



Université de Poitiers

Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2021

THESE

POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE
(décret du 25 novembre 2016)

présentée et soutenue publiquement

le 10 juin 2021 à Poitiers

par Cécile-Marie MUR

Ressenti du médecin généraliste sur le rôle du pharmacien
dans le Bilan Partagé de Médication

COMPOSITION DU JURY

Présidente : Pr PERAULT-POCHAT Marie-Christine, professeure des universités,
praticien hospitalier pharmacologie clinique

Membres : Pr BIRAULT François, professeur associé de médecine générale
Dr JEDAT Vincent, maître de conférences associé de médecine générale

Directeur de thèse :
Pr PARTHENAY Pascal, professeur associé de médecine générale

Le Doyen,

Année universitaire 2020 - 2021

LISTE DES ENSEIGNANTS DE MEDECINE

Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

- BOULETI Claire, cardiologie
- BOURMEYSTER Nicolas, biologie cellulaire
- BRIDOUX Frank, néphrologie
- BURUCOA Christophe, bactériologie – virologie
- CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
- CHRISTIAENS Luc, cardiologie
- CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie – réanimation
- DEBAENE Bertrand, anesthésiologie réanimation
- DEBIAIS Françoise, rhumatologie
- DROUOT Xavier, physiologie
- DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie
- FAURE Jean-Pierre, anatomie
- FRASCA Denis, anesthésiologie-réanimation
- FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
- GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
- GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
- GILBERT Brigitte, génétique
- GOMBERT Jean-Marc, immunologie
- GOUJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
- GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
- HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
- INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale
- ISAMBERT Nicolas, cancérologie
- JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
- JABER Mohamed, cytologie et histologie
- JAYLE Christophe, chirurgie thoracique t cardio-vasculaire
- KARAYAN-TAPON Lucie, cancérologie
- KEMOUN Gilles, médecine physique et de réadaptation (**en disponibilité**)
- KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie générale
- LECLERE Franck, chirurgie plastique, reconstructrice
- LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire
- LELEU Xavier, hématologie
- LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
- LEVEQUE Nicolas, bactériologie-virologie
- LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
- MACCHI Laurent, hématologie
- MCHEIK Jiad, chirurgie infantile
- MEURICE Jean-Claude, pneumologie
- MIGEOT Virginie, santé publique
- MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique
- MIMOZ Olivier, anesthésiologie – réanimation
- NEAU Jean-Philippe, neurologie
- ORIOT Denis, pédiatrie
- PACCALIN Marc, gériatrie
- PERAULT-POCHAT Marie-Christine, pharmacologie clinique
- PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire
- PIERRE Fabrice, gynécologie et obstétrique
- PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
- RAMMAERT-PALTRIE Blandine, maladies infectieuses
- RICHER Jean-Pierre, anatomie
- RIGOARD Philippe, neurochirurgie
- ROBERT René, réanimation

- ROBLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
- ROBLOT Pascal, médecine interne
- RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie (**retraite 01/03/2021**)
- SAULNIER Pierre-Jean, thérapeutique
- SCHNEIDER Fabrice, chirurgie vasculaire
- SILVAIN Christine, hépato-gastro- entérologie
- TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
- THIERRY Antoine, néphrologie
- THILLE Arnaud, réanimation
- TOUGERON David, gastro-entérologie
- WAGER Michel, neurochirurgie
- XAVIER Jean, pédopsychiatrie

Maitres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers

- ALBOUY-LLATY Marion, santé publique (**en mission 2020/21**)
- ALLAIN Géraldine, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- BEBY-DEFAUX Agnès, bactériologie – virologie (**en cours d'intégration PH**)
- BEN-BRIK Eric, médecine du travail (**en détachement**)
- BILAN Frédéric, génétique
- BOISSON Matthieu, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire (**en mission 1 an à/c nov.2020**)
- CASTEL Olivier, bactériologie - virologie – hygiène
- CAYSSIALS Emilie, hématologie
- COUDROY Rémy, réanimation
- CREMNITER Julie, bactériologie – virologie
- DIAZ Véronique, physiologie
- FROUIN Eric, anatomie et cytologie pathologiques
- GACHON Bertrand, gynécologie-obstétrique
- GARCIA Magali, bactériologie-virologie
- JAVAGUE Vincent, néphrologie
- KERFORNE Thomas, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- LAFAY-CHEBASSIER Claire, pharmacologie clinique
- LIUU Evelynne, gériatrie
- MARTIN Mickaël, médecine interne
- PALAZZO Paola, neurologie (**en dispo 1 an**)
- PERRAUD Estelle, parasitologie et mycologie
- SAPANET Michel, médecine légale
- THUILLIER Raphaël, biochimie et biologie moléculaire

Professeur des universités

- PELLERIN Luc, biochimie et biologie moléculaire

Professeur des universités de médecine générale

- BINDER Philippe

Professeurs associés de médecine générale

- BIRAULT François
- FRECHE Bernard
- MIGNOT Stéphanie
- PARTHENAY Pascal
- VALETTE Thierry
- VICTOR-CHAPLET Valérie

Maîtres de Conférences associés de médecine générale

- AUDIER Pascal
- ARCHAMBAULT Pierrick
- BRABANT Yann
- JEDAT Vincent

Enseignants d'Anglais

- DEBAIL Didier, professeur certifié

Professeures émérites

- CARRETIER Michel, chirurgie générale (08/2021)
- GIL Roger, neurologie (08/2023)
- GOMES DA CUNHA José, médecine générale (08/2021)
- GUILHOT-GAUDEFFROY François, hématologie et transfusion (08/2023)
- HERPIN Daniel, cardiologie (08/2023)
- KITZIS Alain, biologie cellulaire (16/02/2021)
- MARECHAUD Richard, médecine interne (24/11/2023)
- MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire (08/2021)
- RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire (08/2022)
- SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes (08/2023)
- TOUCHARD Guy, néphrologie (08/2021)

Professeurs et Maîtres de Conférences honoraires

- AGIUS Gérard, bactériologie-virologie
- ALCALAY Michel, rhumatologie
- ALLAL Joseph, thérapeutique (ex-émérite)
- ARIES Jacques, anesthésiologie-réanimation
- BABIN Michèle, anatomie et cytologie pathologiques
- BABIN Philippe, anatomie et cytologie pathologiques
- BARBIER Jacques, chirurgie générale (ex-émérite)
- BARRIERE Michel, biochimie et biologie moléculaire
- BECQ-GIRAUDON Bertrand, maladies infectieuses, maladies tropicales (ex-émérite)
- BEGON François, biophysique, médecine nucléaire
- BOINOT Catherine, hématologie – transfusion
- BONTOUX Daniel, rhumatologie (ex-émérite)
- BURIN Pierre, histologie
- CASTETS Monique, bactériologie -virologie – hygiène
- CAVELLIER Jean-François, biophysique et médecine nucléaire
- CHANSIGAUD Jean-Pierre, biologie du développement et de la reproduction
- CLARAC Jean-Pierre, chirurgie orthopédique
- DABAN Alain, oncologie radiothérapie (ex-émérite)
- DAGREGORIO Guy, chirurgie plastique et reconstructrice
- DESMAREST Marie-Cécile, hématologie
- DEMANGE Jean, cardiologie et maladies vasculaires
- DORE Bertrand, urologie (ex-émérite)
- EUGENE Michel, physiologie (ex-émérite)
- FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie-virologie (ex-émérite)
- FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino Laryngologie (ex-émérite)
- GRIGNON Bernadette, bactériologie
- GUILLARD Olivier, biochimie et biologie moléculaire
- GUILLET Gérard, dermatologie
- JACQUEMIN Jean-Louis, parasitologie et mycologie médicale
- KAMINA Pierre, anatomie (ex-émérite)
- KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino-Laryngologie
- LAPIERRE Françoise, neurochirurgie (ex-émérite)
- LARSEN Christian-Jacques, biochimie et biologie moléculaire
- LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques
- MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie
- MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie (ex-émérite)
- MARILLAUD Albert, physiologie
- MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (ex-émérite)
- MORICHAU-BEAUCHANT Michel, hépato-gastro-entérologie
- MORIN Michel, radiologie, imagerie médicale
- PAQUEREAU Joël, physiologie
- POINTREAU Philippe, biochimie
- POURRAT Olivier, médecine interne (ex-émérite)
- REISS Daniel, biochimie
- RIDEAU Yves, anatomie
- SULTAN Yvette, hématologie et transfusion
- TALLINEAU Claude, biochimie et biologie moléculaire
- TANZER Joseph, hématologie et transfusion (ex-émérite)
- TOURANI Jean-Marc, oncologie
- VANDERMARCO Guy, radiologie et imagerie médicale

Je dédie cette thèse à la mémoire d'Agnès.

Malheureusement tu es partie trop tôt et tu ne pourras pas voir le travail que j'ai accompli. J'aurai aimé avoir l'honneur que tu fasses partie de ce jury.

Je te remercie d'avoir été ma tutrice, de m'avoir guidé vers ce sujet de thèse. Merci pour ton humanité et ta bienveillance.

Remerciements

À la présidente du jury, Mme la Pr PERAULT-POCHAT Marie-Christine, je vous remercie sincèrement de me faire l'honneur de présider ce jury.

À mon directeur de thèse, Mr le Pr PARTHENAY Pascal, pour avoir gentiment accepté d'être mon directeur de thèse, de m'avoir aidée, encadrée et qui m'a donné de précieux conseils.

Aux autres membres de mon jury, Mr le Pr BIRAULT François et Mr le Dr JEDAT Vincent, je vous remercie de votre intérêt à juger mon travail.

À tous les médecins qui ont accepté de prendre du temps et de répondre à mes questions. Je vous remercie infiniment. Dédicace au Divan des médecins.

Au Dr TISNE Bertrand, pour m'avoir donné le goût de la médecine générale et fait révéler ma vocation.

Au Dr GALOPIN Guy, qui lors de mon stage en niveau 1, m'a tout de suite fait confiance et considérée comme son égal.

Au Dr ROUSSEAU Joëlle, qui m'a montré diverses facettes du métier de médecin généraliste et sa gentillesse.

Au Dr RAYMOND Gilles, qui m'a appris la rigueur et à développer mon sens critique.

Au Dr DUTHIL Valérie, pour ses débriefings enrichissants qui m'ont permis de progresser.

Au Dr MOREAU Laure, pour m'avoir appris à avoir des prescriptions argumentées.

Au Dr RAIMBAULT-MALLET Marie, pour m'avoir appris à bien écouter les patients et avoir une vision d'ensemble.

Valérie, Laure, Marie, je vous remercie pour ce super semestre (qui a d'ailleurs duré plus longtemps que prévu), j'ai adoré être avec vous et ce semestre restera le meilleur ! Vous avez tellement été bienveillantes et adorables ! Grâce à vous trois j'ai appris à avoir davantage confiance en moi et je vous en remercie.

Au Dr BOSSUET Patrick, qui a fait preuve d'une grande humanité et m'a fait confiance.

Au Dr TREKELS Thomas, pour sa bienveillance et nos discussions sur l'aspect relationnel avec les patients.

Au Dr NAU Isabelle, qui m'a appris à davantage m'affirmer.

Aux médecins généralistes que je remplace régulièrement (Dr DAMIENS et Dr MELIANI notamment) pour leur confiance qu'ils m'accordent.

À mes anciennes internes Anne et Béatrice pour m'avoir fait évoluer lors d'un stage d'externat.

À tous mes co-internes sans qui mon internat n'aurait pas été le même. Je vous remercie pour votre soutien et nos fous-rires. Grâce à l'internat j'ai pu rencontrer Charlotte avec qui je suis proche maintenant. Une dédicace spéciale pour Pauline qui a été d'un grand soutien et qui est devenue maintenant une très bonne amie.

À mon meilleur ami Justin qui me soutient depuis de nombreuses années malgré la distance.

À mon Frère, Tiago et Mila. Je vous Aime même si les relations ne sont pas simples.

À Céline, Sébastien et leurs familles, Tonton Ange et Tatie Bernadette pour votre soutien.

À ma Mamichou et Tonton Alain qui me soutiennent, je vous Aime.

À mes Parents Chéris d'Amour qui m'apportent leur soutien sans faille, qui décrocheraient la lune pour moi. Je vous remercie pour tout, de ce que vous faites pour moi dans la vie et les études. Je vous Aime à l'infini.

À tous les êtres chers partis beaucoup trop tôt : Saturnino y Maria os quiero mucho, Papichou et Taxi Gégé.

À ma Belle-Famille adorée, Somphian, Camille, Maxime, Julia ainsi que TOUS les membres LAINTHAVILAY et MOREL qui m'ont accueillie les bras ouverts. Je vous Aime.

Et bien sûr pour terminer, je remercie Thibault, l'Amour de ma vie, mon âme sœur. Je te remercie de supporter mes doutes, mes angoisses, de m'avoir aider à surmonter l'internat. Je suis fière de notre couple. Je t'Aime. À nos futurs enfants et aux deux petites étoiles que nous aurions dû avoir.

TABLE DES MATIÈRES

<u>LISTES DES ABREVIATIONS</u>	11
<u>INTRODUCTION</u>	12
<u>MATÉRIEL ET MÉTHODES</u>	16
A) Type d'étude.....	16
B) Sélection de la population.....	16
C) Mode de recrutement.....	16
D) Déroulement des entretiens.....	18
E) Après les entretiens.....	18
<u>RÉSULTATS ET ANALYSE</u>	19
A) Population recrutée et caractéristiques.....	19
B) Analyse.....	23
I) Le vécu du travail au quotidien évoqué par les médecins interrogés.....	23
I.1) Prise en charge des patients complexes.....	23
I.2) Contraintes administratives et de temps.....	23
I.3) Médecin faillible.....	24
II) Relations entre médecins et pharmaciens.....	25
II.1) Intensité et nature variables.....	25
II.1.a) Bonnes relations.....	25
II.1.b) Variables.....	25
II.1.c) Faibles interactions.....	25
II.1.d) Nature professionnelle des interactions.....	25
II.1.e) Dépassant le cadre professionnel.....	26
II.1.f) Modifiées par la pandémie COVID.....	26
II.2) Moyens de communication utilisés.....	26

III) Les attentes des médecins généralistes sur les compétences des pharmaciens.....	27
III.1) Contrôler des ordonnances.....	27
III.2) Exercer le pharmacovigilance.....	29
III.3) Être expert des médicaments.....	29
III.4) Donner l'alerte si mésusage des médicaments.....	30
III.5) Être le pharmacien référent du patient (permet le suivi de toutes les ordonnances par tous les prescripteurs).....	30
III.6) Assurer une coordination avec le médecin traitant.....	30
III.7) Enrichir le médecin généraliste de leurs compétences et de leurs connaissances.....	31
III.8) Conseiller et orienter le patient.....	31
III.9) Rester réservé face au patient en cas de désaccord avec le médecin.....	32
IV) La vision mercantile du pharmacien.....	32
V) L'élargissement des compétences du pharmacien vu par les médecins.....	33
V.1) Acceptation totale.....	33
V.2) Acceptation seulement dans certaines conditions.....	33
V.3) Refus.....	34
VI) Le BPM vu par les médecins généralistes.....	34
VI.1) Différents niveaux d'acceptation.....	34
VI.1.a) Bon accueil.....	34
VI.1.b) Accueil plus modéré.....	35
VI.1.c) Difficultés à accepter et manque d'intérêt.....	35
VI.2) Rôles et travail du pharmacien.....	35
VI.2.a) Organisation nécessaire.....	35
VI.2.b) Temps consacré au BPM.....	35
VI.2.c) Rémunération faible.....	35

VI.3) Avantages du BPM.....	36
VI.3.a) Deuxième lecture de l'ordonnance.....	36
VI.3.b) Vision d'ensemble des traitements du patient.....	37
VI.3.c) Mise à jour des pratiques et des connaissances du médecin.....	37
VI.3.d) Laisser un rôle prépondérant au médecin qui est au final décideur.....	38
VI.3.e) Patient au cœur du dispositif.....	38
VI.3.f) Repositionner le pharmacien comme acteur dans le soin.....	39
VI.3.g) Favoriser le relationnel entre le trio médecin-patient- pharmacien.....	39
VI.3.h) Réduire les coûts pour la société.....	40
 VII) Les limites du BPM selon les médecins interrogés.....	 40
VII.1) Sentiment de mise à l'écart, jugement, blessure du généraliste dans ce dispositif.....	40
VII.2) Redistribution des rôles source de tension et de confusion.....	41
VII.3) Interrogation sur la compétence et l'intérêt du pharmacien à développer ce dispositif.....	41
VII.4) Nécessité d'une bonne relation entre médecin et pharmacien.....	42
VII.5) Nécessité d'avoir des patients réceptifs aux conseils.....	42
VII.6) Nécessité de redéfinir les patients à cibler.....	43
VII.7) Dispositif vécu comme un travail redondant ou comme une contrainte pour un bénéfice minime.....	43
 VIII) Améliorations à apporter au BPM.....	 44
VIII.1) Mieux communiquer sur ce dispositif.....	44
VIII.2) Travailler en équipe pluridisciplinaire.....	44
VIII.3) Rencontre du trio médecin-patient-pharmacien.....	44
VIII.4) Améliorer la rémunération.....	45
VIII.5) Utiliser la visioconférence.....	45
VIII.6) Sélection des patients par le médecin traitant.....	45

<u>DISCUSSION</u>	46
A) Discussion sur les résultats de l'étude.....	46
B) Forces et faiblesses de cette étude.....	49
<u>CONCLUSION</u>	50
<u>BIBLIOGRAPHIE</u>	51
<u>TABLE DES FIGURES ET TABLEAUX</u>	56
<u>RESUME ET MOTS CLES</u>	57
<u>SERMENT D'HIPPOCRATE</u>	58

LISTE DES ABREVIATIONS

ALD : Affection de Longue Durée

AMM : Autorisation de Mise sur le Marché

BPM : Bilan Partagé de Médication

CHU: Centre Hospitalier Universitaire

CPTS : Communauté Professionnelle Territoriale de Santé

DU : Diplôme Universitaire

EHPAD : Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes

HAS : Haute Autorité de Santé

HPST : Hôpital Patient Santé Territoire

IDE : Infirmière Diplômée d'État

INSEE : Institut National de la Statistique et des Études Économiques

MSP : Maison de Santé Pluriprofessionnelle

RCP : Réunion de Concertation Pluridisciplinaire

SCI : Société Civile Immobilière

INTRODUCTION

La population Française augmente chaque année et est vieillissante. Selon les projections de l'INSEE cette augmentation va se poursuivre et le nombre de personnes de plus de 65 ans va augmenter fortement **(1) (2)**.

Ces personnes-là sont notamment souvent polypathologiques et polymédiquées.

En 2019 selon l'assurance maladie :

- 11,4 millions de personnes en France ont une Affection Longue Durée (ALD), dont la moitié ont plus de 65 ans **(3)** ;
- quasiment 4 millions d'individus ont au moins 5 traitements différents et sont donc exposés à un risque iatrogénique important. Cette iatrogénie est préjudiciable pour le patient et la société. Ainsi l'iatrogénie serait responsable de 130 000 hospitalisations par an et plus de 7500 décès chez les personnes de plus de 65 ans **(4)**.

Réduire les prescriptions iatrogènes des médecins chez les personnes âgées apparaît donc comme un enjeu majeur de santé publique pour les années à venir.

Une des solutions pour éviter l'iatrogénie et les surcoûts liés à cette dernière, est l'évolution du partage de compétences entre professionnels de santé **(5)**, notamment entre médecin et pharmacien d'officine **(6) (7)**. Cela a été légiféré par le biais de la loi HPST du 21 Juillet 2009 avec notamment l'article 38 faisant davantage intervenir le pharmacien d'officine par le biais du bilan partagé de médication **(8)**. Le collège de la HAS y a émis également un avis favorable en 2017 **(9)**.

Le BPM est instauré suite aux parutions en 2017 et 2018 des avenants n°11 et 12 à la convention nationale du 4 Avril 2012 **(10) (11) (12)**. Il est destiné aux patients de plus de 65 ans avec une ALD et aux plus de 75 ans avec 5 médicaments prescrits depuis 6 mois ou plus **(9)**. Un nouvel avenant est paru le 04/02/2020 pour l'élargir aux plus de 65 ans polymédiqués et les patients résidant en EHPAD **(13)**.

Le BPM est défini par la HAS comme une « *analyse critique structurée des médicaments du patient par le pharmacien dans l'objectif d'établir un consensus avec le patient concernant son traitement, en ayant soin d'optimiser l'impact clinique des médicaments, de réduire le nombre de problèmes liés à la thérapeutique et de diminuer les surcoûts inutiles. Cette démarche impose de mettre en perspective le traitement du patient en regard de ses comorbidités, d'éventuels syndromes gériatriques, de ses souhaits et d'outils d'évaluation pharmacologique comme ceux de détection des médicaments potentiellement inappropriés* ».

Il y a insistance sur le consensus, c'est-à-dire d'avoir une décision partagée avec le patient **(14)**.

Les objectifs sont à la fois pour le patient mais aussi pour les professionnels de santé et la société (15).

Pour le patient les objectifs sont (15) (16) (17) :

- d'apporter des réponses à ses interrogations concernant les traitements ;
- d'améliorer son observance thérapeutique ;
- de prévenir l'iatrogénie médicamenteuse ;
- d'optimiser les médicaments / d'optimiser la prise (si besoin pilulier par ex ou si besoin d'aide d'une tierce personne) ;
- d'identifier les situations de « overuse » (médicaments en sur prescription), « misuse » (médicaments inadaptés), « underuse » (insuffisance de traitements).

L'objectif est donc de réduire la polymédication source d'iatrogénie et par conséquent d'améliorer la qualité de vie des patients avec un meilleur contrôle des pathologies (18) (19) (20) (21).

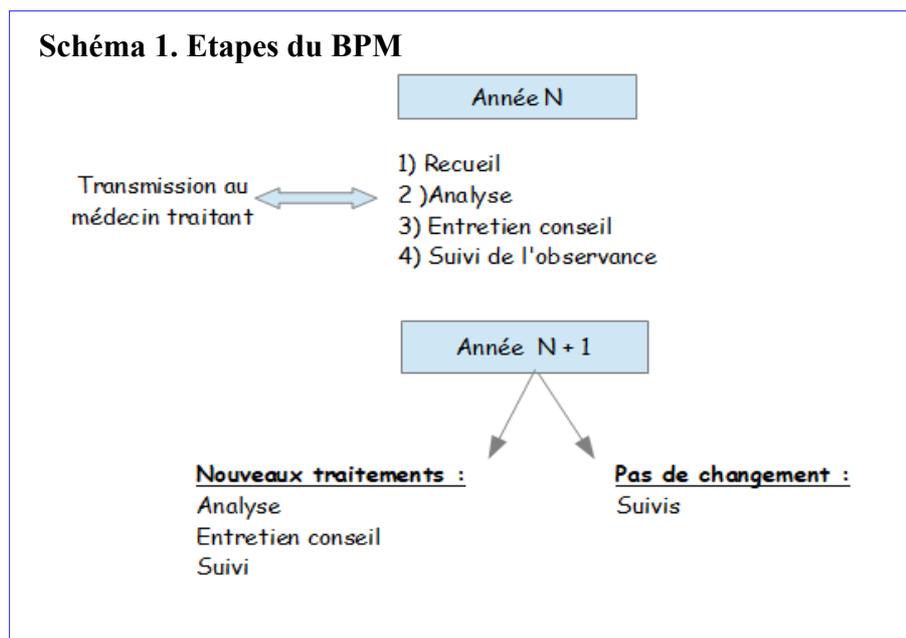
Pour les professionnels de santé les objectifs sont (22) :

- de valoriser le rôle du pharmacien d'officine ;
- de renforcer la communication médecin-pharmacien et de décharger les médecins.

Pour le système de santé l'objectif de faire des économies, de diminuer les dépenses, de diminuer l'iatrogénie responsable de surcoût. Donc réduire les coûts globaux(16) (23) (24).

Les bilans répétés permettent une meilleure acceptation par les prescripteurs des interventions pharmaceutiques et augmentent le bénéfice pour les patients (17) (25) (26).

Le BPM se déroule en plusieurs étapes et sur plusieurs mois/années (voir le schéma 1 ci-dessous) (27) (28) (29):



Voyons maintenant les différentes étapes plus en détails :

* Première étape : le recueil (30) (31) (32)

Elle consiste pour le pharmacien à rencontrer le patient, il doit lors de l'entretien :

- récupérer les différentes ordonnances par les différents prescripteurs et les dernières analyses biologiques ;
- recueillir les antécédents du patient et ses vaccinations ;
- s'inquiéter de la prise médicamenteuse (sur prescription ainsi que hors prescription mais prise à l'initiative du patient), de son observance ou non et de s'enquérir des raisons de la non prise. Pour cela le pharmacien dispose de nombreux outils tels que le score de Girerd ;
- évaluer sa connaissance des médicaments ;
- prendre en compte son état physiologique (si insuffisance rénale par ex, existence ou non de trouble de la déglutition, dénutrition, donc repérer les critères de fragilité) et voir si la galénique est adaptée. Prendre en compte aussi ses habitudes de vie et savoir qui gère les traitements (IDE/famille).

Cette étape doit durer de 45 à 60 minutes. La rencontre peut se faire aussi bien chez le patient qu'à l'officine mais dans un espace confidentiel dédié. Un aidant peut être présent si le patient le souhaite.

* Deuxième étape : analyse de l'ordonnance et synthèse

Elle se fait en l'absence du patient. Il y a vérification concernant l'indication, les interactions, la posologie. Ceci se fait dans une démarche gériatrique avec un but d'optimisation thérapeutique. Le pharmacien peut s'aider d'outils à sa disposition : les critères STOPP/START (33) (34), la liste de Laroche (35), le guide du bon usage des médicaments en gériatrie (36) (37). Il existe également une base de données pour savoir si les médicaments sont écrasables ou non (38).

Ensuite une synthèse, faite avec des propositions, est transmise au médecin traitant par le Dossier Médical Partagé ou par messagerie sécurisée. Le médecin donne son accord ou non aux propositions. Le décret n°2011-375 du 5 Avril 2011 relatif aux missions des pharmaciens d'officine précise : « Le pharmacien communique le bilan ainsi effectué au bilan prescripteur sans préjudice des dispositions de l'article R5121 – 170 » (39).

Suite à cela le pharmacien peut établir un plan d'action médicamenteux (32) (40).

* Troisième étape : entretien conseil

Le pharmacien revoit le patient pour une durée de 30-40 min où il lui explique l'analyse de son (ses) ordonnance(s), lui donne également des conseils hygiéno-diététiques. Les modifications qui ont été réalisées avec l'accord du médecin traitant sont expliquées. Un support écrit avec posologie, spécificités liées à la prise, est remis au patient (32).

Il est recommandé aux pharmaciens de proposer un plan de posologie pour les patients polymédiqués (arrêté du 28 Novembre 2016 (41)).

* Quatrième étape : suivi

Une consultation de suivi a lieu tous les 6 à 12 mois en fonction des patients.

Il peut être réalisé un nouveau questionnaire de Girerd afin de faire une comparaison et voir si l'observance s'est améliorée ou non, et si l'adhésion est bonne ou non.

Il faut aussi refaire un point sur les traitements qui avaient révélé une problématique (d'adhésion/galénique etc.) lors des précédents entretiens.

En fonction des réponses il faudra peut-être à nouveau proposer un plan d'action et faire des ajustements en accord avec le médecin traitant (32).

Les années suivantes (14)

→ si le traitement est modifié :

- le pharmacien doit refaire un entretien comme la 1ère année avec analyse et à nouveau synthèse au médecin traitant ;
- puis un entretien conseil ;
- et ensuite un suivi.

→ si le traitement n'est pas modifié : le pharmacien doit faire 2 suivis de l'observance.

La rémunération est de 60 euros la 1ère année à condition d'avoir fait les 4 étapes. Pour la 2ème année et les années suivantes : 20 euros s'il n'y a pas eu adaptation et 30 euros si adaptation (14).

Toutefois ce dispositif semble peu mis en pratique puisque l'objectif initial de 20 bilans/officine est loin d'être obtenu (42) (43) (44) (45) (46). Quels en sont alors les freins ? Des travaux ont étudié ceux exprimés par les pharmaciens d'officine (47) (48) (49).

A notre connaissance, une étude de faible envergure a étudié la perception des médecins face à ce dispositif (50).

Nous nous sommes donc posés la question : quel est le ressenti du médecin généraliste sur le rôle du pharmacien dans le BPM ?

L'objectif primaire de l'étude est de connaître la perception du rôle du pharmacien par les médecins généralistes dans ce bilan.

L'objectif secondaire est de savoir comment améliorer la collaboration médecin-pharmacien pour favoriser l'utilisation du BPM.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

A) Type d'étude :

Pour répondre à la question, une étude qualitative semblait plus pertinente, avec la réalisation d'entretiens individuels semi-dirigés, s'appuyant sur un guide d'entretien. Nous avons utilisé une approche phénoménologique en partant de l'expérience vécue et décrite par les médecins interrogés.

B) Sélection de la population :

La population étudiée est celle des médecins généralistes thésés et installés.

C) Mode de recrutement :

Le recrutement a eu lieu de mi-octobre 2020 à Janvier 2021.

Celui-ci s'est fait de différentes façons :

- pour commencer, et me familiariser avec la technique d'entretien, j'ai choisi de demander à deux anciens maîtres de stage, un de mon externat (CHU de Bordeaux) et un de mon internat (CHU de Poitiers). Je les connaissais et me sentais en confiance avec eux pour les premiers entretiens.
- les autres médecins ont été recrutés par téléphone ou par le biais d'une annonce sur Facebook® ou par l'ordre des médecins.

*** Téléphonique :**

Le recrutement s'est fait initialement de façon téléphonique, en appelant des médecins généralistes de la région Girondine (où la thésarde réside). Une recherche des médecins généralistes a été faite sur Google Maps® et les médecins appelés choisis en essayant de varier le lieu d'exercice (urbain/péri-urbain/rural/semi-rural). Une quinzaine d'appels a été réalisée. Sur cette quinzaine d'appels, seuls deux ont permis un contact direct avec le médecin, les autres contacts ont été faits via le secrétariat téléphonique. Lors de ces appels une brève présentation de la thésarde était faite, le thème général de la thèse était donné ainsi que les coordonnées téléphoniques.

Sur cette première série d'appels une seule réponse favorable a été obtenue lors d'un contact direct avec un médecin. L'entretien a par la suite été réalisé via WhatsApp®. Il y a eu ensuite une relance téléphonique des cabinets déjà contactés mais sans succès.

* Réseaux sociaux

La méthode par appel téléphonique semblant peu concluante, il a été décidé de trouver d'autres moyens de recrutement. Une annonce sur le groupe Facebook® « Le divan des médecins » a été postée. Ce groupe comprend des médecins francophones de toutes les spécialités médicales. Cette annonce expliquait le thème général de la thèse (collaboration médecin-pharmacien), sans toutefois dévoiler le sujet et la population cible (à savoir des médecins généralistes installés).

Au total 12 médecins généralistes ont répondu à cette annonce mais seulement 9 médecins ont été interrogés. Parmi ces 9 médecins :

- il y a un médecin exerçant en Gironde avec réalisation de l'entretien en présentiel ;
- pour les 8 médecins hors Gironde, 6 entretiens ont été réalisés en visioconférence par les applications WhatsApp® ou Messenger® et les 2 derniers par téléphone ;
- 3 médecins n'ont pas été interrogés soit parce qu'ils n'ont pas par la suite répondu aux messages pour se fixer un rendez-vous ou alors ont annulé l'entretien faute de temps en lien avec la crise sanitaire COVID.

* Ordre des médecins :

Les verbatims ont été rédigés au fur et à mesure des premiers entretiens avec un début de codage manuel et il a été constaté qu'il n'y avait pas la saturation des données.

Il a été décidé de diffuser une annonce via l'ordre des médecins de Gironde, calquée sur celles des réseaux sociaux avec en plus les coordonnées téléphoniques et l'adresse mail de la thésarde. Les médecins désireux de participer à notre étude ont contacté la thésarde par SMS ou par mail. Des échanges ont eu ensuite lieu pour définir le jour, l'heure et le mode (présentiel/application) du rendez-vous.

Au total 26 médecins se sont portés volontaires pour participer à l'étude. Un médecin a contacté la thésarde par sa secrétaire, 22 mails et 3 SMS ont été reçus.

Sur ces 26 médecins :

- 17 ont été interrogés ;
- 4 n'ont pas donné suite en raison de problème organisationnel lié à la crise sanitaire COVID ;
- 5 ont été refusés en raison de leur lieu d'exercice trop représenté (il y avait beaucoup de médecins urbains et il manquait des ruraux) ou car se sont proposés après l'obtention de la saturation des données.

La saturation des données a été obtenue au 29ème entretien, confirmé ensuite par le 30ème entretien.

D) Déroulement des entretiens :

Les entretiens se sont tenus soit en présentiel, avec un déplacement aux cabinets des médecins ou alors de façon dématérialisée par le biais du téléphone ou des applications de visioconférence comme Skype®, Messenger®, WhatsApp®.

L'entretien se déroulait toujours de la façon suivante : à savoir début par des remerciements de leur participation puis présentation brève de la thésarde. Puis saisie des caractéristiques suivantes : sexe, âge, mode d'installation et si c'était une MSP est-ce que la pharmacie était intégrée, durée d'installation, lieu d'exercice (urbain/péri-urbain/rural/semi-rural). Il était rappelé qu'il s'agissait d'une étude qualitative et que pour les besoins de la rédaction un enregistrement audio était nécessaire mais que le contenu en serait ensuite anonymisé. Celui-ci s'est fait soit avec mon téléphone portable ou mon dictaphone.

Selon la préférence et la volonté des médecins interrogés, le tutoiement ou le vouvoiement étaient utilisés, cela ne signifie pas forcément que je connaissais personnellement ces médecins.

Lors des entretiens, suite à la question « connaissez-vous le BPM ? », le BPM était présenté et expliqué aux médecins interrogés avec l'aide ou non de schéma. Par téléphone le visuel n'a pu être montré. L'explication a été donnée à l'ensemble des médecins interrogés y compris à ceux qui connaissaient ou en avaient entendu parler car les conditions n'étaient pas suffisamment connues.

Les entretiens ont duré entre 8 minutes 30 secondes à 60 minutes. La durée moyenne est de 17 minutes.

E) Après les entretiens :

Les verbatims ont été rédigés sur traitement de texte. Concernant l'analyse, la thésarde a initialement acheté le logiciel NVIVO® et débuté l'encodage.

Toutefois en lisant le livre « Initiation à la recherche qualitative en santé : le guide pour réussir sa thèse ou son mémoire - sous la direction de Jean-Pierre LEBEAU », la thésarde a constaté qu'elle tombait dans le piège de l'indexation thématique et des « FAT » c'est-à-dire dans des conclusions stériles invoquant le manque de Formation, la rémunération insuffisante (manque d'Argent) et le manque de Temps.

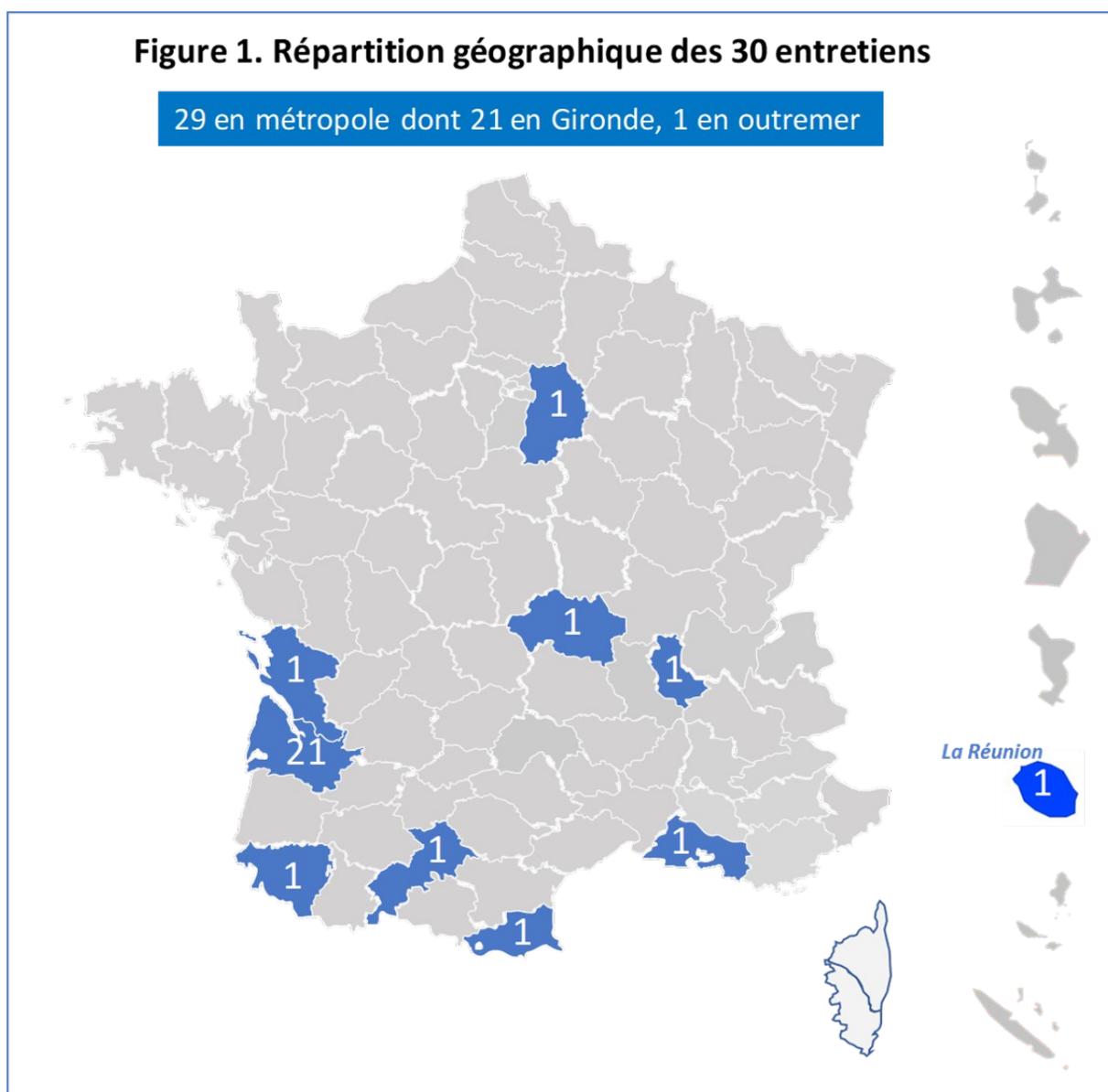
Les entretiens ont alors été relus et annotés manuellement en appliquant la méthode du livre. La thésarde a créé des étiquettes expérientielles en se posant deux questions : « De quoi me parle le participant ? Qu'exprime-t-il à ce sujet ? ». Le but étant de comprendre le vécu de la personne interrogée. A partir de cela des liens ont été trouvés.

RÉSULTATS ET ANALYSE

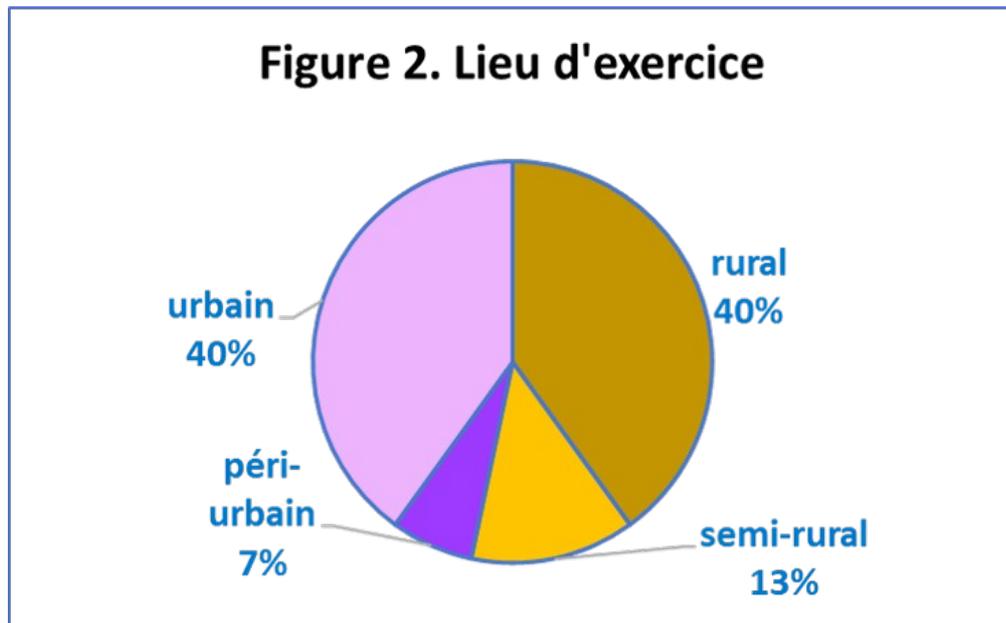
A) Population recrutée et caractéristiques :

Au total il y a eu 30 entretiens réalisés en France métropolitaine et d'Outre-Mer. Il y a 18 femmes pour 12 hommes. La benjamine était âgée de 29 ans et le doyen de 70 ans.

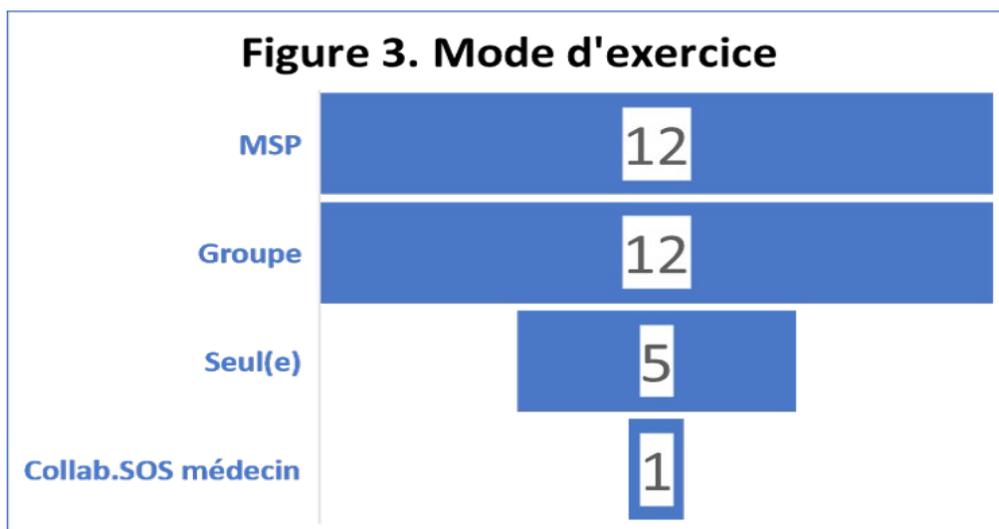
Sur la figure 1, nous voyons la variété de répartition géographique des médecins interrogés, avec une majorité de Girondins.



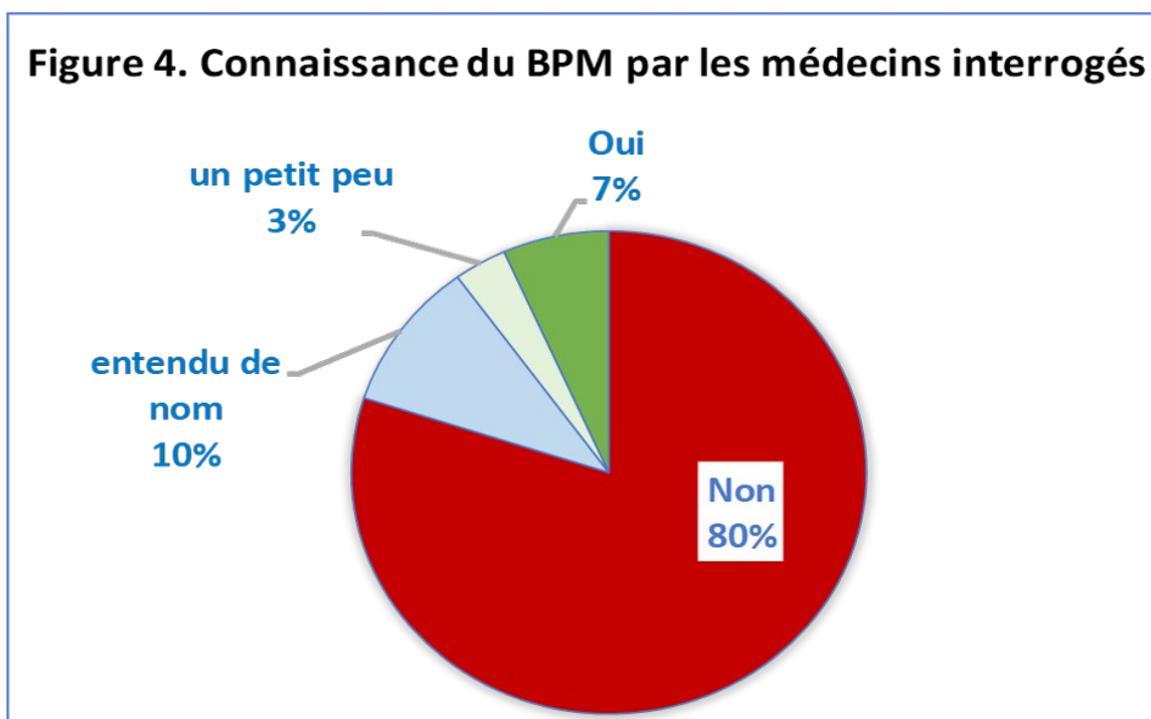
Avec la figure 2 nous pouvons voir les différents lieux d'exercice et que tous sont représentés.



Avec la figure 3, nous pouvons voir les différents modes d'exercices des médecins interrogés. Plus des 2/3 des médecins interrogés n'exercent pas de façon isolée.



Concernant la connaissance du BPM, nous pouvons voir que celui-ci est très peu connu (cf. figure 4).



Parmi les 6 médecins connaissant le BPM (que ce soit oui, un petit peu ou entendu de nom) :

- 1 médecin a été sollicité par la pharmacienne pour faire un travail sur l'ordonnance d'un patient mais cela n'a pas été fait de façon aussi formelle ;
- 3 médecins connaissent le BPM mais n'ont pas été sollicités par le pharmacien ;
- 1 médecin reconnaît que le pharmacien lui a parlé du dispositif mais n'a pas souhaité le faire car il ne se sentait pas concerné ;
- 1 médecin connaît le BPM mais n'a pas été sollicité car le pharmacien ne fait pas le BPM.

Enfin le tableau 1 reprend toutes les caractéristiques citées au-dessus :

Tableau 1. Caractéristiques des 30 entretiens

	Sexe	âge	Dpt	Durée (ans) d'installation	Lieu d'exercice	Mode d'exercice + si pharmacie intégrée	Média utilisé pour l'entretien	Durée entretien	BPM connu ?
M1	H	63	17	30	Rural	MSP + mais ne travaille pas avec	Présentiel	10min29	Oui
M2	F	31	64	1	Urbain	Collaborateur SOS médecin	Messenger®	29min22	non
M3	F	52	33	6	Urbain	seule	Présentiel	18min22	non
M4	F	36	66	3	Rural	MSP	Messenger®	29min14	non
M5	H	58	33	9	Urbain	MSP	Présentiel	11min55	non
M6	F	35	13	5	Urbain	Cabinet de groupe	Messenger®	18min33	non
M7	F	31	33	1	Péri-Urbain	Cabinet de groupe	Whatsapp®	15min27	Oui
M8	F	58	77	30	Urbain	Cabinet de groupe	Messenger®	60mn01	non
M9	F	38	69	1 an et 8 mois	Semi-Rural	Cabinet de groupe	Messenger®	33min58	non
M10	H	51	33	15	Urbain	Cabinet de groupe	Téléphone	12min58	non
M11	F	32	31	3 mois	Urbain	MSP +	Messenger®	16min17	non
M12	F	48	33	18	Urbain	seule	Whatsapp®	22min50	non
M13	H	61	33	15	Urbain	Cabinet de groupe	Téléphone	16min00	entendu de nom
M14	F	29	974	1 an et demi	Péri-Urbain	Cabinet de groupe	Messenger®	22min57	non
M15	F	37	33	3 ans et demi	Rural	Cabinet de groupe	Téléphone	17min58	non
M16	F	32	33	2 ans et 9 mois	Semi-Rural	seule	Téléphone	20min02	non
M17	F	39	3	8 ans et demi	Urbain	Cabinet de groupe	Messenger®	16min05	entendu de nom
M18	H	45	33	2 ans et demi	Urbain	Cabinet de groupe	Présentiel	11min26	non
M19	F	49	33	12	Semi-rural	Cabinet de groupe	Téléphone	15min12	non
M20	H	43	33	3	Semi-rural	MSP +	Téléphone	18min05	non
M21	H	36	33	3	Rural	Cabinet de groupe	Téléphone	21min30	non
M22	H	70	33	31	Rural	seul	Téléphone	12min00	non
M23	H	36	33	3	Urbain	seul	Messenger®	59min34	non
M24	F	39	33	10	Rural	MSP +	Présentiel	09min12	non
M25	F	32	33	3	Rural	MSP +	Présentiel	09min21	un petit peu
M26	F	32	33	3 mois	Rural	MSP +	Présentiel	08min33	non
M27	H	40	33	8	Rural	MSP +	Présentiel	12min59	entendu de nom
M28	F	47	33	15	Rural	MSP +	Présentiel	10min42	non
M29	H	46	33	5	Rural	MSP +	Présentiel	09min22	non
M30	H	67	33	37	Rural	MSP +	Présentiel	14min54	non

B) Analyse

I) Le vécu du travail du médecin au quotidien évoqué par les médecins interrogés

I.1) Prise en charge des patients complexes

Devant le vieillissement de la population il y a de plus en plus de patients polypathologiques et polymédiqués qui représentent une part non négligeable du quotidien du médecin.

M 1 « [...] un cas ultra compliqué [...] »,

M 3 « [...] pathologies ultra lourdes avec des dossiers à n'en plus finir. » // « [...] pathologies extrêmement lourdes qui sont déjà une grande partie de notre quotidien. »

✓ Pour ces patients complexes une coordination est nécessaire :

M 3 « Bien souvent, nous, on coordonne l'action des spécialistes : y'a un spécialiste qui va rajouter un médicament, un autre qui va en rajouter un autre. Nous, quand on va faire le renouvellement on va vérifier la compatibilité des traitements »

✓ Mais cette coordination n'est pas toujours aisée car les patients peuvent oublier de dire qu'ils ont vu certains spécialistes ou encore ne disent pas qu'ils prennent d'autres médicaments :

M 2 « Le patient au médecin va souvent oublier la moitié des médicaments ou des galéniques qu'il va prendre à côté [...]. »

M 7 « [...] l'ordonnance du spécialiste souvent les gens la ramène mais pas toujours. »

M 20 « On interroge les patients mais je ne suis pas sûre qu'il y ait une franchise absolue »

✓ Et certains ne semblent pas préoccupés par leur santé :

M 8 « Et puis avec les noms de génériques les patients ne savent pas ce qu'ils prennent, ils ne savent pas trop à quoi ça sert. »

M 19 « Amusez-vous en remplacement à demander au patient s'il sait à quoi ça sert ses médicaments qu'il a sur son ordonnance, ça fait peur ! » // « Ils prennent des trucs ils ne savent même pas à quoi ça sert. Et quand on veut faire un peu de pédagogie certains sont ravis mais d'autres ça ne les intéresse pas, ils veulent juste avoir leur médicament et voilà ! »

I.2) Contraintes administratives et de temps

Les médecins ont des obligations administratives et ont peu de temps :

M 6 « D'autant plus que si tu as le cardio, le pneumo, enfin que tout le monde s'y met, c'est sûr qu'en 15 minutes de consultation c'est un peu chaud [...]. »

M 23 « De toute façon l'administratophobie des professions médicales, libérales elle est fondée. Pourquoi faire simple quand on peut faire compliqué ? »

M 27 « Nous-mêmes on ne prend pas peut-être pas le temps. »

M 29 « Après c'est vrai que ça devrait être un effort de notre part de simplifier les ordonnances. Ça part un peu dans tous les sens, on n'a pas le temps de tout faire. »

I.3) Médecin faillible

- ✓ Ils ne peuvent pas tout savoir, et peuvent donc faire des erreurs : ils ne sont pas infaillibles.

M 3 « *Notamment ce qui est difficile ce sont les recommandations qui changent d'années en années.* »

M 6 « *[...] on n'a pas toute la pharmacodynamie en tête [...].* »

M 14 « *Moi je suis jeune médecin, je suis très, comment dire ? Très humble sur mes connaissances. Je pense que je suis un bon médecin globalement mais après je sais que je ne connais pas tout, que je peux me tromper.* »

M 20 « *Je ne suis pas infaillible.* »

M 30 « *J'accepte de me tromper et de dire à un patient que je me trompe. Je regarde internet devant le patient car il y a des trucs que je ne sais pas et on regarde ensemble.* »

- ✓ Cette notion d'erreur est retrouvée dans tous les entretiens :

Les médecins emploient le terme « *erreur* » « *boulettes* » « *bêtises* ». On retrouve souvent qu'« *une erreur c'est humain* ».

- ✓ Ces erreurs peuvent être d'ordre technique, liées au logiciel de prescription :

M 8 « *[...] vous cliquez sur une ligne eh ba manque de bol au gamin vous lui prescrivez du DOLIPRANE 1 000 au lieu du DOLIPRANE 100, ce n'est pas la même chose !* »

M 9 « *[...] c'est lié à l'utilisation trop rapide des logiciels de prescription, tu fais pas gaffe tu cliques sur la forme IV au lieu de per os.* »

- ✓ Ces erreurs peuvent être dues à des oublis/erreurs de la part des médecins :

M 1 « *J'ai parfois été rappelé pour des interactions que j'avais loupées, pour une ordonnance qui n'était pas à jour car le patient était sorti de l'hôpital et je n'avais pas réactualisé la mienne en fonction de ce qui avait été changé.* »

M 12 « *Alors là on est encore jeune, je ne me sens pas encore perturbée dans mes fonctions mnésiques. Mais à 60 ans je ne suis pas à l'abri de me tromper dans les médicaments.* »

- ✓ Ces oublis ont parfois lieu à domicile :

M 8 « *[...] quand on est au domicile du patient c'est de prescrire un médicament et qu'on n'a pas l'alerte sur « ce médicament en fait ton patient y est allergique ».* »

M 30 « *Ils nous arrivent de faire des bêtises et de ne pas relever, surtout en visites les interactions.»*

- ✓ Le médecin ne se souvient pas toujours des indications des médicaments pour le patient :

M 4 « *On retrouve des médicaments qu'on a prescrit d'un mois sur l'autre mais finalement on se rend compte qu'on ne sait plus trop d'où ça sort.* »

M 30 « *L'ordonnance c'est à la fin de la consultation, dans notre tête on est presque déjà dans la consultation suivante et on fait un clic droit « renouveler [...] Surtout quand le patient nous dit qu'il va bien, que son HbA1c est correcte et qu'il n'a pas de problème particulier et pas d'effet iatrogène à l'interrogatoire du coup je renouvelle.* »

✓ Une routine peut s'installer :

M 7 « *Car il ne faut pas se le cacher des fois sur le renouvellement il y a un phénomène de routine. On fait 2 clics, on imprime, on ne repose pas systématiquement la question « est-ce que ce traitement ça va ? Est-ce que vous le prenez bien ? ».* »

II) Relations entre médecins et pharmaciens

II.1) Intensité et nature variables

II.1.a) Bonnes relations

M 1 « *J'ai d'excellentes relations avec les pharmaciens [...].* »

M 3 « *[...] cordiales et agréables.* »

M 13 « *J'entretiens avec elles des relations privilégiées.* »

M 17 « *plutôt excellentes* » « *C'est très fluide de travailler avec eux.* »

M 23 « *Les relations sont plutôt calmes et en bonne intelligence.* »

M 24 « *Vraiment on a toujours travaillé main dans la main.* »

II.1.b) Variables

Les relations peuvent être variables en fonction de l'interlocuteur :

M 4 « *Avec les deux pharmaciens j'ai deux relations diamétralement opposées.* » // « *L'autre pharmacien avec lui, ça fait des étincelles.* »

Certains soulignent même un aspect générationnel :

M 15 « *Je m'entends très bien avec le pharmacien car on est de la même génération.* »

II.1.c) Faibles interactions

M 13 « *Les interactions avec moi elles sont assez faibles [...].* »

M 20 « *Elles sont très maigres.* »

M 27 « *Je suis en MSP avec des pharmaciens et c'est vrai que je pourrais m'attendre à ce que les relations soient plus étroites* »

II.1.d) Nature professionnelle des interactions

Pour certains médecins le pharmacien représente un collaborateur ou un partenaire, il est même son égal :

M 1 « *[...] c'est un collaborateur centré patient [...].* »

M 12 « *C'est une relation de partenariat [...]* » // « *[...] c'est une collaboration au quotidien.* » // « *[...] nous ne sommes plus au temps où on peut hiérarchiser les fonctions quand on a une prise en charge médicale car on doit être en coordination de soins.* »

L'évolution doit se faire vers un travail en équipe :

M 29 « [...] ça fait partie d'une évolution de la médecine générale qui doit se faire dans les années à venir de considérer qu'on n'est plus, comment dire..., pas tout puissant..., enfin si dans une certaine forme de toute puissance à vouloir tout gérer. Je pense qu'il faut qu'on bosse en équipe et qu'on admette qu'effectivement les pharmaciens ont le nez dans les médocs tout le temps et ils peuvent faire un bon boulot pour simplifier les ordonnances »

Il faut un dialogue avec l'ensemble du personnel :

M 23 « Je connais les équipes, pas seulement le pharmacien, le dirigeant de la pharmacie, je connais les préparateurs ou les préparatrices. »

II.1.e) Dépassant le cadre professionnel

Pour certains la relation est aussi extraprofessionnelle :

M 4 « [...] je le vois même en dehors du boulot. »

M 23 « Le pharmacien qui s'en occupe il est juste à côté, c'est un copain d'ailleurs. »

II.1.f) Modifiées par la pandémie COVID

Elle a renforcé les relations et favorisé l'entraide :

M 9 « Ils nous ont bien aidés pendant le 1er confinement [...]. Donc dans la galère un bon soutien. »

M 12 « On a mis en place ensemble des stratégies pour ne pas se contaminer. »

M 16 « Ils ont été bien dans l'aide et dans l'écoute pendant les confinements et les besoins de matériel que les médecins ont pu avoir. C'est même eux qui allaient au-delà et essayaient d'avoir du stock, donc ça c'était top »

Elle a pu faire révéler des tensions qui n'existaient pas auparavant :

M 2 « [...] si on passe cette période un peu particulière on a une bonne communication . »

M 3 « J'ai trouvé que les relations s'étaient tendues au moment du COVID. » // « [...]qu'on a pu avoir de l'incompréhension de part et d'autre. »

II.2) Moyens de communication utilisés

La majorité des échanges se fait de façon dématérialisée avec tous les moyens de communication à disposition : téléphone, mail, sms, application (santé comme PAACO GLOBULE ou alors WhatsApp®). Certains médecins vont même à la rencontre des pharmaciens :

M 14 « Je les vois aussi toutes les semaines pour leur faire un petit coucou [...]. »

M 15 « On mange régulièrement ensemble le midi. »

M 23 « Ça m'arrive même d'aller les voir avec des croissants pour qu'on prenne le petit-déjeuner ensemble. »

III) Les attentes des médecins généralistes sur les compétences des pharmaciens

III.1) Contrôler des ordonnances

Outre la délivrance du médicament, les médecins attendent du pharmacien qu'il garantisse la sécurité du patient, par le biais de la lecture, la vérification « le contrôle » de leur ordonnance et par conséquent la révélation des potentielles erreurs qui ont pu être commises.

M 1 « *C'est vraiment une sécurité de second niveau en ce qui me concerne pour éventuellement rattraper des erreurs [...] .* »

M 2 « *[...] contrôler nos ordonnances et contrôler les ordonnances du patient dans sa globalité.* »

M 5 « *Ils sont là pour vérifier que je n'ai pas fait une erreur de dosage, une association pas possible.* »

M 19 « *Vérifier aussi que tout est cohérent sur l'ordonnance et alerter le médecin à la limite quand il y a des erreurs car il y en a. Il ne faut pas rêver les médecins ne sont pas des dieux, ça nous arrive très souvent de nous tromper et donc c'est bien qu'il y ait une vérification derrière qui permet d'éviter des catastrophes avec les patients.* »

M 23 « *Les plus modernes dans leur approche vont systématiquement surveiller et rechercher toutes les interactions et faire des retours, le cas échéant s'ils estiment que c'est dangereux bloquer la prescription et attendre d'avoir mon aval pour une modification qui leur paraît adaptée.* »

✓ Ce contrôle est généralement bien accepté et est apprécié :

M 3 « *Je trouve ça tout à fait bien et ça me rassure sur le fait que le pharmacien soit vigilant et qu'il s'intéresse au-delà du juste délivrer le médicament et qu'il s'intéresse aussi vraiment aux conséquences de sa délivrance sur le patient.* »

M 5 « *Je suis toujours reconnaissant au pharmacien qui me rappelle en me disant « on a un doute » « est ce que vous avez bien voulu marquer ça ? ».* »

M 13 « *Après moi je ne suis pas paranoïaque donc moi je vois ça plutôt bien. Je ne me sens pas atteint dans mon ego scientifique quand un pharmacien m'appelle pour me faire une remarque.* »

M 24 « *Ils nous aident vraiment à adapter et à ne pas mettre en danger nos patients quand même.* » « *Je leur fais entière confiance et au contraire je suis rassurée de me dire que si je me suis trompée dans la posologie d'un antibio, je suis contente qu'il revérifie par derrière.* »

M 28 « *Je trouve même que c'est protecteur un peu pour le patient.* »

✓ Cela provoque une remise en question ... :

M 16 « *Je réagis très bien et je me dis « Oh là là qu'est-ce que j'ai fait comme erreur ? », je me remets d'abord moi en question, je ne me dis pas « Oh là là qu'est-ce qu'ils vont me dire ? Ils n'ont jamais raison ». Non c'est moi qui me remets en question.* »

M 17 « *Au final si on accepte de se remettre en cause, je trouve ça plutôt enrichissant.* »

✓ ... qui n'est pas toujours bien perçue :

M 17 « *Au final j'ai eu une fois une préparatrice qui m'a dit « Mais ce que vous avez prescrit à mon fils c'est hors AMM », ba c'était juste je crois un traitement pour de l'asthme et que ça devait commencer à 2 ans et qu'il avait genre 21 mois. Il n'y avait pas de quoi fouetter un chat ! Je n'avais pas apprécié cette remise en cause.* »

M 19 « *Quand c'est par contre, ça m'est arrivé une ou deux fois, pour remettre en cause parce que lui il pense que ce serait mieux autrement, généralement selon qui c'est je ne réagis pas forcément bien.* »

✓ La communication est importante :

M 20 « *Tant que c'est confraternel et avec de la bienveillance, je pense que les remarques sont bien acceptées.* »

M 23 « *Donc il m'a appelé d'abord pour se moquer de moi, pour me dire « je crois que tu t'es planté » mais c'était plutôt bon enfant si vous voulez » // « C'est toujours sur le ton de la discussion, ce n'est jamais péremptoire, j'ai jamais le dernier mot et eux non plus. » // « J'essaye de rester très calme pour que ça soit constructif et que ça aille vite et qu'on ne perde pas du temps à s'engueuler pour des conneries. C'est très rare qu'on s'engueule avec un pharmacien, c'est plutôt quand eux me prennent de haut ou m'agressent. »*

→ Le moment choisi pour communiquer n'est pas toujours le bon :

M 23 « *Premièrement par rapport à la nature de l'activité quand ils appellent généralement je ne réponds pas, je ne réponds pas immédiatement et je le rappelle au moment où j'ai 5 minutes. J'ai horreur d'être au téléphone en même temps que j'ai une personne en face de moi pour des raisons de secret médical.* » « *Donc quand un pharmacien m'appelle en général il me dérange car j'ai pas beaucoup de temps pour le téléphone et il faut que ça aille vite.* »

→ Il faudrait améliorer cette communication :

M 7 « *Il faudrait peut-être aussi se rendre plus disponible pour le pharmacien c'est-à-dire lui accorder plus qu'un coup de fil entre 2 patients.* »

M 17 « *Et effectivement quand on fait des posologies un peu originales, mettre un petit mot à côté c'est pas idiot, [...]. Ça pourrait être intéressant quand on a des indications atypiques à penser à en discuter ensemble.* »

✓ Le contrôle c'est leur responsabilité voire une responsabilité partagée avec le médecin :

M 1 « *Sa responsabilité est engagée au même titre que la nôtre si justement il ne s'assure pas que le message soit bien passé.* »

M 12 « *Un jour où il était de garde, il a fait une ordonnance pour la fille de 6 ans d'un de mes patients qui est venu me voir le lendemain. Il s'est trompé de médicament, il avait prescrit un médicament à visée cardiaque pour sa fille et la pharmacie avait refusé de lui délivrer. Heureusement que le pharmacien n'a pas fait juste une délivrance et a fait la vérification car c'est grave !* »

M 29 « *Pour ce qui est des interactions médicamenteuses je pense que ça doit être une double, une double surveillance. Je pense que c'est pas mal qu'on soit une espèce de chaîne de surveillance.* »

III.2) Exercer la pharmacovigilance

M 17 « *L'autre chose que je trouve qu'on devrait développer, c'est la pharmacovigilance. Parce que ça pareil je trouve que ce n'est pas assez utilisé pour faire de la recherche en médecine générale, [...]. Moi je trouve que faire remonter la pharmacovigilance via les pharmaciens ça pourrait être intéressant aussi. Car c'est vraiment de l'ambulatoire qui n'est pas assez étudié à mon sens ou à ma connaissance en tout cas.* »

M 23 « *Existe-t-il de nouveaux effets indésirables liés à un traitement ou un couple de traitements ou une association de traitements. Est-ce qu'il y a des nouvelles données de pharmacovigilance ? Alors là pour eux c'est hyper important mais pour nous c'est opaque !* »

III.3) Être expert des médicaments

- ✓ Ils attendent du pharmacien d'être un expert du médicament, aussi bien dans les médicaments usuels que dans d'autres moins utilisés de nos jours :

M 3 « *Il a un rôle de prévention, de l'usage et du bon usage du médicament.* »

M 9 « *Je les appelle aussi pour des médicaments sans ordonnance style phytothérapie.* »

M 12 « *J'aime bien les préparations qui se perdent beaucoup et qu'on utilisait jadis chez les enfants ou alors pour les crèmes. Souvent je demande le savoir du pharmacien* » // « *Je leur demande beaucoup de conseils sur tout ce que l'on ne connaît pas et qui est en vente libre à la pharmacie, notamment les produits cosméto ou alors tu vois en ce moment c'est la mode des probiotiques.* »

- ✓ Un médecin attend aussi du pharmacien qu'il adapte la molécule en fonction du patient :

M 29 « *Idéalement dans un monde idéal, moi je fournis un principe actif et eux ils adaptent [...] Nous on doit dans l'idée prescrire une molécule et puis l'adaptation de la molécule je pense que c'est pas mal que ce soit le pharmacien qui gère ça en fonction des stocks etc. parce qu'ils connaissent mieux que nous.* »

- ✓ Il est attendu qu'il explique le bon fonctionnement et l'usage des médicaments :

M 5 « *Ce sont des spécialistes du médicament et du dispositif. Par exemple leur montrer comment utiliser du BRICANYL s'ils n'en ont jamais utilisé.* »

M 8 « [...] *lui il a les petits comprimés donc il peut les montrer au patient.* »

M 27 « *Mais ce n'est jamais aussi simple d'expliquer que quand on a le produit devant soi. Donc j'espère qu'ils le font et qu'ils sortent le truc : « ça c'est la cuillère et vous lui en donnez une et demie le matin et vous refaites le soir ». Donc j'attends ça y compris pour d'autres traitements bien évidemment comme pour les inhalateurs.* »

- ✓ Certains trouvent notamment que ce dernier point n'est pas assez développé :

M 17 « *Et moi ce que j'aimerais vraiment c'est qu'on développe 2 choses : pour les dispositifs médicaux, pour l'asthme en particulier, plutôt que de mélanger des rôles avec des gestes comme la vaccination, moi je préférerais que les infirmières et nous on continue à vacciner et qu'eux aient un temps rémunéré pour bien montrer et s'assurer d'une bonne prise des médicaments avec des dispositifs de prise. Moi je trouve que c'est un rôle qui n'est pas assez développé pour les pharmaciens et c'est ça qui devrait être mis en valeur.* »

III.4) Donner l'alerte si mésusage des médicaments

Il se doit d'alerter le médecin contre d'éventuels mésusages et de détournement d'ordonnance par les patients :

M 2 « [...] eux aussi nous appellent quand ils ont des doutes sur certains patients, qu'ils voient qu'ils se font renouveler régulièrement, s'il y a des ordonnances inadéquates. »

M 8 « Ce ne sont pas forcément des toxicomanes, on a eu l'appel pour une patiente qui faisait un mésusage de DOLIPRANE » // « J'ai une anecdote avec une ancienne secrétaire médicale qui se faisait des ordonnances. [...] Le pharmacien nous a contactés et nous a envoyé par fax la copie de l'ordonnance. Il voulait savoir si c'était bien la signature du médecin. »

M 23 « [...] Certains patients déposent l'ordonnance 2-3 mois après et le pharmacien m'appelle en me disant que ça semblait être une prescription pour de l'aigu par exemple ».

M 30 « Il nous alerte ensuite sur des patients qui ne prennent pas forcément les médicaments que l'on prescrit. »

III.5) Être le pharmacien référent du patient (permet le suivi de toutes les ordonnances par tous les prescripteurs)

M 12 « [...] c'est mon œil, c'est ma main sur la prescription quand je ne suis pas au domicile du patient et ce sont mes yeux avec le patient sur ce qu'il se passe réellement en officine. »

M 23 « Ils ont le même historique de renouvellement que le nôtre sauf qu'ils ont aussi les ordonnances qui ont été amenées par d'autres praticiens dont on a parfois même pas connaissance. »

M 25 « Il a un rôle d'accompagnement car ils suivent plusieurs patients parfois même à domicile pour les plus âgés. »

M 26 « Finalement des fois il connaît mieux le patient que nous car le patient a souvent une pharmacie de référence et peut errer entre les médecins. »

III.6) Assurer une coordination avec le médecin traitant

M 15 « Je trouve qu'il est important qu'il y ait un lien entre le médecin et le pharmacien dans le suivi du patient. Parfois on parle de certains patients qui nous posent problème, notamment dans la délivrance du traitement pour les patients sous stupéfiants [...]. »

M 25 « Ensuite il peut aussi faire le point entre les différents prescripteurs, peut-être plus chez le sujet âgé, mais voilà le lien entre la prescription du médecin traitant, du cardiologue par exemple. »

- ✓ La coordination est montrée avec l'exemple de la rupture des médicaments où les médecins attendent du pharmacien qu'ils les préviennent :

M 13 « Ils sont très utiles par contre actuellement, il y a vraiment des manquements sur étagères, ils ont un véritable rôle d'information qu'on n'a pas du tout via les organismes nationaux et supranationaux. On ne sait jamais à l'avance que tel ou tel médicament est manquant, on ne sait pas quand est-ce qu'il va revenir. Cette information-là est une information privilégiée entre le pharmacien et le médecin traitant, enfin le médecin du quartier. »

- ✓ Certains médecins attendent que le pharmacien leur demande par conséquent par quoi substituer :

M 7 « *Alors souvent il m'appelle car un produit est en rupture et il faut qu'on trouve une solution pour remplacer le médicament [...]. Après c'est sûr c'est légitime, il faut qu'il appelle car il ne peut pas faire n'importe quoi non plus ! Il a besoin de notre avis.* »

- ✓ Certains en revanche n'apprécient pas trop et attendent que le pharmacien substitue de lui-même :

M 23 « *Quand il appelle en me disant « je n'ai plus le truc », en général je suis au courant donc je l'ai prescrit exprès pour voir déjà comment il va réagir, s'il va substituer. De principe je prescris du VALIUM, je pars du principe que c'est à eux de se démerder ou au laboratoire de se démerder avec l'ARS etc., ce n'est pas notre problème en tant que médecin, c'est à eux de gérer les stocks de médicaments.* »

III.7) Enrichir le médecin généraliste de leurs compétences et de leurs connaissances

Certains médecins n'hésitent pas à faire appel au pharmacien quand ils ont certaines compétences :

M 14 « *J'ai eu une patiente qui devait sortir de la maison de retraite pour rentrer à domicile [...] j'avais contacté le pharmacien à côté, et lui il a fait un DU je crois de maintien à domicile donc il était plutôt formé là-dessus.* »

M 30 « *[...] ils m'apprennent des choses que beaucoup de médecins hospitaliers ne connaissent pas. C'est grâce à eux que j'ai découvert qu'il fallait faire attention à l'association AUGMENTIN – IEC parce que dans l'AUGMENTIN il y a du potassium et on voit plein de, même les internes qui passent au cabinet je les vois prescrire de l'AUGMENTIN associé à une IEC sans faire une kaliémie. C'est un pharmacien qui m'a appris ça.* »

III.8) Conseiller et orienter le patient

Ils ont un rôle de conseil et aussi de réorientation vers les médecins ou d'autres professionnels de santé :

M 3 « *C'est essentiel cette partie de leur travail qui est le conseil par rapport aux médicaments prescrits, sur quand ? Comment ? Avec quoi ne pas l'associer ?* »

M 4 « *[...] il a un vrai rôle de conseil, d'orientation des gens aussi. [...] C'est important d'avoir un pharmacien qui sache réorienter et se savoir dire quand ce n'est plus son boulot et que ça doit passer au médecin.* »

M 9 « *C'est souvent eux qui conseillent aux patients un infirmier pas trop débordé, un kiné qui peut prendre rapidement.* »

M 14 « *[...] certains vont aller chez le pharmacien demander un 1er avis ou un médicament sans ordonnance.* »

M 15 « *Je les appelle quand j'ai besoin d'un conseil.* »

M 21 « *Ils ont aussi un rôle de conseil, ça veut dire qu'ils peuvent être considérés comme un acteur primaire de santé, donc on leur pose des questions sur des blessures/des avis médicaux et eux nous adressent les patients si nécessaire.* »

Mais attention leurs conseils doivent être basés sur un discours scientifique :

M 17 « *Les préparatrices ont parfois un rapport avec la médecine un peu particulier. Certaines préparatrices et pharmaciens ont un peu oublié qu'il y avait de la science au départ. Donc il peut y avoir de la pensée magique qui est délivrée et ça ça me gêne un peu.* »

M 20 « *[...] je suis souvent un peu choqué de certains conseils donnés en pharmacie.* »

III.9) Rester réservé face au patient en cas de désaccord avec le médecin

Il ne faut pas décrédibiliser le médecin face au patient ni donner d'avis contraire :

M 14 « *J'ai déjà eu des discours différents entre le pharmacien et moi. J'ai un exemple avec un patch nicotinique avec un patient [...] Puis il est parti chez la pharmacienne et elle lui a dit que ça donnait des cauchemars, des troubles du sommeil, des effets secondaires psy. Le patient a tellement eu peur qu'il n'a jamais mis les patchs !* »

M 16 « *[...] j'ai rappelé le pharmacien en disant que ça n'allait pas du tout et qu'on ne pouvait pas remettre en cause le diagnostic quand il y avait besoin d'antibiotique.* »

M 23 « *L'avantage aussi c'est que je connaissais bien la patiente et que le pharmacien son 1er réflexe n'a pas été de dire que j'avais fait une erreur, une faute mais plutôt de dire « à mon avis il s'y est pris trop vite », »*

IV) La vision mercantile du pharmacien

Toutefois certains médecins reconnaissent le pharmacien comme un marchand, un chef d'entreprise qui doit gérer les stocks :

M 6 « *Ça m'arrive de les appeler pour savoir s'ils ont le traitement que je veux [...] parfois j'ai besoin d'un stérilet, pour savoir, si je veux le poser maintenant, il faut qu'ils l'aient en stock.* »

M 7 « *Je pense aussi que par rapport aux cosmétiques, aux compléments alimentaires il a un rôle de vendeur, de commercial. Il vend le produit en conseillant les gens.* »

M 20 « *Connaissant le fonctionnement des pharmacies qui sont des entreprises avec des employés etc, ils sont vraiment très différents de la médecine libérale où eux ils réfléchissent en termes de chiffre d'affaires avec la pharmacie, parapharmacie. Ils ont donc une préoccupation de gestion d'entreprise.* »

Certains vont plus loin en exprimant leur impression qu'ils s'éloignent de leur rôle premier et qu'ils ne sont désormais plus que des commerçants :

M 8 « *C'est aussi un commerçant il ne faut pas l'oublier. C'est un vendeur de plein d'autres choses, c'est là-dessus qu'ils font leur beurre. Il ne faut pas l'oublier car pour certains c'est devenu leur métier principal : c'est de vendre tout sauf des médicaments remboursés par la sécurité sociale.* »

M 17 « [...] quand j'ai une question précise du coup d'indication, je vais plus me tourner vers les pharmaciens hospitaliers que d'officine car je pense qu'ils ont un peu plus en tête le côté scientifique en tête. Je trouve que les pharmaciens d'officine s'en sont un peu éloignés du fait qu'ils ont plein de choses à gérer autre. C'est un peu dommage, je pense qu'ils se sont un peu éloignés de ce que je pense être leur cœur de métier car il y a trop de commerce dans la pharmacie d'officine. C'est pas une critique mais c'est la façon dont c'est organisé actuellement qui les éloigne du rôle médical mais les met plus dans un rôle de commerçant. »

La rémunération ne devrait pas être basée sur la parapharmacie :

M 17 « Je trouve que dans les rôles du pharmacien, plus que de la parapharmacie on devrait pour le côté rémunération, je trouve que ce qui devrait être valorisé c'est vraiment la pharmacovigilance, la remontée des effets secondaires, la prise en compte de ça et les dispositifs paramédicaux et médicaux, la bonne utilisation, ce genre de choses. »

V) L'élargissement des compétences du pharmacien vu par les médecins

Depuis quelques années, il existe un élargissement des compétences du pharmacien qui est plus ou moins bien accepté. Ces compétences sont notamment la vaccination, le dépistage, le droit de donner des antibiotiques dans certaines indications.

V.1) Acceptation totale

M 12 « Je n'ai pas vu d'un mauvais œil par exemple qu'ils fassent la vaccination antigrippale, ça ne m'a pas choqué. Je trouvais ça même plutôt intelligent car ça nous délestait nous des créneaux horaires pour faire autre chose qu'un acte technique. »

Certains considèrent même que cela fait partie des compétences attendues :

M 13 « Après dans leurs rôles ça ne me choque pas qu'ils vaccinent. »

Certains médecins trouvent que la crise sanitaire COVID a créé un nouveau rôle :

M 23 « Je vais d'abord faire un petit aparté avec le confinement et la restriction d'accès aux médecins généralistes. Ils ont été pas mal utiles pour coordonner les renouvellements de traitements des patients chroniques [...] à ce moment-là effectivement ils ont rempli un rôle qui était nouveau et ils l'ont rempli à la perfection car ils connaissent très bien les patients, les renouvellements. »

V.2) Acceptation seulement dans certaines conditions

Certains médecins ne l'acceptent que dans le cadre de la désertification médicale :

M 3 « On voit qu'on leur donne de plus en plus de rôles. Des rôles qui pour moi s'entendent certainement dans les zones de déserts médicaux. C'est sûr que quand au fin fond de la campagne il y a un pauvre médecin pour 10 000 personnes, je peux comprendre que le pharmacien vaccine, dépiste et ait même le droit de délivrer des antibiotiques maintenant suite à un streptococque. »

V.3) Refus

Certains n'acceptent pas cet élargissement car ce n'est pas leur travail :

M 3 « [...]ils n'ont pas appris à faire un examen clinique. » // « [...] ses études sont essentiellement basées sur de la théorie mais pas de la pratique clinique. » // « Je ne suis pas certaine qu'un pharmacien lambda qui n'a pas un dossier médical complet sous les yeux puisse prendre les mêmes décisions que le médecin généraliste du patient. »

M 5 « [...] on voit souvent des pharmaciens qui donnent des antibiotiques, je pense que ce n'est pas leur travail. »

M 17 « Néanmoins les rôles qu'on leur propose de faire de la vaccination ou du dépistage antigénique pour moi ce n'est pas leur rôle fondamental. »

Ils se sentent privés de leurs rôles :

M 3 « [...] moi ça me prive en théorie des pathologies aiguës qui font parties de mon travail et qui permettent à mon travail d'être un peu mieux équilibré, [...] la petite rhinopharyngite, l'angine c'est bien, ça permet un peu plus de légèreté et de varier. »

M 29 « Même si c'est un peu flippant parfois de lâcher des domaines réservés ! »

Certains ont même peur qu'ils prennent la place de médecin :

M 8 « Il y a des pharmaciens qui se prennent pour des médecins, qui pensent en savoir plus que nous ! »

VI) Le BPM vu par les médecins généralistes

Globalement après description du BPM, ce dernier suscite différentes réactions.

VI .1) Différents niveaux d'acceptation

VI .1.a) Bon accueil

M 4 « Sur le papier ça fait rêver ! »

M 20 « [...] je trouve que c'est une excellente idée que le pharmacien participe de façon plus importante à la prescription et au suivi des ordonnances, ça serait intéressant et mieux pour tout le monde. »

M 24 « Ah mais ça serait génial ! » « J'aimerais bien qu'on mette ça en place avec notre pharmacien. »

M 30 « Faut le mettre en place de suite ! »

VI.1.b) Accueil plus modéré

M 3 « Ça peut être intéressant [...]. »

M 5 « [...] il faut beaucoup de diplomatie car ça peut être fait de manière assez agressive vis-à-vis du médecin parce que des fois il peut y avoir des choses qui peuvent être discutées » // « il faut vraiment que ça soit fait avec un peu d'attention »

M 27 « Tous les dispositifs où il y a des allers-retours, une temporalité qui est soumise à tous les aléas de planning qu'on connaît et l'échange de courriers je n'y crois pas trop. »

VI.1.c) Difficultés à accepter et manque d'intérêt

M 5 « [...] je pense que les médecins vont avoir du mal à accepter qu'on mette le nez dans leur ordonnance. Pour moi ce n'est pas si simple quand même. »

M 13 « Je n'y vois pas un intérêt majeur. »

M 22 « Je ne pense pas que ce soit vraiment vital car on fonctionne sans, on ne l'utilise pas avec mes collègues ici. »

VI .2) Rôles et travail du pharmacien

VI .2.a) Organisation nécessaire

M5 « Oui ça prend beaucoup de temps, c'est une charge. Je pense aussi qu'il leur faut un espace de confidentialité qu'ils n'ont pas toujours »

M 18 « Il prend plus de temps mais bon s'il y a du monde derrière il va falloir y aller. »

VI .2.b) Temps consacré au BPM

M 7 « [...] je ne sais pas si le pharmacien a le temps de faire ça car ça paraît chronophage. Je pense que le pauvre a déjà beaucoup de boulot ! »

M 24 « [...] ça prend du temps potentiellement, ça doit prendre plus qu'une heure. »

VI.2.c) Rémunération faible

M 4 « Oui donc on est en gros à 3h de boulot minimum, à ce prix-là ce n'est pas beaucoup ! »

M 17 « Franchement le pharmacien va faire beaucoup de travail. J'aime beaucoup l'idée, je trouve qu'elle est super mais par contre c'est pas du tout suffisant comme rémunération, ça ne marchera pas. »

M 23 « Ils font plus d'argent en vendant de la crème solaire quoi. Je suis méchant en disant ça mais c'est réaliste malheureusement. » // « C'est mal rémunéré, honnêtement 60 euros par an, soyons honnête c'est très mal rémunéré. »

M 28 « Je trouve que les 60 euros c'est pas cher payé pour tout ce temps mais ça c'est une autre chose. » // « Pour le pharmacien moi je pense que c'est le manque de reconnaissance par rapport au temps passé. »

VI.3) Avantages du BPM

VI. 3.a) Deuxième lecture de l'ordonnance

M 15 « [...] je vois que des aspects positifs car quelqu'un qui vérifie mes ordonnances je suis tout à fait preneuse. Au contraire je me dis qu'une double vérification c'est positif. »

M 16 « C'est un 2ème contrôle. Les interactions, les effets secondaires, les médicaments qui ne sont pas indispensables. »

- ✓ Cette deuxième lecture fait appel à la compétence d'expert du médicament du pharmacien :

M 7 « C'est son rôle aussi en termes d'interaction, tout ce qui va être galénique [...]. »

M 9 « Pour le patient c'est clairement d'avoir un autre interlocuteur et un autre regard avec le côté plus calé sur les risques d'interaction. Les pharmaciens sont plus calés sur la pharmacodynamie, pharmacocinétique que je ne le suis. Donc pour le patient c'est avoir un autre regard avec un champ de compétence légèrement différent. »

M 18 « C'est bien son travail quand même. Au moins c'est plus travaillé, ce n'est pas la simple analyse VIDAL® du logiciel. »

M 25 « Pour tous ses sujets âgés je trouve que ça vaut le coup de se réinterroger en fait régulièrement sur la sur ou la sous prescription, y'a t-il des redondances entre les différents spécialistes et le généraliste ? Le généraliste parfois chapeaute mais on voit quand même qu'ils ont plusieurs ordonnances. »

- ✓ Cette compétence est complémentaire au travail du médecin ... :

M 15 « Pour le médecin ça permet peut-être de cibler les interactions médicamenteuses qu'on n'aurait pas ciblé. »

M 16 « Donc c'est un 2ème regard et qui est beaucoup plus poussé pharmaco que clinique, des choses auxquelles on est mal formé donc c'est un complément. »

M 17 « Donc nous la galénique c'est quelque chose que nous médecin on ne maîtrise pas toujours assez bien et c'est bien justement un rôle à attribuer au pharmacien, ça améliore nos pratiques à tous. »

- ✓ ... Puisque certains trouvent que le pharmacien fait quelque chose que les médecins n'ont pas le temps de faire :

M 19 « [...] il a accès à l'ordonnance, il peut lui prendre du temps pour gérer ça. Nous normalement on est sensé prendre le temps lors des consultations pour faire ça. Mais on sait très bien qu'on ne le fait pas de façon systématique mais on devrait... »

M 24 « Si on pouvait faire cela ça serait super ! Car on a quand même des patients qui passent à travers les mailles du filet pour lesquels on n'a pas toujours le temps et qu'on se rend compte qu'en fait on a des prescriptions iatrogènes. »

- ✓ Cela leur fait gagner du temps :

M 3 « C'est quelque chose que probablement je ne fais pas assez souvent et donc ça me fait gagner du temps si quelqu'un le fait avec un œil très axé médicaments. »

M 4 « Donc je me dis qu'effectivement si quelqu'un d'autre peut me le faire, en termes de gain de temps c'est énormissime. Cela me permet de me concentrer sur des vrais problèmes autre que de juste nettoyer l'ordonnance. »

VI. 3.b) Vision d'ensemble des traitements du patient

Une synthèse est faite, le patient est vu dans sa « globalité » :

M 1 « [...] si le pharmacien fait la synthèse de tout ça, qu'il a ces différents prescripteurs qui s'ignorent sous ses yeux[...]. »

M 17 « [...] synthétiser les spécialistes généralistes, tout ce travail d'uniformisation qui est compliqué à faire, à mettre en place mais qui est l'avenir.[...]. Cette idée de globaliser, d'uniformiser enfin uniformiser au sens qu'il n'y ait plus qu'une prescription moi j'aime bien l'idée. »

M 26 « Après qu'il y ait un contrôle permanent des prescriptions et de rassembler les prescriptions spécialisées et généralistes. Avoir une vision globale du traitement c'est toujours pas mal pour éviter, de limiter justement les interactions. »

Cette synthèse est réalisée par un regard extérieur permettant un autre point de vue :

M 3 « Par rapport à ça, le fait de prendre un recul, de se concentrer uniquement sur l'ordonnance du patient, de faire une consultation là-dessus avec des outils permettant de mettre en exergue certaines choses, cela me paraît intéressant »

M 24 « Le fait que ce soit une tierce personne déjà ça permet d'avoir un avis différent, comme nous quand on a un interne avec nous, c'est vachement intéressant, ça nous permet d'avoir une vision excentrée. »

Ce regard extérieur peut renforcer la parole du médecin :

M 2 « C'est vrai, car toi tu as beau leur dire certaines choses, certains s'ils n'ont pas leur petit comprimé pour dormir ils n'aiment pas. Donc s'ils ont 2 sons de cloches c'est vrai ça peut les aider. »

M 4 « Après des fois c'est facile d'identifier les prescriptions qui ne vont pas, on est bien d'accord qu'il y a certains médicaments on sait qu'on doit les arrêter mais le faire entendre au patient ce n'est pas facile. L'avantage c'est qu'on serait 2 à lui dire que ce serait bien de l'arrêter. » // « Le fait d'être en binôme ça peut faire un coup de pression au patient, en disant que là c'est n'importe quoi. Il y a une deuxième voix qui s'élève en disant que ce n'est pas adapté. »

VI.3.c) Mise à jour des pratiques et des connaissances du médecin

M 2 « [...] il y a le côté formation continue. Des bilans de synthèse sur des interactions, sur faire réfléchir le médecin sur les médicaments que prend son patient, l'intérêt du médicament, l'association etc. moi je trouve ça intéressant. »

M 10 « C'est très bien, ça permet d'avoir un feedback, un contrôle qualité sur ce que l'on fait nous avec l'avis du pharmacien et du patient. »

M 20 « Évidemment on est perfectible et évidemment on a des connaissances lacunaires donc tout ce qui peut être positif pour le patient en termes de minimisation des risques et pour le médecin pour sa culture c'est intéressant. »

M 21 « Très important car c'est nous le médecin prescripteur donc on fait aussi partie des premiers acteurs de soin pour avoir toujours une prescription motivée, des arguments à la prescription. »

VI.3.d) Laisser un rôle prépondérant au médecin qui est au final décideur

M 9 « *Le rôle de celui qui est quand même décisionnaire puisque le médecin garde la liberté de la prescription [...] tu as le dernier mot donc tu es un petit peu le héros au final.* »

M 11 « *Ça me paraît cohérent qu'on puisse avoir le dernier mot sur l'ordonnance.* »

M 17 « *On reçoit le bilan proposé par le pharmacien mais on reste décisionnaire donc je trouve que c'est bien mais plus avec le côté discussion avec le pharmacien.* »

M 20 « *Je pense que c'est le pivot dans le système de santé. Je pense que c'est important que ce soit à lui que revienne la dernière décision concernant le traitement.* »

M 30 « *[...] c'est bien car le pharmacien fait la synthèse et c'est le médecin qui prend la décision.* »

VI.3.e) Patient au cœur du dispositif

✓ Il s'agit de faire de l'éducation thérapeutique :

M 11 « *[...] pour le patient peut être une meilleure compliance au traitement. Et une meilleure compréhension de sa maladie suite à cet entretien.* »

M 29 « *D'abord ça remet un peu le patient au centre du truc et puis ça permet de comprendre. [...] Et dans mon idée ça pourrait permettre de s'adapter à lui c'est-à-dire que s'il ne veut pas d'un traitement, il ne veut pas. Ça peut être une démarche qui est assez proche de l'éducation thérapeutique donc voilà.* »

✓ L'objectif étant de lutter contre l'iatrogénie :

M 14 « *[...] je pense que les patients qui ont 6 médicaments sur l'ordonnance ça peut commencer à être dangereux* » // « *[...] pour limiter les effets secondaires ou les interactions et favoriser l'observance.* »

M 16 « *Le fait qu'ils puissent voir les interactions médicamenteuses et le signaler au médecin. Et aussi pour adapter à la fonction rénale et hépatique.* »

M 19 « *[...] si ça peut simplifier les ordonnances, on a moins d'erreur* » // « *Si on peut éviter des problèmes d'iatrogénie, c'est du bénéfice.* »

M 24 « *La lutte contre l'iatrogénie car ce sont des personnes âgées fragiles.* »

✓ Et aussi de renforcer son adhésion :

M 15 « *Pour le patient ça renforce l'adhésion thérapeutique.* »

M 28 « *Du coup une meilleure adhésion et une meilleure observance. Pour le patient je pense c'est tout bénéfice.* »

✓ Aussi l'objectif est de le mettre en confiance pour qu'il puisse parler de ses médicaments :

M 2 « *Car je pense que si le patient commence à faire une démarche comme cela avec le pharmacien, mine de rien, je pense que quand tu le revois en consultation, tu en as certains qui je pense vont avoir plus de questions sur leur traitement, ça va amener des discussions et des réflexions sur leur traitement.* »

M 7 « *Donc ça je pense que pour le pharmacien ça peut être important pour la relation avec le patient.* »

M 9 « *Peut-être que s'il y a un interlocuteur différent avec un meilleur relationnel le patient arrivera à avouer qu'il prend, qu'il sous consomme ou sur consomme.* »

VI.3.f) Repositionner le pharmacien comme acteur dans le soin

Ce repositionnement est aussi bien pour les patients que pour les médecins :

M 3 « *[...] ça peut permettre de réinstaurer, de remettre à jour quelles sont les connaissances du pharmacien dans l'œil du patient. De bien comprendre pour le patient qu'un pharmacien ça fait des études longues, il est expert dans le médicament, ce n'est pas juste un vendeur de boîte. Donc ça le remet à sa juste place dans le regard du patient.* »

M 17 « *Moi j'aimerais bien justement que le rôle du pharmacien évolue plus dans plus d'implication dans ma prise en charge, ça le met acteur de la prise en charge.* »

M 19 « *Et pour le pharmacien ça l'implique un peu plus que juste ..., je pense qu'il est dans son rôle de conseil plutôt que celui de commerçant « je vends des médocs à des patients ».* »

M 28 « *C'est une pratique intéressante, c'est une autre approche de leur métier et je pense que c'est agréable pour eux de ne pas être que des délivreurs de médicaments sans avoir un œil d'expert, d'expert à leur niveau sur ce qu'il se passe aussi par rapport aux médicaments. Je pense que ça valorise aussi leur fonction. Ce ne sont pas juste des commerçants de médicaments.* »

VI.3.g) Favoriser le relationnel entre le trio médecin-patient-pharmacien

Ce BPM peut favoriser la relation pharmacien-patient :

M 3 « *Pour le pharmacien, c'est une implication plus grande dans sa relation avec le patient qui vient chaque mois chercher son médicament. Il y a peut-être justement une relation de confiance qui peut s'instaurer qui peut être supérieure à ce qu'elle est actuellement, ça permet de voir au patient son implication et les connaissances exactes du pharmacien.* »

M 16 « *La relation de confiance entre le pharmacien et le patient.* » // « *[...]si la relation de confiance est bien installée le patient aura confiance et sera capable de lui poser une question et d'avoir confiance en sa réponse.* »

Il peut renforcer la relation pharmacien-médecin et la coordination :

M 6 « *Pour le médecin, le point positif c'est de ne pas être seul face à 10 ordonnances des patients, ça peut être intéressant.* »

M 7 « *Le rôle du médecin est important dans ce dispositif pour avoir l'ordonnance la plus précise possible pour qu'il puisse derrière mieux faire ce travail.* »

M 14 « *[...] favoriser [...] la coordination aussi. Oui la coordination médecin-pharmacien, le travail d'équipe.* »

M 25 « *Pour le médecin et le pharmacien c'est d'améliorer leur relation et que chacun puisse s'apporter et se conseiller au mieux.* »

M 26 « *Rôle central, enfin en collaboration avec le médecin et le patient. C'est un trio.* »

M 30 « *Cela va renforcer la coopération médicale des soignants autour du patient, c'est l'idéal !* »

VI.3.h) Réduire les coûts pour la société

M 17 « *Ces doublons je trouve cela fatigant pour tout le monde, pour le budget de la sécu.* »

VII) Les limites du BPM selon les médecins interrogés

VII.1) sentiment de mise à l'écart, jugement, blessure du généraliste dans ce dispositif

✓ Certains médecins se sentent écartés du dispositif :

M 8 « *[...] j'ai le sentiment qu'on a été occultés. De toute façon on est de plus en plus occultés, on n'existe plus.* » // « *Un peu comme la lavette qui est mise de côté.* »

M 18 « *Je ne vois pas trop l'étape médecin traitant là-dedans. Il fait quand même un peu son truc dans son coin.* »

M 30 « *Je perçois plus le rôle du pharmacien que du médecin traitant.* »

✓ Ils ont la sensation de devoir se justifier alors que ce sont des prescriptions réfléchies. Il veut garder son libre arbitre :

M 5 « *On n'a pas forcément envie d'aller discuter du bien-fondé d'une prescription* »

M 3 « *On peut être amené à prescrire des médicaments qui au 1er abord sont contre-indiqués ou un peu dangereux dans telle situation notamment au niveau rénal par exemple. Mais c'est un bénéfice risque qui est calculé déjà.* »

M 23 « *Il y a également ce petit aspect sur la prescription volontaire d'un traitement dans le cadre d'une interaction parce qu'on sait parfaitement qu'au titre de réduction de risques, si on ne le fait pas, le patient va quand même le faire dans notre dos.* »

✓ Ils se sentent espionnés, contrôlés, jugés :

M 6 « *J'aurai tendance à penser que c'est le flic du médecin.* »

M 8 « *Tu vois arriver un truc, tu ne sais pas d'où ça sort et pourquoi d'un seul coup ? Tu peux le prendre comme « je fais mal mon boulot ? ». » // « En gros on va mettre le nez dans ton truc en disant « tu n'as pas bien fait ton travail ». »*

M 28 « *Après est-ce qu'on peut avoir l'impression nous médecins d'être surveillés, critiqués ?* » // « *Donc faut que ça soit fait pas dans le but de stigmatiser une prise en charge du médecin mais dans le but d'améliorer la prise en charge du patient.* »

Un médecin va plus loin en exprimant que si ce dispositif est mis en place c'est que leur travail est jugé insuffisant :

M 19 « *Le seul point négatif c'est que si les autorités sanitaires ont mis ça en place, ça veut dire que ce n'est pas fait dans nos cabinets médicaux et ça c'est un point négatif, ça veut dire qu'on pêche dans ce qu'on est censé faire et notre travail, ça c'est pas bien.* »

✓ Ils ont une blessure d'amour propre :

M 1 « *Ah oui certains médecins ont été blessés dans leur amour propre de remise en question, c'est dommage.* »

M 9 « *Oh ce sera du pur ressenti narcissique. C'est vrai que si tu as quelqu'un d'autre qui commence à discuter la qualité, la pertinence de ton ordonnance, peut-être qu'en théorie c'est bien mais sur le coup il y aura une petite blessure narcissique, d'orgueil.* »

M 30 « *En aspects négatifs, ça va certainement dépendre de l'ego de certaines personnes peut-être.* »

VII. 2) Redistribution des rôles source de tension et de confusion

Le médecin peut se sentir privé de son rôle, les rôles sont donc redéfinis :

M 3 « *Par contre vous donnez ça à un pharmacien qui a raté médecine et qui a fait pharmacie par dépit ou alors qui est frustré, en colère, il peut se mettre à jouer son petit chef et à faire n'importe quoi.* »

M 4 « *[...] je me demande si certains patients ou même professionnels ne l'interprètent pas comme « ils me volent mon job ».* »

M 5 « *Car c'est un véritable challenge, ça redéfinit les rôles.* »

✓ Ceci peut générer de la confusion car le pharmacien prend la place du médecin et une tierce personne donne son avis :

M 3 « *Il y a certains patients qui entendent que ce qu'ils ont envie d'entendre et donc ça peut faire une parole de plus. Bien dite la parole de plus peut être super positive je pense mais parfois ça peut être une parole de plus qui fait que le patient se perd.* »

M 6 « *Pour le patient je ne suis pas sûre qu'avoir un énième avis sur sa prise médicamenteuse et de tout devoir redire ça intéresse tout le monde et ça va en embêter plus d'un.* »

M 8 « *Je pense qu'il y a peut-être des patients qui peuvent se demander « ah mais pourquoi c'est le pharmacien qui me parle de ça, ce n'est pas lui qui prescrit ? ».* »

M 28 « *Au niveau du patient, il peut peut-être se dire qu'il y a un nouvel intervenant en plus, s'il a déjà plusieurs spécialistes, son généraliste, alors pourquoi le pharmacien viendrait se mêler de tout ça ?* »

✓ Des tensions peuvent donc apparaître et les relations peuvent être modifiées :

M 3 « *Alors qu'avec quelqu'un qui va se retrouver entre guillemet avec « un tout petit pouvoir » mais qu'il va mal utiliser, il peut je pense altérer la relation que le patient aura avec son médecin généraliste.* »

M 5 « *Je pense que ça peut tendre les relations [...].* »

M 9 « *Est-ce que ça tendrait les relations avec le pharmacien si tout se passe bien ?* »

VII.3) Interrogation sur la compétence et l'intérêt du pharmacien à développer ce dispositif

M 3 « *Une infirmière a pour moi plus de bagage pour examiner un patient qu'un pharmacien.* »

M 10 « *L'idée est bien mais est-ce que ça ne doit pas être fait par quelqu'un d'autre ?* »

M 20 « *J'ai peur que les pharmaciens ne mettent pas suffisamment à jour leurs connaissances au niveau des médicaments, je n'en suis pas certain.* »

M 28 « *Est-ce que c'est à un pharmacien de le faire ? Nous on a des infirmières ASALEE ici qui font de l'éducation thérapeutique donc ça se chevauche un peu dans ce cadre-là.* »

Le pharmacien est rattrapé par son rôle de vendeur et peut ne pas vouloir le faire à cause de la rémunération :

M 4 « *Après je ne sais pas s'il y a beaucoup de pharmaciens qui acceptent de se taper tout ce boulot là pour cette rémunération.* »

M 5 « *Maintenant par rapport au revenu que ça génère par rapport aux revenus de la parapharmacie, par exemple, il y a un décalage. On leur demande quelque chose de très technique qui ne va pas être payé.* »

M 20 « *C'est intéressant comme idée mais je vois un obstacle majeur c'est le faible intéressement financier* » // « *C'est très peu rémunéré, je pense que c'est le principal obstacle. Car pour le test antigénique ils n'ont pas forcément de pièce adaptée mais le font quand même mais ça c'est plus rentable.* »

VII.4) Nécessité d'avoir une bonne relation entre médecin et pharmacien

M 4 « *Après il faut une vraie collaboration médecin-pharmacien.* »

M 6 « *Enfin tout dépend si le pharmacien dit ouvertement au patient « là il fait une faute » ou s'il garde ses interprétations et ses observations pour lui et qu'il en parle directement au médecin, ça se serait à savoir, comment fonctionne le pharmacien.* »

M 23 « *Si le médecin et le pharmacien ne s'entendent pas et qu'il y a des guéguerres de territoire à mon avis ça va être une véritable horreur !* »

M 25 « *Et puis en plus je pense qu'il faut une bonne relation médecin-pharmacien pour qu'il y ait de l'adhésion. Car si déjà le médecin est déjà réticent ça peut paraître compliqué.* »

Il ne faut pas qu'il y ait de méfiance :

M 2 « *Ils ne peuvent pas modifier les prescriptions du médecin sans lui en parler ?* »

M 18 « *[...] je me demande s'ils ne le font pas quand même sans nous le dire.* »

VII.5) Nécessité d'avoir des patients réceptifs aux conseils

M 4 « *Après il faut [...] des patients bien identifiés et qui acceptent de jouer le jeu.* »

M 19 « *Là il y a du boulot, il y a un travail énorme de pédagogie des patients. Il faut que ça marche dans les deux sens, que les patients soient réceptifs. Honnêtement ça me paraît compliqué.* »

M 26 « *La compliance du patient [...]. Ce n'est pas tous les patients qui vont le faire à mon avis. Certains vont être rassurés par cette démarche et d'autres que ça va souler je pense « trop de rendez-vous, laissez-moi tranquille ! ».* »

VII.6) Nécessité de redéfinir les patients à cibler

Certains médecins trouvent que certains patients qui pourraient rentrer dans ce dispositif sont mis à l'écart ou encore que ce dispositif ne soit pas utile pour tous les patients :

M 7 « *D'autant plus que les patients qui sont âgés et qui ont beaucoup de traitements, il y en a beaucoup qui ne vont plus à la pharmacie. Moi j'ai l'exemple de patients pour lesquels ce sont les infirmières qui vont les récupérer. Donc je me demande si les gens viennent encore à la pharmacie. En effet à domicile, nous les lers, les patients les plus polypathologiques on ne les voit plus au cabinet, on les voit chez eux. J'imagine que pour le pharmacien ça va être compliqué de les voir à la pharmacie.* »

M 10 « *Le faire systématiquement à tous les patients de plus de 65 ans ça me paraît lourd. Après c'est mon avis, je ne suis pas pharmacien.* »

M 23 « *En revanche ce dispositif pour les patients même chroniques avec un bon état général ou avec des pathologies mieux cadrées ou des spécialistes plus investis je ne pense pas que ça sera indispensable.* »

VII.7) Dispositif vécu comme un travail redondant ou comme une contrainte pour un bénéfice minime

M 13 « *[...] il faut éviter de créer des mille-feuilles, des couches supplémentaires. [...] un élément de plus qu'on aurait sur AMELI qui viendrait se surajouter. [...] On a déjà une charge administrative qui est très très lourde, il ne faudrait pas pourrir le bilan en rajoutant un bilan de ci un bilan de ça !* »

M 15 « *Je pense que ça part d'une bonne idée, c'est une bonne intention mais c'est compliqué à mettre en place et chronophage pour quelque chose qui au final se fait assez spontanément je trouve.* »

M 17 « *Le problème c'est que ça risque d'être chronophage pour le médecin comme pour le pharmacien.* » // « *Je trouve que le rythme est un peu lourd* »

M 22 « *Ba écoutez je ne vois pas l'intérêt de tout réglementer. En fait ce que décrit ce dispositif on le fait de façon spontanée si vous voulez.* »

Certains médecins trouvent que ce travail est déjà fait :

- Avec les logiciels de prescriptions : M 13 « *je ne me sens pas concerné car actuellement mes prescriptions sont informatisées avec un logiciel qui va lui-même faire le travail* »
- Avec d'autres acteurs de santé : M 13 « *[...] je travaille régulièrement avec l'équipe mobile de gériatrie qui se rend au domicile des patients âgés. Dans cette équipe il y a le médecin, l'infirmière, un ergothérapeute ET la pharmacienne qui vient pour la lecture du traitement.* »
M 17 « *Alors il peut après y avoir des petites redondances avec ce qu'on peut faire avec l'infirmière ASALEE sur le suivi.* »
- Par eux-mêmes : M 20 « *Alors maintenant nous on a une place plus centrale, on centralise quand même toutes les ordonnances des spécialistes. Moi j'essaye pour le patient de ne faire qu'une seule ordonnance en synthétisant tout et en évitant les redondances etc.* » // « *Après c'est mon chef de bataille la prescription, je suis lecteur émérite de prescrire depuis dix ans donc je fais très attention à ça, à essayer de*

prescrire le moins possible et de ne pas nuire en prescrivant. C'est mon objectif à chaque fois d'éviter les effets secondaires. »

Certains se demandent même le bénéfice de ce BPM :

M 5 « *Je pense à l'exemple des somnifères qui est un très bon exemple car c'est un gros combat de tous les jours, je me bagarre là-dessus. Et est-ce que ça amènera un plus chez les gens ? Je ne sais pas, chez les gens qui sont vraiment opposants à l'arrêt d'un somnifère. Ils ont tous des somnifères depuis 20 ans 30 ans, est ce qu'ils vont accepter d'en discuter avec le pharmacien ? Est-ce que ça changera quelque chose ? »*

VIII) Améliorations à apporter au BPM

VIII.1) Mieux communiquer sur ce dispositif

M 1 « *Effectivement il y a eu une très mauvaise communication sur ce dispositif, peut-être qu'il faudrait commencer par ça pour que cela fonctionne ? »*

M 6 « *Je pense que, moi je serais d'avis qu'il faudrait plutôt prévenir le médecin d'abord qu'il va y avoir ça. »*

M 8 « *Et aussi peut être informer les médecins en amont ... Pour ne pas se demander d'où ça sort ? »*

VIII.2) Travailler en équipe pluridisciplinaire

Certains proposent de faire des réunions avec les pharmaciens ou d'intégrer l'IDE :

M 2 « *Ou alors peut-être amener des réunions pluridisciplinaires médecins-pharmaciens, faire ce travail ensemble. Tu vois par exemple une pharmacie et un médecin qui partagent plusieurs patients, que par ex une après-midi dans le mois, tu vois 2h ils se réunissent et en discutent. Tu vois apporter un travail d'équipe. »*

M 3 « *Après ça serait peut-être de faire des réunions interprofessionnelles. C'est ça qu'on manque aussi, de pouvoir discuter en direct d'un dossier d'un patient. Que cette conclusion du pharmacien se fasse sous la forme d'un vrai dialogue. »*

M 6 « *[...] je verrais bien des moments où tout le monde se regroupe pour parler d'un patient, comme dans les RCP à l'hôpital. »*

M 13 « *J'ai quand même l'impression que la chaîne c'est médecin-pharmacien-infirmière. »*

M 14 « *[...]intégrer l'infirmier ça pourrait être bien car ça permettrait de mieux le former aux médicaments du patient. »*

VIII.3) Rencontre du trio médecin-patient-pharmacien

M 20 « *Ce qui pourrait être intéressant c'est une réunion à trois. »*

M 27 « *[...] je subodore juste que ça pourrait être noyé dans tout un tas d'autres trucs qu'on doit faire et que le jour où on reçoive le courrier on se dit « oui oui je vais le traiter » et ce ne sera pas forcément fait. Je nous inclus nous les médecins d'où le fait d'être là sur le moment au même endroit avec la personne concernée et le pharmacien, ça serait peut-être plutôt efficace. Mais c'est un ressenti. »*

VIII. 4) Améliorer la rémunération

M 15 « *Je reste sur le temps passé et la rémunération qui me semblent peu. [...] Je ne sais pas si le jeu en vaut la chandelle. »*

M 26 « *[...] augmenter la rémunération du pharmacien [...]. »*

Les propositions sont :

- Intégrer ce BPM dans les CPTS : M 4 « *Si c'est intégré dans une des actions de la MSP ou la CPTS, ça peut faire l'objet d'une rétribution collective autre que les SCI et mieux valoriser le travail du pharmacien. »*
- Rémunérer pour les médecins le temps passé avec le pharmacien

M 7 « *Et après pour le médecin peut être pourquoi pas avoir une cotation pour un temps de conciliation avec le pharmacien ? »*

M 16 « *Donc est-ce qu'on peut imaginer une rémunération d'une consultation annuelle en lien avec le pharmacien sur le bilan des prescriptions ? »*

VIII. 5) Utiliser la visioconférence

Un médecin propose que les patients utilisent la visioconférence avec les pharmaciens :

M 21 « *Les pharmaciens ont très souvent aussi des cabines, des endroits dédiés à la téléconsultation donc le support par téléconsultation me semble intéressant pour ce genre de choses. Il n'y a pas forcément besoin d'examiner un patient à chaque fois que l'on se replonge dans la véritable véracité de ses prescriptions médicamenteuses. Donc pourquoi pas favoriser le support téléconsultation. »*

VIII.6) Sélection des patients par le médecin traitant

M 1 « *Alors peut-être que pour ce dispositif marche, peut-être faudrait-il que ce soit les médecins qui le proposent ? »*

M 4 « *[...] il faut vraiment sélectionner les polypathologiques qui font n'importe quoi. Il faudrait peut-être faire un tri, le proposer à ceux qui n'ont pas d'infirmière, ceux dont la liste est trop longue, prioriser vraiment ceux qui en ont besoin. »*

M 23 « *Je pense que ce dispositif doit être un peu plus ciblé. Sa raison d'être, le fait que ce soit réservé aux patients de plus de 65 ans avec 5-6 médicaments c'est pas forcément une très bonne idée. Il faut plutôt s'intéresser dans ces cas-là aux remboursements de médicaments spécifiques, de pathologies spécifiques. »*

DISCUSSION

A) Discussion sur les résultats

Dans cette étude nous constatons que globalement les médecins ont de bonnes relations avec les pharmaciens. Pour certains médecins il est important de considérer les pharmaciens sur un même pied d'égalité.

Ces relations ont été mises à l'épreuve récemment avec la crise sanitaire COVID, avec parfois révélation de tension et sentiment d'incompréhension de part et d'autres. La compréhension des rôles de chacun et cette notion d'égalité, d'absence de hiérarchie sont des facteurs influençant la collaboration médecin-pharmacien d'après la littérature selon *Bollen and all (51)*. Il est donc important d'améliorer ce point pour favoriser la collaboration (*Rubio-Valera and all 52*). Pour un des médecins de notre étude l'évolution des relations médecins-pharmaciens doit tendre vers un travail d'équipe.

Dans les rôles du pharmacien, un rôle est systématiquement attendu par les médecins interrogés : celui de la relecture de l'ordonnance. Celle-ci est appréciée pour éviter les erreurs, les médecins reconnaissant être faillibles et le pharmacien comme étant une sorte de garde fou. À travers cette 2ème lecture, le pharmacien est considéré comme un expert du médicament. Toutefois la communication est primordiale.

Selon les médecins, le pharmacien a différents rôles à tenir mais leur légitimité pose question : en effet leur rôle technique donc d'expert du médicament est reconnu mais pas celui concernant l'aspect clinique. Dans notre étude certains médecins expliquent que leur formation est purement théorique et n'ont donc pas les capacités à examiner les patients et poser un diagnostic. Ceci est conforté dans la littérature avec notamment une étude en Nouvelle-Zélande publiée en 2009 par *Bryant and all (53)* qui retrouve également la reconnaissance de leur rôle technique mais pas clinique. Ou encore une étude menée en Australie en 2012 par *Freeman and all (54)* qui montre une mauvaise perception par les médecins que le pharmacien pose un diagnostic.

Aussi la version mercantile du pharmacien vient renforcer ce doute, ce que l'on retrouve également dans une étude d'Irlande du Nord publiée en 2003 par *Hughes and all (55)*. Il s'agit d'une étude qualitative explorant les barrières perçues entre médecins et pharmaciens sur le travail en collaboration et l'extension de leurs rôles notamment en matière de prescription. L'image de commerçant est la principale barrière et il y a pour les médecins interrogés un conflit entre commerce et santé.

Certaines compétences du pharmacien sont sous utilisées au profit de l'aspect commerçant. Dans notre étude un médecin souligne que certaines compétences telles que la pharmacovigilance ou la démonstration du médicament devraient être davantage exploitées et mieux rémunérées plutôt que de vendre de la parapharmacie.

En Australie le pharmacien est considéré comme un professionnel hautement qualifié mais sous utilisé. Un rapport du gouvernement Australien (**56**) montre en effet que le pharmacien devrait être inclus dans les soins de santé primaire, que toutes ses compétences ne sont pas

exploitées et que son rôle devrait être élargi. Il y a par la suite l'étude de *Freeman and all* (54) explorant le ressenti des différents professionnels du soin (y compris des pharmaciens) sur l'intégration du pharmacien et quels seraient les rôles perçus positivement. Dans les rôles perçus positivement il y a notamment l'examen des médicaments.

En ce qui concerne maintenant le BPM, celui-ci est mis en place depuis peu en France (2018) alors que celui-ci se fait déjà dans d'autres pays depuis quelques années, notamment les pays Nordiques. Les précurseurs ont été les États-Unis, l'Australie et le Royaume-Uni (*Bulajeva and all* (57) / *Blenkinsopp and all* (58) / *Soraya Qassemi* (59)). Différentes études ont été menées dans ces pays depuis 2010, ce qui montre le retard de mise en place en France.

Un des constats de cette étude est que le BPM est peu connu et peu pratiqué en France. Il est facile de trouver (à condition de savoir que cela existe) des brochures générales sur le BPM comme celles de l'assurance maladie (60) mais il y a peu de communication ciblée auprès des médecins généralistes d'où un sentiment de mise à l'écart. Un exemple à suivre : la lettre d'information de la CPAM aux médecins généralistes de Dordogne (61).

Il y a un véritable problème de communication entre médecins et pharmaciens. Certains médecins connaissant le BPM n'ont pas été sollicités et à l'inverse d'autres ont refusé de faire ce BPM. Dans la thèse d'*Angélique Beillier* (23), 59% des étudiants qui ont mis en place le BPM dans son étude ont eu des difficultés de communication (« *discussion compliquée ou inexistante* »). Nous pouvons retrouver également dans les thèses d'*Alice RENAULT* (48) et de *Julie JONCOURT* (62) des difficultés de communication.

L'accueil au BPM est bon lors de sa présentation lors des entretiens, tout comme dans une étude en Australie par *Freeman and all* (54) où l'examen des médicaments par le pharmacien est perçu positivement.

Toutefois une ambivalence est perçue : autant une « simple » relecture de l'ordonnance pour éviter des erreurs majeures est bien acceptée, autant regarder plus en détails comme dans le BPM peut faire émerger un sentiment de jugement, de devoir rendre des comptes. Une étude publiée en 2012 en Nouvelle-Zélande par *Hatah and all* (63) retrouve tout comme dans notre étude que le médecin apprécie que le pharmacien relise l'ordonnance mais qu'il n'aime pas en revanche qu'elle soit regardée en détails.

Par ailleurs, le médecin veut rester décisionnaire. C'est donc en quelque sorte « j'aime bien que le pharmacien récupère mes erreurs mais dans l'autre je n'aime pas discuter et je veux rester le seul décisionnaire ». Derrière il y a toujours cette arrière-pensée « on me vole mon rôle » et la peur de la redistribution des rôles des professionnels de santé.

Dans la seule étude en France dans la thèse de *Benjamin MAINO* (50) explorant le ressenti du médecin généraliste sur le rôle du BPM, on retrouve comme dans la nôtre, que le médecin généraliste accepte volontiers de travailler avec le pharmacien dans le cadre du BPM sous réserve que le pharmacien reste dans un rôle « expert médicament ». Donc un rôle de dispensateur « éclairé » de médicaments mais non de prescripteur de médicaments.

Dans notre étude, parmi les freins à la mise en place du BPM, les médecins trouvent que ce dispositif est chronophage et nécessite une organisation pour les pharmaciens. Ceci est comparable aux travaux de thèse des pharmaciennes *Angélique BEILLIER* (23), *Julie JONCOURT* (62) et *Alice RENAULT* (48).

Dans les freins nous retrouvons dans notre étude la remise en cause des compétences et connaissances du pharmacien à faire ce BPM. Il faut en quelque sorte qu'ils prouvent qu'ils ont cette expertise dans le soin du patient. Une étude réalisée en Islande par *Blondal and all* (64) et publiée en 2017 montrent que les médecins pensent que les pharmaciens peuvent améliorer la thérapeutique du patient mais pour cela ils doivent prouver qu'ils ont cette expertise en se reformant et en montrant qu'ils n'ont pas de conflit d'intérêt.

Concernant les améliorations à apporter au BPM nous avons tout d'abord vu qu'il y a un problème de communication entre les différents acteurs du soin . Une des pistes pour favoriser la communication pourrait être celle du projet BIMEDOC (pour **Bilan de Médication en Occitanie ; 65**) avec la création d'une étape préalable avec la signature d'un protocole d'accord entre le pharmacien et le médecin généraliste.

Une des autres suggestions d'amélioration pour le BPM est de faire intervenir l'infirmière, qu'il y ait donc un trio [médecin – pharmacien - infirmière]. Ceci se fait déjà en Norvège et on retrouve même une étude de *Bell and all* (66) qui explore le ressenti de l'infirmière et du pharmacien sur cette expérience . Les deux professionnels de santé reconnaissent que c'est un avantage de travailler en équipe car chacun apporte sa compétence et cela contribue à une meilleure qualité des soins. Cela poussent les médecins à réfléchir et avoir des arguments sur leurs prescriptions. Le regard sur chaque profession change.

Ce trio pourrait être une bonne proposition pour l'avenir puisqu'une étude publiée en 2009 par *Mark and all* (67) trouve que ce travail en équipe permet d'assurer une coordination du soins et une sécurité pour le patient.

Néanmoins en Suède, le BPM est mis en place depuis 2012 et il existe 2 types de BPM (68) :

- un BPM « basique » (« basic medication review) : faisant intervenir uniquement le médecin généraliste et le patient ;
- un BPM « complexe » (« complex medication review ») faisant intervenir le patient, le médecin généraliste, le pharmacien, l'infirmière et d'autres personnels de santé si besoin.

Une étude a été publiée par *Schmidt-Mende and all* (68) en 2019 et explore le ressenti des médecins généralistes et des infirmières sur le BPM. Elle révèle que ce BPM « complexe » s'avère être difficile à mettre en place pour diverses raisons notamment le manque de personnel médical, la difficulté à faire rencontrer les différents professionnels de santé et le patient, l'absence d'aspiration à collaborer ensemble.

Concernant la sélection des patients éligibles au BPM, l'approche n'est pas la même selon les pays. En Australie et en Suisse ce sont les pharmaciens qui choisissent les patients éligibles tout comme en France. Aux États-Unis ce sont des personnes extérieures, des administrateurs d'assurance maladie qui sélectionnent les patients si un coût annuel est dépassé. Au Royaume-Uni les patients eux-mêmes peuvent se rendre dans une pharmacie pour avoir un BPM si plus de deux médicaments leurs sont prescrits. (69).

Dans notre étude, les médecins soulignaient éventuellement un problème de cible et qu'il faudrait trier les patients, voire qu'ils proposent eux-mêmes les patients. Cette proposition est retrouvée dans la thèse de la pharmacienne *Angélique BEILLIER* (23) qui propose « *Il serait idéal que à l'avenir, le médecin demande au pharmacien s'il est possible d'en réaliser chez certains de ses patients pour lesquels il pense que cela serait utile* ».

Une étude qualitative réalisée en Allemagne entre 2012 et 2015 par *Rose and all* (69) concorde avec cette proposition. En effet elle retrouve que les médecins généralistes préfèrent choisir les patients, ceci pourrait permettre d'améliorer la collaboration médecin-pharmacien et par conséquent l'acceptation du BPM.

B) Forces et faiblesses de cette étude

Dans les forces de cette étude nous pouvons noter l'originalité de l'étude. En effet les freins dans la pratique du BPM sont étudiés dans plusieurs travaux réalisés par des pharmaciens mais dans très peu de travaux réalisés par des médecins.

Concernant l'échantillon, l'investigatrice s'est efforcée de recruter des médecins avec des modes et des lieux d'exercice différents afin d'avoir un échantillon le plus diversifié possible. Les VERBATIMS ont été rédigés au fur et à mesure avec un début de codage manuel pour permettre de déterminer la taille de l'échantillon. Au final 30 médecins ont été interrogés, la saturation des données ayant été obtenue au bout du 29ème entretien et confirmée avec le 30ème entretien. Le nombre et la diversité des participants ont permis une richesse dans les réponses, d'avoir une analyse plus poussée et de soulever d'autres problématiques. Cette étude s'avère donc être pertinente par les problématiques et axes d'amélioration proposés. Néanmoins nous pouvons souligner l'absence de médecin pratiquant le BPM y compris parmi les médecins connaissant ce dernier.

Concernant les entretiens, le choix de faire des entretiens individuels semi-dirigés s'est porté d'une part car ces derniers permettent une expression spontanée et riche et d'autre part car l'investigatrice étant novice en étude qualitative, ce type d'entretien lui paraissait plus adapté. Néanmoins du fait de son inexpérience, l'investigatrice a pu lors des premiers entretiens manquer de neutralité et induire des réponses de la part des médecins interrogés. Cela a été corrigé par la suite.

Aussi nous pouvons noter l'absence d'entretien en focus group, ce qui aurait pu permettre d'augmenter la validité de notre étude et faire émerger d'autres problématiques. La crise sanitaire COVID n'a pu hélas permettre ce type d'entretien.

Concernant les résultats et l'analyse, il y a eu une triangulation de l'encodage avec le directeur de thèse de l'investigatrice ainsi qu'avec une amie médecin, ce qui renforce la validité de l'étude. Les thèmes ont été déterminés par l'analyse des données. Aussi chaque entretien a été exploité dans l'analyse et chacun des trente entretiens a été cité au moins une fois. Les résultats sont cohérents avec la littérature française et internationale. Certaines pistes d'amélioration sont déjà mises en œuvre à l'étranger voire en France. Dans les faiblesses nous pouvons noter que la retranscription des verbatim n'a pas été fournie aux médecins interrogés par manque de temps.

CONCLUSION

Cette étude montre que les médecins généralistes ont globalement des bonnes relations professionnelles avec les pharmaciens. Les médecins attendent du pharmacien qu'il soit un expert du médicament pour garantir la sécurité du patient. Néanmoins la vision marchande du pharmacien vient ternir négativement la vision du rôle du pharmacien.

Le BPM est peu connu et peu pratiqué en France. En cause, la faible communication dédiée spécifiquement aux médecins. La présentation du BPM suscite un intérêt chez les médecins généralistes car ce dispositif est susceptible d'améliorer la prescription et l'usage des médicaments mais à la condition que chacun, médecin et pharmacien reste dans son rôle. Le médecin veut rester décisionnaire et ne veut pas se sentir surveillé, ce qui traduit une ambivalence.

Pour améliorer la diffusion et l'acceptabilité du BPM auprès des médecins généralistes il faudrait faire une information ciblée. La lettre destinée aux médecins généralistes de Dordogne par la CPAM pourrait servir d'exemple. Il faudrait aussi préparer la mise en place du dispositif par une concertation entre le médecin et le pharmacien, comme cela est fait par exemple en Occitanie avec la signature au préalable d'un protocole d'accord entre les deux professionnels de santé. Une autre piste d'amélioration intéressante et déjà explorée à l'étranger est l'intégration de l'infirmière. Aussi il faudrait peut être revoir les patients à cibler.

Il serait intéressant d'étudier le ressenti des patients qui ont pu bénéficier de ce BPM, des médecins pratiquant le BPM ou bien des résultats du BPM sur une population d'une ou plusieurs pharmacies (par exemple diminution du nombre de médicament sur les ordonnances, ou diminution des hospitalisations pour accident iatrogénique).

BIBLIOGRAPHIE

1. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2496228>
2. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2867738#titre-bloc-9>
3. <https://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/donnees-statistiques/affection-de-longue-duree-ald/prevalence/prevalence-des-ald-en-2019.php>
4. <https://assurance-maladie.ameli.fr/sites/default/files/2019-03-01-dp-lutte-iatrogenie-medicamenteuse-personnes-agees-cpam-pays-de-la-loire.pdf>
5. Shim YW, Chua SS, Wong HC, Alwi S. Collaborative intervention between pharmacists and physicians on elderly patients: a randomized controlled trial. *Ther Clin Risk Manag.* 2018;14:1115-1125
6. Oñatibia-Astibia A, Malet-Larrea A, Larrañaga B, Gastelurrutia MÁ, Calvo B, Ramírez D, et al. Tailored interventions by community pharmacists and general practitioners improve adherence to statins in a Spanish randomized controlled trial. *Health Services Research.* 2019;54(3):658-68.
7. Olivier-Koehret M. Le médecin généraliste face à l'usage inapproprié des traitements. *Actualités Pharmaceutiques.* Mai 2019;58(586):29-31
8. https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article_jo/JORFARTI000020879490?r=YLo4d19-zie
9. https://www.has-sante.fr/jcms/c_2797383/fr/avis-n2017-0082/ac/sa3p-du-4-octobre-2017-du-college-de-la-haute-autorite-de-sante-relatif-aux-supports-d-accompagnement-des-patients-ages-polymediques-par-les-pharmaciens-d-officine-le-bilan-de-medication-convention-entre-l-uncam-et-les-syndicats-d-officinaux
10. https://www.apmnews.com/documents/201707201544460.Avenant_11_a_la_convention_pharmaceutique.pdf
11. <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000036711358/>
12. https://uspo.fr/wp-content/uploads/2014/04/joe_20120506_0107_0034.pdf
13. <https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/658459/document/avenant-19-convention-nationale-pharmacien.pdf>
14. <http://pharmacie-clinique.fr/bilan-de-medication>
15. Lehmann H. Un nouveau dispositif d'accompagnement du patient en officine : le « bilan partagé de médication ». *Annales Pharmaceutiques Françaises.* Juill 2019;77(4):265-75.
16. <https://www.omedit-normandie.fr/media-files/17952/plaquette-optipharm-bpm.pdf>
17. Qassemi S, Mouchoux C, Eyvrard F, Tesquet N, Rouch L, McCambridge C, et al. Le bilan de médication en soins primaires chez les plus de 65 ans. *Actualités Pharmaceutiques.* Janv 2018;57(572):37-9.

18. Geurts, Marlies M E, Jaap Talsma, Jacobus R B J Brouwers, et Johan J de Gier. « Medication review and reconciliation with cooperation between pharmacist and general practitioner and the benefit for the patient: a systematic review ». *British Journal of Clinical Pharmacology* 74, n° 1 (juillet 2012): 16-33.
19. Bryant LJM, Coster G, Gamble GD, McCormick RN. The General Practitioner–Pharmacist Collaboration (GPPC) study: a randomised controlled trial of clinical medication reviews in community pharmacy. *International Journal of Pharmacy Practice*. 2011;19(2):94-105
20. Verdoorn S, Kwint H-F, Blom JW, Gussekloo J, Bouvy ML (2019) Effects of a clinical medication review focused on personal goals, quality of life, and health problems in older persons with polypharmacy: A randomised controlled trial (DREAMer-study). *PLoS Med* 16(5): e1002798.
21. Williams ME, Pulliam CC, Hunter R, Johnson TM, Owens JE, Kincaid J, Porter C, Koch G. The short-term effect of interdisciplinary medication review on function and cost in ambulatory elderly people. *J Am Geriatr Soc*. 2004 Jan;52(1):93-8. doi: 10.1111/j.1532-5415.2004.52016.x. PMID: 14687321
22. Bilan de médication : un outil qui renforce le lien soignant/patient [Internet]. Com & Health. 2018 [cité 15 févr 2020]. Disponible sur: <https://www.comandhealth.com/bilan-de-medication-un-outil-qui-renforce-le-lien-soignantpatient/>
23. Angélique Beillier. Le bilan partagé de médication : un nouvel outil dans la prise en charge du patient âgé et polymédiqué à l’officine. *Sciences du Vivant [q-bio]*. 2020. ffdumas-02465348f
24. Frankenthal D, Lerman Y, Kalendarjev E, Lerman Y. Intervention with the screening tool of older persons potentially inappropriate prescriptions/screening tool to alert doctors to right treatment criteria in elderly residents of a chronic geriatric facility: a randomized clinical trial. *J Am Geriatr Soc*. 2014 Sep;62(9):1658-65. doi: 10.1111/jgs.12993. PMID: 25243680
25. Hanlon JT, Weinberger M, Samsa GP, Schmader KE, Uttech KM, Lewis IK, Cowper PA, Landsman PB, Cohen HJ, Feussner JR. A randomized, controlled trial of a clinical pharmacist intervention to improve inappropriate prescribing in elderly outpatients with polypharmacy. *Am J Med*. 1996 Apr;100(4):428-37. doi: 10.1016/S0002-9343(97)89519-8. PMID: 8610730
26. Rose O, Mennemann H, John C, Lautenschläger M, Mertens-Keller D, Richling K, et al. Priority Setting and Influential Factors on Acceptance of Pharmaceutical Recommendations in Collaborative Medication Reviews in an Ambulatory Care Setting – Analysis of a Cluster Randomized Controlled Trial (WestGem-Study). *PLOS ONE*. 2 juin 2016;11(6):e0156304
27. https://uspo.fr/wp-content/uploads/2018/02/2018-01-Officine_Avenir_n17.pdf

28. https://urpspharmaciens-pdl.com/wp-content/uploads/2019/11/santepub_bpm.pdf
29. http://www.urps-pharmaciens-paca.fr/wp-content/uploads/2018/11/sfpc_memo_bilan_partag_de_medication_vdef_dc_2017.pdf
30. <https://lecrip.org/wp-content/uploads/2014/10/Test-EvaluationV31.pdf>
31. Les cinq étapes de l'entretien de bilan de médication et d'habitudes de vie. Actualités pharmaceutiques. 2017;3
32. <https://uspo.fr/wp-content/uploads/2017/11/annexe-avenant-12-sign%C3%A9-UN-CAM-USPO.pdf>
33. <http://stopstart.free.fr/>
34. <http://stopstart.free.fr/criteres.php>
35. : <https://www.omedit-normandie.fr/media-files/20222/liste-de-laroche-2009.pdf>
36. <https://www.omedit-grand-est.ars.sante.fr/system/files/2017-07/Guide%20bon%20usage%20du%20m%C3%A9dicament%20en%20g%C3%A9riatrie.pdf>
37. <https://www.omedit-grand-est.ars.sante.fr/system/files/2017-07/has-prescrire-pa.pdf>
38. <https://www.omedit-normandie.fr/media-files/24901/medicaments-ecrasables-mise-a-jour-de-2019.pdf>
39. <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000023823152#:~:text=Copier%20le%20texte-,D%C3%A9cret%20n%C2%B0%202011%2D375%20du%205%20avril%202011%20relatif,des%20pharmaciens%20d'officine%20correspondants&text=Lorsque%20ce%20protocole%20de%20coop%C3%A9ration,et%20en%20ajuster%20la%20posologie.>
40. <http://pharmacie-clinique.fr/plan-daction-medicamenteux/>
41. <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000033507633/#:~:text=Copier%20le%20texte-,Arr%C3%AAt%C3%A9%20du%2028%20novembre%202016%20relatif%20aux%20bonnes%20pratiques%20de,code%20de%20la%20sant%C3%A9%20publique>
42. 15 % des pharmacies ont réalisé des bilans partagés de médication [Internet]. Le Quotidien du Pharmacien. [cité 15 févr 2020]. Disponible sur: https://www.lequotidiendu-pharmacien.fr/actualite-pharmaceutique/article/2019/04/01/15-des-pharmacies-ont-realise-des-bilans-partages-de-medication_277564

43. Bilans partagés de médication : 15 000 au 20 octobre, selon l'Assurance maladie - 22/10/2018 - Actu - Le Moniteur des pharmacies.fr [Internet]. [cité 15 févr 2020]. Disponible sur: <https://www.lemoniteurdespharmacies.fr/actu/actualites/actus-socio-professionnelles/bilans-partages-de-medicacion-15-000-au-20-octobre-selon-l-assurance-maladie.html>
44. Bilans partagés de médication : il est urgent de ne pas attendre plus longtemps - 24/09/2018 - Actu - Le Moniteur des pharmacies.fr [Internet]. [cité 15 févr 2020]. Disponible sur: <https://www.lemoniteurdespharmacies.fr/actu/actualites/actus-socio-professionnelles/bilans-partages-de-medicacion-il-est-urgent-de-ne-pas-attendre-plus-longtemps.htm>
45. pharmacies.fr LM des. Bilans partagés de médication : le « Go ! » de la profession - 01/10/2018 - Actu - Le Moniteur des pharmacies.fr [Internet]. Le Moniteur des pharmacies.fr. [cité 15 févr 2020]. Disponible sur: <https://www.lemoniteurdespharmacies.fr/actu/actualites/actus-socio-professionnelles/bilans-partages-de-medicacion-le-go-de-la-profession.html>
46. Le pharmacien et le bilan partagé de médication | CVAO.org [Internet]. [cité 15 févr 2020]. Disponible sur: <https://www.cvaio.org/actualite/le-cvaio-et-la-convention-2017-2-2-3/>
47. Sicard J. Bilan partagé de médication : à l'épreuve du terrain. *Actualités Pharmaceutiques*. Nov 2019;58(590):1.
48. Alice Renault. Mise en place du bilan partagé de médication : avantages, inconvénients et rôles du pharmacien d'officine. *Sciences pharmaceutiques*. 2019. ffdumas-02456667f
49. <https://uspo.fr/wp-content/uploads/2019/05/1.-bpm-qu-est-ce-c-est-argumentaire.pdf>
50. http://memoires.scd.univ-tours.fr/Medecine/Theses/2020_Medecine_MainoBenjamin.pdf
51. Bollen A, Harrison R, Aslani P, Haastregt JCM van. Factors influencing interprofessional collaboration between community pharmacists and general practitioners—A systematic review. *Health & Social Care in the Community*. 2019;27(4):e189-212.
52. Rubio-Valera M, Jové AM, Hughes CM, Guillen-Solà M, Rovira M, Fernández A. Factors affecting collaboration between general practitioners and community pharmacists: a qualitative study. *BMC Health Serv Res*. Déc 2012;12(1):188.
53. Bryant LJM, Coster G, Gamble GD, McCormick RN. General practitioners' and pharmacists' perceptions of the role of community pharmacists in delivering clinical services. *Research in Social and Administrative Pharmacy*. 1 déc 2009;5(4):347-62.
54. Freeman C, Cottrell WN, Kyle G, Williams I, Nissen L. Integrating a pharmacist into the general practice environment: opinions of pharmacist's, general practitioner's, health care consumer's, and practice manager's. *BMC Health Services Research*. 1 août 2012;12(1):229.

55. Hughes CM, McCann S. Perceived interprofessional barriers between community pharmacists and general practitioners: a qualitative assessment. *Br J Gen Pract.* Août 2003;53(493):600-6.
56. <https://apo.org.au/sites/default/files/resource-files/2009-08/apo-nid18746.pdf>
57. Bulajeva A, Labberton L, Leikola S, Pohjanoksa-Mäntylä M, Geurts MME, de Gier JJ, et al. Medication review practices in European countries. *Research in Social and Administrative Pharmacy.* Sept 2014;10(5):731-40
58. Blenkinsopp A, Bond C, Raynor DK. Medication reviews. *Br J Clin Pharmacol.* Oct 2012;74(4):573-80.
59. Soraya Qassemi. Le bilan de médication en soins primaires : formation des pharmaciens à l'optimisation thérapeutique des patients âgés. *Sciences pharmaceutiques.* 2017. dumas-01568028
60. http://www.fspf.fr/system/files/documents/flyer_med_vf.pdf
61. <http://infoslettre.info/24/01-Medecins/docs/InformationMedecinsGeneralistes.pdf>
62. Julie Joncourt. Le bilan de médication à l'officine : étude pilote auprès de 41 pharmaciens en vue de leur implantation en routine. *Sciences pharmaceutiques.* 2017. ffdumas-01957718f
63. Hatah, E., Braund, R., Duffull, S. *et al.* General practitioners' perceptions of pharmacists' new services in New Zealand. *Int J Clin Pharm* **34**, 364–373 (2012).
64. Blondal AB, Jonsson JS, Sporrang SK, Almarsdottir AB. General practitioners' perceptions of the current status and pharmacists' contribution to primary care in Iceland. *Int J Clin Pharm.* Août 2017;39(4):945-52.
65. <https://www.urpspharmaciens-occitanie.fr/ressources/category/5-bilan-de-medications>
66. Bell HT, Granas AG, Enmarker I, Omli R, Steinsbekk A. Nurses' and pharmacists' learning experiences from participating in interprofessional medication reviews for elderly in primary health care -a qualitative study. *BMC Fam Pract [Internet].* 28 févr 2017 [cité 15 févr 2020];18.
67. Mark J. Makowsky, Theresa J. Schindel, Meagen Rosenthal, Katy Campbell, Ross T. Tsuyuki & Helen M. Madill (2009) Collaboration between pharmacists, physicians and nurse practitioners: A qualitative investigation of working relationships in the inpatient medical setting, *Journal of Interprofessional Care*, 23:2, 169-184, DOI: 10.1080/13561820802602552
68. K. Schmidt-Mende, J. Hasselström, B. Wettermark, M. Andersen & P. Bastholm-Rahmner (2018) General practitioners' and nurses' views on medication reviews and potentially inappropriate medicines in elderly patients – a qualitative study of reports by educating pharmacists, *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 36:3, 329-341, DOI: 10.1080/02813432.2018.1487458
69. Rose O, Richling I, Voigt K, Gottschall M, Köberlein-Neu J. Patient selection and general practitioners' perception of collaboration in medication review. *Research in Social and Administrative Pharmacy.* Mai 2019;15(5):521-7.

TABLE DES FIGURES ET TABLEAUX

Schéma 1. Étapes du BPM.....	13
Figure 1. Répartition géographique des 30 entretiens.....	19
Figure 2. Lieu d'exercice.....	20
Figure 3. Mode d'exercice.....	20
Figure 4. Connaissance du BPM par les médecins interrogés.....	21
Tableau 1. Caractéristiques des 30 entretiens.....	22

RESUME ET MOTS CLES

En 2019 en France selon les chiffres de l'assurance maladie 11,4 millions de personnes bénéficient d'une ALD (Affection Longue Durée), dont la moitié ont plus de 65 ans. 4 millions d'individus ont sur leurs ordonnances au moins 5 traitements différents et sont donc exposés au risque d'iatrogénie. L'iatrogénie est préjudiciable pour les patients et responsable de surcoût pour la société. Pour lutter contre celle-ci, l'évolution tend vers un partage de compétences entre professionnels de santé, notamment entre pharmaciens et médecins. Un des exemples est la mise en place du BPM (Bilan Partagé de Médication) depuis 2018. Toutefois ce bilan peine à se mettre en place. Nous retrouvons facilement dans la littérature les freins de la part des pharmaciens. Par contre, peu d'études s'intéressent à la perception des médecins généralistes sur ce dispositif.

L'objectif de notre étude est donc de connaître le ressenti du médecin généraliste sur le rôle du pharmacien dans le BPM. Il s'agit d'une étude qualitative avec des entretiens individuels semi-dirigés auprès de 30 médecins généralistes thésés et installés de France métropolitaine et d'Outre-Mer, réalisés entre mi-October 2020 et Janvier 2021.

80% des médecins interrogés ne connaissent pas le BPM. Les autres médecins le connaissent peu ou en ont entendu parler mais aucun ne le pratique. Le BPM est globalement bien accueilli lors de sa présentation mais a suscité pour certains un total désintérêt voire un rejet.

Les avantages du BPM sont:

- une deuxième lecture de l'ordonnance faisant appel à la compétence d'expert du médicament du pharmacien et permettant une vision d'ensemble des traitements des patients ;
- le médecin peut mettre à jour ses pratiques et ses connaissances tout en restant le décisionnaire ;
- le pharmacien se voit repositionné en tant qu'acteur du soin aussi bien pour les patients que les médecins. Le patient se situe au coeur du dispositif ;
- les relations entre médecin-patient-pharmacien se voient améliorées.

Les inconvénients sont:

- un ressenti par les médecins généralistes d'exclusion, de jugement et de blessure ;
- une redistribution des rôles ce qui est source de confusion et de tension ;
- une interrogation sur la compétence et l'intérêt du pharmacien à développer ce dispositif (rémunération) ;
- ce dispositif est perçu comme redondant et une contrainte administrative de plus.

Pour que ce dispositif fonctionne, il faut une bonne entente préalable entre les médecins et les pharmaciens et aussi que les patients soient réceptifs. Nous pouvons donc percevoir une ambivalence de la part des médecins. Les axes d'amélioration proposés sont:

- améliorer la communication et la rémunération ;
- favoriser le travail d'équipe ;
- faire une rencontre médecin-patient-pharmacien ;
- choix des patients par le médecin traitant.

Mots clés: iatrogénie, bilan partagé de médication, collaboration médecin-pharmacien, étude qualitative



UNIVERSITE DE POITIERS

Faculté de Médecine et de
Pharmacie



SERMENT



En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

