacien... Avez-vous connaissance de ces missions ? Pour vous, quels sont les rôles essentiels du pharmacien d'officine ?**

Non, je n'ai aucune connaissance de ces nouvelles missions du pharmacien.

Son rôle se trouve dans la délivrance des médicaments en accord avec ses propres connaissances et la surveillance au cas où l'on se serait trompé sur la prescription. Pour moi, il doit aussi accompagner la délivrance de conseils de prises et de prévention des effets indésirables. Il a une mission d'information.

**6) Le partage du secret médical vous gêne-t-il ?**

Oui !

...

En soi, le partage du secret médical avec le pharmacien, non... Ce qui me pose soucis dans une pharmacie, c'est qu'il y a un pharmacien mais que le reste du personnel n'est pas pharmacien. Les préparateurs ont beau être officiellement soumis au secret professionnel, c'est quelque chose qui me dérange.

D'une manière générale, je trouve qu'il n'y a pas beaucoup d'intimité dans une pharmacie. Je trouve qu'il y a très peu de pharmacies où l'on puisse proposer une

ordonnance pour un patient VIH +, un patient toxicomane ou une délivrance de produits morphiniques dans un véritable secret...

J'aime bien quand les pharmaciens m'appellent car je transmets directement les informations. Même la transmission par l'intermédiaire d'un courrier me dérange dans le sens où un préparateur peut le lire.

Dans un service hospitalier par exemple, pour moi, toutes les infirmières n'ont pas à savoir qu'un patient est VIH +. Je pense que, de la même manière, toute une équipe officinale n'a pas à savoir qu'un patient est VIH +. Il y a des choses qui sont utiles et d'autres non. Je pense que le commérage, aussi bien à l'hôpital qu'en pharmacie, est assez fréquent.

***Souhaiteriez-vous instaurer cette prise en charge dans votre service ?***

Le fax me pose soucis. Si le courrier n'est lu que par le pharmacien, cela peut être acceptable. Je pense que certains antécédents ou certains aspects de l'histoire de la maladie du patient n'ont pas besoin d'être détaillés au pharmacien. Il faut rester vague sur cette notion. J'ai peut-être l'impression d'avoir une mission, un peu comme le « curé » qui est le seul à tout entendre. Je n'ai probablement pas envie de partager cette mission. Cela revient au même qu'au début de nos études où l'on nous « monte » les uns contre les autres. Il y a certainement un peu de cet aspect en arrière-plan.

***Pour vous, cet échange médecin – pharmacien n'enrichit pas particulièrement la prise en charge du patient ?***

Je ne pense pas... J'ai appris récemment que le pharmacien pouvait se déplacer au domicile du patient. Dans ce cas, il a peut-être besoin d'avoir un peu plus de renseignements et encore... Sinon, je pense globalement que cela ne présente pas d'intérêt.

## **INTERVIEW H**

### ***1) Pharmacien : commerçant, confrère ou acteur de santé ? Pouvez-vous développer l'image que vous avez du pharmacien d'officine ?***

Pour moi, c'est en premier un acteur de santé.

Probablement, sous-utilisé au sens d'acteur de santé... Malheureusement, la partie commerçante intervient un peu trop au-devant de la scène pour certains.

Confrère... oui certainement, il y a des liens de confraternité entre pharmaciens et médecins.

Je vois d'un bon œil cette évolution du rôle du pharmacien vers l'éducation thérapeutique. C'est le bénéfice de tous, y compris du pharmacien. Je pense que certains pharmaciens, après trente ans de carrière, ne se satisfont pas bien du rôle commercial prédominant.

Beaucoup se donnent du mal pour donner des conseils, mais... je ne suis pas du tout un expert de la chose... Cependant, je vois bien, de ce que j'en perçois, qu'une grande partie de l'activité du pharmacien est la distribution du médicament. Ce n'est pas un jugement de valeur...

### ***2) Quelle responsabilité légale pensez-vous que le pharmacien engage par rapport à celle du médecin lors de la délivrance d'ordonnances ?***

Je pense qu'il a une forte responsabilité légale.

Je ne connais pas les textes régissant l'exercice du pharmacien.

Il doit vérifier la cohérence de la prescription. Cependant, je pense que sa marge de manœuvre est relativement réduite. En gériatrie, j'en avais parlé avec des collègues pharmaciens qui peuvent repérer une tendance à la iatrogénie, à l'abus médicamenteux et même à des prescriptions inadéquates ou abusives lors

d'ordonnances comprenant 15 médicaments. En général, ils ont une marge de manœuvre assez réduite. Ils peuvent seulement s'en inquiéter auprès du patient.

Je pense que beaucoup de pharmaciens mettent en avant la difficulté de rentrer en contact avec un collègue médecin pour revoir sa prescription. Il faut faire preuve de beaucoup de diplomatie.

Du point de vue hospitalier, je pense que les choses sont éminemment différentes. Les praticiens hospitaliers pharmaciens ont un rôle très important et un pouvoir certain. Ils se permettent, sans aucun état d'âme, de contacter leurs collègues quand ils trouvent qu'une prescription doit être justifiée. Ca me semble tout à fait adéquat quand ils trouvent qu'une prescription onéreuse doit faire l'objet d'un débat.

***Attendriez-vous plus de contacts avec le pharmacien d'officine à ce niveau-là ?***

C'est délicat... Là, il en va de la culture de séparation des professions...

Je trouve que la tendance actuelle, qui est notamment du côté de la PACES et d'avoir des passerelles entre les filières, est sûrement une bonne chose. Le médecin, qu'il soit hospitalier ou libéral, n'aime pas trop que l'on farfouille dans ses prescriptions. Cela dépend éminemment de la façon dont c'est fait par le pharmacien. Il faut certainement faire preuve de diplomatie. J'ai vu des médecins déconseiller telle ou telle pharmacie (dans le bulletin du Conseil de l'Ordre). Certains médecins se sont arrogé le droit de déconseiller ou de conseiller tel ou tel pharmacien et le président de l'Ordre des pharmaciens s'en est inquiété...

***3) Dans le cadre d'un travail interdisciplinaire médecin - pharmacien, que pensez-vous qu'un pharmacien pourrait vous apporter dans votre exercice quotidien ?***

C'est une question complexe qui mériterait réflexion... C'est certain que si l'on regarde la chaîne décisionnelle et que l'on se place du côté de l'interdisciplinarité, l'investissement des pharmaciens dans des structures comme la nôtre a rendu un service très important à tous.

Le pharmacien lui-même a trouvé un rôle propre et il s'est investi en équipe. On peut imaginer que quelqu'un qui a participé à un exercice pluridisciplinaire le maintiendra, quelle que soit son activité par la suite. Du côté du patient, on a des travaux en cours et déjà deux ou trois thèses de pharmacie, spécifiquement sur la satisfaction des patients après la mise en place de groupes d'éducation thérapeutique. Nous avons mis en place ces groupes d'éducation thérapeutique au sein desquels les pharmaciens accueillent des patients hospitalisés tous les mercredis. On a également mis en place un groupe psychoéducatif pour lequel il n'y a pas de pharmaciens. Il est composé du médecin algologue, de l'infirmière qui fait des TENS et du kinésithérapeute.

Du côté des patients, il y a un intérêt évident et du côté des médecins, nous sommes très contents que des experts du médicament participent à l'exercice. On peut imaginer que cela se fasse dans la continuité et qu'il y ait une certaine cohérence avec ce travail hospitalier.

Si le rôle des jeunes pharmaciens, ou des plus vieux, (un pharmacien hospitalier avait proposé de participer à ces groupes d'éducation thérapeutique) dans les structures hospitalières est confirmé, on peut imaginer qu'eux-mêmes créeront un pont important avec leurs collègues officinaux. Ce sont, dans ce cas, des collègues pour lesquels il n'y a pas de rapport hiérarchique, pas de conflit professionnel. On peut imaginer qu'ils puissent prendre le relais facilement.

Je constate qu'il y a une très bonne interaction entre les jeunes pharmaciens et les jeunes médecins au sein d'une approche interdisciplinaire hospitalière. Il n'y a pas de raison qu'il n'en soit pas de même avec les pharmaciens d'officine.

On va dire que la réserve ou la limite de cette idée est que l'on est tous extrêmement contraints par le temps et qu'il faut bien identifier la personne qui ferait le relais. Le praticien hospitalier ne peut pas démultiplier les interlocuteurs. Cela ne veut pas dire qu'ils ne sont pas intéressants.

Que le pharmacien d'officine puisse être récipiendaire de l'ordonnance, d'un compte rendu et d'un processus de réflexion interdisciplinaire, cela me semble une très bonne idée.

Le pharmacien d'officine peut alors très bien servir de relais de proximité à l'exercice hospitalier qui est effectivement un peu trop massif. Il se passe beaucoup de choses à l'hôpital et puis, à la sortie, il y a une espèce de iatus, notamment dans des structures comme les nôtres. Les patients sont très entourés et très sollicités en pleins d'activités puis ils retournent chez eux... On peut alors avoir comme une retombée. C'est donc très important qu'il y ait des acteurs libéraux qui prennent le relais.

On utilise, dans ce cas, les compétences d'éducation thérapeutique et de proximité que le pharmacien possède. Cette place est d'autant plus intéressante lors de cas de mésusage du médicament.

C'est évident qu'il y a une place pour le pharmacien.

#### ***4) Pensez-vous que la personne malade a son pharmacien référent et le connaît ?***

On peut imaginer que plus ils sont âgés, plus ils vont voir un pharmacien régulier. En fonction des besoins et de leurs localisations, je pense que la plupart des jeunes changent de pharmacie. C'est mon impression. Je pense que cela peut être intéressant que le patient ait un interlocuteur privilégié : le pharmacien en est un.

Dans le cadre de la prise en charge des douleurs chroniques, c'est important que le pharmacien participe au réseau de prise en charge et qu'il soit, dans la mesure du possible, intéressé par la pathologie en question. Les intervenants libéraux ne sont pas égaux en matière de prise en charge de douleurs chroniques. Un bon kiné est important. Ça ne veut pas dire que les autres soient mauvais. Mais on choisit des interlocuteurs qui soient formés pour cette spécificité. Après, il y a la question de l'intérêt et du temps. Les patients douloureux chroniques sont des patients chronophages. Ce n'est pas forcément rémunérateur. Un kiné, un médecin, un



pharmacien est payé pareil, qu'il passe une heure ou 3 minutes avec le patient. C'est quand même un sujet majeur. En douleur, et particulièrement en douleur chronique, le temps est un facteur qualitatif très important. C'est un facteur thérapeutique.

Quand vous voyez certaines pharmacies, on peut s'interroger sur des choix stratégiques. On ne peut pas faire une pharmacie de supermarché avec des débits spectaculaires comme il y en a quelques-unes sur Nantes et assurer ce type de conseils, je pense.

**5) La loi HPST fait évoluer les missions du pharmacien... Avez-vous connaissance de ces missions ? Pour vous, quels sont les rôles essentiels du pharmacien d'officine ?**

J'ai surtout retenu l'éducation thérapeutique. Le fait d'avoir un local spécifique avec un temps dédié à l'éducation.

Je pense à la distribution du médicament, au repérage de la cohérence d'une ordonnance et à la distinction des erreurs de posologies etc.

Dès lors que la santé ou la vie du sujet peuvent être en cause, il doit prendre contact avec le médecin. Il a un rôle de conseil thérapeutique qui me paraît augmenter avec l'âge du patient et la polypathologie que l'on trouve dans les maladies chroniques.

**6) Le partage du secret médical vous gêne-t-il ?**

Pas du tout... pour moi, c'est un professionnel de santé et au contraire, je pense qu'il faut responsabiliser le pharmacien. Dès lors que les stagiaires hospitaliers pharmaciens sont soumis au secret professionnel, je ne vois pas pourquoi il n'en serait pas de même pour son collègue qui a 20 ans d'exercice et qui se trouve en ville. Ce serait complètement farfelu. C'est pour moi totalement acquis.

Ce n'est pas le fait de partager le secret qui soit problématique, ce sont les conditions du partage du secret. Si l'on envoie un fax et qu'il arrive aux yeux et à la portée de n'importe qui, c'est problématique.

Il faut donc définir un interlocuteur privilégié qui soit le pharmacien responsable. Il ne faut pas que ce soit n'importe qui.

De plus, on doit avoir l'accord du patient. On le fait aussi parfois avec le médecin du travail par exemple.

***De quelle manière partagez-vous vos données au sein de l'hôpital ? Comment procédez-vous lorsqu'elles sont adressées à l'extérieur de l'hôpital ?***

Nos comptes rendus, nous, sont rédigés et accessibles à tous les gens de l'hôpital par un système de messagerie interne. Et après, je sais que le CHU travaille sur la transmission cryptée de comptes rendus aux intervenants extérieurs et aux médecins extérieurs... C'est en cours... Ce qui pose problème pour nous, c'est le cryptage des données.

***Donc le fax ne représente pas un moyen sûr pour la communication avec le pharmacien d'officine ?***

Je n'ai pas d'avis pertinent sur le sujet... peut-être que si... mais à condition de savoir où le fax atterrit.

***Quel est le risque pour vous ?***

... Surtout « qui » réceptionne le fax.

Toute l'équipe officinale est soumise au secret professionnel...

C'est pour moi la question du référent. Avec qui veut-on échanger ? Est-ce avec toute la pharmacie ou avec le pharmacien référent ? Ca n'est pas du tout pareil.

C'est une démarche de soins effectuée dans une démarche thérapeutique avec un patient qui est chronique et qui nécessite un temps donné. Ca n'est pas du tout pareil que d'avoir un fax qui est vu par un préparateur et qui n'est pas du tout au fait de ce qui se passe.

Là, moi, je parle d'un partenaire associé à un processus thérapeutique. Cela n'a rien à voir ! Ce n'est pas transmettre des données mais c'est transmettre un projet de soins. C'est un niveau de collaboration nettement au-dessus.

A partir de ce moment-là, il s'agit de choisir l'interlocuteur. Moi, il me semble que cela peut marcher si c'est un interlocuteur qui a été choisi par le patient et qui a une mission spécifique. Chez nous, le pharmacien est repéré. Il se présente comme tel et il a un rôle propre au sein d'une équipe. Et là, on peut considérer que c'est un travail interdisciplinaire où le pharmacien a un rôle propre.

Ce n'est plus un fax qu'on envoie on ne sait même pas où. C'est le cas lorsque l'on remet une enveloppe à un patient. Cela devient un partenariat thérapeutique. C'est l'élément fondamental.

Je pense que le travail interdisciplinaire dans le chronique est toujours une bonne chose. Dès lors que l'on pose, sur la base de données étayées sur le plan scientifique, que chez le chronique, il y a un intérêt au bon usage du médicament mais il y a un intérêt au non-mésusage du médicament. Chez nous, on constate que les patients douloureux chroniques ont, d'une part, les médicaments qu'il ne faut pas et, d'autre part, ils n'ont pas les médicaments qu'il faut.

Cela paraît évident que le pharmacien a un rôle à jouer.

Avec les réserves que j'ai exprimées tout à l'heure, si le pharmacien est un partenaire et qu'il est intéressé, nous avons tout intérêt à travailler avec lui.

## **INTERVIEW I**

### **1) Pharmacien : commerçant, confrère ou acteur de santé ? Pouvez-vous développer l'image que vous avez du pharmacien d'officine ?**

Avec l'exercice que j'en ai en hospitalier, je dirais acteur de santé...

Parce que ce sont des contacts très ponctuels et que les pharmaciens m'appellent plus que j'appelle les pharmaciens. C'est un contact moins personnalisé qu'un contact avec d'autres collègues de l'hôpital. C'est différent du rapport que j'ai avec certains confrères médecins où l'on peut avoir des liens qui se tissent.

Pour moi, la relation avec les pharmaciens de ville correspond plus à un relais que l'on peut faire avec l'hôpital, surtout dans la prise en charge de malades douloureux chroniques où il y a un rôle d'éducation thérapeutique important.

Nous avons aussi un rôle de correspondance avec lui pour l'avertir de certains mésusages de la part de patients, d'échanger sur certaines erreurs que l'on a pu commettre sur l'ordonnance ou certaines posologies qui peuvent leur sembler aberrantes, notamment lors de la prescription de morphiniques (bien que ce soit rare pour la prise en charge des douloureux chroniques).

### **2) Quelle responsabilité légale pensez-vous que le pharmacien engage par rapport à celle du médecin lors de la délivrance d'ordonnances ?**

...

Quel degré de responsabilité ?

**Oui...**

...

Eh bien... le pharmacien doit vérifier qu'il n'y a pas d'erreur majeure au niveau de l'ordonnance... et je pense que l'on peut lui reprocher d'avoir délivré une dose qui était trop importante... Il doit effectuer un contrôle de ce que nous prescrivons... il a également un rôle de substitution des génériques... ainsi que de réajustement de certaines prescriptions lorsqu'il y a des erreurs de notre part...

Je pense que la responsabilité est partagée s'il y a une grosse erreur...

**3) Dans le cadre d'un travail interdisciplinaire médecin - pharmacien, que pensez-vous qu'un pharmacien pourrait vous apporter dans votre exercice quotidien ?**

Je pense que ce serait vraiment le développement de l'éducation thérapeutique... Je ne sais pas si tous les pharmaciens ont forcément le temps ou sont sensibles à ça. Mais je pense qu'assurer le relais par rapport à une prescription est très important. C'est quelque chose que l'on travaille beaucoup, que ce soit en consultation et en hospitalisation. C'est vrai que sur l'ordonnance, nous ne pouvons pas rédiger tout le protocole de prise des traitements comme on pourrait l'expliquer, donc je pense que c'est intéressant que le pharmacien puisse « en remettre une couche » lors de la délivrance...

Le pharmacien est aussi important dans le dépistage des erreurs de prises. Il y a des erreurs du patient liées à des prises d'automédication ou liées à des croyances sur ses traitements.

**4) Pensez-vous que la personne malade a son pharmacien référent et le connaît ?**

Oui je pense... Les patients atteints de pathologie chronique chez nous ont leur pharmacie régulière. Ça nous arrive, pour la location de certains matériels. Nous leur conseillons d'aller dans une grande pharmacie qui fait plus de matériel orthopédique. Il est très fréquent que les patients nous disent : « je vais d'abord voir avec ma pharmacie habituelle ».

Ce sont des patients qui ne viennent pas seulement chercher leurs médicaments à la pharmacie, il y a un lien avec le pharmacien.

Il est perçu comme un acteur de santé et comme quelqu'un qui donne des conseils.

Il est aussi le relais avec le médecin.

**5) La loi HPST fait évoluer les missions du pharmacien... Avez-vous connaissance de ces missions ? Pour vous, quels sont les rôles essentiels du pharmacien d'officine ?**

Je les ai entendues ce matin à la radio ! D'après ce que j'ai compris, le projet serait que le pharmacien fasse le suivi des patients qui ont des pathologies chroniques, en collaboration avec le médecin traitant, sur les AVK, l'asthme... J'ai compris que cela se ferait dans le cadre d'un protocole.

On parle aussi de la rémunération du conseil du pharmacien sous la forme d'un forfait. Je pense que ce sera vraiment un progrès en ce qui concerne l'ambulatoire.

Clairement, le médecin n'a pas le temps et ne prend pas le temps. J'ai travaillé dans le libéral et sur une consultation d'un quart d'heure de médecine générale, on ne prend pas le temps d'expliquer ce que l'on écrit sur l'ordonnance.

**6) Le partage du secret médical vous gêne-t-il ?**

... Non... Je pense que l'on partage déjà des choses au travers de la prescription... Le pharmacien sait ce qu'il se passe. Non, ça ne me pose pas de problème.

**Souhaiteriez-vous instaurer cette prise en charge dans votre service ?**

La démarche me semble utile pour le pharmacien qui est le premier à accueillir le patient après sa sortie d'hospitalisation. J'ai oublié de le préciser dans les rôles du pharmacien, mais je sais qu'il amène parfois le traitement chez le patient.

J'imagine que lorsque le patient sort en externe, lors de prises en charge parfois lourdes en plus et qui nécessitent des injections ou du matériel à domicile, le pharmacien est amené à délivrer régulièrement des traitements.

Je pense que c'est un relais important. Cela me semble logique.

## INTERVIEW J

**1) Pharmacien : commerçant, confrère ou acteur de santé ? Pouvez-vous développer l'image que vous avez du pharmacien d'officine ?**

Le premier mot qui me revient est acteur de santé.

Le deuxième serait confrère et collègue en tant qu'acteur de santé.

Le reste ne m'importe pas.

**2) Quelle responsabilité légale pensez-vous que le pharmacien engage par rapport à celle du médecin lors de la délivrance d'ordonnances ?**

Pour répondre à cette question, je voudrais prendre un exemple précis qui est hors de la médecine palliative : le pharmacien a une responsabilité capitale dans les informations qu'il va donner au patient.

Souvent, cette responsabilité est même plus importante que celle du médecin car il est le spécialiste de la chimie et du médicament.

Ce qui me vient à l'esprit, c'est la contraception d'urgence délivrée sous la seule responsabilité du pharmacien.

Il a un rôle très important dans lequel il est primordial d'avoir un endroit privé et secret pour accueillir le patient. Cela lui permet de mener un entretien de même type qu'un entretien médical. A ce niveau, il a un rôle à jouer de plus en plus important.

S'il a pu avoir une image négative de commerçant, je crois que cette image tend à diminuer car **il devient encore plus acteur de santé en étant responsable d'une prescription et responsable de la personne qui est en face de lui.**

Il a également un rôle primordial dans la délivrance d'antalgiques... en accompagnant le patient tout au long du traitement.

**3) Dans le cadre d'un travail interdisciplinaire médecin - pharmacien, que pensez-vous qu'un pharmacien pourrait vous apporter dans votre exercice quotidien ?**

Par rapport au médecin hospitalier, je crois que le pharmacien d'officine possède l'avantage d'être un homme de terrain. Un peu comme le médecin traitant, il connaît le patient mais aussi la famille, les proches de la personne malade, les descendants et les ascendants.

Il a donc un rôle complémentaire avec celui du médecin traitant.

Il doit cependant jouer un rôle important avec le médecin hospitalier, d'autant que les médecins hospitaliers vont s'inscrire de plus en plus dans une médecine de territoire. Je prends un exemple : pour la médecine palliative, on peut très bien avoir un médecin hospitalier qui a une fonction sur Châteaubriant, sur Ancenis ou sur un autre établissement hospitalier plus petit où il a un rôle de référent. De la même manière qu'il établit des liens avec le médecin traitant, il aura alors automatiquement comme correspondants des pharmaciens d'officine qui sont sur le terrain. Il faut donc paradoxalement que ce soient les liens avec le pharmacien d'officine de terrain et avec le médecin généraliste de terrain qu'il travaille un peu plus. C'est tout une innovation, tout une ouverture et une modification de l'application de la profession parce que l'un et l'autre sont des acteurs de santé.

Effectivement, cette loi HPST donne une place nouvelle au pharmacien, mais parfois c'est le pharmacien lui-même qui l'avait désertée.

Il doit retrouver sa place.

La formation qu'il possède est tout à fait adaptée aux nouvelles modalités d'application de cette loi.



**4) Pensez-vous que la personne malade a son pharmacien référent et le connaît ?**

Je pense que oui de par ma pratique personnelle. Les gens vont dans la pharmacie de leur territoire. Même s'il y a plusieurs pharmacies, ils vont en choisir une qui corresponde le mieux à ce qu'ils attendent d'elle.

Je pense qu'il y a encore une relation de confiance entre le patient et son pharmacien de ville.

Il a un rôle de conseil pour les maladies infantiles, pour toutes les pathologies bénignes mais aussi concernant la contraception d'urgence...

**5) La loi HPST fait évoluer les missions du pharmacien... Avez-vous connaissance de ces missions ? Pour vous, quels sont les rôles essentiels du pharmacien d'officine ?**

Je pense que l'espace de confidentialité au sein des pharmacies est très important. A mon avis, il faut que les pharmacies évoluent dans ce sens. L'espace de confidentialité doit être approprié et créé pour cela. Ça ne peut pas être derrière des cartons... Il faut que le patient s'y sente bien et qu'il soit à l'aise.

Le pharmacien est un praticien de santé en première ligne. Il doit avoir un rôle de référent face à d'autres officiers de santé qui sont en premier plan et en difficulté : je pense notamment aux infirmières scolaires qui sont parfois débordées. Il a un rôle à jouer dans la prévention. Par contre, il ne peut pas le jouer tout seul. Il est praticien en première ligne, il va agir avec les praticiens de première ligne, que ce soit le médecin généraliste ou d'autres acteurs de santé.

La force du pharmacien est qu'il soit implanté sur un territoire avec une population qui vienne le voir car elle a confiance en lui. C'est une force et une richesse que le pharmacien doit lui-même travailler. Il doit trouver comment développer ce rôle d'acteur de santé « les pieds dans la boue »...

### **6) Le partage du secret médical vous gêne-t-il ?**

Absolument pas ! En aucune façon cela ne me dérange, car le pharmacien est un acteur de santé. Il est donc soumis au secret médical. Je ne comprends pas la question ! Il va délivrer des antalgiques et d'autres médicaments dont il imagine bien la pathologie qu'ils sont destinés à soigner.

Il a accès, par ses connaissances techniques, à un savoir. Autant que ce savoir soit affiné par le partage du secret médical.

Plus qu'évident, cela me paraît nécessaire !

### ***Quel regard portez-vous sur ce type de prise en charge collaboration médecin hospitalier – pharmacien d'officine ?***

Cet échange médecin hospitalier – pharmacien d'officine me semble intéressant. Je ne vois pas pourquoi nous excluons le pharmacien. Il est le spécialiste du médicament. Souvent, il connaît beaucoup mieux le médicament que le médecin. Je suis tout à fait favorable à ce que le pharmacien soit informé. Il doit être intégré dans la prise en charge, dans un réseau de soins avec un partage de responsabilité et de savoir.

Le fait de ne pas donner d'informations au pharmacien, à l'infirmière ou à d'autres professionnels de santé, est malsain. C'est simplement pour que le médecin puisse avoir un pouvoir qu'il n'est pas capable de gérer.

## **Annexe 7 : Abstract présenté au Congrès International des Soins Palliatifs**

Prise en charge palliative et place du pharmacien ;

Un espoir de « compétence de collaborateur »  
entre Médecins et Pharmaciens

En France, une loi récente intègre le pharmacien dans la prise en charge pluridisciplinaire du patient. Il peut désormais être désigné "pharmacien correspondant" dans le cadre d'un protocole de collaboration avec le médecin. Actuellement, la communication entre ces deux professionnels de santé lors des sorties d'hospitalisation est rare. Cela rend le retour à domicile des patients, difficile en raison de la complexité des traitements et compromet la réussite du projet.

### Méthode

L'Unité Fixe de Soins Palliatifs a mené une expérience originale. Des renseignements étaient donnés par téléphone aux pharmaciens concernant les ordonnances avant la sortie du patient pour lui permettre d'anticiper les commandes de fortes doses de stupéfiants. Des renseignements étaient donnés concernant la maladie. Le pharmacien de ville recevait par la suite les ordonnances accompagnées d'un « courrier-type », confidentiel, rédigé conjointement par l'externe de médecine et celui de pharmacie puis relu par le médecin senior. Sur 10 pharmaciens de ville contactés, 7 ont accepté de participer à un focus-group afin d'analyser leurs ressentis et leurs attentes.

### Résultats

Tous confirment le bénéfice de la démarche qui a permis de commander les médicaments suffisamment tôt. Les pharmaciens sont plus à l'aise pour prendre en charge le patient et son entourage en raison de la reconnaissance de leurs compétences scientifiques et relationnelles. Les externes en pharmacie, en participant au relais d'informations hôpital-ville, étaient valorisés. Les externes en médecine ont appris à « travailler en collaboration » avec les pharmaciens.

Les perspectives sont de favoriser la collaboration entre médecins et pharmaciens lors de leurs stages communs d'externes hospitaliers et de développer, avec le soutien du Doyen de la faculté de pharmacie, le déploiement de ce « courrier-type médecin-pharmacien » dans l'hôpital.

**Nom - Prénoms :** THIBAUD Charlotte, Odile, Blandine

**Titre de la Thèse :** Interdisciplinarité Pharmacien – Médecin : quel est la perception des médecins ? Etude qualitative.

---

**Résumé de la thèse :**

A l'heure où médecins et pharmaciens débutent leurs études ensemble, comment envisager que ces deux professionnels de santé échangent davantage au cours de leurs exercices respectifs ? L'interdisciplinarité pharmaciens - médecins est amenée à se développer.

Le but de cette thèse est de proposer une étude qualitative de la représentation qu'ont les médecins hospitaliers d'un travail interdisciplinaire avec le pharmacien d'officine. Dans ce travail, il est montré que le pharmacien est perçu comme un véritable acteur de santé et de proximité. Il y a une volonté des médecins de travailler en collaboration interprofessionnelle. Ce travail en collaboration se développe, notamment, pour le contrôle de la prescription et l'éducation thérapeutique. Les champs d'action de cette interdisciplinarité pourraient cependant être étendus avec une meilleure connaissance des missions du pharmacien d'officine. Les formations réalisées en présence de professionnels issus des deux cursus pourraient être intéressantes.

---

**MOTS CLÉS :**

COLLABORATION PLURIPROFESSIONNELLE, CONTINUITÉ, PRISE EN CHARGE, INTERDISCIPLINARITÉ, PHARMACIEN OFFICINAL, MÉDECIN HOSPITALIER

---

**JURY :** PRESIDENT : M. Alain PINEAU, Professeur de Toxicologie,

Doyen de la Faculté de Pharmacie

Faculté de Pharmacie de Nantes

ASSESEURS : Mme Nathalie DENIS, Pneumologue PH à l'USP

Faculté de Médecine de Nantes

M. Vincent FOUCHÉ, Docteur en pharmacie

---