

2022-2023

Thèse
pour le
Diplôme d'État de Docteur en Pharmacie

**Prescription des bilans partagés
de médication par le médecin
traitant : ressenti de pharmaciens
d'officine**

Hardouin Alexis |
Né le 17 octobre 1997 à Niort (79)

Sous la direction de Mme Dilé Nathalie
En co-direction avec M. Peurois Matthieu

Membres du jury
Professeur FAURE Sébastien | Président
Madame DILÉ Nathalie | Directeur
Monsieur PEUROIS Matthieu | Co-Directeur
Madame PECH Brigitte | Membre
Madame PINIER Maud | Membre

Soutenue publiquement le :
16 Janvier 2023 à Angers

ENGAGEMENT DE NON PLAGIAT

Je, soussigné(e) HARDOUIN Alexis
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 / 11 / 2023**

LISTE DES ENSEIGNANTS DE LA FACULTÉ DE SANTÉ D'ANGERS

Doyen de la Faculté : Pr Nicolas Lerolle

Vice-Doyen de la Faculté et directeur du département de pharmacie : Pr Frédéric Lagarce

Directeur du département de médecine : Pr Cédric Annweiler

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
BAUFRETTON Christophe	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE	Médecine
BELLANGER William	MEDECINE GENERALE	Médecine
BENOIT Jean-Pierre	PHARMACOTECHNIE	Pharmacie
BIERE Loïc	CARDIOLOGIE	Médecine
BIGOT Pierre	UROLOGIE	Médecine
BONNEAU Dominique	GENETIQUE	Médecine
BOUCHARA Jean-Philippe	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE	Médecine
BOUET Pierre-Emmanuel	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE	Médecine
BOURSIER Jérôme	GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE	Médecine
BOUVARD Béatrice	RHUMATOLOGIE	Médecine
BRIET Marie	PHARMACOLOGIE	Médecine
CALES Paul	GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE	Médecine
CAMPONE Mario	CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE	Médecine
CAROLI-BOSC François-Xavier	GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE	Médecine
CASSEREAU Julien	NEUROLOGIE	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
DESCAMPS Philippe	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE	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
DUCANCELLA Alexandra	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE	Médecine
DUVAL Olivier	CHIMIE THERAPEUTIQUE	Pharmacie
DUVERGER Philippe	PEDOPSYCHIATRIE	Médecine
EVEILLARD Mathieu	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE	Pharmacie

FAURE Sébastien	PHARMACOLOGIE PHYSIOLOGIE	Pharmacie
FOURNIER Henri-Dominique	ANATOMIE	Médecine
FOUQUET Olivier	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE	Médecine
FURBER Alain	CARDIOLOGIE	Médecine
GAGNADOUX Frédéric	PNEUMOLOGIE	Médecine
GOHIER Bénédicte	PSYCHIATRIE D'ADULTES	Médecine
GUARDIOLA Philippe	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
GUILET David	CHIMIE ANALYTIQUE	Pharmacie
HAMY Antoine	CHIRURGIE GENERALE	Médecine
HENNI Samir	MEDECINE VASCULAIRE	Médecine
HUNAULT-BERGER Mathilde	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
IFRAH Norbert	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
JEANNIN Pascale	IMMUNOLOGIE	Médecine
KEMPF Marie	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE	Médecine
KUN-DARBOIS Daniel	CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE	Médecine
LACOEUILLE FRANCK	RADIOPHARMACIE	Pharmacie
LACCOURREYE Laurent	OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE	Médecine
LAGARCE Frédéric	BIPHARMACIE	Pharmacie
LARCHER Gérald	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRES	Pharmacie
LASOCKI Sigismond	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION	Médecine
LEBDAI Souhil	UROLOGIE	Médecine
LEGENDRE Guillaume	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE	Médecine
LEGRAND Erick	RHUMATOLOGIE	Médecine
LERMITE Emilie	CHIRURGIE GENERALE	Médecine
LEROLLE Nicolas	REANIMATION	Médecine
LUNEL-FABIANI Françoise	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE	Médecine
MARCHAIS Véronique	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE	Pharmacie
MARTIN Ludovic	DERMATO-VENEREOLOGIE	Médecine
MAY-PANLOUP Pascale	BIOLOGIE ET MEDECINE DU DEVELOPPEMENT ET DE LA REPRODUCTION	Médecine
MENEI Philippe	NEUROCHIRURGIE	Médecine
MERCAT Alain	REANIMATION	Médecine
PAPON Nicolas	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE MEDICALE	Pharmacie
PASSIRANI Catherine	CHIMIE GENERALE	Pharmacie
PELLIER Isabelle	PEDIATRIE	Médecine
PETIT Audrey	MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL	Médecine
PICQUET Jean	CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE	Médecine
PODEVIN Guillaume	CHIRURGIE INFANTILE	Médecine
PROCACCIO Vincent	GENETIQUE	Médecine
PRUNIER Delphine	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Médecine

PRUNIER Fabrice	CARDIOLOGIE	Médecine
RAMOND-ROQUIN Aline	MEDECINE GENERALE	Médecine
REYNIER Pascal	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Médecine
RICHARD Isabelle	MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION	Médecine
RICHOMME Pascal	PHARMACOGNOSIE	Pharmacie
RODIEN Patrice	ENDOCRINOLOGIE, DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES	Médecine
ROQUELAURE Yves	MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL	Médecine
ROUGE-MAILLART Clotilde	MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE	Médecine
ROUSSEAU Audrey	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES	Médecine
ROUSSEAU Pascal	CHIRURGIE PLASTIQUE, RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE	Médecine
ROUSSELET Marie-Christine	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES	Médecine
ROY Pierre-Marie	MEDECINE D'URGENCE	Médecine
SAULNIER Patrick	BIOPHYSIQUE ET BIOSTATISTIQUES	Pharmacie
SERAPHIN Denis	CHIMIE ORGANIQUE	Pharmacie
SCHMIDT Aline	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
TESSIER-CAZENEUVE Christine	MEDECINE GENERALE	Médecine
TRZEPIZUR Wojciech	PNEUMOLOGIE	Médecine
UGO Valérie	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
URBAN Thierry	PNEUMOLOGIE	Médecine
VAN BOGAERT Patrick	PEDIATRIE	Médecine
VENARA Aurélien	CHIRURGIE VISCERALE ET DIGESTIVE	Médecine
VENIER-JULIENNE Marie-Claire	PHARMACOTECHNIE	Pharmacie
VERNY Christophe	NEUROLOGIE	Médecine
WILLOTEAUX Serge	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE	Médecine

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

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
BEOLONCLE François	REANIMATION	Médecine
BENOIT Jacqueline	PHARMACOLOGIE	Pharmacie
BESSAGUET Flavien	PHYSIOLOGIE PHARMACOLOGIE	Pharmacie
BERNARD Florian	ANATOMIE ; discipline hospit :	Médecine
	NEUROCHIRURGIE	
BLANCHET Odile	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
BOISARD Séverine	CHIMIE ANALYTIQUE	Pharmacie
BRIET Claire	ENDOCRINOLOGIE, DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES	Médecine
BRIS Céline	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Pharmacie

CAPITAIN Olivier	CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE	Médecine
CHAO DE LA BARCA Juan-Manuel	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Médecine
CHEVALIER Sylvie	BIOLOGIE CELLULAIRE	Médecine
CLERE Nicolas	PHARMACOLOGIE / PHYSIOLOGIE	Pharmacie
COLIN Estelle	GENETIQUE	Médecine
DERBRE Séverine	PHARMACOGNOSIE	Pharmacie
DESHAYES Caroline	BACTERIOLOGIE VIROLOGIE	Pharmacie
DOUILLET Delphine	MEDECINE D'URGENCE	Médecine
FERRE Marc	BIOLOGIE MOLECULAIRE	Médecine
FORTRAT Jacques-Olivier	PHYSIOLOGIE	Médecine
GUELFF Jessica	MEDECINE GENERALE	Médecine
HAMEL Jean-François	BIOSTATISTIQUES, INFORMATIQUE MEDICALE	Médicale
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
LANDreau Anne	BOTANIQUE/ MYCOLOGIE	Pharmacie
LEGEAY Samuel	PHARMACOCINETIQUE	Pharmacie
LEMEE Jean-Michel	NEUROCHIRURGIE	Médecine
LE RAY-RICHOMME Anne-Marie	PHARMACOGNOSIE	Pharmacie
LEPELTIER Elise	CHIMIE GENERALE	Pharmacie
LETOURNEL Franck	BIOLOGIE CELLULAIRE	Médecine
LIBOUBAN Hélène	HISTOLOGIE	Médecine
LUQUE PAZ Damien	HEMATOLOGIE BIOLOGIQUE	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
NAIL BILLAUD Sandrine	IMMUNOLOGIE	Pharmacie
PAILHORIES Hélène	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE	Médecine
PAPON Xavier	ANATOMIE	Médecine
PASCO-PAPON Anne	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE	Médecine
PECH Brigitte	PHARMACOTECHNIE	Pharmacie
PENCHAUD Anne-Laurence	SOCIOLOGIE	Médecine
PIHET Marc	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE	Médecine
POIROUX Laurent	SCIENCES INFIRMIERES	Médecine
PY Thibaut	MEDECINE GENERALE	Médecine
RINEAU Emmanuel	ANESTHESIOLOGIE REANIMATION	Médecine
RIOU Jérémie	BIOSTATISTIQUES	Pharmacie
RIQUIN Elise	PEDOPSYCHIATRIE ; ADDICTOLOGIE	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

PRCE		
AUTRET Erwan	ANGLAIS	Santé
BARBEROUSSE Michel	INFORMATIQUE	Santé
FISBACH Martine	ANGLAIS	Santé
O'SULLIVAN Kayleigh	ANGLAIS	Santé
RIVEAU Hélène	ANGLAIS	
PAST		
CAVAILLON Pascal	PHARMACIE INDUSTRIELLE	Pharmacie
DILÉ Nathalie	OFFICINE	Pharmacie
GUILLET Anne-Françoise	PHARMACIE DEUST PREPARATEUR	Pharmacie
MOAL Frédéric	PHARMACIE CLINIQUE	Pharmacie
PAPIN-PUREN Claire	OFFICINE	Pharmacie
KAASSIS Mehdi	GASTRO-ENTEROLOGIE	Médecine
GUITTON Christophe	MEDECINE INTENSIVE-REANIMATION	Médecine
SAVARY Dominique	MEDECINE D'URGENCE	Médecine
POMMIER Pascal	CANCEROLOGIE-RADIOTHERAPIE	Médecine
PICCOLI Giorgina	NEPHROLOGIE	Médecine
PLP		
CHIKH Yamina	ECONOMIE-GESTION	Médecine

Remerciements

Cette thèse marque la fin, pour moi, d'une période de sept années importantes de ma vie, riche en rencontres, en souvenirs et en expériences. J'en ai appris davantage sur moi-même en sept années qu'à travers toutes celles qui ont précédées. C'est l'occasion pour moi de remercier celles et ceux qui m'ont accompagné.

À mes directeurs de thèse, Mme Dilé, M. Peurois,

Merci de m'avoir proposé ce sujet de thèse, de m'avoir accompagné et aiguillé tout au long de ce travail et de vous être adapté au rythme exigeant que je vous ai imposé en cette fin de rédaction. Votre rigueur et vos remarques me permettent d'être fier de la qualité de ce travail.

À mes enseignants de filière officine, M. Faure, Mme Pech,

Merci M. Faure d'avoir accepté de présider ce jury et à vous Mme Pech d'en faire également partie. Votre présence m'était importante pour vous remercier de votre implication sans faille pour les étudiants de cette faculté, qui contribue largement à la richesse des enseignements que nous recevons. Finir mes études à vos côtés me ravi.

À Maud Pinier,

Merci d'avoir accepté de faire partie de mon jury de thèse. Ton enthousiasme, ta rigueur et ta sympathique m'ont permis de passer de très bons moments et surtout d'apprendre beaucoup à tes côtés. Tu as incontestablement contribué à ma formation et à devenir, je l'espère, un bon pharmacien.

À François et Martine Vandangeon, à Marine, Benjamin, Kiki, Christelle, Vanessa

Adeline,

Merci d'avoir si bien encadré ce stage de 6^{ème} année ! Travailler à vos côtés à tous a été un immense plaisir, l'ambiance y est unique, ne perdez pas cette bonne humeur qui permet de travailler de manière si agréable. Merci François et Martine pour tous vos conseils avisés, Marine et Benjamin pour tout ce que j'ai appris à vos côtés et qui me servent au quotidien. Je garde un très bon souvenir de ces mois passés ensemble, merci.

À Meriem, Pauline, Gwen, Myriam, Aurélie,

J'ai le plaisir de travailler avec vous depuis pas mal de temps maintenant et si c'est toujours autant un plaisir de le faire, c'est bien parce que vous le rendez agréable. J'espère que cela perdurera encore longtemps. Merci à vous toutes pour ces bons moments passés quotidiennement.

À mes copains du lycée, Clothilde, Bastien, Emma, Julien, Constance, Victor,

Gorba, David, Anaïs, Louise, À toi Matteo,

Ces sept dernières années nous ont tous menées vers des horizons différents, mais force de constater que nos chemins se retrouvent toujours dès que l'on peut. Quelle chance de pouvoir vous compter parmi mes amis, depuis tout ce temps. La qualité veut mieux que la quantité et ces soirées, nuit et week-ends partagés ensemble le démontrent bien. J'espère que tu partages nos fous rires de là ou tu es Mattéo, j'essaye de te faire rire toi aussi... Hâte de voir ce que l'avenir nous réserve et vers quelles aventures il nous mènera.

À mes copains de P1, mes chefs, Cyriaque, Nathan, Théophile, Georges, Godard, Félix, Thomas,

C'est avec vous que tout ça a commencé, et même si nous voilà éparpillé aux quatre coins de la France, quelle joie de toujours vous compter parmi mes amis. Nous voir est toujours l'occasion de passer de bons moments et de se rappeler tout ce qu'on a parcouru depuis ces interminables journées de BU, ou simplement ces interminables nuits trop arrosées. J'ai toujours bon espoir de récupérer un jour le nain de Lucas grâce à de belles prouesses, mais c'est pas pour demain la veille.

À mes copains de Pharma, Alex, Angèle, Antoine, Bapt, Capu, Charlie, Charlotte, Constance, Coralie, Craig, Dodo, Eliott, Guillaume, Jacques, Julie, Justine, Léo, Lisa, Louise, Marion F., Marion L., Mathis, Nath, Poussin, Tom, Val, Yseult, Julien, Coline,

Vous méritez tous que je vous dédie un paragraphe entier... Je garderai très très précieusement chacun des souvenirs à vos côtés dans un coin de ma tête. Que c'est dur pour moi de ne plus pouvoir être à vos côtés si souvent que ces sept années nous ont habitués. Des plus simples au plus extravagants, des verres au BDC aux Chevaleries, des WEP aux Pharmaski, je chéris chaque instant passé avec vous. Et que cela continue, pour longtemps. Vous m'avez fait grandir, merci pour tout.

À Lucas,

Tu es là depuis le début et rien n'a changé depuis. Que de chemin, que de conversations, que de quilles on a pu partager en 7 ans. Je suis extrêmement fier d'avoir pu créer une relation si spéciale avec toi, de partager tant de passions et de valeurs. Même sans se

voir aussi fréquemment qu'avant, c'est toujours avec la même simplicité et la même envie. Merci de m'avoir si bien accompagné durant toutes ces années, de savoir m'engueuler quand il le faut, de me soutenir quand ça va pas. Je n'ai aucun doute que l'avenir ne nous séparera pas.

À ma famille, mes cousins et cousines, mes oncles et tantes, mes grands-parents,

Depuis tout le temps qu'on en parle de cette thèse, je vous aurais bien fait attendre... Quel bonheur de pouvoir compter sur une famille si soudée, dont je sais qu'elle rend si fier papy. J'espère vous rendre fier avec ce travail pour vous remercier de tout le soutien dont vous m'avez fait part. Je ne peux m'empêcher de penser à vous, mamie Ginette, papy Roger, vous me manquez et vous montrez cette thèse m'aurait comblé. Je suis certain que vous gardez un œil sur moi de là ou vous êtes.

À mon formidable coloc Thomas, à mes amis d'enfance Angel et Greg,

Ma deuxième famille. Je ne saurais comment vous remercier d'avoir changé si rapidement ma vie, de l'avoir rendu si simple, si joyeuse.

Merci à toi Greg, de faire toujours partie de mes amis depuis tout ce temps. Te revoir à Angers pour pouvoir partager de bons moments en ta compagnie me ravis. J'espère que cela continuera longtemps !

Merci à toi Thomas de toujours veiller sur nous, de t'assurer que nous allions toujours bien et de savoir, aussi, nous dire quand on fait de la merde. Merci pour toutes les merveilleuses rencontres que tu m'as faite faire ces derniers mois. Je te l'ai déjà dit, mais devenir ton coloc cette année est la meilleure chose qui me soit arrivé.

Merci à toi Angel, de partager avec moi le voyage et les souvenirs les plus précieux de ma vie. C'est impossible de résumer en quelques lignes tout ce que tu représentes pour moi, depuis (presque) 20 maintenant. Merci pour les fous rires, pour les soirées blabla jusqu'à tard la nuit, pour les débats sur Pokemon, sur One Piece, pour être rester le même... Pouvoir avec toi garder mon âme d'enfant m'est très précieux. J'ai beau chercher, mais d'aussi longtemps que je me souvienne, les souvenirs avec toi ne sont que des bons. Merci pour tout.

Je vous aime fort les minous.

À ma meilleure amie, Laura,

Me remémorer tout ce qu'on a partagé ensemble ces sept dernières années ne peut empêcher les larmes de montées. On est passé par tellement de choses tous les deux, des plus joyeuses à la plus tragique. Merci pour tout, merci d'être la première personne sur qui je peux compter, de supporter mes coups de mous, mes coups de sang, de me supporter tout court. Merci pour les deux années formidables que l'on a passé avec Roubi à l'appart. Tu peux et pourras toujours compter sur mon support, ma présence à tes côtés, mon amitié. Je suis fière de la jeune femme que tu deviens, de la vie que tu construis avec Adrien, de ta résilience. Tu es d'une force incroyable, malgré ce que tu traverses, et tu es un formidable exemple pour moi. Merci, merci, merci, je t'aime énormément.

À mes frères, Maxime et Pierre-Antoine,

Être le petit frère ne m'a pas permis, comme vous, d'avoir de compagnon de jeu, de bêtises, mais plutôt de pouvoir compter depuis toujours sur deux merveilleuses personnes veillant sur moi. J'ai eu les deux plus beaux exemples avec vous et même si je ne l'exprime pas au quotidien, je vous en suis très reconnaissant. Depuis tout petit, j'ai appris davantage en vous observant et à vos côtés, et même ces dernières années, j'ai vécu grâce à vous des expériences qui marqueront ma vie : devenir tonton, être témoin d'un merveilleux mariage... Je vous aime énormément.

À ma maman, À mon papa,

Merci pour votre patience, surtout la tienne Papa, elle se sera fait attendre cette thèse ! Maman, merci pour tout l'amour que tu me et nous portes, toute l'attention, toute la gentillesse. Je ne t'exprime pas assez ma gratitude pour tous ces gestes et ces mots, mais saches qu'ils me sont extrêmement précieux. Merci pour tout ma maman d'amour, je t'aime.

Papa, merci de m'avoir transmis tes valeurs du travail, de l'investissement personnel... J'ai énormément de chance d'avoir pu compter sur toi tout au long de ces études et en travaillant à tes côtés. Merci pour tout ton soutien et tes conseils au cours de la rédaction de cette thèse. Je suis très fier de marcher dans tes pas, et les mois à venir seront la concrétisation de tout ce que j'ai pu apprendre à tes côtés. Merci pour tout, je t'aime.

Plan

PLAN

LISTE DES ABREVIATIONS

INTRODUCTION

MÉTHODES

- 1. Intérêts de la méthodologie choisie**
- 2. Recrutement et échantillonnage**
- 3. Réalisation des entretiens**

RÉSULTATS

1. Caractéristiques des participants

2. Résultats des entretiens

- 2.1. Les Bilans Partagés de Médication dans l'amélioration de la prise en charge
 - 2.1.1. Via la relation avec les patients
 - 2.1.2. Via la connaissance des médicaments
 - 2.1.3. Via une démarche pédagogique
- 2.2. Les Bilans Partagés de Médication dans la relation entre médecins et pharmaciens
 - 2.2.1. Aspects négatifs
 - a) Appréhension vis-à-vis des médecins
 - b) Méconnaissance du dispositif
 - c) Difficultés à rentrer en communication
 - 2.2.2. Aspects positifs
 - a) Le dispositif renforce la relation
 - b) La relation renforce le dispositif
 - 2.3. Les Bilans Partagés de Médication dans l'exercice du métier de pharmacien
 - 2.3.1. Les difficultés
 - a) La connaissance du dispositif
 - b) Le temps
 - c) La rémunération
 - d) Le contexte sanitaire
 - e) L'organisation
 - f) Le recueil des informations
 - 2.3.2. Les intérêts
 - 2.4. Le ressenti sur la prescription des Bilans Partagés de Médication
 - 2.4.1. Concernant la thèse de médecine générale
 - 2.4.2. Concernant la prescription
 - a) Augmentation de la réalisation
 - b) Amélioration du rapport médecin/pharmacien
 - c) Recrutement des patients
 - 2.4.3. Concernant l'accueil des prescriptions
 - 2.4.4. Concernant les axes d'amélioration
 - a) Communication
 - b) Procédure en amont

- c) Rémunération du prescripteur
- d) Formation

DISCUSSION

1. La méthodologie

- 1.1. Points forts
- 1.2. Points faibles

2. Les résultats

- 2.1. Comparaison à la littérature
 - 2.1.1. Un outil mal défini par les pharmaciens eux-mêmes.
 - 2.1.2. Méconnaissance des ressources d'aide à la réalisation : défaut de formation.
 - 2.1.3. Manque d'accompagnement par les institutions.
 - 2.1.4. Balance coûts/bénéfices défavorable.
 - 2.1.5. Une mission délaissée pour d'autres.
 - 2.1.6. Appréhension du retour médical, marqueur de la relation médecin/pharmacien ?
 - 2.1.7. Un levier pour l'interprofessionnalité.
 - 2.1.8. La prescription des BPM : solution à certains freins à la réalisation.
 - 2.1.9. Un outil d'amélioration de la prise en charge : en termes d'observance, d'effets indésirables et d'optimisation des traitements.
- 2.2. Perspectives :
 - 2.2.1. Communiquer sur le dispositif qui reste méconnu.
 - 2.2.2. Impliquer les médecins à travers la prescription.
 - 2.2.3. Donner la liberté aux professionnels de santé de définir les modalités de réalisation conjointement.
 - 2.2.4. Une revalorisation financière.
 - 2.2.5. Incorporer des enseignements communs à toutes les filières de santé au cours des études.
 - 2.2.6. Adapter les logiciels professionnels à l'exercice pluriprofessionnel.

CONCLUSION

BIBLIOGRAPHIE

TABLE DES MATIERES

TABLE DES ILLUSTRATIONS

TABLE DES TABLEAUX

ANNEXES

Liste des abréviations

HAS	Haute autorité de santé
IRDES	Institut de recherche et de documentation en économie de la santé
BPM	Bilan Partagé de Médication
CPAM	Caisse primaire d'Assurance Maladie
CPP	Comités de protection des personnes
Ph	Pharmacien
Prep	Préparateur en pharmacie
Tit	Pharmacien Titulaire
Adj	Pharmacien adjoint
MSP	Maison de santé pluridisciplinaire
CPTS	Communauté professionnelles territoriales de santé
URPS	Union régionale des professionnels de santé
IP	Intervention pharmaceutique
CHU	Centre hospitalier universitaire
ROSP	Rémunération sur objectif de santé publique
DMP	Dossier médical partagé

INTRODUCTION

Pionnier de la médecine moderne, Paracelse dit en 1537 : « Tout est poison, rien n'est poison, c'est la dose qui fait le poison. ». De l'adage naîtra des années plus tard la notion d'iatrogénie. La Sécurité sociale la définit comme l'ensemble des effets indésirables provoqués par la prise d'un ou plusieurs médicaments. (1)

Principale cause d'accidents iatrogènes, la polymédication est définie par l'HAS comme « la prise régulière de plusieurs médicaments nécessaires au traitement de plusieurs maladies chroniques. ». (2) Dans la littérature, aucun consensus lié à un nombre seuil de médicaments pour la définir ne s'impose. L'IRDES dans une revue de la littérature met cependant en avant le lien direct entre nombre de médicaments pris et le nombre d'effets indésirables rencontrés. (3) Dans son rapport de propositions pour 2024, l'Assurance maladie montre qu'en France, sur la période juillet 2021-juin 2022, la polymédication, qu'elle définit par la prise de cinq à neuf médicaments, concerne la moitié des plus de 65 ans. (Figure 1) 14% d'entre eux sont même considérés comme hyper-polymédiés, soit traités par plus de dix médicaments. Les patients dans cette tranche d'âge consomment sept médicaments en moyenne. (4)

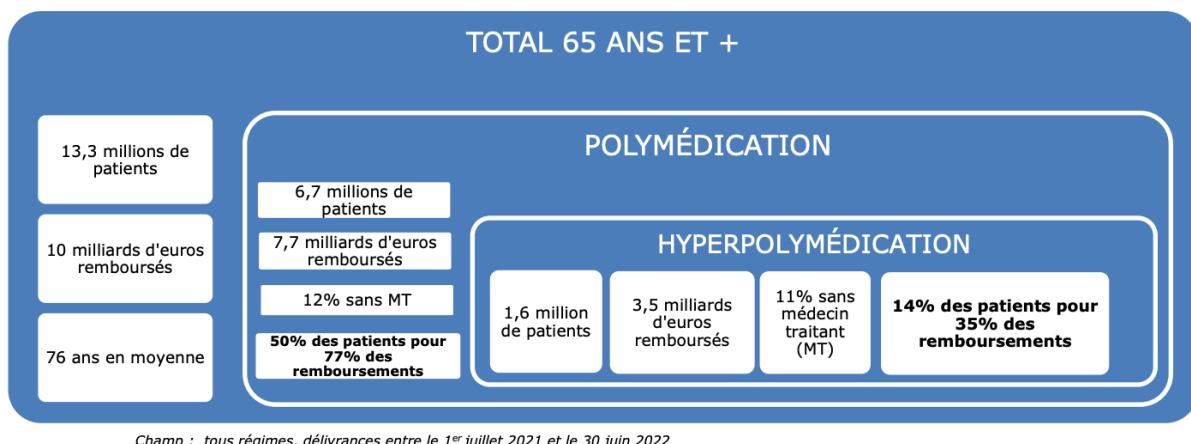


Figure 1 : part des patients de 65 ans et plus concerné par la polymédication en France

Ainsi, l'iatrogénie a un coût conséquent pour la collectivité, la positionnant comme une priorité de santé publique. L'Assurance Maladie rapporte que les accidents d'origine iatrogène sont responsables de 130 000 hospitalisations et 7500 décès par an chez les patients âgés de plus de 65 ans. (5) Selon une revue de la littérature, jusqu'à 70% de ces accidents seraient évitables. (6) Un rapport de la HAS de 2014 signale que les évènements d'origine iatrogène représentent 20 % des hospitalisations en urgence des plus de 75 ans et 25 % des admissions des plus de 85 ans. (7)

Pour répondre à cette problématique d'iatrogénie, accompagner le vieillissement de la population et veiller au bon usage des médicaments, le pharmacien peut depuis 2018 réaliser à l'officine les Bilans Partagés de Médication. Leurs objectifs, comme définis par l'Assurance Maladie, sont l'évaluation de l'observance et de la tolérance du traitement, l'identification d'éventuelles interactions médicamenteuses et la vérification des conditions de bon usage des médicaments. Ils sont destinés aux patients de 65 ans et plus, dont au moins cinq molécules sont prescrites depuis plus de six mois. (8)

Le bilan partagé de médication se décompose en quatre étapes : (9)

- L'entretien initial, dit de recueil d'information : cet entretien a pour but de recueillir avec le patient ses traitements, une éventuelle automédication, s'interroger sur l'observance, les habitudes de prise de médicament, les habitudes alimentaires, le rythme de vie. Parfois il est possible, et pertinent, de réaliser cet entretien au domicile du patient pour appréhender l'environnement dans lequel il vit.
- L'analyse pharmaceutique : cette étape se réalise sans le patient. Elle consiste à analyser les potentielles interactions médicamenteuses, la présence de molécules déconseillées suivant l'âge ou les pathologies du patient et à évaluer les ajustements à apporter sur la posologie dans le but d'optimiser la prescription. A l'issue de cette

analyse, le pharmacien rédige un compte-rendu destiné au médecin traitant pour lui faire part des remarques et proposer des modifications (galénique, effets secondaires justifiant un changement de molécules, posologie, besoin de matériel médical...) pour améliorer la prise en charge du patient.

- L'entretien conseil : cet entretien se réalise en présence du patient, et au besoin en présence d'un tiers aidant. Il a pour but de faire part au patient de l'analyse pharmaceutique, de présenter les solutions aux problèmes identifiés et les modifications validées par le médecin traitant.
- L'entretien de suivi d'observance : ce dernier entretien est destiné à évaluer le respect et l'adhésion du patient quant aux modifications mises en place à l'issue de l'analyse pharmaceutique.

Ce bilan en quatre étapes est défini comme le bilan initial. Le pharmacien peut proposer, l'année suivante, un second bilan, de suivi.

Deux cas de figures existent :

- Sans changement de traitement : le pharmacien réalisera au moins deux entretiens de suivi d'observance supplémentaires.
- Avec changement de traitement : le pharmacien réalisera de nouveau une analyse pharmaceutique à transmettre au médecin traitant ainsi que les entretiens conseils et de suivi d'observance.

Du côté de la rémunération, elle est établie par la CPAM à un montant de 60€ pour le bilan initial. Le bilan de suivi est facturé, selon le cas de figure, 20€ s'il n'y a pas eu de changement de traitement ou 30€ en cas de modification du traitement au cours de l'année séparant les deux bilans. (8) Initialement versé sous la forme d'une ROSP, l'avenant n°21 à la convention pharmaceutique, paru en septembre 2020, simplifie cette rémunération en une facturation à l'acte. (10) Ainsi, directement via le logiciel d'aide à la dispensation, les pharmaciens

télétransmettent un premier code-acte correspondant à l'adhésion du patient, puis un second à l'issue des quatre entretiens. Un troisième code-acte correspondant à la réalisation du bilan de suivi pourra être télétransmis un an après.

A première vue, ce dispositif semble idéal dans le contrôle des effets indésirables et la prévention des accidents d'origine iatrogène. Cependant, depuis son lancement en 2018, il peine à séduire les pharmaciens d'officines. Dans son rapport pour 2024, l'Assurance Maladie fait état de 14397 patients ayant bénéficiés d'un BPM, au sein de 941 pharmacies. (4) Or, la France dispose d'un maillage territorial constitué par plus de 22 100 pharmacies à travers tout le territoire. (12) Il n'y a donc qu'un peu plus de 4% des officines qui réalisent ces BPM. Favoriser leur réalisation constitue donc un véritable enjeu. Toujours dans son rapport pour 2024, l'Assurance Maladie exprime son envie de s'appuyer sur ce dispositif, tant dans une problématique d'amélioration de prise en charge des patients âgés qu'en terme de réduction des dépenses de santé engendrées par les hospitalisations secondaires aux accidents d'origine iatrogène. (4)

Les pharmaciens identifient diverses raisons à ce désamour envers le dispositif dans la littérature. Parmi elles, certaines sont imputables aux pharmaciens, tel que l'aspect trop chronophage, la rémunération jugée trop faible ou le manque de formation. D'autres sont liées aux prescripteurs, pas assez informés sur l'outil, parfois manquant de considération et souvent peu enclins à appliquer les suggestions émises à l'issue du BPM par le pharmacien. (12)

De ce constat est née une thèse de médecine, soutenue en 2023 par Marion WARDEGA, ayant pour but de s'appuyer sur la prescription pour inciter pharmaciens et médecins à coopérer dans le cadre des BPM. (13) Elle fait état d'une méconnaissance des BPM de la part des médecins généralistes. Ils se montrent cependant enthousiastes à l'égard de cet outil, jugé utile pour le patient, faisant du pharmacien un soutien supplémentaire dans la prise en charge

des patients âgés polymédiqués, pouvant parfois les mettre en échec. Les BPM semblent également un bon moyen de renforcer la dé-prescription. Enfin, les médecins évoquent un effet positif sur la relation entre les professionnels de santé.

Dans la continuité de cette première thèse, l'objectif principal de ce travail est de recueillir le ressenti des pharmaciens d'officine sur la prescription, par le médecin traitant, de bilans partagés de médication. Quel impact la prescription des bilans partagés de médication a-t-elle eu sur leur réalisation ?

Les objectifs secondaires sont d'identifier les besoins quant à la réalisation des bilans partagés de médication ainsi que les attentes des pharmaciens sur une coopération dans le cadre de ce dispositif. La prescription des BPM est-elle un moyen de promouvoir l'interprofessionnalité ? Quels freins les pharmaciens identifient-ils au dispositif ? La prescription peut-elle lever ces freins ?

Quelles difficultés les pharmaciens rencontrent-ils face à l'iatrogénie chez le patients âgé et polymédiqué ? Comment le bilan partagé de médication peut-il contribuer à y faire face ?

MÉTHODES

1. Intérêts de la méthodologie choisie

La méthodologie choisie était une étude qualitative menée au moyen d'entretiens individuels regroupant des pharmaciens d'officine, titulaires ou adjoints, dans la circonscription facultaire d'Angers : Maine et Loire, Mayenne, Sarthe.

Le choix d'entretiens individuels a été motivé pour favoriser la spontanéité des réponses et pour limiter le phénomène de mimétisme des réponses. Cela favorise également l'expression personnelle des opinions en limitant la pression de groupe.

Ces entretiens étaient semi dirigés pour permettre d'approfondir la question de recherche tout en garantissant un cadre.

2. Recrutement et échantillonnage

L'échantillonnage de ce travail est ciblé. Les pharmaciens sélectionnés pour y participer l'ont été selon la proximité géographique avec un prescripteur ayant participé au travail de thèse de Marion WARDEGA (13).

Les critères d'inclusion étaient : être pharmacien, exercer dans une officine proche d'un médecin ayant été formé à la prescription de BPM.

La liste des médecins formés a été établie à l'aide des directeurs de thèse de Marion WARDEGA, également directeurs de cette présente thèse.

Les critères de non-inclusion étaient : refus de participer aux entretiens individuels.

Les pharmaciens d'officine ont été contactés par voie téléphonique. Ces appels ont permis la prise de rendez-vous.

A l'issue de ces appels, trois pharmaciens ont été exclus de l'étude : deux en raison de l'incapacité du médecin formé à prescrire un BPM et un pharmacien pour un refus de participer à l'entretien.

3. Réalisation des entretiens

Au total, huit entretiens se sont déroulés. L'intégralité des entretiens s'est déroulée en présentiel, tous directement au sein des officines. Sept d'entre eux ont eu lieu dans un espace confidentiel clos et un dans l'espace back-office de l'officine.

Avant le début de chaque entretien, un accord verbal concernant l'enregistrement des entretiens a été demandé. Tous les pharmaciens l'ont donné. Ces enregistrements ont été réalisés à l'aide d'un smartphone.

L'intégralité des entretiens a été menée par le chercheur, à l'aide d'un guide d'entretien (Annexe 1). Ce guide s'articule autour de quatre sous-problématiques : Mieux prendre en charge ; Travailler en interprofessionnalité ; Mettre en place les Nouvelles Missions ; Évaluer la dynamique liée à la prescription. Ces sous-problématiques ont pour but de recueillir le ressenti des pharmaciens sur les BPM, la relation médecin/pharmacien et l'impact de la prescription des BPM sur leur réalisation. Pour chacune des sous-problématiques, entre trois et quatre points à évaluer sont à recueillir grâce à quatre ou cinq questions posées.

Deux des huit entretiens se sont déroulés en présence de deux pharmaciens, à leur demande. Le premier entretien a eu lieu le 23 mars 2023 et le dernier a eu lieu le 4 avril 2023.

La retranscription s'est faite en intégralité sur logiciel de traitement de texte Word®. Les commentaires généraux et aspects non verbaux ont été notés manuscritement lors de chaque entretien puis reportés sur les retranscriptions dactylographiées.

Chaque retranscription d'entretien a été anonymisée en attribuant un nombre de 1 à 10 à chacun des pharmaciens participants, selon l'ordre chronologique de réalisation des

entretiens et par ordre de prise de parole.

L'ensemble de ces données anonymisées constituait le *verbatim* (Annexe 2).

L'analyse réalisée est une analyse de contenu thématique, les propos sont regroupés par thématiques puis par idées dans un tableau.

Le comité d'éthique ou CPP n'ont pas été sollicités pour cette étude d'évaluation des pratiques professionnelles, cette recherche n'impliquant pas la personne humaine.

RÉSULTATS

1. Caractéristiques des participants

Sur 11 pharmacies contactées pour participer aux entretiens, trois ont été exclues car les pharmaciens ne remplissaient pas les critères d'inclusion. Huit entretiens se sont déroulés, dont deux en présence de deux pharmaciens. Les entretiens ont duré en moyenne 23 minutes et 10 secondes. Le plus long a duré 31 minutes et 43 secondes et le plus court 16 minutes et 27 secondes.

Les caractéristiques socio-professionnelles des participants sont regroupées dans le tableau suivant :

N° Anonymat	Dpt	Sexe	Âge	Rôle	Typologie de l'officine	Année installation	Équipe	Âge autres pharmaciens	Fréquentation /jour	Maitre de stage	Exercice coordonnée	Médecin à prox
PH1	53	F	33	Tit	Péri-urbain	2019	3 ph 2 prep	51	≈220	Oui	MSP	7
PH2	53	F	32	Adj								
PH3	53	F	48	Tit	Rurale	2022	2 ph 2 prep 1 appr	49	≈130	Non	MSP	2
PH4	49	F	55	Tit	Bourg	2018	2 ph 1 prep	70	≈90	Non	Non	6
PH5	49	F	55	Tit	Bourg	2002	2 ph 3 prep	57	≈170	Non	Non	6
PH6	49	F	55	Tit	Bourg	2013	3 ph 2 prep	64 ; 36	≈150	Oui	Non	6
PH7	49	H	42	Tit	Rurale	2019	2 ph 3 prep	34	≈90	Non	MSP	1
PH8	72	F	58	Tit	Rurale	1993	2 ph 5 prep		≈210	Oui	MSP	5
PH9	72	F	36	Tit		2023						
PH10	53	F	46	Tit	Bourg	2011	2 ph 2 prep	40	≈150	Oui	MSP	2

Tableau 1 : Caractéristiques socio-professionnelles des participants

2. Résultats des entretiens

2.1. Les Bilans Partagés de Médication dans l'amélioration de la prise en charge

2.1.1. Via la relation avec les patients

Les pharmaciens interrogés admettaient tous s'appuyer sur leur proximité avec leurs patients pour justifier l'analyse et la réévaluation des traitements dans le cadre d'un BPM.

PH1 : « oui on est légitime parce qu'on connaît le patient on le voit tous les mois »

PH3 : « il y a [...] quelque chose d'important pour le pharmacien [...], c'est [...] (qu') on discute avec le patient »

PH7 : « à partir du moment où c'est un patient qu'on connaît ouais, sur un patient qu'on a en historique ou sur lequel on a un suivi, on est on est légitime pour moi [...]. »

Selon eux, cette relation pharmacien/patient était une source d'informations diverses, telles que :

- Le mode de vie :

PH10 : « sur le mode de vie je pense que les patients [...] ils sont très ouverts à nous expliquer leur mode de vie »

PH4 : « c'est vrai que parfois le fait quand on connaît bien nos clients on voit bien [...] en discutant un petit peu avec eux [...] qu'on les connaît un petit peu mieux sur leur mode de vie »

- L'observance :

PH7 : « on est légitime pour moi on le voit quasiment tous les mois donc on a les recueils des effets indésirables, recueil de savoir comment il le prend (rit) s'il le prend un jour sur 2, 1 jour sur 3 ou s'il suit bien son traitement. »

PH3 : « les patients disent ne plus prendre certains traitements ou ne plus respecter la prise d'autres traitements »

- Les effets indésirables :

PH3 : « Ou par rapport notamment aux effets secondaires que donnerait le patient »

La connaissance des patients par les pharmaciens s'appuyait sur les outils qu'ils ont à leur disposition, comme l'historique des délivrances mentionné par plusieurs d'entre eux.

PH3 : « Le pharmacien a également tout l'historique du patient »

Un pharmacien mentionnait également la possibilité de rendre visite aux patients à leur domicile, permettant d'accentuer cette proximité et d'avoir accès à davantage d'informations sur leur mode de vie.

PH10 : « on peut aussi accéder au domicile parfois, [...] ça nous arrive quand même d'y aller quand on a besoin de soit de matériel médical soit une livraison à domicile on a toujours cette possibilité de rentrer aussi dans leur quotidien ouais. »

Enfin, un pharmacien évoquait qu'avoir accès aux ordonnances des différents prescripteurs sécurise les prescriptions.

PH2 : « on croise les ordonnances et il y a des fois je pense que les médecins n'ont pas la connaissance de tous les, toutes les ordonnances et ça permet de, enfin, faire un bilan [...] de centraliser [...] éviter les doubles prescriptions »

2.1.2. Via la connaissance des médicaments

Les participants louaient également la connaissance du médicament du pharmacien pour légitimer leur implication dans le traitement des patients via les BPM.

PH2 : « voilà on a connaissance du médicament c'est notre premier rôle »

PH3 : « Bah déjà, d'un point de vue pharmacologie le pharmacien en saura un peu plus que le médecin ça c'est normal. »

PH10 : « En terme de légitimité je pense que voilà c'est, on maîtrise quand même bien le médicament [...] on est censé pouvoir au moins aider le médecin [...] c'est pas forcément de modifier le traitement [...] faire des propositions »

Cette connaissance pointue des traitements plaçait le pharmacien comme un soutien aux médecins pour améliorer les prescriptions dans certaines situations :

- Le contrôle de l'iatrogénie

PH5 : « Ah bah au niveau, justement, de éventuellement réduire les médicaments dans le sens où il peut y avoir des dosages plus adaptés. [...] Et puis peut-être l'opportunité de revoir des molécules qui seraient moins bien sur, sur le profil de leur âge et de leur pathologie oui. »

- L'adaptation posologique

PH5 : « Alors peut-être nous, enfin, nous en tant que pharmacien c'est surtout sur l'adaptation moi je trouve des insuffisances rénales. »

- La réduction des prescriptions et l'observance

PH10 : « je pense que le fait de prendre le temps pour le patient c'est important, et par rapport au, avec notre relation avec le médecin ça peut permettre aussi de, bah soit de limiter le nombre de médicaments soit de juste pouvoir dire aux médecins : « Ben ce médicament là toute façon il prendra jamais parce que y a tel effet secondaire »

PH1 : « on connaît donc les traitements, les effets secondaires des traitements donc ça ça peut [...] aider à la dé-prescription aussi. »

2.1.3. Via une démarche pédagogique

Plusieurs pharmaciens mettaient en avant que l'amélioration de la prise en charge des patients passait par la meilleure compréhension de leur traitement. Elle permettait selon eux l'amélioration de l'observance.

PH2 : « c'est rendre actif le patient dans son traitement parce que du coup une meilleure connaissance du traitement ou il est plus coopératif et plus [...] observant. »

PH10 « les patients à partir du moment où ils connaissent pas leur (traitements) [...], ils sont pas observants. Enfin ils ont du mal à être observant sur certains médicaments, ceux qui présenteront des effets secondaires [...] Qu'à partir du moment où ils savent à quoi [...] enfin si on prend le temps de leur expliquer [...] pourquoi ils sont prescrits, dans quel cadre, avec quel but, ils mesurent un peu plus l'importance de la prescription. Donc le fait de savoir plus pourquoi c'est prescrit, pour le patient ça peut être que bénéfique. »

2.2. Les Bilans Partagés de Médication dans la relation entre médecins et pharmaciens

2.2.1. Aspects négatifs

a) Appréhension vis-à-vis des médecins

L'intégralité des pharmaciens interrogés avait insisté sur le fait que, dans le cadre des BPM, le pharmacien ne se substituait pas au médecin qui reste le prescripteur.

PH4 : « je pense que le pharmacien faut quand même qu'il reste à sa place c'est pas à lui de modifier. Enfin on peut, on peut ne pas délivrer si vraiment on voit que ça va pas mais il faut qu'on contacte le médecin. Ça c'est, ça reste je pense l'obligation. »

PH3 : « Mais au premier abord dire que le traitement n'est pas celui qu'il faut c'est un peu difficile étant donné qu'on n'a pas posé de diagnostic on n'en serait pas capable. »

PH10 : « on peut être force de proposition mais on va pas être celui qui va changer le traitement parce que chacun sa place. Nous on est plus dans le côté, voilà enfin plus orienter mais pas enfin moi pour moi je suis pas le enfin c'est pas à moi de le faire en tout cas ça c'est sûr. »

Cette appréhension d'un retour négatif des médecins freinait certains pharmaciens dans la réalisation des BPM.

PH4 : « ça j'avoue que c'est quelque chose que l'on on aime pas trop faire après, après je pense qu'on est pas médecins. Là je trouve que ça peut être une problématique, je pense que les médecins peuvent trouver que on fait trop de enfin je sais pas... »

PH3 : « Bah les prescripteurs peuvent peut-être s'imaginer que le pharmacien se met un peu à leur place. [...] Donc moi je pense que le problème qui pourrait être généré c'est que certains pharmaciens ou que des médecins aient l'impression que le pharmacien veuille se substituer à eux. »

Un pharmacien la justifiait par, selon lui, un problème générationnel mais que cela s'améliorait :

PH6 : « mais je pense qu'avec d'anciennes générations de médecins qui aurait été totalement impossible, et que là [...] le dialogue est beaucoup plus ouvert avec les médecins plus jeunes. »

b) Méconnaissance du dispositif

Plusieurs pharmaciens mettaient en avant le fait que le dispositif des BPM est méconnu des médecins.

PH1 : « tout dépend de comment on présente la chose [...] et de comment les prescripteurs perçoivent les bilans. Il y a un travail de méconnaissance je pense. Enfin de, de voilà, de mieux faire connaître. »

Cette méconnaissance pouvait être un risque de détériorer la relation entre le médecin et le pharmacien :

PH10 : « « Mais oui ça peut enfin dans les deux cas ça peut soit améliorer soit détériorer en fonction de la façon dont c'est présenté, de la façon dont c'est perçu par le (hésite) par le praticien aussi hein. »

c) Difficultés à rentrer en communication

Plusieurs pharmaciens témoignaient de difficultés à communiquer avec leurs homologues médecins, que cela soit en termes de :

- Fréquence des échanges.

PH3 : « Alors aujourd'hui, et pour les quelques années que j'ai fait depuis comme assistant en pharmacie, il y avait très peu de communication on va dire. »

PH4 : « Je trouve que c'est pas forcément très facile. C'est vrai que ça demande quand même une organisation ça il faudra en parler avec les médecins parce que déjà on peut pas les joindre quand on veut »

PH5 : « En général y'a pas d'échange sauf s'il y a vraiment oui, une hésitation sur une prescription, une molécule en particulier mais il y a quand même assez peu d'échanges évidemment hein. »

- Moyens de communication.

PH8 : « L'entrée en communication parfois peut être plus compliquée. Quand il faut passer par téléphone barrage secrétaire et choses comme ça voilà. »

PH2 : « On aimerait plus de messagerie sécurisée pour, bah pour moins les déranger et puis pour avoir des choses tracées mais c'est pas encore euh... »

- Différents praticiens.

PH1 : « Tout dépend des médecins. (rit) C'est médecin-dépendant ouais. C'est spécialités dépendantes aussi. »

PH2 : « je trouve ça plus facile la médecine générale et libérale que l'hospitalier ou la spécialiste, plus facile de les joindre. »

- L'accueil des prescripteurs.

PH8 : « Enfin il faut un partenariat avec un médecin qui, sur lequel des discussions ouvertes on va dire soient possible ouais. C'est pour moi l'échange il est aussi réciproque il faut que le médecin soit ouvert aussi ouais. » « J'en reviens un peu la même chose pour moi elle est positive si les deux partenaires acceptent de travailler ensemble. »

PH10 : « Ah Ben faut être, enfin, faut être suffisamment diplomate. » « Mais oui ça peut enfin dans les deux cas ça peut soit améliorer soit détériorer en fonction de la façon dont c'est présenté, de la façon dont c'est perçu par le praticien aussi hein. »

Cependant quelques pharmaciens contredisaient ce ressenti, ayant le sentiment que les médecins étaient accessibles :

PH5 : « Et puis non ça, de ce côté-là ça et on n'a pas eu toujours beaucoup beaucoup de cas, beaucoup d'occasions de les appeler par rapport à un patient précis, mais quand on le fait, oui c'est un bon ressenti de part et d'autre oui. »

2.2.2. Aspects positifs

a) Le dispositif renforce la relation

La plupart des participants admettaient que les BPM, notamment la prescription de ces derniers, serait un bon levier pour renforcer la relation entre les professionnels de santé.

PH2 : « Je pense que ça peut améliorer quand même les relations avec le prescripteur. »

PH1 : « si on part sur le principe qu'ils sont prescripteurs du bilan là c'est tout c'est tout bénéf', oui c'est sûr. »

PH4 : « Le fait qu'ils le prescrivent... oui je pense que ça peut qu'améliorer oui, nos relations. »

Selon eux le fait de se centrer sur les patients, voire un en particulier, permettait de faciliter la coopération :

PH5 : « ça ne peut qu'améliorer puisque c'est dans le, dans l'esprit d'améliorer l'observance pour le patient et donc je vois pas trop, je vois que de l'amélioration pas de détérioration. »

PH10 : « Alors ça peut améliorer dans le sens où, enfin le but c'est le patient donc on est, on est tous les deux axés vers un patient donc obligatoirement pour moi ça fait que d'améliorer puisque ce qu'on soulève comme problématique, c'est sensé aider le médecin dans sa pratique. »

b) La relation renforce le dispositif

La quasi-totalité des pharmaciens pensait que l'inclusion dans un exercice coordonné facilitait la mise en place des BPM, même ceux n'y étant pas inclus.

PH1 : « En travaillant en MSP par exemple. [...] Et c'est vrai que le fait de se retrouver plusieurs fois de de se voir en vrai, de voir qui est qui ça permet de communiquer plus facilement quand même. »

PH4 : « Enfin nous on fait pas partie de CPTS ou de quoi que ce soit pour l'instant donc, donc même on a eu un petit peu des échanges mais on voit bien que ça reste, ça reste timide quand même hein. »

Certains mentionnaient également l'importance des infirmiers, source d'information supplémentaire permettant de compléter celles des autres praticiens.

PH3 : « je pense qu'on oublie même un élément dans ce genre dans les zones peu rurales ou semi rurales, il y a le rôle important de l'infirmier. »

PH5 : « Et avec les infirmières qui sont aussi du coup très présentes sur le secteur pour les personnes âgées. »

L'intégralité des pharmaciens préconisait une rencontre entre médecins et pharmacien en amont des BPM, pour définir les modalités pratiques de leur réalisation.

PH4 : « ça mérriterait que l'on voit avant, qu'on se qu'on se réunisse entre médecins et pharmaciens pour en parler et voir ce que les uns attendent des autres réellement et puis après se lancer. »

Un pharmacien se montrait très catégorique sur cet aspect de préparation :

PH6 : « Pour moi c'est absolument nécessaire à faire si on veut, il faut qu'on ait les mêmes façons de fonctionner entre eux et nous. »

L'établissement d'une stratégie de réalisation des BPM entre le médecin et les pharmaciens permettrait selon eux de s'accorder sur :

- Les moyens de communication.

PH1 : « Et après c'est aussi établir la démarche du début à la fin. Bah savoir par quel moyen de communication vous allez transmettre le bilan, vraiment définir peut-être aussi ce que vous leur envoyez, et cetera quoi. [...] Sous quel délai... »

- Les critères d'inclusions.

PH3 : « Donc c'est vraiment en amont pouvoir travailler c'est avec ces 3 acteurs (médecin, pharmacien et infirmier) là pour identifier les personnes et ensuite mieux les encadrer. » « Bah je pense que le plus simple déjà ce serait de cibler parce qu'on peut pas partir en se disant on va le faire avec tous les patients qui passent pour améliorer tout ça faudrait déjà cibler des personnes qui auraient peut-être besoin plus que d'autres d'un suivi

- Le repérage des situations à risques.

PH5 : « faire un listing peut être hein des, certaines molécules ou de certaines choses qui sont beaucoup données, ou qu'il ne faut pas donner effectivement aux personnes âgées, insuffisants rénaux. [...] qu'on ait des listes communes peut être de médicaments comme ça. »

A contrario, un pharmacien émettait la crainte que cela restreigne l'inclusion de certains patients.

PH10 : « Alors ça pourrait être intéressant si ce n'est que comme toujours ça fait que ça ferme un petit peu et que, faut faire attention de pas passer à côté du patient qui parce qu'il n'est pas inclus dans le protocole de soin on l'oublie quoi. Toujours, c'est toujours le risque d'être trop protocolisé c'est que, ben on peut passer à côté de quelque chose parce que bah ça ne rentre plus dans les critères, et parce que ça rentre plus dans les critères on ne fait plus. »

2.3. Les Bilans Partagés de Médication dans l'exercice du métier de pharmacien

2.3.1. Les difficultés

Tous les pharmaciens interrogés s'étaient montrés très critiques envers le dispositif des BPM en lui-même. En effet, ils se confrontaient à de nombreuses difficultés lors de leur mise en place à l'officine.

a) La connaissance du dispositif

Plusieurs signalaient qu'ils ne connaissaient pas forcément le déroulement des bilans ou ne faisaient pas de distinctions entre les BPM et les différents entretiens thématiques réalisables en officine.

PH6 : « Bah alors on en fait déjà en très light, on en fait tout le temps quoi ! »

PH4 : « Tout dépend ce qu'on entend par bilan parce que moi c'est vrai que le bilan bah c'est un peu ce que l'on fait tous les jours. » « tout ce qui est administratif moi je me suis jamais penchée sur la question, et je sais pas trop comment faire en fait. »

D'autres admettaient ne pas trop savoir comment initier cette mission.

PH2 : « Et puis [...] méconnaissance de comment vraiment mettre en place concrètement. [...] Comment le présenter au patient, le médecin... »

PH6 : « On va commencer à pas de loup quoi, ça va pas forcément... [...] c'est ça enfin, pas facile à faire quoi. »

b) Le temps

La principale difficulté à la réalisation des BPM, à l'unanimité, était le manque de temps pour les réaliser.

PH3 : « En termes de nouvelles missions, tout ce qui entretien de toute façon c'est pas fait faute de temps, faut même pas rêver, c'est surtout ça, faute de temps »

PH7 : « Aujourd'hui je pense que l'obstacle principal pour nous c'est que ça nous prend beaucoup de temps et qu'il faut réussir à le dégager ce temps. » « Aujourd'hui ça prend trop de temps. Alors c'est soit effectivement, c'est peut-être un souci de méthode mais aujourd'hui c'est ça pour moi le enfin le principal frein. »

PH10 : « Le temps !! [...] principalement le temps »

Certains le justifiant par la difficulté actuelle à recruter des pharmaciens...

PH5 : « Ben si éventuellement ça prend trop de temps et que on a toujours une insuffisance de personnel qui en fait, parce qu'on est trop peu nombreux pour réaliser ça jusqu'à présent. »

PH6 : « le manque de personnel pour l'instant c'est compliqué. C'est le temps en fait, c'est en gros c'est beaucoup beaucoup de temps.

D'autres par le temps de préparation des BPM...

PH3 : « bah le gros problème ça va, ça va être le temps, ça va être le temps parce que comme je dis il faut, ça se prépare surtout pour des patients poly-médicamentés. »

Ou bien, pour l'un des pharmaciens, par l'exclusion des préparateurs dans le dispositif.

PH7 : « notre capacité à avancer c'est qu'on arrête de compter que sur le pharmacien. [...] les préparateurs sont tout à fait capables de le faire [...] ça ne peut pas reposer que sur nous. » « Je pense que ce serait que valorisant pour eux (les préparateurs), ils en ont la totale capacité je suis persuadé. » « Mais oui pour moi y a des préparatrices qui, je parle surtout pour nous en rural, on a certains patients qui vont s'ouvrir beaucoup plus à quelqu'un qu'ils connaissent.

»

c) La rémunération

L'autre frein principalement énoncé par les participants était la rémunération liée à la réalisation de BPM. Sur ce point les avis divergeaient cependant. Pour la plupart, elle était trop faible.

PH3 : « premièrement c'est faute de temps et puis deuxièmement forcément il va y avoir une rémunération parce que, qui dit investissement en temps dans une action derrière sous-entend une rémunération. »

PH4 : « on y passe du temps à expliquer, si on veut faire bien les choses pour cinq euros ou voire trois euros, que c'est... Mais bon après voilà ça c'est mon opinion personnelle. »

PH7 : « « c'est pas le financier [...] qui nous incite à le faire. [...] Et c'est tout enfin, en dehors de ça c'est pas le gain financier qui apporte ça »

Un pharmacien avait, au contraire, exprimé une forte opposition à la facturation de ces derniers.

PH5 : « les rémunérations que nous demandent la sécu je trouve c'est tellement aberrant [...]. Je veux dire on est là pour rendre service ! [...] je vois même pas l'intérêt de se faire payer pour un truc comme ça »

Enfin, un pharmacien avait fait part de sa difficulté à acter la facturation, ne sachant trop comment le justifier auprès du patient.

PH10 : « Ouais je pense que le frein c'est surtout le fait de, d'acter, c'est enfin de les acter en fait. De dire aux patients bah ça, ça va être facturé. » « à acter le fait que je le fais en fait. [...] je trouve que le fait [...] de facturer et bien ça nous empêche un petit peu de le faire au quotidien. »

d) Le contexte sanitaire

L'intégralité des pharmaciens avait reconnu s'être investi dans les missions attribuées aux pharmaciens dans le contexte de la Covid-19, mais que cela s'est fait au détriment des autres missions de suivi de traitements, comme les BPM ou les entretiens pharmaceutiques.

PH3 : « Alors aujourd'hui véritablement le niveau d'implication on va dire qu'il est de 100% pour tout ce qui concerne tout ce qui est vaccination et tout ça. Après nouvelle mission pour tout ce qui est bilan, ben ils sont quasiment pas faits »

PH1 : « les vaccinations les tests et dépistage oui mais tout ce qui a été en lien avec le COVID on a fait pas mal de choses mais c'est vrai que il reste ce que j'appelle oui entretien/bilan à développer. »

PH6 : « On a été totalement submergé, on s'est retrouvé totalement sous l'eau avec le COVID. Et voilà donc il y a eu déjà les malheureuses nouvelles missions de COVID, de test et de vaccination. Et on a honnêtement, entre ça et le manque de personnel pour l'instant c'est compliqué.

e) L'organisation

Des difficultés à organiser des BPM avaient également été mentionnées par plusieurs pharmaciens. Elles concernaient soit :

- Des questions structurelles.

PH4 : « Nous on est une petite structure ça peut être un frein aussi. »

PH7 : « Tout dépend un petit peu de la structure de l'officine. [...] Il faut avoir je pense, une officine qui est en place »

- Liées aux supports.

PH3 : « Bah ce serait bien qu'on puisse avoir accès, sur un logiciel, enfin ce serait bien moi je vois l'idéal hein j'ai j'imagine l'idéal, [...] un logiciel dans lequel on pourrait rentrer les différents produits et en face avoir non seulement les interactions mais aussi tous les risques inhérents »

PH7 : « Je pense qu'il y a du travail, il y a du travail à faire pardon sur les supports. [...] Mais s'il y avait une trame un peu plus [...] commune on va dire à tout le monde, ce serait un peu plus aisés à mon sens et il nous prendrait beaucoup moins de temps. »

- Liées au recrutement.

PH10 : « Mais c'est le recrutement qui est le plus compliqué en fait. » « le cadre il est pas posé en fait pour beaucoup. On n'a pas de ligne directrice, le recrutement de nos patients [...] c'est le flou total »

- Liées aux patients.

PH10 : « Et puis alors le patient peut aller dans plusieurs pharmacies parce que en fait il veut pas forcément que le pharmacien sache qu'il prenne d'autres médicaments »

f) Le recueil des informations

Plusieurs pharmaciens mettaient également en avant leur difficulté à avoir accès à toutes les informations du patients, ordonnances ou bilans biologiques. Cela constituait selon eux un des principaux axes d'amélioration du dispositif.

PH7 : « Voilà, après la limite c'est qu'on n'a pas toujours tous les données bio et données et valeurs physiologiques on va dire. Qu'on puisse [...] avoir un peu plus d'infos nous quand on lance un bilan partagé. Parfois il nous manque des choses »

PH10 : « il faut que le patient il nous donne accès aussi à leurs données donc il faut qu'on ait accès à leurs ordonnances ou qu'on ait accès à leurs analyses. Le patient il vient pas toujours

avec les analyses donc soit faut que ce soit partagé par le médecin soit faut que ce soit partagé par le patient mais il faut qu'on ait déjà ces données là. [...] Ce qui est le plus difficile c'est d'avoir peut-être toutes les données du patient en fait. »

2.3.2. Les intérêts

Malgré ces nombreux points négatifs vis-à-vis des BPM, les pharmaciens interrogés témoignaient tous de leur envie d'en réaliser davantage. La principale motivation restait avant tout l'amélioration de la prise en charge des patients.

PH1 : « c'est mieux encadrer mes patients enfin mieux les mieux les connaître entre guillemets détecter des interactions médicamenteuses. [...] Affiner les prescriptions avec bien sûr l'opération avec le médecin [...]. »

PH3 : « Les motivations c'est vraiment être sûr d'avoir en face de soi un patient [...] qui a de réelles difficultés par rapport à son traitement par rapport à son affection [...] c'est des patients pour qui ça peut être plus facile enfin ça peut aider le fait d'être suivi à la fois par le médecin par le pharmacien »

PH7 : « Le patient. Enfin c'est le, la satisfaction patient. [...] la sensation de faire notre devoir vis-à-vis du patient. »

La plupart des participants estimait également que la réalisation des BPM était très valorisante pour la profession et leurs compétences, et permettait de s'éloigner de l'image de « donneurs de boîtes » vis-à-vis des patients et des autres professionnels de santé.

PH7 : « c'est gage de on va dire de qualité de notre travail. »

PH5 : « Bah en soit c'est, c'est super valorisant parce que les gens sont [...] ont toujours un accueil très positif à ce genre de mission hein ! Ça va changer un peu notre image je pense d'épicier en gros »

PH10 : « le bilan il permet cette opportunité de présenter ce qu'on est capable de faire aux patients. Les patients ils découvrent qu'on connaît aussi bien nos médicaments. [...] pour le patient ça leur montre qu'on est pas que des distributeurs de médicaments. »

PH1 : « Donner un autre regard du métier encore une fois et puis aussi par rapport aux autres professions de santé... Aussi bien envers le patient que vers les autres professionnels de santé je pense montrer qu'on peut faire autre chose. »

Un pharmacien considérait également que ce type de mission est, économiquement, un tournant pour la profession.

PH1 : « Gratifiant, et puis alors dans un autre pendant de toute façon économiquement on va être obligé de développer ce genre de choses. On y est quand même fortement incité sur le côté économique de la chose. »

2.4. Le ressenti sur la prescription des Bilans Partagés de Médication

2.4.1. Concernant la thèse de médecine générale

Parmi les dix pharmaciens participants, seuls deux d'entre eux étaient au courant de l'expérimentation de prescription de BPM dans le cadre de la thèse de Marion WARDEGA.

PH1 : « Aucuns, aucun parce qu'on n'était pas du tout au courant que c'était lié à une thèse en fait. »

PH4 : « Je n'en ai pas eu. Vous me l'avez appris par téléphone effectivement »

Trois d'entre eux n'avaient même reçu aucune prescription de BPM.

PH4 : « Non pas du tout du tout. Les seuls bilans, enfin qu'on ait un peu eu c'est les sorties hospitalières en fait »

*PH5 : « on avait senti qu'il y avait un (médecin), Dr ***, qui avait parlé un peu de bilan et qui avait l'air [...] très ouvert. Voilà, mais ça a été la seule occasion, on n'en a pas réentendu parler après. »*

Les deux pharmaciens au courant n'avaient pas eu de retours sur l'issue de ce travail.

PH10 : « Si, il m'en a parlé même c'est sûr. »

PH7 : « Le travail de Marion ? Justement, aucun. J'étais au courant qu'il avait une thèse en ce rapport là [...] mais j'ai pas eu de retour derrière. »

2.4.2. Concernant la prescription

Pour l'intégralité des pharmaciens, la prescription des BPM pourrait exercer une influence positive, sur plusieurs aspects.

a) Augmentation de la réalisation

Le bénéfice le plus souvent rapporté, par la quasi-totalité des pharmaciens, était que cela permettrait d'en réaliser davantage.

PH1 : « Honnêtement il y en aurait plus. »

PH3 : « Ça rentrera dans la routine. Et que peut-être nous ça nous permettra même après de pouvoir nous tourner vers d'autres patients [...].

PH5 : « je pense que oui ça ferait faire plus de bilan et se rendre compte de l'intérêt certainement du bilan. »

PH6 : « Ah oui je pense oui on se lancerait. »

Cependant, quelques pharmaciens nuançaient ce propos.

PH10 : « Bah le risque c'est de faire plus que les BPM qui sont prescrits. [...] Je suis pas sûre moi parce que justement [...] si il nous l'a pas prescrit, ça veut dire que est-ce qu'il en a vraiment besoin ? »

PH7 : « Alors pour moi oui si y a pas d'ouverture sur un dialogue je vois pas, je vois pas l'intérêt. »

PH5 : « Si on trouve jamais rien à redire au bilan, peut-être qu'on va pas persévéérer, mais si on trouve que c'est effectivement quelque chose qui est vraiment positif, bah ça va encourager en faire effectivement. »

b) Amélioration du rapport médecin/pharmacien

L'autre bénéfice principal rapporté était vis-à-vis de la relation avec les prescripteurs. Les prescriptions permettraient selon certains pharmaciens d'ouvrir le dialogue sur la prise en charge et de créer une relation de confiance mutuelle.

PH3 : « ça faciliterait les échanges après avec le médecin autour du patient je pense. [...] ça pourrait améliorer, en fait le suivi du traitement pour le patient. »

PH10 : « ça veut dire que [...] le médecin il a une relation, avec le pharmacien, de confiance en fait. Ça veut dire que déjà il a établi qu'on avait des connaissances qui, qui peuvent lui apporter quelque chose. »

PH6 : « Eh bien ça voudrait dire qu'ils sont tout à fait partants pour qu'on les fasse et tout à fait partant à pour entendre les éventuelles remarques »

c) Recrutement des patients

Pour certains pharmaciens, recevoir des prescriptions de BPM aurait l'avantage de les décharger du recrutement des patient et de le rendre plus efficace.

PH1 : « Ah bah ce serait-ce serait top dans le sens où [...] on le ferait-on ne se poserait pas la question de savoir si on allait inclure le patient ou pas » « Gain de temps. [...] pas de question à se poser [...] pas de négociation avec le patient. »

PH2 : « Bah disons qu'il y a quand même beaucoup de patients donc qu'on peut inclure qui sont des gens qui ont le même traitement depuis des années. [...] Et qui du coup n'en voit pas l'intérêt. [...] S'il y a deux professionnels à lui proposer c'est beaucoup plus, beaucoup plus fort. »

PH10 : « ça valide le fait que ce patient est intéressant à ce qu'on fasse un bilan de médication partagé pour le médecin et pour le patient. »

2.4.3. Concernant l'accueil des prescriptions

La première présentation, réelle ou supposée selon les pharmaciens, était tantôt bien accueillie pour une moitié des participants, tantôt redoutée par l'autre moitié.

Pour les sceptiques, les principales raisons évoquées étaient :

- Que le BPM impliquait un travail avant d'être réalisé.

PH6 : « on prendrait rendez-vous, nous-mêmes on étudierait déjà son traitement [...] tranquillement à tête reposée, on regarderait ses autres ordonnances »

- Que cela pouvait être médecin-dépendant.

PH7 : « J'ai envie de dire tout dépend du médecin de qui ça émane si c'est un médecin avec qui on a l'habitude de travailler pas de souci, ça me gêne pas du tout, je pense qu'au contraire

c'est une marque de confiance. Un médecin qu'on connaît pas pour moi c'est une galère de plus, ça va être à nous d'établir le contact et pas l'inverse quoi. »

- Un pharmacien ne se sentait même pas capable de répondre à la demande à l'heure actuelle.

PH4 : « Bah je serais un peu étonné déjà, parce que c'est vrai que je me dirai « oula comment je fais ? » [...]. C'est vrai que là je serai un peu coincée parce que je sais pas trop comment je réagirais. [...] Mais c'est vrai qu'il faut que je me prépare à ça. » « En tout cas pour moi parce que je ne me sens pas prête. »

Les autres pharmaciens se montraient eux enthousiastes et accueillaient la prescription de manière positive, malgré la surprise :

PH1 : « c'est vraiment ouais surpris et puis bah c'est positif, plutôt positif ça reconnaît bah ça reconnaît qu'on peut apporter quelque chose, c'est valorisant. »

PH3 : « Ah ben je serais bien contente d'en faire un ! »

PH10 : « Plutôt positivement ! [...] le tout premier patient il a dit : « ouais j'ai pas trop compris pourquoi le médecin m'a mis ça » [...] et il est ressorti de l'entretien en disant « j'ai enfin compris pourquoi le médecin me l'a prescrit ». C'était plutôt positif. »

2.4.4. Concernant les axes d'amélioration

a) Communication

Pour valider l'enthousiasme dont la plupart des pharmaciens avait fait part concernant la prescription des BPM, certains préconisaient de présenter ces derniers à davantage de médecins, afin qu'ils soient largement au courant de cet outil.

PH10 : « il faut que ce soit communiqué auprès des médecins [...] qu'ils sachent ce que c'est, qu'ils sachent qu'ils peuvent le prescrire, que c'est remboursé aussi.

« il faut absolument que les médecins soient informés de ça quoi en fait ! »

b) Procédure en amont

Pour d'autres, le principal axe d'amélioration serait d'entamer un travail de procédure commune pour fixer le cadre de la réalisation des bilans et des moyens de communication.

PH7 : « C'est la, pour moi, c'est l'amélioration des procédures et des échanges enfin des moyens d'échange. »

PH10 : « Pour moi ça serait la, la mise en place en amont qui serait l'idéal. Et que si on fait des BPM sans prescription, qu'on puisse avoir la possibilité de contacter le médecin pour pouvoir avoir ces données [...]. Ce qui permettrait aussi en même temps de valider le fait [...] qu'on le fasse. »

c) Rémunération du prescripteur

Un pharmacien soumettait l'idée de rémunérer le médecin pour sa participation au BPM par la prescription de ceux-ci.

PH5 : « les médecins [...] ils font pas ça sans, sans rémunération ! [...] Si ça leur prend du temps d'expliquer ça si voilà hein. Et puis c'est pareil ils sont pas dans une position non plus ou ils ont le temps non plus hein, ils sont trop peu nombreux c'est toujours même problème de mettre des missions c'est bien mais après... Là où ça échoue c'est le problème du temps hein, le temps c'est de l'argent pour beaucoup ! »

d) Formation

Un pharmacien moins à l'aise avec les BPM insistait quant à lui sur la nécessité de réaliser des formations pour se familiariser avec l'outil.

PH4 : « il faudrait nous aider déjà à savoir comment faire, dans quelle situation, oui si on a une prescription [...] moi je pense qu'il nous faut une formation et puis à partir de là après avec les médecins voir eux comment ils veulent organiser les choses mais ouais je pense que la formation est nécessaire. [...] je suis prête à les faire mais pour les faire correctement je pense qu'on a besoin d'aide et de formation. Et je suis sûr que je suis pas la seule. »

DISCUSSION

1. La méthodologie

1.1. Points forts

Le principal point fort de cette thèse est l'originalité de son sujet. Il existe effectivement un certain nombre de thèses abordant la thématique de la réalisation des BPM en officine depuis leur déploiement en 2018, mais peu de travaux abordent la prescription de ceux-ci par les médecins.

Un autre point fort de ce travail est qu'il s'inscrit dans la continuité d'un travail de thèse de médecine générale réalisé par Marion WARDEGA. (13) Le lien entre les deux thèses permet de recueillir un avis concret des pharmaciens puisqu'ils sont directement susceptibles d'avoir reçu une prescription de BPM d'un des médecins impliqués dans cette autre thèse.

Cette approche met la relation médecin/pharmacien au cœur de ce travail de thèse.

De plus, si certains des pharmaciens ayant participé étaient au courant du travail mené par Marion WARDEGA, aucun d'entre eux n'a lu sa thèse avant la réalisation des entretiens, garantissant l'authenticité de leurs réponses.

D'un point de vue méthodologique, ce travail de thèse est renforcé par l'appui d'une codirection pharmacien-médecin.

Enfin, le choix de réaliser des entretiens individuels favorise l'expression des avis personnels, notamment vis-à-vis des difficultés rencontrées à la réalisation des BPM.

1.2. Points faibles

Le principal point faible de ce travail est le fait que seulement la moitié des participants avaient réalisé un BPM issu d'une prescription au moment de la réalisation des entretiens. Pour l'autre moitié des pharmaciens interrogés, les réponses liées à la prescription étaient donc supposées,

introduisant un biais d'hypothèses dans ce travail. Ce résultat interpelle, malgré la valorisation des médecins, il semblerait qu'ils soient encore timides sur la prescription des BPM, au moins pour une partie d'entre eux. On peut aussi évoquer qu'un pharmacien soit récemment installé, un bilan prescrit a été réalisé par son prédécesseur mais aucun par lui-même depuis son installation.

Le choix de sélection des pharmaciens interrogés peut être considéré comme un biais de sélection. Les pharmaciens ont été sélectionnés en fonction de la proximité de l'officine avec les médecins prescripteurs de BPM formés au travers de la thèse de Marion WARDEGA, dont une des problématiques était d'évaluer l'intérêt du BPM en zone médicale sous-dotée. Ainsi, les pharmaciens interrogés exercent pour la quasi-totalité en zone rurale ou semi-rurale, dans des zones en tension et ne sont donc pas représentatifs de l'ensemble de la profession.

Enfin, un biais méthodologique s'est manifesté lors des entretiens, certains arguments de relance de l'investigateur ayant été formulés par des questions fermées, contraire au choix méthodologique d'entretien semi-dirigé.

2. Les résultats

2.1. Comparaison à la littérature

2.1.1. Un outil mal défini par les pharmaciens eux-mêmes.

Si la majorité des pharmaciens a témoigné d'un réel intérêt à la réalisation de BPM, l'étude permet de constater que ce dispositif reste méconnu de la profession. Le déroulement des entretiens, leur nombre à réaliser ainsi que les nouvelles modalités de facturation, pourtant instaurées depuis déjà 2020, ne sont pas connus par tous. (8) La rémunération étant évoquée comme un frein potentiel à la réalisation, cette méconnaissance interpelle. Peu de pharmaciens affirment réaliser des BPM, aucun de manière régulière. Ces résultats sont en corrélation avec

les chiffres connus vis-à-vis de la réalisation des BPM. En effet, dans son rapport pour 2024, l'Assurance Maladie révèle un total de 14397 patients ayant bénéficiés d'un BPM, au sein de 941 pharmacies sur l'année 2022. (4) Une étude interne réalisée en 2022 sur une période de neuf mois en Maine-et-Loire faisait état de 372 BPM facturés par 46 pharmacies. (14) En région Occitanie, une thèse récente soutenue par Pauline BOUZIGUES montre que sur les années 2020, 2021 et 2022, 2788 bilans initiaux ont été réalisés, dans une région peuplée par plus de six millions d'habitants et comprenant près de deux mille officines. (15)

2.1.2. Méconnaissance des ressources d'aide à la réalisation : défaut de formation.

Sur les 8 pharmaciens ayant participé à l'étude, seul un pharmacien a cité un outil spécifique d'aide à la réalisation de BPM. Les autres ont parfois cité les ressources manuscrites généralistes tel que le Vidal ou le Dorosz, et certains affirmaient ne s'appuyer que sur leurs connaissances personnelles. Tous n'ont pas non plus cité les fiches guides de l'assurance maladie. Cette méconnaissance fait état d'un défaut de formation. Ces résultats sont fidèles à ceux rapportés dans d'autres travaux, comme la thèse de Bertille LEROY réalisée en 2022 auprès de 47 médecins et 24 pharmaciens, témoignant que lorsque que des BPM étaient réalisés, très peu d'outils étaient mobilisés. (16) La thèse de Maxence BESSE, entre autres, met également en avant le manque de formation comme un des freins principaux. (17) Malgré tout, lors de ce travail, le manque de formation n'est abordé que par trois participants comme un des freins principaux à la réalisation des BPM.

2.1.3. Manque d'accompagnement par les institutions.

Plusieurs pharmaciens admettent ne pas savoir comment s'y prendre et par quel moyen mettre en place la réalisation des BPM dans leurs officines. Un pharmacien identifie très clairement le manque d'accompagnement par les institutions comme un frein. L'Assurance Maladie est, pour

lui, un relais essentiel pour faire connaître le dispositif à davantage de professionnels de santé, éclaircir les modalités de réalisation et de facturation de l'outil et ainsi instaurer une dynamique. Les médecins participants aux focus group de Marion WARDEGA ont également souligné le rôle de l'Assurance Maladie dans la promotion du dispositif auprès des professionnels de santé et des patients. (13) Communiquer autour des BPM auprès des patients pourrait, ou devrait, faire l'objet d'une campagne de prévention contre l'iatrogénie médicamenteuse selon eux, au même titre que d'autres campagnes menées par les pouvoirs publics, tel que le dépistage du cancer colorectal. (18) (19)

2.1.4. Balance coûts/bénéfices défavorable.

Il paraît clair lors des entretiens que, malgré une motivation exprimée à la réalisation de BPM, les pharmaciens listent de nombreux freins à celle-ci. Les principaux rapportés sont le manque de temps, aggravé par la pénurie actuelle de pharmaciens, la rémunération et le contexte sanitaire actuel, contraignant de mobiliser davantage de temps à d'autres missions. (20) (21) Ces résultats confirment ceux d'autres travaux sur les BPM, les témoignages de pharmaciens faisant état de contreparties financières trop faibles comparées au temps requis à la réalisation des BPM étant nombreux. Ces réserves quant à la rémunération sont partagées par les médecins généralistes, dont les avis ont été recueillis dans plusieurs travaux de thèse, comme celles de Marion WARDEGA ou Cécile-Marie MUR. (13) (22) Dans le travail de Théo BOIDOUX, un pharmacien mentionne que l'investissement dans cette mission nécessite l'embauche de personnel supplémentaire, en raison du temps à y consacrer, et constate que la rémunération ne le permet pas. (23) Le besoin en ressource humaine lié à la réalisation des BPM constitue une difficulté pour les plus petites structures ne disposant que d'un ou deux pharmaciens pour les mener, propos également rapportés par un des participants aux entretiens.

2.1.5. Une mission délaissée pour d'autres.

L'intégralité des participants rapporte s'investir dans la réalisation des vaccins, des tests lors l'épidémie de Covid, dans la délivrance de kit de dépistage du cancer colorectal... Ces missions, identifiées comme les nouvelles missions dites de « santé publique », semblent donc plébiscitées par les pharmaciens, qui s'y investissent massivement. Certaines de ces missions sont récentes et les autorités publiques semblent orienter la profession vers davantage de missions similaires. (24) (25) L'ajout constant de nouvelles missions incomptant aux pharmaciens leur impose un choix dans leur réalisation et les missions les plus chronophages telles que les BPM sont mises de côté.

2.1.6. Appréhension du retour médical, marqueur de la relation médecin/pharmacien ?

Au cours des entretiens, la totalité des participants semblait appréhender la réaction de leurs confrères médecins à l'envoi d'un compte-rendu de BPM. Beaucoup d'entre eux ne sont pas enclins à proposer une modification de traitement, même si l'analyse pharmacologique révèle qu'une optimisation est possible, estimant que cela n'est pas leur rôle. L'analyse pharmaceutique, définie par les bonnes pratiques de dispensation « permet la vérification des posologies, des doses, des durées de traitement, du mode et des rythmes d'administration, de l'absence de contre-indications, d'interactions et de redondances médicamenteuses. » intègre la notion d'intervention pharmaceutique : « La détection d'une interaction entre plusieurs médicaments est analysée par le pharmacien : mécanisme en cause (pharmacodynamique ou pharmacocinétique), conséquences cliniques éventuelles (majoration des effets thérapeutiques, des effets indésirables) et possibilité de remplacement par un autre médicament avec l'accord du prescripteur ». (26) Du point de vue des médecins, une étude de 2017 montre que 71% des prescripteurs estiment que le pharmacien est le professionnel le plus au courant de l'ensemble des traitements pris par un patient, et donc pour 90% d'entre

eux qu'il est celui le plus à même de les prévenir en cas d'interactions. Dans cette même étude, 62% des médecins jugent la collaboration entre les deux professions sur le sujet de la polymédication insuffisante. (27) A l'inverse, le travail de thèse de Rokia KONE, montre que la relation prescripteur/dispensateur est au cœur des freins à l'application des IP émises lors de BPM. Selon certains médecins participants à cette thèse, le pharmacien est d'office en position de conflit d'intérêts, à la fois commerçant et professionnel de santé. De plus, l'implication des préparateurs en pharmacie pose question aux médecins, estimant qu'ils ne sont pas qualifiés pour pouvoir dispenser sans risque les traitements, et dans le cadre des BPM, repérer les éventuelles interactions médicamenteuses. Toujours dans la thèse de Rokia KONE, le taux d'application des interventions pharmaceutiques émises lors d'un BPM est de 36%, dont quatre médecins sur les dix-huit participants refusant systématiquement toutes IP. (28) Enfin, la thèse d'Alexandre ROUSSEL liste les principaux freins à la mise en place des BPM. Pour 29% des pharmaciens participants à cette thèse la méconnaissance du dispositif est l'une des principales difficultés, 25% des officinaux considèrent qu'il y a un manque d'intérêt pour le dispositif des BPM et pour 20% d'entre eux, il existe même un manque de considération pour la profession en elle-même. (12)

2.1.7. Un levier pour l'interprofessionnalité.

A travers les BPM, les pharmaciens interrogés voient la possibilité d'initier une collaboration régulière avec les prescripteurs. Certains évoquent également les infirmiers à domicile comme un appui supplémentaire dans le cadre de l'outil. En effet, leur présence quotidienne au domicile du patient et la possibilité de rencontrer la famille aidante sont un atout pour obtenir davantage d'information sur le cadre de vie, les habitudes de vie... De plus, les BPM semblent davantage propices à une collaboration à plus petite échelle. Un pharmacien participant admet qu'il lui paraît plus simple de s'entendre avec ses confrères médecins géographiquement plus

proche plutôt qu'à travers une structure plus large telle qu'une Communauté Professionnelle Territoriale de Santé (CPTS). S'accorder autour d'un protocole au sein d'une Maison de Santé Pluridisciplinaire (MSP) est donc plus simple, bien qu'en limitant l'utilisation entre les professionnels y adhérent. Ces propos font écho aux travaux de Brice PALACIN, qui montre qu'en effet, parmi les principaux obstacles à l'implication des pharmaciens dans les CPTS figure le manque de contenu concret ou la difficulté à travailler en groupe, certaines structures regroupant parfois plus d'une centaine de professionnels de santé. (29) Faciliter la réalisation des BPM à travers une collaboration entre le médecin et le pharmacien autour du support de l'ordonnance semble donc un bon moyen de faciliter les échanges, à plus petite échelle, sans restreindre l'application à un protocole au sein d'une seule MSP. Une expérimentation à récemment été lancée par les Union Régionales de Professionnels de Santé (URPS) pharmaciens et médecins des Hauts de France, visant à mettre en place des binômes médecins/pharmacien qui, à l'aide d'un outil informatique dédié, pourront se solliciter l'un ou l'autre pour réaliser un BPM et proposer des IP. (30)

2.1.8. La prescription des BPM : solution à certains freins à la réalisation.

La majorité des participants admet que la prescription des BPM serait favorable à leur réalisation. Selon eux, l'un des principaux avantages, outre l'ouverture du dialogue vis-à-vis de la prise en charge du patient, serait une meilleure efficacité du recrutement. Concernant ce point, le recrutement par le médecin permet de rassurer les pharmaciens quant à la réaction des médecins à la réception du compte-rendu. Les participants sont unanimes sur le fait que l'implication du médecin à travers la prescription permettrait de réaliser davantage de BPM et serait une manière simple et efficace pour de nombreux pharmaciens de débuter cette mission. En revanche, ils insistent sur la nécessité de définir, en concertation avec le prescripteur et en

amont, les modalités de la réalisation des BPM, en termes de patients cibles, moyen de communication ou points à aborder dans le compte-rendu par exemple.

2.1.9. Un outil d'amélioration de la prise en charge : en termes d'observance, d'effets indésirables et d'optimisation des traitements.

L'intégralité des participants reconnaît l'intérêt pour le patient des BPM. Les améliorations attendues concernent l'observance, une meilleure gestion des effets indésirables et l'optimisation des prescriptions, à travers des substitutions, dé-prescription ou correction de posologies. Dans la thèse de Marion WARDEGA, les médecins interrogés jugeaient pertinents de solliciter le pharmacien à travers les BPM dans les cas de multi-morbidité, avec des ordonnances provenant de plusieurs spécialistes, en sortie d'hospitalisation, en cas de polymédication ou bien lorsque ces derniers rencontrent des difficultés à supprimer certaines molécules d'un traitement chez un patient. (13) Les principaux obstacles qu'ils rencontrent sont le manque de temps, parfois le manque de connaissances pharmacologiques et la difficulté à avoir accès à l'intégralité des traitements d'un patient. Interrogés sur ces difficultés lors des entretiens, les participants reconnaissent leurs capacités à aider les médecins et se jugent spécialistes du médicament et premier professionnel de santé accessible.

2.2. Perspectives :

2.2.1. Communiquer sur le dispositif qui reste méconnu.

L'axe principal à développer est de faire connaitre davantage le dispositif aux médecins et aux pharmaciens dans la mesure où, comme l'étude a pu le démontrer, un nombre non négligeable de pharmaciens ne semblent pas maîtriser toutes les modalités de réalisation des BPM, ni des changements de facturation. Depuis 2021, une campagne de sensibilisation au risque iatrogénique lors de la grossesse a été mis en place. (31) Récemment, les pharmaciens sont

impliqués dans cette campagne au travers des entretiens courts pour la femme enceinte. (32)

Une campagne similaire destinée à faire connaître le dispositif est tout à fait envisageable.

2.2.2. Impliquer les médecins à travers la prescription.

La généralisation de la prescription des BPM par le médecin généraliste semble une solution efficace pour faciliter leur réalisation. Du côté des médecins, l'implication directe de ces derniers pourra permettre l'application des IP et faciliter la dé-prescription chez le patient âgé poly-médiqué. Du côté des pharmaciens, la prescription semble faciliter le recrutement des patients, rassure quant à l'adhésion du médecin. De part et d'autre, la prescription semble un bon moyen de collaborer dans l'intérêt du patient et de faciliter les échanges. Depuis 2023, au sein du service de gériatrie du CHU d'Angers, les médecins ajoutent la mention « Le pharmacien pourra effectuer un bilan partagé de médication » sur les ordonnances de sortie d'hospitalisation pour réduire le risque d'iatrogénie au retour à domicile.

2.2.3. Donner la liberté aux professionnels de santé de définir les modalités de réalisation conjointement.

Plusieurs pharmaciens participants aux entretiens expriment la volonté de rester à l'initiative et que les BPM ne soient pas uniquement soumis à prescription, pour ne pas être submergés par la demande. L'inclusion des médecins doit donc faire l'objet de concertation au préalable entre les deux professionnels pour qu'ils définissent ensemble les patients ciblés, les moyens de communication utilisés. L'idée de mettre en place en amont un protocole « de soin », émise par les médecins participants à la thèse de Marion WARDEGA, est plébiscitée du côté des pharmaciens également. (13) Un pharmacien considère que l'absence actuelle de protocole constitue un frein à la réalisation des BPM et paraît nécessaire. Cependant, tous sont unanimes sur le fait que ces protocoles doivent être établis avec chaque médecin ou cabinet, afin que les modalités soient connues de part et d'autre et qu'ils s'adaptent aux souhaits des médecins tout en ne contraignant pas le pharmacien. S'appuyer sur les structures comme les MSP peut

également faciliter la coopération entre les professionnels et permettre d'en inclure d'autres, à l'image des infirmiers libéraux, cités comme une aide précieuse par les pharmaciens et les médecins.

2.2.4. Une revalorisation financière.

Principal frein actuel évoqué, à la fois par les pharmaciens et les médecins, la rémunération est jugée trop faible. Dans le cadre de sa thèse, Julie JONCOURT démontre que la rémunération de 60€ ne permet de dégager aucun bénéfice. (33) Ainsi, il paraît peu probable que l'outil puisse se développer. En plus d'une revalorisation financière du côté pharmacien, l'inclusion du médecin au dispositif justifie une rémunération pour sa participation. Cela pourrait prendre la forme d'une ROSP lié à la prescription des BPM par exemple.

2.2.5. Incorporer des enseignements communs à toutes les filières de santé au cours des études.

Il apparaît clair à la lecture des résultats de ce travail que la relation entre les pharmaciens et les médecins doit être une préoccupation majeure. Les nombreux travaux issus de la littérature abordant cette relation interprofessionnelle mettent en avant une méconnaissance mutuelle du rôle et de la pratique des différents professionnels de santé entre eux. Certains témoignages, tels que ceux rapporté par Cécile-Marie MUR dans son étude, montrent parfois une vraie défiance entre les différentes professions. (22) Il paraît fondamental pour garantir le bon fonctionnement du système de santé français que chacun connaisse et reconnaissasse le travail de ses confrères.

Ainsi, introduire une part d'enseignement commun lors des études des différentes filières paraît un moyen efficace pour que chacun puisse se familiariser avec le travail des autres et favoriser la communication entre étudiants. Au cours des dernières années plusieurs dispositifs ont été mis en place au sein de l'Université d'Angers. Parmi eux, le déploiement du Service Sanitaire,

regroupant des étudiants de toutes les filières de santé (médecine, pharmacie, maïeutique, kinésithérapie, soins infirmiers) a permis de faire collaborer toutes les professions autour de sujets de santé publique. (34)(35) Un Séminaire Interprofessionnel a également été organisé dans ce même but. (36) Enfin, des enseignements pluriprofessionnels ont été instaurés à destination des étudiants de sixième année de pharmacie et des internes en médecine générale, avec comme thématique : « Travailler ensemble : médecins-pharmacien ». (37) Dans une thèse soutenue en 2019, à l'issu du Service Sanitaire, Mégane DELAUNAY démontre que 93% des étudiants sont satisfaits de l'expérience et pour 38% d'entre eux, le principal bénéfice est le travail en interprofessionnalité. (38) De nombreux travaux mettent en avant les bénéfices du travail pluriprofessionnel, à l'image d'une étude publiée en 2015, montrant qu'une formation commune favorise la communication entre les professionnels de santé et les incite à coopérer dans le futur. (39)

2.2.6. Adapter les logiciels professionnels à l'exercice pluriprofessionnel.

Plusieurs pharmaciens participants mentionnent un manque de support et d'aide à la réalisation des BPM. Certains évoquent aussi les difficultés à trouver un canal de communication simple, rapide et direct avec les prescripteurs. Du côté des médecins, certains évoquent dans la thèse de Marion WARDEGA le manque de cohérence des bilans envoyés faute d'une trame commune à tous les pharmaciens. (13) Ce double constat met en avant une lacune des logiciels professionnels, qui n'incluent pas d'outils pour répondre à ce genre de problématique, autant en terme d'analyse pharmaceutique, de support d'entretien que de communication. Un pharmacien interrogé regrette l'absence de ressources telles que l'analyse d'ordonnance de Vidal. (40) D'autres outils existent, tel que le calculateur de charge cholinergique de l'application POSOS, l'outil d'évaluation de la fonction rénale du gite GPR, l'outil START/STOPP. (41)(42)(43) Aucuns des logiciels n'incluent ces ressources « références ». De plus, plusieurs d'entre elles sont payantes et par conséquent accessibles

qu'à une partie des pharmaciens. L'aspect chronophage des BPM est le principal frein cité par les pharmaciens interrogés lors de cette thèse, centraliser les ressources en un même logiciel semble donc une problématique intéressante à résoudre pour gagner en efficacité lors des BPM. La recherche de support pour la réalisation des BPM est aussi une préoccupation pour un pharmacien. Une thèse soutenue en 2019 visait à proposer un outil en ce sens. (44) Le récent Ségur du numérique définit comme l'un des objectifs le partage des informations de santé entre professionnels et avec les patients, notamment par l'inclusion dans les logiciels d'un accès à Mon Espace Santé, carnet de santé numérique lancé en 2022 en remplacement du Dossier Médical Partagé (DMP). (45) L'évolution de cet outil pourrait se montrer un avantage dans la communication pluriprofessionnelle. Récent et toujours en cours de déploiement, le Ségur du Numérique apportera peut-être des solutions aux professionnels de santé, profitables à la réalisation et la communication des BPM. (46)

CONCLUSION

Pour les pharmaciens, le Bilan Partagé de Médication s'inscrit dans une démarche d'amélioration de la prise en charge des patients. L'outil est jugé pertinent, utile et valorisant dans l'exercice du métier de pharmacien.

L'inclusion des médecins dans ce dispositif, à travers le support commun qu'est l'ordonnance, est bien reçu par les pharmaciens. Elle n'a, en revanche, pas eu d'impact significatif dans la réalisation des bilans dans le cadre de l'expérimentation initiée par la thèse de Marion WARDEGA, ayant permis de former des médecins aux BPM.

Les pharmaciens témoignent de besoins, assez bien identifiés, à la réalisation de BPM. Les principaux freins auxquels ils sont confrontés sont le manque de temps, de moyens et la méconnaissance du dispositif. Si la prescription ne permet pas d'apporter de solutions à ces difficultés directement, elle impose, pour les pharmaciens, d'initier une collaboration avec leurs confrères médecins qui ne serait que bénéfique.

La relation entre médecins et pharmaciens est centrale dans la cadre des BPM et constitue parfois un frein supplémentaire à leur réalisation. Les pharmaciens témoignent au travers des entretiens une appréhension, plus ou moins marquée, du retour médical à l'issue d'un BPM. Ils jugent nécessaire de définir au préalable les modalités de prescription des BPM avec les médecins. La prescription des BPM semble donc un bon levier d'amélioration de la relation avec les prescripteurs, permettant d'ouvrir le dialogue.

Dans l'exercice officinal, la prescription est jugée intéressante pour augmenter le nombre de BPM réalisé. Elle facilite le recrutement des patients et permet d'améliorer l'adhésion des patients à leur traitement et l'observance. L'implication du médecin permet de donner davantage de poids aux propositions et donc de rendre plus efficace la dé-prescription.

La réalisation des BPM est indéniablement un exercice à développer pour les pharmaciens et la prescription ne peut que l'encourager. Néanmoins, les pharmaciens et les médecins

partagent le sentiment que le dispositif est à ce jour trop méconnu à la fois par les professionnels de santé et par les patients. Les pharmaciens ne sont également pas toujours suffisamment formés et les logiciels professionnels pas encore adaptés. La rémunération est jugée trop faible pour le coût humain nécessaire à la réalisation des bilans pour les officines. Le système de santé français gagnerait énormément à favoriser les échanges entre les deux professions, dont on peut constater que la communication est souvent difficile, la méconnaissance commune du travail de chacun étant encore un facteur limitant la coopération interprofessionnelle. La prescription de BPM pourrait ainsi constituer un des axes d'amélioration.

Pour conclure, ce travail de thèse semble montrer que les BPM peinent toujours à trouver leur place dans un exercice officinal se diversifiant de plus en plus. Si elle ne règle pas tous freins évoqués, la prescription des BPM semble être une solution à certains d'entre eux et est bien accueillie par les pharmaciens ayant déjà pu en recevoir.

BIBLIOGRAPHIE

- (1) Ameli.fr. 03 août 2022. « Médicaments après 65 ans : effets indésirables fréquents (iatrogénie)
- Disponible sur : https://www.ameli.fr/assure/sante/medicaments/medicaments-et-situation-de-vie/iatrogenie-medicamenteuse#text_10952
- (2) Haute Autorité de Santé. Mars 2015. Note méthodologique et de synthèse documentaire. « Prendre en charge une personne âgée polypathologique en soins primaires »
- (3) M. Monégat et al. La polymédication : définitions, mesures et enjeux. Revue de la littérature et tests de mesure. Questions d'économie de la Santé n°204. Décembre 2014
- (4) Assurance Maladie. Juillet 2023. Rapport au ministère chargé de la Sécurité sociale et au Parlement sur l'évolution des charges et des produits de l'Assurance Maladie au titre de 2024 (loi du 13 août 2004). « AMÉLIORER LA QUALITÉ DU SYSTÈME DE SANTÉ ET MAÎTRISER LES DÉPENSES : propositions de l'Assurance Maladie pour 2024 »
- (5) Assurance Maladie Pays de la Loire. Mars 2019. Dossier de presse « Avec vos médicaments, restez maître du jeu ! »
- (6) Haute Autorité de Santé. Legrain Sylvie. 2005. Consommation Médicamenteuse chez le Sujet Agé* Consommation, Prescription, Iatrogénie et Observance.
- (7) Haute Autorité de Santé. Septembre 2014. « Comment améliorer la qualité et la sécurité des prescriptions de médicaments chez la personne âgée ? »
- (8) Journal officiel de la République Française. 16 mars 2018. Avenant n°12 à la convention nationale du 4 avril 2012 organisant les rapports entre les pharmaciens titulaires d'officine et l'assurance maladie.
- (9) Société Française de pharmacie clinique. 2017. Fiche mémo « Préconisations pour la pratique des bilans partagés de médication »

- (10) Journal officiel de la République Française. 30 septembre 2020. Avenant n°21 à la convention nationale du 4 avril 2012 organisant les rapports entre les pharmaciens titulaires d'officine et l'assurance maladie.
- (11) Romain Tales. Carte de France des 22100 pharmacies. Mise à jour du 20 novembre 2023.
Disponible sur : <https://www.data.gouv.fr/fr/reuses/carte-de-france-des-22-100-pharmacies/>
- (12) Thèse pour le Doctorat en Pharmacie. Alexandre ROUSSEL. Faculté de Pharmacie de Rouen. Soutenue en juin 2022. « Bilan partagé de médication à l'officine : Étude sur les difficultés de réalisation chez les pharmaciens de Haute-Normandie. »
- (13) Thèse pour le doctorat en médecine. Marion WARDEGA. Faculté de médecine d'Angers. Soutenue en janvier 2023. « Bilan partagé de médication : Avis des médecins traitants en zone sous médicalisée dans la subdivision d'Angers »
- (14) Source CPAM, Dr Jean-François Besançon, Pharmacien conseil, Service médical Pays de la Loire
- (15) Thèse pour le doctorat en pharmacie. Pauline BOUZIGUES. Faculté de pharmacie de Toulouse. Soutenue en mai 2023. « Les nouvelles missions du pharmacien d'officine : bilan en Occitanie »
- (16) Thèse pour le doctorat en médecine. Bertille LEROY. Faculté de médecine de Rouen. Soutenue en septembre 2022. « Quels sont les besoins et les attentes des médecins généralistes et des pharmaciens d'officine concernant la coopération professionnelle dans le cadre de la réalisation des bilans partagés de médication ? »
- (17) Thèse pour le doctorat en pharmacie. Maxence BESSE. Faculté de pharmacie de Rennes. Soutenue en novembre 2021. « Méthodes de communication avec les patients polymédiqués : exemple d'application au Bilan Partagé de Médication. »

- (18) Ministère des Solidarités et de la Santé. 1 Mars 2022. Communiqué de presse.
« Dépistage du cancer colorectal : les kits de dépistage livrés directement à domicile »
- (19) Institut National du Cancer. Stratégie décennale de lutte contre les cancers 2021-2030.
Feuille de route 2021-2025. « Des progrès pour tous, de l'espoir pour demain »
- (20) France Info. 23 Mars 2022. « "Il manque 15 000 pharmaciens", selon la Fédération des syndicats pharmaceutiques de France ».
Disponible sur : https://www.francetvinfo.fr/societe/sante-il-manque-15000-pharmaciens-selon-la-federation-des-syndicats-pharmaceutiques-de-france_5435224.html
- (21) Ordre National des Pharmaciens. Démographie des pharmaciens. Panorama au 1^{er} Janvier 2023.
Disponible sur : <https://www.ordre.pharmacien.fr/les-communications/focus-sur/les-autres-publications/demographie-des-pharmaciens-panorama-au-1er-janvier-2023>
- (22) Thèse pour le doctorat en médecine. Marie-Cécile MUR. Faculté de médecine et pharmacie de Poitiers. Soutenue en juin 2021. « Ressenti du médecin généraliste sur le rôle du pharmacien dans le Bilan Partagé de Médication »
- (23) Thèse pour le doctorat en médecine. Théo BOIDOUX. Faculté de médecine Henri Warenbourg de Lille. Soutenue en octobre 2021. « Le Bilan partagé de Médication, la Conciliation Médicamenteuse et la Pluridisciplinarité en Ambulatoire : Motivation des médecins et des pharmaciens du Nord Pas de Calais »
- (24) Journal officiel de la République Française. 9 Aout 2023. Décret n° 2023-736 du 8 août 2023 relatif aux compétences vaccinales des infirmiers, des pharmaciens d'officine, des infirmiers et des pharmaciens exerçant au sein des pharmacies à usage intérieur, des professionnels de santé exerçant au sein des laboratoires de biologie médicale et des étudiants en troisième cycle des études pharmaceutiques.

(25) Ordre National des Pharmaciens. 5 Octobre 2023. « PLFSS 2024 : quelles mesures concernent les pharmaciens ? »

Disponible sur : <https://www.ordre.pharmacien.fr/les-communications/focus-sur/les-actualites/plfss-2024-quelles-mesures-concernent-les-pharmaciens>

(26) Journal officiel de la République Française. 1 Décembre 2016. Arrêté du 28 novembre 2016 relatif aux bonnes pratiques de dispensation des médicaments dans les pharmacies d'officine, les pharmacies mutualistes et les pharmacies de secours minières, mentionnées à l'article L. 5121-5 du code de la santé publique.

(27) Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques. Octobre 2017. Études et Résultats, Numéro 1036. « Polymédication et pathologies chroniques multiples : opinions et pratiques des médecins généralistes »

(28) Thèse pour le Doctorat en Médecine. Rokia KONÉ. Faculté de Médecine de Toulouse. Soutenue en janvier 2018. « BILANS DE MEDICATION PAR LE PHARMACIEN D'OFFICINE : ANALYSE DE L'APPLICATION DES PROPOSITIONS PHARMACEUTIQUES PAR LE MEDECIN GENERALISTE EN OCCITANIE »

(29) Thèse pour le Doctorat en Pharmacie. Brice PALACIN. Faculté de Pharmacie de Toulouse. Soutenue en juin 2023. « L'avenir de l'engagement des pharmaciens dans les exercices coordonnés : focus sur les communautés professionnelles territoriales de santé »

(30) URPS Pharmaciens Hauts-de-France. Février 2023. « La Lettre » n°14. p. 11

(31) Agence Nationale de sécurité des médicaments et des produits de santé. Juin 2021. « Enceinte, les médicaments, c'est pas n'importe comment ! ». Disponible sur : <https://www.medicamentsetgrossesse.fr>

(32) Journal officiel de la République Française. 10 Avril 2022. Arrêté du 31 mars 2022 portant approbation de la Convention nationale organisant les rapports entre les pharmaciens titulaires d'officine et l'assurance maladie.

- (33) Thèse pour le Doctorat en Pharmacie. Julie JONCOURT. Faculté de Pharmacie de Grenoble. Soutenue en décembre 2017. « Le bilan de médication à l'officine : étude pilote auprès de 41 pharmacies en vue de leur implantation en routine »
- (34) Journal officiel de la République Française. 13 Juin 2018. Décret n° 2018-472 du 12 juin 2018 relatif au service sanitaire des étudiants en santé.
- (35) Loïc VAILLANT. Service Sanitaire : enjeux et objectifs pour les étudiants en santé. In : Stéphane LE BOULER ; Pauline LENESLEY. Presses universitaires François Rabelais, 2021. Hors collection. p. 310-313.
- (36) Thèse pour le Doctorat en Pharmacie. Arthur PIRAUT. Faculté de Pharmacie d'Angers. Soutenue en décembre 2017. « L'enseignement de la coopération interprofessionnelle en santé »
- (37) Poster Travailler Ensemble dans l'Intérêt du Patient : Mise en place d'une formation commune entre étudiants en médecine et en pharmacie ; Sébastien Faure, François Garnier, Jean-Louis Laffilhe, Brigitte Pech, Sylvie Marsan-Poiroux ; Université d'Angers
- (38) Thèse pour le Doctorat en Pharmacie. Mégane DELAUNAY. Faculté de Pharmacie d'Angers. Soutenue en octobre 2019. « Évaluation de l'éducation sexuelle par les pairs à destination des élèves du secondaire »
- (39) FIQUET, Laure et al. Une formation inter professionnelle pour apprendre à travailler ensemble. La perception des étudiants en santé. *Pédagogie Médicale*. 2015, 16(2), 105-117.
- (40) <https://www.vidal.fr/analyse-ordonnance.html>
- (41) <https://www.posos.co/fonctionnalites/charge-anticholinergique#:~:text=Posos%20identifie%20les%20m%C3%A9dicaments%20susceptibles,l'ordonnance%20que%20vous%20analysez.>
- (42) <http://sitegpr.com/>

- (43) Les critères STOPP/START.v2 : adaptation en langue française. P.O. Lang and al. ; NPG Neurologie - Psychiatrie – Gériatrie Volume 15, décembre 2015, Pages 323-336
- (44) Thèse pour le Doctorat en Pharmacie. Ugo VALETTE. Faculté de Pharmacie de Montpellier. Soutenue en février 2019. « Mise en place d'un outil standardisé de réalisation de Bilan Partagé de Médication, à destination du pharmacien d'officine. »
- (45) Ministère de la Santé et de la Prévention. 04 février 2022. Communiqué de presse. « Lancement de Mon espace santé : un nouveau service public pour gérer ses données de santé utiles au parcours de soin »
- (46) Ministère de la Santé et de la Prévention. 05 avril 2023. « Comprendre le Ségur du numérique en santé Présentation, objectifs et périmètre »
Disponible sur :
https://esante.gouv.fr/sites/default/files/media_entity/documents/Segur_ChantierD_DocCommun_VF.pdf

Table des matières

REMERCIEMENTS	8
PLAN	14
LISTE DES ABREVIATIONS	16
INTRODUCTION	17
MÉTHODES	22
1. Intérêts de la méthodologie choisie	22
2. Recrutement et échantillonnage.....	22
3. Réalisation des entretiens	23
RÉSULTATS	25
1. Caractéristiques des participants	25
2. Résultats des entretiens.....	26
2.1. Les Bilans Partagés de Médication dans l'amélioration de la prise en charge	26
2.1.1. Via la relation avec les patients.....	26
2.1.2. Via la connaissance des médicaments.....	28
2.1.3. Via une démarche pédagogique	29
2.2. Les Bilans Partagés de Médication dans la relation entre médecins et pharmaciens	29
2.2.1. Aspects négatifs	29
a) Appréhension vis-à-vis des médecins	29
b) Méconnaissance du dispositif	31
c) Difficultés à rentrer en communication	31
2.2.2. Aspects positifs	33
a) Le dispositif renforce la relation.....	33
b) La relation renforce le dispositif.....	33
2.3. Les Bilans Partagés de Médication dans l'exercice du métier de pharmacien	36
2.3.1. Les difficultés	36
a) La connaissance du dispositif	36
b) Le temps.....	36
c) La rémunération	38
d) Le contexte sanitaire	39
e) L'organisation	39
f) Le recueil des informations	40
2.3.2. Les intérêts.....	41
2.4. Le ressenti sur la prescription des Bilans Partagés de Médication	42
2.4.1. Concernant la thèse de médecine générale.....	42
2.4.2. Concernant la prescription	43
a) Augmentation de la réalisation	43
b) Amélioration du rapport médecin/pharmacien	44
c) Recrutement des patients.....	45
2.4.3. Concernant l'accueil des prescriptions.....	45
2.4.4. Concernant les axes d'amélioration	46
a) Communication	46
b) Procédure en amont	47
c) Rémunération du prescripteur.....	47
d) Formation	48

DISCUSSION	49
1. La méthodologie.....	49
1.1. Points forts	49
1.2. Points faibles.....	49
2. Les résultats.....	50
2.1. Comparaison à la littérature	50
2.1.1. Un outil mal défini par les pharmaciens eux-mêmes.	50
2.1.2. Méconnaissance des ressources d'aide à la réalisation : défaut de formation.	51
2.1.3. Manque d'accompagnement par les institutions.....	51
2.1.4. Balance coûts/bénéfices défavorable.	52
2.1.5. Une mission délaissée pour d'autres.	53
2.1.6. Appréhension du retour médical, marqueur de la relation médecin/pharmacien ?...	53
2.1.7. Un levier pour l'interprofessionnalité.....	54
2.1.8. La prescription des BPM : solution à certains freins à la réalisation.	55
2.1.9. Un outil d'amélioration de la prise en charge : en termes d'observance, d'effets indésirables et d'optimisation des traitements.	56
2.2. Perspectives :	56
2.2.1. Communiquer sur le dispositif qui reste méconnu.....	56
2.2.2. Impliquer les médecins à travers la prescription.....	57
2.2.3. Donner la liberté aux professionnels de santé de définir les modalités de réalisation conjointement.	57
2.2.4. Une revalorisation financière.	58
2.2.5. Incorporer des enseignements communs à toutes les filières de santé au cours des études. 58	
2.2.6. Adapter les logiciels professionnels à l'exercice pluriprofessionnel.....	59
CONCLUSION	61
BIBLIOGRAPHIE	63
TABLE DES MATIERES	69
TABLE DES ILLUSTRATIONS.....	71
TABLE DES TABLEAUX	72
ANNEXES	73
HARDOUIN ALEXIS	76

Table des illustrations

Figure 1 : part des patients de 65 ans et plus concerné par la polymédication en France.... 17

Table des tableaux

Tableau 1 : Caractéristiques socio-professionnelles des participants 25

Annexes

Annexe 1 : guide d'entretien

Entretien

PRÉAMBULE :

Présenter le contexte de la thèse, l'intitulé de la thèse et ses objectifs.

Expliquer comment va se dérouler l'entretien.

DEMANDE AUTORISATION D'ENREGISTREMENT. LES PROPOS SERONT INTÉGRALEMENT RETRANSCRIT À L'ÉCRIT MAIS ANONYMISÉS.

MIEUX PRENDRE EN CHARGE :

- Perception des pharmaciens du dispositif pour améliorer la prise en charge.
 - Place de la profession dans la prise en charge du patient âgé polymédiqué. (lutte contre inobservance, iatrogénie, suivi biologique)
 - Capacité du pharmacien à optimiser le traitement et proposer des changements.
-
- Quel est votre opinion sur la légitimité du pharmacien à réévaluer un traitement et d'en proposer des modifications dans le but de l'optimiser ?
 - Dans quelle mesure estimez-vous que les BPM puissent être un outil bénéfique aux patients dans leur prise en charge ?
 - Quels outils, supports ou ressources sont nécessaires à la réalisation des BPM de manière efficace ? Estimez-vous posséder tout cela pour les réaliser ?
 - Les médecins interrogés mentionnent des difficultés à dé-prescrire et optimiser les ordonnances des patients âgés polymédiqués par : - manque de temps – manque de connaissance pharmacologique – difficultés à confronter le mode de vie du patient et les recommandations scientifiques. Comment le pharmacien vous semble-t-il en mesure de répondre à ces problématiques grâce aux BPM ?

TRAVAILLER EN INTERPROFESSIONNALITÉ :

- Relation avec les prescripteurs (fréquence des échanges, moyen utilisé).
- Implication dans l'interprofessionnalité (CPTS, MSP, ESP ?).

- Perception sur l'implication des médecins dans les BPM.
- Moyens de communication actuel avec médecin dans le cadre des BPM et amélioration à y apporter.

- *Comment les BPM peuvent améliorer/détériorer la relation médecin/pharmacien ?*
- *Comment définiriez vos échanges avec les médecins autour de la prise en charge d'un patient ? A quelle fréquence et par quel moyen ? Comment l'améliorer ?*
- *Quel impact la prescription de BPM aurait-elle sur votre collaboration avec les médecins ? Le feriez-vous davantage ?*
- *Quelles démarches communes pourraient être mises en place avec le médecin avant la réalisation des BPM pour faciliter leur réalisation ? Établir une procédure commune au préalable par exemple ?*

METTRE EN PLACE LES « NOUVELLES MISSIONS »

- Estimation de l'implication actuelle (réalisation, nombre, qui s'en occupe)
- Freins à la mise en place
- Place des nouvelles missions dans l'exercice de la pharmacie

- *Pourquoi les BPM sont-ils généralement peu réalisés en officine selon vous ?*
- *Quels sont les motivations à la réalisation des BPM ?*
- *Quels sont les freins à la réalisation des BPM ?*
- *Comment jugez-vous votre degré d'implication dans les NM ?*
- *Quelle importance ont pour vous les NM en off aujourd'hui ?*

APPARTHÉ : rappeler le but de la thèse de Marion, ce que les médecins savent sur les BPM, le médecin qui a participé à l'étude.

ÉVALUER LA DYNAMIQUE LIÉ À LA PRESCRIPTION

- Ressenti sur l'expérimentation lié à la thèse de Marion.
- Impact immédiat sur la réalisation des BPM.
- Impact immédiat sur la relation avec les prescripteurs.
- Impact dans la durée sur la réalisation des BPM.

- *Quels retours avez-vous reçu suite au travail de l'étudiante en médecine générale concernant la prescription des BPM ?*
- *Dans votre manière de les réaliser ou bien dans les relations avec les prescripteurs, quels changements constatez-vous à la suite de la prescription de BPM ?*
- *Comment avez-vous réagi à la première prescription de BPM ?*
- *Dans le temps, quel impact peut avoir la prescription sur votre implication dans les BPM ?*
- *Quels axes de progression identifiez-vous pour ce dispositif ?*

Annexe 2 : retranscription des entretiens

Lien vers dossier Google Drive :

https://drive.google.com/drive/folders/1mwqxVJD7_bxFBbUvF6W0I8QrkpGWP6UR?usp=sharing

RÉSUMÉ

HARDOUIN Alexis

Prescription des bilans partagés de médication par le médecin traitant : ressenti de pharmaciens d'officine

A. Introduction

La polymédication concerne en France la moitié des plus de 65 ans. Depuis 2018, les pharmaciens peuvent réaliser des BPM, ayant pour but de contrôler l'iatrogénie médicamenteuse chez les patients âgés polymédiqués. Cependant, peu de BPM sont réalisés. Une thèse de médecine générale a expérimenté la prescription de BPM par les médecins. Cette thèse permet d'évaluer le ressenti des pharmaciens vis-à-vis de la prescription de BPM.

B. Sujets et Méthodes

Étude qualitative réalisé à travers des entretiens semi-dirigés auprès de huit pharmaciens, géographiquement proches de médecin formés à la prescription de BPM.

C. Résultats

Les pharmaciens étaient motivés par la réalisation de BPM, qu'ils jugeaient utiles à la prise en charge des patients. Il apparaissait en revanche que le dispositif était mal connu des pharmaciens eux-mêmes. De nombreux freins à la réalisation étaient identifiés par les pharmaciens. La relation avec le prescripteur était un levier important pour augmenter la réalisation de BPM. Les pharmaciens jugeaient intéressante l'implication des médecins aux BPM. La prescription de BPM n'avait pour le moment pas eu d'impact sur la réalisation.

D. Conclusion

La prescription des BPM permet de régler certains freins à la réalisation de BPM et d'améliorer la relation médecin/pharmacien.

Mots-clés : Bilan Partagé de Médication ; BPM ; interprofessionnalité ; prescription ; polymédication ; iatrogénie.

Titre en anglais

ABSTRACT

Keywords :

