



d'Elbe, M; Baumevielle, M; Dumartin, C (2017) [Cooperation according to French Law "hospital, patients, health and territories": Pharmacists' involvement in Aquitaine region]. *Revue d'épidémiologie et de sante publique*. ISSN 0398-7620 DOI: <https://doi.org/10.1016/j.respe.2017.01.002>

Downloaded from: <http://researchonline.lshtm.ac.uk/3610289/>

DOI: [10.1016/j.respe.2017.01.002](https://doi.org/10.1016/j.respe.2017.01.002)

Usage Guidelines

Please refer to usage guidelines at <http://researchonline.lshtm.ac.uk/policies.html> or alternatively contact researchonline@lshtm.ac.uk.

Available under license: <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.5/>

Abstract (326 words)

Background. - In 2009, the French Act “Hospital, Patients, Health and Territories” (Loi "Hôpital, patients, santé et territoires") reorganized the outpatient care pathway and defined missions aimed at improving cooperation between pharmaceutical and medical professionals. Five years later, we conducted a survey among community pharmacists in order to assess the appropriation of these missions and the way cooperation was implemented. We also aimed to investigate factors that could hamper or ease the development of these activities in order to identify actions needed to improve pharmacists’ involvement.

Methods. - In partnership with the “Agence régionale de santé”, we conducted a survey via an online questionnaire sent to pharmacy holders in July 2014 in Aquitaine region. Information was collected about pharmacies’ characteristics, involvement in collaborative activities, and barriers to cooperation.

Results. - Overall, 20% (249) of pharmacists responded to the survey. They owned predominantly rural pharmacies (46%) or neighbourhood pharmacies (41%), with two pharmacists working at the facility (48%). Regarding collaborative activities, the majority of pharmacists (78%) had conducted interviews with their patients taking vitamin K antagonist therapy and they were willing to continue (87%). The implication was less common in other actions such as referent pharmacist for nursing homes (19%) or activities relating to therapeutic educational programs for patient with chronic conditions (34%). The vast majority of respondents (85%) were not aware of opportunities to become correspondent pharmacist. The main obstacles for engaging in these activities were the lack of time, of knowledge about these missions and the lack of remuneration. We identified differences in pharmacists’ involvement in collaborative activities depending on selected characteristics of the facilities.

Conclusion. - The findings of this survey underlined pharmacists’ acceptance of these missions and suggest that better information and appropriate remuneration could enhance commitment. Recent changes in the legal framework (establishment of “honoraires pharmaceutiques”,

extension of the scope of pharmaceutical interviews) enables funding for collaborative practices between medical practitioners and pharmacists, thus encouraging better coordination in the patient care pathway.

Key-words

Pharmacist. Public health. Partnership practice. Health care survey.

Résumé (341 mots)

Position du problème.- La loi « Hôpital Patients Santé Territoire » de 2009 a confié aux pharmaciens d'officine des missions axées sur la coopération interprofessionnelle dans le cadre du parcours de soins du patient. Cinq ans après cette loi, nous avons souhaité étudier les conditions de mise en œuvre de ces missions en Aquitaine. L'objectif était de faire un état des lieux des coopérations en place et d'identifier des freins et des facteurs facilitant afin de proposer des actions pour améliorer l'engagement dans ces missions.

Méthodes.- Une enquête par auto-questionnaire a été conduite avec l'aide de l'Agence régionale de santé Aquitaine auprès des pharmaciens titulaires d'officine en juillet 2014. Les informations recueillies portaient sur les caractéristiques de l'officine, la participation aux différentes missions et les raisons de non-participation.

Résultats.- Au total, 20 % des pharmaciens d'Aquitaine soit 249 ont répondu à notre enquête. Il s'agissait d'officines majoritairement rurales (46 %) ou de quartier (41 %), possédant deux pharmaciens (48 %). La majorité des pharmaciens (78 %) avaient réalisé des entretiens pharmaceutiques avec les patients traités par anti-vitamine K et se disaient prêts à continuer (87 %). L'implication était moins fréquente pour la fonction de pharmacien référent (19 %) et les programmes d'éducation thérapeutique du patient (34 %). La fonction de pharmacien correspondant restait méconnue pour une grande partie des pharmaciens (85 %). Les principaux freins à l'engagement dans ces activités de coopération étaient le manque de temps, la

méconnaissance de ces missions et l'absence de rémunération. L'implication des pharmaciens dans les missions diffère selon les caractéristiques de l'officine : les pharmacies rurales avec deux ou trois pharmaciens étaient plus souvent impliquées.

Conclusion.- Les résultats de cette enquête montrent la capacité d'engagement des pharmaciens dans ces missions et suggèrent qu'une meilleure diffusion de l'information et la reconnaissance par une rémunération faciliteraient leur implication. La mise en place des honoraires pharmaceutiques et l'élargissement de la population cible des entretiens pharmaceutiques contribuent à l'évolution des activités réalisées à l'officine et au renforcement de l'engagement du pharmacien comme acteur du parcours de soins du patient.

Mots-clés :

Santé publique. Parcours de soins coordonnés. Pharmacies. Enquête sur les services de santé.

1. Introduction

La loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, dite « loi HPST », a réorganisé l'offre de soins en favorisant une meilleure coordination entre les professionnels de santé [1]. Elle a confié aux pharmaciens d'officine des missions qui articulent la dispensation au parcours de santé du patient : mission d'accompagnement, telles que la réalisation d'entretiens pharmaceutiques et la participation aux programmes d'éducation thérapeutique des patients (ETP), mission de pharmacien référent pour les établissements d'hébergement de personnes âgées dépendantes (EHPAD) ne disposant pas de pharmacie à usage intérieur et mission de pharmacien correspondant dans le cadre de protocoles de coopération avec des médecins. Pour cette dernière mission, le protocole prévoyant les circonstances d'ajustement posologique et de renouvellement de prescription par le pharmacien doit être approuvé par la Haute Autorité de Santé (HAS). Les modalités de réalisation de certaines de ces missions ont été précisées par des textes d'application et prises en compte dans les négociations conventionnelles. De plus, d'autres actions de coopération se sont développées en dehors d'un cadre juridique bien établi, avant ou après l'adoption de la loi HPST. De nombreux travaux démontrent les bénéfices apportés par la participation des pharmaciens d'officine au suivi coordonné du patient, notamment dans le cas de pathologies chroniques [2–7]. Ces activités de soins coordonnées entre les différents acteurs de santé sont généralement le fruit d'expériences locales. Il est donc difficile d'avoir une vision globale des coopérations en place à l'échelle régionale et de comprendre comment faciliter et encourager la mise en place de ces pratiques d'avenir.

En conséquence, nous avons réalisé, en 2014, une enquête auprès des pharmaciens titulaires d'officine en région Aquitaine. L'objectif principal était de réaliser un état des lieux de l'implication des pharmaciens dans les activités de coopération, cinq ans après leur définition dans la loi HPST. L'objectif secondaire était de recueillir des données sur des facteurs pouvant conditionner l'engagement des pharmaciens dans ces missions. Les informations sur les facteurs

facilitant et les freins devaient permettre de proposer des pistes de réflexions sur les actions à conduire auprès des pharmaciens pour favoriser le développement de ces activités (formation, diffusion d'information, financement, etc.).

2. Méthodes

2.1. Elaboration du questionnaire

La conception du questionnaire s'est appuyée sur une revue de la littérature effectuée à partir des bases de données Google Scholar et EM (Elsevier-Masson) Consult sans restriction de dates, mais limitée aux articles concernant la France, cette étude ciblant des missions de la loi HPST. Les mots-clés utilisés ont été : pharmaciens d'officine, missions de coopération, loi HPST, coordination des soins, parcours de soin du patient, entretiens pharmaceutiques, programmes d'éducation thérapeutique du patient, pharmacien référent et pharmacien correspondant.

Cette revue mettait en évidence le besoin de coopération dans des activités de santé du parcours de soins et l'engagement des pharmaciens d'officine en la matière [2,5,8–11], notamment dans la vaccination à l'officine [3], le suivi de patients atteints de pathologies chroniques [4,6], l'éducation thérapeutique du patient [12,13] et dans les équipes de maisons de santé pluridisciplinaires [14]. Cette étude s'est également appuyée sur les informations publiées par la HAS, les Agences Régionales de Santé (ARS), la base DUMAS du Centre national de la recherche scientifique (CNRS) pour les thèses, l'Ordre des Pharmaciens et la presse professionnelle (Le moniteur du pharmacien, Le pharmacien de France). Le questionnaire (annexe) comprenait 14 questions, certaines à choix unique, d'autres à choix multiples, toutes obligatoires, portant sur la description de l'officine et de son environnement, la participation aux missions de coopération ainsi que sur les freins à l'engagement des pharmaciens dans ces missions.

Trois questions permettaient de décrire la typologie de la pharmacie : nombre total de pharmaciens (adjoints et titulaires) exerçant au sein de l'équipe officinale, année d'obtention du

diplôme du pharmacien titulaire répondant à l'enquête et environnement de l'officine. La caractérisation de l'environnement de l'officine distinguait : pharmacie de quartier (clientèle fidèle avec une proportion importante de familles, faible concurrence officinale, densité médicale moyenne), pharmacie rurale (clientèle fidèle et âgée, faible concurrence officinale et population médicale faible) et pharmacie de centre commercial ou de centre-ville (clientèle âgée de 25 à 39 ans) et/ou de passage, forte concurrence officinale et population médicale importante) [15].

Le questionnaire a repris les termes officiels des missions des pharmaciens telles que présentées dans la loi HPST et ses textes d'application. Il comprenait des questions sur l'engagement des pharmaciens dans des missions relatives à l'accompagnement des patients atteints de pathologie chronique comme les entretiens pharmaceutiques des patients sous traitement anti-vitamine K (AVK) et les programmes d'ETP. D'autres questions portaient sur l'implication dans la fonction de pharmacien référent en EHPAD : approvisionnement en médicaments, préparation des doses à administrer, rencontre avec le médecin coordonnateur, élaboration de listes de médicaments préférentiels, éducation thérapeutique des résidents, formation du personnel soignant, participation à la commission de coordination gériatrique, fréquence des contacts avec les professionnels de l'EHPAD (téléphoniques ou sur place).

Concernant la fonction de pharmacien correspondant, créée par la loi HPST, l'étude s'est limitée à la connaissance que les pharmaciens avaient de cette nouvelle mission qui prévoit que le pharmacien correspondant désigné dans le cadre du protocole organise le suivi du patient chronique, en accord entre ce dernier et le médecin traitant [1]. Or, à la date de l'enquête, aucun protocole de ce type n'existait en France.

Enfin, les pharmaciens non impliqués dans les missions de coopération ont été invités à en fournir les raisons. Les facteurs étudiés étaient : le manque de temps, le manque de personnel, le manque d'information, une rémunération insuffisante, l'absence de demande pour les entretiens pharmaceutiques (patients traités par AVK) et pour la fonction de pharmacien référent (EHPAD

demandeurs de ce type d'activité) et enfin le manque d'intérêt. Un même pharmacien pouvait déclarer plusieurs facteurs pour une même mission.

2.2. Recueil et analyse des données

Cette étude descriptive a été conduite auprès des 1261 pharmacies d'officine d'Aquitaine recensées par l'ARS Aquitaine et disposant d'une adresse mail. Un message électronique de présentation de l'enquête et comportant un lien vers un questionnaire en ligne (logiciel Eval&Go) a été diffusé par l'ARS le 3 juillet 2014 avec une relance le 29 juillet 2014. Une seule réponse par officine était demandée. L'analyse a porté sur les caractéristiques des participants, leur implication dans les missions de coopération et les facteurs de non-participation. Les facteurs associés à la participation à des missions de coopération ont été étudiés en utilisant le test du Chi2 d'indépendance et le test exact de Fischer (effectifs inférieurs à 5) en fixant les seuils de significativité à 5 %. Ces tests ont été réalisés avec le logiciel de statistiques en ligne BiostaTGV [16].

3. Résultats

3.1. Description des participants

Le taux de participation à cette enquête a été de 20,7 %, soit 249 officines parmi les 1261 pharmacies sollicitées (Tableau 1). Il s'agissait principalement de pharmacies de quartier (40,8 %) et de pharmacies rurales (45,7 %) dont la majorité (64 %) comportait un ou deux pharmaciens. Dans plus de la moitié des cas (54 %), les titulaires avaient obtenu leur diplôme avant 1990 et avaient donc plus de 23 ans d'expérience officinale.

3.2. Participation des pharmaciens aux missions de coopération

La majorité des participants (n = 193, 77,5 %) à l'enquête avait pratiqué des entretiens pharmaceutiques AVK (Tableau 2). De plus, 87,1 % (n = 217) avaient répondu favorablement à la question d'une éventuelle implication dans les prochains entretiens pharmaceutiques à venir, qui, en juillet 2014, devaient concerner des pathologies comme l'asthme ou le diabète. La participation aux programmes d'éducation thérapeutique (n = 85, 34,1 %) et à l'activité de pharmacien référent pour un EHPAD (n = 47, 18,9 %) était moins importante. Les principales actions des pharmaciens référents consistaient en la préparation des doses à administrer (n = 37, 78,7 %) et en des rencontres avec le médecin coordonnateur (n = 28, 59,6 %). La fréquence des contacts (téléphoniques ou sur place) entre pharmaciens référents et professionnels de l'EHPAD était hebdomadaire pour 85,1 % (n = 40) et mensuelle pour 14,9 % (n = 7).

Il est intéressant de noter que 49,0% (n = 122) des répondants indiquaient ignorer ou peu connaître la mission de pharmacien correspondant. Seuls les pharmaciens ayant indiqué connaître cette mission ont été interrogés sur les freins à leur engagement en la matière.

3.3. Facteurs de non-participation

Les principaux facteurs évoqués par les non-participants aux différentes activités sont présentés dans le Tableau 3. Les facteurs de non-participation les plus fréquemment rapportés étaient le manque de temps (14,4 % à 51,8 % selon les missions), le manque d'information (de 14,9% à 47,2% en excluant les entretiens AVK) et la rémunération insuffisante (16,5 % à 28,6 %). Les facteurs moins fréquemment rapportés étaient le manque de personnel (8,4 % à 22,0 %) et le manque d'intérêt (3,1 % à 19,6%). Pour la réalisation des entretiens AVK et la participation à des programmes d'ETP le manque de temps était le frein le plus fréquent (à égalité avec l'absence de demande pour les entretiens AVK). L'insuffisance de rémunération n'apparaissait qu'en troisième ou quatrième position. L'absence de demande était le motif le plus fréquent pour les missions de

pharmacien référent en EHPAD (69,8 %). Le manque d'information était le plus souvent rapporté pour la mission de pharmacien correspondant (47,2 %).

3.4. Implication des pharmaciens selon les caractéristiques de l'officine

L'engagement des pharmaciens dans les différentes missions variait en fonction des caractéristiques de l'officine (Tableau 4). Les officines où le pharmacien exerçait seul avaient un taux de participation significativement plus faible (57,5 %) que les autres sous-groupes pour les entretiens pharmaceutiques AVK. Les pharmacies comptant un ou deux pharmaciens étaient plus impliquées (32,5 % et 42,0% respectivement) dans les programmes d'ETP.

Les pharmacies rurales étaient plus impliquées (26,3 %) dans les partenariats avec les EHPAD. L'implication dans la fonction de pharmacien référent semblait d'autant plus fréquente que l'officine comptait davantage de pharmaciens.

L'année d'obtention du diplôme du pharmacien titulaire répondant à l'enquête n'était pas significativement corrélée à l'engagement dans les différentes missions.

4. Discussion

Cette enquête menée en 2014 a permis de recueillir des informations sur la mise en œuvre des missions de coopération prévues par la loi HPST dans un grand nombre d'officines. La méthodologie de cette enquête par auto-questionnaire, basée sur le volontariat, a pu induire un biais de sélection, en favorisant la participation des pharmaciens les plus impliqués dans les activités étudiées [17]. Malgré ce risque d'avoir surestimé l'implication des pharmaciens, les résultats de cette enquête permettent d'identifier des pistes d'action pour améliorer encore l'engagement des pharmaciens aquitains dans les missions de coopération.

4.1. Participation aux missions de coopération

4.1.1. Réalisation des entretiens pharmaceutiques AVK

La forte participation des pharmacies aux entretiens pharmaceutiques AVK reflète l'organisation de cette activité par voie conventionnelle, avec la mise à disposition d'outils informatifs et, surtout, d'une rémunération financière, de nature à faciliter la participation des pharmaciens. Cette participation concorde avec les résultats du bilan dressé en décembre 2014 par la caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) et indiquant que 63% des officines s'étaient impliquées dans l'accompagnement des patients sous AVK [18]. Toutefois, nos résultats révèlent que la petite taille de l'officine (un seul pharmacien) reste un obstacle structurel dans la mesure où les entretiens pharmaceutiques doivent être uniquement réalisés par des pharmaciens, ce qui est difficilement compatible avec leur présence au comptoir pour dispenser les médicaments ou surveiller cette dispensation effectuée par des préparateurs.

4.1.2. Participation aux programmes d'éducation thérapeutique du patient

La proportion des pharmaciens ayant participé à un programme ETP, supérieure à celle retrouvée dans une enquête réalisée en 2013 qui rapportait 22 % d'implication des pharmaciens d'officine dans l'ETP, suggère un développement de l'ETP à l'officine [12]. L'implication des pharmaciens dans les équipes d'ETP devrait encore progresser grâce à la formation initiale désormais en place à l'université [19], et à la formation continue.

Les Unions régionales des professionnels de santé jouent aussi un rôle dans l'établissement d'une offre de soins coordonnée, par exemple en sensibilisant les pharmaciens sur le repérage et l'accompagnement des patients atteints de broncho-pneumopathie obstructive chronique en région Nord Pas-de-Calais [20].

L'implication dans les programmes d'ETP différait significativement selon le nombre de pharmaciens exerçant dans l'officine. Les pharmacies avec un ou deux pharmaciens étaient plus impliquées dans les programmes d'ETP (32,5 % et 42 % respectivement) que les pharmacies avec

trois pharmaciens ou plus (22 % et 25,8 % respectivement). Ce résultat est surprenant car l'ETP étant une activité chronophage, les pharmaciens exerçant seuls ou à deux devraient avoir plus de difficultés pour s'engager dans ces programmes d'ETP. D'autres facteurs, non relevés dans cette étude interviennent sans doute, comme la localisation autour d'un établissement de santé promoteur de programme d'ETP.

4.1.3. Participation à la fonction de pharmacien référent

Le nombre restreint d'officinaux exerçant la fonction de pharmacien référent pourrait être lié au fait qu'une même officine peut travailler pour plusieurs EHPAD en même temps, notamment en cas d'investissements pour réaliser la préparation des doses à administrer. Toutefois, c'est sans doute l'absence de textes d'application précisant la mission du pharmacien référent, et notamment d'une convention-type liant le pharmacien et l'EHPAD (article L. 5126-6-1 du Code de la Santé Publique), qui explique aussi cette situation. L'article 15 de la convention nationale des pharmaciens d'officine renvoie d'ailleurs à un arrêté pour définir les modalités de la dispensation pharmaceutique au profit des personnes hébergées au sein d'établissements médico-sociaux. Alors que les rapports Wilcke [21] et Verger [22] de 2013 démontrent les bénéfices apportés par l'intervention d'un pharmacien référent, l'avenir de cette activité dépendra d'une clarification de son cadre juridique qui devra notamment fixer les modalités de rémunération.

En l'absence de textes décrivant les activités du pharmacien référent, la principale activité rapportée par 77% des pharmaciens impliqués reste l'approvisionnement de l'EHPAD en médicaments avec la préparation des doses à administrer (77 %). Si les autres activités concourant à la coordination des soins sont moins répandues, il faut souligner la fréquence de communication entre les participants et l'EHPAD : 80 % d'entre eux citaient un contact hebdomadaire. Les bénéfices d'une collaboration étroite entre les établissements médico-sociaux et les officines ont été montrés, notamment en termes de gestion de risques dans la prise en charge médicamenteuse des résidents en EHPAD [23].

En Aquitaine, les pharmaciens d'officines rurales étaient significativement plus impliqués dans la fonction de pharmacien référent. L'environnement moins concurrentiel entre les pharmacies rurales pourrait faciliter l'implication dans ces missions par rapport aux autres officines.

4.2. Les facteurs de non-participation

4.2.1 Les facteurs majeurs

Le manque de temps

Environ la moitié des 56 répondants (22 %) qui n'avaient pas réalisé d'entretiens pharmaceutiques lors de notre enquête, l'expliquait par une contrainte de temps. De même, 51,5 % des non-participants aux programmes d'éducation thérapeutique rapportaient un manque de temps comme frein à leur implication, rejoignant le constat de l'Académie nationale de Médecine dans un rapport sur l'ETP [24].

A l'inverse, la notion de temps n'apparaît pas comme le frein majeur pour les fonctions de pharmaciens référent et correspondant (cité respectivement en quatrième et deuxième position). Il s'agit pourtant de missions chronophages. En effet, pour la fonction de pharmacien correspondant, la lourdeur d'élaboration des protocoles de coopération est un frein soulevé dans le rapport de la HAS en 2014 sur les protocoles de coopération [25]. De même, les pharmaciens référents évoquent le temps de travail important nécessaire à leurs missions en EHPAD [21]. En fait, la question de temps n'est pas le premier frein que les pharmaciens considéraient par rapport au manque d'information ou à l'absence de demande.

Toutefois, la contrainte de temps est une réalité quotidienne à l'officine. L'implication des pharmaciens dans ces activités de coopération est donc conditionnée par la capacité des pouvoirs publics à proposer des modalités d'organisation permettant aux officinaux de concilier dispensation pharmaceutique et activités interprofessionnelles.

Méconnaissance de la fonction de pharmacien correspondant

Cette mission, dont le but est d'améliorer le suivi des patients chroniques dans le cadre du parcours de soins, restait peu connue des pharmaciens d'Aquitaine en 2014. Ces résultats peuvent en partie s'expliquer par l'absence de protocole de coopération impliquant les pharmaciens d'officine à la date de l'enquête et par les difficultés que pose cette mission. En effet, la possibilité qui serait donnée aux pharmaciens correspondants d'adapter les posologies, dans un cadre parfaitement défini dans un protocole de coopération, se heurte à certaines réticences de la part des médecins. Les pharmaciens eux-mêmes sont enthousiastes, mais appréhendent l'opinion des médecins et des patients sur ce nouveau rôle [26]. Par ailleurs, la complexité de planification des protocoles de coopération dans le cadre de cette fonction constitue aussi un frein majeur à leur mise en place [25]. L'ensemble de ces raisons pourrait expliquer le fait qu'aucun protocole impliquant un pharmacien n'ait été conclu.

Néanmoins, ce constat de méconnaissance d'une fonction pourtant précisée par des textes d'application de la loi HPST souligne la nécessité d'informer et de communiquer sur la possibilité de ce type de coopération auprès des pharmaciens d'officine, des médecins traitants, mais aussi des patients. En effet, une enquête menée en 2014 rapporte que les patients attendent du pharmacien d'officine que celui-ci soit mieux intégré dans les équipes de soin, en coopération avec le médecin traitant [27]. Notre enquête a, en ce sens, diffusé de l'information sur la fonction de pharmacien correspondant et pourrait susciter un intérêt chez les participants.

La rémunération de l'activité

La rémunération pour les entretiens pharmaceutiques AVK de 40 € par an et par patient est fixée par accord conventionnel avec l'Assurance maladie. Si 28 % des non-participants aux entretiens pharmaceutiques AVK estimaient insuffisante cette compensation financière, le fait que plus des ¾ des répondants avaient réalisé des entretiens à la date de l'enquête illustre l'adhésion de la majorité de la profession à l'accord négocié entre les syndicats et la CNAMTS.

La mise en œuvre des programmes d'ETP prend du temps et nécessite une implication importante de tous les professionnels concernés, dans un contexte financier contraint [12]. Les expérimentations sur les nouveaux modes de rémunération lancées en 2008 pour valoriser financièrement les activités de suivi pluridisciplinaire (dont les programmes d'ETP) connaissent un important succès [28]; les financements possibles dans ce cadre devraient donc faciliter davantage l'implication des pharmaciens dans les programmes d'ETP.

4.2.2 Les autres facteurs

Le manque de personnel est principalement évoqué pour les programmes d'ETP (21,8 % des non-participants). L'implication dans un programme se traduit par l'engagement vis-à-vis d'une équipe de soins avec la participation à des réunions et à des actions se déroulant dans des lieux autres que l'officine. Or, le pharmacien a le devoir d'être présent dans son officine pendant son activité. Ainsi, ne pas avoir de pharmacien associé limite l'investissement du titulaire ou son intérêt pour cette activité. Les programmes d'ETP permettant aux pharmaciens de faire de l'éducation thérapeutique au sein de l'officine seraient donc plus favorables à une implication du pharmacien d'officine.

Concernant la fonction de pharmacien référent, 55,4 % des non-participants évoquent une absence de demande de la part des EHPAD. Cela signifierait que les autres 44,6 % des pharmaciens auraient pu s'engager dans cette fonction de pharmacien référent pour répondre à une demande de ces établissements. D'autres facteurs (absence de cadre juridique et de rémunération appropriés, manque de temps) pourraient expliquer ce décalage entre implication dans cette fonction et les besoins théoriques.

La part importante de pharmaciens mentionnant le manque d'information comme facteur de non-participation aux programmes d'ETP (37 % des non-participants), suggère qu'une meilleure communication auprès des pharmaciens faciliterait l'implication de ces professionnels dans cette activité. Enfin, le manque d'intérêt pour les différentes missions n'est évoqué que par une

minorité de répondants et n'explique donc pas le faible engagement des officinaux. Les commentaires complémentaires exprimés par les participants à l'enquête portaient principalement sur les relations entre pharmaciens et médecins généralistes, qui sont perçus comme ayant des difficultés à coopérer. Pour les pharmaciens référents, les difficultés liées à l'absence de statut juridique de cette fonction étaient soulignées.

5. Conclusion

Cinq ans après la publication de la loi HPST, cette enquête par auto-questionnaire a permis de recueillir des informations sur les modalités de mise en œuvre d'actions de coopération auprès d'un large échantillon de pharmaciens d'officine volontaires en région Aquitaine. Le succès des entretiens AVK, bénéficiant d'une organisation fixée par voie conventionnelle, est illustré par l'implication de plus des $\frac{3}{4}$ des répondants. Presque neuf pharmaciens sur dix se disaient prêts pour le lancement des entretiens pharmaceutiques sur l'asthme, soit davantage que le nombre de pharmaciens effectivement engagés dans les entretiens AVK au moment de l'enquête, soulignant l'intérêt et l'engagement croissant de la part des officinaux et justifiant l'élargissement de la population cible de ces entretiens par avenant à la convention pharmaceutique (avenants parus au Journal officiel du 28 juin 2016).

Des facteurs structurels associés à l'implication des pharmaciens dans les différentes activités de coopération ont été identifiés : taille et typologie de la pharmacie. A titre d'exemple, une pharmacie rurale avec plus de trois pharmaciens s'orientait plus facilement dans des activités de pharmacien référent qu'une officine de centre-ville avec un seul pharmacien. Outre les caractéristiques de l'officine, d'autres facteurs sont associés à la non-participation aux actions de coopération comme le manque de temps, de connaissances ou de rémunération de ces missions. Ainsi, la mise en place de programmes prenant en compte la nécessité pour un pharmacien d'être présent à son officine et la diffusion d'informations pourrait améliorer l'engagement dans les

programmes d'ETP. Concernant la fonction de pharmacien référent, outre l'absence de demande qui est le facteur majeur, le manque de temps, de rémunération et de connaissance constituent des freins importants. La précision du cadre juridique apporterait une réponse à ces facteurs de «non-participation» et permettrait également d'harmoniser les actions conduites par les pharmaciens déjà impliqués. L'engagement dans la fonction de pharmacien correspondant pourrait être amélioré par une meilleure diffusion de l'information auprès des pharmaciens d'officine et des médecins. Le niveau de rémunération et la complexité de mise en place sont aussi des facteurs à considérer.

La déclinaison régionale de la stratégie nationale de santé et des dispositions de la loi de modernisation de notre système de santé doit constituer une opportunité pour renforcer l'exercice interprofessionnel du pharmacien d'officine, en confortant le réseau officinal et en adaptant les modalités de réalisation de ses missions pour répondre aux attentes des patients et des professionnels de santé. Une enquête de l'Ordre national des pharmaciens, au second trimestre 2016, a confirmé la forte implication des pharmaciens dans des pratiques de soins coordonnés [29]. Ces résultats ont incité l'Ordre à demander la publication du décret précisant les conseils et prestations destinés à favoriser l'amélioration ou le maintien de l'état de santé des personnes que pourront proposer les pharmaciens (8° de l'article L. 5125-1-1A du code de la santé publique), afin de compléter l'éventail des activités pharmaceutiques au service du parcours de santé des citoyens.

Conflit d'intérêt : aucun.

Remerciements

Nous remercions vivement Mme Elisabeth Bardet et ses collaborateurs de l'Agence régionale de santé Aquitaine sans qui ce travail n'aurait pas été possible.

Nous remercions les pharmaciens d'officine ayant pris le temps de répondre à notre enquête.

Références

1. Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.
2. Michot P, Catala O, Supper I, Bouliou R, Zerbib Y, Colin C, et al. Coopération entre médecins généralistes et pharmaciens : une revue systématique de la littérature. *Santé Publique*. 2013; 25:331-41.
3. Moreau R, Lepage H, Blanchet F, Megerlin F. Le pharmacien d'officine et la vaccination: actualité et opportunité. *Ann Pharm Fr* 2012; 70: 309-14.
4. Bedhomme S, Roche B, Ramin M, Tauveron I, Vennat B. Place du pharmacien d'officine dans l'éducation thérapeutique du patient diabétique. *Médecine des maladies Métaboliques* 2012;6:435-40.
5. Renard P-Y. Délivrance des anticancéreux oraux: besoins et attentes du pharmacien d'officine. *Act Pharm* 2013; 52:44-7.
6. Schlecht-Bauer D, Sautenet B, Emonet M, Hay N, Guegan F, Rosset P, et al. Insuffisance rénale et médicaments : suivis patients coordonnés entre pharmaciens officinaux et hospitaliers. *Pharm Hosp Clin* 2012; 47:123-6.
7. Perraudin C, Fleury B, Pelletier-Fleury N. Effectiveness of intervention led by a community pharmacist for improving recognition of sleep apnea in primary care - a cohort study. *J Sleep Res* 2015; 167-73.
8. Beylot G. L'interprofessionnalité au cœur de la mutation de l'officine. *Act Pharm* 2014; 54:1.
9. Sicard J. Réflexion autour de la création d'un maillage officinal à orientation cancérologie en Champagne-Ardenne. *J Pharm Clin* 2011; 30:7-15.

10. Talavera-Pons S, Jury F, Mulliez A, Lamblin G, Laurent D, Abergel A, et al. Le patient greffé hépatique à l'officine : analyse des besoins des pharmaciens pour optimiser le relais hôpital-ville. Pharm Hosp Clin 2016 (sous presse).
11. Comboroure J-C, Mueller J-E. Perception de la vaccination et rôle du pharmacien d'officine : une enquête auprès des étudiants en dernière année de pharmacie en France. Ann Pharm Fr 2014; 72:122-131.
12. Lehmann A, Janoly-Dumenil A, Baudrant-Boga M, Allenet B. Pharmacien et éducation thérapeutique du patient : état des lieux des pratiques en France. Pharm Hosp Clin 2014; 49:162-163.
13. Brunie V, Rouprêt-Serzec J, Rieutord A. Le rôle du pharmacien dans l'éducation thérapeutique du patient. J Pharm Clin 2010; 29:90-92.
14. Vernus AL, Catala O, Supper I, Flaujac N, Letrilliart L. Maisons et pôles de santé pluriprofessionnels incluant des pharmaciens : un état des lieux. Ann Pharm Fr 2016; 74:463-472.
15. IMS Health France. Typologie des officines selon l'IMS Health Pharmastat. <http://www.imspharmastat.fr/index.php/actualite-de-l-officine/typologie-d-officines.html>
16. Inserm. BiostaTGV - Logiciel de statistiques en ligne. <http://marne.u707.jussieu.fr/biostatgv/>
17. Bowling A. Mode of questionnaire administration can have serious effects on data quality. J Public Health 2005; 27:281-291.
18. Caisse nationale d'assurance maladie et des travailleurs salariés. Accompagnement pharmaceutique des patients sous traitement par AVK - Premier bilan à un an. 2014. http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/CP_Bilan_1_an_AVK_141217_01.pdf
19. Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche. Arrêté du 8 avril 2013 relatif au régime des études en vue du diplôme d'Etat de docteur en pharmacie.
20. Orval C. Mobilisation des professionnels de santé autour de la broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO) en région Nord Pas-de-Calais. Rev Epidemiol Sante Publique 2013; 61: 311-312.
21. Wilcke C. La place du pharmacien d'officine en EHPAD : retours d'expérience en Lorraine et proposition de guide du pharmacien référent. Union régionale des professionnels de santé pharmaciens Lorraine; 2013. <http://goldowag.o2switch.net/www.urpspharmacienslorraine.fr/uploads/Le%20pharmacien%20r%C3%A9f%C3%A9rent%20en%20EHPAD.pdf>
22. Verger P. La politique du médicament en EHPAD. 2013. http://www.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Politiquedu_medicament_en_EHPAD_final.pdf
23. Weber K, Beck M, Rybarczyk-Vigouret MC, Michel B. Cartographie des risques liés à la prise en charge médicamenteuse en EHPAD : état des lieux en région Alsace – France. Rev Epidemiol Sante Publique 2015; 63:163-172.

24. Académie nationale de médecine. L'éducation thérapeutique du patient (ETP), une pièce maîtresse pour répondre aux nouveaux besoins de la médecine. 2013. http://www.academie-medecine.fr/wp-content/uploads/2013/12/jaffiolRapport-ETP-vot%C3%A9-10-XII-13-3_.pdf
25. Haute autorité de santé. Rapport d'activité 2014 - Les protocoles de coopération - art 51 de la loi HPST. 2015. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2016-01/rapport_d-activite_article_51_2014_post-college_vf.pdf
26. Casali M. Etude exploratoire sur les représentations des pharmaciens d'officine de l'ISTRE concernant le décret du pharmacien correspondant. Thèse de Pharmacie, Grenoble, 2012. <http://www.opengrey.eu/item/display/10068/878487>
27. Bardet J-D, Baudrant M, Magretti A, Merle R, Thevenet S, Bedouch P. Perceptions et attentes des patients chroniques sur les nouveaux services pharmaceutiques associés au Pharmacien correspondant. Pharm Hosp Clin 2014; 49:28.
28. Afrite A, Bourgueil Y, Daniel F, Mousquès J. L'impact du regroupement pluriprofessionnel sur l'offre de soins. Objectifs et méthode de l'évaluation des maisons, pôles et centres de santé dans le cadre de l'expérimentation des nouveaux modes de rémunération. Question d'économie de la santé 2013; 189:1-6.
29. Ordre national des pharmaciens. La lettre de l'Ordre national des pharmaciens n°70. 2016. <http://lalettre.ordre.pharmacien.fr/accueil-lettre-70/Des-resultats-encourageants-pour-l-avenir-des-officinaux>