

**UNIVERSITE TOULOUSE III PAUL SABATIER
FACULTE DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES**

ANNEE : 2014

THESE 2014/TOU3/2012

THESE

POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE

Présentée et soutenue publiquement
par

DEGUARA CHARLES

**LOI HPST : LES ENTRETIENS PHARMACEUTIQUES ET LEUR MISE EN PLACE
EN MIDI-PYRENEES**

Le 21 mars 2014

Directeur de thèse : Docteur CHAMPANET Bernard

JURY

Président : Pr SALLERIN Brigitte
1er assesseur : Dr CHAMPANET Bernard
2ème assesseur : Dr ALQUIER Vincent
3ème assesseur : Dr LULL Fabien

REMERCIEMENTS

A mon directeur de thèse :

Monsieur Bernard CHAMPANET, qui m'a fait l'honneur d'accepter de diriger ma thèse (et il y en a pas beaucoup qui auraient accepté un boulet comme ça). On s'est connu de manière un peu particulière car c'est en partie à cause de toi que j'ai fait pharmacie et pour ça je ne te remercierai jamais assez. C'est de plus un plaisir de sortir des conneries quand l'on se voit et faudra pas leur dire aux femmes mais tu sais ce qu'on en dit. Pour tout ça MERCI !

A mon jury de thèse :

Madame Brigitte SALLERIN, qui préside ce jury. Je vous ai demandé un peu vite si vous vouliez être mon président de jury et vous avez tout de suite accepté. Je peux maintenant vous l'avouer, si j'ai pensé à vous en premier c'est parce que de tous les professeurs que j'ai côtoyé, vous me sembliez celle qui tenait le plus à cœur à la réalisation d'une meilleure relation patient/pharmacien et cela se voit dans tout ce que vous entreprenez. Je ne pouvais rêver de meilleure personne pour juger un sujet sur les entretiens pharmaceutiques et en cela je vous remercie. Je vous remercie aussi pour les enseignements que vous m'avez transmis mais surtout pour votre combat afin de permettre aux étudiants d'étudier dans les meilleures conditions possibles et ça beaucoup de professeurs n'y pensent pas.

Monsieur Vincent ALQUIER : je ne dirais pas brillant pharmacien car cela va sans dire. Ça me fait tellement plaisir que tu sois dans mon jury, j'ai bien fait d'attendre. Pour le reste regarde plus bas.

Monsieur Fabien LULL : je ne dirais pas brillant pharmacien car cela va sans dire. Ça me fait tellement plaisir que tu sois dans mon jury, j'ai bien fait d'attendre. Pour le reste regarde plus bas.

A ma famille :

A mes parents Jean-Pierre et Marie-Françoise, merci pour tout ce que vous avez fait pour moi, de tout votre soutien, de m'avoir permis de faire de l'associatif et de me lancer dans des tours de France sans que vraiment vous sachiez où je suis ni pourquoi en détail. Je vous aime du fond du cœur.

A mon frère Bertrand, on n'a pas toujours été d'accord sur tout et j'ai pas forcément été le grand frère idéal mais on s'entend quand même bien dans l'ensemble. Il t'a fallu un peu de temps amis je suis content que tu aies trouvé la voie qui te plaît vraiment. Je ne comprends pas tout ce que tu me racontes dans ce que tu fais mais je suis très fier de toi. Je t'aime Béber même si tu ne fais pas la vaisselle !!

A mon papi et ma mamie, qui se sont toujours occupés de moi depuis tout petit. Les parents avaient beaucoup de travail mais avec Bertrand on n'a jamais été seul grâce à vous. Je vous aime de tout mon cœur.

A mes taties Yaya et Véro pour avoir toujours été là pour nous depuis tout petits et encore maintenant.

A mon bon papa que je n'ai jamais vraiment connu mais qui je sais est très heureux de voir où j'en suis maintenant de là-haut. Et surtout à ma mamet, pharmacien d'officine de métier, le plus beau travail au monde qui a su me donner cette passion et qui malheureusement nous a quitté il y a deux et ne sera pas là. Mais je sais que d'où tu es tu dois être drôlement fière de moi.

A la famille de Cherbourg, Roger, Sylvie et mes cousines Amandine et Mathilde, merci.

A tout le reste de ma famille, proche ou lointaine, oncles et tantes, cousins et cousines, malgré quelques soucis de toutes parts, c'est toujours un plaisir de venir vous voir et vous êtes toujours la bienvenue.

Bref je me répète mais c'est parce que je ne le dis pas assez merci à vous d'être toujours là pour moi et je vous aime vraiment très très très fort.

Aux pharmacies m'ayant accueilli :

A la Pharmacie Carrère, qui m'a permis de commencer ma vie en tant qu'étudiant en pharmacie, merci pour tous les conseils apportés par l'équipe.

A la pharmacie du Kiosque, merci à Jean-Paul et Séverine ainsi que toute l'équipe pour cet été formidable. Et merci à toi Jean-Paul pour m'avoir fait découvrir le monde du MAD et la façon la plus humaine de le faire.

A la pharmacie Amouroux, merci à Noël et Françoise pour m'avoir accueilli, pour m'avoir formé comme un vrai stagiaire de 6^{ème} année devrait être formé et merci de m'avoir accordé ces absences répétées : vous en vous imaginez pas comme ça a compté pour moi !! Et surtout merci pour m'avoir permis d'avoir les clés pour être major de stage officinal. Je tiens à remercier l'équipe qui a été tout bonnement géniale : Aurélie, Sandrine, Aurélie, Laure et Stéphanie.

A la pharmacie Wittevrongel : merci Jocelyne pour m'avoir fait confiance et pour l'accueil, je me suis vraiment régalé la patientèle a été géniale, l'ambiance plus qu'au top. De toutes façons tu le sais le seul souci fut la distance. Les filles, Sandra, Karine et Sylviane ça a été un bonheur de travailler avec vous et on aura bien rigolé, en plus de travailler bien sûr. Je tiens à remercier tout particulièrement Jean-Paul Wittevrongel, mon acolyte du Muppet Show, pour ces soirées où on buvait notre bière tranquillement devant de bons films ou de grands nanars, ainsi que Gwen et Thomas on s'est bien marrés : honnêtement je ne me suis pas senti dépaysé, ça me faisait comme une deuxième famille il y avait toujours de l'animation et Joce je te l'ai déjà dit t'es un peu comme une autre maman !! En tout cas merci encore à vous la famille Witte je vous adore !!!!

Aux amis rencontrés durant ces années :

Les Toulousains :

Tout d'abord mon petit Vince. Merci pour toutes ces années passées ensemble depuis la fin du lycée (surtout les baby-foot), merci pour les apéros post concours chez toi qui étaient une pure réussite, pour ta formation sur comment révéduiller un téléphone, pour les délires du gala de Limoges, de Bordeaux de l'AG de Lyon et bien d'autres (la liste serait beaucoup trop longue !). Merci aussi pour avoir regardé Fatal autant de fois que moi (t'as vu bien), pour ce DU d'ortho (gars) à Clermont et pour tant d'autres choses qui nous auront fait rire. Merci aussi d'avoir

été mon Vp Gala tu as tout fait à la perfection (heureusement qu'on n'a pas eu à gérer de procès !!). Bref on pisse ensemble, on meurt ensemble, BAD BOYS POUR LA VIE !!

Mon cher Barni, toi aussi tant de choses à dire. Merci pour avoir été avec moi toutes ces années, pour ta disponibilité quand je t'appelais et disais « Barni je peux venir je crois que j'ai fait de la merde » et que tu me répondais : « je sais ». Merci aussi pour être la seule personne à vouloir parler le braille. Merci pour les soirées à Mireval (ça vaut un bon RPE ou RPH), pour ta crémaillère et toutes les conneries qu'on a pu faire ensemble. Ça fait bizarre que tu sois plus sur Toulouse mais on n'est quand même pas loin et t'as intérêt à revenir plus souvent quand tu seras riche !!

Merci à toi l'étranger, ou Claude comme dirait les autochtones !! On a vraiment passé de super moments tous les deux : on s'est bien chacun foutu de la gueule de l'autre mais je sais que jamais je ne regretterai de te connaître malgré ton petit côté « nous les hommes !! ». Tu as été un super coloc et un super Vice prez. Si on pouvait inventer la téléportation je serais le premier à acheter la machine pour venir te voir les week-ends. Franchement tu me manques gros con et le pire c'est qu'en plus je serais docteur avant toi !! Me tardera ta thèse GOURMAND VA et j'aurais le slip à l'air !!

Arnaud Gayda, dit Tséé, toi aussi tu en tiens une sacrée couche, toujours à trouver des trucs drôles qui nous font des mois. Je crois que t'es aussi drôle que tu as un grand cœur. Vraiment merci pour tout tu es encore plus génial que Catnight's qui pourtant arrive droit !! T'inquiètes pas je donnerais jamais ma part au chien !!!

Merci à toi mon cher Mamar dit la mafia. Merci pour tous ces excellents moments passés ensemble, qu'est-ce qu'on se sera marrés. C'est aussi grâce à toi que j'ai pu faire de la corpo, être élu à la fac et l'université et faire de l'ANEPF et pour tout ça je ne pourrais jamais te remercier assez et je suis fier d'avoir été ton secrétaire !!! Merci aussi d'avoir été mon GM je n'aurais pas pu rêver mieux. On est loin en distance mais il faut à tout prix que je vienne te voir tu me manques aussi !!

Mon bibi Seb je t'adresse en premier lieu toutes mes excuses pour les fois où tu as du gérer les TP pour deux n'étant pas au mieux de ma forme (ou au fond du seau plutôt), en cela merci. Mais merci surtout pour avoir toujours été là, j'au rais souhaité un meilleur partenaire je n'aurais pas trouvé. Continue à te perfectionner dans la pose de pièges bibi !!

Simon dit Mister paparazzi du groupe. Merci de ne pas avoir diffusé toutes les photos que tu peux avoir de nous (et merci de ne pas les diffuser quand je serais président de la république). Plus sérieusement merci pour ta bêtise sans limite, pour ton accueil toujours chaleureux (que ce soit à Paris ou dans la maison du CRIT) même si à chaque fois le retour chez moi est rude. Encore merci !

Sylvinou, merci pour ta passion geek des ordinateurs et des jeux (c'est dur quand d'autres ne suivent pas). Merci pour steak'n'fries, si un jour j'achète une maison de disques vous avez intérêt à vous reformer !! Merci aussi pour tes performances à Soulcalibur 2 tu étais vraiment bon saligaud. Faut qu'on se voit plus souvent bien que ton emploi du temps est plus chargé que le nôtre !

Ludo, merci pour les gofios (t'es le champion incontesté), pour les soirées internats (Yvan Tixador te remercie), pour tenir aussi bien en soirée (on sent que tu as l'expérience de la troisième mi-temps) et pour tes pièges en compétition avec Seb.

Nicoco merci pour ton petit foie, tes RGO, ta façon de ne rien comprendre par inattention : qu'est-ce que ça nous a fait rire. Merci aussi pour tes blagues pas drôle et pour tes interventions comme à Mireval !!!

Merci Basque d'être basque pour tes histoires passionnantes et hilarantes (toi aussi t'as eu une jeunesse pas banale !!), et pour ta bonne humeur et ton intégrité. T'es un vrai copain !!!

Merci Flo pour ces soirées où j'ai pu rentrer au sept malgré mon tee shirt jaune fluo dégueu !! Merci aussi pour ces fous rires que l'on s'est tapé et de venir de Las cases, le plus beau lycée du monde !!

Merci Christopher pour ta gentillesse, tes plans pour récupérer des drapeaux ou avoir un local : ça a toujours été bien planifié et ça a marché. Reviens sur Toulouse de temps en temps tu es toujours le bienvenu.

Un grand merci à toi mon petit JBew tu es un colloc génial et un ami encore plus. Merci pour toutes ces soirées où tu ramenaient du cassoulet ou de l'aligot saucisse maison (mon cholestérol te remercie aussi) et de toutes les choses idiotes que tu as pu trouver. Tu n'as qu'un seul défaut : tu es Aveyronnais !!

Merci Alexis, mon fillot et mon successeur, je t'ai laissé les clés de la corpo et je n'ai jamais regretté que ce soit toi qui l'ai dirigée bien au contraire. Qu'est-ce qu'on se marre à chaque fois que tu es là !! Tu en tiens aussi une sacrée couche et tu es un sacré bon pote !! Vivement ton prochain retour sur Toulouse

Merci Robinou, toi aussi qu'est-ce qu'on se balance comme vanne l'un l'autre, mais c'est tellement jouissif de te vanner tocard !! Toi aussi tu as été aussi bête pour être élu partout et faire de la corpo, quoi qu'il arrive ne le regrette jamais !! Me tardera ta thèse dans 5 ans (au mieux ^^). Merci pour tout tapette !

Merci l'Agneau pour tes soirées post intro avec ton grand Charlatan, mais aussi pour la corpo !

Merci Mamol pour me faire marrer à chaque fois. Tu es cité en dernier parce que tu es en dentaire faut pas pousser non plus. Plus sérieusement toi aussi tu en tiens une sacrée couche mais il n'empêche que je suis heureux de t'avoir rencontré !!

Merci mon Olive goût ce que tu préfères on s'est régalés toujours avec une connerie à dire, même si parfois il est dur de t'arrêter t'es vraiment au top. J'aurais aimé être plus dans la région quand tu étais à Pierre Fabre et j'en suis désolé. Hello-o !!

Les toulousaines :

Anne-So Vachier, merci pour tout : les soirées chez toi, le calicéo, les semaines chez toi et toutes les activités que tu m'as faites découvrir sur Toulouse : c'est un vrai régal à chaque fois). Merci aussi pour ton soutien que ce soit pendant mon

mandat de corpo ou autre. Au final je suis vraiment content que tu sois revenue dans la ville Rose, tu as encore plein de trucs à me faire découvrir !

Marie, merci pour ta huitième octave, pour ton soutien permanent, pour la corpo et tes conseils, et pour tous les délires qu'on a pu avoir ensemble. Tu es toujours pleine d'énergie et ça remet du baume au cœur. Il y a intérêt qu'on refasse des soirées ensembles assez vite ! Tu me manques !

Charlotte G, merci pour être une super amie comme tu l'es. On s'est connu en deuxième année et ensuite on ne s'est plus lâchés. Merci aussi de m'avoir supporté surtout certaines fois (comme 4h de voitures en rentrant du vernet). Bref encore mille mercis pour tout et dès que tu redescends sur Toulouse dis-le moi !!

Floflo ou Bouchon, merci à toi aussi pour être toujours la bonne humeur, pour les repas chez toi, pour les week-ends à Vieux Boucau et surtout pour être toi. On se marre tellement quand on se voit faut qu'on se retrouve plus souvent quand même !!

Ma petite Aurélia (ou Auré) merci pour tout aussi : pour avoir été là quand ça allait pas, pour nos délires, pour nous avoir invités à perpi (on s'était vraiment régales), et pour nous supporter à Arnaud, Vince Mamol et moi. Et pour te reprendre : et ta ta ta pim pim pim pam poum !

Merci Cathy pour ces années où on aura été complices. Je pense que tu es une des rares à qui je me suis autant confié : merci de m'avoir écouté !! Toi aussi il faut qu'on se revoie plus souvent, même si maintenant c'est toi qui fais plus le tour de France que moi.

Merci Mégadur ma fillotte, ma trésorière. Ce fut un plaisir de discuter de cul avec toi on se sera appris mutuellement des choses. Et merci de m'avoir persuadé d'aller à des endroits improbables (comme le WEF de Clermont).

Merci Caro ma fillotte, ma binôme de stage, tu as été vraiment une super partenaire, toujours le sourire aux lèvres et les yeux qui pétillent. On ne se voit pas assez souvent malheureusement.

Merci Cécé dite La Cougne pour tous ces moments passés ensemble, pour avoir été une super délégué ANEPF. Tu as vraiment un cœur en or et des talents de formidable cuisinière !!

Merci Anneuk pour m'avoir motivé à faire les activités pour le crit dt et le dhiver (parce que ça me gavait de me bouger), et surtout pour avoir réalisé la meilleure chorée de Toulouse !!

Merci Julia pour ces années où on s'est bien marrés. Et dire que tout a commencé aux cours Esquirol, qui aurait imaginé la suite ?

Merci aux à Fany, Fanny et à Steph : vous êtes pour moi un trio de choc. Merci beaucoup de m'avoir supporté tant en TP que pendant les soirées : je n'ai pas du vous rendre la vie facile et je vous apprécie vraiment beaucoup.

Merci Popo et Shaira pour ces années passées ensemble !!

Merci Eliza pour avoir été ma secrétaire de corpo et surtout une amie. Merci pour les chatanus !! Tu es vraiment une bonne fille (ou une fille bonne) !!

Ma petite Bérengé merci pour tout numéro 9 : ton blog ta bonne humeur, tes idées bisousnours et ton CMA !! Tu sais tout le bien que je pense de toi je te l'ai assez répété à quelques grammes !! Et c'est grâce à toi que je me suis investi dans la santé pub : kikou les gens lâchez vos comms kiss flex bises

Ma petite Fanfan dit la Souille, merci à toi aussi, t'as vu avec du viol mental tu as fini à l'ANEPF mouahahahaha ! Je suis très fier de toi et j'espère que même si tu es sur Paris tu reviendras nous voir de temps en temps.

Merci aussi à Virgi pour ton CMA et ta bonne ambiance !!

Merci Rourou pour être née le même jour que moi, avoir été secrétaire de l'AEPT comme moi et surtout de t'occuper de Vincent aussi bien que tu le fais. Et merci pour avoir créé l'expression « t'es trop ciboulette » avec moi c'était génial !!! La prochaine c'est la tienne !

Merci Nicouche mon fillot pour ces week ends magiques husqvarneurs et merci Pouge pour me faire rire à chaque fois.

Merci à la grande AEPT à mes bureaux, à la faluche toulousaine, au PORC : c'était vraiment super.

Je tiens enfin à remercier les extés :

- Les petits chats :

- Merci marie et anne so.
- Merci ma petite Fred qui a inventé le nom de Granito et pour les slypes (promis je t'en trouverais d'autres).
- Merci à Titoun la défonce pour ton accueil et tes phrases chocs.
- Merci à ma Bouquette pour m'avoir hébergé un nombre de fois incalculable, pour ces soirées face to face (et les autres !!), et pour tout le reste mais ça serait vraiment trop long un grand MERCI !!!! (Je ne remerciais pas Poca parce que un ce n'est pas un vrai petit chat pour moi et deux tu as été trop odieuse avec nous il y a deux ans.)

- Les bordelais :

- Tout d'abord Fabio, parrain et fillot de faluche, merci pour tout. Je crois qu'on s'est déjà tout dit un grand nombre de fois et tu sais tout ce que je pense de toi (ça serait trop long à écrire et j'ai des crampes désolé). Je suis heureux de t'avoir rencontré et bien que ce soit tard on a tout rattrapé en quelques années !! Des amis comme toi c'est si rare que j'en voudrais tous les jours et honnêtement je n'arrive pas à trouver les mots à part cette phrase : toi t'es gentil parce que toi t'es mon copain !!!
- Merci Romain ou Niamor pour les intimes. Putain qu'est-ce qu'on se régale à chaque fois qu'on se voit. Autant physiquement on a rien à voir (je suis petit et gros toi grand et maigre), autant pour ce qui est du cœur et des idées on est pareils et c'est un plaisir de t'avoir régulièrement au tél ou sur facebook !! Maintenant t'as intérêt à te bouger pour ta thèse car j'arriverais droit !!
- Merci Caro pour tes gros nazes avec ta septième octave dès le matin, ça me permet à chaque fois de me rappeler comment tu peux être épuisante. Mais au-delà de ça même si tu as dit non à certains de

mes textos du dimanche matin pour m'aider à me sentir « mieux » (plus léger) t'es vraiment une amie formidable et j'espère entendre ta voix de crécelle bien longtemps !!

- Merci Mikel de m'avoir laissé passer ma thèse avant. Maintenant fous toi un coup de pied aux fesses !!
- Merci aux vieilles bordelaises Claire, Maud, Julie ça m'a fait très plaisir de faire le WEG avec vous vous êtes top les filles. Merci Vinvin, compagnon de soirées toujours au top, Antoine pour tes virées en 205 la nuit et tes idées de rentrer à pied, et enfin merci Popinou pour ton appart et ta bonne humeur quoi qu'il arrive.
- Merci aux « jeunes » : Lambi pour m'aider à supporter Caro et pour tes rires, Margaux pour ta patate quoi qu'il arrive, Dubdub pour être la seule future championne olympique de Meulicos qui rigole à tout ce que je dis, Oihanna pour tes Rharha, Labarbe pour nous avoir régalez avec le gala et tous les autres qui m'ont fait vivre des moments forts.

- Les Clermontois :

- Merci Boboc pour ton hébergement à chaque fois que je montais, pour ton appart lors du DU, mais surtout merci pour la fois où je t'ai vaincu à la pétanque alors que je jouais avec Juliette.
- Merci Moiss pour m'avoir supporté car je t'ai exaspéré plus d'une fois. Je te remercie aussi d'avoir créé la grotonnade on a bien rigolé et pour tout le reste.
- Merci Paul Mercier pour être Paul Mercier, on aura bien rigolé en réunion des prez. Reste comme tu es
- Merci Picpic pour être sanguin gars !!
- Merci Rob pour être à la fois le plus geek et le plus doux des clermontois
- Merci Frodon pour les 30 secondes de bonheur et pour le DU d'ortho gars !

Merci à tous les autres de la mafia clermontoise : John, Duret, Lolo et les plus jeunes vous m'aurez régalié. Sans oublier les filles qui vous supportent : Sana, Marianne et ma fillotte Juju. Sincèrement merci à vous tous et vous êtes chou!!

Il me faut aussi remercier les plus vieux clermontois : Lélé pour ta connerie dépassant tout ce que l'on peut imaginer, Stoof pour tes stoofettes, Fouillade pour arriver à supporter Lélé et Stoof, Guéral pour les super repas chez toi, Marien pour te taper encore des filles de 8 ans de moins que toi et parce qu'on rigole bien ensemble, et Max pour les repas que tu nous sers chez toi alors qu'on allait dormir.

Et je finirai Clermont en remerciant Georges et le BU : il n'y a pas plus famille comme bar que là-bas.

- Les limougeauds :

Je remercierais tout d'abord les filles :

- Merci Juliette dite « la grosse feuillard » pour ta poitrine à débordement ! Plus sérieusement merci pour tout ce que tu es, tu ce que tu fais à chaque fois c'est un profond plaisir de passer du temps avec toi !! Ne change rien (surtout pas de bonnet)
- Merci Charlotte Cœur de Canard : une fille comme toi on n'en voit pas souvent et je te remercie de partager des valeurs qui me tiennent à cœur. Je te remercie aussi pour tous ces moments de rêve que tu m'as fait passer, notamment un sacré WEI de Limoges et merci pour Aurillac ! <3
- Merci Catha pour tes évènements toujours au top : tu es une organisatrice de folie et tu l'as prouvé à chaque fois. Merci pour les barbecues à Oradour aussi et pour m'avoir succédé à l'ANEPF : je savais mon poste bien repris.
- Merci Pauline pour l'hébergement et pour ces vacances d'été qu'on a passé ensemble, mais aussi pour tout le reste !! des Bisous cœur !!
- Merci Choco ou MBT (Ma B... t'embrasse) pour tous ces moments passés lors de l'ANEPF et bien après, et merci aussi pour les clashes que tu balançais quand tu étais énervée c'était bijou. Tu es trop ciboulette comme fille.

- Merci Gwen pour m'avoir fait découvrir Châteauroux et surtout le cheval c'était vraiment une super année. Tu sais que tu es la bienvenue dans le sud quand tu veux.
- Merci Dudu ma petite femme, notre premier enfant fut difficile il était un peu éparpillé comme gosse. Espérons que le prochain sera mieux smack ! smack !
- Merci Capu ma fillotte pour avoir battu le record de tous mes fillots en AG, et merci pour ta gentillesse et ce WEI hyper ciboulette.
- Merci JC pour être un petit foie aux yeux bridés, pour m'avoir hébergé tant de fois et t'avoir plié au bar aussi facilement. Qu'est-ce qu'on se marre bien quand même.
- Merci Costes pour rester un éternel bizuth doublé d'un Aveyronnais, mais tu le sais je t'aime bien malgré que tu n'aimes que la volvic.
- Merci Alex dit Fofu pour ces soirées où l'on s'est bien marrés, pour tout ce que tu es ne change pas reste génial !
- Merci Choupi pour les fêtes chez toi et pour m'écouter dire de la merde en sport sans jamais t'énerver.
- Merci Fred pour ta couleur, tes câlins et au fait c'est deux putes sur un cheval dans un ascenseur...
- Merci Da Chef dit Denis Roussos pour t'avoir rencontré lors d'un baptême médecine Toulouse le truc le plus improbable du monde. Tu as été ma meilleure rencontre chez les carabins. Et merci pour m'avoir hébergé tant de fois avec ta coloc
- Merci Gluco pour tes conneries toutes les 30 secondes : on dirait un enfant par moment. Et ne t'inquiète pas je te donnerais ma viande si on est bloqués dans un train dans le froid.

Merci aussi à tous les autres limougeauds et particulièrement au Taber et à Pat.

- Les autres cons de la France :

- Les dijonnais : Totom, Taupette, Ryder, Réda, Vince, Romain, Jeannou mais aussi les plus vieux Nico, John, super Chacha, Marion et Joce

- Les nantais : Alix, mon lapin merci pour tous tes messages même les plus particuliers (ouah c'est beau) : je t'aime connasse. Poupou ma petite maman merci pour l'accueil, pour les repas et super fondant au chocolat j'espère en manger un de ces quatre. Steph merci pour ta bêtise et parce que t'es le seul Pakis qui me demande pas de lui acheter des fleurs tu es bijou. Hélène, Flo et Dédél parce que vous êtes un peu fofolles mais je vous aime bien quand même. Et Alex merci pour le tu préfères...
- Les tourangeaux :
 - Mon petit Louis merci à toi pour tes musiques si géniales, pour ta passion du foot US, pour être toujours content de tout et pour m'avoir supporté tant de temps. <3
 - Ma Mimi même si on a eu quelques désaccords entre nous tu sais tout ce que je pense de toi et l'immense estime que j'ai pour toi. Merci pour tout ce qu'on a fait ensemble !! <3
 - Les autres ce bon vieux PE bijou, Spout, Béber et ceux que j'oublie.
- Les caennais :
 - Mon Loulou merci pour m'avoir permis de faire de l'ANEPF avec toi et de m'avoir fait confiance, mais surtout merci pour tous ces bons moments passés ensemble si un jour j'ai Alzheimer je te promets que je me rappellerai toujours de ça. Bien que nos villes soient éloignées quand je serais riche je passerais quelques week-ends chez toi !!
 - Koti Kota, tu es l'homme plus radin que je n'ai jamais vu mais qu'est-ce que tu me fais marrer. Passe un peu dans le sud nous voir bordel !!
- Les Lillois :
 - Flo, merci pour le CSS, on s'est bien régales.
 - Chris, merci pour la découverte des canadiens qui zozotent !
- Les Rennais :

- Mon petit Panpan pour notre rencontre grâce à BDP et pour cette virée en Bretagne
 - Vice pour m'avoir donné envie de faire des relations pro et parce que tu te loupes pas en soirées
 - Guillaume Baudet pour réussir à nous faire dormir chez les parts !!
-
- Les Angevines : Alexia, merci pour tes conneries la petite, Phuong merci pour le plus petit violon du monde et Saumon merci pour tout mon gars on s'est régalez sur Paris.
 - Le montpelliérain : mon petit Jean-Phi merci pour ces moements où on a bien rigolé, et pas merci pour la patte de poule !!

Et merci bien sûr à tous ceux que j'ai oubliés je vous aime aussi. Si j'en suis là c'est quand même grâce (à cause) de vous. Enfin comme on dit c'était vraiment gavé cadeau bijou ces années et ce soir Rideau !!!!!

Table des matières

REMERCIEMENTS	1
LISTE DES ABREVIATIONS.....	18
INTRODUCTION :.....	20
1^{ère} partie : de la loi HPST à la convention nationale pharmaceutique de 2012 : une évolution du métier de pharmacien	22
I- La loi Hôpital, Patient, Santé, Territoire.....	23
1- Historique de la loi.....	23
2- Le contenu de la loi ²	24
2-1 Titre I : Modernisation des établissements de santé.....	24
2-2 Titre II : Accès de tous à des soins de qualité	25
2-3 Titre III : Prévention et santé publique	26
2-4 Titre IV : Organisation territoriale du système de soins.....	28
3- Les modifications de la loi Fourcade ⁵	30
4- Les pharmaciens dans la loi HPST	31
4-1 Article 38	31
4-2 Article 84	32
4-3 Le « pharmacien d'officine correspondant » ⁸	32
II- De la loi HPST à la convention nationale pharmaceutique : 3 années de travail et de négociation.....	34
1- Le rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS)	34
2- La loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2012	36
III- La nouvelle convention pharmaceutique ¹³	38
1- Les objectifs de la convention :	38
2- Organisation de l'évolution du réseau officinal	39
3- La permanence des soins.....	40
4- L'honoraire à la dispensation	40
4-1 L'économie de l'officine	41
4-2 L'honoraire de dispensation	43
a- La rémunération actuelle sur le médicament remboursé : la marge dégressive lissée	43
b- Généralités sur le changement de rémunération	44
c- Le nouvel honoraire.....	44
5- Le paiement à la performance.....	47

5-1 Modernisation des pratiques : dématérialisation et simplification des tâches administratives.....	47
5-2 La substitution des médicaments génériques.....	48
a- Le médicament générique	48
b- Le pharmacien et la politique du générique avant la convention	48
c- Le paiement à la performance pour la substitution des génériques.....	49
5-3 Accompagnement des patients chroniques via les entretiens pharmaceutique.....	51
2^{ème} partie : les entretiens pharmaceutiques : l'accompagnement des patients sous AVK	53
I- Quelques rappels sur les AVK.....	55
1- Données épidémiologiques	55
2- Indications ²³	55
3- Mécanisme d'action	56
5- Effets indésirables et contre-indications	57
6- Surveillance biologique :.....	57
II- Mise en place des entretiens dans l'officine	59
1- Généralités sur les entretiens ²⁵	59
2- Les prérequis	59
2-1 La structure	59
2-2 Le personnel ²⁷	60
3- La proposition de l'entretien et la prise de rendez-vous à l'officine ²⁸	61
4- La préparation de l'entretien	62
III- Déroulement type d'un entretien.....	63
1- Préalable à l'entretien.....	63
2- L'entretien	63
2-1 Informations générales concernant le patient.....	64
2-2 Notions générales sur le traitement des AVK.....	64
a. Les principes du traitement	64
b. Surveillance biologique du traitement	68
c. Surveillance de l'apparition des signes évocateurs d'une dose trop élevée	70
d. Les autres médicaments.....	71
e. Vie quotidienne et alimentation.....	72
f. Les professionnels de santé	75

2-3	Conclusion pour le patient	76
2-4	Conclusion pour le pharmacien	76
2-5	Suivi de l'accompagnement	77
3-	Après l'entretien	77
IV-	Deux exemples d'entretiens réalisés	78
1-	Mr LAM, 80 ans	78
2-	Mme VAN, 69 ans	79
3^{ème}	partie : Enquête auprès des pharmaciens officinaux de Midi-Pyrénées sur la	
	mise en place des entretiens AVK	80
I-	Matériel et méthodologie	81
1-	Schéma d'étude	81
2-	Objectifs	82
3-	Facteurs étudiés	82
4-	Elaboration et validation des questionnaires.....	83
5-	Modalités de recrutement	83
6-	Modalités de réception des questionnaires.....	84
7-	Analyse statistique.....	84
1-	Caractéristiques générales des officines sondées	86
2-	Analyse descriptive du questionnaire	88
2-1	L'espace dédié à l'entretien	88
2-2	Les pharmaciens face à l'entretien	90
2-3	L'inscription du patient au programme	92
2-4	L'entretien pharmaceutique en lui-même.....	95
2-5	Commentaires libres.....	97
III-	Discussion.....	99
	CONCLUSION :	104
	ANNEXE N°1 : FICHE DE SUIVI PATIENT PAR L'ANSM	106
	ANNEXE N°2 : QUESTIONNAIRE A DESTINATION DES PHARMACIENS.....	111
	Bibliographie	116

LISTE DES ABREVIATIONS

HPST : Hôpital, Patient, Santé, Territoire

EGOS : Etats généraux de l'organisation des soins

ARS : Agences Régionales de Santé

DPC : Développement Professionnel Continu

HAS : Haute Autorité de Santé

DDASS : Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales

DRASS : Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales

SROS : Schémas Régionaux d'Organisation des Soins

Sisa : Société interprofessionnelle de soins ambulatoires

PUI : Pharmacie à Usage Intérieur

IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales

LFSS : Loi de Financement de la Sécurité Sociale

UNCAM : Union Nationale des Caisses d'Assurance maladie

FSPF : Fédération des Syndicats Pharmaceutiques de France

USPO : Union des Syndicats de Pharmaciens d'Officine

UNPF : Union Nationale des Pharmacies de France

CPN : Commission Paritaire Nationale

CA : Chiffre d'Affaire

HT : Hors Taxes

PFHT : Prix Fabricant Hors Taxe

TFR : Tarif Forfaitaire de Responsabilité

DCI : Dénomination Commune Internationale

AVK : Anti-Vitamine K

NACO : Nouveaux Anticoagulants Oraux

INR : International Normalized Ratio

AINS : Anti-Inflammatoires Non Stéroïdiens

OTC: Over The Counter

UTIP: Union Technique Intersyndicale Pharmaceutique

INTRODUCTION :

En quelques années, le métier de pharmacien a énormément évolué : les préparations magistrales se font de moins en moins, les nouvelles molécules sont de plus en plus complexes et associées entre elles et l'administratif a pris une place beaucoup plus grande.

De plus, le rôle du pharmacien face au patient s'est vu lui aussi bouleversé. En effet, le pharmacien s'intéresse plus à la pathologie du patient, à la façon dont ce dernier prend son traitement, et se doit de le conseiller tant à la fois sur l'observance, les effets indésirables et l'utilisation de son traitement que sur des règles hygiéno-diététiques, et les interactions qu'il peut y avoir entre les médicaments.

Le pharmacien rentre pleinement dans le parcours de soin du patient et c'est en 2009 via la promulgation de la loi Hôpital, Patient, Santé, Territoire que ce dernier est enfin reconnu comme un professionnel de santé à part entière et investi de nouvelles missions qui seront définies trois ans plus tard par la convention pharmaceutique de 2012.

La première partie de ce travail consiste donc à voir quelles sont les modifications apportées au rôle de pharmacien depuis la loi HPST jusqu'à la signature de la convention nationale pharmaceutique de 2012.

Parmi ces changements, une nouvelle mission du pharmacien est l'accompagnement des patients avec des pathologies chroniques, avec pour commencer les patients sous antivitamine K. Cet accompagnement se déroule sous forme de deux entretiens annuels d'environ vingt minutes, et permettra de diminuer les risques d'hospitalisation voire de mortalités dus à ces médicaments à marge thérapeutique étroite. En effet, le nombre annuel moyen de jours d'hospitalisations dus à un effet médicamenteux est de d'environ 1,5 millions, et 12,3% de ces hospitalisations sont dues aux effets indésirables des AVK. La deuxième partie de ce travail explique en détail la mise en place de ces entretiens, de la formation du pharmacien à la réalisation de cet accompagnement avec le patient en passant par sa mise en place dans l'officine.

Afin d'explorer plus en détail ces entretiens, un travail personnel axé sur une enquête de la mise en place et la perception des entretiens pharmaceutiques dans les officines de la région Midi-Pyrénées a été réalisé. Les résultats de cette étude et l'analyse de ces derniers composera la troisième partie de cette thèse.

1^{ère} partie : de la loi HPST à la convention nationale pharmaceutique de 2012 : une évolution du métier de pharmacien

Le métier de pharmacien d'officine est en pleine mutation : le pharmacien est d'avantage reconnu comme un professionnel de santé à part entière et sa place dans le système de soin a été redéfinie.

Pour cela, une loi et une nouvelle convention sont venues modifier le statut du pharmacien ainsi qu'étendre ses missions. Nous allons donc voir dans cette première partie l'évolution depuis la création de la loi Hôpital Patient Santé Territoire jusqu'à la nouvelle convention pharmaceutique.

I- La loi Hôpital, Patient, Santé, Territoire

Depuis des années, notre système de santé était l'un des meilleurs au monde, tant au niveau financier que sanitaire. Mais les besoins de la société ont changé et le système de soins manque de cohérence. Ce dernier se devait d'être modernisé : une nouvelle loi va faire son apparition, la loi Hôpital, Patient, Santé, Territoire dite loi HPST. Les articles de cette loi réorganisent tout ce système et impactent directement la profession de pharmacien d'officine en conditionnant directement l'intégration de ce dernier dans un système de soins désormais centré sur le patient.

1- Historique de la loi

C'est en 2008 que le projet de loi fut présenté la toute première fois par la ministre de la santé en fonction Roselyne Bachelot. Ce projet fut élaboré à l'issue d'un long processus de concertation et d'échanges, notamment lors des états généraux de l'organisation des soins (EGOS), et partant à la base des conclusions du rapport Ritter et Flajolet, pour être fini de rédiger le 12 février 2009.¹

De février à juin 2009, ce projet fut travaillé et amélioré en faisant des navettes entre le Sénat et l'Assemblée Nationale, pour être adopté le 23 juin 2009 à l'Assemblée Nationale et le 24 juin 2009 par le Sénat. Mais sa publication au journal officiel ne se fera que le 22 juillet 2009, car le Conseil constitutionnel a du censurer 7 articles entre temps.

Enfin le 11 août 2011, la loi HPST fut modifiée par la loi Fourcade, qui y apporta quelques changements.

2- Le contenu de la loi²

Avec cette loi, c'est l'ensemble du système de santé qui est modernisé et réorganisé. Elle s'articule autour de quatre grands titres, permettant de définir un parcours et un accès aux soins de qualité pour les patients.

2-1 Titre I : Modernisation des établissements de santé

Cette loi amène une refonte complète du circuit hospitalier :

- Tout d'abord, la définition du statut de ces établissements change et devient unique pour afin de simplifier leur gestion et faciliter les coopérations hospitalières.
- Les catégories d'établissements sont aussi simplifiées. Ainsi pour les établissements publics de santé, ce sont les centres hospitaliers (régionaux et/ou universitaires) qui demeurent, alors que les hôpitaux locaux disparaissent de ces catégories. Ces centres ont un statut unique qui peut être élargi à la région.
- Enfin les établissements de santé privés participant au service public hospitalier sont remplacés par des établissements de santé privés d'intérêt collectif (ESPIC).
- En ce qui concerne sa gouvernance, le conseil de surveillance remplace le conseil d'administration, et sa mission est de se prononcer sur la stratégie et d'exercer le contrôle permanent de la gestion de l'établissement.

- Il est aussi défini quatorze missions de service public pour ces établissements : allant de la permanence des soins, la prise en charge des soins palliatifs, l'enseignement universitaire et post universitaire, la recherche, au développement professionnel continu des praticiens hospitalier et non hospitalier ainsi qu'à la réalisation d'actions de santé publique.

- Afin de mener à bien ces missions, les établissements publics de santé ont effectué un remaniement interne en définissant des pôles d'activités en leur sein, mais aussi en permettant la création de contrats avec les professionnels de santé libéraux au sein des établissements publics de santé.

2-2 Titre II : Accès de tous à des soins de qualité

Cette partie est composée de 80 articles, et permet d'organiser pour le patient tout un parcours de soins de proximité, quelle que soit sa localisation dans le pays ou sa situation financière. Les points à retenir de ce titre sont :

- La définition de l'offre de soins en niveaux de recours, en fonction des besoins de la santé de la population :
 - Création des Agences Régionales de Santé (ARS), qui ont pour rôle d'organiser l'accès aux soins de premiers recours et la prise en charge continue des malades, en fonction de la qualité et de la sécurité sanitaire, mais aussi en fonction du temps et de la distance du patient aux établissements de premier recours.
 - La dispensation et l'administration de médicaments, produits et dispositifs médicaux le dépistage, la prévention et le suivi des patients, ainsi que l'éducation pour la santé et l'orientation dans le système de soins définissent principalement les soins de premiers recours.

- L'offre de premiers recours se traduit par une collaboration indispensable entre les professionnels de santé et en coopération avec les établissements et services de santé.
- Le renforcement des missions du pharmacien d'officine que nous détaillerons ultérieurement
- Le médecin généraliste de premier recours : il est le pivot dans l'orientation du parcours du patient
- La régulation territoriale médicale : pour permettre une optimisation des soins de premiers recours, il est important que le patient ait un médecin au plus proche de chez lui. Ne pourrait-on pas prendre en exemple la répartition démographique des officines ?
- Les maisons de santé : ces maisons permettent un exercice pluridisciplinaire en associant professionnels de santé et auxiliaires médicaux. Leur fonction est de permettre une prise en charge coordonnée des patients sur un lieu unique.
- Le Développement Professionnel Continu (DPC) : point important de cette loi. Le DPC remplace la formation continue et a pour objectif d'évaluer les pratiques professionnelles, de perfectionner les connaissances afin d'améliorer la qualité de la sécurité des soins et de prendre en compte les priorités de santé publique et de maîtriser les dépenses de santé. Il constitue une obligation pour les professionnels de santé.

2-3 Titre III : Prévention et santé publique

Comme son nom l'indique, cette partie concerne tout ce que les professionnels de santé peuvent faire autour du patient et de son traitement en matière d'éducation et de prévention. Deux points importants sont à souligner :

- La prévention donne la possibilité aux pharmaciens de dispenser des contraceptifs oraux d'urgence, de renouveler le vaccin contre la grippe après une première prescription l'année précédente par exemple. Il en est de même une possibilité de prescrire pour d'autres professionnels de santé allant à des interdictions renforcées de la vente d'alcool et tabac aux mineurs.
- L'éducation thérapeutique du patient.

Selon la Haute Autorité de Santé (HAS), « l'éducation thérapeutique vise à aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique »³. En pratique, elle se compose de quatre étapes⁴ :

- Elaboration d'un diagnostic éducatif initial
- Définir avec le patient les compétences à acquérir (programme personnalisé)
- Planifier et dispenser les séances d'éducation thérapeutique, individuelles ou collectives, dans un lieu adapté
- Evaluation individuelle : mise en évidence des transformations survenues chez le patient, des compétences acquises...

Des programmes d'éducation thérapeutique répondant à un certain cahier des charges sont mis en œuvre au niveau local, après une autorisation de l'ARS. Ils sont ensuite proposés au malade par le médecin prescripteur⁴.

Beaucoup de ces programmes sont maintenant en place et sont gérés par une équipe pluridisciplinaire (médecins, pharmaciens, infirmiers et autres professions paramédicales).

A ces programmes s'ajoutent des actions d'accompagnement afin de soutenir ou d'assister les malades et leur entourage dans la prise en charge de leur pathologie.

2-4 Titre IV : Organisation territoriale du système de soins

Les Agences régionales de l'hospitalisation, les Directions régionales et départementales des affaires sanitaires et sociales (DRASS et DDASS) sont remplacées par les Agences régionales de Santé (ARS), tout en reprenant les missions des groupements régionaux de santé publique ainsi que les missions régionales de santé.

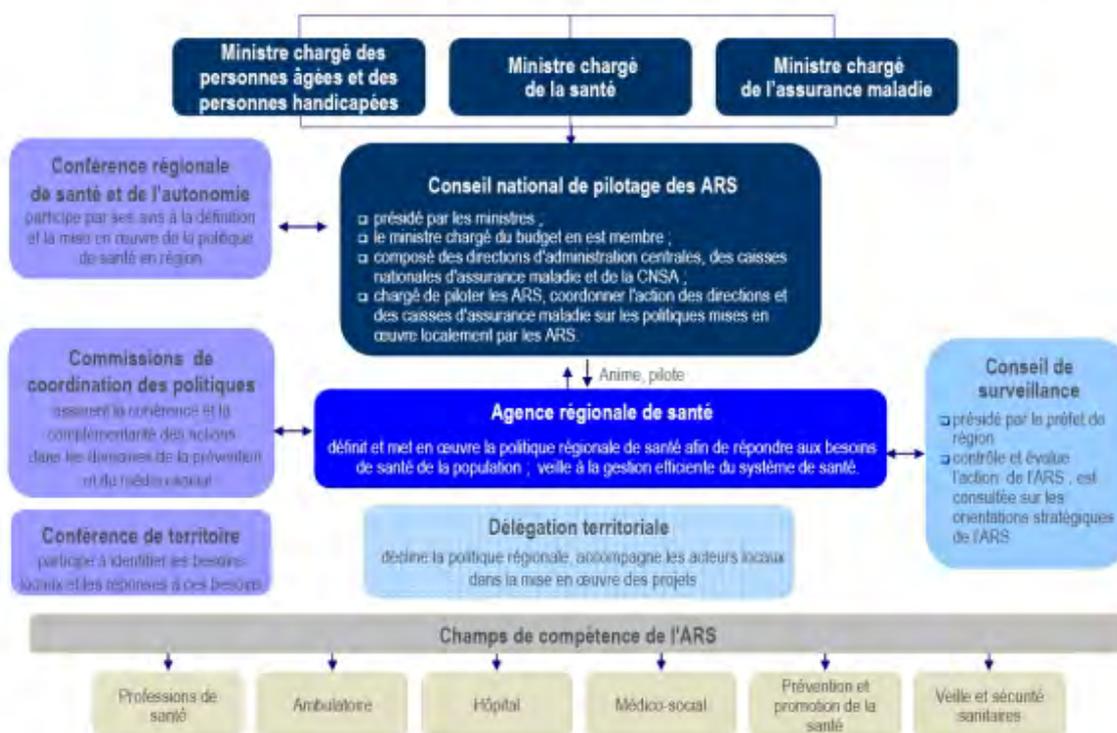
- Missions des ARS : il y a deux grandes missions
 - Mettre en œuvre au niveau régional la politique de santé publique en liaison avec les autorités compétentes dans les domaines de la santé au travail, universitaire et scolaire, ainsi que de la protection maternelle et infantile. Elle suit donc l'état sanitaire de la région, participe à la prévention et à l'éducation des patients. Elle peut aussi intervenir en cas d'urgence sanitaire.
 - Réguler, orienter et organiser l'offre de services de santé afin de répondre aux besoins en matière de soins et services médicaux. Pour cela l'ARS va évaluer les formations des professionnels de santé et les aider à leur installation. Elle va aussi participer au contrôle des actes médicaux et de la dispensation des produits de santé. Enfin elle autorise et contrôle les créations d'établissements de santé et de services de santé.
- Statuts et fonctionnement : les ARS sont placées sous la tutelle des ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale, des personnes âgées et des personnes handicapées, administrées par un directeur général et dotées d'un conseil de surveillance.

Le conseil de surveillance est présidé par le préfet de région, et comprend en outre des représentants de l'Etat, des collectivités territoriales des usagers du

système de santé, une personnalité qualifiée et des représentants de l'Assurance maladie. Le conseil de surveillance approuve le budget et émet des avis sur le plan stratégique régional et le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens.

- **Financement :** l'ARS est financée par une subvention de l'Etat, des contributions de l'Assurance maladie et de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, ainsi que des ressources propres et des versements volontaires de collectivités locales ou d'établissements publics.

Figure 1 : schéma d'organisation générale de l'ARS



(Source: http://archives.gouvernement.fr/fillon_version2/sites/default/files/images/Schema_ARIS.jpg)

3- Les modifications de la loi Fourcade⁵

Plusieurs points ont été modifiés par cette loi : davantage de pouvoir des ARS, la non opposabilité des Schémas Régionaux d'Organisation des Soins (SROS), l'obligation de déclaration des conflits d'intérêts entre les professionnels de santé, des mesures de prévention et dépistages sont ajoutées et les coopérations interprofessionnelles étendues.

Un point important retiendra notre attention car il est en rapport direct avec l'avenir du pharmacien d'officine : l'instauration d'un statut spécifique pour des maisons de santé pluridisciplinaire : la société interprofessionnelle de soins ambulatoires (Sisa).

En effet, ces sociétés peuvent être constituées entre personnes physiques exerçant une profession médicale, d'auxiliaire médical ou de pharmacien. Les objectifs principaux de la Sisa permettent deux choses :

- La mise en commun de moyens afin de faciliter l'exercice de l'activité professionnelle de chacun de ses associés
- Réaliser des activités de coordination thérapeutique, d'éducation thérapeutique ou de coopération entre les systèmes de santé

Ces sociétés sont pour l'avenir une mesure qui devrait permettre de lutter contre les déserts médicaux, mais aussi de permettre tout un parcours de soins autour du patient, dans un lieu de proximité. Le pharmacien a tout intérêt à participer à l'élaboration de ces sociétés, surtout quand il est dans une région isolée, mais aussi à s'y impliquer dans le cadre de démarches d'éducation thérapeutique par exemple.

4- Les pharmaciens dans la loi HPST

Après avoir vu les grandes lignes de la loi HPST, nous allons nous intéresser plus particulièrement aux articles qui concernent le pharmacien dans l'évolution de son métier : les articles 38 et 84.

4-1 Article 38

Cet article définit le pharmacien comme professionnel de santé et l'intègre dans le système de santé tout entier. Il énonce aussi clairement les missions des pharmaciens d'officine qui seront dorénavant rédigées dans le code de la santé publique. Maintenant les pharmaciens

- Contribuent aux soins de premiers recours
- Participent à la coopération entre professionnels de santé
- Participent à la mission de service public de la permanence de soins
- Concourent aux actions de veille et de protection sanitaire organisées par les professions de santé
- Peuvent participer à l'éducation thérapeutique et aux actions d'accompagnement de patients
- Peuvent assurer la fonction de pharmacien référent pour un établissement qui ne dispose pas de Pharmacie à usage Intérieur (PUI)
- Peuvent, dans les cadres de coopérations prévues par le Code de la Santé Publique⁶, être désignés comme correspondants au sein de l'équipe par le patient. A ce titre ils peuvent, à la demande du médecin ou avec son accord, renouveler périodiquement des traitements chroniques, ajuster, au besoin, leur posologie et effectuer des bilans de médicaments destinés à en optimiser les effets.
- Peuvent proposer des conseils ou des prestations destinés à favoriser l'amélioration ou le maintien de l'état de santé des personnes.

Pour les deux derniers points, des décrets doivent venir préciser et fixer les conditions d'application⁷.

De part cet article, le pharmacien n'est plus cantonné à la dispensation au détail des médicaments et des produits, et à l'exécution de préparations magistrales et officinales, car il participe maintenant aux soins de premier recours, à l'éducation thérapeutique et aux actions d'accompagnement des patients.

4-2 Article 84

Cet article traite des modalités de prise en charge de l'éducation thérapeutique du patient, qui rappelons-le a pour objectif de rendre le patient plus autonome en facilitant son adhésion aux traitements prescrits et en améliorant sa qualité de vie.

Ainsi, les programmes d'éducation thérapeutique du patient doivent être conformes à un cahier des charges national, et seront mis en œuvre au niveau local après autorisation des ARS. Ils sont proposés au patient par le médecin prescripteur et donnent lieu à l'élaboration d'un programme personnalisé en fonction de chaque patient. Leur évaluation se fait par la HAS.

Il est bon de rappeler que les actions d'accompagnement font aussi partie de l'éducation thérapeutique, et que le pharmacien d'officine a un rôle important à jouer là-dedans.

4-3 Le « pharmacien d'officine correspondant »⁸

Une nouveauté dans le cadre de la loi HPST : le pharmacien correspondant peut, à la demande du médecin ou avec son accord, renouveler périodiquement le traitement concerné, ajuster au besoin la posologie au vu du bilan de médication qu'il a effectué, selon un rythme et des modalités définis dans le protocole.

Ce protocole détermine le nombre de renouvellements autorisés et leur durée, sachant que la durée totale de la prescription et des renouvellements ne peut excéder 12 mois, et la prescription médicale rédigée dans ce cadre précise les posologies minimales et maximales, la durée totale du traitement comprenant les renouvellements ainsi que la nature éventuelle des prestations à associer selon le produit prescrit.

Le protocole peut aussi prévoir des bilans de médication à effectuer par le pharmacien correspondant. Un bilan de médication comprend :

- l'évaluation de l'observance et de la tolérance du traitement ainsi que tous les éléments prévus avec le médecin pour le suivi du protocole
- le recensement des effets indésirables et les interactions avec d'autres traitements
- Le pharmacien doit mentionner le renouvellement sur l'ordonnance.
- En cas d'ajustement de posologie, le pharmacien correspondant précise sur une feuille annexée à l'ordonnance datée et signée, et comportant le timbre de la pharmacie, le nom du médicament qui donne lieu à un ajustement de la posologie ainsi que la nouvelle posologie ou le nom du produit concerné associé éventuellement à une prestation. Il indique sur l'ordonnance la présence de la feuille annexée.

Ce bilan est communiqué au médecin prescripteur, et s'il y a eu connaissance d'un effet indésirable grave, le pharmacien doit aussitôt le déclarer au centre régional de pharmacovigilance.

Pour conclure, cette loi a donc apporté un renouveau de notre système de santé, notamment pour le pharmacien d'officine qui est maintenant considéré comme un professionnel de santé à part entière. De nouvelles missions alimentent son champ de compétences, mais comme toute loi, il faut définir autour un cadre juridique et financier pour ces nouvelles fonctions du pharmacien.

II- De la loi HPST à la convention nationale pharmaceutique : 3 années de travail et de négociation

Comme expliqué un peu plus haut, le métier de pharmacien va changer, et le pharmacien d'officine va donc revoir ses objectifs et sa charge de travail augmenter. Or depuis une dizaine d'années et malgré un point haut en 2004-2005, la situation économique se dégrade au fil des ans⁹. Pour pallier à cette baisse, il apparaît nécessaire de changer la structure économique des officines, et de réorganiser le réseau officinal français tout en préservant une répartition harmonieuse des pharmacies sur le territoire.

Depuis la publication de HPST, avec le remaniement du gouvernement et la mise en place importante des changements hospitaliers, rien ne bougea jusqu'en février 2011.

1- Le rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS)

En février 2011, le ministre de la santé a missionné l'IGAS pour étudier l'évolution du monde pharmaceutique. En juin 2011, le rapport de l'IGAS a, en veillant à ce que ses propositions ne génèrent aucun surcoût pour l'Assurance maladie¹⁰:

- Proposé une évolution du mode de rémunération pour la délivrance de médicaments remboursables
- Identifié des missions de service public définies par la loi HPST, pouvant bénéficier d'une rémunération et proposé ses modalités
- Identifié les outils nécessaires à une restructuration du réseau

Tableau1 : les recommandations de la mission

Les recommandations de la mission

N°	Recommandation
1	Retenir le revenu moyen des titulaires comme critère d'évaluation de la situation économique des officines.
2	Mobiliser des moyens minimaux pour pouvoir en continu apprécier la situation du secteur et plus particulièrement le revenu moyen des titulaires.
3	Fixer, en lien avec les représentants des professionnels, une cible pour le revenu moyen des pharmaciens titulaires.
4	Mettre en place une organisation permettant des négociations ordonnées et régulières sur les officines.
5	Poursuivre le déploiement du Dossier Pharmaceutique.
6	Permettre aux médecins de consulter le Dossier Pharmaceutique.
7	Enregistrer et rémunérer les interventions des pharmaciens auprès des médecins, lors du contrôle des ordonnances.
8	Rémunérer les enquêtes réalisées par les pharmaciens à la suite de signalements d'effets indésirables liés aux produits de santé.
9	Engager les facultés de pharmacie à entreprendre des travaux de recherche sur les pratiques officinales.
10	Formaliser les procédures d'analyse et de contrôle des ordonnances via la publication d'un guide de bonnes pratiques de dispensation.
11	Prévoir que toute dispensation de médicaments, prescrits ou non, doit être analysée automatiquement par un logiciel pour détecter les éventuelles interactions.
12	Imposer l'intervention systématique d'un pharmacien pour toute interaction de niveau 3 ou 4.
13	Mettre en place une procédure de certification des officines.
14	Intégrer la démarche de « <i>certing</i> » à la procédure de certification.
15	Rénover les dispositifs de contrôle des officines.
16	Adapter la formation initiale des pharmaciens et prévoir des formations continues spécifiques pour pouvoir réaliser les nouveaux services.
17	Prévoir, dans les cas retenus par la HAS, que le pharmacien puisse renouveler les prescriptions après un bilan pharmaceutique.
18	Déterminer les pathologies qui pourraient être déportées en officine et définir les protocoles de déportage.
19	Prévoir que les pharmaciens puissent réaliser des entretiens d'accompagnement pour les patients chroniques.
20	Instaurer le bilan de médication sur prescription médicale.
21	Permettre la réalisation du test de diagnostic rapide aux angines en premier recours par le pharmacien.
22	Finaliser les textes réglementaires relatifs à la préparation des doses à administrer et ouvrir aux médecins la possibilité de prescrire cette prestation.
23	Ouvrir aux médecins la possibilité de prescrire la dispensation à domicile.
24	Organiser le suivi vaccinal des patients par les pharmaciens.
25	Prévoir, sous réserve d'une étude préalable, que le pharmacien, spécifiquement formé, puisse réaliser l'acte vaccinal sur prescription.
26	Eradiquer la possibilité pour le pharmacien de pratiquer de sa propre initiative des rappels de vaccination chez les patients adultes.
27	Prévoir une rémunération à l'acte des nouveaux services et leur prise en charge par l'assurance maladie ; organiser l'exemption de TVA.
28	Lever le plafond sur les remises génériques.
29	Faire évoluer la rémunération de la dispensation, en concertation avec la profession, vers un honoraire de dispensation combinant trois paramètres (ordonnance, ligne, médicaments particuliers).
30	Charger les ARS de conduire un travail de repérage des difficultés potentielles d'accès au médicament.
31	Tarifier les créations d'officine en augmentant et en unifiant les quotas, en les durcissant dans les agglomérations, et en instaurant un gel de dix ans.
32	Réformer les normes de personnel en diminuant l'incrément à 0,5 ETP et en fixant le pos à 635 k€.
33	Encourager les regroupements en allongeant la période de protection, en permettant les regroupements en tout point du territoire, en leur étendant l'avantage fiscal en cas de retraite.
34	Permettre aux pharmaciens, seuls ou en société, d'être propriétaires ou copropriétaires de plusieurs officines, sans limitation.
35	Eradiquer les effets d'une ouverture partielle du capital aux non-pharmaciens.
36	Réglementer de manière urgente la vente de médicaments sur Internet en transposant sans délai la directive « médicaments falsifiés ».
37	Développer la dématérialisation à la source de l'ordonnance en promouvant l'e-prescription.

2- La loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2012

C'est avec l'article 39 du Projet de Loi de Financement de la Sécurité Sociale pour 2012 que le processus s'est réellement engagé, ce dernier devenant l'article 74 de la Loi de Financement de la Sécurité Sociale pour 2012 parue le 21 décembre 2011 au Journal Officiel.

Cet article de loi vient modifier le code de la sécurité sociale en ajoutant plusieurs points à l'article L.162-16-1. Ces ajouts traitent principalement de trois choses¹¹ :

- Apparition d'un honoraire de dispensation indépendamment de la marge sur le médicament
- Rémunération versée par l'Assurance maladie en contrepartie d'engagements individualisés portant sur l'accompagnement thérapeutique, la rémunération à la performance en particulier sur la délivrance de médicaments génériques, la participation à des actions de dépistage ou de prévention et les actions favorisant la continuité et la coordination des soins
- Des objectifs quantifiés d'évolution du réseau des officines

De plus, en ce qui concerne l'évolution du réseau, l'article 74 prend déjà quelques mesures sur la restructuration du réseau en modifiant les articles L. 5125-11 et L. 5125-14 à L. 5125-16 du code de la santé publique comme suit¹² :

- le seuil de population autorisant l'installation par voie de transfert d'une nouvelle officine dans une commune qui en comporte déjà est relevé de 3.500 à 4.500 habitants (par tranches entières). Le seuil de 2.500 habitants pour l'ouverture d'une première officine par voie de transfert dans les petites communes n'est pas modifié.

- afin de favoriser davantage les regroupements et de sécuriser les pharmaciens concernés, la durée du gel de la licence libérée à l'occasion d'un regroupement est portée de cinq à douze ans à compter de la délivrance de l'autorisation de regroupement. Ce qui fait que pendant douze années, la licence libérée sera donc prise en compte pour le calcul des seuils de population applicables à des transferts ultérieurs, évitant un rachat de cette dernière dans la foulée entraînant un surplus de pharmacies dans la commune.

Avec la publication de la LFSS pour 2012 et ses nouvelles modifications, la convention nationale pharmaceutique a été renégociée entre l'Assurance maladie et les syndicats d'officine.

III- La nouvelle convention pharmaceutique¹³

Suite au rapport IGAS et la LFSS pour 2012, une nouvelle convention nationale pharmaceutique se devait de voir le jour. C'est au cours de longues négociations entre l'Union Nationale des Caisses d'Assurance maladie (UNCAM) et les trois principaux syndicats de pharmaciens d'officine que sont la Fédération des Syndicats Pharmaceutiques de France (FSPF, qui est le syndicat majoritaire), l'Union des Syndicats de Pharmaciens d'Officine (USPO) et l'Union Nationale des Pharmacies de France (UNPF), qu'un accord fut trouvé.

Suite à cela, l'arrêté du 4 mai 2012 portant approbation de la convention nationale organisant les rapports entre les pharmaciens titulaires d'officine et l'Assurance maladie fut publié au journal officiel le 6 mai 2012.

Cette convention remplace la convention de 2006, a une durée de validité de 5 ans (la prochaine révision se fera donc en 2017), et le choix est libre au titulaire d'officine de suivre cette convention ou non (avec les conséquences qui vont avec).

De plus, seuls les titulaires sont conventionnés et les adjoints se doivent de respecter le choix de ces titulaires.

1- Les objectifs de la convention :

Cette convention reprend beaucoup de points de la convention de 2006 et en rajoute des nouveaux :

- Rassembler en un dispositif conventionnel unique l'ensemble des principes, modalités et procédures appelés à régir les relations des parties signataires
- Permettre au pharmacien respectant les termes de cette convention de faire bénéficier les assurés sociaux de la dispense d'avance des frais
- Déterminer les modalités et procédures de facturation et de règlement des prestations remboursables

- Développer la coordination des soins, les nouvelles missions des pharmaciens ainsi que l'ensemble des dispositifs mis en place dans l'intérêt du patient. Ces dispositifs peuvent porter sur la dispensation, la participation à des actions de dépistage ou de prévention, l'accompagnement de patients atteints de pathologies chroniques. Ils peuvent également consister en des actions destinées à favoriser la continuité et la coordination des soins ainsi qu'en toute action d'amélioration des pratiques et de l'efficacité de la dispensation
- Favoriser la permanence des soins pharmaceutiques, en assurant son financement
- Rémunérer l'engagement du pharmacien dans la réalisation de l'acte de dispensation
- Valoriser et de rémunérer les nouvelles missions en favorisant l'efficacité de la dispensation
- Fixer des objectifs quantifiés d'évolution du réseau des officines
- Définir les principes, modalités et procédures appelés à régir les relations entre les caisses d'assurance maladie et les pharmaciens, en favorisant notamment la dématérialisation et la simplification des échanges
- Organiser les instances paritaires afin de favoriser la concertation régulière entre les parties conventionnelles aux niveaux national, régional et local

Beaucoup d'objectifs se recoupent, et nous allons en reprendre certains de manière plus précise.

2- Organisation de l'évolution du réseau officinal

Il est nécessaire de maintenir le monopole, de préserver le maillage officinal et l'accès aux soins. Pour cela, une optimisation du réseau officinal se doit d'être faite tant dans les zones où la densité en officines est élevée, mais aussi de favoriser l'accès au médicament dans les zones rurales et les zones nécessitant le transfert d'une officine.

Pour parvenir à ces objectifs, un observatoire de la démographie officinale est adjoint à la Commission Paritaire Nationale (CPN) et sera chargé de réaliser une typologie des officines, d'établir un bilan annuel de l'évolution du réseau ainsi que d'assurer le suivi de cette évolution.

3- La permanence des soins

Une des garanties de l'accès aux soins et de leur continuité est la permanence pharmaceutique. En effet, une urgence peut arriver en dehors des heures d'ouvertures des pharmacies, et dans l'intérêt du patient il est nécessaire d'instaurer un service de garde et d'urgences pharmaceutiques.

L'organisation des services de garde des officines est sous la responsabilité du syndicat des pharmaciens majoritaire dans le département avec une obligation d'assurer ce service pour chaque pharmacie.

Lors de ces gardes, le pharmacien touche des indemnités d'astreintes ainsi que des honoraires de garde et d'urgence. La convention de 2012 revalorise ces indemnités :

- ➔ Indemnité d'astreinte (nuit, journée du dimanche et jours fériés) passe de 75 à 150 €
- ➔ Honoraires versés par ordonnance durant les gardes :
 - Nuit (de 20h à 8h) : 8€
 - Dimanche et jours fériés : 5€
 - Jour hors horaires d'ouvertures : 2€

Cette revalorisation représente 40 millions d'euros par an reversés au réseau.

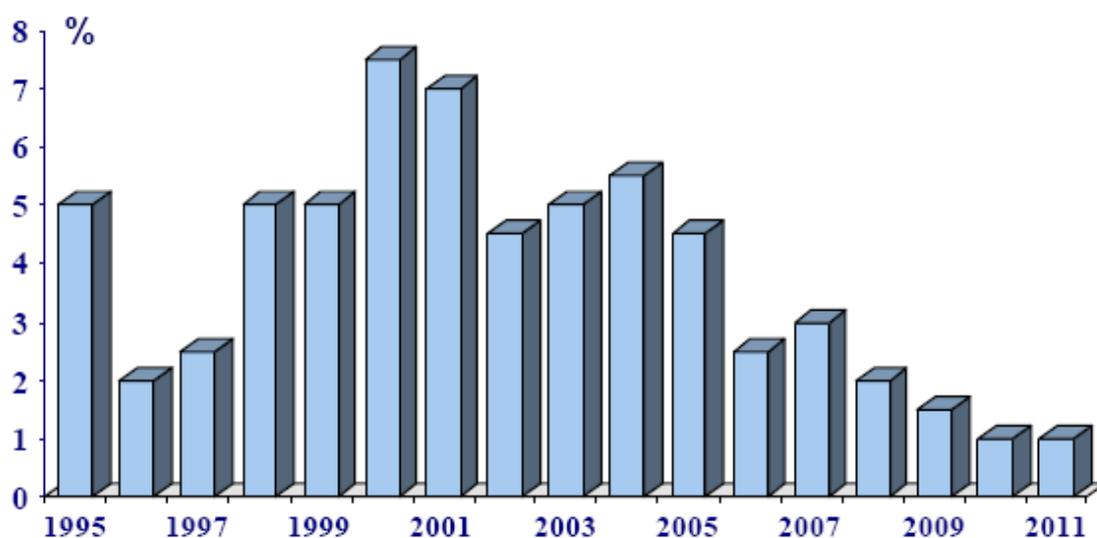
4- L'honoraire à la dispensation

L'économie de l'officine est de plus en plus mise à mal, et il semble difficile de continuer dans cette optique.

4-1 L'économie de l'officine

Tout d'abord, si l'on s'intéresse à l'évolution du Chiffre d'Affaire (CA), on voit que celui-ci est toujours en baisse, mais avec une stabilisation de la marge.

Figure 2 : l'évolution du Chiffre d'Affaire de 1995 à 2011



Source : KPMG moyennes professionnelles 2012 20^{ème} édition

Mais le chiffre d'affaires est une chose, mais aujourd'hui il ne faut tenir compte que de l'évolution de la marge commerciale, c'est-à-dire la différence entre le prix de vente HT et le prix d'achat HT auprès du fournisseur. Si l'on se penche sur la marge moyenne et l'évolution de la marge des produits remboursables, on remarque que celle-ci n'est pas non plus au beau fixe.

Figure 3 : Marge moyenne Hors Taxes en 2012

Marge moyenne HT en valeur en K€	2012	480,5
	2011	474,2
Évolution moyenne de la marge en valeur en %	2012 / 2011	+ 1,3
	2011 / 2010	+ 2,6
	2010 / 2009	+ 2,9
Taux moyen de marge brute commerciale en %	2012	29,7
	2011	29,3
	2010	28,8

Source : KPMG moyenne professionnelle 2013 21^{ème} édition

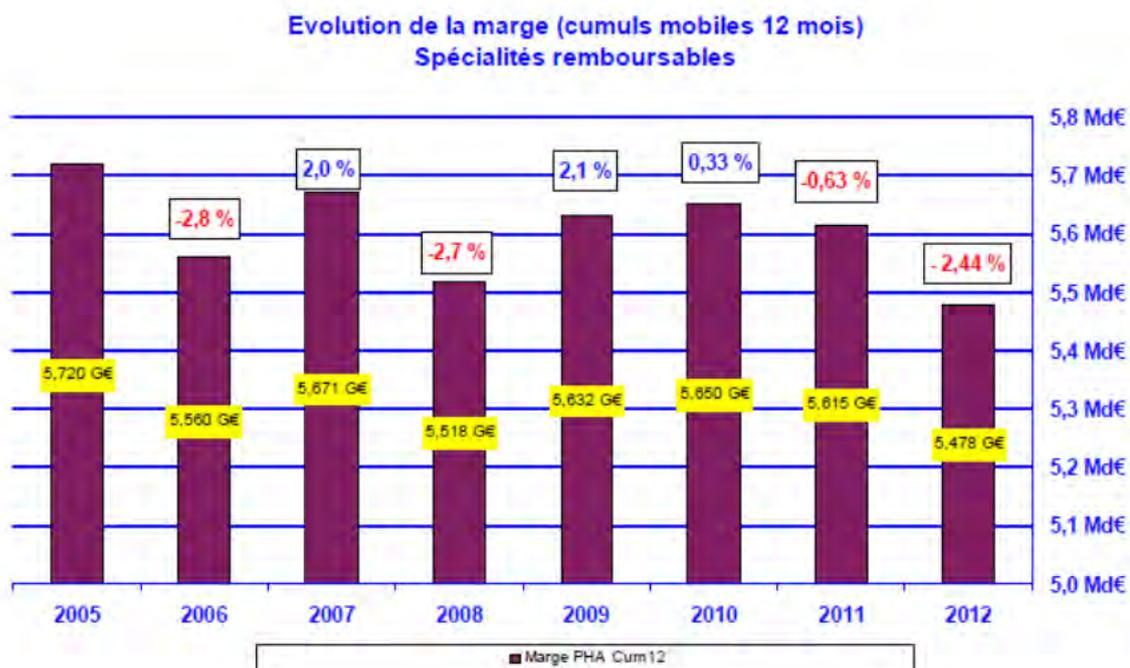
On observe que la marge en valeur progresse de 1,3% cette année, et le taux de marge est lui aussi en hausse et s'élève à 29,7%. Cette hausse est principalement due aux remises et coopérations commerciales (paiement à la performance par exemple).

Mais il faut préciser que cette progression de marge en valeur est inférieure notamment au taux d'inflation (perte du pouvoir d'achat qui se traduit par une augmentation générale et durable des prix) de 2012, ce qui montre une diminution de l'activité de l'officine. En outre, le pourcentage d'évolution de la marge en valeur moyenne des officines est en nette inflexion d'années en années.

Enfin si l'on se penche plus spécifiquement sur l'évolution de la marge des spécialités remboursables, on remarque que la diminution de cette dernière est encore plus importante avec une perte de 5478 G€ pour le réseau. Il est donc impératif de d'associer une partie de la marge du médicament avec la mise en place d'un honoraire de dispensation

Les médicaments remboursables représentent environ 74,6% du chiffre d'affaire d'une officine moyenne.

Figure 4 : évolution de la marge des produits remboursables



Source : Economie de l'officine de la FSPF

4-2 L'honoraire de dispensation

a- La rémunération actuelle sur le médicament remboursé : la marge dégressive lissée

Actuellement, la marge du pharmacien sur le médicament remboursé se fait uniquement sur la base d'une marge dégressive lissée. Celle-ci est composée d'un forfait par boîte de médicament additionné par un pourcentage qui varie en fonction de la tranche où se situe le Prix Fabricant Hors Taxe (PFHT). On compte 3 tranches et donc 3 pourcentages :

- Tranche 1 de 0 à 22,90 € → 26,1%
- Tranche 2 entre 22,91€ et 150 € → 10%
- Tranche 3 prix supérieur à 150€ → 6%

Donc pour calculer la marge, on applique la somme des trois tranches (en fonction du PFHT) à laquelle on ajoute 0,53 €

Exemple pour un médicament qui coûte 200 € (donc situé dans la 3^{ème} tranche)¹⁴ :

Marge pharmacien = 0,53 + (22,90 x 0,261) + (200 - 22,9 x 0,10) + (200 - 150 x 0,6)

$$= 0,53 + 5,97 + 12,71 + 3$$

$$= 22,21 \text{ €}$$

Il ne faut pas oublier d'ajouter à cette marge la remise commerciale négociée avec son grossiste plafonnée à :

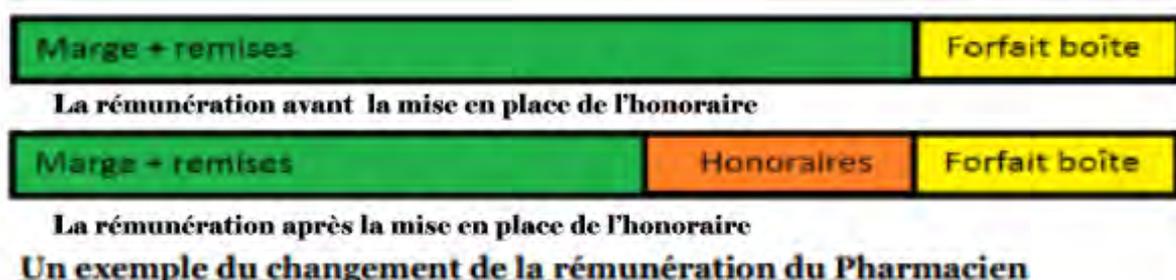
- 2,5 % du prix de vente aux pharmaciens pour les médicaments non génériques
- 17% du PFHT pour les médicaments génériques et sous Tarif Forfaitaire de Responsabilité

Remarque : pour le calcul de la marge d'un générique, celle-ci est alignée sur la marge du médicament princeps de référence. Or le PFHT d'un générique est plus bas que celui d'un princeps, et avec une marge identique cela entraîne un prix de vente pour le générique plus bas permettant une économie sans pour autant léser le pharmacien.

b- Généralités sur le changement de rémunération

La convention nationale pharmaceutique de 2012 précise la mise en place d'un nouveau mode de rémunération qui sera en partie dissocié de la marge des médicaments remboursables, et autre que le forfait à la boîte de 0,53 €. Dans un souci économique à la fois pour le pharmacien mais aussi pour l'Assurance maladie, cet honoraire sera retiré de la marge sur les médicaments remboursables à hauteur de 25% dans les 5 ans. On aura donc :

Figure 5 : changement de rémunération type



Source : revue de presse ANEPF novembre 2011

c- Le nouvel honoraire

Cet honoraire sera, comme son nom l'indique, une rémunération basée sur l'acte de dispensation du pharmacien, ce qui signifie que le pharmacien sera rémunéré pour la qualité de son travail en tant que professionnel de santé, et non plus seulement sur la vente de produits de santé.

L'honoraire de dispensation comprendra donc les actions suivantes du pharmacien réalisé pendant l'acte de dispensation :

- Vérification de la validité de l'ordonnance, de l'admissibilité des renouvellements et de l'adéquation de la posologie prescrite
- Assurance du respect des conditions réglementaires de prescription de délivrance
- Contrôle des interactions, des facteurs de risques et contre-indications, ainsi que des prescriptions abusives
- Conseils au patient sur la bonne compréhension, le bon usage, la bonne observance...

Une revalorisation de cet honoraire sera aussi accordé lors de la délivrance d'ordonnance complexes avec au moins cinq médicaments, de suivis de patients sous traitements particuliers (substitution aux opiacés), mais aussi si une intervention pharmaceutique est à faire (contacter un autre professionnel de santé, délivrance d'un autre produit prescrit...).

Au niveau de la rémunération, des discussions sont encore en cours. Un protocole d'accord a été signé par l'UNCAM, la FSPF et l'USPO le 13 janvier 2014. Celui-ci détaille la mise en place en deux temps de cette nouvelle rémunération : à partir de janvier 2015 et son évolution un an après. Il est important de rappeler que les modifications suivantes de l'honoraire mixte peuvent être changées dans les mois à venir.

Si l'on se réfère à la base du protocole, on aurait au premier janvier 2015, un honoraire de 0,80 € qui serait appliqué pour chaque boîte de médicament dispensé (au lieu de 0,53 €). Cet honoraire passerait à 1 € par boîte en janvier 2016. A cela s'ajoute un honoraire de 0,50 € si l'ordonnance fait plus de 5 lignes.

Cet honoraire viendra compléter la marge dégressive lissée, qui va être remodelée et plafonnée : le taux de la première tranche serait abaissé à 25,5 % (contre 26,10 % aujourd'hui), celui de la deuxième tranche passerait de 10 % à 8,5 % ; le taux de la troisième tranche resterait lui inchangé (6 %) ; enfin, un plafonnement de la marge serait prévu pour la partie hors taxe du prix fabricant supérieure à 1 500 euros. On arrivera donc à un honoraire mixte.

Figure 6 : changement de la rémunération par l'évolution de l'honoraire

PFHT _{en} €	Actuel		Janvier 2015		Janvier 2016	
	marge	rémunération	marge	rémunération	marge	rémunération
0 - 0,82	26,10 %	0,53€/boites	0%	0,80€ /boites + 0,50 € si + de 5 lignes	0%	1€ /boites + 0,50 € si + de 5 lignes
0,82 - 0,91			25,5%		25,5%	
0,91- 22,90			8,5%		8,5%	
22,90 - 150	10%		6%		6%	
150 - 1500	6%		6%		6%	
1500 et +			0%		0%	

Source : revue de presse ANEPF numéro 22

Quelques points particuliers ont aussi été pris en compte :

- ➔ un honoraire de 2,70 € par conditionnement trimestriel (au lieu de 3 x 0,80€)
- ➔ Les produits inscrits sur la Liste des Produits et Prestations Remboursés (LPPR), comme les dispositifs médicaux pour traitements et matériels d'aide à la vie, les aliments diététiques et articles pour pansements, les orthèses et prothèses externes, les dispositifs médicaux implantables et les véhicules pour handicapés physiques ne rentrent pas dans le cadre de cet honoraire
- ➔ le prix des médicaments remboursés, non soumis à prescription, restera comme à ce jour fixe pour toutes les pharmacies et ne dépassera pas le prix du médicament plus l'honoraire.

Cette réforme de rémunération devrait être validée par la sortie d'un avenant conventionnel au cours du premier trimestre 2014, mais il reste encore des ajustements fiscaux et réglementaires à fixer.

Sur un moyen terme, afin de déconnecter davantage la rémunération officinale des volumes de spécialités délivrés, un honoraire de dispensation par ordonnance serait mis en place¹⁵.

5- Le paiement à la performance

Le paiement à la performance est une nouveauté pour les pharmaciens. Inspiré du modèle P4P (Pay for Performance) de nos confrères anglo-saxons, il consiste à verser à chaque officine une rémunération sous forme de prime annuelle en fonction de la réalisation d'objectifs particuliers prédéfinis. Le P4P est aussi utilisé chez les médecins.

Ces objectifs portent à la fois sur la réalisation d'économies des produits de santé et l'amélioration de la santé du patient. Trois grands objectifs sont à ce jour mis en place : la dématérialisation, le médicament générique et les entretiens pharmaceutiques.

5-1 Modernisation des pratiques : dématérialisation et simplification des tâches administratives

Ce sont deux indicateurs de la modernisation de l'officine qui sont concernés :

- La scannérisation des ordonnances : les pièces justificatives (ordonnances...) seront scannées et jointes aux feuilles de soins électroniques (FSE), et transmises aux caisses par télétransmissions et CD-Rom (pour le dernier jusqu'au passage en SESAM-vitale 1.40). Une rémunération de 418,60 € par an sera versée à l'officine.
- La transmission des FSE en version 1.40 : l'objectif est que le taux de télétransmission de ces FSE soit supérieur à 95%. Le pharmacien perçoit alors une contribution de 0,064 € au lieu de 0,05 € par feuille de soins.

Au total, cela représente 1500 € par an pour une officine moyenne.

5-2 La substitution des médicaments génériques

a- Le médicament générique

Lorsque les droits de propriété intellectuelle d'un médicament ont expiré, on dit que le brevet est échu et que l'invention « tombe dans le domaine public ». Dans ce cas, la molécule utilisée pour le médicament original peut être légalement copiée et commercialisée, on parle alors de médicament générique.

Par définition, le médicament générique est « *une spécialité générique d'une spécialité de référence ayant la même composition qualitative et quantitative en principes actifs, la même forme pharmaceutique et dont la bioéquivalence avec la spécialité de référence a été démontrée par des études appropriées.*¹⁶ »

Donc pour résumer le médicament générique a les mêmes actions, la même efficacité et la même sûreté que sa spécialité de référence, mais son prix est plus économique car il y a beaucoup moins d'étapes de recherche et d'études cliniques à effectuer.

b- Le pharmacien et la politique du générique avant la convention

Avec le décret du 11 juin 1999, les pharmaciens se sont vus accorder le droit de substituer un médicament princeps par un médicament générique.

Puis en 2003, dans un souci d'économie sur les remboursements des produits de santé, il y a eu la mise en place du Tarif Forfaitaire de Responsabilité (TFR). Ainsi, pour des médicaments faisant partie du même groupe générique, les conditions de remboursement sont strictement identiques. A titre d'exemple, pour une spécialité soumise au TFR, si le patient préfère le princeps au médicament générique et dans le cas où le princeps a fixé un prix au-dessus du TFR, le patient devra payer la différence de prix. L'Assurance maladie ne remboursera le patient qu'à hauteur du TFR. Ce tarif n'est pas obligatoire et chaque laboratoire est libre de fixer son prix. Dans un même groupe de génériques, on parle de TFR aligné lorsque le prix du médicament princeps s'est aligné au TFR, c'est-à-dire au prix du médicament générique.

Mais pour éviter une généralisation du TFR qui entrainerait une perte de marge importante pour le pharmacien, les syndicats d'officines ont établi un accord avec

l'Assurance maladie en 2006 pour fixer le taux de pénétration des génériques à 70 %¹⁷.

Ce taux n'ayant pas été atteint dans certains départements, en 2007 fut mis en œuvre le dispositif tiers-payant contre générique : seuls les assurés acceptant les médicaments génériques seront dispensés d'avancer les frais liés à l'achat de leurs médicaments (tiers payant).

Le pharmacien d'officine a donc un rôle important dans la mise en avant des médicaments génériques ainsi que dans la substitution du princeps par ces derniers.

c- Le paiement à la performance pour la substitution des génériques

Les médecins ont instauré en 2011, via la signature de leur nouvelle convention un nouveau dispositif de rémunération sur objectifs de santé publique comportant un volet dédié à l'optimisation des prescriptions pour développer le recours aux médicaments génériques¹⁸.

A l'instar de ces derniers et pour valoriser l'engagement des pharmaciens d'officine dans la délivrance de médicaments génériques, une rémunération sur des objectifs permettant d'augmenter la pénétration des médicaments génériques a été créée. Ses dispositions sont précisées et modifiées chaque année par un arrêté portant approbation de l'avenant n°6 à l'accord national relatif à la fixation d'objectifs de délivrance de spécialité générique.

Les objectifs sont définis de cette manière¹⁹ :

- Au niveau national :
 - L'objectif de pénétration des génériques pour 2013 est de 85% (il reste identique depuis son actualisation en 2012)
 - Respect de la réglementation « tiers payant contre générique »
 - Sanctions conventionnelles pour les pharmaciens ne respectant le dispositif et ayant un taux de substitution inférieur à 65% pour 2013 (60% en 2012)

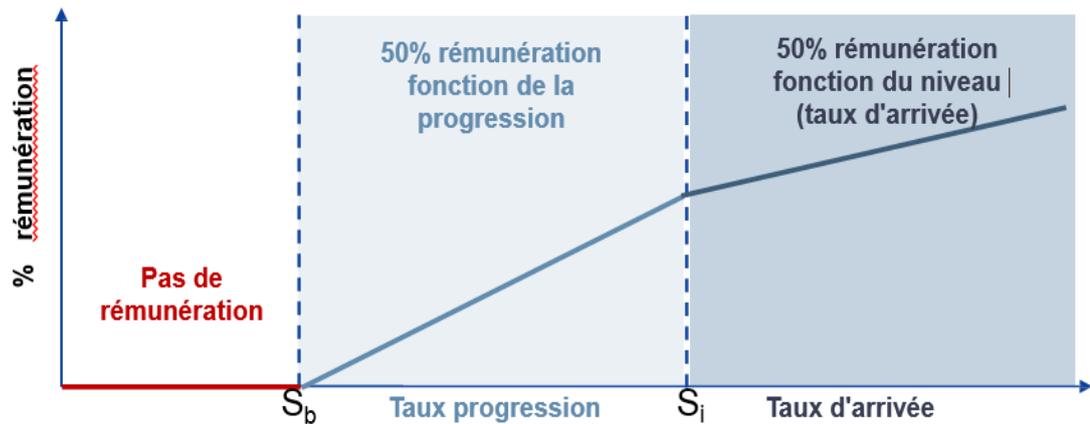
➤ Au niveau de chaque officine (les objectifs nationaux sont adaptés à chaque officine), celles-ci seront rémunérées en fonction de deux choses :

- La Stabilité de dispensation des génériques. La pharmacie ne doit pas dans l'année changer la marque des médicaments génériques délivrés à au moins 90% de ses patients de plus de 75 ans. Cette règle s'applique à certains médicaments courants dans le traitement du diabète et les traitements cardiovasculaires, et tient compte des éventuelles ruptures de stock.

Si cet objectif n'est pas atteint, il y aura une décote de 20% de la rémunération à la performance de la molécule considérée.

- Objectif sur l'efficience de la pratique : en 2013, 29 molécules ont un taux de substitution individualisé, le reste du répertoire des génériques ayant un taux global comptant pour une molécule. La rémunération se fait alors sur deux taux :
 - 50% de la rémunération maximale est accordée en fonction du taux de progression entre le seuil bas S_b (minimum) de substitution de la molécule et le seuil intermédiaire S_i (seuil minimal défini par l'objectif)
 - 50% de la rémunération maximale est accordée en fonction du niveau ou taux d'arrivée qui démarre du S_i à 100% du taux de substitution.

Figure 7 : Rémunération sur la performance générique



(Source : CNAM)

C'est fin 2013 que le paiement à la performance de 2012 est arrivé dans les pharmacies, et la prime générique moyenne est de 3307 €. Ce sont les départements de Vendée, Loire-Atlantique, Sarthe et Mayenne qui ont les primes les plus élevées : entre 5435 et 4852 euros par pharmacie. A Paris par contre, le montant moyen est de 1686 Euros par officine²⁰.

5-3 Accompagnement des patients chroniques via les entretiens pharmaceutique

Le terme entretien pharmaceutique apparaît pour la première fois dans la convention. Il constitue l'un des principaux moyens permettant aux pharmaciens d'assurer la prise en charge personnalisée et optimale du patient.

L'entretien pharmaceutique permet de²¹ :

- renforcer le rôle de conseil, d'éducation et de prévention du pharmacien auprès des patients,
- valoriser l'expertise du pharmacien sur le médicament,
- évaluer la connaissance par le patient de son traitement,
- rechercher l'adhésion thérapeutique du patient et l'aider à s'approprier son traitement,

- évaluer, à terme, l'appropriation par le patient de son traitement,

Pour la bonne mise en application de ces pratiques, la convention impose une formation pour la réalisation des entretiens pharmaceutiques et l'application des recommandations des autorités de santé.

Nous allons détailler ce point plus en détail en deuxième partie

**2^{ème} partie : les entretiens
pharmaceutiques : l'accompagnement des
patients sous AVK**

Comme expliqué plus haut, un des points importants de cette nouvelle convention est la mise en place d'un programme d'accompagnement des patients sous anticoagulants oraux par le pharmacien : l'entretien pharmaceutique. Mais après la signature de la convention, il fallait définir un premier cadre et un premier type d'accompagnement. C'est après quelques mois de réflexion qu'est paru l'arrêté du 24 juin 2013 portant approbation de l'avenant n°1, qui permet aux pharmaciens de mettre en place à partir du 1er juillet l'accompagnement des patients sous anticoagulants oraux.

On peut classer en deux parties les anticoagulants oraux

- les Anti-Vitamine K qui nécessitent un suivi biologique particulier
- les Nouveaux AntiCoagulants Oraux (NACO), qui ont obtenu leur commercialisation récemment

A ce jour, seuls les AVK sont inclus dans le programme d'accompagnement des patients sous anticoagulants oraux, car on n'a pas assez de recul avec les NACOs.

Nous allons voir dans cette partie un rappel sur les AVK, les procédés à mettre en place dans l'officine pour ces entretiens et enfin comment se déroule un entretien.

I- Quelques rappels sur les AVK

On trouve dans ce groupe deux familles de médicaments : les Coumariniques avec le Sintrom®, le mini-Sintrom® (DCI : Acénocoumarol), et les Indanedione avec le Previscan® (DCI : Fluindione).

1- Données épidémiologiques

On estime à environ 1,1 millions de personnes en France sous traitement prolongé par AVK. Ces médicaments sont très efficaces et protègent le patient des risques thrombo-emboliques.

Mais le revers de la médaille est important : les AVK sont la première cause d'iatrogénie médicamenteuse grave. En effet, les hémorragies dues aux AVK sont à l'origine tous les ans de 17 000 hospitalisations, de 20% des hémorragies cérébrales hospitalisées en neurochirurgie et de 5 à 6 000 décès²².

2- Indications²³

Les Anti-Vitamine K sont utilisés dans trois indications :

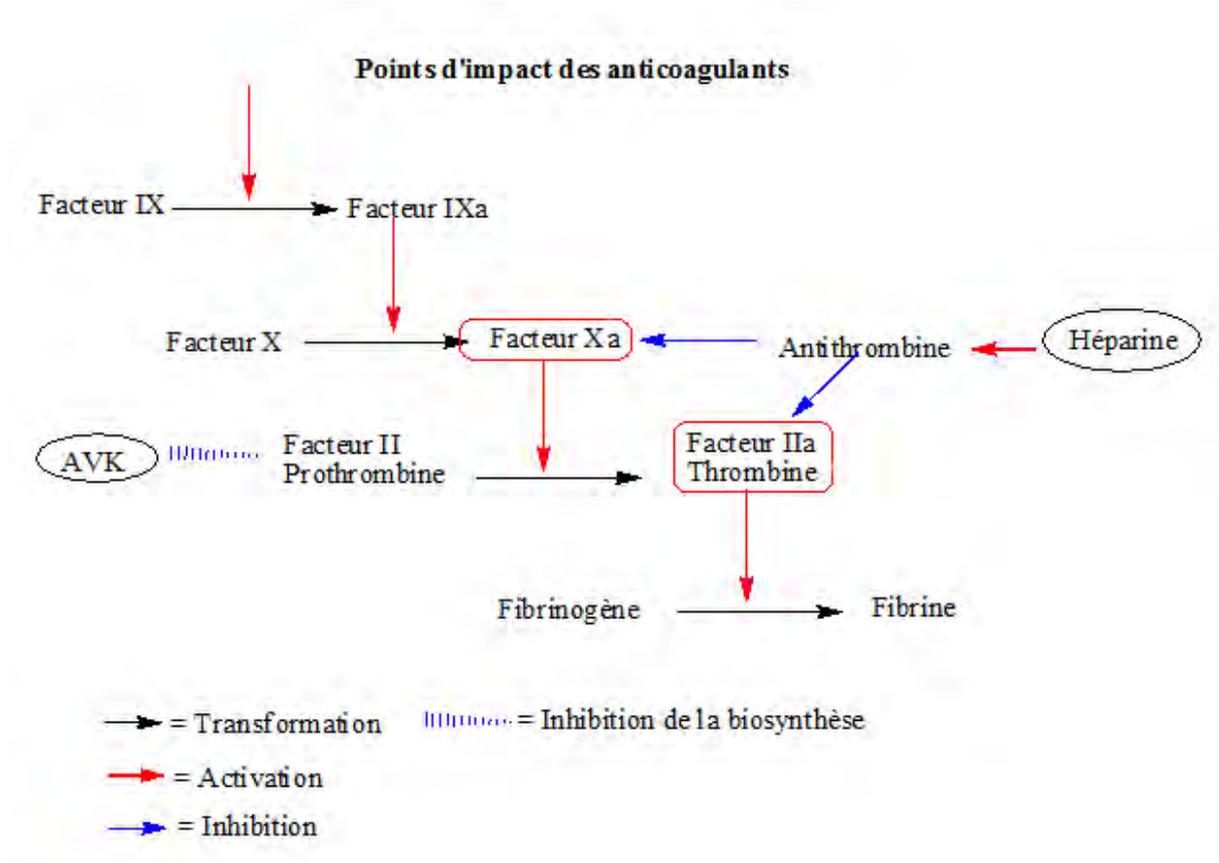
- ➔ prévention des complications thrombo-emboliques en rapport avec certains troubles du rythme auriculaire (fibrillations auriculaires, flutter, tachycardie atriale), certaines valvulopathies mitrales, les prothèses valvulaires
- ➔ Prévention des complications thrombo-emboliques des infarctus du myocarde compliqués : thrombus mural, dysfonction ventriculaire gauche sévère, dyskinésie emboligène..., en relais de l'héparine
- ➔ Traitement des thromboses veineuses profondes et de l'embolie pulmonaire ainsi que la prévention de leurs récives, en relais de l'héparine

Avant d'instaurer un traitement sous AVK, le patient est sous héparine, qui a pour fonction de diminuer la coagulation sanguine. Mais l'héparine ne peut être administrée que sous forme injectable, et les AVK sont pris par voie orale : c'est pour cela que l'on instaure en relais d'héparine un AVK pour faciliter et permettre une meilleure observance du traitement.

3- Mécanisme d'action

Leur fonction principale sera donc de remplacer la vitamine K afin d'inhiber la biosynthèse de facteur II de la prothrombine. Cette inhibition va enrayer la cascade de coagulation afin de fluidifier le sang et empêcher le risque de thrombose.

Figure 8 : mécanisme d'action des héparines et des AVK



Source : Médicaments anticoagulants par inhibition de l'activité de facteurs pro coagulants

(<http://www.pharmacorama.com/Rubriques/Output/Coagulationa5.php>)

4- Posologie et mode d'administration²³

Les AVK se prennent par voie orale en une prise quotidienne, de préférence le soir. La variabilité interindividuelle étant très importante, chaque personne a une posologie spécifique, pouvant être augmentée ou diminuée en fonction d'un test biologique adapté de surveillance des AVK : l'International Normalized Ratio ou INR.

5- Effets indésirables et contre-indications

Le principal effet indésirable des AVK est bien sûr la survenue d'une hémorragie, mais on peut aussi trouver des manifestations immuno-allergiques dues à une hypersensibilité du patient au médicament.

Les AVK sont contre-indiqués avec l'acide acétylsalicylique (plus communément appelé aspirine), la phénylbutazone, le miconazole et le millepertuis, car ces derniers majorent le risque hémorragique de façon très importante.

Les Anti-Inflammatoires Non Stéroïdiens (AINS) sont aussi déconseillés et ne sont administrés aux patients sous AVK que sous surveillance accrue du temps de saignement et avec accord du médecin.

6- Surveillance biologique :

Comme vu précédemment, la surveillance de la posologie des AVK se fait par dosage de l'INR. L'INR est défini comme « *le mode d'expression standardisée du Temps de Quick destiné à remédier aux variations dues aux différentes thromboplastines utilisées par les laboratoires d'analyses*²⁴ ».

Il est donc exclusivement destiné aux personnes sous AVK et permet d'uniformiser les résultats de tous les laboratoires en fonction des réactifs.

L'INR « cible » est la valeur recherchée pour un traitement efficace en écartant un maximum le risque hémorragique, et dépende de la maladie pour lequel le traitement est prescrit. Dans la plupart des cas, il se situe entre 2 et 3 :

→ Si celui-ci est inférieur à 2, la dose est insuffisante

→ S'il est supérieur à 3, la dose est trop forte et le risque hémorragique est augmenté.

Pour certaines indications, l'INR cible est compris entre 3 et 4,5.

II- Mise en place des entretiens dans l'officine

Afin de permettre une réalisation optimale d'accompagnement des patients sous AVK dans le cadre d'entretiens pharmaceutiques, il est indispensable que le pharmacien d'officine adapte à la fois sa structure à la réception du patient, tant sur le plan matériel que personnel.

1- Généralités sur les entretiens²⁵

L'entretien pharmaceutique ne peut avoir lieu que sur rendez-vous et ne peut être pratiqué qu'avec l'accord signé du patient.

Ce programme d'accompagnement est réservé aux patients (ou la personne responsable du traitement ou les deux si le patient est d'accord), bénéficiant d'un traitement au long cours sous anticoagulants oraux, avec pour minimum une durée consécutive, prévisible ou effective de six mois après la première délivrance. Seuls ces patients seront pris en charge par les organismes payeurs qui rémunéreront le pharmacien pour deux entretiens par an à hauteur de 40 €.

Lors de l'instauration du traitement sous anticoagulant, le patient a droit à trois entretiens pharmaceutiques dans l'année si le premier est proposé dans les trois semaines qui suivent la première délivrance.

La durée de l'entretien et le nombre de ces derniers sont conditionnés en fonction du degré de compréhension du patient, en sachant qu'un aidant peut participer à l'entretien.

2- Les prérequis

2-1 La structure

En ce qui concerne la partie matérielle, les entretiens pharmaceutiques doivent se dérouler dans un espace dédié, c'est-à-dire isolé d'un point de vue phonique et visuel du reste de la pharmacie. Celui-ci est dit adapté dès lors qu'il permet un dialogue entre le pharmacien et le patient en toute confidentialité²⁶.

Ce peut être par exemple un bureau ou une salle d'orthopédie adaptée aux entretiens, mais aussi une pièce spécifique. Quelle que soit la pièce accordée, il faut avant tout penser au confort du patient : mobilier adapté, espace propre, surface assez grande pour ne pas se sentir oppressé, lieu accessible à tous quel que soit le handicap... C'est une première pour le patient qui se retrouve à discuter de son traitement seul face au pharmacien ailleurs qu'au comptoir, et un confort optimal permet de le mettre plus à l'aise (ainsi que le pharmacien par ailleurs), et favorise de meilleurs échanges.

2-2 Le personnel²⁷

Les personnes autorisées à mener un entretien pharmaceutique sont les pharmaciens adjoints ou titulaires uniquement. Il est indispensable que ces derniers doivent se former ou mettre à niveau leurs connaissances sur le thème des anticoagulants oraux et sur les techniques d'entretien.

Les autres catégories de personnel de la pharmacie ne sont pas concernées mais devront néanmoins être sensibilisées, en particuliers les préparateurs en pharmacie, afin de pouvoir orienter les patients éligibles vers un suivi AVK par le pharmacien.

Afin de permettre une prise en charge optimale du patient sous AVK dès son arrivée dans l'officine, il faut que l'équipe officinale soit formée par le pharmacien responsable de l'assurance qualité, via des formations adaptées et de la documentation interne.

Quelques remarques

- Le pharmacien prévient le médecin de la mise en place d'entretiens pharmaceutiques avec son patient seulement si le patient le désire.
- Le patient peut être accompagné lors de l'entretien.
- Seul le médecin peut modifier le traitement
- La déclaration du suivi de patient doit se faire par télétransmission à l'Assurance maladie, avec un code acte à chaque entretien, tout en

remplissant en ligne l'accord papier signé par le patient ainsi que le questionnaire rempli lors de l'entretien par le pharmacien.

3- La proposition de l'entretien et la prise de rendez-vous à l'officine²⁸

Comme vu précédemment, la proposition à un patient de rentrer dans le programme d'accompagnement sous AVK va se faire dans deux cas :

- Lors de l'instauration d'un traitement sous AVK
- Lors du suivi du traitement sous AVK

Dans les deux cas, il appartient au pharmacien ou au préparateur de vérifier les critères d'éligibilité du patient. Si ceux-ci sont conformes, on peut alors proposer au patient la mise en place de ces entretiens. De plus, si le patient a reçu le courrier de l'Assurance maladie lui proposant l'entretien, il ne faut pas hésiter à s'en servir de base.

Il est important de préciser les points suivants qui reviennent dans beaucoup de questions du patient lors de la proposition :

- La gratuité du suivi pour le patient
- Le nombre d'entretiens annuels et le temps moyen accordé
- Les objectifs de l'entretien

Si le patient est intéressé, la personne qui a proposé l'entretien dirige le patient vers le(s) pharmacien(s) responsable(s) de la mise en place dans l'officine. A partir de là, plusieurs étapes se déroulent :

- Le pharmacien fait remplir et signer le protocole d'accord au patient
- Le pharmacien remet le carnet d'information et de suivi du traitement anticoagulant (disponible par le Cespharm), si le patient ne l'a pas déjà, et le remplit avec lui dans la mesure du possible. Il précise au patient de

ramener ce carnet lors de l'entretien, ainsi que les résultats de ses dernières analyses biologiques

- Le pharmacien fixe un rendez-vous avec le patient et le note (Sur le carnet de rendez-vous pour le pharmacien, sur le carnet d'information ou une carte de rendez-vous pour le patient)

4- La préparation de l'entretien

Avant de recevoir le patient, quelques étapes de préparation sont à prévoir :

- Lors d'un premier entretien :
 - Vérifier l'existence du Dossier Pharmaceutique du patient, sinon penser à lui proposer
 - Prendre connaissance des traitements suivis par le patient, de l'historique de son traitement sous anticoagulants, des facteurs de risques et des coordonnées de son médecin traitant
 - Avoir à disposition un dossier avec la fiche de suivi patient
- Lors du second entretien :
 - Revoir l'historique du patient
 - Revoir le dossier du patient avec les résultats du premier entretien ainsi que les points posant problème la dernière fois qui vont être repris

Il peut être judicieux de rappeler le patient 24h avant l'entretien pour confirmer le rendez-vous.

III- Déroulement type d'un entretien

Lorsque le patient arrive le jour de son rendez-vous à la pharmacie, le pharmacien l'accueille et s'assure qu'il soit dans les meilleures conditions possibles pour l'entretien et ne doit pas hésiter à prendre un peu de temps pour mettre ce dernier à l'aise.

1- Préalable à l'entretien

Le pharmacien rappelle aux patients les objectifs de l'entretien qui sont d'améliorer la compréhension et le bon usage du traitement anticoagulant, faciliter et sécuriser la prise du médicament, favoriser l'autonomie du patient.

Puis, le pharmacien explique au patient que plusieurs notions vont être abordées via une grille d'évaluation afin de déterminer le niveau de connaissance du traitement du patient, et d'expliquer certains points qui feraient défaut.

2- L'entretien

La trame de l'entretien se fait par le déroulement du questionnaire de la fiche de suivi du patient, élaboré à partir de des documents de référence établis par l'ANSM. Ce questionnaire est donc appliqué à chaque entretien pour chaque patient quelle que soit la pharmacie.

Grâce à ce dernier, le pharmacien va pouvoir apprécier l'appropriation par le patient des informations essentielles selon trois niveaux²⁹ :

Acquis (A) Partiellement acquis (PA) Non Acquis (NA)

Le pharmacien considère alors qu'une notion est :

- « acquise » dès lors qu'elle est parfaitement intégrée par le patient
- « partiellement acquise » dès lors que le patient a des connaissances incomplètes ou imprécises
- « non acquise » dès lors que le patient ne sait rien sur le sujet

Voyons en détail la composition de la fiche de suivi et commentaires généraux^{29, 30, 31}. La fiche complète est en annexe.

2-1 Informations générales concernant le patient

On y trouve parmi elles :

- Nom, prénom, âge, poids
- Nom de l'AVK prescrit
- Autres médicaments prescrits
- Autres médicaments/produits consommés par le patient
- Habitudes de vie pouvant interférer avec le traitement AVK : ce peut être l'alimentation, l'alcool, le tabac, l'activité physique, le bricolage, les voyages...
- Historique de la prescription des AVK : date de première prescription (ou ancienneté du traitement), posologies des derniers mois, éventuels incidents ou accidents rapportés au traitement...
- Difficultés motrices/cognitives/sensorielles : on identifie les situations nécessitant une assistance et on oriente les informations en fonction
- Identification du laboratoire qui dose l'INR habituellement
- Demander au patient comment il vit globalement son traitement

2-2 Notions générales sur le traitement des AVK

a. Les principes du traitement

i. Le patient sait-il à quoi sert le médicament prescrit ?

Il est indiqué dans la prévention de la formation de thrombose ou d'embolie.

ii. Le patient sait-il pourquoi ce médicament a été prescrit et dans quelle situation ? Si oui, est-il capable de restituer en termes simples l'indication thérapeutique ?

Cinq pathologies sont principalement la cause d'un traitement par AVK : l'arythmie par fibrillation auriculaire, les cardiopathies avec prothèses valvulaires mécaniques, certains infarctus du myocarde compliqués, les maladies thromboemboliques veineuses et les troubles de la coagulation. Evoquer une de celles-ci permet souvent au patient de se rappeler celle qu'il a eue.

iii. Le patient sait-il si ce médicament comporte certains risques ? Si oui, le patient les connaît-il ?

Le risque le plus important est le risque hémorragique : il est primordial qu'à la fin de l'entretien le patient soit parfaitement conscient de ce danger potentiel. Celui-ci apparaît lors d'un surdosage. De plus, si le patient est sous-dosé, c'est le risque de thrombose qui apparaît.

iv. Le patient connaît-il la posologie prescrite par son médecin ? Si oui, la respecte-il ?

Le respect de la posologie est primordial afin d'éviter les effets indésirables. Il faut expliquer au patient que certains facteurs comme les aliments, la prise de médicaments supplémentaires, une maladie passagère peut modifier l'action du médicament en l'augmentant ou la diminuant. C'est donc pour cela que le médecin est amené à modifier la posologie. On peut préciser au patient que l'on reviendra plus tard sur ces facteurs.

v. Le patient sait-il à quelle heure il doit prendre ce médicament et qu'il faut le prendre tous les jours à la même heure ?

Le médicament doit être pris une fois par jour (sauf cas rare pour le Sintrom® où la posologie peut être de 1 à 2 fois par jour), à la même heure, et le soir de préférence. En effet, le fait de le prendre le soir permet d'obtenir le résultat de l'INR dans la journée et de pouvoir modifier si nécessaire la dose le soir même par le médecin.

Cependant, l'heure idéale de prise est celle où le patient est le plus sûr de ne pas oublier son traitement. Ainsi le pharmacien peut se retrouver face à un patient prenant son médicament AVK le matin ou le midi, et n'a dans ce cas-là pas intérêt à lui faire modifier l'heure de la prise. On peut proposer au médecin de changer le plan de prise avec dosage rapproché d'INR seulement si le patient n'est pas stabilisé.

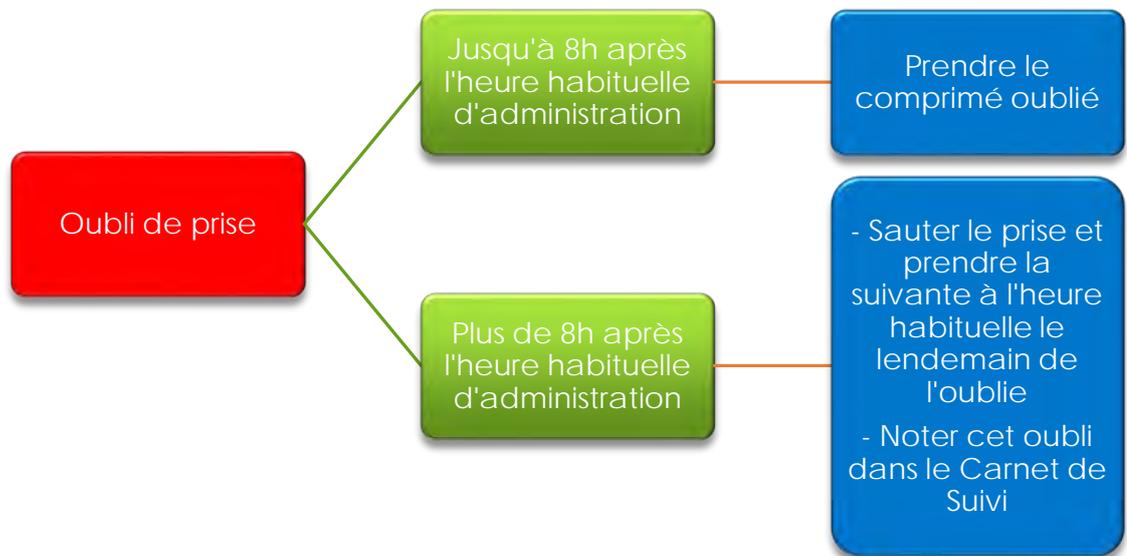
Il est donc important que le pharmacien vérifie avant d'effectuer l'entretien la posologie et l'heure de prise du médicament. Le pharmacien peut conseiller quelques astuces pour ne pas oublier le traitement tels que le prendre à des moments quotidiens répétables (lors du repas du soir, du journal télé...), mais aussi de mettre la boîte près d'un objet tel qu'une brosse à dents, un réveil...

vi. Le patient sait-il quoi faire en cas d'oubli ? Si oui, explicitez.

Un oubli peut arriver à tout le monde et plus souvent qu'on ne le pense. L'activité d'un AVK administré per os est de 36 à 72h. Donc en cas d'oubli de dose, on se réfère à la règle des 8h :

- Le patient prend sa dose oubliée dans un délai maximum de 8h après l'heure habituelle
- Passé ces 8h, le patient saute la prise et prend la suivante à l'heure habituelle. Il devra aussi signaler cet oubli lors du contrôle de son INR s'il survient peu avant sa prise de sang, et le marquer dans son carnet d'information qu'on lui a remis précédemment.

Figure 9 : que faire en cas d'oubli de prise de son AVK



vii. *Le patient sait-il qu'il est important :*

- De noter les prises sur son carnet de suivi ?
- De noter tout oubli éventuel dans son carnet de suivi ?

Si le patient ne s'y est pas vraiment intéressé, le pharmacien doit lui rappeler l'importance de ce carnet, et la nécessité de bien remplir celui-ci en ce qui concerne l'INR, les changements de médicaments, les oublis...

Le pharmacien se doit aussi d'expliquer au patient l'importance d'avoir la carte signalant la prise d'un AVK sur soi. Un exemple concret est le nombre d'hémorragies suite à une prise en charge par les secouristes lors d'un accident de la route, les soigneurs n'étant pas au courant et la victime ne pouvant réagir.

b. Surveillance biologique du traitement

i. *Le patient connaît-il la valeur cible de son INR ? Si oui, quelle est-elle ?*

Il faut rappeler au patient que l'INR permet de doser la concentration en AVK dans le sang du patient, et de déterminer si la posologie est bonne ou si elle doit être modifiée afin d'éviter les effets indésirables du médicament.

Le patient doit connaître son INR cible et les valeurs dans lesquelles il doit rester (ce qu'on appelle la zone thérapeutique), ainsi que les risques liés à un INR trop haut ou trop bas. Tant que le patient reste dans cette zone, il n'y a aucun souci.

Figure 10 : valeurs cibles INR

Valeurs INR		
<2	2-3 (cible 2,5)	4,5 - 5
Risque thrombotique	Prévention thrombo-embolique	Risque hémorragique

Source : recommandations AFSSAPS

Dans le cas général, l'INR cible du patient est donc 2,5 avec une zone thérapeutique située entre 2 et 3, mais il existe des exceptions. Pour des patients avec une prothèse mécanique aortique ou mitrale par exemple, l'INR cible est de 3,7 et sa zone thérapeutique entre 3 et 4,5. Il est donc important pour le pharmacien d'expliquer l'INR et son dosage au cas par cas.

ii. *Le patient sait-il que le dosage de l'INR doit être effectué impérativement selon le calendrier établi par le médecin et toujours dans le même laboratoire ? Vérifiez avec le patient qu'il dispose bien du calendrier de suivi de son INR.*

L'INR doit être contrôlé régulièrement et, dans la mesure du possible, dans le même laboratoire. En effet, le laboratoire habituel du patient qui contrôle l'INR

utilise les mêmes protocoles et produits de dosage, permettant ainsi d'avoir les résultats les plus comparables avec les précédents. De plus, cet historique est utile pour noter l'évolution de l'INR du patient.

Ce contrôle d'INR doit être réalisé autant de fois que le médecin l'estime nécessaire. En général³² :

- en instauration de traitement, le premier contrôle se fait après la 3^{ème} prise de l'AVK, puis le second entre 3 et 6 jours après le premier, puis 1 à 2 fois par semaine et enfin une fois par mois si l'INR est stabilisé.
- si des modifications perturbent l'INR (prise de médicament, maladie, alimentation perturbée), on refait le dosage d'INR 3 jours après la modification de la dose d'AVK, puis tous les 4 à 8 jours jusqu'à revenir à l'INR cible.

iii. Le patient sait-il pourquoi il doit faire sa prise de sang pour le dosage de l'INR le matin (transmission au médecin)?

Comme nous l'avons vu dans la question sur la prise le soir du traitement AVK, le dosage le matin permet au médecin de recevoir le résultat dans l'après-midi et d'adapter la dose le soir même si besoin est.

iv. Le patient sait-il que, dès qu'il la connaît, il doit immédiatement noter la valeur de l'INR dans son carnet de suivi et appeler son médecin si sa valeur sort de la fourchette ?

Le patient doit marquer sur son carnet la valeur de son INR après chaque dosage.

v. A quelle fréquence le patient réalise-t-il le contrôle de l'INR?

Même si cette question a déjà été abordée par le pharmacien lors de la question ii, le pharmacien se doit de redemander au patient sa fréquence de contrôle actuelle, ce qui permet par la même de voir si le patient a acquis la compétence.

c. Surveillance de l'apparition des signes évocateurs d'une dose trop élevée

i. *Le patient connaît-il les signes évocateurs d'un surdosage et la conduite à tenir ?*

Il suffit d'une faible augmentation de la quantité d'AVK pour manifester des signes de surdosages. Il faut savoir les identifier. On distingue trois signes : les banaux (mineurs), les plus inquiétants et les signes trompeurs (pouvant évoquer un saignement interne).

Figure 11 : les signes de surdosage

Signes banaux	Signes plus inquiétants	Signes trompeurs
<ul style="list-style-type: none">• Saignements des gencives• Saignements de nez• Hémorragie conjonctivale• Règles exceptionnellement abondantes• Hématomes	<ul style="list-style-type: none">• Sang dans les urines• Sang dans les selles• Selles noires et nauséabondes• Crachats sanglants• Vomissements sanglants• Saignement persistant	<ul style="list-style-type: none">• Fatigue• Essoufflement• Pâleur• Céphalées ne cédant pas au traitement antalgique habituel• Malaise inexplicable

La conduite à tenir d'un patient sous AVK face à une hémorragie dépend de la gravité des signes présentés. Pour des syndromes peu importantes (saignements de nez exceptionnels, coupures...), l'hémorragie peut être contrôlée par des

produits hémostatiques à usage externe efficaces (pansement ou gel hémostatiques, mèches...). Pour des affections plus importantes ou des signes trompeurs, une prise en charge hospitalière peut être nécessaire. Dans tous les cas, le patient doit demander l'avis d'un professionnel de santé afin d'être orienté ou non vers son médecin ou vers une hospitalisation en cas d'hémorragie grave.

ii. Lui est-il déjà arrivé d'observer certains de ces signes ? Si oui, qu'a-t-il fait ?

Ecouter le patient sur la conduite qu'il a tenue et l'aider à améliorer, si nécessaire, la prise en charge de telles situations.

d. Les autres médicaments

Les trois questions de cette partie se recoupant nous donnerons les conseils et remarques d'une façon unique.

Le patient peut être amené à prendre d'autres médicaments, dont des médicaments OTC ou d'une autre personne de la famille avec son traitement AVK. Or beaucoup de médicaments interagissent avec les AVK, en augmentant ou diminuant leur concentration, ou en ajoutant un risque hémorragique supplémentaire. Le patient ne pourra jamais tous les connaître d'un coup par cœur.

Il est important de lui rappeler les médicaments dont la contre-indication est absolue, car ceux-là ne doivent jamais être associés :

- L'acide acétylsalicylique (aspirine et ses dérivés, attention en automédication)
- Les AINS pyrazolés
- Le miconazole (voie générale ou gel buccale)
- Le millepertuis (attention aux tisanes ou phytothérapie)

Il existe d'autres médicaments dont leur association aux AVK est fortement déconseillée tels que les AINS, certains antibiotiques, les statines, les fibrates, mais aussi le paracétamol à doses élevées et continues ou la vitamine E (à des

doses élevées et prise en simultanée avec les AVK). Il ne faut pas oublier certaines huiles essentielles comme la gaulthérie qui contient un dérivé de l'aspirine ou les plantes telles que l'harpagophytum par exemple.

Le pharmacien se doit de refuser de délivrer une boîte de ces médicaments au patient si c'est une demande spontanée. Mais dans de rares cas quand le médecin les prescrit (AINS par exemple), si la posologie et la durée sont adaptées et sûres pour le patient, on peut les délivrer tout en donnant des recommandations. A ce moment-là, un contrôle de l'INR sera effectué dans les 3 à 4 jours après instauration du médicament.

Le patient doit prendre conscience pour chaque sollicitation de médicament qu'il doit indiquer au pharmacien, au médecin, au chirurgien-dentiste qu'il a un traitement comportant la prise d'anticoagulants.

e. Vie quotidienne et alimentation

i. Le patient connaît-il les précautions à prendre pour minimiser le risque hémorragique dans la vie quotidienne ? Peut-il en citer 3 ?

Le traitement par antivitamine K entraîne l'apparition d'un saignement plus abondant quelle que soit la nature du traumatisme ou de l'effraction cutanée. Pour pallier à cela, le patient doit prendre certaines précautions dans ses activités.

Le patient doit donc éviter toute activité sportive violente, surtout celles où le risque de chute et de choc est grand, comme les sports de combat, le rugby, le football. Il doit y préférer des activités comme les sports aquatiques (hormis le water-polo), le golf, la course à pied d'endurance, le ski de fond et bien d'autres.

Pour ce qui est du jardinage ou du bricolage par exemple, le patient doit être prudent lors de l'utilisation d'objets tranchants, contondants ainsi que des végétaux piquants ou coupants (rosiers, pyracanthas...). Il faut lui conseiller de porter des gants, des chaussettes épaisses ou des bottes mais aussi des manches longues lors de ces activités. Le pharmacien peut aussi lui rappeler d'avoir toujours dans ses poches ou son atelier des pansements hémostatiques en cas de coupure

bénigne (on peut revenir sur la question de la conduite à tenir lors de saignements).

ii. Le patient connaît-il les règles à suivre en matière d'alimentation et les principaux aliments riches en AVK ?

Il faut tout d'abord commencer par la règle la plus importante à dire au patient : « aucun aliment n'est interdit, mais il ne pas changer son régime habituel ». En effet, la concentration en vitamine K diffère d'un aliment à l'autre, et certains sont à surveiller plus que d'autre, comme par exemple les feuilles de légumes verts qui sont les plus riches en vitamine K.

Figure 12 : Les aliments contenant la vitamine K

TABLEAU DES ALIMENTS POUVANT PERTURBER L'ACTION DES ANTICOAGULANTS, S'ILS SONT CONSOMMÉS OCCASIONNELLEMENT		
<p>Aliments riches en vitamine K pouvant diminuer l'effet des AVK et conduire à une diminution de l'INR.</p> <p>Teneur très élevée en vitamine K (100-1000 µg/100g)</p> <ul style="list-style-type: none"> + huile de colza, huile de soja + brocoli, chou vert, chou de Bruxelles, choucroute + laitue, cresson, persil + épinard + fenouil <p>Teneur élevée en vitamine K (10-100 µg/100g)</p> <ul style="list-style-type: none"> + margarine, huile d'olive + chou rouge, chou-fleur + asperge + concombre avec peau + poireau + haricot vert, fève, pois + poulet avec peau + foie et abats 	<p>Aliments de richesse modérée en vitamine K. Une diminution de l'INR peut s'observer en cas de consommation excessive.</p> <p>Teneur moyenne en vitamine K (1-10 µg/100g)</p> <ul style="list-style-type: none"> + huile de maïs, palme, tournesol + crème, beurre, fromage + orge, avoine, son de blé + pain complet, céréales petit déjeuner + pomme + date, figue, raisin + pêche, prune + rhubarbe + myrtille, fraise + carotte, céleri + tomate + aubergine, courgette + boeuf 	<p>Aliments pauvres en vitamine K. Leur consommation ne conduit pas à une perturbation de l'INR.</p> <p>Teneur faible en vitamine K (0.1-1 µg/100g)</p> <ul style="list-style-type: none"> + lait de vache, yaourt + maïs, pétale de maïs + pain blanc, farine blanche + spaghetti, riz complet + melon, pastèque, mangue + orange, pomeau + banane, ananas + cacahuète + pomme de terre + champignon + navet + concombre sans peau + poulet sans peau + oeuf, poisson

Source : laboratoire KetterHill

Le patient devra donc faire attention aux aliments dans la colonne rouge s'il en mange de façon occasionnelle et en grande quantité, mais il peut en manger de façon régulière.

Le pharmacien doit expliquer qu'il n'y a pas de « régime AVK » particulier, qu'il faut juste une alimentation équilibrée et une consommation régulière des aliments

afin d'avoir un apport en vitamine K constant, équilibrant la dose d'AVK en fonction de cette alimentation.

Deux cas particuliers dans l'alimentation du patient sont à lui expliquer :

- L'alcool : une consommation aiguë d'une forte dose d'alcool peut inhiber le métabolisme des AVK retardant leur élimination. On a alors une potentialisation de l'effet du médicament ce qui augmente le risque hémorragique. A contrario, une consommation chronique d'alcool augmente le métabolisme des AVK et diminue leurs effets risquant la thrombose. Le pharmacien peut donc expliquer au patient qu'il peut boire un peu d'alcool mais en quantités limitées et dans le temps (deux verres par jour maximum).
- Le tabac : il n'interagit pas de par lui-même avec les AVK, c'est le sevrage tabagique, avec ou sans substituts, qui peut modifier les paramètres pharmacocinétiques des AVK. Il faut soutenir le patient, s'il est fumeur dans sa démarche d'arrêter en lui disant qu'un simple contrôle permettra de vérifier s'il faut adapter la posologie ou non (mais les cas sont rares).

En résumé, une alimentation équilibrée et une consommation modérée d'alcool sont entièrement compatibles avec un traitement sous AVK.

iii. Le patient sait-il qu'il ne doit pas prendre certaines tisanes, ni de compléments alimentaires sans en parler à son médecin ou son pharmacien ?

Comme pour l'alimentation, certaines plantes peuvent interagir avec le traitement AVK et modifier l'INR. Lorsqu'un patient souhaiterait consommer de ces plantes, il est nécessaire qu'il en informe le médecin ou le pharmacien notamment quand il s'agit de produits de phytothérapie plus concentrés en extraits de plantes.

Figure 10 : quelques plantes pouvant interagir avec les AVK

Liste non exhaustive de plantes pouvant interagir avec le traitement.		
Plantes	Mécanisme d'action	Possible effet sur la coagulation
Ail	Effet additionnel anti-plaquettaire.	L'association avec les AVK serait à prendre en compte.
Boldo	Contient des dérivés coumariniques.	Augmente l'effet anticoagulant. Possible augmentation de l'INR.
Curbicine	Effet additif sur les mécanismes de la coagulation. S'oppose à la vitamine K. Effet anti-plaquettaire.	Possible interaction avec un traitement anticoagulant.
Dong quai	Contient des dérivés coumariniques.	Possible augmentation de l'INR.
Fenugrec	Contient des dérivés coumariniques.	Possible augmentation de l'INR.
Ginseng	Interaction avec le métabolisme du traitement AVK. Effet anti-plaquettaire.	Possible déséquilibre de l'INR.
Griffe du diable	Mécanisme inconnu.	Des cas d'interactions avec le traitement par AVK ont été rapportés.
Mangue	Inhibe les enzymes hépatiques.	Possible augmentation de l'effet anticoagulant.
Sauge rouge	Augmentation de la concentration plasmatique du traitement AVK. Effet anti-plaquettaire.	Possible augmentation de l'effet anticoagulant.
Thé vert	Contient de la vitamine K. S'oppose à l'effet du traitement AVK.	Possible diminution de l'INR. L'apport en vitamine K doit être pris en compte dans l'équilibre de l'INR.

Source : eureka-platform

Ensuite, si le patient maintient une consommation sans excès de ces plantes, il n'y aura aucun souci.

f. Les professionnels de santé

- i. *En dehors de son médecin ou son pharmacien, quels autres professionnels de santé le patient rencontre-t-il ? Leur présente-t-il la carte « je prends un traitement anticoagulant par AVK » qui leur a été remise*

Cette question peut sembler anodine mais en fait est très importante car le patient ne se rend pas souvent compte de toutes les personnes du parcours de soins autour de lui. De ce fait, il lui arrive souvent d'oublier les infirmières, mais aussi les chirurgiens-dentistes et les masseurs kinésithérapeutes et bien d'autres.

Ce qui fait qu'il ne pense pas à dire qu'il est sous traitement AVK, et même parfois quand on lui demande il oublie de le préciser.

Le pharmacien a un rôle important en lui expliquant que montrer sa carte « je prends un traitement anticoagulant par AVK » doit être un réflexe quel que soit le professionnel de santé qu'il a en face.

ii. Le patient sait-il qu'il doit tenir informé son médecin traitant de toute intervention médicale (extraction dentaire, petite chirurgie, etc.) ou changement dans sa situation (par exemple survenue d'une grossesse) ?

Ce point-là est aussi important que le précédent, car en fonction de ce qu'il se sera passé, il y aura peut-être à revoir le dosage de l'AVK car l'INR serait perturbé.

En ce qui concerne les femmes, le traitement par AVK est contre-indiqué avec la grossesse car les AVK peuvent entraîner des malformations. En conséquence chez les femmes en âge de procréer, une contraception est souhaitée lors de l'utilisation d'antivitamine K.

Si la femme est enceinte, on passe le relais de l'AVK à l'héparine.

2-3 Conclusion pour le patient

Demander au patient s'il a des questions et penser à les noter dans le cas où il y aurait besoin d'y revenir la fois prochaine.

2-4 Conclusion pour le pharmacien

L'entretien terminé, le pharmacien rédige une synthèse de cette rencontre, sa durée et l'appréciation du niveau d'information du patient. Ces trois points vont permettre au pharmacien de juger le nombre d'entretiens nécessaires au patient. Il doit aussi penser aux principaux points sur lesquels il faudra revenir en priorité la prochaine fois.

Ensuite il doit juger s'il faut un aidant pour la fois prochaine et si le patient doit aller voir le prescripteur.

2-5 Suivi de l'accompagnement

Le pharmacien va convenir avec le patient des modalités de suivi de cet accompagnement telles que : le nombre et la fréquence des entretiens, la coordination que le pharmacien va instaurer avec le médecin désigné par le patient si ce dernier le souhaite...

3- Après l'entretien

La grille d'entretien remplie, le pharmacien analyse les informations recueillies et crée ou enrichit un plan de suivi. Ce plan a comme base la fiche du patient, mais d'autres informations peuvent y être ajoutées, comme par exemple :

- une fiche spécifique reprenant les points d'amélioration du patient
- une photocopie de ses analyses biologiques (avec accord du patient)
- une fiche récapitulant les actions effectuées avec le médecin traitant

Ce tout crée un dossier et permet, par exemple, qu'un pharmacien de l'officine différent de celui qui a réalisé l'entretien puisse s'occuper du patient par la suite.

IV- Deux exemples d'entretiens réalisés

Afin de pouvoir illustrer les résultats d'un entretien réalisé, deux exemples vont être présentés.

1- Mr LAM, 80 ans

Mr Lam est âgé de 80 ans et pèse 90 kg. Il a été mis sous anticoagulant oral (ici, le Previscan®) suite à un accident de la route. Il s'est inscrit au programme d'accompagnement à la demande du pharmacien à la suite d'une discussion sur son alimentation.

Au cours de l'entretien, le pharmacien s'est rendu compte que le patient avait une très bonne connaissance de l'action du médicament et de ses effets indésirables, ainsi que les médicaments qui lui sont contre-indiqués, bien qu'il ne sait quoi faire s'il oublie de prendre sa dose quotidienne. De plus, le patient sait comment réagir en cas de risque de coupure ou d'hémorragie lors d'activités (il jardine beaucoup).

Par contre, le risque de sur ou sous-dosage et l'intérêt de comprendre le contrôle de l'INR sont inconnus pour le patient. Le pharmacien prend du temps pour lui expliquer précisément les tenants et les aboutissants.

Quant aux analyses biologiques, l'INR de Mr LAM est par période hors de la zone thérapeutique. Ces variations s'expliquent en fait par la méconnaissance du patient des aliments riches en vitamine K : en effet, le patient mange beaucoup de choux l'hiver et pas du tout l'été, il mange aussi beaucoup de tomates au printemps et s'est mis à boire du thé vert en grande quantité. Le pharmacien lui explique alors le régime alimentaire à adopter afin qu'il ne se prive de rien.

Enfin, le patient possède un carnet de suivi AVK mais il ne sait pas qu'il doit préciser aux autres professionnels de santé qu'il est sous AVK.

A la fin de l'entretien, le pharmacien propose de le revoir dans 6 mois. La prochaine fois, le pharmacien se penchera avec le patient sur les points faibles du patient, en particulier l'alimentation et les signes de surdosage.

2- Mme VAN, 69 ans

Mme VAN est âgée de 69 ans et pèse environ 66kg. Elle est sous anticoagulant oral (Préviscan®) depuis 9 ans afin de protéger la valve mécanique qu'elle a reçue. Mme VAN avait refusé une première fois d'adhérer au programme ayant effectué des semaines d'éducation thérapeutique de son traitement à l'hôpital il y a quelques années. Mais suite à des résultats d'INR en dents de scie, elle a décidé de refaire le point sur son traitement avec le pharmacien.

Au niveau du médicament, la patiente connaît très bien l'indication de son médicament, sait lire son INR et sa zone cible, et maîtrise son alimentation et en en reparlant avec le pharmacien il est vrai qu'elle a consommé beaucoup de laitues récemment et a changé son huile d'olive habituelle avec un composé comprenant de l'huile de colza. Le pharmacien lui explique que ça peut expliquer la diminution de l'INR.

Le pharmacien en profite pour lui expliquer les signes de surdosage que Mme VAN ne connaissait absolument pas ainsi que la conduite à tenir lorsqu'elle rencontre d'autres professionnels de santé.

A la fin de l'entretien, le pharmacien lui propose de la revoir dans 6 mois, et si ce qu'elle a appris lors du premier entretien a bien été acquis il n'y aura pas besoin de rendez-vous supplémentaire.

**3^{ème} partie : Enquête auprès des
pharmaciens officinaux de Midi-Pyrénées
sur la mise en place des entretiens AVK**

Après avoir attendu plus d'un an après la signature de la convention pharmaceutique, un avenant a permis la mise en place des entretiens pharmaceutiques qui ont pour but d'accompagner les patients sous traitement chronique par les pharmaciens.

Six mois après la parution de ce dernier permettant d'effectuer des entretiens pharmaceutiques dans le cadre d'accompagnement des patients sous AVK, bon nombre d'officines ont mis en place ce dispositif. En effet, selon l'Assurance maladie, on dénombre au 8 octobre dernier, 51 628 bulletins d'adhésion remplis, la participation de 9 080 officines au dispositif et près de 30 000 entretiens ont déjà été réalisés dans 7 341 officines³³. Pour parvenir à cette mise en place, il a fallu aménager un espace de confidentialité dans l'officine, former son équipe, réaliser des entretiens et créer un suivi des patients, mais aussi être face à une réticence des patients ou des autres professionnels de santé.

L'objectif de ce travail a donc été de réaliser de manière prospective auprès des pharmaciens d'officine de la région Midi-Pyrénées, une évaluation de la mise en place des entretiens ou non dans leur officine ainsi que leur impression sur la réalisation de ceux-ci.

I- Matériel et méthodologie

1- Schéma d'étude

L'étude a présenté un schéma de type étude observationnelle longitudinale prospective.

La réalisation a consisté en l'envoi d'un questionnaire à destinée de 700 pharmaciens titulaires d'officine en Midi-Pyrénées, sur la période du 1^{er} octobre 2013 au 10 janvier 2014.

2- Objectifs

L'objectif principal de cette étude est de faire le point sur les entretiens pharmaceutiques en Midi-Pyrénées, et de déterminer les difficultés que l'on peut rencontrer.

3- Facteurs étudiés

Le questionnaire destiné aux pharmaciens a été élaboré en 3 parties (l'exemplaire du questionnaire est en annexe) :

- La première rassemblant les informations générales sur l'officine : la localisation de l'officine, le nombre de pharmaciens, la réalisation des entretiens pharmaceutiques ou non à l'officine.
- La seconde partie, la plus importante, porte sur la mise en place de ces entretiens dans l'officine, et se décompose en cinq sous-parties :
 - L'espace dédié à l'entretien : c'est la partie matérielle du questionnaire, à savoir où se déroulent les entretiens dans l'officine, s'il y a eu des travaux à faire...
 - Les pharmaciens face à l'entretien (au sens large) : cela comporte les pharmaciens qui effectuent les entretiens (titulaires et/ou adjoints), le type de formation reçue et la communication entre pharmaciens sur les entretiens effectués
 - L'inscription du patient au programme des entretiens pharmaceutiques : cette partie concerne la formation de l'équipe, les modalités d'inscription et de refus les plus courantes, ainsi que le nombre de patients éligibles par officines.
 - L'entretien pharmaceutique en lui-même : cette partie-là démarre de la prise de rendez-vous du pharmacien à la réalisation de l'entretien. Elle permet aussi de voir à la fois les points forts et faibles lors des déroulements de ces entretiens.

- Les relations avec les autres professionnels de santé : cette sous-partie va permettre de voir les réactions des autres professionnels de santé face aux entretiens via le vécu des pharmaciens.
- o La troisième partie nommée « commentaire libre » permettait aux pharmaciens officinaux de s'exprimer sur le sujet et de compléter ainsi le questionnaire en donnant leur avis personnel

4- Elaboration et validation des questionnaires

Ce questionnaire a été élaboré avec mon maître de thèse et validé par la réalisation d'une étude préliminaire auprès d'un échantillon de cinq pharmaciens. En prenant compte des remarques, les dernières modifications ont été apportées au document afin d'obtenir la version finalisée.

5- Modalités de recrutement

Afin d'assurer l'exhaustivité d'envoi dans les pharmacies d'officine dans la région Midi-Pyrénées plusieurs modalités d'acheminement ont été effectuées :

- En premier lieu, les questionnaires ont été envoyés par mail en utilisant la base de données d'un concentrateur fin septembre.
- Deuxièmement, en collaboration avec la Fédération des Syndicats Pharmaceutiques de Midi-Pyrénées, tous les présidents départementaux ont envoyé par mail le questionnaire aux officines adhérentes au syndicat.
- Enfin, les questionnaires ont été adressés par l'intermédiaire des grossistes-répartiteurs à 700 pharmacies, sur les départements de l'Aveyron, l'Ariège, de la Haute-Garonne, du Gers, du Lot, des Hautes-Pyrénées, du Tarn ainsi que du Tarn-et-Garonne au mois d'octobre

Lors de la réception des questionnaires complétés, il a été vérifié qu'il n'existait pas de doublons de réponse dans les pharmacies ayant répondu.

6- Modalités de réception des questionnaires

Après réception du questionnaire, le pharmacien d'officine complétait le formulaire et pouvait le retourner soit par fax, par mail ou voie postale.

Les questionnaires reçus ont été analysés, la première partie du questionnaire concernant la localisation de la pharmacie (nom de l'officine et code postal) a permis d'identifier les réponses retournées en double par les pharmaciens d'officine.

7- Analyse statistique

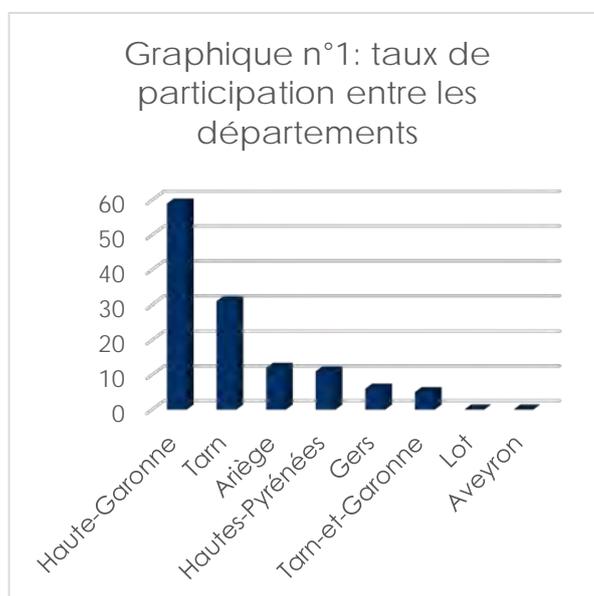
Une analyse descriptive des paramètres étudiés a été réalisée. Les résultats ont été exprimés en moyenne +/- écart type pour les variables quantitatives et en pourcentage pour les variables qualitatives. Les analyses ont été effectuées en utilisant le logiciel Le Sphinx V2.

II- Résultats : questionnaire pharmacien

Sur les 700 officines dans Midi-Pyrénées qui ont reçu ce questionnaire, ce sont 124 questionnaires au total qui ont été retournés. Le tableau 1 détaille le taux de retour des questionnaires en fonction des départements.

Tableau 2 et graphique n°1 nombre de questionnaires rendus par département

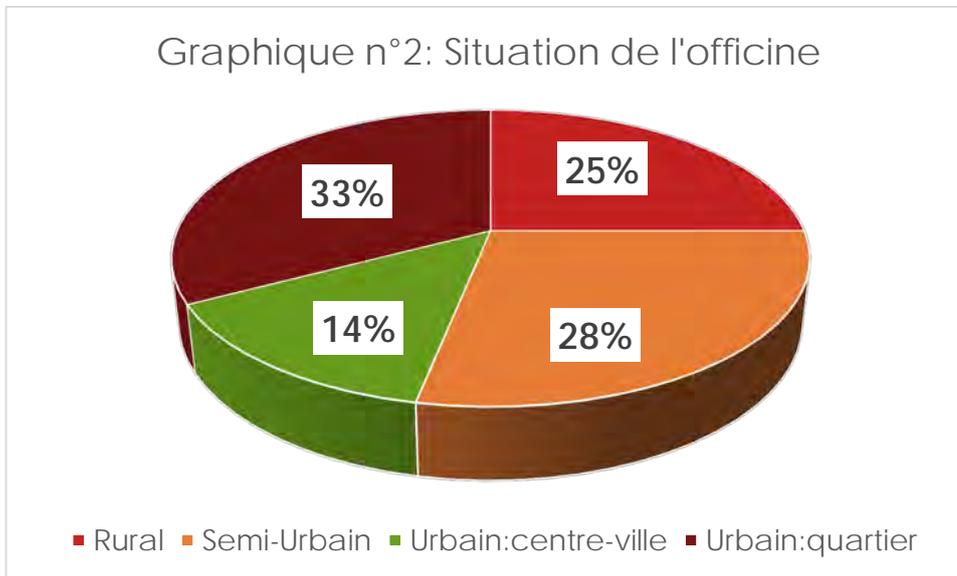
Département	Questionnaires
Haute-Garonne	59
Tarn	31
Ariège	12
Hautes-Pyrénées	11
Gers	6
Tarn-et-Garonne	5
Lot	0
Aveyron	0
TOTAL	124



On remarque donc que sur les huit départements composant Midi-Pyrénées, il y a une grande hétérogénéité du taux de participation, avec la Haute-Garonne et le Tarn qui ont le taux de participation le plus important. Il y a eu quelques questionnaires en Ariège, Hautes-Pyrénées, Gers et Tarn et Garonne, et aucune réponse dans le Lot et l'Aveyron.

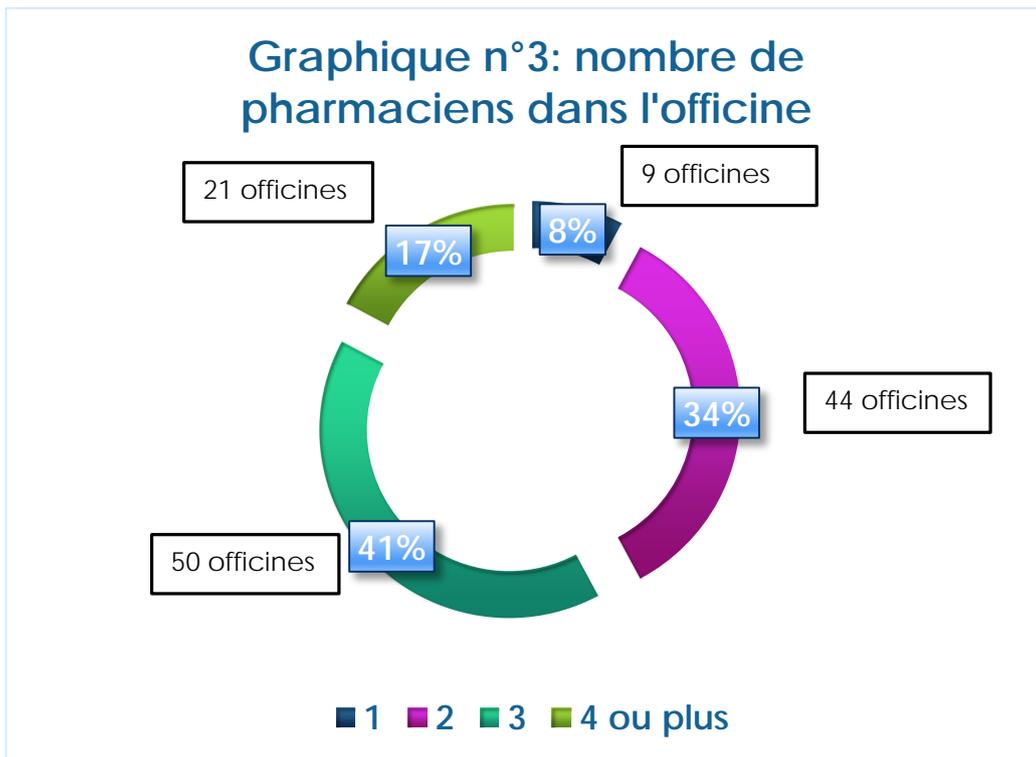
1- Caractéristiques générales des officines sondées

➤ Localisation de l'officine



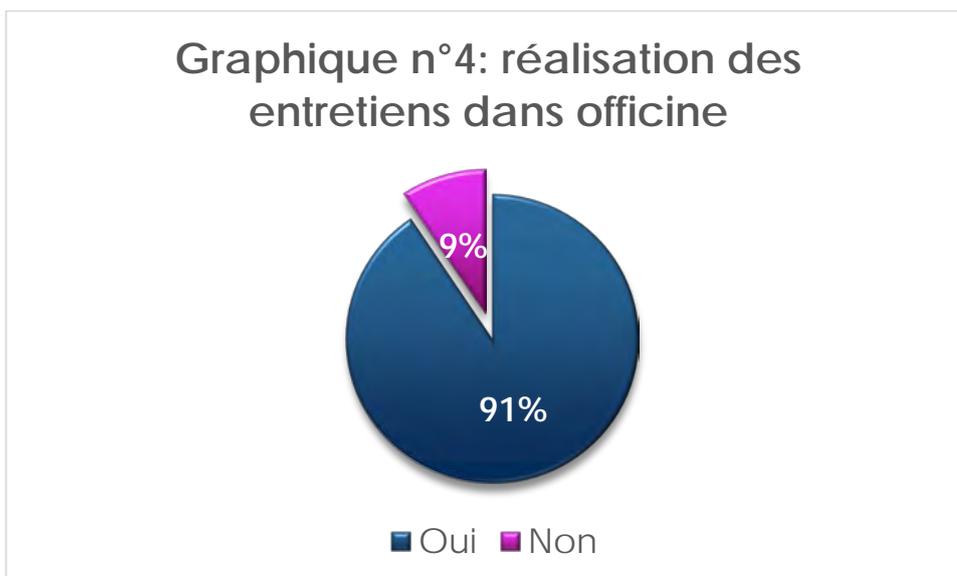
Sur les 124 officines sondées, 25% sont implantées en milieu rural, 28% en milieu semi-urbain et 47% pour le milieu urbain, décomposé en 14% pour les pharmacies urbaines en centre-ville et 33% pour les pharmacies de quartier. Si on effectue un regroupement de classe pour les officines non urbaines (semi-urbain et rural), elles représentent 53%. Ce qui équivaut à une proportion égale entre les pharmacies de grandes villes face aux officines dans des communes plus petites.

➤ Nombre de pharmaciens dans l'officine



Un regroupement de classe entre les pharmacies de petites dimensions (1 ou 2 pharmaciens) et les pharmacies de grandes dimensions (3 pharmaciens ou plus), on arrive respectivement à 42% et 58%, ce qui donne un écart assez faible.

➤ La mise en place des entretiens dans l'officine

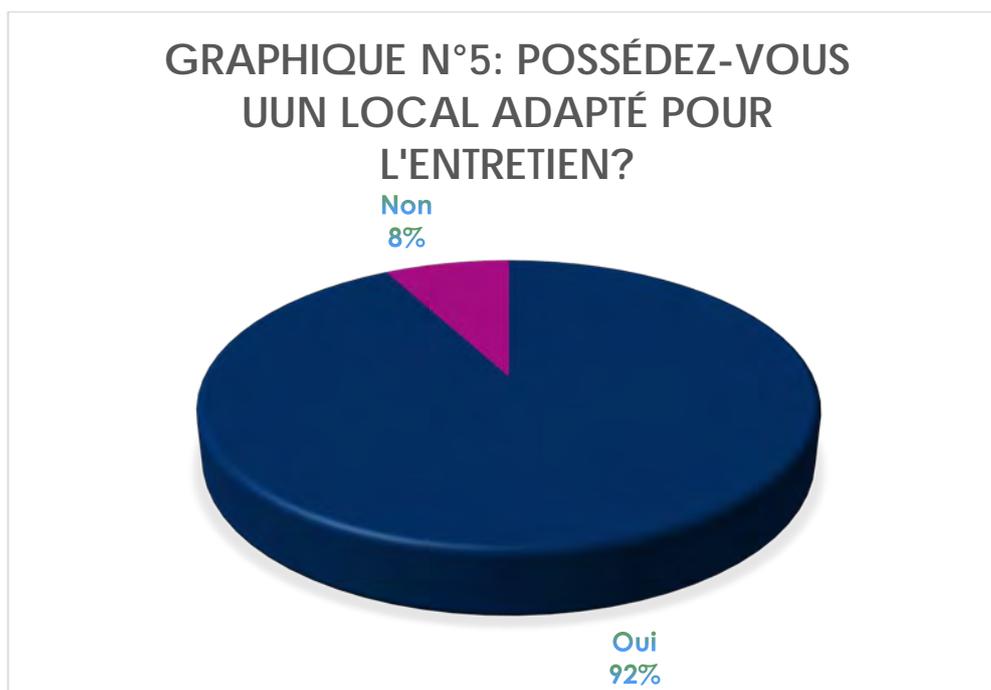


Seuls 9% des pharmaciens ayant répondu au questionnaire n'ont pas encore réalisé d'entretiens dans leur officine, et 91% ont déjà commencé.

2- Analyse descriptive du questionnaire

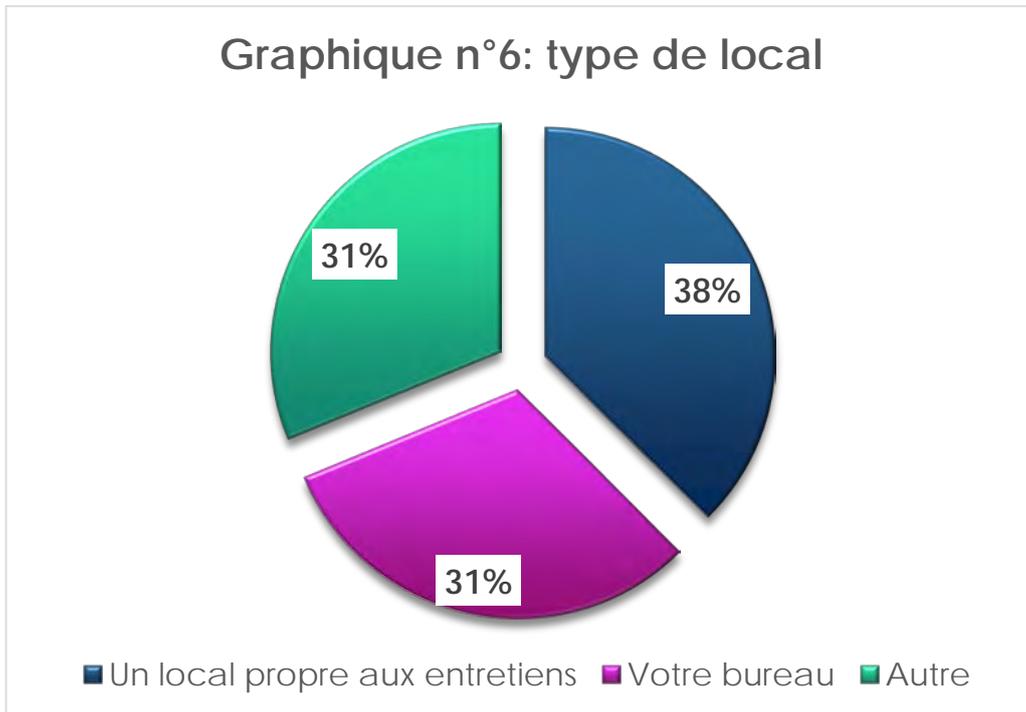
2-1 L'espace dédié à l'entretien

- Possédez-vous un local adapté pour l'entretien ?



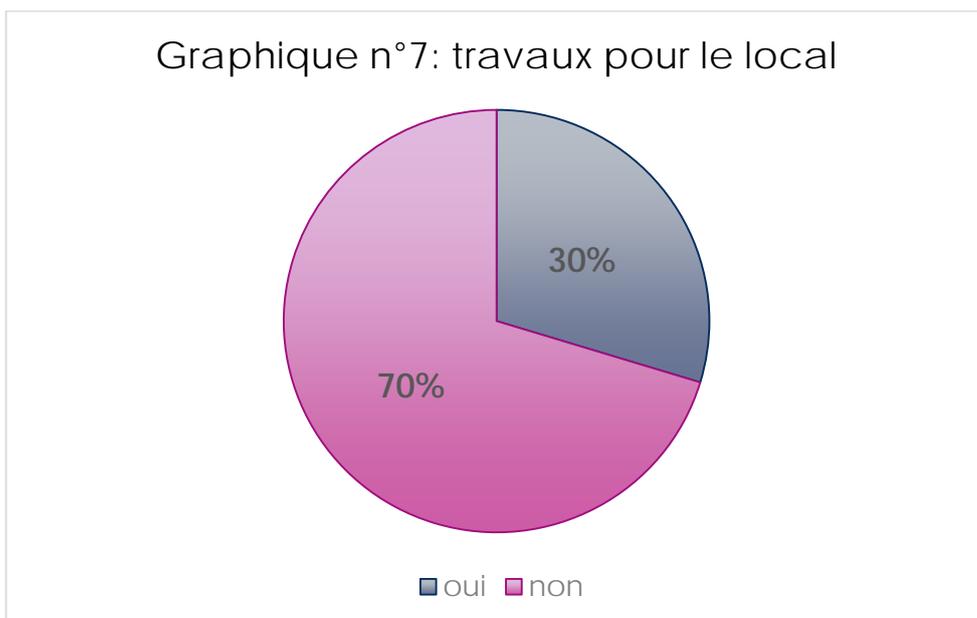
Seulement 8% des sondés n'ont pas de local adapté pour l'entretien, et pour ces 8% ils sont tous dans les sondés n'ayant pas mis en place les entretiens pharmaceutiques.

➤ Votre local est :



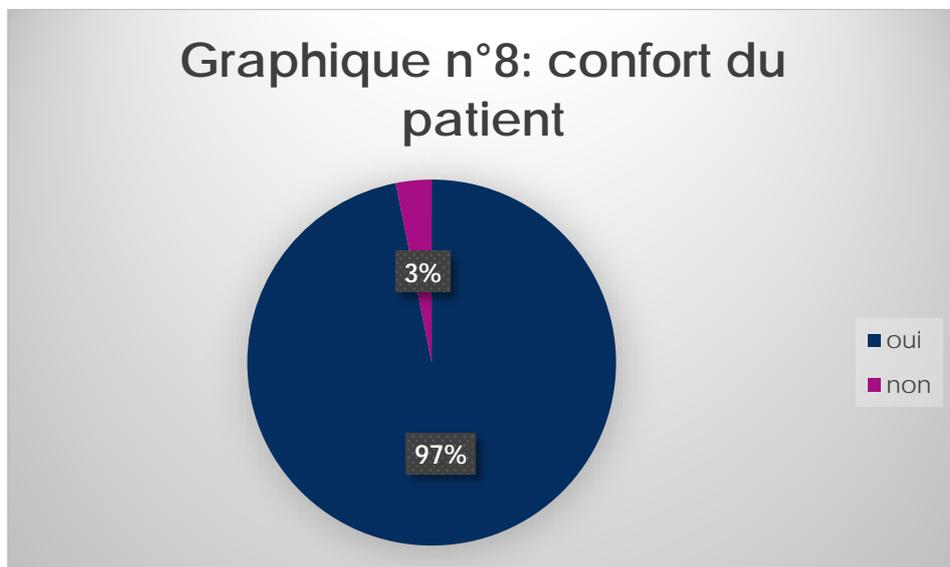
Les sondés ont pour un tiers un local propre aux entretiens, l'autre tiers est leur bureau et pour le reste c'est une salle différente, majoritairement un local servant pour l'orthopédie par exemple.

➤ Avez-vous eu à investir dans des travaux pour la création de ce local ?



Pour 30% des officines, des travaux ont été réalisés pour faire le local servant aux entretiens pharmaceutiques.

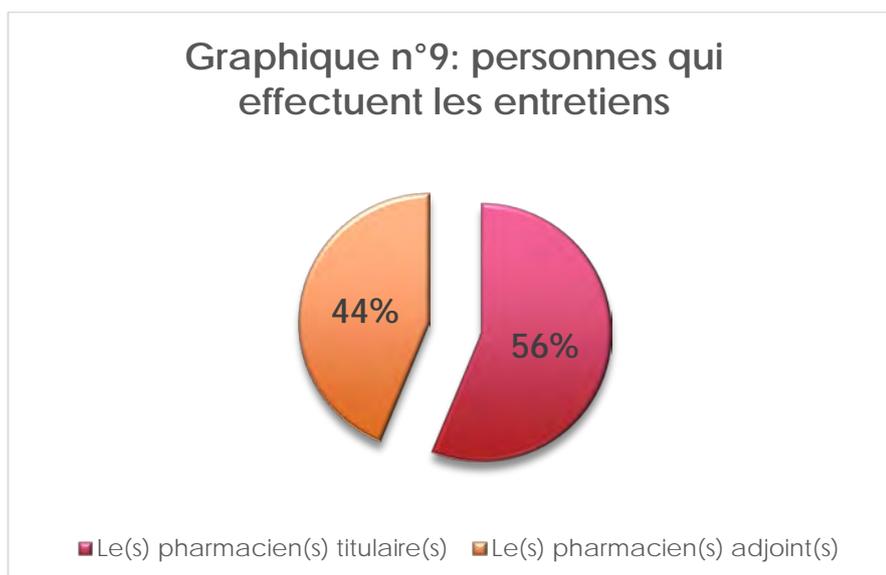
- Avez-vous pensé au confort du patient ?



Seul 3% pharmacies n'ont pas pensé au confort du patient lors de l'entretien.

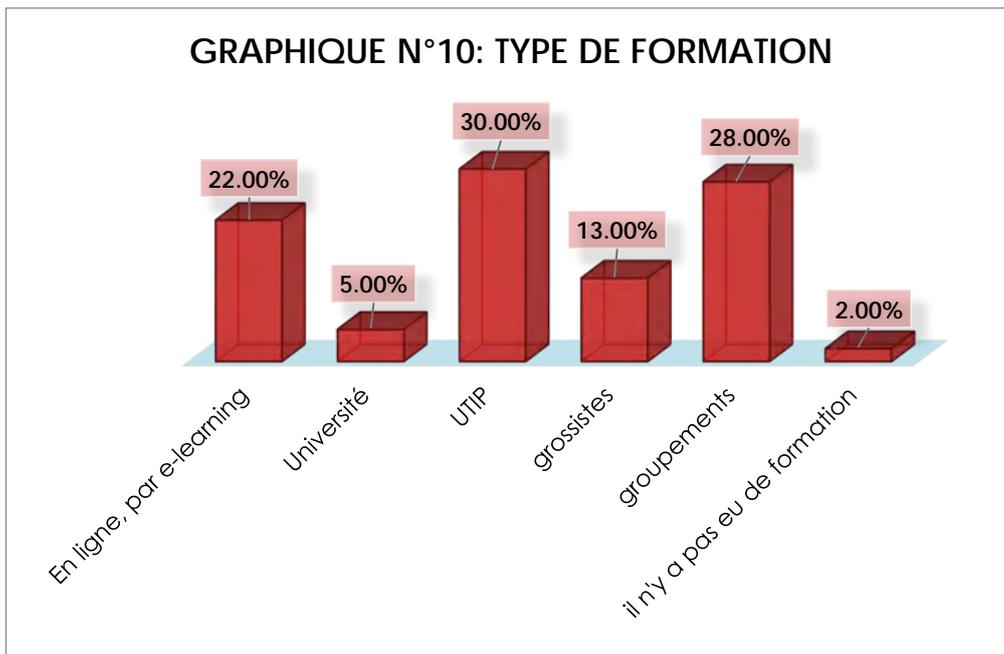
2-2 Les pharmaciens face à l'entretien

- Qui effectue les entretiens dans l'officine ?



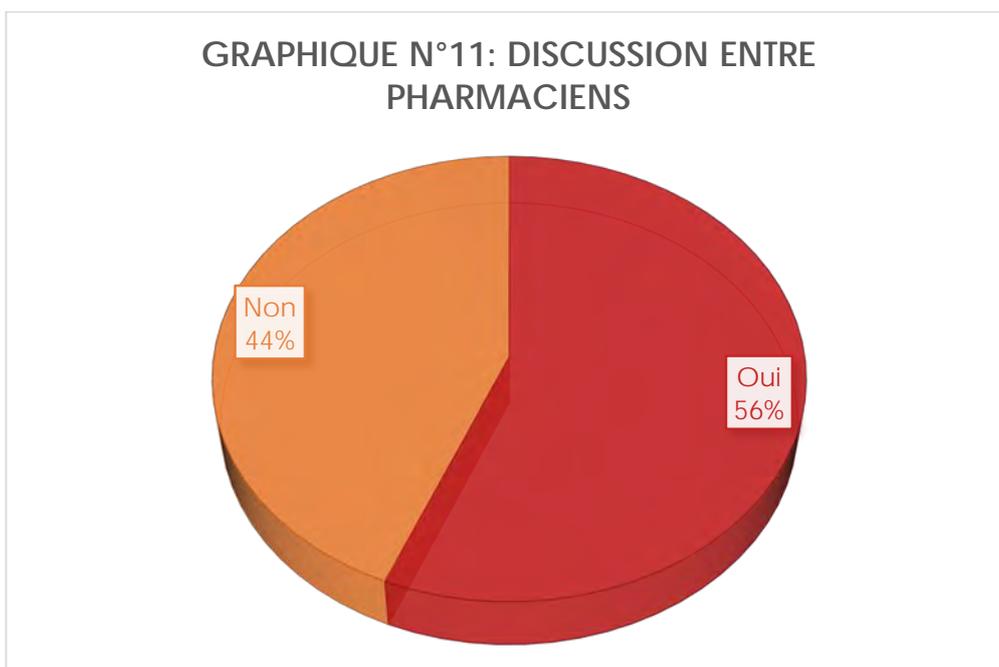
On dénombre parmi les sondés 56% de pharmaciens titulaires qui effectuent les entretiens et 44% sont des adjoints.

➤ Type de formation aux entretiens :



Les pharmaciens se sont majoritairement formés via l'UTIP à 30% et les groupements à 28%, suivis de près par les modules en e-learning. La formation par les grossistes ne représente que 13% et par l'université 5%. Pour 2% des sondés il n'y a pas eu de formation.

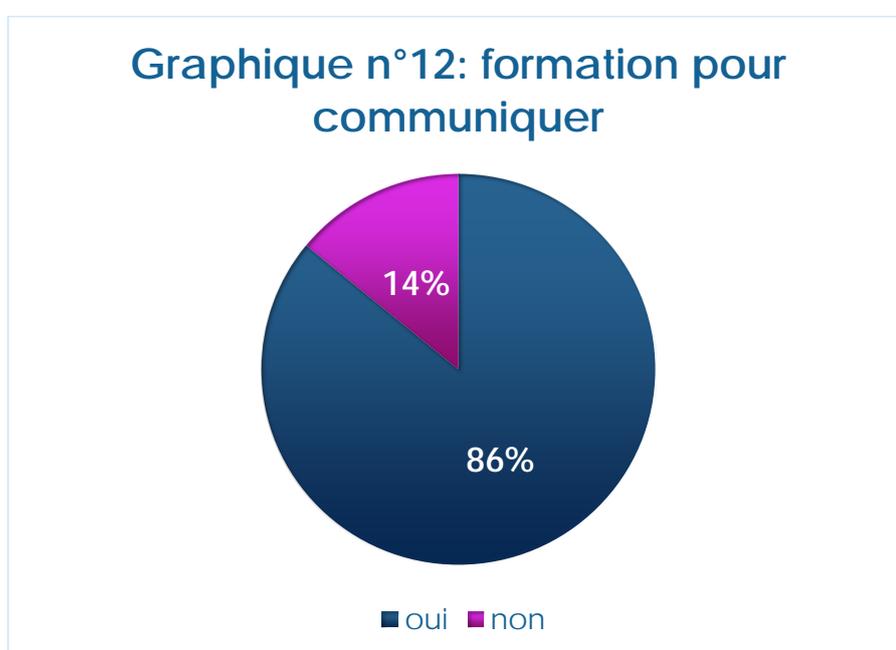
➤ Concertation entre pharmaciens après les entretiens



Seulement 56% des pharmaciens discute avec les autres pharmaciens sur l'entretien réalisé et les conclusions de ce dernier. Les deux formes les plus utilisées pour discuter sont les réunions entre les pharmaciens ainsi qu'un dossier ou un classeur accessible à toute l'équipe.

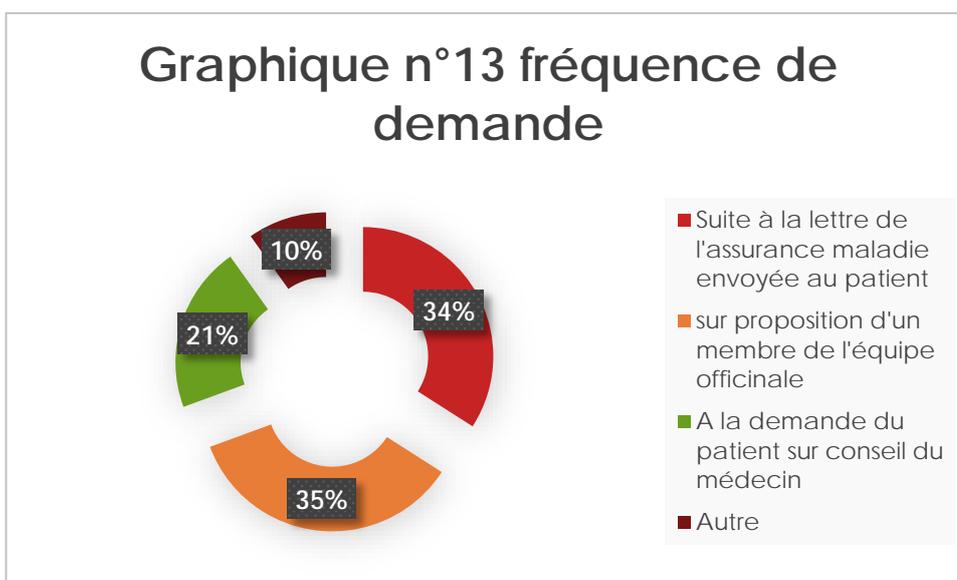
2-3 L'inscription du patient au programme

- Formation de l'équipe officinale à communiquer aux patients éligibles le principe et l'intérêt de ces entretiens.



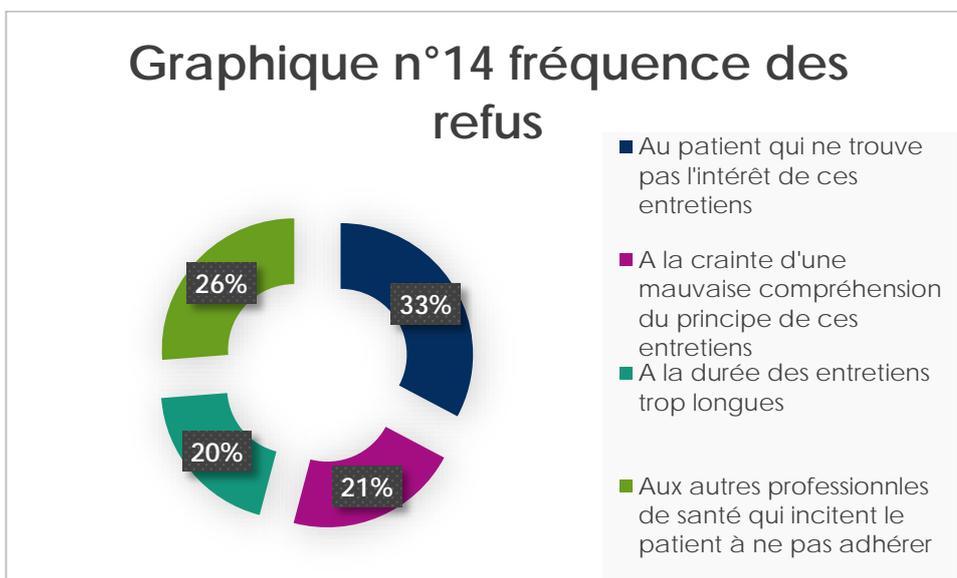
On constate que 86% des pharmaciens ont formé leur équipe à communiquer aux patients le principe et l'intérêt de ces entretiens.

➤ Fréquence des conditions d'inscription



Pour 35% des patients qui adhèrent, cela se fait sur proposition d'un membre de l'équipe officinale. Pour 34%, l'inscription se fait suite au courrier envoyé au patient par l'assurance maladie. 21% sont à la demande du patient sur conseil du médecin et les 10% restants sont diverses raisons.

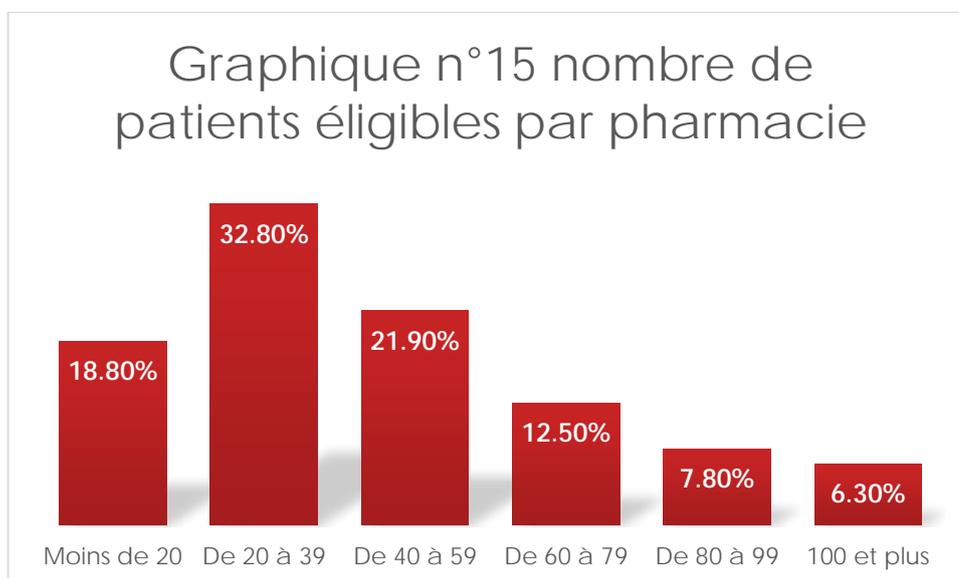
➤ Fréquences des causes de refus des patients



La première cause de refus des patients à adhérer au programme d'accompagnement aux entretiens pharmaceutiques est le patient qui ne trouve pas d'intérêt à adhérer pour 33% des cas (la réponse des patients à « pourquoi ils ne voient pas d'intérêt » est souvent floue), suivi des autres professionnels de

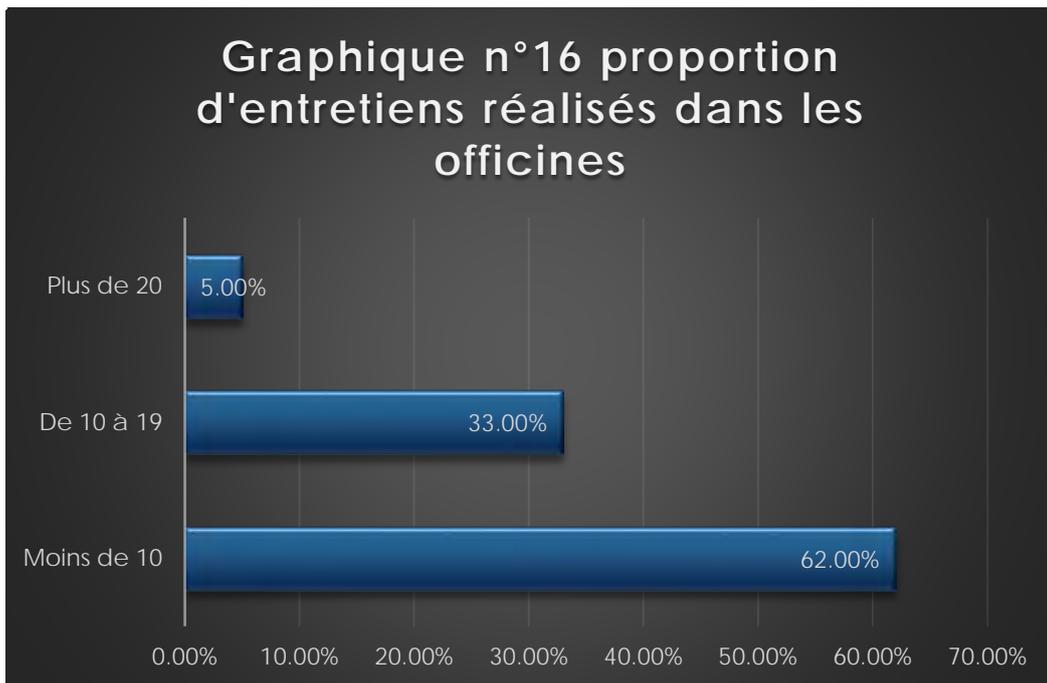
santé qui incitent le patient à ne pas adhérer pour 26% des cas et enfin la durée des entretiens trop longue et la crainte d'une mauvaise compréhension (à 20% et 21% respectivement).

➤ Nombre de patients éligibles par l'officine



La majorité des officines qui ont répondu au questionnaire ont un nombre de patients éligibles entre 20 et 40 (32,80%), de 40 à 59 pour 21,90% des officines et moins de 20 patients pour 18,80% des officines. La somme de ces trois correspond à 73,5% des officines sondées. A partir de 60 patients éligibles, on dénombre une part de 26,5% du nombre de patients.

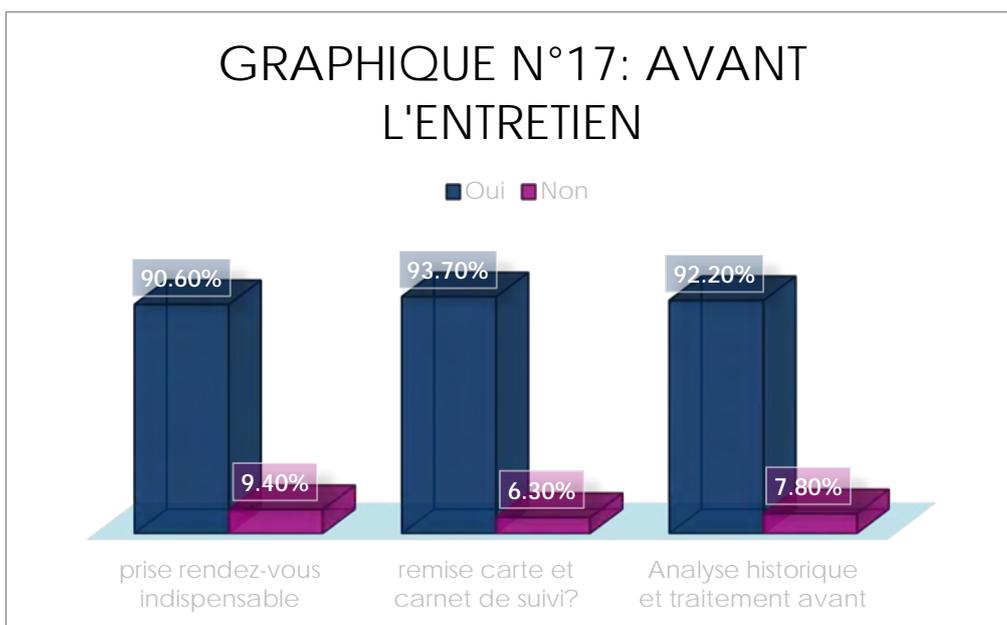
➤ Nombre d'entretiens effectués



La majorité des pharmacies sondées ayant effectué des entretiens en ont réalisé moins de 10 entre avril 2013 et janvier 2014 (62%), un tiers en a réalisé de 10 à 19 et 5% des pharmaciens en ont réalisé plus de 20.

2-4 L'entretien pharmaceutique en lui-même

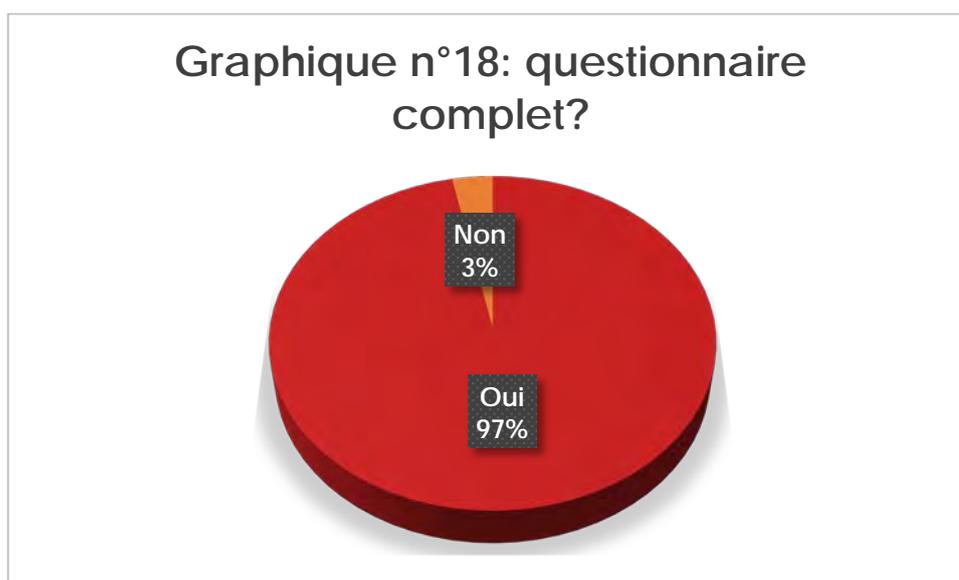
a- La prise de rendez-vous et la préparation de l'entretien :



En ce qui concerne la préparation de l'entretien, 90,6% des pharmaciens trouvent la prise de rendez-vous indispensable ; 93,7% remettent la carte et le carnet de suivi des AVK au patient ; 92,2% analysent l'historique et le traitement du patient avant l'entretien.

b- L'entretien pharmaceutique

- Les pharmaciens trouvent-ils le questionnaire de l'Assurance maladie complet ?



On trouve que 97% des pharmaciens trouvent que le questionnaire de l'Assurance maladie servant de base aux entretiens est complet. Dans les 3% qui ne sont pas complètement satisfaits, ils considèrent tous que le questionnaire de leur groupement respectif est plus complet ou plus simple à utiliser.

- Quels sont les trois points forts de ces entretiens ?

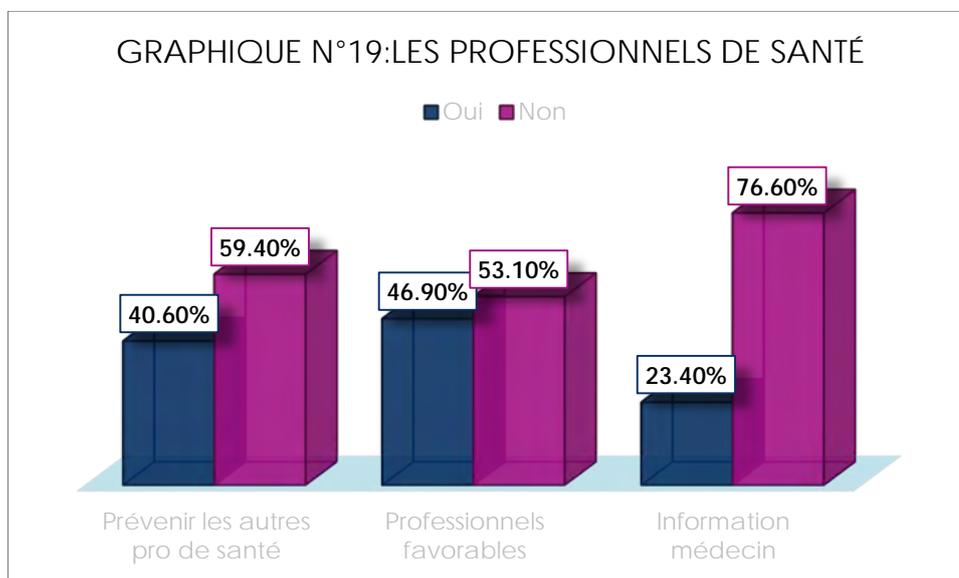
Les trois points forts de l'entretien étant ressortis le plus souvent sont le contact avec le patient (son vécu, sa connaissance du traitement...), l'importance du contrôle de dosage de l'INR et de le marquer sur son carnet, et enfin les risques de surdosage.

- Quels sont les trois plus grosses difficultés de ces entretiens ?

Les trois points faibles retrouvés le plus souvent sont le patient de par son niveau de compréhension des explications parfois trop faible ou ses difficultés

mentales, la gestion du temps de l'entretien et garder le patient centré sur le traitement des AVK quand il a tendance à vite s'égarer.

i. Les relations avec les autres professionnels de santé



On observe que 59,4% des pharmaciens n'ont pas prévenu les autres professionnels de santé lors de la mise en place des entretiens pharmaceutiques dans leur officine. Il est aussi intéressant de remarquer que dans notre étude 46,9% des professionnels de santé semblent favorables à la mise en place de ces entretiens.

Enfin, 76,6% des pharmaciens n'informent pas les médecins des patients qu'ils ont reçus en entretien.

2-5 Commentaires libres

Tous les pharmaciens n'ont pas rempli la case commentaire libre. De ce qu'il en est ressorti, beaucoup de sondé ont fait une synthèse de leur ressenti face aux entretiens.

Ainsi des points négatifs en sont ressortis. On retrouve dans ces commentaires des pharmaciens se sentant seuls dans la mise en place des entretiens, demandant un soutien aux autres professionnels de santé (surtout de la part des médecins), ainsi qu'à la caisse primaire d'assurance maladie d'informer beaucoup mieux professionnels de santé et patients.

Mais plusieurs points positifs ont été repris, dont une revalorisation du métier de pharmacien d'officine qui prend une nouvelle dimension, ainsi qu'un engouement et une satisfaction de ces entretiens par des patients bien souvent réticents à la base. La relation pharmacien/patient en est grandement améliorée.

La conclusion de ces commentaires est une satisfaction globale des pharmaciens qui croient en ces entretiens mais restent prudent face à la pérennisation de ces derniers.

III- Discussion

Notre travail a été d'étudier la mise en place des entretiens pharmaceutiques dans les officines de la région Midi-Pyrénées. Voyons maintenant en détail les idées fortes à retenir de cette enquête.

Il est important de rappeler en premier lieu que nous avons recueilli 124 réponses sur les 1088 officines qui composent la région, ce qui donne 11,4% de sondés en Midi-Pyrénées. En ce qui concerne le nombre d'officines où sont déjà réalisés les entretiens dans cette étude, il est de 113 officines sur 124.

Malheureusement ce chiffre ne peut pas être pris réellement pour compte car il y a un risque pour que certaines pharmacies n'aient pas répondu au questionnaire n'ayant pas mis en place ces entretiens. Mais pour le reste du questionnaire, le panel de pharmacies ayant réalisé les entretiens permet de donner une valeur représentative à chaque question.

En ce qui concerne l'espace dédié à l'entretien, 92% des pharmaciens sondés possède un local adapté à ces entretiens. Sur ces 92%, environ 40% des pharmaciens utilisent un local propre à l'entretien, 31% leur bureau sert de pièce pour les entretiens et 31% usent d'un autre local qui bien souvent sert aussi à l'orthopédie ou aux commandes avec les laboratoires.

Il en ressort d'ailleurs que 70% des sondés ont investi dans des travaux pour aménager le local, et 92% ont pensé au confort du patient dans le choix de leur local.

Il est intéressant de noter que dans notre étude que les 8% n'ayant pas de local pour les entretiens font partie des 9% de sondés qui n'ont pas encore effectués d'entretiens et une des raisons à ne pas avoir démarré ces entretiens est justement l'attente de la création d'un local adapté.

Pour ce qui est des personnes effectuant des entretiens dans l'officine, ce sont les pharmaciens titulaires qui sont majoritairement représentés mais l'écart est mince. Cet écart peut s'expliquer par le fait que le titulaire implique très souvent ses adjoints dans la réalisation des entretiens mais il y a dans notre panel des pharmacies avec seulement des pharmaciens titulaires.

Dans les cas où il y a plusieurs pharmaciens qui effectuent les entretiens dans l'officine, seulement 56% communiquent entre eux sur les entretiens réalisés et les conclusions de ces derniers permettant à la fois un suivi plus approfondi du patient par l'équipe et un relais facile si l'entretien suivant est réalisé par un autre pharmacien. Dans le cas où l'équipe communique, cela se fait le plus souvent lors de réunion ou avec la mise en place dans l'officine d'un dossier réunissant tous les entretiens réalisés et les informations s'y rapportant. Certains font aussi une transmission directe de bouche à oreille.

En ce qui concerne la formation des pharmaciens à l'accompagnement des patients sous AVK, celle-ci a été faite principalement via l'UTIP, un organisme de formation professionnelle, les groupements ou en e-learning. Il convient de souligner que de plus en plus de pharmaciens se forment via des bases numériques.

Si l'on s'intéresse maintenant à l'inscription du patient au programme d'accompagnement, on remarque que 86% des pharmaciens sondés ont formé leur équipe à proposer aux patients l'inscription à ces entretiens ainsi qu'à leur communiquer le principe et l'intérêt de ce dernier.

En ce qui concerne l'accord du patient pour s'inscrire au programme, cela s'effectue le plus souvent soit par proposition de l'équipe officinale (35%), soit suite au courrier de l'assurance maladie reçu par le patient (34%). On peut remarquer que dans notre étude 20% des demandes sont dues à un conseil du médecin après demande du patient auprès de celui-ci.

Pour ce qui est des refus des patients à s'inscrire, la première cause est l'absence d'intérêt, dont on ne connaît la cause, du patient pour ces entretiens (33%), suivi de l'incitation de autres professionnels de santé à refuser la mise en place de ces entretiens (26%), puis arrive la crainte d'une mauvaise compréhension du principe de ces entretiens (21%) et enfin la durée de l'entretien trop longue pour le patient (20%).

Voyons ensuite le nombre de patients éligibles par pharmacie : ce nombre varie entre 20 et 40 patients (32,8%), et le nombre de patients dans cette moyenne dépend à la fois de la taille de l'officine, mais aussi de la patientèle de la pharmacie.

Sur tous ces patients éligibles, nous pouvons voir que la majorité de nos pharmaciens ont réalisés en six mois moins de 10 entretiens pharmaceutiques (62%), et qu'un tiers en a quand même effectué entre 10 et 20 entretiens.

Discutons ensuite sur les entretiens pharmaceutiques à proprement parlé. Pour 90% des pharmaciens, la prise de rendez-vous est indispensable, ainsi que la remise du carnet de suivi (93,7%). En ce qui concerne l'analyse de l'historique et du traitement du patient avant l'entretien, 92% des pharmaciens s'y mettent avant l'entretien.

Le ressenti des pharmaciens quant à la base pour l'entretien est très clair : pour la très grande majorité, le questionnaire de l'Assurance Maladie est un excellent support pour réaliser l'entretien. Certains le trouvent incomplet ou répétitif et préfèrent un autre support comme le questionnaire de leur groupement par exemple.

Les trois points forts des entretiens ont lors de cette étude été très majoritairement les mêmes. Celui qui est ressorti le plus le contact privilégié que le pharmacien a avec le patient. En effet, le fait d'avoir un dialogue posé dans un lieu isolé ne laissant que le patient et le pharmacien permet d'entamer un dialogue plus approfondi et en particulier le patient se livre plus facilement qu'au comptoir. Les pharmaciens remarquent que leur rôle d'acteur de santé publique est mieux reconnu.

Vient ensuite l'éducation du patient à l'importance du dosage de l'INR et toutes les conséquences qu'il en découle, ainsi que le risque de surdosage. Selon les pharmaciens sondés, il en ressort que ces deux derniers points sont vraiment méconnus du patient par rapport à leur importance.

Pour les trois plus grosses difficultés, nous retrouvons en première position le patient de par son niveau de compréhension faible des explications que le pharmacien est amené à prodiguer. En effet, beaucoup de patients ont du mal à comprendre leur pathologie ou à suivre tout ce que leur expliquent les pharmaciens qui doivent s'y reprendre à plusieurs fois.

La seconde grande difficulté est la gestion du temps lors de l'entretien. En effet, rester dans un cadre de 20 minutes est complexe, entre la compréhension difficile

du patient ou le patient qui s'écarte du sujet, mais aussi les points sur lesquels on doit revenir...

La troisième difficulté découle de la première et deuxième : c'est garder l'attention du patient centré sur son traitement.

Pour finir en ce qui concerne les relations des pharmaciens sondés avec les autres professionnels de santé par rapport à ces entretiens, seulement 40% des pharmaciens ont prévenu les autres professionnels de santé et 23% ont informés le médecin des résultats du patient après l'entretien. Les raisons majeures évoquées par les pharmaciens sont que les professionnels de santé doivent déjà être au courant ou que le patient préviendra le médecin des entretiens. En effet, les sondés expliquent que les médecins et infirmiers ne sont pour la plupart pas favorable à la mise en place de ces entretiens et que pour certains plus qu'une question de formation c'est une rémunération qui devrait leur appartenir et non aux pharmaciens. Il est important que médecin et infirmières comprennent que le pharmacien ne modifie pas le traitement du patient. Le chiffre de 46,9% de professionnels de santé favorables à ces entretiens corrobore ces résultats. Il est important de souligner que dans les cas où le médecin et le pharmacien s'entendent bien, ces problèmes-ci n'existent pas et n'ont pas été soulevés.

Cette mise en place est toute récente et il serait intéressant de refaire cette étude dans un à deux ans quand la majorité des pharmacies auront mis le dispositif en place, les mentalités et les difficultés devraient bien changer.

Les limites de l'étude :

Au niveau méthodologique, nous avons utilisé trois moyens de recueils pour ce questionnaire pharmaciens. Concernant la distribution, cela a été la partie la plus difficile, et nous n'avons pu toucher toutes les pharmacies de Midi-Pyrénées.

Du fait de la jeunesse de la mise en place des entretiens pharmaceutiques, l'échantillon étudié n'est pas assez représentatif de toutes les pharmacies de la région, notamment avec des départements où les questionnaires n'ont pu malheureusement que trop peu être distribués. Par contre en ce qui concerne l'étude des entretiens ainsi que les relations avec les médecins nous pouvons nous

baser sur 113 officines qui est un chiffre représentatif (plus de 10% des pharmacies de Midi-Pyrénées).

Pour éviter les doublons, nous avons demandé le nom de l'officine et titulaire, mais nous n'avons pas eu à nous en servir, aucun pharmacien n'a répondu deux fois, ce qui montre qu'ils ont participé sérieusement à cette étude, qu'ils ont pris le temps de lire consciencieusement et ont compris notre démarche qui consiste à retranscrire leurs idées dans cet écrit.

CONCLUSION :

Tout au long de ce travail nous avons vu comment en peu de temps le métier de pharmacien d'officine a évolué.

Tout d'abord le mode de rémunération du pharmacien d'officine est en train de changer : des paiements à la performance sont mis en place et une marge sur l'honoraire va permettre de séparer une partie de la rémunération du pharmacien de la marge du médicament.

De plus, le pharmacien est enfin reconnu comme un professionnel de santé à part entière, rentrant dans un protocole de coopération centré autour du patient, améliorant son rôle de spécialiste du médicament. A cela viennent s'ajouter de nouvelles missions d'accompagnement du patient.

Ce travail a aussi permis de voir comment mettre en place un entretien pharmaceutique type et les obligations qui en découlent. En effet, une formation est nécessaire à la fois pour le pharmacien qui réalise les entretiens mais aussi pour l'équipe officinale afin de permettre au patient de pouvoir adhérer au programme sans aucun à priori ou inquiétude. De plus, pièce adaptée est obligatoire pour réaliser ces entretiens, permettant une confidentialité complète. Les résultats de notre enquête ont d'ailleurs démontré que la mise en place de ces entretiens s'est très bien réalisée, pour la quasi-totalité des sondés. Une communication de toute l'équipe par rapport à la mise en place et la réalisation de ces entretiens est faite dans chaque officine.

Pour ce qui est de l'entretien à proprement parlé, les pharmaciens en réalisent de plus en plus et ceux-ci sont très bien accueillis à la fois par les patients et les pharmaciens. Il en ressort pour beaucoup la création d'un lien particulier entre les deux ainsi qu'une reconnaissance du rôle du pharmacien par le patient. C'est via ces entretiens que des patients ont pu se rendre compte de leur méconnaissance de leur traitement et de l'amélioration de leur prise en charge.

En ce qui concerne la communication entre le pharmacien et les autres professionnels de santé, notamment les médecins, face à la mise en place des entretiens pharmaceutiques, celle-ci n'est pas du tout bonne. Cela s'explique

principalement par une méconnaissance de l'intérêt et du principe de ces entretiens se traduisant par une peur de perdre une partie de leur métier amputée par le pharmacien. Cependant pour une bonne partie des sondés, les professionnels de santé connaissent bien les pharmaciens et accueillent chaleureusement cette mise en place car ils en connaissent pour la plupart les tenants et aboutissants.

Pour conclure, l'accompagnement des patients sous antivitamine k par le pharmacien est la première mission issue de la loi HPST modifiant le travail de l'officiel. Ces entretiens sont une chance pour le pharmacien qui exerce son art en appliquant ses connaissances et son rôle de conseil par l'éducation du patient, mais aussi pour le patient en lui permettant de voir ou revoir des bases étudiées avec le médecin ou lors de formations d'éducation thérapeutique.

Mais via ces entretiens, le pharmacien d'officine rentre pleinement dans le parcours de soin du patient au même titre que les autres professionnels de santé, et une réelle communication doit se faire entre tous ces professionnels, car chacun a un rôle précis à jouer en collaboration avec les autres et ces entretiens sont là pour le prouver : par ces accompagnements le pharmacien n'est pas là pour remplacer le rôle de diagnostic ou de prescripteur du médecin.

Les pharmaciens s'investissent dans les entretiens AVK, et l'accompagnement des patients asthmatiques devrait obtenir les mêmes résultats encourageants. C'est une chance que nous avons de revaloriser notre profession, ne la gâchons pas.

ANNEXE N°1 : FICHE DE SUIVI PATIENT PAR L'ANSM

INFORMATIONS GÉNÉRALES CONCERNANT LE PATIENT

Nom :
Prénom :
Date de naissance :
N° d'Immatriculation :
Régime d'affiliation :
Adresse :
Date entretien 1 et nom du pharmacien :
Date entretien 2 et nom du pharmacien :
Date entretien 3 et nom du pharmacien :

	Entretien 1	Entretien 2	Entretien 3
Poids			
Nom de l'AVK prescrit			
Nom du prescripteur			
Autres médicaments prescrits			
Autres médicaments/compléments alimentaires consommés par le patient			
Habitudes de vie pouvant interférer avec le traitement AVK (alimentation, difficultés à effectuer les contrôles d'INR, observance...)			
Historique de la prescription des AVK			
Difficultés motrices/cognitives/sensorielles			
Laboratoire qui dose habituellement l'INR			
Le patient a-t-il un carnet de suivi et une carte AVK ?			
Demander au patient comment il vit globalement son traitement			

NOTIONS GÉNÉRALES SUR LE TRAITEMENT AVK

Principes du traitement

	Entretien 1	Entretien 2	Entretien 3
1. Le patient sait-il à quoi sert « nom de la spécialité AVK prescrite » ?	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> NA
2. Le patient sait-il pourquoi « nom de la spécialité AVK prescrite » lui a été prescrit ? Si oui, est-il capable de restituer en termes simples l'indication thérapeutique ?	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> NA
3. Le patient sait-il si ce médicament comporte certains risques ? Si oui, le patient les connaît-il ?	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> NA
4. Le patient connaît-il la dose qu'a prescrite son médecin ? si oui, la respecte-t-il ?	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> NA
5. Le patient sait-il à quelle heure il doit prendre ce médicament et qu'il faut le prendre tous les jours à la même heure ?	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> NA
6. Le patient sait-il quoi faire en cas d'oubli ? Si oui, explicitez.	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> NA
7. Le patient sait-il qu'il est important : - de noter les prises sur son carnet de suivi ? - de noter tout oubli éventuel dans son carnet de suivi ?	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> NA

Surveillance biologique du traitement

	Entretien 1	Entretien 2	Entretien 3
8. Le patient connaît-il la valeur de son INR cible ? Si oui, quelle est-elle ?	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> NA
9. Le patient sait-il que le dosage de l'INR doit être effectué impérativement selon le calendrier établi par le médecin et toujours dans le même laboratoire ? Vérifiez avec le patient qu'il dispose bien du calendrier de suivi de son INR.	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> NA
10. le patient sait-il pourquoi il doit faire sa prise de sang pour dosage de l'INR, le matin (transmission au médecin) ?	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> NA
11. Le patient sait-il que, dès qu'il la connaît, il doit immédiatement noter la valeur de l'INR dans son carnet de suivi et appeler son médecin si cette valeur de l'INR sort de la fourchette ?	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> NA
12. A quelle fréquence le patient réalise-t-il le contrôle de l'INR ?	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> NA

Surveillance de l'apparition des signes évocateurs d'une dose trop élevée

	Entretien 1	Entretien 2	Entretien 3
13. Le patient connaît-il les signes évocateurs d'un surdosage et la conduite à tenir ? - signes banals : saignement des gencives, saignement de nez, hémorragie conjonctivale, règles exceptionnellement abondantes, hématomes. - signes plus inquiétants : sang dans les urines, sang dans les selles, selles noires et nauséabondes, crachats sanglants, vomissements sanglants, saignement persistant ; - signes trompeurs : fatigue, essoufflement, pâleur, céphalées ne cédant pas au traitement antalgique habituel, malaise inexplicé ;	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> NA
14. Lui est-il déjà arrivé de ressentir certains de ces signes ? Si oui, qu'a-t-il fait ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

Les autres médicaments

	Entretien 1	Entretien 2	Entretien 3
15. Hormis ce traitement, le patient prend-il d'autres médicaments ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

16. Le patient connaît-il les médicaments qui sont contre-indiqués avec son traitement ? Si oui, peut-il citer des médicaments d'usage courant contre-indiqués avec son traitement ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
17. Arrive-t-il au patient de prendre, sans avis médical ou conseil pharmaceutique, d'autres médicaments qu'il a par exemple dans son armoire à pharmacie ? Si oui, lesquels	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

Vie quotidienne et alimentation

	Entretien 1	Entretien 2	Entretien 3
18. Le patient connaît-il les précautions à prendre pour minimiser les risques hémorragiques dans la vie quotidienne (prévention des chocs et blessures lors d'activités sportives ou de loisirs) ? peut-il en citer 3 ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
20. Le patient connaît-il les règles à suivre en matière d'alimentation et les principaux aliments riches en vitamine K ?	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> NA
21. Le patient sait-il qu'il ne doit pas prendre certaines tisanes, ni de complément alimentaire sans en parler à son médecin ou son pharmacien ?	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> NA

Les professionnels de santé

	Entretien 1	Entretien 2	Entretien 3
22. En dehors de son médecin ou de son pharmacien, quels autres professionnels de santé le patient rencontre-t-il ?
23. Le patient leur présente-t-il la carte « je prends un traitement anticoagulant par AVK » qui lui a été remise ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
24. Le patient sait-il qu'il doit tenir informé son médecin traitant de toute intervention médicale (extraction dentaire, petite chirurgie, etc.) ou changement dans sa situation (par exemple survenue d'une grossesse) ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

CONCLUSION POUR LE PATIENT

	Entretien 1	Entretien 2	Entretien 3
25. Le patient a-t-il des questions ? si oui, lesquelles ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

CONCLUSION POUR LE PHARMACIEN

	Entretien 1	Entretien 2	Entretien 3
26. Petite synthèse de l'entretien et durée approximative			
27. Appréciation du pharmacien sur le niveau d'information du patient			
28. Principaux points sur lesquels il faudra revenir en priorité lors de l'entretien suivant			
29. Prévoir la présence d'un accompagnant pour l'entretien suivant	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
30. Prévoir l'orientation du patient vers le prescripteur	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
31. Prévoir une prise de contact avec le prescripteur	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

SUIVI DE L'ACCOMPAGNEMENT

Convenir avec le patient des modalités de suivi de l'accompagnement.	
Envisager avec lui le nombre et la fréquence des entretiens.	
Insister sur l'importance du suivi biologique	

Remplacement du traitement AVK par un autre anti thrombotique oui non
date :

Le Switch vers un autre anti thrombotique implique l'arrêt de l'accompagnement AVK

Arrêt du traitement anticoagulant oui non
date :

L'arrêt du traitement anticoagulant implique l'arrêt de l'accompagnement AVK

ANNEXE N°2 : QUESTIONNAIRE A DESTINATION DES PHARMACIENS

1- Informations sur l'officine :

- Nom de l'officine :
- Nom du titulaire de l'officine :
- Code postal :
- Votre officine est située en milieu :
 Rural Semi-urbain Urbain : ceinture-ville Urbain : quartier
- Nombre de pharmaciens diplômés dans l'officine :
 1 2 3 4 ou plus
- Réalisez-vous dans votre officine les entretiens pharmaceutiques ?
 Oui Non

Si non, pourquoi et pensez-vous les mettre en place dans les mois à venir ?

.....
.....

2- Mise en place des entretiens dans l'officine :

a- L'espace dédié à l'entretien :

- Possédez-vous un local adapté (isolé visuellement et phonétiquement) pour l'entretien ?
 Oui Non

Si non, pourquoi et pensez-vous en mettre ce local en place dans les mois à venir ?

.....
.....

- Votre local est-il :
 Un local propre aux entretiens pharmaceutiques
 Votre bureau

Autre, préciser :

.....
.....

➤ Avez-vous eu à investir dans des travaux pour la création de local ?
Oui

Non

➤ Avez-vous pensé au confort du patient ?

Oui

Non

b- Les pharmaciens face à l'entretien :

➤ Les entretiens sont effectués dans votre officine par :

Le(s) pharmacien(s) titulaire(s) Le(s) pharmacien(s) adjoint(s)

➤ La formation aux entretiens et la mise à niveau des connaissances sur le thème des anticoagulants oraux a été faite (plusieurs choix possibles) :

En ligne, par e-learning

Lors de journées ou soirées de formation dédiées :

Université UTIP Grossistes Groupements

Il n'y a pas eu de formation

➤ Si plusieurs pharmaciens font passer les entretiens, vous concertez-vous pour discuter des résultats de chaque entretien ?

Oui

Non

Si oui, sous quelle forme (réunion, cahier mis à la disposition de tous les pharmaciens...) ?

.....

c- L'inscription du patient au programme des entretiens pharmaceutiques

➤ L'équipe officinale a-t-elle été formée à communiquer aux patients éligibles le principe et l'intérêt de ces entretiens pharmaceutiques ainsi que les modalités d'inscription à cet accompagnement ?

Oui Non

Si non, pourquoi ?

.....

- L'inscription se fait (annoter de 1 à 4, en fonction de la fréquence, 4 étant le plus fréquent) :
 - Suite à la lettre de l'assurance maladie envoyée au patient apportée par ce dernier
 - Sur proposition d'un membre de l'équipe officinale
 - A la demande du patient sur conseil du médecin
 - Autre, préciser :
.....
- Les causes de refus des patients à adhérer au dispositif d'accompagnement sont dues selon vous (annoter de 1 à 4, en fonction de la fréquence, 4 étant le plus fréquent) :
 - Au patient qui ne trouve pas l'intérêt de ces entretiens
 - A la crainte d'une mauvaise compréhension du principe de ces entretiens
 - A la durée des entretiens trop longue
 - Aux autres professionnels de santé qui incitent le patient à ne pas adhérer
- Quelle est pour votre officine, le nombre de patients qui pourraient être éligibles pour rentrer dans cette démarche ?
.....
- Quel est le nombre d'entretiens que vous avez effectués ?
.....

d- L'entretien pharmaceutique en lui-même

I- La prise de rendez-vous et la préparation de l'entretien

- Trouvez-vous indispensable la prise de rendez-vous pour un entretien ?
 Oui Non
- Remettez-vous au patient une carte où est indiqué son rendez-vous, ainsi que son carnet d'information et de suivi, s'il ne l'a pas encore ?
 Oui Non
- Prenez-vous le temps de regarder l'historique du patient et la régularité de ses prescriptions avant l'entretien ?
 Oui Non

II- L'entretien pharmaceutique

- Trouvez-vous que le questionnaire servant de base pour les entretiens est complet ?

Oui Non

Si non, que modifieriez-vous ?

.....

- Quels sont selon-vous les trois points forts dans le déroulement de ces entretiens ?

.....
.....
.....

- Quelles sont selon-vous les trois plus grosses difficultés dans le déroulement de ces entretiens ?

.....
.....
.....

e- Les relations avec les autres professionnels de santé

- Lorsque vous avez décidé de mettre en place ces entretiens, avez-vous prévenus les autres professionnels de santé ?

Oui Non

Si non, pourquoi ?

.....

- Ces professionnels ont-ils été favorables à cette mise en place ?

Oui Non

Si non, pourquoi ?

.....

- Informez-vous directement le médecin à chaque fois qu'un patient s'inscrit au programme d'accompagnement ?

Oui Non

Si non, pourquoi ?

.....

Commentaire libre :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Bibliographie

¹ Historique du projet de loi 12 février 2009

<http://www.sante.gouv.fr/l-historique-du-projet-de-loi.html>

² Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relatives aux patients, à la santé et aux territoires.

JO de la RF du 22 juillet 2009

³ Rapport de l'OMS-Europe, publié en 1996, Therapeutic Patient Education – Continuing Education Programmes for Health Care Providers in the field of Chronic Disease, traduit en français en 1998

⁴ Education thérapeutique du patient : Comment la proposer et la réaliser ? Guide de la Haute Autorité de Santé

[http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/etp -
comment la proposer et la realiser - recommandations juin 2007.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/etp_-_comment_la_proposer_et_la_realiser_-_recommandations_juin_2007.pdf)

⁵ Loi n°2011-940 du 10 août 2011 modifiant certaines dispositions de la loi no 2009-879 du

21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

JO de la RF du 11 août 2011

⁶ Article L 4011-1 du Code de la Santé Publique

⁷ La loi HPST à l'hôpital, les clés pour comprendre ANAP, ministère de la santé, Vademecum pour la loi HPST
Disponible sur www.anap.fr

⁸ Décret n° 2011-375 du 5 avril 2011 relatif aux missions des pharmaciens d'officine correspondants

JO de la RF du 5 avril 2011

⁹KPMG Moyenne professionnelle 2012 20^{ème} édition

¹⁰Synthèse du rapport IGAS du 11

¹¹LOI n° 2011-1906 du 21 décembre 2011 de financement de la sécurité sociale pour 2012

JO de la RF du 21 décembre 2011

¹² Circulaire 2011 - 268a - PLFSS 2012

<http://circulaire.legifrance.gouv.fr/>

¹³ Convention nationale pharmaceutique du 4 mai 2012

[JO de la RF du 6 mai 2012](#)

¹⁴ La politique du médicament en France mise à jour juin 2013

<http://www.irdes.fr>

¹⁵ Réforme de la rémunération : les points clés de l'accord

Le quotidien du pharmacien n°3060 du 16 janvier 2014

- ¹⁶ Article R.5121.1-5 du Code de la Santé Publique
- ¹⁷ Accord national relatif à la fixation d'objectifs de délivrance de spécialités génériques.
25 juillet 2006. JO de la RF
Disponible sur : <http://www.ameli.fr>
- ¹⁸ Article 26-2 : texte de la nouvelle convention nationale médicale des médecins généralistes et des médecins spécialistes.
JO de la RF, 2011
- ¹⁹ Présentation de la convention nationale pharmaceutique par la FSPF
<http://www.ces-asso.org>
- ²⁰ Communiqué de presse du 19 juin 2013 de l'USPO
<http://www.uspo.fr>
- ²¹ Article 28.2 : texte de la nouvelle convention nationale pharmaceutique
JO de la RF, 2012
- ²² Les anticoagulants en France en 2012, état des lieux et surveillance.
ANSM, Juillet 2012
- ²³ Schéma Commun AVK 2011 approuvé par la commission de l'AMM
[http://ansm.sante.fr/Dossiers/Anti-vitamine-K-AVK/Information-pour-les-professionnels-de-sante/\(offset\)/2](http://ansm.sante.fr/Dossiers/Anti-vitamine-K-AVK/Information-pour-les-professionnels-de-sante/(offset)/2)
- ²⁴ Quelques données théoriques et pratiques sur l'INR et le Temps de Quick en %
Fiche technique 11 du CSCQ
http://www.cscq.ch/SiteCSCQ/FichierPDF_FR/inr_quick.pdf
- ²⁵ Arrêté du 24 juin 2013 portant approbation de l'avenant n° 1 à la convention nationale du 4 avril 2012 organisant les rapports entre les pharmaciens titulaires d'officine et l'assurance maladie relatif à l'accompagnement des patients chroniques sous anticoagulants oraux
JO de la RF, 24 juin 2013
- ²⁶ « A la conquête des AVK »,
Article tiré du journal *Le pharmacien de France* de janvier 2013
- ²⁷ « Partie III : préalable à l'entretien »
Les patients sous anticoagulants oraux Guide n°1 USPO
- ²⁸ Protocole RPO « Entretien avec un patient sous anticoagulant »
Comité pour la Valorisation de l'Acte Officiel (CVAO), Mars 2013
- ²⁹ Guide d'accompagnement des patients sous AVK
Le pharmacien de France, supplément du n°1249, Avril 2013
- ³⁰ Guide d'accompagnement des patients sous AVK

Kit pour le suivi des entretiens par l'Assurance Maladie

³¹ « Partie IV : réponses aux questions »

Les patients sous anticoagulants oraux Guide n°2 USPO, version corrigée par CSMF

³² « Comment instaurer un traitement par AVK »

Bon usage des médicaments anti-vitamine K, ANSM

http://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/6d550a9311848623e57d311cc0ebacbe.pdf

³³ Le pharmacien de France Novembre 2013.

Titre : Loi HPST : les entretiens pharmaceutiques et leur mise en place en Midi-Pyrénées

Soutenance : 21 mars 2014 à Toulouse

RESUME

La parution de la loi HPST en 2009 et la signature de la convention nationale pharmaceutique de 2012 ont permis au métier de pharmacien d'officine d'évoluer. En effet, non seulement son rôle de professionnel de santé est revalorisé mais de nouvelles missions lui sont attribuées.

Parmi ces nouvelles missions, nous retrouvons la mise en place d'accompagnements de patients avec une pathologie chronique. Concernant ces accompagnements, ceux-ci sont pour le moment réservés aux patients traités par anticoagulants oraux, en particulier les antivitamine K, et prennent la forme de deux entretiens pharmaceutiques par an. Ces entretiens ont débuté en juillet 2013, et malgré une réticence au départ ont été très bien accueillis par les patients.

Cette thèse explique le développement de la pharmacie d'officine, plus particulièrement les tenants et aboutissants des entretiens pharmaceutiques, complétés par une étude détaillant la mise en place de ces entretiens dans les pharmacies de Midi-Pyrénées ainsi que le ressenti des pharmaciens de la région.

Title : HPST law : the pharmaceuticals interviews and their implementation in Midi-Pyrénées

SUMMARY:

The publication of the HPST in 2009 and the signing of the National Convention of 2012 pharmaceutical profession allowed pharmacists to evolve. Indeed, not only the role of health professional is upgraded but new missions assigned.

Among these new missions, we find the establishment of accompaniments patients with chronic disease. For these dishes, they are currently reserved for patients treated with oral anticoagulants, especially antivitamin K, and take the form of two pharmaceutical interviews per year. These talks began in July 2013, and despite a reluctance initially were very well received by patients.

This thesis describes the development of pharmacies, especially the ins and outs of pharmaceutical interviews, supplemented by a study detailing the implementation of these interviews in the Midi-Pyrénées pharmacies and the pharmacists felt in the region.

DISCIPLINE administrative : Pharmacie

MOTS-CLES : HPST, Convention Pharmaceutique, Entretiens pharmaceutiques, Nouvelles missions, AVK, Midi-Pyrénées

INTITULE ET ADRESSE DE L'UFR OU DU LABORATOIRE :

Faculté des Sciences Pharmaceutiques UPS

35, chemin des Maraîchers

31062 Toulouse Cedex 9

Directeur de thèse : Docteur CHAMPANET Bernard