

2024-2025

Thèse

pour les

**Diplômes d'État de Docteur en Médecine et
Pharmacie**

**LA GESTION DES PÉNURIES
D'ANTIBIOTIQUES PAR LE
MÉDECIN GÉNÉRALISTE ET LE
PHARMACIEN D'OFFICINE**

LOISEAU Adrien

Né le 18 octobre 1994 à Angers (49)

THOMAS Laura

Née le 20 mars 1997 à Angers (49)

Sous la direction de Mme Angoulvant Cécile et M. Faure Sébastien

Membres du jury

| | |
|-------------------------|--------------|
| De Casabianca Catherine | Président |
| Angoulvant Cécile | Directeur |
| Faure Sébastien | Co-Directeur |
| Delaunay Mégane | Membre |

Soutenue publiquement le :
07 février 2025

ENGAGEMENT DE NON PLAGIAT

Je, soussigné(e) Laura THOMAS
déclare être pleinement conscient(e) que le plagiat de documents ou d'une partie d'un document publiée sur toutes formes de support, y compris l'internet, constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée.
En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées pour écrire ce rapport ou mémoire.

signé par l'étudiant(e) le **27 / 10 / 2024**

ENGAGEMENT DE NON PLAGIAT

Je, soussigné(e) Adrien LOISEAU
déclare être pleinement conscient(e) que le plagiat de documents ou d'une partie d'un document publiée sur toutes formes de support, y compris l'internet, constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée.
En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées pour écrire ce rapport ou mémoire.

signé par l'étudiant(e) le **27 / 10 / 2024**

DÉCLARATION DE L'AUTEUR

"La Faculté de Santé déclare que les opinions émises dans les thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation, ni improbation."

LISTE DES ENSEIGNANTS DE LA FACULTÉ DE SANTÉ D'ANGERS

Doyen de la Faculté : Pr Cédric ANNWEILER
Vice-Doyen de la Faculté et directeur du département de pharmacie : Pr Sébastien FAURE
Directeur du département de médecine : Pr Vincent DUBEE

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

| | | |
|-----------------------------|--|-----------|
| ABRAHAM Pierre | PHYSIOLOGIE | Médecine |
| ANGOULVANT Cécile | MEDECINE GENERALE | Médecine |
| ANNWEILER Cédric | GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT | Médecine |
| ASFAR Pierre | REANIMATION | Médecine |
| AUBE Christophe | RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE | Médecine |
| AUGUSTO Jean-François | NEPHROLOGIE | Médecine |
| BAUFRETON Christophe | CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE | Médecine |
| BELLANGER William | MEDECINE GENERALE | Médecine |
| BELONCLE François | REANIMATION | Médecine |
| BIERE Loïc | CARDIOLOGIE | Médecine |
| BIGOT Pierre | UROLOGIE | Médecine |
| BONNEAU Dominique | GENETIQUE | Médecine |
| BOUCHARA Jean-Philippe | PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE | Médecine |
| BOUET Pierre-Emmanuel | GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE | Médecine |
| BOURSIER Jérôme | GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE | Médecine |
| BOUVARD Béatrice | RHUMATOLOGIE | Médecine |
| BRIET Marie | PHARMACOLOGIE | Médecine |
| CAMPONE Mario | CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE | Médecine |
| CAROLI-BOSC François-Xavier | GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE | Médecine |
| CASSEREAU Julien | NEUROLOGIE | Médecine |
| CLERE Nicolas | PHARMACOLOGIE / PHYSIOLOGIE | Pharmacie |
| COLIN Estelle | GENETIQUE | Médecine |
| CONNAN Laurent | MEDECINE GENERALE | Médecine |
| COPIN Marie-Christine | ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES | Médecine |
| COUTANT Régis | PEDIATRIE | Médecine |
| CUSTAUD Marc-Antoine | PHYSIOLOGIE | Médecine |
| CRAUSTE-MANCIET Sylvie | PHARMACOTECHNIE HOSPITALIERE | Pharmacie |
| DE CASABIANCA Catherine | MEDECINE GENERALE | Médecine |
| DERBRE Séverine | PHARMACOGNOSIE | Pharmacie |
| DESCAMPS Philippe | GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE | Médecine |
| D'ESCATHA Alexis | MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL | Médecine |
| DINOMAIS Mickaël | MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION | Médecine |
| DUBEE Vincent | MALADIES INFECTIEUSES ET TROPICALES | Médecine |
| DUCANCELLE Alexandra | BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE | Médecine |
| DUVERGER Philippe | HOSPITALIERE | |
| EVEILLARD Matthieu | PEDOPSYCHIATRIE | Médecine |
| FAURE Sébastien | BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE | Pharmacie |
| FOURNIER Henri-Dominique | PHARMACOLOGIE PHYSIOLOGIE | Pharmacie |
| FOUQUET Olivier | ANATOMIE | Médecine |
| FURBER Alain | CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE | Médecine |
| GAGNADOUX Frédéric | CARDIOLOGIE | Médecine |
| GOHIER Bénédicte | PNEUMOLOGIE | Médecine |
| GUARDIOLA Philippe | PSYCHIATRIE D'ADULTES | Médecine |
| GUILET David | HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION | Médecine |
| HUNAULT-BERGER Mathilde | CHIMIE ANALYTIQUE | Pharmacie |
| | HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION | Médecine |



FACULTÉ DE SANTÉ

UNIVERSITÉ D'ANGERS

| | | |
|-----------------------------|---|-----------|
| JEANNIN Pascale | IMMUNOLOGIE | Médecine |
| KAZOUR François | PSYCHIATRIE | Médecine |
| KEMPF Marie | BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE | Médecine |
| KUN-DARBOIS Daniel | HOSPITALIERE | Médecine |
| LACOEUILLE FRANCK | CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE | Médecine |
| LACCOURREYE Laurent | RADIOPHARMACIE | Pharmacie |
| LAGARCE Frédéric | OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE | Médecine |
| LANDREAU Anne | BIPHARMACIE | Pharmacie |
| LASOCKI Sigismond | BOTANIQUE/ MYCOLOGIE | Pharmacie |
| LEBDAI Souhil | ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION | Médecine |
| LEGENDRE Guillaume | UROLOGIE | Médecine |
| LEGRAND Erick | GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE | Médecine |
| LEMEE Jean-Michel | RHUMATOLOGIE | Médecine |
| LERMITE Emilie | NEUROCHIRURGIE | Médecine |
| LEROLLE Nicolas | CHIRURGIE GENERALE | Médecine |
| LIBOUBAN Hélène | REANIMATION | Médecine |
| LUQUE PAZ Damien | HISTOLOGIE | Médecine |
| MARCHAIS Véronique | HEMATOLOGIE BIOLOGIQUE | Médecine |
| MARTIN Ludovic | BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE | Pharmacie |
| MAY-PANLOUP Pascale | DERMATO-VENEREOLOGIE | Médecine |
| MENEI Philippe | BIOLOGIE ET MEDECINE DU DEVELOPPEMENT ET DE LA REPRODUCTION | Médecine |
| MERCAT Alain | NEUROCHIRURGIE | Médecine |
| ORVAIN Corentin | REANIMATION | Médecine |
| PAISANT Anita | HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION | Médecine |
| PAPON Nicolas | RADIOLOGIE | Médecine |
| PASSIRANI Catherine | PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE MEDICALE | Pharmacie |
| PELLIER Isabelle | CHIMIE GENERALE | Pharmacie |
| PETIT Audrey | PEDIATRIE | Médecine |
| PICQUET Jean | MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL | Médecine |
| PODEVIN Guillaume | CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE | Médecine |
| PROCACCIO Vincent | CHIRURGIE INFANTILE | Médecine |
| PRUNIER Delphine | GENETIQUE | Médecine |
| PRUNIER Fabrice | BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE | Médecine |
| PY Thibaut | CARDIOLOGIE | Médecine |
| RAMOND-ROQUIN Aline | MEDECINE GENERALE | Médecine |
| REYNIER Pascal | MEDECINE GENERALE | Médecine |
| RIOU Jérémie | BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE | Médecine |
| RINEAU Emmanuel | BIOSTATISTIQUE | Pharmacie |
| RIQUIN Elise | ANESTHESIOLOGIE REANIMATION | Médecine |
| RODIEN Patrice | PEDOPSYCHIATRIE ; ADDICTOLOGIE | Médecine |
| ROQUELAURE Yves | ENDOCRINOLOGIE, DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES | Médecine |
| ROUGE-MAILLART Clotilde | MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL | Médecine |
| ROUSSEAU Audrey | MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE | Médecine |
| ROUSSEAU Pascal | ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES | Médecine |
| ROUSSELET Marie-Christine | CHIRURGIE PLASTIQUE, RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE | Médecine |
| ROY Pierre-Marie | ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES | Médecine |
| SAULNIER Patrick | MEDECINE D'URGENCE | Médecine |
| SERAPHIN Denis | BIOPHYSIQUE ET BIOSTATISTIQUES | Pharmacie |
| SCHMIDT Aline | CHIMIE ORGANIQUE | Pharmacie |
| TESSIER-CAZENEUVE Christine | HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION | Médecine |
| TRZEPIZUR Wojciech | MEDECINE GENERALE | Médecine |
| UGO Valérie | PNEUMOLOGIE | Médecine |
| | HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION | Médecine |



FACULTÉ DE SANTÉ

UNIVERSITÉ D'ANGERS

URBAN Thierry
VAN BOGAERT Patrick
VENARA Aurélien
VENIER-JULIENNE Marie-Claire
VERNY Christophe
WILLOTEAUX Serge

PNEUMOLOGIE
PEDIATRIE
CHIRURGIE VISCERALE ET DIGESTIVE
PHARMACOTECHNIE
NEUROLOGIE
RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE

Médecine
Médecine
Médecine
Pharmacie
Médecine
Médecine
Médecine

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

| | | |
|------------------------------|--|-----------|
| AMMI Myriam | CHIRURGIE VASCULAIRE ET THORACIQUE | Médecine |
| BAGLIN Isabelle | CHIMIE THERAPEUTIQUE | Pharmacie |
| BASTIAT Guillaume | BIOPHYSIQUE ET BIOSTATISTIQUES | Pharmacie |
| BEAUVILLAIN Céline | IMMUNOLOGIE | Médecine |
| BEGUE Cyril | MEDECINE GENERALE | Médecine |
| BELIZNA Cristina | MEDECINE INTERNE | Médecine |
| BERNARD Florian | ANATOMIE | Médecine |
| BESSAGUET Flavien | PHYSIOLOGIE PHARMACOLOGIE | Pharmacie |
| BLANCHET Odile | HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION | Médecine |
| BOISARD Séverine | CHIMIE ANALYTIQUE | Pharmacie |
| BOUCHER Sophie | ORL | Médecine |
| BRIET Claire | ENDOCRINOLOGIE, DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES | Médecine |
| BRILLAND Benoit | NEPHROLOGIE | Médecine |
| BRIS Céline | BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE | Pharmacie |
| BRUGUIERE Antoine | PHARMACOGNOSIE | Pharmacie |
| CAPITAIN Olivier | CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE | Médecine |
| CHABRUN Floris | BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE | Pharmacie |
| CHAO DE LA BARCA Juan-Manuel | BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE | Médecine |
| CHOPIN Matthieu | MEDECINE GENERALE | |
| CODRON Philippe | NEUROLOGIE | Médecine |
| DEMOS Josselin | SCIENCES DE LA READAPTATION | Médecine |
| DESHAYES Caroline | BACTERIOLOGIE VIROLOGIE | Pharmacie |
| DOUILLET Delphine | MEDECINE D'URGENCE | Médecine |
| FERRE Marc | BIOLOGIE MOLECULAIRE | Médecine |
| FORTRAT Jacques-Olivier | PHYSIOLOGIE | Médecine |
| GHALI Maria | MEDECINE GENERALE | Médecine |
| GUELFF Jessica | MEDECINE GENERALE | Médecine |
| HADJ MAHMOUD Dorra | IMMUNOLOGIE | Pharma |
| HAMEL Jean-François | BIOSTATISTIQUES, INFORMATIQUE MEDICALE | Médicale |
| HAMON Cédric | MEDECINE GENERALE | Médecine |
| HELESBEUX Jean-Jacques | CHIMIE ORGANIQUE | Pharmacie |
| HERIVAUX Anaïs | BIOTECHNOLOGIE | Pharmacie |
| HINDRE François | BIOPHYSIQUE | Médecine |
| JOUSSET-THULLIER Nathalie | MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE | Médecine |
| JUDALET-ILLAND Ghislaine | MEDECINE GENERALE | Médecine |
| KHIATI Salim | BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE | Médecine |
| LEFEUVRE Caroline | BACTERIOLOGIE ; VIROLOGIE | Médecine |
| LEGEAY Samuel | PHARMACOCINETIQUE | Pharmacie |
| LEPELTIER Elise | CHIMIE GENERALE | Pharmacie |
| LETOURNEL Franck | BIOLOGIE CELLULAIRE | Médecine |
| MABILLEAU Guillaume | HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE | Médecine |
| MALLET Sabine | CHIMIE ANALYTIQUE | Pharmacie |
| MAROT Agnès | PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE MEDICALE | Pharmacie |
| MESLIER Nicole | PHYSIOLOGIE | Médecine |
| MIOT Charline | IMMUNOLOGIE | Médecine |
| MOUILLIE Jean-Marc | PHILOSOPHIE | Médecine |



FACULTÉ DE SANTÉ

UNIVERSITÉ D'ANGERS

| | | |
|---------------------------|---|-----------|
| NAIL BILLAUD Sandrine | IMMUNOLOGIE | Pharmacie |
| PAILHORIES Hélène | BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE | Médecine |
| PAPON Xavier | ANATOMIE | Médecine |
| PASCO-PAPON Anne | RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE | Médecine |
| PENCHAUD Anne-Laurence | SOCIOLOGIE | Médecine |
| PIHET Marc | PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE | Médecine |
| PIRAUX Arthur | OFFICINE | Pharmacie |
| POIROUX Laurent | SCIENCES INFIRMIERES | Médecine |
| RONY Louis | CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE | Médecine |
| ROGER Emilie | PHARMACOTECHNIE | Pharmacie |
| SAVARY Camille | PHARMACOLOGIE-TOXICOLOGIE | Pharmacie |
| SCHMITT Françoise | CHIRURGIE INFANTILE | Médecine |
| SCHINKOWITZ Andréas | PHARMACOGNOSIE | Pharmacie |
| SPIESSER-ROBELET Laurence | PHARMACIE CLINIQUE ET EDUCATION THERAPEUTIQUE | Pharmacie |
| TEXIER-LEGENDRE Gaëlle | MEDECINE GENERALE | Médecine |
| VIAULT Guillaume | CHIMIE ORGANIQUE | Pharmacie |

AUTRES ENSEIGNANTS

| ATER | | |
|------------------------|----------------------------------|-----------|
| BARAKAT Fatima | CHIMIE ANALYTIQUE | Pharmacie |
| ATCHADE Constantin | GALENIQUE | Pharmacie |
| | | |
| PRCE | | |
| AUTRET Erwan | ANGLAIS | Santé |
| BARBEROUSSE Michel | INFORMATIQUE | Santé |
| COYNE Ashley | ANGLAIS | Santé |
| O'SULLIVAN Kayleigh | ANGLAIS | Santé |
| RIVEAU Hélène | ANGLAIS | Santé |
| | | |
| PAST-MAST | | |
| AUBRUCHET Hélène | OFFICINE | Pharmacie |
| BEAUVAIS Vincent | OFFICINE | Pharmacie |
| BRAUD Cathie | OFFICINE | Pharmacie |
| CAVAILLON Pascal | PHARMACIE INDUSTRIELLE | Pharmacie |
| CHAMPAGNE Romain | MEECINE PHYSIQUE ET READAPTATION | Médecine |
| DILÉ Nathalie | OFFICINE | Pharmacie |
| GUILLET Anne-Françoise | PHARMACIE DEUST PREPARATEUR | Pharmacie |
| GUITTON Christophe | MEDECINE INTENSIVE-REANIMATION | Médecine |
| KAASSIS Mehdi | GASTRO-ENTEROLOGIE | Médecine |
| LAVIGNE Christian | MEDECINE INTERNE | Médecine |
| MARSAN-POIROUX | COMMUNICATION | Pharmacie |
| MOAL Frédéric | PHARMACIE CLINIQUE | Pharmacie |
| PICCOLI Giorgia | NEPHROLOGIE | Médecine |
| POMMIER Pascal | CANCEROLOGIE-RADIOTHERAPIE | Médecine |
| SAVARY Dominique | MEDECINE D'URGENCE | Médecine |
| | | |
| PLP | | |
| CHIKH Yamina | ECONOMIE-GESTION | Médecine |
| AHU | | |
| CORVAISIER Mathieu | PHARMACIE CLINIQUE | Pharmacie |
| ROBIN Julien | DISPOSITIFS MEDICAUX | Pharmacie |

REMERCIEMENTS

À Madame Cécile Angoulvant, à Monsieur Sébastien Faure,

Pour avoir accepté la direction de cette thèse. Vos conseils avisés, votre accompagnement et votre expertise ont été les piliers de ce travail.

À Madame Catherine De Casabianca,

Pour avoir accepté de présider le jury de soutenance de cette thèse.

À Mégane Delaunay,

Pour avoir accepté de faire partie des membres du jury.

De Adrien,

À Gauthier,

Pour ta confiance et ta patience.

À mes collègues,

Pour leur accueil sans réserve dans l'équipe du cabinet.

Aux Sblas,

Dispatchés dans le pays mais présents depuis le début de ces études et merci à l'équipe Medbiopass avec qui tout a commencé.

Aux Plus Beaux,

À tous ces moments partagés depuis 15 ans, et aux nombreux à venir. Merci tout particulier à Claire-Marie, consultante émérite et traductrice pour cette thèse.

À ma famille, à mes parents,

Pour leur soutien indéfectible tout au long de ces années, à leurs encouragements, à leurs conseils, à leur confiance, à leur amour.

De Laura,

À la pharmacie de Martigné-Briand,

Pour m'avoir accueilli leur de mon premier stage puis pendant toutes ces années. À toute l'équipe, pour leur bonne humeur quotidienne.

À mes amis de fac,

Pour tous ces moments partagés. Votre amitié a été un véritable moteur tout au long de ces années d'études. Surtout à toi, Alexis qui a dû me supporter pendant cette colocation.

À ma famille,

À ma maman, qui me regarde de là-haut, à mon papa et à ma petite sœur pour votre soutien inconditionnel. Vos encouragements m'ont porté dans les moments de doute.

Plan

PLAN

LISTE DES ABREVIATIONS

INTRODUCTION

MATERIEL ET METHODE

- 1. Choix de la méthode**
- 2. Population étudiée et recrutement**
- 3. Élaboration des guides d'entretien**
- 4. Recueil des données**
- 5. Analyse des données**
- 6. Éthique et consentement**

RESULTATS

1. Caractéristiques des participants

2. Résultats impliquant les médecins généralistes

- 2.1. L'impact des ruptures d'antibiotiques sur sa relation avec le pharmacien d'officine
 - 2.1.1. Le fossé existant entre les deux professions
 - 2.1.2. La méconnaissance du métier de pharmacien d'officine
 - 2.1.3. La recherche de l'aide du pharmacien d'officine pour sa décision
- 2.2. L'impact des ruptures d'antibiotiques sur sa relation avec le patient
 - 2.2.1. La modification de sa pratique médicale
 - 2.2.2. La sensation de ne plus pouvoir bien soigner
 - 2.3. L'impact des ruptures d'antibiotiques sur sa profession
 - 2.3.1. L'absence de directives
 - 2.3.2. La volonté de travailler en équipe

3. Résultats impliquant les pharmaciens d'officine

- 3.1. L'impact des ruptures d'antibiotiques sur sa relation avec le médecin généraliste
 - 3.1.1. Le manque d'entraide de la part du médecin généraliste
 - 3.1.2. L'asymétrie dans les rapports entre le pharmacien d'officine et le médecin généraliste
 - 3.1.3. Le manque de reconnaissance du médecin généraliste envers le pharmacien d'officine
 - 3.1.4. La volonté de développer la coordination
- 3.2. L'impact des ruptures d'antibiotiques sur la relation avec le patient
 - 3.2.1. Le patient subit les conséquences
 - 3.2.2. La perte de crédibilité
- 3.3. L'impact des ruptures d'antibiotiques sur sa profession
 - 3.3.1. La mutation du métier de pharmacien d'officine
 - 3.3.2. La sensation d'être seul face aux problèmes
 - 3.3.3. L'insécurité

DISCUSSION

1. Discussion des principaux résultats

- 1.1. La complexification des métiers de médecin généraliste et de pharmacien d'officine

- 1.2. L'absence de directives nationales
- 1.3. Réponses aux pénuries à l'échelle locale : l'enjeu de la coordination

- 2. Forces de l'étude**
- 3. Limites de l'étude**
- 4. Perspectives**

CONCLUSION

BIBLIOGRAPHIE

TABLE DES MATIERES

TABLE DES ILLUSTRATIONS

TABLE DES TABLEAUX

TABLE DES GRAPHIQUES

ANNEXES

- 1. Annexe 1 : Guide d'entretien semi-dirigé pour les médecins généralistes**
- 2. Annexe 2 : Guide d'entretien semi-dirigé pour les pharmaciens d'officine**
- 3. Annexe 3 : Document d'information et de consentement**
- 4. Annexe 4 : Lettre de consentement**

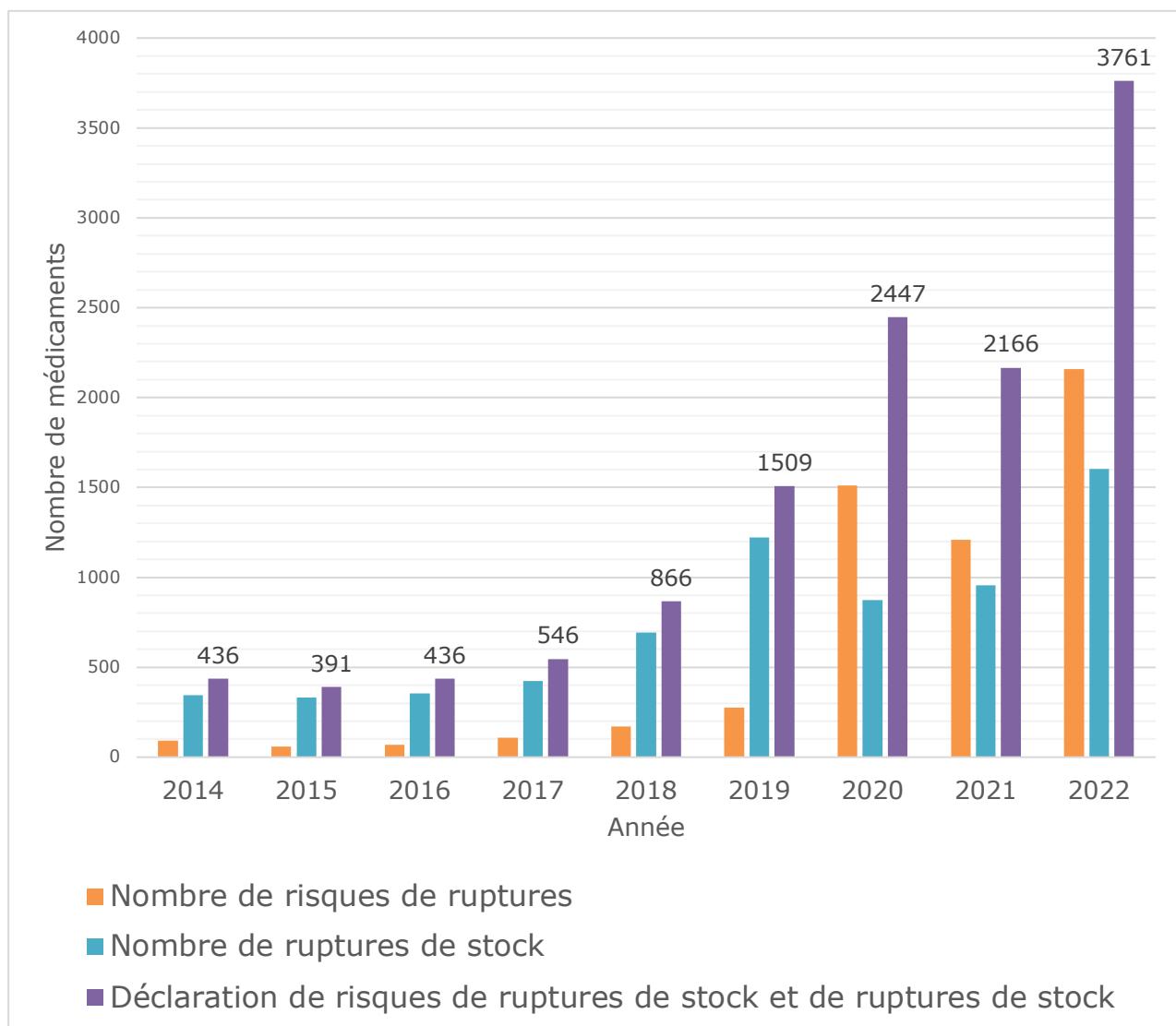
RÉSUMÉ

Liste des abréviations

| | |
|----------|---|
| ANSM | Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé |
| CNIL | Commission nationale de l'informatique et des libertés |
| CPTS | Communautés Professionnelles Territoriales de Santé |
| EHPAD | Établissement d'hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes |
| ESP-CLAP | Équipe de Soins Primaires - Coordonnée Localement Autour du Patient |
| ETP | Éducation Thérapeutique du Patient |
| F | Féminin |
| M | Masculin |
| MG | Médecin généraliste |
| MSP | Maison de Santé Pluridisciplinaire |
| PO | Pharmacien d'officine |
| UFR | Unité de Formation et de Recherche |

Introduction

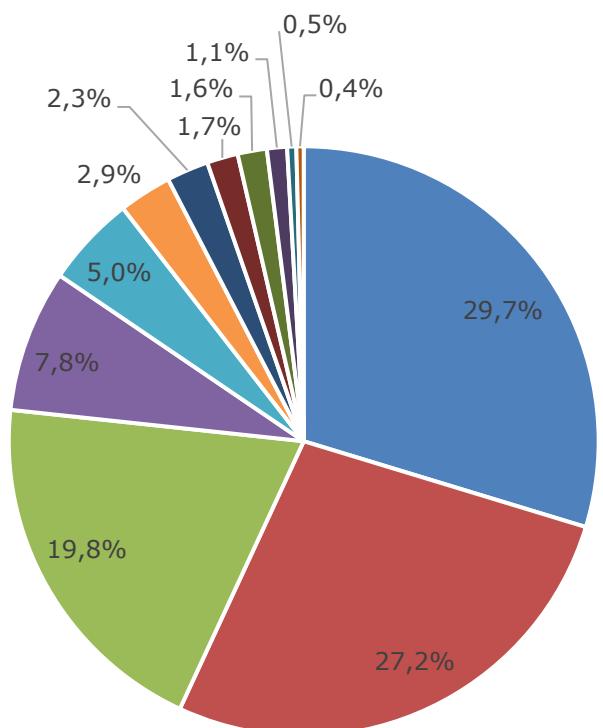
La tendance des pénuries de médicaments est à une nette augmentation des risques de rupture de stock. En 2019, l'ANSM a reçu quelques 1500 signalements de risques de ruptures de stock, et le nombre est porté à plus de 3 500 en 2022 [Graphique 1] (1)(2).



Graphique 1 : Nombre de risques de ruptures de stock et de ruptures de stock recensés par l'ANSM des années 2014 à 2022 (Source : ANSM).

Les principaux facteurs influençant les pénuries sont à part égale un défaut des outils de production, une capacité de production insuffisante, un manque de matières premières et une augmentation du volume des ventes [Graphique 2] (1)(2).

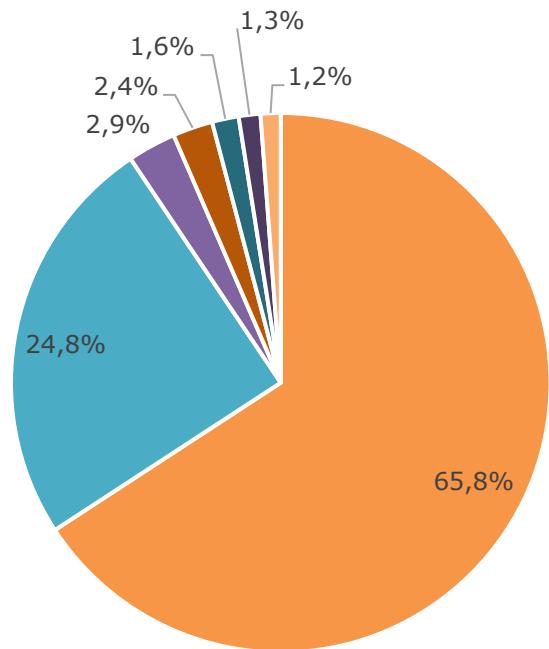
- Autre (29,7%)
- Capacité de production insuffisante (27,2%)
- Augmentation du volume de vente (19,8%)
- Défaut d'approvisionnement en Matière Première (7,8%)
- Défaut d'approvisionnement en Article de Conditionnement (5,0%)
- Problème réglementaire (2,9%)
- Analyses de libération non conformes (2,3%)
- Problème de transport/logistique (1,7%)
- Transfert de site (1,6%)
- Problème qualité : Analyse non conforme (1,1%)
- Non-conformité BPF (0,5%)
- Arrêt de commercialisation (0,4%)



Graphique 2 : Diagramme circulaire représentant les causes des risques de ruptures de stock et de ruptures de stock déclarées par les industriels durant l'année 2022 (Source : ANSM).

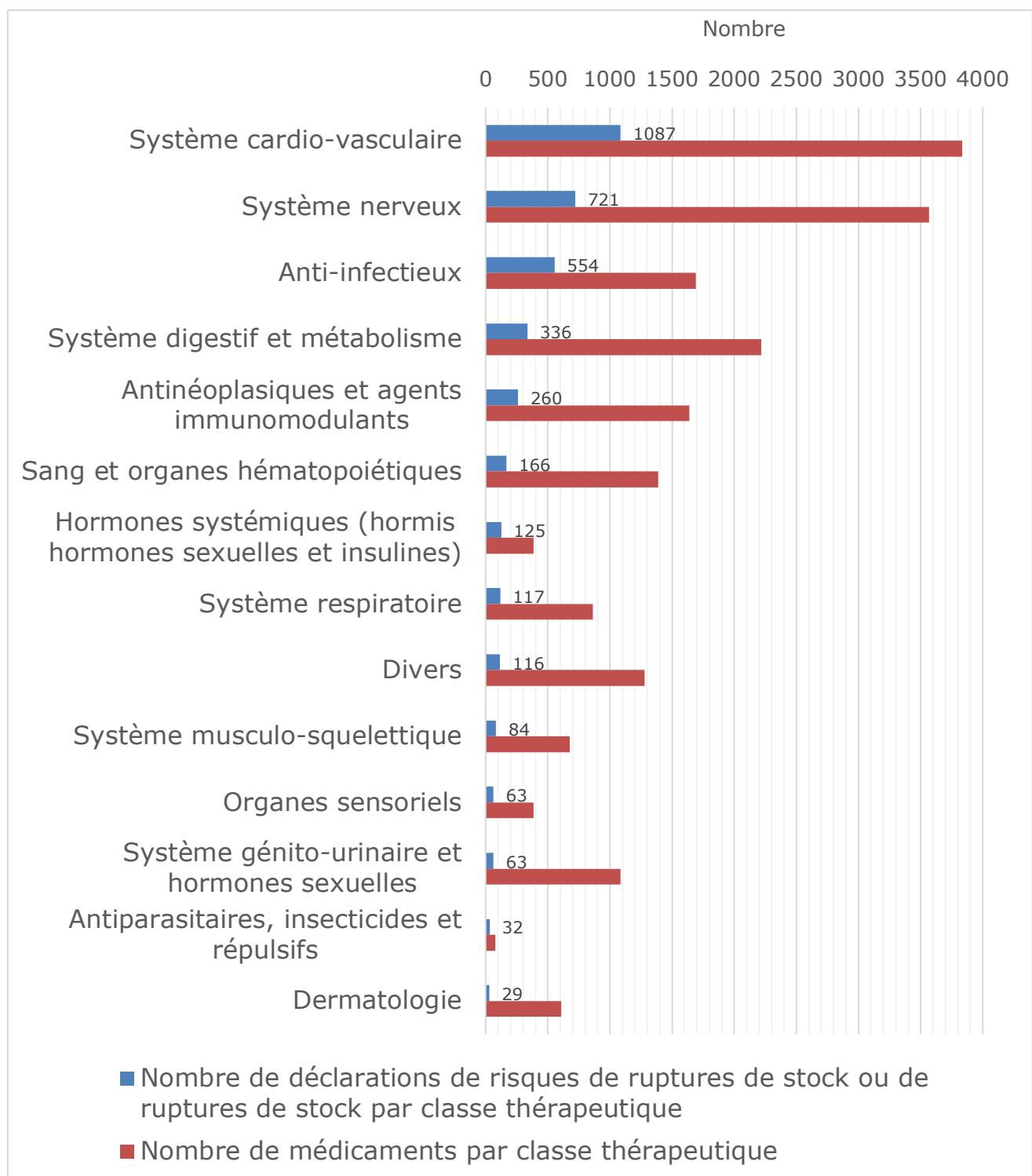
Pour faire face, l'ANSM demande ainsi depuis 2019 aux industriels pharmaceutiques de déclarer le plus en amont possible tout risque de rupture. Dans un décret publié le 30 mars 2021, les laboratoires pharmaceutiques français ont également l'obligation de constituer un stock de sécurité minimal de deux mois pour tous les médicaments d'intérêt thérapeutique majeur (MITM) destinés au marché français [Graphique 3] (2)(3).

- Contingentement quantitatif par une mise à disposition en quantité limitée (65,8%)
- Mise en place d'un stock de dépannage pour les besoins urgents (24,8%)
- Restriction du circuit de distribution (2,9%)
- Contingentement qualitatif pour une distribution à certains patients ou pour une certaine indication (2,4%)
- Flexibilité réglementaire (1,6%)
- Importation (1,3%)



Graphique 3 : Diagramme circulaire représentant la répartition des mesures prises pour limiter l'impact des ruptures de stock durant l'année 2022 (Source : ANSM).

Pour certains types de classes thérapeutiques, les risques de ruptures peuvent être plus importants que pour d'autres [Graphique 4] (2).



Graphique 4 : Histogramme représentant le nombre de déclarations de risques de ruptures de stock et de ruptures de stock en fonction de la classe thérapeutique ainsi que le nombre de médicaments par classe thérapeutique durant l'année 2022 (Source : ANSM).

Concernant les antibiotiques, les pénuries sont majoritairement présentes en période hivernale. Chaque année, l'hiver est le théâtre d'épidémies virales et donc de surinfections bactériennes, entraînant une majoration de prescription de traitements antibiotiques notamment à visée pédiatrique. Dans les indications pédiatriques, l'amoxicilline représente 80 % de l'ensemble des prescriptions (4)(5).

Le pic de pénuries a atteint un niveau critique et sans précédent durant l'hiver 2022-2023, notamment début janvier 2023, où sur le site de l'ANSM 212 médicaments étaient recensés en tension, soit 1 mois de stock industriel, ou en rupture, soit 1 semaine de stock (1).

Avec plus de 230 millions de consultations réalisées chaque année en France, les MG représentent les principaux acteurs du soin primaire. Ils sont le premier recours des patients et donc le premier contact avec le système de soins. Ils ont également la responsabilité d'assurer la continuité des soins selon les besoins des patients. Les pharmacies sont en France le seul lieu où l'on peut se procurer des médicaments, ce qui fait du PO un acteur indispensable du soin primaire. En plus de la dispensation des médicaments et le conseil, les missions du PO ont évolué ces dernières années pour permettre le développement de l'information, la coordination et la simplification du parcours de soin des patients (6)(7)(8)(9).

Le développement de l'exercice coordonné en France a pour but d'optimiser le suivi des patients notamment en améliorant la coordination entre les professionnels de santé impliqués. La communication est un pilier de la coordination des soins et est donc au centre de cette approche pluridisciplinaire. Elle est d'autant plus importante entre le MG et le PO, qui sont les principaux acteurs des soins primaires et a donc été au cœur des adaptations nécessaires durant les périodes de pénuries d'antibiotiques (10)(11).

La problématique des pénuries d'antibiotiques perdure à ce jour avec la prévision de nouvelles fortes tensions sur les stocks durant l'hiver 2024-2025. Dans cette optique l'ANSM a, en association avec le Ministère de la Santé et de la Prévention et le Ministère de l'Industrie, établi un plan hivernal. Ce plan a pour objectif de garantir la couverture des besoins en produits de santé durant la période hivernale 2024-2025, dont les antibiotiques et l'amoxicilline en premier lieu. A l'issue de la saison hivernale ce nouveau plan fera l'objet d'une évaluation (12).

Devant l'impact de ces pénuries sur le système de soin français et en l'absence d'amélioration envisageable à court terme, l'objectif principal de l'étude était d'explorer la gestion des pénuries d'antibiotiques auprès des MG et des PO. Les objectifs secondaires étaient d'explorer les moyens d'adaptation mis en place par les professionnels de santé, et d'étudier l'impact sur leur quotidien et sur la relation interprofessionnelle.

Matériel et méthode

1. Choix de la méthode

Une étude qualitative par entretiens individuels semi-dirigés a été réalisée, avec une approche inspirée de la théorisation ancrée. L'objectif était de construire un modèle explicatif des interactions entre MG et PO dans le cadre de la gestion des pénuries d'antibiotiques. Cette approche a paru comme la plus adaptée (13)(14).

2. Population étudiée et recrutement

L'échantillonnage a été théorique, parmi une population de MG et de PO exerçant dans les départements du Maine-Et-Loire (49) et de la Sarthe (72).

Le recrutement initial a été réalisé par téléphone ou par mail parmi les connaissances des investigateurs. Il a été poursuivi par effet boule de neige en étant orienté par les hypothèses intermédiaires issues de l'analyse des premiers entretiens : à savoir la présence ou non d'un exercice coordonné, la localisation urbaine ou rurale et donc le nombre de pharmacies ou de cabinets médicaux correspondants.

3. Élaboration des guides d'entretien

Deux guides d'entretien ont été réalisés : l'un à l'attention des MG [Annexe 1] et l'autre à l'attention des PO [Annexe 2].

Ils ont été rédigés à partir des présupposés de recherche et des données de la littérature. Ils comportaient 6 questions ouvertes qui exploraient les expériences de gestion de pénurie rencontrées par les MG et PO, l'impact sur leur profession, leur ressenti, leurs moyens d'adaptation et leurs attentes respectives dans le cadre interprofessionnel.

4. Recueil des données

Les entretiens individuels semi-dirigés des MG ont été réalisés par l'investigateur MG et ceux des PO par l'investigateur PO.

Ils ont eu lieu dans les locaux des cabinets médicaux et des pharmacies concernés ou par visioconférence lorsque la rencontre en présentiel était impossible à réaliser dans des délais raisonnables.

Ils ont été enregistrés avec un dictaphone et retranscrits intégralement à l'aide du logiciel Word, et anonymisés. Le recueil des données a été réalisé jusqu'à atteindre la saturation ou à minima la suffisance des données, c'est-à-dire lorsqu'aucune nouvelle propriété n'a émergé pour compléter ou suggérer une nouvelle catégorie au cours de l'analyse. Deux entretiens supplémentaires par profession ont été effectués pour confirmer cette suffisance des données.

5. Analyse des données

Après la retranscription, l'analyse a été réalisée dans les suites immédiates de chaque entretien pour faire émerger de potentielles hypothèses intermédiaires. Un nouvel entretien n'a pas débuté tant que l'analyse du précédent n'était pas terminée.

La totalité de l'analyse ouverte a été réalisée par les deux investigateurs individuellement, pour ensuite réaliser une triangulation par confrontation des résultats des deux investigateurs. Les divergences ont fait l'objet d'une discussion pour décider d'un codage commun.

L'analyse axiale et intégrative, ainsi que l'élaboration du modèle explicatif ont été issues d'une réflexion commune des deux investigateurs. Pour faire émerger un modèle explicatif, l'analyse s'est basée sur un recroisement des données des MG et des PO.

6. Éthique et consentement

Une lettre d'information a été remise aux participants [Annexe 3]. L'accord lors de l'enregistrement a valu pour consentement oral [Annexe 4].

Les données ont été conservées selon les recommandations de la CNIL : anonymisation, accessibilité limitée aux chercheurs, destruction après la fin de l'étude (15).

Résultats

1. Caractéristiques des participants

Pour ce travail, les entretiens se sont déroulés entre novembre 2023 et juin 2024. La durée moyenne des douze entretiens réalisés a été de 16 minutes et 14 secondes.

À la fin de chaque entretien, une série de questions a permis de préciser leurs caractéristiques socio-professionnelles regroupées ci-dessous.

La majorité de la population recrutée était issue du département 49. La moyenne d'âge des MG était de 37,5 ans. Ils exerçaient en majorité en milieu rural et au sein d'une MSP. La moyenne d'âge des PO était de 32,8 ans. Leurs situations géographiques étaient équilibrées entre milieu rural et urbain.

| MG | Sexe | Âge | Département d'exercice | Contexte géographique du cabinet | Nombre de médecins dans le cabinet | Nombre de patients par jour | Nombre de pharmacies aux alentours | Maître de stage | Structure coordonnée | Durée de l'entretien |
|-----|------|-----|------------------------|----------------------------------|------------------------------------|-----------------------------|------------------------------------|-----------------|----------------------|----------------------|
| MG1 | M | 35 | 72 | Rural | 3 | 30 | 1 | Oui | En projet | 23'11" |
| MG2 | F | 30 | 49 | Rural | 2 | 15 | 2 | Non | Non | 17'08" |
| MG3 | M | 30 | 49 | Urbain | 7 | 25 | 2 | Non | MSP | 09'48" |
| MG4 | F | 54 | 72 | Rural | 2 | 30 | 2 | Oui | MSP | 09'20" |
| MG5 | F | 38 | 49 | Rural | 3 | 20 | 3 | Non | MSP | 15'37" |
| MG6 | M | 38 | 49 | Rural | 3 | 25 | 3 | Non | MSP | 21'52" |

Tableau 1 : Caractéristiques socio-professionnelles des MG participants à l'étude.

| PO | Sexe | Âge | Département d'exercice | Contexte géographique de l'officine | Nombre de pharmaciens dans l'officine | Fréquentations par jour | Nombre de médecins aux alentours | Maître de stage | Structure coordonnée | Durée de l'entretien |
|-----|------|-----|------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|-------------------------|----------------------------------|-----------------|----------------------|----------------------|
| PO1 | M | 27 | 49 | Quartier | 2 | 130-180 | 17 | Non | CPTS - MSP | 18'16" |
| PO2 | F | 34 | 49 | Rural | 3 | 190 | 10 | Oui | MSP | 11'27" |
| PO3 | F | 32 | 49 | Quartier | 3 | 260-270 | 9 à 15 | En projet | ESP-CLAP | 13'48" |
| PO4 | M | 44 | 49 | Centre commercial | 3 | 200 | 11 | Oui | En projet | 14'52" |
| PO5 | M | 27 | 49 | Centre commercial | 3 | 350-400 | 10 à 15 | Non | Non | 20'59" |
| PO6 | M | 33 | 49 | Rural | 3 | 175 | 8 | Non | MSP | 18'34" |

Tableau 2 : Caractéristiques socio-professionnelles des PO participants à l'étude.

2. Résultats impliquant les médecins généralistes

2.1. L'impact des ruptures d'antibiotiques sur sa relation avec le pharmacien d'officine

2.1.1. Le fossé existant entre les deux professions

Les MG évoquaient une carence de coordination avec le PO dans le parcours du patient, avec une dissociation nette entre la prescription et la délivrance du traitement.

MG3 : « On a eu aucun, aucune réunion, aucun staff, aucune chose comme avec la pharmacie qui pourrait s'imaginer d'ailleurs là le fait d'échanger avec toi, on pourrait imaginer ce genre de chose sur « comment est-ce qu'on pourrait mettre en place une communication sur la gestion des antibiotiques ? » »

Ils ne se sentaient que peu concernés par les modalités de délivrance du traitement choisi.

MG2 : « Finalement nous on prescrit quelque chose pour le patient. Bah voilà, on a fait notre taf, c'est réglé. »

De même, les MG décrivaient des carences dans la communication entre les deux professions, avec une communication forcée, en réaction à un problème, plutôt qu'une communication spontanée en amont.

MG3 : « Non bon après peut-être à regret de pas avoir suffisamment de communication, notamment en amont, de nous dire qu'effectivement la pharmacie a ne serait-ce que contacté la maison de santé et de nous prévenir qu'il y a un flux tendu et que c'est très compliqué, ils l'ont fait, mais de manière assez anecdotique, pas de manière systématique. »

Cette notion de fossé était cependant moins marquée en milieu rural où l'offre de pharmacies par rapport au cabinet médical est beaucoup plus restreinte.

MG2 : « en campagne, on marche souvent avec une ou deux pharmacies. On se connaît bien, donc les gens vont rarement autre part. »

Et où l'interconnaissance personnelle entre les MG et PO est plus importante et donc facilite la communication.

MG1 : « comme ils sont juste à côté de nous, des fois ils nous appellent, des fois ils passent, moi j'y vais pour déposer des trucs, donc ils m'en parlent. Et puis ben, on s'écrit aussi, ils m'appellent, ils m'envoient des textos. »

De même, l'exercice coordonné favorisait cette interconnaissance personnelle.

MG4 : « après c'est des pharmacies quand même, où on se connaît un peu [...], on a travaillé ensemble quand même pour faire la maison de santé, donc ça se passe bien aussi. »

2.1.2. La méconnaissance du métier de pharmacien d'officine

Les MG reconnaissaient ne pas connaître suffisamment la formation, les compétences et les rôles du PO.

MG1 : « moi je comprenais pas pourquoi il faisait pas de la délivrance à l'unité. Surtout sur des médicaments un peu critiques comme ça. Mais bon, ils m'ont dit qu'ils avaient pas le droit »

Ils décrivaient ainsi ne pas savoir quelle marge de manœuvre peut avoir le PO en cas de pénurie.

MG1 : « Pour moi, ils sont docteurs en pharmacie, enfin ceux qui sont pharmaciens. Je vois pas pourquoi il a besoin de moi pour savoir qu'il peut changer sur la même classe thérapeutique. »

Cette méconnaissance pouvait aller jusqu'à une incompréhension des positions du PO. Le fait qu'il existe des différences de gestion entre les pharmacies pour une même situation majorait l'incompréhension des MG.

MG1 : « je sais pas si c'est pharmacien-dépendant ou s'il y en a certains qui prennent des libertés par rapport à ce qu'ils ont le droit de faire. Mais effectivement déjà je comprends pas trop parce que en fonction des pharmacies il y en a qui nous appellent jamais. Il y en a qui nous appellent tout le temps »

2.1.3. La recherche de l'aide du pharmacien d'officine pour sa décision

Les MG exprimaient un besoin de soutien et d'orientation de la part des PO lors de la prescription d'antibiotiques en pénurie.

MG3 : « ils appelaient la maison de santé, et disaient pénurie d'amoxicilline pour tel enfant. Par quoi substitue-t-on ? Donc il y avait pas forcément de proposition de on substitue par ça ou ça, c'était à nous notre initiative du choix de l'antibiotique. »

Ce besoin était exprimé directement par un sentiment de solitude lors du choix final de l'alternative antibiotique et l'expression du besoin de l'expertise du PO.

MG5 : « des fois, on se retrouve un peu bloqué avec un antibiogramme, on sait pas trop, on n'a pas de ça, on a l'impression que c'est à nous in fine de prendre la décision c'est peut-être le cas en tant que médecin mais du coup j'aurai pensé que le pharmacien aurait pu nous aider à trouver un équivalent plus facilement »

2.2. L'impact des ruptures d'antibiotiques sur sa relation avec le patient

2.2.1. La modification de sa pratique médicale

Les MG décrivaient la nécessité de modifier leurs stratégies de prescription d'antibiotiques, avec le sentiment de devoir anticiper les pénuries avant même qu'elles ne se présentent. Cette anticipation prenait plusieurs formes selon les prescripteurs. Notamment la réalisation de prescriptions « à tiroir » avec plusieurs antibiotiques en laissant le choix au PO selon la disponibilité.

MG2 : « ça nous est arrivé de mettre plusieurs lignes d'antibiotiques sur l'ordonnance en mettant s'il n'y a pas celui-là, mettez celui-là parce qu'on a eu, je pense qu'on avait l'habitude que les pharmaciens nous appellent, donc on anticipait un peu leurs appels. »

Ou de temporiser la prescription en fonction de l'évolution clinique du patient.

MG3 : « OK, c'est une pneumopathie, au vu du contexte, il y a quand même de plus de chances que ce soit mycoplasme mais je vais pas faire un traitement d'épreuve par amoxicilline ou Augmentin® sur une pneumopathie classique, je vais directement mettre l'azithromycine ou autre chose, chose que je pense que les autres années j'aurais pas fait. »

Ou encore d'appeler la pharmacie pour connaître l'état de leurs stocks.

MG1 : « Maintenant j'appelle des fois le pharmacien avant de faire mes prescriptions pour savoir s'il en a. Parce que sinon ça me saoule de voir le patient revenir 3 fois en me disant qu'il y en a pas ou d'avoir l'appel du pharmacien. »

De plus, leurs stratégies de prescription pouvaient évoluer durablement dans le temps en réponse à une rupture de longue durée.

MG6 : « il y a des traitements comme la furadantine qui avaient disparu des radars depuis. Je suis mauvais hein sur la gestion du temps dans la durée mais c'est un médicament que j'utilise plus du tout. Je crois savoir qu'il est revenu puisqu'on en a de nouveau. »

Enfin, il ressortait une complexification de la consultation médicale.

MG2 : « On aurait la possibilité de faire une prise en charge qui est relativement simple le patient a un problème, il lui faut le traitement, on a le traitement point, et là ça complexifie toute la chaîne de la prise en charge »

2.2.2. La sensation de ne plus pouvoir bien soigner

Les MG étaient bridés dans leur choix de prescription avec la réduction des alternatives thérapeutiques.

MG2 : « on est vraiment dans une situation entre 2 on peut dire Bon bah comme j'hésite vraiment, je mets l'antibio en me disant Bon bah voilà c'est pas grave je peux. Alors que là peut-être que quand on hésitait vraiment, Ben on hésitait encore plus. »

Ils ressentaient par conséquent une dégradation de leur pratique médicale.

MG4 : « ça nous oblige de chercher, de vérifier, de chercher ce qui va pouvoir être fait, plus proche de ce qu'on voulait faire. »

Ils ressentaient une inquiétude en lien avec cette dégradation, notamment concernant les risques pris en ne respectant pas les recommandations de bonne pratique.

MG3 : « on utilisera d'autres antibiotiques qui malheureusement entraîneront des résistances parce qu'on n'arrive pas à se fournir en antibiotique de base »

Les MG décrivaient tous avoir conscience que la dégradation de leur pratique médicale entraînait des conséquences sur la santé de leurs patients.

MG6 : « Alors c'est pas exactement une impasse parce que il me fallait de l'Augmentin® et j'ai mis de l'amoxicilline en espérant que ça passe. Mais on revient sur le danger de la prise en charge. »

2.3. L'impact des ruptures d'antibiotiques sur sa profession

2.3.1. L'absence de directives

Face à l'absence de directives et de stratégie globale de gestion des pénuries d'antibiotiques, les MG décrivaient une sensation d'insécurité au quotidien et d'inquiétude, voire de pessimisme pour l'avenir.

MG6 : « c'est de plus en plus global et ça touche tous les domaines. Toutes les spécialités quasiment hein, puisque c'est les antibiotiques, mais aussi les antalgiques, mais aussi la cortisone mais aussi les traitements cardio. Mais aussi les traitements antidiabétique oraux. Est-ce qu'on peut tous les faire ? Je sais pas. »

Le fait de ne pouvoir anticiper les situations de pénuries leur faisait également se sentir impuissants.

MG3 : « j'ai l'impression que c'est quand même indépendant de nous, de notre volonté et indépendant de la volonté des pharmaciens, parce que je pense que s'ils pouvaient avoir des stocks énormes d'amoxicilline, ils le feraient. C'est un peu le chien qui se mord la queue quoi. »

2.3.2. La volonté de travailler en équipe

Les MG ont fait le constat d'un manque de communication et de coordination avec les PO, mise en évidence par le contexte des pénuries. Ils exprimaient des regrets concernant ces manques et leur volonté d'y remédier.

MG3 : « Non bon après peut-être à regret de pas avoir suffisamment de communication, notamment en amont »

Certains mettaient en avant une nette progression du travail d'équipe interdisciplinaire en réaction aux difficultés apportées par les pénuries.

MG5 : « Une fois sur une garde, j'ai travaillé avec une autre pharmacie de garde et du coup j'étais en collaboration étroite avec le pharmacien et en fait en début de garde donc je l'ai eu au téléphone et on a fait le point en se disant « qu'est-ce qui est en stock ? » Enfin il m'a dit « Bah pour le week-end, j'ai ça, j'ai ça, j'ai ça. » On s'est rappelé au milieu du week-end pour faire un peu un état des stocks et ça a bien fonctionné. »

Les MG étaient tous favorables à une mise en commun de leurs compétences avec celles des PO.

MG2 : « mon mode d'exercice a évolué et je pense que plus t'avances, plus t'as d'expériences, plus j'étais aussi en contact avec les acteurs de soins locaux dont la pharmacie »

Aucun des MG interrogés n'a exprimé d'opposition au fait que le PO modifie sa prescription en fonction de la pénurie.

MG2 : « probablement il connaît plus les médicaments, les équivalences, les interactions. »

3. Résultats impliquant les pharmaciens d'officine

3.1. L'impact des ruptures d'antibiotiques sur sa relation avec le médecin généraliste

3.1.1. Le manque d'entraide de la part du médecin généraliste

Les PO ressentaient un manque d'implication des MG dans la communication.

PO1 : « on met beaucoup en avant la messagerie sécurisée qui marche pas tellement bien parce que en fait, y a un délai entre la demande et la réponse qui est un peu trop élevée pour ce genre de problème là. Dans le cadre de d'antibiotique, c'est des soins qu'on ne peut pas reporter. »

Ou une utilisation inadaptée, alors que celle-ci leur paraissait indispensable pour faire face aux pénuries.

PO4 : « on avait contacté directement le cabinet médical avec l'intention de leur dire que ça serait pas mal qu'ils nous fassent des ordonnances un peu à tiroir, si rupture. Parce que souvent ils s'étaient même mis à mettre la première intention, ce qui était de la deuxième, [...], on voyait une recrudescence de ces produits-là qui avant était plutôt de l'amoxicilline prescrite. »

Avec comme conséquence le sentiment d'un fonctionnement altéré de la pharmacie.

PO2 : « On est en rupture où on a un problème sur l'ordonnance, il faut qu'on contacte le médecin et là on nous dit bah attendez, du coup on refait attendre le patient et on sait pas combien de temps en fait. »

Ils formulaient le souhait que les MG s'impliquent plus afin de pouvoir anticiper toute situation de pénurie.

PO4 : « Très peu d'appels dans l'autre sens, c'est surtout c'est plutôt nous qui observons la rupture, et enfin par rapport à l'ordonnance, et voilà. »

Et ainsi diminuer le nombre d'appels téléphoniques nécessaires.

PO6 : « Je pense qu'il va falloir qu'on mette en place avec les médecins des vrais protocoles, pas que des choses à l'oral. Ça, ça marche, à l'échelle locale, mais s'ils veulent pas suite à ce problème, s'ils veulent pas être dérangés 15 fois par jour, ce serait bien »

3.1.2. L'asymétrie dans les rapports entre le pharmacien d'officine et le médecin généraliste

Les PO décrivaient de grandes difficultés à joindre les MG prescripteurs, au point de se retrouver parfois dans une impasse.

PO4 : « Ça peut arriver très rarement (de substituer) mais dans une période de bah non possibilité de le joindre quoi. La personne qui veut pas se déplacer pour aller la chercher ailleurs ou un produit qui est de toute façon en rupture hyper longue [...] mais oui ça arrive. »

Et ils pointaient un net manque de disponibilité des MG en comparaison à la leur, avec notamment une barrière représentée par le fait que la secrétaire gère à la place et pour le MG.

PO5 : « parfois du coup comme les secrétaires gèrent beaucoup d'appels de pharmacie je pense pour les ruptures. Bah du coup parfois il y en a qui se permettent de substituer enfin de te donner des indications à la place du médecin. Alors, je sais pas comment s'est géré, mais en tout cas, moi j'ai déjà vu ça « - Bah vous mettez ça. - Oui mais j'aimerais bien parler au médecin quand même. - Ah non mais on a l'habitude de faire ça, donc vous mettez ça. » »

De plus ils ressentaient un rapport d'autorité du MG envers eux.

PO5 : « J'ai jamais eu un refus d'un médecin ou, bon, c'est plus une question de se comporter, mais on a toujours trouvé une solution. Par contre, parfois t'as pas ton mot à dire hein, c'est « ça serait ça » voilà. »

Avec comme argument principal que la décision finale de la prescription appartenait au MG.

PO1 : « il faut effectivement qu'ils restent maître de la prescription. Donc je pense qu'il faut quand même qu'on puisse avoir, enfin que les substitutions se fassent pas aux dépens de leur accord quoi. »

Enfin, le PO avait conscience de l'interruption de tâche provoquée par son appel au MG et effectuait donc un tri dans les situations de pénuries qu'il rencontrait.

PO1 : « On sait [...] qu'on va déranger le médecin pour faire face à la substitution, mais d'un autre côté, c'est dans le cadre de pénuries d'antibiotique, c'est des traitements qu'on peut pas reporter, donc de toute façon on est bien obligé de le déranger. »

3.1.3. Le manque de reconnaissance du médecin généraliste envers le pharmacien d'officine

Tous les PO évoquaient le fait que le MG ne connaissait pas réellement leur métier, leurs compétences, et le fonctionnement d'une officine.

PO2 : « C'est à nous de nous débrouiller. Bah je pense à un médecin en particulier qui nous dit : « Bah c'est pas à moi de gérer vos ruptures. Et soit vous dites aux patients d'aller chez un autre confrère, soit vous changez. » »

Ils ressentaient de fait un manque de reconnaissance de leurs compétences et une non-consideration de leur travail par les MG.

PO3 : « Le médecin a commencé à être un peu compliqué, enfin pas très agréable. C'est notre adjoint qui a pris le relais et la conclusion, c'était, Ben en fait, c'est votre boulot de trouver le médicament mais bah vous vous débrouillez, il faut qu'il ait son traitement. »

Alors qu'ils se sentaient en capacité de prendre des décisions sur les substitutions.

PO6 : « Je pense qu'on apprend à être de plus en plus indépendants. »

3.1.4. La volonté de développer la coordination

Les PO faisaient le constat qu'une meilleure communication et coordination avec les MG était nécessaire et souhaitée.

PO3 : « Je pense que c'est intéressant pour eux aussi et pour nous aussi. Je pense qu'on bosse un peu plus main dans la main là, grâce à ça. Donc je pense que ça peut aider qu'on communique un peu plus. »

Et que les pénuries avaient eu comme mérite de favoriser ce rapprochement entre les deux professions.

PO5 : « j'ai vu un impact beaucoup plus positif pour moi, pour ma profession, enfin pour mon exercice, c'est à dire que en gros, j'ai envie de dire grâce aux ruptures, les médecins nous font beaucoup plus confiance pour substituer, enfin remplacer. »

Ils mettaient en avant un sentiment de partage des difficultés avec les MG face aux pénuries.

PO1 : « [...] je pense qu'eux comme nous, on se sent un peu désarmés [...] »

Les PO prônaient dans ce cadre une prise d'initiative et de responsabilité.

PO4 : « Mais c'est quand même bien d'arriver en disant « Bon bah vous avez prescrit un macrolide qui est en rupture, je peux vous proposer telle macrolide » quoi. Enfin dans un objectif de gain de temps. Et c'est nous les spécialistes du médicament de pas dire « Ah mais c'est en rupture » et puis point barre. C'est un petit peu enfin pratique d'avoir un petit peu de billes derrière quoi. »

3.2. L'impact des ruptures d'antibiotiques sur la relation avec le patient

3.2.1. Le patient subit les conséquences

Les PO évoquaient tous leur crainte des conséquences subies par les patients.

PO5 : « Et puis pour les patients en fait, ça fait courir partout. Y en a qui ne prennent pas leur traitement parce que c'est trop loin, enfin c'est trop loin d'aller dans une autre pharmacie. Enfin oui, pour moi, en tout cas j'ai vu un réel impact. »

Avec un risque pour leur santé.

PO3 : « même si souvent c'est des plus larges spectres. Enfin, on se pose toujours la question des résistances aussi. Enfin, c'est pas forcément mieux hein. Mais bon, il faut bien traiter un moment donné. »

3.2.2. La perte de crédibilité

Tous les PO se sentaient démunis face aux patients par l'absence de réponses claires à leur donner.

PO1 : « finalement quand la seule solution qu'on a, dans ce cas-là, on est obligé de de renvoyer le patient à la chasse à la boîte chez un de nos confrères, essayer d'appeler des confrères, ça passe par l'appel à quelqu'un d'autre et puis parfois en fait les confrères les plus proches n'en ont pas non plus »

Et ils craignaient une perte de confiance des patients, malgré leurs efforts.

PO2 : « c'est très inquiétant pour les mamans qu'on leur explique et qu'on leur qu'on amène nos boîtes de gélules pour un enfant de 6 ans. Donc ça c'est anxiogène, c'est anxiogène pour les familles. Et du coup la prise en charge, on sait que le psychologique rentre aussi dans la guérison. »

Cependant, certains PO avaient le sentiment que le jugement négatif du patient s'améliorait avec le temps.

PO6 : « on a des patients globalement compréhensifs. Il y a un peu ou pas de patient qui ont été agressifs envers nous par frustration parce qu'ils avaient pas leur traitement ou parce qu'on prenait du temps à les servir parce qu'il faut appeler le médecin, parce qu'il y a tout un tas d'étapes qui avaient pas forcément avant. »

3.3. L'impact des ruptures d'antibiotiques sur sa profession

3.3.1. La mutation du métier de pharmacien d'officine

Les PO observaient tous d'une part une complexification de leur métier.

PO1 : « Ça demande une attention beaucoup plus particulière sur la dispensation des choses. »

Et d'autre part une dénaturation de leur métier. Leur temps de travail était détourné vers la gestion des pénuries par anticipation et en urgence, au détriment du temps passé avec les patients.

PO2 : « plus de temps. Du temps administratif, en fait, parce que au-delà de la commande, il faut gérer aussi les appels, tracés les appels, tout répertoriés, réexpliquer aux patients, enfin tout ça, c'est beaucoup de temps »

Ils considéraient que cette nouvelle phase de travail était peu valorisante et inintéressante.

PO5 : « De manière générale, les ruptures, c'est un enfer, c'est un enfer. Ça nous prend beaucoup de temps, ça nous fait perdre du temps dans beaucoup de tâches à côté. Et si nous ça nous fait perdre du temps, bah ça nous fait perdre de la qualité de travail. »

Et cherchaient donc de nouvelles stratégies d'adaptation en amont.

PO1 : « on a essayé de mettre en place des choses à l'avance pour pouvoir faire face aux demandes. Donc ça, ça passe par bah tous les jours on on consacre du temps en fait de trouver, de constituer un stock suffisant d'antibiotiques. D'essayer de soit passer par les confrères, d'essayer de voir par les grossistes, que ça soit par les labos. Enfin on essaie de toujours avoir un stock. Un stock un peu de réserve, suffisant pour pouvoir répondre aux demandes d'antibiotiques. »

3.3.2. La sensation d'être seul face aux problèmes

Les PO exprimaient le sentiment d'être isolés face au problème des pénuries, sans directive en amont ni stratégie globale.

PO1 : « on revient en période automnale, on revient tout à fait à ce qu'on connaît l'année dernière sur les pénuries, c'est à dire que bah ça devient vraiment en tension sur la plupart des antibiotiques, surtout sur l'amoxicilline, surtout sur l'amoxicilline en forme pédiatrique. Donc j'ai l'impression qu'y a pas grand-chose qui a changé et puis même depuis un an, un an et demi, si on ne prend pas en compte que les antibiotiques, on a toujours, toujours autant de difficulté à avoir un certain nombre de molécules. »

Avec le risque de déplacer le problème localement en le répercutant sur leurs confrères.

PO5 : « faire du stock dès qu'on peut. Alors c'est pas toujours très sympa vis-à-vis des autres pharmacies mais bon quand on a pas le choix c'est ça. »

Un PO exprimait la sensation de ne pas être entendu, ni écouté.

PO1 : « visiblement on va passer sur la dispensation à l'unité de certains antibiotiques et je trouve que ça engendre encore plus de problèmes que ça en résout. Parce que, en fait, il y a une problématique de temps »

3.3.3. L'insécurité

Les PO décrivaient un sentiment d'impuissance face aux pénuries.

PO6 : « de toute façon il y a toujours une augmentation de la demande mondiale avec notamment les pays émergents qui se soignent de plus en plus. »

Ils n'avaient aucun contrôle sur les pénuries et étaient inquiets pour l'avenir de leur métier.

PO1 : « ça commence à faire longtemps qu'il y a des pénuries d'antibiotiques. »

Les PO ressentaient également une pression vis-à-vis des patients.

PO3 : « Il faut bien qu'on ait les médicaments. Sinon les patients vont voir ailleurs et même s'ils reviennent chez nous parce que c'est des patients du quartier, mais ça se trouve, ils vont trouver nos voisins super sympas et retrouveront là-bas. Donc ça diminue le passage, quand on n'a pas de dispo donc c'est dommage. »

Et un sentiment d'insécurité, issu du manque de visibilité à très court terme sur les stocks d'antibiotiques.

PO3 : « il n'y a jamais de certitude qu'on les reçoive. C'est un peu le bon vouloir je pense de la cerp, du grossiste. Parfois au petit bonheur la chance, on voit en pharmaML qu'on peut en commander, que on en reçoit, mais c'est jamais régulier. »

Discussion

1. Discussion des principaux résultats

1.1. La complexification des métiers de médecin généraliste et de pharmacien d'officine

La prise de décision en médecine générale est issue d'une réflexion prenant en compte plusieurs dimensions. Elles comprennent notamment les données actuelles de la science, les données et circonstances cliniques, ainsi que les préférences et comportements du patient (16). Cette prise de décision prend en considération une certaine part d'incertitude, principalement lors de l'établissement du diagnostic. Dans ce contexte de pénuries, les MG ont vu une nouvelle dimension d'incertitude apparaître en consultation. Elle concernait la disponibilité de la thérapeutique adaptée au diagnostic établi. L'incertitude de la disponibilité d'un antibiotique était désormais un facteur à prendre en compte. La complexité en consultation résidait également dans la prise en considération des conséquences potentielles pour le patient. Notamment en cas de temporisation de traitement ou de prescriptions non-conformes aux recommandations de bonne pratique.

Les PO ont vu leur temps de travail être détourné du contact des patients au comptoir vers de la gestion administrative dédiée à l'élaboration de stratégies d'approvisionnement auprès de leurs fournisseurs. Ils ont également été confrontés à la multiplication des situations où une substitution thérapeutique était nécessaire. Par conséquent, ils ont dû faire face à la pression supplémentaire d'effectuer un tri, dans l'urgence face au patient, entre les situations nécessitant d'appeler le prescripteur et les situations qu'ils avaient la possibilité de gérer en autonomie.

1.2. L'absence de directives nationales

MG et PO exprimaient tous le sentiment d'être isolés face à cette problématique. Ils décrivaient une absence de visibilité à court terme des stocks d'antibiotiques due à une carence de communication des autorités sanitaires. Par comparaison au Canada où lors d'une précédente période de pénuries majeures à partir de 2012 avait été mise en place une campagne de courriels quotidiens et hebdomadaires aux MG et PO pour les informer au plus près de l'état des stocks de médicaments (17)(18). Les PO faisaient également face à des

obstacles réglementaires limitant leurs possibilités d'adaptation via notamment la délivrance à l'unité. Bien que la législation ait récemment évolué, des obstacles persistent et rendent sa mise en œuvre difficile (19). Il est par comparaison réglementaire dans certains pays anglo-saxon de délivrer à l'unité près suivant l'ordonnance avec un déconditionnement systématique (20).

1.3. Réponses aux pénuries à l'échelle locale : l'enjeu de la coordination

Face aux pénuries d'antibiotiques, seule une coordination étroite entre les PO et les MG a permis d'élaborer des stratégies efficaces au niveau local.

Cette coordination se basait sur deux points de convergence centraux entre MG et PO, un sentiment de confraternité, d'appartenance à la même équipe de soin, et l'objectif unique et commun de répondre à la demande de soin du patient.

La définition des rôles du MG et du PO est un facteur de développement de leur collaboration (21). Bien que ces rôles soient établis et reconnus par les acteurs eux-mêmes, à savoir que le MG est le spécialiste du patient et du diagnostic et le PO le spécialiste du médicament et le dispensateur, une carence a été mise en lumière par la situation de pénuries d'antibiotiques. Il existait une méconnaissance par les MG des prérogatives du PO concernant les substitutions thérapeutiques. Les MG pouvaient ainsi juger les sollicitations du PO comme excessives car ils ignoraient le peu de marge de manœuvre permis en France comparé par exemple au cas du Québec (22)(23). Où dans un cadre plus large il n'est laissé qu'une liberté très étroite au PO concernant la modification ou la prolongation d'une thérapeutique sans l'aval du MG par rapport aux pays anglo-saxons (24). Cette méconnaissance pouvait donc entraîner une incompréhension par les MG, et de la frustration, alors qu'ils évoquaient leur souhait d'avoir plus d'aide et plus d'initiative de la part du PO.

Cependant, les pénuries d'antibiotiques ont également entraîné un développement de la communication entre MG et PO. En réponse à la multiplication des pénuries, les contacts entre eux ont été plus fréquents.

Cela a pu mettre en exergue certaines problématiques, notamment une asymétrie évoquée par les PO dans leurs rapports avec les MG. Leur principale remarque concernait le « barrage secrétaire » qui créait une distance entre les deux professionnels de santé et majorait la difficulté d'accès au MG. Les PO ressentaient d'autant plus ce sentiment de mise à distance car ils se considéraient comme étant la plupart du temps à l'initiative du dialogue (25). Cette difficulté d'accès au MG n'est pas un cas isolé en Europe (26).

Cette multiplication des contacts a aussi permis une évolution de la communication vers l'anticipation des pénuries et l'élaboration de stratégies à l'échelle locale. Ce d'autant plus facilement lorsqu'il existait une proximité géographique, ou un exercice coordonné, vecteurs d'une meilleure interconnaissance entre professionnels de santé (27)(28). Cela rejoint l'idée que la fluidité des échanges est favorisée par des relations interpersonnelles entre MG et PO (29).

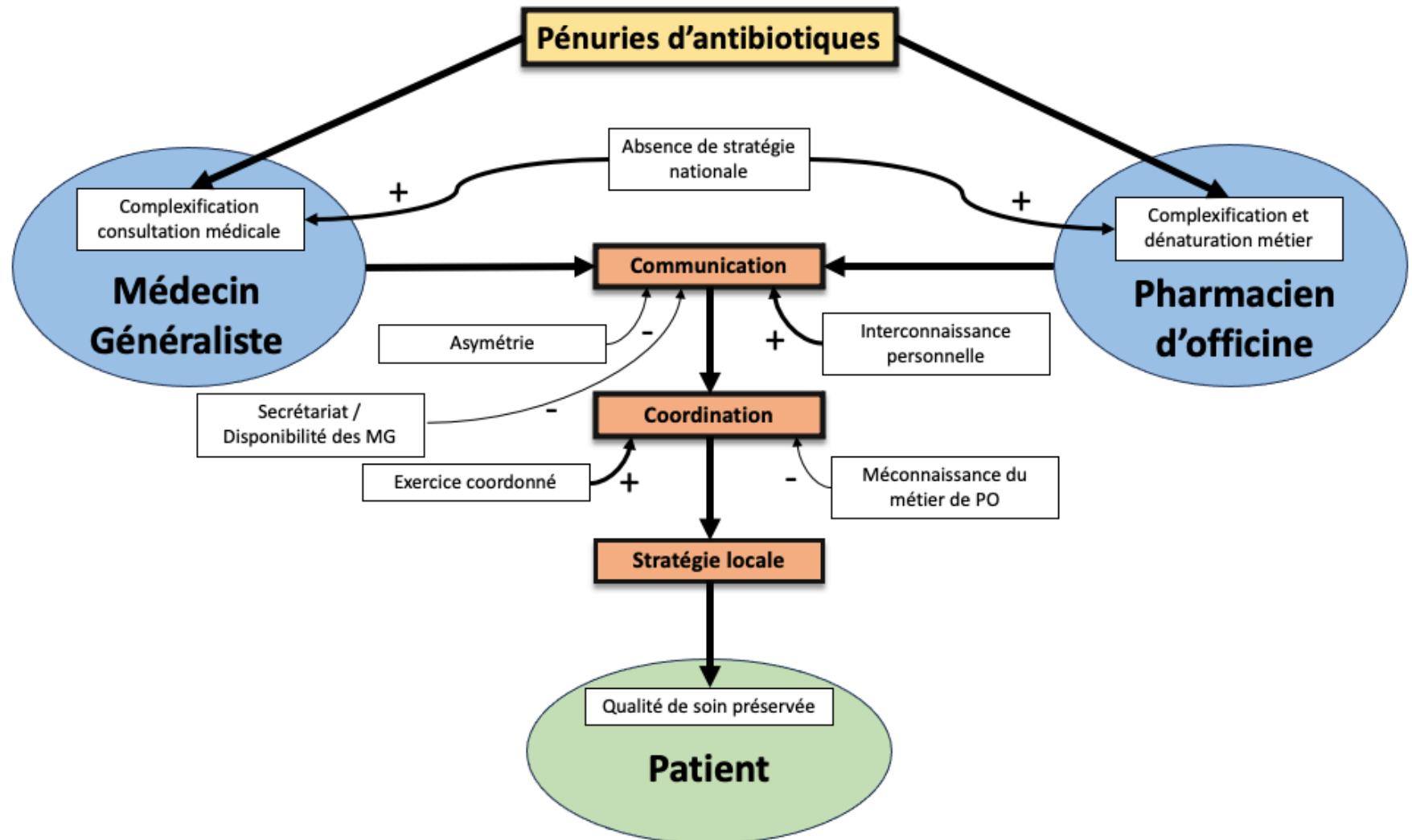


Illustration 1 : Modèle de fonctionnement entre les MG et les PO en réponse aux pénuries d'antibiotiques.

2. Forces de l'étude

Il s'agit d'un travail original s'intéressant à un sujet d'actualité qu'est la pénurie des antibiotiques.

Ce travail collaboratif et interprofessionnel mené par un MG et un PO a permis une ouverture d'esprit dans l'analyse et la compréhension des données, et de contrebalancer certains aprioris entre les deux professions.

L'échantillon de MG de cette étude est représentatif de la population de MG des Pays-de-la-Loire en termes de sexe et de mode d'exercice (MSP ou isolé) (30).

Les professionnels ont été interrogés volontairement par l'investigateur de la même profession afin d'éviter une potentielle retenue dans les propos et faciliter l'échange concernant un quotidien connu par l'investigateur.

Les guides d'entretiens ont évolué durant l'étude en fonction des hypothèses intermédiaires.

La triangulation de l'analyse, interprofessionnelle dans le cas présent, et la suffisance des données sont des points majeurs de ce travail.

Des résultats inattendus ont émergé de ce travail par rapport aux présupposés, notamment concernant l'absence de directives nationales.

3. Limites de l'étude

Ce travail de thèse était la première expérience de recherches des investigateurs.

L'échantillonnage théorique du recrutement a été limité par le refus ou l'absence de réponse à la sollicitation des investigateurs d'un certain nombre de MG et de PO. Cela a également affecté la représentativité de la population étudiée, notamment concernant l'âge des professionnels.

Malgré sa représentativité en termes de sexe et de mode d'exercice, l'échantillon de MG n'est cependant pas complètement représentatif concernant la répartition selon l'âge, avec une absence de praticien de plus de 60 ans notamment dans cette étude. L'échantillon de PO n'est quant à lui pas totalement représentatif de la population de PO dans la région des Pays-de-la-Loire en termes de répartition d'âge, avec une population ici étudiée plus jeune, et de répartition selon le sexe, avec une majorité d'homme ici étudiée (31).

Les entretiens ont été globalement courts, et n'ont parfois pas pu être réalisés en présentiel, avec une perte potentielle de données.

Des données complémentaires ou contradictoires ont donc pu être manquées, avec le risque d'arriver plus rapidement à suffisance des données.

4. Perspectives

Ce travail a suggéré que la communication entre MG et PO était perfectible et pouvait exercer une influence positive dans la résolution de problèmes tels que les pénuries d'antibiotiques. Il pourrait être intéressant d'aller plus loin dans l'analyse de cette communication et notamment en fonction du mode d'exercice des professionnels, partagé ou non, ou des canaux utilisés.

La méconnaissance du métier de PO par les MG semble être prégnante et apparaît comme un frein à la coordination entre ces professions. Certaines initiatives universitaires ont démontré leur impact sur les représentations réciproques entre MG et PO et sur l'amélioration de leur communication (32). La plupart de ces initiatives prennent la forme de séminaires communs durant les études de médecine et de pharmacie, par exemple aux Universités de Lyon et d'Angers. On peut également citer la création d'une unique UFR commune à 5 départements universitaires à Lille, incluant la médecine et la pharmacie (33). Il paraît donc être intéressant de poursuivre dans cette voie et favoriser les enseignements partagés et les mises en situations communes durant les études pour établir et renforcer une coordination future dans les soins primaires en tant que professionnels installés.

Conclusion

Les pénuries d'antibiotiques ont entraîné une complexification des métiers de MG et PO en ajoutant une dimension supplémentaire à leur exercice professionnel. L'impact ressenti sur la prise en charge de leurs patients génère une inquiétude et un sentiment d'insécurité.

MG et PO ont fait le constat de l'absence de stratégie nationale efficace, et ont donc dû s'adapter à l'échelle locale.

Bien que la coordination entre MG et PO se heurte à certains obstacles persistants comme l'asymétrie dans la relation ou la méconnaissance des spécificités du métier de pharmacien, cela a pu être atténué par le développement de la communication.

Cette communication est rendue efficiente et est facilitée par l'interconnaissance des professionnels de santé. La proximité géographique, notamment en milieu rural, joue un rôle de facilitateur, de même que l'exercice coordonné, qui offre en plus des outils de communication et un cadre adapté.

La coordination étroite entre MG et PO semble donc être la piste la plus sérieuse en réponse aux pénuries d'antibiotiques, et mérirait d'être développée au travers de rapprochements interprofessionnels précoce lors des études et poursuivis via l'exercice coordonné.

Bibliographie

1. *Le bulletin de l'ordre national des médecins : Médecins. N°83. Janvier-février 2023, p. 32.*
2. ANSM. <https://data.ansm.sante.fr/ruptures>, consulté le 27 juin 2023.
3. *Journal officiel de la République Française. Décret n° 2021-349 du 30 mars 2021 relatif au stock de sécurité destiné au marché national. Texte 22 sur 118, 31 mars 2021.*
4. Santé publique France. *Épidémies hivernales - Saison 2021-2022, [En ligne]*, <https://www.santepubliquefrance.fr/les-actualites/2021/epidemies-hivernales-saison-2021-2022#:~:text=En%20France%20m%C3%A9tropolitaine%2C%20l%C3%A9pid%C3%A9mie,grippe%20chaque%20ann%C3%A9e%20en%20France>, consulté le 27 juin 2023.
5. France assos santé. *Pénurie d'amoxicilline et pénuries de médicaments à intérêt thérapeutique majeur : dernière occasion d'agir pour le gouvernement avec le projet de loi de financement de la sécurité sociale ! [En ligne]*, <https://www.france-assos-sante.org/actualite/penurie-damoxicilline-et-penuries-de-medicaments-a-interet-therapeutique-majeur-derniere-occasion-dagir-pour-le-gouvernement-avec-le-projet-de-loi-de-financement-de-la-securite-soc/>, consulté le 27 juin 2023.
6. Ministère de la santé et de la prévention. *Le gouvernement dévoile des mesures fortes pour soutenir l'avenir de la médecine générale, [En ligne]*, <https://sante.gouv.fr/actualites/presse/communiques-de-presse/article/le-gouvernement-devoile-des-mesures-fortes-pour-soutenir-l-avenir-de-la>, consulté le 27 juin 2023.
7. Conseil Départemental du Doubs de l'Ordre des Médecins. *La définition européenne de la médecine générale - médecine de famille, 2 novembre 2005.*
8. Pr. DRUAIS P-L. *Rapport la place et rôle de la Médecine générale dans le système de santé. Rapport mars 2015.*

-
9. Assurance Maladie en ligne. *Les missions du pharmacien d'officine*, 09 novembre 2022, [En ligne], <https://www.ameli.fr/maine-et-loire/assure/sante/medicaments/missions-pharmacien>, consulté le 24 octobre 2023.
10. Ordre National de Pharmaciens. *L'exercice coordonné – Les fondamentaux*, 13 juillet 2022, [En ligne], <https://www.ordre.pharmacien.fr/je-suis/pharmacien/pharmacien/mon-exercice-professionnel/l-exercice-coordonne-les-fondamentaux>, consulté le 24 octobre 2023.
11. Ministère de la Santé et de la Prévention. *L'exercice coordonné : un cadre attractif pour les professionnels*, 03 mars 2022, [En ligne], <https://sante.gouv.fr/professionnels/se-former-s-installer-exercer/l-exercice-coordonne-entre-professionnels-de-sante/article/l-exercice-coordonne>, consulté le 24 octobre 2023.
12. Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé. *Lutte contre les pénuries de médicaments : l'ANSM active son plan hivernal 2023-2024*. [En ligne], <https://ansm.sante.fr/actualites/lutte-contre-les-penuries-de-medicaments-lansm-active-son-plan-hivernal-2023-2024>, consulté le 24 octobre 2023.
13. LEBEAU J-P, AUBIN-AUGER I, CADWALLADER J-S, GILLES DE LA LONDE J, LUSTMAN M, MERCIER A, PELTIER A. *Initiation à la recherche qualitative en santé*. 2021, p. 192.
14. LEJEUNE C. *Manuel d'analyse qualitative*. Deboeck supérieur. 2019, p. 155.
15. CNIL. *Lignes directrices et recommandations de la CNIL*, [En ligne], <https://www.cnil.fr/fr/decisions/lignes-directrices-recommandations-CNIL>, consulté le 16 novembre 2023.
16. CNGE. *Référentiel métier et compétences des médecins généralistes : Mission Évaluation des compétences professionnelles des métiers de la santé*. Juin 2009, p. 40.

-
17. Canadian Journal of Anesthesia. BEDARD M. Drug shortages : Can we resolve that problem ?, 20 mars 2013, p.523-527.
18. Drug shortages Canada, [En ligne], <https://www.drugshortagescanada.ca>, consulté le 27 juin 2024.
19. Légifrance. Code de la santé publique, [En ligne], <https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGISCTA000045100925/2022-02-03>, consulté le 13 juin 2024.
20. Franceinfo. La vente de médicaments à l'unité, une pratique courante dans d'autres pays, [En ligne], https://www.francetvinfo.fr/sante/medicament/la-vente-de-medicaments-a-l-unite-une-pratique-courante-dans-d-autres-pays_6073575.html, consulté le 13 juin 2024.
21. Exercer. Collaboration entre pharmaciens d'officine et médecins généralistes, points de vue des pharmaciens et des médecins, mars 2022, #181, p. 107-112.
22. Légifrance. Code de la santé publique, [En ligne], https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000041397424, consulté le 13 juin 2024.
23. Ordre des pharmaciens au Québec. La substitution d'un médicament : Guide d'exercice. p. 14.
24. LABRIE Y. Institut Économique De Montréal. Accroître le rôle du pharmacien pour améliorer l'accès aux soins. Avril 2015. p. 4.
25. VERNAY J. Facteurs influençant la communication entre médecins généralistes et pharmaciens d'officine, selon les médecins généralistes. 07 juillet 2022. p. 34. Thèse d'exercice : Médecine. Université de Lille. 2022ULILM201

-
26. BRADLEY F, ASHCROFT D-M, CROSSLEY N. *Sociology of Health & Illness. Negotiating inter-professional interaction: playing the general practitioner-pharmacist game.* Mars 2018, Volume 40, Issue 3, p. 426-444.
27. GÉRARD C. *Échanges pluriprofessionnels centrés patients dans une Maison de Santé Pluriprofessionnelle.* 27 juin 2019. p. 39. Thèse d'exercice : Médecine. Université d'Angers. UFR Médecine. 2019ANGE092M.
28. CLET E. *Impact du regroupement pluriprofessionnel en maison de santé sur la collaboration entre les médecins et les pharmaciens d'officine.* 13 mars 2020. p. 107. Thèse d'exercice : Pharmacie. Université Grenoble Alpes. UFR de Pharmacie de Grenoble. 2020GRAL7011.
29. CHARLY A. *Facteurs influençant la communication entre médecins généralistes et pharmaciens d'officine concernant les patients d'EHPAD.* 03 avril 2019. p. 36. Thèse d'exercice : Médecine. Université de Lille. 2019LILUM060.
30. ORS Pays-de-la-Loire. *Démographie des médecins généralistes en Pays de la Loire : Situation 2021 et évolution.* Édition #31. Novembre 2021. p. 4.
31. ORS Pays-de-la-Loire. *Démographie des pharmaciens d'officine en Pays de la Loire : Chiffres-clés.* Juin 2022. p. 1.
32. FORESTIER, M. *Impact de l'enseignement dirigé commun à l'Université de Lille entre étudiants de Pharmacie Officinale et de Médecine Générale.* 04 novembre 2021. p. 68. Thèse d'exercice : Médecine. Université de Lille. Faculté de médecine Henri Warenbourg. 2021LILUM613.
33. Université de Lille, Unité de Formation et de Recherche des Sciences de Santé et du Sport, [En ligne], <https://ufr3s.univ-lille.fr/ufr3s>, consulté le 30 octobre 2024.

Table des matières

| | |
|---|-----------|
| PLAN | 8 |
| LISTE DES ABREVIATIONS | 10 |
| INTRODUCTION | 1 |
| MATERIEL ET METHODE | 7 |
| 1. Choix de la méthode..... | 7 |
| 2. Population étudiée et recrutement | 7 |
| 3. Élaboration des guides d'entretien | 8 |
| 4. Recueil des données..... | 8 |
| 5. Analyse des données | 9 |
| 6. Éthique et consentement..... | 9 |
| RESULTATS | 10 |
| 1. Caractéristiques des participants | 10 |
| 2. Résultats impliquant les médecins généralistes | 13 |
| 2.1. L'impact des ruptures d'antibiotiques sur sa relation avec le pharmacien d'officine. | 13 |
| 2.1.1. Le fossé existant entre les deux professions | 13 |
| 2.1.2. La méconnaissance du métier de pharmacien d'officine | 14 |
| 2.1.3. La recherche de l'aide du pharmacien d'officine pour sa décision | 14 |
| 2.2. L'impact des ruptures d'antibiotiques sur sa relation avec le patient..... | 15 |
| 2.2.1. La modification de sa pratique médicale..... | 15 |
| 2.2.2. La sensation de ne plus pouvoir bien soigner | 16 |
| 2.3. L'impact des ruptures d'antibiotiques sur sa profession | 17 |
| 2.3.1. L'absence de directives..... | 17 |
| 2.3.2. La volonté de travailler en équipe | 17 |
| 3. Résultats impliquant les pharmaciens d'officine..... | 19 |
| 3.1. L'impact des ruptures d'antibiotiques sur sa relation avec le médecin généraliste... | 19 |
| 3.1.1. Le manque d'entraide de la part du médecin généraliste | 19 |
| 3.1.2. L'asymétrie dans les rapports entre le pharmacien d'officine et le médecin généraliste | 20 |
| 3.1.3. Le manque de reconnaissance du médecin généraliste envers le pharmacien d'officine | 21 |
| 3.1.4. La volonté de développer la coordination..... | 21 |
| 3.2. L'impact des ruptures d'antibiotiques sur la relation avec le patient | 22 |
| 3.2.1. Le patient subit les conséquences | 22 |
| 3.2.2. La perte de crédibilité..... | 22 |
| 3.3. L'impact des ruptures d'antibiotiques sur sa profession | 23 |
| 3.3.1. La mutation du métier de pharmacien d'officine | 23 |
| 3.3.2. La sensation d'être seul face aux problèmes | 24 |
| 3.3.3. L'insécurité | 24 |
| DISCUSSION | 26 |
| 1. Discussion des principaux résultats..... | 26 |
| 1.1. La complexification des métiers de médecin généraliste et de pharmacien d'officine | 26 |
| 1.2. L'absence de directives nationales..... | 26 |
| 1.3. Réponses aux pénuries à l'échelle locale : l'enjeu de la coordination | 27 |

| | | |
|-------------------------------------|---|-----------|
| 2. | Forces de l'étude | 31 |
| 3. | Limites de l'étude | 31 |
| 4. | Perspectives..... | 32 |
| CONCLUSION | | 33 |
| BIBLIOGRAPHIE | | 34 |
| TABLE DES MATIERES | | 38 |
| TABLE DES ILLUSTRATIONS..... | | 40 |
| TABLE DES TABLEAUX | | 41 |
| TABLE DES GRAPHIQUES | | 42 |
| ANNEXES | | 43 |
| 1. | Annexe 1 : Guide d'entretien semi-dirigé pour les médecins généralistes .. | 43 |
| 2. | Annexe 2 : Guide d'entretien semi-dirigé pour les pharmaciens d'officine.. | 44 |
| 3. | Annexe 3 : Document d'information et de consentement..... | 45 |
| 4. | Annexe 4 : Lettre de consentement | 47 |
| RÉSUMÉ | | 48 |

Table des illustrations

| | |
|--|----|
| Illustration 1 : Modèle de fonctionnement entre les MG et les PO en réponse aux pénuries d'antibiotiques | 29 |
|--|----|

Table des tableaux

| | |
|---|----|
| Tableau 1 : Caractéristiques socio-professionnelles des MG participants à l'étude..... | 11 |
| Tableau 2 : Caractéristiques socio-professionnelles des PO participants à l'étude. | 11 |

Table des graphiques

| | |
|--|---|
| Graphique 1 : Nombre de risques de ruptures de stock et de ruptures de stock recensés par l'ANSM des années 2014 à 2022 (Source : ANSM). | 1 |
| Graphique 2 : Diagramme circulaire représentant les causes des risques de ruptures de stock et de ruptures de stock déclarées par les industriels durant l'année 2022 (Source : ANSM). . | 2 |
| Graphique 3 : Diagramme circulaire représentant la répartition des mesures prises pour limiter l'impact des ruptures de stock durant l'année 2022 (Source : ANSM). | 3 |
| Graphique 4 : Histogramme représentant le nombre de déclarations de risques de ruptures de stock et de ruptures de stock en fonction de la classe thérapeutique ainsi que le nombre de médicaments par classe thérapeutique durant l'année 2022 (Source : ANSM)..... | 4 |

Annexes

1. Annexe 1 : Guide d'entretien semi-dirigé pour les médecins généralistes

Guide d'entretien :

1. Pouvez-vous me raconter votre dernière expérience de gestion de pénurie d'antibiotiques ?
Comment cela a évolué ces derniers mois ?
2. Pouvez-vous me parler d'une situation d'impasse thérapeutique que vous avez rencontrée ? (S'il y a lieu)
3. Après l'épisode hivernal 2022-2023, quels impacts avez-vous perçus sur votre pratique de médecin généraliste ?
Et vis-à-vis des pharmaciens ?
4. Face aux nombreuses ruptures d'antibiotiques actuelles et à venir, que ressentez-vous sur l'avenir de votre profession ?
5. Que mettriez-vous en place pour optimiser la gestion d'une pénurie d'antibiotiques ?
6. Quelles attentes avez-vous envers les pharmaciens d'officine lorsqu'un antibiotique est en rupture ?
Que pensez-vous que les pharmaciens attendent de vous ?

Contexte géographique du cabinet :

Age du MG :

Nombre de MG dans le cabinet :

Nombre de patient par jour :

Nombre de pharmacies aux alentours avec qui il communique le plus :

Maître de stage ou non :

Structure coordonnée ou non :

Voulez-vous les résultats de cette thèse ? Si oui, mail :

2. Annexe 2 : Guide d'entretien semi-dirigé pour les pharmaciens d'officine

Guide d'entretien :

1. Pouvez-vous me raconter votre dernière expérience de gestion de pénurie d'antibiotiques ?
Comment cela a évolué ces derniers mois ?
2. Pouvez-vous me parler d'une situation d'impasse thérapeutique que vous avez rencontrée ? (S'il y a lieu)
3. Après l'épisode hivernal 2022-2023, quels impacts avez-vous perçus sur votre pratique de pharmacien d'officine ?
Et vis-à-vis des médecins ?
4. Face aux nombreuses ruptures d'antibiotiques actuelles et à venir, que ressentez-vous sur l'avenir de votre profession ?
5. Que mettriez-vous en place pour optimiser la gestion d'une pénurie d'antibiotiques ?
6. Quelles attentes avez-vous envers les médecins généralistes lorsqu'un antibiotique est en rupture ?
Que pensez-vous que les médecins attendent de vous ?

Contexte géographique de la pharmacie :

Age du titulaire et/ou des adjoints :

Nombre de PO dans la pharmacie :

Nombre de patient/jour :

Nombre de MG aux alentours avec qui il communique le plus :

Maître de stage ou non :

Structure coordonnée ou non :

Voulez-vous les résultats de cette thèse ? Si oui, mail :

3. Annexe 3 : Document d'information et de consentement

Départements universitaires de Médecine Générale et de Pharmacie d'Angers

Note d'information

Directeurs de la recherche :

Mme ANGOULVANT Cécile (médecin), M. FAURE Sébastien (pharmacien)

Investigateurs :

Mme THOMAS Laura (pharmacien), M. LOISEAU Adrien (médecin)

- Procédure de l'étude :

Madame, Monsieur,

Vous êtes invité(e) à participer à une étude menée par les Départements Universitaires de Médecine Générale et de Pharmacie d'Angers. Si vous décidez d'y participer, votre accord pour l'enregistrement oral en début d'entretien vaudra pour consentement.

Vous vous entretiendrez avec un membre de l'équipe de recherche au cours d'un entretien individuel. Celui-ci vise à étudier les pénuries d'antibiotique entre médecins généralistes et pharmaciens d'officine.

- Risque potentiel de l'étude :

L'étude ne présente aucun risque : aucun geste technique ne sera réalisé, aucune procédure diagnostique ou thérapeutique n'est mise en œuvre. Vous pouvez mettre fin à l'entretien à tout moment.

- Bénéfice potentiel de l'étude :

Mieux comprendre l'impact des pénuries sur les professions de médecins généraliste et pharmacien et sur leur coordination.

- Participation à l'étude :

Votre participation à cette étude est entièrement volontaire.

- Rémunération et indemnisation :

Il n'existe pas de rémunération ni indemnisation pour cette étude.

- Information complémentaire :

Vous pouvez obtenir toutes les informations que vous jugerez utiles soit auprès du chercheur avec qui vous serez en contact.

A l'issue de l'étude, si vous le désirez, les résultats obtenus vous seront communiqués.

- Confidentialité et utilisation des données personnelles :

Dans le cadre de la recherche biomédicale à laquelle les Départements Universitaires de Médecine Générale et de Pharmacie d'Angers et les investigateurs Mme THOMAS Laura et M LOISEAU Adrien vous proposent de participer, vos données personnelles feront l'objet d'un traitement afin de pouvoir les inclure dans l'analyse des résultats de la recherche. Ces données seront anonymes et leur identification codée. Toutes les personnes impliquées dans cette étude seront assujetties au secret professionnel.

Selon la Loi, vous pouvez avoir accès à vos données et les modifier à tout moment. Vous pouvez également vous opposer à la transmission de données couvertes par le secret professionnel.

Si vous acceptez de participer à cette étude, il vous sera demandé de compléter et signer un formulaire de consentement.

4. Annexe 4 : Lettre de consentement

J'ai été sollicité(e) pour participer au projet de recherche en santé.

J'ai eu suffisamment de temps pour réfléchir à ma participation à cette étude. J'ai été prévenu(e) que ma participation à l'étude se fait sur la base du volontariat et ne comporte pas de risque particulier.

Je peux décider de me retirer de l'étude à tout moment, sans donner de justification et sans que cela n'entraîne de conséquence. Si je décide de me retirer de l'étude, j'en informerai immédiatement les investigateurs.

J'ai été informé(e) que les données collectées durant l'étude resteront confidentielles et seront seulement accessibles à l'équipe de recherche.

J'accepte que mes données personnelles soient numérisées dans le strict cadre de la loi informatique et liberté.

J'ai été informé(e) de mon droit d'accès à mes données personnelles et à la modification de celles-ci.

Mon consentement n'exonère pas les organisateurs de leurs responsabilités légales. Je conserve tous les droits qui me sont garantis par la loi.

Nom :

Date et Lieu :

Signature

La gestion des pénuries d'antibiotiques par le médecin généraliste et le pharmacien d'officine.

RÉSUMÉ

Introduction : les pénuries de stocks de médicaments se multiplient ces dernières années avec un impact important sur les professionnels des soins primaires, notamment concernant les antibiotiques en période hivernale. L'hiver est le théâtre d'épidémies virales et donc de surinfections bactériennes, entraînant une majoration de prescription de traitements antibiotiques avec notamment l'amoxicilline représentant 80 % de l'ensemble de ces prescriptions. L'objectif principal était d'étudier la gestion des pénuries d'antibiotiques par les MG et PO. Les objectifs secondaires étaient d'étudier l'impact sur leur quotidien et leurs moyens d'adaptation. Méthode : étude qualitative par entretiens individuels semi-dirigés. Échantillonnage théorique des participants recrutés par mails ou téléphone, à partir de connaissances puis par effet boule de neige. 2 guides d'entretien ont été élaborés, à destination des MG et des PO. Les entretiens MG étaient réalisés par le chercheur MG, les entretiens PO par le chercheur PO. Enregistrements audio, puis retranscription mot à mot. Analyse axiale et intégrative avec triangulation pour la construction d'un modèle explicatif. Résultats : 12 entretiens (6MG, 6PO) ont été réalisés de 16min en moyenne. Les métiers de MG et de PO étaient complexifiés par l'émergence de cette dimension supplémentaire, source d'insécurité. MG et PO étaient inquiets pour l'avenir. Ils craignaient une dégradation de la qualité de soin au détriment des patients. Ils regretttaient l'absence de stratégies et/ou directives nationales. Il existait une méconnaissance du métier de PO par les MG, une asymétrie dans la relation au détriment des PO, mais une volonté de travailler en équipe. La coordination leur permettait de développer des stratégies locales efficaces. La communication était facilitée par une interconnaissance personnelle entre MG et PO, et par l'exercice coordonné. Conclusion : MG et PO n'ont pas de prise directe sur l'émergence des pénuries d'antibiotiques. La gestion et l'anticipation passaient par la coordination et la communication. Lever le frein de l'asymétrie de la relation par une plus grande mise en commun lors des études et le développement des exercices coordonnées semblent des pistes intéressantes.

Mots-clés : médecine générale ; pharmacien ; antibactériens ; communication ; soins primaires.

Antibiotics' shortage management by the general practitioner and the chemist.

ABSTRACT

Introduction: drug stock shortages have increased in recent years, with a significant impact on primary care professionals, particularly when it comes to antibiotics during the winter period. Winter is a time of viral epidemics and bacterial superinfections, leading to an increase in antibiotic prescriptions, with amoxicillin accounting for 80% of all prescriptions. The primary objective was to study the management of antibiotic shortages by physicians and chemists. The secondary objectives were to study the impact on their daily lives and their means of adaptation. Method: qualitative study using individual semi-directed interviews. Theoretical sampling of participants recruited by email or telephone, from acquaintances and then by snowball effect. 2 interview guides were drawn up, for physicians and chemists. The physicians' interviews were conducted by the physician researcher, the chemists' interviews by the chemist researcher. Audio recordings, then verbatim transcriptions. Axial and integrative analysis with triangulation to build an explanatory model. Results: 12 interviews (6 physicians, 6 chemists) were carried out, lasting 16 minutes on average. The jobs of physicians and chemists were made more complex by the emergence of this additional dimension, a source of insecurity. physicians and chemists were worried about the future. They feared a deterioration in the quality of care, to the detriment of patients. They regretted the absence of national strategies and/or directives. physicians were unfamiliar with the chemist profession, and there was an asymmetry in the relationship to the detriment of chemists, but a willingness to work as part of a team. Coordination enabled them to develop effective local strategies. Communication was facilitated by personal acquaintance between physicians and chemists, and by coordinated practice. Conclusion: physicians and chemists have no direct influence on the emergence of antibiotic shortages. Management and anticipation require coordination and communication. Overcoming the asymmetrical nature of the relationship through greater pooling during studies and the development of coordinated practice would seem to be interesting avenues.

Keywords : general practice ; pharmacists ; anti-bacterial agents ; communication ; primary care.