

UNIVERSITÉ DE NANTES
FACULTÉ DE PHARMACIE

ANNÉE 2008

N° 22

THÈSE
pour le
DIPLOME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN PHARMACIE

Par

PERRET Claire

Née le 3 Octobre 1982 à VANNES (56400)

Présentée et soutenue publiquement le 19 juin 2008

**Perspectives de la pratique officinale française :
Une évolution vers le modèle québécois ?**

Président : M. Alain PINEAU, Professeur de Toxicologie

Membres du jury : Mme Nicole GRIMAUD, Maître de Conférences de Pharmacologie

Mme Caroline VIGNEAU, Docteur en pharmacie

Mme Hélène GOUESNARD, Docteur en pharmacie

M. Claude LE RESTE, Docteur en pharmacie

Président du Conseil Régional de l'Ordre

Sommaire

INTRODUCTION.....	11
LA PRATIQUE « OFFICINALE » AU QUEBEC.....	13
PREMIER CHAPITRE : UN PEU D'HISTOIRE	13
DEUXIEME CHAPITRE : DESCRIPTION DE L'ORGANISATION DES PHARMACIES COMMUNAUTAIRES DU QUEBEC	24
TROISIEME CHAPITRE : LA PRATIQUE DE LA PHARMACIE CLINIQUE ET DES SOINS PHARMACEUTIQUES AU QUEBEC	39
LA PRATIQUE OFFICINALE EN FRANCE	60
PREMIER CHAPITRE : UN PEU D'HISTOIRE.....	60
DEUXIEME CHAPITRE : DESCRIPTION DE L'ORGANISATION DES OFFICINES FRANÇAISES	65
TROISIEME CHAPITRE : EVOLUTION VERS UNE VALORISATION DES ACTES PHARMACEUTIQUES EN FRANCE	81
LA VALORISATION DE L'ACTE PHARMACEUTIQUE EN FRANCE PAR LA DEMARCHE	
QUALITE : L'EXPERIENCE PHARMAKER	118
PREMIER CHAPITRE : PRESENTATION DU PROGRAMME PHARMAKER	119
DEUXIEME CHAPITRE : ANALYSE DES RESULTATS DU PROGRAMME PHARMAKER	126
TROISIEME CHAPITRE : CONCLUSIONS DU PROGRAMME PHARMAKER	134
DISCUSSION	136
CONCLUSION.....	141
BIBLIOGRAPHIE.....	142
ANNEXES	149
ANNEXE I : EXEMPLES DE TARIFS DES SERVICES PHARMACEUTIQUES REMUNERES PAR LA RAMQ	149
ANNEXE II : FORMULAIRE DESTINE AUX PATIENTS AFIN DE CONSTITUE UN DOSSIER	150
ANNEXE III : SIGNIFICATION DES CODES MEDICAMENTS.....	151
ANNEXE IV : MODELE D'ORDONNANCE COLLECTIVE POUR LE TRAITEMENT DE LA PEDICULOSE	152
ANNEXES V : EVALUATION DE L'ACTION ASTHME 2007 REALISEE PAR LE PROGRAMME PHARMAKER	153

Table des matières

INTRODUCTION.....	11
LA PRATIQUE « OFFICINALE » AU QUEBEC.....	13
PREMIER CHAPITRE : UN PEU D'HISTOIRE	13
<i>A. Avant les années 70 : les origines de la pratique « officinale » au Québec.....</i>	<i>13</i>
I. Les pratiques autochtones	13
II. L'invasion Franco-anglaise	13
III. La domination des britanniques	14
IV. L' « héritage » des britanniques	14
V. La relève des français	14
<i>B. Des années 70 à nos jours : de nombreuses réformes en faveur d'une pratique plus clinique de la pharmacie.....</i>	<i>15</i>
I. La création de l'AQPP en 1970	15
II. La création de la RAMQ en 1970	16
III. La nouvelle Loi sur la Pharmacie de 1973.....	16
1) La redéfinition de l'ordonnance	16
2) Les quatre nouveaux mandats	17
IV. La création de l'OPQ en 1974.....	19
V. La 1 ^{ère} définition des soins pharmaceutiques en 1976 et celles qui en découlent	19
VI. L'entente de 1978	21
1) Le refus motivé d'exécuter une ordonnance	21
2) L'opinion pharmaceutique	22
VII. Le projet de Loi n°90 en 2002.....	22
DEUXIEME CHAPITRE : DESCRIPTION DE L'ORGANISATION DES PHARMACIES COMMUNAUTAIRES DU QUEBEC.	24
<i>A. Les différentes catégories de pharmacies communautaires</i>	<i>24</i>
I. Les pharmacies indépendantes	24
II. Les chaînes.....	25
1) Les bannières	25
2) Les franchises	25
<i>B. L'implantation des pharmacies communautaires</i>	<i>25</i>
<i>C. Les cabinets médicaux adjacents</i>	<i>26</i>
<i>D. Les horaires d'ouverture</i>	<i>26</i>
<i>E. L'organisation interne des pharmacies communautaires</i>	<i>27</i>
I. L'agencement.....	27
1) La zone commerciale type « drugstore ».....	28
2) La partie pharmacie.....	32
II. Les étapes d'une première délivrance	35
III. Le renouvellement d'ordonnance	37
IV. Le conseil pharmaceutique	38

TROISIEME CHAPITRE : LA PRATIQUE DE LA PHARMACIE CLINIQUE ET DES SOINS PHARMACEUTIQUES AU QUEBEC	39
<i>A. La mise en pratique des soins pharmaceutiques</i>	39
I. Le modèle de STRAND	39
II. Le modèle enseigné.....	39
III. La normalisation des pratiques pharmaceutiques	43
<i>B. Les outils au service des soins pharmaceutiques</i>	44
I. L'opinion pharmaceutique	44
1) Les différents types d'opinion pharmaceutique	45
2) Le modèle SOAP pour la rédaction des opinions pharmaceutiques	47
3) L'impact de l'opinion pharmaceutique	47
4) Les difficultés rencontrées	48
II. Le monitoring pharmaceutique	51
1) La surveillance et l'ajustement.....	52
2) L'initiation, la surveillance et l'ajustement	52
3) Les conditions d'application du monitoring pharmaceutique.....	53
4) Les bénéfices escomptés du monitoring pharmaceutique	54
III. La préparation de « dispensateurs journaliers ».....	55
IV. La consultation pharmaceutique	55
<i>C. Le développement de l'échange de l'information clinique et pharmacologique</i>	57
I. La carte santé	57
II. Le dossier médical partageable et l'Inforéseau	57
III. Le Projet de Loi 83	58
<i>D. La formation continue</i>	58
LA PRATIQUE OFFICINALE EN FRANCE	60
PREMIER CHAPITRE : UN PEU D'HISTOIRE.....	60
<i>A. De l'Antiquité aux Temps Modernes</i>	60
I. Le legs de l'Antiquité.....	60
II. Apparition des apothicaires aux Temps Médiévaux	60
III. L'essor de la pharmacie à la Renaissance	61
<i>B. De l'ère industrielle à nos jours</i>	62
I. Avec l'essor de l'industrie pharmaceutique, le pharmacien devient un distributeur	62
II. La création de la Sécurité Sociale en 1945.....	63
III. La création de l'Ordre National des Pharmaciens en 1945	63
IV. Le droit de substitution en 1999 et le lancement des génériques	63
DEUXIEME CHAPITRE : DESCRIPTION DE L'ORGANISATION DES OFFICINES FRANÇAISES	65
<i>A. Les différentes catégories d'officines</i>	65
I. Contexte actuel : Bruxelles menace le capital des officines	65
II. Les groupements d'achats et les enseignes	65
III. Les regroupements d'officines.....	66
IV. Les Société d'Exercice Libéral	66
1) Loi Murcef.....	66
2) La Loi Dutreil	68

3) Les avantages des SEL.....	68
4) Les risques de la Loi Murcef.....	68
<i>B. L'implantation des officines.....</i>	<i>69</i>
I. La Loi de 1941	69
II. La Loi de 2000.....	69
III. La Loi de 2007.....	70
IV. Le réseau national menacé par Bruxelles	70
<i>C. Les horaires d'ouverture.....</i>	<i>71</i>
<i>D. L'organisation interne des officines</i>	<i>71</i>
I. L'agencement.....	71
1) La zone commerciale	72
2) La partie pharmacie.....	75
3) Le personnel de la pharmacie.....	76
II. Les étapes de la dispensation du médicament sur ordonnance.....	78
TROISIEME CHAPITRE : EVOLUTION VERS UNE VALORISATION DES ACTES PHARMACEUTIQUES EN FRANCE	81
<i>A. La valorisation des compétences du pharmacien.....</i>	<i>81</i>
I. Les réformes des études de pharmacie	81
1) Le numerus clausus depuis 1975.....	81
2) La thèse d'exercice depuis 1987	81
3) La réforme de 2003.....	81
4) La réforme LMD.....	83
II. La formation continue.....	83
1) Dans quel but ?	83
2) Par qui et comment est-elle organisée ?	84
3) Par qui est-elle prise en charge ?	85
4) Quels sont les dispositifs de formation ?	86
<i>B. La promotion de la qualité officinale.....</i>	<i>87</i>
I. Les objectifs de l'assurance qualité à l'officine.....	88
II. La mise en place une démarche qualité à l'officine	88
III. Les outils d'aides à la qualité officinale.....	90
1) Le Guide d'Assurance Qualité	90
2) Le site d'Evaluation de la Qualité Officinale	90
3) Les stages PRAQ et EQEO	91
<i>C. La valorisation de l'acte de dispensation</i>	<i>91</i>
I. L'acte de dispensation.....	91
1) Une démarche scientifique.....	91
2) Un devoir d'analyser.....	91
3) Un pouvoir de décision	92
4) Une responsabilité.....	92
5) Un acte réel et non virtuel	92
II. La valorisation de l'acte de dispensation par la pharmacie clinique et les soins pharmaceutiques	93
1) La pharmacie clinique.....	93
2) Les soins pharmaceutiques.....	94
3) Les outils nécessaires à la prestation de soins pharmaceutiques dans les officines françaises	95

4) L'opinion pharmaceutique	98
III. La valorisation de l'acte pharmaceutique par le développement de l'échange de l'information clinique et pharmacologique	100
1) La Carte Vitale 2	100
2) Le DP et le DMP	101
IV. La valorisation de l'acte de dispensation par la prescription pharmaceutique	104
1) Le renouvellement d'un mois supplémentaire	104
2) La prise en charge du « petit risque » et des maladies chroniques	105
<i>D. La valorisation de son rôle d'acteur en Santé Public</i>	<i>106</i>
I. Le conseil officinal	106
1) Un devoir	106
2) Enquête IPSOS 2008	106
3) En pratique	107
II. La prévention	108
III. L'éducation thérapeutique	108
1) Définition	108
2) Enquête IPSOS 2006	109
3) En pratique	110
IV. Le dépistage	110
<i>E. La valorisation de son rôle dans la prise en charge et du suivi des patients à domicile</i>	<i>112</i>
I. Le maintien à domicile	112
1) Qu'est-ce que le MAD ?	112
2) Quelle est la place du pharmacien d'officine dans le MAD ?	112
II. L'hospitalisation à domicile	113
1) Qu'est-ce que l'HAD ?	113
2) Quelle est la place du pharmacien d'officine dans le HAD ?	113
III. Les réseaux de soins	114
1) Qu'est-ce que les réseaux de soins ?	114
2) Quelle est la place du pharmacien d'officine dans les réseaux de soins ?	115
IV. Les services à la personne	116
1) La loi Borloo	116
2) Expérimentation DOmissimo	117
3) Expérimentation Carladom	117

LA VALORISATION DE L'ACTE PHARMACEUTIQUE EN FRANCE PAR LA DEMARCHE

QUALITE : L'EXPERIENCE PHARMAKER 118

PREMIER CHAPITRE : PRESENTATION DU PROGRAMME PHARMAKER	119
<i>A. Qu'est-ce que le programme PharmaKer ?</i>	<i>119</i>
<i>B. Comment est né le programme PharmaKer ?</i>	<i>119</i>
<i>C. Existe-t-il un financement ?</i>	<i>120</i>
<i>D. Comment fonctionne le programme ?</i>	<i>120</i>
I. Quels sont les critères de choix des thèmes ?	121
II. Comment est construit un référentiel de pratique ?	122
III. Comment se déroule un entretien structuré ?	123

IV. Comment se déroulent les réunions du programme ?	124
V. Par quels procédés sont évaluées les actions ?	125
DEUXIEME CHAPITRE : ANALYSE DES RESULTATS DU PROGRAMME PHARMAKER	126
<i>A. Les participants du programme et leur avis</i>	126
<i>B. Les échanges avec les prescripteurs et la coordination des soins</i>	126
<i>C. La valeur pédagogique pour les pharmaciens</i>	129
I. Les formations	130
II. L'apprentissage de différentes méthodes qualité	130
III. L'application de recommandations médicales nationales et l'ouverture sur d'autres ressources d'information	131
<i>D. Les changements de pratique sur des thèmes ciblés</i>	132
<i>E. L'évaluation par les patients</i>	132
TROISIEME CHAPITRE : CONCLUSIONS DU PROGRAMME PHARMAKER	134
DISCUSSION	136
CONCLUSION	141
BIBLIOGRAPHIE	142
ANNEXES	149
ANNEXE I : EXEMPLES DE TARIFS DES SERVICES PHARMACEUTIQUES REMUNERES PAR LA RAMQ	149
ANNEXE II : FORMULAIRE DESTINE AUX PATIENTS AFIN DE CONSTITUE UN DOSSIER	150
ANNEXE III : SIGNIFICATION DES CODES MEDICAMENTS	151
ANNEXE IV : MODELE D'ORDONNANCE COLLECTIVE POUR LE TRAITEMENT DE LA PEDICULOSE	152
ANNEXES V : EVALUATION DE L'ACTION ASTHME 2007 REALISEE PAR LE PROGRAMME PHARMAKER	153

Liste des figures et des tableaux

Figure n°1: Image, représentant une pharmacie Jean Coutu, dans son contexte original sur la page web consultée le 23/01/08 : www.hockeysite.biz/restigouchetigers/?page=20028&id=	27
Figure n°2: Image, représentant un rayon de médicaments en vente libre, dans son contexte original, sur la page web consultée le 23/03/08 : http://philippe.guespin.free.fr/	28
Figure n°3: Image, représentant une affiche sur les « codes médicaments », dans son contexte original sur la page web consultée le 26/03/08 : www.opq.org/fr/services_public/autotraitement	29
Figure n°4: Image numérisée à partir d'un journal publicitaire de Pharmexpert (une chaîne de pharmacie) du 1 ^{er} septembre 2006.....	31
Figure n°5: Tableau représentant la classification des PRP selon Cipolle R., Strand L. et Morley P. [9]	41
Figure n°6: Tableau représentant un plan de soins pharmaceutiques. [9].....	42
Figure n°7: Tableau représentant des codifications d'opinion pharmaceutique. [4]	45
Figure n°8: Histogramme représentant l'évolution de la pharmacothérapie initiale entre 1995 et 1997, et économies réalisées. [46]	54
Figure n°9: Tableau de comparaison du capital des SEL d'officines avant et après la Loi Murcef. [68].....	67
Figure n°10: Tableau représentant un plan de prise pour un médicament. [84].....	80
Figure n°11: Schéma représentant la roue de Deming. [84]	89
Figure n°12: Schéma représentant le diagramme d'Ishikawa ou arrêtes de poisson. [84]	89
Figure n°13: Schéma représentant une simulation des résultats au questionnaire EQO sur le site de l'EQO, consulté le 25/03/08 : www.eqo.fr	90
Figure n°14: Schéma représentant l'alimentation dans le temps du DSPT en Opinion Pharmaceutique (OP). [84]	99
Figure n°15: Schéma représentant le dispositif de réseau de soin, selon le réseau ONCO-PL. [122].....	116

Liste des abréviations

ALD	Affection de Longue Durée
AMM	Autorisation de Mise sur le Marché
ANAES	Agence Nationales d'Accréditation et d'Evaluation en Santé
ANEP	Association Nationale des Enseignants de Pharmacie Clinique
ANSP	Agence Nationale des Services à la Personne
APPQ	Association Pharmaceutique de la Province de Québec
AQEO	Assurance Qualité pour l'Equipe Officinale
AQPP	Association québécoise des pharmaciens propriétaires
BP	Brevet Professionnel
BPF	Bonnes Pratiques de Fabrication
BPO	Bonnes Pratiques Officinales
BPPO	Bonnes Pratiques de Préparations officinales
CESPHARM	Comité d'Education Sanitaire et Sociale de la Pharmacie française
CMU	Couverture Maladie Universelle
CNC	Conseil Nationale de la Consommation
CNIL	Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés
CNOP	Conseil National de l'Ordre des Pharmaciens
CODES	Comité Départemental d'Education pour la Santé
CRES	Comité Régionale d'Education pour la Santé
CSP	Code de la Santé Public
DEP	Diplôme d'Etude Professionnel
DESS	Diplôme d'Etudes Supérieures Spécialisées
DGS	Direction Générale de la Santé
DIF	Droit Individuel à la Formation
DMP	Dossier Médical Personnel
DRASS	Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales
DRDR	Dotation Régionale de Développement des Réseaux
DSPT	Dossier de Suivi Pharmaco-Thérapeutique
DU	Diplôme Universitaire
EPP	Evaluation des Pratiques Professionnelles
FAQSV	Fond d'Aide à la Qualité des Soins de Ville
FIF-PL	Fond Interprofessionnel de formation des Professions Libérales
FSPF	Fédération des Syndicats Pharmaceutiques de France
GMS	Grandes et Moyennes Surfaces
HAD	Hospitalisation A Domicile
HCFPC	Haut-Comité de la Formation Pharmaceutique Continue
INPES	Institut Nationale de Prévention et d'Education en Santé
MAD	Maintien A Domicile

MSSS	Ministère de la Santé et des Services Sociaux
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
OP	Opinion Pharmaceutique
OPCA-PL	Organisme Paritaire Collecteur Agrée des Professions Libérales
OPQ	Ordre des Pharmaciens du Québec
PLFSS	Projet de Loi de Financement de la Sécurité Sociale
PMF	Médicaments de Prescription Facultative
PRAQ	Pharmacien Responsable Assurance Qualité
PRP	Problèmes Reliés à la Pharmacothérapie
RAMQ	Régie de l'Assurance-maladie du Québec
SEL	Société d'Exercice Libéral
SMR	Service Médical Rendu
SPFPL	Société de Participations Financières de Professions Libérales
UNCAM	Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie
UNPF	Union National des Pharmaciens de France
USPO	Union des Syndicats de Pharmaciens d'Officine
UTIP	Union Technique Inter-Pharmaceutique

Introduction

Depuis son origine, la profession de pharmacien consiste à préparer des médicaments. Peu à peu, cet art a été délaissé au profit de l'industrialisation de la fabrication des médicaments. Pour autant, est-ce une raison suffisante pour que le métier de pharmacien d'officine disparaisse pour laisser place à un simple vendeur de boîtes au fond d'une grande surface ?

Le modèle officinal français actuel repose sur trois piliers fondamentaux que sont : la propriété du capital par des pharmaciens, le maillage territorial et le monopole de la dispensation des médicaments. Ce modèle unique est exemplaire : il permet d'offrir au patient un service de proximité et d'écoute de qualité, mais aussi de lutter contre certaines dérives mercantiles. Malgré cela, la profession subit de plus en plus d'attaques (rapports Attali, Beigbeder et Credoc, commission européenne, M.E. Leclerc, etc.) qui tentent de fragiliser ces trois piliers. Hors si l'un des trois piliers cède, il est fort probable que les deux autres suivent. Quelles seraient alors les conséquences sur la santé des officines et du public d'une telle déréglementation de la profession ? Existe-t-il des moyens de défense ?

Dans ce contexte où l'avenir de l'officinal suscite de nombreuses questions, il nous a paru intéressant d'étudier la pratique de la pharmacie « officinale » au Québec. En effet, sur ce territoire francophone, la notoriété du pharmacien est grande en raison de son professionnalisme et de son important niveau de compétence, malgré une réglementation beaucoup plus libérale et capitaliste que celle de la France. Le modèle officinal français est-il en train d'évoluer vers un modèle plus libéral comme celui du Québec ? Ou réussissons-nous à protéger le modèle actuel en mettant en place des pratiques inspirées du modèle québécois, comme la pharmacie clinique ou les soins pharmaceutiques ?

Ainsi, dans un premier temps, nous tenterons de présenter le plus fidèlement possible la pratique « officinale » des pharmaciens québécois. Nous commencerons par évoquer ses fondements historiques, qui sont issues d'un triple héritage : amérindien d'une part et franco-anglais d'autre part. Puis, nous détaillerons l'organisation des pharmacies

« communautaires », et enfin, nous étudierons la pratique de la pharmacie clinique et des soins pharmaceutiques.

Dans un second temps, selon un même enchaînement, nous ferons le point sur la pratique officinale française depuis son histoire, qui remonte à plus de deux mille ans, jusqu'aux diverses propositions permettant la valorisation de l'acte pharmaceutique, en passant par la description de l'organisation des officines françaises.

Dans un troisième temps, nous exposerons une expérience unique en France, de valorisation de l'acte pharmaceutique par une démarche qualité centrée sur le patient et sa prise en charge, réalisée par un groupe qualité de pharmaciens d'officine nommé PharmaKer.

Et enfin, dans un dernier temps, tous les éléments évoqués précédemment nous amèneront à discuter sur les principales ressemblances et différences de ces deux modèles, ainsi que sur les perceptives d'évolution de la profession en France.

La pratique « officinale » au Québec

C'est au cours d'un stage de trois mois à l'hôpital Ste-Justine de Montréal que j'ai découvert la pratique de la pharmacie au Québec.

Premier chapitre : Un peu d'histoire

La profession de pharmacien au Québec s'est établie à partir des traditions Amérindiennes peu à peu enrichies des traditions françaises et anglaises. Jusqu'aux années soixante dix, le rôle du pharmacien consistait essentiellement à préparer des remèdes et à vendre toutes sortes de produits pharmaceutiques et non pharmaceutiques. Avec l'essor de l'industrie pharmaceutique et l'émergence de nombreuses spécialités, ce rôle s'est peu à peu restreint à la simple délivrance de spécialités. Conscients de ne pas exploiter au maximum leurs potentiels et leurs compétences, les pharmaciens québécois ont depuis les années soixante dix évolué vers une pratique nettement plus clinique. [1]-[2]

A. Avant les années 70 : les origines de la pratique « officinale » au Québec

I. Les pratiques autochtones

Avant l'arrivée des immigrants européens, les Amérindiens exerçaient la pharmacie avec des usages propres, basés essentiellement sur l'utilisation des plantes, et des pratiques relevant, aux yeux des conquérants, de la magie.

II. L'invasion Franco-anglaise

Le 16^{ème} siècle est marqué par la conquête de la Nouvelle-France, future province du Québec, par les Français, qui seront suivis deux siècles plus tard par les Anglais. Chacun apportera successivement leurs usages, issus tous deux de l'Antiquité mais ayant évolué au cours des siècles de manière différente.

III. La domination des britanniques

Les apothicaires de la lignée française disparaissent presque entièrement au début du **19^{ème} siècle**, sous l'afflux et le pouvoir des *Chemists and Druggists* anglais. D'abord marchands en gros, intermédiaires entre importateurs et apothicaires, les *druggists* deviennent boutiquiers, vendant de tout, dont des produits chimiques et médicinaux. Par ailleurs, les *chemists* sont des préparateurs et vendeurs de produits chimiques avec une spécialisation dans la distillation. Les *Chemists and Druggists* créent la *Montreal Chemist Association*.

IV. L' « héritage » des britanniques

Les médicaments dits « **brevetés** », existant depuis très longtemps en Angleterre, sont importés depuis la **fin du 18^{ème} siècle** et prennent peu à peu une place importante dans la consommation des Québécois. Ces médicaments ont pour avantages d'offrir l'accès à **l'automédication** aux personnes n'ayant pas les moyens de consulter un médecin, puisqu'ils sont en **vente libre** et fabriqués à **coût réduit**. Ils bénéficient également d'une importante **publicité** par la voie des journaux.

Malheureusement, ces médicaments sont loin d'être anodins. Certains contiennent des **narcotiques** (opium, morphine, etc.) ou des **stimulants** (alcool, camphre, etc.), ce qui entraîne non seulement des intoxications, mais de réelles toxicomanies, dont l'alcoolisme, qui touchent autant les adultes que les enfants.

Leur développement a été favorisé par un contexte de crise économique, les pharmaciens « d'officine » ont dû développer des stratégies commerciales, au détriment du professionnalisme, afin de survivre à la concurrence des grands magasins.

Pour ces mêmes raisons, la gamme des produits non thérapeutiques vendus en officine s'est peu à peu élargie. On retrouve ainsi dans les officines québécoises des jouets, des cigarettes, des produits de nettoyage, de la papeterie, etc.

V. La relève des français

Au **20^{ème} siècle**, après de nombreuses luttes, les francophones reprennent peu à peu le contrôle de la profession. Ils obtiennent un enseignement francophone de qualité avec la **création des deux facultés de pharmacie**, l'une à Montréal et l'autre à Québec. La *Montreal Chemist Association* devient en 1870 l'Association Pharmaceutique de la Province de Québec (APPQ), qui donnera elle-même naissance au **Collège des pharmaciens en 1944**.

Le modèle français sert de référence aux réformateurs, en particulier certaines dispositions légales comme :

- **la politique de zonage** du territoire pour une répartition optimale des officines par rapport aux besoins de la population,
- le **monopole** sur les médicaments pour garantir une sécurité d'emploi de part l'expertise reconnue du pharmacien dans ce domaine,
- la **propriété exclusive** des officines aux pharmaciens pour tenter de freiner le mercantilisme de la profession.

Malgré cela, rien ne pourra arrêter le développement des **chaînes** de pharmacies de grandes surfaces, telles qu'on les retrouve actuellement sous le nom de Jean Coutu, Phamiliprix, Pharmaprix ou encore Uniprix.

B. Des années 70 à nos jours : de nombreuses réformes en faveur d'une pratique plus clinique de la pharmacie

I. La création de l'AQPP en 1970

Malgré leur affiliation à des chaînes et bannières commerciales, les pharmaciens du Québec ont toujours conservé leur **indépendance professionnelle** et leur **droit de propriété exclusif**, contrairement aux autres provinces canadiennes. Encore aujourd'hui, ils sont les seuls en Amérique du Nord à détenir ce droit, qui signifie que seul un pharmacien peut être propriétaire d'une pharmacie. Ainsi, est née en **1970**, l'**Association québécoise des pharmaciens propriétaires** (AQPP), constituée en vertu de la Loi sur les syndicats professionnels, et qui représentait en **2006** les **1 647** pharmaciens propriétaires des **1 623** pharmacies du Québec. Cette association a pour mission : « *L'étude, la défense et le développement des intérêts économiques, sociaux et professionnels de ses membres et, particulièrement, la négociation et la signature d'ententes collectives* » notamment auprès des hautes instances gouvernementales. [3]

II. La création de la RAMQ en 1970

Au Québec, en 1970, sont créés le **régime d'assurance-maladie** et la **Régie de l'Assurance-Maladie du Québec (RAMQ)**. Jusque là, la politique des prix des médicaments était libre et les pharmaciens étaient rémunérés à partir des marges obtenues lors de la vente des médicaments et autres produits. A partir de 1972, un **plan d'assistance-médicament** est mis en place, impliquant directement les pharmaciens dans le système de santé qui deviennent alors des professionnels **rémunérés à l'acte par la RAMQ**. Dès lors, à la première délivrance et pour chaque renouvellement, le pharmacien touche une rémunération à la ligne de médicaments. Par exemple, au 1^{er} avril 2008, une prescription de trois spécialités équivaut à une rémunération de 24.84 \$ canadiens (= 3x8.28 \$ canadiens), soit environ 15 euro. [4]

(Cf. Annexe I : Exemples de tarifs des services pharmaceutiques rémunérés par la RAMQ). Plus tard, apparaîtront les **rémunérations d'actes dits « cognitifs »**, tels que le refus de délivrance ou encore l'opinion pharmaceutique. Ainsi, la rémunération des pharmaciens ne dépend plus de la quantité de boîtes vendues, ni du prix des médicaments prescrits.

III. La nouvelle Loi sur la Pharmacie de 1973

Sur le plan législatif et réglementaire, les pharmaciens québécois sont assujettis notamment à la **Loi sur la Pharmacie**, au **Code des professions** ainsi qu'à divers règlements, dont le **Code de déontologie** des pharmaciens. En 1973, la Loi sur la Pharmacie a redéfini certains rôles de la profession et a été à l'origine de progrès considérables puisqu'elle a favorisé l'émergence d'une nouvelle pratique au Québec : celle de la **pharmacie clinique** et des **soins pharmaceutiques**. [5]

1) La redéfinition de l'ordonnance

Le terme « *ordonnance* » devient une « *autorisation de fournir des médicaments ou des poisons* » et non plus simplement un **ordre**, comme c'était le cas auparavant. Cette nouvelle définition de l'ordonnance induit une modification importante du rôle du pharmacien, à savoir qu'il peut légalement :

- **refuser d'exécuter** une ordonnance s'il la juge non conforme ou dangereuse pour le patient,
- et également la **modifier** après avis médical.

En pratique cet acte est facilité par une autre particularité du système québécois qui est celle de l'**ordonnance verbale** que l'on traitera par la suite.

2) Les quatre nouveaux mandats

L'exercice de la profession est toujours défini comme « *tout acte qui a pour objet de préparer ou de vendre, en exécution ou non d'une ordonnance, un médicament ou un poison* », mais la nouvelle Loi donne désormais **quatre nouveaux mandats** aux pharmaciens :

- celui de **communiquer** aux patients des « **renseignements** *sur l'usage prescrit ou, à défaut d'ordonnance, sur l'usage des médicaments ou des poisons* » ;
- celui de constituer « *un dossier pour chaque personne à qui un pharmacien délivre des médicaments ou des poisons sur ordonnance* » ;
- celui d'effectuer « *l'étude pharmacologique de ce dossier* » ;
- et enfin celui de pouvoir « **substituer** *un médicament prescrit par un autre de même dénomination* ».

Cette loi élargit donc le champ d'exercice du pharmacien traditionnellement cantonné à la préparation et à la délivrance des médicaments.

Dans le contexte de l'émergence de médicaments plus puissants et potentiellement plus toxiques, illustré par la tragique histoire de la Thalidomine en 1962, on comprend bien la nécessité d'informer les patients sur l'usage des médicaments, mais également de créer un dossier personnel complet afin d'assurer pleinement leurs prise en charge et suivi pharmacologiques.

a) Le dossier patient

⇒ Contenu du dossier patient

Dans les pharmacies communautaires, le dossier patient est extrêmement complet ; il contient bien plus d'informations que celui des officines françaises. Pour aider au recueil d'informations, l'OPQ met à disposition des pharmaciens un formulaire destiné au patient. [6] (Cf. : Annexe II : Formulaire destiné aux patients afin d'alimenter leur dossier patient)

Quoiqu'il en soit, les renseignements à inscrire au dossier sont :

- concernant le patient : ses coordonnées, son âge, son sexe, le régime d'assurance auquel il fait partie, ses antécédents allergiques, médicaux et chirurgicaux, ses habitudes de vie (tabagisme, consommation d'alcool, de caféine...) et d'autres informations particulières (poids, grossesse, allaitement, port de lentilles cornéennes...);

- concernant l'ordonnance : son numéro propre, la fréquence et le nombre de renouvellements prescrits, la date de la 1^{ère} délivrance et les dates des différents renouvellements, mais aussi la date et la raison du refus d'exécuter ou de renouveler une ordonnance s'il y a lieu ;
- concernant les médicaments prescrits : leur dénomination commune ou commerciale, la quantité délivrée, leur posologie, et toutes substitutions si elles ont lieu;
- concernant le prescripteur : son nom, sa spécialité et son adresse ;
- concernant le pharmacien dispensateur : sa **signature ou paraphe** lors de chacune de ses interventions.

Plus tard, toute émission d'**opinion pharmaceutique** doit également y figurer.

Actuellement, le pharmacien a l'obligation d'y intégrer **certain médicaments délivrés sur son conseil**, notamment ceux nécessitant un contrôle pharmaceutique et qui doivent être impérativement situés derrière le comptoir.

En vertu du **Code de déontologie**, le contenu du dossier est tenu au **secret professionnel** mais le patient a le droit de le consulter s'il en fait la demande.

Un dossier ne peut être fermé qu'après **deux ans** d'inactivité.

⇒ Transfert du dossier patient

Au Québec, les ordonnances des patients sont **conservées** par le pharmacien avec le dossier. Si le patient décide de changer de pharmacie, cette dernière doit contacter la pharmacie détentrice du dossier et demander le **transfert** de celui-ci. Les ordonnances doivent rester dans la première pharmacie mais elles doivent être **bloquées** pour ne plus être délivrées. Le transfert doit être **notifié** de part et d'autre (nom, adresse et licence de la pharmacie). Ces transferts sont assez longs ; ils incitent les patients à être le plus fidèle possible.

b) L'étude pharmacologique du dossier patient

L'étude pharmacologique du dossier patient par le pharmacien permet entre autre :

- de contrôler la consommation médicamenteuse des patients,
- d'assurer la sécurité d'emploi des médicaments,
- de dépister les interactions médicamenteuses, toujours plus nombreuses et complexes,
- de détecter les ajustements de dosage requis.

Le dossier patient est donc un outil précieux et indispensable pour aider le pharmacien dans sa conduite à tenir quant au refus ou non de délivrance de n'importe quels médicaments prescrits ou non.

IV. La création de l'OPQ en 1974

Au moment de l'adoption du **Code des professions** en 1974, le **Collège des pharmaciens** devient l'**Ordre des Pharmaciens du Québec** (OPQ). Cet ordre a pour mission de renforcer la cohésion au sein des pharmaciens. Il est déterminé à réformer l'exercice de la pharmacie et à soutenir le développement des différents types d'activités pharmaceutiques. Il est chargé également de représenter la profession auprès du gouvernement, de vérifier le respect de l'application des différentes lois et différents règlements, et d'émettre des recommandations relatives à la modification de ces ceux-ci. Ainsi, il a fallu attendre l'an 1974, pour que les pharmaciens du Québec soient enfin considérés comme de véritables professionnels de la santé. [6]

V. La 1ere définition des soins pharmaceutiques en 1976 et celles qui en découlent

Pour comprendre l'origine des soins pharmaceutiques, il faut connaître celle de la pharmacie clinique. Ainsi, C. **Walton**, pionnier américain de la **pharmacie clinique**, l'a définie en 1961 comme étant : « *l'utilisation optimale du jugement et des connaissances pharmaceutiques et biomédicales du pharmacien dans le but d'améliorer l'efficacité, la sécurité, l'économie et la précision selon lesquels les médicaments doivent être utilisés dans le traitement des patients* ». [7]

D'après lui, le pharmacien peut être en mesure de participer, en remplissant des **fonctions cliniques**, à l'amélioration de la qualité des traitements médicamenteux et à la diminution des coûts liés à leur utilisation.

Mais en réalité, ces fonctions cliniques, en apparence axées sur le patient, privilégient toujours l'usage des médicaments, et ne satisfont pas pleinement certains pharmaciens désireux d'une pratique **centrée** prioritairement sur le patient. C'est alors qu'une réponse à leur souhait est apportée par J. **Mikael** en 1976 qui définit, pour la première fois, les **soins pharmaceutiques** ou *pharmaceutical care* comme étant : « *des soins dont un patient a besoin et qu'il reçoit en vue d'assurer l'emploi sans danger et rationnel des médicaments* ». [8]

Trois points importants ressortent de cette définition concernant le nouveau rôle du pharmacien, il doit désormais :

- évaluer le **besoin** médicamenteux du patient,
- fournir les médicaments **nécessaires**,
- et donner les prestations indispensables pour garantir **l'innocuité** et l'efficacité optimales du traitement.

Suite aux divers travaux de **L. Strand**, **R. Cipolle** et **P. Morley**, les soins pharmaceutiques ont été redéfinis maintes fois toujours en vue d'améliorer une prise en charge centrée sur le patient. Selon eux, les soins pharmaceutiques se définissent ainsi :

*« Les soins pharmaceutiques consistent en une pratique **centrée** sur le patient où le praticien assume la **responsabilité** et un **engagement** envers les besoins de son **patient** en matière de pharmacothérapie. Le prestataire des soins pharmaceutiques a la **responsabilité de résoudre les problèmes liés à la pharmacothérapie (PRP)** peu importe la source (prescription, médicament de vente libre, médicament de médecine traditionnelle ou alternative) afin d'**atteindre des objectifs** qui améliorent la qualité de vie de son patient. Ceci requiert la **coopération** du patient et des autres professionnels de la santé. » [9]*

Et enfin, une dernière définition a été donnée par l'OPQ en **1994** comme suit : *« c'est l'ensemble des actes et services que le pharmacien doit procurer à un patient, afin d'améliorer sa qualité de vie par l'atteinte **d'objectifs pharmacothérapeutiques** de nature préventive, curative ou palliative ».* [10]

De ses dernières définitions, deux nouveaux points importants en découlent :

- le pharmacien a l'obligation d'**engager sa responsabilité** envers le patient concernant l'obtention de résultats escomptés,
- et il doit **collaborer** avec celui-ci et inévitablement avec d'autres professionnels de santé pour élaborer, appliquer et suivre un **plan de soins pharmacothérapeutiques**, ainsi que de **gérer des problèmes** éventuels.

Ainsi, grâce aux soins pharmaceutiques, le médicament devient, non plus une fin en soi, mais le moyen d'atteindre des objectifs de santé. Le patient est au centre de la démarche, il prend une part active aux décisions concernant son traitement et doit ainsi comprendre :

- sa maladie ou problème de santé,
- les possibilités de traitement et alternatives,
- et les implications du traitement.

VI. L'entente de 1978

En 1978, après de longues négociations, l'AQPP parvient à une entente déterminante avec le Ministère des Affaires Sociales. C'est une première mondiale : certains actes pharmaceutiques dits « **cognitifs** », c'est à dire dont les prestations n'accompagnent pas nécessairement la délivrance d'un produit, deviennent rémunérés par la RAMQ. Il s'agit du **refus motivé d'exécuter** une ordonnance et de l'**opinion pharmaceutique**. [11]-[12]

1) Le refus motivé d'exécuter une ordonnance

Un refus motivé d'exécuter une ordonnance fait généralement suite à un désaccord entre le prescripteur et le pharmacien.

D'après l'entente de 1978 : « *dans le cas de refus d'exécution d'une ordonnance ou du renouvellement d'une ordonnance, la Régie paie au pharmacien pour un motif d'ordre scientifique ou thérapeutique, le coût des services prévu au tarif pourvu que :*

- *le refus vise un médicament assuré ;*
- *le motif au soutien du refus soit obligatoirement inscrit sur l'ordonnance refusée, daté et signé par le pharmacien ;*
- *et que l'ordonnance soit versée à son registre ».* [11]

Tout refus d'exécution d'ordonnance doit être motivé par au moins une des raisons suivantes, défini par la RAMQ :

- | | |
|---|---|
| ✓ ordonnance falsifiée, | ✓ choix de produit irrationnel, |
| ✓ allergie antérieure au médicament prescrit, | ✓ durée de traitement irrationnelle, |
| ✓ intolérance antérieure au médicament prescrit, | ✓ quantité prescrite irrationnelle, |
| ✓ échec antérieur au traitement avec le produit prescrit, | ✓ dose dangereusement élevée, |
| ✓ interaction cliniquement significative, | ✓ dose sous thérapeutique, |
| | ✓ produit inefficace dans l'indication visée, |
| | ✓ surconsommation, |
| | ✓ duplication de traitement. |

Cet acte est rémunéré au même tarif que l'exécution d'une ligne de médicament et indépendamment de la facturation d'une nouvelle ordonnance émise suite au refus. [4]

Par contre, dans le cas où le refus serait suivi d'une opinion pharmaceutique, seule cette dernière peut faire l'objet d'une demande de rémunération.

2) *L'opinion pharmaceutique*

L'entente de 1978 définit l'opinion pharmaceutique comme étant : « *un avis motivé d'un pharmacien portant sur l'histoire pharmacothérapeutique d'une personne, dressé sous son autorité, ou sur la valeur thérapeutique d'un traitement ou d'un ensemble de traitements prescrits par ordonnance, donnés par écrit, à cette personne et à son prescripteur* ». [11]

D'après cette définition, le champ d'application des opinions pharmaceutiques est très vaste. En effet, elles peuvent s'adresser **directement aux patients**, par exemple dans le cas où ceux-ci **n'observent pas** correctement leur traitement.

Par ailleurs, cette définition ne définit pas clairement les conditions à respecter pour la prise en charge par la RAMQ des opinions pharmaceutiques.

Le tarif de cet acte est nettement supérieur à celui du refus de délivrance puisque, par exemple, il est de 18.28 \$ canadiens au 1^{er} avril 2008. [4]

On observe au cours des années qui ont suivi cette entente une augmentation progressive du nombre de demande de facturation de la part des pharmaciens. Celles qui concernent les refus restent toujours plus nombreuses que celles des opinions pharmaceutiques ; le refus étant moins contraignant étant donné qu'il n'impose pas l'envoi d'un courrier au prescripteur.

VII. Le projet de Loi n°90 en 2002

En juin 2002, l'Assemblée nationale adoptait le **projet de loi n°90**, modifiant la définition de la pratique de la pharmacie de la **Loi sur la pharmacie de 1973** :

« *L'exercice de la pharmacie consiste à évaluer et à assurer l'usage approprié des médicaments afin notamment de détecter et de prévenir les problèmes pharmacothérapeutiques, à préparer, à conserver et à remettre des médicaments dans le but de maintenir ou de rétablir la santé.*

Dans le cadre de l'exercice de la pharmacie, les activités réservées au pharmacien sont les suivantes :

1° émettre **une opinion pharmaceutique**;

2° préparer des médicaments;

3° vendre des médicaments, conformément au règlement pris en application de l'article 37.1 ;

4° **surveiller** la thérapie médicamenteuse;

*5° **initier ou ajuster**, selon une ordonnance, la thérapie médicamenteuse en **recourant**, le cas échéant, aux **analyses de laboratoire** appropriées;*

*6° **prescrire** un médicament requis à des fins de contraception orale d'urgence et exécuter lui-même l'ordonnance, lorsqu'une attestation de formation lui est délivrée par l'Ordre dans le cadre d'un règlement pris en application du paragraphe o de l'article 94 du **Code des professions** (chapitre C-26). » [13]-[14]*

Cette Loi n°90 permet un nouveau partage des champs d'exercices professionnels dans le domaine de la santé. Dès lors, le pharmacien québécois se voit attribué de nouvelles responsabilités et tâches que l'on développera ultérieurement. En réalité, cette Loi ne fait qu'officialiser la pratique des soins pharmaceutiques qui existent déjà depuis quelques années.

[15]

Deuxième chapitre : Description de l'organisation des pharmacies communautaires du Québec

Au Québec, les officines sont communément appelées des pharmacies **communautaires**.

A. Les différentes catégories de pharmacies communautaires

Comme nous l'avons vu précédemment, la propriété des pharmacies québécoises est exclusivement réservée aux pharmaciens. En effet, selon l'**article 27** de la Loi sur la Pharmacie : « *Seuls peuvent être propriétaires d'une pharmacie, ainsi qu'acheter et vendre des médicaments comme propriétaires d'une pharmacie, un **pharmacien**, une **société de pharmaciens** ou une **société par actions** dont toutes les actions du capital actions sont détenues par un ou plusieurs pharmaciens et dont tous les administrateurs sont pharmaciens* ».

Depuis **1973**, les pharmaciens peuvent posséder à eux seuls plusieurs pharmacies et ils ne sont **pas limités en nombre**. Il est par ailleurs admis que la possession par un seul pharmacien de **cinq pharmacies et plus** constitue une **chaîne** de pharmacies. [16]

I. Les pharmacies indépendantes

Une pharmacie indépendante est une pharmacie qui n'est affiliée à aucune bannière commerciale, à aucune franchise commerciale, ni à aucun programme de chaîne. Le nom de cette pharmacie est utilisé exclusivement par ce commerce et le propriétaire peut choisir en **toute liberté** ses commandes, ses stratégies de commercialisation, l'image d'un point de vente, etc. Pour autant, afin de faire face à la concurrence des grandes chaînes, ces pharmacies ont dû développer également leur partie « **drugstore** » et elles sont nombreuses à se rassembler au sein de **groupement d'achats** tels que le Groupe Essaim. Ces pharmacies indépendantes représentent environ **20 %** des pharmacies communautaires. [17]

II. Les chaînes

Plus de la moitié des pharmacies communautaires appartiennent à une chaîne de pharmacie. La majorité d'entre elles sont affiliées à une **bannière** ou une **franchise** de pharmacies, mais il existe également des **chaînes de pharmacies indépendantes**. [18]-[19]

1) Les bannières

Les pharmacies sous bannière sont des pharmacies affiliées à un bureau central, auquel elles versent une **cotisation** leur donnant le droit d'utiliser un **nom reconnu** comme Uniprix et de participer à des programmes d'achats centralisés. Elles ont en général une « **présentation** » **requis**e, mais elles sont gérées de manière **indépendante** et leurs propriétaires possèdent un **degré d'autonomie élevée** pour ce qui est de la commercialisation locale, des services professionnels, etc. Ils sont ainsi libres d'accepter ou non les propositions du bureau central à condition de s'approvisionner **au moins à 50 %** à la centrale d'achat. Ce dernier point n'est pas une grosse contrainte car, étant donné que les propriétaires sont également **actionnaires** de la bannière, il est dans leur intérêt de la faire prospérer. [18]

2) Les franchises

Fondamentalement, les bannières et les franchises fonctionnent de la même façon, à la différence que les franchises sont **plus contraignantes** au niveau de leur politique d'achat. En effet, les franchiseurs imposent à leurs membres de s'approvisionner à hauteur de **80 %** à la centrale d'achat. En générale, les franchises représentent les plus grosses pharmacies qui ont également les emplacements les plus stratégiques. Pharmaprix et Jean Coutu forment les deux franchises les plus importantes au Québec. [19]

B. L'implantation des pharmacies communautaires

La province du Québec est **trois** fois plus grande que la France mais **huit** fois moins peuplée ! En 2006, le nombre d'officines au Québec s'élevait à **1 623** contre **22 561** en France ! [20]-[21]-[22]

Leur lieu d'implantation n'est **pas réglementé**, la concurrence y est donc très importante. La plupart des pharmacies communautaires sont regroupées dans les grandes villes, situées dans le Sud de la province. A l'opposé, la région du Nord est désertée, elle ne compte que **trois** pharmacies. Cette répartition est représentative de celle de la population québécoise, mais pour les québécois qui vivent en milieu rural (soit 20 % de la population répartis sur un

immense territoire), l'accès aux soins et aux pharmacies est très difficile. C'est dans ce contexte de pénurie de pharmacies en zone rurale que les **médecins**, désireux de délivrer des médicaments à leurs patients, peuvent obtenir un **permis d'exercer la pharmacie**. Cependant aucun permis ne peut être délivré dans un rayon de 20 milles (soit 32 Kms) autour d'une pharmacie ou d'un cabinet médical qui exerce déjà la pharmacie. [23]

C. Les cabinets médicaux adjacents

Il n'est pas rare de voir un cabinet médical installé au-dessus ou même à l'intérieur d'une pharmacie ! Ainsi, les patients sortant de chez le médecin se rendent directement à la pharmacie avec leur nouvelle ordonnance, en échange de quoi, le pharmacien paie le loyer du cabinet médical ! Cette pratique est plus ou moins légale au Québec mais elle est totalement tolérée. [24]

Si ce scénario se développe en France, où l'on envisage également d'ouvrir le capital des pharmacies aux autres professionnels libéraux (Loi Murcef), comme les médecins, nous pouvons imaginer des situations de conflit d'intérêts où le patient se trouverait lésé.

D. Les horaires d'ouverture

Il n'existe **pas de service de garde** pour les pharmacies communautaires car la plupart sont ouvertes en continu de 9 h à 22 h, 7 jours sur 7. Certaines pharmacies de grandes chaînes sont même ouvertes 24 h sur 24 h. En revanche, le problème de la garde peut se poser dans les zones rurales où les pharmacies sont rares, mais les médecins ayant un **permis d'exercer la pharmacie** peuvent toujours dépanner leurs patients en médicament. [23]

E. L'organisation interne des pharmacies communautaires

I. L'agencement



D'extérieur comme d'intérieur, les pharmacies communautaires ressemblent davantage à des supermarchés qu'à des pharmacies comme nous pouvons en trouver en France.

Figure n°1: Image, représentant une pharmacie Jean Coutu, dans son contexte original sur la page web consultée le 23/01/08 :

www.hockeysite.biz/restigouchetigers/?page=20028&id=

C'est en quelque sorte une combinaison des deux à laquelle s'ajoutent de nombreux autres services, tels que les **services postaux** ou de **tirage photo**.

Plus de la moitié des pharmacies québécoises ont une surface supérieure à 2500 pieds carrés (soit 762 m²), dont 34 % d'entre-elles dépassent les 5000 pieds carrés (soit 1524 m²). [25]

Elles sont pour la majorité d'entre-elles agencées en deux parties distinctes : une section commerciale type « drugstore » et une partie pharmacie.

1) La zone commerciale type « drugstore »



Pour accéder à la partie pharmacie, il n'existe pas d'autre alternative que celle de traverser une multitude de rayons où il est facile de se perdre au milieu des cartes de vœux, des confiseries, des produits ménagers, des fournitures scolaires, de la parfumerie, de boissons, etc., mais aussi de **médicaments**, (type Maalox[®], Doliprane[®], Imodium[®], etc).

Figure n°2: Image, représentant un rayon de médicaments en vente libre, dans son contexte original, sur la page web consultée le 23/03/08 : <http://philippe.guespin.free.fr/>

Le libre service de ceux-ci a toujours existé au Québec ; il est rappelons-le issu de la culture anglo-saxonne.

Pour autant, durant des décennies, les autorités gouvernementales ont légiféré cette pratique afin de garantir une meilleure sécurité des consommateurs.

a) Les réformes sur les médicaments en vente libre

⇒ Les médicaments « brevetés » deviennent les médicaments « grands publics » en 1974

La vente libre des médicaments « brevetés » est depuis **la fin du 19^{ème} siècle** très dénoncée par les pharmaciens en raison leur manque de fiabilité. Selon eux, ces remèdes sont soit efficaces et dans ce cas ils nécessitent un contrôle pharmaceutique, soit inefficaces et doivent être alors supprimés. La partie adverse, c'est à dire les fabricants, se défendent en parlant de liberté de commerce et d'accessibilité des soins favorisée par l'automédication. Ce n'est qu'en **1974**, que le gouvernement fédéral légifère pour tenter de résoudre ce problème. Il oblige les fabricants à inscrire la composition de leurs remèdes sur les étiquettes, et le terme de médicaments « **brevetés** » est remplacé par le terme de médicaments « **grand publics** ». [1]-[2]

⇒ Le modèle de l'Ontario l'emporte en 1982

Deux propositions émergent du débat entre pharmaciens et fabricants : l'une inspirée du **modèle ontarien** permettant une **accessibilité contrôlée** par les pharmaciens, l'autre inspirée du **modèle français interdisant le libre-service**.

C'est finalement le modèle ontarien qui l'emporte en **1982**. Le pharmacien est alors tenu de vérifier systématiquement la **compatibilité** du médicament « grand public » avec tout autre traitement en cours chez le patient. [1]-[2]

⇒ Le « code médicament » en 1995



A partir de février 1995, un programme intitulé « **code médicament** » est obligatoirement instauré dans toutes les pharmacies qui vendent ce type de médicament. Il s'agit d'un **outil précieux** pour le consommateur et le pharmacien car il informe des précautions à prendre grâce à un **code de 6 lettres (A, H, X, B, D et E)**. Ces lettres figurent sur les étiquettes des médicaments tels des pictogrammes ; chacune correspondant à une mise en garde particulière. Leur signification est rappelée sur de **grandes affiches** collées dans les pharmacies et sur des prospectus mis à disposition des patients.

(Cf. Annexe III : Signification des « codes médicaments »)

Figure n°3: Image, représentant une affiche sur les « codes médicaments », dans son contexte original sur la page web consultée le 26/03/08 : www.opq.org/fr/services_public/autotraitement

Ce code a été créé pour susciter les **questions** des consommateurs auprès des pharmaciens, il a donc un **rôle préventif** évident. [26]

⇒ Les « annexes de médicaments » en 1998

En juillet **1998**, une nouvelle réglementation nommée « **les annexes de médicaments** » est approuvée par le gouvernement du Québec. Elle porte sur les conditions et modalités de vente des médicaments selon des catégories ou annexes. C'est l'équivalent des médicaments listés

ou hors listes en France. Il existe ainsi **cinq** catégories soumises à des conditions et modalités de vente particulières (« annexes I », « II », « III », « IV » et « V ») et une catégorie (« hors annexe ») non soumise à une réglementation.

- L'**annexe I** correspond à nos médicaments inscrits à la **liste I ou II**, mais le nombre de médicaments de l'annexe I est considérablement plus faible que celui de nos produits listés.
- L'**annexe II** correspond aux médicaments **conseils non accessibles** au public et qui sont alors **obligatoirement inscrits au dossier patient**.
- L'**annexe III** et la catégorie **hors annexe** correspondent aux médicaments jugés suffisamment sûrs par le gouvernement fédéral pour pouvoir être en **vente libre**. Ils ne sont donc pas forcément vendus par un pharmacien mais par tous autres personnels non qualifiés, telles les caissières des grandes surfaces ! Les médicaments **hors annexe**, comme le paracétamol (ou plutôt l'« acétaminophène ») à 325 mg en conditionnement de moins de 25 unités, peuvent être vendus par n'importe quel commerce (grandes surfaces, « dépanneurs », stations services...). En revanche, ceux de l'annexe III doivent être sous le contrôle et la surveillance constante du pharmacien. Mais en pratique, quand le pharmacien est occupé à délivrer une ordonnance, comment peut-il garder un œil sur la zone des médicaments en vente libre ?
- Et enfin, les **annexes IV et V** concernent exclusivement les produits vétérinaires. [27]

⇒ La loi québécoise sur la vente du tabac en pharmacie en 2000

A compter du 1er octobre **2000**, la vente du tabac est interdite dans les pharmacies. Cette nouvelle loi a été fortement contestée par certains pharmaciens de chaîne car le tabac constituait une source de revenu importante (28 millions de dollars canadiens de chiffre d'affaire annuel pour l'ensemble du Groupe Jean Coutu). Les tenants de la revalorisation éthique de la profession se réjouissent quant à eux de cette disposition. [28]

⇒ Les autres réglementations

Les rayons des médicaments en vente libre doivent être situés à proximité du comptoir de la pharmacie afin d'en assurer le contrôle par les pharmaciens et ils doivent être séparés des produits non pharmaceutiques par un **mur plein** de 7 pieds de hauteur (soit 2,13 mètres). Ces murs fixes, transparents la plupart du temps et ouverts au niveau des allées, sont peu visibles si l'on n'y prête attention. [29]

b) Le prix des médicaments en vente libre



Dans les rayons des médicaments en vente libre, de grosses étiquettes indiquent le prix de la boîte et celui du médicament **au kilo** ! Dans cette même logique commerciale, les promotions sur ces médicaments sont autorisées et certaines chaînes en informent les consommateurs directement chez eux par le biais de **journaux publicitaires** déposés dans leur boîte aux lettres !

Figure n°4: Image numérisée à partir d'un journal publicitaire de Pharmexpert (une chaîne de pharmacie) du 1^{er} septembre 2006.

Espérons qu'en France, malgré la mise en vente libre des médicaments, la réglementation concernant la publicité et la promotion des médicaments ne changera pas dans ce sens.

c) Le personnel de la partie « drugstore »

⇒ Les commis

Les commis se distinguent par leur uniforme et ont pour rôle de mettre en rayon tous les produits de la partie « drugstore ». Ils n'ont pas de formation particulière.

⇒ Les cosméticiennes

Il n'est pas rare de voir dans de grosses pharmacies des cosméticiennes qui conseillent sur les dermocosmétiques, les produits d'hygiène, les maquillages, les parfums, etc.

Certaines officines françaises proposent également ce service, mais le plus souvent ponctuellement, faute de moyens suffisants.

⇒ Les caissières

Les caissières encaissent tous les produits de l'espace « drugstore » y compris, bien entendu, les médicaments en vente libre. Elles n'ont pourtant pas reçu de formation à cet égard. Ces médicaments échappent alors totalement au contrôle du pharmacien et ne peuvent être inscrit au dossier-patient.

2) La partie pharmacie

a) Un comptoir

La partie pharmacie est isolée de la partie « drugstore » par un **haut comptoir**, au-dessus duquel, de **grands panneaux** indiquent aux clients la fonctionnalité propre à chaque poste, à savoir : « Ordonnances à déposer », « Ordonnances à récupérer » ou encore « Conseils ». Souvent, on retrouve au devant du comptoir une **zone d'attente**, avec des sièges et une table, et où divers prospectus d'information et d'éducation sur la santé sont mis à disposition des patients. Ces différents points sont appréciés de ces derniers car ils ne s'impatiente plus dans des files d'attentes interminables.

Derrière le comptoir, on retrouve les « **assistants techniques** » et les pharmaciens qui, respectivement, préparent et délivrent les médicaments des annexes I et II. Comme en France, la présence d'un pharmacien est **obligatoire** durant les heures d'ouvertures. Par contre, le nombre de pharmacien n'est pas réglementé par rapport au chiffre d'affaire mais par rapport au nombre d'employés, à savoir un pharmacien ne peut avoir plus de **4 employés sous son contrôle et sa surveillance** constante. [29]

b) Une zone de confidentialité

Une des particularités des pharmacies communautaires est la présence **obligatoire** d'une **zone de confidentialité**. Celle-ci doit être une **pièce** à part et essentiellement destinée à la réalisation des **consultations pharmaceutiques**. Elle doit comprendre un bureau et des sièges, pour dialoguer confortablement avec le patient, ainsi qu'un ordinateur pour avoir accès au dossier-patient. [29]

c) Un laboratoire

Une grande zone, appelée le « **laboratoire** », est destinée au stockage des médicaments et à la préparation des ordonnances. [29]

d) Le personnels de la partie pharmacie

⇒ Les assistants techniques

- Leur formation

Les assistants techniques ne correspondent pas tout à fait à nos préparateurs étant donné qu'**aucune formation ne leur est exigée**. Il existe néanmoins un **Diplôme d'Etude Professionnel** (DEP) qui s'obtient en un an avec 1200 heures de cours et trois semaines de stage en pharmacie communautaire ainsi que trois semaines de stage à l'hôpital. Les diplômés, plus compétents, ont évidemment plus de chance d'être embauchés et peuvent prétendre à un meilleur salaire. [30]

- Leur rémunération

Un assistant technique gagne en moyenne **10** dollars canadiens brut de l'heure, ce qui correspond à un salaire inférieur à notre SMIC. C'est également un salaire trois à quatre fois moindre que celui des pharmaciens salariés. [31]

- Leurs fonctions

L'assistant technique **n'a absolument pas le droit de conseiller ou de délivrer** une ordonnance sans l'intervention d'un pharmacien. Son travail consiste essentiellement à assister le pharmacien afin de lui libérer le plus possible des **tâches techniques**, telles que la préparation des ordonnances, la réception des commandes, l'inventaire des médicaments, le standard téléphonique, la facturation, etc.

Ainsi, les tâches qu'il réalise sont bien distinctes de celles du pharmacien mais aussi **complémentaires** à elles. [30]

⇒ Les pharmaciens

- Leur formation

Après un parcours équivalent à notre baccalauréat, les étudiants québécois, désireux de devenir des pharmaciens communautaires, font **2 ans** d'étude au Cégep et **4 ans** au sein d'une faculté de pharmacie, au nombre de **2** au Québec contre **24** en France. [32]

Le Cégep est l'équivalent d'un second lycée, plus axé sur un domaine particulier. Il n'y a pas de concours d'entrée ni de numerus clausus officiel. Cependant, une rude sélection a lieu à l'entrée de la faculté car les candidats sont pris sur **dossier** et **entretien**, et le nombre d'admis est limité.

Au cours des quatre années d'enseignement, les étudiants doivent réaliser des stages en milieu communautaire, hospitalier ou industriel, selon leur **propre choix**. Cela leur permet de mieux connaître les différentes perspectives professionnelles qui s'offrent à eux et ainsi de mieux choisir leurs orientations futures.

Une particularité de l'enseignement québécois est la réalisation de **travaux en groupe**, sur des cas concrets d'ordonnances par exemple, ce qui permet aux étudiants d'échanger leurs connaissances propres et de développer un sens de l'écoute, de la réflexion mais aussi de la critique. De même, leur **participation et implication** sont très actives, ils n'hésitent pas à interrompre un cours magistral pour poser une question ou pour faire partager une expérience personnelle à l'ensemble de l'amphi.

Par ailleurs, les étudiants se familiarisent très vite à la **recherche documentaire** pour approfondir eux-mêmes leurs cours mais aussi pour se tenir au courant des nouveautés et s'auto former.

Concernant le contenu même de l'enseignement, la **pharmacologie et pharmacocinétique** prennent une place très importante, et la 3ème année est essentiellement consacrée aux **soins pharmaceutiques**.

Tous ces points illustrent bien les efforts faits par les tutelles et les facultés pour offrir un enseignement adapté à la réalité du métier.

- Leur rémunération

Le salaire moyen d'un pharmacien adjoint est de **37** dollars canadiens brut de l'heure, ce qui correspond en France à un coefficient **800** ! Cette importante différence de salaire provient surtout du fait que les pharmacies québécoises génèrent plus de profit, mais aussi en raison de la pénurie de pharmaciens québécois. En général, ce sont les grosses chaînes de pharmacies qui offrent les plus gros salaires. [33]

⇒ Les infirmières

Il n'est pas rare qu'une infirmière soit salariée d'une pharmacie. En général, elle y travaille quelques jours de la semaine, durant lesquels elle s'entretient avec les patients pour leur prendre la tension, la glycémie, ou bien pour apprendre aux diabétiques la manière dont il faut se piquer et utiliser un appareil de glycémie, ou encore pour réaliser des premiers soins.

II. Les étapes d'une première délivrance

Au Québec, la délivrance des ordonnances est très organisée : différents intervenants entrent en jeu à des moments qui leur sont propres. [34]-[35]

Etape n°1 : L'accueil du patient et l'enregistrement des données au « dossier-patient »

C'est l'assistant technique qui est chargé d'accueillir le patient et de récupérer l'ordonnance. Il doit vérifier la légalité et la validité de celle-ci, dont voici les principales caractéristiques :

- les informations administratives sont les mêmes quand France,
- par contre, il n'existe qu'**un seul type** d'ordonnance (pas d'ordonnance bizonale, de sécurisée, ou de médicament d'exception),
- tous les prescripteurs rédigent en **DCI**, même pour les médicaments non génériques, laissant ainsi le libre choix de la spécialité au pharmacien,
- toutes les posologies sont écrites en **abréviations latines**, ce qui rend les ordonnances québécoises indéchiffrables pour un pharmacien français ! Pour autant, cette normalisation de l'écriture permet d'améliorer la **lisibilité** des ordonnances manuscrites et ainsi d'éviter de nombreuses erreurs.
- une ordonnance est valable **un an**,
- le renouvellement se fait en général mois par mois, mais il **n'y a pas de loi** qui le fixe, ainsi le pharmacien peut juger nécessaire de délivrer pour une période supérieure ou inférieure à un mois,
- il n'y a **pas de duplicata** d'ordonnance, car celle-ci **n'est pas la propriété** du patient ; l'original est conservé par le pharmacien et **rien n'est envoyé** à la RAMQ. Il n'y a donc jamais de contrôle direct des ordonnances par les organismes payeurs, mais un inspecteur peut exiger de les voir lors d'une visite.

Depuis la Loi sur la pharmacie de **1973**, l'assistant technique doit également récupérer toutes les informations utiles concernant le patient afin de les enregistrer dans son **dossier**. [36]

Une fois l'ordonnance et les renseignements enregistrés, une **étiquette** est imprimée pour chaque médicament. Elle permet d'identifier le patient, le médecin et le pharmacien, et de donner toutes les informations nécessaires concernant le médicament (DCI, concentration, quantité remise, posologie, mode d'administration et de conservation, date de péremption, précautions particulières, date de délivrance et numéro interne du médicament).

Etape n°2 : La préparation de l'ordonnance

Les médicaments prescrits sont préparés, de préférence, par un **autre** technicien car le changement d'opérateur permet de mettre en évidence d'éventuelles erreurs commises précédemment. Ainsi, celui-ci **vérifie** en premier lieu la concordance entre les informations de l'ordonnance et celles des étiquettes.

Lorsqu'il s'agit de comprimés ou de gélules, formes majoritairement utilisées au Québec, les médicaments sont **déconditionnés** ou pris dans des grands **pots** afin de ne donner que la quantité nécessaire de traitement. Il n'y a donc pas de gaspillage si le traitement est bien observé par le patient. Par ailleurs, il est fréquent que l'assistant technique soit assisté d'un **robot** « compte pilule ».

Les médicaments sont ensuite reconditionnés dans un **Vial**. C'est une sorte de flacon en plastique, de taille adaptée au nombre d'unités et muni d'un couvercle avec **fermeture sécurisée**, sur lequel est apposé l'étiquette correspondante. Il est **transparent** mais peut être **opaque** pour les spécialités sensibles à la lumière. Sa matière en plastique est également **inerte** pour éviter l'échange de matière entre les parois du récipient et les médicaments. Malgré tout, aucune étude n'a été réalisée pour connaître la **conservation** de **chaque** médicament dans le vial ; les pharmaciens québécois considèrent qu'une délivrance d'un mois ne devrait pas affecter la stabilité des produits.

Cette étape de déconditionnement et de reconditionnement nécessite donc d'être réalisée dans des conditions d'**hygiène strictes** pour ne pas contaminer les médicaments, ce qui n'est pas toujours facile à l'officine.

Etape n°3 : La vérification par le pharmacien

Ce n'est qu'à cette étape qu'intervient le pharmacien ! A moins bien sûr que les assistants techniques aient rencontré un problème auparavant.

Dans un premier temps, il vérifie **à nouveau** la légalité et la validité de l'ordonnance, puis la concordance entre les informations de l'ordonnance et celles des étiquettes. Il contrôle ensuite si les médicaments contenus dans les Vials sont bien ceux prescrits. Pour cela, il doit connaître les formes et couleurs caractéristiques de tous les comprimés et de toutes les gélules ! Cependant, cette contrainte devient un sérieux atout lorsqu'il s'agit d'identifier n'importe quel médicament décrit ou rapporté par un client. Par ailleurs, si la mémoire lui fait

défaut, il peut consulter les photos du *Compendium Of Pharmaceuticals Specialistes (CPS)* qui est une sorte de Vidal® qui référence les monographies de toutes les spécialités.

Dans un second temps, il fait l'**étude pharmacologique** du dossier patient s'assurant ainsi que la prescription est la mieux adaptée pour atteindre les objectifs thérapeutiques fixés. Il vérifie ainsi qu'il n'y a pas d'interactions médicamenteuses ou de contre-indication pour le patient et que les posologies sont bonnes. Il peut se référer à diverses ouvrages, revus scientifiques, sites officiels, etc. Précisons qu'il existe différents logiciels pharmaceutiques mais tous sont reliés à la même source d'informations pharmacologiques sur les produits : « **Vigilance santé** ». Tandis qu'en France, ces sources diffèrent selon le logiciel, par exemple Alliance est relié à la Banque Claude Bernard, tandis que LGPI ou Pharmagest le sont à Clickadoc.

Et pour finir, le pharmacien s'entretient avec le patient pour lui donner tous les conseils indispensables, concernant sa médication et sa pathologie, afin d'optimiser la réussite de son traitement. L'essentiel de ce qu'il dit se retrouve sur l'étiquette, ainsi le patient pourra s'y référer.

Etape n°3 : La facturation

La facturation est rarement réalisée par un pharmacien. Il s'agit le plus souvent d'un assistant technique, voire d'une caissière d'officine. Il n'existe **pas de tiers-payant** au Québec, les patients avancent leur frais puis se font rembourser.

Ainsi, la dispensation d'une ordonnance prend du temps (**15 à 20** minutes en moyenne), mais les patients ne sont pas pour autant mécontents car ils savent que ce temps leur est consacré et c'est une preuve pour eux que le pharmacien fait correctement son travail. Durant ce temps, soit ils patientent tranquillement dans le coin d'attente, soit ils en profitent pour faire des achats dans la partie commerciale.

III. Le renouvellement d'ordonnance

Lors de la première délivrance, un **numéro interne**, qui correspond à un numéro d'ordonnancier, est attribué à chaque médicament. Ce numéro est inscrit au dossier-patient et figure également sur le vial. Ainsi, lors d'un renouvellement, le patient, qui ne possède plus

son ordonnance, **rapporte** le ou les vials à renouveler, mais la consultation de son dossier peut tout à fait suffire.

Au final, les patients québécois accordent une grande **confiance** en leur pharmacien car ils n'ont pas l'ordonnance ni le conditionnement primaire du médicament avec la notice pour vérifier si c'est le bon médicament. C'est comme s'ils prenaient leur traitement les yeux fermés !

IV. Le conseil pharmaceutique

Le pharmacien québécois est très souvent le **premier consulté** en matière de conseils. D'une part, la population québécoise lui donne une entière confiance et d'autre part la pénurie des médecins entraîne d'interminables attentes.

Par ailleurs, le pharmacien dispose d'un très large panel de médicaments conseils, et il peut traiter davantage de pathologies qu'en France. Par exemple, il peut conseiller une crème contenant du peroxyde de benzoyle (< 5 %) pour traiter de l'acné. [36]

Troisième chapitre : La pratique de la pharmacie clinique et des soins pharmaceutiques au Québec

De nombreux constats, en termes de santé et d'économie, sont à l'origine de la demande pressante des praticiens pour le développement des soins pharmaceutiques, on peut citer entre autres :

- la multiplication des médecins traitants pour un même patient sans coordination et communication efficace entre eux,
- l'augmentation importante du nombre et de l'usage de nouvelles molécules prescrites ainsi que de médicaments en vente libre,
- la volonté des patients de s'impliquer dans le choix de leur médication,
- l'importance de la morbidité et mortalité qui découle de la pharmacothérapie :
 - o l'iatrogénie étant responsable de **5 à 10 %** des hospitalisations,
 - o et les mauvaises observances engendrant un coût de **7 à 9 milliards** de dollars canadiens. [8]

A. La mise en pratique des soins pharmaceutiques

I. Le modèle de STRAND

Strand L. a été pionnier en ce qui concerne la mise en pratique des soins pharmaceutiques. Il a formulé un processus cognitif complet en **neuf étapes** successives pour garantir une reproductibilité des prestations. [9]

II. Le modèle enseigné

La mise en place des soins pharmaceutiques dans les pharmacies québécoises a été facilitée à partir de **1992**, date à laquelle des cours pratiques ont été intégrés au programme des facultés de pharmacie. Le modèle de **Strand L.** a servi de référence et un modèle en **six étapes** est actuellement enseigné à l'université de Montréal, dont le contenu est développé ci-dessous: [37]

Etape 1 : Etablir une relation de confiance avec le patient

Cette étape est primordiale et est très souvent déterminante dans l'atteinte des résultats thérapeutiques recherchés pour le patient.

Voici les huit points à respecter :

1. Abordez le patient avec courtoisie et respect.
2. Lors de la première rencontre, expliquez-lui les objectifs de l'entrevue.
3. Reconnaissez-le lors d'une deuxième rencontre.
4. Accordez-lui une attention exclusive.
5. Faites preuve d'efficacité dans vos échanges.
6. Reconnaissez les problèmes et questionnements du patient, vérifiez vos connaissances avant de lui répondre et recherchez avec efficacité les solutions requises.
7. Respectez le patient en l'acceptant avec ses caractéristiques sociales, éthiques, religieuses, intellectuelles, physiques et psychiques.
8. Respectez les engagements pris envers le patient.

Ainsi, le patient doit reconnaître le pharmacien comme étant un **partenaire** essentiel dans la gestion de sa santé. Cette collaboration pharmacien-patient doit être entretenue tout au long des soins.

Etape 2 : Recueillir les renseignements pertinents et en faire la synthèse

Il faut disposer de toutes les informations nécessaires, concernant le patient et les médicaments consommés par celui-ci, pour pouvoir réaliser une bonne analyse de la pharmacothérapie.

Par ailleurs, il faut toujours être en **écoute active** et encourager le patient à s'exprimer, puis il faut clarifier et reformuler les informations au fur et à mesure qu'elles sont données. Et enfin, il ne faut pas oublier de les consigner dans le dossier patient.

Etape 3 : Dresser la liste des Problèmes Reliés à la Pharmacothérapie

Lors de cette étape, il faut déterminer si le patient présente un ou plusieurs problèmes réels ou potentiels liés à des médicaments.

Cipolle R., Strand L. et Morley P. définissent les PRP comme étant : « *Une réaction indésirable ou une expérience du patient qui est liée certainement ou vraisemblablement à une pharmacothérapie, et qui comprend effectivement ou partiellement un résultat recherché chez le patient* ». [9]

Par soucis de clarté, ils ont proposé huit catégories de PRP qui permettent d'identifier la majorité des problèmes rencontrés, dont voici leur description dans le tableau ci-dessous :

Principaux types de PP	Comment les évaluer en pratique ?
Le patient a besoin d'un médicament, mais ne le reçoit pas	· Problèmes médicaux non traités ? · Mesures non pharmacologiques nécessaires ?
Le patient prend ou reçoit un médicament autre que celui qu'il lui faut	· Choix non judicieux (bénéfice/risque) ? · Alternative meilleure ou moins coûteuse ? · Patient nécessitant un autre choix thérapeutique (âge, insuffisance rénale) ? · Voie d'administration ou forme galénique non appropriée ? · Mesures non pharmacologiques préférables ?
Le patient prend ou reçoit le bon médicament à une dose trop faible	· Dose appropriée considérant le poids, la taille, l'âge, la fonction rénale ou hépatique, la pharmacogénomique ?
Le patient prend ou reçoit le bon médicament à une dose trop élevée	· Dose appropriée considérant le poids, la taille, l'âge, la fonction rénale ou hépatique, la pharmacogénomique ?
Le patient présente une réaction médicamenteuse indésirable	· Symptômes ou problèmes médicaux secondaires à la médication ? · Allergie ou intolérance ? · Annonce à un centre de pharmacovigilance ?
Le patient subit une interaction médicamenteuse	· Interaction médicament-médicament ? · Interaction médicament-alimentation ? · Interaction médicament-test biologique ?
Le patient ne prend pas ou ne reçoit pas le médicament tel que prescrit	· Mauvaise adhésion au traitement à cause d'une mauvaise compréhension, d'effets secondaires, d'un coût trop élevé ?
Le patient prend ou reçoit un médicament sans indication valable	· Problème médical résolu, ne nécessitant plus de traitement pharmacologique ? · Duplication thérapeutique ?

Figure n°5: Tableau représentant la classification des PRP selon Cipolle R., Strand L. et Morley P. [9]

Cette étape est souvent nécessaire car environ **20 %** des patients évalués pour la première fois présentent **plus d'un PRP à la fois**. [9]

Une fois les PRP identifiés, il faut:

- les analyser en s'appuyant autant que possible sur des **sources de références reconnues**,
- et ensuite les classer selon leur sévérité, leur caractère d'urgence ou encore, selon les demandes et attentes du patient.

Etape 4: Elaborer un plan de soins pharmaceutiques

Pour chaque PRP, le pharmacien doit:

- définir les **résultats** cliniques et pharmacothérapeutiques recherchés; ces résultats devant être dans la mesure du possible **quantifiables** afin de pouvoir évaluer le succès de l'intervention,
- dresser la liste des **solutions** pharmacologiques et non pharmacologiques possibles, en se référant aux données du patient et aux diverses sources d'informations sur les médicaments (manuels, périodiques, bases de données...),
- considérer avec discernement toutes les **alternatives** envisageables,
- choisir avec le patient, et si nécessaire en concertation avec d'autres professionnels de santé, la meilleure solution en fonction des **bénéfices escomptés et des risques encourus**,
- élaborer un **plan de suivi** du traitement afin d'évaluer l'efficacité et l'innocuité du traitement ainsi que l'observance du patient ; les paramètres du monitoring devant être **quantifiables et mesurables**.

Un plan de soin pharmaceutique peut-être rédigé sous la forme d'un tableau, comme ci-dessous :

RESULTATS RECHERCHES	SOLUTIONS RETENUES Les choix doivent être justifiés et référencés dans le texte.
SOLUTIONS POSSIBLES Déterminer les solutions envisagées. Le détail de la recherche, la justification et les références doivent être présentés dans le texte	INTERVENTIONS PHARMACEUTIQUES Liste
	SUIVI A FAIRE ET PARAMETRE A MONITORER incluant la fréquence du suivi

Figure n°6: Tableau représentant un plan de soins pharmaceutiques. [9]

Etape 5 : Mettre en application et documenter le plan de soins pharmaceutiques

La transmission d'informations au patient et la communication avec les autres professionnels de la santé constituent des actes essentiels à l'application du plan de soins pharmaceutiques.

Ceci peut se faire de façon formelle lors d'un **refus de délivrance** et/ou par l'élaboration d'une **opinion pharmaceutique**. Chaque intervention doit être consignée au dossier pharmacologique du patient.

Le pharmacien devra obtenir les **consentements** et les **engagements** de la part du médecin et du patient quant à son plan d'action.

Dans le but d'éviter l'apparition de nouveaux problèmes inhérents à l'application du plan de soin, il est nécessaire de transmettre au patient des **conseils** pertinents et individuels associés à un support écrit contenant des informations exhaustives.

Etape 6 : Réévaluer le plan de soins

Le pharmacien ayant engagé sa responsabilité envers la réussite du plan de soins, il doit en assurer son suivi complet et le réévaluer en permanence.

Il doit préciser :

- ✓ **Qui** fait le suivi (le patient, le pharmacien, le médecin ou un autre professionnel),
- ✓ Ce qui doit être mesuré (le **Quoi**),
- ✓ Comment le suivi sera effectué (le **Comment**),
- ✓ et le moment de le faire (le **Quand**).

Concernant ce dernier point, le **renouvellement** du traitement peut constituer un moment propice pour cela mais, si c'est nécessaire, le pharmacien peut proposer au patient de le revoir plus fréquemment surtout au début de la mise en place du plan de soins.

Le pharmacien doit observer les **changements** dans l'état du patient et ainsi apprécier si ses décisions antérieures étaient pertinentes. Dans le cas où les résultats ne sont pas ceux escomptés, le pharmacien doit remettre en cause son plan de soins et tenter de déterminer la raison de cet échec ainsi qu'élaborer un nouveau plan. C'est une **démarche d'assurance qualité** et elle est inhérente aux soins pharmaceutiques.

III. La normalisation des pratiques pharmaceutiques

Certaines activités incluses dans les soins pharmaceutiques doivent correspondre à des **standards de qualité**. C'est la raison pour laquelle, elles sont standardisées dans des **normes**, dont voici quelques exemples : [6]

- Norme 2001.01 : Prestation des services reliés à la contraception orale d'urgence.
- Norme 90.02 : Services pharmaceutiques reliés à l'autocontrôle du diabète.

- Norme 92.02 : Norme de distribution et de monitoring de la clozapine.

Ces normes sont pour la plupart d'entre elles rédigées par l'**OPQ**.

B. Les outils au service des soins pharmaceutiques

I. L'opinion pharmaceutique

Selon la Loi 90, l'émission d'une opinion pharmaceutique est un acte réservé à l'exercice de la pharmacie et représente un outil au service des soins pharmaceutiques. [13]

Lors de l'étude pharmacologique du dossier patient, le pharmacien peut mettre en évidence un ou plusieurs PRP. Dans la plupart des cas, il prend alors contact avec le prescripteur afin de lui soumettre son analyse de la situation et de lui suggérer diverses solutions, thérapeutiques ou non. Le but de cet entretien n'est évidemment pas celui d'imposer une conduite à tenir au médecin. Les arguments du pharmacien doivent s'appuyer sur des éléments concrets tels que des références du dossier patient ou des recommandations scientifiques reconnues. Le médecin peut décider de dicter une **ordonnance verbale** au pharmacien qui doit la rédiger sur un formulaire spécifique. Ainsi, immédiatement après l'entretien, le pharmacien peut exécuter la nouvelle ordonnance. Par la suite, le détail de l'intervention doit être reformulé par écrit par le pharmacien sur un formulaire destiné à cet effet. Un exemplaire est remis au médecin, un autre au patient et un autre à l'organisme payeur. Et enfin, rappelons-le, l'opinion pharmaceutique doit alimenter le dossier patient.

1) Les différents types d'opinion pharmaceutique

Il existe une multitude d'interventions pharmaceutiques pouvant faire l'objet d'une opinion pharmaceutique. Pour faciliter la facturation d'une opinion pharmaceutique à la RAMQ, chaque type d'intervention est **classé** et **codifié**, comme ci-dessous :

Code d'intervention	Libellé
WI	Duplication : empêcher la prise d'un médicament prescrit
WJ	Effet indésirable ou intolérance observés : empêcher la prise d'un médicament prescrit
WK	Inefficacité : interrompre la prise d'un médicament prescrit
WL	Inefficacité : empêcher la prise d'un médicament prescrit dont la dose est inférieure à la dose minimale efficace reconnue
WM	Inefficacité : augmenter le dosage (teneur ou posologie) d'un médicament prescrit conformément aux dispositions de la règle 10, paragraphe c) iv)
WN	Inefficacité : substituer un médicament prescrit par un autre
WO	Inefficacité : prolonger la durée du traitement prescrit
WP	Grossesse ou allaitement : empêcher la prise d'un médicament prescrit
WQ	Grossesse ou allaitement : modifier le dosage (teneur ou posologie) d'un médicament prescrit
WR	Innocuité : interrompre la prise d'un médicament prescrit

Figure n°7: Tableau représentant des codifications d'opinion pharmaceutique. [4]

a) Exemples d'opinion pharmaceutique

Pour faciliter la rédaction des différents types d'opinions pharmaceutiques, plusieurs formulaires *ad doc* sont mis à disposition des pharmaciens.

⇒ L'opinion pharmaceutique classique

On dénombre plusieurs opinions pharmaceutiques de type classique.

Celles-ci visent :

- soit à **modifier** ou **interrompre** une pharmacothérapie,
- soit à **ajouter** une médication complémentaire.

Les raisons qui motivent leurs rédaction sont nombreuses : un effet secondaire, un problème d'efficacité, une allergie, une intolérance, une interaction médicamenteuse, une grossesse ou encore un allaitement, etc.

Les autres types d'opinion pharmaceutique non classiques relèvent de situations particulières, bien identifiées car rencontrées assez fréquemment dans la pratique officinale.

⇒ L'opinion pharmaceutique relative aux benzodiazépines (BZD)

Cette opinion est effectuée lorsque le pharmacien détecte une consommation **abusive** d'une ou plusieurs benzodiazépines chez un patient, à savoir une consommation continue **depuis plus de six mois**. Le pharmacien doit réussir à amener progressivement ce patient vers l'envie d'arrêter. S'il y parvient, il doit alors rédiger une opinion, destinée au médecin, qui propose un protocole de sevrage avec une diminution progressive de la posologie du produit sur plusieurs semaines.

⇒ L'opinion pharmaceutique relative à un profil pharmaceutique lourd

Cette opinion s'applique aux patients **polymédicamentés**, à savoir ceux qui consomment plus de huit médicaments par jour. Il ne s'agit pas forcément de réduire leur consommation mais de prévenir ou de résoudre des problèmes d'inobservance, d'interaction, de confusion, d'effets secondaires pouvant être causés par ce mélange de médicaments. Le pharmacien peut également recommander l'utilisation d'un pilulier pour faciliter l'administration des médicaments, le pilulier étant remboursé par la RAMQ.

⇒ L'opinion pharmaceutique relative à l'inobservance pour l'hypertension

On observe une inobservance fréquente chez les patients hypertendus et cela peut s'expliquer par le fait qu'ils ne ressentent pas forcément leur maladie et que la plupart des traitements antihypertenseurs entraînent des effets indésirables. Si le médecin n'est pas informé, il peut au regard des résultats de la prise de la tension conclure que le traitement est inefficace et décider d'augmenter les doses, ou bien de changer d'antihypertenseur ou encore d'ajouter un autre antihypertenseur, qui ne sera pas davantage pris!

En pratique, cette inobservance se décèle lorsque le patient fait renouveler son traitement antihypertenseur de façon irrégulière. La rédaction de ce type d'opinion est justifiée lorsque le pharmacien constate un **écart minimum de 20 %** entre la posologie prescrite et celle observée; c'est le cas lorsque le patient vient renouveler son traitement **18 jours trop tard sur 90 jours**.

⇒ L'opinion pharmaceutique relative à une interaction entre un produit en vente libre et un produit remboursé

En raison du nombre important de médicaments en vente libre, les patients s'automédiquent beaucoup et les médecins sont rarement mis au courant des produits consommés. Grâce au dossier patient où doit être enregistrée la délivrance de certains médicaments en vente libre, le pharmacien peut déceler ce genre d'interaction et doit en informer le prescripteur.

2) Le modèle SOAP pour la rédaction des opinions pharmaceutiques

Toutes les opinions doivent être rédigées selon un même modèle afin d'en assurer la clarté et la lisibilité. Le médecin trouvera ainsi rapidement l'information dont il a besoin.

Le modèle SOAP consiste en l'écriture de **quatre** paragraphes distincts ; chaque lettre du mot SOAP correspondant à un paragraphe : [12]

- La lettre S pour Subjective : le pharmacien rapporte le plus fidèlement possible la plainte exprimée par le patient et décrit le contexte pharmacologique.
- La lettre O pour Objective : il reformule la plainte du patient avec des éléments mesurables (intensité de la douleur selon une échelle, résultats d'analyse...) pouvant provenir du dossier-patient par exemple.
- La lettre A pour Analyse : il donne une explication du lien de cause à effet entre la plainte du patient et le contexte pharmacologique, tout en utilisant des arguments scientifiques. Il doit par exemple mettre en évidence et analyser l'imputabilité d'une molécule vis à vis d'un effet indésirable.
- La lettre P pour Plan d'action : il doit toujours émettre une recommandation ou suggérer une conduite à tenir. Il doit également préciser s'il a délivré ou non l'ordonnance en l'état.
-

3) L'impact de l'opinion pharmaceutique

a) Des chiffres à la clé

J. Matte et **J. Dumas** ont évalué l'impact de l'opinion pharmaceutique au sein d'une pharmacie québécoise entre **1978** et **1983**. [38]-[39]

Ils concluent que l'opinion pharmaceutique a un impact **positif** dans **76 %** des cas chez les prescripteurs et dans **78 %** des cas chez les patients.

Par ailleurs, ils constatent que l'opinion pharmaceutique permet un réel échange de compétences avec le médecin, car l'avis du pharmacien devient pour le médecin une **alternative** à l'information subjective diffusée par les laboratoires pharmaceutiques.

b) Un outil économique

L'impact économique des opinions pharmaceutiques est difficile à chiffrer. Pour autant, **E. Kröger** estime entre **80 et 103 millions** de dollars canadiens, pour l'ensemble du territoire canadien, les coûts directement évités par l'intervention des pharmaciens. [40]

L'opinion pharmaceutique est donc un outil précieux de maîtrise des dépenses de santé puisqu'elle garantit une utilisation rationnelle des médicaments, évite le gaspillage et les surcoûts engendrés par les accidents iatrogènes ou encore les inobservances.

4) Les difficultés rencontrées

L'opinion pharmaceutique est née à la fin des années **1970**, pour autant, il faut attendre les années **1990** pour assister à son réel développement. En effet, au début de sa création, elle a connu des jours difficiles. Le nombre de demande de remboursement était très limité, seulement **1 382** demandes en **1979** contre **46 698** en **2004**. [40]

a) Les difficultés exprimées par les pharmaciens

En **1984**, **J. Dumas** a identifié les principales raisons qui freinent les pharmaciens à rédiger les opinions pharmaceutiques. [41]

En voici les cinq premières raisons :

- 1) le manque de temps : 34.9 % ;
- 2) la lourdeur administrative : 20 % ;
- 3) le manque de modèles : 10.6 % ;
- 4) l'insécurité face au prescripteur : 10.1 % ;
- 5) l'insuffisance de la rémunération : < 10 %.

Au début de son développement, les pharmaciens se retrouvaient confrontés à un exercice rédactionnel nouveau non standardisé et il n'existait pas de modèle ou de formation spécifique à ce sujet. La démarche administrative était très complexe : les pharmaciens devaient non

seulement rédiger une opinion pharmaceutique en quatre exemplaires (une pour le médecin, une pour le patient, une pour le dossier-patient et une pour l'organisme payeur) mais aussi remplir un autre formulaire pour la réclamation de leurs honoraires. On comprend aisément que la rémunération était alors jugée trop faible par rapport à l'ampleur de la tâche et le manque de disponibilité des pharmaciens sollicités par les autres activités de l'officine. Par ailleurs, les pharmaciens ont toujours exprimés un malaise vis à vis de l'attitude des médecins confrontés à l'opinion pharmaceutique. Ils craignent non seulement que leur avis ne soit pas pris en compte par les médecins, mais aussi suite à un désaccord ou un malentendu, que leurs relations soient définitivement compromises. De plus, l'obligation d'envoi à la RAMQ de toutes les informations, concernant l'assuré, le prescripteur et le traitement, pose problème car les prescripteurs peuvent percevoir cette contrainte comme une volonté de la part de la RAMQ de contrôler leur activité.

Ainsi, aux vues des résultats de l'étude réalisée par **J. Dumas**, on s'aperçoit que **cinq** ans après sa mise en place, l'opinion pharmaceutique est considérée par les pharmaciens comme un acte mal adapté, contraignant et risquant de mettre en péril leurs relations avec les prescripteurs.

b) La réforme des règles de l'opinion pharmaceutique en 1983

En **1983**, le Ministère de la Santé et des Services Sociaux (MSSS) adapte la définition donnée lors de l'entente de **1978**. Désormais, « *pour être payable, l'opinion pharmaceutique doit porter sur des médicaments dont au moins un est prescrit et assuré dans le cadre du programme, et comporter une **recommandation** qui soit propre au bénéficiaire concerné et visant à **modifier ou interrompre** le traitement prescrit* ». [4]

De plus, une copie de l'opinion pharmaceutique est remise au bénéficiaire uniquement lorsque le pharmacien le juge nécessaire ou si le bénéficiaire en fait la demande.

En revanche, sont exclues de la rémunération les opinions pharmaceutiques adressées directement aux bénéficiaires, qui par exemple ne sont pas observants. Ce dernier point est le plus important car ces opinions pharmaceutiques, qui ont pour objectif d'obtenir l'adhésion des patients à leur traitement, sont de loin les plus nombreuses. Cette restriction est à l'origine d'une diminution considérable du nombre des opinions émises par les pharmaciens, et souvent, ils voient le paiement de leurs opinions pharmaceutiques refusé car celles-ci ne répondent plus à la stricte définition. Ainsi, en **1984**, on dénombre seulement **129** paiements d'opinions pharmaceutiques, contre rappelons-le **1382** demandes en **1979**. [39]

Pour remédier à cette situation, notons quelques initiatives isolées de certains pharmaciens, comme celle de **J Matte** qui a proposé des modèles permettant de faciliter la rédaction des opinions pharmaceutiques. [38]

Malgré cela, il faudra attendre l'entente de **1992** pour que l'opinion pharmaceutique connaisse un nouvel essor important.

c) L'entente de 1992

En **1992**, l'**AQPP** s'est battu au côté de l'**OPQ** pour que le **MSSS** accepte de modifier l'entente de **1983**. Voici les principaux nouveaux points :

- de **nouvelles opinions** ont été introduites, ce qui élargit le cadre d'activité des pharmaciens ;
- les **honoraires** ont été augmentés, ce qui valorise l'acte pharmaceutique ;
- les modalités de remboursements sont grandement simplifiées, grâce à la mise en place d'une **codification** des différentes opinions et de procédures de demandes informatisées.

Concernant ce dernier point, l'**AQPP** met à disposition des pharmaciens différents formulaires et un logiciel d'aide à la rédaction et à la facturation entièrement financé par l'industrie pharmaceutique : le **logiciel OPI**. Celui-ci permet grâce à un algorithme décisionnel d'éditer une opinion en une dizaine de minutes.

De plus, des séances de formation ont été organisées au sein des Universités de Laval et de Montréal, ainsi que par correspondance. Ces formations permettent, grâce à l'étude de cas concrets, de familiariser les pharmaciens à la rédaction des opinions pharmaceutiques. Certaines règles à respecter, pour éviter de contrarier les prescripteurs, sont également enseignées.

Toutes ces mesures prises concourent à promouvoir l'opinion pharmaceutique. Durant les deux années qui ont suivi le nombre d'opinion a augmenté de **36 %**. [42]

Par la suite, ce nombre n'a jamais cessé d'augmenter, témoignant du niveau grandissant **d'implication** des pharmaciens et de **reconnaissance** de cet acte pharmaceutique par les tutelles.

Les pharmaciens ont du alors **déléguer** davantage certaines tâches administratives ou de gestion afin de consacrer plus de temps aux opinions pharmaceutiques. Notons que certaines pharmacies ont tellement développé cet acte que les recettes perçues, non négligeables, ont permis en partie d'employer le personnel supplémentaire nécessaire. [41]

d) Encore un petit effort !

Actuellement, il reste encore des pharmaciens non convaincus puisque un **tiers** des pharmacies n'en font jamais ou ne les déclarent pas. [41]

En voici les principales raisons et les solutions proposées :

- Le manque de temps pour la rédaction lorsque le pharmacien est continuellement occupé à dispenser des ordonnances. L'envoi de l'opinion au médecin via internet serait un gain de temps non négligeable.
- La crainte de la réaction des médecins. Si l'ordre des médecins appuyait la cause des pharmaciens auprès de ses membres, peut-être que les médecins seraient moins réticents à l'accueil des opinions pharmaceutiques.
- Les données du dossier-patient ne sont pas toujours suffisantes pour formuler des opinions pertinentes. La consultation de données médicales, telles que le diagnostic et les résultats d'analyses, aiderait considérablement le travail du pharmacien.
- Et enfin, seuls les titulaires perçoivent la rémunération des opinions pharmaceutiques. Une pratique courante consiste à reverser la moitié du montant perçu au pharmacien rédacteur. C'est en quelque sorte une entente tacite entre les titulaires et les pharmaciens assistants, mais celle-ci devrait se généraliser à l'ensemble des pharmacies pratiquant l'opinion pharmaceutique et l'assistant devrait percevoir l'intégralité du montant. [39]

II. Le monitoring pharmaceutique

Suite aux objectifs de **partage d'activité** fixés par la Loi 90 adoptée en **2002**, la **surveillance**, **l'initiation** et **l'ajustement** thérapeutique deviennent dans le cadre de l'exercice de la pharmacie, des activités réservées aux pharmaciens. On parle alors de **monitoring pharmaceutique**. Celui-ci ne peut s'effectuer que par le biais d'une approche structurée incluant la mesure de certains paramètres biologiques et une communication étroite avec le patient. [13]-[43]

1) La surveillance et l'ajustement

a) Le CoaguCheck

L'exemple qui illustre bien la surveillance et l'ajustement thérapeutique est celui du suivi à l'officine de l'INR des patients traités par anticoagulant avec un appareil : le CoaguCheck. C'est un petit appareil qui fonctionne comme un lecteur de glycémie. Chaque dosage de l'INR coûte relativement cher (15 à 20 \$ canadiens) et n'est malheureusement pas encore rémunéré par la RAMQ. Malgré cela, plus d'une centaine de pharmacies proposent gracieusement ce service.

A partir du résultat de l'INR, le pharmacien prend l'initiative **d'ajuster ou non la posologie** de l'anticoagulant. [44]

b) La pharmacothérapie initiale

Un autre exemple de la surveillance et de l'ajustement thérapeutique est la pharmacothérapie initiale. C'est un acte qui consiste à délivrer seulement **sept jours** de traitement à l'issue desquels le pharmacien revoit le patient afin qu'il puisse évaluer l'efficacité et la tolérance du traitement. Ainsi, il peut signaler au médecin une **mauvaise réponse** à la thérapie ou bien l'apparition d'un **effet secondaire gênant**, ou encore il peut lui suggérer un **ajustement** de la posologie. Dans le cas où aucun problème n'est apparu, le pharmacien délivre le reste du traitement.

Cet acte est rémunéré depuis **1995** si deux conditions sont remplies, à savoir que le médicament concerné n'a pas été donné au patient **depuis plus de deux ans** et qu'il fait parti d'une liste de molécules définie. Le pharmacien reçoit ses honoraires lors de la première délivrance et de nouveau à l'issue de la deuxième délivrance si le traitement est maintenu.

2) L'initiation, la surveillance et l'ajustement

a) A partir d'une prescription médicale

Depuis la Loi 90, il n'est pas rare que les pharmaciens reçoivent une ordonnance, comme suit :

« *Norvasc 5 mg (Amlodipine). Initier et ajuster le traitement pour maintenir une tension à 130/80* »

L'initiation thérapeutique a toujours été un acte réservé aux prescripteurs autorisés, tels les médecins, les dentistes ou encore les infirmières. C'est une réelle avancée pour les pharmaciens car ils deviennent des **intervenants actifs dans l'instauration** d'un nouveau traitement. En pratique, le pharmacien délivre dans un premier temps le médicament prescrit à la plus faible posologie. Puis, il revoit le patient régulièrement pour effectuer des examens simples, comme la prise de la tension dans le cadre de l'initiation d'un traitement antihypertenseur, et pour déterminer avec lui s'il prend correctement son traitement. Ainsi, aux vus des résultats des examens et du questionnement, le pharmacien peut juger nécessaire de réajuster la posologie. [45]

b) A partir d'une ordonnance collective

Les ordonnances collectives concernent des produits à **prescription obligatoire**. Elles sont préétablies par les médecins et des protocoles d'application sont définis. Grâce à elles, le patient, dans des situations d'urgence ou à l'inverse de routine, peut venir prendre ces produits directement à la pharmacie sans passer par le médecin. Il se verra quand même remboursé par la RAMQ. Les produits concernés ne sont que de trois types, il s'agit du traitement de la **pédiculose**, de la **contraception orale d'urgence** et du **sevrage tabagique**.

(Cf. Annexe IV : Modèle d'ordonnance collective pour le traitement de la pédiculose).

En France, ces trois produits ne sont pas soumis à restriction et la délivrance de la **contraception orale d'urgence** aux mineurs représente le seul acte de prescription pharmaceutique autorisé.

3) Les conditions d'application du monitoring pharmaceutique

Tout d'abord, la distinction entre l'acte médical et le monitoring pharmaceutique doit être clairement défini conjointement avec les médecins pour éviter la **duplication** des actes et **l'envahissement mutuel** des champs de compétences professionnelles propres.

Par ailleurs, toute modification de la posologie d'un traitement prescrit doit se faire selon un **protocole préétabli** par le praticien, et celui-ci doit toujours en être informé, par le biais d'une **opinion pharmaceutique** par exemple.

De plus, toutes ces pratiques de soins doivent être mise en place par des pharmaciens ayant reçu préalablement une **formation spécifique**.

Et enfin, selon l'OPQ, pour réaliser pleinement un monitoring pharmaceutique de qualité, les pharmaciens devraient avoir d'avantage accès aux paramètres biologiques du patient et détenir des privilèges relatifs à la réquisition d'examens de laboratoires. [42]

4) Les bénéfices escomptés du monitoring pharmaceutique

Concernant la **pharmacothérapie initiale**, le fait de ne délivrer qu'une partie d'un traitement qui ne sera peut-être pas poursuivi permet d'éviter un gaspillage de médicaments remis inutilement au patient.

Concrètement, N. Cadieux a analysé sur trois ans l'impact économique de la pharmacothérapie initiale dont voici les résultats représentés ci-dessous : [46]

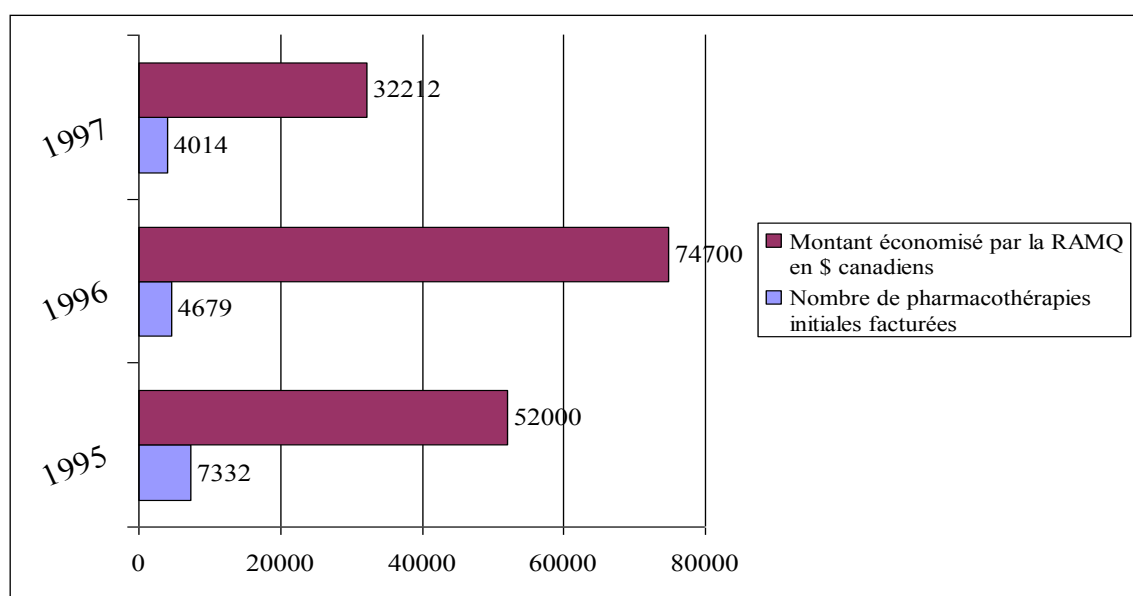


Figure n°8: Histogramme représentant l'évolution de la pharmacothérapie initiale entre 1995 et 1997, et économies réalisées. [46]

Ainsi, il est clair que les économies annuelles générées par la pharmacothérapie initiale sont loin d'être insignifiantes. Pour autant, l'on s'aperçoit que depuis **1995**, année faste de la pharmacothérapie initiale, leur facturation en nombre n'a cessé de diminuer. Ce recul peut être expliqué non seulement par le fait que la liste limitative des molécules concernées par la pharmacothérapie initiale n'a jamais été réévaluée, mais aussi par le fait que la période de 7 jours fixée arbitrairement devrait plutôt dépendre du délai d'efficacité propre à chaque molécule.

Concernant le **monitoring pharmaceutique** en règle générale, les patients concernés n'ont plus besoin d'attendre la prochaine consultation médicale pour que leur traitement soit réévalué, et ainsi les objectifs thérapeutiques fixés initialement sont atteints beaucoup plus

rapidement. Et enfin, cela permet incontestablement de désengorger les salles d'attente des médecins, ces derniers ayant par conséquent plus de temps pour se consacrer à leurs patients.

III. La préparation de « dispensateurs journaliers »

Afin de diminuer le risque d'inobservance ou d'erreurs d'administrations, le pharmacien peut prendre la décision de conditionner le traitement d'un patient, qu'il estime à risque, sous la forme d'un **pilulier hebdomadaire**. [47]

Cet acte est rémunéré 3,98 \$ canadiens par médicament et pour quatre semaines de traitement.

Toutefois, le patient doit remplir les **deux conditions** suivantes :

- il doit être incapable ou éprouver de la difficulté à gérer lui-même ses prises de médicaments,
- et il ne doit pas être institutionnalisé ou ne doit pas bénéficier d'assistance à son domicile dans la gestion de son traitement (infirmière, garde malade, famille...).

La délivrance sous la forme de pilulier doit se faire en **deux temps** :

- suite à l'étude du dossier patient et à la mise en évidence d'une mauvaise gestion du traitement (renouvellement trop précocement ou tardif, échec thérapeutique...), le pharmacien rencontre le patient et son entourage pour leur expliquer les causes d'un tel recours, le mode de fonctionnement et les bénéfices escomptés pour le patient;
- une fois l'accord du patient et celui de son entourage obtenus, le pharmacien consigne dans le dossier-patient les motifs justifiant un tel recours puis effectue la délivrance du pilulier semaine par semaine.

Cet acte s'inscrit dans la **politique du « virage ambulatoire »** décidée depuis plusieurs années par le gouvernement car il permet de retarder le placement de personne ayant une perte d'autonomie.

IV. La consultation pharmaceutique

Un élément fondamental en matière d'offre de soins pharmaceutiques est la possibilité d'effectuer dans un espace de **confidentialité** des **consultations pharmaceutiques individuelles**. Celles-ci peuvent être initiées à la demande du patient ou sur proposition du pharmacien lui-même, lors de l'instauration d'un nouveau traitement ou bien lors d'un renouvellement qui pose problème ou qui nécessite un suivi particulier.

Une méthode interactive de consultation pharmaceutique a été développée en **1993** par une équipe de pharmaciens et de psychologues aux Etats-Unis; quelques modifications ont été apportées afin de répondre au mieux aux besoins de la population québécoise. [48]

Cette méthode se déroule en trois étapes :

- 1ère étape : L'ouverture : Le pharmacien se présente et explique le but de l'entretien; puis, pour chaque médicament prescrit, il donne simplement leur indication thérapeutique.
- 2ème étape : Le questionnement : Le pharmacien pose quelques questions ouvertes au patient afin de découvrir ce qu'il connaît déjà sur son traitement. Pour cela, il peut s'aider des trois questions primaires suivantes :
 - « A quoi votre médecin vous a-t-il dit que ce médicament servait? »
 - « Comment vous a-t-on dit de prendre ce médicament? »
 - « Que vous a-t-il dit au sujet des effets secondaires? »

En aucun cas, ces questions sont là pour contrôler ce que le médecin a dit ou omis de dire au patient. Elles permettent simplement au pharmacien de vérifier ce que le patient a retenu de la consultation médicale, afin qu'il lui rappelle certaines informations mais aussi qu'il lui apporte des informations complémentaires. Cela évite les redites inutiles mais aussi de rectifier certaines fausses idées reçues.

- 3ème étape : La fermeture : Avant de clore la consultation, le pharmacien peut effectuer une rétroaction sur ce qui a été dit précédemment, surtout si le non verbal du patient donne des indices qu'il subsiste un doute ou une non-satisfaction. D'autre part, si cela est nécessaire, le pharmacien planifiera avec le patient un suivi thérapeutique.

Par rapport au simple conseil unidirectionnel donné au comptoir, la consultation pharmaceutique apporte de nombreux avantages. Elle permet la mise en confiance du patient et crée un vrai **partenariat** entre le pharmacien et le patient, ce qui concourt à garantir la réussite du traitement. Le pharmacien, expert du médicament, et le patient, expert de son mode de vie, doivent mettre leurs connaissances propres en commun afin de trouver le schéma thérapeutique le plus adapté. Le patient se sent plus impliqué et plus responsable face à son traitement, et son adhésion est forcément plus grande.

Paradoxalement, la consultation **n'est pas un acte rémunéré**.

C. Le développement de l'échange de l'information clinique et pharmacologique

I. La carte santé

Toujours dans le souci d'améliorer la qualité des soins de santé, un avant-projet de loi intitulé « *loi sur la carte santé du Québec* » a été déposé à l'Assemblée Nationale du Québec par le ministre de la Santé et des Services sociaux en décembre **2001**. [49]-[50]

Concrètement, ce projet visait à implanter au Québec une Carte Santé à **microprocesseur** qui supporterait, notamment, des informations du dossier patient. Cette banque de données, qui serait centralisée à la RAMQ, faciliterait le partage d'informations entre les professionnels de santé, y compris les pharmaciens.

Ce projet a soulevé de nombreuses questions et inquiétudes, notamment celle de la sécurité de l'accès aux informations personnelles de santé et de leur niveau de confidentialité. Au final, ce projet, pourtant très ambitieux, ne s'est jamais concrétisé.

II. Le dossier médical partageable et l'Inforéseau

D'autres projets ont vu le jour, tels que le **dossier médical partageable** et l'**Inforéseau** proposés par le nouveau ministre de la santé et des services sociaux élu en **2003**, mais ils n'ont pas rencontré davantage de succès. [48]

L'Inforéseau était défini comme étant « *un système d'information continue sur la **disponibilité** des services* », qui permettrait par un appel téléphonique ou par consultation d'un site Internet:

- à l'usager de connaître :
 - l'endroit le plus près où se trouve un médecin de garde,
 - le délai d'attente en temps réel,
 - ainsi que l'ensemble des services offerts;
- au médecin :
 - de diriger son patient vers un plateau diagnostique ;
 - de faciliter la référence vers un spécialiste ;
 - d'informer son patient des délais d'attente pour des traitements ou un suivi.

Le dossier médical partageable, quant à lui ne concerne finalement que les médecins et spécialistes, son accès étant exclu aux pharmaciens.

III. Le Projet de Loi 83

Il faut attendre le projet de Loi 83, déposé en décembre **2004** par le ministre actuel de la Santé et des Services sociaux, pour voir se concrétiser la notion de partage de l'information clinique entre professionnels de la santé, comprenant les pharmaciens. [51]

Cet échange d'informations se veut être à **double sens** : les pharmaciens accèdent à **l'intention thérapeutique** du médecin, en échange de quoi les médecins accèdent au **dossier pharmacologique** du patient détenu par le pharmacien.

Ainsi, depuis le 23 février **2005**, les normes de la Loi médicale relatives aux ordonnances individuelles faites par les médecins ont été modifiées; les obligeant à y inscrire, s'ils le jugent utile, l'intention thérapeutique. [52]

Pour les pharmaciens, le fait d'avoir accès par le biais de l'ordonnance à des informations médicales concernant le patient, tels que le diagnostic ou encore les objectifs fixés par le médecin, est une avancée extraordinaire. Leurs évaluations pharmacologiques sont grandement optimisées et de nombreux appels téléphoniques et opinions pharmaceutiques inutiles sont alors évités. Prenons l'exemple de l'Amitriptyline (commercialisée au Québec sous le nom d'Elavil®) qui est un antidépresseur utilisé également dans le traitement de certaines douleurs chroniques, telles que la fibromyalgie et la prévention de la migraine. Évidemment, selon l'indication de ce médicament, les conseils donnés par le pharmacien au patient recevant ce médicament différeront.

En retour, le dossier pharmacologique du patient étant informatisé, le médecin peut y avoir accès facilement via un réseau internet sécurisé. Cela lui permet ainsi d'éviter les redondances thérapeutiques et de connaître les médicaments hors ordonnance consommés par le patient.

D. La formation continue

Le pharmacien doit actualiser régulièrement ses connaissances s'il veut remplir pleinement ses fonctions de spécialiste du médicament. La formation continue est donc indispensable, d'autant plus depuis la mise en pratique des soins pharmaceutiques.

Selon l'article **3.01.01 du code de déontologie**, la formation continue est **obligatoire** au Québec depuis **1964** : [51]

« Le pharmacien doit exercer sa profession selon les normes professionnelles actuelles et les données actuelles de la science; à cette fin, il doit tenir à jour et perfectionner ses connaissances. »

En France, elle n'est obligatoire que depuis **2002**.

a) Par qui et comment est-elle assurée?

⇒ Par l'OPQ

L'OPQ propose à ces membres diverses formations en ligne sur son site www.opq.org. [6]

Par ailleurs, il mène des enquêtes de compétence pour s'assurer que le pharmacien est bien apte à exercer la pharmacie. Un peu comme ce qui se fait en France avec l'inspection.

⇒ Par les facultés de pharmacie

Les facultés de pharmacie assurent un suivi dans l'apprentissage de leurs anciens élèves par le biais de **responsables de formation post-universitaire**. Ceux-ci leur proposent régulièrement des cours complémentaires au sein des facultés même. Les pharmaciens inscrits aux cours reçoivent quelques temps avant qu'ils aient lieu deux classeurs de 200 à 300 pages. L'un contient des rappels sur une pathologie donnée et l'autre des études et articles publiés à ce sujet. Les cours eux-mêmes consistent en l'étude de cas pratiques d'ordonnances qui mettent en application les différents points abordés dans les classeurs.

⇒ Par les pharmaciens eux-mêmes

Au Québec, les pharmaciens pratiquent spontanément l'auto-apprentissage. Durant leurs études, ils ont été habitués à s'auto-documenter; ils savent où chercher pour trouver les informations pertinentes dont ils ont besoin.

La pratique officinale en France

Premier chapitre : Un peu d'histoire

A. De l'Antiquité aux Temps Modernes

I. Le legs de l'Antiquité

En France, l'histoire de la pharmacie a débuté bien après celle de la médecine. Les médecins de l'époque, des prêtres ou bien des sorciers, utilisaient des méthodes peu communes de nos jours (incantations, gestes rituels, etc.) pour « rétablir les humeurs » présente dans le corps.

Vers la fin du V^e siècle avant Jésus-Christ, **Hippocrate** peut être considéré comme le père de la médecine car il se dégagea de l'empirisme et basa sa pratique sur l'observation des symptômes. Après lui d'autres savants firent progresser science et thérapeutique, comme **Galien**, médecin illustre qui laissa son nom à la pharmacie galénique. Pendant des siècles, médecine et pharmacie restèrent confondues et furent exercées par le médecin qui prescrivait et préparait les médicaments, assisté parfois d'un aide « le pigmentarius ». [53]-[54]

II. Apparition des apothicaires aux Temps Médiévaux

Les **apothicaires** (du grec : « magasin »), prédécesseurs des pharmaciens d'aujourd'hui, sont apparus peu à peu au Moyen Âge avec les connaissances pharmaceutiques provenant de la Grèce et de l'empire Romain, mais également de l'Orient par les Arabes.

Tout d'abord, la pharmacie s'est séparée de la médecine dès lors que le médecin devenait dépositaire d'un savoir officialisé par l'introduction des études médicales dans les universités, en **1220** à Paris et en **1272** à Montpellier. [53]

Les médecins alors diplômés ont commencé à libérer des tâches jugées contraignantes et peu valorisantes aux apothicaires, tel le maniement du pilon et du mortier. Ils prescrivaient **oralement** et indiquaient eux-mêmes aux apothicaires les drogues dont ils entendaient composer leurs remèdes. Ces drogues étaient essentiellement des **épices**. C'est d'ailleurs, probablement pour cela qu'**Etienne Boileau**, au **XIII^e** siècle, a assimilé les **épiciers** aux

apothicaires dans le premier grand recueil des règlements sur les métiers : « *Le livre des métiers* ». Cette assimilation, encore ressentie de nos jours, a été préjudiciable aux progrès de la pharmacie, qui est devenu pour les apothicaires une profession bien plus mercantile que scientifique. [54]

Puis, au **XIV^e** siècle, s'est établi l'usage des « *receptes* », premières ordonnances **écrites**, dont l'emploi n'a jamais été supprimé. L'apothicaire devait respecter rigoureusement les prescriptions du médecin aussi bien pour la nature des ingrédients que pour les proportions. S'il lui arrivait de manquer d'une drogue prescrite, il lui était interdit de pratiquer le « *qui pro quo* », c'est-à-dire la **substitution** d'une drogue par une autre sans l'autorisation du médecin.

A cette époque, la réglementation de la profession pharmaceutique revêtait essentiellement un caractère **corporatif**. Dans de nombreuses villes, les apothicaires s'étaient organisés en **communautés** ou « **jurandes** » qui adoptèrent des **règlements** et **statuts** homologués par le **Roi** ou par les **autorités locales**. Ces textes fixaient les conditions d'admission à la profession et celles relatives à son exercice. La formation était exclusivement **pratique**, basée sur le système de **l'apprentissage** et du **compagnonnage**. Les principales règles régissant la profession concernaient **l'obligation d'exercice personnel**, le respect des formules et prescriptions (interdiction du « *qui pro quo* »), l'interdiction de vendre des remèdes sans ordonnance, l'inspection des boutiques par les gardes de la profession accompagnés de médecins, etc. [54]

Malheureusement, ses régimes corporatifs, ont créé durant des siècles, un profond **antagonisme** entre médecins et apothicaires. De nombreux auteurs comiques s'amusaient volontiers des mordantes railleries contre « les abus, tromperies et ignorances » que médecins et apothicaires se reprochaient mutuellement.

III. L'essor de la pharmacie à la Renaissance

La pharmacie s'est développée surtout après le Moyen-âge, période creuse en ce qui concerne les découvertes scientifiques.

Avec le **XVII^e** siècle commença le monde moderne, les progrès de la science s'annoncèrent par des découvertes importantes. Cependant les remèdes de l'époque, extraits des règnes végétal, minéral et animal, ne correspondaient pas toujours aux progrès de la chimie et de la pharmacologie. L'image de l'apothicaire de l'époque était celle d'un exécuter de viles besognes entièrement soumis à l'autorité du médecin. [54]

Louis XVI par une déclaration royale en **1777**, sépara les corporations d'apothicaires et d'épiciers. Il officialisait ainsi la pharmacie comme une branche de la médecine nécessitant des études et des connaissances approfondies. De plus, durant la période révolutionnaire le mot « apothicaire » disparut au profit de celui de « pharmacien ». [53]

En **1803**, la **Loi de Germinal an XI** a été adoptée et promulguée. C'est une date essentielle dans l'histoire de la pharmacie car cette Loi est à l'origine des **trois premières écoles de pharmacie**. Dès lors, des cours théoriques se sont organisés et les modalités d'admission des pharmaciens sont devenues plus sévères. Par ailleurs, cette Loi a déterminé les conditions générales d'exercice de la pharmacie. Elle stipulait entre autres que le pharmacien ne pouvait exploiter plus d'une officine, que les **remèdes secrets** étaient interdits, et que la détention et de la vente des substances vénéneuses devaient être réglementées. Cette Loi a été la base du droit pharmaceutique pendant presque **un siècle et demi**, malgré cela les remèdes secrets ont continué d'exister. [55]-[56]

A partir de **1850**, le médicament légal doit répondre au moins à l'une des quatre exigences suivantes : appartenance au **Codex** (préparation officinale), prescription par un médecin (préparation magistrale), publication par le gouvernement, approbation et publication dans le bulletin de l'Académie de médecine. [57]

B. De l'ère industrielle à nos jours

I. Avec l'essor de l'industrie pharmaceutique, le pharmacien devient un distributeur

C'est dans la mouvance de l'ère industrielle du **XX^e** siècle que l'industrie pharmaceutique s'est développée considérablement et que les médicaments préparés extemporanément dans les laboratoires des officines ont progressivement fait place aux médicaments appelés **spécialités pharmaceutiques**. Dès lors, la spécialité pharmaceutique ne répond plus aux quatre exigences du médicament puisqu'elle est préparée et conditionnée à l'avance, qu'elle n'est ni prescrit par un médecin, ni inscrit au Codex, mais dont la formule a été approuvée par le gouvernement ou l'Académie de médecine. Il faut attendre le décret de **1926** pour qu'elle acquière enfin un statut légal car les médicaments ne sont plus considérés comme remèdes secrets dès lors qu'ils portent le **nom** et la **dose** de chacune des **substances actives** entrant dans leur composition, ainsi que le **nom** et l'**adresse** du pharmacien qui les prépare. [58]

En quelques dizaines d'années, le pharmacien d'officine a vu son rôle de préparateur de médicaments peu à peu disparaître au profit de celui de « distributeur » de spécialités pharmaceutiques.

II. La création de la Sécurité Sociale en 1945

Le gouvernement provisoire de l'après guerre a signé en **1945** une ordonnance créant la Sécurité Sociale obligatoire pour tous les salariés. L'année suivante, une Loi établit le principe de généralisation de la Sécurité Sociale à tous les français, salariés ou non salariés.

Plus d'un demi-siècle après, en **1999**, une protection de base sur le seul critère de résidence et une protection complémentaire pour les plus démunis voit le jour : c'est la Couverture Mutuelle Universelle (CMU).

III. La création de l'Ordre National des Pharmaciens en 1945

Bien avant la seconde guerre mondiale, les pharmaciens d'officine ressentaient le besoin de préserver une éthique en rapport avec leur formation universitaire et leur appartenance à un corps de professionnels de santé. Les syndicats de titulaires d'officine n'avaient pas les moyens juridiques de répondre à ce besoin : une exclusion d'un pharmacien de son syndicat pour une conduite discréditant la profession n'entraînait pas une interdiction d'exercice. Ainsi, est née en **1945** une inscription obligatoire à un **Ordre** qui constitue une condition légale d'exercice. Cela signifie que celui qui se trouve disciplinairement exclu, à titre temporaire ou définitif, pour des manquements aux règles de la profession, ne puisse plus exercer durant ladite exclusion.

L'Ordre National des Pharmaciens est un organisme représentatif de l'ensemble de la profession et est essentiellement composé de praticiens, élus par leurs pairs. [59]

IV. Le droit de substitution en 1999 et le lancement des génériques

Le droit de substitution a été pratiqué par les pharmaciens hospitaliers **en dehors de tout cadre légal** durant une quinzaine d'années. C'est l'ordonnance de **1996**, relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins, qui a consacré l'existence légale des médicaments génériques, puis celle de **1999** qui a consacré le **droit de substitution**.

Face à la réticence des médecins, qui voyaient d'un mauvais œil l'acquisition par les pharmaciens du droit de pouvoir « modifier » leurs prescriptions, l'Assurance Maladie leur a autorisé, dès **novembre 2001**, de prescrire en **DCI**. Par la suite, en **juin 2002**, elle a revalorisé leur tarif de consultation en contrepartie de leur engagement dans le développement des génériques.

Avec la mise en place du **Tarif Forfaitaire de Responsabilité (TFR)** en **juin 2003**, c'est au tour des patients d'être mis à contribution pour le développement des génériques. En effet, certains princeps, appartenant aux groupes génériques qui sont peu substitués, sont remboursés sur la base du générique le moins cher. C'est au patient de décider s'il veut payer plus pour la marque.

Et enfin, en raison d'un taux insuffisant de pénétration des génériques dans certaines régions, une mesure « **tiers payant contre générique** » a été adoptée et a probablement permis de convaincre les derniers réfractaires.

Au final, toutes ses mesures ont contribué à ce que l'objectif national du taux de pénétration des génériques en **2008**, fixé initialement à **76%**, est atteint **82%**. [60]

Deuxième chapitre : Description de l'organisation des officines françaises

A. Les différentes catégories d'officines

Comme nous l'avons vu précédemment la Loi rend impossible la création de chaînes de pharmacies en France. Dans un contexte de dérégulation européenne du circuit pharmaceutique associé à des contraintes économiques, technologiques et sociales de plus en plus fortes, les pharmaciens doivent adopter des stratégies commerciales et concurrentielles, telles que les groupements d'achats, les regroupements d'officine ou encore les Sociétés d'Exercices Libérales (SEL), qui entraînent inévitablement une restructuration du réseau officinal.

I. Contexte actuel : Bruxelles menace le capital des officines

La Commission européenne a engagé en **mars 2007** une procédure d'infraction contre la France sur la **propriété** des pharmacies. Une **lettre de mise en demeure** a été la première étape de cette procédure, celle-ci pouvant aboutir à une saisine de la Cour européenne de Justice. Dans cette lettre, la commission de Bruxelles s'attaque aux contraintes imposées par l'Etat français qui empêchent la détention de pharmacies par de **grands groupes de distribution** : elle conteste, d'une part, le fait qu'un pharmacien ne puisse gérer plus d'une pharmacie, et d'autre part, le fait que la France réserve le capital des officines aux seuls pharmaciens diplômés. **Cinq** autres Etats membres sont également concernés par cette procédure : l'Italie, l'Espagne, l'Autriche, l'Allemagne et dernièrement le Portugal. [61]-[62]

II. Les groupements d'achats et les enseignes

Les groupements correspondent à une mise en commun de moyens techniques (achats, logistiques, services) entre pharmaciens **indépendants juridiquement et commercialement**. Actuellement, Les **trois-quarts** des pharmaciens appartiennent à un groupement.

Certains groupements proposent à leurs adhérents une meilleure visibilité de leur appartenance au groupement par le biais de signes identitaires forts et distinctifs, tels que des **agencements** intérieurs et extérieurs homogènes, mais aussi tels que les **enseignes**.

Face à la dérégulation européenne du circuit pharmaceutique, l'enseigne représente une alternative à la franchise pure. Ainsi, en **cinq ans** une quinzaine d'enseignes sont apparus sur le territoire français, citons par exemple : Alfega, Giphar, Pharmavie, etc., et même Lafayette !

Selon une enquête Eurostaf, réalisée en **juin 2007**, **6 à 7 %** des officines fédèrent actuellement à une enseigne et selon un sondage réalisé pour le Moniteur des Pharmacies, en **novembre 2007** sur un échantillon de 110 pharmaciens, **25 %** envisagent de passer sous enseigne dans les années à venir. [63]

III. Les regroupements d'officines

En France, les officines sont en surnombres, de nombreuses petites structures sont peu viables et elles ont de moins en moins d'avenir. Pour y faire face, le regroupement d'officines est une solution de plus en plus envisagée. En effet, il apporte de réels **avantages financiers** : les charges et frais de fonctionnement sont divisés par deux alors que les deux chiffres d'affaire sont à peu près ajoutés. De plus, les conditions d'exercice sont plus propices à la **qualité d'exercice** et le **service pharmaceutique rendu** vis-à-vis des patients est alors optimisé.

Par contre, il est vrai que dans de nombreuses situations, le regroupement correspond à un **mariage forcé** entre des personnes qui jusqu'alors étaient en **concurrence**. [64]

IV. Les Société d'Exercice Libéral

Les **Sociétés d'exercice libéral** (SEL) sont un ensemble de formes juridiques françaises créées pour permettre aux membres des professions libérales d'exercer leur activité sous forme de sociétés de capitaux. [65]

D'après l'étude des prix des pharmacies réalisée par Interfimo en **mars 2008**, le mode d'exercice en Société d'exercice Libéral (SEL) ne cesse de croître puisqu'il est adopté par **15,4 %** des pharmacies au 1^{er} janvier 2008, contre **12,6 %** au 1^{er} janvier 2007. [66]

1) Loi Murcef

La Loi Murcef, correspondant à une adaptation de la Loi du 31 **décembre 1990** relative aux SEL, a été adoptée par le parlement et publiée au Journal Officiel du 12 **décembre 2001**. Cette Loi porte sur diverses mesures urgentes de réformes à caractère économique et financier, et prévoit l'**ouverture du capital** des SEL d'officines aux autres professions libérales. [67]

Concrètement, cette Loi prévoit que le capital des SEL, détenu jusque-là **majoritairement** et **exclusivement** par un ou plusieurs professionnels en exercice dans la SEL, puisse être désormais possédé jusqu'à **99 %**, par :

- des professionnels exerçant, en quelque lieu que ce soit, la même profession que la SEL,
- une autre SEL exerçant la même profession,
- et par une **Société de Participations Financières de Professions Libérales (SPFPL)**.

Capital des SEL - officine			
AVANT LA LOI MURCEF		DEPUIS LA LOI MURCEF	
> 50% Associés en exercice dans la SEL	< 50 % Associés investisseurs	de 1% à 100 % Associés en exercice dans la SEL	de 0% à 99 % Associés investisseurs
Pharmaciens titulaires d'officine exerçant dans la SEL (associés en exercice)	Pharmaciens titulaires exerçant dans une autre officine	Pharmaciens (titulaires ?) d'officine exerçant dans la SEL	Autres pharmaciens (titulaires ?) d'officine en exercice
Un pharmacien d'officine exerce dans une seule officine et peut avoir des participations dans deux autres.	Autres SEL d'officine	CONSERVENT EN TOUTE HYPOTHESE LA MAJORITÉ DES DROITS DE VOTE	Autres SEL d'officine
Une SEL d'officine n'ex- ploite qu'une seule offi- cine et peut avoir des participations dans deux autres SEL.	Pendant 10 ans, anciens pharmaciens associés ayant exercé dans la SEL et ayant cessé toute activité professionnelle	Un pharmacien d'officine exerce dans une seule officine et peut avoir des participations dans deux autres.	Pendant 10 ans, anciens pharmaciens associés ayant exercé dans la SEL et ayant cessé toute activité professionnelle
	Pendant 5 ans, ayants droits des pharmaciens ci-dessus décédés	Une SEL d'officine n'ex- ploite qu'une seule offi- cine et peut avoir des participations dans deux autres SEL.	Pendant 5 ans, ayants droits des pharmaciens ci-dessus décédés
	Autres personnes physiques ou morales : aucune		Sociétés de participations financières de professions libérales (SPFPL) * * La SPFPL peut avoir des participations dans un nombre illimité de SEL.
			Autres personnes physiques ou morales : aucune

Figure n°9: Tableau de comparaison du capital des SEL d'officines avant et après la Loi Murcef. [68]

Concernant les SEL de pharmacies, le capital ne peut être détenu que par les pharmaciens **titulaires**. Il faut également préciser que même si le pharmacien exerçant dans la SEL ne détient qu'**1%** des parts, il conserve **51%** des droits de vote et donc le pouvoir de décision et de gestion de l'officine.

En revanche, concernant la détention du capital par les SPLF, il faut attendre la publication du décret précisant les conditions de création de ces sociétés, communément appelées **holding**.

2) La Loi Dutreil

En **août 2005**, la Loi Dutreil a introduit deux nouvelles dispositions :

- l'une d'application immédiate, imposant aux pharmaciens exploitants, **pris individuellement**, de détenir au moins **5%** du capital des SEL dans lesquelles ils exercent,
 - l'autre, en attente d'un décret d'application, qui laisserait à l'initiative de la profession, la possibilité d'interdire la dissociation du capital et des droits de vote et d'imposer à l'ensemble des pharmaciens exploitants de détenir la majorité des titres d'une SEL.
- [67]

3) Les avantages des SEL

a) Une aide à l'installation des jeunes

Les SEL offrent la possibilité aux jeunes diplômés, sans grands apports financiers personnels, d'acquérir une officine et ceci grâce à la possibilité de faire appel à d'autres investisseurs que les banques. En effet, un jeune peut acquérir une pharmacie, même celle de taille importante, et l'exploiter tout en ayant investi un minimum de **5%** du capital de la pharmacie. De plus, le jeune titulaire n'est pas seul à supporter et gérer les risques de cette acquisition, au moins un sénior est là pour le conseiller et l'épauler. En contre partie, le pharmacien « parrain » en retire un capital sous forme durable ainsi qu'une facilité de cession de parts.

b) Une rentabilité des officines

L'intérêt principal des SEL réside dans la mise en commun de moyens, notamment au niveau des achats, entre pharmacies géographiquement proches. Une SEL possède moins d'intérêt à adhérer à un groupement puisqu'elle peut obtenir des avantages commerciaux vis-à-vis des fournisseurs tout aussi intéressant.

4) Les risques de la Loi Murcef

Avant comme après la Loi Murcef, un pharmacien ou une SEL ne peut exploiter plus d'**une officine** mais peut avoir des participations financières respectivement dans **deux autres** officines ou deux autres SEL. Depuis cette Loi, est apparue la notion de SPFPL qui pourrait avoir des participations dans un nombre **illimité** de SEL. Ainsi, si le décret d'application concernant les SPFPL est publié, alors tous les outils juridiques seront réunis pour voir

apparaître des **chaînes de pharmacies** avec toutes les conséquences sur le plan du réseau officinal de l'hexagone que cela peut induire.

B. L'implantation des officines

P. Leportier, ancien président de la Fédération des Syndicats Pharmaceutiques de France (FSPS), explique que : *« l'Etat français a voulu monter un service de santé public de proximité dans lequel chaque citoyen dispose d'une pharmacie à moins de **6 minutes** de chez lui »*. [69]

Cette proximité semble être très appréciée par les français puisque, d'après une enquête IPSOS réalisée en janvier **2008**, pour la quasi-totalité des personnes interrogées, il est très important (**61%**) ou plutôt important (**36%**) d'avoir une pharmacie près de chez eux, contre **3%** seulement qui jugent cela peu important. [70]

I. La Loi de 1941

En **1941**, une Loi a institué la **réglementation** sur les conditions d'implantation, de transfert ou de regroupement, dans le but de garantir une répartition optimale des officines dans l'espace national en fonction des besoins de la population. En revanche, cette Loi était particulièrement complexe et fut à l'origine d'un nombre important de contentieux.

II. La Loi de 2000

Une nouvelle réglementation est devenue alors indispensable en **2000**. Celle-ci visait à la fois à simplifier les modalités de création et de transfert des officines, assurant ainsi une meilleure sécurité juridique au système de répartition desdites officines, et à rationaliser l'offre des services pharmaceutiques en permettant les regroupements de licences. En pratique, de nouveaux quotas de population, officiellement dénombrée par le dernier **recensement** général et les éventuels recensements complémentaires, ont été fixés. Ainsi, depuis le **décret n° 2000-259** du 21 mars **2000** : *« dans les communes d'une population égale ou supérieure à **30 000** habitants, une création d'officine ne peut être accordée que lorsque le nombre d'habitants par pharmacie est égal ou supérieur à **3 000**. Dans ce cas, il ne peut être délivré qu'une licence par tranche entière de **3 000** habitants recensés dans les limites de la commune. Dans les communes d'une population égale ou supérieure à **2 500** habitants et inférieure à **30 000** habitants, une création d'officine ne peut être accordée que lorsque le nombre d'habitants par pharmacie est égal ou supérieur à **2 500**. Dans ce cas, il ne peut être délivré qu'une licence*

par tranche entière de 2 500 habitants recensés dans les limites de la commune ». Cet extrait de l'article **L5125-11 du CSP** n'est plus en vigueur. [71]

III. La Loi de 2007

Avec la volonté affichée de réduire, ou tout au moins de limiter, la densité des officines françaises, jugée plus élevée que dans les autres pays européens, la loi de financement de la Sécurité sociale pour **2008** procède à une refonte complète du système juridique d'autorisation des licences d'exploitation. L'article **L5125-11 du CSP** a été modifié, par la **Loi n° 2007-1786** du 19 décembre **2007**, comme suit: « *L'ouverture d'une officine dans une commune qui en est dépourvue peut être autorisée par voie de **transfert** lorsque le nombre d'habitants recensés dans la commune est au moins égal à 2 500. L'ouverture d'une nouvelle officine dans une commune de plus de 2 500 habitants où au moins une licence a déjà été accordée peut être autorisée par voie de **transfert** à raison d'une autorisation par tranche entière supplémentaire de 3 500 habitants recensés dans la commune. Lorsque la dernière officine présente dans une commune de moins de 2 500 habitants a cessé définitivement son activité et qu'elle desservait jusqu'alors une population au moins égale à 2 500 habitants, une nouvelle licence peut être délivrée pour l'installation d'une officine par voie de **transfert** dans cette commune* ». [71]

Ainsi, les quotas de population sont relevés (une officine pour 2500 habitants et deux officines pour 6000 habitants, etc.) et les transferts sont favorisés.

De plus, les **licences d'exploitation libérées** par les officines qui ont fait l'objet d'un regroupement sont **fictivement maintenues en survie** durant un délai de **cinq ans** dans la commune où a été réalisé le regroupement. Les transferts et regroupements peuvent être désormais réalisés vers toutes les communes du territoire, y compris vers les DOM.

Et enfin, **dans l'immédiat et à titre transitoire**, aucune création d'officine ne pourra être autorisée jusqu'au **1^{er} janvier 2008**, pour permettre aux pharmaciens de constituer leurs dossiers de transfert ou de regroupement et aux préfetures de les instruire ; [72]

IV. Le réseau national menacé par Bruxelles

Si sous la pression de la menace de Bruxelles, le capital des officines françaises s'ouvre aux non-pharmaciens cela entraînera inévitablement la perte de l'indépendance de la profession et la création de **chaînes de pharmacies**. Les investisseurs externes, réclamant un retour sur investissement rapide, miseront sur les officines les plus rentables, mais par contre, celles qui

auront davantage besoin de ces capitaux seront délaissées. Les chaînes se développeront dans les zones de chalandises attractives entraînant la disparition des pharmacies peu rentables et une désertification pharmaceutique des zones rurales. Il n'y aura plus le service de proximité, d'écoute et de prise en considération du patient comme nous l'avons actuellement. Avec l'ouverture du capital, c'est la santé de toute la population française qui risque d'en pâtir.

C. Les horaires d'ouverture

Les plages horaires d'ouverture des officines françaises sont beaucoup moins larges que celles des pharmacies québécoises. Rares sont les officines ouvertes le soir après 23 heures, celles-ci étant plutôt situées dans le centre de grandes villes, et bien souvent, seules les officines saisonnières sont ouvertes le dimanche. Ainsi, un **service de garde** et un **service d'urgence** sont organisés pour répondre aux besoins du public en dehors des **jours** et des **heures** d'ouverture généralement pratiqués par les officines dans une zone déterminée. Selon l'article **L5125-22** du CSP, c'est une **obligation** pour toutes officines d'une zone, sauf décision contraire prise par arrêté. [71]

Depuis la Convention Nationale Pharmaceutique signée en mars **2006** entre les pharmaciens et la Caisse d'Assurance Maladie, le montant de l'indemnité d'astreinte est fixé à **75** euros par nuit, dimanche et jour férié.

Par ailleurs, le **32 37** est un numéro qui permet de connaître la pharmacie de garde d'un secteur. Il a été mis en place dans **6** départements de l'Ouest et il est en cour de déploiement sur tout le territoire français depuis **mars 2008**. [73]

Par contre, la Confédération Française Démocratique du Travail (CFDT) dénonce le coût de la surtaxe du prix d'appel (0,34 € la minute). [74]

D. L'organisation interne des officines

I. L'agencement

Jusqu'à présent, l'agencement des officines françaises n'a pas connu de gros bouleversements.

Comme au Québec, les pharmacies sont agencées en deux parties distinctes séparées par un comptoir : une partie « commerciale », dans laquelle peut circuler librement les clients, et une partie « pharmacie », réservée aux personnels de la pharmacie.

1) La zone commerciale

Cette zone de « libre service » a été jusqu'à présent consacrée essentiellement aux produits de **parapharmacie** et à toutes sortes de produits et articles appartenant ou non au monopole pharmaceutique, mais qui ne doivent pas porter atteinte à l'éthique de la profession.

La Loi y interdit la présence de tous médicaments, tels que définis à l'article **L5111-1** du CSP, puisque selon l'article **R4235-55** du CSP en vigueur au 24 **avril 2008**, « *le pharmacien veille à ce que le public **ne puisse accéder directement** aux médicaments* ». [71]

Mais cet article va être révisé puisque le **libre accès** en pharmacie des médicaments de « médication officinale » devrait être effectif au **deuxième trimestre 2008**.

a) Les réformes sur les médicaments de « médication officinale »

L'automédication est une pratique peu développée en France par rapport au Québec, mais aussi par rapport à nos voisins européens. Différentes hypothèses peuvent être avancées pour expliquer ce constat: la culture très ancrée du remboursement des médicaments, le manque d'information et de formation auprès des consommateurs, l'hésitation des médecins à prescrire des médicaments non remboursés, le prix élevé des médicaments d'automédication ainsi que leur manque d'accessibilité, etc.

Il semblerait que la promotion de l'automédication pourrait avoir un réel impact économique sur la réduction de la dette de la sécurité sociale et c'est pourquoi, depuis quelques années, un certain nombre de réformes sont mises en place en ce sens.

⇒ Le déremboursement des médicaments à prescription facultative

On estime que l'addition des médicaments non remboursables et ceux à prescription facultative représente **45,5 %** du nombre total d'unités prescrites, et que **72 %** des médicaments à prescription facultative sont présentés au remboursement. [75]

Ces chiffres mettent en évidence que l'existence des médicaments à prescription facultative entraîne des comportements de surconsommation de consultations médicales pour des pathologies légères qui pourraient être prises en charge à l'officine.

Une politique de déremboursement a alors commencé dès **2003** et dont l'objectif était de mettre fin au remboursement, sur trois ans, de **650** médicaments dont le **Service Médical Rendu (SMR)** a été jugé **insuffisant**. Est apparue la vignette orange, attribuant aux

médicaments concernés un remboursement à hauteur de **15 %** par la sécurité sociale, qui a été supprimée au **1er janvier 2008**.

Cette mesure n'a pas été très populaire puisque :

- d'une part l'expression de « SMR insuffisant » a été mal comprise et assimilée à une **inefficacité** du médicament déremboursé,
- et d'autre part, le déremboursement a engendré une hausse importante du prix du médicament.

Au final, il est fort possible que la politique de déremboursement ait provoqué un report d'une partie des prescriptions vers d'autres médicaments, toujours remboursés et souvent plus chers. [75]

⇒ Le « délistage » de médicaments soumis à prescription médicale

Une autre méthode favorisant l'automédication est de rendre accessible sans ordonnance des médicaments jusque là listés. Cette transformation est connue sous le nom « **switch** » (en anglais : commutateur). En pratique, il suffit d'obtenir une exonération de la réglementation des substances réservées à la prescription. Cette exonération, accordée par le ministère de la santé, précise, pour des raisons de sécurité, les doses maximales par prise et les quantités maximales par boîte à respecter en automédication. Par ailleurs, le dossier de la demande d'Autorisation de Mise sur le Marché (AMM) est largement allégé et correspond à un simple dossier bibliographique. [76]

Ainsi, on voit coexister en France, par exemple du lopéramide 2mg sous le nom d'Imodium® (en boîte de 20 gélules) sur prescription médicale et d'Imossel® (en boîte de 12 gélules) en médication officinale.

⇒ L'amélioration de l'accessibilité et de la visibilité des prix

Depuis l'arrêté du 26 **mars 2003**, le Conseil National de la Consommation (CNC) exige que les prix des médicaments conseils soient bien visibles pour les patients, et que doit être mis à leur disposition un catalogue des prix de tous les médicaments à prix libres, même les spécialités à prescription obligatoire non remboursables comme certaines pilules contraceptives. [77]

⇒ La mise en libre accès des médicaments d'automédication

Déjà, en **juillet 2006**, dans un rapport consacré à l'automédication, Xavier Bertrand, alors Ministre de la santé et des sports, avait suggéré la possibilité d'un « accès direct » des médicaments d'automédication aux patients-consommateurs.

Puis, le 08 **novembre 2007**, à la Xxème journée annuelle de l'Ordre National des Pharmaciens, Roselyne Bachelot, actuelle Ministre de la santé et des sports, a clairement exprimé son souhait d'« *autoriser la mise à disposition de Médicaments de Prescription Facultative (PMF) devant le comptoir* ». Dans ce contexte, l'Ordre des Pharmaciens, présidé par Jean Parrot, a adopté le 17 **décembre 2007** une motion sur le sujet où il n'hésite pas à réaffirmer « *son opposition formelle à une mise en libre service pure et simple de tout médicament au sein de l'officine* ». Par ailleurs, il y précise que comme les textes réglementaires (en particulier l'article **R4235-55** du CSP) devront être modifiés par les autorités de santé, ceux-ci devront impérativement respecter certaines exigences en matière de **sécurité** pour le patient, et ajoute que le pharmacien devra disposer d'un libre choix sur l'aménagement ou non d'un accès direct des PMF aux patients. [78]

Par la suite, le 15 **janvier 2008**, les représentants des pharmaciens d'officine, les groupes pharmaceutiques, les services de l'Etat et les autorités sanitaires, se sont réunis au ministère de la santé pour une réunion décisive. L'AFSSAPS y a proposé ses **critères d'éligibilité** (pas d'intervention du médecin, présentations adaptées, etc.) et **d'exclusion** (risque d'interactions et de contre-indications majeures) au passage devant le comptoir.

Puis, le 27 **mars 2008**, le groupe de travail « prescription médicale facultative » a présenté à la commission d'AMM de l'AFSSAPS la liste des médicaments éligibles au libre accès. Cette liste de près de 220 produits ne contient aucun médicament vigneté. [79]

Maintenant, il faut attendre le **décret** sur le libre accès des médicaments pour connaître la liste des produits autorisés à passer devant le comptoir.

Du côté des pharmaciens et des étudiants en pharmacie, la perspective de voir ces médicaments passer devant le comptoir a suscité de nombreuses réactions (marches silencieuses, sondages, etc.). Les opposants mettent en avant le risque de préjudice pour la santé public, car ces médicaments sont loin d'être anodins, et cette décision ministérielle pourrait être à l'origine d'une hausse de l'iatrogénie en France. Par ailleurs, on peut craindre que cela constitue un premier pas vers une remise en cause du monopôle pharmaceutique et une sortie de ces médicaments des officines.

Quoiqu'il en soit, d'après une enquête menée par Pierre Fabre auprès de 500 officines, **66 %** des pharmaciens interrogés comptent appliquer cette mesure gouvernementale. [80]

En revanche, concernant l'opinion des français sur le libre accès des médicaments en pharmacie, un sondage IPSOS réalisé en janvier **2008** montre que **62 %** des personnes interrogées sont plutôt défavorables à ce principe. Et dans l'hypothèse de la vente autorisée de médicaments en grande surface, **92 %** des Français déclarent qu'à prix équivalent ils préféreraient acheter leurs médicaments en pharmacie. Et enfin, une large majorité (**76%**) des français pense que l'achat de médicaments ailleurs que dans les pharmacies pourrait présenter ou faire peser plus de risques pour la santé. Tous ces résultats concordent sur le fait qu'il existe un lien étroit dans l'esprit du public entre pharmacie et médicaments. [70]

2) La partie pharmacie

a) Le préparatoire

D'après l'article **R5125-10** du CSP, l'officine doit comporter : « *un emplacement **adapté et réservé** à l'exécution et au **contrôle** des préparations magistrales et officinales* ». [71]

Au fil des années, le préparatoire, qui représentait depuis des siècles le cœur de l'activité des officines, a perdu de plus en plus de place. Actuellement, de nombreuses officines ne conservent plus que les vestiges de cette époque révolue. Ainsi, d'après les contrôles réalisés par l'inspection régionale de la pharmacie auprès de plus de **300** officines entre **novembre 2006 et fin avril 2007**, **sept** officines sur **dix** ont recours à la **sous-traitance** de leurs préparations par des officines « spécialisées » dans les préparations ; ces dernières étant soumises à des contraintes de qualité de plus en plus strictes, d'autant plus depuis la publication au Journal Officiel du 21 **novembre 2007** des **Bonnes Pratiques de Préparation (BPP)**. [81]

b) La zone de confidentialité

Une zone de confidentialité a été fortement suggérée en France pendant plusieurs années. Depuis la signature en mars **2006** de la Convention Nationale Pharmaceutique entre les titulaires des officines et l'assurance maladie, cette zone est obligatoire dans chaque officine. [82]

Ainsi, le pharmacien doit avoir 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* ». [71]

Le local d'orthopédie ou le bureau du titulaire peuvent tout à fait convenir. [82]

c) Le local d'orthopédie

Une officine ne doit pas obligatoirement comporter un local d'orthopédie. Par contre, il devient obligatoire dans le cadre de l'exercice du Diplôme Universitaire d'Orthopédie-orthésiste. D'après **l'article 13 de l'arrêté du 23 février 2007** : « *l'orthopédiste-orthésiste reçoit la personne dans des locaux **accessibles aux personnes handicapées** conformément aux dispositions légales et réglementaires applicables en la matière, conçus de façon à permettre à la personne une prise en charge dans de bonnes conditions d'**isolement phonique et visuel*** ». [71]

3) Le personnel de la pharmacie

Dans les officines françaises, il n'y a pas de distinction entre le personnel de la partie pharmacie et celui de la partie commerciale.

a) Le pharmacien

- Leur formation

Après un baccalauréat, les études en vue du Diplôme d'Etat de Docteur en pharmacie d'officine se déroulent en **3 cycles** successifs :

- un 1^{er} cycle comprenant la 1^{ère} année, à l'issue de laquelle a lieu le concours d'entrée, et la 2^{ème} année ;
- un 2^{ème} cycle comprenant la 3^{ème} et la 4^{ème} année ;
- et un 3^{ème} cycle comprenant : une 5^{ème} année hospitalo-universitaire et une 6^{ème} année comportant un stage de six mois en officine.

Et enfin, une **thèse d'exercice** est exigée pour l'obtention du Diplôme de Docteur en Pharmacie.

- Leur rémunération

L'adjoint est rémunéré selon un coefficient déterminé au moment de l'embauche et pouvant être augmenté selon l'ancienneté.

Le coefficient se calcule sur la base d'un point dont la valeur est augmentée tous les six mois. Depuis le 1^{er} juillet 2007, la valeur du point est de **3,907 euros**.

On détermine le **salaire horaire brut** en appliquant la formule suivante :

$$\boxed{\text{Coefficient} \times \text{Valeur du point} / 100 = \text{taux horaire brut}}$$

La rémunération minimum correspond au coefficient **230** et elle peut atteindre le coefficient **800**, mais en général elle s'échelonne entre coefficient **400 et 550**.

Au 1^{er} mars **2008**, une nouvelle classification des emplois s'applique aux officines adhérant à la Fédération des Syndicats Pharmaceutiques de France (FSPF) ou à l'Union des Syndicats de Pharmaciens d'Officine (USPO). Cette classification crée notamment de **nouveaux coefficients** pour les préparateurs et les pharmaciens adjoints. L'évolution des coefficients est désormais liée directement au nombre d'années de pratique professionnelle. [83]

b) Le préparateur en pharmacie

- Leur formation

Le **Brevet professionnel (BP)** de préparateur en pharmacie est obligatoire pour avoir le statut de préparateur en pharmacie et exercer sa profession de plein droit. Il se prépare en **2 à 5 ans**, et est ouvert à tous les bacheliers, ainsi qu'aux titulaires d'un BEP carrières sanitaires et sociales.

- Leur rémunération

Leur coefficient s'échelonne entre **175 et 330**.

- Leurs fonctions

Le préparateur en pharmacie est le bras droit du pharmacien. Il réalise de nombreuses tâches, telles que la préparation des prescriptions médicales, la réalisation de certaines préparations, la gestion des stocks de médicaments, la vente de produits conseils, de parapharmacies ou d'appareillages médicaux, etc. En théorie, il doit toujours être sous le **contrôle direct** du pharmacien ; il doit par exemple faire vérifier systématiquement toutes les ordonnances qu'il a préparées. En réalité, le pharmacien ne peut pas être partout à la fois et bien souvent les ordonnances sont délivrées sans aucune validation pharmaceutique.

Ce fait est bien regrettable, car malgré leur formation, les préparateurs n'ont pas toutes les connaissances pharmaceutiques nécessaires pour réaliser seul cet acte. De plus, les patients ont alors du mal à distinguer les deux métiers.

II. Les étapes de la dispensation du médicament sur ordonnance

Selon l'article **R4235-48** du CSP : « *le pharmacien doit assurer dans son intégralité l'acte de dispensation du médicament, associant à sa délivrance :*

1° L'analyse pharmaceutique de l'ordonnance médicale si elle existe ;

*2° La préparation éventuelle des **doses** à administrer ;*

*3° La mise à disposition des **informations** et les **conseils** nécessaires au bon usage du médicament.*

Il a un devoir particulier de conseil lorsqu'il est amené à délivrer un médicament qui ne requiert pas une prescription médicale.

Il doit, par des conseils appropriés et dans le domaine de ses compétences, participer au soutien apporté au patient ». [71]

D'autre part, il est important de rappeler que selon l'article **R5121-170** du CSP, « *le pharmacien ayant eu connaissance d'un **effet indésirable** grave ou inattendu susceptible d'être dû à un médicament ou produit mentionné à l'article **R. 5121-150** qu'il a délivré, le déclare aussitôt au **centre régional de pharmacovigilance** ». [71]*

En France, contrairement au Québec, toutes les étapes de la dispensation d'une ordonnance sont réalisées par la même personne s'il s'agit du pharmacien. Dans le cas contraire cette personne devra être contrôlée par un pharmacien.

1^{ère} étape : Lecture et analyse réglementaire de l'ordonnance

La lecture de l'ordonnance dans son entier doit être silencieuse et attentive en restant devant le patient ou son mandataire.

Cette lecture doit permettre :

- de déterminer s'il s'agit d'une première prescription, d'un renouvellement ou d'un traitement déjà connu du patient ;
- et de vérifier l'authenticité, la conformité réglementaire et la validité de l'ordonnance.

2^{ème} étape : Analyse pharmacologique de l'ordonnance

Cette étape nécessite :

- de consulter les traitements antérieurs ou concomitants,
- de connaître les habitudes de vie du patient, sa fidélité au traitement, ses automédications, etc.,

Puis à partir de ses données complémentaires, il faut :

- situer l'**objectif thérapeutique** principal,
- prendre en compte les médicaments à **marge thérapeutique étroite**,
- s'interroger sur les **associations médicamenteuses** et les **contre-indications physiopathologiques**.

Une fois toutes ses étapes validées, le pharmacien ou le préparateur peut quitter le patient ou son mandataire pour aller chercher les boîtes de médicaments prescrits.

Si toutefois un problème lié à un médicament est soulevé, le pharmacien se doit d'appeler le prescripteur et de rédiger une **opinion pharmaceutique**.

3^{ème} étape : Délivrance et tarification de l'ordonnance

A cette étape, il s'agit d'expliquer au patient, en terme simple :

- à quoi servent les différents médicaments,
- la manière dont il faut les utiliser, tout en optimisant les moments de prise et les conditions d'administration en fonction des habitudes de vie,
- expliquer aussi les risques de survenu d'effets indésirables et la façon de les gérer s'ils apparaissent,
- et évoquer les interactions alimentaires et/ou du tabac.

Pour garantir une meilleure observance du patient, un **plan de prise** peut-être proposé comme celui-ci-dessous :

PHARMACIE			

TEL. :			
MATIN	MIDI	SOIR	COUCHER
AVANT REPAS	PENDANT REPAS		APRES REPAS
DUREE DU TRAITEMENT			

Figure n°10: Tableau représentant un plan de prise pour un médicament. [84]

La tarification se fait **mois par mois**, sauf bien sur, depuis l'apparition durant l'été **2005** des **conditionnements trimestriels**.

4^{ème} étape : Conseils au patient

A chaque dispensation d'ordonnance, il est du devoir du pharmacien de rappeler systématiquement au patient les **mesures hygiéno-diététiques** en lien avec leur pathologie car celles-ci constituent la base de toutes prises en charge médicales et pharmaceutiques. Elles permettent de garantir une meilleure efficacité du traitement et d'éviter également les récides.

Il doit ainsi expliquer et réexpliquer l'importance d'un régime équilibré, d'une activité physique raisonnable, d'une abstinence vis-à-vis des drogues, du tabac, de l'alcool, etc.

Troisième chapitre : Evolution vers une valorisation des actes pharmaceutiques en France

A. La valorisation des compétences du pharmacien

Afin de valoriser les actes du pharmacien d'officine et par conséquent l'image qu'il renvoie, il faut tout d'abord valoriser ses compétences et ses connaissances. Face aux diverses pressions exercées sur le monopole des médicaments, le pharmacien doit plus que jamais faire valoir son monopole de compétence. C'est également de cette compétence que naît la relation de confiance entre le patient et le pharmacien, mais aussi celle entre tous les autres professionnels de santé et le pharmacien. Celui-ci doit donc acquérir le maximum de compétence durant ses six années d'études, puis doit poursuivre cette formation tout au long de sa vie professionnelle.

I. Les réformes des études de pharmacie

1) Le numerus clausus depuis 1975

L'accès aux études de pharmacie est limité par un **concours** d'entrée. Le **numerus clausus**, instauré en **1975** pour les études de pharmacie, a été mis en place dans le but afin d'éviter une augmentation trop importante de la démographie des professions médicales due au « baby boom » de l'après guerre et aux progrès médicaux et économiques des « 30 glorieuses ». [85]

2) La thèse d'exercice depuis 1987

Le régime des études en vue du Diplôme d'Etat de **docteur** en pharmacie a été instauré par l'arrêté du **17 juillet 1987**. Depuis cet arrêté, une thèse d'exercice doit être soutenue en fin de cursus. [85]

3) La réforme de 2003

Au fil des années, le régime des études a été peu à peu modifié, mais sans grand changement, par quatre autres arrêtés en **1992**, **1994**, **1998** et **1999**. [85]

Les études pharmaceutiques sont **pluridisciplinaires**, elles abordent un large panel de matières scientifiques. Le problème rencontré par les étudiants était qu'ils accumulaient de nombreuses connaissances sans pour autant qu'ils soient capable de faire des liens entre elles. L'idée est alors née de faire des **enseignements coordonnés**. L'arrêté du **14 août 2003**, publié au Journal Officiel du 2 octobre 2003, constitue la dernière réforme des études de Pharmacie et régit la scolarité à partir de l'année universitaire **2004-2005**. Le contenu des études n'est pas fondamentalement modifié, mais l'enseignement est réorganisé de façon à coordonner plusieurs disciplines autour d'une **pathologie** donnée, comme le diabète ou l'asthme, ou d'un **thème** particulier, comme le système nerveux central ou la douleur. Cette coordination concerne non seulement les cours magistraux, mais aussi les enseignements dirigés et les travaux pratiques. Ils sont organisés dès la **2^{ème}** année et augmentent en volume jusqu'à concerner plus de **50%** des enseignements en **4^{ème}** année. [86]

Cette nouvelle formation s'attache davantage au développement d'un **esprit de synthèse**, elle permet au futur pharmacien d'aborder **intelligemment** une dispensation et de prendre en charge le patient dans sa **globalité**.

Par ailleurs, jusqu'en 2003, les études ne comptaient pas assez de formations pratiques. Ainsi, l'arrêté de 2003 a permis la création de **nouveaux stages** en **2^{ème}** cycle et une **réorganisation complète des stages** de **1^{er}** cycle. [87]

Le stage d'initiation officinale obligatoire est dorénavant de **6 semaines** et doit être effectué en officine **avant l'entrée en 2^{ème} cycle**.

Il est maintenant possible d'effectuer en **2^{ème} année** un stage, dit de **découverte**, d'une durée de **un mois** dans une officine, un hôpital, dans une industrie pharmaceutique ou encore au sein d'un laboratoire d'analyse médicale.

Autres nouveautés : l'application des enseignements coordonnés de la **3^{ème} et 4^{ème}** année sous forme de stages en officine de **quatre fois une semaine**. L'objectif n'est plus de faire découvrir la profession mais d'illustrer de façon concrète, au sein d'un environnement professionnel, les connaissances acquises par l'étudiant. En retour, le maître de stage et l'équipe officinale peuvent en profiter pour actualiser leurs propres connaissances.

De plus, de la même façon que le stage facultatif de 2^{ème} année, il est possible d'effectuer en fin de **4^{ème} année** un stage de **pré-orientation professionnelle** d'**un mois**.

Et enfin, durant **les stages hospitalo-universitaire** de la **5^{ème} année**, sont mis en place des enseignements autour de cas cliniques présentés par les étudiants et commentés par des praticiens.

Cette réforme accompagne ainsi l'évolution des missions du pharmacien d'officine, elle tient compte davantage des besoins de la société en matière de santé et de médicament. Son objectif principal est la **professionnalisation** des étudiants.

4) La réforme LMD

En vue de la construction de l'Espace européen de l'enseignement supérieur, le système **LMD (Licence, Master et Doctorat)** est progressivement adopté par le système français d'enseignement supérieur. Concernant la **filière santé**, il est en cours d'adaptation.

Par ailleurs, en vue de limiter l'échec et le redoublement, le rapport **Bach**, remis le 21 février **2008** au gouvernement, propose notamment la création d'une **1^{ère} année commune** aux quatre filières concernées (pharmacie, médecine, odontologie et sage femme) avec néanmoins le maintien de la séparation des concours. De plus, ce rapport prévoit de généraliser le tutorat de 1^{ère} année, de moderniser les méthodes pédagogiques et de créer de nouvelles passerelles au niveau de la 2^{nde} année. [88]

II. La formation continue

1) Dans quel but ?

Certes, les six années de formation permettent d'apporter un bagage scientifique indispensable pour l'exercice officinal mais le pharmacien ne peut rester sur ces acquis très longtemps car le domaine de la santé et les sciences pharmaceutiques ne cessent d'évoluer. Dans un contexte où le monopôle des pharmaciens est de plus en plus attaqué, la formation continue constitue un moyen de défense incontournable.

a) Un devoir déontologique

Selon l'article **R4235-11** du Code de la Santé Publique, au chapitre **Déontologie**, « *Les pharmaciens ont le devoir d'actualiser leurs connaissances* ». [71]

b) Une obligation légale

Selon l'article **L4236-1** du Code de la Santé Publique, au chapitre **Formation**, « *la formation continue qui a pour objectif le perfectionnement des connaissances et l'amélioration du*

*service rendu aux patients, constitue une **obligation** pour tout pharmacien tenu pour exercer son art de s'inscrire au tableau de l'ordre ».* [71]

Elle est obligatoire depuis la **Loi Kouchner** de **2002** relative aux droits des malades et à la qualité des soins. Selon l'article **L4236-4**, les pharmaciens doivent justifier tous les **5 ans** qu'ils suivent une formation.

Actuellement, la profession est dans l'attente de textes plus explicites sur le **contenu** de ces formations, sur l'**Évaluation des Pratiques Professionnelles** (EPP) et sur les **sanctions** qui y découleront.

Par ailleurs, depuis **2004**, la loi n° **2004-391** a modifié l'article **L900-1** du **Code du Travail** comme suit : « *la formation professionnelle tout au long de la vie constitue une **obligation** nationale. Elle comporte une formation initiale et des formations **ultérieures** ».* [71]

2) Par qui et comment est-elle organisée ?

Depuis que la formation est obligatoire, un marché important s'est développé autour de cette activité.

a) La presse professionnelle et l'outil internet

En France, la presse professionnelle représente actuellement le premier support de formation à l'officine. [89]

L'outil internet trouve de plus en plus d'adeptes car non seulement il représente la plus grande source d'informations pharmaceutiques disponibles mais il offre également des services **d'audiovisuels**. De plus, il est possible aussi de s'inscrire gratuitement à des **Newsletters**, proposées par L'Ordre des Pharmaciens ou encore par le portail WK-Pharma, qui permettent de recevoir par mail les principales actualités pharmaceutiques. En enfin, les forums de discussion, comme celui du site : <http://www.pharmacienencolere.com>, permettent aux pharmaciens de se mettre en relation, de confronter leurs idées ou encore de se faire aider.

D'autres formes de formations telles que des stages ou des réunions sont proposées par divers organismes comme l'**UTIP**, les laboratoires pharmaceutiques, les grossistes répartiteurs, certains groupements de pharmacies, mais aussi les facultés de pharmacie, etc.

b) L'UTIP

Depuis **1952**, les pharmaciens d'officine se sont dotés d'une structure *ad hoc*, l'**Union Technique Inter-Pharmaceutique** (UTIP) qui, chaque année, organise environ **500** réunions, stages, séminaires et conférences. [90]

Sur son site (<http://www.utip.fr/site/>), l'UTIP propose diverses formations en lignes.

c) Les facultés de pharmacie

Les facultés de pharmacie proposent aux pharmaciens ayant validé leur thèse des **Diplômes Universitaires** (DU) qui représentent environ 120 h de formation. Ils apportent soit une **spécialisation** dans un domaine particulier telle la diététique ou la cosmétologie, soit un élargissement de leur champ d'activité comme par exemple le DU d'orthopédie qui est devenu obligatoire pour l'obtention de l'agrément « fournisseur d'orthèses ».

d) Le Celtipharm

Le Celtipharm est à la fois une plate-forme d'échange entre pharmaciens, mais également un fantastique outil de travail et d'information. Son site internet : <http://www.celtipharm.com>, offre un accès gratuit à de nombreuses bases scientifiques, de conseils à l'officine, etc.

3) Par qui est-elle prise en charge ?

Depuis de longues années et encore actuellement, la formation continue des pharmaciens titulaires ou salariés est en partie à **leur charge**. Les industriels du médicament ou les grossistes y participent en sponsorisant des congrès ou comme annonceurs dans la presse professionnelle.

Depuis **1991**, deux fonds mutualisés **obligatoires** pourvoient au financement de diverses actions de formation des professions libérales :

- le Fond Interprofessionnel de formation des Professions Libérales (**FIF-PL**), pour les employeurs, [91]
- et l'Organisme Paritaire Collecteur Agréé des Professions Libérales (**OPCA-PL**), pour les salariés. [92]

Les titulaires d'officine ont droit à une prise en charge par le FIF-PL de seulement **3** jours de formation par an, indemnisés à hauteur de **160** euro. En revanche, la prise en charge par

l'OPCA-PL des formations des salariés n'est pas limitée dans le temps, ni dans le montant des indemnités.

Ces fonds financent seulement les formations ayant reçu préalablement un **agrément** par le **Haut-Comité de la Formation Pharmaceutique Continue** (HC-FPC). Cet organe du Conseil National de l'Ordre des Pharmaciens adresse également à tous les pharmaciens en exercice le « *livret de formation pharmaceutique continue* », destiné à matérialiser toutes leurs démarches individuelles de nature très diverse de formation continue. Il est fortement recommandé aux pharmaciens d'alimenter ce livret car il servira d'attestation lors des futures contrôles du respect de l'obligation de formation, que la Loi du 4 mars 2002 a prévu d'instituer.

4) Quels sont les dispositifs de formation ?

a) Le plan de formation

Le plan de formation relève exclusivement de la **volonté de l'employeur**. Ce plan permet de planifier la formation de ses salariés en fonction des objectifs de développement de son entreprise. Ainsi, il lui revient de choisir les thèmes de formation et les bénéficiaires. [93]

b) Le DIF

La Loi du **4 mai 2004**, relative à la formation professionnelle tout au long de la vie, a créé un **titre spécial de paiement** permettant à l'employeur de s'acquitter de ses obligations relatives aux frais de formation dans le cadre du **Droit Individuel à la Formation** (DIF). Concrètement, le DIF est un **crédit d'heures** que le salarié acquiert avec son ancienneté dans l'entreprise et qui lui permet de bénéficier, à **son initiative**, d'actions de formation professionnelle, rémunérées ou indemnisées, en dehors du temps de travail ou durant celui-ci. L'employeur a l'**obligation** d'informer chaque salarié de ses droits acquis au titre du DIF. Un « compteur DIF » sur les bulletins de paye permet de faciliter le suivi de ces droits.

A l'officine, la durée des droits acquis au titre du DIF est de **24 heures par an** pour les salariés à temps pleins ayant au moins un an d'ancienneté. Pour les salariés à temps partiel ou employés sous CDD, cette durée est calculée au prorata de leur durée du travail. Ce bonus de temps peut-être utilisé chaque année ou cumulé pendant **6 ans**, jusqu'à un plafond de **144 heures**. Les heures consacrées à la formation pendant le temps de travail constituent du temps de travail effectif et ouvrent donc droit au **maintien de la rémunération** du salarié. En revanche, lorsque les heures de formation sont effectuées hors du temps de travail, le salarié

bénéficie du versement par l'employeur d'une **allocation de formation**, égale à **50 % de la rémunération nette** de référence du salarié ; cette allocation de formation n'est pas soumise à cotisations sociales. L'employeur doit également payer les frais de déplacement, de restauration et éventuellement d'hébergement.

Toutefois, ces frais peuvent être pris en charge, tout ou en partie, par l'OPCA-PL si l'organisme de formation est agréé par l'HC-FPC.

Il est recommandé au salarié d'adresser à son titulaire une **demande écrite** du DIF. Ce dernier dispose d'un mois pour y répondre. [93]

c) L'entretien professionnel

Le titulaire doit réaliser un entretien professionnel **tous les deux ans** avec les salariés ayant au moins deux ans d'ancienneté. Cet entretien permet simplement au salarié de faire le point sur sa situation professionnelle et d'exprimer ses besoins de formation. [93]

B. La promotion de la qualité officinale

La qualité, définie selon la norme **iso 9001** comme étant « *l'aptitude d'un ensemble de caractéristiques intrinsèques à satisfaire des **exigences*** », existe depuis longtemps mais est devenue depuis peu omniprésente dans l'ensemble des secteurs d'activité de notre société. [84]

Pour les professionnels de santé, la qualité consiste à offrir, en permanence aux patients, des **services et produits** conformes à leurs besoins, **exprimés ou implicites**, au **moindre coût** et dans les **meilleurs délais**. [94]

Concernant le circuit pharmaceutique, la démarche qualité est déjà bien encrée depuis **1976** avec l'apparition des **Bonnes Pratiques de Fabrication (BPF)** des médicaments au sein de l'industrie pharmaceutique. Les grossistes répartiteurs ont dû eux-aussi adopter cette démarche afin de garantir la qualité du circuit de distribution des médicaments, depuis leur stockage chez le dépositaire jusqu'au rappel de lots à l'officine. Ce dernier point fait d'ailleurs apparaître une notion très importante et incontournable dans la démarche qualité : la **traçabilité**.

En revanche, il est dommage de constater que la qualité est apparue beaucoup plus tardivement au niveau du dernier maillon du circuit pharmaceutique, c'est-à-dire au niveau des officines. Certes, la qualité s'est imposée à l'officine avec la publication en **1988** des **Bonnes Pratiques de Préparations officinales (BPPO)**, mais ces normes qualités ne

concernent qu'une infime partie de l'exercice officinale. Heureusement, les pharmaciens d'officines sont de plus en plus nombreux à affirmer leur engagement à assurer des services de qualité.

I. Les objectifs de l'assurance qualité à l'officine

A l'officine, la qualité correspond à l'aptitude de toute activité officinale à satisfaire les exigences des patients et leurs familles, mais aussi celles du CSP, du Code de la Sécurité Sociale, du Bon Usage du Médicament, des BPPO, des autres professionnels de santé, etc.

La démarche qualité à l'officine permet de prévenir les dysfonctionnements, de **sécuriser** et **homogénéiser** tous les actes pharmaceutiques, et de réduire les coûts de non-conformités. L'amélioration et le renforcement des compétences en matière de dispensation doivent être une priorité absolue pour l'avenir des officinaux.

II. La mise en place une démarche qualité à l'officine

En pratique, selon l'esprit de la **roue de Deming**, qui permet à chaque tour de roue d'atteindre un niveau supérieur de qualité, la démarche qualité peut-être divisée en quatre étapes :

- 1^{ère} étape : La recherche bibliographique des dernières **recommandations**, **lois** et **réglementations** ayant attrait à la profession.
- 2^{ème} étape : La réalisation d'un **bilan** ou d'une **auto-évaluation** de l'officine afin de mettre en évidence les **points forts** et les **points faibles** de l'officine.
- 3^{ème} étape : La mise en place d'un **plan d'action** pour améliorer un point faible de l'officine et la rédaction d'une **procédure** afin de standardiser une activité ou un processus.
- 4^{ème} étape : L'**évaluation** des résultats à partir de l'analyse des enregistrements des **indicateurs** de qualité.

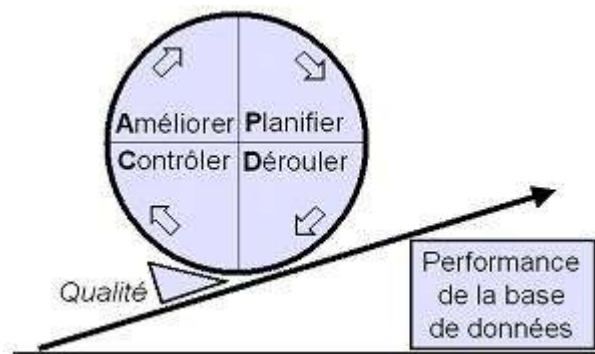
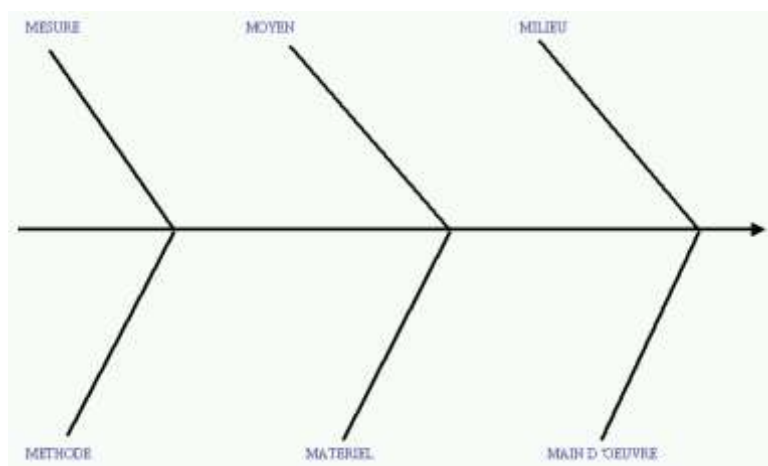


Figure n°11: Schéma représentant la roue de Deming. [84]

Par ailleurs, la qualité doit s'appliquer à l'ensemble des domaines de l'officine que l'on peut énumérer en s'aidant de la **Loi des cinq M** (ou diagramme d'Ishikawa) :



- Milieu
- Matière première
- Matériel
- Main d'œuvre
- Méthode

Figure n°12: Schéma représentant le diagramme d'Ishikawa ou arrêtes de poisson. [84]

Il faut garder à l'esprit que la réussite d'une démarche qualité n'est possible que si l'ensemble de l'équipe officinale s'implique et s'engage personnellement.

III. Les outils d'aides à la qualité officinale

1) Le Guide d'Assurance Qualité

Pour anticiper la mise en place de critères de qualité qui seraient imposés aux officinaux, les membres de la **Commission Assurance Qualité Aquitaine** ont travaillé pendant deux années pour élaborer un **Guide d'Assurance Qualité officinale** qui a été envoyé dans toutes les officines en **2002** et qui est téléchargeable sur internet (<http://www.eoa.u-bordeaux2.fr/Qualite/gaq.pdf>). Ce guide pratique permet de réaliser une **auto-évaluation** de la qualité à l'aide d'un questionnaire.

2) Le site d'Evaluation de la Qualité Officinale

Dans le même principe que le Guide Assurance Qualité, un site (www.eqo.fr) a été conçu par et pour la profession et est mis à la disposition de tous les pharmaciens par l'Ordre des Pharmaciens. C'est un outil très utile car il permet à partir des résultats du questionnaire de visualiser très facilement le niveau de la qualité de l'officine par rapport à une normalité :

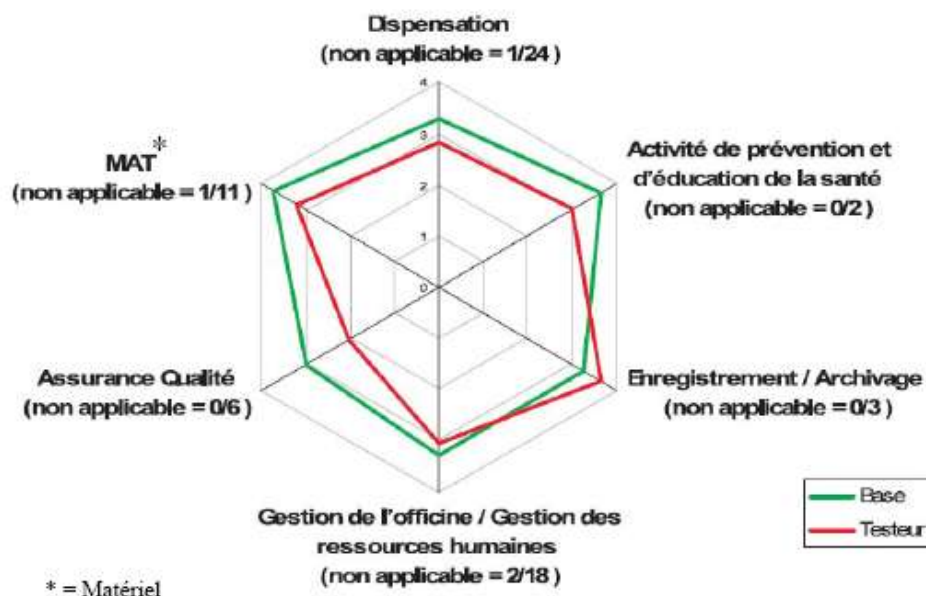


Figure n°13: Schéma représentant une simulation des résultats au questionnaire EQO sur le site de l'EQO, consulté le 25/03/08 : www.eqo.fr

3) Les stages PRAQ et EQEO

L'objectif fixé par l'Ordre en **2005** de désigner un **Pharmacien Responsable Assurance Qualité** (PRAQ) dans chaque officine d'ici la fin de l'année **2007** n'a pas tout à fait été atteint puisqu'il y a eu une remise de prix au **5 000^{ème}** PRAQ lors du salon de Pharmagora **2008**. On est loin des 23 400 PRAQ annoncé mais c'est déjà ça ! [95]

Le PRAQ peut-être un titulaire ou bien un adjoint. C'est l'UTIP qui se charge de proposer des stages de formation PRAQ d'une journée et qui sont pris en charge par l'OPCA-PL et le FIF-PL. De même, l'UTIP propose des stages de formation : **Assurance Qualité pour l'Equipe Officinale** (AQEO), qui sont adressés aux non pharmaciens.

C. La valorisation de l'acte de dispensation

I. L'acte de dispensation

Rappelons qu'historiquement, le principal acte du pharmacien consistait à préparer des remèdes et donc à manipuler de nombreuses drogues et poisons. Cette activité dangereuse a justifié l'institution du **monopole pharmaceutique**. Avec l'industrialisation de la fabrication des médicaments, l'activité principale du pharmacien est devenue la délivrance des spécialités. Cette délivrance ne doit pas être assimilée à une simple **distribution** car sinon plus rien ne justifie le monopole pharmaceutique. C'est pourquoi, il est indispensable que l'acte de **dispensation**, qui est une démarche **scientifique**, **analytique** et **décisionnelle**, soit valorisé par la profession.

1) Une démarche scientifique

L'acte de dispensation doit faire appel à toutes les connaissances acquises par le pharmacien. Celui-ci doit également reconnaître ses lacunes, rechercher à les combler et si un problème dépasse le domaine de ses compétences, il doit savoir se faire aider par les professionnels compétents.

2) Un devoir d'analyser

D'après l'article **R4235-48** du **CSP**, l'acte de dispensation doit être associé : « ***l'analyse pharmaceutique de l'ordonnance médicale si elle existe, la préparation éventuelle des doses*** »

à administrer et la ***mise à disposition des informations et les conseils nécessaires au bon usage du médicament*** ». [71]

Le devoir d'analyse pharmaceutique est indispensable puisque le pharmacien est le dernier maillon de la chaîne de soins. Cette analyse doit concerner non seulement le **contenu** de la demande mais également son **contexte**, qu'elle émane d'une ordonnance médicale ou non. Il est alors nécessaire d'établir une relation de confiance afin de recueillir le maximum d'informations concernant le patient. L'analyse de ces informations devrait permettre de repérer d'éventuelles erreurs, confusions ou omissions du patient ou bien du prescripteur.

Ainsi, le terme délivrance est employé pour désigner la simple remise **matérielle**, alors que la notion de dispensation inclut la **valeur ajoutée intellectuelle** représentée par le travail d'analyse du pharmacien.

3) Un pouvoir de décision

Lorsque l'intérêt de la santé du patient lui paraît l'exiger, le pharmacien doit **refuser** de dispenser un médicament. Si ce médicament est prescrit sur une ordonnance, le pharmacien doit informer le prescripteur de son refus, notamment par une opinion pharmaceutique, et le mentionner sur l'ordonnance.

4) Une responsabilité

Dans l'exercice de sa profession, le pharmacien titulaire engage à la fois sa responsabilité **civile, pénale et professionnelle**.

5) Un acte réel et non virtuel

A ce jour, en France, il est interdit de vendre sur **internet** des médicaments même s'ils ne sont pas soumis à prescription médicale. Cette Loi permet de préserver l'acte de dispensation qui doit se réaliser entre personnes physiquement présentes dans une même officine. Pour autant, la Cour de Justice des Communautés européennes (CJCE), jugeant qu'il n'est pas possible pour un Etat membre d'interdire la vente des médicaments par **correspondance** au seul motif que leur vente est réservée aux officines, a rendu l'**arrêt Doc Morris** le 11 décembre **2003**. Cet arrêt est un exemple, parmi tant d'autres, d'incompatibilité du droit français aux principes du droit communautaire. [75]

II. La valorisation de l'acte de dispensation par la pharmacie clinique et les soins pharmaceutiques

Nous venons de voir que le CSP réserve au pharmacien le monopole de la dispensation en raison de sa compétence scientifique spécifique. Malgré cette reconnaissance légale, de nombreux pharmaciens restent passifs devant une ordonnance. La conjoncture actuelle peut expliquer cette passivité : mode de rémunération exclusivement commercial, rôle de l'officinal pas toujours bien compris, relations difficiles avec les autres professionnels de santé, surcharges de tâches administratives, etc., mais elle n'en écarte pas moins la responsabilité légale du pharmacien. De plus, en se comportant ainsi, les pharmaciens offrent sur un plateau d'argent les arguments en faveur de l'ouverture du monopole des médicaments à la grande distribution. Pour contrer cette menace, il faut promouvoir l'acte pharmaceutique par de nouvelles missions données aux pharmaciens et qui apparaissent progressivement avec l'instauration de la **pharmacie clinique** et les **soins pharmaceutiques** en France.

1) *La pharmacie clinique*

La pharmacie clinique en France s'inspire de la définition donnée par l'américain WALTON, qui rappelons-le a été le premier à définir en **1961** la pharmacie clinique comme étant : « *l'utilisation optimale **du jugement et des connaissances pharmaceutiques et biomédicales** du pharmacien dans le but d'améliorer l'**efficacité, la sécurité, l'économie et la précision** selon lesquels les médicaments doivent être utilisés dans le traitement des patients* ». [7]

Elle est fondée sur l'ensemble des connaissances acquises, à la faculté mais aussi en formation continue, qui permettent au pharmacien d'**interpréter** une prescription et de dispenser de façon **sécurisée et optimale** les médicaments. [84]

a) La 5^{ème} année hospitalo-universitaire

La 5^{ème} Année Hospitalo-Universitaire (AHU) apparaît comme une année essentielle puisque les divers stages réalisés à l'hôpital a pour grande qualité de placer l'étudiant au contact du patient, de le situer dans le travail de l'équipe soignante et ainsi de l'initier concrètement à la pharmacie clinique.

b) L'ANEPC

L'Association Nationale des Enseignants de Pharmacie Clinique (ANEPC) est une association française créée par les enseignants de Pharmacie clinique et qui a pour objet :

- de promouvoir l'enseignement de la Pharmacie clinique auprès des instances universitaires et des instances de santé ;
- d'étudier et de développer tous les moyens permettant d'appliquer les principes fondamentaux de la Pharmacie clinique, y compris la communication ;
- de promouvoir et de participer à des études de recherche sur la pharmacie clinique
- et d'aider à la formation professionnelle et à la formation postuniversitaire. [96]

Cette association met à disposition des étudiants plusieurs manuels-guides (téléchargeables gratuitement sur le site : <http://anepc.org/guides/etudiants.aspx>), comme celui qui détaille les **16 fonctions** que peut être amené à remplir l'étudiant hospitalier (l'assurance qualité de la prescription, la pharmacovigilance, le suivi thérapeutique et biologique, etc.). Largement inspiré par le modèle québécois, cette association insiste particulièrement sur l'importance de la communication, de l'explication et de l'éducation du patient.

2) Les soins pharmaceutiques

Rappelons-le, dans les années **1970**, les soins pharmaceutiques ou *pharmaceutical care* se développent dans le système de santé Nord-Américain et notamment au Québec.

C. Hepler et L. Strand définissent ce terme comme étant : « *l'engagement du pharmacien à assumer envers son patient la **responsabilité** de l'atteinte clinique des objectifs **préventifs, curatifs ou palliatifs** de la **pharmacothérapie*** ». [97]

Au-delà de la prise en compte des médicaments et de la pathologie, cette démarche vise à assurer que « *tous les **soins de santé** qui peuvent avoir un impact sur la thérapeutique sont apportés d'une façon **optimale*** ». [98]

Le champ d'action du pharmacien se trouve ainsi élargi : à partir de la pharmacie clinique, ancrée dans les disciplines fondamentales (pharmacologie, physiopathologie et thérapeutique) et s'attachant à la mise en sécurité du patient et à l'optimisation de sa thérapeutique médicamenteuse, les soins pharmaceutiques intègrent le **contexte social, comportemental et économique** dans lequel évolue le patient.

En France, nous avons beaucoup de retard par rapport au Québec concernant les soins pharmaceutiques. L'opinion pharmaceutique est l'un des seuls soins pharmaceutiques à avoir intégré l'exercice officinal, mais malheureusement celui-ci ne connaît qu'un relatif succès.

3) Les outils nécessaires à la prestation de soins pharmaceutiques dans les officines françaises

a) La formation aux soins pharmaceutiques

Comme au Québec, il est indispensable d'intégrer aux programmes des facultés de pharmacie des cours théoriques et pratiques de soins pharmaceutiques. Des cours théoriques de **pharmacie clinique** sont peu à peu mis en place depuis **1984**. Par exemple, à la faculté de Nantes, un enseignement de pharmacie clinique et de soins pharmaceutiques a été intégré au programme de 4^{ème} année depuis seulement deux ans. Ces quelques heures de cours permettent de donner aux étudiants une première approche de ce concept de prise en charge global des patients. Par contre, il n'y a pratiquement pas de formation post-universitaire, ce qui est bien regrettable pour les pharmaciens qui exercent.

b) L'amélioration de la confidentialité

Il n'est pas envisageable pour l'instant de créer une **zone de consultation**, comme celle que l'on retrouve dans les pharmacies québécoises, car l'Ordre des médecins s'y opposerait fortement, ce qui est tout à fait compréhensible. Toutefois, il est possible d'améliorer l'espace de confidentialité, comme par exemple, en y ajoutant un ordinateur doté d'un lecteur de Carte Vitale afin de dispenser en toute discrétion des traitements de pathologies lourdes, telles que le cancer, le SIDA ou encore les pathologies psychiatriques.

c) La délégation des tâches

De nombreuses tâches à l'officine ne requièrent pas exclusivement des compétences du pharmacien, tels que l'accueil du patient, la saisie des informations administratives, la préparation des ordonnances, les facturations, etc. Les pharmaciens québécois l'ont bien compris car ils délèguent toutes ces tâches aux assistants techniques. On devrait prendre exemple sur eux pour libérer du temps et se consacrer davantage à la pratique de soins pharmaceutiques.

d) L'assistance par des moyens informatiques

Les programmes informatiques, comme ceux permettant la détection des interactions médicamenteuses, l'élaboration des opinions pharmaceutiques, l'enregistrement des données patients ou encore la mise à disposition d'informations officielles sur les médicaments et des fiches conseils pour les patients, apportent un soutien réel. D'après une étude menée au **Québec**, **70 %** des pharmaciens interrogés procurant des soins pharmaceutiques considèrent que les moyens informatiques facilitent leur dispensation de soins. En France, certains logiciels d'officine s'efforcent à proposer des programmes de qualité et capables d'effectuer de nombreuses tâches en rapport avec la pratique des soins pharmaceutiques. [99]

e) La reconnaissance des soins pharmaceutiques

⇒ Par le corps médical

A travers la démarche de soins pharmaceutiques, la collaboration entre médecins et pharmaciens prend toute son ampleur. Le pharmacien est appelé à détecter et à résoudre, très souvent en concertation avec le médecin, les problèmes liés aux médicaments. Son rôle n'est pas alors de se substituer au médecin, mais d'agir comme un **partenaire** du médecin.

La reconnaissance des soins pharmaceutiques par les médecins est donc indéniable. Pour cela, on pourrait envisager de mettre en place, en fin de cursus ou en postuniversitaire, des enseignements communs ou des travaux pratiques en groupe. A partir d'un cas concret, le médecin pourrait rédiger une ordonnance que le pharmacien analyserait. Si le pharmacien soulève un problème lié aux médicaments, il pourra proposer des solutions au médecin. [100]

⇒ Par les patients

La pratique des soins pharmaceutiques est **centrée** sur le patient pris dans sa globalité. Il est donc primordial que l'intéressé reconnaisse le bien fondé de ce concept et qu'il soit acteur de sa santé en partenariat avec le médecin et le pharmacien.

⇒ Par l'Assurance Maladie

La Convention Nationale Pharmaceutique signée en mars **2006** marque un tournant historique dans les relations entre les pharmaciens d'officine et l'Assurance Maladie. Elle constitue pour l'Officine la **reconnaissance** par l'Assurance Maladie des pharmaciens en tant que **professionnels de santé** qui étaient jusque là les seuls parmi les professionnels de santé à ne

pas être conventionnés avec elle. D'après l'**arrêté du 11 juillet 2006**, portant approbation de cette convention, « *les parties signataires se fixent comme objectifs :*

- *de préciser les dispositions applicables aux pharmaciens d'officine tendant à l'amélioration de leurs pratiques ;*
- *de développer la **coordination des soins**, les **nouvelles missions** des pharmaciens, ainsi que tous les outils mis en place dans l'intérêt du malade ;*
- *d'assurer le financement de la permanence des **soins pharmaceutiques**,... » .*

Par ailleurs, est souligné dans cette convention un objectif de **qualité** de la dispensation pharmaceutique, dont l'**analyse pharmaceutique** de l'ordonnance par le pharmacien est un facteur essentiel. [101]

f) La rémunération à l'acte

Comme au Québec, la rémunération à l'acte pourrait être le catalyseur du développement des soins pharmaceutiques en France.

⇒ L'expérimentation de la Mutuelle Sociale Agricole (MSA)

La MSA a décidé de valoriser l'intervention à domicile du pharmacien rural dont les atouts (connaissance du matériel médical et paramédical, proximité, etc.) sont souvent sous-exploités en France. Pour cela, elle a lancé deux expérimentations baptisées « **Maintien A Domicile** » (MAD) et « **Dispensation de Médicaments à Domicile** » (DMD). Le principal objectif était d'éviter une institutionnalisation des patients et faciliter l'accès au service pharmaceutique en milieu rural. Un accord a été signé le **30 juin 2005** entre la MSA et les principaux syndicats (UNPF, USPO, FSPF). En tout, **400** assurés MSA et **154** officines de **17** départements ont participé à l'opération. [102]

Concrètement, la MSA s'est engagée, pour des cas bien déterminés, à prendre en charge **financièrement** la dispensation à domicile des médicaments et du matériel médical ; le financement étant calqué sur l'honoraire du déplacement d'un médecin au domicile d'un patient.

Il était prévu que si l'expérimentation s'avère positive, la MSA généraliserait cette expérience sur l'ensemble du territoire. Malheureusement, cette démarche innovante n'a pas eu le succès attendu. Au bilan, sur une année d'expérimentation : seulement **12** forfaits DAD (dispensation à domicile) et **16** MAD (maintien à domicile) ont été facturés, soit des résultats **30 fois moindres** que ceux attendus.

Près de 4 000 assurés ont reçu un questionnaire, **82** pharmaciens, **45** médecins généralistes et **9** caisses de MSA ont été interrogés pour pouvoir connaître les raisons à cet échec. Les principales raisons qui ressortent de cette évaluation ont été :

- la non-collaboration des médecins, certaines citations retranscrites dans le rapport d'évaluation se passent de commentaires : « *Le pharmacien connaît peu l'environnement du malade par rapport au généraliste [...]. Il arrive avec son catalogue de fournitures, trop commercial !* » ;
- l'incompréhension des patients, seul **un tiers** de cette population juge nécessaire le déplacement du pharmacien à domicile pour proposer du matériel médical ;
- la difficulté qu'éprouvent les pharmaciens à se faire reconnaître.

Par ailleurs, l'évaluation a également mis en évidence que **62 %** des pharmaciens interrogés se déplaçaient déjà souvent au domicile de leur patient, et qu'ils estimaient que ce service **gratuit** faisait partie intégrante de leur exercice. [103]

Malgré cet échec, la MSA et les syndicats réfléchissent ensemble pour pouvoir repartir sur de nouvelles et bonnes bases.

4) L'opinion pharmaceutique

a) Qu'est-ce que l'opinion pharmaceutique en France ?

Alors que l'Opinion Pharmaceutique (OP) existe depuis **1978** au Québec, elle n'est apparue en France que depuis **1998**. Elle s'est imposée en France sous l'impulsion de l'Ordre des Pharmaciens qui avait demandé à **H. Lepage**, alors vice-président du Conseil Central de la Section A, de réfléchir à un moyen de développer l'**assurance qualité à l'officine**. [104]

L'opinion pharmaceutique s'est donc inscrite dans une démarche de **Bonnes Pratiques Officinales** (BPO) et tentait de répondre à une double demande :

- celle du patient : qui, en tant que consommateur de soins averti, exige non seulement des résultats mais aussi la mise en œuvre de moyens garantissant ces résultats,
- et celle de l'Assurance Maladie qui est à la recherche d'une rationalisation des soins dans le but de limiter les dépenses de santé.

Le Conseil Central des Pharmaciens d'officine définit l'opinion pharmaceutique comme : « *un **avis motivé**, dressé sous l'autorité d'un pharmacien, portant sur la **pertinence pharmaceutique** d'une **ordonnance**, d'un **test** ou d'une **demande du patient**, **consigné** dans l'officine, et **impérativement communiqué** sur un document **normalisé** au prescripteur* »

*lorsqu'il invite à la **révision**, ou lorsqu'il justifie le **refus** ou la **modification d'office** de sa prescription » (Cf. Article R5015-48 et R015-60 du CSP) [71]*

Ainsi, l'opinion pharmaceutique doit permettre de garder la **trace** de l'avis du pharmacien, suite à son travail d'analyse et de prise de décision effectué au moment d'une dispensation délicate relevant d'une prescription ou non. Cela suppose une **méthodologie rigoureuse** du recueil d'information ainsi qu'une transmission **fidèle** et **lisible** de ses informations. Il existe donc un document formalisé, proposé par l'Ordre, pour faciliter la rédaction des opinions.

Tout comme au Québec, pour assurer un meilleur suivi des patients à l'officine, les opinions pharmaceutiques doivent alimenter les dossiers-patients. Ainsi, le **Dossier de Suivi Pharmaco-Thérapeutique** (DSPT) est « *constitué par la collection des **opinions pharmaceutiques** rapportées à un patient et avec son accord, qui forme l'ensemble des informations de sources **administrative, pharmaceutique, médicale** (informations communiquées par le médecin ayant trait à une dispensation ou à un terrain particulier) et **biologique** (résultat pertinent d'analyse) utiles à la dispensation* ». [71]

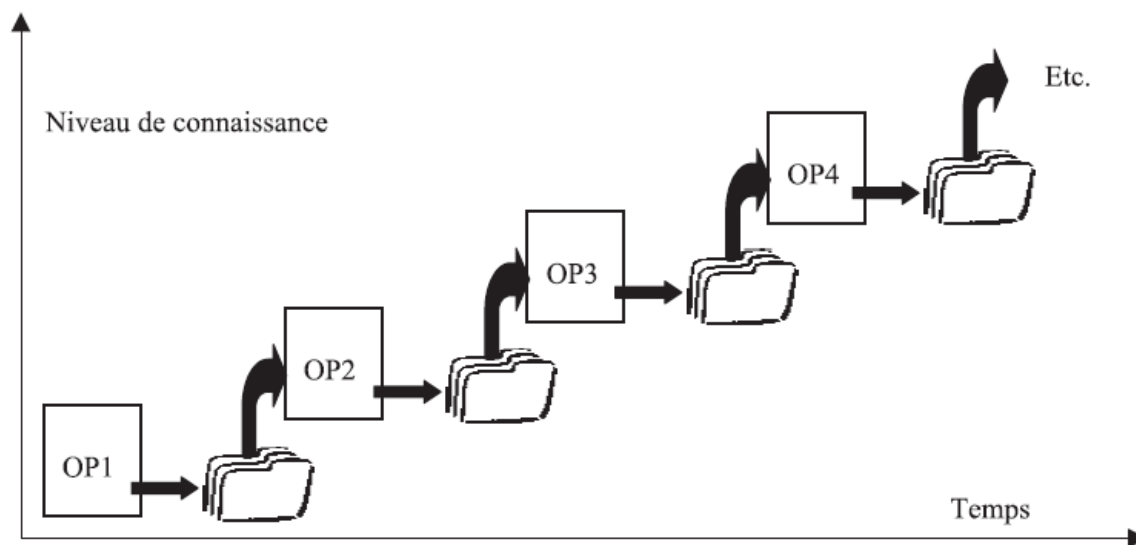


Figure n°14: Schéma représentant l'alimentation dans le temps du DSPT en Opinion Pharmaceutique (OP). [84]

b) Le lancement laborieux de l'OP en France

L'expérience québécoise ainsi que de nombreuses études réalisées en France ont démontré l'intérêt de l'opinion pharmaceutique en termes d'amélioration de la prise en charge des patients et de rationalisation des dépenses de santé. Ces résultats positifs présupposaient que l'introduction de l'OP en France puisse bénéficier d'un appui d'envergure en termes de

formation des pharmaciens et d'information des prescripteurs. Pourtant, cette introduction n'a bénéficié que de quelques articles dans la presse spécialisée et d'une poignée d'heures de formation intégrée au programme des facultés de pharmacie. Dix ans après son lancement, le bilan de l'OP est maigre, seules quelques pharmacies pratiquent et appliquent à la ligne l'OP telle que définie par l'Ordre. [105]

D'après un sondage réalisé en **2004** auprès d'étudiants de Clermont-Ferrand en stage de 6^{ème} année, la partie réglementaire la plus controversée est l'obligation d'envoyer un avis **critique** au médecin, au risque de corrompre les relations pharmaciens-médecins. [106]

Mais en réalité, le principal frein au développement de l'OP est l'absence de reconnaissance par les tutelles de la nécessité de **rémunérer** le pharmacien pour sa réalisation. En ce sens, une concertation entre les Ordres professionnels, les législateurs et l'Assurance Maladie serait nécessaire pour définir une entente fixant les conditions de rémunération de l'OP.

III. La valorisation de l'acte pharmaceutique par le développement de l'échange de l'information clinique et pharmacologique

1) La Carte Vitale 2

La Carte Vitale est une carte à micro-processeur ou dite « à puce » de la taille d'une carte bancaire. Elle ne contient pas d'informations d'ordre **médical** mais tous les éléments administratifs nécessaires à une prise en charge simple et rapide, par la caisse d'Assurance Maladie, des soins de l'assuré.

Pour plus de sécurité, la nouvelle Carte Vitale, la **CV 2**, comporte la **photo** de l'assuré. Elle possède également une capacité beaucoup plus grande. Elle peut en effet stocker **huit fois plus** d'informations que l'ancienne carte, avec une capacité mémoire de 32 ko contre 4 ko actuellement. Elle est conçue pour être **évolutive** et l'espace disponible lui permettra d'héberger d'autres informations que les données administratives qui y figurent actuellement. Ainsi, pourront-être stockées les informations concernant la **couverture complémentaire** santé, ou encore d'autres informations plus personnelles, comme la **personne à prévenir en cas d'urgence** ou la mention relative à la connaissance du dispositif légal sur le **don d'organe**.

Par ailleurs, la Carte Vitale devient peu à peu une **clé** de l'échange de l'information clinique et pharmacologique puisqu'elle est indispensable pour accéder aux données du **Dossier Pharmaceutique** (DP).

2) Le DP et le DMP

a) Qu'est-ce que le DP ?

Le Dossier Pharmaceutique (DP) est un outil professionnel simple qui sécurise la dispensation pharmaceutique au bénéfice du patient. [107]

Selon la **Loi du 30 janvier 2007**, ce projet a été mise en œuvre par le législateur au CNOP, garant de l'éthique professionnelle et veillant à toutes ses obligations :

- à l'égard du patient : respect de ses droits et de sa liberté, fiabilité, confidentialité de l'hébergement et de l'accès aux données ;
- à l'égard du pharmacien : facilité d'utilisation, performance et coût réduit au minimum.

Les objectifs du DP sont:

- de repérer des risques d'accidents iatrogènes ou des redondances de traitements jusqu'à présent non décelables lorsque le patient se rend dans plusieurs officines ;
- d'améliorer le conseil officinal;
- de proposer aux patients un suivi thérapeutique ;
- d'alimenter le « **volet médicament** » du **Dossier Médical Personnel** (DMP) ;
- à terme, informer les pharmaciens sur les retraits de lots et autres alertes sanitaires.

Ainsi, le DP renforce le rôle d'acteur de santé du pharmacien et replace la dispensation au cœur de son métier. Il permet également de conforter le monopole de dispensation des médicaments.

Le DP reprend, pour chaque patient, l'ensemble de ses traitements médicamenteux, de prescription ou de conseil officinal, sur une période de **quatre mois**. Le nom du médicament, la quantité délivrée et la date de délivrance sont les seules données du DP. Contrairement au dossier patient qui contient bien plus d'informations et qui est stocké dans l'officine, les informations du DP sont centralisées chez un « **hébergeur de données de santé** » sélectionné par l'Ordre National des Pharmaciens.

Techniquement, le pharmacien doit être équipé d'un **logiciel « éligible au DP »** et d'une **liaison haut débit** (ADSL) pour créer, consulter et abonder les DP. Si ses deux conditions ne sont pas remplies, le pharmacien pourra seulement abonder les DP.

Pour créer un DP, le pharmacien doit tout d'abord présenter au patient l'utilité du DP et lui donner une **information éclairée** en lui précisant ses droits, puis, il devra recueillir son **consentement** à l'ouverture du DP.

Seuls les pharmaciens peuvent y accéder directement car l'ouverture du DP nécessite deux clés : la **Carte Professionnelle de Santé (CPS)** du pharmacien et la **Carte Vitale 1 ou 2** du patient.

b) Les phases de lancement du DP

La **phase pilote** a commencé **début juin 2007** dans plusieurs officines de **six** départements : le Doubs, la Meurthe-et-Moselle, la Nièvre, le Pas-de-Calais, le Rhône et la Seine-Maritime.

Cette phase a pour objectif :

- d'expérimenter le dispositif d'un point de vue technique,
- de vérifier la sécurité du dispositif,
- d'expliquer aux patients l'intérêt du DP,
- et de tester les outils de communication.

Le **14 février 2008**, la **Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL)** a autorisé :

- la prolongation de l'expérimentation pour les six départements déjà concernés,
- l'extension géographique à **deux nouveaux** départements : les Yvelines et les Hauts de Seine ;
- l'extension géographique à chacun des autres départements français dans la limite de **2000** officines.

Cette nouvelle phase expérimentale est autorisée pour **six mois**.

Au **21 avril 2008**, **220 000** DP ont été créés dans **542** pharmacies connectées. [108]

c) Le DP, le DMP et la loi

Dans le cadre de la Loi de Financement de la Sécurité Sociale (LFSS) pour 2008, le Sénat et l'Assemblée nationale ont consacré l'**autonomie du DP par rapport au Dossier Médical Personnel (DMP)**. L'objectif de cette mesure est de continuer à déployer le DP au cours des mois à venir, sans attendre que le DMP puisse être lancé à son tour. En effet, le DMP, conçu par la loi du 13 **août 2004** et expérimenté en **2007**, a rencontré de nombreux problèmes en raison de la complexité de sa mise en œuvre : son objectif principal étant de permettre la création et l'archivage sécurisé d'un dossier médical électronique pour chaque habitant du pays ! Son vaste contenu est encore flou et la Haute Autorité de Santé (HAS) est appelée à le définir. Toutefois, les données devront être stockées en **six volets** :

- un volet d'**identification et de données administratives** du patient,
- un volet de **données générales** (antécédents médicaux et chirurgicaux, historique des consultations spécialisées, etc.),
- un volet de **données de soins** (actes diagnostiques, résultats d'examens biologiques, **DP**, etc.),
- un volet de **données de prévention** (allergies et intolérances, vaccinations, etc.),
- un volet d'**imagerie** (radiographies, scanners, IRM, échographies, etc.),
- et enfin, un volet d'expression personnelle.

Lorsque le projet sera finalisé, les patients pourront consulter leur DMP, à tout moment et suivant des procédures sécurisées, tout comme les professionnels de santé lorsqu'ils y auront été autorisés par le patient. [109]

Reste à savoir si au final les médecins auront accès au DP et en contre-parti si les pharmaciens auront accès au DMP.

Le DP est une spécificité du système français car il n'existe dans aucun autre pays européen, ni au Québec. Il représente un puissant outil de défense du monopole pharmaceutique.

IV. La valorisation de l'acte de dispensation par la prescription pharmaceutique

1) Le renouvellement d'un mois supplémentaire

Depuis le 5 février 2008, selon l'article **L5125-23-1** du CSP : « *dans le cadre d'un traitement chronique, à titre **exceptionnel** et sous réserve **d'informer le médecin prescripteur**, lorsque la durée de validité d'une ordonnance renouvelable est **expirée** et afin d'éviter toute interruption de traitement **préjudiciable** à la santé du patient, le pharmacien peut dispenser, dans le cadre de la **posologie initialement** prévue et dans la limite **d'une seule boîte par ligne** d'ordonnance, les médicaments nécessaires à la poursuite du traitement* ». [71]

En pratique :

- sur la base de l'ordonnance initiale dont la durée de validité d'**au moins trois mois** est expirée, le pharmacien délivre le conditionnement comportant le plus petit nombre d'unités de prise ;
- il doit porter la mention « **délivrance par la procédure exceptionnelle d'une boîte supplémentaire** » sur l'ordonnance en indiquant la ou les spécialités concernées ;
- il doit apposer sur l'ordonnance le cachet de l'officine et la date de la délivrance ;
- et doit informer, dès que possible, le médecin prescripteur de cette dispensation.

Bien entendu, sont exclus du dispositif :

- les médicaments stupéfiants ou les médicaments auxquels la réglementation des stupéfiants est appliquée en tout ou partie;
- les médicaments, substances psychotropes ou susceptibles d'être utilisées pour leur effet psychoactif dont la durée est limitée. [116]

Sur le terrain, cette Loi a été accueillie à bras ouverts, depuis le temps que les pharmaciens attendent d'obtenir le droit d'avancer un médicament ! Pour autant, la lourdeur administrative (écrire sur l'ordonnance, puis la photocopier pour l'envoyer à la caisse, téléphoner au médecin, qui n'est pas toujours joignable, etc.) semble avoir freiné l'enthousiasme du début car beaucoup de pharmaciens préfèrent finalement la bonne vieille méthode qui consiste faire « l'avance de la vignette ». [111]

2) La prise en charge du « petit risque » et des maladies chroniques

a) Enquête IPSOS 2006

Selon une enquête **IPSOS** réalisée pour le salon Pharmagora **2006**, **91 %** des pharmaciens accepteraient de prescrire des médicaments pour des pathologies à **petits risques**, un acte qui serait également accepté par **73%** des Français. [112]

En réalité, la prise en charge du petit risque existe déjà puisque que certaines mutuelles prennent en charge de façon **forfaitaire** des « **prescriptions pharmaceutiques** ». C'est le cas par exemple de la SMEBA qui prend en charge les médicaments vignetés délivrés sans ordonnance par le pharmacien à hauteur de **15, 20 ou 30 euro** par an, selon la garantie souscrite. Il est dommage de constater que cette démarche reste anecdotique et qu'elle ne soit pas davantage plébiscitée car elle peut permettre de réduire le nombre de consultations médicales non justifiées et de promouvoir la consultation officinale.

En revanche, toujours selon l'enquête IPSOS, les pharmaciens sont moins nombreux, mais néanmoins toujours majoritaires, à se déclarer prêt à rédiger une ordonnance après le diagnostic du médecin (**68%**) et modifier ou adapter le traitement en fonction de l'évolution de la maladie (**55%**), deux actes que les Français ne sont pourtant pas encore prêts à accepter : ils n'étaient que **39%** et **37%** favorable à cette évolution des prérogatives du pharmacien. [112]

b) Sondage Direct Medica 2008

D'après le sondage Direct Medica réalisé par téléphone en **janvier 2008** auprès de **101** pharmaciens et **90** médecins, dans le cadre des transferts de tâches, **44 %** des médecins sont prêts à déléguer le **renouvellement des traitements chroniques**, **24 %** à déléguer le **renouvellement des vaccins antigrippaux** et **16 %** à déléguer la gestion du **petit risque**. [113]

D. La valorisation de son rôle d'acteur en Santé Public

Le conseil, l'éducation pour la santé et la prévention font partie intégrante de la vie de l'officine. Mais il est possible aussi que l'officine soit un lieu de dépistage d'un certains nombres de maladies ou de facteurs de risques.

I. Le conseil officinal

1) *Un devoir*

Selon l'article **R4235-48** du **CSP**, le pharmacien a « *un **devoir** particulier de **conseil** lorsqu'il est amené à délivrer un médicament qui ne requiert pas une prescription médicale. Il doit, par des conseils appropriés et dans le domaine de ses compétences, participer au soutien apporté au patient* ». [71]

2) *Enquête IPSOS 2008*

Dans le contexte du débat sur le libre-accès des médicaments, une enquête a été réalisée par IPSOS le 18 et 19 **janvier 2008**, auprès **934** personnes représentatives de la population française âgée de 18 ans et plus. [70]

D'après cette enquête, dans l'esprit des Français, le pharmacien est avant tout un professionnel de santé et son rôle de conseil apparaît central, essentiel à la sécurité sanitaire.

Une proportion non négligeable de la population entre dans l'officine sans vouloir acheter de médicaments en l'attente spécifique de conseils :

- pour **45%**, afin de demander conseil au sujet d'un problème de santé ;
- pour **33%**, afin d'évoquer un médicament qu'eux ou un proche prennent.

Plus de **4 personnes sur 10** déclarent qu'il leur arrive de ressortir de l'officine sans avoir acheté de médicament et plus de **9 personnes sur 10** (92%) se disent ainsi très sensibles (41%) ou plutôt sensibles (51%) au fait que leur pharmacien soit en mesure de leur fournir des conseils quand il leur délivre des médicaments.

3) En pratique

L'officine est le seul lieu où il est possible d'obtenir rapidement et à titre gracieux de multiples renseignements sur toute question relative à la santé : non seulement sur les médicaments, mais aussi sur les pathologies, les examens biologiques et radiologiques, la diététique, l'hygiène, les soins dermatologiques ou les cosmétiques, l'herboristerie, l'homéopathie, les champignons, etc. La pluridisciplinarité des études pharmaceutiques se justifie de part l'étendue des connaissances que le pharmacien doit avoir pour exercer pleinement son métier. Malgré cela, force est de constater que le conseil officinal n'est pas une discipline enseignée dans toutes les facultés de pharmacie. A Nantes, nous avons de la chance d'en bénéficier mais les quelques heures de cours ne sont malheureusement pas suffisantes.

Concrètement, un bon conseil nécessite :

- le respect de la **confidentialité** et du **secret professionnel**,
- ainsi qu'une **communication efficace**.

Face à toute demande d'un client, il est essentiel d'être en écoute **active** et de poser un certain nombre de questions afin de répondre au mieux à ses besoins. A titre d'exemple, si un client demande spontanément une boîte d'Actifed[®], il faut lui poser certaines questions, et notamment :



- « depuis combien de temps êtes-vous enrhumé ? »
- « avez-vous déjà pris quelque chose ? »
- « que ressentez-vous exactement ? »
- « êtes-vous souvent sujet aux rhumes ? »
- « prenez-vous un autre traitement ? »
- « faites-vous des allergies ? », etc.

Une fois le contexte clinique défini et les besoins du client identifiés, le pharmacien doit prendre une **décision** : accepter ou refuser la vente, proposer une alternative plus adaptée ou bien diriger le patient vers un médecin ou les urgences. L'intérêt de toute décision doit être expliqué au patient et l'explication du traitement conseillé doit s'appuyer sur une bonne connaissance des médicaments et produits proposés.

Il est intéressant d'élaborer des « **fiches conseils** » des pathologies les plus courantes qui peuvent permettre de classer et répertorier les différents médicaments et produits conseils de l'officine ou bien qui peuvent être remises aux clients.

Les conseils débouchent très souvent sur de la **prévention et de l'éducation sanitaire**.

II. La prévention

Au quotidien, le pharmacien en tenant compte des contre-indications, des interactions médicamenteuses, des posologies à respecter et en donnant des conseils de bon usage des médicaments adaptés à chaque patient, intervient dans la **prévention des accidents iatrogènes**.

Par ailleurs, il est amené à rappeler les **mesures hygiéno-diététiques** indispensables à la réussite des traitements des pathologies métaboliques (diabète, hypercholestérolémie, etc.) et à la **prévention des complications** liées à la maladie.

La demande d'écran solaire lui permet également d'aborder la **prévention solaire**.

III. L'éducation thérapeutique

1) Définition

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), l'éducation thérapeutique du patient consiste à : « *Aider les patients à **acquérir** ou **maintenir** les compétences dont ils ont besoin pour **gérer** au mieux leur vie avec une maladie chronique* ». Ainsi, l'éducation pour la santé propose aux personnes de comprendre et renforcer leur pouvoir de dire et d'agir, et favorise les **comportements** individuels et collectifs qui peuvent contribuer à réduire le risque de maladie et d'accident. Cette éducation doit porter non seulement sur leur maladie et leur traitement, mais aussi sur la **gestion du vécu** de leur maladie et son **impact** sur leur vie quotidienne. Elle doit par ailleurs s'inscrire dans la durée et elle ne s'improvise pas : il faut acquérir un savoir-faire pédagogique, et pour cela, il est nécessaire de suivre une **formation adaptée**. Actuellement, les études de pharmacie ne peuvent prétendre former les pharmaciens à cela.

2) *Enquête IPSOS 2006*

A l'occasion du salon **Pharmagora 2006** placé sous le thème « Pharmacien Educateur de Santé », **Ipsos** a mené une enquête en janvier **2006** auprès de **204** pharmaciens d'officine et **1016** personnes du grand public, afin de mesurer les réactions vis-à-vis du rôle d'éducateur de santé du pharmacien. [112]

Les résultats sont parlants : **79%** des français estiment que cette mission est du ressort du pharmacien.

Interrogés sur les moyens dont disposent les pharmaciens pour mener à bien cette mission, pharmaciens et grand public s'accordent à penser que :

- la **confiance** des patients est suffisante (**92%** des pharmaciens et **87%** des Français),
- tout comme les **compétences** professionnelles des pharmaciens (**92%** et **85%**)
- ou la **confidentialité** au sein de l'officine (**81%** et **74%**).

Certains éléments suscitent toutefois une plus grande réserve du grand public, comme la **connaissance** du patient et de son **historique**, jugée suffisante par **87%** des pharmaciens mais seulement par **56%** des patients. Cette difficulté pourrait être moindre avec le déploiement du **DP**.

Par ailleurs, quand le pharmacien propose à un client de modifier son comportement pour améliorer sa santé, il est écouté dans **43%** des cas, par des personnes qui ont suffisamment confiance en lui.

Pour les pharmaciens interrogés, les principaux freins au développement de l'éducation pour la santé est :

- le manque de temps (insuffisant pour **un tiers** des pharmaciens interrogés)
- et le manque de supports validés ou de formation adaptée.

Pourtant, d'une part, l'éducation du patient permet à long terme d'apporter un gain de temps puisque cela permet d'éviter de répéter sans cesse des notions que le patient a acquies, et d'autre part, il existe, au niveau départemental ou régional, des associations **loi 1901** à but non lucratif : les **Comités d'Education pour la Santé** (CODES ou CRES) qui proposent des formations à l'ensemble des professionnels concernés par l'éducation et la promotion de la santé. Par exemple, le CODES 93 offre la possibilité d'obtenir le Diplôme Universitaire (DU) intitulé « *L'Education à la santé, un outil de prévention* ». [114]

3) *En pratique*

Quelle que soit la pathologie, l'éducation du patient doit passer par un **questionnement** minimal afin de mettre en évidence ses représentations et ses connaissances. Puis, lorsqu'il est nécessaire, il faut l'orienter vers un processus de **changement de comportement**. Il faut également vérifier la bonne compréhension des messages et, dernière règle importante, l'apprentissage doit, si possible, passer par la **manipulation**, par exemple lorsqu'il s'agit d'utiliser un appareil d'auto-mesure (lecteur de glycémie, tensiomètre, etc.) ou bien un aérosol.

Si l'on s'inspire du modèle québécois, on peut organiser des **rendez-vous** dédiés à l'éducation avec des objectifs précis, comme ceux de l'éducation des patients sous anti-vitamines K. Le pharmacien engage, par cette démarche, sa **responsabilité** envers les résultats attendus du traitement et devient alors un **réfèrent** pour le patient.



Par ailleurs, afin d'aider les pharmaciens à jouer pleinement leur rôle d'éducation de santé, le **Comité d'Éducation Sanitaire et Sociale de la Pharmacie française** (CESPHARM) met à leur disposition, sur simple demande écrite, une sélection de documents, sous forme de brochures, de plaquettes ou encore d'affiches, destinés au public et à usage professionnel. Les pharmaciens sont régulièrement informés des campagnes relayées par le CESPHARM par des articles dans la Lettre des Nouvelles Pharmaceutiques. De même, l'**Institut Nationale de Prévention et d'Éducation en Santé** (INPES) propose au grand public et aux professionnels de l'éducation et de la santé quelque 250 documents différents. [115]

IV. Le dépistage

Le dépistage consiste en la recherche d'une **maladie** ou d'un **facteur de risque** chez une personne qui ne se plaint pas de symptômes particuliers, à l'aide d'examens biologiques, cliniques ou encore radiologiques.

Le dépistage, incité par les pouvoirs publics qui y voient une source d'économies, prend de l'ampleur à l'officine.

Selon l'Arrêté du 8 février **1979**, les pharmaciens ont la possibilité d'effectuer des **analyses simples** dont la liste est la suivante :

- « *Urines : acétone (recherche et estimation approximative), pigments et sels biliaires (recherche), protéines (recherche et dosage), sucre (recherche et dosage), sang*

(caractérisation, soit par recherche des hématies, soit par l'hémoglobine), urobiline (recherche),

- Sang : urée, glucose, mesure de la vitesse de sédimentation globulaire. » [71]

Par ailleurs, l'exécution de ces analyses doit être effectuée dans un **endroit réservé** à cet effet dans l'officine et il est exigé du pharmacien le **matériel** suivant : « *un petit matériel de verrerie courant, un appareillage permettant d'obtenir une eau distillée ou purifiée, un réfrigérateur à + 4 °C, un centrifugeur avec accessoires, un spectrophotomètre avec cuve thermostatée, si les techniques utilisées l'exigent* ». [71]

En pratique, le pharmacien doit réaliser le dépistage « *dans les règles de l'art* », à savoir :

- il doit respecter les **normes** fixées par l'Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé (AFSSAPS) en ce qui concerne les matériels utilisés et la maîtrise des **risques d'exposition au sang** ;
- il ne doit pas exercer illégalement la médecine, c'est-à-dire qu'il ne doit en aucun cas faire un diagnostic : il peut seulement **informer** le patient des résultats et l'**orienter** si nécessaire vers un médecin ou un spécialiste ;
- le client doit effectuer seul son prélèvement, sauf en cas d'incapacité majeure ; on parle alors d'**auto-dépistage**.

Par ailleurs, si le pharmacien désire réaliser une journée de dépistage, l'Ordre des Pharmaciens conseille de faire parvenir, de préférence un mois avant, un **courrier** auprès du représentant local de l'Ordre précisant les dates, le thème et les modalités de réalisation de l'opération de dépistage. Il doit également respecter les règles de la publicité et de la concurrence pour faire connaître sa démarche : toute communication sous forme d'affiche ou de plaquette doit rester dans l'officine. [116]

E. La valorisation de son rôle dans la prise en charge et du suivi des patients à domicile

I. Le maintien à domicile

1) Qu'est-ce que le MAD ?

Le terme de Maintien A Domicile (MAD) désigne la prise en charge des personnes **dépendantes** par un ensemble de professionnels du secteur libéral, sans l'intervention d'un service de coordination, afin qu'elles puissent continuer à vivre chez elles. Ainsi, toute personne qui se trouve dans l'incapacité d'accomplir certaines tâches de la vie courante (personne âgée, handicapée, accidentée ou fragilisée) peut bénéficier du maintien à domicile pour être assisté dans les gestes quotidiens de la vie : aide aux déplacements, lever et coucher, toilette, prise des repas, ménage, courses, gardes de jour et de nuit, promenades, etc. Cette aide permet tout simplement d'éviter leur mise en institution ou leur hospitalisation.

2) Quelle est la place du pharmacien d'officine dans le MAD ?

En raison du vieillissement constant de la population et du manque de lit à l'hôpital, le marché du MAD connaît un essor très important depuis les années 90. En **2006**, il représentait un chiffre d'affaires de **370** millions d'euros. [117]

Cette activité très convoitée connaît une **concurrence très forte** : pharmacies, magasins spécialisés et même certaines enseignes de la grande distribution (comme Leclerc®) proposent un rayon de maintien à domicile ! Par ailleurs, de nombreux prestataires n'hésitent pas à démarcher directement aux lits des patients hospitalisés, court-circuitant ainsi les pharmaciens ! Face à cette concurrence, l'officinal possède deux avantages sérieux : il **connaît** bien ses clients (habitudes de vie, traitements, entourage, etc.) et ceux-ci lui font **confiance**, et il est le mieux placé pour **estimer leurs besoins** en fonction des traitements qu'ils sont amené à prendre.

Pour développer le MAD à l'officine, il faut le faire savoir et pour cela il est important de réaliser une **vitrine d'information** et d'y exposer du matériel. Il n'est pas indispensable d'avoir beaucoup d'espace consacré au MAD puisque le pharmacien peut **sous-traiter** ses prestations à ses grossistes via leur antenne spécialisée (Locapharm pour Alliance Santé, Oxypharm pour la CERP, etc.). Par ailleurs, pour être plus fort face à la concurrence et se

faire connaître, les officinaux peuvent aussi se **regrouper** entre eux, c'est le cas du groupement GIPHAR qui propose à ses adhérents le service GIPHARMAD, ou bien ils peuvent fédérer à un **réseau MAD** comme : Pharmasoins 68 ou Pharma Soins 31. [118]

Et enfin, il est essentiel que le pharmacien soit compétent en la matière, le bagage universitaire n'étant pas suffisant, il doit suivre une formation spécifique, comme par exemple le DU MAD.

II. L'hospitalisation à domicile

1) *Qu'est-ce que l'HAD ?*

Selon l'article **R6121-4** du CSP, « *les structures d'hospitalisation à domicile permettent d'assurer au **domicile du malade**, pour une période **limitée** mais **révisable** en fonction de l'évolution de son état de santé, des soins médicaux et paramédicaux **continus** et **coordonnés**. Ces soins se différencient de ceux habituellement dispensés à domicile par la **complexité** et la **fréquence** des actes* ». [71]

Ainsi, l'Hospitalisation à Domicile (HAD) a pour finalité d'éviter ou de raccourcir une hospitalisation en établissement tout en associant à la sécurité des soins le confort psychologique et physique du domicile.

Pour qu'un patient puisse être admis dans un service de HAD plusieurs conditions doivent être remplies :

- le médecin doit juger que l'état du malade n'exige pas un séjour à l'hôpital et estimer que les soins peuvent être poursuivis chez lui,
- les conditions de logement du malade le permettent,
- et le patient et sa famille sont d'accord.

Tous les frais inhérents à la prise en charge d'un patient admis en HAD sont autofinancés par l'HAD elle-même.

2) *Quelle est la place du pharmacien d'officine dans le HAD ?*

Le pharmacien d'officine est de plus en plus souvent amené à dispenser des traitements pour des patients en HAD. Il s'agit de prendre en charge des patients à pathologies **lourdes** et dont les traitements demandent une attention très particulière puisque la plupart sont sortis **de la**

réserve hospitalière. Ceux-ci sont moins bien connus de l'officinal car peu prescrits en ville, il doit donc s'informer rapidement afin de garantir leur bon usage.

De part la connaissance des patients suivis depuis longtemps à l'officine, le pharmacien peut apporter un réel **soutien psychologique**, tout comme le médecin de famille et la famille elle-même. [119]

III. Les réseaux de soins

1) Qu'est-ce que les réseaux de soins ?

Les réseaux de soins sont des dispositifs **centrés sur le patient** : leurs objectifs est d'améliorer la **qualité** d'une prise en charge **globale** d'un type de population donné tant sur le plan des soins que de l'éducation à la santé et de la prévention. [126]

Les réseaux naissent d'une collaboration sur la base du **volontariat**, dans une zone géographique donnée, de professionnels de santé de disciplines différentes : médecins généralistes, médecins spécialistes, pharmaciens, infirmiers, kinésithérapeutes, mais aussi psychologues et travailleurs sociaux.

Concrètement, un réseau repose sur cinq dimensions :

- le **projet** médical définit après un consensus scientifique (charte d'adhésion, protocole de soin et objectifs à atteindre) ;
- le **financement** spécifique (Fond d'Aide à la Qualité des Soins de Ville ou FAQSV, CPAM, etc.) ;
- la **coordination** des soins grâce à une plus grande interaction des professionnels (dossier médical commun aux intervenants) ;
- la **formation** et l'**information** des professionnels (apprentissage de la pratique en réseau, respect des référentiels de bonnes pratiques, retour d'information sur les résultats du réseau)
- l'**évaluation** (évaluation de la pratique en réseau, de la qualité des soins et évaluation économique du réseau).

Quelques soit l'orientation des réseaux vers la médecine libérale et/ou la médecine hospitalière (réseaux ville-hôpital, réseaux inter-hospitaliers ou réseaux de soins libéraux) ils s'organisent souvent en **Loi 1901**.

Et enfin, les réseaux constituent des observatoires régionaux ou nationaux ayant pour objectif d'améliorer les **connaissances épidémiologiques** (évolution de l'incidence, de la prévalence et de la mortalité d'une pathologie donnée à un échelon régional, voire national).

2) Quelle est la place du pharmacien d'officine dans les réseaux de soins ?

Il est indéniable que le pharmacien d'officine contribue au bon fonctionnement des réseaux de soins en apportant son savoir-faire et ses connaissances en matière de **bon usage** des médicaments, mais aussi en participant activement à l'**échange d'informations** avec les patients et les autres professionnels intervenants.

Penons pour exemple, les réseaux oncologie régionaux qui actuellement couvrent la totalité du territoire. Avec l'essor des **sorties de la réserve hospitalière** des anticancéreux et de leurs traitements associés tels que l'érythropoïétine ou le Zométa[®], les pharmaciens d'officine sont devenus un maillon de la chaîne de soin autour du patient souffrant d'un cancer. Ainsi, dans la région Pays-de-Loire, le réseau **ONCO-PL**, crée en **2002**, organise des formations **gratuites** sur la prise en charge des patients cancéreux à l'officine et destinées aux pharmaciens d'officine désireux d'intégrer le réseau de Loire-Atlantique. [121]

Pour intégrer un réseau, le pharmacien doit signer la charte de celui-ci. Dès lors, il peut être à tout moment contacté pour organiser rapidement et le mieux possible le retour d'un malade à son domicile tout en garantissant la continuité des soins **24 heures sur 24** et **7 jours sur 7**. Pour faciliter le travail et éviter toute rupture de la chaîne de soin, le pharmacien est informé à l'avance du traitement de sortie du malade.

Comme le montre le schéma ci-dessous, le patient est au cœur du réseau et tous les intervenants de santé gravitent autour de celui-ci :

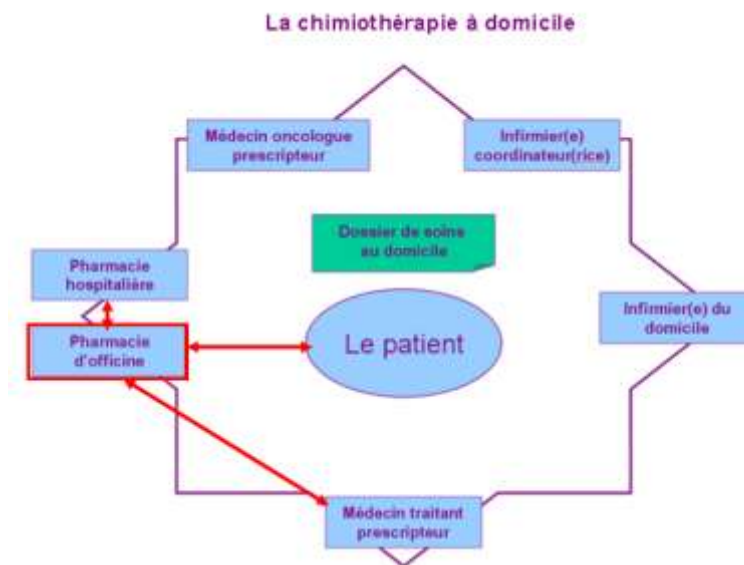


Figure n°15: Schéma représentant le dispositif de réseau de soin, selon le réseau ONCO-PL. [122]

IV. Les services à la personne

1) La loi Borloo

Dans un contexte d'allongement de la durée de vie, d'augmentation du travail des femmes et du nombre des familles monoparentales, le secteur du service à la personne, **tous services confondus**, connaît un taux de croissance d'environ **5 %** par an depuis une dizaine d'années. La Loi de Jean-Louis **Borloo**, relative au développement des services à la personne et promulguée le 26 juillet **2005**, vise à doubler ce rythme de croissance afin de créer de nombreux emplois. [123]

Pour atteindre ce but, le projet a défini trois objectifs principaux :

- la **réduction des coûts et des prix** des services et prestations,
- la **simplification de leur accès** pour les particuliers
- et une **professionnalisation** du secteur garantissant la **qualité** des services.

Dans le cadre de cette Loi, l'**Agence Nationale des Services à la Personne (ANSP)** a été créée pour coordonner l'action des 18 ministères concernés par les services à la personne et offrir un interlocuteur unique aux différents acteurs du secteur. Cette agence a également

établi une liste de ces services en raison de l'importance des avantages fiscaux et financiers dont ils bénéficient. Parmi la vingtaine de métiers et d'activités qu'elle recouvre, l'**assistance aux personnes âgées et/ou dépendantes** peut constituer une réelle opportunité de développement de la profession.

2) Expérimentation DOmissimo

Les trois principaux syndicats pharmaceutiques (FSPF, USPO et UNPF) se sont mis d'accord avec le groupe de protection sociale complémentaire D&O pour mener une expérimentation dès le second semestre **2008**. Le groupe D&O a en effet créé en 2007 une **plate-forme de services** à la personne, **DOmissimo**. Grâce à un dispositif de communication, la DOmissimo Box (sorte de téléphone fixe), les personnes abonnées pourront contacter directement leur officine, simplement en pressant la touche intitulée « mon pharmacien ». Dès lors, elles pourront bénéficier d'une assistance et de conseils à distance concernant leurs traitements habituels ou en cas d'automédication, et d'un portage à domicile des médicaments. [124]-[125]

3) Expérimentation Carladom

Le groupe Pierre Fabre et les pharmaciens membres du Cercle du Carla ont développé un nouveau concept de service à la personne : la plate-forme **Carladom**. Celle-ci gère seize prestations, dont treize issues directement de la nomenclature Borloo. Le principe du projet Carladom est simple : à l'officine, le pharmacien recueille la demande du patient, voire l'aide à fixer ses besoins à l'aide d'un formulaire, puis il transmet les informations à la plate-forme Carladom qui, après contact avec les prestataires concernés, élabore un devis qu'il retourne au pharmacien. Une fois le devis validé par le patient, Carladom s'engage à mettre en place la ou les prestations demandées à domicile, à une date fixée avec le patient. Dans un premier temps, ce nouveau service va être déployé dans douze départements et une centaine de pharmacies. Dès que cette nouvelle phase du projet sera validée, Carladom sera accessible à l'ensemble du réseau officinal français. [126]

Ces deux exemples mettent en évidence que les pharmaciens, qui agissent bien souvent de manière individuelle et dispersée, peuvent tout à fait être fédérés par d'autres qu'eux-mêmes. De plus, tout investissement du pharmacien en dehors de son officine renforce la confiance du patient envers lui, valorise son métier et réaffirme son rôle de professionnel de santé de proximité.

La valorisation de l'acte pharmaceutique en France par la démarche Qualité : l'expérience PharmaKer

*J'ai découvert le programme PharmaKer grâce à Mme **Gouesnard**, Docteur en pharmacie, adjoint dans la région nantaise et également membre de mon jury de thèse. Elle-même en a appris l'existence de manière totalement fortuite lors de la lecture d'un article dans le Moniteur des Pharmacies, alors qu'elle connaissait déjà deux participants du programme : Mr **Batalla** en tant que maître de stage et Mme **Davoust** en tant qu'enseignante à la faculté de pharmacie de Rennes.*

Vous l'avez bien compris ce programme PharmaKer fait discrètement parler de lui alors qu'il mérite d'être davantage connu et c'est la raison pour laquelle je lui prête une attention toute particulière dans ma thèse.

*Pour tenter de décrire le plus fidèlement possible le programme, mais également pour des raisons d'intérêt personnel et professionnel, j'ai rencontré les trois acteurs principaux du programme, à savoir : Mme **Davoust**, Mr. **Batalla** et Mr **Zamparutti**.*

Premier chapitre : Présentation du programme PharmaKer

A. Qu'est-ce que le programme PharmaKer ?

PharmaKer (« Ker » comme « **maison** » en breton et dont la prononciation fait penser au mot anglo-saxon « **care** » comme « soins ») est un programme **de groupe pour la qualité des pratiques pharmaceutiques**.

Ce programme, conçu en **2006**, rassemble des pharmaciens d'officine d'**Ille-et-Vilaine** surtout mais également des **Côtes-d'Armor**, afin de mettre en place des actions dont les objectifs sont :

- d'améliorer la **qualité** de la prise en charge des patients, en développant le rôle des pharmaciens en **collaboration** avec les autres professionnels de santé,
- d'identifier des axes **d'évolution** des pratiques pharmaceutiques (rôle des pharmaciens dans la qualité des prescriptions, etc.),
- et d'étudier leurs modalités de **développement régional**.

Les participants sont **volontaires, indépendants** de tout syndicat, parti politique ainsi que de l'industrie pharmaceutique. Il n'y a évidemment **pas de hiérarchie** à l'intérieur du groupe qui compte actuellement à son actif **quatorze** officinaux et un **animateur** de projet : Mr **Zamparutti**, également Docteur en pharmacie.

B. Comment est né le programme PharmaKer ?

Un certain nombre de professionnels de santé libéraux ou hospitaliers, comme les médecins et les infirmiers, ont développé depuis quelques années divers **groupes de qualité**.

En Bretagne, différentes actions ont été promues par l'**Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie (URCAM)**, l'**Union Régionale des Médecins Libéraux de Bretagne (URMLB)**, le **Centre Régional des d'Information sur le Médicament (CRIM)** du CHU de Rennes et d'autres institutions afin de développer la qualité des pratiques et de la prescription (groupes qualité de médecins, programme Infoproximed de visite médicale indépendante,

etc.). Ces travaux ont montré la nécessité d'impliquer les pharmaciens dans des réflexions sur la **qualité de la prescription, son suivi et le conseil auprès des patients**.

Ainsi, le projet PharmaKer est né de la volonté de l'**URCAM** et de **plusieurs pharmaciens** soutenus par l'**Ordre** d'améliorer l'exercice de la profession et de créer un groupe qualité de pharmacien.

C. Existe-t-il un financement ?

Pour mettre en œuvre le projet PharmaKer, il n'était pas indispensable de trouver un financement puisque les volontaires s'y engagent à des fins non lucratives. Toutefois, un dossier de demande de subvention au **Fonds d'Aide à la Qualité des Soins de Ville*** (FAQSV) de Bretagne a été monté en mai **2005** et la subvention a été accordée dans le cadre d'une **convention** signée entre l'**URCAM** et l'**Association des Conseillers et des Pharmaciens Agréés Maître de Stage de Bretagne**. Cette dernière est présidée par Mr **Batalla**, lui-même étant chargé de gérer le financement du programme.

La subvention accordée a été de **60 000 euros**. Elle permet de prendre en charge, pendant les premières années du programme, les frais de déplacement, de formation mais aussi l'investissement temps. Cela représente environ **150 euros par pharmacien et par action**.

* Depuis janvier 2007, le FAQSV est devenue le Fonds d'Intervention de la Qualité et de la Coordination des Soins (FIQCS)

D. Comment fonctionne le programme ?

Chaque année, les pharmaciens de PharmaKer s'engagent dans un **programme** visant à mettre en place **plusieurs actions** dans le champ de divers **thèmes** de pratique quotidienne (la migraine, l'hypertension, etc.).

Le point le plus **innovant** de ce programme, qui n'avait pas fait l'objet d'aucune expérimentation en France, est la mise en place d'une **méthodologie** basée sur trois principes fondamentaux :

- la réalisation d'**audits cliniques**,
- la mise en place d'**entretiens structurés** (ou « consultations pharmaceutiques ») avec les patients à l'officine,
- l'échange et l'analyse des pratiques **en groupe de pair**.

Selon l'HAS, L'audit clinique est « *une méthode d'évaluation qui permet à l'aide de critères déterminés de comparer des pratiques de soins à des **références admises**, en vue de mesurer la **qualité** de ses pratiques et des résultats de soins avec l'objectif de les **améliorer*** ». [127]

Dans le cas présent, il est demandé aux pharmaciens de PharmaKer de comparer la prise en charge des patients par rapport à un **référentiel de pratique officinale**.

Par ailleurs, pour la plupart des actions menées, les pharmaciens suivent une **formation** réalisée soit par des intervenants externes, soit en auto-formation à l'aide de documentations fournis par le groupe ou l'animateur.

Et enfin, chaque action a été évaluée sur une période de deux à trois mois à l'issue de laquelle est rédigé le **rapport d'évaluation** de l'action.

I. Quels sont les critères de choix des thèmes ?

Tous les thèmes traités par le programme sont issus essentiellement du domaine de la **prévention** ou des **pathologies chroniques**.

Ils ont été choisis par l'ensemble des participants en tenant compte :

- des intérêts et priorités de santé publique,
- de la prévalence d'une pathologie,
- des éléments de non-conformité relevés par les pharmaciens dans leur pratique courante, etc.

Ainsi, en **2006**, cinq actions ont été mises en place, dont voici les thèmes :

- *Acide folique dans la prévention du spina-bifida ;*
- *Bon usage des anti-vitamines K ;*
- *Audit de prévention des Accidents Vasculaires Cérébraux (AVC) lors de la fibrillation auriculaire ;*
- *Hypertension et risque cardiovasculaire ;*
- *Mise en place d'un système de management des risques à l'officine.*

Puis, en **2007**, trois actions ont été réalisées :

- *Migraine ;*
- *Asthme ;*
- *Prévention des effets secondaires à l'amiodarone, action qui s'est prolongée en **2008**.*

Et enfin, en **2008**, le programme projette de mettre en œuvre une action sur l'*insuffisance rénale*.

II. Comment est construit un référentiel de pratique ?

Le référentiel de pratique est l'**outil** principal du programme PharmaKer.

Il a pour but d'évaluer la prise en charge des patients par rapport à des **référentiels de bonnes pratiques nationalement acceptés**, mais également d'harmoniser des pratiques entre les pharmaciens du programme PharmaKer.

Sa rédaction tient compte, pour chaque thème, des **objectifs qualitatifs** prédéfinis collectivement mais aussi des **recommandations scientifiques et médicales** validées.

Les objectifs qualitatifs diffèrent d'un thème à l'autre mais globalement ils peuvent être :

- d'ordres opérationnels, comme :
 - l'amélioration de la prise en charge d'une pathologie chronique, de la prévention de la **iatrogénie**, de l'**éducation thérapeutique**, de l'**observance**,
 - la transmission systématique aux patients de conseils sur le **bon usage des médicaments**, de **conseils hygiéno-diététiques**, etc.
- et d'ordres organisationnels, comme :
 - l'amélioration de la **coordination des soins** et le **partage des informations** avec d'autres professionnels,
 - la **documentation** des interventions pharmaceutiques, etc.

Les recommandations sont quant à elles d'ordres médicales et scientifiques, bien souvent non spécifiques à la pharmacie. Elles peuvent être issues :

- Des agences nationales : Haute Autorité de Santé (HAS), Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé (AFSSAPS), Direction Générale de la Santé (DGS), Agence Nationales d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES), etc. ;
- De la presse scientifique : revue Prescrire ;
- D'enquêtes : de l'Enquête Nationale sur les Événements Indésirables liés aux Soins (ENEIS), de l'URCAM, etc.

Certaines sont également issues de l'expertise même des pharmaciens d'officine.

Par ailleurs, chaque référentiel comporte :

- une **fiche d'action** (ou protocole) qui résume le contexte, les objectifs, la méthode, les recommandations, les indicateurs de suivi, etc.,
- et un **guide pratique**, constitué de plusieurs items successifs, qui permet de guider les entretiens structurés.

Ce guide pratique doit donc être d'utilisation **facile** (support ergonomique, items compréhensifs, suite logique des items, etc.), que se soit lors des entretiens structurés mais aussi lors de la présentation orale de cas clinique en groupe de pair.

Une fois la rédaction du référentiel de pratique finie, celui-ci est **validé par les pharmaciens du groupe** puis **testé** à l'officine, sur un minimum de patients, afin de contrôler son applicabilité et sa pertinence.

III. Comment se déroule un entretien structuré ?

« Madame, s'il vous plaît, pourriez m'accorder une quinzaine de minutes ? Je souhaiterais vous poser quelques questions sur votre pathologie. Tout cela restera bien entendu strictement confidentiel ». [128]

Voilà comment, d'après Mme Davoust, un entretien structuré peut être proposé à une patiente dont le profil correspond à l'un des thèmes. Bien entendu, si la patiente est pressée mais intéressée, une prise de rendez-vous peut lui être proposée.

Concernant le choix des patients, il n'y a pas de règle statistique puisque le but n'est pas de faire un échantillonnage de la population. Les pharmaciens ont le **libre choix** des patients, en général, ils ciblent les personnes présentant certaines difficultés face à leur traitement ou leur pathologie. Pour le thème sur la prévention de la iatrogénie à l'amiodarone, il était demandé aux pharmaciens de voir l'ensemble des patients traités par l'amiodarone, mais globalement pour les autres actions un pharmacien reçoit en « consultation » **dix à quinze** patients.

Une fois l'accord du patient obtenu, l'entretien est réalisée à l'écart, dans une zone garantissant la **confidentialité**. Durant une quinzaine de minutes en moyenne (de 10 à 60 minutes selon l'action), le pharmacien procède à l'entretien structuré en s'aidant du **référentiel de pratique** réalisé en amont. Chaque item du **guide pratique** est alors abordé

avec le patient, et le pharmacien le remplit par écrit au fur et à mesure du déroulement de l'entretien. Toutes les informations recueillies sont bien évidemment soumises au **secret professionnel**.

IV. Comment se déroulent les réunions du programme ?

Le programme organise des réunions régulières, et globalement, pour une action il y en a **trois ou quatre**, en soirée ou parfois dans l'après-midi. Pour faciliter l'organisation et le déroulement de celles-ci, les participants sont séparés en deux groupes.

Durant de la 1^{ère} réunion, l'animateur du projet expose les différents **objectifs** de l'action, et, si nécessaire, une **formation** des participants est réalisée. Ces derniers repartent avec le **référentiel de pratique** et une **revue bibliographique** sur les différents points abordés dans le référentiel. Pour le thème de l'asthme, des **systèmes d'administration placebo** leur ont été également remis afin qu'ils puissent évaluer les techniques d'inhalation des patients.

Lors des réunions suivantes, les pharmaciens **exposent oralement quelques cas cliniques** et une **analyse des pratiques est réalisée entre pairs**. Ces réunions en **groupes de pairs** permettent aux pharmaciens d'évaluer leurs pratiques mais aussi de se former dans un lieu de libre parole où chacun peut s'exprimer sans jugement. Ces échanges entre confrères sont toujours très enrichissants.

Par ailleurs, ces réunions de « débriefing » permettent de **suivre et d'adapter**, si nécessaire, les différents objectifs de l'action.

Et enfin, une dernière réunion est consacrée à l'**évaluation** de l'action avec analyse et interprétation collective des résultats.

V. Par quels procédés sont évaluées les actions ?

Les actions sont évaluées à partir des données et informations recueillies lors des entretiens structurés.

Certaines données permettent de réaliser des **statistiques**, par exemple il est facile de déterminer :

- le pourcentage de patients pour lesquels les pharmaciens ont jugé nécessaire que la prise en charge de leur pathologie soit revue par un médecin,
- ou encore le pourcentage de patients pour lesquels la fréquence d'un contrôle est inadapté, etc.

D'autres données sont des **indicateurs** de suivi et d'évaluation de l'action. Ainsi, certaines **données d'examens biologiques**, sont de très bons indicateurs et leur consultation par les pharmaciens est alors indispensable. Ces données peuvent permettre d'évaluer l'amélioration ou non de l'**observance** du traitement médicamenteux mais aussi celui du **suivi biologique**. Concernant les actions sur le bon usage des anti-vitamines K et sur l'hypertension, les **objectifs** INR et tensionnels fixés par le médecin étaient également incontournables pour mener à bien ces deux actions.

Prenons l'exemple de l'action sur la prévention de la iatrogénie à l'amiodarone. Un des objectifs fixés était de s'assurer que la programmation du suivi biologique ou clinique avait bien eu lieu et que ceux-ci étaient également réalisés. Pour cela, six suivis biologiques ou cliniques de l'amiodarone ont été listés :

- Réalisation des Dosages : TSH, Fonction Hépatique et Kaliémie ;
- Examen ophtalmologique, radiographie pulmonaire, ECG.

Les résultats ont montré que l'intervention des pharmaciens pour améliorer le suivi biologique des traitements par amiodarone a été nécessaire chez **un patient sur cinq**. Des recommandations aux prescripteurs, ayant pour objectif de les inciter à prescrire les suivis biologiques requis, ont été réalisées et, dans **trois cas sur neuf**, la confirmation d'une nouvelle prescription pour des bilans biologiques a été obtenue.

Deuxième chapitre : Analyse des résultats du programme PharmaKer

La volonté d'évaluer ce qui se fait pour apporter des améliorations s'inscrit dans une démarche qualité. Ainsi, il a été réalisé une évaluation pour chaque action mise en œuvre mais aussi pour le projet lui-même au cours de sa première année d'expérimentation. La synthèse des résultats des ses évaluations est exposée ci-dessous.

A. Les participants du programme et leur avis

Pour la phase expérimentale, onze pharmaciens volontaires se sont engagés pour le programme de l'année 2006. Seul un pharmacien a abandonné en cours de programme déclarant : *« j'ai de bonnes relations avec les médecins et je ne veux pas me fâcher avec eux »*.

Au total, une **vingtaine** de pharmaciens ont participé au programme, et pour chaque action, il y a eu entre **dix et quinze** participants.

J'ai rencontré deux d'entre eux, Mme Davoust et Mr Batalla, et ils m'ont tous les deux exprimés leur enthousiasme et leur attachement au programme. *« Eu égard à ma fructueuse expérience PharmaKer, je ne peux avoir qu'une action militante afin d'encourager de nouveaux confrères soit à venir élargir le cercle breton de concertation et d'action, soit à créer des groupes similaires au sein d'autres régions »*, exprime Mme Davoust. [128]

B. Les échanges avec les prescripteurs et la coordination des soins

En début de programme, il a été demandé à chacun des pharmaciens de présenter le programme PharmaKer aux médecins habituels de l'officine. Les modalités de présentation étaient libres : rendez-vous téléphoniques, présentation au cabinet médical ou encore présentation dans le cadre du groupe qualité de médecins auxquels participaient les trois pharmaciens de Mordelles, et ils pouvaient s'aider de la **plaquette de présentation du projet**. Il leur a été demandé également à cette occasion d'annoncer le 1^{er} thème (*intérêt de*

l'acide folique en prévention du spina-bifida) et de leur apporter des éléments de bonne prescription de ce médicament.

La stimulation des échanges d'information avec les prescripteurs ou autres soignants consistait un des points importants du programme. Globalement cette démarche a été appréciée des pharmaciens, comme l'a déclaré l'un d'entre eux : *« je n'aurai jamais imaginé pouvoir parler à un prescripteur des problèmes de trouble de rythme cardiaque d'un patient ou d'adaptation de dose d'un anticoagulant »*, mais ils ont toutefois avoué avoir rencontré quelques difficultés. Il semble que ceux qui ont pu échanger avec les prescripteurs au cours de réunions physiques (dans le cadre du groupe qualité de médecins de Mordelles en particulier) se sont sentis plus *« à l'aise »* que les autres. De plus, ils ont déclaré préférer les thèmes où le référentiel peut être maîtrisé totalement à l'officine, ou seulement avec des échanges avec les patients, aux thèmes qui nécessitaient des échanges d'information avec les prescripteurs. Mais au final, sur les thèmes abordés au cours du programme, il y a eu plus d'échanges avec les prescripteurs, qu'il n'y en avait eu avant le programme.

Par ailleurs, en 2007, a été tenté un rapprochement des médecins et des pharmaciens au sein d'un **même groupe expérimental d'assurance qualité**. Cette initiative s'inscrit dans la continuité du projet PharmaKer et de celui des Groupes Qualité de médecins, portés par l'URML et l'URCAM. Leur volonté commune est de promouvoir une nouvelle organisation des soins de premiers recours, au sein de territoires de proximité, à travers des coopérations renforcées entre l'ensemble de professionnels de santé libéraux.

Ainsi, l'URCAM a organisé, en partenariat avec l'URML et le groupe PharmaKer, des réunions entre les pharmaciens du groupe PharmaKer et les médecins du groupe qualité de Mordelles, de manière à définir une **méthode de groupes d'analyse de pratique** entre les médecins et les pharmaciens pour renforcer, structurer et potentialiser leur coopération sur un même territoire de proximité.

Le thème retenu a été celui de la **prise en charge de l'asthme**.

La méthode testée est celle qui est déjà employée par les groupes qualités de médecins. Elle se différencie de la méthodologie du programme PharmaKer par l'absence de comparaison de la pratique à un référentiel validé et accepté. Cette méthode est la suivante :

« 1. Chaque participant vient avec deux cas cliniques de patients asthmatiques :

a. Un dossier tiré au sort parmi les patients vus récemment (par exemple, le troisième patient de la journée précédent le staff).

b. Un dossier choisi parmi les patients qui ont posés un problème de prise en charge (suivi, évaluation, éducation thérapeutique, observance, etc.) ;

2. Constitution de sous-groupes composés chacun de 5 médecins traitants et de 2 ou 3 pharmaciens ;

3. A tour de rôle, les médecins et les pharmaciens présentent leurs cas et, ensemble, les professionnels cherchent à répondre à la question suivante :

Comment ce patient aurait-il pu être mieux pris en charge, en s'appuyant sur le binôme médecin – pharmacien, compte tenu des difficultés rencontrées par ces professionnels, des spécificités du patient, des contraintes locales et des recommandations professionnelles (HAS) ?

Ainsi, la discussion qui suit les présentations est aussi l'occasion pour chacun d'expliquer ses contraintes, ses limites, ses habitudes, ses attentes par rapport aux autres professionnels, etc.

4. A l'issue de chaque présentation, le secrétaire de séance note :

a. Les questions posées et restées sans réponse ;

b. Les pistes évoquées notamment en termes d'organisation de la prise en charge, de rôle de chacun et d'outils utiles pour les professionnels et les patients.

5. Une restitution de ces éléments est ensuite réalisée par le secrétaire de chaque sous-groupe en séance plénière et l'adoption d'une position commune est proposée.

L'animation est assurée par un binôme médecin – pharmacien.

Cette expérimentation doit permettre d'identifier certaines informations, notamment celles concernant :

- La faisabilité de la démarche et la satisfaction exprimée par les professionnels ;
- Le résultat de la démarche c'est-à-dire les propositions en terme d'organisation de la prise en charge, de rôle de chacun et d'outils utiles pour les professionnels et les patients ;
- La réalité de la mise en œuvre des **protocoles partagés** et les difficultés rencontrées ;
- La nature des documents à transmettre aux participants avant un staff. » [129]

L'objectif final de cette méthode est de préciser « **qui fait quoi comment** » pour améliorer la prise en charge des patients asthmatiques.

En raison des difficultés de coordination entre médecins et pharmaciens lorsqu'il s'agit de **partage de tâches**, les protocoles partagés sur le thème de l'asthme sont toujours en cours de construction. Durant la dernière réunion, qui date du 29 avril 2008, **trois items** ont été retenus pour lesquels des protocoles communs devront être établis :

« 1/ Brainstorming sur les trois grands thèmes :

- Education du patient
- Suivi du traitement
- Plan d'action remis au patient

2/ Choix des documents types utilisables et actions envisagées :

- Un plan d'action personnalisé est remis à chaque patient par le médecin et agrafé à l'ordonnance (ces documents sont ceux issus du site : <http://www.asthme-allergies.org/>) ; Le rôle du pharmacien étant de vérifier que le patient en possède un.
- Le test de contrôle de l'asthme est effectué au cabinet du praticien à chaque consultation, remis au patient pour être rempli avant la consultation ou le renouvellement en pharmacie ; le rôle du pharmacien étant de vérifier l'équilibre de l'asthme à l'aide des réponses au questionnaire et d'en remettre un vierge pour la fois suivante.
- La démonstration de l'utilisation des aérosols utilisés par le patient est effectuée par le pharmacien.
- La mesure du D.E.P. est effectuée à chaque consultation par le médecin, et éventuellement à la pharmacie si le patient connaît son DEP de base (ou s'il a son plan d'action sur lequel il sera noté).

3/ Dossier de suivi de l'action :

Il est convenu qu'au terme de six à douze mois, une étude de l'impact du suivi conjoint sera effectuée à l'aide d'un questionnaire rempli par tous les participants (questionnaire à établir). »

En revanche, ce retard n'a pas empêché les pharmaciens de PharmaKer de mener à bien leur propre action sur ce thème, dont l'évaluation a été mise en annexe. (Cf. Annexe V : Evaluation de l'Action : Asthme 2007).

C. La valeur pédagogique pour les pharmaciens

D'un tempérament plutôt perfectionniste, Mme Davoust a déclaré, dans le Moniteur des Pharmacies, que « *La formation continue est indispensable, sinon on devient vite un has been de la pharmacie. Quand on vous dit, madame, je vous remercie pour votre conseil, vous avez tout gagné. Je ne supporte pas que l'idée de devoir me contenter du moyen-moyen, Je me pose sans cesse la question, mais comment faire pour devenir meilleure ?* ». [128]

I. Les formations

Pour chaque thème, les pharmaciens du programme ont été formés afin d'être en mesure de réaliser au mieux les différentes actions.

Des formations ont été réalisées en interne, d'autres ont été ouvertes aux non-participants du programme. C'est le cas de la formation sur l'hypertension puisqu'une **centaine** de personnes de la région y ont participé, comprenant des pharmaciens d'officine, adjoints ou titulaires, mais aussi des pharmaciens hospitaliers, des préparateurs en pharmacie et des étudiants en 6^{ème} année de pharmacie. Autre exemple, la formation sur le bon usage des anti-vitamines K a été reprise dans le cadre d'une **formation continue en mai 2006**, à laquelle ont assisté **90** pharmaciens.

De plus, il est important de préciser que certaines formations ont été réalisées par des intervenants externes et notamment des **praticiens**. C'est le cas par exemple de la formation sur la migraine qui a été mise en œuvre par un neurologue du CHU de Rennes.

II. L'apprentissage de différentes méthodes qualité

Les actions ont été construites de façon à permettre l'apprentissage par les pharmaciens de méthodes de qualité :

- lecture des **publications de l'HAS sur les méthodes qualité** ;
- mise en pratique des **méthodes d'éducation thérapeutique** du patient au cours des thèmes portant sur les anti-vitamines k, l'hypertension et l'asthme ;
- réalisation d'un **audit clinique ciblé** au cours du thème sur la prévention des AVC lors de la fibrillation auriculaire ;
- **évaluation des pratiques par les pairs** lors des réunions ;
- et **management des risques** à l'officine abordé par l'une des actions.

III. L'application de recommandations médicales nationales et l'ouverture sur d'autres ressources d'information

Pour la plupart des actions du programme, plusieurs recommandations médicales ont été appliquées, comme par exemple celles :

- de la **DGS** sur : « *L'utilisation d'acide folique dans la prévention du spina-bifida* » ;
- de l'**AFSSAPS** sur : « *Le bon usage des anti-vitamines K* » ;
- de l'**HAS** sur : « *La prise en charge du patient adulte atteint d'hypertension essentielle* » ;
- de l'**ANAES** sur : « *Recommandations pour le suivi médical des patients asthmatiques adultes et adolescents* » ;
- de la revue **Prescrire** sur : « *Traitement de l'asthme au long cours* » 1^{ère} et 2^{ème} partie, ou sur « *Les effets indésirables de l'amiodarone : même après l'arrêt du traitement* », etc.

Dans l'ensemble, les pharmaciens étaient, avant le programme, peu familiers avec l'utilisation de recommandations médicales ou thérapeutiques. Par exemple, certains n'avaient pas connaissance des différents référentiels ou recommandations disponibles sur le site internet de l'HAS ou de l'AFSSAPS.

Par ailleurs, pour les questions qui ne portaient pas sur les thèmes étudiés et qui pouvaient émerger des discussions avec les prescripteurs, patients ou autres, les pharmaciens avaient accès aux **ressources du Centre Régional d'Information sur le Médicament (CRIM) du CHU de Rennes** (accès au service questions-réponses et abonnement au Bulletin d'Information du Médicament et de pharmacovigilance). Plusieurs pharmaciens ont déclaré l'avoir contacté à plusieurs reprises, alors qu'ils ne l'avaient jamais fait auparavant.

D. Les changements de pratique sur des thèmes ciblés

Le choix de PharmaKer a été de **tester de nouvelles** pratiques sur certains thèmes, plutôt que de travailler globalement à l'amélioration de l'acte de dispensation des médicaments tel qu'il est réalisé actuellement dans les officines (seul un des thèmes aborde l'acte pharmaceutique de dispensation habituelle des médicaments mais sous l'angle du management des risques).

Ce choix s'est traduit par la mise en place à l'officine de techniques nouvelles comme l'**audit clinique** ou les **entretiens structurés** avec les patients.

Cette méthodologie a permis aux pharmaciens d'intervenir sur des domaines dans lesquels ils n'étaient jamais intervenus auparavant. Par exemple, ils ont suggéré aux prescripteurs des modifications de posologies des anti-vitamines K après analyse des INR, ou encore ils ont discuté avec eux de l'intérêt d'un anticoagulant ou d'un antiagrégant en prévention des AVC lors de fibrillation auriculaire, etc.

Cette méthode de travail a été perçue par les pharmaciens comme un changement de pratique majeur ; certains déclarent : « *On nous pousse loin* ».

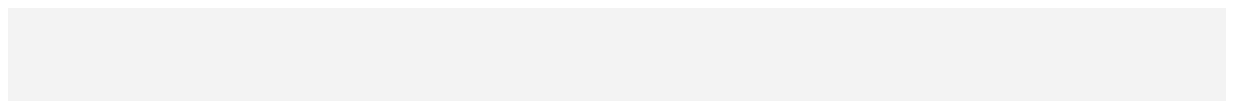
La rigueur nécessaire à l'application des référentiels a conduit à des entretiens structurés pouvant durer jusqu'à soixante minutes ! Si l'on compare le temps nécessaire à une délivrance d'anti-vitamine K avant le début du programme et actuellement en appliquant le référentiel, celui-ci a été multiplié par cinq environ. Et c'est précisément ce temps nécessaire qui a été considéré par certains pharmaciens comme le principal facteur limitant du programme, notamment durant les périodes de sous-effectif de personnel.

E. L'évaluation par les patients

D'après Mme Davoust, c'est un peu la loi du « *tout ou rien* ». La plupart des patients adhèrent, certains se sentent jugés. [128]

Pour l'action sur l'hypertension artérielle, a été inaugurée une **fiche d'appréciation** donnée aux patients à la fin de l'entretien structuré. Elle était accompagnée d'une enveloppe pré-timbrée pour que le patient puisse tranquillement la remplir chez lui puis la renvoyer à l'animateur du projet. Les fiches étaient **anonymes** et les réponses totalement **confidentielles** et non transmises aux pharmaciens afin de favoriser la libre expression des patients.

Il n'y a pas eu beaucoup de renvoi mais dans l'ensemble les patients ont semblé plutôt être satisfaits de l'action menée par leur pharmacien.



Troisième chapitre : Conclusions du programme PharmaKer

La méthodologie de travail employée par le groupe qualité a créée une **dynamique de changement** sur les thèmes abordés et a permis d'atteindre les objectifs fixés.

Les pharmaciens du programme ont ainsi :

- contribué à l'application (totale ou partielle) de recommandations médicales ou thérapeutiques nationales,
- suggéré des changements concrets de certains éléments de la thérapeutique des patients,
- amélioré leur standard de pratique sur l'éducation thérapeutique des patients,
- partagé plus que d'habitude des informations avec les prescripteurs,
- et crée un lien encore plus fort avec les patients qui se disent « *Mais, c'est qu'ils pensent à moi dans cette pharmacie !* ». [128]

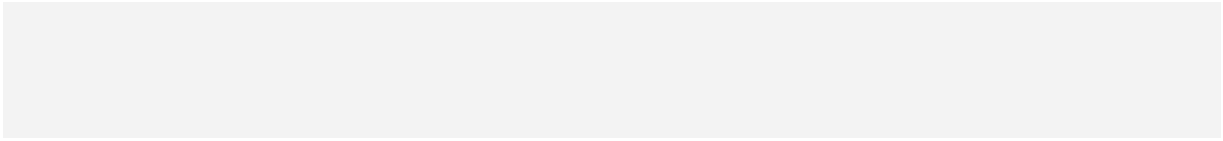
De plus, il est très important de préciser que lorsqu'une action collective se termine, elle reste globalement **pérenne** au quotidien dans l'officine.

Pour sa phase de lancement, le programme a bénéficié d'une dotation de l'URCAM, mais les pharmaciens ont été **rémunéré « à l'acte »** et non pas seulement en raison de leur présence aux réunions, comme cela est habituel pour d'autres groupes qualités. Cette rémunération « à l'acte » permet de générer une **participation active** des pharmaciens et d'aborder le paiement à l'acte pour des services spécifiques.

Compte tenu des exigences requises (motivation importante, compétences pharmaceutiques optimale, qualité de communication, disponibilité temporelle, etc.), il semble que le développement du programme dans sa forme actuelle doit s'orienter vers des pharmaciens volontaires et qui sont déjà dans une **réflexion d'amélioration de leur pratique**.

De plus, il faut réfléchir en amont à une stratégie globale de **formation continue** des pharmaciens avec mise en application pratique concrète ; un **soutien institutionnel**, comme celui de l'Ordre des Pharmaciens, ou par des **organismes de formation**, comme l'UTIP, constituerait un atout indéniable.

D'autres formes de développement pourraient être envisagées et toucher un grand nombre de pharmaciens d'officine, en adaptant par exemple le contenu des référentiels.



Discussion

Historiquement, les pratiques pharmaceutiques de ces deux pays francophones ont évolué de manière très différente.

D'un côté, vous avez un pays dont l'histoire de la pharmacie commence à peine avant le 16^{ème} siècle, siècle à partir duquel le Québec connaît une importante immigration de populations françaises et anglaises. Cette immigration explique plusieurs choses : le fait que la population québécoise soit francophone mais également bilingue, le fait que les pratiques commerciales de la pharmacie soient plutôt d'influence anglo-saxonne (drugstore) alors que les pratiques purement pharmaceutiques soient davantage d'influence française, etc. Jusqu'aux années soixante dix, les pharmaciens québécois étaient essentiellement préoccupés par une organisation performante en terme de gestion. Depuis, à l'image de leurs confrères américains, ils ont progressivement orienté leur pratique professionnelle vers le patient, grâce à la pharmacie clinique et aux soins pharmaceutiques.

D'un autre côté, vous avez un pays dont l'histoire de la pharmacie débute dès le Moyen-âge et qui a été fortement influencée par les pratiques gréco-romaines mais aussi arabes. Durant des siècles, les apothicaires se sont battus pour obtenir un statut et une reconnaissance par un diplôme. Le régime corporatif a laissé quelques traces, notamment concernant les difficultés relationnelles médecins-pharmaciens, mais aussi concernant l'assimilation péjorative du pharmacien à un épicier... Malgré tout cela, les pharmaciens français ont réussi, jusqu'à présent, à protéger leurs officines de l'influence anglo-saxonne.

*Actuellement, une expression québécoise, plutôt sarcastique, peut résumer la situation des pharmaciens dans ces deux pays : « En France, il y a des **épiciers** dans des **pharmacies** alors qu'au Québec, il y a des **pharmaciens** dans des **épiceries** ».*

*Alors, qu'attendons-nous aujourd'hui pour qu'il y ait enfin des **pharmaciens** dans nos **pharmacies** !? Ne perdons pas de temps : avec le vent de libéralisme qui souffle en ce moment en Europe, nous pouvons craindre de voir de plus en plus « d'**épiciers** dans des **épiceries** » !*

Le pharmacien est le spécialiste du médicament. Au Québec, la formation universitaire est reconnue pour le préparer au mieux à cette expertise du médicament. Cette formation est plus

courte qu'en France, mais elle est davantage centrée sur les disciplines pharmaceutiques fondamentales. De plus, elle forme les pharmaciens à la recherche documentaire (référentiels et recommandations) et à l'échange confraternel (travaux de groupe). En revanche, en France, nombreux sont les étudiants ou pharmaciens qui la jugent inadaptée. En effet, plusieurs choses lui sont reprochées, et notamment le fait qu'elle s'écarte parfois un peu trop du domaine du médicament, qu'elle soit trop individualiste et qu'elle ne prépare pas les pharmaciens à apporter les bonnes réponses aux questions que peuvent leur poser les patients. Ces dernières années, des réformes ont apporté quelques améliorations (enseignements coordonnés, réorganisation des stages), mais il reste encore « du pain sur la planche »... Concernant la formation post-universitaire des pharmaciens, que ce soit au Québec ou en France, tous les outils sont mis à leur disposition pour qu'ils puissent répondre à leur obligation de formation continue. Ensuite, tout dépend de leur bon vouloir de les utiliser...

Le pharmacien d'officine est le seul professionnel à porter la double casquette : celle de commerçant et celle de professionnel de santé. Au Québec, le pharmacien est rémunéré, depuis plus de trente ans, pour ces deux aspects de la profession, alors qu'en France, seul l'aspect commercial est rémunéré. Ce mode de rémunération basé exclusivement sur la marge commerciale est à l'origine d'une situation paradoxale où celui qui fait le mieux son travail est le moins bien récompensé. En effet, un pharmacien qui refuse de délivrer un médicament, pouvant présenter un danger pour le patient, est économiquement pénalisé, alors que celui qui manque aux règles éthiques ou déontologiques se voit percevoir un dû. Cette situation n'est-elle pas regrettable ? Une évolution vers une rémunération à l'acte rendrait justice à l'acte intellectuel effectué par le pharmacien et revaloriserait son véritable rôle d'acteur de santé. Pour se faire, ce mode de rémunération doit être rediscuté et négocié avec l'Assurance Maladie, dans le cadre de la convention Assurance-Maladie-pharmaciens.

Le pharmacien d'officine assume la responsabilité de tout ce qui est préparé et dispensé dans l'officine. Pour ce faire, il doit superviser et contrôler toutes les préparations et dispensations des médicaments. Au Québec, grâce à une organisation exemplaire des préparations et dispensations des médicaments, cette obligation est toujours respectée. Nous ne pouvons malheureusement pas en dire autant pour la France... Alors, pourquoi ne pas prendre exemple sur eux ? Nous pouvons très bien envisager de différencier fonctionnellement les comptoirs et d'attribuer davantage les tâches techniques aux préparateurs. Ce dernier point

semble le plus délicat à traiter puisque l'on touche directement à la sphère humaine. En effet, quel préparateur accepterait de voir son champ d'exercice se réduire aux simples tâches techniques ? En revanche, pourquoi ne pas envisager de rendre obligatoire la signature d'un pharmacien sur les ordonnances pour certifier la validation pharmaceutique ?

Le pharmacien d'officine assure un service de proximité. La réglementation française s'efforce, depuis 1941, à obtenir une répartition optimale des officines sur son territoire. Ce maillage territorial est exemplaire mais toutefois fragilisé par la migration des populations (notamment du centre vers la périphérie des villes) et par la désertification médicale en zone rurale. Des solutions existent, notamment le transfert ou le regroupement de pharmacie, mais elles seront inefficaces en cas de déréglementation de la répartition, comme cela est le cas au Québec...

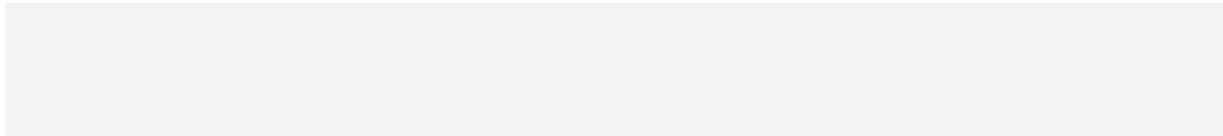
La profession de pharmacien d'officine, que ce soit en France ou au Québec, est indépendante et libérale. Le Québec est le seul territoire d'Amérique du Nord à avoir réussi à préserver cette indépendance malgré les pressions des gouvernements canadiens et américains. Pour autant, la non limitation de la propriété des pharmacies a eu pour conséquence de concentrer le capital des pharmacies entre les mains de quelques pharmaciens dont le seul but est la rentabilité de celui-ci et non un quelconque critère de santé publique (M. Jean Coutu par exemple). Actuellement, c'est au tour de la France d'être mise à l'épreuve depuis que la commission européenne lui reproche de réserver le capital des officines aux pharmaciens. Hors, nous pouvons craindre, comme l'a démontré l'exemple de l'ouverture du capital des Laboratoires d'Analyses de Biologie Médicale (LABM), que le droit européen prime sur le droit français. Alors, plutôt que de s'y résigner, préparons-nous à cette éventuelle ouverture, réfléchissons sur les modalités de partage du capital des officines : à qui et jusqu'à quel pourcentage de parts ? Pourquoi ne pas alors envisager la possibilité aux salariés (pharmaciens adjoints et préparateurs) de posséder des parts de la pharmacie où ils travaillent, cela dynamiserait l'équipe en renforçant leur rôle d'acteur de l'entreprise ? Ou encore, pourquoi ne pas envisager que la famille d'un titulaire puisse investir dans sa propre officine ?...

Le médicament est un produit actif, pouvant parfois être délétère, il ne doit pas être banalisé et encore moins être à la portée de toutes les mains. Ce raisonnement paraît tout à fait logique, non ? Alors pourquoi aujourd'hui en France, un grand nombre de médicaments vont

se retrouver en libre accès, voir peut-être bien en libre service dans les linéaires de grandes surfaces ? Sont-ils devenus inoffensifs ? Les pharmaciens québécois ont toujours connu le libre service de médicaments, pour autant, ils sont obligés de le réglementer de plus en plus en raison d'un taux élevé d'hospitalisation liée à l'iatrogénie. De plus, ils n'hésitent pas à prendre pour exemple le modèle français puisque celui-ci garantit une plus grande sécurité de l'usage des médicaments. Il faut certes favoriser l'automédication en France, mais la politique actuelle ne semble pas cohérente. En effet, nous ne sommes pas prêts au libre accès et les exemples sont nombreux : il n'y a pas eu de politique de prévention et de bon usage du médicament, ni de campagne d'information et d'éducation de santé du grand public sur le médicament d'automédication, la plupart des pharmacies ne disposent pas assez de place pour consacrer des linéaires de libre accès aux médicaments, l'application du décret sur la sécurisation des conditionnement a été repoussée étant donné que tous les industriels ne sont pas prêts à proposer un système de sécurité (sur les 226 produits pouvant éventuellement passer devant le comptoir, seulement une trentaine seraient prêts [130]), et enfin, nous attendons toujours le décret sur le libre accès... Par contre, nous sommes prêts à favoriser l'automédication puisque nous avons plusieurs atouts : la proximité, l'écoute, la compétence, le conseil personnalisé, la sécurité du circuit du médicament (vis-à-vis des contrefaçons), une politique de prix, etc. De plus, là où les pharmaciens québécois ont échoué (Carte santé, Dossier Médical Partageable), les pharmaciens français ont quant à eux réussi à mettre en œuvre un outil de lutte contre la iatrogénie : le Dossier Pharmaceutique. Cet outil remarquable va être un pare-feu contre les attaques de notre monopole, que se soit celles des Grandes et Moyennes Surfaces ou celles de politiciens trop capitalistes (M. Attali, M. Beigbeder, M. Rochefort, M. Novelli, etc.), puisque notre monopole pharmaceutique est un monopole d'expertise et non pas un monopole capitalistique !

Un autre moyen de défense de notre monopole est celui de garantir la qualité des services pharmaceutiques rendus aux patients. Depuis plus de trente ans, les pharmaciens québécois pratiquent la pharmacie clinique et les soins pharmaceutiques. Ces pratiques ont largement prouvé leur efficacité en matière de prise en charge des patients par les pharmaciens, que ce soit au sein des hôpitaux que des pharmacies communautaires. Elles ont également contribué au fait que les pharmaciens québécois aient gagné la confiance des patients et des autres professionnels de santé. La France connaît depuis quelques années un tournant décisif concernant la mise en œuvre de ces pratiques. En effet, celles-ci connaissent un engouement grandissant notamment au sein des établissements de santé où il y a de plus en plus

d'interventions pharmaceutiques dans les services. En revanche, elles sont beaucoup plus timides dans nos officines car leur mise en application y est plus complexe qu'à l'hôpital, notamment en raison de la difficulté d'accès aux données cliniques des patients, des contraintes particulières de l'officine mais aussi en raison des exigences pointues en matière de connaissances scientifiques et médicales. Pour autant, l'officinal utilise de plus en plus un outil de professionnalisme tout à fait adaptable à son milieu : celui de la démarche qualité. Cet outil permet au pharmacien d'acquérir une méthodologie afin de sécuriser l'acte de dispensation. Mais, comme nous l'avons vu avec l'exemple du groupe qualité PharmaKer, la démarche qualité peut aller bien au-delà de l'organisation et des process internes à l'officine ! Alors qu'attendons-nous pour développer ce nouveau concept à une échelle plus importante ?



Conclusion

Le but de notre travail n'a pas été d'idéaliser la pratique de la pharmacie au Québec ni celui de s'apitoyer sur le sort des pharmaciens français. Bien au contraire, celui-ci tente plutôt d'apporter des éléments de réflexions sur la manière dont la pharmacie d'officine pourrait être exercée en France et sur les moyens qui permettraient d'en améliorer les pratiques.

Si l'on se réfère au développement qu'a connu la pharmacie québécoise ces dernières décennies et la place qu'elle y tient aujourd'hui, il est indéniable que notre profession accuse un certain retard. Les enjeux actuels (ouverture du capital, perte du monopole, restructuration de réseau, etc.) sont trop importants pour ne pas saisir toutes les opportunités qui nous sont offertes pour rattraper ce retard.

En raison du vieillissement de la population, de l'explosion des connaissances pharmacologiques et des produits thérapeutiques disponibles, de la pénurie grandissante des médecins, etc., notre profession a de beaux jours devant elle à condition que son rôle au sein du système de soin soit réaffirmé et modernisé, que ses actes soient de qualité et davantage centrés sur les patients, mais aussi que l'officine préserve son cadre réglementaire actuel. Concernant ce dernier point, il semble que nous soyons impuissants face à une évolution inéluctable. Il en va de l'avenir de notre profession d'anticiper et de s'adapter à ces prochaines évolutions et je suis convaincue que le modèle québécois possède de sérieux atouts pour aider l'officinal à s'épanouir dans le futur.

Bibliographie

1. COLLIN J., BELIVEAU D. *Histoire de la pharmacie au Québec. Musée de la pharmacie du Québec ; Sabex édition ; 1994.*
2. FADIN H. *La pharmacie au Québec : Origines et évolutions de la profession. Th. Dipl. Etat. Doct. Pharm ; Université de Picardie Jules Verne ; 2002.*
3. Site de l'AQPP, consulté le 28/01/08 : www.aqpp.qc.ca.
4. Site de la RAMQ, consulté le 28/01/08 : www.ramq.gouv.qc.ca
5. Site de La Mémoire du Québec, consulté le 28/01/08 : www.memoireduquebec.com
6. Site de l'OPQ, consulté le 28/01/08 : www.opq.org
7. GIMENEZ F, BRAZIER M, CALOP J. *Pharmacie clinique et thérapeutique. Paris : Masson, 2000.*
8. CNOP. *Les soins pharmaceutiques : des enjeux, une réponse. Les nouvelles pharmaceutiques, bimensuel n°117 ; p.10 ; 1996.*
9. STRAND L, CIPOLLE R, MORLEY P. *Les soins pharmaceutiques : Une introduction. Manuel édité par l'OPQ ; 1992.*
10. MARTEL J. *Les soins pharmaceutiques : le concept. Québec Pharmacie n°43 ; 1996.*
11. *Entente relative à l'assurance maladie entre le ministère de la santé et des services sociaux et l'Association Québécoise des Pharmaciens Propriétaires ; 2004. Document en ligne sur le Site de la RAMQ, consulté le 18/01/08 : www.ramq.gouv.qc.ca/fr/professionnels/manuels/260/009_autre_programme_pharm.pdf*
12. VIENS D. *Les opinions et les refus en pharmacie. Québec Pharmacie n°51 ; 2004.*
13. *Assemblée nationale. Projet de loi n° 90 : Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé. Assemblée Nationale 2002 ; chapitre 33.*
14. *Site des Publications du Québec, consulté le 28/01/08 : www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=/P_10/P10.HTM*
15. LORQUET E. *Projet de Loi n°90 : Un nouveau cadre juridique pour le partage des activités professionnelles. Le Collège ; 6-9 ; 2003.*
16. *Pharmacy practice, PharmacyPost, L'actualité pharmaceutique & Rogers. Tendances et perspectives 2006. Rapport en ligne sur le site d'une société pharmaceutique McKesson, consulté le 18/02/08 : www.mckesson.ca/documents/Trends_2006.pdf*
17. PIPER R. *La pharmacie au Québec : un mariage heureux entre le commerce et l'éthique. Le Quotidien du Pharmacien n°1907 ; 12-13 ; 2000.*
18. LEGAULT B. *Dossier chaîne et bannière. L'actualité pharmaceutique ; 9-16 ; juillet 2006.*
19. BARIL C. *Chaînes et bannières : des années dorées. L'actualité pharmaceutique ; p.3 ; juillet 2005.*

20. *Besoin de stats ? Comparaison entre la superficie du Québec et celle de différents pays. Site Institut de la statistique du Québec, consulté le 06/02/08 :*
www.stat.gouv.qc.ca/jeunesse/territoire/compa_superf_pays.htm
21. *Site de l'AQPP, consulté le 06/02/08 :* www.aqpp.qc.ca/fr/pharmacie/statistiques.aspx
22. *Site du CNOP, consulté le 06/02/08 :* www.ordre.pharmacien.fr/Actualites/frame_news1.asp?actu_id=761
23. *Loi sur la pharmacie. Règlement R.Q. P-10, r.4. du 1^{er} novembre 2006 relatif aux circonstances où un médecin peut obtenir un permis d'exercice de la pharmacie. Site des Publications du Québec, consulté le 28/01/08 :*
www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=3&file=/P_10/P10R4.HTM
24. *Site du Collège des Médecins Québécois, consulté le 06/02/08 :*
www.cmq.org/CmsPages/PageCmsSimpleSplit.aspx?PageID=a9eeceb3-5cbe-43cf-994d-3748d295b1ff
25. *LAGUILLON D. Québec : une autre façon de vivre la pharmacie. Impact Pharmacien n°166 ; 14-18 ; 2006.*
26. *Les 6 lettres importantes. Site de l'OPQ, consulté le 06/02/08 :*
www.opq.org/fr/services_public/autotraitement#category1
27. *Loi sur la pharmacie. Règlement R.Q. c. P-10, r.8.2. relatif aux conditions et modalités de vente des médicaments. Site des Publications du Québec, consulté le 06/02/08 :*
www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=3&file=/P_10/P10R8_2.htm
28. *THOMPSON F. La loi québécoise sur le tabac est adoptée à l'unanimité. Info-tabac n°20, juillet-août 1998.*
29. *Loi sur la pharmacie. Règlement R.Q. c. P-10, r.20.1. relatif à la tenue des pharmacies. Site des Publications du Québec, consulté le 28/01/08 :*
www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=3&file=/P_10/P10R20_1.htm
30. *Etre Atp. Site de l'Atppharm, consulté le 11/02/08:* <http://pages.infinit.net/atppharm/etreatp.html>
31. *WHITTOM E. On ne demande pas des salaires mirobolants. L'Actualité Pharmaceutique ; 12-13 ; juillet 2005.*
32. *Description du programme de doctorat en pharmacie. Site de l'Université de Montréal, consulté le 18/02/08 :* www.etudes.umontreal.ca/index_fiche_prog/167511_desc.html
33. *MASSON V. La pharmacie au Québec. L'antidote n°63 ; 4-5 ; 2005.*
34. *BONTEMPS F. Enquête : La pharmacie qui fait rêver. Le Moniteur des Pharmacies n°2607 ; 18-28 ; 10/12/05.*
35. *MORRUZI P. La délivrance du médicament au Québec, comparaison avec la France. Th. Dipl. Etat. Doct. Pharm ; Université de Nancy 1 ; 2004.*
36. *Loi sur la pharmacie. Règlement R.Q. c. P-10, r.19. relatif à la tenue des dossiers, livres et registres par un pharmacien dans l'exercice de sa profession. Site des publications du Québec, consulté le 03/01/08 :*
www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=3&file=/P_10/P10R19.HTM

37. MAILHOT C, VINET J, MOREAU P, PHARAND C, CREVIER F ; LAURIER C. Transformation du programme de baccalauréat en pharmacie de l'Université de Montréal en un programme de doctorat de 1^{er} cycle en pharmacie (2^{ème} partie). *Pharmactuel* n°39 ; 149-155 ; 2006.
38. MATTE J, DUMAS J. Characteristics of pharmaceutical opinions written in Quebec community pharmacy. *Ann Pharmacother* n°26 ; 835-839 ; 1992.
39. MATTE J. L'opinion pharmaceutique dans une pharmacie communautaire : étude descriptive et analyse d'impact auprès des prescripteurs et des patients. Mémoire M. Sc. : Pharm. : Université de Laval : 1989.
40. KRÖGER E. les facteurs influençant les pharmaciens communautaires du Québec dans la rédaction ou le facturation d'une opinion et dans l'exécution ou la facturation d'un refus. Mémoire M. Sc. : pharm. : Université de Laval : 1998.
41. DUMAS J. Perception de l'opinion pharmaceutique par les pharmaciens communautaires du Québec. Québec, Canada : Ministère des Services Sociaux et de la Santé, 1984.
42. CADIEUX N. Les actes pharmaceutiques : les statistiques. *Québec Pharmacie* n°43 ; 541-544 ; 1996.
43. MAILLOUX J., ROY C., RATELLE C., PONTON F., CONTOIS V., GAGNON V. Accomplissez-vous certaines des nouvelles responsabilités cliniques proposée par la Loi 90 ? Comment y parvenez-vous ? *L'actualité Pharmaceutique* ; p.4 ; Octobre 2005.
44. CoaguChek XS system. Site de Roche diagnostic, consulté le 28/01/08 : www.rochediagnostics.ca/pharmacists/coaguchekxsplus.php?lang=fr
45. LARRY W, KACZOROWSKI J, LEVITT C, KARWALAJTYS T, McDONOUGH B, LEWIS J. L'autosurveillance de l'hypertension en pharmacie. *Le médecin de famille canadien* ; octobre 2002.
46. CADIEUX N. Les actes pharmaceutiques : les statistiques. *Québec Pharmacie* n°43 ; 541-544 ; 1998.
47. Comité de rédaction. L'utilisation du pilulier hebdomadaire. Informations professionnelles, *Ordre des Pharmaciens du Québec*, 1991.
48. MASSON N, SHIMP L. Building a pharmacist's patient database of the clinical skills program. *American Society of Hospital Pharmacists*, 1993.
49. Site de l'IRCM, consulté le 04/02/08 : www.ircm.qc.ca/bioethique/francais/telesante/suppl_carte.html
50. BRETON P. Carte à puce : les pharmaciens recommandent la prudence. *La Presse*, Montréal, 14/03/02.
51. COUILLARD P. Projet de Loi n°83. Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et d'autres dispositions législatives ; 2004.
52. Site des Publication du Québec, consulté le 04/02/08 : www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca
53. BOUVET M. Histoire de la pharmacie en France des origines à nos jours. Paris : Occitania, 1937.
54. KASSEL D. De l'apothicaire au pharmacien ; juillet 1996. Documents de référence, histoire et art pharmaceutique, du site de l'Ordre des Pharmaciens, consulté le 03/03/08 : www.ordre.pharmacien.fr/fr/jaune/index3.htm

55. FOUASSIER E. *Le cadre général de la loi du 21 Germinal An XI* ; mars 2003. Documents de référence ; histoire et art pharmaceutique ; du site de l'Ordre des Pharmaciens, consulté le 03/03/08 : www.ordre.pharmacien.fr/fr/jaune/index3.htm
56. DEBUE-BARAZER. *Le médicament 1803 – 1940* ; mars 2003. Documents de référence; histoire et art pharmaceutique ; du site de l'Ordre des Pharmaciens consulté le 03/03/08 : www.ordre.pharmacien.fr/fr/jaune/index3.htm
57. KASSEL D. *Les spécialités pharmaceutiques d'aujourd'hui sont nées dans les officines d'hier*, septembre 2002. Documents de référence ; histoire et art pharmaceutique ; du site de l'Ordre des Pharmaciens, consulté le 03/03/08 : www.ordre.pharmacien.fr/fr/jaune/index3.htm
58. KASSEL D. *Des pharmaciens dans leur siècle, le XXe*, avril 2002. Documents de référence ; histoire et art pharmaceutique ; du site de l'Ordre des Pharmaciens, consulté le. 03/03/08 : www.ordre.pharmacien.fr/fr/jaune/index3.htm
59. Site de l'Ordre des Pharmaciens, consulté le 03/03/08 : www.ordre.pharmacien.fr
60. POUZAUD F. *Profession : Tous à 82 % de substitution en 2008*. Le Moniteur des Pharmacies n° 2722 ; 22/03/08.
61. Comité de rédaction. *Infraction et information aux patients : les dernières évolutions européennes*. Les Nouvelles Pharmaceutiques n°357 ; 8-9 ; 03/04/08.
62. SILVAN F. *C'est pas gagné...* Le Moniteur des Pharmacies n° 2671 ; 31/03/07.
63. SAUREL V. *Spécial agencement des enseignes*. Le Moniteur des Pharmacies n° 2705 ; 08/12/07.
64. Comité de rédaction. *Les regroupements ? Salutaires mais contraignants ! Impact pharmacien* n°63 ; 3-6 ; 23/05/01.
65. Site de l'encyclopédie libre Wikipédia, consulté le 23/03/08 : <http://fr.wikipedia.org/wiki/Accueil>
66. *Les prix des pharmacies*, mars 2008. Document en ligne sur le site du Financier des Professions Libérales Interfimo, consulté le 23/03/08 : www.interfimo.fr/fichiers/etude/7.pdf
67. Comité de rédaction. *Les SEL : comment ça fonctionne ? Des cas pratiques ; des propositions de l'Ordre*. Supplément du Moniteur des Pharmacies n°2700 ; p12 ; 10/11/07.
68. Comité de rédaction de l'Ordre National des Pharmaciens. *Murcef : ce que dit la loi*. Les Nouvelles Pharmaceutiques n°247 ; 3-5 ; 15/11/02.
69. DURAND M. *Soins : La pharmacie à la française menacée par Bruxelles* ; 21/03/07. Site de LCI, consulté le 24/04/08 : <http://tf1.lci.fr/infos/sciences/sante/0,,3418305,00-pharmacie-francaise-menacee-par-bruxelles-.html>
70. KLEIN P. *Les Français et leur pharmacien.* ; 25/01/08. Site d'IPSOS, consulté le 24/04/08 : www.ipsos.fr/CanalIpsos/articles/2427.asp?rubId=21
71. Site de Légifrance, consulté le 25/04/08 : www.legifrance.gouv.fr/
72. SABARLY F. *Créations et transferts : ce qui change en 2008*. Le Quotidien du Pharmacien du 07/02/08.

73. LETESTU A. Bretagne : Pour les gardes, c'est le 3237. *Le Moniteur des Pharmaciens* n°2718 ; p. 12 ; 01/03/08.
74. THUAL F. La CFTD dénonce déjà le coût d'appel du 37 32. *Le Moniteur des Pharmacies* n°2727 ; p. 13 ; 26/04/08.
75. Comité de rédaction de l'Ordre National des Pharmaciens. Livret Blanc janvier 2008 : La pharmacie d'officine en France, bilan et perspectives. *Les nouvelles pharmaceutiques* n°398 ; 24-27 ; mars 2008.
76. Comité de rédaction. Europe et médicament : Protection des données après passage d'un médicament en automédication ("switch"). *Revu Prescrire* ; 01/10/03.
77. FONTENELLE N. Consommation : Le non-remboursable affiche les prix. *Le Moniteur des Pharmacies* n°2472 ; 11/01/03.
78. Comité de rédaction de l'Ordre National des Pharmaciens. L'officine à la croisée des chemins. *Les Nouvelles Pharmaceutiques* n°352 ; 17/01/08.
79. LEFORT L. Libre accès : toutes les spécialités en avant-première. *Le Moniteur des Pharmacies* n°2723 ; 8-12 ; 29/03/08.
80. BERARD S. 66 % des officines appliqueraient le libre accès. *Le Moniteur des Pharmacies* n°2727 ; p. 30 ; 26/04/08.
81. VANDENDRIESSCHE M. La DGS distribue les bons et les mauvais points. *Le Quotidien du Pharmacien* du 07/04/08.
82. GUETTA P. Convention : ce qui va changer. *Impact Pharmacien* n°148 ; 26-39 ; mars 2006.
83. Site de Wk-pharma (accès réservé aux abonnés), consulté le 03/03/08 :
www.wk-pharma.fr/annonces/static.php?template=grille_salaires.html&deplies=6&selectionnes=6
84. Comité de rédaction de l'Ordre des Pharmaciens Conseil central A. Guide de stage de pratique professionnelle en officine ; Pharmacie générale officine ; 6^{ème} année. 15^{ème} édition ; année 2008.
85. GEAY F. Evolution et révolution de l'exercice et des études pharmaceutiques du XVI^e au XXI^e siècle. Th. Dipl. Etat. Doct. Pharm ; Université de Nantes, juin 2002.
86. Comité de rédaction de l'ANEPPF. La réforme des études de santé. *L'antidote* n°49, février 2002.
87. ARNOULT J. Faire vivre les stages d'application. *Les nouvelles pharmaceutiques* n°287 ; 7-8 ; nov. 2004.
88. THIRIET A. *Le Moniteur des Pharmaciens* n°2718 ; p. 39 ; 01/03/08.
89. T. P. Bon vent à l'UTIP ! *Le Moniteur des Pharmacies* n°2447 ; 12-13 ; juin 2002.
90. Site de l'UTIP, consulté le 23/04/08 : www.utip.fr/site/
91. Site de l'OPCA-PL, consulté le 23/04/08 : www.opcapl.com/
92. Site du FIF-PL, consulté le 23/04/08 : www.fifpl.fr/
93. RIZOS F. Former votre personnel. *Le Moniteur des Pharmaciens* n°2719 ; cahier Entreprise n°7 ; 08/03/08.

94. BELLOT B. ; LORQUIN C-H. *La démarche qualité dans les établissements de santé : Définition, histoire, évolution et perspectives*. Document en ligne, consulté le 29/04/08 :
www.ascodocpsy.org/IMG/pdf/bellot_4novembre2005.pdf
95. T.P. *Pharmagora 2005 : Qualité : Assurance tous risques*. *Le Moniteur des Pharmacies* n° 2573 ; cahier III ; 12/03/2005.
96. Site de l'ANEPC, consulté le 20/04/08 : <http://anepc.org/anepc.aspx>
97. HEPLER C., STRAND L. *Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care*. *Am J Hosp Pharm* n°47; 533-543; 1990.
98. FILIPPIL M., MALLET L., ALLENET B., CALOP J. *Le processus hospitalier de « soins pharmaceutiques » au Québec : illustration à partir d'un cas clinique*. *Journal de Pharmacie Clinique*. Volume 22 ; n° 2 ; 88-94 ; 2003.
99. ULRICH D. *Des outils pour la promotion des soins pharmaceutiques à l'officine : expérience québécoise*. Th. Dipl. Etat. Doct. Pharm ; Université de Lyon 1 ; 1999.
100. BLANCHETTE H-M. *Une relation de confiance*. *Québec pharmacie* n°45 ; 615-616 ; 1998.
101. Arrêté du 11 juillet 2006 portant approbation de la convention nationale organisant les rapports entre les pharmaciens titulaires d'officine et l'assurance maladie. Site du droit.org, consulté le 26/04/08 :
<http://admi.net/jo/20060725/SANS0622889A.html>
102. LORIOL M. *L'événement : Mutualité sociale agricole : échec et MAD*. *Le Moniteur des Pharmacies* n° 2715 ; 09/02/08.
103. SILVAN F. *Enquête : Expérimentations de dispensation et de maintien à domicile : Les raisons d'un échec*. *Le Moniteur des Pharmacies* n° 2647 ; 21/10/06.
104. LEPAGE H. *Groupe de travail : Formulons nos opinions*. *Les nouvelles pharmaceutiques* n°147 ; 10-12 ; 1998.
105. J.S. *Démarrage difficile pour l'opinion pharmaceutique*. *Le Moniteurs des Pharmacies* n° 2304 ; Cahier I; 46-48 ; 01/05/99.
106. DUCHAMP H. *Rôle et perspectives d'évolution du pharmacien d'officine au sein de la santé publique*, Th. Dipl. Etat. Doct. Pharm ; Université de Clermont-Ferrand, 2003.
107. *Le dossier Pharmaceutique*. Site de l'ordre, consulté le 26/04/08 :
<http://www.ordre.pharmacien.fr/DP/index1.htm>
108. *Actualité Ordinale*. Site de l'Ordre des Pharmaciens, consulté le 05/04/08 :
www.ordre.pharmacien.fr/Actualites/frame_news.asp?actu_id=879
109. MERCIER A. *Le DMP coïncé, le DP fonce*. *Le Moniteur des Pharmacies* n°2720/2721 ; 24-30 ; 15/03/08.
110. Site de l'Assurance Maladie, consulté le 28/04/08 : www.ameli.fr/
111. JOUVE J-P. *Pharmaciens dépanneurs*. *Le Moniteur des Pharmacies* n°2718 ; p.9 ; 01/03/08.

112. Enquête IPSOS pour Pharmagora 2006. Site de l'IPSOS : www.ipsos.fr/CanalIpsos/articles/1828.asp
113. Sondage Direct Medica. Le Moniteur des Pharmacies n°2716 ; 25-29 ; 16/02/08.
114. Site du CODES 93, consulté le 28/04/08 : www.codes93.org/
115. Site de l'INPES, consulté le 28/04/08 : www.inpes.sante.fr/
116. DIQUÉRO I. Dépistage à l'officine : Enquête : Tout est dans la mesure. Le Moniteur des Pharmacies n° 2582 ; 14/05/05.
117. LORIOU M. Marge et chiffre d'affaire : marché : Le MAD, un créneau prometteur. Le Moniteur des Pharmacies n° 2700 ; 10/11/07.
118. ALLIARE A. Pharma Soins 31 : Un réseau MAD pour les pharmaciens. Le Moniteur des Pharmacies n° 2369 ; 14/10/00.
119. GRAVEND J. 40 lits en HAD ouvrent dans le Pas-de-Calais : Des pharmaciens au chevet des malades. Le Quotidien du Pharmacien ; 09/05/05.
120. Site de l'annuaire des réseaux de soins Medcost, consulté le 23/04/08 : www.medcost.fr/asp/reseaux/savoir_plus.htm#questce
121. F.T. Région Pays de la Loire : Les officinaux disent « oui » au réseau de soins de cancérologie. Le Moniteur des Pharmacies n° 2558 ; 20/11/04.
122. Site du réseau ONCO-PL, consulté le 26/03/08 : www.onco-paysdelaloire.asso.fr/accueil/
123. Site de la Vie publique, consulté le 26/03/08 : www.vie-publique.fr/actualite/panorama/texte-vote/loi-du-26-juillet-2005-relative-au-developpement-services-personne-portant-diverses-mesures-faveur-cohesion-sociale.html
124. C.M. Les services à la personne bientôt testés. Le Quotidien du Pharmacien n°2571 ; p 3 ; 17/04/08.
125. THIRIET A. Profession : Les syndicats s'associent à DOmissimo pour les services à la personne. Le Moniteur des Pharmacies n° 2725 ; 12/04/08.
126. NICOLET C. Du soutien à domicile aux services à la personne. Le Quotidien du Pharmacien n°2568 ; p 4 ; 07/04/08.
127. L'audit clinique. Document en ligne sur le site de l'HAS, consulté le 03/05/08 : www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/audit_clinique.pdf
128. LEFORT L. Rennes : Qualité maison. Le Moniteur des Pharmacies n° 2694 ; 29/09/07.
129. Relevé de décision : Réunion de travail URML – URCAM – PharmaKer du 22/05/07. Document en ligne, consulté le 25/04/08 : www.urml-bretagne.fr/uploads/media/Reunion_22-05-07_URML-URCAM-PHARMAKER_groupes_qualite_MG-Pharmaciens_01.pdf
130. M.M. Libre accès en pharmacie : La dernière ligne droite. Le Quotidien du Pharmacien du : 21/04/08.

Annexes

Annexe I : Exemples de tarifs des services pharmaceutiques rémunérés par la RAMQ

Code de service	Du 2007-04-01 au 2008-03-31		Du 2008-04-01 au 2009-03-31		À compter du 2009-04-01	
	Cumul d'ordonnances	Tarif	Cumul d'ordonnances	Tarif	Cumul d'ordonnances	Tarif
O : Exécution et renouvellement d'une ordonnance	36 500 et moins	8,12 \$	38 000 et moins	8,28 \$	40 500 et moins	8,44 \$
	plus de 36 500	7,58 \$	plus de 38 000	7,74 \$	plus de 40 500	7,89 \$
N : Exécution et renouvellement d'une ordonnance pour une maladie chronique	36 500 et moins	0,27 \$ par jour, max 24,30 \$	38 000 et moins	0,28 \$ par jour, max 25,20 \$	40 500 et moins	0,28 par jour, max 25,20 \$
	plus de 36 500	0,25 \$ par jour, max 22,50 \$	plus de 38 000	0,26 \$ par jour, max 23,40 \$	plus de 40 500	0,26 \$ par jour, max 23,40\$
E : Exécution ou renouvellement d'une ordonnance pour une formule nutritive	36 500 et moins	6,26 \$	38 000 et moins	6,39 \$	40 500 et moins	6,52 \$
	plus de 36 500	5,40 \$	plus de 38 000	5,51 \$	plus de 40 500	5,62 \$
1 : Refus d'exécuter une ordonnance ou son renouvellement		8,12 \$		8,28 \$		8,44 \$
3 : Opinion pharmaceutique		17,93 \$		18,28 \$		18,65 \$
2 : Transmission d'un profil		8,12 \$		8,28 \$		8,44 \$
M : Exécution ou renouvellement d'une ordonnance magistrale	36 500 et moins	12,91 \$	38 000 et moins	13,17 \$	40 500 et moins	13,43 \$
	plus de 36 500	12,02 \$	plus de 38 000	12,26 \$	plus de 40 500	12,50 \$
L : Exécution ou renouvellement d'une ordonnance magistrale relative au mélange de préparations liquides	36 500 et moins	8,12 \$	38 000 et moins	8,28 \$	40 500 et moins	8,44 \$
	plus de 36 500	7,58 \$	plus de 38 000	7,74 \$	plus de 40 500	7,89 \$
A : Service sur appel		26,07 \$		26,59 \$		27,13 \$
P : Pilulier		3,98 \$		4,06 \$		4,14 \$

Tableau issu du site de la RAMQ : www.ramq.qc.ca, consulté le 22/02/08.

Annexe II : Formulaire destiné aux patients afin de constitué un dossier

Informations confidentielles pour votre dossier

Ordre des pharmaciens du Québec

L'étude pharmacologique de votre dossier constitue l'une des tâches principales de votre pharmacien. Pour ce faire, il se doit de connaître plusieurs informations à votre sujet. C'est pourquoi il est important pour vous de compléter ce bref questionnaire.

Les renseignements fournis seront conservés dans votre dossier patient. Ils serviront à l'étude pharmacologique qui sera effectuée lors de l'exécution d'un service professionnel par votre pharmacien. Ces renseignements ne seront accessibles qu'au pharmacien et à son personnel technique, dans l'exercice de leurs fonctions.

En signant le présent formulaire, vous acceptez que tout renseignement de nature pharmacologique ou médicale soit également échangé entre votre pharmacien et votre médecin ou un autre pharmacien, lorsqu'un tel échange d'information est nécessaire pour l'exécution du service professionnel que vous demandez.

Il est très important que vous écriviez les renseignements lisiblement et en caractères d'imprimerie.

1.0 Renseignements généraux

1.1 NOM / 1.2 PRÉNOM

1.3 NOM MARITAL

1.4 SEXE ☐ H ☐ F ☐ / 1.5 DATE DE NAISSANCE / /

1.6 ADRESSE

1.7 VILLE / 1.8 CODE POSTAL

1.9 TÉLÉPHONE ()

1.10 N° ASSURANT-MALADE /

1.11 POIDS KG / 1.12 TAILLE CM / 1.13 DATE D'EXPIRATION / /

1.14 OCCUPATION

1.15 Connaissez-vous le programme code médicaments pour les médicaments de vente libre? oui ☐ non ☐
Si oui, demandez à votre pharmacien de vous expliquer le programme et de vous remettre votre carte personnelle.

1.16 Vous est-il difficile d'utiliser des contenants à fermoir de sécurité? oui ☐ non ☐

1.17 Souhaitez-vous être informé de la possibilité d'utiliser des médicaments génériques pour vos ordonnances?
oui ☐ non ☐

2.0 Assurances médicaments (si oui, compléter)

2.1 NOM DE LA COMPAGNE

2.2 #POLICE #CONTACT #CICQUE #PLAN

2.3 IND. ☐ FAMIL. ☐ DATE D'EXPIRATION / /

3.0 Conditions particulières

Ces questions visent à connaître certaines de vos habitudes de vie. Cette partie est importante car l'alcool et le tabac, par exemple, peuvent avoir des effets sur votre état de santé et sur les résultats de votre traitement. Répondez par *oui* ou *non*.

VEUILLEZ COCHER LA CASE APPROPRIÉE ✓

OUI	NON
3.1 Êtes-vous exact(e)? Si oui, date: / /	
3.2 Modification récente de votre poids? Si oui, veuillez préciser: /	
3.3 Avez-vous une surdité?	
3.4 Handicapé? Si oui, veuillez préciser: /	
3.5 Opérations chirurgicales? Si oui, veuillez préciser: /	
3.6 Diète spéciale? Si oui, veuillez préciser: /	

4.0 Maladies chroniques

VEUILLEZ COCHER LA CASE APPROPRIÉE ✓

OUI	NON
4.1 Allergie	
4.2 Asthme	
4.3 Arthrite, Bursite	
4.4 Diabète	
4.5 Épilepsie	
4.6 Fièvre des foies	
4.7 Haute pression	
4.8 Maladies cardiaques	
4.9 Maladies de la thyroïde	
4.10 Maladies du foye	
4.11 Maladies du rein	
4.12 Ulcères digestifs	
4.13 Toute autre maladie	

5.0 Médication

5.1 Prenez-vous des médicaments sur ordonnance régulièrement? oui ☐ non ☐
Si oui, veuillez préciser:

Médicaments	Dose	Fréquence/Jour	Fréquences/Jour

Si oui, veuillez préciser: /

Je vous prie de déclarer avoir rempli ce questionnaire en milieu de ma consultation. Au besoin, l'Ordre des pharmaciens de votre région est à vos côtés.

Signature / Date

Tout droit réservé. Ordre des pharmaciens du Québec / Page 1

Annexe III : Signification des codes médicaments

Les lettres A, H et X concernent tous les consommateurs, tandis que B, D et E s'adresse à des états de santé particuliers :

A = Somnolence : « Peut occasionner de la somnolence ou diminuer votre temps de réaction. Évitez l'usage d'alcool ou d'autres médicaments à effet tranquillisant, surtout si vous conduisez un véhicule ».

Exemple : Les antihistaminiques sédatifs et les sirops antitussifs.

H = Dépendance : « Peut occasionner une habitude de consommation. Ne pas utiliser sur une longue période ».

Exemple : Les laxatifs stimulants et les décongestionnants locaux.

X = S.O.S. : « Consultez votre pharmacien. Le mode d'emploi de ce produit doit vous être expliqué ».

Exemple : Les antibiotiques, antifongiques et corticoïdes locaux, les AINS et les antiparasitaires.

B = Contre-indication : « Peut être néfaste pour votre santé si vous souffrez d'hypertension, d'hypertrophie de la prostate, d'hyperthyroïdie (goitre) ou si vous consommez des antidépresseurs ».

Exemple : Les antihistaminiques cholinergiques.

D = Intolérance : « Contient de l'aspirine. À éviter si vous souffrez de goutte, d'ulcère d'estomac, d'asthme ou si vous prenez des anticoagulants pour éclaircir votre sang ».

Exemple : L'aspirine est formellement contre-indiquée chez les enfants au Québec pour éviter le syndrome de Ray.

E = Diabète : « À déconseiller si vous souffrez de diabète. Ce médicament peut causer des effets indésirables ».

Exemple : Les sirops ou pastilles contenant du sucre et les AINS.



Ainsi, un médicament peut avoir plusieurs lettres sur son étiquette.

Images dans leur contexte original, sur la page web consultée le 23/03/08 : http://www.opq.org/fr/services_public/autotraitement

Annexe IV : Modèle d'ordonnance collective pour le traitement de la pédiculose

Perméthrine 1 %

Exemple d'une ordonnance collective à l'intention du pharmacien

Professionnels visés

- Pharmaciens de la communauté

Patients visés

- Élèves et les membres de leur famille du territoire du CSSS

PERMÉTHRINE 1 %

FLACON DE 50 ou de 60 ml

Sig. :

« Après avoir lavé les cheveux avec un shampoing ne contenant pas de revitalisant, les rincer à l'eau et les sécher avec une serviette.

Appliquer la perméthrine 1 % de façon appropriée et en quantité suffisante pour en saturer les cheveux et le cuir chevelu. Laisser agir 10 minutes puis rincer à l'eau. »

Répéter une fois si présence de poux vivants, 7 jours après la première application.

Si nécessaire, communiquer avec le médecin de garde au CSSS, au (000) 111-2222.

Signature du président du CMDP : _____

Date d'approbation de l'ordonnance collective par le CMDP : _____

Site du Collège des Médecins du Québec, consulté le 23/03/08 :
<http://www.cmq.org/DocumentLibrary/UploadedContents/CmsDocuments/Ordonnance-collective-permethrine-pharm.pdf>.

CMDP = Conseils des Médecins Dentistes Pharmaciens du Québec.

CSSS = Centres de Santé et de Services Sociaux

Annexes V : Evaluation de l'action Asthme 2007
réalisée par le programme PharmaKer

PharmaKer

***Programme de Groupe pour la
Qualité des Pratiques Pharmaceutiques***



**Evaluation de l'action :
ASTHME - 2007**

**Association des Conseillers et des
Pharmaciens Agréés Maîtres de Stage de
Bretagne.**

**P. Zamparutti
Animateur du programme
13/03/08**

1. Contexte.

L'*ASTHME* a été choisi comme thème de programme PharmaKer pour les raisons suivantes.

1. L'asthme est cité dans la loi de santé publique de 2004. L'indicateur choisi dans cette loi est l'objectif d'une réduction de 20% de la fréquence des crises d'asthme nécessitant une hospitalisation d'ici 2008 (63000 hospitalisations en 2004).
2. La disponibilité de recommandations nationales sur la prise en charge des patients asthmatiques :
 - Recommandations pour le suivi médical des patients asthmatiques adultes et adolescents : HAS 09/2004.
 - Education thérapeutique du patient asthmatique HAS 06/2001.
3. Le souhait des pharmaciens du programme PharmaKer de s'investir sur un thème relatif à l'asthme.

2. Objectifs.

L'objectif général de l'action sur l'asthme est d'améliorer la prise en charge globale des patients asthmatiques.

Cette action ne se limite pas uniquement à l'aspect médicamenteux de la prise en charge des patients asthmatiques, mais concerne aussi les aspects : éducation thérapeutique selon les recommandations de la HAS ; hygiène de vie avec le tabagisme et la vaccination antigrippale ; prévention de la iatrogénie ; collaboration avec les prescripteurs.

❖ Les objectifs opérationnels ainsi définis sont :

1. Conseiller systématiquement les patients sur les médicaments de l'asthme.
2. Identifier une mauvaise technique d'inhalation et apporter une solution.
3. Reconnaître un patient présentant un asthme non contrôlé afin de l'orienter vers une consultation médicale.
4. Identifier et analyser des problèmes médicamenteux concernant : les médicaments, les posologies, les effets indésirables, l'observance, les interactions, etc.

5. Identifier un risque d'utilisation de Bêta-2 mimétiques à longue durée d'action sans corticoïde.
6. Eduquer les patients - Prodiquer des conseils de prévention.

❖ Les objectifs organisationnels consistent à :

- Coordination avec d'autres professionnels : partager des informations avec les prescripteurs.
- Documenter les interventions pharmaceutiques.

Ces objectifs sont basés sur l'expérience acquise lors des précédentes actions du programme PharmaKer dont les points importants sont :

- une collaboration des pharmaciens avec d'autres professionnels de santé (médecins, biologistes, infirmières, etc.) afin de développer des modalités de partage des informations, et de rechercher en commun les meilleures prises en charge pour les patients ;
- la mise en place d'entretiens structurés avec les patients dans les pharmacies ;
- la recherche et le suivi d'indicateurs de qualité.

3. Méthodologie de travail.

1 - Un guide de pratique pharmaceutique sur l' 'ASTHME' a été rédigé en prenant en compte les objectifs précités.

Comme pour les autres actions du programme PharmaKer, ce guide permet de structurer les actions des pharmaciens auprès des patients asthmatiques.

2 - Une bibliographie a été remise à chaque pharmacien sur les différents points abordés dans ce guide de pratique. De même, des systèmes d'administration placebo ont été remis afin que les pharmaciens puissent évaluer les techniques d'inhalation des patients.

3 - Puis des entretiens structurés ont été menés dans les pharmacies par chacun des pharmaciens du groupe.

4 - Ensuite, des réunions de pair ont été organisées en soirées, où les pharmaciens exposaient chacun plusieurs cas de patients.

Une critique collective était ainsi réalisée.

Rmq 1 : La liberté a été laissée aux pharmaciens de choisir les patients asthmatiques, qui selon eux, retireraient le plus grand bénéfice de leur intervention.

Rmq 2 : Comme pour les précédentes actions du programme PharmaKer, les décisions prises sur les thérapeutiques des patients sont laissées à l'appréciation commune des pharmaciens, des prescripteurs et des patients.

Le programme PharmaKer ne prévoit pas d'intervenir dans les négociations entre pharmaciens, médecins et patients sur un choix particulier de thérapeutique.

4 . Guide de pratique pharmaceutique.

Un guide de pratique a été utilisé par les pharmaciens pour mener à bien les entretiens structurés avec les patients (voir en annexe).

Ce guide a été élaboré dans le cadre du programme PharmaKer. Comme pour les autres actions, l'utilisation d'un guide permet de structurer l'action, et de cibler préférentiellement certains points de la prise en charge des patients asthmatiques, qui sont connus pour nécessiter des améliorations.

Le guide reprenait aussi le référentiel de la HAS sur l'éducation thérapeutique des patients.

5 . Participants.

12 pharmaciens ont participé à l'action sur l'asthme.

Ces pharmaciens ont déjà participé à certaines des précédentes actions du programme PharmaKer.

3 réunions ont été organisées en soirées.

Contrairement à d'autres actions du programme PharmaKer, il n'y a pas eu de session de formation. Ceci est lié au fait que plusieurs pharmaciens avaient participé récemment à des formations sur l'asthme.

Les 12 pharmaciens ont été divisés en 2 groupes, sauf pour la dernière réunion de décembre.

Tableau 1 : Planning des réunions sur l'asthme

2007	Septembre	Octobre	Novembre	Décembre
Groupe 1 :	25		13	13
Groupe 1 bis :		2	15	13

6. Amélioration du bon usage des médicaments.

- Les résultats ci après sont basés sur les retours de 12 pharmaciens.

Nombre d'entretiens structurés menés sur l'asthme	87
Nombre de recommandations proposées aux prescripteurs	17 (20 %)
Nombre de recommandations acceptées par les prescripteurs.	11/17 (65 %)
Nombre de patients pour lesquels, selon les critères de l'HAS, le contrôle de l'asthme est insuffisant	18 (21 %)
Nombre de patients considérés comme non observants	12 (14 %)
Nombre de patients présentant une technique d'inhalation incorrecte.	7 (8 %)
Conseils formulés - Education thérapeutique	75 (86 %)

RMQ : Il est important de noter que les statistiques produites ci-dessus ne sont pas représentatives de la population de patients asthmatiques vus dans les pharmacies.

Le choix des patients asthmatiques est laissé à l'appréciation des pharmaciens.

Aucune consigne n'a été donnée sur les critères de sélection des patients.

Néanmoins, il a été suggéré aux pharmaciens de choisir les patients, pour lesquels ils pensaient que leur intervention pourrait être bénéfique.

7- Exemples de cas de patient.

Cas n°1 : Recommandations thérapeutiques non suivies.

M. X est un homme asthmatique de 40 ans.

Il fume et n'est pas vacciné contre la grippe.

Il consulte environ 4 fois par an son médecin généraliste pour le suivi de son asthme.

Il est traité par SEREVENT diskus 500 (*salmétérol*), un bêta-2 mimétique d'action prolongée, 1 bouffée matin et soir.

Auparavant, il était traité depuis plusieurs années par Ventodisk (*salbutamol*). Ce médicament n'est plus commercialisé.

Il ne dispose pas de plan de traitement écrit.

M. X déclare que son asthme le gêne au cours de ses activités, qu'il est essoufflé 1 à 2 fois par semaine et est réveillé 2 à 3 nuits par semaine.

M. X est bien informé sur sa maladie, les traitements pharmacologiques et le contrôle de l'environnement. A l'exception de son tabagisme, pour lequel il lui est difficile de réduire la quantité de cigarettes.

Selon les critères de la HAS M. X présente un asthme persistant modéré qui semble insuffisamment équilibré.

La prescription ne respecte pas les recommandations actuelles de la prise en charge des patients asthmatiques qui prévoient l'utilisation d'un corticoïde inhalé pour un asthme modéré. De plus, il existe un risque mortel sous bêta-2 d'action prolongée non associé à un corticoïde.

Le pharmacien a proposé au prescripteur l'ajout d'un corticoïde. Du Sérétide[®] qui associe un corticoïde (la *fluticasone*) au *salmétérol* a été prescrit au patient.

Le patient a été conseillé sur le nouveau système d'administration.

Le prescripteur a décidé de revoir le patient en consultation.

Cas n° 2 : Détournement d'utilisateur.

Prescription de Ventoline[®] (*salbutamol*) 2 flacons à renouveler 2 fois pour une patiente de 30 ans.

Le consommateur réel est son ami, 30 ans, fumeur qui utilise le *salbutamol* inhalé plusieurs fois par semaine voire quotidiennement et refuse de consulter.

Le pharmacien a essayé de convaincre de l'intérêt d'une consultation médicale.

Cas n° 3 : Consultation médicale non suivie.

Patient de 21 ans traité par Ventoline[®] inhalé un bêta 2 d'action rapide 5 à 6 fois par semaine, renouvelé par son médecin généraliste.

Compte tenu de la fréquence de prise de salbutamol inhalé, l'opportunité de prescrire un corticoïde est à envisager.

L'asthme de ce patient a été diagnostiqué par un pneumologue, il y a 2 ans. Le pneumologue avait prévue une nouvelle consultation un an après, pour réévaluation.

Celle-ci n'a pas eu lieu car le patient attendait une convocation écrite du pneumologue.

Le pharmacien a suggéré au patient de contacter le pneumologue.

7. Prévention de l'iatrogénie.

Selon un article de la revue *Prescrire* publié en 2007 dans le numéro 279, en traitement au long cours, les bêta-2 stimulants d'action prolongée ne doivent en aucun cas être utilisés sans association à un corticoïde inhalé.

En effet, selon plusieurs essais cliniques une surmortalité a été observée chez des patients traités pour un asthme par du *salmétérol* ou du *formotérol*, et qui n'étaient pas traités par un corticoïde.

Les revues d'ordonnance menées par les pharmaciens, comportaient un item spécifique à ce risque.

Sur les 787 revues d'ordonnance de patients asthmatiques, 6 patients n'étaient pas traités par corticoïdes.

Dans 2 cas, le prescripteur n'a pu être contacté, (pour un cas il s'agissait d'un client de passage résidant à la Martinique). Les pharmaciens ont conseillé les patients de revoir avec leur prescripteur l'intérêt d'un corticoïde inhalé dans la prise en charge de son asthme et l'intérêt d'un bêta-2 agoniste de longue durée d'action.

2 prescripteurs ont accepté l'ajout d'un traitement par un corticoïde inhalé et de réévaluer le traitement par Bêta-2 mimétiques aux prochaines consultations.

Dans 2 cas les prescripteurs ont refusé de réévaluer les traitements. Aucune justification clinique n'a été apportée à ces refus par les prescripteurs.

8. Coordination pharmaciens et médecins.

Pour 17/87 (20%) des patients, les pharmaciens ont contacté les prescripteurs, pour leur suggérer des modifications sur la thérapeutique des patients ou leur apporter des informations.

Dans 2/3 cas les changements ont été mis en application immédiatement par les prescripteurs.

Dans 12 cas supplémentaires, les pharmaciens ont conseillé les patients de revoir avec leur médecin un point particulier de leur thérapeutique.

On constate comme pour les autres actions du programme PharmaKer, un nombre relativement élevé de contacts entre prescripteurs et pharmaciens.

On peut conclure que l'implication de pharmaciens officinaux dans des programmes d'amélioration de la qualité, selon une méthodologie structurée renforce la collaboration médecins pharmaciens et la coordination des soins.

Il est à noter que la fiche de liaison médecins pharmaciens (voir en annexe) a été peu utilisée. Les pharmaciens ont privilégié préférentiellement des communications téléphoniques avec les prescripteurs.

Rmq : Cette action sur l'asthme menée par les pharmaciens a eu un développement local.

Un protocole partagé formalisé de prise en charge des patients asthmatiques entre les pharmaciens d'officines et les médecins généralistes de Mordelles a été élaboré. Celui-ci précise les actions de chacun, et intègre de nouvelles notions comme la rédaction de plan de traitement écrit par les médecins.

9 – Conclusion.

Cette 6^{ème} action, menée dans le cadre du programme PharmaKer confirme les précédents résultats.

1 - L'utilisation d'une approche structurée, avec l'emploi de guide de pratique pharmaceutique permet d'évaluer la prise en charge des patients par rapport à des référentiels de bonnes pratiques nationalement acceptés (ex : HAS).

2 - Cette méthodologie permet d'identifier et d'apporter des solutions à des problèmes, jusque là non abordés, dans la prise en charge des patients.

3 - Cette approche structurée accentue les collaborations fructueuses entre professionnels de soins et permet de coordonner des actions entre médecins et pharmaciens.

4 - L'action des pharmaciens dans le cadre du bon usage des médicaments, de la prévention de l'iatrogénie, et de l'amélioration de l'observance est renforcée.

6 - Les pharmaciens se déclarent satisfaits du programme PharmaKer et de l'utilisation d'une approche structurée pour certaines de leurs actions.

5 - Pour ce qui concerne les objectifs spécifiques à l'action 'ASTHME', on peut retenir :

- une évaluation de la prise en charge de l'asthme, selon des critères rigoureux et complets, a été menée chez 87 patients ;
- des besoins d'amélioration importants ont été identifiés chez 17 d'entre eux ;
- l'apport de conseils de prévention ou éducation thérapeutique chez 86% des patients

Liste des annexes

1 - Protocole de l'action.

2 - Guide de pratique.

3 - Bibliographie.

Patients asthmatique à l'officine

PharmaKer2006/02/20

Le protocole 'Patient Asthmatique à l'officine' se base sur les Bonnes pratiques pharmaceutiques définies par l'OMS qui axent le rôle des pharmaciens sur la :

- Promotion de la santé
- Dispensation de médicaments sur prescription et autres produits de santé
- Education
- Amélioration de la prescription et du bon usage des médicaments.

Objectifs de l'action / Rôle des pharmaciens :

7. Conseil systématique au patient sur les médicaments de l'asthme
8. Conseil systématique sur les techniques d'inhalation
9. Reconnaître un asthme non contrôlé afin d'orienter vers une consultation médicale
10. Identification et évaluation des problèmes médicamenteux (traitement / posologie / effets indésirables/Observance /Interactions, etc.)
11. Education thérapeutique du patient
12. Partage d'information avec prescripteurs
13. Documentation des interventions pharmaceutiques.

Méthode :

1. Séance de formation sur l'asthme en soirée, destinée aux pharmaciens
2. Remise d'une bibliographie
3. Entretiens structurés à l'officine, avec l'utilisation d'outils méthodologiques (Check-list).
4. Présentation des cas de patients au groupe de pair et discussion.
5. Liaison avec les prescripteurs

Recommandations :

- Recommandations pour le suivi médical des patients asthmatiques adultes et adolescents : HAS 08/2004.
- Education thérapeutique du patient asthmatique HAS 06/2001.

Evaluation, Indicateurs de suivi de l'action :

1. Nombre d'entretiens structurés menés
2. Nombre de recommandations formulées aux prescripteurs
3. Nombre de recommandations acceptées par les prescripteurs
4. Technique aérosol maîtrisée par patient
5. Contrôle acceptable de l'asthme
6. Observance acceptable
7. Education thérapeutique du patient selon recommandations HAS

Patients Asthmatiques à l'Officine

PharmaKer2007/02/20

Patient : Age :

Autres traitements (dont médicaments conseillés) :

Autres pathologies :

Conditions de vie :

- Fumeur : ☐ Oui ☐ Non
- Diagnostic d'asthme : ☐ Confirmé avec prescripteur ☐ Non confirmé

1 – CONTRÔLE DE L'ASTHME

- Sévérité de l'asthme : ☐ Très léger ☐ Léger ☐ Modéré ☐ Grave
- Contrôle de l'asthme (voir tableau ci-après) : ☐ Inacceptable ☐ Acceptable ☐ Optimal
- Valeur du DEP (Peak Flow) : Date : Valeur : Date : Valeur :
Date : Valeur :

2 – MÉDICAMENTS

- Spécialité/dose/fréquence) :
 - ☐ Corticostéroïdes :
 - ☐ Bêta 2 action prolongée :
 - ☐ Anticholinergiques :
 - ☐ Bêta 2 action rapide :
 - ☐ Autres :
- Fréquence d'utilisation des Bêta 2 mimétiques d'action rapide :
- Si Bêta 2 à longue durée d'action alors corticostéroïde prescrit : ☐ oui ☐ non
- Effets Indésirables ressentis : ☐ Aucun ☐ Locaux ☐ Généraux
- Observance : ☐ Inacceptable ☐ Acceptable ☐ Optimale
Origine de la non observance ? :
- Dose de corticoïde inhalée adaptée au contrôle de l'asthme (HAS) : ☐ oui ☐ non
- Dose et traitement adjuvant adapté au contrôle de l'asthme : ☐ oui ☐ non ☐ Sans Objet
- Interaction médicamenteuse : ☐ Gérée ☐ Non gérée ☐ Sans Objet

Evaluation - Traitements / Effets Indésirables / Observance / Autres :

Stratégie d'amélioration - Traitements / Effets Indésirables / Observance / Autres :

Recommandations patient/prescripteur :

3 – UTILISATION DES DISPOSITIFS D'ADMINISTRATION

Modèle utilisé :

Chambre d'inhalation ? :

Critères :

- Nettoyage du système selon recommandations du fabricant : ☐ Correct ☐ Incorrect
- Evite de tester le système (gaspillage) : ☐ Correct ☐ Incorrect

- Se rince la bouche après utilisation d'un corticoïde inhalé : ☐ Correct ☐ Incorrect
- Utilise correctement le système d'administration (démonstration) : ☐ Correct ☐ Incorrect
(1- Secouer ?, 2- Oter capuchon, 3 – Expirer, 4- Bien positionner dans bouche, 5- Inspirer fortement,
6- Coordonner inspiration / pression ?, 7- Retenir respiration, 8 –Expirer lentement, 9- Attendre avant seconde dose).

Evaluation :

Stratégie d'amélioration :

Recommandations patient/prescripteur :

4- SUIVI

Date dernière consultation médicale :

Corticoïdes : ☐ Forte dose ☐ Dose moyenne ☐ dose faible ☐ Aucune

- Fréquence consultation (HAS) : ☐ Adaptée ☐ Inadaptée

5 – EDUCATION THERAPEUTIQUE

- Plan de traitement écrit : ☐ oui ☐ non
- Médicaments conseils : ☐ Inacceptable ☐ Acceptable
- Education (voir ci-après) : ☐ Inacceptable ☐ Acceptable ☐ Optimal
- Vaccination grippale : ☐ Confirmé ☐ Non confirmé

Plan d'action :

Pharmacie :

Date :

Indicateurs :

Recommandations prescripteurs formulées : ☐ Oui ☐ Non
 Recommandations acceptées : ☐ Oui ☐ Non
 Technique aérosol : ☐ Correct ☐ Incorrect
 Contrôle acceptable de l'asthme : ☐ Oui ☐ Non
 Observance : ☐ Acceptable ☐ Inacceptable
 Education thérapeutique du patient : ☐ oui ☐ Non

• Paramètres définissant le contrôle de l'asthme selon (HAS 09/2004) :

- | | |
|---|---|
| 1. Symptômes diurnes : | <4 jours/semaine |
| 2. Symptômes nocturnes : | <1 nuit/semaine |
| 3. Activité physique : | Normale |
| 4. Exacerbations : | Légères, peu fréquentes |
| 5. Absentéisme professionnel ou scolaire : | Aucun |
| 6. Utilisation de bêta-2 mimétiques d'action rapide : | < 4 doses/semaine |
| 7. VEMS ou DEP : | > 85 % de la meilleure valeur personnelle |
| 8. Variation nyctémérale du DEP (optionnel) : | < 15 % |

**EDUCATION THERAPEUTIQUE STRUCTUREE DU PATIENT ASTHMATIQUE
(HAS 06/2001)**

DATE

Date

DATE

Evaluation de l'asthme et la compréhension de la maladie

- Reconnaître les signes annonciateurs d'une aggravation de l'asthme.
- Interpréter une gêne respiratoire.
- Mesurer correctement son DEP.
- Réagir en temps opportun selon des critères préétablis de détérioration.

☐
☐
☐
☐

☐
☐
☐
☐

☐
☐
☐
☐

Traitement pharmacologique

- Différencier l'action du traitement de fond et du traitement de la crise.
- Différencier une inflammation des bronches et un bronchospasme.
- Utiliser correctement un aérosol-doseur.
- Noter sur son carnet de suivi les résultats de son DEP et les événements, le contexte dans lequel surviennent les crises d'asthme
- Adapter son traitement en tenant compte du plan de traitement du médecin.
- Adapter son traitement en tenant compte des risques présents dans l'environnement
- Expliquer à l'entourage la maladie et la conduite à tenir lors d'une crise d'asthme

☐
☐
☐

☐
☐
☐

☐
☐
☐

☐
☐

☐
☐

☐
☐

☐
☐

☐
☐

☐
☐

Contrôle de l'environnement • Identifier la présence d'allergène dans son environnement. • Identifier les situations asthmogènes afin d'adopter une attitude de prévention. • Reconnaître les méfaits du tabac sur son état respiratoire. • Limiter la quantité de cigarettes consommées. • Agir sur son environnement, pour limiter le risque d'exposition tabagique passive.	☐ ☐ ☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐ ☐ ☐
Pratique de l'exercice physique • Reconnaître l'absence de contre-indication à toute activité physique. • Améliorer sa tolérance à l'effort.	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐

Bibliographie Asthme

1. 'Bronchopneumopathie chronique obstructive' Idées-Forces tirées de la revue Prescrire. N° 279 Janvier 2007 : 8 pages.
2. 'Traitement de l'asthme au long cours - Première partie' Rev Prescrire 2007 ; **27** (284) : 436-441.
3. 'Traitement de l'asthme au long cours - Deuxième partie' Rev Prescrire 2007 ; **27** (285) : 522-526.
4. 'Recommandations pour le suivi médical des patients asthmatiques adultes et adolescents' ANAES septembre 2004 : 3 pages.

Nom – Prénom : **PERRET Claire** Titre de la thèse : **Perspectives de la pratique officinale française : Une évolution vers le modèle québécois ?**

Résumé de la thèse :

A l'heure où certaines règles posées par le Code de la Santé Public sont remises en cause, notamment celles concernant la propriété des officines, le monopole pharmaceutique ou encore le maillage territorial, il est légitime pour l'officinal de s'inquiéter et de s'interroger sur le devenir de sa profession. Quelles seraient les conséquences de la dérèglementation et comment parvenir à y faire face ? Comment se construire une nouvelle image afin d'éviter d'être relégué au rang de « vendeur de boîtes de médicaments » ? Quelles sont les nouvelles missions ouvertes aux officinaux grâce aux mutations de notre époque et de notre environnement ?

Face à un tel questionnement, il est intéressant de chercher certaines réponses en étudiant un autre modèle de pratique de la pharmacie. Le modèle québécois semble être un très bon exemple puisqu'il possède une ambivalence frappante : les pharmaciens québécois ont une forte notoriété alors qu'ils exercent leur métier dans des « drugstores ». Est-ce parce qu'ils sont plus compétents ? Est-ce parce qu'ils sont en avance sur certaines pratiques comme la pharmacie clinique et les soins pharmaceutiques ? Et si c'est le cas, pourquoi ne pas en faire autant ? Ou alors, existe-t-il en France de nouvelles pratiques similaires, susceptibles de dynamiser et de revaloriser notre profession, et qui mériteraient d'être développées davantage ?

MOTS CLÉS : **OFFICINE, FRANCE, QUÉBEC, SOINS PHARMACEUTIQUES,**

PROGRAMME PHARMAKER

Adresse de l'auteur : 40 rue Fouré

44 000 NANTES