

## THÈSE

### POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE SPÉCIALITÉ MÉDECINE GÉNÉRALE

Présentée et soutenue publiquement  
par

**Pierre LAGARROSSE**

Le 04 juillet 2022

### INTEGRATION DES PHARMACIENS NON DISPENSATEURS EN CABINET DE GROUPE : Revue narrative des pratiques à l'étranger vues par les médecins généralistes, et transposabilité dans notre modèle d'exercice

Directeur de thèse : Pr Jean-Christophe POUTRAIN

#### JURY :

<b>Madame le Professeur Marie-Eve ROUGÉ BUGAT</b>	<b>Président</b>
<b>Monsieur le Professeur Jean-Christophe POUTRAIN</b>	<b>Assesseur</b>
<b>Madame le Professeur Motoko DELAHAYE</b>	<b>Assesseur</b>
<b>Monsieur le Professeur Bruno CHICOULAA</b>	<b>Assesseur</b>

FACULTE DE SANTE  
Département Médecine Maieutique et Paramédicaux  
Tableau des personnels HU de médecine  
Mars 2022

Professeurs Honoraires

Doyen Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. GHISOLFI Jacques
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	Professeur Honoraire	M. GLOCK Yves
Doyen Honoraire	M. LAZORTES Yves	Professeur Honoraire	M. GOUZI Jean-Louis
Doyen Honoraire	M. PUEL Pierre	Professeur Honoraire	M. GRAND Alain
Doyen Honoraire	M. ROUGE Daniel	Professeur Honoraire	M. GUIRAUD CHAUMEIL Bernard
Doyen Honoraire	M. VINEL Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. HOFF Jean
Professeur Honoraire	M. ABBAL Michel	Professeur Honoraire	M. JOFFRE Francis
Professeur Honoraire	M. ADER Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE Jacques
Professeur Honoraire	M. ADOUE Daniel	Professeur Honoraire	M. LANG Thierry
Professeur Honoraire	M. ARBUS Louis	Professeur Honoraire	Mme LARENG Marie-Blanche
Professeur Honoraire	M. ARLET Philippe	Professeur Honoraire	M. LAURENT Guy
Professeur Honoraire	M. ARLET-SUAU Elisabeth	Professeur Honoraire	M. LAZORTES Franck
Professeur Honoraire	M. ARNE Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. LAZORTES Yves
Professeur Honoraire	M. BARRET André	Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE Paul
Professeur Honoraire	M. BARTHE Philippe	Professeur Honoraire	M. MAGNAVAL Jean-François
Professeur Honoraire	M. BAYARD Francis	Professeur Honoraire	M. MALECAZE François
Professeur Honoraire	M. BLANCHER Antoine	Professeur Honoraire	M. MANELFE Claude
Professeur Honoraire	M. BOCCALON Henri	Professeur Honoraire	M. MANSAT Michel
Professeur Honoraire	M. BONAFÉ Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. MARCHOU Bruno
Professeur Honoraire	M. BONEU Bernard	Professeur Honoraire	M. MASSIP Patrice
Professeur Honoraire	M. BONNEVILLE Paul	Professeur Honoraire	Mme MARTY Nicole
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. MAZIERES Bernard
Professeur Honoraire	M. BOUTAULT Franck	Professeur Honoraire	M. MONROZIES Xavier
Professeur Honoraire Associé	M. BROS Bernard	Professeur Honoraire	M. MOSCOVICI Jacques
Professeur Honoraire	M. BUGAT Roland	Professeur Honoraire	M. MURAT
Professeur Honoraire	M. CAHUZAC Jean-Philippe	Professeur Honoraire associé	M. NICODEME Robert
Professeur Honoraire	M. CARATERO Claude	Professeur Honoraire	M. OLIVES Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CARLES Pierre	Professeur Honoraire	M. PARINAUD Jean
Professeur Honoraire	M. CARON Philippe	Professeur Honoraire	M. PASCAL Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CARRIERE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. PERRET Bertrand
Professeur Honoraire	M. CARTON Michel	Professeur Honoraire	M. PESSEY Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. CATHALA Bernard	Professeur Honoraire	M. PLANTE Pierre
Professeur Honoraire	M. CHABANON Gérard	Professeur Honoraire	M. PONTONNIER Georges
Professeur Honoraire	M. CHAMONTIN Bernard	Professeur Honoraire	M. POURRAT Jacques
Professeur Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. PRADERE Bernard
Professeur Honoraire	M. CHAVOIN Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. PRIS Jacques
Professeur Honoraire	M. CLANET Michel	Professeur Honoraire	Mme PUEL Jacqueline
Professeur Honoraire	M. CONTE Jean	Professeur Honoraire	M. PUEL Pierre
Professeur Honoraire	M. COSTAGLIOLA Michel	Professeur Honoraire	M. PUJOL Michel
Professeur Honoraire	M. COTONAT Jean	Professeur Honoraire	M. QUERLEU Denis
Professeur Honoraire	M. DABERNAT Henri	Professeur Honoraire	M. RAILHAC Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. DAHAN Marcel	Professeur Honoraire	M. REGIS Henri
Professeur Honoraire	M. DALOUS Antoine	Professeur Honoraire	M. REGNIER Claude
Professeur Honoraire	M. DALY-SCHWEITZER Nicolas	Professeur Honoraire	M. REME Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. DAVID Jean-Frédéric	Professeur Honoraire	M. RISCHMANN Pascal
Professeur Honoraire	M. DELSOL Georges	Professeur Honoraire	M. RIVIERE Daniel
Professeur Honoraire	Mme DELISLE Marie-Bernadette	Professeur Honoraire	M. ROCHE Henri
Professeur Honoraire	Mme DIDIER Jacqueline	Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI Pierre
Professeur Honoraire	M. DUCOS Jean	Professeur Honoraire	M. ROLLAND Michel
Professeur Honoraire	M. DUFFAUT Michel	Professeur Honoraire	M. ROQUES-LATRILLE Christian
Professeur Honoraire	M. DUPRE M.	Professeur Honoraire	M. RUMEAU Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. DURAND Dominique	Professeur Honoraire	M. SALVADOR Michel
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU Guy	Professeur Honoraire	M. SALVAYRE Robert
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE Henri	Professeur Honoraire	M. SARRAMON Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. ESCOURROU Jean	Professeur Honoraire	M. SERRE Guy
Professeur Honoraire	M. ESQUERRE J.P.	Professeur Honoraire	M. SIMON Jacques
Professeur Honoraire	M. FABIE Michel	Professeur Honoraire	M. SUC Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. FABRE Jean	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. FOURNIAL Gérard	Professeur Honoraire	M. TREMOULET Michel
Professeur Honoraire	M. FOURNIE Bernard	Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE Pierre
Professeur Honoraire	M. FOURTANIER Gilles	Professeur Honoraire	M. VAYSSE Philippe
Professeur Honoraire	M. FRAYSSE Bernard	Professeur Honoraire	M. VINEL Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. FREXINOS Jacques	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE Christian
Professeur Honoraire	Mme GENESTAL Michèle	Professeur Honoraire	M. VOIGT Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. GERAUD Gilles		

Professeurs Emérites

Professeur ARLET Philippe  
Professeur BOUTAULT Franck  
Professeur CARON Philippe  
Professeur CHAMONTIN Bernard  
Professeur CHAP Hugues  
Professeur GRAND Alain  
Professeur LAGARRIGUE Jacques  
Professeur LAURENT Guy  
Professeur LAZORTES Yves  
Professeur MAGNAVAL Jean-François  
Professeur MARCHOU Bruno  
Professeur PERRET Bertrand  
Professeur RISCHMANN Pascal  
Professeur RIVIERE Daniel  
Professeur ROUGE Daniel

**FACULTE DE SANTE**  
**Département Médecine Maieutique et Paramédicaux**

**P.U. - P.H.**  
**Classe Exceptionnelle et 1ère classe**

M. ACAR Philippe	Pédiatrie	Mme LAMANT Laurence (C.E)	Anatomie Pathologique
M. ACCADBLED Franck (C.E)	Chirurgie Infantile	M. LANGIN Dominique (C.E)	Nutrition
M. ALRIC Laurent (C.E)	Médecine Interne	Mme LAPRIE Anne	Radiothérapie
M. AMAR Jacques	Thérapeutique	M. LARRUE Vincent	Neurologie
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie, Santé publique	M. LAUQUE Dominique (C.E)	Médecine d'Urgence
M. ARBUS Christophe	Psychiatrie	M. LAUWERS Frédéric	Chirurgie maxillo-faciale
M. ARNAL Jean-François (C.E)	Physiologie	M. LEOBON Bertrand	Chirurgie Thoracique et Cardio-vasculaire
M. ATTAL Michel (C.E)	Hématologie	M. LEVADE Thierry (C.E)	Biochimie
M. AVET-LOISEAU Hervé	Hématologie, transfusion	M. LIBLAU Roland (C.E)	Immunologie
M. BERRY Antoine	Parasitologie	M. MALAUAUD Bernard	Urologie
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique	M. MANSAT Pierre	Chirurgie Orthopédique
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie	M. MARQUE Philippe (C.E)	Médecine Physique et Réadaptation
M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie	M. MAS Emmanuel	Pédiatrie
M. BOSSAVY Jean-Pierre (C.E)	Chirurgie Vasculaire	M. MAURY Jean-Philippe (C.E)	Cardiologie
M. BRASSAT David	Neurologie	Mme MAZEREEUW Juliette	Dermatologie
M. BROUCHET Laurent	Chirurgie thoracique et cardio-vascul	M. MAZIERES Julien (C.E)	Pneumologie
M. BROUSSET Pierre (C.E)	Anatomie pathologique	M. MINVILLE Vincent	Anesthésiologie Réanimation
M. BUJAN Louis (C.E)	Urologie-Andrologie	M. MOLINIER Laurent (C.E)	Epidémiologie, Santé Publique
Mme BURRA-RIVIERE Alessandra (C.E)	Médecine Vasculaire	M. MONASTRUC Jean-Louis (C.E)	Pharmacologie
M. BUREAU Christophe	Hépto-Gastro-Entérologie	Mme MOYAL Elisabeth (C.E)	Cancérologie
M. BUSCAIL Louis (C.E)	Hépto-Gastro-Entérologie	M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive
M. CALVAS Patrick (C.E)	Génétique	Mme NOURHASHEMI Fatemeh (C.E)	Gériatrie
M. CANTAGREL Alain (C.E)	Rhumatologie	M. OLIVOT Jean-Marc	Neurologie
M. CARRERE Nicolas	Chirurgie Générale	M. OSWALD Eric (C.E)	Bactériologie-Virologie
M. CARRIE Didier (C.E)	Cardiologie	M. PARIENTE Jérémie	Neurologie
M. CHAIX Yves	Pédiatrie	M. PAUL Carle (C.E)	Dermatologie
Mme CHARPENTIER Sandrine	Médecine d'urgence	M. PAYOUX Pierre (C.E)	Biophysique
M. CHAUFOUR Xavier	Chirurgie Vasculaire	M. PAYRASTRE Bernard (C.E)	Hématologie
M. CHAUVVEAU Dominique	Néphrologie	M. PERON Jean-Marie (C.E)	Hépto-Gastro-Entérologie
M. CHAYNES Patrick	Anatomie	M. RASCOL Olivier (C.E)	Pharmacologie
M. CHIRON Philippe (C.E)	Chir. Orthopédique et Traumatologie	Mme RAUZY Odile	Médecine Interne
M. CHOLLET François (C.E)	Neurologie	M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E)	Psychiatrie Infantile
M. CONSTANTIN Arnaud	Rhumatologie	M. RECHER Christian(C.E)	Hématologie
M. COURBON Frédéric	Biophysique	M. RITZ Patrick (C.E)	Nutrition
Mme COURTADE SAIDI Monique (C.E)	Histologie Embryologie	M. ROLLAND Yves (C.E)	Gériatrie
M. DAMBRIN Camille	Chir. Thoracique et Cardiovasculaire	M. RONCALLI Jérôme	Cardiologie
M. DE BOISSEZON Xavier	Médecine Physique et Réadapt Fonct.	M. ROUGE Daniel (C.E)	Médecine Légale
M. DEGUINE Olivier (C.E)	Oto-rhino-laryngologie	M. ROUSSEAU Hervé (C.E)	Radiologie
M. DELABESSE Eric	Hématologie	M. ROUX Franck-Emmanuel	Neurochirurgie
M. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses	M. SAILLER Laurent (C.E)	Médecine Interne
M. DELORD Jean-Pierre (C.E)	Cancérologie	M. SALES DE GAUZY Jérôme (C.E)	Chirurgie Infantile
M. DIDIER Alain (C.E)	Pneumologie	M. SALLES Jean-Pierre (C.E)	Pédiatrie
M. DUCOMMUN Bernard	Cancérologie	M. SANS Nicolas	Radiologie
Mme DULY-BOUHANICK Béatrice (C.E)	Thérapeutique	M. SCHMITT Laurent (C.E)	Psychiatrie
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie	Mme SELVES Janick (C.E)	Anatomie et cytologie pathologiques
M. FERRIERES Jean (C.E)	Epidémiologie, Santé Publique	M. SENARD Jean-Michel (C.E)	Pharmacologie
M. FOURCADE Olivier	Anesthésiologie	M. SERRANO Elie (C.E)	Oto-rhino-laryngologie
M. FOURNIE Pierre	Ophthalmologie	M. SIZUN Jacques (C.E)	Pédiatrie
M. GALINIER Michel (C.E)	Cardiologie	M. SOL Jean-Christophe	Neurochirurgie
M. GAME Xavier	Urologie	Mme SOTO-MARTIN Maria-Eugénia	Gériatrie et biologie du vieillissement
Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie, Santé publique	M. SOULAT Jean-Marc	Médecine du Travail
M. GEERAERTS Thomas	Anesthésiologie et réanimation	M. SOULIE Michel (C.E)	Urologie
Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel	Anatomie Pathologique	M. SUC Bertrand	Chirurgie Digestive
M. GOURDY Pierre (C.E)	Endocrinologie	Mme TAUBER Marie-Thérèse (C.E)	Pédiatrie
M. GROLLEAU RAOUX Jean-Louis (C.E)	Chirurgie plastique	M. TELMON Norbert (C.E)	Médecine Légale
Mme GUIMBAUD Rosine	Cancérologie	Mme TREMOLLIERES Florence	Biologie du développement
Mme HANAIRE Hélène (C.E)	Endocrinologie	Mme URO-COSTE Emmanuelle (C.E)	Anatomie Pathologique
M. HUYGHE Eric	Urologie	M. VAYSSIERE Christophe (C.E)	Gynécologie Obstétrique
M. IZOPET Jacques (C.E)	Bactériologie-Virologie	M. VELLAS Bruno (C.E)	Gériatrie
M. KAMAR Nassim (C.E)	Néphrologie	M. VERGEZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
<b>P.U. Médecine générale</b>			
M. OUSTRIC Stéphane (C.E)			

**FACULTE DE SANTE**  
**Département Médecine Maieutique et Paramédicaux**

P.U. - P.H. 2ème classe	Professeurs Associés
M. ABBO Olivier	Chirurgie infantile
M. AUSSEIL Jérôme	Biochimie et biologie moléculaire
Mme BONGARD Vanina	Epidémiologie, Santé publique
M. BONNEVILLE Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M. BOUNES Vincent	Médecine d'urgence
Mme BOURNET Barbara	Gastro-entérologie
Mme CASPER Charlotte	Pédiatrie
M. CAVAIGNAC Etienne	Chirurgie orthopédique et traumatologie
M. CHAPUT Benoit	Chirurgie plastique
M. COGNARD Christophe	Radiologie
Mme CORRE Jill	Hématologie
Mme DALENC Florence	Cancérologie
M. DE BONNECAZE Guillaume	Anatomie
M. DECRAMER Stéphane	Pédiatrie
M. EDOUARD Thomas	Pédiatrie
M. FAGUER Stanislas	Néphrologie
Mme FARUCH BILFELD Marie	Radiologie et imagerie médicale
M. FRANCHITTO Nicolas	Addictologie
M. GARRIDO-STÓWHAS Ignacio	Chirurgie Plastique
M. GUIBERT Nicolas	Pneumologie
M. GUILLEMINAULT Laurent	Pneumologie
M. HERIN Fabrice	Médecine et santé au travail
M. LAIREZ Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
M. LAROCHE Michel	Rhumatologie
Mme LAURENT Camille	Anatomie Pathologique
M. LE CAIGNEC Cédric	Génétique
M. LEANDRI Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
M. LOPEZ Raphael	Anatomie
M. MARCHEIX Bertrand	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
M. MARTIN-BLONDEL Guillaume	Maladies infectieuses, maladies tropicales
Mme MARTINEZ Alejandra	Gynécologie
M. MARX Mathieu	Oto-rhino-laryngologie
M. MEYER Nicolas	Dermatologie
M. PAGES Jean-Christophe	Biologie cellulaire
Mme PASQUET Marlène	Pédiatrie
M. PORTIER Guillaume	Chirurgie Digestive
M. PUGNET Grégory	Médecine interne
M. REINA Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M. RENAUDINEAU Yves	Immunologie
Mme RUYSSSEN-WITRAND Adeline	Rhumatologie
Mme SAVAGNER Frédérique	Biochimie et biologie moléculaire
M. SAVALL Frédéric	Médecine légale
M. SILVA SIFONTES Stein	Réanimation
M. SOLER Vincent	Ophthalmologie
Mme SOMMET Agnès	Pharmacologie
M. TACK Ivan	Physiologie
Mme VAYSSE Charlotte	Cancérologie
Mme VEZZOSI Delphine	Endocrinologie
M. YRONDI Antoine	Psychiatrie
M. YSEBAERT Loic	Hématologie
<b>P.U. Médecine générale</b>	
M. MESTHÉ Pierre	
Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve	
	<b>Professeur Associé de Médecine Générale</b>
	M. ABITTEBOUL Yves
	M. BOYER Pierre
	M. CHICOULAA Bruno
	Mme IRI-DELAHAYE Motoko
	M. POUTRAIN Jean-Christophe
	M. STILLMUNKES André
	<b>Professeur Associé de Bactériologie-Hygiène</b>
	Mme MALAUAUD Sandra

**FACULTE DE SANTE**  
**Département Médecine Maieutique et Paramédicaux**

**MCU - PH**

Mme ABRAVANEL Florence	Bactériologie Virologie Hygiène	Mme GENNERO Isabelle	Biochimie
M. APOIL Pol Andre	Immunologie	Mme GENOUX Annelise	Biochimie et biologie moléculaire
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie	Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme AUSSEIL-TRUDEL Stéphanie	Biochimie	M. GUERBY Paul	Gynécologie-Obstétrique
Mme BASSET Céline	Cytologie et histologie	Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Anatomie Pathologique
Mme BELLIERES-FABRE Julie	Néphrologie	Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
Mme BERTOLI Sarah	Hématologie, transfusion	M. HAMDJ Safouane	Biochimie
M. BIETH Eric	Génétique	Mme HITZEL Anne	Biophysique
Mme BREHIN Camille	Pneumologie	Mme INGUENEAU Cécile	Biochimie
M. BUSCAIL Etienne	Chirurgie viscérale et digestive	M. IRIART Xavier	Parasitologie et mycologie
Mme CAMARE Caroline	Biochimie et biologie moléculaire	Mme JONCA Nathalie	Biologie cellulaire
M. CAMBUS Jean-Pierre	Hématologie	M. KIRZIN Sylvain	Chirurgie générale
Mme CANTERO Anne-Valérie	Biochimie	Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse	Pharmacologie
Mme CARFAGNA Luana	Pédiatrie	M. LEPAGE Benoit	Biostatistiques et Informatique médicale
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition	M. LHERMUSIER Thibault	Cardiologie
Mme CASSAGNE Myriam	Ophthalmologie	M. LHOMME Sébastien	Bactériologie-virologie
Mme CASSAING Sophie	Parasitologie	Mme MASSIP Clémence	Bactériologie-virologie
Mme CASSOL Emmanuelle	Biophysique	Mme MAUPAS SCHWALM Françoise	Biochimie
Mme CHANTALAT Elodie	Anatomie	Mme MONTASTIER Emilie	Nutrition
M. CHASSAING Nicolas	Génétique	M. MONTASTRUC François	Pharmacologie
M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire	Mme MOREAU Jessika	Biologie du dév. Et de la reproduction
Mme COLOMBAT Magali	Anatomie et cytologie pathologiques	Mme MOREAU Marion	Physiologie
M. CONGY Nicolas	Immunologie	M. MOULIS Guillaume	Médecine interne
Mme COURBON Christine	Pharmacologie	Mme NASR Nathalie	Neurologie
M. CUROT Jonathan	Neurologie	Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie	Mme PERROT Aurore	Hématologie
Mme DE GLISEZENSKY Isabelle	Physiologie	M. PILLARD Fabien	Physiologie
M. DEDOUIT Fabrice	Médecine Légale	Mme PLAISANCIE Julie	Génétique
M. DEGBOE Yannick	Rhumatologie	Mme PUISSANT Bénédicte	Immunologie
M. DELMAS Clément	Cardiologie	Mme QUELVEN Isabelle	Biophysique et médecine nucléaire
M. DELPLA Pierre-André	Médecine Légale	Mme RAYMOND Stéphanie	Bactériologie Virologie Hygiène
M. DESPAS Fabien	Pharmacologie	M. REVET Alexis	Pédo-psychiatrie
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène	M. RIMAILHO Jacques	Anatomie et Chirurgie Générale
Mme ESQUIROL Yolande	Médecine du travail	Mme SABOURDY Frédérique	Biochimie
Mme EVRARD Solène	Histologie, embryologie et cytologie	Mme SAUNE Karine	Bactériologie Virologie
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie	Mme SIEGFRIED Aurore	Anatomie et cytologie pathologiques
Mme FLOCH Pauline	Bactériologie-Virologie	M. TAFANI Jean-André	Biophysique
Mme GALINIER Anne	Nutrition	M. TREINER Emmanuel	Immunologie
Mme GALLINI Adeline	Epidémiologie	Mme VALLET Marion	Physiologie
M. GANTET Pierre	Biophysique	M. VERGEZ François	Hématologie
M. GASQ David	Physiologie	Mme VIJA Lavinia	Biophysique et médecine nucléaire
M. GATIMEL Nicolas	Médecine de la reproduction		
<b>M.C.U. Médecine générale</b>			
M. BISMUTH Michel			
M. BRILLAC Thierry			
Mme DUPOUY Julie			
M. ESCOURROU Emile			

**Maîtres de Conférence Associés**

<b>M.C.A. Médecine Générale</b>	
M. BIREBENT Jordan	
Mme BOURGEOIS Odile	
Mme BOUSSIER Nathalie	
Mme FREYENS Anne	
Mme LATROUS Leila	
M. PIPONNIER David	
Mme PUECH Marielle	

# Remerciements :

A nos juges :

**À Madame le Professeur Marie-Eve ROUGÉ-BUGAT,**

Vous me faites l'honneur de présider le jury de ma thèse et de juger mon travail. Merci de l'intérêt porté à cette thèse et de votre disponibilité auprès des internes de médecine générale.

**À mon Directeur de Thèse, Monsieur le Professeur Jean-Christophe POUTRAIN,**

Je te remercie pour ton accueil, ton soutien précieux et ta patience. Merci aussi, et avant tout le reste, pour m'avoir permis de retrouver les sentiers battus, en acceptant de diriger mon mémoire et ma thèse.

**À Madame le Professeur Motoko DELAHAYE,**

Je vous remercie d'avoir accepté de juger ce travail. Merci aussi d'avoir été une tutrice aidante et compréhensive lors de mon séjour dans l'Aveyron, et d'avoir renouvelé de bienveillance pour me permettre de soutenir aujourd'hui.

**À Monsieur le Professeur Bruno CHICOULAA,**

Je vous remercie d'avoir accepté de juger ce travail. Merci pour l'intérêt que vous manifestez en tant que responsable de MSP. Veuillez recevoir ici l'expression de toute ma gratitude et de mon profond respect.

À tous les autres, au cours de mon parcours :

Merci aux Dr Blanc, Edouard, Malaterre et Payet, du cabinet médical de Naucelle, ainsi qu'à Anne et Laurence les secrétaires, pour votre accueil chaleureux pendant mon stage de SASPAS.

Merci à tous mes autres maitres de stage qui ont su m'accorder leur confiance et me faire progresser.

Merci à tous celles et ceux de la Maison de Santé du Mont-Royal pour votre accueil et les discussions : Elodie, Lucie, Céline, et les autres avec qui je n'ai échangé que plus brièvement.

À mes proches :

Merci à mes plus anciens amis, qui supportent parfois mes excentricités et mes élans de condescendance depuis la maternelle. Merci à Marie, à Renaud, à Louise, et à John et Baptiste.

Merci à ceux, plus récents, de médecine, tous unis dans une adaptation sociale suboptimale : Johan, Yann, Marie et David. Même si vous persistez tristement à croire en Dieu, ou au Communisme, ou en la pertinence des randonnées sans ombre mi-juillet.

Merci surtout à ma mère, de tous tes sacrifices, de tout ce que tu as pu faire pour moi. Merci de ta bienveillance et de ta patience sans faille.

Merci enfin à mon père, qui nous a quitté durant mon internat, pour tout ce que tu m'as permis de faire et d'apprendre.

# Table des matières :

Remerciements :	6
Table des matières :	8
Glossaire :	9
I. INTRODUCTION :	10
II. MATÉRIEL ET MÉTHODES :	12
A. Recherche Documentaire :	12
B. Critères de sélection :	14
1. Critères d'inclusions :	14
2. Critères d'exclusion :	14
C. Sélection des articles :	15
D. Évaluation qualité :	15
III. RÉSULTATS :	16
A. Diagramme de flux :	16
B. Données générales :	17
Comité de lecture et profession des chercheurs :	17
Avis a priori et expérience :	17
C. Synthèse des résultats :	17
1. Rôles et acceptation :	17
2. Freins et réticences :	19
a. Espace :	19
b. Pérennité financière :	19
c. Temps :	19
d. Confiance et relations interprofessionnelles :	20
IV. DISCUSSION :	21
A. Contextes d'intégration à l'étranger :	21
B. Transposabilité des modèles étrangers :	22
1. Espace :	22
2. Temps :	23
3. Rémunération :	23
4. Acceptation :	23
C. Perspectives :	24
1. Elargissement des thématiques d'entretien :	24
2. Apprentissage :	24
3. Tisser du lien :	25
D. Forces et limitations :	25
V. CONCLUSION :	26

VI.	BIBLIOGRAPHIE : .....	27
VII.	ANNEXES : .....	32
A.	Annexe 1 - Dispositions françaises en vertu des nouveaux textes : .....	32
1.	Protocoles de dispensation : .....	32
2.	Accompagnement des patients chroniques : .....	33
a.	Bilan Personnalisé de Médication : .....	33
b.	Entretiens pharmaceutiques : .....	33
3.	Pharmacien correspondant : .....	34
4.	Autres missions : .....	35
a.	Accompagnement de la femme enceinte : .....	35
b.	Vaccinations : .....	35
c.	Réalisation de test rapide d'orientation diagnostique du streptocoque : .....	35
d.	Dépistage des infections urinaires par bandelette urinaire : .....	35
e.	Dépistage organisé du cancer colorectal : .....	36
f.	Téléconsultation depuis l'officine : .....	36
B.	Annexe 2 - Grille d'évaluation CASP des études qualitative.....	37
C.	Annexe 3 - Grille d'évaluation CEBM des études quantitatives.....	38
D.	Annexe 4 - Tableau des résultats.....	39

## Glossaire :

ARS : Agence Régionale de Santé

CPTS : Communauté Professionnelle Territoriale de Santé

GP : General Practitioner (voir MG)

HAS : Haute Autorité de Santé

HMR : Home Medication Review (bilan de médication à domicile, tel qu'initialement instauré en Australie)

IPA : Infirmières en Pratique Avancées

MAS : Minor Ailment Service

MG : Médecin Généraliste

MSP : Maison de Santé Pluriprofessionnelle

NHS : National Health System

PBP : Practice Based Pharmacist (sensiblement équivalent à « Advanced Practice Pharmacist », « Non Dispensing Pharmacist », ou « General Practice Pharmacist » selon les dénominations des systèmes de santé)

OTC : Over The Counter, médicaments sans ordonnance

TROD : Test Rapide d'Orientation Diagnostique, en l'occurrence pour le streptocoque du groupe A

# I. INTRODUCTION :

Dans le contexte de pénurie de médecins généralistes, la tendance actuelle incite à une refonte de notre pratique du soin primaire. La dynamique du gouvernement, sur la prise en charge ambulatoire, s'axe vers un renforcement des groupements de santé, autour de l'exercice pluriprofessionnel, afin de « libérer du temps médical aux médecins ».

A ce titre, de nombreuses prérogatives des médecins apparaissent progressivement poussées vers le champ de compétence d'autres professionnels de santé par les instances dirigeantes. On a par exemple instauré des postes d'assistant médicaux pour la préparation des consultations et la gestion administrative ; démocratisé le nouveau rôle d'Infirmière Déléguée à la Santé Publique, pour l'éducation thérapeutique et le suivi des pathologies chroniques, ou de l'arrêt tabagique par exemple ; créé à l'image d'autres pays la formation des Infirmières en Pratique Avancées (IPA) notamment pour le suivi des polyopathologies équilibrées, l'oncologie ou les pathologies psychiatrie ; délégué la vaccination grippe et Covid, aux infirmières et pharmaciens.

Concernant précisément les pharmaciens, d'autres pays à l'instar de la Suisse, du Canada ou du Royaume Uni ont déjà accru leurs rôles. En France, la parution récente de leur nouvelle convention soutient cette dynamique (1) et renforce la place de l'officine dans l'offre de soin primaire. Des actions déjà reconnues théoriquement (avenants 1,4,8 et 12 de la précédente convention) (2), mais encore peu appliqués dans les fait, sont ainsi réaffirmées. On notera par exemple, les bilans de médication, les entretiens pharmaceutiques dans certaines pathologies chroniques, ainsi que les plus récents protocoles de dispensation (3–6).

*Par soucis de clarté, une synthèse des nouveaux rôles en vigueur est disponible en annexe [\[1\]](#)*

Dans cette thématique générale, un travail de recherche précédent m'avait permis d'explorer la problématique particulière de la délivrance protocolaire d'antibiotiques en officine, dans le cadre de la cystite aigue simple. Mais dès la présentation publique, j'ai pu constater en direct les achoppements que le sujet rencontre : la légitimité et la compétence des pharmaciens sont sujettes à caution, tandis leur valeur ajoutée laisse perplexe.

Néanmoins, le thème reste digne d'intérêt et -l'actualité aidant- j'ai souhaité poursuivre en questionnant l'existence de rôles qui obtiendraient un statut plus consensuel dans la

relation interprofessionnelle. Dans nos contrées, la Société Française de Pharmacie Clinique existe depuis 1984 (7) et pourtant, c'est encore la fonction de vendeur qui définit le mieux les pharmaciens dans notre imaginaire.

Au cours de mes recherches initiales, j'ai pu relever parmi les résultats pertinents une revue systématique de l'avis des médecins généralistes concernant l'intégration de pharmaciens à l'intérieur même de la structure physique du cabinet (8). Partant de cette autre perspective, plus exotique à notre mode d'exercice, j'ai donc axé mes recherches pour répondre à la question suivante :

### **Existe-t-il une activité clinique pharmacienne dans le monde ?**

Dans cette quête, l'objectif principal sera de décrire la littérature étrangère sur ces pratiques. Et l'objectif secondaire sera d'en apprécier la transposabilité au modèle français.

Cette thèse a été rédigée avec le soutien et la direction du Professeur Poutrain.

## **II. MATÉRIEL ET MÉTHODES :**

Pour cette étude, nous avons opté pour une revue narrative de la littérature. Le travail de recherche ainsi que l'analyse des données ont été réalisés par un seul chercheur.

### **A. Recherche Documentaire :**

Celle-ci a été effectuée par l'intermédiaire du portail informatique de la bibliothèque de l'Université Paul Sabatier - Toulouse III.

Les bases de données suivantes ont été interrogées : Pubmed, Cochrane Library, Web of Science, EMBASE et SUDOC. Pour chacun d'entre elle, une équation était posée.

Base de données	Equation
<b>Pubmed</b>	<p>(("physician*[Title] OR ("stakeholder*[Title] OR ("general practi*[Title] OR ("generalist"[Title] OR ("GP"[Title] OR ("GPs"[Title] OR ("PCP"[Title] OR ("PCPs"[Title] OR ("family practi*[Title] OR ("primary care"[Title])) AND ("community pharmacy"[Title] OR ("community pharmacist*[Title] OR ("pharmacist*[Title] OR ("pharmacy"[Title] OR ("clinical pharmacy"[Title] OR ("clinical pharmacist*[Title])) AND (("perspective*[Title] OR ("attitude*[Title] OR ("acceptance"[Title] OR ("acceptation"[Title] OR ("acceptability"[Title] OR ("perception*[Title] OR ("opinion*[Title] OR ("agreement"[Title] OR ("perceived"[Title] OR ("expectation*[Title] OR ("willingness"[Title] OR ("readiness"[Title] OR ("point of view"[Title] OR ("experience*[Title] OR ("view*[Title] OR ("report*[Title])) AND (("collaborat*[Title/Abstract] OR ("cooperat*[Title/Abstract] OR ("inter-disciplinary"[Title/Abstract] OR ("interprofessional"[Title/Abstract] OR ("team-based"[Title/Abstract] OR ("interdisciplinary"[Title/Abstract] OR ("inter-professional"[Title/Abstract] OR ("IPW"[Title/Abstract] OR ("teamwork"[Title/Abstract] OR ("Medication therapy management"[Title/Abstract] OR ("Medication management"[Title/Abstract] OR ("Medication monitoring"[Title/Abstract] OR ("medication review*[Title/Abstract] OR ("Medicine review"[Title/Abstract] OR ("pharmacist intervention"[Title/Abstract] OR ("New Medicine"[Title/Abstract] OR ("minor ailment service"[Title/Abstract] OR ("pharmacy first"[Title/Abstract] OR ("netcare"[Title/Abstract] OR ("service*[Title/Abstract])) AND (english[Filter] OR french[Filter]) AND (2000:2022[pdat])</p>
<b>Cochrane</b>	<p>((physician OR "general practioner" OR "general practitioner" OR GPs OR "general practice" OR "primary care physician"):ti (Word variations have been searched) OR (MeSH descriptor: [General Practice] explode all trees) OR (MeSH descriptor: [General Practitioners] explode all trees) OR (MeSH descriptor: [Physicians] explode all trees)) AND ((Pharmacist OR pharmacy OR "clinical pharmacy" OR "clinical pharmacist" OR "community pharmacy" OR "community pharmacist"):ti,ab,kw (Word variations have been searched) OR (MeSH descriptor: [Pharmacists] explode all trees) OR (MeSH descriptor: [Pharmacies] in all MeSH products)) AND ((perspective* OR attitude* OR acceptance OR acceptation OR acceptability OR perception* OR opinion* OR agreement OR perceived OR expectation* OR willingness OR readiness OR experience* OR view* OR report* OR satisfaction):ti,ab,kw (Word variations have been searched) OR (collaborat* OR cooperat* OR "inter-disciplinary" OR interdisciplinary OR interprofessional* OR "inter-professional*" OR "team-based" OR "IPW" OR "teamwork"):ti,ab,kw (Word variations have been searched) OR ("Medication therapy management" OR "Medication management" OR "Medication monitoring" OR (monitoring NEXT medic*) OR (reviewing NEXT medic*) OR "medication review*" OR "Medicine review" OR "pharmacist intervention" OR "New Medicine" OR "minor ailment service" OR "pharmacy first" OR "netcare" OR service* OR "pharmacy new service" OR adherence):ti,ab,kw (Word variations have been searched) OR (MeSH descriptor: [Medication Therapy Management] explode all trees) OR (MeSH descriptor: [Medication Reconciliation] explode all trees) OR (MeSH descriptor: [Medication Review] explode all trees)) with Publication Year from 2000 to 2022</p>

Base de données	Equation
<b>Web of Science</b>	TI=("physician*" OR "general practi*" OR "generalist" OR "stakeholder*" OR "GP" OR "GPs" OR "PCP" OR "PCPs" OR "family practi*" OR "primary care") AND TI=("community pharmacy" OR "community pharmacist*" OR "pharmacist*" OR "pharmacy" OR "clinical pharmacy" OR "clinical pharmacist*") AND TI=("perspective*" OR "attitude*" OR "acceptance" OR "acceptation" OR "acceptability" OR "perception*" OR "perceived" OR "opinion*" OR "agreement" OR "expectation*" OR "willingness" OR "readiness" OR "point of view" OR "experience*" OR "view*" OR "report*" OR "satisfaction") AND TS=("collaborat*" OR "cooperat*" OR "inter-disciplinary" OR "interprofessional*" OR "team-based" OR "interdisciplinary" OR "inter-professional*" OR "IPW" OR "teamwork" OR "Medication therapy management" OR "Medication management" OR "Medication monitoring" OR "medication review*" OR "Medicine review" OR "pharmacist intervention" OR "New Medicine" OR "minor ailment service" OR "pharmacy first" OR "netware" OR "service*") AND LA=(English OR French) AND PY=(2000-2022)
<b>Embase</b>	('physician*':ti OR 'general practi*':ti OR 'stakeholder*':ti OR 'generalist':ti OR 'gp':ti OR 'gps':ti OR 'pcp':ti OR 'pcps':ti OR 'family practi*':ti OR 'primary care':ti) AND ('community pharmacy':ti OR 'community pharmacist*':ti OR 'pharmacist*':ti OR 'pharmacy':ti OR 'clinical pharmacy':ti OR 'clinical pharmacist*':ti) AND ('perspective*':ti OR 'attitude*':ti OR 'acceptance':ti OR 'acceptation':ti OR 'acceptability':ti OR 'perception*':ti OR 'perceived':ti OR 'opinion*':ti OR 'agreement':ti OR 'expectation*':ti OR 'willingness':ti OR 'readiness':ti OR 'point of view':ti OR 'experience*':ti OR 'view*':ti OR 'report*':ti OR 'satisfaction':ti) AND ('collaborat*':ti,ab,kw OR 'cooperat*':ti,ab,kw OR 'inter-disciplinary':ti,ab,kw OR 'interprofessional*':ti,ab,kw OR 'team-based':ti,ab,kw OR 'interdisciplinary':ti,ab,kw OR 'inter-professional*':ti,ab,kw OR 'ipw':ti,ab,kw OR 'teamwork':ti,ab,kw OR 'medication therapy management':ti,ab,kw OR 'medication management':ti,ab,kw OR 'medication monitoring':ti,ab,kw OR 'medication review*':ti,ab,kw OR 'medicine review':ti,ab,kw OR 'pharmacist intervention':ti,ab,kw OR 'new medicine':ti,ab,kw OR 'minor ailment service':ti,ab,kw OR 'pharmacy first':ti,ab,kw OR 'netcare':ti,ab,kw OR 'service*':ti,ab,kw) AND ([english]/lim OR [french]/lim) AND [2000-2022]/py
<b>SUDOC</b>	(bilan ET partagé ET médication [Mots sujet]) OU (intervention ET pharmaceutique [Mots sujet]) OU (entretien ET pharmaceutique [Mots sujet]) SAUF essai* SAUF nettoy* ET 2000-2022[Année] ET thèse [Type de document]

## B. Critères de sélection :

### 1. Critères d'inclusions :

Date de publication postérieure à janvier 2000, articles scientifiques et articles de revue, thèses, rapports d'activité.

### 2. Critères d'exclusion :

Date de publication antérieure à janvier 2000, études n'impliquant pas l'intégration d'un pharmacien au sein même des cabinets de groupe ou ne concernant pas le soin premier ;

études en rapport avec un cadre hospitalier ou n'offrant pas un mode d'exercice similaire au notre ; études de coût ou d'efficacité ; études n'exposant pas de façon discernable le point de vue des médecins parmi l'échantillon.

### **C. Sélection des articles :**

L'inclusion de chaque article a été réalisée en trois étapes.

Une première sélection était faite selon le titre et les mots clés, puis dans un second temps selon le résumé de l'article, et enfin à la lumière d'une lecture complète des articles.

La période de recueil s'est déroulée durant la dernière semaine d'avril 2022.

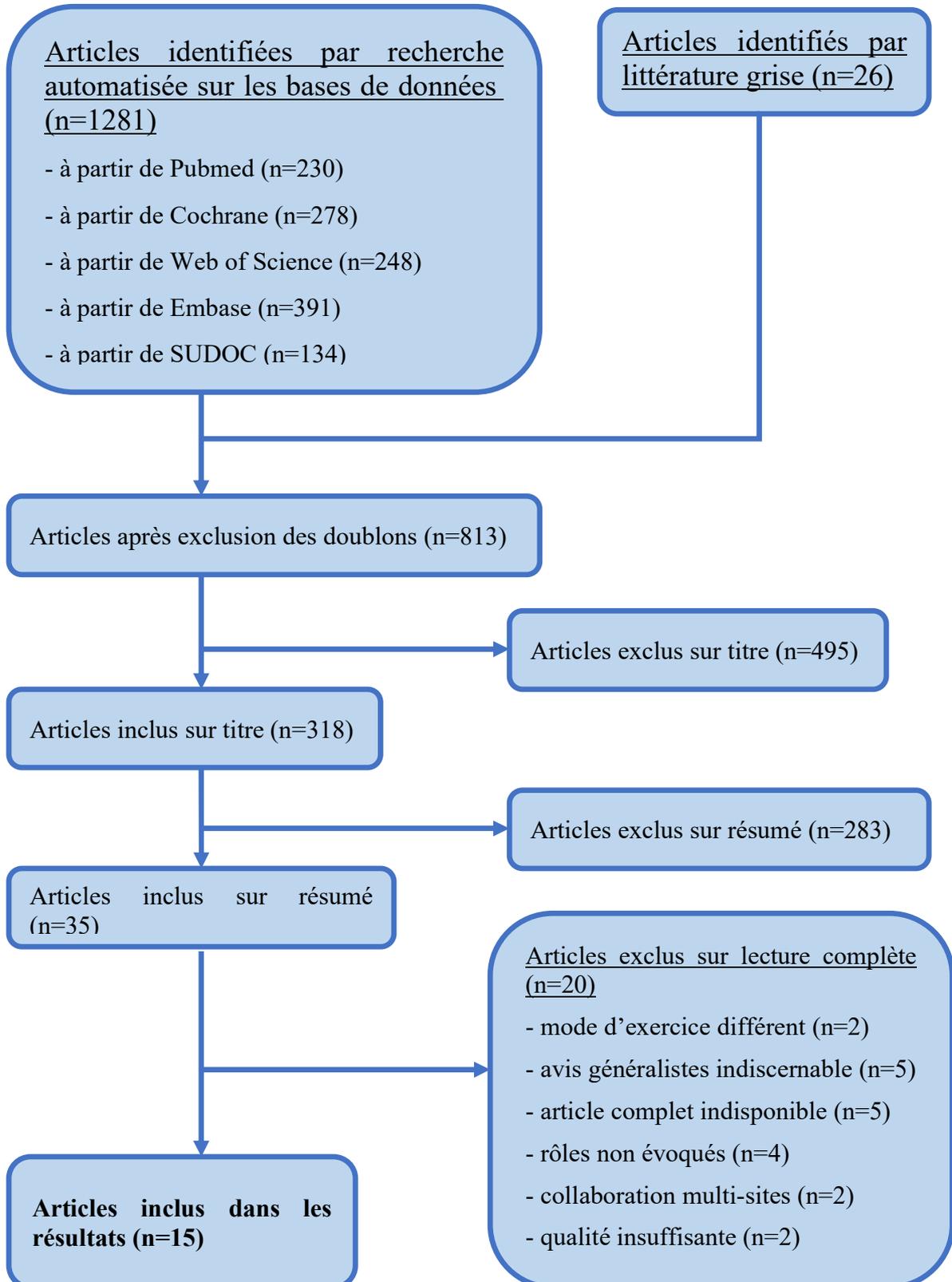
### **D. Évaluation qualité :**

Les études ont bénéficié d'une évaluation selon les grilles CASP (Critical Appraisal Skill Program) (9) concernant les études qualitatives et CEBM (Center for Evidence Based Management) (10) concernant les études quantitatives.

*Les deux tableaux correspondants sont disponibles en annexe [\[2\]](#) et [\[3\]](#).*

### III. RÉSULTATS :

#### A. Diagramme de flux :



*Par soucis de lisibilité, les données des études (11–25) ont été synthétisées ci-dessous tandis que le tableau récapitulatif est disponible en annexe [\[4\]](#).*

## **B. Données générales :**

### **Comité de lecture et profession des chercheurs :**

Chacune des 15 études présentées a été publiée dans une revue à comité de lecture. Toutes sont menées par des équipes de chercheurs pharmaciens, à l'exception de trois d'entre elles (12,17,23), la dernière étant entièrement menée au sein du département de Médecine Générale de la Faculté de Dublin.

### **Avis a priori et expérience :**

La majorité relate des points de vue forgés par un vécu de la collaboration. Certaines cependant posent la question en amont pour en évaluer l'acceptabilité. Les population interrogées comprennent alors une part de médecins ayant déjà été en contact avec les pharmaciens, soit ponctuellement (13,14,16), soit à l'étranger ou dans un autre mode d'exercice du soin primaire (18).

## **C. Synthèse des résultats :**

### **1. Rôles et acceptation :**

La revue de médication est le rôle le mieux accepté, quasi porte d'entrée des pharmaciens dans la collaboration interprofessionnelle, cité par 14 études sur 15 (11–17,19–25), à l'exception de Saw *et al.* qui développe surtout les avis réticents. L'éducation aux patients est également très bien accueillie (11–17,19,20,24,25), de même que l'aspect didactique pour l'équipe, par conseils itératifs ou par session d'enseignement (11–17,19,21–23,25).

L'expertise médicamenteuse des pharmaciens est généralement reconnue (11–13,15,17,19–25), tandis qu'une sécurité accrue des ordonnances est favorisée par les référentiels émis, la surveillance des interactions et les allègements de prescription (11,13–17,19,20,22–25).

Parmi les autres activités pharmaciennes mises en œuvre, on retrouve :

- la conciliation médicamenteuse (inventaire holistique des traitements, y compris sans ordonnance, en coordination avec hôpitaux et spécialistes) (14,20–22,25),
- la gestion médicamenteuse de pathologies chroniques (19–22,24,25) (asthme ; sevrage tabagique ; diabète, dont introduction d’insuline au cabinet (12) ; fragilité ; traitements anticoagulants ; morphiniques, benzodiazépines et addictions ; santé mentale ; douleur chronique),
- le renouvellements d’ordonnance (20,25),
- la prise en charge protocolisée de pathologies aiguës (Minor Ailment Service au Royaume Uni) (20,22,25),
- ainsi que des spirométries (20)

Chez les partisans à la prescription pharmacienne, plusieurs médecins se plaignent de la charge à implémenter les recommandations vers chaque patient depuis les comptes-rendus groupés, quand les pharmaciens auraient pu le faire dans la continuité immédiate des entretiens (11,23,25). La question médicolégale de ces prescriptions est alors évoquée dans 3 études (12,20,23), plutôt à l’instauration, puis semble s’équilibrer pour une responsabilité partagée des nouvelles ordonnances émises avec traçabilité du dossier. De façon connexe et dès 2002, des participants de MacRae *et al.* suggéraient que les pharmaciens puissent intervenir dans les surveillances biologiques nécessaires pour leur bilan.

La communication induite par la collaboration est globalement plébiscitée (11,13,15–17,20,22–25), et d’autant plus en face-à-face, grâce aux opportunités de rencontre (15,17,22–25). Dans trois études, les médecins apprécient de pouvoir discuter avec le pharmacien, juste avant pour définir des axes principaux à explorer avec un patient en particulier, et juste après, pour récolter les résultats, en parallèle d’un compte-rendu écrit (15,17,24).

Finalement, dans 8 études, les médecins soulignent la nécessité de définir les rôles pharmaciens, tant en amont pour en faciliter l’acceptation, qu’en aval pour en user de façon optimale et fluidifier les rapports avec l’équipe (11,13,15,16,18–20,22). De plus, ces rôles doivent s’adapter aux besoins actuels du cabinet et peuvent être amenés à varier avec le temps (20,22). Parfois, ce sont les patient qui doivent recevoir des éclaircissements sur ces rôles pour y adhérer (11,16,23–25)

En aparté, il est intéressant de citer une initiative très bien accueillie par les professionnels, menée au sein de la Ealing GP Federation (équivalent administratif d’une CPTS dans la

NHS (26)). Les requêtes de renouvellement des patients y sont gérées par un technicien en pharmacie formé, qui peut vérifier le dossier informatisé, pour tracer les dernières biologies, modifications d'ordonnance, et événements cliniques notables avant de générer une ordonnance renouvelée qui sera secondairement signée par le pharmacien ou le médecin responsable du patient. (20)

## **2. Freins et réticences :**

### *a. Espace :*

Le manque d'un espace dédié disponible est l'un des problèmes les plus fréquemment cités, dans 11 études (11–16,20,21,23–25). Chez certains, c'est la cause de la faible présence hebdomadaire des pharmaciens du projet (20,24). Ponctuellement, c'en devient une ressource précieuse, à attribuer à la profession qui serait la plus profitable au cabinet (24).

### *b. Pérennité financière :*

Problématique récurrente, évoquée dans 10 études (13,14,16,18–24), de façon disparate selon les rémunérations permises par les politiques sanitaires des différents pays au moment des études. Aux étapes préliminaires, les salaires sont généralement versés par l'organisme de recherche ou le projet d'incitation gouvernemental. Par la suite il s'agit souvent, selon les états, d'une reconnaissance de l'acte intellectuel de consultation ou d'une revalorisation de l'enveloppe sur critères qualité pour les services offerts par le cabinet (par exemple dans la population étudiée par Hampson *et* Ruane. qui salarie ainsi les pharmaciens intégrés suite au tarissement de l'aide promotionnelle NHS (22))

### *c. Temps :*

Second problème majeur, le manque de temps et surtout l'accroissement de la charge de travail sont régulièrement décrits (11,12,15,16,21,23,24), principalement à la phase de lancement, tandis que les pharmaciens prennent leurs marques et que l'équipe doit doser au mieux le volume et la teneur des réunions. Parallèlement, dans 10 études cette question est posée, mais pondérée par une amélioration perçue de la qualité du soin, la possibilité de déléguer des tâches et de se recentrer sur l'activité clinique (11,12,16,17,19,20,22–25).

De même, le choix des patients adressables est initialement perçu comme une surcharge s'il n'a pas été anticipé (12), atténuée ensuite par l'habitude ou l'aide du logiciel médical

(24). Certains généralistes évoquent que le pharmacien ou d'autres membres de l'équipe puissent également établir en amont une liste des patients éligibles à une action (16,24).

En miroir, un des reproches aux dispositifs est la présence trop sporadique des pharmaciens dans la structure (15,19,20,24,25) qui s'en trouvent indisponible au moment crucial.

*d. Confiance et relations interprofessionnelles :*

Un des nœuds du problème réside dans la crainte médicale d'une perte de leur identité et de leur expertise au profit des pharmaciens. Le grief est soulevé dans 8 études (12–14,16,18,20,21,23) (seulement en phase initiale chez Pottie *et al.*), principalement sur la perspective des compétences cliniques, mais chez Ryan et al. des participants craignent également un désinvestissement médical sur la question des prescriptions et de facto une perte de savoir.

Parallèlement, deux études mettent en évidence des oppositions au prescriptions pharmaciennes (14,19) sans en explorer les ressorts.

L'expertise réelle des pharmaciens est pourtant soumise à caution, parfois nettement (16,18) parfois en se justifiant d'une exigence de formation adéquate pour les nouvelles fonctions (16,18–20,22).

Concernant les rapports aux officinaux, le pharmacien intégré est apprécié en tant qu'intermédiaire par certains médecins (12,13,15,19,20,23,25) tandis que d'autres évoquent que les premiers puissent être marginalisés par les seconds en périphérie de l'équipe pluriprofessionnelle (25) ou rapportent que les officinaux restent défiants et estiment perdre des rôles et du chiffre d'affaire (16,19,20,25).

Sur une note similaire, deux études relatent des tensions avec les infirmières qui peuvent se sentir spoliées ou sous surveillance (19,20).

## IV. DISCUSSION :

### A. Contextes d'intégration à l'étranger :

A première vue, deux tiers de ces études mettent en lumière une incursion perçue sur le champ de compétence médical (12–14,16,18,20,21,23) ou des réticences sur le niveau de compétence des pharmaciens (16,18–20,22). Toutefois, parmi les études d'acceptation, en amont de toute expérience, (13,14,16,18), ces problèmes apparaissent respectivement dans 4/4 études, et 2/4 études (16,18). Parallèlement, dans les autres populations, qui ont bénéficié du dispositif et décrivent quasi unanimement des retours positifs (11,12,15,17,19–25), ces griefs n'apparaissent respectivement que dans 4/11 études (12,20,21,23) (seulement au début chez Pottie *et al.*) et 3/11 études (19,20,22).

Par ailleurs, la volonté et la préexistence d'un travail en équipe apparaissent primordiales (12,14–16,19,24), par l'extrapolation d'une autre coopération enrichissante (IPA p.ex.) (12,19), ou l'existence de rapports antérieurs avec le pharmacien (16,18). Les médecins plus favorables dans le groupe peuvent ouvrir la voie, avec un effet tache d'huile (24), supervisant la mise en place et l'usage adéquat (14,20). Interrogés au terme, deux des échantillons de population souhaiteraient pérenniser la collaboration (19,21) et trois autres la recommanderaient à leurs confrères (17,22,24)

Deux problématiques se font écho : l'expérience préalable et la communication semblent encourager la reconnaissance et la collaboration, tandis que les manques de clarté des rôles et de confiance dans les compétences pharmaciennes constituent des freins. Freins qui eux même entravent secondairement la volonté de participer à l'échange.

Saw *et al.* (18) en offrent une illustration caricaturale en Malaisie : les médecins qui l'ont déjà expérimenté à l'étranger ou en établissement public sont favorables à la collaboration. Au même moment, ceux en exercice privé questionnent sérieusement le rôle et les compétences des pharmaciens en soins primaires, craignant par ailleurs une perte de chiffre d'affaires à les intégrer.

Deux études éliminées avant les résultats permettent également d'explorer la relation médecin pharmacien. Farrell *et al.*, dans une étude corolaire de Pottie *et al.* (IMPACT 2007), demandent aux médecins d'évaluer à 3, 12 et 19 mois leur propre contribution et celle des pharmaciens dans 5 domaines. A 19 mois, les médecins ont significativement

accru leur perception des contributions pharmaciennes aux domaines de "surveillance", "diagnostic & prescription" et "bilan de médication" (qu'ils évaluaient initialement inférieur à leur propre contribution) (27).

De leur côté, Gregory *et* Austin comparent les modèles cognitifs de confiance rapportés par les deux professions dans des exercices de groupe en Ontario. Ils relèvent une confiance du pharmacien envers le médecin basée sur le statut et le diplôme médical. Parallèlement, les médecins qui évaluent leur collaboration présente avec satisfaction, révèlent une confiance progressivement acquise sur l'expérience de réussites mutuelles, plutôt que sur les diplômes des pharmaciens (28).

Dans les résultats, quatre études confirment cette amélioration au cours du temps de la confiance accordée aux pharmaciens (12,15,20,24)

Concernant la comparaison entre fonctionnement classique ou intégré dans la qualité de la communication, une étude statue en faveur du second mais sur le mode déclaratif de participants (17). La méthodologie ici présente rends impossible cette conclusion.

## **B. Transposabilité des modèles étrangers :**

### **1. Espace :**

De façon très similaire, c'est également une contrainte en France, dans les cabinets de groupes qui doivent parfois accommoder moult intervenants. Cependant, la superficie disponible dans les officines pour libérer un espace de confidentialité peut tout autant s'avérer limitante. D'autant que la loi stipule actuellement que les "locaux de l'officine [doivent former] un ensemble d'un seul tenant" (29)

A l'analyse, les textes semblent en faveur d'un regroupement administratif plus que physique. Et c'est surtout sur l'argument de l'accès facilité aux patients, en horaires et en maillage territorial, via les officines, que les nouveaux rôles sont défendus. Pour autant, les bilans de médicaments et les entretiens pharmaceutiques peuvent également se réaliser à domicile ou en EHPAD, et les suivis par téléphone.

## **2. Temps :**

Egalement prévisible, au moins le temps de l'instauration pour prendre ses marques. Néanmoins, l'effort à fournir repose moins sur les médecins que pour les protocoles de dispensation notamment, avec leurs formations chronophages, en présence de tous les intervenants. Du reste, tous les maîtres de stage ont déjà expérimenté la période d'adaptation de leur stagiaire et savent que la situation s'équilibre en général rapidement.

## **3. Rémunération :**

Contrairement à d'autres pays, en France, la rémunération pour l'acte intellectuel de consultation est possible, hors TVA et donc en contraste avec l'activité historique de vente. Par ailleurs, l'exercice coordonné est fortement suggéré aux pharmaciens par une hausse de la rémunération aux objectifs de santé publique (ROSP) de 820 € (1), pendant qu'il prend des allures d'ultimatum pour bénéficier du forfait structure chez les médecins (30,31). En face donc, hormis une hausse du nombre de réunions de coordinations rémunérées, aucun recul n'est encore possible sur l'impact au chiffre d'affaire. Quoi qu'il en soit, des revalorisations générales sont déjà attendues avec fébrilité dans la future convention prévue pour 2023.

## **4. Acceptation :**

Comme vu précédemment, à défaut de contacts pérennes, la crainte d'une imposture pharmacienne et d'une incursion dans le pré carré médical sont généralement présentes. Mais ces défiances semblent pouvoir s'estomper à l'usage, et à la lumière d'une synergie créée.

Néanmoins, comme le montrent ces études, la confiance des médecins ne s'acquiert que progressivement (12,15,20,24,27,28). Et dans ce cas, ce sont bien les champs d'expertise pharmaceutiques, avant la diversification clinique, qui recueillent les meilleurs assentiments et permettent d'établir du lien.

## **C. Perspectives :**

### **1. Elargissement des thématiques d'entretien :**

Parallèlement, depuis la loi HPST de 2009 et les avenants successifs, les pharmaciens commencent progressivement à s'approprier le sujet des actes de non dispensations, et à explorer ponctuellement de nouveaux champs d'action dans les bilans et entretiens pharmaceutiques. On peut par exemple citer des thèses sur les entretiens pharmaceutiques en contexte de ménopause (32), d'insuffisance rénale chronique ou d'hémodialyse (33,34), d'insuffisance cardiaque chronique (35), d'hypertension (36), de diabète (37), de polyarthrite rhumatoïde (38), de traitements à marge thérapeutique étroite comme les antiépileptiques (39) ou le lithium (40), les traitements substitutifs aux opiacés (41,42) ou le bon usage des morphiniques (43). Les principes généraux restant les mêmes autour de la compréhension de la pathologie, du traitement et d'une observance correcte, les déclinaisons semblent aussi nombreuses que les pathologies chroniques

### **2. Apprentissage :**

Pourtant en dépit de ces bonnes volontés, la formation des pharmaciens ne prends pas encore en compte toutes les dimensions des nouveaux rôles. De façon très pragmatique, il s'agit d'abord de marquer la distinction d'avec la relation vendeur-client, ou le client peut être susceptible d'exiger et le vendeur d'encourager à la consommation. De ce point de vue, les produits disponibles dans les rayons et la confusion avec les parapharmacies des grandes enseignes de supermarchés (44) ne jouent pas spontanément en faveur de la crédibilité des pharmaciens. Il faut alors parfois rééduquer les clients, pour qu'ils redeviennent des patients, et assimilent l'intérêt des nouveaux services pour leur santé (11,16,23–25). Parallèlement, les pharmaciens ont une posture à acquérir dans cette nouvelle relation de soignant-patient. Réaliser un interrogatoire, une anamnèse ou examen clinique ne sont pas de compétences de base dans le cursus pharmacien.

De même, concernant les vaccinations, alors que le choix paraissait plus intuitif d'ouvrir la réalisation des injections en priorité aux infirmières -et au grand dam de leur Conseil de l'Ordre (45)- le maillage territorial et l'accès quasi universel à une pharmacie semblent avoir permis ces actes majoritairement en pharmacies (46), parfois jusqu'au double des prestations effectuées par les médecins. Là encore, au prix d'une formation hors cursus.

### **3. Tisser du lien :**

Au total, en revenant sur la collaboration médecin-pharmacien :

- partant d'une part des bénéfices des contacts antérieurs sur la probabilité de contacts futurs, et donc sur la confiance mutuelle et l'interprofessionnalité,
- d'autre part, sur le besoin d'une formation qualifiante et reconnue pour les pharmaciens et d'une meilleure compréhension de leurs nouveaux rôles parmi les médecins,
- et enfin, compte tenu des contraintes d'espace et de législation qui encouragent surtout à une coordination des champs de compétence du soin primaire plus qu'à la colocation,

Il apparaît judicieux de renforcer les initiatives, déjà inaugurées par certaines MSP, de stages croisés entre des étudiants des deux filières pour se familiariser aux exercices de chacun. On peut ainsi espérer faire germer une meilleure émulation dans ces espaces propices aux échanges et aux expérimentations tutorées, plutôt qu'au pied du mur dans des territoires de santé aux abois.

### **D. Forces et limitations :**

Les résultats de cette recherche sont hélas grevés dans leur portée par l'absence d'une exhaustivité complète, conséquence d'une méthodologie à un seul chercheur et de l'immense diversité des termes pour parler de "point de vue" et du concept central d'"intégration des pharmaciens" dans les dénominations des études. Pour rappel, Hurley et al partant de plus de 5000 occurrences (doublons exclus), retrouvaient déjà 39 études dignes d'intérêt sur la période 2008-2018, avant de n'en garder que les méthodologies qualitatives.

De plus, parmi ces expériences de collaboration (11–17,19–25), la norme générale d'une participation basée sur le volontariat, et donc d'une possible disposition favorable préexistante, peut être accusée de biaiser le bénéfice perçu, à la hausse.

En revanche, cette recherche a le mérite de révéler un mode d'exercice non représenté en France tandis qu'il est expérimenté au moins depuis 1999 dans d'autres pays (11). Dans le même temps, l'actualité législative vient de définir des axes compatibles à la pratique clinique pharmacienne et à l'interprofessionnalité pour les cinq ans à venir. De là, la comparaison est permise pour envisager des pistes de travaux exploitables.

## V. CONCLUSION :

Il existe bien dans le monde, une activité de consultation pharmacienne en cabinet de soins primaire. Si le concept peut paraître nouveau en France, l'idée a déjà plus de 20 ans au Royaume Uni ou 15 ans au Canada, et semble porter ses fruits. Mais d'une part, depuis sa création, la Société Française de Pharmacie Clinique a surtout concentré ses actions sur l'hôpital plutôt que sur l'activité officinale. Tandis qu'à l'opposé, les préjugés et les défiances de la profession médicale restent vivaces envers les pharmaciens. De fait, les échanges sont rares et se jouent plus facilement à l'échelle des individus et des circonstances que des corporations respectives.

Pourtant bilan de médication et entretiens pharmaceutiques semblent être des rôles utiles aux patients et à notre exercice, que l'on peut attendre à l'issue d'un doctorat en pharmacie.

En faisant le choix des incitations à la pluriprofessionnalité, et avec les directives de la nouvelle convention, le gouvernement se fait instigateur de mariage arrangé, mais il n'est pas responsable du clivage préexistant.

S'ils veulent mitiger le choc d'une cohabitation subie et espérer enrichir l'exercice, les professionnels devront sans doute s'appropriier les textes comme une opportunité pour formaliser les cursus en conséquence, mais surtout favoriser les échanges interprofessionnels dès les stages pratiques, notamment dans les viviers de collaboration que peuvent constituer les MSP et autres structures de groupe.

## VI. BIBLIOGRAPHIE :

1. Arrêté du 31 mars 2022 portant approbation de la Convention nationale organisant les rapports entre les pharmaciens titulaires d'officine et l'assurance maladie [Internet]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000045538155>
2. Avenants [Internet]. [cité 31 mai 2022]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/pharmacien/textes-referance/textes-conventionnels/avenants>
3. Arrêté du 6 mars 2020 relatif à l'autorisation du protocole de coopération « Prise en charge de la pollakiurie et de la brûlure mictionnelle chez la femme de 16 à 65 ans par l'infirmier diplômé d'Etat et le pharmacien d'officine dans le cadre d'une structure pluri-professionnelle » - Légifrance [Internet]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000041697967>
4. Arrêté du 6 mars 2020 relatif à l'autorisation du protocole de coopération « Prise en charge de l'odynophagie par l'infirmier diplômé d'Etat ou le pharmacien d'officine dans le cadre d'une structure pluri-professionnelle » - Légifrance [Internet]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000041697956>
5. Arrêté du 6 mars 2020 relatif à l'autorisation du protocole de coopération « Prise en charge de l'enfant de 12 mois à 12 ans de l'éruption cutanée vésiculeuse prurigineuse par l'infirmier diplômé d'Etat ou le pharmacien d'officine dans le cadre d'une structure pluri-professionnelle » - Légifrance [Internet]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000041704192>
6. Arrêté du 6 mars 2020 relatif à l'autorisation du protocole de coopération « Renouvellement du traitement de la rhino-conjonctivite allergique saisonnière pour les patients de 15 à 50 ans par l'infirmier diplômé d'Etat et le pharmacien d'officine dans le cadre d'une structure pluri-professionnelle » - Légifrance [Internet]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000041697978>
7. Présentation de La Société Française de Pharmacie Clinique (SFPC) [Internet]. SFPC. [cité 30 mai 2022]. Disponible sur: <https://sfpc.eu/presentation/>
8. Hurley E, Gleeson LL, Byrne S, Walsh E, Foley T, Dalton K. General practitioners' views of pharmacist services in general practice: a qualitative evidence synthesis. *Fam Pract.* 26 sept 2021;cmab114.
9. Critical Appraisal Skills Programme (2018). CASP (Qualitative) Checklist [Internet]. 2018 [cité 23 mai 2022]. Disponible sur: [www.casp-uk.net](http://www.casp-uk.net)
10. Center for Evidence Based Management (July, 2014), Critical Appraisal Checklist for Cross-Sectional Study [Internet]. 2014 [cité 23 mai 2022]. Disponible sur: <https://www.cebma.org>

11. MacRae F, Lowrie R, MacLaren A, Barbour RS, Norrie J. Pharmacist-led medication review clinics in general practice: The views of Greater Glasgow GPs. *Int J Pharm Pract.* 2003;11(4):199-208.
12. Pottie K, Farrell B, Haydt S, Dolovich L, Sellors C, Kennie N, et al. Integrating pharmacists into family practice teams: physicians' perspectives on collaborative care. *Can Fam Physician Med Fam Can.* déc 2008;54(12):1714-1717.e5.
13. Freeman C, Cottrell WN, Kyle G, Williams I, Nissen L. Integrating a pharmacist into the general practice environment: opinions of pharmacist's, general practitioner's, health care consumer's, and practice manager's. *BMC Health Serv Res.* 1 août 2012;12:229.
14. Freeman C, Cottrell WN, Kyle G, Williams ID, Nissen L. Pharmacists', general practitioners' and consumers' views on integrating pharmacists into general practice. *J Pharm Pract Res.* 2012;42(3):184-8.
15. Tan ECK, Stewart K, Elliott RA, George J. Stakeholder experiences with general practice pharmacist services: a qualitative study. *BMJ Open.* 11 sept 2013;3(9):e003214.
16. Tan ECK, Stewart K, Elliott RA, George J. Integration of pharmacists into general practice clinics in Australia: the views of general practitioners and pharmacists. *Int J Pharm Pract.* févr 2014;22(1):28-37.
17. Moreno G, Lonowski S, Fu J, Chon JS, Whitmire N, Vasquez C, et al. Physician experiences with clinical pharmacists in primary care teams. *J Am Pharm Assoc JAPhA.* déc 2017;57(6):686-91.
18. Saw PS, Nissen L, Freeman C, Wong PS, Mak V. Exploring the role of pharmacists in private primary healthcare clinics in Malaysia: The views of general practitioners. *J Pharm Pract Res.* 2017;47(1):27-33.
19. Deeks LS, Kosari S, Naunton M, Cooper G, Porritt J, Davey R, et al. Stakeholder perspectives about general practice pharmacists in the Australian Capital Territory: a qualitative pilot study. *Aust J Prim Health.* juill 2018;24(3):263-72.
20. Ryan K, Patel N, Lau WM, Abu-Elmagd H, Stretch G, Pinney H. Pharmacists in general practice: a qualitative interview case study of stakeholders' experiences in a West London GP federation. *BMC Health Serv Res.* 2 avr 2018;18(1):234.
21. Williams CR, Woodall T, Wilson CG, Griffin R, Galvin SL, LaVallee LA, et al. Physician perceptions of integrating advanced practice pharmacists into practice. *J Am Pharm Assoc JAPhA.* févr 2018;58(1):73-78.e2.
22. Hampson N, Ruane S. The value of pharmacists in general practice: perspectives of general practitioners-an exploratory interview study. *Int J Clin Pharm.* avr 2019;41(2):496-503.
23. James O, Cardwell K, Moriarty F, Smith S, Clyne B. Pharmacists in general practice: a qualitative process evaluation of the General Practice Pharmacist (GPP) study. *Fam*

- Pract [Internet]. 2020; Disponible sur: <https://www.cochranelibrary.com/central/doi/10.1002/central/CN-02121706/full>
24. Medgyesi N, Reardon J, Leung L, Min J, Yuen J. Family physician perceptions of barriers and enablers to integrating a co-located clinical pharmacist in a medical clinic: A qualitative study. *J Am Pharm Assoc JAPhA*. déc 2020;60(6):1021-8.
  25. Hasan Ibrahim AS, Barry HE, Hughes CM. General practitioners' experiences with, views of, and attitudes towards, general practice-based pharmacists: a cross-sectional survey. *BMC Prim Care*. 14 janv 2022;23(1):6.
  26. GP federations – making the connection | NHS Confederation [Internet]. [cité 31 mai 2022]. Disponible sur: <https://www.nhsconfed.org/articles/gp-federations-making-connection>
  27. Farrell B, Pottie K, Woodend K, Yao V, Dolovich L, Kennie N, et al. Shifts in expectations: evaluating physicians' perceptions as pharmacists become integrated into family practice. *J Interprof Care*. janv 2010;24(1):80-9.
  28. Gregory PAM, Austin Z. Trust in interprofessional collaboration: Perspectives of pharmacists and physicians. *Can Pharm J CPJ Rev Pharm Can RPC*. juill 2016;149(4):236-45.
  29. Article R5125-8 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [cité 1 juin 2022]. Disponible sur: [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000043841360/](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000043841360/)
  30. Arrêté du 14 août 2019 portant approbation de l'avenant n° 7 à la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie signée le 25 août 2016 [Internet]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000038934376>
  31. Pas d'exercice coordonné, pas de forfait structure : « les médecins risquent de déplaquer » [Internet]. *egora.fr*. 2022 [cité 30 mai 2022]. Disponible sur: <https://www.egora.fr/actus-pro/remuneration/73224-pas-d-exercice-coordonne-pas-de-forfait-structure-les-medecins-risquent>
  32. Beaumelou N; G Peggy; Sallerin, Brigitte. La ménopause étude de faisabilité des entretiens pharmaceutiques à l'officine. 2015.
  33. Brel OT Nathalie. Le rôle du pharmacien d'officine dans la prise en charge de l'insuffisance rénale chronique ses nouvelles missions [Internet]. 2015. Disponible sur: [http://docnum.univ-lorraine.fr/public/BUPHA\\_T\\_2015\\_BREL\\_OULYANA.pdf](http://docnum.univ-lorraine.fr/public/BUPHA_T_2015_BREL_OULYANA.pdf)
  34. Denizot J; R Thierry ; Bellet, Béatrice ; Allenet, Benoît. Comment améliorer la prise en charge des patients hémodialysés en officine ? Proposition d'un outil d'aide à la réalisation des bilans partagés de médication [Internet]. 2020. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03085331/document>
  35. Caloone N; D Thierry. Rôle du pharmacien d'officine dans l'observance (adhésion thérapeutique) exemple de l'insuffisance cardiaque chronique [Internet]. 2021.

- Disponible sur: [https://pepite-depot.univ-lille.fr/LIBRE/Th\\_Pharma/2021/2021LILUE024.pdf](https://pepite-depot.univ-lille.fr/LIBRE/Th_Pharma/2021/2021LILUE024.pdf)
36. Le Pelletier J; RL Charlotte. Prévention des accidents vasculaires cérébraux intérêt des entretiens pharmaceutiques chez les patients hypertendus. 2019.
  37. Montagne L; G Stéphanie. Conception d'un nouvel outil pédagogique destiné à la formation à l'entretien pharmaceutique avec le patient diabétique de type 1 [Internet]. 2015. Disponible sur: [https://pepite-depot.univ-lille.fr/LIBRE/Th\\_Pharma/2015/2015LIL2E081.pdf](https://pepite-depot.univ-lille.fr/LIBRE/Th_Pharma/2015/2015LIL2E081.pdf)
  38. Ncib H; R Pierre. La prise en charge et l'accompagnement pharmaceutique des patients atteints de polyarthrite rhumatoïde expérimentation d'un entretien pharmaceutique [Internet]. 2017. Disponible sur: [https://ged.biu-montpellier.fr/florabium/servlet/DocumentFileManager?source=ged&document=ged:IDOCs:465319&resolution=MEDIUM&recordId=memoires%3ABIU\\_MEMOIRES%3A1711&file=2017\\_Ncib\\_Habiba.pdf](https://ged.biu-montpellier.fr/florabium/servlet/DocumentFileManager?source=ged&document=ged:IDOCs:465319&resolution=MEDIUM&recordId=memoires%3ABIU_MEMOIRES%3A1711&file=2017_Ncib_Habiba.pdf)
  39. Hiver Q; ML Fanny. EpiPharm étude de l'impact des entretiens pharmaceutiques sur l'adhésion au traitement des patients épileptiques et leurs compétences à gérer leurs thérapeutiques étude préliminaire de faisabilité. 2021.
  40. Niot C; C Elodie. Développement d'activités de pharmacie clinique spécifiques aux patients traités par lithium [Internet]. 2020. Disponible sur: [https://pepite-depot.univ-lille.fr/LIBRE/Th\\_Pharma/2020/2020LILUE096.pdf](https://pepite-depot.univ-lille.fr/LIBRE/Th_Pharma/2020/2020LILUE096.pdf)
  41. Malgouyres M. Traitement de substitution aux opiacés place du pharmacien et des entretiens pharmaceutiques [Internet]. 2019. Disponible sur: [https://ged.biu-montpellier.fr/florabium/servlet/DocumentFileManager?source=ged&document=ged:IDOCs:509460&resolution=MEDIUM&recordId=memoires%3ABIU\\_MEMOIRES%3A3058&file=Th%C3%A8se\\_2019\\_%20MALGOUYRES%20Mathilde.pdf](https://ged.biu-montpellier.fr/florabium/servlet/DocumentFileManager?source=ged&document=ged:IDOCs:509460&resolution=MEDIUM&recordId=memoires%3ABIU_MEMOIRES%3A3058&file=Th%C3%A8se_2019_%20MALGOUYRES%20Mathilde.pdf)
  42. Provoost F; F Sébastien. Élaboration d'un entretien pharmaceutique pour les patients dépendants aux opioïdes enquête auprès de différents professionnels [Internet]. 2019. Disponible sur: <http://dune.univ-angers.fr/fichiers/20101522/2019PPHA11554/fichier/11554F.pdf>
  43. Thacoor E; D Mathilde. Le rôle du pharmacien d'officine dans le bon usage des antalgiques opioïdes chez le sujet âgé de 75 ans et plus [Internet]. 2021. Disponible sur: [https://pepite-depot.univ-lille.fr/LIBRE/Th\\_Pharma/2021/2021LILUE053.pdf](https://pepite-depot.univ-lille.fr/LIBRE/Th_Pharma/2021/2021LILUE053.pdf)
  44. Leclerc profite du COVID-19 pour garder ses parapharmacies ouvertes [Internet]. Le Quotidien du Pharmacien. [cité 9 juin 2022]. Disponible sur: <https://www.lequotidiendupharmacien.fr/archives/leclerc-profite-du-covid-19-pour-garder-ses-parapharmacies-ouvertes>
  45. Conseil National - Vaccination par les pharmaciens : une très mauvaise idée [Internet]. [cité 9 juin 2022]. Disponible sur: <https://www.ordre-infirmiers.fr/actu/vaccination-par-les-pharmaciens-une-tr%C3%A8s-mauvaise-id%C3%A9e.html>
  46. Données vaccination par catégorie d'injecteur, hors centres de vaccination et établissements de santé [Internet]. [cité 9 juin 2022]. Disponible sur:

- <https://datavaccin-covid.ameli.fr/explore/dataset/donnees-de-vaccination-type-dinjecteur/>
47. Exercice coordonné des soins de premier recours [Internet]. [cité 29 mai 2022]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/se-former-s-installer-exercer/l-exercice-coordonne-entre-professionnels-de-sante/article/l-exercice-coordonne>
  48. Principes et démarche [Internet]. [cité 29 mai 2022]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/pharmacien/exercice-professionnel/sante-prevention/accompagnements/accompagnement-pharmaceutique-patients-chroniques/demarche>
  49. Le bilan partagé de médication [Internet]. [cité 29 mai 2022]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/pharmacien/exercice-professionnel/sante-prevention/accompagnements/accompagnement-pharmaceutique-patients-chroniques/bilan-partage-medication>
  50. L'accompagnement pharmaceutique des patients sous AVK [Internet]. [cité 29 mai 2022]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/pharmacien/exercice-professionnel/sante-prevention/accompagnements/accompagnement-pharmaceutique-patients-chroniques/avk>
  51. L'accompagnement pharmaceutique des patients sous AOD [Internet]. [cité 29 mai 2022]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/pharmacien/exercice-professionnel/sante-prevention/accompagnements/accompagnement-pharmaceutique-patients-chroniques/aod>
  52. L'accompagnement pharmaceutique des patients asthmatiques [Internet]. [cité 29 mai 2022]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/pharmacien/exercice-professionnel/sante-prevention/accompagnements/accompagnement-pharmaceutique-patients-chroniques/asthme>
  53. L'accompagnement pharmaceutique des patients sous anticancéreux par voie orale [Internet]. [cité 29 mai 2022]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/pharmacien/exercice-professionnel/sante-prevention/accompagnements/accompagnement-pharmaceutique-patients-chroniques/anticancereux-voie-orale>
  54. Décret n° 2021-685 du 28 mai 2021 relatif au pharmacien correspondant [Internet]. mai 28, 2021. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000043558014>
  55. Pharmacien correspondant [Internet]. [cité 29 mai 2022]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/pharmacien/exercice-professionnel/acces-soins/pharmacien-correspondant>

## **VII.ANNEXES :**

### **A. Annexe 1 - Dispositions françaises en vertu des nouveaux textes :**

Les rôles du pharmacien en France ont été très récemment soumis a une révision par la nouvelle convention nationale des pharmaciens titulaires d'officine du 31 mars 2022 (1). On peut donc lister :

#### **1. Protocoles de dispensation :**

Déjà instaurés en amont, selon les arrêtés du 6 Mars 2020, ils sont au nombre de 4 concernant les pharmaciens. Dans le cadre d'un exercice coordonné, au sein d'une même structure pluriprofessionnelle, avec un logiciel commun labellisé « dossier patient informatisé » (47), ils reposent sur une relation de délégant/délégué entre le médecin traitant et le pharmacien d'officine. On distingue donc :

##### **Prise en charge de la pollakiurie/brûlure mictionnelle :**

Cystite simple, avec possibilité de réaliser une bandelette urinaire à l'officine et de prescrire et délivrer l'antibiothérapie (3).

##### **Prise en charge de l'odynophagie :**

Angine, avec possibilité de réaliser un test rapide d'orientation diagnostique (TROD) pour la recherche du streptocoque du groupe A à l'officine et de délivrer l'antibiothérapie (4).

##### **Prise en charge de l'éruption cutanée vésiculeuse prurigineuse chez de l'enfant de 12 mois à 12 ans :**

Varicelle, avec possibilité de prescrire et délivrer du Paracétamol et un antiseptique (5).

##### **Renouvellement du traitement de la rhino-conjonctivite allergique saisonnière pour les patients de 15 à 50 ans :**

Renouvellement à l'identique des antihistaminiques de 2<sup>nd</sup> génération, y compris intraoculaire, et des corticoïdes locaux (6).

En amont, lors de la mise en œuvre du protocole, les médecins établissent les ordonnances type pour les 3 premières situations, et prennent en charge localement l'enseignement défini dans chaque texte.

## **2. Accompagnement des patients chroniques :**

Afin d'impliquer les pharmaciens dans la prévention (48), ils peuvent se dérouler dans l'espace de confidentialité de la pharmacie, au domicile du patient ou par télésoin.

Le schéma de réalisation classique comprend, la première année, un entretien d'évaluation initial, puis deux entretiens de suivis-conseils-observance. Les années suivantes, deux entretiens de suivi sont réalisés.

L'accompagnement regroupe plusieurs concepts :

### *a. Bilan Personnalisé de Médication :*

Désormais inclus et précisé en annexe XI de la nouvelle convention(1), il s'adresse aux patients de plus de 65 ans prenant au moins cinq molécules de façon chronique (49). L'exercice reste général sur l'adhésion, la compréhension, l'observance au traitement et la iatrogénie. Il demande d'évaluer les prises, l'habitus, l'état général, aidé par l'accès au dossier médical.

Les posologies, contre-indications et interactions sont analysées avec rédaction d'une synthèse et des ajustements possible (posologie, galénique, etc.) adressé au médecin traitant par messagerie sécurisée ou entrevue. Une fois le consensus atteint, le second entretien expose le plan de soin au patient et le troisième en évalue l'observance.

La rémunération est de 60€ par patient la première année, puis les années suivantes, 30€ en cas de modification de traitement ou 20€ à défaut.

Les patients en EHPAD (annexe XII), normalement inéligibles au dispositif, car ne gérant pas eux même leurs traitements, bénéficient d'une dérogation. Dans ce cas, l'intervention fait le lien entre le médecin traitant, le médecin coordinateur, l'équipe de soins et éventuellement les aidants.

### *b. Entretiens pharmaceutiques :*

Après avoir été avenants à la précédente, ils sont entérinés dans la nouvelle convention, précisés respectivement dans les annexes VII, VIII, IX et X (1). Ils s'axent sur le suivi de certains traitements dans l'optique de mieux contrôler la pathologie, tout en réduisant la iatrogénie et les hospitalisations :

**Patient sous anti vitamine K (AVK) :**

Evaluation de la compréhension et de l'observance. Explications sur le concept d'INR, de zone cible, ainsi que les aliments à risque et les interactions. Apprentissage des signes d'alerte qui doivent pousser à consulter (50).

**Patient sous anticoagulant oral direct (AOD):**

Similaire au précédent, mais adapté au traitement et aux interactions plus nombreuses. Apprentissage des signes d'alerte (51).

**Patient asthmatique avec un traitement de fond par corticoïdes inhalé :**

Explications sur le mécanisme de la pathologie et la différence entre traitement de fond et de crise. Evaluation de l'utilisation correcte du dispositif. Point complémentaire sur les facteurs favorisants et les évictions. Ne concerne hélas pas les patients BPCO (52).

**Patients sous traitement anticancéreux oral :**

Explication du traitement, dans la vie quotidienne, et des effets secondaire. Analyse du schéma thérapeutique et des interactions. Possibilité de faire le lien entre médecin traitant et le service d'oncologie (53).

Les pharmaciens doivent disposer d'un espace de confidentialité et être formés pour chaque thème. L'inclusion au cursus pharmacien n'est pas encore actée mais des organismes tiers commencent à proposer des formations DPC

Rémunération :

- Cotation TAC 0.01€ à l'inclusion
- Deuxième cotation à la fin des entretiens de la première année : 50€ pour les AVK, AOD et asthme, 60 ou 80€ selon les traitements anticancéreux.
- Cotations ultérieures de suivi à 12 mois glissants : 30€ pour les premiers motifs, et respectivement 20 ou 30€ pour les seconds.

**3. Pharmacien correspondant :**

Instauré depuis le décret n° 2021-685 (54) et désormais avalisé, le texte permet au titulaire ou gérant d'une officine d'être désigné par le patient en qualité de pharmacien correspondant. Il s'inscrit dans le cadre d'exercice coordonné avec le médecin traitant, donc uniquement dans la relation triangulaire et sous réserve de localisation en zones

d'intervention prioritaire (ZIP) ou zones d'action complémentaire (ZAC). Sur mention écrite du médecin sur l'ordonnance, le pharmacien peut alors respectivement renouveler les traitements chroniques (jusqu'à 12mois) et ajuster les posologies et tracer toute modification effectuée sur l'ordonnance et le dossier.

La rémunération annuelle s'effectue au prorata du nombre de patient bénéficiaire du service, pour un maximum de 500€. (55)

#### **4. Autres missions :**

##### *a. Accompagnement de la femme enceinte :*

Le pharmacien peut désormais proposer un entretien concernant les automédications, les consommations à risque, des conseils hygiéno-diététiques, pour une rémunération de 5€.

##### *b. Vaccinations :*

Instauré durant la pandémie de Covid, la réalisation de l'acte est désormais pérennisée et les pharmaciens peuvent également porter au carnet de santé la mention adéquate. La rémunération couvre 7,5€ pour le vaccin antigrippal ou si prescription par un autre professionnel, et 9,6€ à défaut.

##### *c. Réalisation de test rapide d'orientation diagnostique du streptocoque :*

Sur présentation spontanée du patient en pharmacie avec symptômes et score de Mac Isaac >2 : rémunéré 6€, avec orientation vers le médecin traitant via un document écrit si résultat positif, ou conseils si négativité.

A l'inverse, possibilité pour le médecin traitant qui a vu le patient mais pas réalisé le TROD, de prescrire l'antibiotique sous condition de positivité. Rémunération pharmacie de 6€ si positif, et 7€ si négatif.

Non cumulable en rémunération au protocole de dispensation concerné (4)

##### *d. Dépistage des infections urinaires par bandelette urinaire :*

Sur présentation spontanée de la patiente symptomatique en pharmacie : rémunéré 6€, avec orientation vers le médecin traitant via un document écrit si résultat positif ou conseils si négativité, et traçage dans le dossier patient, voire par messagerie sécurisée.

A l'inverse, sur ordonnance conditionnelle d'antibiotique, émise par le médecin traitant ou la sage femme qui n'aurait pas réalisé la bandelette. Rémunération pharmacie de 6€.

Non cumulable en rémunération au protocole de dispensation concerné (3). Le texte ne prévoit en revanche pas la prise de température et la percussion lombaire permises par le protocole.

Sur ces deux missions au moins, le document précise néanmoins que « *Sous réserve d'une évolution des textes le permettant, les partenaires conventionnels s'engagent à accompagner une évolution des compétences des pharmaciens sur ce sujet* ».

*e. Dépistage organisé du cancer colorectal :*

Les pharmaciens pourront désormais remettre le kit au patient éligible, avec ou sans invitation. Ils peuvent aider le patient à remplir un auto-questionnaire de l'Institut National du Cancer (INCa) sur le niveau de risque. Rémunération 3€ pour délivrance, puis 2€ supplémentaire si le patient réalise le test.

*f. Téléconsultation depuis l'officine :*

Le texte prévoit une rémunération forfaitaire initiale pour le cout de l'installation et des dispositifs d'examen, puis au prorata du nombre de téléconsultations.

## B. Annexe 2 - Grille d'évaluation CASP des études qualitative

Auteur principal (année)	Objectif clairement énoncé	Etude qualitative pertinente	Design de recherche justifié	Stratégie de recrutement recevable	Collection correcte des données	Réflexion sur les rapports chercheur/ participants	Considérations éthiques	Analyse rigoureuse des données	Exposition claire des résultats	Valabilité
Pottie <i>et al.</i> (2008)	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Oui
Freeman <i>et al.</i> (2012)	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	Oui	Oui	Oui	Oui
Tan <i>et al.</i> (2013)	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	Oui	Oui	Oui	Oui
Tan <i>et al.</i> (2014)	Oui	Oui	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	Oui	Oui
Moreno <i>et al.</i> (2017)	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Oui
Saw <i>et al.</i> (2017)	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Oui
Deeks <i>et al.</i> (2018)	Oui	Oui	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Ryan <i>et al.</i> (2018)	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Oui
Hampson <i>et Ruane</i> (2019)	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Oui
James <i>et al.</i> (2020)	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	Oui	Oui	Oui	Oui
Medgysei <i>et al.</i> (2020)	Oui	Oui	Non	Oui	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Oui

### C. Annexe 3 - Grille d'évaluation CEBM des études quantitatives

Auteur principal (année)	Objectif clairement énoncé	Design approprié	Processus de sélection décrit	Biais de sélection possibles	Echantillon comparable population cible	Taille statistiquement prédéterminée	Taux de réponse acceptable	Questionnaires fiables	Signification statistique évaluée	Intervalles de confiance	Existence de facteurs de confusion ignorés	Applicabilité
MacRae <i>et al.</i> (2003)	Oui	Oui	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	Oui
Freeman <i>et al.</i> (2012)	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	NA	Oui	Oui	Non	Non	Oui
Williams <i>et al.</i> (2018)	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	Non	Oui	Oui	Non	Non	Oui
Hasan Ibrahim <i>et al.</i> (2022)	Oui	Oui	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Oui	Oui	oui	Non	Oui

## D. Annexe 4 - Tableau des résultats

Titre - Auteur Année - Pays	Méthodologie et population	Evaluation	Résultats
<p>Pharmacist-led medication review clinics in general practice: The views of Greater Glasgow GPs</p> <p><b>MacRae et al. 2003</b> (11)</p> <p>Royaume Uni (Ecosse)</p>	<p>Etude transversale par questionnaire mixte qualitatif/ quantitatif (défini grâce à 6 entretiens semi-dirigés préliminaires)</p> <p><b>218 médecins généralistes</b> répondants sur 258, parmi 82 cabinets de Glasgow.</p> <p>Retours sur projet pilote (débuté en 1999)</p>	<p>Echelle CEBM : Bonne qualité.</p>	<p>27 pharmaciens formés, assurent en cabinet 1 jour/semaine pendant 12 mois, des revues de médication sur patients sélectionnés conjointement avec médecin (critère polymédication ou certaines pathologies)</p> <p>Proposition de participer à 174 cabinets de généralistes: 6 refus, 138 déjà inclus, 30 en attente d'implémentation.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 84% de satisfaction dans le processus de sélection des patients.</li> <li>- 86% d'avis positifs sur l'impact des revues.</li> <li>- 144 MG décrivent des prescriptions améliorées ou rationalisées</li> <li>- 71 retrouvent un bénéfice pour les patients.</li> <li>- 34 MG se déclarent plus éduqués et plus confiants sur leurs prescriptions.</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 8 MG seulement y voient un tremplin à la communication et à la pluri-professionnalité.</li> <li>- 16 MG rapportent une importance clinique négligeable des ajustements recommandés</li> <li>- 25 y voient une surcharge de travail contre 13 qui décrivent un allègement.</li> </ul> <p>Parmi les perspectives, 34 espèrent plus de communication, 23 souhaitent un temps dédié pour discuter des patient et 3 évoquent la possibilité pour les pharmaciens de planifier des dosages biologiques ou prescrire les modifications d'ordonnance sans avoir à repasser par le MG.</p>

Titre - Auteur Année - Pays	Méthodologie et population	Evaluation	Résultats
<p>Integrating pharmacists into family practice teams: physicians' perspectives on collaborative care.</p> <p><b>Pottie et al 2008</b> (12)</p> <p>Canada (Ontario)</p>	<p>Etude qualitative :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 4 groupes d'échange (4 à 9 médecins et un pharmacien travaillant dans le même cabinet) puis</li> <li>• entretiens individuels semi-structurés à 12 mois</li> </ul> <p><b>12 médecins généralistes</b>, dans 7 établissements de santé primaire</p>	<p>Echelle CASP : Bonne qualité.</p>	<p>Intégration de 7 pharmaciens dans 7 établissements de soins primaires sélectionnés (7 à 14 MG/ par cabinet). Réalisent enseignements aux médecins, revues de médication et éducation des patients, pour 2.5j/semaine en moyenne dans le cabinet.</p> <p><u>Bénéfices :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- accès facilité à l'expertise médicamenteuse</li> <li>- meilleure sécurité perçue dans les prescriptions</li> <li>- nouvelle perspective sur les prises en charge</li> <li>- spectre du soin élargi (initiation d'insuline p.ex.)</li> <li>- intérêt de la collégialité avec certains patients (addictovigilance p.ex.)</li> <li>- allègement de la charge de travail (éducation aux traitements, travail en équipe, intermédiaire avec les pharmaciens d'officine)</li> <li>- intervention dans l'éducation thérapeutique</li> </ul> <p><u>Freins :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- difficulté initiale à ajuster la routine pour intégrer le pharmacien dans le soin (disponibilité oubliée par certains médecins p.ex.)</li> <li>- temps nécessaire aux interactions et à la mise en place pour définir les nouveaux rôles (tendance à s'inverser une fois dans une routine vertueuse)</li> <li>- question médico-légale de responsabilité et de non chevauchement de l'expertise soulevée au début (non retrouvée à 12mois)</li> </ul>

Titre - Auteur Année - Pays	Méthodologie et population	Evaluation	Résultats
<p>Integrating a pharmacist into the general practice environment: opinions of pharmacist's, general practitioner's, health care consumer's, and practice manager's.</p> <p><b>Freeman et al. 2012 (13)</b></p> <p>Australie (South East Queensland)</p>	<p>Etude transversale qualitative par groupes d'échange et entretiens semi-dirigés</p> <p><b>4 Médecins généralistes</b>, dont 3 ayant déjà collaboré avec des pharmaciens sur des revues de médication à domicile (HMR)</p>	<p>Echelle CASP : Bonne qualité.</p>	<p>En amont d'une initiative gouvernementale pour financer des cliniques de soins primaire en interprofessionnalité</p> <p>Prospectivement, les médecins rapportent positivement les rôles de revues de médication, informations sur le médicament, éducation des patients et de l'équipe médicale, amélioration de la qualité des ordonnances</p> <p>En revanche, vision négative pour dispensation, prescription et diagnostic</p> <p>Le financement et l'espace disponible sont des barrières. Nécessité de définir les rôles et objectifs</p> <p>Anticipation favorable concernant la communication et l'accès facilité à un avis.</p>

Titre - Auteur Année - Pays	Méthodologie et population	Evaluation	Résultats
<p>Pharmacists', general practitioners' and consumers' views on integrating pharmacists into general practice.</p> <p><b>Freeman et al. 2012</b> (14)</p> <p>Australie (South East Queensland)</p>	<p>Etude transversale par questionnaire développé grâce à l'étude précédente.</p> <p><b>42 Médecins généralistes</b>, repartis sur 6 des 8 états australiens.</p> <p>26 (62%) ayant déjà collaboré avec des pharmaciens sur des revues de médication à domicile (HMR)</p>	<p>Echelle CEBM : Qualité intermédiaire :</p>	<p>En amont d'une initiative gouvernementale pour financer des cliniques de soins primaire en interprofessionnalité</p> <p>Parmi les médecins :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 67% pensent que les pharmaciens devraient avoir un rôle en cabinet.</li> <li>- 93% favorables à l'accès pharmacien au dossier médical pour améliorer le soin aux patients</li> <li>- &gt;64% d'approbation pour rôles en revue de médication, conciliation, conseils aux usagers, éducation patient et équipe soignante.</li> <li>- en revanche, 31% seulement favorable à la prescription et 24% à de la clinique</li> </ul> <p><u>Frein principaux</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- manque d'espace, de rémunération</li> <li>- perspectives de compétences cliniques des pharmaciens</li> </ul> <p><u>Facilitateurs principaux</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Formation des pharmaciens</li> <li>- rapports antérieurs</li> <li>- tutorat par un médecin référent</li> </ul>

Titre - Auteur Année - Pays	Méthodologie et population	Evaluation	Résultats
<p>Stakeholder experiences with general practice pharmacist services: a qualitative study.</p> <p><b>Tan et al. 2013</b> (15)</p> <p>Australie</p>	<p>Etude qualitative par groupe d'échange (en présence de nurse practitioner et d'un administrateur médical)</p> <p>9 Médecins généralistes, dans un cabinet de groupe privé et un centre de santé communautaire de Melbourne.</p> <p><i>Résultats postérieurs à Tan et al. 2014</i></p>	<p>Echelle CASP : Bonne qualité.</p>	<p>Evolution des points de vue après l'introduction de pharmaciens en établissement, 8h/semaine pendant 6 mois. Réalisent bilan de médication, conseil aux patients et avis/enseignement pour l'équipe.</p> <p><u>Bénéfices :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- accès a un avis pharmacien</li> <li>- meilleure sécurité des prescriptions</li> <li>- meilleure communication et gestion plus rapide que par comptes-rendus et messagerie</li> <li>- adressage facilité</li> <li>- pharmacien ont plus de disponibilité pour discuter des ordonnances, de l'observance</li> <li>- peuvent servir d'intermédiaire avec officine (OTC ou conciliation p.ex.)</li> </ul> <p><u>Freins :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- difficulté initiale si le rôle et l'expertise ne sont pas évidents pour le médecin.</li> <li>- espace disponible et temps dédié limitants</li> <li>- Présence trop sporadique dans la semaine</li> </ul> <p>Cependant, meilleure vision du pharmacien avec le temps. Intégration plus facile lorsque expérience ou interactions préalables.</p>

Titre - Auteur Année - Pays	Méthodologie et population	Evaluation	Résultats
<p>Integration of pharmacists into general practice clinics in Australia: the views of general practitioners and pharmacists.</p> <p><b>Tan et al.</b> <b>2014</b> (16)</p> <p>Australie</p>	<p>Etude transversale qualitative Entretiens semi-dirigés en tête-à-tête.</p> <p><b>11 Médecins généralistes</b>, de l'état de Victoria, dont 2 ont une expérience de collaboration avec des pharmaciens.</p>	<p>Echelle CASP : Bonne qualité.</p>	<p>Etude d'acceptation dans un contexte d'encouragement des politiques de santé à l'inter professionnalité. 11.8% des pharmaciens assurant des activités de consultants, mais rarement en cabinet : revues médicamenteuses à domicile (HMR) ou en établissement pour personnes âgées sur adressage médical.</p> <p>Avis disparates sur le niveau de connaissances et de compétence clinique des pharmaciens</p> <p>Interactions appréciées lorsqu'elles ont lieu, de même que les revues de médication Manque de communication en amont constitue une barrière.</p> <p>Concernant les faibles adressages en HMR, les médecins fustigent : - manque de temps et d'encouragement financier. - faire appel à des pharmaciens inconnus. - qualité inégale des conclusions fournies.</p> <p>Equivoques sur l'intégration dans les cabinets : facilité d'avis et de communication, enseignement, Accès au dossier patient mais espace et financements limités. Rôles insuffisamment définis. A défaut, évoquent contractualisation du pharmacien avec un ou plusieurs cabinets et visioconférences rémunérées.</p> <p>Dans l'ensemble, les médecins ayant déjà expérimenté sont plus laudatifs.</p>

Titre - Auteur Année - Pays	Méthodologie et population	Evaluation	Résultats
<p>Physician experiences with clinical pharmacists in primary care teams.</p> <p><b>Moreno et al. 2017</b> (17)</p> <p>Etats Unis (Californie)</p>	<p>Etude transversale mixte :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Questionnaire (n=42) puis</li> <li>• Entretiens qualitatifs pour approfondir (n=13)</li> </ul> <p><b>42 Médecins</b> en cabinets de soin primaire (médecin de famille, interniste général, pédiatre, gériatre)</p> <p>Environ 2 ans de recul sur l'expérience</p>	<p>Echelle CASP : Bonne qualité.</p>	<p>3 pharmaciens à temps plein commissionnés par l'Université de Californie depuis 2012 pour intervenir dans 28 établissements. Réalisent bilans de médicaments en collaboration avec les médecins, session d'enseignement, optimisation des couts</p> <p>Dans le questionnaire, avec une moyenne &gt;4/5 :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Les pharmaciens sont des membres utiles de l'équipe</li> <li>- représentent un bénéfice pour la gestion des prescriptions.</li> <li>- les recommandations sur ordonnance sont pertinentes</li> <li>- les médecins recommanderaient l'expérience à leurs confrères.</li> </ul> <p>Médecins un peu moins unanimes sur le gain de temps.</p> <p>Lors des entretiens :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Les interactions en face-à-face semblent plus propices à la relation de confiance</li> <li>- Intérêt de l'expertise pharmaceutique pour la totalité de l'équipe de soin.</li> <li>- médecins favorables à des séminaires d'enseignement par les pharmaciens.</li> <li>- bénéfice éducatif pour les patients</li> </ul>

Titre - Auteur Année - Pays	Méthodologie et population	Evaluation	Résultats
<p>Exploring the role of pharmacists in private primary healthcare clinics in Malaysia: The views of general practitioners.</p> <p><b>Saw et al. 2017 (18)</b></p> <p>Malaisie</p>	<p>Etude transversale qualitative par groupe d'échange et entretiens</p> <p><b>13 Médecins généralistes</b> en secteur privé interrogés sur l'éventualité d'intégration</p>	<p>Echelle CASP : Bonne qualité.</p>	<p>Evaluation sur l'éventualité d'une intégration, en amont d'une modification légale. Contexte des soins primaires en Malaisie :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• secteur public en centres de soin, entièrement pris en charge pour les patients.</li> <li>• secteur privé : médecins travaillent souvent seul avec droit de propharmacie (donc également gestion des stocks), paiement par les patients.</li> </ul> <p><b>5 médecins sur 13 favorables</b> à une collaboration intégrée avec les pharmaciens dont <b>4 ont déjà expérimenté</b> la pratique (à l'étranger ou en secteur public)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Majorité des médecins s'interrogent sur les rôles des pharmaciens dans le secteur privé « <i>distributeurs de médicaments plutôt que professionnels de santé centrés sur le patient</i> »</li> <li>- Médecins opposés décrivent se sentir menacés par les pharmaciens qui leur « <i>prendraient la moitié du travail. Et dans un second temps, les patients qui s'adresseraient directement aux pharmaciens</i> »</li> <li>- Pharmaciens n'auraient pas les talents et l'entraînement nécessaire pour les nouveaux rôles.</li> <li>- Certains médecins suggèrent une motivation commerciale des pharmaciens.</li> </ul> <p>Frein logistique principal: le coût, car supposé par les médecins être entièrement à leur charge. Ces réticences s'atténuent si on évoque une prise en charge totale comme dans le système public.</p>

Titre - Auteur Année - Pays	Méthodologie et population	Evaluation	Résultats
<p>Stakeholder perspectives about general practice pharmacists in the Australian Capital Territory: a qualitative pilot study.</p> <p><b>Deeks et al. 2018 (19)</b></p> <p>Australie (Australian Capital territory - Canberra)</p>	<p>Etude transversale mixte par questionnaire puis entretiens semi-dirigés</p> <p><b>27 Médecins généralistes</b>, parmi d'autres professionnels de santé exerçant dans :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 1 établissement de santé communautaire en tiers payant intégral et</li> <li>- 2 établissements en paiement mixte.</li> </ul>	<p>Echelle CASP : Bonne qualité</p>	<p>Pharmacien 16h/semaine pendant 12 mois, financés par l'organisme de santé étatique.</p> <p>Réalisent bilan de médication, éducation des patients, audits cliniques, relai avec les officines, gestion de pathologie (asthme, sevrage tabagique)</p> <p>GP et pharmacien d'officine trouvent que le PBP a réduit leur charge de travail</p> <p>Médecins rapportent :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ordonnances allégées</li> <li>- intérêt conciliation médicamenteuse sur polymédication</li> <li>- nécessité de définir les rôles</li> <li>- pas d'objection de principe à l'intégration de pharmacien dans l'équipe, à l'instar d'autres professionnels de santé. Pourrait bénéficier de financements similaires, a fortiori si argumenté par diminution des coûts et iatrogénie</li> </ul> <p>Le planning morcelé des pharmaciens et leur formation disparate constituent des freins.</p>

Titre - Auteur Année - Pays	Méthodologie et population	Evaluation	Résultats
<p>Pharmacists in general practice: a qualitative interview case study of stakeholders' experiences in a West London GP federation.</p> <p><b>Ryan et al. 2018 (20)</b></p> <p>Royaume Uni (Angleterre)</p>	<p>Etude transversale qualitative par entretiens semi-dirigés en face-à-face</p> <p><b>7 Médecins généralistes</b>, sur un effectif total de 50 dans 6 des établissements de santé adhérents au projet NHS</p>	<p>Echelle CASP : Bonne qualité.</p>	<p>Projet pilote NHS depuis 2015 pour inclure près de 500 practice-based pharmacist financés dans 658 cabinets de médecine générale.</p> <p>Réalisent revues de médication, suivi médicamenteux de pathologies chroniques, renouvellement, triage et soins aigus (Minor Ailment Services), spirométries, conciliation médicamenteuse, audits cliniques, mission de prévention et d'éducation. Certains sont abilités à prescrire.</p> <p>Pharmaciens tutorés par un GP dans chaque cabinet à la mise en place. Confiance progressivement créée entre les intervenants (pharmaciens d'officine inclus)</p> <p>Médecins rapportent :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- acceptation générale de l'expertise pharmacienne</li> <li>- diversification de l'offre de soin dans le cabinet</li> <li>- meilleurs délais pour les patients</li> <li>- exercice médical recentré sur la clinique</li> <li>- allègement de la charge de travail</li> <li>- rapidité de communication (+ réunions et messagerie interne)</li> <li>- 2 MG évoquent une possible perte de compétence pour leur profession</li> <li>- 1 autre s'inquiète que les pharmaciens prennent des décisions cliniques.</li> </ul> <p>Avis partagés sur relations avec officines : intermédiaires, mais sur un fond de défiance.</p>

Titre - Auteur Année - Pays	Méthodologie et population	Evaluation	Résultats
<p>Physician perceptions of integrating advanced practice pharmacists into practice.</p> <p><b>Williams et al. 2018 (21)</b></p> <p>Etats Unis (Caroline du Nord)</p>	<p>Etude transversale par questionnaire</p> <p><b>56 Médecins</b> dans des <i>Patient-Centered Medical Homes</i> employant des <i>Advanced Practice Pharmacists</i></p>	<p>Echelle CEBM : Qualité moyenne.</p>	<p>Pharmaciens en pratique avancée, avec prérequis et rôles variables selon les états. Dans l'ensemble, réalisent bilan de médication, éducation, conciliation médicamenteuse, annual wellness visit (visite annuelle holistique), gestion de pathologies chroniques, audits qualité.</p> <p>Par accords de collaborations (CPA - équivalent protocoles) peuvent notamment substituer et ajuster posologies sous supervision médicale</p> <p>Avis médecins :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 96% en faveur bilan de médication</li> <li>- 87.5% trouvent un bénéfice clinique</li> <li>- 58.9% apprécient l'expertise</li> <li>- 57.1% y voient un intérêt didactique pour l'équipe</li> <li>- 98.2% souhaitent pérenniser la collaboration</li> <li>- plus de retenue concernant la disponibilité temporelle des deux professions et les perspectives cliniciennes des pharmaciens</li> </ul> <p>Freins dans le financement (entre les modes de rémunération). Espace limitant pour 21.4% des médecins.</p>

Titre - Auteur Année - Pays	Méthodologie et population	Evaluation	Résultats
<p>The value of pharmacists in general practice: perspectives of general practitioners-an exploratory interview study.</p> <p><b>Hampson et Ruane.</b> <b>2019 (22)</b></p> <p>Royaume Uni (Angleterre)</p>	<p>Etude transversale qualitative par entretiens semi-dirigés</p> <p><b>7 Médecins généralistes</b>, dans autant de cabinets qui financent eux-mêmes les PBP. 6/7 cabinets forment des internes.</p>	<p>Echelle CASP : Bonne qualité.</p>	<p>Projet NHS, avec financement dégressif pour relai par les cabinets eux-mêmes ou enveloppes pour démarches de soins. PBP réalisent revues de médicaments, suivi de pathologies chroniques, renouvellements, conciliation médicamenteuses en lien avec spécialistes ou hospitalisations, et éventuellement soins aigus.</p> <p>Médecins rapportent :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- expertise médicaments et interactions reconnue à l'unanimité</li> <li>- amélioration soins et sécurité</li> <li>- possibilité de délégation de tâches qui diminue charge de travail</li> <li>- rôles PBP dépendants des compétences et dynamiques du cabinet, sont recrutés et appréciés pour adaptabilité. Variations du rôle dans le temps.</li> <li>- revalorisation des enveloppes pour critère « qualité des soins »</li> <li>- 4/7 apprécient d'avoir le pharmacien directement présent pour avis</li> <li>- recommanderaient majoritairement l'expérience à leurs confrères.</li> </ul>

Titre - Auteur Année - Pays	Méthodologie et population	Evaluation	Résultats
<p>Pharmacists in general practice: a qualitative process evaluation of the General Practice Pharmacist (GPP) study</p> <p><b>James et al. 2020 (23)</b></p> <p>Irlande</p>	<p>Etude transversale qualitative par entretiens semi-dirigés</p> <p><b>4 Médecins généralistes,</b> responsables dans 4 cabinets de groupe sélectionnés pour illustrer différentes tailles et profils socio-économiques (entre 2 et 9 MG/cabinet)</p>	<p>CASP : Bonne qualité.</p>	<p>Etude pilote non randomisée, 3 pharmaciens intégrés dans les 4 sites, 10h/semaine pendant 6 mois.</p> <p>Réalisent revues de médication, enseignement à l'équipe et audits cliniques. Non habilités à prescrire.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dès la mise en place, temps de service limité par disponibilité de l'espace</li> <li>- Temps d'adaptation pharmacien (fonctionnement du cabinet, logiciel)</li> <li>- Augmentation de la charge de travail médecin mais au profit d'améliorations perçues des ordonnances.</li> <li>- Pharmacien intermédiaires avec officine et hôpital</li> <li>- Communication surtout en face-à-face, parallèlement au compte-rendu écrit.</li> <li>- Travail d'équipe et respect mutuel rapportés à l'unanimité</li> <li>- Pas de jugement perçu par les MG, mais plutôt partage mutuel de compétences et de savoirs</li> </ul> <p>Médecins émettent en revanche des doutes sur perspective d'extension des compétences cliniques des pharmaciens</p>

Titre - Auteur Année - Pays	Méthodologie et population	Evaluation	Résultats
<p>Family physician perceptions of barriers and enablers to integrating a co-located clinical pharmacist in a medical clinic: A qualitative study.</p> <p><b>Medgyesi et al. 2020 (24)</b></p> <p>Canada (British Columbia)</p>	<p>Etude transversale qualitative par entretiens.</p> <p><b>8 Médecins généralistes</b> dans 4 établissements de soins primaires, volontaires au projet, après 15 à 42 mois de collaboration</p>	<p>CASP : Qualité moyenne.</p>	<p>Pharmaciens payés par l'université de pharmacie, 1 à 2 jour/mois. Consultations avec accès au dossier informatisé : polymédication, polypathologies, douleur chronique, insomnie, déprescription, posologies, diabète, fragilité, iatrogénie (opiacés, BZD, anticoagulants), dispositifs médicaux, addictions, santé mentale, instauration de traitements/plan de soin sur nouveaux diagnostics, éducation.</p> <p><u>Bénéfices :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Patients apprécient mieux leurs traitements</li> <li>- et ont plus de temps pour échanger.</li> <li>- gain de temps MG sur patients complexes</li> <li>- expertise pharmacienne appréciée pour support et optimisation de prescription</li> </ul> <p><u>Freins :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- surcharge initiale à trouver cibler les patients (suite logiciel et habitudes)</li> <li>- Planning (par secrétariat médical, présence sporadique du pharmacien, problèmes aigus, gestion des annulations)</li> <li>- espace et question du financement en pratique</li> <li>- parfois nécessité d'expliquer l'intérêt au patient en amont</li> </ul> <p>Plus favorables à des échanges brefs sur chaque consultation que réunions interprofessionnelles et comptes rendus écrits.</p> <p>MG recommanderaient à l'unanimité l'expérience à leurs confrères plus perplexes. 50% estiment nécessaire la présence d'au moins un médecin favorable à la pluri-professionnalité dans l'équipe.</p>

Titre - Auteur Année - Pays	Méthodologie et population	Evaluation	Résultats
<p>General practitioners' experiences with, views of, and attitudes towards, general practice-based pharmacists: a cross-sectional survey.</p> <p><b>Hasan Ibrahim et al.</b> <b>2022 (25)</b></p> <p>Royaume Uni (Irlande du Nord)</p>	<p>Etude transversale par questionnaire.</p> <p><b>203 Médecins généralistes</b> ayant le plus d'interactions avec le pharmacien (practice based pharmacist - PBP) parmi 329 cabinets de groupe dans l'état.</p>	<p>CEBM : Bonne qualité.</p>	<p>Projet pilote NHS depuis 2015 pour inclure près de 500 practice-based pharmacists financés dans 650 cabinets de médecine générale en Angleterre et Irlande du Nord.</p> <p>Réalisent bilans de médicaments, conciliations médicamenteuses, renouvellement d'ordonnances, suivi pharmaceutique de pathologies chroniques, conseils aux patients, élaborent protocoles de prescription et prescrivent dans un champ délimité.</p> <p>PBP plusieurs demi-journées par semaine</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 62.4% qualifiés comme prescripteurs indépendants (parmi lesquels 76.2% prescrivent effectivement).</li> <li>- Rôles définis sur la base d'un accord mutuel : niveau de compétence, de confiance et d'expériences antérieures du PBP.</li> <li>- Rencontre face-à-face (préférée à 95.5%) hebdomadaire pour discuter des situations.</li> <li>- 70.6% de disponibilité correcte d'un espace dédié</li> </ul> <p>Avis des GP à environ 2 ans d'expérience :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 83.6% reconnaissent compétences cliniques PBP</li> <li>- 87% leur expertise, pour un soin sûr et efficace</li> <li>- 78.7% des PBP remplissent les besoins du cabinet</li> </ul> <p>Cependant</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 40.3% des PBP réticents à prendre des décisions cliniques</li> <li>- 55.3% des GP ne trouvent pas les PBP suffisamment présents.</li> </ul> <p>34.7% des GP pensent que les PBP peuvent marginaliser les pharmaciens d'officine dans l'équipe pluriprofessionnelle</p>

AUTEUR : LAGARROSSE Pierre

**TITRE : INTEGRATION DES PHARMACIENS NON DISPENSATEURS EN CABINET DE GROUPE : Revue narrative des pratiques à l'étranger vues par les médecins généralistes, et transposabilité dans notre modèle d'exercice**

DIRECTEUR DE THÈSE : Jean-Christophe POUTRAIN

LIEU ET DATE DE SOUTENANCE : Faculté de Médecine de Toulouse, le 04 juillet 2022

---

#### Résumé en français

La nouvelle convention pharmacienne de 2022 réaffirme les rôles de consultation des officinaux. Pourtant, la mise en œuvre en soins primaire est faible depuis les dernières révisions. Afin de savoir s'il existe une activité clinique pharmacienne dans le monde, nous avons souhaité décrire la littérature existante à l'étranger, en se concentrant sur l'opinion des médecins généralistes concernant l'intégration du pharmacien dans un cabinet de groupe, pour ensuite comparer la transposabilité au contexte français. La revue narrative a fait interroger cinq bases de données (Pubmed, Cochrane, Web of Science, Embase, Sudoc) pour 1307 occurrences initiales et 15 études sélectionnées. Les données couvrent des expériences de collaboration depuis 2003, dans six pays. Les bilans de médicaments semblent avoir le meilleur accueil, ainsi que l'expertise pharmacienne, les opportunités didactiques, et la communication simplifiée, tandis que les activités de diagnostic et de prescriptions apparaissent menaçantes pour les médecins. Sur le plan logistique, le manque de place, de financement et la charge de travail augmentée constituent des freins. En France, la consultation pharmacienne est rémunérée, mais l'espace et le temps sont comptés et la défiance prédomine, alors qu'à l'étranger, pharmaciens et médecins travaillent en collaboration depuis vingt ans pour améliorer le soin offert aux patients.

---

#### Titre et résumé en anglais

The newest Pharmacist Convention of 2022 reaffirms the non dispensing roles of community pharmacists. However, implementation in primary care is meager since the previous revision. In order to know if clinical pharmacist activity exists elsewhere, we first tried to describe foreign literature, focusing on general physician opinion toward pharmacist co-located integration in general practice, then compared replicability to the French context. Narrative review led to ask five databases (Pubmed, Cochrane, Web of Science, Embase, Sudoc) for 1307 initial results and 15 selected articles. Data revealed collaborations experiments since 2003 among six countries. Medication reviews, pharmacist's knowledge, learning opportunities and easier communication seem to gather the best agreement, while diagnoses and prescribing appear to threat physician role. On the logistical side, lack of space, poor financing and increased workload are barriers. In France, pharmacist consultation is paid, but space and time are scarce and mistrust prevails, where foreign pharmacists et physicians have been working collaboartively for twenty year in primary care, enhancing patient care.

---

**Mots-clés : Médecin généraliste ; Pharmacien ; interprofessionnalité ; bilan de médication ; entretien pharmaceutique ;**

---

**Discipline administrative : MÉDECINE GÉNÉRALE**

---

Faculté de Médecine Rangueil – 133 route de Narbonne – 31 062 TOULOUSE Cedex 04 - France