

THÈSE
Pour le
DIPLOME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE

Par
Laurane MATIGNON
Née le 10 avril 1995 au Mans (72)

**Accompagnement à l'officine d'une mise en
place pérenne de l'inscription des
médicaments à Prescription Médicale
Facultative au Dossier Pharmaceutique**

Sous la direction de M. Jean-Louis LAFFILHE

Jury :

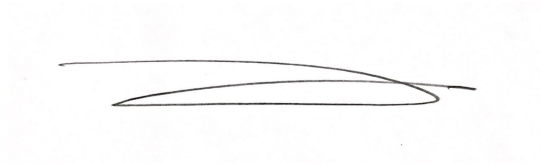
Président : Gérald LARCHER
Directeur : Jean-Louis LAFFILHE
Membres : Isabelle NICOLLEAU
Dominique LE VU

Soutenue publiquement le : 24 janvier 2020

ENGAGEMENT DE NON PLAGIAT

Je, soussignée **Laurane MATIGNON**, 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 **15 / 12 / 2019**

LISTE DES ENSEIGNANTS DE L'UFR SANTÉ D'ANGERS

Directeur de l'UFR : Pr Nicolas Lerolle

Directeur adjoint de l'UFR et directeur du département de pharmacie : Pr
Frédéric Lagarce

Directeur du département de médecine : Pr Cédric Annweiler

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

| | | |
|-----------------------------|---|-----------|
| ABRAHAM Pierre | Physiologie | Médecine |
| ANNWEILER Cédric | Gériatrie et biologie du vieillissement | Médecine |
| ASFAR Pierre | Réanimation | Médecine |
| AUBE Christophe | Radiologie et imagerie médicale | Médecine |
| AUGUSTO Jean-François | Néphrologie | Médecine |
| AZZOUZI Abdel Rahmène | Urologie | Médecine |
| BAUFRETON Christophe | Chirurgie thoracique et cardiovasculaire | Médecine |
| BENOIT Jean-Pierre | Pharmacotechnie | Pharmacie |
| BEYDON Laurent | Anesthésiologie-réanimation | Médecine |
| BIGOT Pierre | Urologie | Médecine |
| BONNEAU Dominique | Génétique | Médecine |
| BOUCHARA Jean-Philippe | Parasitologie et mycologie | Médecine |
| BOUVARD Béatrice | Rhumatologie | Médecine |
| BOURSIER Jérôme | Gastroentérologie ; hépatologie | Médecine |
| BRIET Marie | Pharmacologie | Médecine |
| CAILLIEZ Eric | Médecine générale | Médecine |
| CALES Paul | Gastroentérologie ; hépatologie | Médecine |
| CAMPONE Mario | Cancérologie ; radiothérapie | Médecine |
| CAROLI-BOSC François-xavier | Gastroentérologie ; hépatologie | Médecine |
| CHAPPARD Daniel | Cytologie, embryologie et cytogénétique | Médecine |
| CONNAN Laurent | Médecine générale | Médecine |
| COUTANT Régis | Pédiatrie | Médecine |
| COUTURIER Olivier | Biophysique et médecine nucléaire | Médecine |
| CUSTAUD Marc-Antoine | Physiologie | Médecine |
| DE BRUX Jean-Louis | Chirurgie thoracique et cardiovasculaire | Médecine |
| DE CASABIANCA Catherine | Médecine Générale | Médecine |
| DESCAMPS Philippe | Gynécologie-obstétrique | Médecine |
| DINOMAS Mickaël | Médecine physique et de réadaptation | Médecine |
| DIQUET Bertrand | Pharmacologie | Médecine |
| DUBEE Vincent | Maladies Infectieuses et Tropicales | Médecine |
| DUCANCELLE Alexandra | Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière | Médecine |
| DUVAL Olivier | Chimie thérapeutique | Pharmacie |
| DUVERGER Philippe | Pédopsychiatrie | Médecine |
| EVEILLARD Mathieu | Bactériologie-virologie | Pharmacie |
| FANELLO Serge | Épidémiologie ; économie de la santé et prévention | Médecine |
| FAURE Sébastien | Pharmacologie physiologie | Pharmacie |
| FOURNIER Henri-Dominique | Anatomie | Médecine |
| FURBER Alain | Cardiologie | Médecine |
| GAGNADOUX Frédéric | Pneumologie | Médecine |
| GARNIER François | Médecine générale | Médecine |
| GASCOIN Géraldine | Pédiatrie | Médecine |
| GOHIER Bénédicte | Psychiatrie d'adultes | Médecine |

| | | |
|---------------------------|--|-----------|
| GUARDIOLA Philippe | Hématologie ; transfusion | Médecine |
| GUILET David | Chimie analytique | Pharmacie |
| HAMY Antoine | Chirurgie générale | Médecine |
| HUNAUULT-BERGER Mathilde | Hématologie ; transfusion | Médecine |
| IFRAH Norbert | Hématologie ; transfusion | Médecine |
| JEANNIN Pascale | Immunologie | Médecine |
| KEMPF Marie | Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière | Médecine |
| LACCOURREYE Laurent | Oto-rhino-laryngologie | Médecine |
| LAGARCE Frédéric | Biopharmacie | Pharmacie |
| LARCHER Gérald | Biochimie et biologie moléculaires | Pharmacie |
| LASOCKI Sigismond | Anesthésiologie-réanimation | Médecine |
| LEGENDRE Guillaume | Gynécologie-obstétrique | Médecine |
| LEGRAND Erick | Rhumatologie | Médecine |
| LERMITE Emilie | Chirurgie générale | Médecine |
| LEROLLE Nicolas | Réanimation | Médecine |
| LUNEL-FABIANI Françoise | Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière | Médecine |
| MARCHAIS Véronique | Bactériologie-virologie | Pharmacie |
| MARTIN Ludovic | Dermato-vénéréologie | Médecine |
| MENEI Philippe | Neurochirurgie | Médecine |
| MERCAT Alain | Réanimation | Médecine |
| MERCIER Philippe | Anatomie | Médecine |
| PAPON Nicolas | Parasitologie et mycologie médicale | Pharmacie |
| PASSIRANI Catherine | Chimie générale | Pharmacie |
| PELLIER Isabelle | Pédiatrie | Médecine |
| PETIT Audrey | Médecine et Santé au Travail | Médecine |
| PICQUET Jean | Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire | Médecine |
| PODEVIN Guillaume | Chirurgie infantile | Médecine |
| PROCACCIO Vincent | Génétique | Médecine |
| PRUNIER Delphine | Biochimie et Biologie Moléculaire | Médecine |
| PRUNIER Fabrice | Cardiologie | Médecine |
| REYNIER Pascal | Biochimie et biologie moléculaire | Médecine |
| RICHARD Isabelle | Médecine physique et de réadaptation | Médecine |
| RICHOMME Pascal | Pharmacognosie | Pharmacie |
| RODIEN Patrice | Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques | Médecine |
| ROQUELAURE Yves | Médecine et santé au travail | Médecine |
| ROUGE-MAILLART Clotilde | Médecine légale et droit de la santé | Médecine |
| ROUSSEAU Audrey | Anatomie et cytologie pathologiques | Médecine |
| ROUSSEAU Pascal | Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique | Médecine |
| ROUSSELET Marie-Christine | Anatomie et cytologie pathologiques | Médecine |
| ROY Pierre-Marie | Thérapeutique | Médecine |
| SAULNIER Patrick | Biophysique et biostatistique | Pharmacie |
| SERAPHIN Denis | Chimie organique | Pharmacie |
| SUBRA Jean-François | Néphrologie | Médecine |
| UGO Valérie | Hématologie ; transfusion | Médecine |
| URBAN Thierry | Pneumologie | Médecine |
| VAN BOGAERT Patrick | Pédiatrie | Médecine |
| VENIER Marie-Claire | Pharmacotechnie | Pharmacie |
| VERNY Christophe | Neurologie | Médecine |
| WILLOTEAUX Serge | Radiologie et imagerie médicale | Médecine |

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

| | | |
|----------------------------|---|-----------|
| ANGOULVANT Cécile | Médecine Générale | Médecine |
| ANNAIX Véronique | Biochimie et biologie moléculaires | Pharmacie |
| BAGLIN Isabelle | Chimie thérapeutique | Pharmacie |
| BASTIAT Guillaume | Biophysique et biostatistique | Pharmacie |
| BEAUVILLAIN Céline | Immunologie | Médecine |
| BELIZNA Cristina | Médecine interne | Médecine |
| BELLANGER William | Médecine générale | Médecine |
| BELONCLE François | Réanimation | Médecine |
| BENOIT Jacqueline | Pharmacologie | Pharmacie |
| BIERE Loïc | Cardiologie | Médecine |
| BLANCHET Odile | Hématologie ; transfusion | Médecine |
| BOISARD Séverine | Chimie analytique | Pharmacie |
| CAPITAIN Olivier | Cancérologie ; radiothérapie | Médecine |
| CASSEREAU Julien | Neurologie | Médecine |
| CHEVAILLER Alain | Immunologie | Médecine |
| CHEVALIER Sylvie | Biologie cellulaire | Médecine |
| CLERE Nicolas | Pharmacologie / physiologie | Pharmacie |
| COLIN Estelle | Génétique | Médecine |
| DERBRE Séverine | Pharmacognosie | Pharmacie |
| DESHAYES Caroline | Bactériologie virologie | Pharmacie |
| FERRE Marc | Biologie moléculaire | Médecine |
| FLEURY Maxime | Immunologie | Pharmacie |
| FORTRAT Jacques-Olivier | Physiologie | Médecine |
| HAMEL Jean-François | Biostatistiques, informatique médicale | Médicale |
| HELESBEUX Jean-Jacques | Chimie organique | Pharmacie |
| HINDRE François | Biophysique | Médecine |
| JOUSSET-THULLIER Nathalie | Médecine légale et droit de la santé | Médecine |
| LACOEUILLE Franck | Biophysique et médecine nucléaire | Médecine |
| LANDREAU Anne | Botanique/ Mycologie | Pharmacie |
| LEBDAI Souhil | Urologie | Médecine |
| LEGEAY Samuel | Pharmacocinétique | Pharmacie |
| LE RAY-RICHOMME Anne-Marie | Pharmacognosie | Pharmacie |
| LEPELTIER Elise | Chimie générale | Pharmacie |
| LETOURNEL Franck | Biologie cellulaire | Médecine |
| LIBOUBAN Hélène | Histologie | Médecine |
| MABILLEAU Guillaume | Histologie, embryologie et cytogénétique | Médecine |
| MALLET Sabine | Chimie Analytique | Pharmacie |
| MAROT Agnès | Parasitologie et mycologie médicale | Pharmacie |
| MAY-PANLOUP Pascale | Biologie et médecine du développement et de la reproduction | Médecine |
| MESLIER Nicole | Physiologie | Médecine |
| MOUILLIE Jean-Marc | Philosophie | Médecine |
| NAIL BILLAUD Sandrine | Immunologie | Pharmacie |
| PAILHORIES Hélène | Bactériologie-virologie | Médecine |
| PAPON Xavier | Anatomie | Médecine |
| PASCO-PAPON Anne | Radiologie et imagerie médicale | Médecine |
| PECH Brigitte | Pharmacotechnie | Pharmacie |
| PENCHAUD Anne-Laurence | Sociologie | Médecine |
| PIHET Marc | Parasitologie et mycologie | Médecine |
| PY Thibaut | Médecine Générale | Médecine |
| RINEAU Emmanuel | Anesthésiologie réanimation | Médecine |
| RIOU Jérémie | Biostatistique | Pharmacie |
| 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 Thérapeutique | Pharmacie |
| TANGUY-SCHMIDT Aline | Hématologie ; transfusion | Médecine |
| TESSIER-CAZENEUVE Christine | Médecine Générale | Médecine |
| TRZEPIZUR Wojciech | Pneumologie | Médecine |

AUTRES ENSEIGNANTS

| | | |
|-----------------------|------------------|-----------|
| AUTRET Erwan | Anglais | Médecine |
| BARBEROUSSE Michel | Informatique | Médecine |
| BRUNOIS-DEBU Isabelle | Anglais | Pharmacie |
| CHIKH Yamina | Économie-Gestion | Médecine |
| FISBACH Martine | Anglais | Médecine |
| O'SULLIVAN Kayleigh | Anglais | Médecine |

PAST

| | | |
|---------------------|------------------------|-----------|
| CAVAILLON Pascal | Pharmacie Industrielle | Pharmacie |
| LAFFILHE Jean-Louis | Officine | Pharmacie |
| MOAL Frédéric | Pharmacie clinique | Pharmacie |

ATER

| | | |
|-------------------|-----------------------------|-----------|
| FOUDI Nabil (M) | Physiologie | Pharmacie |
| KILANI Jaafar | Biotechnologie | Pharmacie |
| WAKIM Jamal (Mme) | Biochimie et biomoléculaire | Médecine |

AHU

| | | |
|------------------|------------------------------------|-----------|
| BRIS Céline | Biochimie et biologie moléculaires | Pharmacie |
| CHAPPE Marion | Pharmacotechnie | Pharmacie |
| LEBRETON Vincent | Pharmacotechnie | Pharmacie |

CONTRACTUEL

| | | |
|------------------|------------------|-----------|
| VIAULT Guillaume | Chimie organique | Pharmacie |
|------------------|------------------|-----------|

REMERCIEMENTS

A monsieur Gérald LARCHER, professeur des universités,
Pour avoir accepté de présider cette thèse.

A monsieur Jean-Louis LAFFILHE, directeur de thèse,
Pour avoir accepté de diriger ce travail, pour m'avoir guidée et soutenue tout au long de la réalisation de cette thèse et de mes études.

A madame Isabelle NICOLLEAU, monsieur Dominique LE VU, membres du jury
Pour me faire l'honneur de juger ce travail et pour votre disponibilité.

Aux cinq équipes officinales ayant participées à l'expérimentation,
Pour votre engagement et la confiance que vous m'avez portée.

A toute l'équipe de la pharmacie GRANET,
Pour m'avoir accueillie dans votre officine et me former toujours plus sur la pratique officinale.

A mes ami·e·s : futur·e·s pharmacien·ne·s,
Que ce soit les irréductibles du groupes 4 (Soumma, Thamos, Diane, Chloé, Adrien), les officinettes (Marine, Romane, Charlotte), ma Camille, Mathilde, Arnaud, mon acolyte Thomas et tous les autres qui ont su faire de ces 6 années une fête de chaque instant.

A mes ami·e·s,
Johana, Sandrine, Camou et tous les autres, d'avoir ponctué mes années d'étude de rires et de complicité.

A Laura,
Pour ton amitié sans faille, ta joie et nos aventures burlesques. Pour me pousser à toujours aller plus loin, que ce soit dans mes études ou dans mon quotidien.

A ma famille et surtout à mes parents et ma sœur,
Pour m'avoir soutenue et encouragée dans mon projet fou de devenir pharmacienne, d'avoir été présents dans les montagnes russes que sont ces études. Sans vous, je n'y serais pas arrivée. Je vous aime !

Table des matières

| | |
|--|-----------|
| LISTE DES ABREVIATIONS | 1 |
| TABLE DES FIGURES | 2 |
| TABLE DES TABLEAUX | 4 |
| TABLE DES ANNEXES | 4 |
| INTRODUCTION | 5 |
| GENERALITES | 6 |
| 1. DOSSIER PHARMACEUTIQUE..... | 6 |
| 2. MEDICAMENTS A PMF | 6 |
| 3. PROGRAMMES QUALITE | 7 |
| 4. ÉTUDE IPADAM | 8 |
| ÉTUDE QUALITATIVE..... | 9 |
| 1. CHOIX DES PHARMACIES..... | 9 |
| 2. RENCONTRE DES EQUIPES EN AMONT DE L'ETUDE..... | 10 |
| 2.1. PHARMACIE A..... | 11 |
| 2.2. PHARMACIE B..... | 14 |
| 2.3. PHARMACIE C..... | 17 |
| 2.4. PHARMACIE D..... | 20 |
| 2.5. PHARMACIE E..... | 23 |
| 3. PREMIER BILAN..... | 26 |
| 3.1. PHARMACIE A..... | 26 |
| 3.2. PHARMACIE B..... | 26 |
| 3.3. PHARMACIE C..... | 27 |
| 3.4. PHARMACIE D..... | 27 |
| 3.5. PHARMACIE E..... | 28 |
| 3.6. RECAPITULATIF DU 1ER BILAN..... | 29 |

| | | |
|-----------|---|-----------|
| 3.7. | MODIFICATIONS SUITE AU 1 ^{ER} BILAN | 30 |
| 4. | DEUXIEME BILAN..... | 30 |
| 4.1. | PHARMACIE A..... | 31 |
| 4.2. | PHARMACIE B..... | 31 |
| 4.3. | PHARMACIE C..... | 32 |
| 4.4. | PHARMACIE D..... | 33 |
| 4.5. | PHARMACIE E | 34 |
| 4.6. | RECAPITULATIF DU 2EME BILAN..... | 35 |
| 5. | TROISIEME BILAN | 35 |
| 5.1. | PHARMACIE A..... | 36 |
| 5.2. | PHARMACIE B..... | 40 |
| 5.3. | PHARMACIE C..... | 44 |
| 5.4. | PHARMACIE D..... | 48 |
| 5.5. | PHARMACIE E | 52 |
| | ÉTUDE QUANTITATIVE..... | 57 |
| 1. | CHOIX DE L'OUTIL D'ÉTUDE | 57 |
| 2. | ÉVOLUTION PAR PHARMACIE..... | 59 |
| 2.1. | PHARMACIE A..... | 59 |
| 2.2. | PHARMACIE B..... | 60 |
| 2.3. | PHARMACIE C..... | 62 |
| 2.4. | PHARMACIE D..... | 63 |
| 2.5. | PHARMACIE E | 65 |
| | DISCUSSION | 67 |
| 1. | LES QUESTIONS QUE POSE L'ÉTUDE | 67 |
| 1.1. | EST-IL POSSIBLE DE PERENNISER L'INSCRIPTION DES MEDICAMENTS A PMF SUR LE DP ? | 67 |
| 1.2. | LES FREINS SONT-ILS SURTOUT LIES AUX PATIENTS OU AUX EQUIPES OFFICINALES ? | 67 |
| 1.3. | FAUT-IL CHOISIR LES MEDICAMENTS A PMF A INSCRIRE SYSTEMATIQUEMENT ? | 68 |
| 1.4. | DOIT-ON DIFFERENCIER LA DEMANDE SPONTANEE ET LE CONSEIL PHARMACEUTIQUE ? | 69 |
| 1.5. | LES PERSONNES AGEES SONT-ELLES UNE CIBLE PARTICULIERE ?..... | 69 |
| 1.6. | CETTE PRATIQUE AMELIORE-T-ELLE L'OUVERTURE DE DP ET SON UTILISATION ? | 70 |
| 1.7. | QUELS OUTILS FAVORISENT CETTE PRATIQUE ? | 70 |

| | |
|--|---------------|
| 1.8. QUEL APPOINT DU COACHING PAR UNE PERSONNE EXTERIEURE A L'OFFICINE ? | 71 |
| 2. LIMITES ET BIAIS DE L'ETUDE | 72 |
| 2.1. LIMITES LIEES A L'OUTIL INFORMATIQUE | 72 |
| 2.2. LIMITES LIEES AUX MEDICAMENTS | 72 |
| 2.3. CONDITIONS D'EXPERIMENTATION | 72 |
| 2.4. TAILLE ET SELECTION D'ECHANTILLON..... | 73 |
| 2.5. ACCOMPAGNEMENT NON PROFESSIONNEL..... | 73 |
| 3. COMPARAISON A L'ETUDE IPADAM | 74 |
| 4. FUTURES IMPLICATIONS DE CE TRAVAIL | 75 |
| CONCLUSION | 76 |
| BIBLIOGRAPHIE..... | 77 |
| ANNEXES..... | 80 |

Liste des abréviations

AcQO : Accueil qualité officine

AINS : Anti-inflammatoire non stéroïdien

APPEX : Association pour la promotion des pharmacies expérimentales

AVK : Anti vitamine K

BPD : Bonnes pratiques de dispensation

Cespharm : comité d'éducation sanitaire et sociale de la pharmacie française

CI : Contre-indication

CISS : Comité inter-associatif sur la santé

CNOP : Conseil national de l'ordre des pharmaciens

CPAM : Caisse primaire d'assurance maladie

CROP : Conseil régional de l'ordre des pharmaciens

CSP : Code de la santé publique

CV : Carte vitale

DMP : Dossier médical partagé

DP : Dossier pharmaceutique

DPC : Développement professionnel continu

eQo : évaluation qualité officine

IM : Interaction médicamenteuse

IP : Interventions pharmaceutique

IPADAM : Interventions Pharmaceutiques A propos du Dossier Pharmaceutique et de l'AutoMédication

IPP : Inhibiteur de la pompe à proton

MSA : Mutualité sociale agricole

ORL : Oto-Rhino-Laryngologique

PMF : Prescription médicale facultative

PMO : Prescription médicale obligatoire

Ph : Pharmacie

Table des figures

| | |
|--|----|
| Figure 1: Chronologie de l'étude à la Ph A | 11 |
| Figure 2 : Estimation sur les patient·e·s informé·e·s sur le DP à la Ph A | 11 |
| Figure 3 : Critères d'alimentation du DP en amont de l'étude par l'équipe de la Ph A..... | 12 |
| Figure 4 : Réticences de l'équipe de la Ph A face à l'inscription des médicaments | 13 |
| Figure 5 : Chronologie de l'étude à la Ph B | 14 |
| Figure 6 : Estimation sur les patient·e·s informé·e·s sur le DP à la Ph B | 15 |
| Figure 7 : Critères d'alimentation du DP en amont de l'étude par l'équipe de la Ph B..... | 15 |
| Figure 8 : Réticences de l'équipe de la Ph B face à l'inscription des médicaments | 16 |
| Figure 9 : Chronologie de l'étude à la Ph C | 17 |
| Figure 10 : Estimation des patient·e·s informé·e·s sur le DP à la Ph C..... | 18 |
| Figure 11 : Critères d'alimentation du DP en amont de l'étude par l'équipe de la Ph C..... | 18 |
| Figure 12 : Réticences de l'équipe de la Ph C face à l'inscription des médicaments | 19 |
| Figure 13 : Chronologie de l'étude à la Ph D | 20 |
| Figure 14 : Estimation des patient·e·s informé·e·s sur le DP à la Ph D | 21 |
| Figure 15 : Critères d'alimentation du DP en amont de l'étude par l'équipe de la Ph D..... | 21 |
| Figure 16 : Réticences de l'équipe de la Ph D face à l'inscription des médicaments | 22 |
| Figure 17 : Chronologie de l'étude à la Ph E..... | 23 |
| Figure 18 : Estimation des patient·e·s informé·e·s sur le DP à la Ph E..... | 24 |
| Figure 19 : Critères d'alimentation en amont de l'étude de l'équipe de la Ph E | 24 |
| Figure 20 : Réticences de l'équipe de la Ph E face à l'inscription des médicaments..... | 25 |
| Figure 21 : Critères d'alimentation du DP en aval de l'étude à la Ph A..... | 37 |
| Figure 22 : IM, CI et surdosages décelé·e·s par l'équipe de la Ph A | 37 |
| Figure 23 : Habitudes de présenter la CV par la patientèle de la Ph A | 38 |
| Figure 24 : Limites rencontrées lors de l'étude pour l'équipe de la Ph A | 38 |
| Figure 25 : Pratique devenue un réflexe pour les membres de l'équipe de la Ph A | 39 |
| Figure 26 : Pérennisation de la pratique par les membres de l'équipe de la Ph A | 39 |
| Figure 27 : Critères d'alimentation du DP en aval de l'étude à la Ph B..... | 41 |
| Figure 28 : IM, CI et surdosages décelé·e·s par l'équipe de la Ph B | 41 |
| Figure 29 : Habitudes de présenter la CV par la patientèle de la Ph B | 42 |
| Figure 30 : Limites rencontrées lors de l'étude pour l'équipe de la Ph B | 42 |
| Figure 31 : Pratique devenue un réflexe pour les membres de l'équipe de la Ph B | 43 |
| Figure 32 : Pérennisation de la pratique par les membres de l'équipe de la Ph B | 43 |
| Figure 33 : Critères d'alimentation du DP en aval de l'étude à la Ph C..... | 45 |
| Figure 34 : IM, CI et surdosages décelé·e·s par l'équipe de la Ph C | 46 |
| Figure 35 : Habitudes de présenter la CV par la patientèle de la Ph C..... | 46 |
| Figure 36 : Limites rencontrées lors de l'étude pour l'équipe de la Ph C | 47 |

| | |
|---|----|
| Figure 37 : Pratique devenue un réflexe pour les membres de l'équipe de la Ph C | 47 |
| Figure 38 : Pérennisation de la pratique par les membres de l'équipe de la Ph C | 48 |
| Figure 39 : Critères d'alimentation du DP en aval de l'étude à la Ph D | 49 |
| Figure 40 : IM, CI et surdosages décelé·e·s par l'équipe de la Ph D | 50 |
| Figure 41 : Habitudes de présenter la CV par la patientèle de la Ph D | 50 |
| Figure 42 : Limites rencontrées lors de l'étude pour l'équipe de la Ph D | 51 |
| Figure 43 : Pratique devenue un réflexe pour les membres de l'équipe de la Ph D | 51 |
| Figure 44 : Pérennisation de la pratique par les membres de l'équipe de la Ph D | 52 |
| Figure 45 : Critères d'alimentation du DP en aval de l'étude à la Ph E | 53 |
| Figure 46 : IM, CI et surdosages décelé·e·s par l'équipe de la Ph E | 54 |
| Figure 47 : Habitudes de présenter la CV par la patientèle de la Ph E | 54 |
| Figure 48 : Limites rencontrées lors de l'étude pour l'équipe de la Ph E | 55 |
| Figure 49 : Pratique devenue un réflexe pour les membres de l'équipe de la Ph E | 55 |
| Figure 50 : Pérennisation de la pratique par les membres de l'équipe de la Ph E | 56 |
| Figure 51 : Évolution de la proportion du nombre de délivrance associé au nom du·de la patient·e dans la Ph A | 59 |
| Figure 52 : Évolution de la proportion du nombre de délivrance associé au nom du·de la patient·e dans la Ph B | 60 |
| Figure 53 : Évolution de la proportion du nombre de délivrance associé au nom du·de la patient·e dans la Ph C | 62 |
| Figure 54 : Évolution de la proportion du nombre de délivrance associé au nom du·de la patient·e dans la Ph C | 63 |
| Figure 55 : Évolution de la proportion du nombre de délivrance associé au nom du·de la patient·e dans la Ph E | 65 |

Table des tableaux

| | |
|---|----|
| Tableau 1: Choix du type d'expérimentation par pharmacie | 10 |
| Tableau 2 : Freins et hypothèses d'amélioration évoqués au premier bilan dans chaque pharmacie..... | 29 |
| Tableau 3 : Freins et hypothèses d'amélioration évoqués au deuxième bilan dans chaque pharmacie | 35 |
| Tableau 4 : Comparaison de notre étude avec l'étude IPADAM | 74 |

Table des annexes

| | |
|---|----|
| Annexe 1 : Trame thèse | 80 |
| Annexe 2 : Questionnaire initial..... | 81 |
| Annexe 3 : Questionnaire initial pour les titulaires | 82 |
| Annexe 4 : Procédure sur l'ouverture d'un DP ou d'un DMP | 83 |
| Annexe 5 : Questionnaire final..... | 84 |
| Annexe 6 : Tableau quantitatif pour les pharmacies se concentrant sur les 6 spécialités de l'étude..... | 85 |
| Annexe 7 : Tableau quantitatif pour les pharmacies ayant choisies une expérimentation en systématique..... | 86 |
| Annexe 8 : Procédure de dispensation des médicaments à PMF | 87 |
| Annexe 9 : Tableau des solutions aux freins à l'inscription des médicaments à PMF sur le DP, pouvant être distribué aux équipes officinales | 89 |

Introduction

Le DP est un dispositif essentiel dans le suivi du·de la patient·e à l'officine. Largement utilisé lors de la délivrance de médicaments soumis à prescription, il l'est nettement moins lorsqu'il s'agit des médicaments à PMF, suite à un conseil ou à une demande spontanée du·de la patient·e. Pour autant, l'inscription des médicaments à PMF entre dans une démarche de Bonnes Pratiques de Dispensation. En effet, elle permet d'optimiser la sécurité de toute délivrance médicamenteuse.

L'intérêt de cette bonne pratique a été précédemment démontré par l'étude IPADAM réalisée en 2014 dans un grand nombre de pharmacies du centre de la France. Cette étude qui ne concernait que deux molécules (ibuprofène et pseudoéphédrine) a permis de détecter de nombreux cas d'IM, de CI et de surdosage. Pourtant, cette expérimentation, qui a été mise en place deux semaines, n'a pas conduit à une pérennisation de cette pratique.

Notre travail a donc consisté à accompagner pendant six mois, de janvier 2019 à juin 2019, cinq équipes officinales qui ont fait le choix d'inscrire cette pratique dans la durée.

Dans une première partie, nous exposerons quelques éléments statistiques et juridiques du DP et du guide de BPD édité par l'Ordre des Pharmaciens. Ensuite, nous présenterons l'étude IPADAM, menée sous l'égide de Brigitte Vennat, doyen de la faculté de Clermont-Ferrand puis, nous expliquerons les conditions de réalisation de notre étude :

- Travail réalisé en amont : rencontres avec les équipes, présentation du projet, état des lieux des pratiques, freins et leviers à mettre en place.
- Suivi et accompagnement au long cours des équipes officinales : étude qualitative des résultats obtenus à 2, 4 et 6 mois ; analyse des difficultés rencontrées.
- Enfin, nous établirons une discussion sur les résultats obtenus.

Généralités

1. Dossier pharmaceutique

Le DP est un outil mis en place en 2007 par le Conseil de l'Ordre des Pharmaciens.

Au 1^{er} décembre 2019, on compte 38 566 078 DP actifs et 99,9% des pharmacies sont connectées au DP (soit 21 438 officines)(1).

Il recense tous les médicaments, produits et objets définis au Code de la Santé Publique, délivrés au cours des quatre derniers mois(2). Cela concerne toutes les dispensations, que ce soit pour les médicaments prescrits sur ordonnance ou bien à prescription médicale facultative conseillés par le pharmacien(3). L'objectif principal du DP est une meilleure sécurisation de la dispensation des médicaments. En effet, cet outil permet de déceler des IM, des CI ou encore des surdosages.

Pour que le DP d'un·e patient·e puisse être créé, il est nécessaire de recueillir son consentement selon l'article R1111-20-3 du CSP(4). Pour cela, le·la pharmacien·ne doit informer le·la patient·e sur l'utilisation du DP ainsi que sur ses droits de clôture et de rectification de ce dernier.

Le DP doit être systématiquement alimenté par le·la pharmacien·ne lors de la dispensation, excepté en cas de refus du·de la patient·e(5).

Dans le cadre d'une délivrance de médicaments à PMF, le·la pharmacien·ne a l'obligation de conseiller de manière plus approfondie et de mettre à disposition les informations provenant des autorités de santé relatives au bon usage de ces médicaments(6).

2. Médicaments à PMF

Les médicaments à PMF sont non soumis à une prescription médicale obligatoire et peuvent donc être dispensés par un·e pharmacien·ne sans ordonnance (7).

A l'officine, 1 médicament sur 7 est dispensé par le·la pharmacien·ne sans prescription. 80% des français et françaises ont recours à l'automédication au moins une fois dans l'année (8). En août 2019, on recense 481 spécialités entrant dans la liste des médicaments de médication familiale (9). Les spécialités les plus vendues en automédication sont le Doliprane®, Oscillocoquinum® (homéopathie), Humex®, Daflon®, Nicorette®, Lysopaine®, Strepsil®, Berrocca®, Nurofenflash®.

Ces médicaments sont indiqués dans diverses situations et pathologies. Nous retrouvons de nombreux médicaments indiqués dans les troubles cutanés (poussées d'herpes labial, chutes de cheveux modérée, poux, lentes, acnés mineures...), troubles oculaires (irritations de l'œil, sécheresses oculaires, conjonctives allergiques saisonnières...), troubles gastro-intestinaux (diarrhées passagères, brûlures d'estomac, nausées et vomissements...), troubles de la sphère ORL (irritations de la gorge, rhinites allergiques...), troubles des voies aériennes supérieures (toux sèches, difficultés d'expectoration...), troubles buccodentaires (petites plaies de la bouche, sécheresses buccales, gingivites...), troubles gynécologiques (mycoses vulvo-vaginales, règles douloureuses...), troubles d'origines circulatoire (crises hémorroïdaires, ecchymoses, jambes lourdes...), troubles rhumatologiques (entorses, crampes musculaires...), douleur (maux de tête, fièvre, migraines...), addiction (sevrage tabagique), troubles du sommeil, asthénie (10).

L'automédication concerne un large public et représente un risque accru d'interactions. Il est donc important d'en prendre connaissance auprès des patient·e·s afin de leur offrir une meilleure prise en charge.

3. Programmes qualité

Il existe divers programmes relatifs à la qualité à l'officine. Certains sont mis en place par le Conseil de l'Ordre. Ils sont accessibles par tou·te·s et sont gratuits afin que chaque équipe officinale puisse améliorer leur pratique et progresser dans le domaine de la qualité (11).

Le programme AcQO a été publié en 2011 et est constitué de recommandations pour l'accueil des patients sans ordonnance. Nous y trouvons des informations sur les mesures générales (documentation nécessaire, choix du référencement...), des informations sur le comportement à avoir face à un·e patient·e sans ordonnance. Ce programme permet aux officinaux de s'autoévaluer sur ces domaines d'activité(12).

Le programme eQo est aussi mis en place par le Conseil de l'Ordre. Il permet d'évaluer le niveau de qualité d'une officine et recommande des axes d'amélioration dans la gestion d'une officine, dans l'assurance qualité, les locaux, matériels, archivage, actions de prévention et éducations des patient·e·s et dans la dispensation des médicaments et produits de santé. Nous y trouvons des référentiels quant à l'accueil pharmaceutique des patient·e·s sans ordonnance(13)(14).

Dans ces deux programmes, il est notifié que l'analyse pharmaceutique d'une demande spontanée ou d'un conseil doit passer par l'analyse de l'historique médicamenteux via le DP afin de sécuriser la dispensation et éviter de possibles IM, CI et surdosages.

4. Étude IPADAM

L'étude IPADAM (Interventions Pharmaceutiques A propos du Dossier pharmaceutique et de l'Auto-Médication) est un projet porté par Brigitte Vennat, présidente de l'APPEX (Association pour la Promotion des Pharmacies Expérimentales)(15).

Le but étant de recenser dans le cas de demandes spontanées d'ibuprofène et de pseudoéphédrine, les différents genres d'Interventions Pharmaceutiques (IP) proposées et réalisées. Cette étude a aussi pour objectif d'étudier la problématique de l'inscription des médicaments sur le DP lors d'une demande spontanée.

L'expérimentation se déroule dans 482 officines durant pendant deux semaines (la première en février, la seconde en avril 2014).

Les études quantitatives ont permis de répertorier 815 IP. Ces dernières concernent pour près de la moitié des contre-indications (46,90%). Les non-indications représentent plus d'un quart des IP (27,40%) tandis que les surdosages représentent 8,70%, les interactions médicamenteuses 7,20% et les cas de redondance de 7,20%. Au cours des 2 semaines d'expérimentation, dans 48,6% des propositions d'inscription au DP, les patient·e·s n'avaient pas leur carte vitale sur eux.

Dans le cas des dispensations en présence de la carte vitale, 68% ont pu être inscrites sur le DP. Les refus de création de DP concernent 14% de ces dispensations et les refus d'inscription représentent 18,1%. L'étude se concentre aussi sur le ressenti des dispensateur·rice·s ainsi que des patient·e·s.

Concernant les dispensateur·rice·s, 4 groupes ont été formés (6 à 12 personnes : titulaires, adjoint·e·s, préparateur·rice·s, stagiaires). Les résultats sont recueillis suite à des discussions ouvertes et une grille d'entretien.

Ce qui en résulte est que les patient·e·s ne sont pas toujours réceptif·ive·s aux IP car il·elle·s méconnaissent le DP. Cependant, après leur avoir expliqué, il en découle une véritable confiance envers le·la pharmacien·ne d'officine car cette bonne pratique permet de sécuriser la dispensation. Afin d'améliorer cette pratique, les professionnel·le·s ont émis le besoin d'une communication sur le DP auprès du grand public ou bien un « DP automatique ».

Pour recenser le ressenti des patient·e·s, 51 entretiens téléphoniques accompagnés d'une grille d'entretien ont été réalisés. Pour la plupart des patient·e·s, le DP reste méconnu et certain·e·s n'en voient pas l'intérêt. D'autres ont été séduit·e·s par l'investissement du·de la pharmacien·ne pour leur santé.

Cette étude a donc mis en avant l'impact positif pour la santé publique de l'inscription de l'ibuprofène et de la pseudoéphédrine sur le DP. Cela permet aussi d'améliorer les pratiques professionnelles. En effet, lors de cette

étude, on compte une augmentation de plus de 35% de demande de la carte vitale lors d'une dispensation de médicaments à PMF.

Cependant, l'expérimentation durant seulement 2 fois 1 semaine, ne permet pas de pérenniser la bonne pratique de dispensation des médicaments à PMF sur le DP, que ce soit auprès de l'équipe officinale ou encore chez les patient·e·s.

Étude qualitative

1. Choix des pharmacies

Afin d'avoir des retours variés, il est pertinent de travailler avec plusieurs officines. Pour des questions de transport, nous préférons nous concentrer sur des structures du Maine et Loire. Sur les conseils de Monsieur Laffilhe, nous nous dirigeons vers des pharmaciens déjà intéressés par la qualité en officine ou bien désirant améliorer leurs pratiques de dispensation.

Cinq pharmacies répondent favorablement quant à leur implication dans cette expérimentation.

Toutes ont des pratiques différentes concernant le DP mais elles ont toutes pour objectif d'utiliser plus souvent le DP lors de dispensations de médicaments à PMF afin de perfectionner la prise en charge du·de la patient·e.

L'expérimentation se fait donc avec cinq équipes officinales :

- Pharmacie de commune de plus de 10 000 habitants : Ph A
- Pharmacie de quartier à d'Angers : Ph B
- Pharmacie de commune de moins de 10 000 habitants : Ph C
- Pharmacie de commune de moins de 10 000 habitants : Ph D
- Pharmacie de commune de plus de 20 000 habitants : Ph E

Deux expérimentations sont mises en place. Soit l'équipe se concentre sur certaines molécules choisies par elle-même ou l'équipe décide de systématiser l'inscription des médicaments à PMF sur le DP. Cette décision est déterminée suite à la première rencontre avec les équipes.

Tableau 1: Choix du type d'expérimentation par pharmacie

| Pharmacie | Systématisation | Concentration sur certaines molécules |
|-----------|-----------------|--|
| Ph A | X | |
| Ph B | X | |
| Ph C | X | |
| Ph D | | X AINS, vasoconstricteurs et IPP |
| Ph E | | X AINS, vasoconstricteurs, antihistaminiques |

2. Rencontre des équipes en amont de l'étude

Avant le commencement de l'expérimentation, nous rencontrons les titulaires ainsi que leur équipe afin d'expliquer le déroulement des six prochains mois. Ainsi, nous répondons à leurs questions. Cela nous permet de comprendre comment est perçu ce projet par chacun·e. Nous prenons également connaissance des différents niveaux d'utilisation du DP de chaque officine, mais aussi des différences au sein même d'une équipe.

Afin d'accompagner cette rencontre, nous nous appuyons sur une trame préétablie, que nous envoyons, en amont, aux pharmaciens·ne·s titulaires qui nous la demandent. Elle est, par la suite, présentée à chacun·e, afin que tou·te·s aient les mêmes informations avant de débiter l'expérimentation (Annexe 1)

D'autre part, nous demandons à chaque membre de chaque équipe officinale de remplir un questionnaire initial (Annexes 2 et 3). Ce dernier nous permet d'avoir une approche plus personnalisée, car chacun·e n'a pas les mêmes notions de base sur le DP ni la même utilisation.

Les interventions suivantes s'appuient donc sur l'avancée de tou·te·s et de manière individuelle. Par ailleurs, cela permet d'établir un comparatif à la fin de l'expérimentation et ainsi d'évaluer l'évolution de chacun·e sur l'inscription des médicaments à PMF sur le DP.

2.1. Pharmacie A

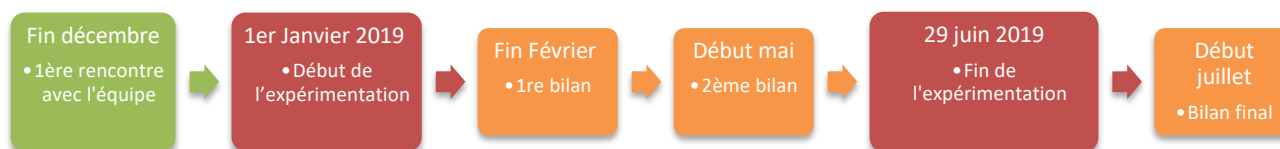


Figure 1: Chronologie de l'étude à la Ph A

Dès le premier contact, nous rencontrons le titulaire ainsi que son équipe. Il·elle·s sont très ouvert·e·s quant à une amélioration de leurs pratiques professionnelles, principalement en ce qui concerne la qualité de leurs dispensations. Une discussion concernant le DP est mise en place afin que chacun puisse exprimer sa manière de l'utiliser ou de l'aborder. Les principales craintes sont que les patient·e·s n'ont pas toujours leur carte vitale sur eux·elles ou qu'il·elle·s ne comprennent pas l'intérêt de cette pratique. L'équipe décide de **systematiser l'expérimentation**. C'est-à-dire d'avoir pour objectif d'inscrire toutes les spécialités de médication familiale sur le DP. Car pour que cette bonne pratique devienne une habitude, il·elle·s estiment qu'il faut la normaliser. Par ailleurs, il·elle·s souhaitent avoir un véritable suivi de notre part au niveau qualitatif mais aussi quantitatif. Le titulaire nous fournit le contact d'un membre du CROP des Pharmaciens des Pays de la Loire afin de récupérer les informations quantitatives qui nous sont utiles pour cette étude.

Synthèse des questionnaires initiaux remplis par : 1 pharmacien titulaire, 2 pharmaciennes adjointes, 4 préparatrices, 1 étudiante en 6^e année de pharmacie, 1 apprentie préparatrice.

Estimez-vous à l'aise avec le DP : le proposer, l'expliquer, le justifier ?

Tou·te·s se sentent à l'aise avec le DP. Excepté l'apprentie préparatrice qui n'a jamais appris comment l'ouvrir. Il est donc nécessaire de faire un rappel des modalités de création d'un DP pour que tou·te·s aient les mêmes bases.

Estimez-vous votre patientèle bien informée sur le DP ?

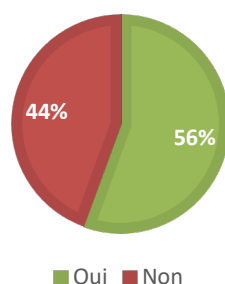


Figure 2 : Estimation sur les patient·e·s informé·e·s sur le DP à la Ph A

Plus de la moitié de l'équipe estime que leur patientèle est bien informée sur le DP. Mais cela n'est pas unanime. Il est donc intéressant de rappeler l'importance d'informer sur le sujet afin que cela puisse être mieux compris et généralisé à toutes délivrances de médicaments (avec ou sans ordonnance).

Pour ce faire, nous évoquons la possibilité de trouver des documents destinés aux patient·e·s via le Conseil de l'Ordre mais aussi les différentes manières d'aborder le DP de façon concrète, simple et concise(16).

Quand alimentez-vous le DP ?

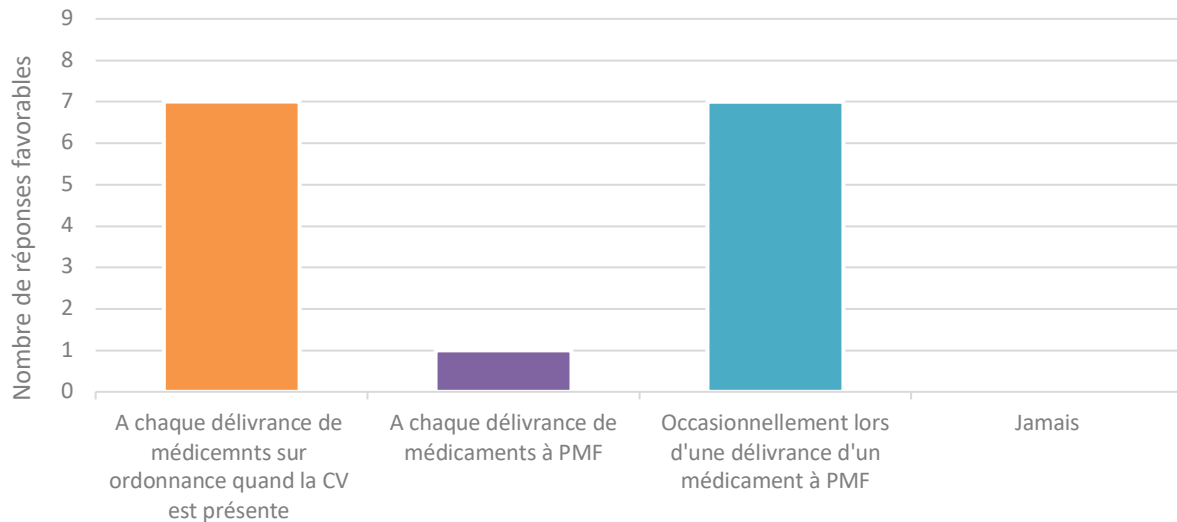


Figure 3 : Critères d'alimentation du DP en amont de l'étude par l'équipe de la Ph A

Une grande partie de l'équipe alimente le DP des patient·e·s à chaque délivrance de médicaments sur ordonnance quand la carte vitale est présente. Concernant les délivrances de médicaments à PMF, seule l'étudiante en pharmacie estime les inscrire sur le DP. Le reste de l'équipe ne l'alimente qu'occasionnellement. Cela se fait en fonction de certains critères. En effet, il·elle·s inscrivent ces délivrances sur le DP en cas de suspicion de dépendance (délivrances rapprochées), en cas de demande pour des personnes n'étant pas présentes ou en cas de traitement chronique. Mais cela dépend aussi du temps et de l'affluence dans la pharmacie.

Quelles sont vos réticences face à l'inscription des médicaments à PMF sur le DP ?

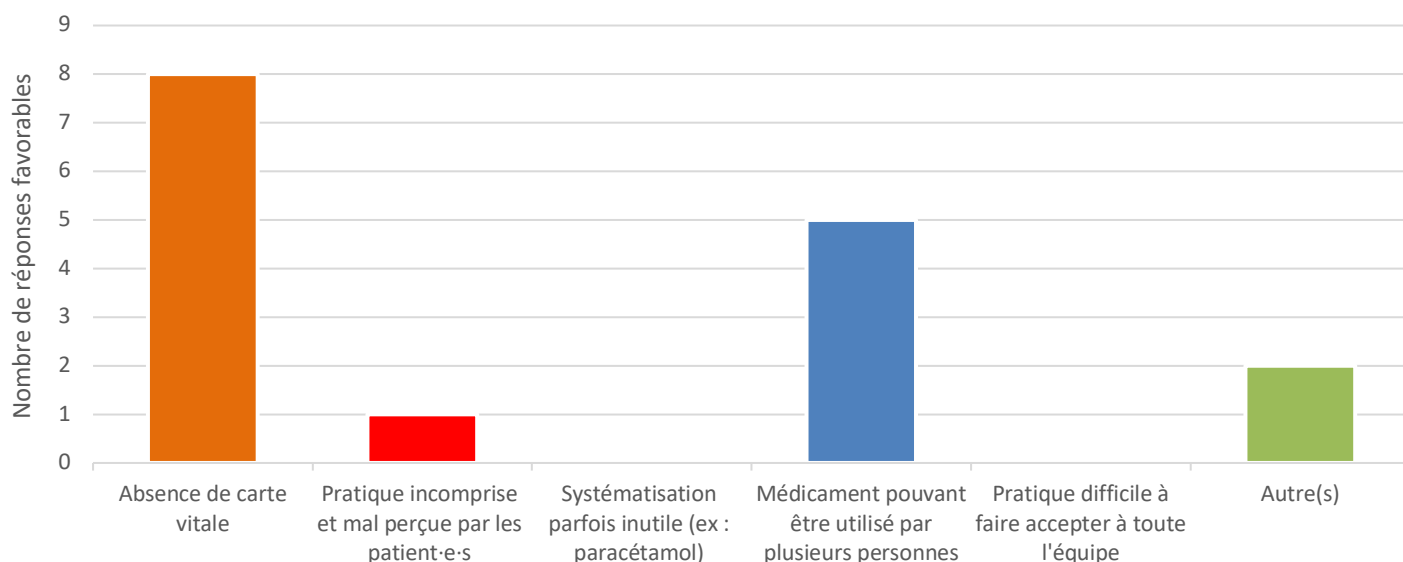


Figure 4 : Réticences de l'équipe de la Ph A face à l'inscription des médicaments à PMF sur le DP

La principale crainte relative à cette pratique est l'absence de carte vitale. Pour y faire face, nous proposons dans un premier temps, d'expliquer aux patient·e·s les raisons de cette demande de carte vitale, même en cas de délivrance de médicaments sans ordonnance. Il est indispensable que les patient·e·s comprennent cette démarche pour que la présentation de la carte vitale à chaque délivrance devienne une habitude. De plus, une des possibles limites de cette pratique, selon une partie de l'équipe, est la délivrance de médicaments pouvant être utilisés par plusieurs personnes (ex : trousse à pharmacie familiale). Il est aussi mis en avant par une préparatrice que sa réticence est surtout liée à l'effet chronophage que peut avoir cet exercice. Parfois la négligence peut aussi être une raison d'une non-inscription des médicaments à PMF sur le DP.

Pour quels motifs souhaitez-vous engager votre équipe dans cette démarche ?

Le pharmacien titulaire souhaite améliorer la qualité des délivrances au sein de son officine. Cela passe par une diminution des risques iatrogènes. Pour ce faire, le pharmacien titulaire estime qu'il faut prendre en compte les médicaments à PMF tout autant que ceux prescrits sur ordonnance. Le DP lui paraît être sous-utilisé et souhaite donc se perfectionner dans ce domaine.

2.2. Pharmacie B



Figure 5 : Chronologie de l'étude à la Ph B

Dans un premier temps, nous rencontrons le pharmacien titulaire afin de lui présenter le projet de notre thèse en nous appuyant sur une trame préétablie. Une fois bien éclairé et informé sur le déroulement de l'expérimentation, il est intéressé par le projet et s'investit quant à la manière dont les résultats peuvent être évalués. Il est important de le rassurer sur le fait que l'inscription des médicaments à PMF sur le DP ne remplace pas l'interrogatoire du/de la patient·e mais permet de le compléter. Selon lui, les principales limites de l'expérimentation peuvent être que les patient·e·s n'ont pas toujours un DP ouvert ou bien qu'il·elle·s n'aient pas l'habitude d'avoir leur carte vitale sur eux·elles lors d'une dispensation sans ordonnance.

Ensuite, nous rencontrons l'équipe officinale afin de préciser les détails du déroulement de l'expérimentation et répondre aux principales interrogations. Nous discutons des différentes manières d'aborder le DP. Le plus important étant de personnifier et familiariser son utilisation en le présentant comme étant un historique médicamenteux. Car le terme « dossier pharmaceutique » ne parle pas forcément à tou·te·s les patient·e·s. Pour leur exposer l'utilité du DP, l'équipe insiste sur la possibilité de déceler des interactions médicamenteuses et de sécuriser leurs conseils.

L'équipe décide d'un commun accord de **systematiser l'expérimentation**. C'est-à-dire d'avoir pour objectif d'inscrire toutes les spécialités à médication familiale sur le DP. Car, pour que cette bonne pratique devienne une habitude, il·elle·s estiment qu'il faut la normaliser. Il·elle·s considèrent aussi que chaque molécule peut avoir des risques d'interactions médicamenteuses, contre-indications ou surdosage.

Synthèse des questionnaires initiaux remplis par: 1 pharmacien titulaire, 1 pharmacienne adjointe, 3 préparatrices, 1 étudiant en 6^e année de pharmacie.

Estimez-vous à l'aise avec le DP : le proposer, l'expliquer, le justifier ?

Tou·te·s se sentent à l'aise avec le DP. Excepté l'étudiant en 6^{ème} année de pharmacie qui estime avoir des difficultés pour convaincre les patient·e·s d'ouvrir leur DP. Il est donc important de discuter des différents arguments à apporter aux patient·e·s afin qu'il·elle·s se sentent concerné·e·s et puissent comprendre l'intérêt qu'apporte ce dispositif.

Estimez-vous votre patientèle bien informée sur le DP ?

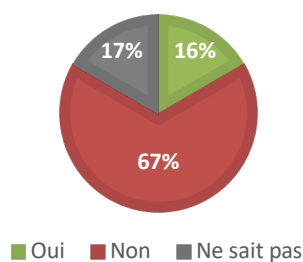


Figure 6 : Estimation sur les patient·e·s informé·e·s sur le DP à la Ph B

La majeure partie de l'équipe officinale considère que la patientèle n'est pas bien informée sur ce qu'est le DP.

Il est donc intéressant de rappeler l'importance d'informer sur le sujet. En effet, il est indispensable que le·la patient·e comprenne ce que c'est et ce qu'il apporte dans le suivi de sa santé. Ceci peut être mis en place par le biais d'outils comme les brochures proposées sur le site Cespharm(16).

L'étudiant en 6^{ème} année de pharmacie, venant d'arriver, ne sait pas si la patientèle est bien informée ou non.

Quand alimentez-vous le DP ?

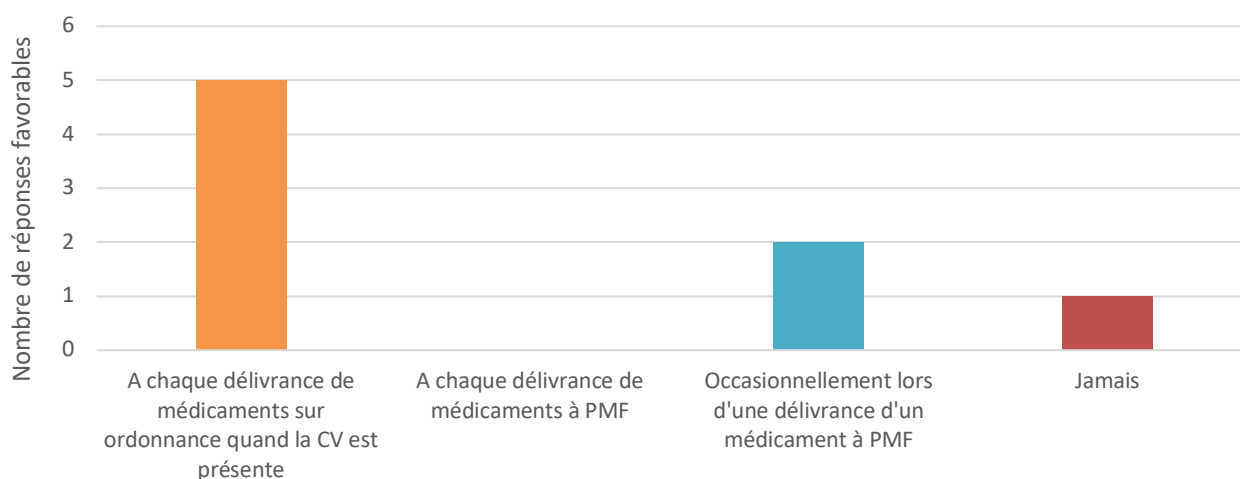


Figure 7 : Critères d'alimentation du DP en amont de l'étude par l'équipe de la Ph B

Une grande partie de l'équipe alimente le DP des patient·e·s à chaque délivrance de médicaments sur ordonnance quand la carte vitale est présente. Personne n'inscrit systématiquement sur le DP les médicaments à PMF. Mais certain·e·s l'alimentent occasionnellement pour ces médicaments. Cela peut se faire dans le cas de patient·e·s âgé·e·s, qui sont le plus souvent poly-pathologiques (maladies chroniques et/ou aiguës) et poly-médicamenté·e·s. Mais aussi en cas de délivrance de molécules à haut risque d'interactions médicamenteuses, en cas d'antécédents ou situations cliniques évoquées par le·la patient·e. Cela peut aussi être fait lorsque le·la patient·e présente par lui-elle-même sa carte vitale. Une préparatrice estime ne jamais inscrire de médicaments sur la carte vitale.

Quelles sont vos réticences face à l'inscription des médicaments à PMF sur le DP ?

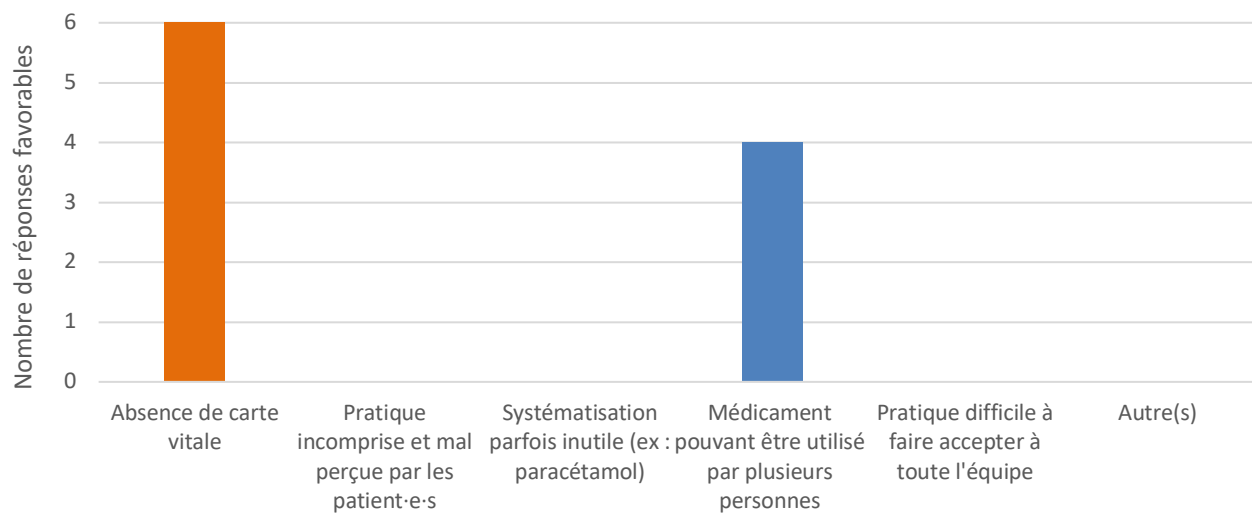


Figure 8 : Réticences de l'équipe de la Ph B face à l'inscription des médicaments à PMF sur le DP

La principale crainte relative à cette pratique est l'absence de carte vitale. Pour y faire face, nous proposons dans un premier temps, d'expliquer les raisons de cette demande de carte vitale, même en cas de délivrance de médicaments sans ordonnance. Cela permet que le-la patient·e comprenne l'intérêt de la présenter à chaque délivrance (avec ou sans ordonnance) et que cela devienne une habitude. De plus, une des possibles limites de cette pratique, selon une partie de l'équipe, est la délivrance de médicament pouvant être utilisés par plusieurs personnes (ex : trousse à pharmacie familiale).

Pour quels motifs souhaitez-vous engager votre équipe dans cette démarche ?

Le titulaire souhaite améliorer la qualité au sein de son officine. Concernant les délivrances, la diminution des risques iatrogènes est une priorité. Pour ce faire, le pharmacien titulaire estime qu'il faut prendre en compte les médicaments à PMF tout autant que ceux prescrits sur ordonnance. Selon lui, le DP est sous-utilisé, principalement dans le cas de délivrance de médicaments hors ordonnance.

2.3. Pharmacie C

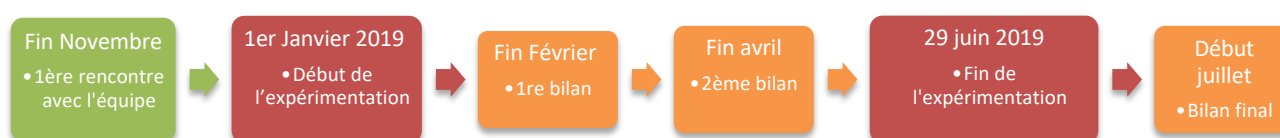


Figure 9 : Chronologie de l'étude à la Ph C

Les titulaires sont intéressés par le projet. Mais avant même de nous rencontrer, il·elle·s nous font part de leurs différents problèmes concernant leur logiciel ainsi que leur ralliement au DP. De plus, par erreur, au lieu de faire le choix « ouvrir le DP ultérieurement » il·elle·s cochaient « refuse l'ouverture du DP ». Au bout de 3 fois, le DP ne peut plus être ouvert. Donc de nombreux·ses patient·e·s n'ont plus la possibilité d'ouvrir leur DP durant un certain laps de temps.

Une fois s'être renseigné·e·s de manière plus approfondie au sujet de leur logiciel et de l'ouverture au DP, nous rencontrons l'équipe et nous présentons l'expérimentation dans laquelle il·elle·s sont tou·te·s impliqué·e·s. Des rappels sur le DP ainsi que son utilisation via leur logiciel sont faits car cela n'est pas toujours acquis. Nous discutons avec les différents membres de l'équipe sur la manière d'aborder le DP. L'aspect chronophage de cette pratique ainsi que la possible incompréhension des patient·e·s représentent les principales limites appréhendées par l'équipe.

Après une réunion avec toute l'équipe, il a été décidé de **systématiser l'inscription** des médicaments à PMF sur le DP pour cette expérimentation car cela est considéré comme nécessaire pour que cette bonne pratique devienne une habitude. De plus, le fait de se concentrer seulement sur certaines molécules peut, selon l'équipe, entraîner un risque d'oubli fréquent.

Synthèse des questionnaires initiaux remplis par: 2 pharmaciens titulaires, 2 pharmaciennes adjointes, 4 préparatrices.

Estimez-vous à l'aise avec le DP : le proposer, l'expliquer, le justifier ?

La plupart des membres de l'équipe se sentent à l'aise avec le DP. Seule une pharmacienne adjointe considère ne pas l'être totalement car elle ne propose que très rarement l'ouverture d'un DP. Il est donc nécessaire d'évoquer les modalités de création mais aussi de rappeler certains argumentaires afin de convaincre le·la patient·e (réduction du risque d'interactions médicamenteuses, suivi personnel...).

Estimez-vous votre patientèle bien informée sur le DP ?

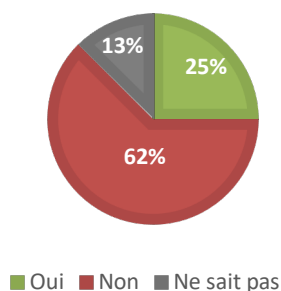


Figure 10 : Estimation des patient·e·s informé·e·s sur le DP à la Ph C

La majorité de l'équipe officinale estime que leur patientèle n'est pas bien informée sur le DP. Il est donc nécessaire de rappeler l'importance de communiquer sur le sujet afin qu'il puisse être généralisé à toutes délivrances de médicaments (avec ou sans ordonnance). Nous rappelons qu'il est possible de s'appuyer sur des documents destinés aux patient·e·s via le Conseil de l'Ordre(16). Le pharmacien titulaire estime ne pas savoir quel est le niveau d'information sur le DP que peuvent avoir les patient·e·s.

Quand alimentez-vous le DP ?

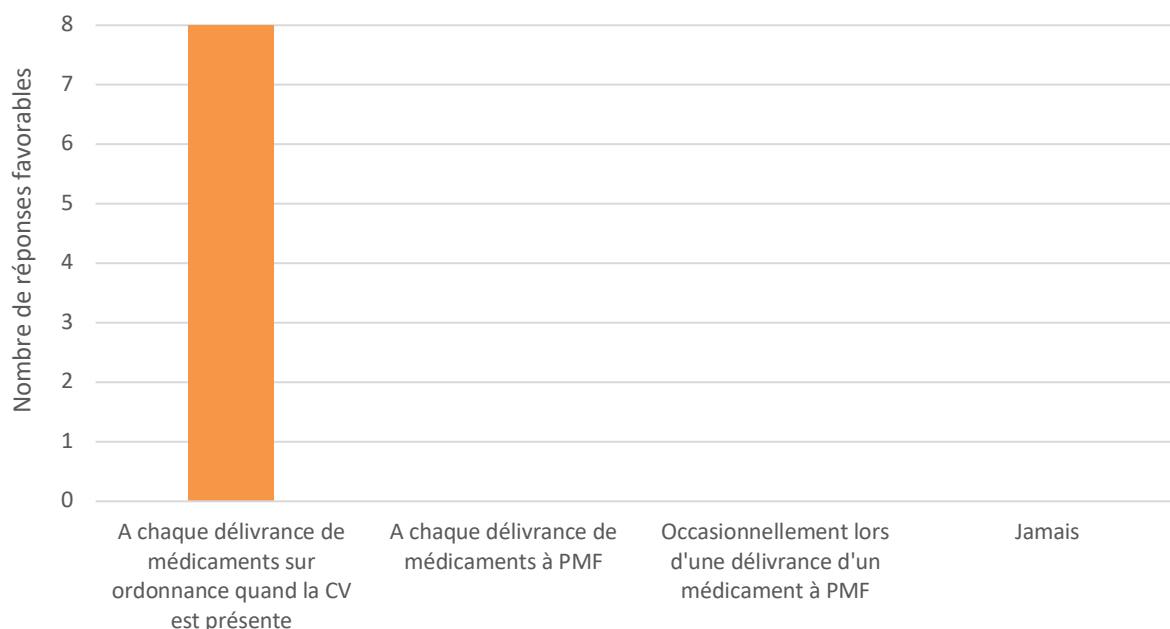


Figure 11 : Critères d'alimentation du DP en amont de l'étude par l'équipe de la Ph C

La totalité de l'équipe officinale alimente le DP des patient·e·s à chaque délivrance de médicaments sur ordonnance quand la carte vitale est présente. Cependant, ce n'est pas le cas quand il s'agit des médicaments à PMF, qui ne sont ni inscrits systématiquement ni de manière occasionnelle sur le DP. Il y a donc une grande marge de progression vers cette bonne pratique. Pour sensibiliser l'équipe, il est indispensable de démontrer son intérêt. Pour ce faire, nous nous appuyons sur l'étude IPADAM.

Quelles sont vos réticences face à l'inscription des médicaments à PMF sur le DP ?

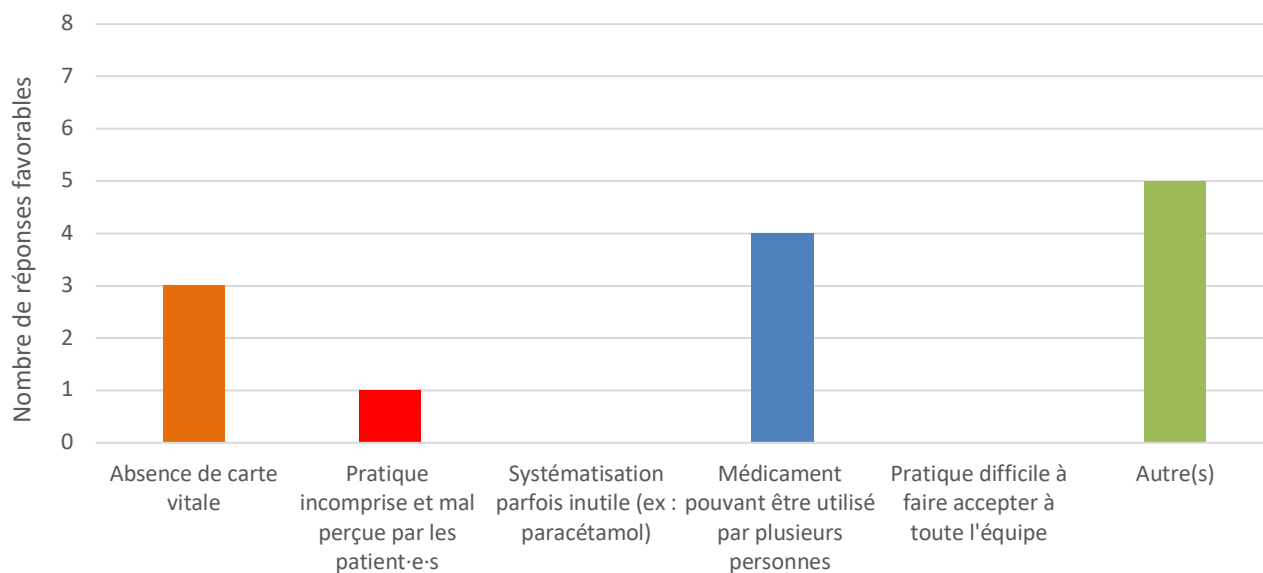


Figure 12 : Réticences de l'équipe de la Ph C face à l'inscription des médicaments à PMF sur le DP

La principale crainte relative à cette pratique est la délivrance de médicament pouvant être utilisés par plusieurs personnes. De plus, il a été mis en avant par 3 personnes de l'équipe que cela peut prendre trop de temps dans leur pratique officinale. Plus spécifiquement, une réticence souvent retrouvée est la possibilité de faire face à des problèmes informatiques. En effet, leur logiciel ne fonctionne pas toujours et il peut y avoir des blocages au niveau de l'ouverture de DP car un certain nombre de patient·e·s se retrouvent avec un trop grand nombre de refus. De plus, l'absence de carte vitale peut être perçue comme étant une limite conséquente à cette pratique tout comme l'incompréhension de certain·e·s patient·e·s.

Pour quels motifs souhaitez-vous engager votre équipe dans cette démarche ?

Les pharmaciens titulaires souhaitent améliorer la qualité des délivrances au sein de leur officine. Cela passe par une diminution des risques iatrogènes. Pour ce faire, il·elle·s estiment qu'il est indispensable de prendre en compte les médicaments à PMF au même titre que ceux prescrits sur ordonnance. Ainsi, il·elle·s souhaitent que le DP soit plus utilisé en cas de délivrance de médicaments hors ordonnance.

Par la même occasion, cela permettrait aussi de renseigner ces informations sur l'historique interne à la pharmacie, que ce soit en complément du DP ou bien en cas d'absence de carte vitale. Ce qui permet d'avoir un suivi personnel de chaque patient·e avec ou sans carte vitale.

2.4. Pharmacie D

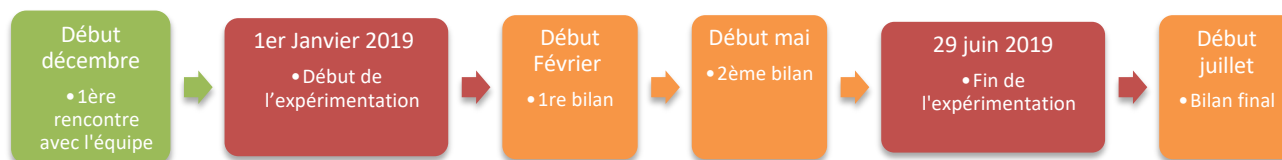


Figure 13 : Chronologie de l'étude à la Ph D

Le titulaire répond positivement quant à la proposition de participer à l'expérimentation.

Très rapidement, nous rencontrons l'équipe et discutons sur leur utilisation du DP. Il est reconnu par la plupart des membres de l'équipe que peu de leurs patient·e·s ont leur DP ouvert. Nous rappelons l'importance de cet outil en nous appuyant sur les résultats de l'étude IPADAM. Nous nous mettons d'accord pour que l'équipe se concentre sur l'ouverture de DP avant l'expérimentation. Pour cela, il est intéressant de profiter de l'arrivée du DMP et de sa visibilité auprès du grand public. Cependant, il faut aussi expliquer la différence entre le DP et le DMP et insister sur la singularité du DP et donc son utilité encore bien présente.

Les différentes limites évoquées par l'équipe sont principalement l'effet chronophage, l'incompréhension des patient·e·s et l'absence de carte vitale. Pour cette équipe, il semble trop rébarbatif d'inscrire toutes les molécules à PMF sur le DP. En effet, l'inscription du paracétamol leur paraît peu utile. L'équipe choisit donc de se concentrer sur les molécules qu'il·elle·s considèrent « à risque ». Celles choisies sont : la **pseudoéphédrine**, **ibuprofène**, **oméprazole** et le **lopéramide**.

De plus, le pharmacien titulaire souhaite que l'étudiante en 6^{ème} année qui fait son stage à la pharmacie des Champs, soit impliquée dans cette expérimentation et la chapeaute auprès de l'équipe.

Synthèse des questionnaires initiaux remplis par : 1 pharmacien titulaire, 1 pharmacien adjoint, 2 pharmaciennes adjointes, 3 préparatrices, 1 étudiante en 6^e année de pharmacie.

Estimez-vous à l'aise avec le DP : le proposer, l'expliquer, le justifier ?

La majorité des membres de l'équipe ne se sentent pas à l'aise avec le DP. Cela peut être dû au manque de temps pour l'expliquer aux patient·e·s ou simplement par oubli de la part du·de la pharmacien·ne ou du·de la préparateur·rice. Certain·e·s ne savent pas comment aborder le sujet auprès du·de la patient·e.

Seul un des pharmaciens se sent à l'aise avec le DP et une des préparatrices n'a pas d'avis sur son rapport avec le DP. Il est donc indispensable de faire un rappel des modalités du DP mais aussi de discuter tous ensemble des termes à employer afin de proposer l'ouverture ou l'alimentation du DP aux patient·e·s.

Estimez-vous votre patientèle bien informée sur le DP ?

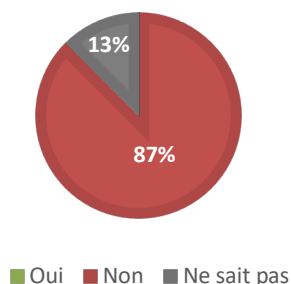


Figure 14 : Estimation des patient·e·s informé·e·s sur le DP à la Ph D

Seule une préparatrice estime ne pas savoir si la patientèle est bien informée ou non. Le reste de l'équipe considère que le DP est très peu connu de leur patientèle. Pour améliorer la qualité de leur délivrance, il est important que les patient·e·s comprennent l'utilité du DP. Pour ce faire, nous insistons sur l'importance de communiquer sur le sujet afin que cela puisse être généralisé à toutes délivrances de médicaments (avec ou sans ordonnance). Nous évoquons la possibilité d'utiliser des supports tels que les brochures proposées par le conseil de l'ordre des pharmaciens(16).

Quand alimentez-vous le DP ?

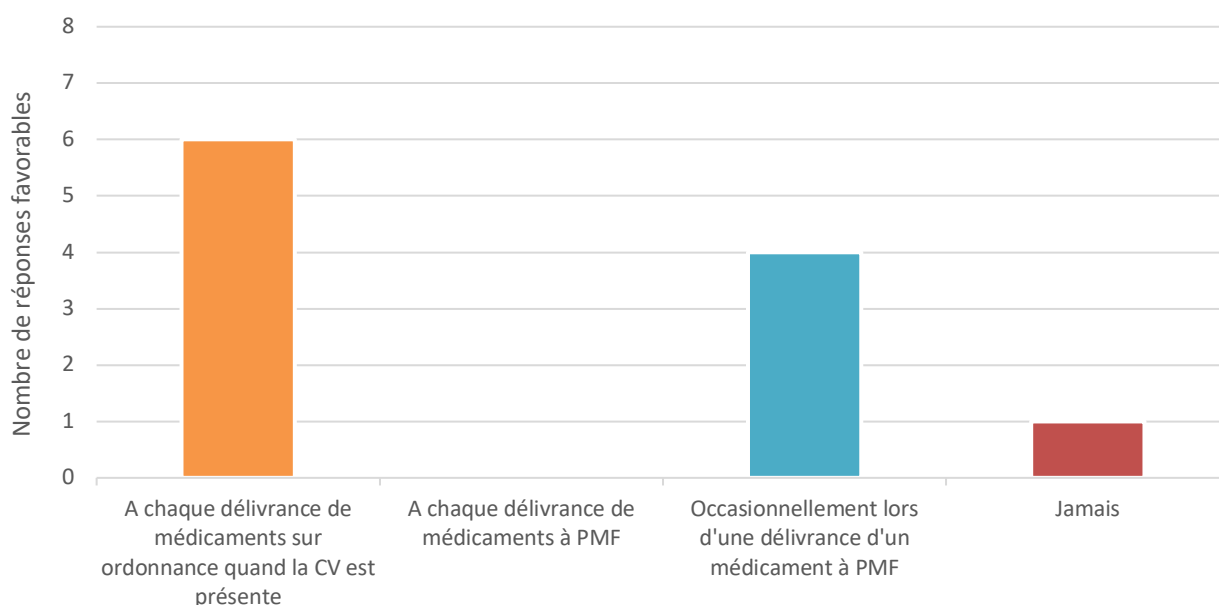


Figure 15 : Critères d'alimentation du DP en amont de l'étude par l'équipe de la Ph D

La plupart des membres de l'équipe alimentent le DP des patient·e·s à chaque délivrance de médicaments sur ordonnance quand la carte vitale est présente. Il·elle·s rappellent que cela se fait si le DP est ouvert. Dans le cas contraire, seul l'historique interne est alimenté car il·elle·s ont tendance à ne pas ouvrir de DP. En ce qui concerne les médicaments à PMF, l'inscription sur le DP se fait seulement dans certaines situations. Cela peut arriver lorsque le·la patient·e parle du DP, quand la carte vitale est présentée ou bien dans le cas de patient·e·s poly-médicamenté·e·s.

Quelles sont vos réticences face à l'inscription des médicaments à PMF sur le DP ?

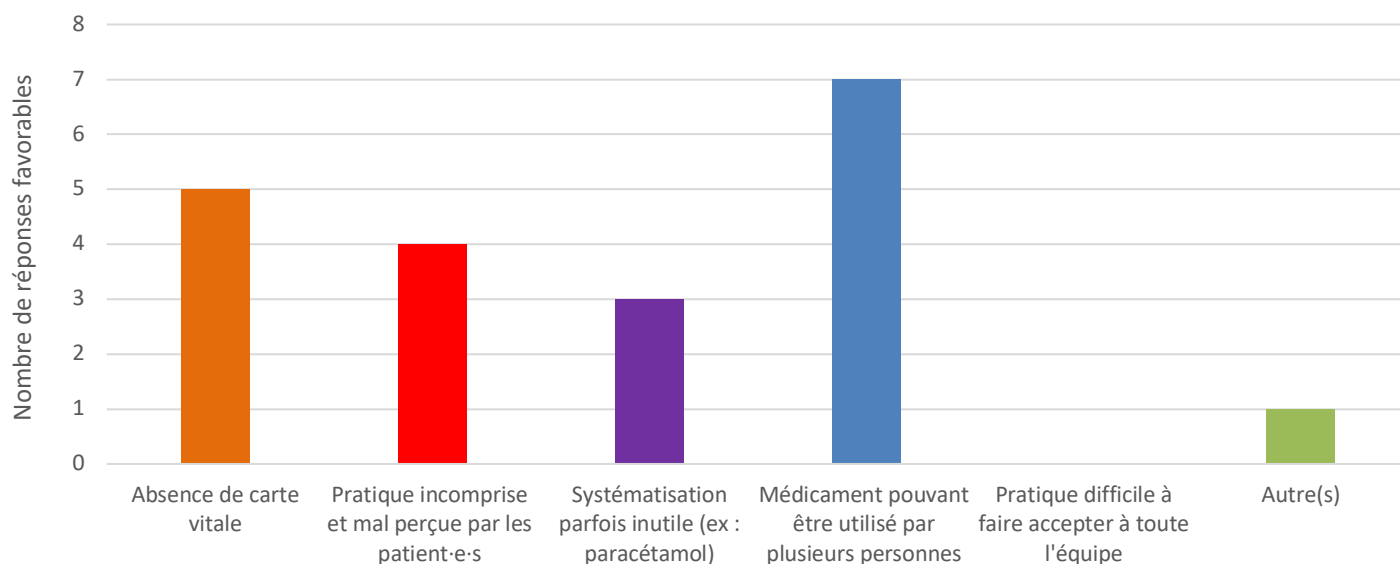


Figure 16 : Réticences de l'équipe de la Ph D face à l'inscription des médicaments à PMF sur le DP

La majorité des membres de l'équipe craignent la situation des délivrances de médicaments destinés à plusieurs personnes. L'absence de carte vitale et l'incompréhension des patient·e·s sont aussi des situations qu'appréhendent certain·e·s préparateur·rice·s ou pharmacien·ne·s. Nous pouvons remarquer que certains membres de l'équipe estiment que cette pratique est moins pertinente pour certaines molécules comme le paracétamol. Ceci concorde avec la décision de se concentrer sur certaines familles de molécules lors de l'expérimentation. Seule une préparatrice déclare ne pas avoir de réticence quant à l'inscription des médicaments à PMF sur le DP.

Pour quels motifs souhaitez-vous engager votre équipe dans cette démarche ?

Le titulaire s'engage dans cette expérimentation car il estime qu'il est indispensable d'améliorer la qualité des délivrances afin de justifier le monopole pharmaceutique. Pour ce faire, cela doit passer par une diminution des risques iatrogènes et donc prendre en compte les médicaments à PMF au même titre que ceux prescrits sur

ordonnance. Pour lui, le DP est sous-utilisé et mérite d'être plus consulté et alimenté afin d'avoir un suivi plus approfondi.

2.5. Pharmacie E

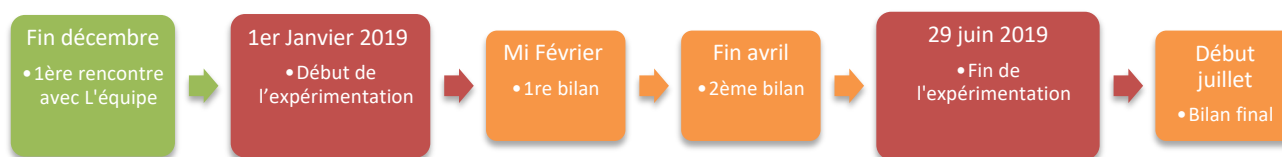


Figure 17 : Chronologie de l'étude à la Ph E

Les deux titulaires sont intéressées par les différents objectifs de la thèse. Nous rencontrons l'équipe officinale, tou-te-s sont très impliquée-s dans l'amélioration des bonnes pratiques de dispensation. En effet, il-elle-s sont déjà sensibilisé-e-s à l'inscription de l'ibuprofène hors ordonnance sur le DP. Les titulaires ont donc pour objectif de continuer dans cette lancée et de généraliser cette pratique sur d'autres molécules comme les **AINS**, les **vasoconstricteurs** ainsi que les **antihistaminiques**. En effet, selon elles, la systématisation de toutes les molécules risque d'être trop lourd et d'entraîner un essoufflement plus rapidement. De plus, elles estiment que cela peut ne pas être forcément « utile », comme pour le paracétamol.

L'étudiant en stage de 6eme année en officine chapeaute aussi cette expérimentation à la pharmacie.

Synthèse des questionnaires initiaux remplis par : 2 pharmaciennes titulaires, 2 pharmaciennes adjointes, 5 préparatrices, 1 étudiant en 6ème année de pharmacie et 1 apprentie préparatrice.

Estimez-vous à l'aise avec le DP : le proposer, l'expliquer, le justifier ?

La plupart des membres de l'équipe se sentent à l'aise avec le DP. Seules deux préparatrices estiment ne pas l'être totalement car considèrent n'avoir pas assez de temps afin de bien expliquer et convaincre les patient-e-s. Il est donc important de faire un rappel sur les différents argumentaires que l'on peut avoir pour conseiller l'ouverture d'un DP. Tout en étant rapide, convaincant et concis.

Estimez-vous votre patientèle bien informée sur le DP ?

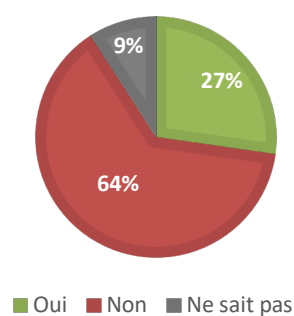


Figure 18 : Estimation des patient·e·s informé·e·s sur le DP à la Ph E

La plupart des membres de l'équipe estiment que leur patientèle n'est pas bien informée sur le DP. Il est donc nécessaire de rappeler l'importance d'informer sur le sujet afin que cela puisse être généralisé à toutes délivrances de médicaments (avec ou sans ordonnance). Nous avons donc rappelé qu'il est possible d'appuyer son argumentaire sur des brochures destinées aux patient·e·s que l'on peut trouver sur le site du Cespharm(16).

Quand alimentez-vous le DP ?

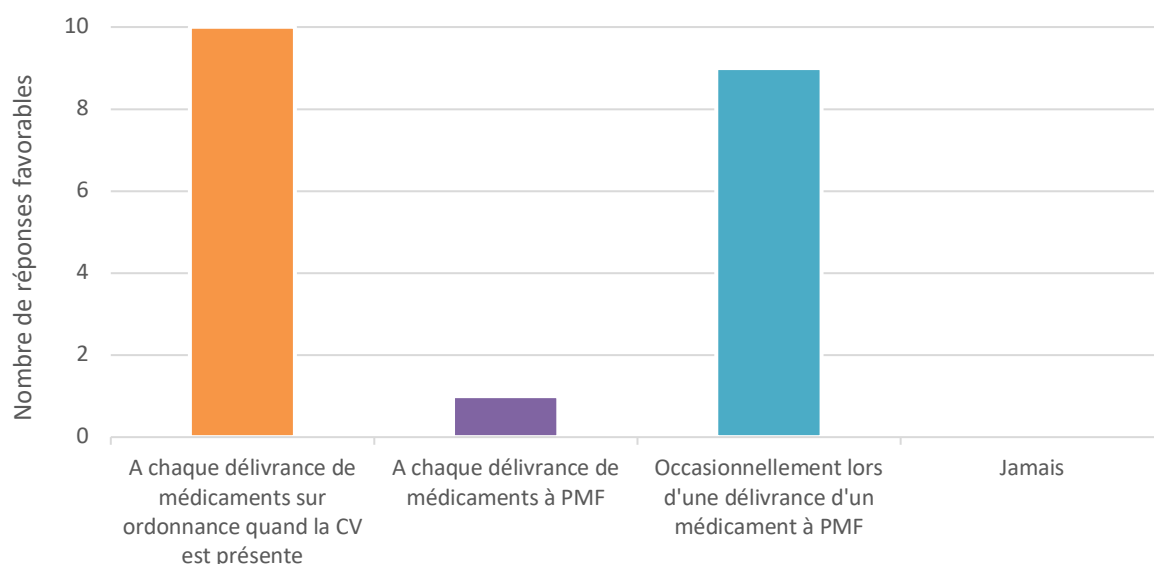


Figure 19 : Critères d'alimentation en amont de l'étude de l'équipe de la Ph E

La majorité de l'équipe officinale alimente le DP des patient·e·s à chaque délivrance de médicaments sur ordonnance quand la carte vitale est présente. Cependant, ce n'est pas le cas concernant les médicaments à PMF. En effet, seule une préparatrice estime les inscrire systématiquement sur le DP. Pour le reste de l'équipe, cette inscription se fait occasionnellement dans des cas particuliers, tels que : les délivrances de molécules ayant un risque d'interactions médicamenteuses (AINS, vasoconstricteurs, anticholinergiques...).

En amont de notre étude, cette équipe a pour habitude d'inscrire systématiquement l'ibuprofène dans le DP. Cette inscription peut aussi se faire dans le cas de patient·e·s ayant de lourds traitements chroniques.

Quelles sont vos réticences face à l'inscription des médicaments à PMF sur le DP ?

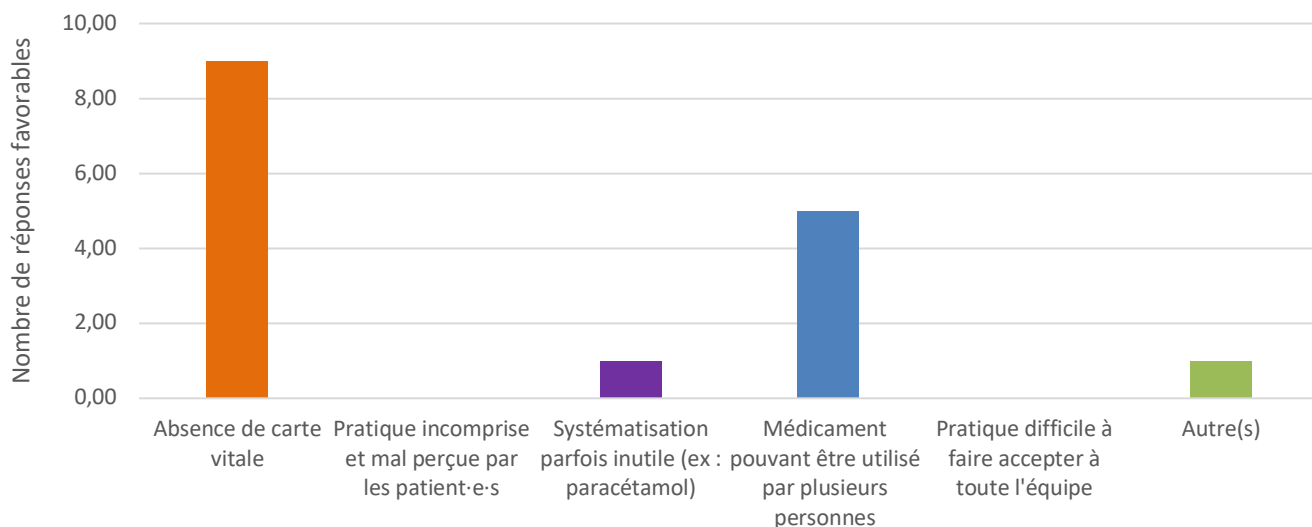


Figure 20 : Réticences de l'équipe de la Ph E face à l'inscription des médicaments à PMF sur le DP

La principale crainte relative à cette pratique est l'absence de carte vitale. Ensuite, vient la délivrance de médicaments pouvant être utilisés par plusieurs personnes (ex : trousse à pharmacie familiale). Une pharmacienne titulaire estime que cela pourrait ne pas être utile (ex : paracétamol). Il est aussi mis en avant qu'il peut y avoir des oublis de demande de carte vitale. Parfois, il est plus simple d'inscrire les médicaments seulement sur l'historique interne à la pharmacie.

Pour quels motifs souhaitez-vous engager votre équipe dans cette démarche ?

Les pharmaciennes titulaires souhaitent améliorer la qualité des délivrances au sein de leur officine. Cela passe par une diminution des risques iatrogènes. Elles estiment qu'il est donc indispensable de prendre en compte les médicaments à PMF au même titre que ceux prescrits sur ordonnance.

3. Premier bilan

Comme convenu en amont de l'expérimentation, nous faisons un premier état des lieux dans chaque pharmacie au bout d'un ou deux mois selon les disponibilités de chacun·e. Le but étant de recenser les possibles difficultés rencontrées par chacun·e afin de proposer des pistes d'amélioration. En effet, il est nécessaire de revoir chaque équipe régulièrement afin de les redynamiser et d'avoir un suivi plus personnel en fonction des avancées et des attentes de chaque membre des différentes équipes.

3.1. Pharmacie A

Lors de notre rendez-vous pour le 1^{er} bilan de l'expérimentation, nous retrouvons les membres de l'équipe par groupe de 2 ou 3. Ce qui permet de recueillir des retours plus personnels et de répondre aux interrogations de chacun·e. Tou·te·s ont des difficultés quant à l'inscription des médicaments à PMF sur le DP. Nous avons donc abordé les différentes limites que chacun·e peut rencontrer lors de cette pratique. Comme redoutée avant l'expérimentation, la principale entrave à cette pratique est le cas des demandes de médicaments destinés à plusieurs personnes ou à quelqu'un d'autre que le patient présent à la pharmacie. Parfois, les patient·e·s ne comprennent pas qu'il est intéressant pour eux d'inscrire les médicaments à PMF sur le DP. Selon eux, il n'y a pas besoin de présenter la carte vitale pour les médicaments non remboursés.

Nous rediscutons de la manière dont il est préférable de présenter cette pratique. En effet, la carte vitale n'est pas indispensable en cas de délivrance de médicaments de médication familiale. Mais c'est un plus dans le suivi médical de chaque patient·e. Cela permet de limiter toutes interactions médicamenteuses ou contre-indications. Donc il est avantageux pour chacun·e que cette pratique devienne une habitude. Pour ce faire, il est émis l'idée qu'il faille éduquer les patient·e·s pour que cette pratique devienne une habitude pour tou·te·s.

3.2. Pharmacie B

Pendant ce rendez-vous, nous rencontrons toute l'équipe et discutons tous ensemble des avancées de l'expérimentation. Chacun met en avant ses difficultés mais aussi les possibles améliorations de leur pratique professionnelle concernant le DP. Comme retrouvée dans les autres officines, une des principales limites est l'incompréhension de certain·e·s patient·e·s. Cependant, les différents membres de l'équipe estiment que cela n'est pas négatif. En effet, cela permet de rééduquer les patient·e·s sur le DP. Ce qui peut prendre du temps, mais il suffit de bien l'expliquer une fois et le·la patient·e ne s'interrogera plus quant à la demande de la carte vitale en cas de délivrance de médicaments hors ordonnance. L'équipe relève aussi le côté rébarbatif de la systématisation de cette pratique. En effet, l'inscription de certaines molécules est peut-être moins utile que d'autres (ex : paracétamol). Selon eux, cette pratique est probablement plus intéressante si nous nous appuyons sur certaines molécules (AINS, vasoconstricteurs...).

Mais tous les membres de l'équipe souhaitent continuer sur une systématisation lors de l'expérimentation car ils ne veulent pas faire de différences quant à la prise en charge des patient·e·s en fonction des molécules délivrées.

3.3. Pharmacie C

Cet entretien s'est fait par petits groupes de 2 ou 3 afin de personnaliser nos interventions. Ce qui permet que chacun·e ait les réponses à leurs questions et des conseils adaptés. Nous relevons que les difficultés concernant l'informatique sont toujours présentes. Ce qui pose problème dans l'inscription au DP des médicaments prescrits et des médicaments à PMF. Concernant les pratiques de chacun·e, tou·te·s ne fonctionnent pas de la même manière. En effet, certain·e·s ont l'habitude, lors d'une délivrance par prescription suivie d'une vente libre, d'enlever la carte vitale juste après avoir validé la première délivrance. Ce qui fait que le médicament à PMF délivré pendant la vente libre, n'est pas inscrit sur le DP du·de la patient·e. Si le·la pharmacien·ne ou le·la préparateur·rice s'en rend compte, il·elle ne demande pas une 2^{ème} fois la carte vitale car cela prend du temps et risque d'être mal perçu par le·la patient·e. Ceci rejoint le fait qu'en règle générale, tou·te·s ont l'impression de déranger le·la patient·e, que ce soit en demandant la carte vitale ou en donnant trop d'informations.

Il·elle·s pensent que les informations concernant le DP risquent de noyer d'autres plus importantes telles que les contre-indications ou les posologies. Une des difficultés évoquées par la majorité des membres de l'équipe est que cette pratique est une charge de travail supplémentaire. Pour que cette charge de travail s'amoindrisse, il·elle·s estiment qu'il est judicieux que les patient·e·s soient sensibilisé·e·s et habitué·e·s à présenter la carte vitale à chaque délivrance (avec ou sans ordonnance). Cette équipe a l'habitude de fonctionner par « campagne de prévention ». Il est donc émis l'idée de mettre en place une semaine de sensibilisation au DP. Cela est abordé lors de leur réunion d'équipe suivant ce premier bilan.

De plus, certains membres préfèrent inscrire les médicaments sur l'historique interne qui permet d'avoir un suivi des patient·e·s et de sécuriser la délivrance tout en ayant moins de manipulations à faire que pour le DP. Pour que l'inscription sur le DP soit plus élargie, nous suggérons de mettre des rappels sur le logiciel ou des visuels sur les comptoirs. Mais selon certain·e·s, il y a déjà trop de pop-up sur leur logiciel. Cela risque d'être noyé parmi les autres informations et donc de ne pas être lu. En ce qui concerne les visuels types « penser DP », cela est évoqué lors de leur réunion d'équipe suivant ce rendez-vous.

3.4. Pharmacie D

Pour notre premier bilan, nous retrouvons tous les membres de l'équipe et discutons ensemble du déroulement des premières semaines de l'expérimentation. Nous remarquons que le commencement est très difficile dans cette équipe. En effet, une réunion précédant ce bilan a permis à tou·te·s d'exprimer leurs difficultés à se mettre dans cette démarche qualité. Le principal problème qu'il·elle·s rencontrent est qu'une grande partie de leur patientèle n'a pas de DP ouvert. De ce fait, les patient·e·s ne sont pas du tout informé·e·s sur le sujet.

Nous décidons ensemble de se concentrer, dans un premier temps, à l'ouverture de DP. Il s'avère que cela se passe en même temps que les campagnes de sensibilisation à l'ouverture du DMP. Nous évoquons donc la possibilité d'aborder simultanément ces deux dispositifs et profiter ainsi de la couverture médiatique qu'à le DMP. Pour ce faire, l'étudiante en 6^{ème} année de pharmacie propose de créer une procédure type « comment aborder le DMP et le DP ».

3.5. Pharmacie E

Lors de ce premier bilan, nous retrouvons toute l'équipe. Pour faciliter la prise de parole de chacun·e, nous séparons l'équipe en groupes de 2 ou 3 membres. Les patient·e·s étant déjà habitué·e·s à ce que les pharmacien·ne·s ou les préparateur·rice·s demandent la carte vitale en cas de délivrance d'ibuprofène, la démarche est très bien perçue avec les autres molécules (antihistaminiques, anticholinergiques, vasoconstricteurs...). La principale limite que chacun·e rencontre est le cas des délivrances de médicaments pour une personne n'étant pas présente. De ce fait, la carte vitale est absente. Il est donc impossible d'inscrire les médicaments sur le DP. Un rappel des molécules concernées est fait car il est oublié par certain·e·s que le Toplexil® ou encore le Fervex® entrent dans les médicaments anticholinergiques. Par conséquent, ils sont aussi à inscrire sur le DP. Pour que cette bonne pratique devienne une habitude, il est émis l'idée de mettre en place des pop-ups, rappelant l'importance de l'inscription au DP. Ces derniers apparaîtraient, dans le cadre d'une vente libre, à chaque passage de boîte des spécialités concernées. Cela permet d'avoir un rappel visuel automatique.

3.6. Récapitulatif du 1er bilan

| Pharmacie | Freins | Hypothèses d'amélioration |
|-------------|---|--|
| Ph A | <ul style="list-style-type: none"> - Demandes de médicaments destinés à plusieurs personnes ou à quelqu'un d'autre que le·la patient·e présent·e à la pharmacie. - Incompréhension des patient·e·s | <ul style="list-style-type: none"> - Éducation de la patientèle au DP et ainsi à la présentation de la carte vitale à chaque délivrance |
| Ph B | <ul style="list-style-type: none"> - Incompréhension des patient·e·s - Systématisation : rébarbatif | |
| Ph C | <ul style="list-style-type: none"> - Problèmes informatiques - Carte vitale rendue entre délivrance sur prescription et une délivrance hors ordonnance - Trop d'informations pour le·la patient·e : incompréhension - Charge de travail supplémentaire - Trop de manipulations | <ul style="list-style-type: none"> - Campagne de sensibilisation au DP - Pop-ups ou support visuels : « penser DP » |
| Ph D | <ul style="list-style-type: none"> - Beaucoup de patient·e·s sans DP ouvert | <ul style="list-style-type: none"> - Ouverture de DP simultanément au DMP : procédure |
| Ph E | <ul style="list-style-type: none"> - Demandes de médicaments destinés à plusieurs personnes ou à quelqu'un d'autre que le·la patient·e présent·e à la pharmacie. | <ul style="list-style-type: none"> - Pop-up : « penser DP » |

Tableau 2 : Freins et hypothèses d'amélioration évoqués au premier bilan dans chaque pharmacie

3.7. Modifications suite au 1^{er} bilan

A la suite de ce premier bilan avec les 5 équipes officinales faisant partie de l'expérimentation, des modifications, dès le mois de mars, sont faites afin de mieux les accompagner dans leur avancée. Nous décidons, pour les équipes ayant choisi de ne pas systématiser l'inscription des médicaments à PMF sur le DP, de communiquer les spécialités sur lesquelles l'étude quantitative est faite. Les équipes concernées sont donc celles de la Ph D et de la Ph E. Les spécialités ont été choisies selon deux critères : turn-over important et haut risque d'interactions médicamenteuses. Les spécialités concernées sont donc :

- Ibuprofène 400 mg
- Fervex® adulte classique
- Pseudoéphédrine
- Donormyl®
- Cétirizine
- Oméprazole

Concernant les équipes ayant choisi de systématiser l'expérimentation à tous les médicaments de médication familiale, nous décidons de ne pas leur communiquer la liste de ces spécialités. En effet, cela peut fausser l'étude car, inconsciemment, les membres de l'équipe peuvent se concentrer sur ces molécules afin d'avoir de « meilleurs » résultats. Ainsi, l'expérimentation se fait à l'aveugle pour les équipes des pharmacies A, B et C.

4. Deuxième bilan

Une fois les 3 premiers mois de l'expérimentation passés, nous prenons connaissance des avancées de chacun·e lors d'un deuxième état des lieux. Ce qui permet d'évaluer les différentes progressions concernant l'inscription des médicaments à PMF sur le DP. Ce rendez-vous est en continuité du premier bilan afin d'accompagner les équipes en difficulté mais aussi de mettre en place certaines propositions évoquées antérieurement.

4.1. Pharmacie A

Lors de cette nouvelle rencontre, l'équipe est incomplète. Mais la diversité des personnes présentes permet d'avoir un bon aperçu de la disparité quant à l'adhésion à la pratique de l'inscription des médicaments à PMF sur le DP. En effet, deux préparatrices ont des difficultés à exercer cette pratique. Elles relèvent le fait que cela prenne trop de temps alors qu'elles ont déjà une charge de travail importante en dehors du comptoir. De plus, elles ne pensent pas à demander la carte vitale car cela n'est pas dans leurs habitudes. Pour s'en souvenir, il faudrait qu'il y ait un rappel visuel. L'apprentie préparatrice commence doucement à employer cette pratique mais elle n'y pense pas à chaque fois. Pour que cela devienne un réflexe en systématique, elle juge indispensable que l'inscription au DP devienne obligatoire. Une préparatrice estime qu'elle alimente de plus en plus le DP (environ 70% des délivrances sans ordonnance). Comme convenu au départ de l'expérimentation, elle le fait en systématique, c'est-à-dire avec tous les médicaments. A l'exception des délivrances de paracétamol, qui la met moins en garde en matière d'interactions médicamenteuses ou de contre-indications. Le titulaire la pratique aussi de manière exponentielle mais n'y pense pas toujours. Il alimente moins le DP en cas de sous-effectif car cela nécessite du temps. Mais si l'effectif est approprié, alors il considère que l'affluence n'est pas un frein et que cela peut être fait sans problème.

L'oubli de demander la carte vitale est donc une des difficultés les plus mises en avant. Pour y contrer, le pharmacien titulaire sollicite le fournisseur du logiciel LGPI pour savoir s'il est réalisable de mettre en place un pop-up « Penser à la carte vitale » en cas de vente libre de médicament sans ordonnance. Il demande aussi s'il est possible que le logiciel demande systématiquement la carte vitale avec une possibilité d'y échapper si le patient ne l'a pas. Dans ce cas, il est intéressant que le nom du patient soit automatiquement demandé afin d'avoir une trace interne de la délivrance.

4.2. Pharmacie B

A la moitié de l'expérimentation, il est encore difficile pour chacun·e de se mettre à l'inscription des médicaments à PMF sur le DP. L'équipe officinale ne demande pas la carte vitale du·de la patient·e en cas de demande spontanée ou en cas de conseil pharmaceutique. Comme en amont de l'expérimentation, l'étudiant en pharmacie ne demande la carte vitale qu'en cas de patient·e-s poly-médicamenté·e-s et donc ayant un risque élevé d'interactions médicamenteuses. Il n'alimente donc pas plus le DP qu'auparavant. La seule évolution perçue est une augmentation du nombre d'ouvertures de DP.

Deux des préparatrices ne demandent jamais la carte vitale car elles n'y pensent pas ou estiment ne pas avoir le temps. Elles relatent le fait que les patient·e-s veulent que la délivrance soit de plus en plus rapide. Cependant, lorsque le·la patient·e présente sa carte vitale, elles l'acceptent et alimentent ainsi le DP, ce qui n'était pas fait avant l'expérimentation.

Le titulaire a aussi des difficultés à entreprendre cette pratique au quotidien. Il constate que la systématisation est plus complexe qu'envisagé en amont de l'étude. Selon lui, cela s'explique par un essoufflement de la pratique. Il remarque aussi qu'il n'inscrit jamais une boîte de paracétamol au DP. Certaines molécules l'alertent plus que d'autres et donc l'alimentation du DP n'est pas la même selon les spécialités délivrées. Dans sa pratique professionnelle, le seul changement noté est qu'il alimente le DP en cas d'ordonnance comportant seulement des médicaments non remboursés, ce qui n'était pas le cas auparavant.

La pharmacienne adjointe, que nous trouvons, lors du premier bilan, très appliquée dans l'expérimentation, reconnaît avoir peu à peu délaissé cette pratique. Elle l'explique par l'effet chronophage de cette dernière. Elle inscrit les molécules qui lui semblent être plus à risque. Par conséquent, elle ne demande pas la carte vitale en cas de délivrance de paracétamol. Toutefois, elle trouve que les patient·e·s présentent de plus en plus leur carte vitale.

Suite à ces retours, nous discutons ensemble de différentes possibilités aidant à l'amélioration de cette pratique. Pour eux, le premier obstacle est que le DP ne peut être accessible que via la carte vitale du·de la patient·e. Si cette dernière se dématérialise, cela permet de ne plus avoir à la demander, ce qui est un gain de temps car les patient·e·s n'ont plus besoin de la chercher. Ainsi, dans n'importe quelle situation, il est possible d'alimenter le DP qui est donc plus complet.

4.3. Pharmacie C

Lors de ce deuxième bilan, nous distinguons diverses évolutions selon les membres de l'équipe. Une préparatrice qui, pendant notre premier état des lieux, nous dit qu'elle abandonne cette pratique car elle est submergée par le travail, nous annonce maintenant qu'avec l'ouverture des DMP, elle s'est mise à plus utiliser le DP. En effet, le DMP n'étant encore que très peu utilisé par les professionnels de santé, elle considère le DP plus intéressant et donc s'y attarde davantage. Une autre préparatrice ainsi que la titulaire, suite à notre dernière rencontre, adaptent leurs méthodes de travail afin de plus inscrire les médicaments à PMF sur le DP. En effet, avant de rendre la carte vitale suite à une délivrance d'ordonnance, elles demandent si le·la patient·e souhaite autre chose. Mais elles s'habituent aussi au fait de demander la carte vitale même quand il n'y a pas d'ordonnance. Pour elles, cette pratique n'est plus ressentie comme une charge. Le reste de l'équipe s'est essoufflé quant à ce procédé. Pour eux, c'est un travail en supplément des missions qui leur sont déjà confiées.

Une des principales limites abordées est l'absence de carte vitale. Pour y faire face, il est émis la nécessité que cette dernière soit dématérialisée. Ce qui permet aussi d'éviter la situation où la carte vitale est rendue entre une délivrance d'ordonnance et une délivrance sans prescription. De plus, les patient·e·s ne comprennent pas toujours l'intérêt d'utiliser la carte vitale lors d'une vente de médicament à PMF. En effet, elle est encore considérée comme une carte de remboursement et non comme une source d'informations de leur historique médicamenteux.

Parfois, la demande de la carte vitale est difficile car les pharmaciens ou les préparateurs ont l'impression de déranger. Ils sentent que le patient souhaite que la délivrance soit rapide. Concernant les ouvertures de DP, certains profitent des campagnes de sensibilisation au DMP pour les ouvrir et d'autres jugent que cela fait trop d'informations pour le patient. Nous discutons donc de la possibilité d'aborder les deux systèmes simultanément de manière simple et concise. Pour ce faire, il est possible de s'attarder sur le DMP, qui est plus d'actualité et enchaîner avec le fait qu'il existe aussi un historique médicamenteux sur la carte vitale. Qu'il permet aussi d'améliorer la prise en charge et d'éviter des interactions médicamenteuses ou bien des contre-indications et qu'il est consultable dans toutes les officines.

4.4. Pharmacie D

Pour ce deuxième état des lieux, l'équipe est incomplète. Mais nous percevons tout de même les différentes évolutions de chacun. Dès le début de notre rendez-vous, le titulaire nous informe qu'il souhaite que l'expérimentation dure plus de 6 mois. En effet, l'installation de cette pratique est plus longue à se mettre en place au sein de cette équipe. Mais la volonté de s'améliorer reste intacte. L'étude se terminant fin juin, nous décidons donc de continuer à les suivre et les accompagner dans leur avancé tant que les membres de l'équipe en ont besoin. Selon le pharmacien titulaire, l'absence de carte vitale est la plus grande difficulté. Une préparatrice reconnaît ne pas avoir évolué quant à cette pratique car cela est trop chronophage.

Tandis qu'une autre préparatrice estime alimenter beaucoup plus le DP qu'auparavant. Elle ne le fait pas en systématique mais privilégie des situations particulières telles que chez la personne âgée et poly-médicamentée. Contrairement à ce qu'avait choisi le titulaire, elle décide de ne pas différencier les molécules car elle les considère toutes à risque. Elle se sent plus à l'aise pour demander la carte vitale et expliquer l'intérêt de l'inscription des médicaments à PMF sur le DP.

Une autre préparatrice admet ne pas arriver à changer ses habitudes. Lorsque qu'un patient présente sa carte vitale pour une délivrance hors ordonnance, elle la lui refuse, comme en amont de l'étude. Nous prenons donc le temps de comprendre quelles sont ses réticences. Elle nous explique qu'elle confond le DP et le DMP. Elle a des difficultés pour les différencier et donc ne se sent pas à l'aise pour proposer l'inscription des médicaments sur le DP. Nous lui expliquons donc les différences de ces deux outils en insistant sur le fait que le DMP ne concerne que les médicaments qui sont remboursés(17). Par conséquent, les médicaments délivrés hors ordonnance ne sont pas impliqués. D'où l'importance de toujours alimenter le DP qui lui, est plus complet en ce qui concerne les traitements car il renseigne les médicaments sur ordonnance et hors prescription. Nous lui montrons aussi comment créer un DP à partir du logiciel LGPi afin qu'elle ait toutes les bases pour bien l'utiliser.

Comme convenu lors du premier bilan, l'étudiante en pharmacie a créé une procédure permettant de standardiser la manière d'aborder le DMP et par la suite le DP (Annexe 4). De ce fait, certain·e·s considèrent avoir ouvert plus de DP car il·elle·s ont moins de difficultés pour traiter le sujet. Mais cela n'est pas unanime.

4.5. Pharmacie E

Pour ce second état des lieux, nous décidons, avec les deux titulaires de regarder les ventes des spécialités entrant dans l'étude et de regarder quels sont les membres de l'équipe qui délivrent les médicaments sans les inscrire au nom du·de la patient·e ou sur le DP. Cela permet de mieux cibler les personnes ayant le plus de difficultés quant à cette pratique.

Nous pouvons donc relever qu'en ce qui concerne l'ibuprofène, tou·te·s l'inscrivent sur l'historique du·de la patient·e (en interne ou sur le DP). Concernant les autres molécules de l'étude, certains membres de l'équipe ne les inscrivent pas sur le DP. Nous rappelons que certaines molécules sont tout autant à risque que l'ibuprofène. Ainsi il est nécessaire d'être vigilant lors de leurs délivrances et donc de les inscrire sur le DP.

La plupart des membres de l'équipe oublient de demander la carte vitale. Lors de notre premier bilan, nous avons convenu qu'il serait intéressant que des pop-ups soient mis en place afin de rappeler de demander la carte vitale à la délivrance des spécialités entrant dans l'expérimentation quantitative.

Au deuxième bilan, nous remarquons l'absence de ces derniers. Nous rediscutons de cette idée avec les pharmaciennes titulaires et nous décidons de les créer ensemble. Le message que nous créons est le suivant : « Lors de la délivrance, merci de demander systématiquement la carte vitale pour inscrire la spécialité sur le DP. En cas d'absence, inscrire la spécialité sur l'historique du patient »

4.6. Récapitulatif du 2ème Bilan

| Pharmacie | Freins | Hypothèses d'amélioration |
|-------------|---|--|
| Ph A | <ul style="list-style-type: none"> - Chronophage - Sous-effectif - Charge de travail supplémentaire - Oubli de demander la carte vitale | <ul style="list-style-type: none"> - Pop-ups ou supports visuels : « penser DP » - Inscription de tous médicaments sur le DP : obligatoire |
| Ph B | <ul style="list-style-type: none"> - Systématisation : rébarbatif - Chronophage - Oubli de demander la carte vitale | <ul style="list-style-type: none"> - Carte vitale dématérialisée |
| Ph C | <ul style="list-style-type: none"> - Trop d'informations pour le-la patient·e : incompréhension - Charge de travail supplémentaire | <ul style="list-style-type: none"> - Carte vitale dématérialisée - Ouverture de DP simultanément au DMP |
| Ph D | <ul style="list-style-type: none"> - Expérimentation trop courte - Absence de carte vitale - Chronophage - Confusions entre DP et DMP | |
| Ph E | <ul style="list-style-type: none"> - Oubli de demander la carte vitale | <ul style="list-style-type: none"> - Pop-up : « penser DP » |

Tableau 3 : Freins et hypothèses d'amélioration évoqués au deuxième bilan dans chaque pharmacie

5. Troisième bilan

A terme des 6 mois d'expérimentation, nous rencontrons les 5 équipes participantes afin d'établir un bilan final. Ce dernier a pour but d'évaluer la mise en place de la pratique par chacun·e et de discuter de ses avantages et inconvénients. Ayant remarqué, lors des bilans ultérieurs, de fortes disparités au sein même des équipes, nous décidons d'achever cette expérimentation de la manière la plus individuelle possible.

Afin de comparer l'évolution de chacun·e, nous leur demandons de remplir un questionnaire final en continuité de celui rempli en amont de l'expérimentation (Annexe 5).

5.1. Pharmacie A

Pour ce dernier rendez-vous, nous retrouvons une partie de l'équipe pour établir un bilan qualitatif. De manière générale, les membres de l'équipe ne se sont pas habitués à inscrire les médicaments à PMF sur le DP. Lors du deuxième bilan, nous avons proposé avec le pharmacien titulaire de se renseigner via le logiciel LGPi, sur la possibilité de mettre en place un pop-up « Penser à la carte vitale » ou une étape supplémentaire de demande systématique de la carte vitale en cas de vente libre de médicaments sans ordonnance. Il s'avère que cette requête est impossible.

Une des principales difficultés est l'incompréhension des patient·e·s. En effet, suite à la demande de leur carte vitale, il·elle·s cherchent à savoir pourquoi la délivrance de leurs médicaments n'est plus aussi simple qu'elle l'était auparavant. Ceci est particulièrement mis en avant par l'apprentie préparatrice ainsi que la pharmacienne adjointe qui ne sont arrivées depuis seulement quelques mois. Cette pratique est plus facilement réalisable dans le cas d'une demande de conseil. Alors, pour une meilleure prise en charge et un meilleur conseil, il est préférable d'avoir un maximum de renseignements concernant le·la patient·e. La visualisation du DP, étant une source d'informations importante, est une nécessité. De ce fait, il est plus aisé de l'alimenter lors de la délivrance. Quand le·la patient·e sait ce qu'il·elle veut, il est difficile de demander la carte vitale. Car, la plupart du temps, les patient·e·s sont pressé·e·s. Il en va de même lors des délivrances d'une seule boîte. Plus la demande est simple, plus la délivrance doit être rapide et concise. Une préparatrice nous informe que l'inscription des médicaments à PMF sur l'historique interne est faite plus régulièrement que sur le DP car la démarche est plus simple. Cette pratique permet aussi un suivi du·de la patient·e mais seulement au sein de cette pharmacie.

La systématisation de cette pratique est, selon les différents membres de l'équipe, trop ambitieuse. Une lassitude s'installe rapidement car il s'avère que de nombreux·ses patient·e·s n'ont pas leur carte vitale sur eux·elles. L'impossibilité d'inscrire les médicaments à PMF sur le DP est donc souvent revenue.

Il est tout de même mis en avant que cette expérimentation permet d'ouvrir plus de DP et de l'aborder plus régulièrement qu'auparavant.

Synthèse des questionnaires finaux remplis par : 1 pharmacien titulaire, 2 pharmaciennes adjointes, 4 préparatrices, 1 étudiante en 6^e année de pharmacie, 1 apprentie préparatrice.

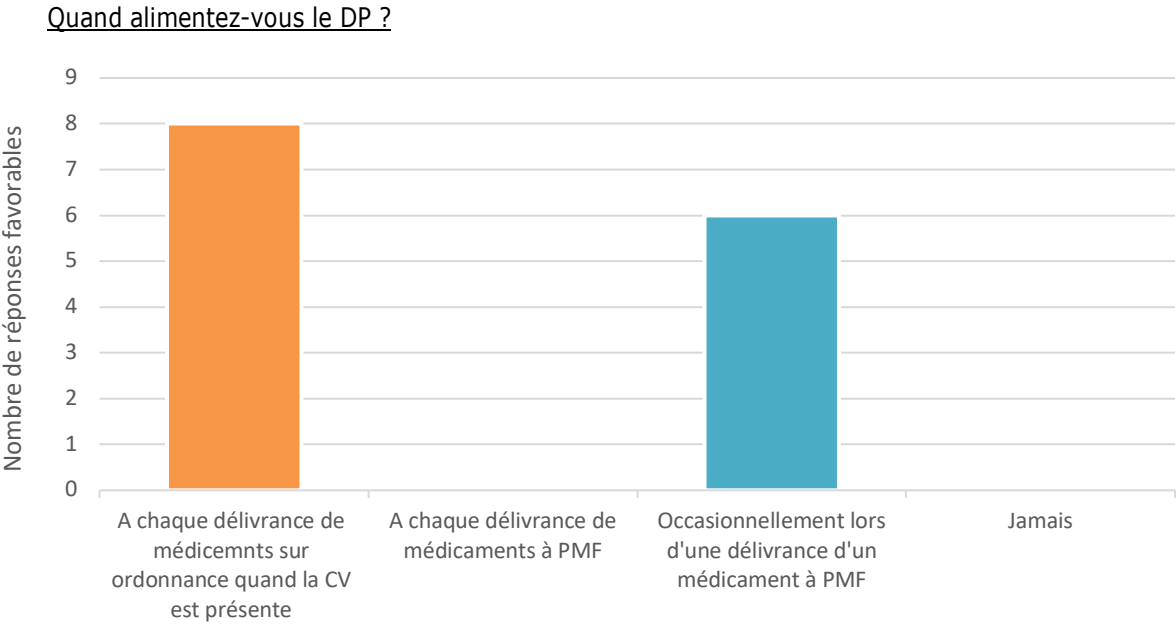


Figure 21 : Critères d'alimentation du DP en aval de l'étude à la Ph A

En comparaison avec le questionnaire initial, nous pouvons remarquer que les pratiques en termes d’inscription des médicaments à PMF sur le DP, n’ont pas évoluées. Cela n’est pas fait en systématique mais plutôt occasionnellement. En effet, cette pratique est mise en place en fonction du temps dont disposent les préparateur·rice·s ou les pharmacien·ne·s mais aussi des patient·e·s, car il·elle·s peuvent être pressé·e·s. Pour que l’alimentation du DP puisse se faire, il est indispensable que la carte vitale soit présentée. Ce qui n’est pas toujours le cas.

Cela vous-a-t-il permis de déceler des interactions médicamenteuses, surdosages ou contre-indications ?

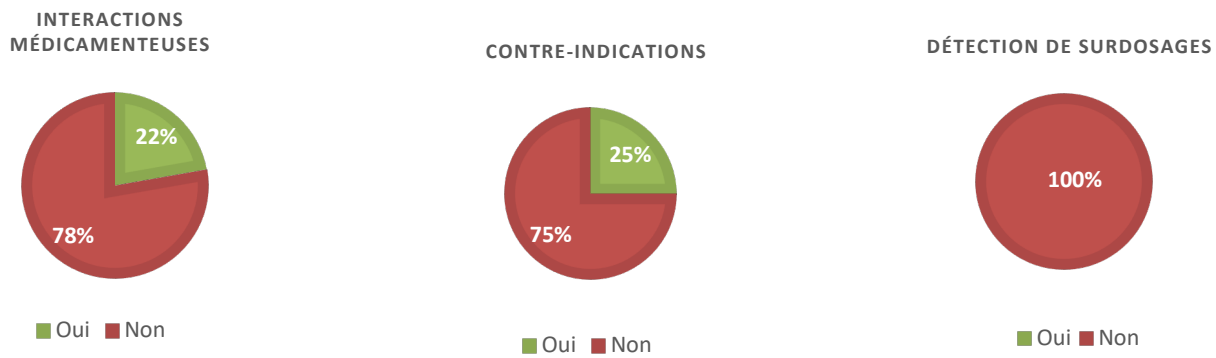


Figure 22 : IM, CI et surdosages décelé·e·s par l'équipe de la Ph A

Les interactions retrouvées concernent les demandes d'AINS en présence d'AVK. Cette pratique n'a pas permis de déceler des cas de surdosage. Les contre-indications révélées concernent principalement les troubles de la coagulation avec des AINS.

Certain·e·s patient·e·s ont-il·elle·s pris·e l'habitude de présenter la carte vitale lors d'une demande de conseil ou d'une demande spontanée ?

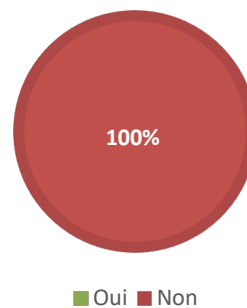


Figure 23 : Habitudes de présenter la CV par la patientèle de la Ph A

Les patient·e·s ne présentent pas plus la carte vitale qu'auparavant. Cette pratique n'est donc pas devenue une habitude pour la patientèle. Ceci peut s'expliquer par le fait qu'il·elle·s n'ont pas compris l'intérêt de cette démarche. Ainsi, il·elle·s sont encore surpris·es lorsque le·la préparateur·rice ou le·la pharmacien·ne demande la carte vitale même quand il n'y a pas d'ordonnance.

Quelles sont les limites et les difficultés rencontrées lors de l'inscription des médicaments à PMF sur le DP ?

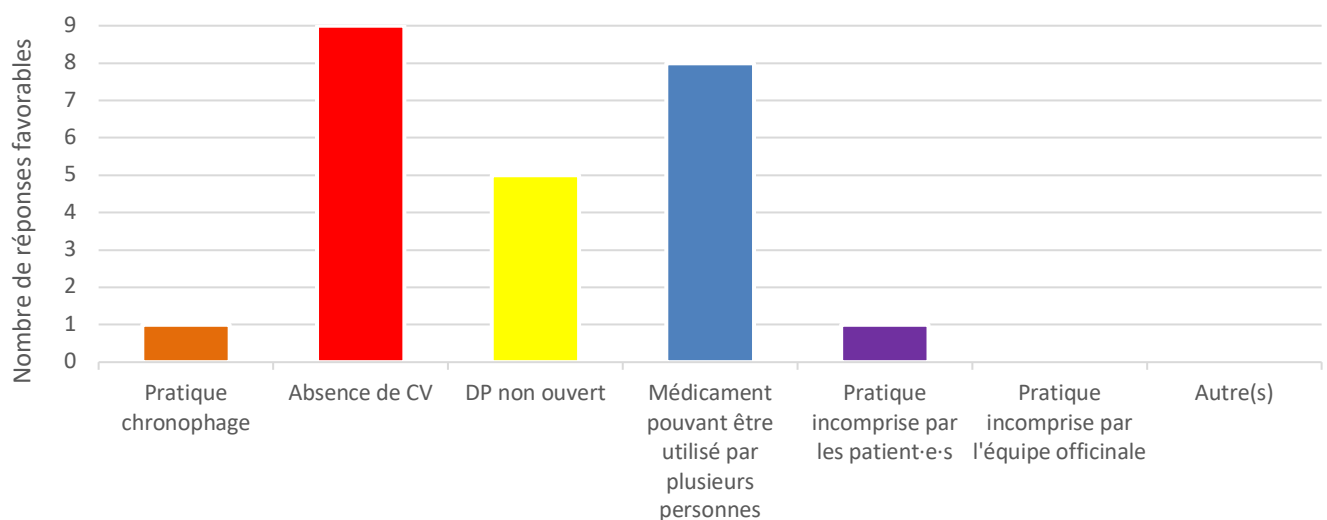


Figure 24 : Limites rencontrées lors de l'étude pour l'équipe de la Ph A

Tous les membres de l'équipe considèrent l'absence de carte vitale comme étant la principale limite de cette pratique. Cela concorde avec les craintes évoquées en amont de l'expérimentation. En second lieu, les délivrances de médicaments destinés à plusieurs personnes représentent un grand nombre de cas d'impossibilité d'inscrire les médicaments à PMF sur le DP. Nous retrouvons aussi le cas des patient·e·s n'ayant pas leur DP ouvert. Dans ce cas, il est intéressant de les informer sur ce qu'est le DP et les inciter à présenter la carte vitale pour chaque délivrance (avec ou sans ordonnance). Pour cette équipe, cette pratique n'est pas forcément considérée comme étant chronophage. En effet, quand le personnel est suffisant, chacun·e peut prendre le temps de demander la carte vitale et expliquer aux patient·e·s l'intérêt de cette démarche.

Cette bonne pratique est-t-elle devenue un réflexe dans votre pratique professionnelle ?

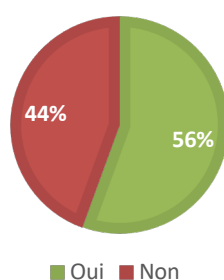


Figure 25 : Pratique devenue un réflexe pour les membres de l'équipe de la Ph A

Pour plus de la moitié des membres de l'équipe, l'inscription des médicaments à PMF sur le DP est devenue une habitude. Il·elle·s considèrent le faire le plus souvent possible mais ce n'est tout de même pas systématique.

Êtes-vous prêts à pérenniser cette pratique dans votre pratique professionnelle ?

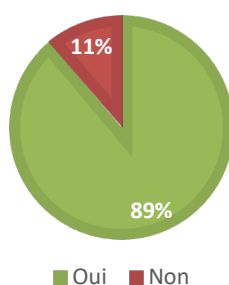


Figure 26 : Pérennisation de la pratique par les membres de l'équipe de la Ph A

Seule la pharmacienne adjointe ne se sent pas prête pour pérenniser cette bonne pratique. Sinon, tou·te·s considèrent cela indispensable afin de déceler des interactions médicamenteuses, des surdosages ou des contre-indications. Cela permet de sécuriser la dispensation.

5.2. Pharmacie B

Pour ce dernier bilan, nous discutons des évolutions de chacun·e quant à l'inscription des médicaments à PMF sur le DP.

Le titulaire a conscience de ne pas réussir à intégrer cette pratique dans son exercice professionnel. Il effectue cette démarche seulement quand il l'estime nécessaire. Selon lui, une demande simple doit être associée à une réponse simple. C'est ce qu'attend le·la patient·e. Dans le cas d'une demande de conseil, le·la patient·e ne sait pas précisément ce qu'il·elle veut ou ce dont il·elle a besoin, il est plus simple de demander la carte vitale. En effet, ces situations exigent plus de recherches et d'analyses de la part du·de la pharmacien·ne ou du·de la préparateur·rice. De ce fait, la visualisation de l'historique médicamenteux est indispensable. Ainsi, à la suite de la délivrance, les médicaments sont inscrits sur le DP.

Pour une des préparatrices, aucune évolution n'est remarquée. Elle relève que certain·e·s patient·e·s ont des réticences concernant cette pratique. En effet, il·elle·s peuvent se sentir épié·e·s. Elle considère cette pratique trop intrusive. Donc elle ne le demande pas à ses patient·e·s malgré qu'elle soit consciente des bienfaits de ce suivi ainsi que la possibilité de ne pas tout inscrire sur le DP.

L'étudiant en 6^{ème} année de pharmacie nous informe avoir essayé suite à notre dernière visite d'intégrer cette pratique lorsqu'il est au comptoir. Mais un essoufflement s'est rapidement installé. Selon lui, cette pratique est trop chronophage pour que cela puisse être réalisable. Cependant, il déclare avoir ouvert plus de DP grâce à cette expérimentation. Par conséquent, il aborde plus facilement le sujet auprès des patient·e·s.

La pharmacienne adjointe est le membre de l'équipe le plus impliqué et ayant le plus évolué au cours de ces six mois. Elle demande plus souvent la carte vitale lors d'une demande spontanée ou d'une demande de conseil. Cependant, contrairement à ce qu'avait choisi l'équipe en amont de l'expérimentation, elle ne systématise pas. En effet, pour elle, l'inscription du paracétamol demande trop de temps pour un trop faible risque.

Durant ce dernier bilan, le sujet de la nécessité de mettre en place une carte vitale dématérialisée est ré-évoqué. Si cela n'est pas fait, il·elle·s considèrent que cette pratique ne peut s'étendre. En effet, aujourd'hui, l'inscription des médicaments à PMF sur le DP ne peut être fait que si l'affluence est faible et que le·la patient·e soit réceptif·ve et ai sa carte vitale. Il y a trop de biais pour que cela devienne une habitude de tou·te·s.

Synthèse des questionnaires finaux remplis par : 1 pharmacien titulaire, 1 pharmacienne adjointe, 2 préparatrices (car 1 partie en congé maternité), 1 étudiante en 6^e année de pharmacie.

Quand alimentez-vous le DP ?

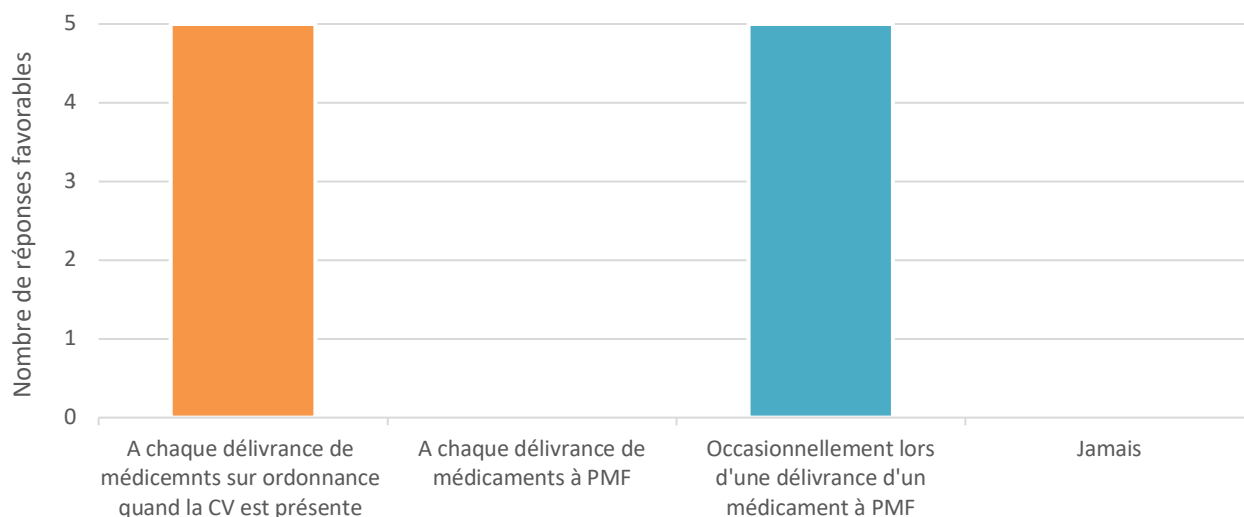


Figure 27 : Critères d'alimentation du DP en aval de l'étude à la Ph B

Tous les membres de l'équipe alimentent le DP dans le cas de délivrance de médicaments sur ordonnance mais aussi de manière occasionnelle en ce qui concerne les médicaments à PMF. Ce qui n'était pas le cas en amont de l'expérimentation. En effet, seulement 2 membres sur 6 le faisaient. Cette inscription est faite selon le profil du·de la patient·e. Cette pratique est donc plus souvent réalisée lorsque le·la patient·e est âgé·e, avec un traitement chronique lourd ou encore quand le·la patient·e est inconnu·e de l'équipe.

L'inscription se fait aussi en fonction des molécules délivrées, avec une priorisation sur les molécules à haut potentiel d'interactions médicamenteuses telles que l'ibuprofène, la doxylamine, l'oxomémazine...

Cela vous-a-t-il permis de déceler des interactions médicamenteuses, surdosages ou contre-indications ?

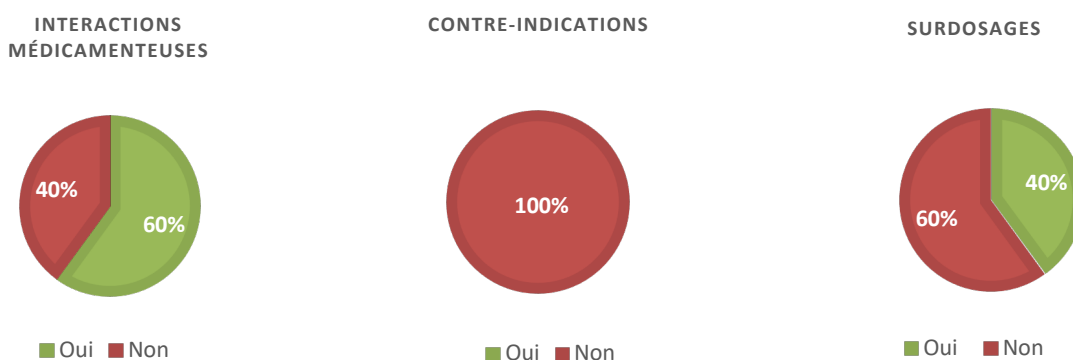


Figure 28 : IM, CI et surdosages décelé·e·s par l'équipe de la Ph B

Les interactions médicamenteuses retrouvées sont les associations de Kardegic® et d'ibuprofène ou encore de Neuleptil® avec de la doxylamine. Les surdosages mis en lumière par cette méthode concernent principalement une surconsommation de paracétamol ou d'anti-inflammatoires. Aucune contre-indication n'a été révélée durant l'expérimentation.

Certain·e·s patient·e·s ont-il·elle·s pris·e l'habitude de présenter la carte vitale lors d'une demande de conseil ou d'une demande spontanée ?

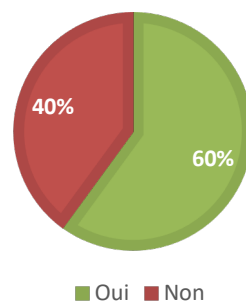


Figure 29 : Habitudes de présenter la CV par la patientèle de la Ph B

Une majorité de l'équipe officinale considère que les patient·e·s présentent plus la carte vitale en cas de délivrance de médicaments hors ordonnance. Il·elle·s sont moins surpris·es que lors des premières demandes de la part des pharmaciens ou des préparateurs et sont plus volontaires.

Quelles sont les limites et les difficultés rencontrées lors de l'inscription des médicaments à PMF sur le DP ?

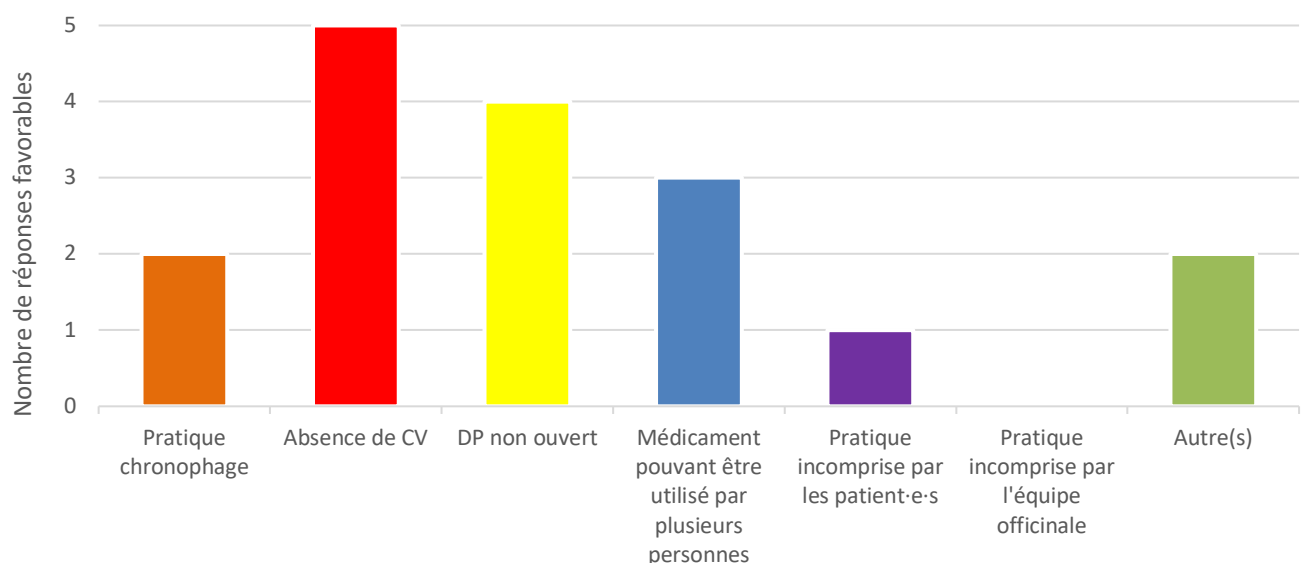


Figure 30 : Limites rencontrées lors de l'étude pour l'équipe de la Ph B

La principale limite de cette pratique est l'absence de carte vitale. Dans ce cas, il est impossible d'inscrire les médicaments sur le DP. Ensuite, un certain nombre de patient·e·s n'ont pas leur DP ouvert. Cela permet de se rendre compte qu'encore trop de patient·e·s n'ont pas la possibilité d'avoir un suivi complet quant à leur traitement. De ce fait, une augmentation d'ouvertures de DP est mise en avant par les membres de l'équipe. Comme en amont de ces 6 mois d'expérimentation, une des principales limites est la délivrance de médicaments destinés à plusieurs personnes. Ainsi, les médicaments ne peuvent être inscrits sur le DP de chaque personne concernée. Les deux préparatrices estiment cette pratique comme trop chronophage pour que cela soit réalisable au quotidien. Il est aussi évoqué le cas des délivrances pour les sujets étrangers qui n'ont pas de carte vitale.

Cette bonne pratique est-t-elle devenue un réflexe dans votre pratique professionnelle ?

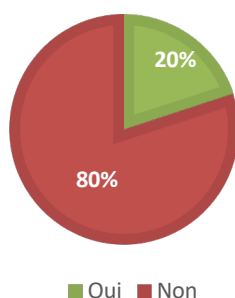


Figure 31 : Pratique devenue un réflexe pour les membres de l'équipe de la Ph B

Cette pratique est devenue une habitude seulement pour la pharmacienne adjointe. Pour les autres, cela est plus complexe. Dans un premier temps, il·elle·s oublie de demander la carte vitale. De plus, les patient·e·s peuvent encore être surpris·es par cette demande. Il est mis en avant que pour que cela devienne une habitude, il est indispensable que ce le soit aussi pour les patient·e·s.

Êtes-vous prêts à pérenniser cette pratique dans votre pratique professionnelle ?

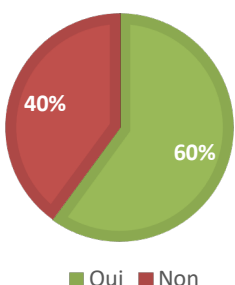


Figure 32 : Pérennisation de la pratique par les membres de l'équipe de la Ph B

Malgré les difficultés évoquées précédemment, une grande partie de l'équipe se sent prête à pérenniser cette pratique. En effet, il·elle·s prennent conscience que cela permet une sécurisation de la délivrance et que cela va devenir indispensable dans leur pratique. Cependant, pour deux d'entre eux, la pérennisation n'est pas encore d'actualité ou alors selon certains critères (profil du·de la patient·e, demande de conseil...). Selon le titulaire, cette pratique ne peut se faire systématiquement.

5.3. Pharmacie C

Le rendez-vous se déroulant début juillet, une partie de l'équipe est déjà partie en congés. Mais nous pouvons tout de même découvrir une diversité de ressentis quant à ces 6 mois d'expérimentation.

La titulaire déclare avoir eu une réelle amélioration de sa pratique professionnelle concernant l'utilisation du DP. Elle compte continuer sur cette lancée afin de mieux sécuriser ses délivrances. Elle inscrit plus facilement les médicaments à PMF sur le DP mais ne le fait pas en systématique comme nous en avons convenu en amont du projet. En effet, elle privilégie les molécules ayant un risque élevé tandis qu'elle n'alimente pas le DP quand il s'agit seulement d'une boîte de paracétamol. Elle estime que les patient·e·s sont plus compréhensif·ve·s lorsqu'elle leur demande la carte vitale pour une délivrance de médicaments hors ordonnance.

Deux des préparatrices considèrent s'être aussi améliorées. Contrairement à la pharmacienne titulaire, elles inscrivent les médicaments systématiquement, peu importe les molécules concernées. Selon elles, il est plus simple de le faire à chaque délivrance, cela permet de ne pas oublier. De plus, une préparatrice nous notifie que le paracétamol étant une molécule particulièrement consommée par les personnes âgées, il est important de l'inscrire afin de déceler des surdosages. Elles estiment que les patient·e·s pensent plus à présenter leur carte vitale. Cette démarche est plus facile à aborder avec les personnes âgées, qui ont plus de temps à leur consacrer et se sentent plus concernées par le suivi de leurs traitements.

Une autre préparatrice, qui a pour habitude, depuis toujours, d'inscrire les médicaments de médication familiale sur l'historique interne de la pharmacie, nous annonce qu'elle a plus de difficultés à alimenter le DP car il faut demander la carte vitale et nécessite plus de manipulations informatiques.

Le pharmacien titulaire nous fait savoir qu'il n'y a aucune évolution de sa part quant à cette pratique. Car elle est trop chronophage, ce qui rajoute une charge de travail à leurs activités déjà conséquentes. De plus, malgré l'impact sur la santé publique, il considère que le temps passé à cette pratique est trop important en comparaison au bénéfice qui en ressort. En tant que pharmacien titulaire, il priorise les tâches concernant la gestion de son officine.

Pour que cette pratique puisse se pérenniser, il est évoqué la nécessité de rendre la carte vitale dématérialisée pour une utilisation plus simple et donc moins contraignante.

Synthèse des questionnaires finaux remplis par : 2 pharmaciens titulaires, 2 pharmaciennes adjointes, 4 préparatrices.

Quand alimentez-vous le DP ?

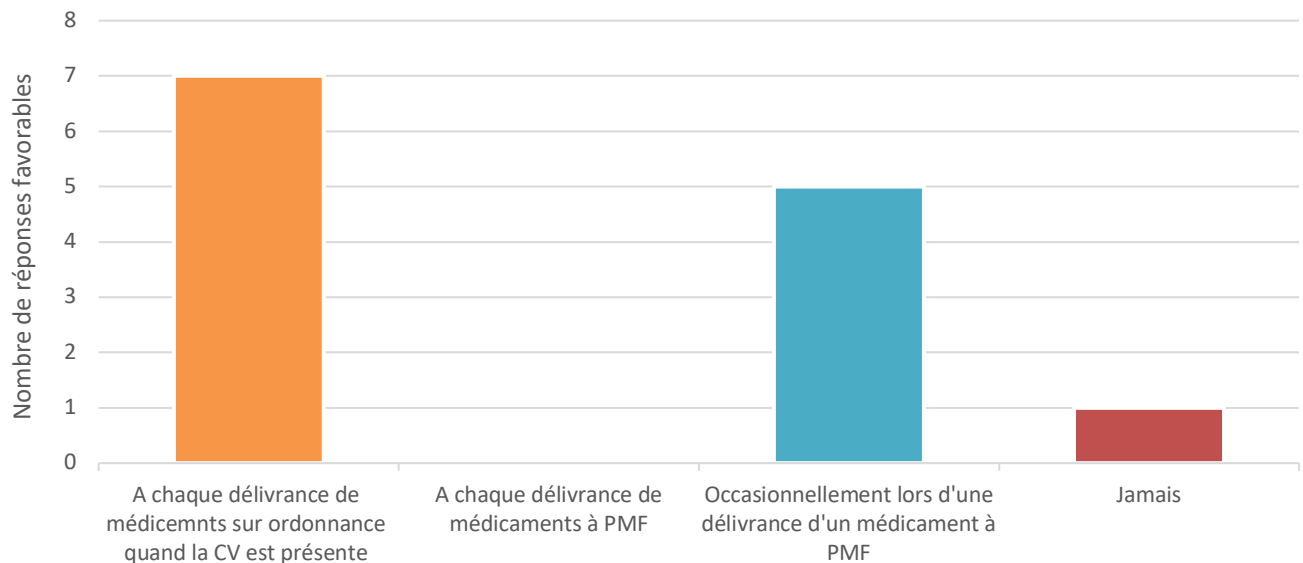


Figure 33 : Critères d'alimentation du DP en aval de l'étude à la Ph C

A la différence des pratiques concernant le DP en amont de l'expérimentation, une grande partie de l'équipe alimente occasionnellement le DP lors de délivrances de médicaments à PMF. Cette pratique se fait, le plus souvent dans des cas particuliers tels que les patient·e·s ayant des traitements chroniques à haut risque d'interactions médicamenteuses. Le DP est aussi alimenté lorsque la délivrance des médicaments à PMF suit une avec ordonnance qui a nécessité la demande de la carte vitale. Dans ce cas, la carte vitale reste dans le lecteur et ainsi, les autres médicaments sont directement inscrits dans le DP. De plus, certain·e·s notifient le fait que cette pratique est faite quand il·elle·s y pensent, ce qui n'est pas toujours le cas.

Cela vous-a-t-il permis de déceler des interactions médicamenteuses, surdosages ou contre-indications ?

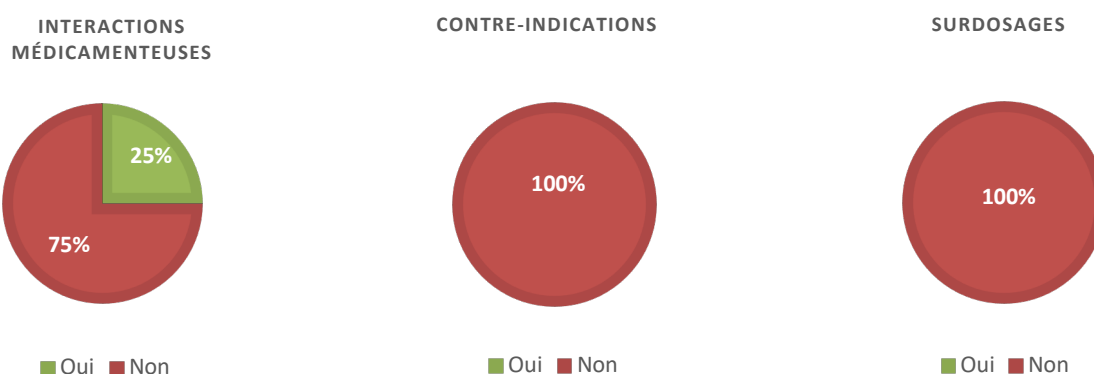


Figure 34 : IM, CI et surdosages décelé·e·s par l'équipe de la Ph C

Seules des interactions médicamenteuses ont été détectées durant l'expérimentation. Ces dernières concernent des associations entre des IPP et des anticoagulants : Oméprazole et Clopidogrel.

Certain·e·s patient·e·s ont-il·elle·s pris·e l'habitude de présenter la carte vitale lors d'une demande de conseil ou d'une demande spontanée ?

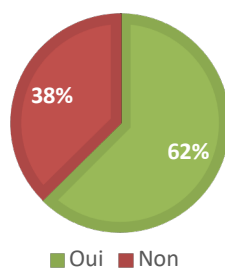


Figure 35 : Habitudes de présenter la CV par la patientèle de la Ph C

La plupart des membres de l'équipe évoque une évolution quant à la présentation de la carte vitale par les patient·e·s. D'autres estiment que ce n'est jamais le cas. Ce qui rend plus difficile la démarche.

Quelles sont les limites et les difficultés rencontrées lors de l'inscription des médicaments à PMF sur le DP ?

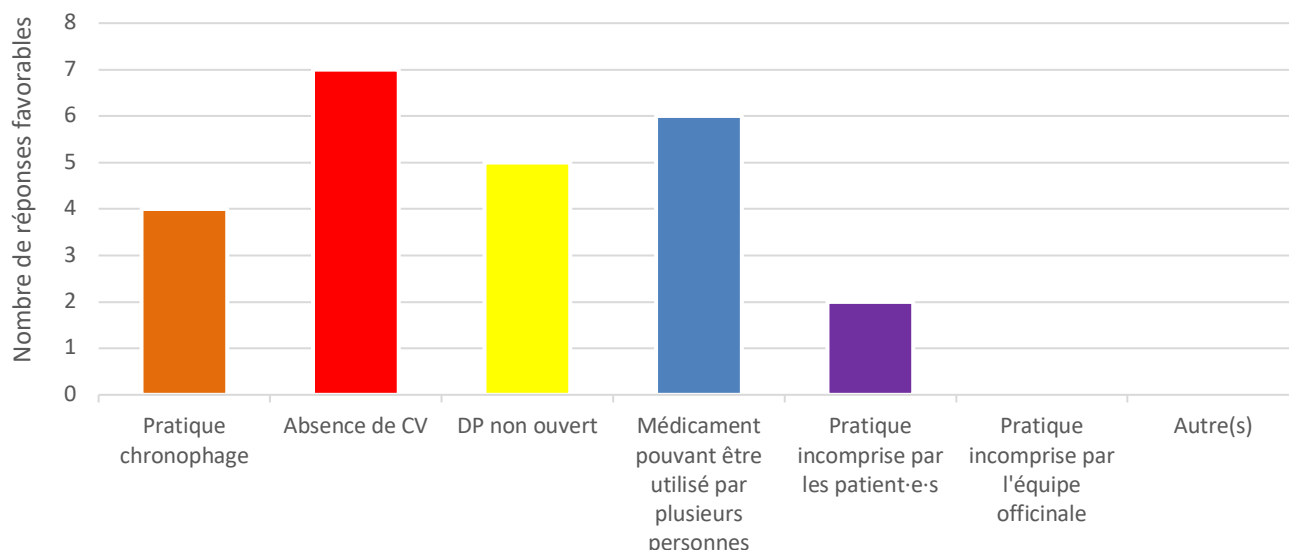


Figure 36 : Limites rencontrées lors de l'étude pour l'équipe de la Ph C

Les deux principales limites de cette pratique sont l'absence de carte vitale ainsi que les cas de délivrances de médicaments destinés à plusieurs personnes. Ces freins avaient déjà été identifiés en amont mais dans de plus faibles proportions. En effet, faire face à des patient·e·s n'ayant pas leur carte vitale avec eux·elles est une situation particulièrement récurrente.

De plus, il est mis en avant que de nombreux·ses patient·e·s n'ont pas de DP ouvert. Mais avec les problèmes informatiques rencontrés, la plupart de leurs patient·e·s n'ont plus la possibilité de l'ouvrir. La moitié de l'équipe considère cette technique trop chronophage. Le fait que les patient·e·s ne comprennent pas toujours l'intérêt de cette démarche, engendre une discussion afin de leur expliquer, ce qui rend l'activité chronophage.

Cette bonne pratique est-t-elle devenue un réflexe dans votre pratique professionnelle ?

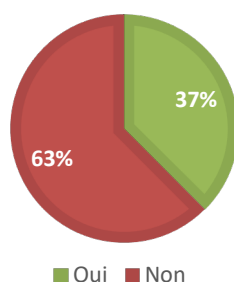


Figure 37 : Pratique devenue un réflexe pour les membres de l'équipe de la Ph C

Pour la majorité des membres de l'équipe, l'inscription des médicaments à PMF sur le DP n'est pas devenue une habitude dans leur exercice professionnel. Cela s'explique par les freins démontrés précédemment. Cependant, pour certain·e·s, une augmentation de la pratique se fait ressentir.

Êtes-vous prêts à pérenniser cette pratique dans votre pratique professionnelle ?

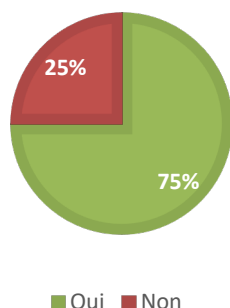


Figure 38 : Pérennisation de la pratique par les membres de l'équipe de la Ph C

Les trois-quarts de l'équipe sont prêts à mettre en place cette pratique de manière pérenne afin d'améliorer la prise en charge de leurs patient·e·s. En effet, il·elle·s sont conscient·e·s que la qualité de leur délivrance passe par un suivi plus complet.

5.4. Pharmacie D

Pour cette dernière rencontre, nous établissons un dernier bilan avec le titulaire. Comme évoqué lors des compte-rendu précédents, cette expérimentation est très difficile à mettre en place au sein de cette équipe. Bien qu'il·elle·s soient tou·te·s convaincu·e·s des avantages et des bienfaits de cette pratique, elle n'est pas entrée dans leurs habitudes. Les principales limites évoquées sont les délivrances de médicaments destinés à plusieurs personnes. Le pharmacien titulaire met aussi l'accent sur le côté trop intrusif de cette pratique, ce qui peut rendre certain·e·s patient·e·s réticent·e·s face à la demande de la carte vitale. Une pharmacienne adjointe nous avoue ne pas avoir constaté d'évolution dans son exercice professionnel car elle considère cela trop chronophage. Lorsqu'elle prend le temps de discuter avec les patient·e·s, elle préfère s'attarder sur des sujets plus pertinents selon elle, comme l'observance et la bonne adhésion au traitement.

Une des préparatrices ne ressent pas non plus d'amélioration car elle oublie ou lorsque qu'elle y pense, la plupart du temps, les patient·e·s n'ont pas leur carte vitale avec eux·elles. Une autre préparatrice estime que cette pratique devient de plus en plus un réflexe. Elle ne le fait pas systématiquement. En effet, elle le pratique plus lorsqu'elle se trouve devant une personne âgée et/ou poly-médicamentée. Ces patient·e·s sont d'ailleurs plus enclins à être intéressé·e par cette démarche car il·elle·s se sentent plus concerné·e·s. Dans ces situations, elle ne fait donc pas de différence entre les molécules à délivrer. Elle préfère toutes les inscrire sur le DP afin de sécuriser ses délivrances.

Le pharmacien adjoint considère aussi s'être amélioré dans cette pratique. Il s'attarde plus particulièrement sur les personnes âgées ou encore sur les patient·e·s de passage dont il ne connaît les traitements chroniques. Il estime que les questions classiques lors de la délivrance peuvent suffire avec des patient·e·s connu·e·s ou non poly-médicamenté·e·s tandis que pour les personnes âgées, une méfiance est plus de rigueur car ils peuvent oublier d'évoquer certains traitements.

Synthèse des questionnaires finaux remplis par : 1 pharmacien titulaire, 1 pharmacien adjoint, 2 pharmaciennes adjointes, 3 préparatrices, 1 étudiante en 6ème année de pharmacie

Quand alimentez-vous le DP ?

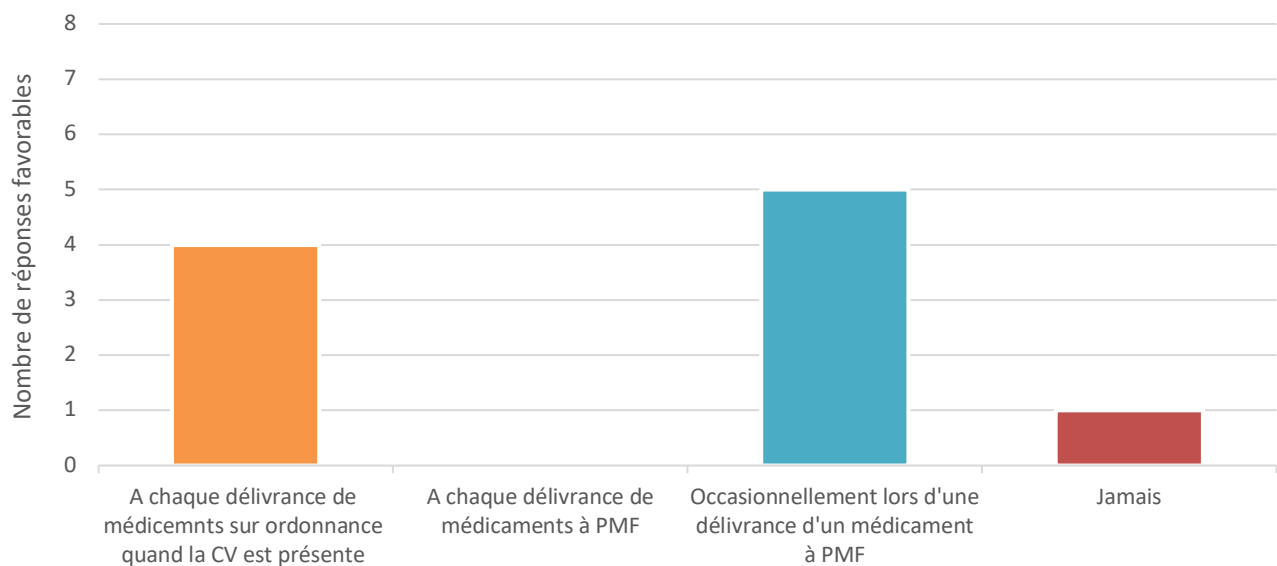


Figure 39 : Critères d'alimentation du DP en aval de l'étude à la Ph D

Aucun membre de l'équipe inscrit à chaque délivrance les médicaments à PMF sur le DP. La majorité ne les inscrit que de manière occasionnelle selon des critères propres à chacun·e (patient·e·s poly-médicamenté·e·s, présentation de la carte vitale spontanément...). Cependant, une préparatrice estime ne jamais inscrire les médicaments sur le DP, qu'il soit à PMO ou PMF.

Cela vous-a-t-il permis de déceler des interactions médicamenteuses, surdosages ou contre-indications ?

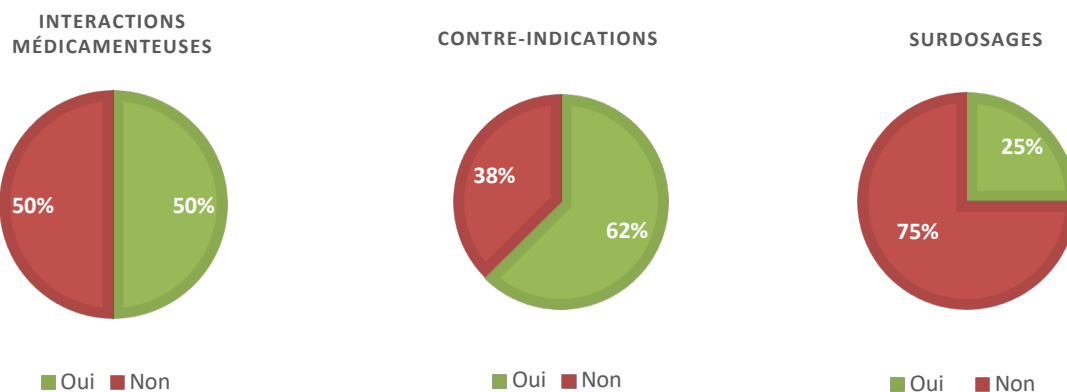


Figure 40 : IM, CI et surdosages décelé·e·s par l'équipe de la Ph D

Les interactions retrouvées concernent les demandes d'oméprazole en présence de clopidogrel. Cette pratique a permis de déceler des cas de surdosage de paracétamol ou d'anti-inflammatoires. Les contre-indications révélées concernent les anticholinergiques chez patients atteints d'hypertrophie bénigne de la prostate mais aussi des AINS dans le cas de personnes ayant des troubles de la coagulation.

Certain·e·s patient·e·s ont-il·elle·s pris·e l'habitude de présenter la carte vitale lors d'une demande de conseil ou d'une demande spontanée ?

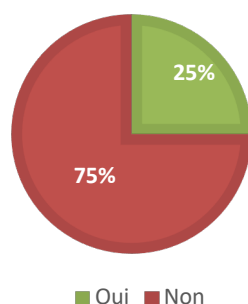


Figure 41 : Habitudes de présenter la CV par la patientèle de la Ph D

Selon la plupart des membres de l'équipe, les patient·e·s ne présentent pas plus la carte vitale qu'auparavant. Seules une préparatrice et l'étudiante en 6^{ème} année de pharmacie estiment que les quelques patient·e·s (environ 10 %) ont pris pour habitude d'avoir leur carte vitale sur eux·elles lorsqu'il·elle·s vont à la pharmacie.

Quelles sont les limites et les difficultés rencontrées lors de l'inscription des médicaments à PMF sur le DP ?

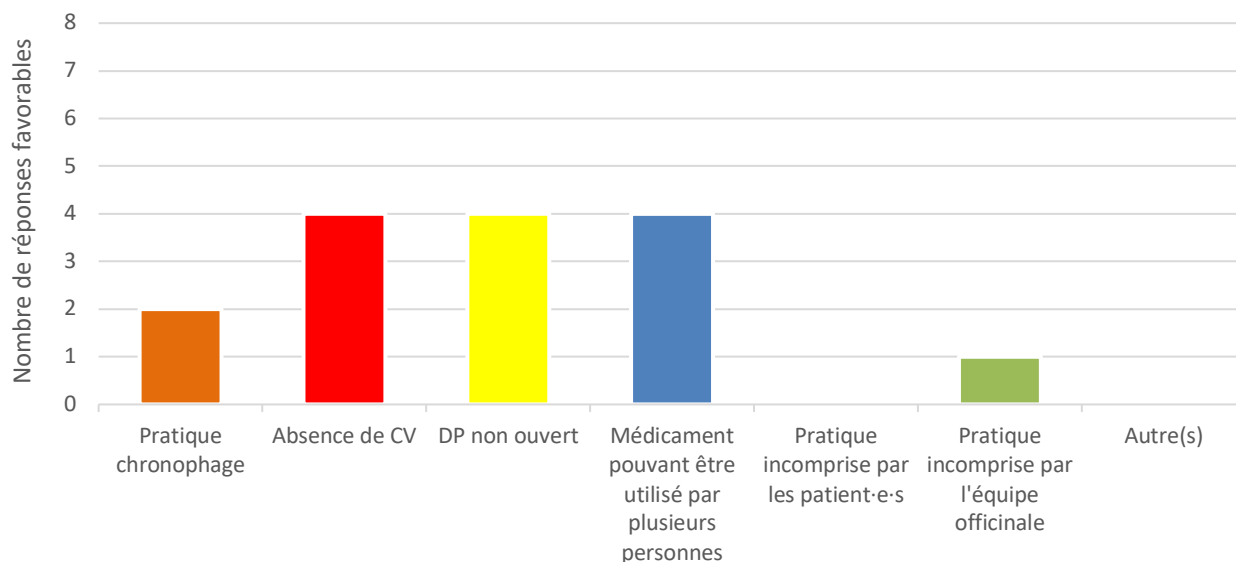


Figure 42 : Limites rencontrées lors de l'étude pour l'équipe de la Ph D

Les principales limites mises en avant sont l'absence de carte vitale, les patient·e·s n'ayant pas de DP ouvert et le cas des médicaments destinés à plusieurs personnes. Seuls deux membres considèrent cette pratique trop chronophage pour être employée quotidiennement. L'étudiante en 6^{ème} année de pharmacie estime que cet exercice est incompris et par conséquent non adopté par l'équipe officinal.

Cette bonne pratique est-t-elle devenue un réflexe dans votre pratique professionnelle ?

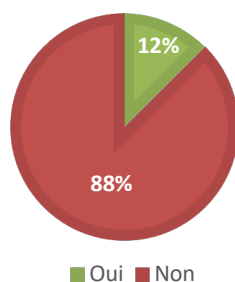


Figure 43 : Pratique devenue un réflexe pour les membres de l'équipe de la Ph D

Cette pratique est devenue une habitude seulement pour une préparatrice. Pour les autres, cela est plus complexe. Il·elle·s oublient de demander la carte vitale. Mais ces résultats sont aussi dû à un manque de motivation de la part de toute l'équipe.

Etes-vous prêts à pérenniser cette pratique dans votre pratique professionnelle ?

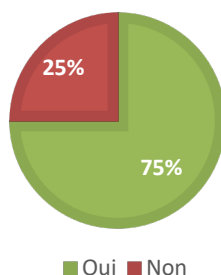


Figure 44 : Pérennisation de la pratique par les membres de l'équipe de la Ph D

La majorité des membres de l'équipe est prête à introduire cette pratique dans leur exercice professionnel. Mais pour cela, il faut que l'équipe se remotive afin que tou-te-s entrent dans une dynamique de changement d'habitudes.

5.5. Pharmacie E

Dès le début de cette dernière rencontre, les pharmaciennes titulaires nous font part de leur enthousiasme concernant l'expérimentation. En effet, elle nous annonce que tous les membres de l'équipe ont fortement amélioré leur pratique quant à l'inscription des médicaments à PMF sur le DP. Au 2^{ème} bilan, nous avons choisi de se concentrer sur certaines spécialités. L'expérience étant particulièrement fructueuse, les titulaires décident, au bout d'un mois, d'élargir les cibles de cette pratique. Les spécialités à base d'oxomémazine (Toplexil®) et de métopimazine (Vogalène Lyoc®) sont donc ajoutées à la liste. Lors de ce bilan, il est décidé d'étendre cette liste avec les spécialités à base d'IPP (IPraalox®), de racécadotril (Tiorfan®), de lopéramide (Imodium®), de trimébutine et de bisacodyl (Dulcolax®).

Peu de difficultés sont mises en avant. Seules l'absence de carte vitale ou les délivrances de médicaments destinés à plusieurs personnes sont des situations limitantes.

Cependant, avec la mise en place du message : « Lors de la délivrance, merci de demander systématiquement la carte vitale pour inscrire la spécialité sur le DP. En cas d'absence, inscrire la spécialité sur l'historique du patient », même dans les situations précédentes, les médicaments sont inscrits au minima sur l'historique interne à la pharmacie. Ce qui sécurise tout de même la délivrance et permet un meilleur suivi. Même s'il est encore plus pertinent lorsque ceci est fait via le DP.

Nous discutons avec tous les membres de l'équipe présents. Certain·e·s ne saisissent pas vraiment l'intérêt de cette démarche concernant la cétirizine. De ce fait, nous expliquons les risques retrouvés avec cette molécule. Nous insistons sur la somnolence qu'elle peut entraîner, pouvant être majorée par d'autres molécules ayant les mêmes effets. De plus, nous leur informons que cette pratique a pour objectif, à termes, de s'élargir à toutes les molécules pouvant être délivrées sans ordonnance.

L'apprentie préparatrice est celle qui a le plus de difficultés quant à cette pratique. Elle ne saisit pas totalement son intérêt et la raison pour laquelle certaines molécules sont concernées et pas d'autres. Nous lui expliquons donc les risques des molécules choisies tout en soulignant qu'il est important de rester vigilant à la délivrance de toutes les molécules, mêmes celles n'entrant pas dans l'expérimentation. Nous insistons sur le fait que l'inscription des médicaments à PMF sur le DP est un moyen d'assurer une délivrance sécurisée.

Synthèse des questionnaires finaux remplis par : 2 pharmaciennes titulaires, 2 pharmaciennes adjointes, 5 préparatrices, 1 étudiant en 6ème année de pharmacie et 1 apprentie préparatrice.

Quand alimentez-vous le DP ?

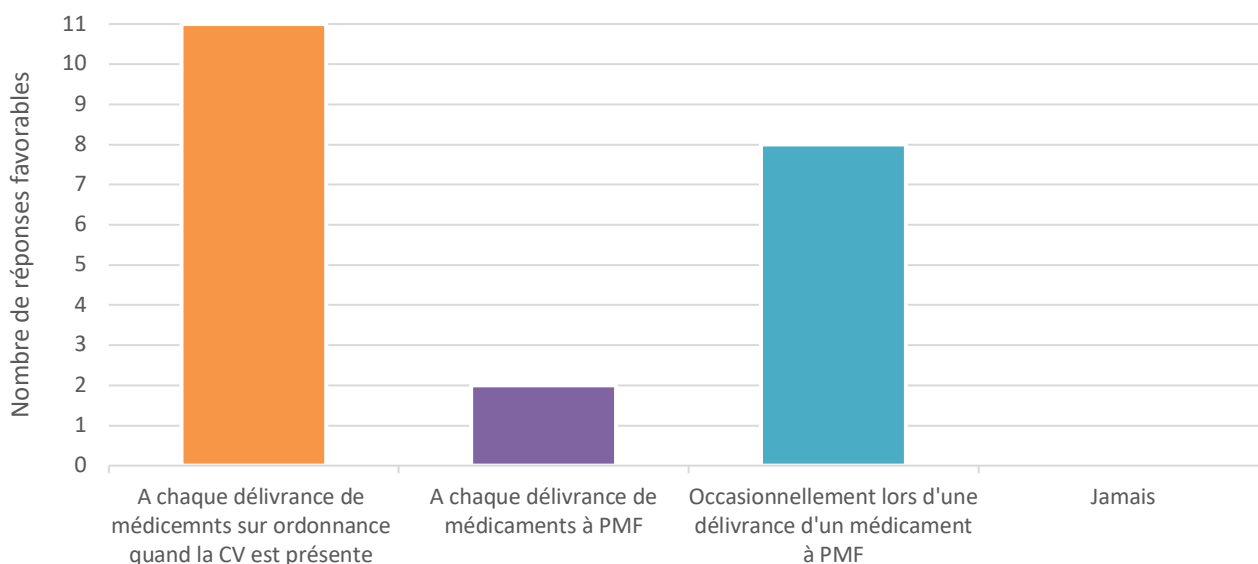


Figure 45 : Critères d'alimentation du DP en aval de l'étude à la Ph E

En termes de proportion, les résultats ont très peu évolué. Seules une pharmacienne adjointe et une préparatrice estiment inscrire les médicaments à PMF sur le DP de manière systématique. Le reste de l'équipe le fait selon certains critères. Cette pratique se fait le plus souvent en fonction de la nature de la molécule. En effet, les molécules choisies (ibuprofène, pseudoéphédrine, doxylamine...) sont plus inscrites sur le DP que les autres. Cela est dû au fait qu'un message apparaisse à chaque passage des spécialités contenant ces molécules.

Cela vous-a-t-il permis de déceler des interactions médicamenteuses, surdosages ou contre-indications ?

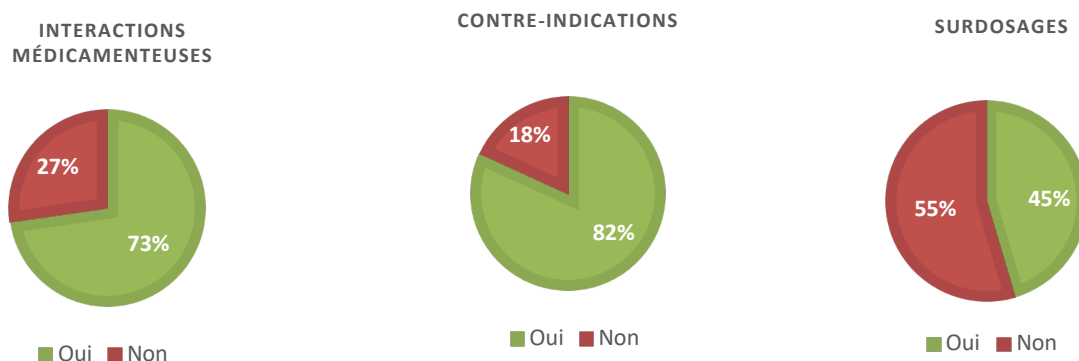


Figure 46 : IM, CI et surdosages décelé·e·s par l'équipe de la Ph E

Durant les 6 mois d'expérimentation, cette pratique a pu mettre en avant des interactions médicamenteuses telles que des associations d'AINS avec des anticoagulants/antiagrégants plaquettaires ou d'omeprazole avec du clopidogrel. Il·elle·s ont pu aussi déceler des surdosages en paracétamol ou d'anti-inflammatoires. Concernant les contre-indications, nous retrouvons la pseudoéphédrine en cas d'hypertension artérielle ou de glaucome.

Certain·e·s patient·e·s ont-il·elle·s pris·e l'habitude de présenter la carte vitale lors d'une demande de conseil ou d'une demande spontanée ?

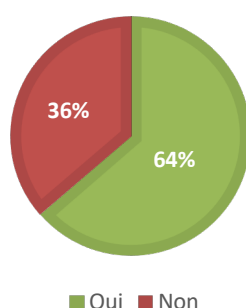


Figure 47 : Habitudes de présenter la CV par la patientèle de la Ph E

La plupart des membres de l'équipe évoque une évolution quant à la présentation de la carte vitale par les patient·e·s. Certain·e·s évaluent cette évolution à environ 10 à 20% tandis que d'autres estiment que le taux reste tout de même très faible.

Quelles sont les limites et les difficultés rencontrées lors de l'inscription des médicaments à PMF sur le DP ?

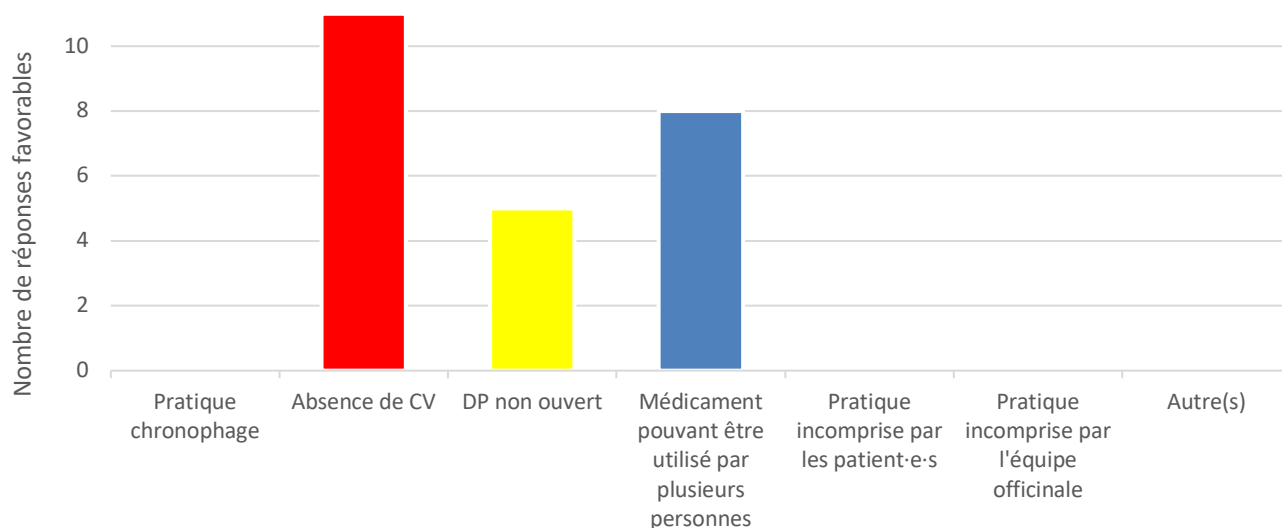


Figure 48 : Limites rencontrées lors de l'étude pour l'équipe de la Ph E

L'entièreté des membres de l'équipe considère que la principale limite de cette bonne pratique est l'absence de carte vitale. Comme évoqué en amont, le cas des médicaments pouvant être utilisés par plusieurs personnes, représente un frein à cette démarche. Cependant, il·elle·s estiment que cela est trop chronophage.

Cette bonne pratique est-t-elle devenue un réflexe dans votre pratique professionnelle ?

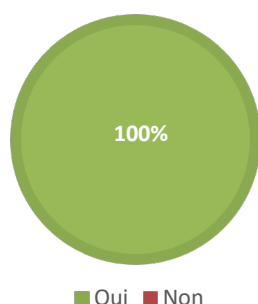


Figure 49 : Pratique devenue un réflexe pour les membres de l'équipe de la Ph E

Cette pratique est devenue une habitude de la part de tou·te·s car il·elle·s ont pris conscience que cela rentre dans le respect des bonnes pratiques de dispensation et donc de sécuriser les délivrances. De plus, il est mis en avant que cela permet d'entamer un dialogue avec le·la patient·e et nous permet d'avoir des informations plus complètes.

Etes-vous prêts à pérenniser cette pratique dans votre pratique professionnelle ?

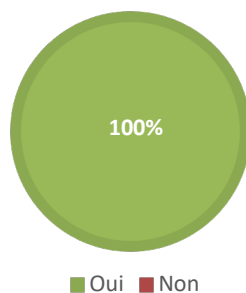


Figure 50 : Pérennisation de la pratique par les membres de l'équipe de la Ph E

Du fait que chacun·e a intégré cette pratique dans ses habitudes, tou·te·s sont prêt·e·s à la pérenniser et ce, dans l'intérêt du·de la patient·e. Mais aussi pour se rassurer dans sa délivrance. Cela permet d'avoir une meilleure prise en charge et donc valoriser notre professionnalisme.

Étude quantitative

1. Choix de l'outil d'étude

Dans un premier temps, nous voulons que l'étude se concentre principalement sur l'aspect qualitatif de cette démarche. Mais, suite aux rencontres avec chaque pharmacien·ne titulaire ainsi qu'avec leur équipe, nous convenons qu'il est plus pertinent de s'appuyer sur des résultats quantitatifs afin de pouvoir conclure objectivement. Nous explorons donc diverses pistes pour obtenir des données quantitatives.

Pour ce faire, nous contactons les différents fournisseurs de logiciel pour savoir s'il est possible de recueillir le nombre de médicaments vendus hors ordonnance inscrits sur le DP. Il s'avère qu'ils ne possèdent pas ces informations. Nous nous dirigeons donc vers le CROP des Pays de la Loire. Lors d'un premier contact téléphonique, nous expliquons notre étude et notre requête. Elle nous suggère de présenter notre projet lors d'une réunion mensuelle devant les membres du CROP. La présentation, qui a lieu le 10 janvier 2019, nous permet d'expliquer notre démarche mais aussi de demander s'il est possible de recueillir les données quantitatives, par pharmacie, du nombre de médicaments délivrés hors ordonnance inscrit sur le DP. Le projet est reçu avec un très grand intérêt.

Mi-janvier, nous les recontactons, afin de pouvoir avoir accès aux données nécessaires, comme convenu lors de notre présentation. Il nous est averti que notre demande ne peut être assouvi. En effet, le CROP ne possède pas ces informations. Il nous est conseillé de contacter le Conseil National afin d'avoir plus de renseignements. Suite à plusieurs rendez-vous téléphoniques et plusieurs mails demandant les informations quant aux statistiques DP pour chaque officine, nous nous retrouvons devant un refus. Ces données n'existent pas. Nous n'avons aucun moyen de savoir combien de médicaments hors ordonnance sont délivrés tout en étant inscrits sur le DP.

L'expérimentation ayant débuté depuis 1 mois, nous décidons de continuer et de trouver une autre méthode afin de pouvoir quantifier cette pratique. La seule solution qui nous reste est de se concentrer sur quelques spécialités et d'accéder aux statistiques de chaque officine via leur logiciel. Pour ce faire, nous choisissons six spécialités selon deux critères : turn-over important et haut risque d'interactions médicamenteuses. Les spécialités concernées sont donc :

- Ibuprofène 400mg
- Fervex®
- Pseudoéphédrine
- Donormyl®
- Cétirizine
- Oméprazole

Nous recueillons donc toutes les ventes pour chaque spécialité et analysons si les ventes sont associées à un nom de patient·e ou non. Si un nom est indiqué, cela signifie donc que la délivrance est sécurisée avec l'inscription du médicament sur le DP ou sur l'historique interne à la pharmacie. Cependant, nous ne pouvons différencier l'une de l'autre. Notre étude ne se concentrant que sur le DP, cette analyse quantitative est donc fortement biaisée. Mais nous décidons tout de même de s'appuyer sur ces données qui nous informent sur une possible évolution quant à une délivrance plus sécurisée et un suivi plus approfondi. Ainsi, nous pourrions établir des études comparatives mois par mois durant les 6 mois de l'expérimentation.

Conscient·e·s de la principale limite de cette analyse quantitative, nous mettons en place un tableau permettant de dénombrer les délivrances inscrites seulement sur l'historique interne en fonction des molécules (Annexes 6 et 7). Dans ce même tableau, les limites et freins à cette pratique peuvent être énuméré·e·s. Cependant, lors des bilans avec chaque équipe, nous remarquons que ces tableaux ne sont pas remplis consciencieusement donc ils nous sont inexploitable. Nous les laissons tout de même en place car ils permettent d'avoir un rappel visuel afin de demander la carte vitale lors de délivrance de médicaments à PMF sur le DP.

2. Évolution par pharmacie

2.1. Pharmacie A

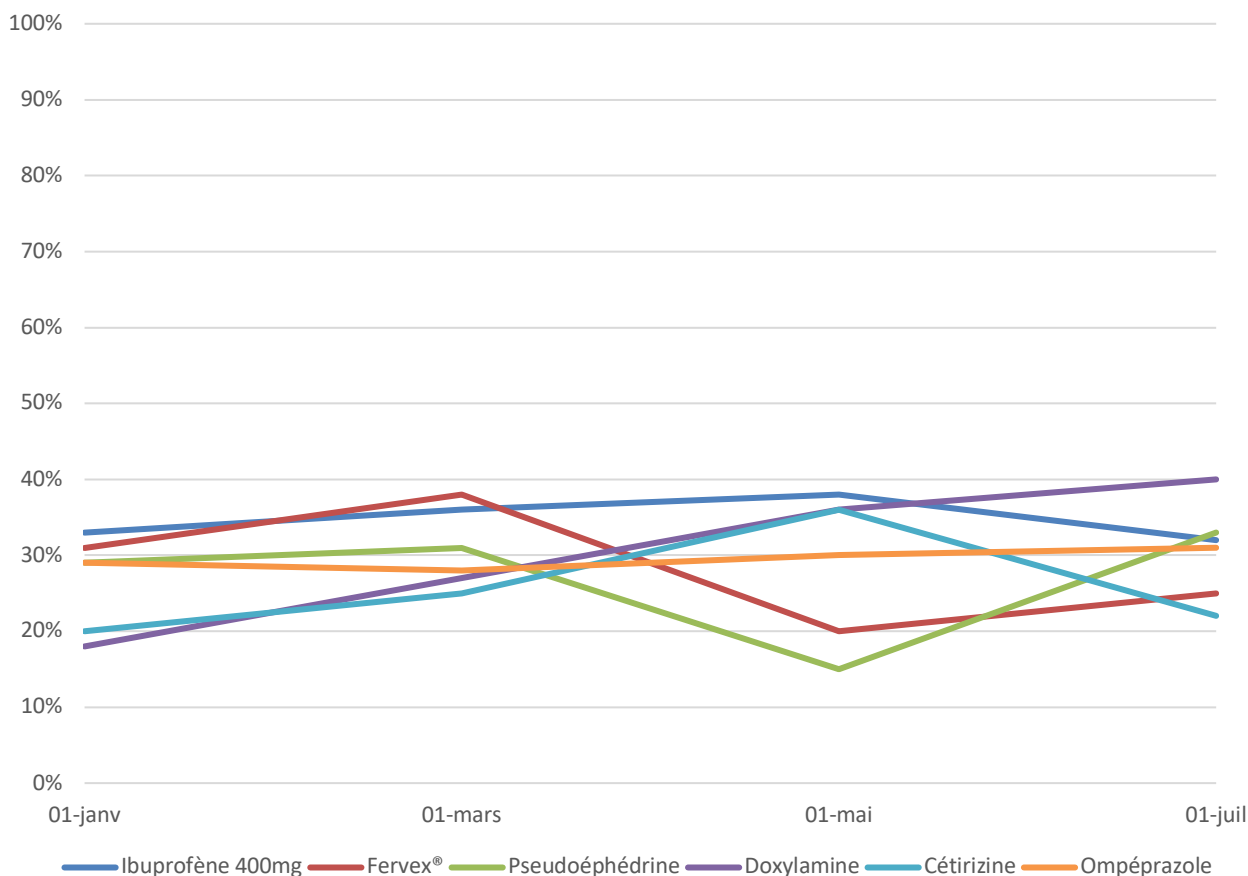


Figure 51 : Évolution de la proportion du nombre de délivrance associé au nom du·de la patient·e dans la Ph A

En amont de l'expérimentation, entre 18 et 33% des délivrances concernant les molécules étudiées, sont inscrites au nom du·de la patient·e. Les molécules les moins tracées sont la doxylamine (18%) et la cétirizine (20%) et celles qui le sont plus sont le Fervex® (31%) et l'ibuprofène 400mg (33%).

Durant les 2 premiers mois de l'étude, nous remarquons une nette progression quant à l'inscription de ces deux molécules. Nous pouvons aussi noter une augmentation du nombre de délivrances de Fervex® (de 31 à 38%), pseudoéphédrine et ibuprofène 400mg associées au nom du·de la patient·e.

Au cours de la deuxième période : de début mars à fin avril, nous apercevons une baisse significative concernant le Fervex® (baisse de 18%) et la pseudoéphédrine (baisse de 14%). Tandis qu'une augmentation progressive de cette pratique est remarquable pour la cétirizine (augmentation de 11%) et pour la doxylamine (augmentation de 9%).

En fin d'expérimentation, les délivrances de pseudoéphédrine sont plus associées au nom du·de la patient·e (augmentation 18%) tandis que celles de cétirizine le sont moins (baisse de 14%). Parmi les 6 molécules étudiées, entre 22 et 40% des délivrances sont inscrites soit sur le DP soit sur l'historique interne du·de la patient·e.

Pour la majorité des molécules, de nombreuses fluctuations sont présentes. Seules les données sur l'oméprazole sont constantes, avec une moyenne de 29,5% de délivrances associées au nom du·de la patient·e. Pour ce qui est de la doxylamine, nous observons, tout au long des 6 mois, un accroissement constant de cette pratique (passant de 18% à 40%).

Nous ne pouvons conclure sur une amélioration quantitative de cette pratique dans cette équipe officinale.

2.2. Pharmacie B

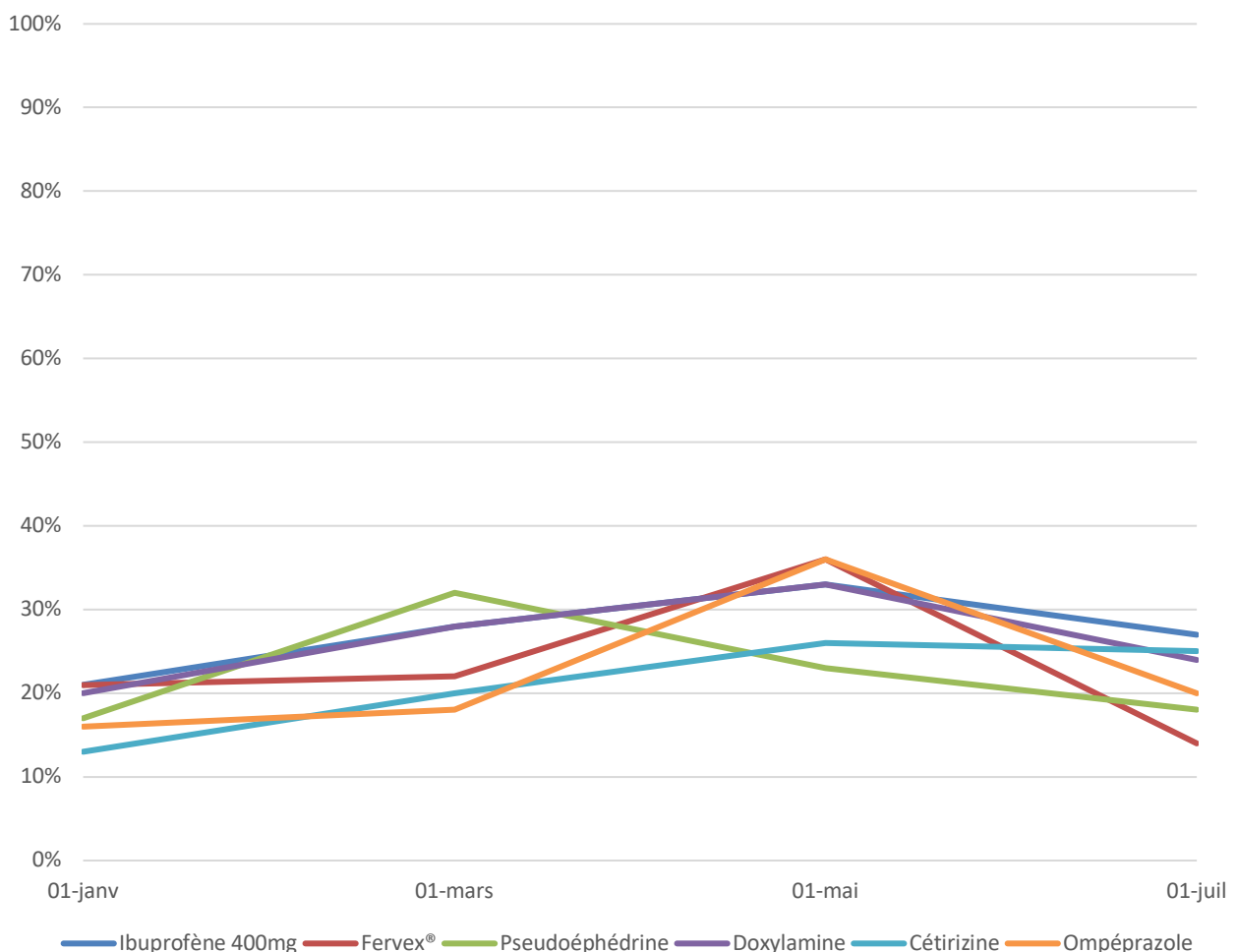


Figure 52 : Évolution de la proportion du nombre de délivrance associé au nom du·de la patient·e dans la Ph B

En amont des 6 mois d'expérimentation, entre 13 et 21% des délivrances concernant les molécules étudiées, sont inscrites au nom du·de la patient·e. Les molécules les moins tracées sont la cétirizine (13%), l'oméprazole (16%) et la pseudoéphédrine (17%) et celles qui le sont plus sont l'ibuprofène 400 mg (21%), le Fervex® (21%) et la doxylamine (20%).

De début janvier à fin février, nous relevons une véritable hausse de cette pratique. A l'exclusion du Fervex® qui ne connaît aucune évolution, nous constatons une augmentation moyenne de 8%. La majoration la plus importante concerne les délivrances de Pseudoéphédrine, avec une augmentation de 15% par rapport à fin 2018. Tandis que pour les délivrances d'oméprazole, nous n'observons que 2% d'augmentation.

Lors de la deuxième partie de l'étude (de début mars à fin avril), l'inscription des molécules au nom du·de la patient·e progresse encore de manière significative. Nous enregistrons deux pics concernant les délivrances de Fervex® (36%) et d'oméprazole (36%) qui étaient pourtant celles ayant le moins évoluées lors du 1^{er} bilan. Pour ce qui est des délivrances d'ibuprofène 400mg, de doxylamine et de cétirizine, nous notons également une augmentation régulière de 5 à 6%. Seules les délivrances de pseudoéphédrine sont de moins en moins associées au nom du·de la patient·e, avec une chute jusqu'à 23%.

Lors du bilan final, nous distinguons pour la plupart des molécules une diminution notoire de cette pratique. A l'exception de la cétirizine, dont les données n'évoluent pas, nous constatons une décroissante moyenne de 12% par rapport à la période de début mars à fin avril. La régression la plus importante concerne les délivrances de Fervex® avec une baisse de 22%.

Durant cette expérimentation, ces données démontrent que du début (1^{er} janvier) jusqu'au 2^{ème} bilan (fin avril), cette pratique a pris de l'ampleur de manière progressive au sein de l'équipe. Ces 4 premiers mois révèlent une augmentation moyenne de 16% du nombre de délivrances associées au nom du·de la patient·e. Cette progression est régulière pour la majorité des molécules étudiées. Cependant, du 4^{ème} au 6^{ème} mois d'expérimentation, il s'avère que cette pratique a chuté dans l'exercice de l'équipe. Nous ne pouvons donc conclure sur une amélioration quantitative au long terme.

2.3. Pharmacie C

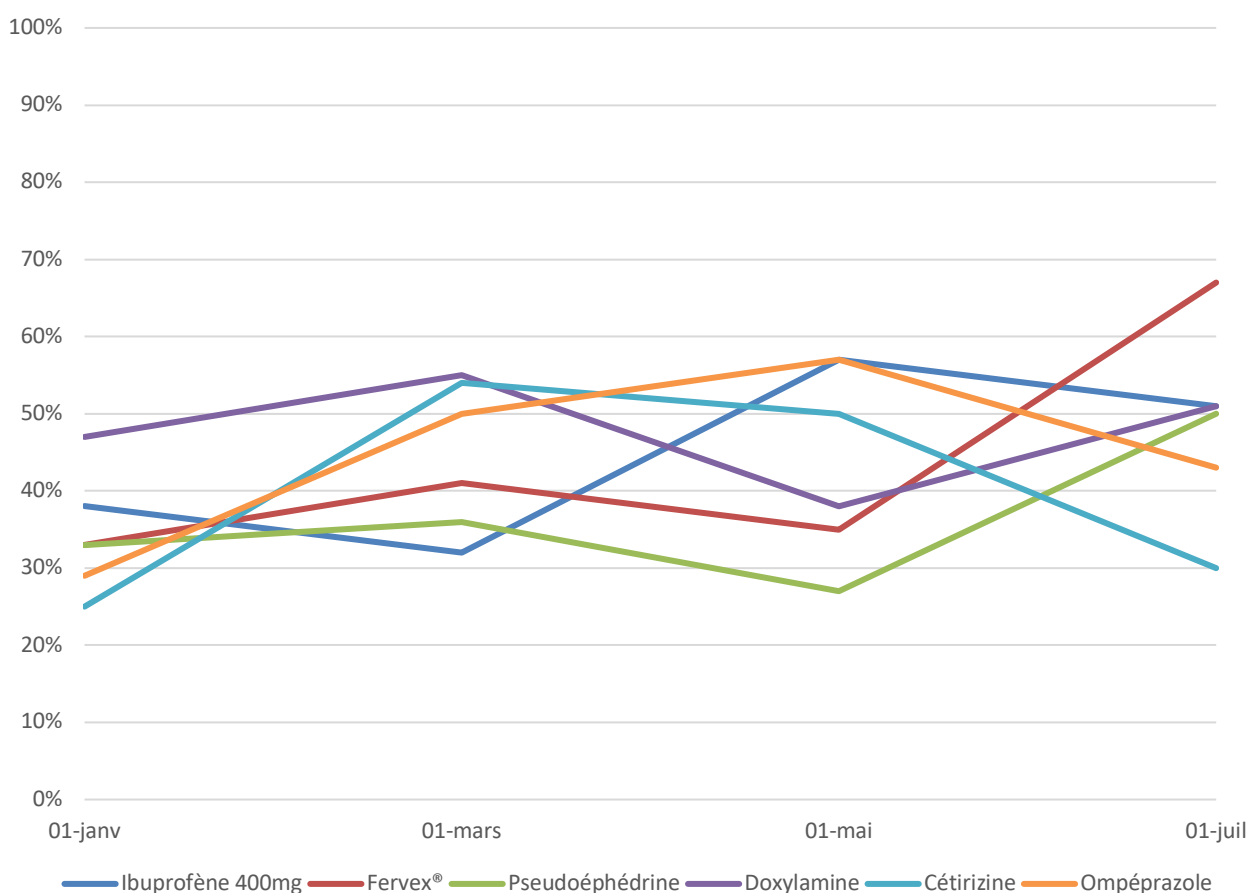


Figure 53 : Évolution de la proportion du nombre de délivrance associé au nom du·de la patient·e dans la Ph C

En amont de l'étude, entre 25 et 47% des délivrances concernant les molécules étudiées, sont inscrites au nom du·de la patient·e. Les molécules les moins tracées sont la cétirizine (25%) et l'oméprazole (29%) et celle qui l'est le plus est la doxylamine (47%).

Durant les 2 premiers mois de l'étude, nous remarquons une forte progression quant à l'inscription au nom du·de la patient·e de cétirizine, oméprazole et doxylamine. Plus de 50% de ces délivrances sont tracées sur le DP ou sur l'historique interne du·de la patient·e. Nous observons également une augmentation de cette pratique pour le Fervex® (augmentation de 8%) et la pseudoéphédrine (augmentation de 3%). Toutefois, l'enregistrement au nom du·de la patient·e des délivrances d'ibuprofène 400mg est en décroissance (baisse de 6%).

Au cours de la deuxième période : de début mars à fin avril, nous observons une hausse significative concernant l'Ibuprofène 400mg (augmentation de 25%) et une montée progressive de l'oméprazole, atteignant les 57% de délivrances liées au nom du·de la patient·e. Tandis que cette pratique est en déclin pour les autres molécules, avec une diminution moyenne de 9% (15% pour la doxylamine).

A la fin de l'étude, les délivrances de Fervex® (67%), doxylamine (51%) et de pseudoéphédrine (50%) sont de plus en plus associées au nom du·de la patient·e, alors que les délivrances d'oméprazole (43%) et cétirizine (30%) le sont moins. Nous remarquons aussi une baisse pour l'ibuprofène 400 mg mais le taux est toujours au-dessus de 50%.

Au cours des 6 mois d'expérimentation, les données sont fluctuantes. Néanmoins, il est essentiel de mettre en avant le fait que les délivrances de chacune des molécules étudiées sont de plus en plus mises au nom du·de la patient·e. En effet, durant l'étude, l'inscription des 6 molécules a atteint au minimum 50%, avec un pic jusqu'à 67% pour le Fervex®. Ce qui n'était pas le cas auparavant. Ce qui nous conduit à conclure sur une amélioration quantitative de cette pratique. Tout en émettant des réserves quant au fait qu'elle soit devenue une habitude car les résultats sont trop inconstants pour aller dans ce sens.

2.4. Pharmacie D

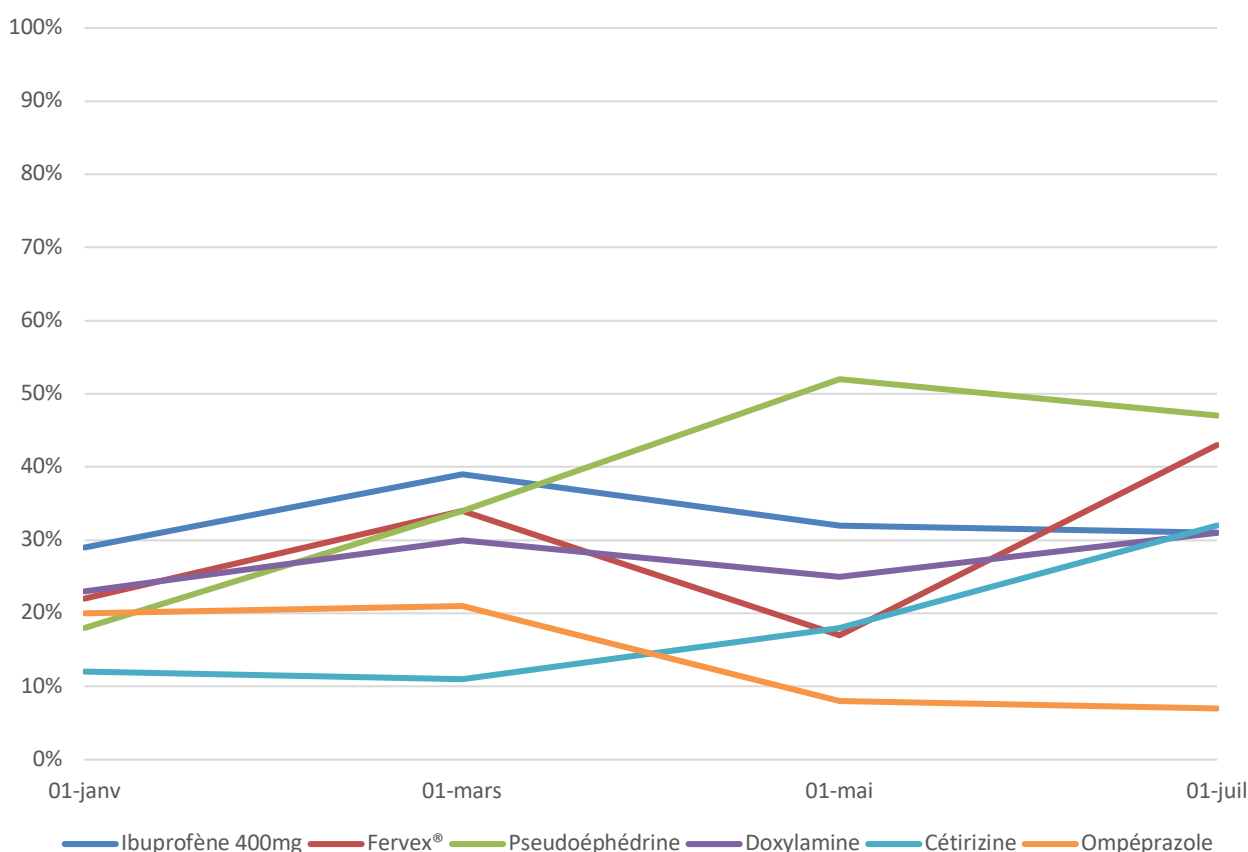


Figure 54 : Évolution de la proportion du nombre de délivrance associé au nom du·de la patient·e dans la Ph C

Fin 2018, entre 12 et 29% des délivrances concernant les molécules étudiées, sont associées au nom du·de la patient·e. La molécule la moins tracée est la cétirizine et celles qui le sont le plus sont la doxylamine (23%) et le Fervex® (22%).

De début janvier à fin février, nous remarquons une hausse de cette pratique (en moyenne +11%) pour les délivrances d'ibuprofène 400mg, de Fervex®, de pseudoéphédrine et de doxylamine. Tandis qu'au sujet de la cétirizine et de l'oméprazole, aucune évolution n'est à observer.

Au cours de la deuxième période, nous constatons une augmentation progressive de cette pratique pour la pseudoéphédrine, avec un pic jusqu'à 52% de délivrance tracé au nom du·de la patient·e. Concernant la cétirizine, une augmentation de 6% est à relever. Alors que la pratique chute pour les délivrances d'ibuprofène, de doxylamine, de Fervex® et d'oméprazole.

En fin d'expérimentation, les délivrances de pseudoéphédrine sont les plus inscrites au nom du·de la patient·e, avec une augmentation progressive de 29% sur 6 mois. L'ascension de cette pratique est aussi notable pour la cétirizine (+20%). Cependant, une baisse significative de 13% est à relever concernant l'oméprazole.

Malgré quelques données encourageantes, les résultats ne démontrent pas de changements significatifs. En effet, les évolutions sont trop disparates et inconstantes. Nous ne pouvons conclure sur une quelconque modification de cette pratique au sein de cette équipe.

2.5. Pharmacie E

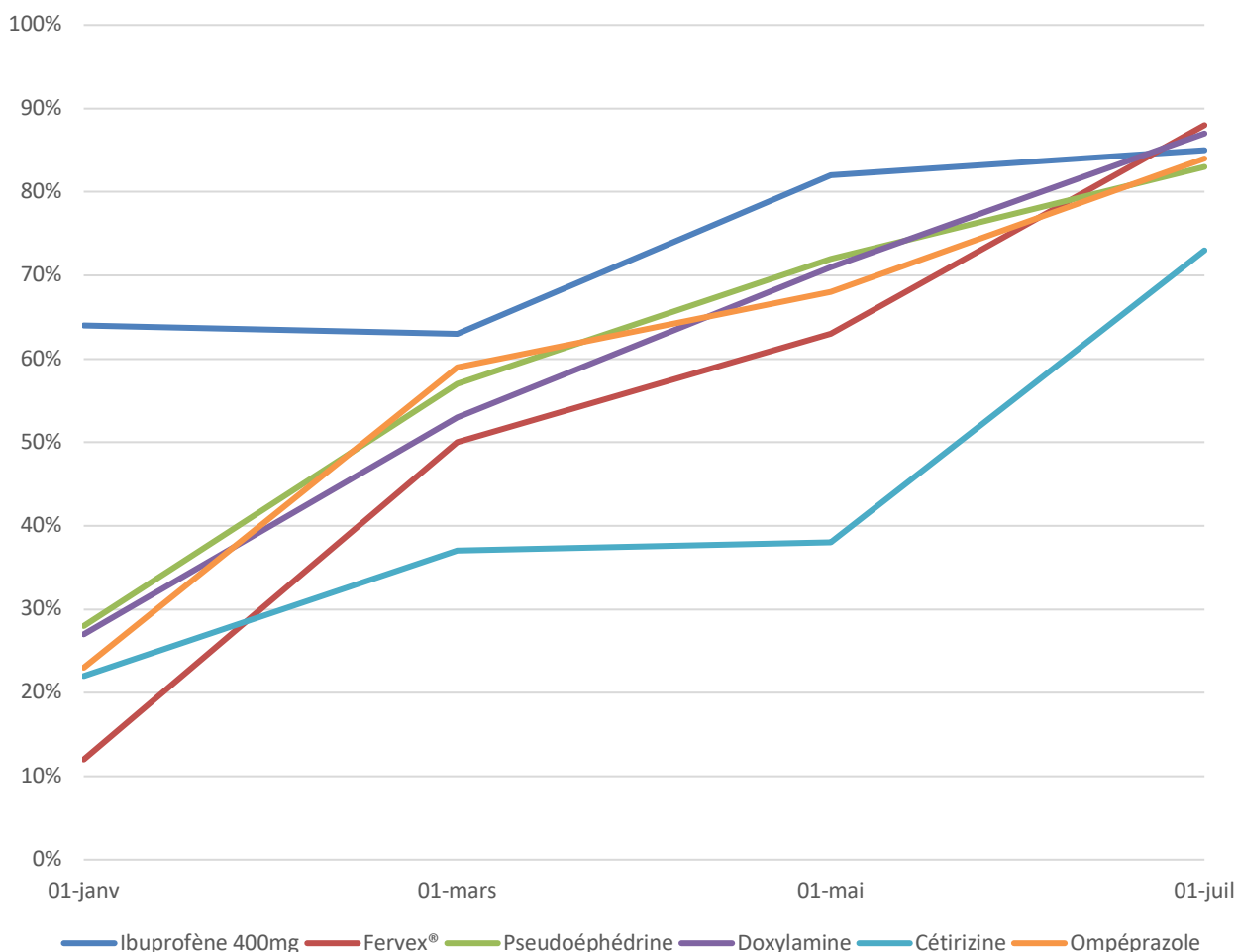


Figure 55 : Évolution de la proportion du nombre de délivrance associé au nom du·de la patient·e dans la Ph E

En amont des 6 mois d'expérimentation, l'équipe officinale a déjà comme habitude d'inscrire le plus souvent possible au nom du·de la patient·e la délivrance d'ibuprofène. Cela est donc fait dans 64% des cas. En ce qui concerne les autres molécules, cette pratique est appliquée entre 12 et 28% des délivrances. La spécialité la moins tracée étant le Fervex®.

De début janvier à fin février, nous remarquons une véritable croissance quant à cette pratique. A l'exclusion de l'ibuprofène, où cette pratique reste constante quant au nombre de délivrances associées au nom du·de la patient·e. A propos des autres molécules, nous notons une augmentation moyenne de 29% par rapport au début de l'étude. Fin février, au moins la moitié des délivrances concernant ces molécules sont inscrites au nom du·de la patient·e, que ce soit sur le DP ou sur l'historique interne à la pharmacie.

Au cours de la deuxième période : de début mars à fin avril, nous notons une augmentation progressive de cette pratique, y compris l'ibuprofène 400mg qui atteint les 82% de délivrances associées au nom du·de la patient·e. Seule la cétirizine stagne au stade des 37-38%.

Lors du bilan final, nous discernons une extension de cette pratique à toutes les molécules entrant dans l'étude. Fin juin, 83% de ces délivrances sont tracées sur le DP ou l'historique interne du patient. La molécule avec le taux le plus élevé (88%) est le Fervex® et celle avec le taux le plus bas (73%) est la cétirizine. Après notre dernière rencontre avec l'équipe officinale, nous nous rendons compte que certain·e·s ne saisissent pas tout à fait l'intérêt d'inscrire la cétirizine sur le DP. Ce qui peut expliquer le taux plus faible de délivrances associées au nom du·de la patient·e pour cette molécule.

Au cours des 6 mois d'expérimentation, les résultats sont probants. Cette pratique a pris de l'envergure de manière progressive et constante, et ce pour les 6 molécules entrant dans l'étude. Nous pouvons donc conclure sur le fait qu'inscrire la délivrance de ces médicaments sur le DP ou sur l'historique interne du·de la patient·e est devenu une habitude au sein de cette équipe.

Discussion

1. Les questions que pose l'étude

1.1. Est-il possible de pérenniser l'inscription des médicaments à PMF sur le DP ?

Les résultats concernant l'équipe de la Ph E montrent qu'il est possible de pérenniser l'inscription des médicaments à PMF sur le DP. En effet, en fin d'expérimentation, plus de huit dispensations sur dix (83%), en moyenne, sont tracées sur le DP ou sur l'historique interne à la pharmacie. Cette pratique est devenue un réflexe, il·elle·s sont donc prêt·e·s à continuer dans cette direction. Cependant, il est à noter que l'inscription sur le simple historique interne de la pharmacie est imparfaite car il ne permet pas un croisement avec les autres officines.

Cependant, plusieurs freins rendent difficile l'instauration de cette pratique. Pour 87,5% des participant·e·s, l'obstacle principal à cet exercice est l'absence de carte vitale. Il est donc impossible d'avoir accès au DP et de l'alimenter. De plus, lorsque l'affluence est conséquente, cette pratique n'est pas entreprise par manque de temps ou par oubli de la part du·de la pharmacien·ne ou du·de la préparateur·rice. En effet, pour que les patient·e·s comprennent l'intérêt et s'accommodent à cette demande, des explications de quelques minutes sont nécessaires. Parfois même, les DP ne sont pas ouverts, ce qui limite l'impact de cette pratique.

Pour que l'inscription des médicaments à PMF sur le DP soit réalisable sur le long terme, il est indispensable que les équipes officinales soient déjà intéressées par la qualité à l'officine. Mais il faut aussi que chacun·e aille au-dessus de certains freins propres à leur pratique quotidienne et à leurs habitudes. En considérant cette méthode comme étant indispensable et non dissociable de la qualité à l'officine, il est possible qu'elle en devienne un réflexe.

1.2. Les freins sont-ils surtout liés aux patients ou aux équipes officinales ?

Les patient·e·s peuvent être réticents face à cette pratique parfois trop intrusive ou ne comprennent pas l'intérêt. Par ailleurs, certain·e·s patient·e·s ne veulent pas s'éterniser à la pharmacie, il·elle·s veulent que ce soit simple et rapide. Il·elle·s n'apportent pas leur carte vitale car elle n'est considérée que comme étant un moyen de remboursement des frais médicaux et de leurs traitements et non comme source d'amélioration du conseil officinal.

De plus, le DP est en grande partie méconnu des patient·e·s, qu'il·elle·s en possède un ou non. En 2011, selon une étude du CISS, moins de 20% des français et françaises connaissent le DP. Par ailleurs, un grand nombre de DP ont été ouverts sans information et sans consentement. 42% des détenteur·rice·s déclarent avoir appris qu'il·elle·s en possédaient un par hasard et non lors de l'ouverture. Parmi les détenteur·rice·s, 55% estiment être bien informés sur le sujet (18)(19). Un des principaux freins est donc la méconnaissance des patient·e·s de cet outil. Les professionnel·le·s doivent donc mieux les informer que ce soit lors de l'ouverture du DP ou lors de son alimentation.

L'adhésion à cette pratique est très hétéroclite au sein même des équipes officinales. Seules les titulaires de la Ph E ont imposé cette pratique à l'ensemble de leur équipe. Tandis que les autres ont laissé libre choix à chacun·e quant à la manière dont il·elle·s se l'approprient. Certain·e·s ne sont jamais arrivé·e·s à l'importer dans leur exercice professionnel. Cela s'explique par un manque de temps ou un essoufflement après plusieurs situations les mettant dans l'incapacité d'inscrire le médicament sur le DP. De plus, nous remarquons que certain·e·s participant·e·s n'osent pas demander la carte vitale aux patient·e·s et privilégient donc la rapidité et l'efficacité au détriment de la qualité.

Les freins à l'inscription des médicaments à PMF sur le DP viennent donc, à la fois des patient·e·s et des professionnel·le·s. Pour que cette pratique se pérennise, tou·te·s doivent être éduqué·e·s à ce procédé de qualité afin qu'elle devienne fluide et donc non chronophage.

1.3. Faut-il choisir les médicaments à PMF à inscrire systématiquement ?

La majorité des participant·e·s estime que la systématisation ne peut pas conduire à inscrire cette pratique dans les habitudes de tou·te·s. Comme observé avec les trois équipes ayant choisies la systématisation, cela amène rapidement à un essoufflement et une perte de motivation du fait des limites et freins rencontrés. En mettant en place cette méthode progressivement comme avec l'équipe de la Ph E (étude sur six molécules actives), chacun·e expérimente cet exercice, afin d'observer l'impact positif sur leur pratique ainsi que sur la prise en charge de leurs patient·e·s. Ainsi, elle devient plus aisément un réflexe et peut s'élargir par la suite à d'autres molécules.

Les membres de l'équipe de la Ph E ont donc décidé d'ajouter sept autres molécules dans cette démarche. Le choix des molécules pour initier cette pratique est déterminant. Nombreux·ses sont ceux·elles qui privilégient les molécules dites « à risque » sélectionnées sur des critères tels que de hauts niveaux d'interactions médicamenteuses et de contre-indications ou ayant un rapport bénéfice/risque discuté. C'est le cas pour la pseudoéphédrine qui expose à de nombreux effets indésirables et contre-indications et n'est utilisé que pour des troubles bénins tels que le rhume (20).

Pour d'autres molécules il est plus difficile de les inscrire sur le DP. En effet, même les personnes ayant décidé de systématiser cette démarche, déclarent faire une exception pour le paracétamol. Cette molécule ne représente pas un assez grand risque selon eux·elles.

Cependant, l'ANSM déclare vouloir enlever les spécialités à base de paracétamol et de certains AINS (ibuprofène et aspirine) de la liste des médicaments en accès direct à compter de janvier 2020 (21). Le but étant de sécuriser leur utilisation. En continuité de cette proposition, toujours dans une volonté d'améliorer la sécurité des patient·e·s, il serait donc pertinent et plus aisé d'inscrire les délivrances de ces médicaments dans le DP.

Quelques participant·e·s inscrivent de manière systématique tous les médicaments à PMF sur le DP. Cela permet de ne pas différencier les molécules car elles peuvent toutes engendrer des CI, IM ou surdosages. Ainsi, toutes dispensations est associée à une demande de carte vitale. De ce fait, le réflexe peut se mettre en place plus rapidement car il n'y a pas à penser si la molécule entre ou pas dans cette démarche.

1.4. Doit-on différencier la demande spontanée et le conseil pharmaceutique ?

Selon plusieurs participant·e·s, il est plus facile d'inscrire les médicaments à PMF sur le DP lors d'un conseil que lors d'une demande spontanée. Lors d'un conseil, le·la pharmacien·ne ou le·la préparateur·rice effectue des recherches approfondies sur ce que le·la patient·e a besoin et ce qui peut lui être proposé. Il·elle adapte donc son conseil en fonction des pathologies et des traitements du·de la patient·e. La consultation du DP devient donc une source indispensable pour avoir accès à un maximum d'informations. Tandis que lors d'une demande spontanée, le·la patient·e sait ce qu'il·elle veut. Il·elle n'attend donc pas de conseil ou de questionnement particulier et est donc moins enclin à écouter.

Ainsi, le plus souvent, le·la pharmacien·ne ou le·la préparateur·rice n'établit pas un interrogatoire aussi complet que pour un conseil et n'osent pas demander la carte vitale car il·elle·s craignent de déranger les patient·e·s.

Certain·e·s ne font aucune différence quant à la prise en charge du·de la patient·e, que ce soit dans le cas d'une demande spontanée ou d'un conseil pharmaceutique. Dans les deux situations, il·elle·s établissent un conseil renforcé, sécurisent et tracent avec la même exigence. Il·elle·s mettent en avant l'importance d'établir une démarche éducative et d'expliquer au·à la patient·e l'analyse de la demande initiale afin d'assurer un suivi complet et personnalisé.

1.5. Les personnes âgées sont-elles une cible particulière ?

La plupart des participant·e·s utilise cette pratique principalement, voire exclusivement, lors d'une délivrance pour des personnes âgées. Dans le Maine et Loire, elles représentent 17% de la population. En effet, cette population est plus fragile physiologiquement mais aussi souvent poly-pathologique et/ou poly-médicamentée.

Ces résultats concordent avec ceux du baromètre de satisfaction du DP de 2019 qui mesure une utilité maximale de cet outil pour le suivi de poly-médicamenté·e·s (4,45/5) et pour les malades chroniques (4,37/5) (22).

Certains médicaments ne sont pas appropriés chez la personne âgée. Ainsi, les hypnotiques aux propriétés anticholinergiques tels que la doxylamine, ont un rapport bénéfice/risque défavorable car ils peuvent être responsables de troubles cognitifs. Les antihistaminiques H1, tels que la phéniramine, sont aussi responsables d'effets anticholinergiques, de somnolence et de vertiges.

De plus, les personnes âgées ont physiologiquement une clairance rénale élevée, ainsi, les AINS ne sont pas recommandés dans la prise en charge de la douleur, car le risque de toxicité rénale et cardiovasculaire ainsi que d'ulcères gastroduodénaux sont majorés(23).

Certain·e·s participant·e·s ne différencient pas les patient·e·s en fonction de leur âge. Car tou·te·s sont susceptibles d'avoir des traitements pour des pathologies chroniques et/ou aiguës pouvant entraîner des CI, IM ou surdosages. Donc la vigilance et la qualité de leur conseil est le même avec chaque patient·e.

1.6. Cette pratique améliore-t-elle l'ouverture de DP et son utilisation ?

Nos résultats montrent que les membres des équipes ont plus de connaissances quant à cet outil et se l'approprient plus facilement. Durant les six mois d'expérimentation, nous prenons le temps d'expliquer son fonctionnement, son intérêt pour le·la patient·e et pour sécuriser la dispensation. Nous discutons des différentes possibilités pour aborder et présenter le DP auprès des patient·e·s afin que chacun·e puisse se sentir à l'aise avec ce dispositif et élargir son usage aux médicaments à PMF. Plusieurs participant·e·s notifient avoir ouvert plus de DP qu'en amont de l'étude ce qui représente une première avancée en direction d'un élargissement de l'utilisation de cet outil. De plus, la majorité des participant·e·s considèrent que suite à leurs interventions, les patient·e·s sont plus sensibilisé·e·s au DP. Il·elle·s présentent plus leur carte vitale en cas de conseil ou de demande spontanée, rendant cette bonne pratique plus fluide.

1.7. Quels outils favorisent cette pratique ?

L'outil le plus efficient est l'instauration de pop-ups bloquants demandant systématiquement l'inscription du médicament au DP ou à l'historique interne. Mis en place dans la Ph E, ils ont prouvé leur efficacité de manière qualitative et quantitative (en moyenne 83% des délivrances sont inscrites au nom du·de la patient·e). Tous les membres de l'équipe s'y sont habitués et ont adhéré à cette pratique. Toujours dans une volonté de rappel aux professionnel·le·s d'inscrire les médicaments à PMF sur le DP, des visuels papiers peuvent être mis en place sur les comptoirs ou les postes informatiques. Bien qu'étant inexploitable, en laissant nos tableaux quantitatifs sur

les comptoirs, ces derniers ont permis de rappeler visuellement aux participant·e·s de demander la carte vitale. Le support n'était pas forcément adapté de par sa taille, il serait pertinent d'en créer spécifiquement à cet usage.

Des procédures peuvent être faites afin de standardiser cet exercice. L'étudiante de 6^{ème} année en stage à la Ph D en a justement créé une afin d'uniformiser les discours que l'on peut avoir au sujet du DMP et du DP. Mais il est tout à fait envisageable de mettre en place une procédure de dispensation des médicaments à PMF en incluant la demande de carte vitale et l'alimentation du DP (Annexe 8).

Pour contrer à l'absence de carte vitale, plusieurs participant·e·s estiment qu'il est indispensable qu'une carte vitale dématérialisée se mette en place comme outil d'identification et d'authentification des patient·e·s. Il s'avère qu'une « e-carte d'assurance maladie » s'expérimente durant 12 mois à partir du 1^{er} septembre 2019. Elle est mise à disposition aux assurés volontaires rattachés à la CPAM du Rhône et des Alpes-Maritimes ainsi que ceux rattachés aux MSA (Mutualités Sociale Agricoles) de l'Ain-Rhône et Provence-Azur(24). Une application mobile nommée « apCV » est donc installée sur leur smartphone. Un DP peut donc y être ouvert, il peut aussi être consulté et alimenté. Les conditions sont les mêmes que pour l'utilisation du DP à partir de la carte vitale classique. Une généralisation de cet outil est prévue pour 2021 après la parution du rapport d'évaluation de l'expérimentation(25)(26).

1.8. Quel apport du coaching par une personne extérieure à l'officine ?

Pour que cette pratique se mette en place de manière pérenne, le coaching par une personne extérieure à l'équipe officinale est un véritable avantage car cela permet d'avoir un suivi régulier et personnalisé de chaque membre. Sur un plan personnel, il·elle·s peuvent exprimer librement leur ressenti et discuter de leurs expériences, ce qui ne serait possiblement pas le cas si cela était fait par un membre interne à la pharmacie. Il·elle·s ne se sentent pas obligé·e·s ou sous la contrainte d'un supérieur hiérarchique. Tou·te·s n'ont pas les mêmes difficultés ni les mêmes appréhensions, c'est pourquoi les entretiens par petits groupes (2 ou 3) sont plus pertinents pour les accompagner constructivement.

Sur un plan d'équipe, le coaching a pour rôle d'aider la réflexion collective sans pour autant s'immiscer dans le réseau de relation ni prendre le contrôle. Ainsi, l'équipe dirige son propre apprentissage. Le·la coach est présent·e pour élargir les débats afin de les aider dans leur stratégie de développement (27). Le suivi tous les deux mois permet d'établir des bilans évolutifs, de répondre aux questionnements et difficultés ainsi que remotiver et redynamiser les équipes qui parfois s'essouffent.

2. Limites et biais de l'étude

2.1. Limites liées à l'outil informatique

Les résultats quantitatifs obtenus ne reflètent pas la proportion de délivrances inscrites sur le DP du·de la patient·e. En effet, le fait que la délivrance soit tracée avec le nom du·de la patient·e peut signifier que l'inscription du médicament est faite via le DP ou via l'historique interne à la pharmacie. Nous ne pouvons différencier ces deux moyens de traçabilités via les logiciels pharmaceutiques. Ceci est le principal biais de cette étude.

Dans un souci de qualité à l'officine, ces deux méthodes permettent de sécuriser la délivrance mais le DP, à la différence de l'historique interne, permet un suivi et une prise en charge plus complète et ce, dans toutes les officines de France.

Cependant, cette évaluation permet tout de même de mettre en lumière l'évolution dans le temps de la traçabilité des délivrances des médicaments à PMF au nom du·de la patient·e. Nous pouvons ainsi évaluer de possibles changements d'habitude lors de ces délivrances et donc de méthodes de dispensation.

2.2. Limites liées aux médicaments

Certaines molécules de l'étude, choisies avec les pharmacien·ne·s titulaires, ont des données insuffisantes pour qu'elles soient significatives. Par exemple, la pseudoéphédrine est de moins en moins délivrée car pointée du doigt pour ses effets secondaires et contre-indications trop importantes. La majorité des pharmacies incluses dans l'expérimentation ont décidé de ne stocker plus qu'une ou deux boîtes de spécialités en contenant.

Nous nous retrouvons aussi, pour certaines molécules, avec des nombres de délivrances très variés en fonction des saisons. C'est le cas pour la cétirizine qui est plus dispensée au printemps qu'en hiver. Ainsi, les données de janvier et février sont moindres par rapport à celles de mars à juin.

2.3. Conditions d'expérimentation

L'expérimentation se déroulant du 1^{er} janvier 2019 au 30 juin 2019, elle concorde avec le lancement national du DMP dont la conférence de presse a lieu le 6 novembre 2018 (28)(29). De ce fait, beaucoup de confusions avec le DP sont faites par les différents membres des équipes officinales mais aussi de la part des patient·e·s.

Nous nous adaptons et expliquons, lors de nos rencontres, de manière concrète les différences et la complémentarité de ces deux dispositifs afin qu'il·elle·s puissent informer les patient·e·s. Toutefois, la campagne d'information destinée au grand public via de multiples média (spots publicitaires à la télévision, à la radio, dans les journaux, sur les réseaux sociaux...) incite les patient·e·s à ouvrir leur DMP à la pharmacie.

Matignon Laurane | Accompagnement à l'officine d'une mise en place pérenne de l'inscription des médicaments à Prescription Médicale Facultative au Dossier Pharmaceutique

Par conséquent, nous en profitons pour sensibiliser ces mêmes patient·e·s sur ce qu'est le DP. Ainsi, les différents membres des équipes officinales ouvrent simultanément les DMP et DP.

2.4. Taille et sélection d'échantillon

L'expérimentation est faite en collaboration avec cinq équipes officinales, ce qui est un échantillon trop petit pour pouvoir être représentatif. Nous voulons nous concentrer sur des officines du Maine et Loire afin d'assurer un suivi régulier. Pour chaque officine, nous nous déplaçons une à deux fois en amont de l'étude pour rencontrer les équipes et présenter le projet puis trois fois durant l'expérimentation afin d'établir des bilans tous les deux mois et ainsi suivre l'avancée de chacun·e. De plus, nous devions intervenir auprès d'une autre équipe officinale du département mais elle s'est désistée fin décembre par manque de disponibilité et logistique.

Par ailleurs, nous choisissons ces cinq officines, dont celle d'un membre du CROP des Pays de la Loire, car tou·te·s les pharmaciens titulaires sont maître·sse·s de stage et intéressé·e·s par la qualité.

Cependant, seule la Ph E est véritablement inscrite dans un programme qualité. De ce fait, l'instauration de cette pratique est facilitée de par leur engagement dans cette démarche. Ainsi, la qualité à l'officine et donc l'élargissement de l'utilisation du DP est une de leurs priorités. Ce qui est un biais de sélection car elles ne sont pas représentatives de la diversité des équipes officinales nationales.

2.5. Accompagnement non professionnel

Tout au long de l'expérimentation, nous avons accompagné individuellement chaque participant·e dans l'instauration progressive de cette pratique. Cependant, nous ne nous sommes pas formés sur les notions de communication et de coaching d'équipes officinales. Cet accompagnement a donc été mené de manière spontanée tout en étant fluide et attentif aux demandes de chacun·e. Il aurait été pertinent et plus professionnel de s'appuyer sur des supports de coaching établis et expérimentés au-préalable afin que cela se fasse de manière plus cadrée.

En effet, il existe des méthodes reconnues afin d'analyser la demande d'un·e coaché·e ou d'une équipe. Comme la méthode « **RPBD** » qui consiste à s'informer de la **R**éalité du·de la coaché·e et de son contexte, de comprendre la nature du **P**roblème, d'identifier les **B**esoins ainsi que la **D**emande qu'a le·la coaché·e de cet accompagnement (30).

Il est aussi important d'établir un contrat de séance correspondant à un accord explicite entre le·la coach et le·la coaché·e sur la nature des entretiens ainsi que leurs contenus et leurs processus. La posture du·de la coach doit aussi être réfléchie. Dans un premier temps, il·elle se met en position haute, c'est à dire qu'il·elle invite le·la coaché·e à le·la suivre. Cela permet de montrer qu'il·elle sait ce qu'il·elle fait et ainsi avoir une posture rassurante.

Au cours des séances, le·la coach évolue dans sa posture en oscillant entre posture haute, posture basse (c'est à dire qu'il·elle suit), et posture faussement basse (position basse sur le plan du contenu et position haute sur le plan du processus) (31).

3. Comparaison à l'étude IPADAM

| | IPADAM | Notre expérimentation |
|-------------------------------------|---|---|
| Durée d'expérimentation | 2 fois une semaine | 6 mois |
| Suivi au cours de l'expérimentation | Questionnaire final par pharmacie | Bilan tous les 2 mois : suivi personnalisé pour chaque membre des équipes officielles Questionnaire initial et final par participant |
| Nombre de pharmacies | 482 | 5 |
| Molécules entrant dans l'étude | Ibuprofène et pseudoéphédrine | - Tous les médicaments à PMF ou - Ibuprofène 400mg, pseudoéphédrine, Fervex®, cétirizine, doxylamine, oméprazole |
| Conclusions de l'étude | Le DP améliore les pratiques professionnelles | Possibilité de pérenniser l'inscription des médicaments à PMF sur le DP Le DP améliore les pratiques professionnelles |

Tableau 4 : Comparaison de notre étude avec l'étude IPADAM

Ces deux études n'ont pas la même finalité. C'est pourquoi elles diffèrent par leur durée et suivi de l'expérimentation ainsi que par le nombre d'échantillons. En effet, l'étude IPADAM a pour objectif d'établir un constat sur l'intérêt qu'à le DP. Tandis que notre expérimentation, en s'appuyant sur les résultats de l'étude IPADAM, a pour objectif de pérenniser l'inscription des médicaments à PMF sur le DP.

4. Futures implications de ce travail

Cette expérimentation permet de se rendre compte qu'il est possible d'intégrer quotidiennement l'inscription des médicaments à PMF sur le DP à l'exercice officinal. Plusieurs limites sont aussi mises en lumière et permettent de comprendre les réticences des professionnel·le·s ainsi que leurs difficultés face à cette pratique. Communiquer ces résultats concrets au CROP et les faire connaître aux pharmaciens·ne·s peut avoir une influence positive en faveur de la généralisation de cette pratique.

Afin d'encourager cette instauration, il est important d'exposer tous les moyens mis en place durant notre expérimentation afin qu'il·elle·s puissent commencer avec des solutions et des outils déjà pratiqués. Ainsi, un tableau récapitulatif des solutions aux freins à cette pratique peut être distribué aux équipes officinales (Annexe 8).

Il est aussi pertinent de signaler au CROP la volonté des pharmaciens·ne·s et préparateur·rice·s d'informer les patient·e·s sur l'intérêt du DP via des campagnes de sensibilisation. De plus, il est indispensable, pour que cette pratique soit établie par tou·te·s, que les professionnel·le·s soient mieux formé·e·s à cette bonne pratique de dispensation. Nous pouvons également envisager une évolution de cette pratique vers une démarche qualité assurant un acte pharmaceutique complet conforme à des standards préétablis et certifiés.

Conclusion

L'accompagnement des équipes officinales dans la mise en place pérenne de l'inscription des médicaments à PMF sur le DP semble avoir atteint ses objectifs puisqu'une pharmacie sur les cinq participantes a amélioré significativement cette pratique au sein de leur exercice professionnel. En effet, en fin d'expérimentation, plus de huit dispensations sur dix (83%), en moyenne, sont tracées sur le DP ou sur l'historique interne à la pharmacie Ph E. Ce qui prouve qu'il est possible d'instaurer cette bonne pratique sur le long terme mais montre aussi que plusieurs facteurs peuvent limiter les pharmaciens et préparateurs à se diriger vers cette démarche qualité.

Ces résultats encourageants peuvent inciter de nouvelles équipes officinales à mettre en place cette pratique dans leur quotidien. En effet, 47% des participants estiment que cette pratique est devenue un réflexe et 80% se sentent prêts à la pérenniser.

Cependant, la question de la généralisation reste entière. Pour ce faire, les outils doivent évoluer afin de faciliter cette pratique pour les professionnels. Dans ce sens, une carte vitale dématérialisée, actuellement en expérimentation dans deux départements français, permettrait de ne plus être limité par son absence. De plus, pour que les équipes officinales s'engagent dans une démarche qualité incluant l'inscription des médicaments à PMF sur le DP, il est indispensable que les référentiels et les programmes qualité soit praticables à tous types d'offices.

Espérons que cette étude permettra d'élargir cette pratique au sein d'autres équipes officinales afin d'offrir aux patients la meilleure prise en charge possible.

Bibliographie

1. Ordre National des Pharmaciens. Qu'est-ce que le DP ? [Internet]. [cité 13 décembre 2019]. Disponible sur: <http://www.ordre.pharmacien.fr/Le-Dossier-Pharmaceutique/Qu-est-ce-que-le-DP>
2. Code de la santé publique - Article L1111-23. Code de la santé publique.
3. Ordre National des Pharmaciens. 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 [Internet]. Disponible sur: <http://www.ordre.pharmacien.fr/content/download/307443/1559486/version/6/file/Bonnes+pratiques+de+dispensation-Vweb.pdf>
4. Code de la santé publique - Article R1111-20-3. Code de la santé publique.
5. Code de la sécurité sociale - Article L161-36-4-2. Code de la sécurité sociale.
6. Code de la santé publique - Article R4235-55. Code de la santé publique.
7. Ministère des Solidarités et de la Santé. Prescription des médicaments. [Internet]. 2016. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/medicaments/professionnels-de-sante/consulter-la-reglementation-sur-les-medicaments/article/prescription-des-medicaments>
8. AFIPA. 17ème Baromètre AFIPA 2018 des produits du selfcare [Internet]. Disponible sur: <https://www.afipa.org/wp-content/uploads/2019/02/PRE-AFIPA-190131-Baromètre-Selfcare-2018-VERSION-PRESSE.pdf>
9. ANSM. Liste des médicaments de médication officinale à l'exclusion des médicaments homéopathiques et des médicaments à base de plantes [Internet]. Disponible sur: https://www.ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/c5110b0304751bb41ccc305dd3f9e33a.pdf
10. ANSM. Liste des indications/ pathologies/ situations cliniques reconnues comme adaptées à un usage en PMF [Internet]. Disponible sur: https://www.ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/1ef4122e1b87b73fbc8d57412db4ce1.pdf
11. Ordre National des Pharmaciens. Programme qualité - Nos missions - [Internet]. [cité 12 nov 2019]. Disponible sur: <http://www.ordre.pharmacien.fr/Nos-missions/Assurer-le-respect-des-devoirs-professionnels/Programme-qualite>
12. Conseil National de l'Ordre des Pharmaciens. Recommandations APPSO+ [Internet]. [cité 12 nov 2019]. Disponible sur: <http://www.acqo.fr/>
13. [cité 12 nov 2019]. Disponible sur: <http://www.eqo.fr/>
14. Conseil National de l'Ordre des Pharmaciens. Accueil pharmaceutique des patients sans ordonnance [Internet]. 2013. Disponible sur: [file:///Users/Laurane/Downloads/Accueil%20pharmaceutique%20des%20patients%20sans%20ordonnance%20-%20Mai%202013%20\(1\).pdf](file:///Users/Laurane/Downloads/Accueil%20pharmaceutique%20des%20patients%20sans%20ordonnance%20-%20Mai%202013%20(1).pdf)
15. Vennat B.. L'étude IPADAM : ... Ou comment rendre lisible le service pharmaceutique rendu et promouvoir le DP en automédication. [Internet]. 2016. [Cité 31 oct 2019]. Disponible sur : <http://apex.unistra.fr/uploads/media/EtudeIPADAM.pdf>
16. Cesparm. Le dossier pharmaceutique : plus de sécurité pour votre santé [Internet]. Disponible sur: <http://www.cespharm.fr/fr/Prevention-sante/Catalogue/Le-dossier-pharmaceutique-plus-de-securite-pour-votre-sante-brochure-destinee-aux-patients-2017>
17. Ordre National des Pharmaciens. DP et DMP : deux outils complémentaires - Communications - [Internet]. [cité 2 oct 2019]. Disponible sur: <http://www.ordre.pharmacien.fr/Communications/Les-actualites/DP-et-DMP-deux-outils->

complémentaires

18. Conseil National de l'Ordre des Pharmaciens. Rapport du comité d'évaluation du Dossier Pharmaceutique Partagé (DPP) [Internet]. 2012. Disponible sur: <http://www.ordre.pharmacien.fr/content/download/150132/745296/version/1/file/Rapport-du-comite-d-evaluation-du-DPP.pdf>
19. Conseil National de l'Ordre des Pharmaciens. Le dossier pharmaceutique -Rapport d'activité- [Internet]. 2011. Disponible sur: <http://www.ordre.pharmacien.fr/content/download/3724/44040/version/8/file/DP-rapport-activite-2011.pdf>
20. Martindale - MICROMEDEX [Internet]. [cité 30 oct 2019]. Disponible sur: https://www-micromedexsolutions-com.buadistant.univ-angers.fr/micromedex2/librarian/CS/738B8C/ND_PR/evidencexpert/ND_P/evidencexpert/DUPLICATIONSHIELDSYNC/A0C910/ND_PG/evidencexpert/ND_B/evidencexpert/ND_AppProduct/evidencexpert/ND_T/evidencexpert/PFActionId/evidencexpert.IntermediateToDocumentLink?docId=2099-e&contentSetId=30
21. ANSM : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé. Bon usage du paracétamol et des anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) : l'ANSM veut renforcer le rôle de conseil du pharmacien - Point d'Information - [Internet]. [cité 30 oct 2019]. Disponible sur: <https://ansm.sante.fr/S-informer/Actualite/Bon-usage-du-paracetamol-et-des-anti-inflammatoires-non-steroidiens-AINS-l-ANSM-veut-renforcer-le-role-de-conseil-du-pharmacien-Point-d-Information>
22. Conseil National de l'Ordre des Pharmaciens. Evaluation du DP - Le Dossier Pharmaceutique - [Internet]. [cité 30 oct 2019]. Disponible sur: <http://internet.ordre.pharmacien.fr/index.php/Le-Dossier-Pharmaceutique/Evaluation-du-DP>
23. Ruskin JM, Linnebur SA. Catégories de médicaments qui méritent une vigilance chez le patient âgé - Gériatrie [Internet]. Édition professionnelle du Manuel MSD. [cité 2 oct 2019]. Disponible sur: <https://www.msdmanuals.com/fr/professional/g%C3%A9riatrie/traitement-m%C3%A9dicamenteux-chez-les-personnes-%C3%A2g%C3%A9es/cat%C3%A9gories-de-m%C3%A9dicaments-qui-m%C3%A9ritent-une-vigilance-chez-le-patient-%C3%A2g%C3%A9>
24. Legifrance. Décret n° 2019-528 du 27 mai 2019 relatif à l'expérimentation d'une « e-carte d'assurance maladie » [Internet]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/jo_pdf.do?id=JORFTEXT000038514488
25. Ordre National des Pharmaciens. L'e-carte Vitale expérimentée dans cinq départements - Communications - [Internet]. [cité 2 oct 2019]. Disponible sur: <http://www.ordre.pharmacien.fr/Communications/Les-actualites/L-e-carte-Vitale-experimentee-dans-cinq-departements>
26. Laroche M-L, Bouthier F, Merle L, Charmes J-P. Médicaments potentiellement inappropriés aux personnes âgées : intérêt d'une liste adaptée à la pratique médicale française. Rev Médecine Interne. 1 juill 2009;30(7):592-601.
27. Cardon Alain. Coaching d'équipe. Eyrolles. 2014. 259 p.
28. Ministère des Solidarités et de la Santé. Discours d'Agnès BUZYN - Conférence de presse - Dossier médical partagé [Internet]. oct 2, 2019. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/presse/discours/article/discours-d-agnes-buzyn-conference-de-presse-dossier-medical-partage>
29. Ministère des solidarités et de la santé l'Assurance M. Dossier Médical Partagé : Le service est désormais disponible pour tous [Internet]. Disponible sur: https://assurance-maladie.ameli.fr/sites/default/files/dmp_-_dossier_de_presse_-_06112018.pdf
30. Lenhardt Vincent. Les responsables porteurs de sens. Culture et pratique du coaching et du team-building. Eyrolles.

2016. 428 p.

31. Souweine François DFS, Philippe Noëlle, Accadémie du coaching. Coacher pour la première fois. Eroylles Editions d'Organisation. 2009. 200 p.

Annexes

Annexe 1 : Trame thèse

Sujet thèse : Accompagnement à l'officine d'une mise en place pérenne de l'inscription des médicaments à Prescription Médicale Facultative au Dossier Pharmaceutique

Objectif : Aider plusieurs équipes officinales à inscrire cette bonne pratique de dispensation dans la durée et évaluer les différentes méthodes qui peuvent être mises en place.

Feuille de route : Expérimentation dans plusieurs officines pendant 6 mois (de janvier à juin).

Avant le début de l'expérimentation (automne 2018) :

- Rencontre avec le titulaire afin d'expliquer le projet et les objectifs.
- Partage avec l'équipe officinale afin d'élaborer une « méthode » adaptée à l'équipe et aux patients. Rappel de l'intérêt du DP lors de la délivrance des médicaments à PMF (étude IPADAM : <http://www.ordre.pharmacien.fr/content/download/247656/1356234/version/1/file/Diaporama+Etude+IPADAM.pdf>).
- Elaboration commune de la manière de présenter cette pratique aux patients : Notions d'historique médicamenteux et de DP au service du patient : éviter le mésusage et les interactions médicamenteuses
- Remplissage du questionnaire initial mesurant l'utilisation du DP dans l'équipe officinale.

Lors de l'expérimentation (janvier-juin) :

- Premier état des lieux à M1 : recenser les facteurs aidants ou freinants. Proposer des pistes de solution
- Deuxième état des lieux à M3 : comparer l'avancement des pratiques dans les différentes officines. Accompagner les équipes en difficulté.
- Bilan final à M6 : évaluer la mise en place de la pratique. Remplissage du questionnaire final. Comparaison avant/après. Discussion.

Annexe 2 : Questionnaire initial

Questionnaire initial :

Nom pharmacie :

Nom Prénom :

Poste :

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Pharmacie adjoint | <input type="checkbox"/> Préparateur |
| <input type="checkbox"/> Etudiant en pharmacie | <input type="checkbox"/> Apprenti préparateur |

1) Estimez-vous à l'aise avec le DP : le proposer, l'expliquer, le justifier ?

- ☐ Oui
- ☐ Non : quelles sont vos difficultés ?

2) Estimez-vous votre patientèle bien informée sur le DP ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

3) Quand alimentez-vous le DP ?

- ☐ A chaque délivrance de médicaments sur ordonnance quand la carte vitale est présente
- ☐ A chaque délivrance de médicaments à PMF
- ☐ Occasionnellement lors d'une délivrance d'un médicament à PMF :
Sur quel(s) critère(s) ?
- ☐ Jamais

4) Quelles sont vos réticences face à l'inscription des médicaments à PMF sur le DP ?

- ☐ Les patients n'ont pas toujours leur carte vitale sur eux.
- ☐ Cette pratique sera incomprise et mal perçue par les patients
- ☐ La systématisation de cette pratique est parfois inutile, par exemple pour la délivrance de paracétamol
- ☐ Un médicament de conseil peut être utilisé par plusieurs personnes
- ☐ Il sera difficile de faire accepter cette pratique à toute l'équipe officinale
- ☐ Autre(s) :

Annexe 3 : Questionnaire initial pour les titulaires

Questionnaire initial Titulaire :

Nom pharmacie :

Nom Prénom :

1) Quels sont vos statistiques d'ouverture de DP ?

2) Estimez-vous à l'aise avec le DP : le proposer, l'expliquer, le justifier ?

- ☐ Oui
- ☐ Non : quelles sont vos difficultés ?

3) Estimez-vous votre patientèle bien informée sur le DP ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

4) Quand alimentez-vous le DP ?

- ☐ A chaque délivrance de médicaments sur ordonnance quand la carte vitale est présente
- ☐ A chaque délivrance de médicaments à PMF
- ☐ Occasionnellement lors d'une délivrance d'un médicament à PMF :
Sur quel(s) critère(s) ?
- ☐ Jamais

5) Quelles sont vos réticences face à l'inscription des médicaments à PMF sur le DP ?

- ☐ Les patients n'ont pas toujours leur carte vitale sur eux.
- ☐ Cette pratique sera incomprise et mal perçue par les patients
- ☐ La systématisation de cette pratique est parfois inutile, par exemple pour la délivrance de paracétamol
- ☐ Un médicament de conseil peut être utilisé par plusieurs personnes
- ☐ Il sera difficile de faire accepter cette pratique à toute l'équipe officinale
- ☐ Autre(s) :

6) Pour quels motifs souhaitez-vous engager votre équipe dans cette démarche ? :

- ☐ Je souhaite limiter au maximum le risque iatrogénique
- ☐ Les PMF sont des médicaments comme les autres
- ☐ C'est une façon d'impliquer toute l'équipe dans une démarche qualité
- ☐ Le DP est sous-utilisé
- ☐ Autre(s) :

| Procédure concernant la manière de proposer l'ouverture de Dossier Pharmaceutique et/ou de Dossier Médical Partagé | |
|---|--|
| N° 2019-01-25 | Version 0 |
| Rédigée par : | Vérifiée par : |
| Approuvée par : | Date de mise en application : 01/05/2019 |

Objet : Cette procédure a pour but de préciser les démarches à effectuer pour ouvrir un dossier pharmaceutique (DP) ou un dossier médical partagé (DMP) à un patient conformément au décret n° 2016-914 du 4 juillet 2016 relatif au dossier médical partagé et à la loi n° 2007-127 du 30 janvier 2007 ratifiant l'ordonnance n° 2005-1040 du 26 août 2005 relative à l'organisation de certaines professions de santé et à la répression de l'usurpation de titres et de l'exercice illégal de ces professions et modifiant le code de la santé publique (1) (Titre résultant de la décision du Conseil constitutionnel n° 2007-546 DC du 25 janvier 2007). Elle vise particulièrement les éléments de langage à adopter pour expliquer l'utilité de ces dossiers aux patients.

Responsabilité : Il est de la responsabilité du titulaire, des pharmaciens adjoints et des préparateurs (trices) ou de toute personne habilitée de veiller à la mise en œuvre de ces recommandations.

Mode opératoire :

Quand une personne se présente au comptoir pour une ordonnance ou une demande spontanée de médicaments à prescription médicale facultative

- demander la carte vitale de la personne
- regarder si son DP et/ou DMP est déjà créé

Si le patient ne possède pas ces dossiers :

- lui proposer d'ouvrir son DMP en premier lieu

Moyens de présenter le DMP :

- Carnet de santé électronique qui conserve et sécurise les données de santé
- Gratuit et confidentiel, liberté de pouvoir le fermer à tout moment
- Type de données : historique des soins, résultats d'examen (biologiques ou comptes rendus de consultation), directives anticipées pour la fin de vie, coordonnées de proche à prévenir en cas d'urgence
- Principalement alimenté par le médecin traitant et les spécialistes
- Simple, utile et sécurisé
- Gestion des accès des différents professionnels de santé par le patient

Dans un 2^{ème} temps quand le DMP est créé, lui proposer de créer son DP. Préciser au patient que le DP a pour but d'avoir son historique médicamenteux sur sa carte vitale (traitement sur ordonnance et également automédication). Expliquer qu'à terme le DP et le DMP seront regroupés ensemble pour avoir toutes les informations sur un même support.

Documentation :

Possibilité de donner un flyer de l'assurance maladie pour une meilleure compréhension

Annexe 5 : Questionnaire final

Questionnaire final :

Nom :

1) Quand alimentez-vous le DP ?

- ☐ A chaque délivrance de médicaments sur ordonnance
- ☐ A chaque délivrance de médicaments à PMF
- ☐ Occasionnellement lors d'une délivrance d'un médicament à PMF :
Sur quel(s) critère(s) ?
- ☐ Jamais

2) Cela vous-a-t-il permis de déceler des interactions médicamenteuses ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

Si oui, quels sont les cas les plus retrouvés ? - Lopéramide et Antibiotique ?
- Oméprazole et Clopidogrel ?
- Autre(s) :

3) Cela vous-a-t-il permis de déceler des surdosages ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

Si oui, quels sont les cas les plus retrouvés ? - Surdosage en paracétamol ?
- Autre(s) :

4) Cela vous-a-t-il permis de déceler des contre-indications ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

Si oui, quels sont les cas les plus retrouvés ? - Hypertension artérielle et Pseudoéphédrine ?
- Autre(s) :

5) Certains patients ont-ils pris l'habitude de présenter la carte vitale lors d'une demande de conseil ou d'une demande spontanée ?

- ☐ Oui : A quelle proportion ?
- ☐ Non

6) Quelles sont les limites et les difficultés rencontrées lors de l'inscription des médicaments à PMF sur le DP ?

- ☐ Cette pratique est chronophage pour une utilité limitée
- ☐ Les patients n'ont pas toujours leur carte vitale sur eux
- ☐ Tous les patients n'ont pas de DP
- ☐ Lorsque le médicament est destiné à toute la famille
- ☐ Cette mesure n'est ni comprise ni acceptée par les patients
- ☐ Cette mesure n'est ni comprise ni adoptée par l'équipe officinale
- ☐ Autre(s) :

Annexe 6 : Tableau quantitatif pour les pharmacies se concentrant sur les 6 spécialités de l'étude

| Nom pharmacie : | Période : | | | | | |
|---|------------------|-------------------------|---------------|--|---|--------|
| | Causes | | | | | |
| | Refus du patient | Absence de carte vitale | Absence de DP | Médicament destiné à plusieurs personnes | Inscription SEULEMENT SUR L'HISTORIQUE INTERNE à la pharmacie | Autres |
| | | | | | - Fervex : - Ibuprofène 400 : - Donormyl : - Oméprazole : - Pseudoéphédrine : - Cétirizine : | |
| Impossibilité d'inscription des médicaments à PMF sur le DP | | | | | | |

| | Décompte | Molécules concernées |
|------------------------------|----------|----------------------|
| Contre-indications | | |
| Interactions médicamenteuses | | |
| Surdosages | | |

Annexe 7 : Tableau quantitatif pour les pharmacies ayant choisies une expérimentation en systématique

| | | | | | |
|-----------------|---|------------------|-------------------------|---------------|--|
| Nom pharmacie : | | Période : | | | |
| | | Causes | | | |
| | | Refus du patient | Absence de carte vitale | Absence de DP | Médicament destiné à plusieurs personnes |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | Impossibilité d'inscription des médicaments à PMF sur le DP | | | | |

| | | | |
|------------------------------|----------|--|----------------------|
| | Décompte | | Molécules concernées |
| | | | |
| Contre-indications | | | |
| Interactions médicamenteuses | | | |
| Surdosages | | | |

| Procédure de dispensation des médicaments à Prescription médicale Facultative (PMF) | |
|--|-------------------------------|
| N° : | Version : |
| Rédigée par : | Vérifiée par : |
| Approuvée par : | Date de mise en application : |

1 : INTRODUCTION

1.1 Objet

Cette procédure a pour objet de préciser les démarches à effectuer pour inscrire les médicaments à PMF sur le DP d'un-e patient-e.

1.2 Domaine d'application

Cette procédure concerne tous les membres de l'équipe officinale en charge de la dispensation et s'applique à tous les patient-e-s.

1.3 Références documentaires et réglementaires

Arrêté du 28 novembre 2016 relatif aux bonnes pratiques de dispensation des médicaments

Article L1111-23 du Code de la Santé Publique relatif au dossier pharmaceutique

2 : MODE OPERATOIRE

Lors d'une demande spontanée ou d'un conseil pharmaceutique :

2.1 Sécurisation de la dispensation

Le-la dispensateur-ric-e demande la carte vitale pour regarder le DP.

2.1.1 Si le DP n'est pas créé

- Solliciter l'accord du-de la patient-e
- Lui mettre à disposition une brochure du Cespharm relative à cet outil. <http://www.cespharm.fr/fr/Prevention-sante/Catalogue/Le-dossier-pharmaceutique-plus-de-securite-pour-votre-sante-brochure-destinee-aux-patients-2017>
- Remise d'une attestation de création d'un dossier pharmaceutique au-à la patient-e.

2.1.2 Moyens de présentation le DP

- Il comprend l'identité et la date de naissance du-de la patient-e.
- Historique des médicaments qui ont été prescrits ou délivrés sans ordonnance depuis 4 mois et 21 ans pour les vaccins

- Il fonctionne sous la responsabilité du CNOP. Les données sont stockées chez un hébergeur de santé agréé par le ministère de la Santé
- Le DP sécurise la dispensation car il limite les risques d'interactions médicamenteuses, contre-indications ou surdosages.
- En présence de la CV, il est consultable chez :
 - Les pharmaciens d'officine
 - Les pharmacies à usage intérieur des établissements de santé
 - Certains services médicaux d'urgence
- Il peut être clos à tout moment sur simple demande à un pharmacien d'officine

2.2 Inscription des médicaments à PMF

2.2.1 Quand la carte vitale est présentée

Facturer la délivrance via la carte vitale pour assurer la sécurisation des futures dispensations.

2.2.1 Quand la carte vitale est absente

Inscrire les médicaments au nom du/de la patiente pour assurer un suivi au sein de l'officine. Dans ces deux situations et avant délivrance, vérifier la pertinence de la dispensation du médicament à PMF : absence de CI, de surdosages potentiels ou d'interactions médicamenteuses.

Annexe 9 : Tableau des solutions aux freins à l'inscription des médicaments à PMF sur le DP, pouvant être distribué aux équipes officinales

| Freins relevés | Solutions |
|--|--|
| Absence de carte vitale | <ul style="list-style-type: none"> - Carte vitale dématérialisée (en cours d'expérimentation) - Éducation des patient·e·s à toujours avoir leur CV sur eux·elles ou la CV de la personne concernée |
| Demandes de médicaments destinés à plusieurs personnes | |
| Incompréhension des patient·e·s | <ul style="list-style-type: none"> - Éducation des patient·e·s au DP (brochure du conseil de l'ordre : http://www.cespharm.fr/fr/Prevention-sante/Catalogue/Le-dossier-pharmaceutique-plus-de-securite-pour-votre-sante-brochure-destinee-aux-patients-2017) - Campagne de promotion du DP par le CNOP ou instauration de périodes de sensibilisation à la pharmacie |
| <u>Systématisation</u> de l'inscription des médicaments à PMF sur le DP : Rébarbatif | <ul style="list-style-type: none"> - Mise en place progressive de la pratique : commencer par 5 molécules puis élargir progressivement - Sélectionner des molécules « à risque » (Pseudoéphédrine, ibuprofène...), patient·e·s poly-médicamenté·e·s, malades chroniques, patient·e·s inconnu·e·s - Coaching externe ou interne à l'équipe afin de remotiver régulièrement l'équipe |
| Pratique chronophage | <ul style="list-style-type: none"> - Éducation des patient·e·s à présenter la CV pour chaque délivrance (avec ou sans ordonnance) |
| DP non ouvert | <ul style="list-style-type: none"> - Ouverture de DP simultanément au DMP - Mise en place de procédures : « Comment aborder l'ouverture du DP » - DP obligatoire (pas d'actualité) |
| Oubli de demander la carte vitale | <ul style="list-style-type: none"> - Mise en place de pop-up bloquants sur les fiches produits : « Lors de la délivrance, merci de demander systématiquement la carte vitale pour inscrire la spécialité sur le DP. En cas d'absence, inscrire la spécialité sur l'historique du·de la patient·e » - Mise en place de supports visuels : « Penser DP » sur les comptoirs |

Accompagnement à l'officine d'une mise en place pérenne de l'inscription des médicaments à Prescription Médicale Facultative au Dossier Pharmaceutique

RÉSUMÉ

Introduction : Le DP est un dispositif essentiel dans le suivi du·de la patient·e à l'officine. Largement utilisé lors de la délivrance de médicaments soumis à prescription, il l'est nettement moins lorsqu'il s'agit des médicaments à PMF, suite à un conseil ou à une demande spontanée du·de la patient·e. Pour autant, l'inscription des médicaments à PMF entre dans une démarche de Bonnes Pratiques de Dispensation. En effet, elle permet d'optimiser la sécurité de toute délivrance médicamenteuse.

Méthode : Pendant 6 mois nous accompagnons 5 équipes officinales dans la mise en place pérenne de l'inscription des médicaments à PMF sur le DP. Nous rencontrons les équipes en amont de l'étude afin de présenter le projet et faire un état des lieux de leurs pratiques. Puis nous établissons des bilans avec ces équipes au 2^{ème}, 4^{ème} et 6^{ème} mois d'expérimentation afin d'établir un suivi personnalisé de chaque participant·e. Pour évaluer l'évolution de chacun, un questionnaire initial et un final sont rempli par tou·te·s. Nous recueillons toutes les ventes de 6 spécialités choisies et analysons si elles sont associées à un nom de patient·e ou non.

Résultats : 1 pharmacie sur 5 a amélioré significativement cette pratique au sein de leur exercice professionnel : 83%, en moyenne, des dispensations des 6 spécialités choisies sont tracées sur le DP ou sur l'historique interne. Les principales limites de cette étude sont l'absence de carte vitale et la délivrance d'un médicament destiné à plusieurs personnes.

Conclusion : L'accompagnement sur 6 mois en officine, rend possible la pérennisation de l'inscription des médicaments à PMF sur DP. Cependant, la question de la généralisation reste entière.

mots-clés : pharmacie, dossier pharmaceutique, PMF, accompagnement, coaching d'équipe, qualité, Université d'Angers, Faculté de santé.

Support in the pharmacy for the permanent implementation of the registration of drugs with Optional Medical Prescription in the Pharmaceutical File

ABSTRACT

Introduction: The medication history is an essential device in the follow-up of the patient at the pharmacy. Widely used when dispensing prescription drugs, it is much less in the case of prescription-only drugs, following advice or spontaneous requests from patients. Nevertheless, the inclusion of prescription-only drugs is part of a Good Practices for Dispensation approach. Indeed, it makes it possible to optimize the safety of any drug delivery.

Method: For 6 months we support 5 pharmacy teams in the permanent implementation of the registration of prescription drugs on the drug history. We meet the teams before the study to present the project and review their practices. Then we will establish assessments with these teams during the 2nd, 4th and 6th months of experimentation in order to establish a personalized follow-up of each participant. To evaluate the evolution of each one, an initial questionnaire and a final one is filled in by everyone. We collect all sales of 6 selected specialities and analyze if they are associated with a patient name or not.

Results: 1 of 5 pharmacies has significantly improved this practice during their professional practice: 83%, on average, of the dispensations of the 6 selected specialties are traced on the drug history or on the internal history. The main limitations of this study are the absence of the vital card and the delivery of a drug to several people.

Conclusion: The 6-month support in the pharmacy makes it possible to ensure the long-term registration of prescription drugs on the drug history. However, the question of generalization remains unresolved.

keywords: pharmacy, medication history, optional medical prescription, support, team coaching, quality, University of Angers, Faculty of Health.

Présidence de l'université
40 rue de rennes – BP 73532
49035 Angers cedex
Tél. 02 41 96 23 23 | Fax 02 41 96 23 00

