

**THESE
POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN PHARMACIE**

**Soutenue publiquement le 6 avril 2012 à 17h
Par M. Devoddère Clément**

**La pratique de la pharmacie clinique au Québec :
*A propos d'une expérience personnelle***

Membres du jury :

Président : Gressier Bernard, professeur de pharmacologie, Lille

Assesseur : Dine Thierry, professeur de pharmacie clinique, Lille

Membre extérieur : MATIS Annabelle, pharmacienne, Pharmacie des Augustins La Bassée



Faculté des Sciences Pharmaceutiques et Biologiques de Lille

3, rue du Professeur Laguesse - B.P. 83 - 59006 LILLE
CEDEX

☎ 03.20.96.40.40 - 📠 : 03.20.96.43.64



Université Lille 2
Droit et Santé

Université Lille 2 – Droit et Santé

Président :	Professeur Christian SERGHERAERT
Vice- présidents :	Professeur Véronique DEMARS
	Professeur Marie-Hélène FOSSE-GOMEZ
	Professeur Régis MATRAN
	Professeur Salem KACET
	Professeur Paul FRIMAT
	Professeur Xavier VANDENDRIESSCHE
	Professeur Patrick PELAYO
	Madame Claire DAVAL
	Madame Irène LAUTIER
	Monsieur Larbi AIT-HENNANI
	Monsieur Rémy PAMART
Secrétaire général :	Monsieur Pierre-Marie ROBERT

Faculté des Sciences Pharmaceutiques et Biologiques

Doyen :	Professeur Luc DUBREUIL
Vice-Doyen, 1 ^{er} assesseur :	Professeur Damien CUNY
Assesseurs :	Mme Nadine ROGER
	Professeur Philippe CHAVATTE
Chef des services administratifs :	Monsieur André GENY

Liste des Professeurs des Universités :

Civ.	NOM	Prénom	Laboratoire
M.	ALIOUAT	El Moukhtar	Parasitologie
Mme	AZAROUAL	Nathalie	Physique
M.	BAILLEUL	François	Pharmacognosie
M.	BERTHELOT	Pascal	Chimie Thérapeutique 1
M.	BROUSSEAU	Thierry	Biochimie
Mme	CAPRON	Monique	Immunologie
M.	CAZIN	Jean-Louis	Pharmacologie – Pharmacie clinique
M.	CHAVATTE	Philippe	Chimie Thérapeutique
M.	COURTECUISSÉ	Régis	Sciences végétales et fongiques
M.	CUNY	Damien	Sciences végétales et fongiques

Mlle	DELBAERE	Stéphanie	Physique
M.	DEPREZ	Benoît	Chimie Générale
Mme	DEPREZ	Rebecca	Chimie Générale
M.	DUPONT	Frédéric	Sciences végétales et fongiques
M.	DURIEZ	Patrick	Physiologie
Mlle	GAYOT	Anne	Pharmacotechnie Industrielle
M.	GESQUIERE	Jean-Claude	Chimie Organique
M.	GOOSSENS	Jean François	Chimie Analytique
Mme	GRAS	Hélène	Chimie Thérapeutique 3
M.	IMBENOTTE	Michel	Toxicologie
M.	LEMDANI	Mohamed	Biomathématiques
Mme	LESTAVEL	Sophie	Biologie Cellulaire
M.	LUC	Gerald	Physiologie
Mme	MELNYK	Patricia	Chimie Générale
Mme	MUHR – TAILLEUX	Anne	Biochimie
Mme	PAUMELLE-LESTRELIN	Réjane	Biologie Cellulaire
Mme	PERROY – MAILLOLS	Anne Catherine	Droit et déontologie pharmaceutique
Mlle	ROMOND	Marie Bénédicte	Bactériologie
Mme	SAHPAZ	Sevser	Pharmacognosie
M.	SIEPMANN	Juergen	Pharmacotechnie Industrielle
M.	STAELS	Bart	Biologie Cellulaire
M	TARTAR	André	Chimie Organique
M.	VACCHER	Claude	Chimie Analytique
M.	VION	Daniel	Droit et déontologie pharmaceutique

Liste des Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers

Civ.	NOM	Prénom	Laboratoire
M	BRUNET	Claude	Pharmacologie
M.	DINE	Thierry	Pharmacie clinique
M.	DUBREUIL	Luc	Bactériologie et Virologie Cliniques
M.	DUTHILLEUL	Patrick	Hématologie
M.	GAMOT	André	Chimie Analytique
M.	GRESSIER	Bernard	Pharmacologie
M.	LHERMITTE	Michel	Toxicologie
M.	LUYCKX	Michel	Pharmacie clinique
M.	ODOU	Pascal	Pharmacie Galénique
M.	DEPREUX	Patrick	Chimie Organique (ICPAL)
M.	BONTE	Jean-Paul	Chimie Analytique et (ICPAL)

Liste des Maîtres de Conférences

Civ.	NOM	Prénom	Laboratoire
Mme	AGOURIDAS	Laurence	Chimie Générale
Mme	ALIOUAT	Cécile Marie	Parasitologie

Mme	AUMERCIER	Pierrette	Biochimie
Mme	BANTUBUNGI	Kadiombo	Biologie cellulaire
Mme	BARTHELEMY	Christine	Pharmacie Galénique
M.	BEGHYN	Terence	Chimie Thérapeutique 3
Mme	BEHRA	Josette	Bactériologie
M.	BERTHET	Jérôme	Physique
M.	BERTIN	Benjamin	Immunologie
M.	BLANCHEMAIN	Nicolas	Pharmacotechnie industrielle
M.	BOCHU	Christophe	Physique
M.	BOUTILLON	Christophe	Chimie Organique
M.	BRIAND	Olivier	Biochimie
Mme	CACHERA	Claude	Biochimie
M.	CARATO	Pascal	Chimie Thérapeutique 2
M.	CARNOY	Christophe	Immunologie
Mme	CARON	Sandrine	Biologie cellulaire
Mlle	CHABÉ	Magali	Parasitologie
Mlle	CHARTON	Julie	Chimie Organique
M	CHEVALIER	Dany	Toxicologie
M.	COCHELARD	Dominique	Biomathématiques
Mlle	DANEL	Cécile	Chimie Analytique
M.	DE FOUCAULT	Bruno	Sciences végétales et fongiques
Mme	DEMANCHE	Christine	Parasitologie
Mlle	DEMARQUILLY	Catherine	Biomathématiques
Melle	DUMONT	Julie	Biologie cellulaire
M.	FARCE	Amaury	Chimie Thérapeutique 2
Mlle	FLAMENT	Marie-Pierre	Pharmacotechnie Industrielle
Mlle	FLIPO	Marion	Chimie Organique
Mme	FOULON	Catherine	Chimie Analytique
Melle	GARAT	Anne	Toxicologie
M.	GELEZ	Philippe	Biomathématiques
M.	GERVOIS	Philippe	Biochimie
Mme	GOFFARD	Anne	Virologie
Mme	GRAVE	Béatrice	Toxicologie
Mme	GROSS	Barbara	Biochimie
Mme	HANNOTHIAUX	Marie-Hélène	Toxicologie
Mme	HELLEBOID	Audrey	Physiologie
M.	HENNEBELLE	Thierry	Pharmacognosie
M.	HERMANN	Emmanuel	Immunologie
M.	KAMBIA	Kpakpaga Nicolas	Pharmacologie
M.	KARROUT	Youness	Pharmacotechnie Industrielle
Mlle	LALLOYER	Fanny	Biochimie
M.	LEBEGUE	Nicolas	Chimie thérapeutique 1
Mme	LIPKA	Emmanuelle	Chimie Analytique
Mme	LORIN-LECOEUR	Marie	Chimie Analytique
Mme	MARTIN	Françoise	Physiologie
M.	MOREAU	Pierre Arthur	Sciences végétales et fongiques
Melle	MUSCHERT	Susanne	Pharmacotechnie industrielle

Mme	NEUT	Christel	Bactériologie
Mme	PINÇON	Claire	Biomathématiques
M.	PIVA	Frank	Pharmacie Galénique
M.	POMMERY	Jean	Toxicologie
Mme	POMMERY	Nicole	Toxicologie
M.	RAVAUX	Pierre	Biomathématiques
Mme	ROGER	Nadine	Immunologie
M.	ROUMY	Vincent	Pharmacognosie
M.	SERGHÉRAERT	Eric	Droit et déontologie pharmaceutique
Mme	SIEPMANN	Florence	Pharmacotechnie Industrielle
Mlle	SINGER	Elisabeth	Bactériologie
M.	TAGZIRT	Madjid	Hématologie
Mme	THUILLIER	Pascale	Hématologie
Mme	VANHOUTTE	Geneviève	Biochimie
Mme	VITSE	Annie	Parasitologie
M.	WILLAND	Nicolas	Chimie organique
M.	YOUS	Saïd	Chimie Thérapeutique 1
M.	FURMAN	Christophe	Pharmacobiochimie (ICPAL)
Mme	GOOSSENS	Laurence	Chimie Organique (ICPAL)
M.	MILLET	Régis	Chimie Thérapeutique (ICPAL)

Liste des Maitres de Conférences - Praticiens Hospitaliers

Civ.	NOM	Prénom	Laboratoire
Mme	BALDUYCK	Malika	Biochimie
M.	DECAUDIN	Bertrand	Pharmacie Clinique
Mme	ODOU	Marie Françoise	Bactériologie

Professeurs Agrégés

Civ.	NOM	Prénom	Laboratoire
Mme	MAYES	Martine	Anglais
M.	MORGENROTH	Thomas	Droit et déontologie pharmaceutique

Professeurs Certifiés

Civ.	NOM	Prénom	Laboratoire
M.	HUGES	Dominique	Anglais
Mlle	FAUQUANT	Soline	Anglais
M.	OSTYN	Gaël	Anglais

Professeurs Associé - mi-temps

Civ.	NOM	Prénom	Laboratoire
M.	ABADIE	Eric	Droit et déontologie pharmaceutique

Maîtres de Conférences ASSOCIES - mi-temps

Civ.	NOM	Prénom	Laboratoire
Mme	BERTOUX	Elisabeth	Pharmacie Clinique
M.	CAZALET	Jean Bernard	Pharmacie Clinique
M.	CREN	Yves	Biomathématiques Information Médicale
M.	FIEVET	Pierre	Biomathématiques Information Médicale
M.	FRIMAT	Bruno	Pharmacie Clinique
M.	WATRELOS	Michel	Droit et déontologie pharmaceutique
M.	ZANETTI	Sébastien	Biomathématiques - Pharmacie virtuelle

AHU

Civ.	NOM	Prénom	Laboratoire
M.	LANNON	Damien	Pharmacie Galénique
M.	SIMON	Nicolas	Pharmacie Galénique



Université Lille 2
Droit et Santé

Faculté des Sciences Pharmaceutiques et Biologiques de Lille

3, rue du Professeur Laguesse - B.P. 83 - 59006 LILLE CEDEX
Tel. : 03.20.96.40.40 - Télécopie : 03.20.96.43.64
<http://pharmacie.univ-lille2.fr>

**L'Université n'entend donner aucune approbation aux opinions
émises dans les thèses ; celles-ci sont propres à leurs auteurs.**

Remerciements

A **Mr Dine** pour avoir accepté d'être mon conseiller de thèse. Vos conseils et vos orientations m'auront beaucoup aidé pour réaliser ce travail.

A **Mr Gressier** pour me faire l'honneur de présider le jury de thèse.

A **Mme Matis**, pour avoir accepté de faire partie de mon jury de thèse et d'évaluer mon travail. Votre présence dans ce jury m'honore grandement.

A **Alix-Anne Gendron**, qui depuis plus de deux ans partage ma vie. Sans toi, ce sujet et ce travail n'existeraient pas. Plus que la découverte d'un pays, d'une province, d'une pratique différente de la pharmacie, tu m'apportes chaque jour, amour, soutien, enthousiasme, bonheur. Merci pour toutes ces choses qui font de mon quotidien un idéal de vie.

A **ma maman**, pour son soutien inconditionnel. Merci d'avoir fait de moi la personne que je suis actuellement. Tu m'as toujours soutenu dans toutes mes décisions ; dans le choix des mes études, dans mes longs séjours au Québec. Merci pour ta présence de tous les instants et tes conseils de vie qui m'indique la route à prendre chaque jour.

A **mon papa, mes frères et sœurs et les merveilleuses Anaïs et Eline**, pour votre présence, votre amour, votre support. Mes longs séjours au Québec sont autant de rappels de l'amour que j'ai pour vous. Merci pour votre soutien sans lequel je ne pourrais être la personne que je suis actuellement.

A **la famille d'Alix-Anne** pour leur incroyable accueil et leurs encouragements réguliers.

A **toute l'équipe de la pharmacie des Augustins**, la première pharmacie où j'ai découvert le métier. Merci pour votre patience, votre soutien. Vous êtes la raison pour laquelle j'ai choisi la filière officine. Votre pratique de la pharmacie est un exemple pour moi.

A **toute l'équipe de la pharmacie de l'heurtebise**. Pour votre accueil depuis janvier 2011, travailler avec vous a été formidable. Votre bonne humeur, votre confiance à mon égard sont très importants à mes yeux. C'est un plaisir de travailler avec vous au quotidien. Un grand merci.

A **mes amis de Salomé, Loïc, Marion et tous les autres**, mon autre famille, pour votre amitié, votre bonne humeur. Votre amitié est très chère à mes yeux. Merci de pouvoir compter sur vous à tout moment.

A **mes amis de pharmacie**, pour m'avoir accompagné durant mes études. Julie, Damien, Claire, Chloé et tous les autres, merci pour tout ce que vous m'avez apporté.

A **mes amis, maintenant pharmaciens québécois**, pour leur accueil et leur gentillesse.

SOMMAIRE

INTRODUCTION	14
A. <i>Démographie et principe des systèmes de santé</i>	18
1. Comparaison entre les populations et les répartitions des services de santé	18
2. Principes et références chiffrées des systèmes de santé	19
3. Tableau comparatif	21
B. <i>L'assurance maladie en France et au Québec</i>	23
1. Le système français: Sécurité sociale et mutuelles complémentaires	23
2. Le système québécois: RAMQ et assurances privées	24
a) Les principes	24
b) Le régime privé	24
c) Le régime public	25
3. Comparaisons entre les modèles	28
a) Quelles améliorations possibles au Québec?	29
b) Quelles améliorations possibles en France?	30
C. <i>Le contexte légal de la pratique de la pharmacie au Québec, comparaisons</i>	32
1. Accès à la profession et démographie pharmaceutique	32
a) Démographie pharmaceutique	32
b) L'accès à la profession	34
2. Comparaison de l'enseignement à l'université	39
a) Comparaison des programmes	39
b) Avis des étudiants en pharmacie québécois et français sur leur formation	41
c) Les enseignants	45
3. Propriétés de la pharmacie	46
4. Législation sur le rôle des assistants techniques et du pharmacien	50
a) Responsabilité des ATP	50
b) Responsabilité du pharmacien	52
II. LE STATUT LEGAL DU MEDICAMENT ET DES ORDONNANCES	53
A. <i>Statut légal du médicament</i>	54
1. Les listes	54
a) Confection de la liste	54
b) Méthode du prix le plus bas	55
2. Les annexes	57
a) Principe	57
b) Annexe I: médicaments destinés aux humains et vendus sous ordonnance	58
c) Annexe II: médicaments destinés aux humains et vendus sous contrôle pharmaceutique	58
d) Annexe III: médicaments destinés aux humains et vendus sous surveillance pharmaceutique	59
e) Annexe IV et V:	60
3. La MVL et le code du médicament	60
a) La controverse de la MVL	60
b) Le code médicament	61
c) Pour conclure, en comparaisons.	64
B. <i>Le statut des ordonnances</i>	66
1. Législations et prescripteurs autorisés	66
2. Les ordonnances écrites et le renouvellement	68
a) Les ordonnances écrites	68
b) Les renouvellements	70
c) La transmission des ordonnances par télécopieur	70
3. Les ordonnances verbales et collectives	72
a) Les ordonnances verbales	72
b) Les ordonnances collectives, le cadre légal	74
c) Les ordonnances collectives, la rédaction	77
d) Les ordonnances collectives, les exemples	79
e) Les ordonnances collectives, en conclusion	81

C.	<i>La gestion des médicaments et la facturation</i>	82
1.	La préparation et la distribution des médicaments.....	82
a)	La responsabilité du pharmacien.....	82
b)	Préparer les médicaments.....	84
c)	Distribuer les médicaments, le Vial.....	86
d)	La distribution hebdomadaire, le dispill.....	87
e)	La distribution des médicaments, la dosette.....	91
f)	Avantages et inconvénients des systèmes de distribution hebdomadaire.....	91
g)	Applications des systèmes de distribution hebdomadaire en France.....	92
2.	L'informatique, le logiciel au service du pharmacien.....	93
a)	Le dossier patient.....	93
b)	L'étude du profil patient.....	94
c)	Les étiquettes de posologies.....	96
3.	La facturation et les honoraires des pharmaciens.....	98
a)	La facturation en directe.....	98
b)	La rémunération des pharmaciens.....	99
III.	LA PRATIQUE CLINIQUE DE LA PHARMACIE D'OFFICINE.....	102
A.	<i>Les soins pharmaceutiques</i>	103
1.	L'évolution vers les soins pharmaceutiques.....	103
a)	Les changements démographiques.....	103
b)	L'évolution de la pharmacothérapie.....	103
c)	Les changements législatifs et la conceptualisation de la pratique de la profession.....	104
2.	Les problèmes reliés à la pharmacothérapie.....	106
a)	L'identification.....	106
b)	L'évaluation.....	106
c)	Validation de l'information.....	108
3.	Les plans de soins et les SOAP.....	111
a)	Les plans de soins.....	111
b)	Les soins pharmaceutiques à l'université.....	115
c)	Plans de soins sur la sinusite bactérienne:.....	116
d)	Les SOAP.....	122
e)	La transition vers les soins pharmaceutiques.....	127
B.	<i>L'opinion pharmaceutique et le refus</i>	129
1.	Le refus.....	129
2.	L'opinion pharmaceutique au Québec.....	130
a)	Le contexte.....	130
b)	L'évolution.....	131
c)	Exemples d'opinions pharmaceutiques.....	134
3.	L'opinion pharmaceutique en France, ouverture.....	137
C.	<i>La consultation pharmaceutique</i>	140
1.	Le contexte.....	140
a)	Définition.....	140
b)	Les objectifs.....	142
c)	Le cadre légal.....	142
2.	Les avantages, les obstacles et les solutions.....	143
a)	Les avantages.....	143
b)	Les obstacles et les solutions.....	145
3.	La réalisation.....	148
a)	Les étapes.....	148
b)	Les facteurs à considérer.....	150
c)	Les techniques de communication et l'approche patient.....	152
d)	En conclusion, la communication.....	156
	CONCLUSION.....	158
	ANNEXES.....	164
	BIBLIOGRAPHIE.....	181

Tableaux

Tableau 1 : Comparatif des indicateurs de santé français et québécois

Tableau 2 : Exemple d'une ordonnance de 60\$ présentée à la pharmacie

Tableau 3: Avantage entre le régime universel d'assurance médicament en France et un système hybride assurances publiques et privées au Québec

Tableau 4 : Démographie de la population pharmaceutique en 2010

Tableau 5 : Profil de formation générale et universitaire

Tableau 6 : Comparaison de l'accès à la pratique entre la France et le Québec

Tableau 7 : Comparaison du profil de deux programmes de formation en pharmacie (Université de Montréal et Université de Lille 2)

Tableau 8 : Détail du nombre d'heures à la faculté de Lille 2 pour un parcours officinal

Tableau 9 : Résultat du sondage sur les études en pharmacie chez les étudiants français et québécois

Tableau 10 : The pharmacotherapy workup- Grille d'évaluation des besoins pharmacothérapeutiques

Tableau 11 : Le modèle en 4 questions

Tableau 12 : Classification des catégories de PRP

Tableau 13 : Obstacles et solutions possibles à la consultation pharmaceutique: les éléments clés

Tableau 14 : Types d'échanges avec le patient

Tableau 15 : Étapes vers les soins pharmaceutiques en France

Annexes

Annexe 1 : Programme de pharmacie de l'université de Montréal et Laval à Québec-----p36/163

Annexe 2 : Les 9 types de contrats dorénavant régis par le règlement 12d-----p50/167

Annexe 3 : Ordonnance collective de cessation tabagique de Montréal-----p79/168

Annexe 4 : Organiser la pratique-----p147/175

Annexe 5 : Les différents niveaux de communication pour une nouvelle ordonnances, un

renouvellement ou un médicament de vente libre-----p151/176

Images

Image 1: Exemple de conditionnement, le VIAL -----p86

Image 2: Exemple de dispill -----p90

Image 3: Évolution naturelle vers les soins pharmaceutiques -----p128

Introduction

Durant nos études de pharmacien ou notre profession de pharmacie, nous entendons souvent parler de pharmacie clinique.

Souvent évoquée, rarement approfondie, si l'on devait demander aux étudiants quel type de pratique ils aimeraient avoir plus tard, la réponse serait unanime, ce serait la pharmacie clinique.

Seulement, durant nos études, nous en parlons peu. En première année, durant nos cours de culture général, nous fut présenté durant 1h le pharmacien clinicien en Amérique du Nord. Plus tard dans la formation, les allusions à un tel sujet restent faibles.

Peu de sujets traitent donc de la pratique clinique, mais aussi peu d'enseignements nous sont présentés durant nos études pour l'appliquer.

Les raisons à cela sont simples. La pratique actuelle du pharmacien est bien ancrée dans notre société. Sa formation l'est également. Exception faite de la PACES (première année commune aux études de santé), il y eut peu de modifications dans la formation des pharmaciens au cours des dernières années.

De plus en France, l'interdisciplinarité n'est pas encouragée. En établissement ou en ville, le médecin reste souvent le seul maître de la prise en charge du patient et de sa pharmacothérapie. Le pharmacien exerce plus un rôle passif au niveau du choix de la pharmacothérapie qu'un acteur pleinement intégré dans l'équipe médicale. Bien qu'en milieu hospitalier, plusieurs pharmaciens commencent à s'intégrer aux équipes de soins.

Les mœurs en sont ainsi et les politiques de santé s'y adaptent. Bien que certains gestes furent réalisés dernièrement en faveur du pharmacien. Comme sa place dans l'éducation thérapeutique du patient, avec un rôle qui reste néanmoins à définir et à préciser.

C'est au détour d'un échange universitaire que j'ai eu la chance de découvrir la pharmacie clinique. En 2009/2010, j'avais pris la décision d'aller effectuer ma 4^{ème} année universitaire au Québec plutôt qu'en France. Nouveau continent, mœurs différentes, autre vision de la pharmacie, habitudes de vie différentes, sont autant de raisons qui me poussaient à aller étudier à l'université Laval de Québec.

Quelle incroyable expérience que cet échange universitaire. Cette année d'études au Québec ne m'a apporté que des satisfactions et à tous les niveaux.

C'est l'enseignement et la pratique du pharmacien qui m'ont marqué durant cette année d'études. Enseignements interactifs, cours de soins pharmaceutiques, applications cliniques de la

pharmacothérapie, cas pratiques. L'année d'études au Québec m'a montré toutes les possibilités que pouvaient avoir le pharmacien dans sa pratique, que je ne soupçonnais même pas durant ma formation en France.

C'est donc, plein de bonnes volontés et d'envie qu'en rentrant en France, je repris mon travail en pharmacie. Ma déception fut à la hauteur de mes attentes. Il est difficile en France actuellement d'avoir une pratique clinique de la pharmacie.

La décision était alors rapidement prise de retourner appliquer mes cours de l'université Laval en pratique au Québec. Durant l'été 2011 et ce jusqu'à la fin de l'année, j'ai eu la chance de travailler à l'Institut de cardiologie de Montréal, hôpital réputé mondialement pour ses avancées en matière de cardiologie.

Dans cet hôpital, comme partout au Québec, le pharmacien y a une place importante dans l'équipe médicale. L'interdisciplinarité y est encouragée et le pharmacien trouve toute sa place en y réalisant des soins pharmaceutiques.

C'est à partir de là que la décision fut prise, de présenter ma thèse sur le pharmacien québécois. Et de le comparer au pharmacien en France. Essayer de comprendre quelles sont les raisons qui font cette différence de pratique entre nos deux pays.

Comprendre quels ont été les facteurs au cours de ces 20 dernières années qui ont fait du pharmacien au Québec un acteur principal du système de santé.

Comprendre comment la profession a su évoluer, ainsi que la formation de ses étudiants.

C'est pourquoi dans cette thèse, nous présenterons dans un premier temps le cadre de pratique de la pharmacie en France et au Québec. Nous présenterons les populations française et québécoise, la démographie médicale. Nous étudierons également les deux philosophies différentes des systèmes de santé, et enfin nous regarderons comment les étudiants deviennent des pharmaciens en comparant les accès à la profession, les études, les enseignements.

L'étude de cette partie est primordiale, car les conséquences de telles données, ont évidemment influencé la pratique actuelle des pharmaciens québécois.

Ensuite, nous étudierons le cadre légal entourant le médicament et les ordonnances au Québec, ainsi que la gestion des médicaments à tous les niveaux. Nous présenterons alors une distribution totalement différente de celle qui se fait en France.

Cette partie démontre un aspect plus technique de notre profession, mais est tout autant importante. Si des soins pharmaceutiques sont réalisés au Québec, c'est avant et surtout permis par l'organisation et la législation de la pratique.

Puis, nous étudierons le concept de soins pharmaceutiques, que nous développerons en détail, et agrémenterons régulièrement d'exemples. On regardera également les outils à disposition du pharmacien québécois pour les appliquer, et les techniques de communication qui y sont reliées.

Enfin, nous conclurons en proposant des alternatives et des solutions envisageables pour modifier notre pratique de pharmacien.

I. Le cadre de pratique de la pharmacie en France et au Québec

Avant de comparer à proprement parler, les rôles du pharmacien, ses responsabilités et la pratique de la pharmacie clinique au Québec, il paraît important de présenter la population, la démographie québécoise.

C'est pourquoi à cet effet, nous allons d'abord comparer les populations françaises et québécoises, ainsi que les différentes répartitions des services de santé. Puis, nous comparerons les principes des systèmes de santé, avec les dépenses qui y sont reliées. Enfin nous résumerons les caractéristiques des systèmes de santé québécois et français dans un tableau comparatif.

Il est évident que ces données ont une influence par la suite sur les responsabilités de chaque acteur de santé.

A. Démographie et principe des systèmes de santé

1. Comparaison entre les populations et les répartitions des services de santé

La France compte en 2009, environ 62 millions d'habitants pour une superficie de 547 000 km². La densité de population est alors de 112 habitants/km². (1-4)

Pour comparaison, en 2009, le Québec compte environ 8 millions d'habitants pour une superficie totale de 1 660 000 km², soit une densité de population de 4,97 habitants/km². (2-4-8)

On s'aperçoit donc rapidement des différences majeures entre les deux territoires et les répartitions des populations, et par conséquent entre les services de santé.

La France compte 3,3 médecins pour 1000 habitants. (1). Néanmoins un rapport sur la démographie médicale en France, estime qu'entre 2008 et 2015, malgré les augmentations du numérus clausus en 2004, les cessations d'activité des médecins seront supérieures aux installations. Il est estimé qu'il faudra attendre 2025, pour que le nombre d'entrée soit égal à celui des sorties. (7)

On peut donc prévoir que le nombre de médecins pour 1000 habitants sera amené à diminuer dans les prochaines années.

Au Québec, il y a 2,1 médecins pour 1000 habitants. (2-4)

En effet l'accès à un médecin, plus particulièrement les médecins de famille, est très difficile au Québec. Il est estimé qu'il manque environ 1100 médecins omnipraticiens pour tout le Québec.(3). Environ 2 000 000 de québécois soit environ ¼ de la population n'a pas de médecin de famille (5). Pour accéder à un médecin, il y a trois possibilités. Soit vous avez un médecin de

famille et vous devez prendre rendez-vous avec lui, mais les délais peuvent parfois être très longs. Ou alors, vous n'avez malheureusement pas de médecin de famille et vous devez passer par les cliniques «*sans rendez-vous*». Par conséquent, il se peut que vous voyez un médecin différent à chaque rencontre (en fonction des disponibilités des cliniques) et la plupart du temps, les prescriptions s'étendent à 12 mois, pour faciliter la vie des patients. Le suivi est donc peu réalisé par les médecins.

Voir un médecin au Québec est très difficile. Il n'est pas rare sur l'île de Montréal, de voir une file de 10-12 personnes tous les matins, jusqu'à une heure avant l'ouverture pour attendre de voir un médecin.

Les délais sont longs. Les médecins dans les cliniques ont des quotas de patients à voir et à ne pas dépasser. Il arrive donc souvent que les patients se dirigent vers les urgences des hôpitaux, où les temps d'attente sont également très longs. (En moyenne 17h36 en 2011(6))

L'autre moyen de voir un médecin est de se tourner vers le privé. Un rendez-vous peut être pris rapidement, par contre il en coûtera environ 100\$ au patient (71euros environ) et ne sera pas pris en charge par le gouvernement.

Quant en France, on arrive généralement à rencontrer notre médecin de famille dans la journée ou le lendemain suivant notre demande de rendez-vous, on se rend compte que les différences entre la France et le Québec sont importantes.

La pénurie des médecins est une des raisons de l'étendue des responsabilités du pharmacien québécois.

2. Principes et références chiffrées des systèmes de santé

En France, le système de santé repose sur un système qui comporte les trois principes suivants : (7-11)

- Couverture universelle des soins
- Liberté d'accès aux soins
- Liberté de choix pour le malade

La santé en France est gérée par le ministère de la santé. En 2009, la France consacrait 11.7% de son PIB aux dépenses totales consacrées à la santé. (7-9-11) Cela représentait 3934 dollars (américains) par habitant. La France est le pays après les Etats-Unis (16% PIB), qui enregistre le niveau le plus élevé de dépenses de santé en proportion du PIB. (9)

En France en 2007, les dépenses de santé étaient financées à 80% par des fonds publics, 7% seulement étaient à la charge des patients et les assurances maladies privées couvrant les 13% restant de ces dépenses.(9-11-12)

En 2007, 20.8% des dépenses de santé publiques sont reliées aux dépenses de médicaments, soit en moyenne 514 Euros en médicaments par année par habitant. (2752 Euros au total pour sa santé, à savoir, soins d'hospitalisation, soins de ville et médicaments).

8% de la population active travaille dans le secteur de la santé, soit environ 2 000 000 de personnes. (4-9-11)

Au Québec, le système de santé est régit par la loi canadienne sur la santé. Les cinq principes de la Loi canadienne sur la santé forment la pierre angulaire du système de santé canadien. Ces cinq principes sont les suivants: (9-10-13-14)

- **Universalité** : tous les résidents ont droit à des services de santé assurés prévus par le régime, selon des modalités uniformes.
- **Gestion publique** : le régime d'assurance-santé d'une province ou d'un territoire doit être géré sans but lucratif par une autorité publique.
- **Accessibilité** : aucun obstacle financier ou autre ne doit entraver l'accès satisfaisant des personnes assurées aux services requis dispensés par un hôpital et un médecin.
- **Transférabilité** : la condition de transférabilité doit prévoir le paiement des montants pour les coûts des services de santé lorsqu'une personne assurée déménage ou voyage au Canada, ou encore voyage à l'extérieur du pays.
- **Intégralité** : tous les services médicaux requis offerts par les hôpitaux et les médecins doivent être assurés.

En 2009, le Canada consacrait 10,9% de son PIB aux dépenses totales consacrées à la santé (12% au Québec). Ce qui, comparativement à son voisin américain, est environ 30% moins élevé. Par habitant cela, représentait une dépense de 3895 dollars (américains) par habitant. 71,4 % des dépenses de santé sont assumées par le secteur public, tandis que l'autre part est assumée par le patient lui même ou les assurances privées. (10-13)

Le secteur de la santé embauche 400 000 personnes, soit 7% de la population active du Québec en 2010. (9)

En 2007, 16.3% des dépenses publiques en santé étaient consacrées aux médicaments. Cela s'explique par les systèmes d'assurances différents qui seront développés plus loin (I.B.2). Soit

en moyenne 354 dollars (canadiens, soit 253¹ Euros au 22 octobre 2011) et les québécois, 456 dollars (canadiens, soit 325 Euros au 22 octobre 2011) par habitant et par année.

3. Tableau comparatif

Tableau 1: Comparatif des indicateurs de santé français et québécois (en 2009)

Référence: 1-2-4-8-9-10-11-12

	France	Canada et Québec
Population (en millions d'habitants)	62	Canada: 30 Québec: 8
Dépenses totales de santé (en milliards d'euros)	226	Canada: 137 Québec: 27
Pourcentage du PIB consacré à la santé	11.7	Canada: 10.9 Québec: 12
Dépenses de santé financées par le secteur public (en pourcentage)	80	71,4
Part des dépenses pour le médicament dans les dépenses de santé (en pourcentage)	20.8	16.3

¹ Taux de change au 22 octobre: 1 euro = 1.39 dollars Canadiens

	France	Canada et Québec
Dépense moyenne en médicament par habitant (par le secteur public) en Euros	514	Canada: 253 Québec: 325
Nombre de médecins pour 1000 habitants en 2009	3.3	Québec: 2.1
Nombre d'infirmiers pour 1000 habitants en 2009	6.9	Québec: 9.4
Nombre de lits pour 1000 habitants en 2009	6.64	Québec: 3.31
Espérance de vie en 2009	Hommes: 75.8 Femmes: 83	Québec: Hommes: 76.6 Femmes: 82.1

B. L'assurance maladie en France et au Québec

1. Le système français: Sécurité sociale et mutuelles complémentaires

Le rôle principal dans l'administration du système de santé en France revient à l'État qui est garant de l'intérêt public et de l'amélioration de l'état sanitaire de la population.

Ainsi l'État intervient parfois directement dans la production ou le financement des soins. Plusieurs ministères interviennent : le ministère de la Santé, le ministère du Travail, le ministère des comptes publics et le ministère chargé des affaires sociales.

C'est le parlement qui depuis 1996 (gouvernement Juppé) définit les objectifs de dépense avec les lois de financement de la sécurité sociale (LFSS).

Il existe également diverses structures déconcentrées que nous ne développerons pas plus amplement, tel que l'AFSSAPS (agence française de sécurité sanitaire des produits de santé), la HAS (Haute autorité de santé) et le HCSP (haut conseil de santé public). (7-15)

Au niveau régional ce sont les ARS (agences régionales de santé) qui sont les relais de l'État dans les politiques de santé, placées sous la tutelle des ministres chargés de la santé, des personnes âgées, de l'assurance maladie et des personnes handicapées.

Dans le système de santé français, il y a d'une part, l'assurance publique obligatoire à laquelle vient s'ajouter de manière facultative une assurance privée qui prend en charge la part complémentaire non assurée par l'assurance publique.

Ces organismes mutualistes, assurances privées ou régimes de prévoyance sont généralement associés au régime collectif des assurés dans le cadre de leur activité professionnelle.

Toute la population est protégée avec l'assurance maladie, par ses principaux régimes, général, agricole, régime des indépendants et autres régimes dits spéciaux tels la SNCF.

Pour les autres personnes résidant en France de nationalité française ou étrangère depuis plus de 3 mois, de manière stable et qui n'est pas couvert par un régime de sécurité sociale, s'applique la couverture mutuelle universelle. (CMU)

La couverture mutuelle universelle complémentaire permet d'avoir le droit à une protection complémentaire santé gratuite. Elle est accordée pour un an lorsque l'ensemble des ressources

d'un foyer ne dépasser pas un certain plafond (varie selon la composition des foyers). Ainsi la CMU prend en charge le ticket modérateur en soins de ville, à l'hôpital, le forfait hospitalier et dans certaines limites les dépassements tarifaires.

2. Le système québécois: RAMQ et assurances privées

a) Les principes

Source : 14 : Loi Canadienne de 1984 sur la santé

Sur le plan de la gouvernance au Québec, le système de santé et de services sociaux s'inscrit entre trois paliers de gestion: central, régional et local :

- Au palier **central**, le ministre des services sociaux établit les orientations en matière de politique socio-sanitaires, il centre ses actions selon une perspective d'amélioration de la santé et du bien être de la population et de la qualité des services .
- Au palier **régional**, les agences de santé et des services sociaux sont responsables de la coordination de la mise en place des services sur leur territoire respectif.
- Enfin au palier **local**, les réseaux locaux regroupent l'ensemble des partenaires, dont font partie les médecins de famille, afin de partager collectivement une responsabilité envers la population d'un territoire.

Depuis le 1^{er} novembre 1970, toute personne établie ou en séjour au Québec qui remplit les conditions prévues dans la loi doit être couverte par le régime d'assurance maladie.

Pour le médicament, tous doivent être couverts, c'est obligatoire, deux possibilités pour les québécois, les régimes privés ou le régime public.

b) Le régime privé

Le régime privé est une assurance collective, offerte par une compagnie privée. Généralement, c'est en milieu de travail que l'on trouve ce régime, l'assurance collective peut en effet faire partie des avantages sociaux qu'un employeur offre à son personnel. En plus de l'assurance médicaments, ce régime peut couvrir, certains services paramédicaux (chiropraticien, physiothérapeute). (20)

Les personnes assurées par un régime privé doivent généralement payer une prime, qu'elles achètent ou non des médicaments. Cette prime est prélevée sur la paie de l'employé.

Concrètement à la pharmacie, que doit payer le patient sous régime privé? Seulement une partie du coût des médicaments couverts qu'elle achète.

Cette contribution est constituée d'une franchise et d'une coassurance.

- La **franchise** est la première tranche du coût des médicaments que la personne doit payer. Généralement, la franchise est annuelle. Par exemple, un régime peut demander à une personne de payer les premiers 50 \$ des médicaments achetés au cours d'une année. Après quoi, cette personne paiera seulement la coassurance.
- La **coassurance** est un pourcentage (c'est-à-dire une portion) du coût des médicaments que la personne doit assumer une fois la franchise payée.

Il existe néanmoins une contribution maximale qui ne peut être supérieure à celle du régime public (voir paragraphe suivant).

Trois cas se présentent à la pharmacie:

- Soit une entente est conclue entre l'assurance et la pharmacie, dans ce cas, le patient ne paie que sa contribution au pharmacien.
- Soit le remboursement se fait après l'achat sans démarches. Le patient paie la totalité des médicaments, puis le pharmacien envoie une réclamation à l'assureur qui rembourse ensuite l'assuré.
- Soit le remboursement se fait après l'achat avec démarches. Le patient paie également la totalité des médicaments, puis il doit faire lui même une réclamation auprès de son assureur qui le rembourse par la suite.

c) Le régime public

Le régime public d'assurances médicaments est administré par la Régie de l'assurance médicaments du Québec, qui est un régime gouvernemental d'assurance qui offre une protection de base pour les médicaments. Il a été créé en 1977 dans le but de couvrir les québécois qui ne peuvent bénéficier d'un régime privé. (19)

Ce régime s'adresse également aux 65ans et plus, aux prestataires d'une aide financière de dernier recours ou aux autres détenteurs d'un carnet de réclamation, et enfin aux enfants des personnes assurées par le régime public.

Tout comme dans le régime privé, les personnes couvertes par le régime public doivent payer une prime, prélevée avec l'impôt sur le revenu. Le montant de cette prime varie de 0 à 563 dollars.

A la pharmacie, le patient doit également s'acquitter d'une contribution calculée comme suit:

Tableau 2: exemple d'une ordonnance de 60 dollars présentée à la pharmacie le 22 octobre 2011:

Référence: 19

Franchise mensuelle	Coassurance mensuelle	Contribution de l'assuré	Montant payé par la RAMQ
Montant fixe payé lors du premier achat du mois	32 % du coût de l'ordonnance dont on a soustrait la franchise	Total de la franchise et coassurance	Coût de l'ordonnance moins la contribution de l'assurée
16 dollars	$60\$ - 16\$ = 44\$ \times 32\% = 14,08\$$	$16\$ + 14,08\$ = 30,08\$$	$60\$ - 30,08\$ = 29,92\$$

La gratuité peut être possible sous certaines conditions, pour des personnes inscrites au régime public, mais nous ne nous étendrons pas plus longuement sur ces conditions.

Néanmoins, il faut s'avoir qu'il s'applique une contribution maximale:

- Au mois: 80,25\$
- A l'année: 963\$

Pour les personnes âgées, d'autres maximums existent. Ce qui signifie qu'un assuré, polymédicamenté, contribuera pour ses médicaments à un maximum de 80,25\$ par mois, au delà de cette somme, plus rien ne lui sera demandé. En soit, la différence avec le système de remboursement en France est énorme.

Concernant les médicaments remboursés, les distinctions sont différentes de celles en France avec le système de vignettes.

Le régime public couvre les médicaments obtenus sur ordonnance au Québec et fournis par un pharmacien. Ces médicaments doivent figurer dans la liste des médicaments. Celle ci comporte plus de 5000 médicaments disponibles sur ordonnance. (21)

C'est le ministre de la santé après consultation du conseil du médicament qui détermine les médicaments qui y figurent.

Il existe néanmoins des médicaments d'exception, qui sont nécessaires dans certaines conditions médicales graves. Ils sont couverts par le régime public si le patient répond à certains critères. (22)

Généralement, c'est le prescripteur qui rédige et fait la demande à la RAMQ d'une demande d'autorisation de paiement d'un médicament d'exception pour un patient donné.

Une fois l'autorisation acceptée, le patient peut alors se procurer le médicament dans sa pharmacie au même titre que les autres médicaments, en payant également la contribution habituelle.

Prenons l'exemple du PRADAX®-dabigatran (PRADAXA® en France), nouvel anticoagulant oral, inhibiteur direct de la thrombine, récemment arrivé sur le marché, qui est un médicament d'exception.

Le patient doit présenter des conditions particulières pour que le médecin puisse lui prescrire ce médicament.

Tout d'abord, il est indiqué dans la fibrillation auriculaire non valvulaire chez des patients qui ont besoin d'une anticoagulothérapie, mais chez qui:

- L'anticoagulation par la warfarine ou la nicoumalone ne permet pas d'atteindre l'écart thérapeutique visé ou
- l'utilisation d'anti-vitamine K n'est pas possible ou pas disponible.

Les médicaments d'exception sont généralement des médicaments chers, la RAMQ ne les rembourse donc que dans des cas particuliers. Généralement après avoir essayé d'autres traitements plus anciens, aussi efficaces, mais moins coûteux.

C'est également le moyen de contrôler les prescriptions de certains médicaments, par exemple, le PLAVIX® est également médicament d'exception. Cela permet d'éviter à un médecin de prescrire du PLAVIX® en prévention primaire chez un patient.

Comme en France pour la CMU, il existe un programme d'aide sociale qui vise à fournir une aide aux personnes qui peuvent difficilement subvenir à leur besoin. Ce programme présente majoritairement de grosses similitudes avec le programme de couverture mutuelle universelle en France. Anciennement appelé, le bien-être social, ce programme s'appelle maintenant la prestation financière de dernier recours.

Ainsi au Québec, (17) la proportion de citoyens bénéficiant du régime public d'assurances médicaments était de 43% en 2006, contre 57% pour le régime privé.

3. Comparaisons entre les modèles

De nombreuses différences existent entre les deux modèles, notamment en ce qui concerne le remboursement des médicaments. On peut dire que le système d'assurance maladie au Québec est à moitié privé et offre moins de protection sociale qu'en France. Néanmoins, la hausse annuelle du déficit social en France, instaure le doute quand à son efficacité.

Bien qu'étant le deuxième pays au monde, où les médicaments sont le plus chers, on a vu dans la première partie que la part des dépenses de médicaments dans les dépenses totales de santé est plus faible au Canada qu'en France. (16,3% VS 20,8%)

Que le patient soit sous le régime public ou privé, il en résulte qu'à la pharmacie il doit apporter une contribution au montant total de la facture. On peut quand même préciser qu'il est plus avantageux de bénéficier d'un régime privé au Québec que d'être sous la RAMQ, car le système de médicaments d'exception ne s'applique pas au régime privé. De plus la contribution est généralement moins élevée qu'au public.

Une personne qui est admissible à un régime privé est obligée d'y adhérer. Cela permet au gouvernement de se décharger d'une grosse partie des dépenses, quand en France, toute personne bénéficie d'une prise en charge par le gouvernement par un régime universel d'assurances médicaments.

Présentons brièvement les avantages et inconvénients de ces deux différents systèmes.

Tableau 3: Avantage entre le régime universel d'assurance médicament en France et un système hybride assurances publiques et privées au Québec

Référence:16-17-18

	Régime universel d'assurance médicament	Assurances publiques et privées
Prix des médicaments	Avantage	
Accessibilité aux traitements	Avantage	
Cotisations	Avantage	
Conscience du patient envers son traitement		Avantage
Impact sur la consommation de médicament		Avantage

Expliquons brièvement ce tableau et tentons de trouver des améliorations dans les différents systèmes

a) Quelles améliorations possibles au Québec?

Le prix des médicaments est corrélé au système d'assurance maladie du pays. En effet les régimes privés sont tenus de couvrir de façon minimale les médicaments inscrits à la liste des médicaments remboursables, mais ils ne sont pas assujettis à la méthode de fixation des prix utilisée dans le régime public.

Ainsi le journal «La presse» dans son cahier «la presse affaire» en 2008 (24-25-26) a constaté des écarts de 14 à 107 % pour le prix de 7 médicaments dans différentes pharmacies de Montréal.

De ce fait les compagnies d'assurance privée n'ont pas d'intérêt à réduire les coûts à rembourser, car les primes à payer (soit leurs revenus) sont déterminées en fonction des dépenses des assurés. Mais cela n'est pas la seule raison au prix élevé des médicaments. Le prix de ces derniers est également relié à des politiques gouvernementales qui veulent favoriser la R&D (recherche et développement) en augmentant le prix des médicaments. Nous ne développerons

pas ce point, car cette raison fut démontrée inefficace au Canada où le ratio des activités R&D sur les ventes n'est que de 7,5% (entre 16 et 18% pour la France) et en fait un des plus mauvais classés par l'OCDE. (30-31-32). Par conséquent, la seule raison aux prix élevés des médicaments est reliée aux compagnies d'assurance qui n'ont pas d'intérêt à diminuer les coûts.

Hors les régimes publics d'assurance médicaments sont dotés d'un système d'évaluation des nouveaux médicaments afin de ne rembourser que ceux dont le bénéfice thérapeutique justifie le coût. Cela sert non seulement à faire des économies (pour l'État et pour les patients au niveau de leurs cotisations) mais à améliorer les résultats en santé.

Au Québec, actuellement ce système est régulièrement remis en question sans que les changements ne soient réalisés. Un régime public universel offre un meilleur rapport de force pour négocier le prix des médicaments auprès des compagnies.

L'institut de recherche et d'informations socio-économiques explique qu'un régime public universel d'assurance-médicaments au Québec, à partir du premier dollar dépensé, institué conjointement avec un processus rigoureux d'évaluation des médicaments, permettrait non seulement d'assurer une plus grande équité dans l'accès aux médicaments et d'améliorer l'innocuité des médicaments, mais il permettrait de contenir les coûts inflationnistes en dépenses de médicaments et ce, peu importe la politique industrielle choisie par le Canada. (16-17-18)

b) Quelles améliorations possibles en France?

Néanmoins, certains aspects de ce système de santé au Québec présentent quelques avantages sur notre système de santé en France. Ainsi, les patients deviennent plus acteurs de leur maladie et de leur traitement, en leur demandant une contribution régulière à leur traitement. Cela évite la surconsommation de médicaments, que l'on peut régulièrement voir dans nos officines. Et qui fait de la France, le plus gros consommateur de médicaments au monde. Bien qu'étant une bonne idée sociale, le tiers-payant a en partie déresponsabilisé les patients. (27)

Au Québec, les patients évitent ainsi de stocker des médicaments inutilement, et cela les rend plus responsable vis à vis de leur pathologie. En effet, nombreux sont les patients en France qui n'ont aucune idée du coût de leur traitement tous les mois à la pharmacie. Moins régulier maintenant avec les nombreux déremboursements, il est rare pour un patient de devoir payer à la pharmacie. Les patients sont souvent surpris lorsqu'ils doivent contribuer aux couts des médicaments.

Le système universel d'assurance médicament en France est préférable pour les patients. Il permet une meilleure accessibilité aux traitements, des cotisations moins importantes que dans

certain pays. (16) Du point de vue gouvernemental, c'est par contre un système déficitaire, dont les polémiques à ce sujet sont régulières et nombreuses.

Le but de cette thèse n'est pas de remettre en question deux systèmes de santé, je n'ai pas les compétences et connaissances nécessaires à cela. Néanmoins de nombreux rapports (16-17-18-23) en France et au Québec, expliquent qu'un système universel d'assurances médicaments est avantageux pour un pays. Le problème étant qu'en France, trop de médicaments, dont de nombreux à service médicale rendus équivalents mais plus coûteux, ou d'autres à service médical rendu insuffisants, faibles ou modérés sont sur le marché. Le rapport de la cour des comptes (23) fait d'ailleurs état de décisions contradictoires ministérielles avec les décisions de la HAS sur le service rendu de certains médicaments admis au marché. Le remboursement des médicaments est corrélé au SMR (service médical rendu donnant le renseignement sur la valeur intrinsèque du médicament) et non à l'ASMR alors que ça devrait être le cas. Bien que cela permette l'arrivée sur le marché rapidement de nouveautés thérapeutiques, elle est en contradiction avec le code de la sécurité sociale.

De ce point de vue, la France devrait s'inspirer du régime de santé public du Québec, à savoir, moins de médicaments remboursés mais en évaluant le service médical rendu de chaque médicament, et rembourser ceux dont le bénéfice clinique justifie le coût. (28)

Présenter des critères plus stricts vis à vis des nouveaux médicaments, pour évaluer leur coût, et le bénéfice en termes de santé publique. De trop nombreuses «me too drugs» sont présentes sur le marché, sans présenter une réelle innovation thérapeutique (23-28). A ce point d'ailleurs, le rapport de la cour des comptes sur la sécurité sociale 2011 conseille d'appliquer des prix uniques pour les princeps génériques et équivalents thérapeutiques que sont les «me too» et les contre-génériques.

Cela diminuerait les coûts de santé en France aussi bien pour les comptes publics, que pour les cotisations des français. La participation active des français à leurs traitements est déjà effective en France, à savoir le paiement de 50 centimes d'euros par boîte, déduits de leurs remboursements de consultation médicale avec un maximum de 50 euros par an.

Nous pouvons nous féliciter en France d'avoir un système de santé accessible et performant. Néanmoins les politiques actuelles dictées par des impératifs économiques tendent à diminuer l'accès aux soins et la confiance des français envers leur système de santé (62 % des français estiment qu'il n'est pas normal de dérembourser des médicaments, 83% pensent que la situation va se dégrader dans les 5 années à venir, (29)).

Nombreux sont les patients, dans les officines en France, qui se plaignent des diminutions régulières de remboursement associées à des augmentations des cotisations pour les mutuelles complémentaires. Les médicaments récemment déremboursés font état d'un service médical rendu, insuffisant, ou une balance bénéfices-risques défavorables. Certains patients, notamment la clientèle âgée, habitués à n'avoir jamais rien eu à payer en pharmacie fait donc face à des déremboursements de médicaments qui avait un bon impact sur leur santé (notamment certains anti-arthrosiques).

La communication à ce sujet fut très mauvaise, et uniquement centrée sur des questions économiques. Ces déremboursements de médicaments au SMR (service médical rendu) ou ASMR (amélioration du service médical rendu) faible ou insuffisant doivent être compensés par une hausse de la prise en charge sur des innovations thérapeutiques majeures.

Une réelle politique au niveau de la prise en charge des médicaments, structurée, logique et basée sur l'amélioration de la santé doit être mise en œuvre. Nous développerons également ce point dans une même logique concernant les honoraires des pharmaciens (II.C.3)

C. Le contexte légal de la pratique de la pharmacie au Québec, comparaisons.

Dans cette partie, nous développerons le cadre légal de la pharmacie au Québec que nous comparerons régulièrement au modèle français. Il est intéressant de voir quelles sont les responsabilités légales du pharmacien, l'enseignement reçu à l'université, le cadre de pratique de la pharmacie communautaire, pour comprendre ensuite comment la pharmacie clinique est appliquée dans cette province.

1. Accès à la profession et démographie pharmaceutique

a) Démographie pharmaceutique

Il est intéressant de noter les différences entre la France et le Québec au niveau de la démographie pharmaceutique.

Il est à noter qu'au Québec, il n'existe pas de quotas quant à l'ouverture ou l'implantation d'une nouvelle pharmacie (35-36). On retrouve 1635 pharmacies au Québec, soit un rapport d'une pharmacie pour 4000 habitants. En France, avec les quotas que l'on connaît (L 5125-11 CSP), on retrouve une pharmacie pour 2700 habitants (38). Dans les deux cas, il n'existe pas de

maillage territorial, et aucune obligation n'est fixée quant à la présence d'une pharmacie dans une zone donnée.

Ne tirons pas de conclusions hâtives relatives aux quotas existant en France, leur but est de limiter l'implantation de nouvelles officines dans des zones très pourvues (tels les grosses villes), et favoriser des ouvertures dans certains «déserts pharmaceutiques». Au Québec, la superficie du territoire est immense, la densité de population très faible, ce qui explique le rapport bien plus grand qu'en France. Au contraire, au niveau de l'île de Montréal, et à Québec, la proportion de pharmacies est bien plus grande (on se rapproche de 1 pharmacie pour 1500 habitants à Montréal). Il n'est ainsi pas rare, de retrouver plusieurs immenses pharmacies proches l'une de l'autre.

Conséquence directe, on retrouve comme en France, mais à plus grande mesure, des zones dépourvues de pharmacies dans des régions plus isolées.

Globalement le profil de la population pharmaceutique au Québec et en France a la même allure. L'âge moyen, la féminisation de la profession se retrouvent quasiment équivalents.

La seule différence et elle est majeure, est liée au type de pratique de la pharmacie, qui nécessite beaucoup plus de pharmaciens au Québec. Que ce soit en milieu communautaire ou en établissement, le besoin en pharmaciens est conséquent.

De ce fait au Québec actuellement, la pénurie de pharmaciens se fait sentir, notamment dans les établissements.

C'est pourquoi la proportion de pharmaciens étrangers au Québec est bien plus élevée, et est en hausse actuellement. L'ordre des pharmaciens du Québec ayant entamé de nombreuses procédures de reconnaissance des diplômes. (39)

Résumons dans un tableau, la comparaison entre les deux profils, français et québécois.

Tableau 4: Démographie de la population pharmaceutique (en 2010) Source 40-41

	France	Québec
Nombre de pharmaciens	73259	7667
Nombre de pharmaciens pour x habitants	1 pharmacien pour 846 habitants	1 pharmacien pour 1043 habitants
Nombre d'habitants pour une pharmacie	1 pharmacie pour 2700 habitants	1 pharmacie pour 4000 habitants
Proportion hommes/femmes	Hommes: 33.3% Femmes: 66.7%	Hommes: 35.5% Femmes: 64.5%
Age moyen pharmaciens propriétaires	49,7 ans	44,4 ans
Age moyen pharmaciens salariés	43,2 ans	43 ans
Proportion de pharmaciens étrangers	1.3%	10,6 %
Cotisation à l'ordre des pharmaciens	756\$ Can (incluant une assurance professionnelle) soit 536 euros	Entre 216 et 478 euros selon statut du pharmacien (n'incluant pas d'assurance professionnelle)

b) L'accès à la profession

Avant de présenter l'accès à la formation de pharmacien au Québec, voyons le profil de formation général et universitaire comparé entre les deux pays.

Source: APES, remis à jour avec programmes de Pharm. D. 42-43-44

Tableau 5: Profil de formation générale et universitaire

France			Québec		
Formation générale					
Institution	Diplôme (durée)	Intervalle d'âge	Institution	Diplôme (durée)	Intervalle d'âge
École maternelle	(3 ans)	3 à 5 ans	École maternelle	(1 an)	5 ans
École primaire	(5 ans)	6 à 10 ans	École primaire	(6 ans)	6 à 11 ans
Collège	Brevet (4 ans)	11 à 14 ans	École secondaire	Diplôme d'études secondaires (5 ans)	12 à 16 ans
Lycée	Baccalauréat (3 ans)	15 à 17 ans	CEGEP		17 à 18 ans
Formation universitaire					
Université	Doctorat en pharmacie (6 ans)	18 à 23 ans	Université	Pharm. D. (4 ans)	19 à 22 ans
Université/hôpital	Internat/diplôme d'études spécialisées (4 ans)	24 à 27 ans	Université	Maîtrise en pratique pharmaceutique -	23 à 24 ans

Au Québec comme en France, l'accès au métier de pharmacie est encadré. En France, un concours limite l'accès en deuxième année de pharmacie (Mise en place d'un *numerus clausus* en 1980, soit 3095 étudiants admis en 2^{ème} année en 2011 sur tout le territoire). Au Québec, c'est l'accès à l'université qui est limité, à savoir 392 places en 2011 (200 à Montréal et 192 à Québec).

Les deux universités au Québec, à savoir l'université de Montréal et l'université Laval à Québec, présentent maintenant un doctorat professionnel (anciennement un baccalauréat).

Il s'agit d'un programme de 164 crédits, dont 40 alloués aux stages, à temps plein, d'une durée de 4 ans.

Un crédit correspond normalement à 45h de travail (15h de cours universitaire et 30h de travaux personnels). Le programme vise *«d'abord la formation de spécialistes aptes à prodiguer des soins pharmaceutiques de qualité et à jouer pleinement leur rôle dans le système de santé, en étroite collaboration avec les autres intervenants de la santé, selon une approche interdisciplinaire»*. (42).

Annexe 1 : Programme de pharmacie de l'université de Montréal et Laval à Québec

La priorité étant donné à l'acquisition de compétences et non d'additionner des connaissances. On favorise donc les étudiants à travers ces cours à mettre en interaction leurs connaissances. Ainsi très tôt les étudiants sont confrontés à des mises en situation pratique qui les rendent actifs dans leur formation.

Ces programmes de Pharm. D. sont donc des programmes contingentés, pour y être admis les étudiants doivent présenter un excellent dossier académique.

Pour devenir pharmacien, les étudiants sont sélectionnés à partir (42):

- Du CEGEP (collège d'enseignement général et d'enseignement professionnel) où ils y ont obtenu leur DEC (diplôme d'études collégiales) qui est en quelque sorte, l'équivalent de notre baccalauréat. Le pourcentage de réussite, se situe entre 10 et 15% selon les années. et environ 50% de la promotion est constituée d'étudiants issus du CEGEP
- D'étudiants venant d'autres programmes universitaires, ayant pu ainsi améliorer leur dossier scolaire au fil des années universitaires.

La sélection est donc majoritairement basée sur le dossier académique (75%) et une partie plus faible sur un test d'admission (25%), qui est un test psychométrique (ou test de personnalité).

Le dossier académique est représenté par une cote. C'est une cote de rendement, ayant pour objectif de mesurer la performance des étudiants de niveau collégial. Cette cote R est un calcul complexe, reposant sur les notes de l'étudiant, mais mise en rapport avec la force de groupe de la classe dans laquelle il est situé. Cela permet ainsi d'apporter plus d'équités pour un étudiant

entouré d'autres très bons élèves et un étudiant entourés de moins bons élèves. Cette côte permet de «relativiser» les performances de l'étudiant aux performances de la classe.

Il est intéressant de noter que pour cette rentrée 2011, le programme de pharmacie était le programme le plus difficile à accéder au Québec. En effet, le dernier reçu dans le programme de pharmacie de l'université de Montréal par exemple présentait la côte R la plus élevée par rapport aux autres programmes. (33,432 en pharmacie, 33,317 en médecine, 32,864 en médecine dentaire, 32,552 en médecine vétérinaire) (45)

Cela témoigne d'une belle évolution de la profession ces dernières années, de ses responsabilités plus engagées et d'un programme qui attire les étudiants en grand nombre.

Tableau 6: Comparaison de l'accès à la pratique entre la France et le Québec 42-43-46

	France	Québec
Facultés	24 facultés réparties entre 22 régions	2 facultés francophones
Diplôme pour accéder en pharmacie	Baccalauréat, peu importe lequel	Diplôme d'étude collégiale (incluant certains cours pré-requis)
Taux d'admission	Entre 25 et 30% selon les années	Entre 10 à 15% selon les années
Critères d'admission	Concours en fin de première année	Sélection sur dossier académique
Frais de scolarité (en Euros par année)	300 euros environ	Environ 3000 dollars Canadiens, soit 2133 euros au 1 ^{er} novembre 2011
Durée du programme	6 ans	4 ans
Débouchés	Pharmacie d'officine (65%) Pharmacie industrielle (20%) Pharmacie d'hôpital- Biologistes (15%)	Pharmacie d'officine (70%) Pharmacie d'établissement (17,5%) Autre (industrie, gouvernement, enseignement) (12,5%)

	France	Québec
Stages	Stage officinal: 6 semaines + 2x2 semaines + 26 semaines= 36 semaines (6mois) Stages hospitaliers: 26 semaines	Stages en officine: 26 semaines Stages hospitaliers: 15 semaines
Formation continue	Une attestation tous les 5 ans, témoignant des activités de formation continue réalisée. Obligatoire (DPC)	Aucun minimum requis, mais fortement conseillé
Salaire débutant horaire brut	Coefficient 500: 20.5 euros	A Montréal: entre 50 et 54\$ soit 35 à 38 euros

DPC : Développement professionnel continu. Décrets parus en juin 2010. Entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2012.

Plusieurs points à préciser à partir de ce tableau. Tout d'abord on retrouve plus de pharmaciens en établissement de santé au Québec, en raison du développement important de la pharmacie clinique. La percée des pharmaciens en établissement de santé est notamment attribuable à la popularité et la mise en application du concept des soins pharmaceutiques au début des années 1990.

Cela est permis par des changements majeurs qui furent apportés à la formation qui font de la pharmacothérapie appliquée une priorité, nous aurons l'occasion de développer plus amplement ce point par la suite.

Néanmoins au Québec, malgré l'attrait des étudiants pour la pharmacie clinique hospitalière, la filière reste quelque peu mise de côté.

En effet au Québec, la maîtrise en pratique pharmaceutique propose environ 70 places tous les ans (Montréal et Québec cumulé), sur lesquels une dizaine de places ne sont pas comblées. (50-58)

Les raisons à cela sont simples et évidentes.

Tout d'abord la pratique en milieu hospitalier demande une formation supplémentaire de 16 mois. Et le salaire est environ 30% moins élevé (37,68\$), mais offrant plus d'avantages sociaux (assurances-retraites-congés...). Ces deux raisons entraînent donc, et c'est logique, une préférence pour les pharmaciens sortants, au privé et à la pharmacie communautaire.

2. Comparaison de l'enseignement à l'université

a) Comparaison des programmes

L'objectif principal de cette thèse est de montrer les différences qui existent dans la pratique des pharmaciens des deux côtés de l'Atlantique. Avant cela, il est essentiel de présenter la formation reçue par les futurs pharmaciens québécois avant de devenir des professionnels de la santé. En effet, la formation conditionne la pratique. Autant les différences dans la démographie, dans l'accès à la profession sont moindres, autant dans le domaine de l'enseignement, les divergences sont très nombreuses.

Ainsi l'APES, (Association des Pharmaciens en Établissement de Santé du Québec) a comparé deux programmes de formation en pharmacie. Celui de l'université de Bordeaux et celui de l'université de Montréal.

J'ai repris ce même principe, en comparant le programme de Lille (actualisé avec la PACES) et celui de l'université de Montréal.

Tableau 7: Comparaison du profil de deux programmes de formation en pharmacie (France Québec) Revu selon les programmes de Pharm D. (42-43-44)

	Programme français	Programme québécois
Nombre d'années	6	4
Heures d'enseignement		
Nombre d'heures totales de formation (HTF)	4779	2130
% HTF - type magistral (incluant travaux dirigés)	41 %	65 %
% HTF de type travaux pratiques	13 %	10 %
% HTF de type stages	46 %	25 %

	Programme français	Programme québécois
% HTF de type magistral + travaux pratiques par thématiques	Sciences mathématiques, physiques et chimiques (24%) Sciences de la vie (34%) Sciences de la santé publique et de l'environnement (7%) Eléments de séméiologie et de pathologie/biologie appliquée à la clinique (12%) Sciences du médicament (20%) EPPFH (3%)	Sciences biomédicales (13%) Sciences pharmaceutiques (23%) Sciences pharmacologiques et biopharmaceutiques (22%) Sciences cliniques (29%) Sciences socio-administratives (7%) Cours à option (6%)

Tableau 8 :Détail du nombre d'heures à la faculté de pharmacie de Lille pour un parcours officinal: (43)

	Heures théoriques (Enseignements théoriques + ED)	Travaux pratiques	Stages
Première année (PACES)	426		
Deuxième année (L2)	370	253	240
Troisième année (L3)	391.5	171	70
Quatrième année (M1)	361	185	70
Cinquième année (M2)	379	43	910
Sixième année			910
Total	1927	652	2200

Bien qu'il soit difficile de comparer à brut les deux programmes de pharmacie. On se rend facilement compte qu'il existe des différences majeures dans le programme des deux facultés.

Le nombre d'heures totales de formation est deux fois plus important en France qu'au Québec. La proportion de travaux pratiques étant quasiment équivalentes (mais forcément un volume horaire bien plus important en France, du fait des proportions), ce sont dans les stages et dans la formation théorique que l'on retrouve de grosses disparités.

Plusieurs raisons à cela. En France, on accorde une importante partie de la formation aux sciences fondamentales, chimiques, physiques, mathématiques. La raison souvent invoquée est le fait des multiples débouchés qu'offre la formation française. En effet, l'industrie, la recherche, le milieu hospitalier peuvent demander certaines de ces connaissances. Pouvant difficilement porter un jugement sur la pertinence de la formation en France et au Québec, j'ai donc mis à contribution mes connaissances québécoises et françaises pour tenter d'apporter une réponse

b) Avis des étudiants en pharmacie québécois et français sur leur formation

Dans le cadre de cette thèse, j'ai réalisé un sondage, par l'intermédiaire, de Google Documents (disponible en source 59) afin de mesurer l'avis de pharmaciens et d'étudiants en pharmacie québécois et français sur le lien entre leurs études et leur pratique de pharmacien.

Mon année d'étude au Québec en 2009/2010, m'a permis d'avoir l'avis de nombreux pharmaciens et étudiants québécois sur leurs études, et ainsi de mesurer l'avis général sur l'impact de nos études dans notre pratique.

Le sondage se présentait comme-tel:

Etes vous:

- Français
- Québécois

Etes-vous:

- Etudiant en pharmacie
- Pharmaciens

Comment jugez vous l'impact de vos études (enseignements théoriques et enseignements dirigés) dans votre pratique professionnelle?

- Très important
- Important
- Modéré
- Faible
- Très faible

Selon vous quel impact auront les travaux pratiques réalisés durant votre formation sur votre pratique professionnelle?

- Très important
- Important
- Modéré
- Faible
- Très faible

Comment jugez-vous l'impact de vos stages (hospitaliers et officinaux) dans votre pratique professionnelle?

- Très important
- Important
- Modéré
- Faible
- Très faible

Si vous avez travaillé durant vos études, selon vous, quel impact cela a-t'il eu ou aura sur votre pratique professionnelle?

- Très important
- Important
- Modéré
- Faible
- Très faible

Quel pourcentage de votre formation jugez-vous utile à votre pratique professionnelle?

- 0 à 25%
- 25 à 50%

- 50 à 75%
- 75 à 100%

Comment jugez vous la quantité de cours de sciences fondamentales (mathématiques-physique-chimie) dans votre formation?

- Trop importante
- Importante
- Adaptée
- Insuffisante

Dernière question, que modifieriez vous dans votre formation pour le rendre plus adapté à votre pratique?

- Réponse libre

Loin de moi l'idée sur un simple sondage de vouloir remettre en question la formation des pharmaciens en France. Cela reste une simple consultation d'étudiants et de pharmaciens, sans sélection, sans randomisations, donc potentiellement soumises à de nombreux biais. Néanmoins, il est curieux de lire les résultats suivants :

Tableau 9: Résultats du sondage sur les études en pharmacie chez les étudiants québécois et français

	France	Québec
Nombre de personnes ayant répondu	53	44
% d'étudiants/pharmaciens	Etudiants: 92% Pharmaciens: 8%	Etudiants: 50% Pharmaciens: 50%
Impact de l'enseignement théorique	Très important : 8% Important : 51% Modéré : 40% Faible : 1%	Très important : 70% Important : 25% Modéré : 5%

	France	Québec
Impact des travaux pratiques	Important : 9% Modéré : 38% Faible : 34% Très faible : 19%	Très important : 25% Important : 48% Modéré : 27%
Impact des stages	Très important : 14% Important : 30% Modéré : 38% Faible : 9% Très faible : 9%	Très important : 60% Important : 30% Modéré : 10%
Impact du travail étudiant en pharmacie	Très important : 44% Important : 30% Modéré : 3% Très faible : 6% Pas concerné : 17%	Très important : 78% Important : 20% Modéré : 2%
% de formation jugée utile	25 à 50% : 38% 50 à 75% : 57% 75 à 100% : 5%	50 à 75% : 32% 75 à 100% : 68%
Quantité de cours de sciences fondamentales	Très important : 26% Important : 38% Adapté : 32% Insuffisante : 4%	Très important : 32% Important : 36% Adapté : 32% Insuffisante :

Les différences entre les deux groupes sont donc importantes. Si les français et les québécois s'accordent à dire que le travail étudiant en pharmacie est primordial pour la future pratique de pharmacien, l'intérêt pour les études est vraiment différent.

Quand 70% des étudiants québécois estiment que l'impact des cours magistraux aura un impact très important sur leurs études, ils ne sont que 8% en France à le penser. Dans la même mesure, les étudiants québécois jugent l'essentiel de leurs études important pour leur pratique, ils sont ainsi 68% à estimer que 75 à 100% de leur formation leur sera utile. Alors qu'ils ne sont que 5% en France. La majorité estimant que seulement 50 à 75% de leur formation leur sera utile.

Dans la question ouverte, la majorité des étudiants québécois réclamaient plus de cours cliniques plus tôt dans la formation. En effet les cours de pharmacothérapie ne commençaient qu'en 3^{ème} année, mais depuis 2011 à Montréal et Québec, le nouveau programme de Pharm. D. inclus des cours de soins pharmaceutiques plus tôt dans la formation.

En France, la majorité des étudiants réclamaient plus de stages, notamment durant la 3^{ème} et 4^{ème} année, mais aussi moins de travaux pratiques. Ils estiment que les travaux pratiques ne sont pas du tout adaptés à la pratique (91% des interrogés jugent leur impact de très faible à modéré), et que les stages hospitalo-universitaires ne le sont pas non plus. (56% de très faible à modéré)

Nous l'avons évoqué plus haut, la multitude de débouchés en pharmacie complique la formation reçue par les étudiants. Le problème étant, qu'au final, chaque filière est déçue par sa formation. Les officinaux estiment n'avoir pas assez de stages en pharmacie et trop peu de cours adaptés à la pratique de la pharmacie d'officine. Les industriels, regrettent les nombreux stages en officine qu'ils auraient aimé faire en industrie, les futurs internes regrettent le manque de suivi pour leur filière.

Tous s'accordent à dire que la spécialisation dans les filières devrait se faire plus tôt, tout en laissant des passerelles pour retourner dans une filière. Des stages en fin de 2^{ème} année dans différents milieux pourraient donner un premier avis aux étudiants et les inciter ainsi à choisir une filière.

Les enseignements seraient ainsi plus adaptés à la pratique et seraient en adéquation avec la profession choisie.

Dans la conclusion, nous développerons également d'autres solutions possibles pour mieux adapter la formation à la profession.

c) Les enseignants

Il paraît important aussi de faire un point sur les enseignants dans les facultés de pharmacie au Québec. Le corps enseignant est composé (60) :

- De professeurs de carrière
- De professeurs de clinique
- De cliniciens-associés
- De chargés de cours/conférenciers

En ce qui concerne les professeurs de carrière on peut comparer leur formation aux professeurs d'université en France. On en compte 30 à Montréal

Les professeurs de clinique sont majoritairement des pharmaciens hospitaliers qui ont effectué une formation de 2^{ème} cycle et qui généralement possède une expérience de formation d'au moins 6 mois à l'étranger. On en compte 11 à Montréal

Enfin les cliniciens associés, ils sont environ 250 à Montréal. Ils sont chargés d'encadrer et d'évaluer les étudiants pendant les stages. Leur formation est constituée de 3 crédits par année (via internet) et ne réalisent des cours que ponctuellement à la faculté.

Tous les pharmaciens hospitaliers ne sont pas cliniciens associés, mais les hôpitaux universitaires, recevant beaucoup d'étudiants, favorisent l'obtention de cette formation.

Ainsi à Montréal, les professeurs enseignent les soins pharmaceutiques dans leur domaine d'expertise. Majoritairement, ils travaillent au sein d'une équipe médicale et sont confrontés quotidiennement à des patients atteints de pathologies spécifiques, que ce soit en cardiologie, en néphrologie...

Tout l'intérêt des cours réside dans cet aspect pratique et non théorique des cours.

Au Québec, les professeurs de clinique et les cliniciens associés ont une formation académique qui est moins poussé que les professeurs d'université en France.

En France, enseigner à l'université nécessite un doctorat d'université et une habilitation à diriger des recherches pour les professeurs. Au Québec, c'est l'expérience clinique et les activités de recherche correspondantes qui sont mises en valeur.

La dynamique des cours au Québec est également bien différente. Les cours sont très interactifs, et les élèves interrompent très régulièrement le professeur en place pour poser des questions et mieux comprendre la matière enseignée.

Les professeurs dans leur présentation sont également plus interactifs et offrent aux étudiants une part importante de participation.

Dans la conclusion, nous proposerons quelques pistes pour améliorer l'enseignement dans un but de pharmacie clinique.

3. Propriétés de la pharmacie

En Amérique du nord, il existe diverses exigences relatives à la propriété de la pharmacie. Le Québec fait relativement office d'exception dans ce contexte. (33-34-35-36-37)

En effet, au Québec, le droit de propriété des pharmacies est réservé en exclusivité aux pharmaciens. On peut citer par exemple qu'en Ontario (province voisine du Québec), la loi requiert que la majorité des actions d'une société soit détenue par des pharmaciens, mais pas la totalité. Ainsi des non-pharmaciens peuvent avoir des parts dans une société qui détient une pharmacie.

C'est l'article 27 sur la Loi de la pharmacie au Québec qui prévoit que *« seuls peuvent être propriétaires d'une pharmacie, ainsi qu'acheter et vendre des médicaments comme propriétaires d'une pharmacie, un pharmacien ou une société de pharmaciens »*

Cette loi se complète avec certaines articles du code de déontologie ((62) article 4.01.01) des pharmaciens, qui *« rendent dérogatoire à l'honneur, la dignité et l'exercice de la profession le fait pour un pharmacien, de permettre, alors qu'il n'est pas le véritable propriétaire d'une pharmacie que l'on se serve de son nom comme donnant lieu de croire qu'il est le vrai propriétaire »*.

Ces dispositions légales, sont en place, afin de rendre personnellement redevables les pharmaciens à un organisme de protection du public, à savoir l'OPQ (ordre des pharmaciens du Québec-34). Ainsi, les pharmaciens propriétaires sont personnellement assujettis à toutes les dispositions légales, réglementaires et déontologiques qui encadrent l'exercice de leur profession, ne subissant pas les influences éventuelles qu'auraient des non-pharmaciens sur eux.

Dans les autres provinces du Canada, un non pharmacien peut être propriétaire d'une pharmacie, et ne répond donc pas à un organisme comme l'OPQ. Par conséquent, il n'a pas de code de déontologie à respecter, ses objectifs sont donc essentiellement économiques.

Néanmoins au Québec, coexiste très souvent activités professionnelles et commerciales. On retrouve ainsi souvent le format « drugstore » que l'on voit également ailleurs au Canada, aux Etats-Unis ou même au Royaume-Uni, développant ainsi les chaînes et bannières commerciales.

L'application de ces dispositions légales et réglementaires s'appuie sur la définition du terme « pharmacie » que l'on retrouve dans le règlement sur la tenue des pharmacies (RRQ p-10 r 20. 1).

Ainsi dans les pharmacies, on retrouve donc généralement, la pharmacie à proprement parler, lieu d'exercice du pharmacien, et d'autres activités commerciales (qui peuvent être très vastes) séparées distinctement par un mur d'au moins 2,13m de hauteur. Généralement, ce mur est constitué de grands panneaux de plastiques transparents, si bien que la distinction n'est pas forcément évidente dans certaines pharmacies.

On développera plus ce point dans la partie sur les médicaments de vente libre

Néanmoins pour garantir l'indépendance et la liberté professionnelle, les pharmaciens propriétaires ont voulu conserver le droit de propriété exclusif. Dans les lignes directrices de l'ordre des pharmaciens sur la propriété (36-37-90), en 1997, est développé le droit de propriété

en pharmacie. Ainsi le pharmacien propriétaire jouit d'une pleine liberté dans les décisions professionnelles et administratives à l'égard de sa pharmacie.

Le droit civil et la jurisprudence, incluant la jurisprudence en droit pharmaceutique québécois, dégagent certains principes quant à la définition de la propriété d'un bien. Ces principes :

- L'**Usus** : Le pharmacien propriétaire doit pouvoir user de son bien selon sa volonté propre, cela suppose que le pharmacien propriétaire est le principal dirigeant de sa pharmacie et que son autorité quant à l'exercice de sa profession n'est pas subordonnée à celle d'un non pharmacien
- Le **Fructus** : le propriétaire doit pouvoir jouir pleinement de sa propriété et bénéficier des fruits de son opération, en assurant évidemment les risques et pertes relatives et possibles à cette opération.
- L'**Abusus** : le pharmacien propriétaire doit pouvoir disposer de son bien selon sa volonté sans être subordonné à celle d'un tiers.

Ainsi, toutes ces décisions tendent à prouver que le pharmacien propriétaire n'a de compte à rendre qu'à lui-même et à son ordre professionnel.,

On répète souvent, à raison, que le commerce de la pharmacie n'est pas un commerce comme les autres et que le médicament n'est pas un produit de consommation comme les autres. On doit donc le laisser entre les mains d'un professionnel de la santé dont la conduite relève d'un organisme de protection du public (OPQ).

Au cours des dernières années, les pharmaciens propriétaires ont pu prouver leur indépendance et leur imputabilité, en effet plusieurs réglementations sur le médicament ont démontré leur capacité à prôner l'intérêt général et la santé du patient sur l'aspect économique de la profession. Prenons un exemple. Un règlement sur les conditions et modalités de vente des médicaments a imposé aux pharmaciens de limiter l'accès à certains médicaments de vente libre en les replaçant derrière le comptoir. (annexe II) (ce point de MVL sera développé plus amplement par la suite). Cela a automatiquement entraîné une augmentation des coûts et une diminution du volume des ventes. Pour autant les pharmaciens ont adhéré totalement et sans réserve à cette réglementation affectant la «profitabilité» de leurs pharmacies. (90)

Autre exemple en 2002, le pharmacien fut autorisé par le législateur à prescrire des médicaments à des fins de contraception orale d'urgence (55). Les statistiques furent flatteuses pour les pharmaciens. Dans les 3 mois suivant la réglementation, plus de 80% des pharmaciens avaient suivi la formation. Et dans les huit mois qui suivaient, plus de 55% des ordonnances relatives à la contraception orale d'urgence émanaient des pharmaciens, alors qu'aucune entente sur la rémunération liée à cet acte n'avait encore été conclue entre les pharmaciens et le Ministère de la santé et des services sociaux.

Néanmoins ces 20 dernières années au Québec, le développement des chaînes et bannières a entraîné de fortes modifications des relations entre les pharmaciens et ces entreprises. Ainsi en décembre 2007, le gouvernement du Québec a finalement adopté une loi modifiant entre autres l'article 12 d) de la Loi sur la pharmacie afin de permettre au conseil d'administration de l'OPQ de pouvoir réglementer neuf types de contrat que peuvent signer les pharmaciens dans l'exercice de leur profession. L'ordre bénéficie alors d'un outil de contrôle supplémentaire, préventif et contraignant, pour que les pharmaciens puissent respecter le droit de propriété à travers les différents contrats de gestion.

Malgré cela, une certaine ambiguïté continue de subsister actuellement au Québec, en effet, la complexité des contrats, le raffinement des termes d'entente entre bannières et propriétaires, l'augmentation des coûts des enquêtes liées à de telles procédures, limitent l'Ordre des pharmaciens en termes d'outils de contrôle. De nombreuses controverses existent. Prenons notamment le cas d'un pharmacien menacé par l'OPQ d'une radiation à vie en 2008, car il reversait à son franchiseur *Jean Coutu*, une redevance annuelle de 4 à 5 % en fonction du chiffre d'affaires, pratique qui au regard de la loi est illégale car le pharmacien «a illégalement partagé ses honoraires et les bénéfices provenant de la vente des médicaments avec un non-pharmacien, à savoir *Groupe Jean Coutu Inc.*, contrevenant ainsi à l'article 4.01.01 t) du Code de déontologie des pharmaciens» (48).

Hors pour la société *Jean Coutu*, il s'agit de sommes payées en contrepartie de services rendues au franchisé (publicité, assistance technique, frais d'administrations, d'exploitations..)

Le modèle de propriété au Québec, est donc le modèle nord-américain se rapprochant le plus de celui de la France, réservant la propriété des pharmacies exclusivement aux pharmaciens ou groupe de pharmaciens, selon diverses sociétés approuvées par la loi.

En France, ou dans d'autres pays européens, la cours européenne de justice, a reconnu l'intérêt général, qui écarte le droit communautaire, pour laisser les lois nationales avoir préséance sur les lois européennes, quant à la question de la propriété des pharmacies.

Au Québec, le modèle paraît plus fragile, et l'inquiétude est de mise chez les pharmaciens propriétaires qui craignent que les bannières et chaînes commerciales tendent à faire disparaître le droit de propriété. L'ordre des pharmaciens du Québec aura fort à faire dans l'avenir face à cette question primordiale de la propriété. Cette question dépasse le simple intérêt des pharmaciens propriétaires, elle pose de véritables questions en termes de santé publique.

Annexe 2 : Les 9 types de contrats dorénavant régis par le règlement 12d

4. Législation sur le rôle des assistants techniques et du pharmacien

a) Responsabilité des ATP

Les assistants techniques en pharmacie au Québec, sont l'équivalent des préparateurs en pharmacie en France. Leur fonction principale, est d'assister le pharmacien dans l'exécution des ordonnances, dans la constitution et la mise à jour des dossiers des patients ainsi que dans la distribution et la vente de médicaments et de produits pharmaceutiques. Ils ont aussi pour fonction de préparer et de conditionner des médicaments sous la surveillance du pharmacien.

Leur rôle est donc de dégager le maximum de tâches techniques, pour permettre au pharmacien d'effectuer le travail clinique.

Au Québec, pour être ATP en officine, il n'est pas obligatoire d'avoir suivi une formation, au contraire de ce qui se fait en France. Les préparateurs en France, sont titulaires d'un Brevet professionnel de préparateur en pharmacie. Elle est maintenant systématiquement demandée pour travailler en hôpital.

Au Québec, le préparateur a un rôle et des tâches bien différentes de celles du pharmacien. Il participe au bon fonctionnement d'un laboratoire de pharmacie. Ils assistent le pharmacien et le libèrent des tâches techniques. Ils effectuent les opérations de routine en pharmacie allant de la commande à la distribution des médicaments, sous la surveillance (immédiate ou épisodique) d'un pharmacien.

Au Québec, il n'est pas légal pour un technicien de délivrer des médicaments. Seul le pharmacien étudie le dossier, réalise les soins pharmaceutiques et délivre les conseils de bon usage du médicament.

En France, les préparateurs en pharmacie contribuent à la dispensation des médicaments sous la responsabilité des pharmaciens. Ils sont les « seuls autorisés à seconder le titulaire de

l'officine et les pharmaciens qui l'assistent dans la préparation et la délivrance au public des médicaments destinés à la médecine humaine et à la médecine vétérinaire. Ils assument leurs tâches sous la responsabilité et le contrôle effectif d'un pharmacien. Leur responsabilité pénale demeure engagée ». (art. L. 4241-1 du CSP)

Les rôles des assistants techniques et des préparateurs sont donc bien différents entre les deux pays et explique plusieurs choses. Tout d'abord la pénurie des pharmaciens est relié au fait que seul le pharmacien délivre les médicaments, il ne peut en aucun cas être secondé par un technicien.

En France, les préparateurs reçoivent une formation bien plus élaborée que les assistants techniques en pharmacies du Québec. Ce qui explique les responsabilités plus grandes pour les préparateurs. Néanmoins, le rôle bien distinct entre les ATPs et le pharmacien au Québec, permet d'éviter la confusion permanente qui existe dans nos officines en France.

Très souvent, les patients ne savent pas s'ils ont affaire avec un pharmacien ou avec un préparateur. Une telle confusion n'encourage pas une valorisation de la profession. Les patients ont de la confusion entre le rôle du pharmacien et celui du préparateur. Les médecins pensent que les préparateurs et le pharmacien font le même travail.

Copier le Québec sur ce thème, serait intéressant pour la profession : les propriétaires seraient encouragés à embaucher plus de pharmaciens. Hors actuellement, les propriétaires préfèrent embaucher un préparateur qui coutera moins cher qu'un pharmacien, mais qui pourra assumer un travail quelque peu équivalent (délivrance au comptoir). Les rôles de chaque profession seraient plus délimités, et le rôle du pharmacien serait ainsi valorisé.

Il y aurait moins de conflits internes dans les pharmacies entre préparateurs et pharmaciens avec des rôles mieux définis.

On pourrait envisager que le préparateur réalise la collecte de l'ordonnance, l'enregistrement dans le dossier, la prise de renseignements auprès du patient (données administratives), prépare les médicaments. Puis le pharmacien prendrait le relais avec l'analyse du dossier du patient, l'application des soins pharmaceutiques, la délivrance des médicaments avec la remise de conseils de bon usage.

Une telle mesure serait favorable pour la profession, mais il faut évidemment reconnaître que pour diverses raisons (économiques, mœurs) elle serait difficilement réalisable.

b) Responsabilité du pharmacien

En France, les activités des pharmaciens, incluent la préparation, la dispensation des médicaments et dispositifs médicaux, l'éducation thérapeutique et l'accompagnement des patients.

Depuis la loi n2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients à la santé et aux territoires, les pharmaciens peuvent proposer des conseils et prestations destinés à favoriser ou améliorer l'état de santé des patients. Les pharmaciens désignés comme correspondants au sein de l'équipe de soins peuvent à la demande du médecin ou avec son accord, renouveler périodiquement des traitements chroniques, ajuster au besoin leur posologie, et effectuer des bilans de médication destinés à en optimiser les effets. Cette pratique est néanmoins encore peu développée en France, elle est récente, et demande à confirmation. Les pharmaciens peuvent s'appuyer dans leur rôle de conseil sur le dossier pharmaceutique. Les pharmaciens français peuvent également dispenser la contraception d'urgence sans prescription médicale dans le cadre d'un protocole spécifique. (63-65)

Les activités réservées aux pharmaciens québécois incluent outre la préparation et la vente de médicaments, la surveillance, l'ajustement et l'activité d'initier la thérapie médicamenteuse, ainsi que la prescription de la COU(Contraception Orale d'Urgence). S'ajoute également à ces activités l'émission d'une opinion pharmaceutique.

On s'aperçoit ainsi, que les prérogatives des pharmaciens québécois sont plus grandes que celles des pharmaciens français, d'ailleurs, cela fut confirmé lors de l'arrangement des reconnaissances mutuelles entre la France et le Québec pour le diplôme de pharmacien.(63)

Ainsi pour un pharmacien québécois, il ne nécessitera qu'un stage de 6 mois dans une officine pour devenir pharmacien en France. Alors que pour un pharmacien français, il nécessitera un programme de formation d'appoint de 16 mois (stages de 18 semaines et cours magistraux) sur les soins pharmaceutiques, suivi d'un stage de 600h en officine pour devenir pharmacien. On voit donc que les exigences côté québécois sont bien plus drastiques, et témoignent des différences de compétence pour la même profession entre les deux pays. (63)

Nous aurons l'occasion dans cette thèse d'expliciter les différents rôles du pharmacien au Québec

II. Le statut légal du médicament et des ordonnances

Après avoir présenté le cadre de pratique de la pharmacie en France et au Québec, nous pouvons nous rendre compte qu'il existe tout de même des différences majeures dans certains domaines. L'accès à un médecin, bien plus compliqué au Québec, les différences dans le système d'assurances médicaments, celles dans l'enseignement. De nombreuses divergences entre la France et le Québec, avec, néanmoins plusieurs points communs, par exemple pour l'accès à la profession.

Continuons d'étudier les différences et points communs en regardant le cadre légal entourant le médicament et les ordonnances.

A. Statut légal du médicament

1. Les listes

a) Confection de la liste

On l'a vu dans la première partie, c'est le ministre de la santé et des services sociaux qui détermine la liste des médicaments dont le coût est assuré par la régie d'assurance du médicament. Dans cette optique, le ministère est assisté par le Conseil Du Médicament (CDM), qui applique un processus et des critères stricts pour établir cette liste.

Tout d'abord le médicament doit être évalué par Santé Canada, qui apporte la garantie que le médicament est sécuritaire, efficace, et de qualité. Ensuite le conseil l'évalue, pour éventuellement l'inscrire à la liste des médicaments remboursables. Ce processus dure environ 6 mois. (71)

- Le fabricant soumet une demande d'inscription au conseil du médicament, incluant les études réalisées
- Le conseil du médicament, l'inscrit dans son plan de travail
- Les groupes, associations de professionnels de santé, ou de citoyen ont alors un mois pour faire parvenir au conseil leurs commentaires ou observations qui sont ensuite remis à un comité d'experts.
- Le comité scientifique évalue le médicament, selon les critères d'évaluation définie par la Loi d'assurance médicament (justesse du prix, rapport entre coût et efficacité, conséquences de l'inscription du médicament et opportunité de l'inscription du médicament)

- Le comité remet son rapport au CDM, qui a alors deux possibilités, recommander l'inscription au ministre, ou suggérer son refus
- Le ministre approuve la liste à jour des médicaments
- Enfin les listes de médicaments sont publiées.

Globalement, on retrouve donc une procédure équivalente à celle qui existe en France avec l'AFSSAPS.

b) Méthode du prix le plus bas

Pour un même médicament, (même DCI, même forme), le prix qui sera payé par la régie d'assurance maladie du Québec est le prix le plus bas, déterminé à partir du prix de vente garanti le moins cher offert par les fabricants. (71)

Lorsque le prix présenté, excède le prix le plus bas. Le médicament sera pris en charge uniquement dans le cas où pour des raisons particulières, le prescripteur qui a rédigé l'ordonnance a indiqué expressément, de ne pas substituer le médicament.

Si le refus de la substitution vient uniquement du patient (le patient exige de ne pas avoir le générique) alors le pharmacien perçoit auprès de cette personne la différence entre le prix du produit prescrit et le prix le plus bas qui est remboursé par la RAMQ.

Globalement, cette méthode a beaucoup de sens et favorise encore plus l'acceptation des génériques par les patients.

En France, ce même principe fut instauré avec la loi de financement de la sécurité sociale en 2003. Cela s'appelle le Tarif Forfaitaire de Responsabilité(TFR). Le principe est exactement le même qu'au Québec, à savoir que l'assurance maladie, dans la politique du médicament générique, remboursera le médicament au prix le plus bas pour certains médicaments.

Cela dans une politique de réduction des dépenses publiques de santé. Ce principe ne fut néanmoins pas appliqué à tous les médicaments génériques, mais seulement à une partie d'entre eux dont la substitution à l'époque était inférieure à 45%.

Il fut envisagé, un temps, d'appliquer ce TFR à toutes les spécialités génériques. Néanmoins, il fut demandé, notamment par les pharmaciens, au comité économique des produits de santé, de ne pas appliquer de manière systématique ce principe. Ce qui fut accepté. (51)

Par contre, le CEPS (Comité Économique des Produits de Santé) réévalue régulièrement les médicaments génériques, et peut suggérer d'inscrire des médicaments à la liste de ceux soumis au TFR en cas d'une diminution du taux de pénétration par exemple.

Il est donc, encore facile pour le patient de pouvoir refuser un générique sans pour autant devoir y contribuer financièrement, alors qu'au Québec, ce n'est quasiment plus possible. (51)

Cette décision du Québec est assez favorable, et permettrait de réaliser des économies supplémentaires au gouvernement, en gardant tout de même une certaine mesure.

On sait en effet, que certains patients ne tolèrent pas certains génériques, comme ils peuvent ne pas tolérer certains médicaments princeps. D'autres situations peuvent également empêcher la substitution automatique.

Par exemple des médicaments à marge thérapeutique étroite comme: la lévothyroxine, la théophylline, la digoxine...

Pour des médicaments à plus forte dimension psychologique: Les antiépileptiques par exemple.

Ce problème du médicament générique est une réalité en France, d'ailleurs l'AFSSAPS a publié des données relatives à ce sujet.

La part des génériques dans le marché des médicaments remboursables augmente régulièrement tous les ans. Cela est du aussi par deux facteurs qu'il convient de préciser. Tout d'abord de plus en plus de génériques sont disponibles sur le marché ce qui produit un «effet de champ». Mais aussi le taux de pénétration augmente.

Cependant, un médicament sur 4 vendu en France, est un médicament générique, soit un rapport de 25%. comparé aux pays voisins comme l'Allemagne, ce taux est faible. En effet au Royaume-Uni ou en Allemagne, ce taux approche les 50%. (Ce taux approche les 54% au Québec). Ceci au profit de médicaments plus récents, mais plus onéreux. (23)

Le choix d'un médicament générique est un geste essentiel pour faire des économies tout en garantissant la même qualité de prise en charge.

Des efforts sont donc à poursuivre, dans plusieurs domaines. Tout d'abord l'éducation de la population sur le médicament générique pour obtenir une plus grande confiance de la population dans le médicament générique. Nombreux sont les patients qui ne savent pas exactement ce qu'est un médicament générique. Mais aussi inciter les médecins à prescrire en génériques peut être une des mesures supplémentaires à favoriser.

2. Les annexes

a) Principe

En 1998, fut approuvé par le gouvernement du Québec, le règlement sur les conditions et modalités de vente des médicaments. (aussi appelé, les annexes) (49). Ce règlement établit diverses catégories de médicament et détermine par qui et suivant quelles conditions, ils peuvent être vendus.

Ainsi des médicaments, qui avant ce décret pouvait être autrefois vendu hors pharmacie ne peuvent l'être que par un pharmacien et uniquement dans une pharmacie. D'autres médicaments, comme on a pu en discuter en partie dans le point sur la propriété, qui étaient accessibles au public, furent ensuite conservés dans une section non accessible au public et placée sous le contrôle du pharmacien.

C'est l'ordre des pharmaciens qui a demandé au gouvernement du Québec, une réforme en profondeur de l'encadrement législatif des conditions de vente des médicaments, dans des objectifs de:(52)

- Préciser les règles afin de minimiser les divergences d'interprétation, notamment entre pharmaciens et non pharmaciens
- Créer une catégorie de médicaments disponibles sans ordonnance et sous le contrôle du pharmacien, ce qui permet de répondre d'avantage aux exigences du public qui désire de plus en plus prendre sa santé en main
- Clarifier les obligations du pharmacien relatives à la vente de tout médicament: le rôle du pharmacien qui est l'élément le plus important de tout cadre de distribution des médicaments est maintenant mieux défini.
- Actualiser les règles afin qu'elles tiennent compte de la spécificité de l'exercice de la pharmacie au Québec et faire en sorte que la pratique de la pharmacie tienne compte des besoins de la population québécoise

Ainsi fut créé 5 catégories de médicaments, que nous présenterons brièvement, car nous pourrons rendre compte par la suite, des différences avec la France

b) Annexe I: médicaments destinés aux humains et vendus sous ordonnance

Les médicaments inscrits à cette annexe, ne peuvent être vendus que sur ordonnance, par un membre de l'OPQ et uniquement dans une pharmacie. Ils doivent être conservés dans une section non accessible au public.

Le pharmacien a pour obligation pour ces médicaments de constituer un dossier pour chaque patient, y inscrire le médicament, procéder à l'étude pharmacologique du dossier et communiquer les renseignements appropriés au bon usage du médicament. Nous développerons cela par la suite (49)

c) Annexe II: médicaments destinés aux humains et vendus sous contrôle pharmaceutique

Les médicaments inscrits à l'annexe II (dont nous avons parlé dans le point sur la propriété) ne peuvent être vendus au public que par un membre de l'OPQ et uniquement dans une pharmacie. Ils doivent être conservés dans une section de la pharmacie qui est non accessible au public. Donc ils sont situés derrière le comptoir, dans la partie qui est communément appelé par les québécois «le laboratoire».

Une ordonnance n'est pas nécessaire pour la vente de ces médicaments.

Le pharmacien a pour obligation de constituer un dossier, tout comme pour l'annexe I, pour chaque patient à qui il vend un médicament de l'annexe II, y inscrire le médicament et procéder à l'analyse pharmacologique du dossier et communiquer les renseignements appropriés au bon usage du médicament.

Cette annexe a créé de nombreux changements dans la pratique des pharmaciens, car certains de ces médicaments étaient détenus dans la zone accessible au public. Maintenant le pharmacien devient un intervenant de première ligne pour la délivrance de ces médicaments.

Des médicaments anciennement en vente libre, comme le Pédialyte (solution de réhydratation orale) le Polysporin (onguent ophtalmique antibiotique) ont été concernés. Ainsi le pharmacien peut faire l'analyse pharmacologique, et le questionnaire auprès du patient, pour s'assurer du bon choix du médicament. Il peut ainsi valider le choix du médicament, orienter sur un traitement différent, ou référer à un médecin en cas d'urgence.

Ainsi cette démarche a permis:

- D'assurer l'intégration de toute l'histoire pharmacothérapeutique de chaque patient et assurer ainsi un meilleur suivi
- Offrir des possibilités pour documenter les interventions pharmaceutiques ainsi que la transmission d'information aux médecins
- De rendre la délivrance de ces médicaments plus sécuritaires dans un but de protection de la santé publique.

On retrouve par exemple dans cette catégorie: Les antalgiques associant paracétamol et codéine. Les anti-nauséeux type, dimenhydrinate, les hautes doses d'AINS (ibuprofène 300 ou 400mg) (21-49)

d) Annexe III: médicaments destinés aux humains et vendus sous surveillance pharmaceutique

Ces médicaments ne peuvent être vendus au public, que par un membre de l'OPQ et uniquement dans une pharmacie. Ils peuvent être conservés dans une section accessible au public pourvu qu'elle soit sous le contrôle et la surveillance constante d'un pharmacien

Dans ces obligations, le pharmacien a l'obligation de s'assurer que les mesures nécessaires sont prises afin que l'information concernant les précautions et les contre-indications relatives à l'usage du médicament soient fournies à la personne se procurant le médicament inscrit sur cette annexe III. (21-49)

Auparavant, il était d'usage que les pharmaciens demeurent disponibles pour fournir, à la demande des clients, des renseignements relatifs à ces médicaments. Ce règlement maintenant, amène une obligation pour le pharmacien à communiquer ces renseignements, soit directement, soit indirectement.

Par l'une ou l'autre des deux conditions suivantes:

- Soit le pharmacien communique personnellement au client, les précautions et contre-indications relatives à l'usage de ces médicaments
- Soit le pharmacien a mis en place un système efficace permettant une telle communication

Au niveau des médicaments de vente libre cette catégorie de médicaments est la plus sujette à controverse. Nous développerons ce point dans la partie qui suit II.A.3 (MVL et code du médicament)

e) Annexe IV et V:

Nous ne développerons pas ces annexes qui traitent des médicaments vétérinaires. Précisons seulement que l'annexe IV regroupe les médicaments vétérinaires vendus par un membre de l'OPQ sous présentation d'une ordonnance vétérinaire, donc détenu derrière le comptoir. L'annexe V, constituant les médicaments destinés aux animaux, vendus sous surveillance professionnelle, donc dans la zone de vente libre OTC.

3. La MVL et le code du médicament

a) La controverse de la MVL

Comme nous avons pu en discuter précédemment, nous allons nous atteler dans cette partie, aux médicaments de l'annexe III.

Ces médicaments sont situés dans la zone de vente libre, à portée des patients. Nous en avons parlé précédemment, dans la partie sur la propriété. La partie pharmacie à proprement parler, de la partie commerciale de l'entreprise, doit être séparée par un mur de 2,13m. (74)

Ce mur sépare physiquement les deux entités. Ainsi, légalement, le pharmacien est censé avoir un contrôle sur la partie de vente libre des médicaments. C'est d'ailleurs pour cette raison que dans de nombreuses pharmacies d'Amérique du Nord, la partie laboratoire de la pharmacie est généralement surélevée par rapport au plancher du magasin, permettant ainsi une meilleure vue sur la partie de vente-libre

Au Québec, rejoindre un médecin peut parfois s'avérer difficile, c'est pourquoi il est intéressant de pouvoir compter sur les pharmaciens et l'automédication pour résoudre les problèmes de santé mineure.

L'automédication et l'utilisation des médicaments de vente libre permettent ainsi de désengorger le réseau de santé et de sauver du temps pour le patient. Le pharmacien étant le professionnel de santé le plus accessible, cela fait de lui un interlocuteur de choix pour conseiller efficacement la population en termes d'automédication. Il peut ainsi orienter les patients aussi bien dans l'automédication, que dans l'orientation vers un professionnel de santé pour des symptômes plus graves.

Dans les faits, cela soulage grandement le réseau de santé et les médecins. En pratique, ce système de vente libre a quelques défaillances. En effet, si le pharmacien est occupé, un patient peut prendre un médicament, sans rencontrer le pharmacien. Par la suite il peut aller payer ce médicament avec ces autres courses, faites dans la partie commerciale, à la caisse du magasin.

Un patient peut donc relativement facilement, s'auto-traiter, et ce, sans demander conseils. Néanmoins, beaucoup d'éducation est faite auprès de la population. Que ce soit pour les médicaments de vente libre, les vitamines, les produits de santé naturels. Et on peut dire que globalement, en cas de doute les patients consultent le pharmacien pour obtenir de plus amples renseignements.

De manière légale, même si ces médicaments peuvent être offerts en libre accès à l'intérieur de l'aire professionnelle de la pharmacie, le pharmacien demeure lié par l'obligation que lui confère l'article 3.03.02 de son Code de déontologie de fournir à son patient, à la requête de celui-ci, toute l'information nécessaire à la bonne compréhension de son traitement. (49)

Cela est rassurant, car dans cette partie de vente libre, on peut y retrouver, des gros conditionnements d'AINS, dont l'utilisation chez des patients diabétiques, insuffisants rénaux ou avec des antécédents d'ulcère gastrique, pourrait être dangereuse. Des décongestionnants, contenant de la pseudoéphédrine, qui chez le patient hypertendu, est totalement contre-indiquée. Par conséquent, dans de telles circonstances, la population doit être informée, mais surtout le pharmacien doit être vigilant, vis à vis des médicaments en vente libre. Chose qui, au vu de la pénurie des pharmaciens, et de la forte activité qu'ils ont à gérer en journée, n'est parfois pas évidente. (54)

C'est pourquoi l'ordre des pharmaciens a mis en place le système code-médicament, afin de prévenir les risques liés aux médicaments en vente libre

b) Le code médicament

Ce programme fut donc mis en place afin d'informer la population des précautions à prendre avec les médicaments de vente libre. En insistant qu'il est important d'être particulièrement bien informé pour utiliser les médicaments destinés à soigner les «petits problèmes de santé».

Dès février 1995, et le renouvellement des annexes des médicaments, ce programme fut mis en place. (67-83)

Divers moyens de communication furent mis en place:

- Des **dépliants**, expliquant dans un langage clair et accessible le programme code médicament et son importance pour le consommateur. Il indique aussi la démarche à suivre pour obtenir sa carte code médicament

- La **carte code médicament personnalisée**. C'est une carte nominative, permettant d'être remplie avec le pharmacien, elle récapitule la signification des six lettre-code.
- Le **tableau de comptoir**, c'est un panneau visuel, avec des symboles percutants, conçu pour aider le pharmacien à expliquer le code médicament
- Des **affiches**. Plusieurs affiches sont exposées dans la pharmacie, rappelant le code-médicament, et rappelant au patient la possibilité de consulter le pharmacien en service pour l'aider.
- Un **symbole octogonal du programme**, que l'on retrouve sur les différentes pièces de communication, mais surtout sur les étiquettes des produits. Facilitant ainsi l'identification du programme code-médicament auprès des consommateurs.

Le code médicament, repose sur six lettres-codes, trois à caractère universel et trois à caractères spécifiques. Chacune d'elle correspondant à une mise en garde concernant l'utilisation des médicaments de vente libre.

Les lettres A,H et X s'adressent à tous les consommateurs, alors que les lettres B, D et E, visent des patients dont l'état de santé, exige un soin particulier, comme par exemple, les patients souffrant d'hypertension artérielle, de diabète.

- **La lettre A**

Symbolisant, les médicaments pouvant occasionner de la somnolence, ou diminuer le temps de réaction.

On retrouve des médicaments, comme les antihistaminiques. (Ne concerne pas les «nouveaux» antihistaminiques, qui ne provoquent pas ou très peu de somnolence). De plus ces médicaments par leurs effets anti muscariniques, sont à utiliser avec précaution chez les patients asthmatiques (épaississement des sécrétions bronchiques), de glaucome (élévation de la pression intraoculaire), d'hypertrophie bénigne de la prostate (rétention urinaire).

- **La lettre H**

Pour les médicaments pouvant occasionner une habitude de consommation.

On retrouve par exemple les décongestionnants topiques nasaux. Qui par leur action vasoconstrictrice, permettent l'ouverture des conduits nasaux et facilitent le passage de l'air. Une utilisation prolongée peut provoquer, à l'arrêt, une congestion rebond faisant suite à une vasodilatation compensatoire qui sert à éliminer l'accumulation de gaz carbonique provoquée par

la vasoconstriction. Entraînant le cercle vicieux d'une utilisation chronique de ces produits par les patients.

Cette lettre s'applique aussi aux laxatifs stimulants, tel le bisacodyl, et à d'autres produits médicamenteux. (83)

- **La lettre X**

Signifie que le patient devrait consulter le pharmacien avant d'utiliser ce produit. Car ils nécessitent une explication de leur mode d'emploi

On trouvera les médicaments antiparasitaires par exemple, où le pharmacien pourra informer le patient sur les précautions à prendre (mesures non pharmacologique) pour prévenir la réinfestation ou la propagation de l'infection à d'autres personnes.

On trouvera d'autres produits, comme le peroxyde de benzoyle, en vente libre au Québec. Certains inhalateurs pour expliquer leur fonctionnement. Des antibiotiques ou antifongiques locaux, afin d'éviter le traitement d'une infection fongique comme le pied d'athlète ou une infection virale comme l'herpès, avec un antibiotique. (83)

- **La lettre B**

Pour les médicaments susceptibles de présenter des contre-indications.

On retrouve des médicaments qui peuvent être néfastes pour la santé, si le patient souffre, d'hyperthyroïdie, d'hypertension, d'hypertrophie bénigne de la prostate. (83)

On y retrouve à nouveau les décongestionnants oraux, notamment ceux contenant des amines sympathomimétiques pouvant causer une augmentation du rythme et du débit cardiaque, de la pression sanguine, et pouvant être potentiellement dangereux chez des patients atteints de maladie cardiaque, d'hypertension, de diabète ou d'autres pathologies. (83)

- **La lettre D**

Pour les médicaments à risque d'intolérance.

On retrouve les médicaments contenant de l'aspirine, à éviter chez des patients souffrant d'ulcères par exemple, ou d'asthme, ou chez des patients prenant des anticoagulants. (83)

- **La lettre E**

Pour les médicaments déconseillés chez les patients souffrant de diabète.

On y retrouve des médicaments, contenant du sucre dans le produit, ou des médicaments comme les décongestionnants oraux, ou les préparations topiques contenant de l'aspirine (entraînant une altération de la circulation périphérique, problématique chez le patient diabétique). (83)

c) Pour conclure, en comparaisons.

Pour conclure sur le cadre légal du médicament au Québec. On peut dire que d'un point de vue médicaments de vente libre, et format des officines en France, le patient est moins à risque de prendre un médicament qui ne serait pas adapté à sa situation.

Nous pouvons nous féliciter de continuer à garder ce monopole. Malgré tout, l'OTC est débutante chez nous, et bien que les résultats soient mitigés à son égard, nous ne pouvons prévoir quelle place sera faite à l'OTC dans les années à venir. Les pressions incessantes de la grande distribution peuvent être une menace vis à vis de la protection de la santé publique.

Néanmoins, reconnaissons au Québec, qu'avec le règlement sur les conditions et modalités de vente des médicaments au Québec (49), le législateur a reconnu l'impact du pharmacien et son expertise en matière de médicaments de vente libre. Valorisant ainsi grandement son acte professionnel.

On peut alors parler de véritable consultation pharmaceutique (point que l'on développera par la suite), exigeant une implication plus importante du pharmacien qui devient alors l'intervenant de première ligne, avec une responsabilité unique et exclusive.

Le pharmacien au Québec est formé pour ces médicaments de vente libre, ils reçoivent des cours dédiés exclusivement à ces produits. On leur apprend à réagir face à des symptômes. On les aide surtout à discerner leur champ d'action. Le patient doit-il être référé chez un médecin, ou peut-il recevoir un traitement en automédication?

En France, à Lille, nous recevons un cours de ce type, malheureusement, ce cours bien qu'intéressant, est trop léger au vu des problèmes rencontrés en officine. Par conséquent c'est généralement, l'apprentissage en pratique, qui nous apprend à réagir face à ce type de problèmes.

Précisons qu'au Québec, comme en France, le pharmacien n'est pas rémunéré pour ce type d'interventions, c'est un investissement personnel de temps. Et comme je le précisais au début de cette partie, malheureusement, les pharmaciens québécois manquent de temps dans leur pratique du fait des déficits en pharmaciens.

Néanmoins, ils y travaillent, et ils y ont tout intérêt pour continuer à prouver et justifier leurs capacités d'intervenants, et pouvoir à l'avenir, envisager de rémunérer ces actes. Mais aussi éventuellement se voir offrir de nouvelles responsabilités.

En ce qui concerne le code médicament, ce programme mis en place pour alerter le consommateur sur les précautions à prendre face au médicament. C'est une excellente initiative. Cela renforce le lien de confiance entre le consommateur et le pharmacien afin de rendre plus accessible toute l'information nécessaire. Malgré tout, au Québec, l'expérience montre que les patients sont assez peu informés vis à vis de ce programme. On avait vu que le pharmacien doit, pour la partie MVL de la pharmacie, mettre en place des moyens de communication directe ou indirecte. Le code médicament donne l'impression d'avoir été créé pour rentrer dans le cadre légal. De plus le choix des lettres-codes paraît assez peu pertinent avec leur signification. C'est donc une idée de communication qui est bonne, mais malheureusement pas aboutie.

En France, encore peu d'officines ont réellement joué le jeu de l'OTC. Néanmoins dans celles qui le pratique, la mise en place du code médicament, pourrait permettre d'orienter les choix du patient. Par la suite, le patient rencontrant un pharmacien ou un préparateur pour payer son médicament, il pourrait voir son choix validé ou non par le pharmacien.

De nombreux patients gardent beaucoup de médicaments au domicile. A cet effet, un code médicament adapté pour éviter certains cas de iatrogénie.

Après avoir étudié, le cadre légal entourant le médicament au Québec, le comparant à ce qui se fait en France. Étudions maintenant, le statut des ordonnances. Comportant quelques similitudes avec la France, elle comprend néanmoins de grandes différences, notamment par les ordonnances verbales et collective et pour les renouvellements. La pénurie de médecins, et la difficulté à en rencontrer un, entraîne de grosses modifications au niveau légal par rapport à ce qui se fait en France.

B. Le statut des ordonnances

1. Législations et prescripteurs autorisés

Depuis l'entrée en vigueur de la Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé, de nombreuses modifications sont intervenues dans la législation des ordonnances au Québec. (88)

C'est le code des professions qui définit maintenant l'ordonnance. Il s'applique à l'exercice de plusieurs professionnels de santé. Médecins, dentistes, infirmiers, inhalothérapeutes. (67-68)

«Le terme ordonnance signifie une prescription donnée à un professionnel par un médecin, par un dentiste ou par un autre professionnel habilité par la loi, ayant notamment pour objet les médicaments, les traitements, les examens ou les soins à dispenser à une personne ou à un groupe de personnes, les circonstances dans lesquelles ils peuvent l'être de même que les contre-indications possibles. L'ordonnance peut être individuelle ou collective (article 39.3)»

Le Règlement sur les normes relatives aux ordonnances faites par un médecin, (réalisé par le collège des médecins du Québec), définit ces différents types d'ordonnances.

Ainsi :

- **Ordonnance individuelle** : une prescription donnée par un médecin à une personne habilitée, ayant notamment pour objet les médicaments, les traitements, les examens ou les soins à donner à un patient, les circonstances dans lesquelles ils peuvent l'être de même que les contre-indications possibles
- **Ordonnance collective** : une prescription donnée par un médecin ou un groupe de médecins à une personne habilitée, ayant notamment pour objet les médicaments, les traitements, les examens ou les soins à donner à un groupe de patients ou pour les situations cliniques déterminées dans cette ordonnance, les circonstances dans lesquelles ils peuvent l'être de même que les contre-indications possibles.

En ce qui concerne les prescripteurs autorisés. Dans le domaine de la médecine, les médecins et les résidents sont autorisés à prescrire. Les résidents sont l'équivalent des internes en médecine en France. Les résidents délivrent donc des ordonnances uniquement dans le cadre de leur formation. (68)

En dehors de cela, les autres prescripteurs autorisés sont :

- Le **pharmacien**, pour la contraception orale d'urgence, à la condition d'avoir reçu la formation nécessaire (55)
- Les **dentistes**, dans la limite d'exercice de l'art dentaire
- Les **sages-femmes** dans leur cadre d'exercice, mais en fonction d'une liste préétablie par le gouvernement,
- Les **vétérinaires**, dans leur champ d'exercice spécifique
- Les **podiatres**, dans leur champ d'exercice uniquement en fonction d'une liste préétablie par le gouvernement
- Les **optométristes**, Optométristes, dans leur champ d'exercice, mais à la condition d'avoir suivi la formation nécessaire et en fonction uniquement d'une liste préétablie de médicaments diagnostiques ou thérapeutiques. Certaines conditions particulières s'appliquent pour ajuster ou modifier un traitement anti glaucomateux
- **L'infirmière praticienne spécialisée**, dans son champ d'exercice, mais uniquement en fonction d'une liste de médicaments préétablie.

Précisons pour information qu'au Québec, il existe **des optométristes**. Cette profession se situerait en France à mi-chemin entre l'opticien et l'ophtalmologue. En France, cette profession n'est pas reconnue. Ils réalisent des examens des yeux, traitent les déficiences visuelles, traitent plusieurs conditions oculaires comme la blépharite, la conjonctivite, les corps étrangers. Ils ne sont pas tous autorisés à administrer et/ou à prescrire des médicaments.

Les **podiatres**, ne sont pas des médecins. L'équivalent en France serait le podologue. Bien que les responsabilités de ces professions soient un peu différentes.

Les infirmières praticiennes spécialisées, présentent une formation plus avancée que les infirmières. Elles peuvent par exemple : (article L 36. L.i.i.)

- Prescrire des examens diagnostiques,
- Utiliser des techniques diagnostiques dites « invasives » ou présentant des risques de préjudice,
- Prescrire des médicaments ou autres substances,
- Prescrire des traitements médicaux,
- Ou encore utiliser des techniques ou appliquer des traitements médicaux, invasifs

Donc hormis ces quelques petites différences, en ce qui concerne les prescripteurs autorisés, on est fort proche de la législation française.

2. Les ordonnances écrites et le renouvellement

a) Les ordonnances écrites

Au niveau de l'ordonnance en elle-même, il n'y a pas d'exigences sur la taille du formulaire. Néanmoins au Québec, on retrouve presque exclusivement (hormis pour les prescriptions de sortie d'hôpital), un format bien plus réduit qu'en France soit 3x5 pouces (13 sur 18 centimètres). La seule obligation de format, réside dans le fait que le médecin doit pouvoir y inscrire tous les renseignements nécessaires. (68)

Il faut noter que parfois, ce petit format, augmente le risque de confusion lors de la présentation de l'ordonnance.

Au niveau réglementaire et validation formelle de l'ordonnance, elle doit comporter :

- **L'identification du prescripteur**, à savoir, nom prénom, numéro de licence, et signature. Ainsi que son numéro de téléphone afin que le pharmacien puisse communiquer avec ce dernier
- **L'identification du patient**, à savoir, le nom, le prénom et la date de naissance du patient. Peut y être annotée, le sexe ou l'adresse du patient, de manière facultative, pour éviter les confusions.
- La **date de délivrance**
- **L'identification du médicament**, en DCI ou en princeps.

- La **posologie**, soit détermination de la quantité totale à administrer en une ou plusieurs fois pour traiter une maladie. Le médecin doit indiquer clairement, la forme pharmaceutique, la concentration et le dosage. Lorsque la prescription est «au besoin» , le médecin doit préciser, la nombre maximal d'utilisation ainsi que la raison
- **La voie d'administration**
- **La durée de traitement**, ou la quantité prescrite. La façon d'indiquer la durée du traitement est particulièrement importante lorsqu'on autorise l'ajustement d'un médicament ou d'une thérapie médicamenteuse
- **Le renouvellement**, le médecin doit préciser le nombre de renouvellements, lorsque cette information n'est pas mentionnée, elle implique qu'aucun renouvellement n'est possible. le pharmacien peut, lorsqu'il est impossible de joindre le médecin, renouveler l'ordonnance pour une période maximale de 30 jours afin de ne pas l'interrompre.
- La **masse corporelle**, s'il y a lieu
- **L'intention thérapeutique**, peut être inscrite sur l'ordonnance, si cela est autorisé par le patient.
- Les **abréviations latines**, au Québec, les médecins utilisent énormément ces abréviations latines dans les ordonnances. Par exemple: DIE (une fois par jour), BID (deux fois par jour), Ad (jusqu'), STAT (tout de suite), o.u (dans chaque oeil), HS (au coucher)..

Le médecin doit consigner dans le dossier du patient, toutes les ordonnances émises, peu importe le support utilisé. (89)

Un point très important au Québec, relié au système d'assurance médicament, est qu'il n'existe aucun contrôle administratif strict sur les ordonnances.

Alors qu'en France, l'envoi des ordonnances, avec la facturation aux différentes caisses primaires d'assurance maladie peut devenir un vrai casse-tête, et une activité chronophage pour le pharmacien propriétaire (télétransmission). Au Québec, le pharmacien doit conserver les prescriptions originales (il n'existe d'ailleurs pas de duplicata), durant une période de 5ans. Durant cette période, un inspecteur peut demander d'accéder à ces ordonnances et vérifier le bon enregistrement des ordonnances dans le dossier des patients.

Il n'y a donc pas de contrôles en aval des ordonnances. Le remboursement et le paiement du pharmacien que nous présenterons plus loin, ne sont pas soumis à ces gros problèmes administratifs que nous voyons en France.

b) Les renouvellements

Étant plus compliqué de rencontrer un médecin omnipraticien, et encore plus d'avoir un médecin de famille, il n'est pas rare que les patients voient leur médecin à l'année. Même lors de pathologies chroniques, comme certaines maladies cardiovasculaires bien équilibrées. Ainsi, les médecins produisent généralement des ordonnances, renouvelables un an. (84)

C'est la recommandation de l'ordre des pharmaciens du Québec, de ne pas renouveler une ordonnance plus de 12 mois après sa date d'émission. (Même législation qu'en France).

Néanmoins, en janvier 2003, avec l'entrée en vigueur de la Loi modifiant le code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé (88), l'encadrement juridique des pratiques professionnelles a évolué. Dans l'optique d'interdisciplinarité, de travail de collaboration, le collège des médecins et l'ordre des pharmaciens du Québec ont mis à jour les durées d'émission des ordonnances.

Ainsi, pour un patient fiable et très compliant, avec toute la prudence nécessaire, le médecin peut inscrire un nombre de renouvellements allant de 18 à 24 mois. Dans tout les cas, il est précisé par la Loi sur la pharmacie, que le rôle du pharmacien de surveiller la thérapie médicamenteuse doit s'appliquer.

c) La transmission des ordonnances par télécopieur

Une autre pratique qui se fait régulièrement au Québec est la transmission d'ordonnances par télécopieur. Ce système est bien plus utilisé au Québec qu'en France. Néanmoins il doit répondre à des exigences bien précises. (85)

L'OPQ accepte qu'un pharmacien d'officine exécute une ordonnance par télécopieur sous réserve que les cinq règles suivantes soient respectées:

- L'ordonnance a été **signée par le prescripteur**
- L'ordonnance est **transmise du bureau même du prescripteur** ou d'un établissement de santé pour un patient de cet établissement. Il incombe au pharmacien de s'assurer de l'origine de cette transmission (point parfois difficilement réalisable)

- L'ordonnance **comporte le nom du destinataire**, le numéro de télécopieur du pharmacien. Le pharmacien a alors pour responsabilité de ne pas délivrer une ordonnance qui ne respecterait pas ces points
- Une ordonnance ayant pour objet une drogue contrôlée ou un stupéfiant doit être **authentifiée verbalement** par le pharmacien auprès du médecin. Pour des médicaments susceptibles de causer des abus, le pharmacien peut également procéder à cette démarche.
- Dernier point, récemment mis en cause. L'original de l'ordonnance doit être **acheminé dans les 7 jours** suivant l'envoi de la télécopie. La responsabilité du pharmacien est de comparer les deux modèles, et de prévenir le médecin en cas de différence.

Ce dernier point fut la source de nombreux conflits. En raison d'ordonnances originales, qui ne parvenaient jamais à la pharmacie. Dans un souci d'interdisciplinarité et de collaboration centrée sur le patient, le collège des médecins du Québec et l'ordre des pharmaciens du Québec ont décidé que cette mesure n'avait plus lieu d'être.

En effet, le pharmacien avait alors deux choix, ne pas respecter les dispositions de la norme au risque de sanction disciplinaire. Ou refuser d'exécuter une ordonnance au risque de priver le patient de ses médicaments.

Ainsi dans un énoncé de position commun (84-85), le collège des médecins du Québec et l'ordre des pharmaciens du Québec en sont venus à la conclusion qu'il n'était pas justifié de proscrire l'emploi du télécopieur dans la transmission des ordonnances ni d'exiger des mesures de contrôle telle que l'expédition au pharmacien de l'original de l'ordonnance du médecin.

En France, l'envoi par télécopie reste controversé, car pas exactement légiféré. Ainsi l'HAS (Recommandations sur prescription médicamenteuse par téléphone, paragraphe 5.2- 86), précise:

« Cette ordonnance écrite devra être transmise à la pharmacie déterminée avec le patient, de préférence par courriel sécurisé ou, en cas d'impossibilité, par télécopie »

Et dans le paragraphe 5.6:(87) *« En fonction des supports disponibles, comment assurer la confidentialité des informations, la sécurité et la traçabilité des documents ? »*, il est indiqué que *« les médecins régulateurs et les pharmaciens sont responsables, chacun pour ce qui les concerne, du respect de la confidentialité des documents. Cependant, un envoi par fax ne peut*

garantir une complète confidentialité, il est donc recommandé de préférer un envoi par courriel sécurisé chaque fois que cela est possible ».

La pratique de l'ordonnance faxée est donc légitimée, mais en dernier recours, l'utilisation d'un courriel sécurisé étant préférée pour des raisons de sécurité, de traçabilité. L'ordre des médecins conseille donc de doubler le fax d'un appel téléphonique au pharmacien ou de lui transmettre l'original de la prescription.

Donc, bien que relativement peu utilisé, la transmission d'ordonnances par télécopieur présente de nombreux avantages:

- Acheminement rapide de l'ordonnance
- Utilisable en tout temps
- Économise le temps des intervenants
- Évite un déplacement au patient
- Et élimine les risques d'erreur liés à la transmission verbale (voir par la suite les ordonnances verbales)

Cette pratique demeure très encadrée au Québec pour éviter quelconques fraudes.

3. Les ordonnances verbales et collectives

a) Les ordonnances verbales

L'ordonnance verbale est une ordonnance, faite par un médecin et transmise oralement au téléphone au pharmacien.

Concrètement, le pharmacien possède un formulaire prévu à cet effet (comme un bloc d'ordonnances). Le médecin appelle le pharmacien et lui dicte les médicaments qu'il prescrit oralement. (72)

Comme l'ordonnance relève du médecin, elle ne doit être confiée à un tiers (excepté une infirmière dans le cadre d'une ordonnance collective).

Le médecin doit :

- Identifier clairement le patient, sa date de naissance est ainsi souvent mentionnée
- Le nom du médicament
- La forme
- La posologie

- Le nombre de renouvellements
- Sa licence (numéro de permis d'exercice)
- Son numéro de téléphone

L'OPQ et le collège des médecins, insistent pour que la transmission des informations se fasse directement entre le médecin et le pharmacien. Ainsi la secrétaire ne peut transmettre l'ordonnance. Et à la pharmacie, elle ne peut être réceptionnée par un technicien ou un assistant technique en pharmacie (*rappel* : équivalent du préparateur en pharmacie).

Le collège des médecins insiste sur le fait que, si le pharmacien désire avoir des informations nécessaires, le médecin doit lui fournir des réponses appropriées.

En retour le pharmacien, à la fin de la communication doit répéter l'ordonnance qui vient d'être communiquée pour éviter toute confusion.

Les principaux risques, sont évidemment les risques de fraudes liées à ces prescriptions verbales. Néanmoins, elles sont peu nombreuses. Et l'OPQ n'en référence que très peu. D'ailleurs certains médicaments ne peuvent pas être prescrits verbalement

A nouveau, c'est la régie d'assurance maladie du Québec, qui fait confiance au pharmacien pour une retranscription fidèle des prescriptions verbales. Car comme pour les ordonnances écrites, ces ordonnances sont archivées à la pharmacie, mais ne sont pas transmises aux organismes de remboursement comme en France.

L'avantage, est qu'on évite les situations d'avance de médicaments, qui peuvent parfois être un fléau pour les pharmaciens propriétaires en France.

Car, on ne peut pas interrompre le traitement d'une maladie chronique d'un patient brusquement. Mais les vignettes avancées, peuvent être source de gros déficit dans la trésorerie de certaines pharmacies. En effet, le patient bénéficiant de son traitement en vignette avancée, retarde sa consultation chez le médecin et se retrouve ainsi en décalage entre ses avances à la pharmacie et ses consultations chez le médecin.

Et parfois, il est difficile pour les pharmaciens de revenir à une situation d'équilibre.

L'inconvénient réside dans l'espacement des consultations du patient chez le médecin et par conséquent, un moins bon suivi.

Un tel système pourrait être envisageable en France. La législation se devrait par contre d'être plus strict, en étant intransigeant dans la communication pharmacien-médecin, et éviter les communications par des tierces-personnes. De plus pour des raisons de fraude, on pourrait

envisager la transmission d'une copie de cette ordonnance au médecin et aux caisses primaires d'assurance maladie pour éviter toute complaisance.

Ce type d'ordonnance verbale ne devrait aussi survenir que pour des traitements chroniques et pas pour des conditions aiguës. En effet, on voit parfois certains patients réclamer des médicaments remboursables, en vignette avancée, pour qu'ils soient prescrits ultérieurement lors d'une consultation chez le médecin.

Ce système éviterait au pharmacien d'avoir des déficits dans sa trésorerie du à l'accumulation de vignettes avancées non remboursées. Cela éviterait au patient de se retrouver en décalage entre consultations et renouvellements à la pharmacie.

Et enfin pour le médecin, on éviterait des consultations qui n'ont parfois pour but, que d'obtenir une nouvelle ordonnance et pourrait contribuer à diminuer certaines dépenses de la sécurité sociale.

b) Les ordonnances collectives, le cadre légal

Avant de présenter les ordonnances collectives utilisées en pharmacie communautaire au Québec, leurs possibilités multiples et l'applicabilité en France, il nous faut définir ce type d'ordonnance, et le cadre légal l'entourant.

Avant 2002 et l'entrée en vigueur de la Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions dans le domaine de la santé (88) (projet de loi n°90), on parlait «d'ordonnance permanente» et cela était réservée à la pratique en établissement.

Depuis cette loi, on parle maintenant d'ordonnance collective et il est possible d'en rédiger hors établissement, c'est-à-dire dans le milieu communautaire.

L'ordonnance collective a été mise en place, pour permettre à un professionnel habilité d'exercer certaines activités sans avoir à obtenir une ordonnance individuelle du médecin.

Ainsi, le patient impliqué qui bénéficie de l'ordonnance collective, n'a pas à être vu préalablement par un médecin.

Les avantages de l'ordonnance collective se situent dans les cas d'urgence, mais aussi dans les situations fréquentes, de routine.

L'ordonnance est collective de trois façons :

- Par les personnes visées
- Par les professionnels visés
- Par les médecins prescripteurs

Ainsi, un professionnel de santé habilité, face à une situation clinique prise en charge par une ordonnance collective, applique une règle de soins, un protocole selon la situation.

A la différence d'une ordonnance individuelle ou le médecin peut indiquer l'intention thérapeutique s'il le souhaite, dans une ordonnance collective, il indique les circonstances (clientèle ou situation clinique) dans lesquelles elle s'applique.

L'ordonnance collective permet de renforcer l'accessibilité aux soins et leur continuité. Elle s'adresse aux pharmaciens, mais pas seulement, les infirmiers y ont également accès.

Elle permet aux médecins de voir plus de patients. Le système de santé est ainsi en partie désengorgé. Les responsabilités sont partagées.

Le risque réside dans l'utilisation de l'ordonnance collective comme un outil de commercialisation et dans le risque de glisser vers la «protocolisation» à outrance des soins.

Lorsqu'une ordonnance collective est rédigée par un médecin, il doit identifier le ou les professionnels visés, c'est-à-dire les personnes qui seront habilitées à appliquer l'ordonnance collective dans leur milieu de pratique. Si plusieurs médecins rédigent l'ordonnance collective ils doivent tous être clairement identifiés (Nom, prénom, numéro de téléphone et numéro de permis d'exercice).

En établissement de santé, c'est le conseil des médecins-pharmaciens-dentistes qui valide l'ordonnance collective.

En communautaire, un médecin peut rédiger une ordonnance collective, mais elle doit faire référence à un protocole médical.

Ainsi, un médecin qui exerce hors établissement peut rédiger une ordonnance collective et faire référence à un protocole médical. Ce protocole doit être un protocole approuvé par le CMDP (conseil des médecins dentistes pharmaciens) du CSSS (centre de santé et des services sociaux) où le médecin a des privilèges de pratique ou du CSSS avoisinant le groupe de médecine familiale. Toutefois, une ordonnance collective peut être complète en soi et ne nécessite pas de référer à un protocole. (72-76)

Donc, une ordonnance collective qui ne réfère pas à un protocole est sous la responsabilité du ou des médecins signataires du groupe de médecine familiale, et ne nécessite pas l'approbation d'un CSSS.

Prenons un exemple, un médecin qui élabore une ordonnance visant le suivi des clientèles sous anti-coagulothérapie orale, peut :

- Rédiger une ordonnance collective complète en soi en y inscrivant les directives relatives aux prélèvements sanguins et à l'ajustement des doses;
- Rédiger une ordonnance collective dont les paramètres réfèrent à un protocole. Ce protocole doit alors être approuvé par un CMDP situé sur le territoire où le médecin exerce.

c) Les ordonnances collectives, la rédaction

En résumé une ordonnance collective doit comporter les informations suivantes : (84)

Identification des médecins prescripteurs

- nom;
 - numéro de permis d'exercice;
 - signature par chacun des médecins prescripteurs (aussi appelés médecins signataires);
 - numéro de téléphone.
-
- Identification de la ou des personnes habilitées à exécuter l'ordonnance (72)
 - Identification des circonstances déclenchant l'exécution d'une ordonnance collective :
 - la situation clinique;
 - le groupe de personnes visées.
 - *Identification de ce qui est prescrit par l'intermédiaire de l'ordonnance collective*
 - s'il s'agit d'un médicament :
 - Le nom intégral du médicament;
 - La posologie, incluant la forme pharmaceutique, la concentration, le dosage;
 - La voie d'administration;
 - La durée du traitement ou la quantité prescrite;
 - Le nombre de renouvellements autorisé;
 - Lors d'ajustement, l'intention thérapeutique;
 - s'il s'agit d'un examen :
 - Sa nature;
 - Les renseignements cliniques nécessaires à sa réalisation;
 - s'il s'agit d'un traitement (soins) :
 - Sa nature;
 - Sa description, s'il y a lieu;

- Sa durée, s'il y a lieu.

Ensuite, deux types d'ordonnances collectives peuvent se présenter:

- Ordonnance visant à initier
- Ordonnance visant à ajuster

Les ordonnances visant à initier :

Dans ce type d'ordonnance, le médecin doit évidemment d'abord communiquer avec le professionnel de santé visé par l'ordonnance collective afin de savoir s'il accepte d'exercer ce type d'activité.

Cette ordonnance doit être écrite et contenir tous les renseignements requis pour une ordonnance individuelle ou collective. Elle peut faire référence à un protocole. L'ordonnance doit préciser la condition et les contre-indications possibles.

Exemple d'ordonnance collectif pour un pharmacien

Si le Strep-test est positif, commencer pénicilline-V selon le protocole Amygdalite, pharyngite bactérienne du CLSC Z.

Les ordonnances visant à ajuster :

Que ce soit à l'inhalothérapeute, à l'infirmière ou au pharmacien, le médecin peut confier l'ajustement d'un traitement médical. Cette ordonnance peut-être individuelle ou collective. Le médecin doit y indiquer l'intention thérapeutique en plus des indications et contre-indications. Il peut faire la référence à un protocole

Exemple d'une ordonnance collective rédigée à l'intention du pharmacien

Pour tous mes patients sous Coumadin®, ajuster la posologie en fonction de l'indication et de l'intention thérapeutique prévues au protocole approuvé par le CMDP de l'établissement XX. Suivre toutes les autres directives incluses dans ce protocole et agir en conséquence

Après avoir vu le cadre légal entourant l'ordonnance collective. Étudions maintenant quelques applications d'ordonnances collectives en pharmacie d'officine au Québec.

Cette pratique est vraiment très intéressante. Globalement, on peut dire que c'est une pratique à ses débuts. Mais au vu de la démographie actuelle, et de la difficulté à rencontrer un médecin, le pharmacien devrait avoir plus de responsabilités dans ces protocoles.

Plus qu'une collaboration entre les professionnels de santé, ce système permet également de désengorger le système de santé et d'y réaliser des économies de dépense.

Étudions les ordonnances collectives les plus utilisées actuellement par les pharmaciens

d) Les ordonnances collectives, les exemples

L'ordonnance collective de cessation tabagique:

Cette ordonnance est une des plus utilisées au Québec. Ainsi le directeur de santé publique de Montréal a mis en place cette ordonnance collective qui permet aux pharmaciens communautaires de la région de Montréal, d'initier la thérapie de remplacement de la nicotine.

En parallèle les pharmaciens réfèrent ces patients aux ressources de cessation afin qu'ils puissent bénéficier d'un soutien personnalisé. (Centre d'abandon du tabagisme ou ligne téléphonique « j'arrête »)

Cette ordonnance permet ainsi à tous les habitants de la région de Montréal, de bénéficier d'une thérapie de remplacement de la nicotine (TRN) pour cesser l'usage du tabac. Les seules obligations pour le patient sont d'être un résident canadien, et de détenir une carte d'assurance maladie valide.

Cette ordonnance a deux indications :

- Cessation de l'usage du tabac
- Réduction progressive du tabac avant l'arrêt

Ainsi selon l'ordonnance collective, le pharmacien évalue le statut tabagique de la personne et sélectionne la TRN.

Le pharmacien individualisant cette ordonnance collective doit :

- Sélectionner le médicament de remplacement de la nicotine et la posologie selon les préférences du fumeur, en fonction de l'ordonnance collective
- Donner au fumeur l'information appropriée au médicament sélectionné
- Le référer dans un centre d'abandon du tabagisme (CAT) et/ou à la ligne j'Arrête pour un suivi psycho-comportemental
- Surveiller la thérapie médicamenteuse
- Transmettre par télécopieur à l'intervenant CAT un rapport mentionnant le traitement choisi si la personne est d'accord

Ensuite l'ordonnance collective, présente les patients qui peuvent être concernés, les contre-indications. Puis un protocole est établi en fonction des caractéristiques des patients.

Les avantages sont nombreux :

- Le patient évite une consultation chez le médecin. En raison de la difficulté de rencontrer un médecin au Québec, ce système soulage les patients.
- Désengorgement du système de santé pour un problème qui peut être pris en charge par un professionnel de santé formé et compétent
- Pris en charge du traitement pour une durée de 12 semaines pour le patient par le régime d'assurance médicaments.
- Le pharmacien est le professionnel de santé le plus accessible et disponible.

En France, les pharmaciens peuvent conseiller les patients pour aider à la cessation tabagique. Malheureusement, les produits prescrits ne seront pas pris en charge. Ils le seront à hauteur de 50euros par année par la sécurité sociale, à condition d'une prescription par le médecin.

Permettre au pharmacien d'intervenir pour de tels problèmes pourrait être très intéressant.

La pratique devrait être très encadrée et réglementée. Elle pourrait inclure une prise en charge dans un espace de confidentialité. La remise d'informations en mains propres. La suggestion des différentes thérapies de remplacement de la nicotine. Et enfin le suivi de la cessation tabagique, par exemple par des appels téléphoniques, ou des rencontres personnalisées.

Une formation supplémentaire pourrait être mise en place pour les pharmaciens.

Annexe 3: ordonnance collective de cessation tabagique de Montréal

L'ordonnance collective de l'antibiothérapie de la diarrhée du voyageur:

Cette ordonnance collective s'adresse aux patients adultes (16ans et plus) qui prévoient un voyage de courte durée dans une zone touristique définie (îles situées dans l'archipel des Antilles, tel Cuba ou la république dominicaine, et au Mexique).

L'objectif est de traiter un épisode de diarrhée sans délais dans l'éventualité où le patient en souffrirait durant son voyage.

Le pharmacien peut ainsi selon la condition des patients, prescrire un traitement type :

- Ciprofloxacine 500mg BID (2 fois par jour) pendant 3 jours

Il incombe ensuite au pharmacien d'apporter les mesures préventives, les conditions entourant l'usage du médicament fourni, les mesures non pharmacologiques et le suivi post-voyage au patient

L'ordonnance collective de permethrine 1%:

Dans le cadre du traitement de la pédiculose, les pharmaciens permis par une ordonnance collective, peuvent démarrer un traitement qui sera pris en charge par la régie d'assurance-médicaments.

Ainsi pour les élèves et les membres de la famille, présents sur le territoire du CSSS, le pharmacien peut selon l'ordonnance collective, débiter un traitement par la permethrine 1%.

L'ordonnance est accompagnée d'un protocole :

« Après avoir lavé les cheveux avec un shampoing ne contenant pas de revitalisant, les rincer à l'eau et les sécher avec une serviette.

Appliquer la perméthrine 1 % de façon appropriée et en quantité suffisante pour en saturer les cheveux et le cuir chevelu. Laisser agir 10 minutes puis rincer à l'eau.

Répéter une fois si présence de poux vivants, 7 jours après la première application. »

Pour les patients, ce type d'ordonnances est un vrai bénéfice en termes de santé. Ils peuvent ainsi facilement se procurer ce type de traitements et obtenir une prise en charge.

e) Les ordonnances collectives, en conclusion

Sans aucun doute, le Québec a une grande longueur d'avance en ce qui concerne les responsabilités déléguées au pharmacien. Mais surtout en termes d'interdisciplinarité.

Bien que parfois contraignante, les ordonnances collectives commencent à s'implanter partout au Québec.

Cette pratique pourrait largement être mis à contribution en France. En étant tout aussi réglementée, on pourrait imaginer une telle collaboration entre médecins et pharmaciens.

Tout le monde y trouve un bénéfice :

- Le patient y trouve un gain de temps, et peut bénéficier d'une prise en charge chez le pharmacien.
- Le médecin délègue certaines responsabilités permettant de consacrer plus de temps à ses patients ou à des nouveaux patients.
- Le pharmacien peut s'impliquer de manière plus importante dans la prise en charge du patient et sa disponibilité peut être utilisée à plein escient. En plus de donner des conseils avisés dans chacune des situations évoquées (mesures non pharmacologiques).
- Le gouvernement économise une consultation chez le médecin.

On aurait donc tout à gagner en France d'une telle pratique. Il ne resterait aux pharmaciens qu'à prouver aux médecins qu'ils sont capables de telles responsabilités et à l'ordre des pharmaciens d'en faire la promotion.

Après avoir étudié le cadre légal entourant le médicament et les ordonnances, nous allons aborder maintenant un aspect plus technique de la profession de pharmacien au Canada. Par technique, nous entendons les tâches techniques relatives à la profession de pharmacien.

Ainsi de nombreuses différences seront mises en évidence comparativement à la France. Le système de distribution pratiqué au Canada est souvent discuté en France à titre d'exemple et de perspectives pour le pharmacien.

C. La gestion des médicaments et la facturation

1. La préparation et la distribution des médicaments

a) La responsabilité du pharmacien

Nous développerons dans cette partie, uniquement un aspect technique de la profession. *L'article 17 de la Loi sur la pharmacie* confirme le rôle et l'expertise du pharmacien, pour préparer, conserver, remettre et vendre les médicaments aux patients. Il est donc du rôle du pharmacien d'organiser sa pratique de façon à gérer efficacement les médicaments. Parmi ses nombreuses tâches, il doit, effectuer ou superviser la sélection (responsabilité plus importante en établissement), l'acquisition, la préparation et la distribution des médicaments. Sa responsabilité l'engage à s'assurer de la qualité du produit, de l'efficacité et de la sécurité des procédures de gestion des médicaments qu'il met en place.

Ainsi en pharmacie communautaire, le pharmacien sélectionne les produits pharmaceutiques, en s'assurant de leur qualité, de leur disponibilité afin de répondre aux besoins des patients et prescripteurs. Le pharmacien doit subordonner son intérêt à celui du patient (code de déontologie, article 3.05.01)

Ainsi le pharmacien établit une sélection des médicaments tenus dans sa pharmacie en fonction par exemple:

- La **place des médicaments** dans les thérapies
- La **prévalence des maladies** dans le milieu
- Les **besoins spécifiques** à certains patients
- Les **caractéristiques du produit**, telles que la composition de la préparation et la formulation (par exemple, privilégier des médicaments génériques, qui ne contiennent pas de gluten pour la population coeliaque)
- Les **aspects économiques** (en fonction des coûts et remboursements par les régimes publics et privés)
- **Les risques d'erreur** potentiels

Au Québec, les médicaments sont stockés selon les mêmes règles que celles qui prévalent en France. Ainsi le pharmacien doit les conserver en respectant les règles, les conditions particulières d'entreposage et de manipulation à chaque produit. (Lumière, température, humidité, ventilation et sécurité).

La plupart des médicaments doivent être conservés à une température variant entre 15 et 30°C, sauf ceux nécessitant une réfrigération, conservés entre 2 et 8°C. Le pharmacien doit s'assurer que les conditions d'entreposage requises sont respectées de la réception jusqu'au service aux patients.

Reliés au format de distribution que nous développerons ensuite, certains produits nécessitent une attention particulière quant à la sécurité entourant l'entreposage et la conservation. Notamment pour les médicaments dangereux (91-49). Une exposition accidentelle à ces médicaments par le personnel, pourrait affecter leur santé. La conservation de ces médicaments doit donc se faire dans une section séparée et clairement identifiée au laboratoire.

b) Préparer les médicaments

Après avoir sélectionné les médicaments. Ils sont réceptionnés à la pharmacie. Cette réception doit se faire de manière sécuritaire en tenant compte des règles de tenue, de registre et d'entreposage. Le pharmacien établit alors une procédure de réception des marchandises décrivant les règles à respecter:

- Vérifier si les produits ont été livrés et entreposés selon le mode de conservation indiqué
- Faire les inscriptions exigées et la tenue du registre des substances ciblées, drogues contrôlées et stupéfiants et conserver l'information pour un minimum de 2 ans
- Entreposer les produits pharmaceutiques selon les conditions d'entreposage dès leur réception (température, lumière et humidité)
- Entreposer de manière sécuritaire et en contrôler l'accès des produits pharmaceutiques
- Assurer la manipulation et l'entreposage sécuritaire des médicaments dangereux (antinéoplasiques, immunosuppresseurs, antirétroviraux..)

Peu de différences pour le moment dans les tâches techniques relatives à l'activité de la pharmacie entre la France et le Québec. On retrouve ainsi maintenant beaucoup de procédures qualifiées en France qui se rapprochent de cette manière de faire québécoise. Les différences sont plus dans le conditionnement des médicaments et leur distribution.

L'ordre des pharmaciens considère en général que la remise d'une quantité de médicaments équivalents à 30 jours de traitement est une pratique saine à encourager. (Dans le cadre de traitements chroniques évidemment). (92).

Cette règle s'appuie sur 3 objectifs d'intérêt public:

- La nécessité de limiter les quantités de médicaments en circulation auprès du public; en effet, la sur-possession de médicaments peut favoriser leur usage irrationnel (surconsommation, non-respect de la posologie) ou aggraver le pronostic d'une intoxication.
- La nécessité de prévenir le gaspillage de médicaments, si le traitement doit être modifié
- La nécessité de permettre un monitoring adéquat de la thérapie médicamenteuse par le pharmacien.

Ainsi au Québec, une des étapes de la distribution consiste à compter les médicaments, ceci est un acte courant de la profession du pharmacien. Cette étape est majoritairement réalisée par

les assistants techniques en pharmacie (l'équivalent de nos préparateurs en pharmacie) et par les étudiants en pharmacie.

Nombreux sont les avantages reliés à cette distribution. Ainsi dans les traitements aiguës est remis la quantité exacte d'unités médicamenteuses nécessaires. Nous pensons évidemment en France, aux antibiotiques délivrés qui parfois selon les durées et posologie peuvent engendrer un reliquat de comprimés à la fin du traitement.

L'avantage est alors double, tout d'abord une économie en termes de traitements délivrés. La quantité délivrée étant la quantité exacte reliée à la condition du patient. Et ensuite, cela évite la possibilité pour le patient d'avoir un reste de traitement antibiotique dans la pharmacie familiale et d'être tenté de le réutiliser ultérieurement.

Un autre avantage est relié à la possibilité de voir les médicaments. Ainsi les pharmaciens au Québec, avec l'expérience, sont capables de reconnaître un comprimé hors de son conditionnement, selon sa forme, couleur, inscription. Cela est fort utile pour les patients qui ne connaissent pas nécessairement le nom de leur médication, mais savent que leur comprimé de Coumadin est une «petite pilule bleue».

De plus, c'est leur responsabilité de reconnaître les médicaments. En effet, les médicaments sont conditionnés en gros. C'est à dire que dans la pharmacie, il y a des pots de médicaments contenant 50-100 comprimés.

Les ATP reconditionnent ensuite les médicaments dans des pots plus petits, adaptés pour le patient. Il est ainsi primordial pour le pharmacien de reconnaître les médicaments pour valider le travail de l'ATP.

Les inconvénients reliés à cette pratique sont l'hygiène. Les comprimés sont versés sur le pilulier pour être compté, les sources de contamination peuvent être nombreuses : la plaque du pilulier par exemple. Normalement, les mains n'entrent pas en contact avec les médicaments. Mais par maladresse, cela peut arriver.

Néanmoins cette étape a tendance, à être de plus en plus automatisés par des machines, et des procédures qualifiées sont régulièrement mises en place pour diminuer ce risque.

Un autre inconvénient relié à cette pratique, est le temps qui lui est accordé. En effet, cette procédure allonge le temps de délivrance. De plus certains médicaments nécessitent des précautions supplémentaires (par exemple les antirétroviraux), comme le port des gants pour diminuer le risque de contamination pour le technicien cette fois.

Cette tâche, très technique, occupe donc la majorité du temps des techniciens en pharmacie.

La préparation des médicaments inclut donc de reconditionner un produit pharmaceutique ou un médicament, dans le but d'obtenir un format adapté au besoin du patient. Cette activité peut être réalisée de manière manuelle ou automatisée.

Cette pratique devrait à moyen-long terme apparaître en France. Tout d'abord pour des soucis d'économie, mais pour des raisons d'assurance qualité également envers le patient.

De plus certaines maisons de retraite par exemple, exigent de plus en plus envers les pharmaciens, d'avoir ce système de délivrance.

La difficulté résidera dans l'adaptation et l'organisation des pharmacies à ce principe, mais une fois en place, ce système contribuera à un intérêt de santé publique.

c) Distribuer les médicaments, le Vial

Les médicaments sont majoritairement conservés dans ce qu'on appelle un Vial.

C'est un conditionnement en plastique dur, sous forme de pot cylindrique, de différentes grandeurs et transparent.

Pour certains médicaments, photosensibles, peut être utilisé un conditionnement opaque. Ces Vials sont inertes, imperméables et les médicaments à l'intérieur sont parfaitement conservés (hormis le frottement entre les comprimés).

Le pharmacien doit fournir un contenant à fermoir sécuritaire lors de la vente au public d'un médicament, qui nécessite un reconditionnement. Sauf si l'état de santé du patient ne lui permet pas d'utiliser un tel contenant et que ce dernier lui en fait la demande. Il doit alors signer une décharge de responsabilité (exemple: patient avec de l'arthrite, et de la difficulté à ouvrir les pots). Code de déontologie article 4.01.01 LRQ c C-26.

Image 1 : Exemple de conditionnement le Vial



d) La distribution hebdomadaire, le dispill

Il existe pour une population particulière d'autres conditionnements, notamment hebdomadaires. Le Dispill, et la dosette.

L'utilisation d'un tel système doit être justifié (norme 90.03: utilisation du pilulier hebdomadaire-80).

On entend par pilulier hebdomadaire, un boîtier de plastique, de forme rectangulaire. Il comporte 21 à 28 cases, disposées en 7 colonnes de 3 ou 4 rangées chacune. Le boîtier est donc valable pour une semaine complète de traitement.

La décision de recourir au pilulier est individualisée, il est considéré en fonction de:

- Incapacité du patient à gérer adéquatement la prise de sa médication, en raison par exemples de problèmes cognitifs, ou handicaps physiques (Parkinson, difficultés visuelles).
 - Un patient par exemple qui renouvelle précocement ou tardivement ses ordonnances.
 - Qui oublie la prise de certaines doses,
 - Qui ne comprend pas les objectifs ou modalités du traitement,
 - Ou en échec thérapeutique répété.
- L'absence de personnes-ressources (familles, amis) sur lesquels le patient pourrait compter pour suppléer à ses propres limites

- La complexité du régime posologique.
 - Nombre de médicaments
 - Nombre de prises quotidiennes
 - Risque de confusion entre certains produits
- Niveau de danger des médicaments en vu de la situation clinique. Des psychotropes chez un patient suicidaire par exemple.
- Le déplacement d'un patient institutionnalisé en séjour dans sa famille pour quelques jours. Ou un enfant en camp de vacances (situation plus rare)

Pour mettre en place un tel système, le pharmacien rencontre le patient ou les personnes qui en sont responsables. Est alors évoqué, la révision du dossier-patient. On y explique la médication, les procédures relatives à l'utilisation du pilulier, et on évalue l'aptitude du patient à comprendre l'utilisation du pilulier. (80)

La préparation est réglementée:

- Le pilulier ne peut être préparé plus de 7 jours avant la date du début d'utilisation
- Il doit être propre, et sec au moment du remplissage.
- Le personnel affecté à la préparation doit éviter tout contact direct avec les médicaments (port de gants, ou emploi de pinces)
- La préparation s'effectue dans un endroit calme, par un personnel qualifié (les ATP), sous surveillance épisodique du pharmacien.
- Les médicaments PRN (au besoin), sont placés dans un contenant distinct des médicaments de prise régulière.
- Si une modification est apportée à la médication du patient. Le pilulier doit être retourné à la pharmacie, et sera remis à jour.

Le pilulier est identifié au nom et prénom du patient. Chaque médicament doit être identifié, avec son numéro d'ordonnance, le nom commun et commercial, la teneur, l'horaire d'administration et la date limite d'utilisation.

Le prescripteur est également identifié pour chaque médicament. Ainsi que le pharmacien. (80)

Une activité chronophage mais primordiale dans la préparation des piluliers réside dans la vérification par le pharmacien. Une fois les piluliers préparés par les ATP, le pharmacien doit le vérifier. A savoir, la conformité des médicaments par rapport à l'étiquette (d'où l'intérêt de

reconnaitre les médicaments). Ainsi que l'étude pharmacologique du dossier au moment de l'exécution initiale de l'ordonnance.

Cette procédure est donc bien différente de ce qui se fait en France. Dans un objectif de santé publique, une telle mesure serait la bienvenue en France. Combien de personnes âgées, polymédicamentées, isolées, servons nous chaque jour dans les officines en France.

Certaines médications peuvent devenir très complexes, et un tel système de distribution faciliterait grandement le quotidien de certaines populations. Parmi les avantages du pilulier:

- **Amélioration de l'observance.** Le pilulier permet une visualisation rapide de chaque horaire d'administration des médicaments. Donc le risque d'une prise double ou d'un oubli de prise est éliminé. La sous ou sur-consommation est facilement décelée
- **Sécurité accrue.** Les médicaments disponibles dans le pilulier le sont pour une durée de 7 jours. L'intoxication, qu'elle soit volontaire ou accidentelle représente une risque plus faible.
- **Optimalisation du traitement.** Le recours au pilulier favorise la fidélité à une seule pharmacie et diminue les risques de duplication thérapeutique ou d'interactions. Il permet au pharmacien de visualiser plus facilement l'ensemble de la médication prise simultanément.
- **Délai dans l'institutionnalisation.** Autant pour le patient que pour la société, il est important de retarder l'entrée en institution. En facilitant la prise du médicament, en favorisant l'observance du traitement et en rassurant le patient et ses proches, le pilulier favorise le maintien à domicile.
- **La diminution des pertes.** Les pertes qu'elles soient reliées à la cessation d'un traitement, le décès du patient, le vol ou la contamination de la médication, sont réduites de façon significative.
- **Répartition plus efficace des responsabilités.** La préparation des médicaments en pilulier, sous la responsabilité du pharmacien, facilite et allège le travail du personnel infirmier. Le pharmacien dispose de l'expertise et du matériel requis pour cette tâche. De plus certaines institutions ne disposent pas de personnel soignant. Dans les familles d'accueil, les établissements pénitentiaires, les pavillons, les garderies des écoles. Le recours au pilulier permet d'améliorer la qualité de la thérapie, en limitant le nombre de médicaments.

Il existe donc de nombreux avantages à ce format de distribution et il paraît dommage que de telles mesures ne soient pas encore appliquées en France. Le vieillissement de la population, la diversification des traitements, sont tout autant de raisons de faciliter les thérapies et d'en améliorer le contrôle.

Par soucis d'objectivité, présentons tout de même les inconvénients, car ils existent pour une telle distribution:

- **Infantilisation du patient.**
- Le recours prématuré à un pilulier peut contribuer à rendre le patient plus **dépendant des professionnels de santé.**
- Risque **d'augmentation de la consommation.** Placer dans un pilulier un médicament prescrit au besoin seulement peut entraîner une prise régulière (un somnifère par exemple).
- **Diminution de la connaissance** des médicaments. Regrouper tous les médicaments dans le même contenant, implique la perte de l'identification individuelle que ce soit pour le patient et le personnel soignant.
- **Absence de fermoir** de sécurité.
- Difficulté d'**étiquetage.**
- **Manipulations accrues.** Augmentation potentielle des erreurs (4 distributions dans un mois au lieu d'une). Et dangers de contamination supplémentaires
- **Déplacement des coûts.**

Il incombe donc aux différents professionnels de santé, d'évaluer correctement chaque situation, afin d'avoir recours à une telle distribution des médicaments. Le strict respect des critères d'attribution d'un pilulier à un patient et de préparation permet déjà d'éliminer de nombreux inconvénients. De plus, le pharmacien devra communiquer avec le patient et ses proches les informations relatives à la médication (forme de feuillet par exemple).

Image 2 : Exemple de dispill:



e) La distribution des médicaments, la dosette

La dosette est plus connue en France que le Dispill qui est une spécificité en Amérique du Nord.

C'est une boîte rectangulaire de 28 compartiments (7 colonnes * 4 rangées).

Ce serait en quelque sorte, l'équivalent des piluliers qui sont vendus en pharmacie, mais qui au Québec sont préparés à la pharmacie. Et non par le patient ou son entourage

Par rapport au Dispill, les compartiments sont tous identiques, non différenciés par une couleur et beaucoup plus rigides.

Au dos de la dosette, on retrouve une feuille annexée qui présente le plan de prise quotidien des médicaments, leurs noms, les dosages, le nombre de renouvellement, les coordonnées de la pharmacie et le nom du prescripteur.

La préparation des dosettes est moins contraignante que celle des Dispill et nécessite moins de matériels.

f) Avantages et inconvénients des systèmes de distribution hebdomadaire

Corriger le contenu d'une dosette est plus facile qu'avec un Dispill. Cela présente des avantages, lorsqu'il y a des modifications dans les prescriptions.

Les dosettes peuvent être de différents formats, et on a donc une plus grosse possibilité d'adaptation pour chaque patient.

Le Dispill est plus souple, facile à utiliser et à usage unique. Les alvéoles détachables et colorées permettent de faciliter la distribution des médicaments par le personnel des résidences.

Les alvéoles sont scellées en pharmacie, puis remises au patient. Les médicaments ne peuvent être égarés, car ils sont dans un contenant propre et scellé. De plus le Dispill, permet de détacher les médicaments pour une journée ou pour une soirée et de pouvoir les transporter avec soi.

Au niveau des inconvénients, la dosette, est moins hygiénique que le Dispill, en effet, la dosette est réutilisée de nombreuses fois. De plus les médicaments sont plus accessibles à des tierces personnes et peut donc comporter plus de risques.

Les Dispills, présentent des inconvénients également. Le volume des alvéoles est limité. Et dans certains cas de polymédication, elle peut s'avérer trop petite. Cela peut entraîner une altération des médicaments par compression et ne facilite pas le travail de vérification du pharmacien

Si un changement de posologie intervient ou si un nouveau médicament est prescrit, il faut recommencer le Dispill en cours de semaine, et c'est assez peu pratique, car le Dispill une fois préparé est scellé. Donc il faut découper, recoller, cela multiplie les manipulations, les risques d'erreurs et les possibles contaminations. L'inconvénient majeur des Dispills, réside surtout dans le temps et l'espace qu'occupe sa préparation.

Cela nécessite parfois un ou deux assistants techniques délégués exclusivement à la préparation des Dispills. Et la vérification de ces derniers par le pharmacien est une activité qui prend beaucoup de temps supplémentaire.

g) Applications des systèmes de distribution hebdomadaire en France

La préparation hebdomadaire des médicaments, présente donc divers avantages et inconvénients. Comme nous le précisons au dessus, de telles mesures doivent être prises, individuellement, au cas par cas, avec chaque patient et il faut choisir la meilleure solution en adéquation avec l'entourage du patient.

Un tel système pourrait être intégré en France. Cela apporterait beaucoup d'avantages et pourrait sécuriser la prise des médicaments pour certaines catégories de personnes.

Les critères devraient être établis et normalisés.

Par contre, à court terme, une telle pratique paraît difficilement concevable. Cela commencerait par une remise en question du système de distribution des médicaments et la mise en place d'une distribution au comprimé près. C'est-à-dire un déconditionnement des spécialités qui seraient alors livrés aux pharmacies dans des contenants adaptés.

Ensuite, la préparation de Dispill, nécessite du matériel, du personnel formé, de l'espace, donc de nombreux investissements qui ne pourront être assumés seuls par les pharmaciens.

De nombreux paramètres sont à mesurer avant d'envisager une telle mesure. Rentabilité? Demande? Population adaptée (système des maisons de retraite différent en France)? Possibilité? Sont autant de questions auxquels il faudra répondre avant de demander aux pharmaciens de s'adapter à de tels projets.

2. L'informatique, le logiciel au service du pharmacien

a) Le dossier patient

Nombreuses sont donc les différences au niveau technique entre la pratique québécoise et française. Abordons maintenant les systèmes informatiques. En France, ils sont multiples. A la faculté de Lille, 13h de cours sont distribuées pour apprendre à les utiliser dans l'UE pratique officinale et environnement (3^{ème} et 4^{ème} année), ainsi que 11 heures en 5^{ème} année dans l'UE 4, organisation et gestion de l'officine.

Soit 24h dédiées à la pratiques des logiciels de gestion d'officine. Afin de se pratiquer aux différents et principaux systèmes utilisés dans les officines en France.

Au Québec, il existe trois principaux logiciels de gestion, (LAB expert, Rx Pro, Mentor). Aucun cours n'est donné à la faculté pour s'y préparer. D'approche facile, c'est l'apprentissage durant les stages qui est privilégié. La majorité des étudiants pratiquent la pharmacie d'officine durant leurs études et peuvent y apprendre l'utilisation de ces logiciels.

D'un point de vue pratique, de par mon expérience au Québec à l'hôpital ou en communautaire, on peut dire que le logiciel informatique est un véritable outil supplémentaire pour le pharmacien. Les logiciels apportent beaucoup à la pratique, et ne sont pas, comme parfois ça peut l'être dans certaines pharmacies en France, un frein au quotidien.

Certains logiciels tendent à s'améliorer en France et participent à faire gagner du temps à l'ensemble du personnel, mais globalement, les logiciels au Québec sont au service du pharmacien et possèdent une longueur d'avance. Présentons le système.

Lors de la présentation d'un nouveau patient à la pharmacie, on crée ce qu'on appelle le dossier patient. On peut y retrouver toutes les informations reliées au patient:

- Les données administratives: Adresse, numéro de téléphone, assurance du médicament (RAMQ//privé), l'occupation (facultatif)
- Les données démographiques: âge, sexe, poids/taille/IMC (si nécessaire), s'il y a une grossesse ou un allaitement
- Les allergies ou intolérances aux médicaments
- Le statut tabagique
- Les pathologies

Les allergies, les intolérances, la grossesse, ou l'allaitement ne sont pas seulement rentrées en commentaire comme on le retrouve parfois dans nos logiciels informatiques. Mais on le retrouve enregistrés réellement dans une catégorie informatique. Prenons un exemple:

De la même manière, chez un patient atteint d'alzheimer, une «pop-up» apparaîtra lors de la prescription d'un anticholinergique.

Dans le cas de pharmaciens remplaçant, ou d'un patient peu connu de la pharmacie. Renseigner ces statuts peut se révéler très utile. En France, cette fonction peut être maintenant utilisée dans certains logiciels, dans ce que l'on appelle le dossier thérapeutique, mais cette fonction est malheureusement sous-utilisée pour le moment. Une telle pratique doit être encouragée.

b) L'étude du profil patient

L'étude du profil patient, est en fait un programme dans le logiciel de la pharmacie qui permet d'analyser la totalité du dossier du patient: les allergies, les pathologies, l'âge, les ordonnances actives, les aliments consommés.

A la suite de cette analyse, il ressort à partir d'une base de données actualisée régulièrement, toutes les interactions par ordre de gravité.

De plus pour chacun des interactions, nous trouvons plusieurs renseignements:

- La description de l'interaction
- L'explication du mécanisme d'action lorsque celui ci est connu
- Les références bibliographiques
- La conduite à tenir
- L'alternative de traitement le cas échéant.

Là où je pense que le logiciel des pharmacies au Québec tire tout son intérêt, réside dans l'historique médicamenteux. En France, l'historique médicamenteux, se présente sous forme d'une liste, établie en fonction du temps et des prescriptions qui s'y ajoutent.

Au Québec, la présentation est différente. Le logiciel est très fonctionnel, et permet d'accéder rapidement à l'ensemble des données enregistrées pour le patient.

Ainsi sur une même page, le sommaire, apparaissent tous les médicaments que le patient prend.

Quand le patient arrive à la pharmacie avec une nouvelle ordonnance. Chaque médicament est rentré dans l'ordinateur par le technicien, associé à la quantité de médicament à délivrer et le nombre de renouvellements associés.

Ainsi lors des futurs renouvellements, il n'y a qu'à sélectionner les médicaments précédemment rentrés, et la facturation est ainsi immédiate. Un renouvellement se retirant du nombre de renouvellements disponibles pour le patient.

Sur la même page, on retrouve donc:

- Le nombre de jours de traitement restant
- Le nombre de renouvellements restant
- La dernière date de délivrance
- La quantité délivrée en nombre de comprimés
- Le numéro d'ordonnance
- Le nom du prescripteur
- Le nom et la concentration du produit
- Le caractère de l'ordonnance (orale ou écrite).

Plusieurs avantages à ce système d'historique médicamenteux:

- On voit tout de suite les médicaments actifs au dossier du patient. On peut donner avec exactitude les traitements que prend un patient de manière régulière.
- On connaît également, les médicaments inactifs, qui ont été pris dans le passé. Et que le patient ne prends plus actuellement. Cette information peut servir dans certains cas d'échecs thérapeutiques par exemple. On sait tout ce qui a été pris par le patient, on peut ajuster en fonction des anciennes thérapies.
- On peut réaliser directement si le patient est observant à sa thérapie ou non. En effet, s'affiche automatiquement, le nombre de jours de traitements restant, ou depuis quand le patient aurait du venir chercher sa médication.

Par exemple: Atorvastatine: -10. signifie que le patient aurait du renouveler son médicament il y a 10 jours.

Cela permet au pharmacien d'investiguer les raisons du retard et d'aider à l'adhésion thérapeutique.

- Ces profils médicamenteux, peuvent être directement envoyés aux hopitaux, lors d'hospitalisations des patients afin de connaître les médicaments qui étaient pris à la maison. En France, dans les hôpitaux, les médicaments prescrits à l'entrée, sont fait sur la base des déclarations du patient. Mais bien souvent il manque des informations.

Comme en France, les logiciels possèdent une base de données. Néanmoins, en France, les bases de données sont souvent simplement constituées des monographies des médicaments. Au Québec, on retrouve dans les bases de données:

- Les mesures non pharmacologiques à suivre
- Les renseignements sur les produits de santé naturels (vitamines, plantes, minéraux)
- Les monographies des médicaments
- Des fiches de bon usage pour chaque médicament ou dispositif médicamenteux.
- Des calendriers à éditer pour la prise des médicaments
- Des alternatives de traitements
- Des tableaux comparatifs (psychotropes, benzodiazépines, IEC, ARA)
- Classement des effets indésirables par fréquence d'apparition et conduite à tenir
- Classement des interactions, conduites à tenir
- Références bibliographiques

Des bases de données, appliquées à la pratique du pharmacien et à son service. Ces bases de données sont fonctionnelles, rapides à être utilisées.

Au final, les logiciels de gestion d'officine au Québec sont bien plus fonctionnels et adaptés à une pratique plus clinique qu'en France. Dans nos officines, certains logiciels deviennent de plus en plus performants, mais les améliorations concernent surtout la gestion économique de l'officine, et peu l'amélioration des paramètres cliniques. Un tel aspect devrait être encouragé.

c) Les étiquettes de posologies

Nous l'avons vu dans la partie sur la distribution des médicaments. Les médicaments sont servis dans des conditionnements indépendants, les Vials. Alors qu'en France, on continue d'écrire sur les boites des médicaments avec parfois plus ou moins de succès: couleur sombre,

peu d'espace, écriture illisible. Au Québec, on produit simplement des étiquettes à l'ordinateur pour chaque médicament.

D'ailleurs, le législateur québécois a produit un règlement à ce sujet. Dans le règlement sur l'étiquetage des médicaments et des poisons, tout pharmacien dans l'exercice de sa profession doit inscrire les renseignements suivants sur l'étiquette identifiant un médicament préparé ou vendu en exécution d'une ordonnance : (73)

- Nom et prénom du patient
- Nom et prénom du prescripteur
- Identification du pharmacie: Nom prénom, adresse et numéro de téléphone du pharmacien propriétaire
- Médicament prescrit:
 - ✓ Date du service et numéro d'ordonnance
 - ✓ Dénomination commune ou commerciale
 - ✓ Quantité et concentration du médicament
 - ✓ Posologie
 - ✓ Mode d'administration du médicament s'il y a lieu
 - ✓ Mode particulier de conservation du médicament s'il y a lieu
 - ✓ Renouvellements autorisés
 - ✓ Précautions particulières s'il y a lieu
 - ✓ Date de péremption du médicament s'il y a lieu

Ainsi de manière claire et précise, le patient peut lire parfaitement les informations nécessaires au bon usage du médicament sur son étiquette. C'est le logiciel informatique qui est connecté à ce système d'étiquette. L'édition se fait directement après enregistrement de l'ordonnance dans le dossier.

Associées à ces étiquettes, on retrouve d'autres bandes collantes, relatives à chaque médicament, portant sur la somnolence possible, l'exposition au soleil déconseillé, de prendre le produit avec de la nourriture.

En France, on commence très doucement à utiliser un tel système. Certaines pharmacies se sont équipées de logiciels, qui parfois s'adaptent sur le logiciel informatique de l'officine. Un tel système permet d'éviter des confusions, ou des informations succinctes ou incomplètes. L'absence d'informations sur le conditionnement est préjudiciable et les erreurs de posologie peuvent y être associées. On devrait favoriser de tels systèmes en France, il n'allonge en rien la

durée de la délivrance. L'édition des étiquettes étant automatiques lorsque la prescription est enregistrée.

Le seul inconvénient est l'investissement financier relié à un tel système. Les programmeurs des logiciels informatiques devraient être invités à intégrer ces systèmes à leurs logiciels.

A travers divers exemples, on a pu percevoir toute l'importance du logiciel informatique à l'officine. De plus en plus l'informatique prend une part importante à l'officine. Plutôt que de voir cela comme une contrainte ou une perte de temps, le logiciel au Québec fait partie intégrante du quotidien du pharmacien et l'aide dans sa pratique quotidienne pour améliorer son service auprès des patients.

3. La facturation et les honoraires des pharmaciens

a) La facturation en directe

Un avantage plus qu'appréciable au Québec, et hautement plus performant en France est relié à la facturation des médicaments.

Lorsque le patient se présente à la pharmacie, il y a deux possibilités. Soit il est assuré RAMQ (gouvernement), il possède donc un numéro d'enregistrement. Soit il est couvert par le privé, et possède de la même manière une carte attestant de sa couverture par l'assurance.

Au moment de la facturation, la pharmacie se met en contact par internet directement avec la régie d'assurance maladie, ou avec le régime privé du patient. Ainsi l'ouverture des droits du patient est consultée au moment même de la facturation.

Si le paiement est accepté par la régie ou l'assurance, le pharmacien a alors la garantie d'être payé. Il en est de même pour le régime privé. (Nous avons vu précédemment, lors de la présentation du régime privé, les différentes situations possibles quant au paiement des médicaments).

En France, la carte vitale a l'inconvénient de ne pas donner l'ouverture des droits de l'assuré en temps réel. Par conséquent, des patients peuvent avoir des droits fermés. Néanmoins, le pharmacien n'ayant pas l'information, la facturation est faite, puis plus tard, le remboursement est refusé par les caisses d'assurance maladie. Le même problème s'applique aussi au tiers-payant et aux nombreux problèmes provoqués avec les remboursements des mutuelles.

Cette activité, est largement chronophage pour les pharmacies en France. Nombreux sont les propriétaires qui sont dégoûtés d'une telle activité. Dans certaines pharmacies, une secrétaire est parfois employée à temps complet pour s'occuper des différents rejets, de mutuelles, de caisse primaires d'assurance maladies.

A l'heure du «tout-internet», du «tout-connecté», il paraît invraisemblable, que l'on n'est pas en France de connexion-en-direct à travers les logiciels informatiques et internet pour informer le pharmacien du paiement ou non des médicaments.

La pharmacie n'est certes pas un commerce comme les autres, mais ça reste néanmoins une entreprise qui se doit d'être rentable.

Le temps perdu lié aux remboursement des médicaments et au traitement des rejets des assurances maladies, pourrait être passé à réaliser d'autres activités diverses et variées, liées à la promotion de la santé.

Au Québec, le pharmacien a la certitude d'être payé au moment même de la délivrance, soit directement par le patient si ses droits ne sont pas couverts ou si son assurance ne fait pas l'avance des frais. Soit par les organismes payeurs qui acceptent en direct, le paiement.

b) La rémunération des pharmaciens

Au Québec, le prix de vente d'un médicament se divise en 3 éléments. Le prix coutant du fabricant, la marge bénéficiaire du grossiste et l'honoraire du pharmacien.

Le coût d'achats des médicaments sur ordonnance vendus au Québec est négocié par le gouvernement. Toutes les pharmacies achètent les médicaments inscrits sur la liste obligatoire du Québec au même prix, peu importe le volume d'achats. Ainsi, une pharmacie à grande surface paie les médicaments au même prix qu'une petite pharmacie de clinique.

Ensuite le gouvernement détermine également le montant d'honoraires (8.12\$ par médicament) et la marge de profit maximal (6% plafonné à 24\$) facturés aux assurés du régime public. C'est pourquoi les montants qui sont réclamés d'une pharmacie à une autre varie peu.

Par contre, concernant les honoraires et la marge de profit. Il peut y avoir des différences entre les assurés du public et ceux de régime d'assurance collective (privé), car ils ne sont pas négociés par le gouvernement et sont soumis à la libre concurrence entre les pharmacies.

C'est pourquoi, et cela porte parfois à polémique, d'une pharmacie à une autre, les montants exigés aux patients bénéficiant d'un régime privé peuvent différer. Les honoraires peuvent ainsi varier entre 8 et 40\$ (souvent reliés aux prix des médicaments). Dans l'ensemble donc, le prix des médicaments est plus élevé dans le privé que dans le public.

Selon Normand Cadieux, vice président et directeur général de l'AQPP (association québécoise des pharmaciens propriétaires, cela se justifie simplement. (77)

«Une pharmacie qui a une clientèle composée presque seulement d'assurés de la RAMQ, dégage une marge bénéficiaire brute de 23%. C'est très peu dans le commerce de détail. Une pharmacie qui aurait une clientèle essentiellement d'assurés privés, aurait une marge de 30 à 33%. Plus en ligne avec les coûts d'exploitation réels»

En terme économique, quelles différences?

Prenons un médicament coûtant 10 euros

- En France: 0,53 centimes par boîte + 26,1% du médicament (car son prix se comprend entre 0 et 22euro90). (47)
Soit 3,14 euros
- Au Québec: 10 euros= 14 dollars, 8.12\$ d'honoraire et 6% de marge= 0.84 dollars
Soit 8.96\$= 6,39 euros

A un tel niveau, le système québécois est plus avantageux. Néanmoins en France, si l'on sert plusieurs boîtes, la marge s'effectuera sur chaque boîte de médicament. Donc le système peut paraître plus avantageux. Car l'honoraire pour le pharmacien québécois ne s'appliquera qu'une fois, peu importe la quantité de médicaments délivrées.

Maintenant raisonnons avec plus de jugements cliniques. En France, la marge des pharmaciens se base directement sur le prix du médicament. Donc plus un pharmacien vendra de boîtes de médicaments, plus sa marge augmentera directement. (marge dégressive lissée)

En termes de santé, un tel raisonnement est d'une incohérence incroyable. La rétribution devrait être plus juste et équitable en fonction des services rendus.

Ce sujet est d'actualité en France. L'IGAS en juin 2011 a ainsi recommandé un honoraire de dispensation pour remplacer la marge sur les médicaments. Le rapport propose de «faire évoluer la rémunération de la dispensation, en concertation avec la profession, vers un honoraire de dispensation combinant trois paramètres: l'ordonnance, la ligne de prescription et la nature du médicament».

De plus les pharmaciens pourraient également être rémunérés pour leurs interventions auprès des médecins, lors du contrôle des ordonnances et pour les services qu'ils assureraient auprès des patients, comme la dispensation à domicile ou la préparation des doses à administrer. De telles mesures vont dans le sens d'une rémunération plus juste.

Une réforme, consisterait à décomposer la rémunération des pharmaciens en: (93)

- Une marge économique qui reste liée au prix d'usine du médicament et qui couvre les charges inhérentes à l'activité économique du pharmacien

- Des honoraires qui constituent la rémunération des soins pharmaceutiques de base et spécifiques et qui sont des montants fixes.

Cela aurait pour but:

- De mettre fin, pour des raisons économiques, à l'érosion de la marge
- De revaloriser le rôle du pharmacien vis à vis du patient, en liaison avec une reconnaissance accrue du suivi pharmaceutique de qualité comme exercé par les pharmaciens.

Dans les textes, un tel système paraît plus censé, plus logique et revalorise le rôle du pharmacien. Dans les faits, une telle mise en place sera délicate. La situation économique des officines est plus difficile actuellement, les petites pharmacies ont plus de difficulté à maintenir leur trésorerie à flots. Une telle politique doit donc se faire pour des raisons de bons sens, et de rémunération adaptée à la pratique, mais pas pour des simples raisons de coupes budgétaires et d'économies.

III. La pratique clinique de la pharmacie d'officine

A. Les soins pharmaceutiques

1. L'évolution vers les soins pharmaceutiques

a) Les changements démographiques

C'est dans les années 1990, que l'on a commencé à parler de soins pharmaceutiques au Québec. Avant ça, ce sont de nombreux facteurs, aussi bien à l'intérieur qu'à l'extérieur de la profession, qui ont favorisé une actualisation de la pratique de la pharmacie. Parmi ces facteurs principaux, les nombreux changements démographiques. Dans les années 1970, 8% de la population avait plus de 65 ans, en 1990 10%, et il était estimé que dans les années 2000, ce pourcentage grimperait à 17% (94)

En réalité, en 2001, ce chiffre était à 13%. Les groupes d'âge appartenant aux générations du babyboom demeurent les plus nombreux dans l'ensemble de la population et, selon l'évolution prévisible, ils vont le demeurer jusqu'à un âge avancé. (95)

Cependant, à cette époque, l'accroissement de la longévité, plus prononcé chez les femmes que chez les hommes, ne s'accompagnait pas d'une diminution identique de la morbidité. Il était donc prévu que la demande en soins de santé irait en augmentant au cours de la prochaine décennie. De plus, cette population était de plus en plus informée, scolarisée et organisée, et réclamait les soins que les médias leur présentaient comme disponible à tous et pour tous. (96)

b) L'évolution de la pharmacothérapie

A cette même époque, les développements en pharmacothérapie avaient permis d'obtenir de grands succès thérapeutiques. Des maladies comme le diabète, la tuberculose, ont été contrôlées, grâce à l'insuline ou la mise au point d'anti-infectieux.

Plus tard, c'est le traitement des ulcères gastriques et duodénaux, qui à l'époque nécessitaient des chirurgies du tube digestif, qui étaient pris en charge par les antagonistes des récepteurs H2 de l'histamine. La cyclosporine permettait de réaliser de vastes greffes d'organes et les agents thrombolytiques révolutionnaient le traitement de l'infarctus du myocarde (source).

La découverte de nouvelles méthodes de fabrication (par exemple, les biotechnologies), ou d'administration des médicaments (timbres, implants ..) prenaient plus d'ampleur. Et des nouveaux médicaments comme les anticorps monoclonaux prenaient une place dans les thérapies, de plus en plus importante.

De plus, le mécanisme d'action des médicaments dans l'organisme était mieux connu et les médicaments étaient alors utilisés plus sûrement et efficacement. La pharmacocinétique devenait une véritable science et le pharmacien était amené à l'utiliser quotidiennement dans sa pratique. Les interactions entre les médicaments et leurs effets indésirables étaient mieux gérés, prévus, et atténués. Les règles d'utilisation des médicaments étaient précises, et engendraient une utilisation au bon escient et au meilleur rapport coût avantage.

Associés à ces changements dans la pharmacothérapie, il y a eu de nombreux développements technologiques. A savoir entre autres, des outils pour avoir rapidement accès aux milliers d'informations publiées chaque année sur la pharmacothérapie, les dossiers patients, l'organisation de la distribution des médicaments, la détection des interactions entre médicaments, la localisation de l'information thérapeutique...

c) Les changements législatifs et la conceptualisation de la pratique de la profession

Dès 1981, des modifications apportées à la loi sur les services de santé et les services sociaux, intégraient le pharmacien au conseil des médecins, dentistes et maintenant pharmaciens. La réglementation adoptée en vertu de cette Loi, donnait au pharmacien de nombreuses responsabilités importantes en regard notamment des règles d'utilisation des médicaments. La législation qui encadrait la pratique de la pharmacie en établissement de santé a confirmé l'évolution rapide du rôle du pharmacien.

En 1991, les dernières modification à cette loi, confirmaient l'importance du rôle clinicien du pharmacien, par la création du «département clinique» de pharmacie.

Ainsi dans la fin des années 1980-début 1990, les pharmaciens et l'OPQ consacrèrent beaucoup d'énergie pour redéfinir leur rôle. En 1989, l'OPQ a adopté un énoncé de mission. Cet énoncé définissait le pharmacien comme conseiller d'usage et consultant auprès des professionnels de la santé quant à l'utilisation sûre et efficace des médicaments. Le concept de «soins pharmaceutiques» commençait à être développé. Ils étaient définis comme suit:

«L'ensemble des actes² et services³ que le pharmacien doit procurer à un patient, afin d'améliorer sa qualité de vie par l'atteinte d'objectifs pharmacothérapeutiques de nature préventive, curative ou palliative».

Par la suite, l'avènement de la Loi modifiant l'Article 17 de la Loi sur la pharmacie (88) a confirmé la responsabilité du pharmacien de «surveiller la thérapie médicamenteuse» du patient. C'est l'élément clé dans la dispensation des soins pharmaceutiques, c'est la surveillance de la pharmacothérapie du patient. C'est le pharmacien qui s'engage auprès du patient à assurer que sa pharmacothérapie soit appropriée et sécuritaire. Implicitement, cela sous entend pour le pharmacien de favoriser la collaboration interprofessionnelle avec les autres professionnels de santé.

Associé à un changement de pratique des pharmaciens. Le programme de formation nécessitait d'être revu également. En 1993 à Montréal et en 1994 à Québec, les programmes d'études de premier cycle furent révisés. Le programme de maîtrise en pharmacie d'hôpital remplaça le programme de certificat délivré au début des années soixante. Puis en 2007, une nouvelle refonte des programmes, avec le pharm. D. à Montréal, débuté en 2011 à Québec.

Conformément au principe des soins pharmaceutiques, le champ d'exercice du pharmacien fut orienté vers l'atteinte des objectifs de la pharmacothérapie et donc vers le patient. Cela consiste notamment, à évaluer et assurer l'usage approprié des médicaments, afin de détecter et de prévenir les PRP.

L'offre de soins pharmaceutiques peut se faire à tout moment, à la première exécution d'une ordonnance ou lors de son renouvellement, lors d'une consultation, ou toute autre interaction avec le patient. Le pharmacien interagit, avec l'accord du patient, avec tous ceux qui peuvent influencer les résultats de la thérapie. (Les aidants naturels, les professionnels de santé impliqués auprès des patients).

² Actes: toute décision ou action découlant du jugement du pharmacien visant à identifier, prévenir, résoudre un problème, ou combler un besoin relié à la pharmacothérapie d'un patient (Référence: Ducharme,P: Parent,M: Winslade, N. 1994)

³ Services: toute activité pharmaceutique de support requise par un pharmacien pour résoudre un problème ou combler un besoin relié à la pharmacothérapie d'un patient (Référence: Ducharme,P: Parent,M: Winslade, N. 1994)

Donc les soins pharmaceutiques peuvent s'appliquer dans tous les contextes de pratique. Le pharmacien doit s'assurer, avant de prendre en charge le patient et sa pharmacothérapie, de posséder l'expertise nécessaire en tenant compte des limites de ses connaissances et/ou aptitudes.

Les grandes étapes d'un processus de soins pharmaceutiques sont l'évaluation, l'élaboration du plan de soins et le suivi. (97))

2. Les problèmes reliés à la pharmacothérapie (PRP)

a) L'identification

L'identification des problèmes reliés à la pharmacothérapie (PRP) constitue une étape cruciale de la dispensation de soins pharmaceutiques. En révisant préalablement le dossier patient et par l'analyse de toutes les informations collectées, elle doit être réalisée:

- A chaque nouvelle ordonnance
- Au renouvellement
- A la cessation d'une ordonnance
- A l'ajustement de la thérapie
- Lors d'une demande d'information relative au patient

b) L'évaluation

Il est du rôle du pharmacien de s'assurer que les médicaments prescrits sont appropriés, efficaces, sécuritaires et que le patient consent à les prendre. Ceci afin de déterminer si les besoins pharmacothérapeutiques du patient sont satisfaits. Il existe plusieurs méthodes systématiques d'analyse. On peut citer par exemple:

La grille d'évaluation des besoins pharmacothérapeutiques

Tableau 10: The pharmacotherapy workup
(97-98)

Evaluation des besoins pharmacothérapeutiques	
Questions	Sources d'information
Est-ce que tous les médicaments du patient sont indiqués?	Données recueillies
Est-ce que le patient a besoin de médicaments additionnels?	Données recueillies

Evaluation des besoins pharmacothérapeutiques	
Est-ce que tous les médicaments sont les plus efficaces possible dans les conditions?	Données recueillies
Est-ce que tous les médicaments sont utilisés à la dose appropriée pour atteindre le but recherché	Données recueillies
Est-ce que tous les médicaments causent des réactions indésirables?	Données recueillies
Est ce que les médicaments sont utilisés de façon excessive et causent des toxicités?	Données recueillies
Est-ce que le patient prend tous ses médicaments de façon appropriée pour atteindre le but recherché?	Comportement du patient

Le modèle en 4 questions

Tableau 11: Le modèle en 4 questions

Référence: 99

1	Le patient a-t'il besoin d'un médicament? Pourquoi ce patient se présente-t-il avec une ordonnance? Son état requiert-il un médicament? Un médicament peut-il être la cause de ses problèmes actuels? (interaction, effet secondaire, inefficacité, dose inadéquate, inobservance, etc..)
2	L'ordonnance est-elle correcte? L'ordonnance est-elle valide L'ordonnance est-elle la meilleure option possible? Le produit choisi est-il approprié? La posologie est-elle correcte? Le moment de prise du médicament est-il adéquat? Manque-t'il un médicament au traitement?
3	Le patient peut-il utiliser le produit? Peut-il maîtriser le mode d'administration du produit? L'horaire de prise du médicament lui convient-il?

4	L'ordonnance est-elle compatible avec le dossier? Y-a-t'il un risque d'interaction significatif? Le patient est-il allergique au produit? Le produit fait-il double emploi avec un autre? Le dossier présente-t'il une contre-indication à l'utilisation du produit? Le médicament est-il compatible avec l'état du patient? (grossesse allaitement).
---	--

Ainsi après avoir constaté l'état du patient et analysé les informations dont il dispose, le pharmacien doit évaluer le caractère d'urgence de la situation. Dans une mesure d'urgence, il peut nécessiter de préparer un médicament immédiatement et de le fournir au patient le plus rapidement possible (urgence, ou «stat»). Si le pharmacien n'est pas en mesure de rendre le service, il doit diriger le patient vers d'autres professionnels.

Comme explicité précédemment, le pharmacien doit posséder l'expertise et l'information nécessaire pour exercer ses activités (101). Le pharmacien doit déterminer si les besoins pharmacothérapeutiques du patient dépassent ses capacités d'action et si ce dernier doit être dirigé ou référé vers une autre ressource.

Par exemple: Un patient avec une tension élevée répétée plusieurs fois, et ne prenant pas d'anti-hypertenseurs.

c) Validation de l'information

Après avoir collecté toutes ces informations, identifier les renseignements manquants et entrepris les démarches nécessaires pour les obtenir ou les préciser, le pharmacien doit:

- Valider l'ordonnance
- Evaluer et interpréter les informations concernant l'état de santé du patient, y compris les éléments de l'évaluation physique et les analyses de laboratoire
- Utiliser les calculs pharmaceutiques et pharmacocinétiques appropriés.
- Dans une situation inhabituelle ou plus complexe, le pharmacien doit consulter des sources de documentation additionnelles, afin de s'assurer de bien identifier tous les PRP.

Pour ce faire, il peut utiliser, le réseau internet pour trouver rapidement une information sur un médicament. Contacter un collègue spécialisé (par exemple un pharmacien dans un centre de traitement du cancer pour s'informer des effets indésirables potentiels d'une nouvelle chimiothérapie). Contacter une compagnie pharmaceutique pour s'informer si une interaction médicamenteuse potentielle a été rapportée sur un produit.

A partir de l'information recueillie et de l'analyse systématique effectuée. Le pharmacien identifie pour ce patient la présence ou non de PRP. Le PRP est la conséquence d'un besoin pharmacothérapeutique.

Un PRP est un évènement ou une circonstance impliquant un traitement qui interfère réellement ou potentiellement avec les objectifs thérapeutiques établis pour le patient. Il existe diverses classifications qui comportent entre 6 et 10 PRP. La plus connue est celle de Hepler et Strand: pour chaque patient, il s'agit de s'interroger selon les items suivants:

1. Le patient a besoin d'une pharmacothérapie, mais ne la reçoit pas
2. Le patient prend un médicament autre que celui qu'il lui faut
3. Le patient reçoit une dose trop faible
4. Le patient ne prend pas le médicament prescrit
5. Le patient reçoit une dose trop forte
6. Le patiente présente une réaction indésirable
7. Le patient subit une interaction-médicament-médicament/aliment
8. Le patient reçoit un médicament sans indication médicale valable

(102)

Cette classification fut révisée en 2004 par Cipolle, Strand et Morley (103). L'ordre des pharmaciens dans son guide: *fournir des soins pharmaceutiques* (104), présentent ainsi avec des exemples la classification des catégories de PRP. L'interaction médicamenteuse, anciennement décrite comme un PRP est maintenant décrite comme incluse dans les PRP 4-5-6 puisque l'interaction médicamenteuse peut être impliquée dans toutes ces situations.

Tableau 12: classification des catégories de PRP

Description des catégories de PRP			Exemples
1	Médicament non nécessaire car sans indication pour le patient	Indication du médicament	<i>Patient prenant 3 laxatifs différents pour traiter sa constipation</i>
2	Médicament additionnel nécessaire pour traiter ou prévenir une condition médicale du patient		<i>Patient à haut risque de contracter une pneumonie et requiert l'administration du vaccin anti-pneumocoque Patient ayant subi un infarctus du myocarde et ne recevant pas d'aspirine</i>
3	Médicament non efficace pour atteindre le but recherché	Efficacité du médicament	<i>Patient reçoit du dimenhydrinate pour traiter les vomissements secondaires à une chimiothérapie à base de cisplatine</i>
4	Dose du médicament trop basse pour atteindre le but recherché		<i>Patient diabétique recevant 5mg de glyburide par jour et ne présentant pas un contrôle adéquat de sa glycémie</i>
5	Médicament causant une réaction indésirable chez le patient	Sécurité du médicament	<i>Patient avec allergie documentée à la pénicilline, recevant une ordonnance d'amoxicilline</i>
6	Dose du médicament trop élevée causant de la toxicité chez le patient		<i>Patient prend 1000mg d'acetaminophène aux 4h depuis 3jours.</i>
7	Le patient est incapable de prendre son médicament de façon appropriée	Observance du patient à sa thérapie	<i>Patient ne comprend pas le besoin de terminer au complet son traitement antibiotique</i>

3. Les plans de soins et les SOAP

a) Les plans de soins

L'intérêt d'un plan de soins est d'organiser le travail à effectuer pour atteindre les objectifs pharmacothérapeutiques recherchés. Le pharmacien l'élabore conjointement avec le patient, les aidants naturels, et/ou les autres professionnels de santé impliqués auprès du patient. En plus d'y documenter les PRP identifiés, il doit remplir différentes obligations:

➡ Assigner un ordre de priorité aux PRP

Après avoir collecté l'information, à savoir les besoins exprimés par le patient, les problèmes identifiés et analysé la situation. Le pharmacien doit définir un ordre de priorité aux PRP identifiés.

C'est une étape primordiale car environ 85% des patients présentent plus d'un problème relié à la pharmacothérapie et 29% ont 5 ou plus PRP. (104 et 105).

En collaboration avec le patient, le pharmacien doit donc hiérarchiser les PRP:

- PRP devant être résolus ou prévenus immédiatement et lesquels peuvent attendre
- PRP pouvant être résolus directement avec le patient
- PRP nécessitant l'intervention d'un tiers (aidant naturel, autre professionnel de la santé impliqué auprès du patient)

➡ Établir les objectifs pharmacothérapeutiques visés par le plan de soins pharmaceutiques

Il incombe au pharmacien de vérifier que les objectifs déterminés avec le médecin traitant soient réalistes, cohérents et reliés aux besoins implicites du patient.

➡ Établir un échéancier pour chaque objectif thérapeutique

Ceci pour favoriser le suivi de l'atteinte des objectifs. Le pharmacien en collaboration avec le patient et le médecin traitant fixe un objectif réaliste pour chaque objectif.

➡ Déterminer les solutions possibles et choisir avec le patient, celle qui est préférable en fonction des caractéristiques et du contexte

Le pharmacien convient avec le patient, des interventions les plus pertinentes à appliquer dans le plan de soins.

Dans cet objectif, la démarche du pharmacien est la suivante:

- Justifier ses arguments auprès du patient, pour qu'il adhère au traitement qui lui convient le mieux. Le patient doit comprendre pourquoi une forme de traitement est préférable à une autre.
- Evaluer les différentes alternatives pharmacothérapeutiques. Que ce soit les mesures pharmacologiques et non pharmacologiques. Tout en relevant les avantages et inconvénients de chaque traitement. Par exemple, expliquer à un patient insomniaque les mesures d'hygiène du sommeil
- Identifier le traitement en fonction de son efficacité, de son profil sécuritaire et des considérations humaines, financières (le patient possède-t'il une assurance?) et socio-économiques
- Utiliser l'«evidence based medecine», c'est à dire, identifier les médicaments en utilisant si nécessaire les études de bioéquivalence, de biodisponibilité, de pharmacoéconomie et des soins médicaux fondés sur les preuves
- Vérifier la dose, la fréquence d'administration, la voie d'administration, la forme thérapeutique et l'emballage en fonction des caractéristiques du patient, de la maladie et des standards de pratique.
- Suggérer régulièrement l'utilisation de différents dispositifs facilitant l'usage approprié des médicaments selon la condition du patient (ex pilulier hebdomadaire)
- Identifier et référer le patient aux différentes personnes ressources, pour assurer la continuité des soins.

➡ Planifier le suivi à effectuer pour s'assurer d'obtenir les résultats recherchés

C'est un des rôles du pharmacien au Québec de surveiller l'efficacité et la sécurité de la thérapie. Il doit donc en fonction des situations identifier les paramètres observables ou indicateurs mesurables pour une telle responsabilité. (104)

Le pharmacien doit donc préciser au patient, quels éléments seront suivis pour évaluer le traitement:

- L'efficacité du traitement (par exemple: valeur de tension artérielle, de glycémie, présence de douleurs, disparition des symptômes)
- Le profil sécuritaire du traitement (effets indésirables, risques d'erreurs médicamenteuses)
- L'observance au traitement

Le suivi doit être adapté au besoin du patient et répondre à 4 questions:

- Qui fera le suivi? Patient, pharmacien, médecin..
- Quoi? Ce qui doit être mesuré
- Comment?
- Quand? (dans 24-48-72h? 2 semaines? 1 mois?)

➡ Consigner le plan de soins pharmaceutiques

Les interventions du pharmacien sont consignées dans le dossier patient (papier ou informatique). La consignation est essentielle. Elle permet d'assurer des soins coordonnés et efficaces. Cela permet également d'informer les collègues et assurer une continuité des soins.

On évite ainsi la duplication des interventions, tout en assurant que les collègues de travail porteront une attention spéciale à un problème particulier.

➡ Appliquer le plan de soins pharmaceutiques

Il est évident que le plan de soins ne s'arrête pas au simple plan théorique. Le pharmacien doit entreprendre les actions nécessaires pour résoudre les problèmes reliés à la pharmacothérapie. (PRP). Et ainsi aboutir aux objectifs pharmacothérapeutiques. Parmi toutes ces actions le pharmacien peut ainsi:

- Recommander les mesures non pharmacologiques appropriées
- Prescrire les médicaments requis selon la législation (contraception orale d'urgence)
- Recommander un médicament ou un instrument médical (ex: thermomètre, sphygmomanomètre)
- Initier ou ajuster, selon une ordonnance individuelle ou collective, la thérapie médicamenteuse.
- Remettre au patient le médicament dont il a besoin
- Transmettre au patient, les informations pertinentes à la réalisation du plan de soins.
- Diriger le patient auprès d'autres professionnels de santé

- Effectuer la déclaration de réactions indésirables aux organismes appropriés.
- Intervenir verbalement ou par écrit auprès du prescripteur. (opinion ou refus, voir partie suivante).

➡ Effectuer le suivi des soins

L'objectif du suivi est de s'assurer que les résultats sont obtenus. On vérifie que la pharmacothérapie est efficace et sécuritaire. Que le patient est observant à sa thérapie. Le plan de soins est un processus dynamique et il doit être régulièrement réévalué.

Le système de surveillance du pharmacien se doit d'être efficient. Au besoin, le pharmacien peut prévoir une consultation avec le patient, afin d'apporter les correctifs nécessaires et modifier le plan de soins au besoin:

- L'atteinte des objectifs pharmacothérapeutiques
- L'apparition des effets indésirables
- Les problèmes d'inobservance
- L'apparition de nouveaux PRP

Ainsi s'achève la présentation de l'élaboration du plan de soins, de la collecte initiale d'informations au suivi du patient.

On le voit, une telle pratique de la pharmacie est bien différente de celle qui se réalise en France. Les pharmaciens au Québec, ont su saisir l'opportunité dans les années 1990, de s'impliquer plus amplement dans les équipes de soins et d'y être pleinement intégré.

De tels changements, passent d'abord, par une modification des pratiques en milieu hospitalier, puis à l'adaptation au milieu communautaire.

En France, dans certains hôpitaux, le pharmacien commence à prendre une place plus importante dans les services. Par exemple, on a pu voir dans certains hôpitaux des pharmaciens décider de la thérapie antibiotique pour un patient en fonction de ces résultats antibiogrammes, des spectres d'action des antibiotiques, et des résistances actuelles.

Légalement, nous l'avons vu précédemment, les responsabilités des pharmaciens français et québécois sont bien différentes.

Les conditions démographiques au Québec, ont favorisé l'implantation du pharmacien dans la prise en charge du patient et la reconnaissance de son expertise. Ils ont su adapter leur pratique de pharmacien et la formation des étudiants pour s'adapter à de nouvelles responsabilités.

Nous aurons l'occasion dans la conclusion d'apporter humblement quelques idées, solutions, synthétisant l'ensemble de cette thèse pour favoriser l'utilisation des soins pharmaceutiques en France.

b) Les soins pharmaceutiques à l'université

Après avoir présenté toute la théorie reliée à l'élaboration d'un plan de soins, nous allons présenter un plan de soins reliés à un cas de sinusite. Comme je l'ai expliqué dans l'introduction, j'ai eu la chance de pouvoir réaliser une année d'études au Québec. De plus, cette année là, était l'année des soins pharmaceutiques au Québec (anciennement le baccalauréat en pharmacie).

De par ce fait, j'ai pu bénéficier de l'essentiel de la formation sur la pharmacothérapie, la gestion des PRP, l'élaboration des plans de soins, des SOAP. Dans cette partie, je vais vous présenter un cas et un plan de soins sur la sinusite. Ce cours, nous l'avons reçu par Karine Cloutier pharmacienne au centre mère-enfant du CHUL (Québec) et professeur associée à l'université Laval. C'est donc l'occasion dans cette partie de développer un plan de soins, et de prendre connaissance de l'organisation des cours au Québec

L'année des soins pharmaceutiques est divisée en 6 cours. Chaque cours dure entre 4 et 6 semaines et porte un thème général. Chaque semaine était constituée d'environ 12h en classe. Les cours étaient composés de présentation de cas en mode interactif.

Généralement, une semaine avant la présentation de la pharmacothérapie, un expert venait présenter brièvement, de manière magistrale la pathologie étudiée. Cette partie pouvait souvent être présenté par un médecin ou un pharmacien.

Puis, deux groupes d'étudiants (8 à 10) étaient amenés à présenter deux cas différents relatifs à la pathologie étudiée cette journée là. Puis lors de la dernière heure, un expert dans cette pathologie (un pharmacien communautaire spécialisé, ou plus généralement un pharmacien hospitalier spécialisé) effectuait un retour sur les cas, et présenter la pharmacothérapie associée à la pathologie présentée. Chaque journée était associée à une pathologie différente. En plus de cela, les équipes devaient pour chaque journée préparer des plans de soins ou des SOAP qui étaient remis au professeur. Les travaux étaient réalisées sur la base de recherche bibliographiques, de revue scientifique. Le plan de soins devait ainsi faire référence à des sources fiables scientifiques.

A titre d'exemple lors du premier cours de 5 semaines, de soins pharmaceutiques, il nous fut présenter: l'acné, la gale, la pédiculose, les infections fongiques, les infections urinaires, les

infections des voies respiratoires supérieures, les otites moyennes aiguës, la pharyngite bactérienne et la rhinite.

Les objectifs étaient multiples:

- Comprendre la démarche clinique des soins pharmaceutiques et l'appliquer à la résolution de PRP
- Simuler la prise de décisions professionnelles, et ainsi préparer concrètement l'étudiant à sa future pratique
- Apprendre à travailler en groupe et favoriser le travail interdisciplinaire
- Acquérir les connaissances nécessaires en pharmacothérapie
- Apprendre à lire la littérature scientifique, se procurer les bons articles. Et ainsi maintenir sa formation continue dans le futur.

c) Plans de soins sur la sinusite bactérienne:

Cas du patient:

Gabrielle Côté se présente à votre pharmacie avec une nouvelle ordonnance :

- Amoxicilline 500 mg PO q8h X 10 jours

Elle se présente au comptoir avec de la vitamine C pour diminuer la fréquence de ses rhumes et de ses sinusites.

Caractéristiques de la patiente

- ☐ 17 ans (DN : 12 mai 1992)
- ☐ 50 kg

Histoire actuelle

- ☐ Elle a des écoulements nasaux et de la congestion nasale depuis environ 10 jours. La semaine dernière, elle a développé des douleurs et des sensations de pression faciale et ses écoulements nasaux sont devenus plus colorés. Elle est allée consulter son médecin ce matin qui lui a dit qu'elle a probablement une sinusite et qui lui a fait une ordonnance d'amoxicilline.

Antécédents médicaux

- ☐ Sinusites à répétition (dernier épisode le mois dernier → traité avec amoxicilline)
- ☐ Acné

Signes vitaux

- ☐ Tension artérielle : 109/69 mm Hg

- ☐ Fréquence cardiaque : 68 /min
- ☐ Fréquence respiratoire : 14 /min
- ☐ Température buccale : 37,3 °C

Médicaments actuels

- ☐ Cyclen 21®, 1 comprimé PO DIE en continue pendant 3 mois
- ☐ Peroxyde de benzoyl 5% (Benzagel→□), application topique sur le visage HS
- ☐ Acétaminophène (=paracétamol en France) 325 mg, 2 comprimés PO prn (au besoin) si douleurs faciales

Allergie et intolérance médicamenteuse

- ☐ Aucune connue

Habitudes

- ☐ Alcool à l'occasion
- ☐ Pas de tabac ou drogue

Contexte social

- ☐ Étudiante en sciences humaines au collégial

Le plan de soins

■Les PRP:

1. Gabrielle reçoit un médicament autre que celui qu'il lui faut
 - L'amoxicilline n'est pas un choix approprié pour le traitement de la sinusite bactérienne de Gabrielle puisqu'elle a reçu un traitement antibiotique il y a moins de 3 mois donc elle est à risque de résistance bactérienne.
2. Gabrielle a besoin d'une pharmacothérapie, mais ne la reçoit pas
 - Gabrielle pourrait bénéficier d'un décongestionnant pour soulager sa congestion nasale.
3. Gabrielle subit une interaction entre médicaments (antibiotique et contraceptifs oraux combinés (Alesse 21®))
 - La prise d'antibiotique peut théoriquement diminuer l'effet des contraceptifs oraux.

4. Gabrielle prend un médicament sans indication valable

- Il n'y a pas d'évidence de l'efficacité de la vitamine C pour diminuer la fréquence des épisodes de rhume dans la population générale.

■ Les objectifs cliniques et pharmacothérapeutiques

1. Diminuer la sévérité et la durée des signes et symptômes de sinusite bactérienne (fièvre, congestion, écoulements nasaux, douleurs et sensations de pressions faciales)
2. Éradiquer la bactérie responsable de l'infection
3. Rétablir un environnement nasal normal (hydratation, ↓ viscosité du mucus et ↓ inflammation)
4. Prévenir le développement de résistance bactérienne
5. Prévenir les complications reliées à la sinusite bactérienne

■ Les solutions possibles et le suivi à effectuer:

Traitement antibiotique

- Amoxicilline/acide clavulanique:

Cet antibiotique est un choix de 2^{ème} intention pour les patients ayant reçu une antibiothérapie dans les 3 derniers mois. Ses principaux effets indésirables sont les nausées, les vomissements et les diarrhées. L'incidence de diarrhée est diminuée lorsque la dose d'acide clavulanique est de moins de 10 mg/kg par jour. L'amoxicilline/acide clavulanique a peu d'interactions médicamenteuses cliniquement significatives et coûte environ 20\$ pour 10 jours de traitement.

- Céphalosporine de 2^{ème} génération (cefprozil ou céfuroxime axétil):

Ces antibiotiques sont un choix de 2^{ème} intention pour le traitement de la sinusite bactérienne chez les patients ayant reçu une antibiothérapie dans les 3 derniers mois. Ses principaux effets indésirables sont les nausées, les vomissements et les diarrhées et ils peuvent augmenter les enzymes hépatiques (rare). Les céphalosporines ont peu d'interactions médicamenteuses significatives. Le céfuroxime axétil doit être pris en mangeant pour augmenter son absorption. Le coût pour un traitement de céfuroxime axétil pour 7 jours est d'environ 14\$ et le coût pour un traitement de cefprozil de 10 jours est d'environ 30 à 60\$ (En fonction de la dose).

- Macrolides (azithromycine, clarithromycine):

Ces antibiotiques sont un choix de 2^{ème} intention pour le traitement de la sinusite bactérienne chez les patients reçu une antibiothérapie dans les 3 derniers mois. Leurs principaux effets indésirables sont les nausées, les vomissements et les diarrhées. La clarithromycine peut également entraîner une altération du goût. Ils peuvent augmenter l'intervalle QT (rarement) et donc augmenter le risque de torsades de pointes. Ils ont plusieurs interactions médicamenteuses cliniquement significatives (particulièrement la clarithromycine qui est un inhibiteur du CYP3A4). Le coût pour un traitement de clarithromycine de 14 jours est d'environ 70 à 85\$ et celui pour un traitement d'azithromycine de 5 jours est d'environ 15 à 20\$.

- Fluoroquinolones (lévofloxacin ou moxifloxacin)

Ces antibiotiques sont des choix de 2^{ème} intention pour le traitement de la sinusite bactérienne chez les patients ayant reçu une antibiothérapie dans les 3 derniers mois. Leurs principaux effets indésirables sont les nausées, les vomissements, les diarrhées et la photosensibilité. Rarement, ils peuvent également augmenter l'intervalle QT (et donc augmenter le risque de torsades de pointes) ou causer des arthropathies et des ruptures de tendons. Ils ont quelques interactions cliniquement significatives dont une diminution de leur absorption lorsqu'ils sont administrés avec des médicaments, des suppléments ou de la nourriture contenant des cations multivalents (Al, Ca, Fe, Mg). Le coût pour un traitement de lévofloxacin de 10 jours est d'environ 35 à 50\$ et celui pour 7 jours de moxifloxacin est d'environ 35\$.

Suivi à effectuer pour le traitement antibiotique

- Appeler Gabrielle dans 72 heures pour s'assurer d'une diminution des signes et symptômes de la sinusite (fièvre, congestion, écoulements nasaux, douleurs et sensations de pressions faciales). De plus, s'assurer de l'observance de la patiente et de la tolérance du traitement antibiotique.
- Si signes et symptômes persistent plus de 72 heures, conseiller à la patiente de consulter son médecin afin de modifier le traitement antibiotique (possibilité de résistance bactérienne) et de vérifier si elle présente une complication de la sinusite.

Soulagement de la congestion nasale

Solution saline intranasale

L'irrigation nasale à l'aide d'une solution saline (isotonique ou hypertonique) permettrait la liquéfaction des sécrétions nasales et favoriserait leur élimination. Bien qu'il y ait peu d'évidence de son efficacité pour diminuer la congestion nasale chez les personnes atteintes de sinusite bactérienne, elle a peu d'effets indésirables et est généralement peu coûteuse.

Sympathomimétiques oraux

Les sympathomimétiques oraux ont des effets indésirables systémiques importants: tachycardie, palpitations, hypertension, stimulation du SNC (agitation, instabilité psychomotrice, insomnie). Ils ont été démontrés efficaces pour diminuer la congestion en dose unique comme en dose multiple.

Sympathomimétiques topiques

Les sympathomimétiques topiques ont moins d'effets indésirables que les sympathomimétiques oraux. Toutefois, ils peuvent causer une rhinite médicamenteuse lors de l'arrêt de leur utilisation après une période prolongée d'utilisation (Plus de 5 jours). (Derinox en France avec un corticoïde associé par exemple)

Corticostéroïdes topiques

Les corticostéroïdes topiques ont peu d'effets indésirables et sont surtout utilisés pour le traitement de la sinusite chronique. Leur utilisation pour la sinusite aigüe est controversée, mais une méta-analyse récente a démontré leur efficacité pour accélérer la résolution ou l'atténuation des symptômes.

Suivi à effectuer pour le soulagement de la congestion nasale

- Appeler Gabrielle dans 72 heures pour s'assurer d'une diminution de sa congestion nasale.
- Si la congestion persiste, conseiller à la patiente de consulter son médecin afin de modifier le traitement antibiotique (possibilité de résistance bactérienne) et de vérifier si elle présente une complication de la sinusite.

Interaction médicamenteuse antibiotiques et contraceptifs oraux combinés

- La suspicion qu'il pourrait y avoir une interaction entre les antibiotiques et les contraceptifs oraux combinés a été soulevée suite à une série de rapports de cas sur des femmes prenant des contraceptifs oraux et étant devenues enceintes suite à un traitement antibiotique. Suite à ces rapports de cas, il a été postulé que la prise d'antibiotique peut théoriquement diminuer l'effet des contraceptifs oraux combinés par une altération de la flore intestinale et une diminution du cycle entéro-hépatique de la composante oestrogénique (éthinyloestradiol) des contraceptifs oraux. Toutefois, dans le Consensus canadien de contraception publié par la Société des Obstétriciens et des Gynécologues du Canada (SOGC), il est mentionné qu'une interaction pharmacocinétique importante entre les contraceptifs oraux combinés et les antibiotiques n'a jamais été démontrée (sauf pour la rifampicine et la griséofulvine). La SOGC rapporte également qu'il a été suggéré que si une telle interaction existait, il est possible qu'elle ne touche qu'un faible nombre de personnes prédisposées, mais qu'il est impossible d'identifier ces personnes à risques pour le moment. Les femmes prenant les 2 médicaments en concomitance devraient donc être informées de l'existence d'une interaction potentielle.

Prévention du rhume avec la vitamine C

- L'efficacité de la vitamine C pour la prévention et le traitement du rhume a été l'objet d'une controverse pendant plusieurs années puisque des études animales ont démontré que ce type de vitamine affecte la résistance à diverses infections virales et bactériennes. Toutefois, une méta-analyse incluant plus de 11 000 personnes a démontré son inefficacité pour la diminution du nombre d'épisodes de rhumes dans la population générale. La vitamine C a toutefois été démontrée efficace pour la prévention du rhume chez un sous-groupe de personnes exposées pour de courtes périodes à un environnement froid ou à un exercice physique intense. Des doses de vitamine C supérieures à 1g par jour ont de plus été associées avec de l'oxalurie, de l'uricosurie, des calculs rénaux et de la diarrhée.^{4,7}

Parmi les solutions possibles, la solution retenue

○ Traitement antibiotique Amoxicilline/acide clavulanique

L'amoxicilline/acide clavulanique 875/125 mg PO aux 12 heures pour 10 jours est l'antibiotique qui a été retenu puisqu'il est indiqué pour les patients ayant reçu une antibiothérapie dans les 3 derniers mois, il a peu d'effets indésirables, mis à part la diarrhée (dont l'incidence est moindre

lorsque la dose d'acide clavulanique est de moins de 10 mg/kg par jour) et peu d'interactions médicamenteuses. De plus, son coût est raisonnable.

- Soulagement de la congestion nasale

Solution saline intranasale

Une solution saline isotonique (ou hypertonique) dans les narines prn (si congestion) est l'option thérapeutique qui a été retenue puisqu'elle comporte très peu d'effets indésirables et est peu coûteuse.

Sympathomimétique topique

L'oxymétazoline 0,05%, 2-3 vaporisations dans les narines q12h prn pour un maximum de 3 jours, est également retenue si la solution saline est insuffisante pour soulager la congestion. Cette option a été retenue puisque les décongestionnants par voie topique ont moins d'effets indésirables que ceux administrés par voie orale. Ils ont de plus été démontrés aussi efficaces que les corticostéroïdes par voie orale. Finalement, le coût des décongestionnants topiques est moindre par rapport à celui des corticostéroïdes topiques.^{2,8}

Interaction médicamenteuse antibiotiques et contraceptifs oraux

Conseiller à la patiente d'utiliser une méthode contraceptive alternative pendant la durée du traitement antibiotique et 7 jours suivant la fin de celui-ci.

- Prévention du rhume avec la vitamine C

Éduquer la patiente sur l'absence d'évidence de l'efficacité de la vitamine C pour diminuer le nombre d'épisodes de rhumes dans la population générale et des effets indésirables potentiels reliés aux doses élevées.

d) Les SOAP

Un autre type de note pharmaceutique est aussi employé grandement en Amérique du Nord, il s'agit de la méthode SOAP. La note SOAP, est un format standardisé de note pharmaceutique. Elle était historiquement utilisée par les médecins. Parfois plus rapide et plus concise qu'un plan de soins pharmaceutiques. Elle est encore bien utilisée par les pharmaciens au Québec. (106)

- S : pour subjectif. Cette partie comprend les éléments subjectifs collectés auprès du patient, de la famille, du personnel de soin. Par définition, ce n'est pas quantifiable (on parle de nausées, d'observances, de ressentis)

- O : pour objectif. Les éléments objectifs rassemblent les données biologiques, l'examen physique, les résultats de radiographie ou tout autre élément mesurable
- A : pour analyse, ou assessment. Les données contenues en S et O sont analysées et synthétisées pour apporter un calcul de posologie, une explication de la situation précédente.
- P : pour plan de traitement. Il regroupe toutes les recommandations du pharmacien, ainsi que le plan de surveillance.

Comme pour le plan de soins, prenons un exemple de note SOAP : [SOINS PHARMACEUTIQUES II PHA 19700] Julie Racicot, pharmacienne experte de contenu

Le cas :

David, un étudiant de 22 ans se présente à votre pharmacie pour renouveler sa pompe de Ventolin^{md} 2 inh. prn (aérosol-doseur au besoin). L'assistante-technique vous signifie qu'il est en avance selon la date du dernier renouvellement.

À son dossier pharmacologique, vous remarquez qu'il a effectivement renouvelé sa pompe de Ventolin^{md} à chaque mois depuis les 3 derniers mois. Il semble cependant observant à son Pulmicort^{md} 200 mcg 1 inh. BID (deux fois par jour) puisqu'il le renouvelle chaque mois. Vous avez une discussion avec le patient et il vous dit prendre régulièrement son Pulmicort^{md}, tel que prescrit.

Il vous confirme aussi qu'il doit utiliser son Ventolin à tous les jours et parfois plus d'une fois dans la journée depuis les derniers mois. Il se dit essoufflé et il est incommodé par la toux qui le réveille même parfois la nuit. De plus, il a beaucoup de difficulté à jouer au hockey malgré qu'il prenne son Ventolin^{md} avant la partie. Vous convenez avec le patient de contacter son médecin de famille pour suggérer une modification pour améliorer le traitement de base de son asthme

La note SOAP

S : (pour subjectif)

Utilise son Ventolin^{md} au moins une fois par jour depuis les derniers mois
Toux et dyspnée accentuées au cours des derniers mois
Toux qui le réveille parfois la nuit
Éprouve de la difficulté à jouer au hockey malgré la prise de Ventolin^{md}

O : (pour objectif)

Asthme traité avec Ventolin^{md} 2 inh. prn (au besoin) non maîtrisé depuis environ 3 mois (pompe renouvelée à chaque mois au cours des 3 derniers mois)
Prise régulière de Pulmicort^{md} 200 mcg 1 inh. BID. (deux fois par jour)

A : (pour analyse)

1. Le patient a besoin d'une pharmacothérapie mais ne la reçoit pas

L'asthme de David se détériorait progressivement depuis quelques mois sans qu'il n'y ait de cause identifiable. Son traitement d'entretien de l'asthme doit donc être modifié. La maîtrise de l'asthme se détériore malgré l'observance aux CSI. (corticostéroïde inhalé)

♠ Si l'asthme n'est pas maîtrisé à l'aide d'une faible dose de CSI, on doit considérer l'ajout d'une thérapie d'appoint. L'ajout d'un BALA (beta2 agoniste longue durée d'action) doit être considéré comme premier choix. Il a été démontré que l'ajout d'un BALA au CSI s'accompagne d'une meilleure maîtrise des symptômes et d'une diminution de la fréquence des exacerbations si l'on compare avec l'augmentation de la dose de CSI en monothérapie.

♠ Ainsi, l'augmentation de la dose de CSI à une dose modérée peut être considérée si l'asthme n'est pas bien maîtrisé avec une dose faible de CSI mais généralement en 2^e ligne, après l'ajout d'un BALA. De plus, les CSI semblent avoir un effet plateau survenant à partir de fluticasone 100 à 250 µg/jour pour la plupart des patients. Au-delà de ces doses, le soulagement des symptômes n'augmente pas de façon proportionnelle à la dose. Mais il semble que la diminution de la fréquence des exacerbations soit quant à elle reliée à la dose de CSI et de hautes doses peuvent être bénéfiques pour les patients avec un asthme plus sévère.

♠ L'ajout d'un antileucotriène comme thérapie d'appoint peut être considéré en 2^e ligne si l'asthme n'est pas bien maîtrisé avec une dose faible de CSI. Dans cette situation, l'ajout d'un BALA à un CSI est plus efficace que l'ajout d'un antileucotriène à un CSI en ce qui a trait à la maîtrise de l'asthme.

♠ Le patient pourrait soit utiliser le Ventolin^{md} ou idéalement le Bricanyl^{md} (même dispositif que la Pulmicort^{md}) en prn ou utiliser l'approche SMART et utiliser le Symbicort^{md} en entretien et en dépannage. Le but de cette seconde approche est d'intervenir rapidement sur l'inflammation en augmentant la dose de CSI dès que le patient présente des symptômes afin d'éviter une détérioration de l'asthme. Les études ont démontré que l'approche SMART avec le Symbicort^{md} (Symbicort maintenance and reliever therapy) assurait une meilleure maîtrise de la maladie que l'administration d'une dose 4 fois plus élevée de budésonide et d'un BACA (beta 2 agoniste courte durée d'action) ou que la prise de Symbicort^{md} comme traitement d'entretien et d'un BACA en dépannage, donnant lieu à ce qui suit :

- Un nombre moindre d'exacerbations graves;
- La prise d'une quantité réduite de médicament au besoin;
- Un nombre réduit de réveils nocturnes;
- Une amélioration plus marquée de la fonction respiratoire;

Une dose quotidienne totale plus faible de corticostéroïdes

Il importe cependant de souligner certaines critiques qui ont été soulevées dans ces études.

Tout d'abord, les groupes comparatifs ne pouvaient utiliser un plan d'action lors de l'aggravation des symptômes, ce qui aurait peut-être permis d'éviter certaines exacerbations. De plus, la maîtrise de l'asthme n'est pas observée dans sa totalité mais plutôt par les signes et symptômes isolés. Il a aussi été soulevé que l'asthme de plusieurs patients dans les études n'était pas maîtrisé de façon optimale.

2. Le patient reçoit le bon médicament mais à une dose trop élevée.

Dans le traitement de l'asthme, la prise de BACA est réservée au soulagement des symptômes seulement et nous sert de critère de maîtrise de l'asthme. Une utilisation de ce médicament plus de trois fois par semaine, outre la prise d'une dose par jour avant l'effort physique, indique que l'asthme est mal maîtrisé et que le traitement doit être réévalué.

P : (pour plan)

- ☐ Voir si technique d'utilisation et d'entretien des dispositifs d'inhalation est adéquate.
- ☐ Déterminer si exposition à de nouveaux facteurs déclencheurs. Assainissement de l'environnement.
- ☐ Revoir avec le patient les critères de maîtrise de l'asthme.
- ☐ L'atteinte de la maîtrise de l'asthme devra être vérifiée d'ici 4 à 6 semaines.
- ☐ L'une des deux options suivantes :

1. Ajouter au CSI un BALA : Pulmicort^{md} 200 µg 1 inh. BID + Oxeze^{md} 6 ou 12 µg 1 inh. BID ou Symbicort^{md} 6-100 µg 2 inh. BID

- BALA fait partie du traitement de base en plus du CSI
- Important de ne pas cesser de prendre le Pulmicort^{md} lors de l'introduction du BALA ni de diminuer la dose.
- Le Bricanyl^{md} 1 inh. prn pourrait remplacer le Ventolin^{md} pour n'utiliser que le Turbuhaler comme dispositif. On pourrait aussi utiliser plutôt l'Oxeze^{md} 6 ou 12 mcg 1 inh. prn en plus des doses régulières étant donné son début d'action rapide.
- Insister sur le rôle du bronchodilatateur à action rapide : utilisé prn seulement, indicateur de la maîtrise de l'asthme

2. Utiliser l'approche de traitement SMART : Symbicort^{md} 6-200 µg 1 inh. BID + prn

- Il est important de poursuivre la prise des doses d'entretien du Symbicort^{md} deux fois par jour.
- Selon les recommandations, le patient doit être avisé de consulter le médecin s'il doit prendre au moins huit inhalations par jour durant deux jours consécutifs sans amélioration de son état ou en présence d'une aggravation de ses symptômes d'asthme.
- L'utilisation de cette approche n'exclut aucunement la possibilité d'intensifier une thérapie à base de Symbicort^{md} dans le cadre d'un plan d'action (ex : doubler la dose de Symbicort^{md} pendant 14 jours en cas d'exacerbation légère de l'asthme).

- La maîtrise de l'asthme demeure très importante même avec cette approche et un patient qui prend plus de 3 doses supplémentaires de Symbicort^{md} par semaine devrait consulter son médecin pour que le traitement de base soit réévalué.

e) La transition vers les soins pharmaceutiques

Les soins pharmaceutiques séduisent en France, c'est évident. Une telle pratique de la pharmacie est intéressante, stimulante, valorisante. En 1999, Leape et al. (107) démontrait que la présence d'un pharmacien dans une unité de soins intensifs diminuait de 66% les effets indésirables médicamenteux évitables. Plusieurs autres études démontrent l'impact positif du pharmacien lorsqu'il réalise des soins pharmaceutiques.

En France, le terme consacré est «prise en charge pharmaceutique globale du patient». Sous l'impulsion de plusieurs pharmaciens hospitaliers, fut créé en 1986 une société savante : la SFPC, société française de pharmacie clinique. Elle publie une revue trimestrielle qui associe, des articles originaux, des synthèses bibliographiques et des lettres de rédaction approuvées par un comité de lecture.

Y sont traités des sujets comme les bonnes pratiques, l'évaluation des pratiques professionnelles, les systèmes organisationnels, l'assurance qualité..

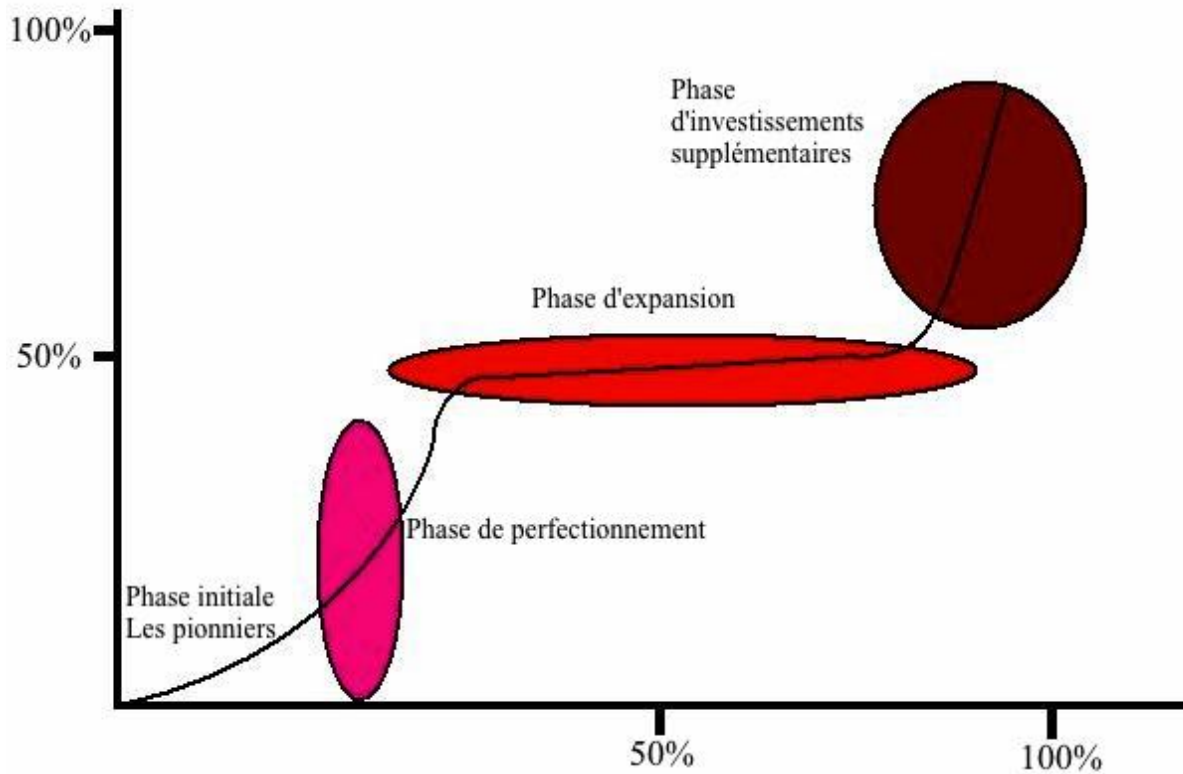
La SFPC a pour objectif de promouvoir la pharmacie clinique par différents moyens d'information et de formations. (108)

Strand et al. ont défini la transition vers les soins pharmaceutiques (109)

Cela se déroule en plusieurs étapes :

- Il faut des **pharmaciens pionniers** : C'est-à-dire un ou deux pharmaciens qui s'engagent pour fournir des services axés sur les patients. Ils résolvent des PRP, améliorent leurs connaissances. Ils délivrent des soins approfondis à un petit nombre de patients.
- Puis **perfectionnement du personnel**, les rapports pharmaciens-soins aux patients augmentent. Durant cette phase, il sera estimé que le système paraît coûteux et peu efficace. Il est important de laisser le temps aux pharmaciens d'être efficace.
- Ensuite, apparaît une grande **expansion des soins pharmaceutiques**
- Et enfin malgré une phase d'investissements supplémentaires, la prestation des soins pharmaceutiques complets à tous les patients est rarement atteinte.

Image 3 : Evolution naturelle des soins pharmaceutique



Néanmoins pour évoluer vers les soins pharmaceutiques, il faut avant tout que les autres services pharmaceutiques soient correctement accomplis. Cela passe par une dispensation des médicaments, précise, rapide et nominative. Que des données opportunes et complètes soient disponibles pour les patients. Il faut des renseignements complets et actualisés sur le médicament. Enfin des dossiers complets, comportant les données sur les décisions et interventions du pharmacien doivent être tenus à jour.

Nous avons donc développé les plans de soins, qui sont l'application directe des soins pharmaceutiques. Ainsi dans l'optique de fournir des soins pharmaceutiques, le pharmacien doit intervenir verbalement et/ou par écrit avec le prescripteur. A cet effet, le pharmacien communique avec le prescripteur pour émettre ce que l'on appelle une opinion ou l'informer du refus de servir une ordonnance.

B. L'opinion pharmaceutique et le refus

1. Le refus

Au Québec, le pharmacien peut effectuer le refus d'exécution d'une ordonnance ou du renouvellement d'une ordonnance par un pharmacien. Le refus est une remise en cause immédiate de l'ordonnance. Généralement, le pharmacien contacte par téléphone le prescripteur. À la différence des opinions pharmaceutiques qui ont plus un aspect rétrospectif sur le traitement, le refus est un acte plus urgent. La RAMQ paie à la pharmacie pour un motif d'ordre thérapeutique ou d'ordonnance falsifiée le coût des services prévu au tarif. (Soit le coût d'exécution d'une ordonnance : 8,28\$).

Les conditions :

- Le refus vise un médicament assuré
- Le motif au soutien du refus doit être obligatoirement inscrit sur l'ordonnance refusée ou son fac-similé, daté et signé par le pharmacien
- L'ordonnance ou fac-similé soit versé à son registre
- L'ordonnance refusée ne donne lieu à aucun autre paiement pour services rendus.

Une autre des règles est que lorsque le refus d'exécution d'une nouvelle ordonnance ou du renouvellement d'une ordonnance s'accompagne d'une opinion pharmaceutique, seule l'opinion pharmaceutique est payable.

Les motifs de refus peuvent être :

- Intolérance antérieure
- Ordonnance valide falsifiée
- Allergie antérieure
- Echec antérieure au traitement avec ce produit
- Interaction significative
- Choix du produit irrationnel
- Le patient est incapable d'utiliser le produit
- Dose élevée dangereuse
- Dose sous thérapeutique
- Durée irrationnelle
- Produit inefficace pour cette indication
- Quantité prescrite irrationnelle

- Surconsommation
- Duplication du traitement

Sont exclus du motif de refus :

- Le manque de médicament
- Le chevauchement de validité d'ordonnances
- Simple vérification du dose d'un médicament prescrit (posologie ou teneur) sans modification
- Patient inscrit au mécanisme de surveillance et de suivi de la consommation

Exemple de situation d'un refus de servir :

Patient : Mme T. 82 ans, hypertension contrôlée, insomnie transitoire

Médication actuelle :

Losartan 50mg DIE

Temazepam 15mg hs (au coucher) PRN

Nouvelle ordonnance par un médecin différent:

Lorazepam 1mg hs (au coucher) PRN

Situation :

La prescription d'une deuxième benzodiazépine n'est pas adapté à la situation de la patiente. Après avoir discuté avec la patiente, ses insomnies transitoires, sont bien résolues par la prise de temazepam qui est pris au besoin. La nouvelle prescription de lorazepam n'a donc pas lieu d'être.

2. L'opinion pharmaceutique au Québec

a) Le contexte

En 2002, l'adoption de la loi 90 accorda à chacune des professions citées dans le projet, des activités réservées qui sont en quelques sorte des applications concrètes de son champs d'exercice (voir rôle du pharmacien plus haut).

La loi 90 octroie au pharmacien 6 activités réservées, qui sont intégrées a l'article 17 de la Loi sur la pharmacie; parmi ces activités :

- L'opinion pharmaceutique

Dès 1984, l'ordre des pharmaciens, dans Définitions d'actes pharmaceutiques, définissait l'opinion pharmaceutique comme tel :

« Jugement porté par un pharmacien sur la valeur d'un médicament ou d'un traitement médicamenteux à la suite de l'analyse du dossier pharmaceutique du patient. »

D'autres références (110-111) la décrivaient comme :

« Un avis motivé d'un pharmacien portant sur l'historique pharmacothérapeutique d'un bénéficiaire, dressé sous l'autorité de ce pharmacien ou portant sur la valeur thérapeutique d'un ou d'un ensemble de traitements prescrits par ordonnance, donné par écrit au prescripteur. »

La première définition a un caractère professionnel, la deuxième une portée plus administrative. Dans le contexte de la surveillance de la thérapie médicamenteuse ou encore de l'initiation ou de l'ajustement de la thérapie médicamenteuse, le pharmacien aura en effet recours à l'opinion pharmaceutique et ce quel que soit son lieu de pratique (privé ou public).

L'émission d'une opinion pharmaceutique étant réservée en exclusivité au pharmacien, seul ce dernier peut émettre une telle opinion. Cependant, ceci ne limite pas le droit d'un autre professionnel. Un médecin par exemple, pourrait donner de l'information sur un médicament, dans le contexte de son exercice professionnel.

L'opinion pharmaceutique est donc une confirmation écrite des interventions que tout pharmacien fait verbalement auprès des prescripteurs et ce, tous les jours. Une rémunération est prévue pour ce service pharmaceutique. Pour comparer l'opinion pharmaceutique au Québec à ce qui se fait en France, il paraît important de voir quelle fut l'évolution de l'opinion pharmaceutique au Québec

b) L'évolution

En 1978, le MSSS accepte de rémunérer les pharmaciens pour les opinions. En 1983, le MSSS apporte des changements à la définition de l'opinion : à savoir qu'une recommandation était nécessaire, visant à modifier ou interrompre un traitement.

En 1992, le MSSS apporte de nouveaux changements à l'entente.

De nouvelles opinions sont introduites : inobservance pour l'hypertension artérielle, profil pharmacothérapeutique, médicament benzodiazépines. Les honoraires sont augmentés et les procédures relatives au paiement sont informatisées.

En 2001, puis en 2003, deux augmentations nouvelles des honoraires (17\$23 en 2003) sans modification dans l'entente pour l'ajout d'opinions.

Enfin en avril 2007, plusieurs modifications, une augmentation des honoraires (18\$65). L'opinion est élargie (surveillance de la pharmacothérapie), l'opinion pour profil lourd est abolie, l'opinion pour inobservance est étendue à 9 indications.

Donc l'opinion pharmaceutique est un mode d'intervention auprès du prescripteur. Elle permet, lorsque survient un problème durant la thérapie d'un patient de communiquer au prescripteur l'analyse que le pharmacien fait de la situation. Pour être éligible à un paiement par la RAMQ, elle doit répondre à certaines conditions :

- Le bénéficiaire doit être couvert par le plan d'assurance médicaments
- L'opinion peut porter sur un ou plusieurs médicaments
- Elle doit porter sur au moins un médicament couvert par la régie
- Elle doit être spécifique au bénéficiaire concerné
- Elle doit comporter au moins une recommandation (nous développerons ensuite)
- Une copie doit être transmise au prescripteur
- Une copie doit être numérotée et conservée par le pharmacien
- Une copie doit être transmise au bénéficiaire s'il en fait la demande
- L'opinion se donne à l'initiative du pharmacien ou à la demande du prescripteur

L'opinion doit donc comporter au moins une recommandation, quelles sont-elles?

- Viser à modifier à interrompre ou à empêcher le traitement prescrit
- Viser à modifier ou à interrompre la prise d'un produit pharmaceutique disponible pour auto-traitement, normalisé ou non par les autorités fédérales, lorsque le pharmacien observe une contre-indication ou une interaction entre ce produit et un médicament prescrit de la liste.
- Suggérer la surveillance de la pharmacothérapie de la personne assurée au moyen de tests de laboratoires, de paramètres physiologiques ou de signes cliniques et propose une mesure à prendre en cas d'anomalies.
- Viser à ajouter un médicament complémentaire assuré dans le cadre du programme à un autre médicament pour en augmenter l'efficacité ou encore pour enrayer ou prévenir ses effets indésirables

- Visant à modifier le dosage (teneur ou posologie) prescrit lors de la reconduction d'un traitement lorsqu'il est jugé inapproprié en raison de renseignements cliniques consignés au dossier patient ou fournis par la personne assurée.

Une opinion peut donc être transmise à un prescripteur pour de multiples motifs :

- **Allergie** pour interrompre, empêcher, substituer
- **Calendrier de sevrage** : relié aux médicaments benzodiazépines
- **Contre-indication** pour interrompre, empêcher, substituer
- **Duplication** pour interrompre, modifier ou empêcher
- **Effets indésirables** ou **intolérance** observés pour interrompre, empêcher, substituer ou modifier le dosage (teneur ou posologie)
- **Inefficacité** pour interrompre, empêcher la prise d'un médicament prescrit dont la dose est inférieure à la dose efficace reconnue, pour augmenter le dosage, pour substituer ou prolonger la durée de traitement
- **Grossesse ou allaitement** pour interrompre, empêcher, modifier le dosage ou substituer
- **Innocuité** pour interrompre, empêcher la prise dont la dose est toxique, diminuer le dosage, réduire la durée du traitement ou substituer
- **Interaction** pour interrompre, empêcher, modifier le dosage ou substituer
- Produit pharmaceutique disponible **en auto-traitement** (MVL) si le pharmacien observe, une contre-indication ou une interaction
- **Ajouter un médicament** assuré complémentaire à un autre médicament assuré pour augmenter l'efficacité, ou enrayer ou prévenir les effets indésirables
- **Surveiller la pharmacothérapie**
- Enfin, pour **modifier le dispositif d'administration** d'un médicament par voie parentérale.

De plus des opinions pharmaceutiques peuvent être faites relativement à l'inobservance. C'est-à-dire lorsqu'il y a non concordance entre la fréquence à laquelle un bénéficiaire requiert un médicament et la fréquence prescrite. Elle se rapporte à une demande hâtive ou tardive, qui entraîne une sous ou sur-consommation.

Elle porte sur 9 indications :

- ☐ Asthme
- ☐ Tuberculose
- ☐ Dyslipidémie
- ☐ Maladies cardiaques
- ☐ Hypertension artérielle
- ☐ Diabète
- ☐ Epilepsie
- ☐ Utilisation des psychotropes
- ☐ Infection au VIH

L'inobservance s'observe lorsqu'il y a un écart d'au moins 20% entre la posologie prescrite et observée (5% dans le cas du VIH), cumulée sur une période de 90 jours. Cette opinion est payable deux fois par année.

c) Exemples d'opinions pharmaceutiques

Il est intéressant d'étudier un exemple d'opinion pharmaceutique, afin de savoir dans quelle situation, cette option est amenée à être utilisée.

- ☐ Situation n1, l'inobservance

Patient : M.A : 45 ans, hypertension, 90kgs

Médication : Inhibace plus (cilazapril 5mg et HCTZ 12.5mg)

Situation : Dernier renouvellement remonte à 3 mois. Non fidélité au traitement n'est pas causée par effets secondaires. M.A. mène sa vie à un rythme effréné.

Médicaments concernés : Inhibace plus 1 comprimé DIE (=par jour)

Après avoir discuté avec le patient, je suis d'avis que Monsieur M.A. n'est pas fidèle à son traitement pour une raison d'incompréhension de son traitement

Recommandation :

J'ai expliqué à MA les risques et bénéfices de son traitement afin qu'il reprenne son traitement et insisté sur les mesures non pharmacologiques. De plus j'ai offert de monitorer sa TA une fois par semaine.

□ Situation n2, interaction médicamenteuse

Patient : Mme F, 55 ans

Médication actuelle :

Oestrogènes conjugués 0.3mg die

Lithium 300mg TID

Situation :

Ordonnance de Naproxene 500mg TID prescrite pour une douleur importante au bras (tendinite), traitements de physiothérapie ne soulagent pas

Médicaments concernés :

Naproxene-Lithium

Objet de l'opinion :

Interaction : L'analyse du dossier nous indique qu'une interaction est présente entre le naproxene et le lithium. Les AINS diminuent la perfusion rénale par inhibition des prostaglandines vasodilatatrices au niveau de l'artère rénale afférente ce qui peut engendrer une augmentation de la lithiémie. Un autre agent devrait donc être prescrit pour soulager la douleur.

Recommandation :

Sulindac est rapporté plus sécuritaire à utiliser chez un patient sous lithum, il n'augmente pas la concentration sérique de lithum. Une dose de 150mg BID pour 10 jours serait adéquate associée à des mesures non pharmacologiques.

□ Situation n3 : Inefficacité

Patient : Mme H, 68ans, asthme mal contrôlé, arthrose

Médication actuelle :

Salbutamol aérosol, fluticasone 250mcg en aérosol

Situation :

Renouvellement de salbutamol avec 15jours d'avance. Mme H. est très essouffée et semble anxieuse. Son asthme n'est visiblement pas contrôlé par sa médication. Suite à une rencontre avec Madame nous remarquons des problèmes de coordination au niveau de sa technique d'inhalation.

Médicaments concernés :

Salbutamol aérosol

Fluticsone 250mcg aérosol

Objet de l'opinion :

Inefficacité : Asthme non contrôlé par la médication. L'usage de la pompe aérosol demande une bonne dextérité et une bonne coordination, deux choses qui semblent faire défaut chez notre patiente. Des médicaments sous forme de poudre aérosol seraient plus efficaces puisqu'ils sont plus facile a utiliser (ou l'ajout d'un tube d'espacement)

Recommandation :

Remplacer salbutamol et fluticasone aérosol, par terbutaline et budesonide turbuhaler ou ajout d'un aérochambre

- ☐ Situation n4 : Calendrier de sevrage aux BZD

Patient : M. Y.D., 61 ans, infarctus en février 2009

Médication :

Métoprolol 50mg BID

Asa 80mg DIE

Atorvastatine 10mg DIE hs

Lorazepam 1mg TID PRN (au besoin) depuis sont hospitalisation

Situation :

M. Y.D. consomme du lorazepam depuis son hospitalisation lors de l'infarctus, il prend environ 3 comprimés par jour. Il a tenté, par lui-même a maintes reprises l'arrêt du lorazepam mais sans succès. Il nous parle de problèmes de mémoire. Lors de la rencontre avec le patient, nous lui avons parlé d'essayer d'arrêter. Il aimerait cesser.

Considérant le potentiel de dépendance physique important du lorazepam, une diminution graduelle est suggérée. Voici un calendrier proposé pour débiter ce sevrage :

- ☐ Lorazepam 1mg déjeuner souper et coucher
- ☐ Diminuer la moitié de la dose du souper pour 1 semaine
- ☐ Puis diminuer la moitié de la dose du déjeuner pour 1 semaine
- ☐ Puis diminuer la moitié de la dose du coucher pour 1 semaine
- ☐ Puis enlever la dose du souper pour 1 semaine
- ☐ Puis enlever la dose du matin pour 1 semaine
- ☐ Enfin, prendre la dose du coucher 1 jour sur 2 pour 1 semaine. Puis cesser.

A travers cette brève présentation, on peut comprendre toute l'étendue des possibilités et responsabilités du pharmacien face à une prescription. Il peut ainsi donner son avis au prescripteur mais surtout proposer des recommandations.

La voie du télécopieur est celle majoritairement prise pour les opinions par les pharmaciens. Dans les cas plus urgents, le pharmacien discute, s'il est possible avec le médecin, puis retranscrit l'essentiel de la conversation sur une opinion pharmaceutique, transmise au médecin. Ainsi chacun des professionnels de santé gardent une trace écrite de ce qui a été réalisé.

L'opinion pharmaceutique est donc un formidable outil, qui est pleinement utilisé par le pharmacien québécois. L'état a reconnu formellement cette fonction du pharmacien, d'une part légalement, en le faisant entrer dans les activités réservées au pharmacien. Et d'autre part, en accordant une rémunération à cet acte.

Les pharmaciens ont donc divers honoraires associés à leur pratique. Pour la délivrance d'un médicament, pour une opinion (18,65\$), pour un refus (8,64\$), mais également pour la transmission d'un profil médicamenteux à un infirmier ou un médecin d'un service d'urgence (8,44\$).

3. L'opinion pharmaceutique en France, ouverture

Bien que peu connu aussi bien par les pharmaciens que par les autres professionnels de santé, le concept d'opinion pharmaceutique existe en France.

Il existe un site par l'intermédiaire de l'ordre des pharmaciens : www.opinion-pharmaceutique.fr

La dernière mise à jour date de 2004.

En France l'opinion pharmaceutique est un avis motivé : Extrait du Guide de stage de pratique professionnelle en officine : Pharmacie générale Officine 6^e année. 11^{ème} édition.

- ☐ Dressé sous l'autorité du pharmacien
- ☐ Portant sur la pertinence pharmaceutique d'une ordonnance, d'un test ou d'une demande du patient ;
- ☐ Consigné dans l'officine
- ☐ Et impérativement communiqué sur un document normalisé au prescripteur lorsqu'il invite à la révision, lorsqu'il justifie la modification d'office voire le refus de sa prescription.

La dispensation de produits, prescrits ou non, vise à s'assurer de la compatibilité des produits entre eux, de leur adéquation au patient, et doit être accompagnée de conseils pertinents. Le

processus d'analyse de la demande, complétée du questionnement judicieux du patient, voire du médecin si nécessaire, est un processus complexe qui peut aboutir soit à :

- La délivrance ;
- La délivrance après levée d'un doute thérapeutique ou réglementaire ;
- La modification du traitement ;
- Le refus de délivrance.

Hormis les mentions apposées sur l'ordonnance par le pharmacien, ce processus d'analyse ne laisse actuellement aucune trace dans l'officine.

Cependant lorsque la dispensation pose problème, il est indispensable de rendre l'acte pharmaceutique intelligible et de lui assurer :

- Lisibilité : préciser la démarche suivie ;
- Mémoire : assurer le témoignage de l'acte ;
- Traçabilité : retrouver l'auteur ;
- Opposabilité : face au patient, au médecin, aux différentes instances juridiques.

Tels sont les fondements de l'opinion pharmaceutique»

En application du devoir d'exercice, toute personne habilitée à délivrer une prescription, doit, sous contrôle d'un pharmacien, en effectuer une analyse pertinente afin de valoriser l'acte de dispensation.

Devant rendre compte de l'analyse, l'Opinion Pharmaceutique doit être rigoureusement structurée et faire preuve d'une démarche reproductible.

Le document normalisé comprend :

- Identification du patient ;
- Identification de l'officine ;
- Identification de l'auteur de la dispensation ;
- Identification du prescripteur ;
- La date de rédaction.
- La nature du problème ;
- L'argumentaire du pharmacien ;
- La proposition éventuelle du pharmacien ;
- L'origine des informations justifiant l'intervention du pharmacien ;
- La décision ;
- La validation.

Document normalisé, l'Opinion Pharmaceutique (O.P.) peut indifféremment être établie de façon manuelle ou informatique, si toutes les mentions sont respectées.

Toutefois l'emploi de l'informatique facilite son élaboration par l'utilisation conjointe de logiciels de détection, de bases de données et des dossiers attachés au patient.

Fortement inspirée du modèle québécois, l'opinion pharmaceutique peut s'utiliser dans les mêmes situations qu'au Québec. Néanmoins, l'opinion en France a moins un caractère retrospectif sur le traitement, mais plus un avis immédiat sur une nouvelle prescription.

Par contre très peu de cours explique aux étudiants la procédure à suivre ni les possibilités avec un tel outil.

De plus, ce service n'étant pas rémunéré, peu de pharmaciens se sont lancés dans cette démarche. Cette procédure prend du temps, néanmoins elle présente de nombreux avantages que nous présenterons ensuite.

Les autres problèmes à son application, résident dans les habitudes des médecins, qui ne sont pas habitués en France à cette procédure, mais surtout qui ne la connaissent pas.

Débuter un processus d'opinions pharmaceutiques demande donc d'avertir le personnel médical entourant la pharmacie, pour leur présenter la procédure et expliquer que l'opinion pharmaceutique est une valeur ajoutée à la prise en charge du patient.

Quels avantages aurions-nous d'investir plus de temps dans l'opinion pharmaceutique :

- Équipe officinale
 - Augmentation des réflexes d'analyse
 - Augmentation de la communication avec les médecins
 - Augmentation de la qualité de la délivrance à l'officine
 - Traçabilité de l'acte pharmaceutique
- Le patient
 - Le patient prend conscience du travail effectué par le pharmacien. Le travail est alors revalorisé sans briser le lien de confiance entre le prescripteur et le patient.

- Corps médical
 - Augmentation de la communication avec la pharmacie.
 - Augmentation de la confiance dans le travail du pharmacien.
 - Augmentation de la qualité des rapports

Ce processus est à inscrire dans une démarche d'assurance qualité. Les pharmaciens devraient profiter des étudiants en stage en 6^{ème} année pour réaliser plus d'opinions pharmaceutiques. C'est d'ailleurs spécifié dans le guide du stage de 6^{ème} année.

«Associer le stagiaire au suivi thérapeutique des patients et à la pratique de l'opinion pharmaceutique, en lui faisant prendre conscience de son rôle d'acteur de santé publique»

Certes, cette procédure à la différence du Québec n'est pas rémunérée. Néanmoins, je pense que c'est en commençant par rédiger des opinions pharmaceutiques, à les présenter aux médecins environnant, à valoriser cet acte, à faire prendre conscience que c'est une réelle valeur ajoutée à la prise en charge des patients que les pharmaciens pourront présenter les avancées réalisées dans ce domaine et pouvoir prétendre à une rémunération future.

C'est de cette façon que l'opinion pharmaceutique fut rémunérée au Québec et qu'elle prend maintenant toute son importance dans la pratique du pharmacien.

C. La consultation pharmaceutique

1. Le contexte

a) Définition

Nous avons donc vu les plans de soins pharmaceutiques, c'est-à-dire l'application de la pharmacothérapie selon une pensée organisée et justifiée. Ensuite nous avons développé les opinions pharmaceutiques et le refus, qui sont les outils en pratique pour le pharmacien pour appliquer son plan de soins.

Nous terminerons donc logiquement par un aspect communicationnel. En effet, le pharmacien a un contact régulier avec ses patients. Au Québec, on estime qu'un patient voit 6 fois plus souvent son pharmacien que son médecin. Ainsi les contacts réguliers permettent de sensibiliser les patients nécessitant des soins pharmaceutiques.

Le pharmacien a une situation privilégiée pour effectuer des interventions d'éducation auprès. Il peut également réaliser de la prévention des risques liés aux traitements, le monitoring des traitements, le dépistage des complications, ainsi que la réorientation des patients vers les ressources appropriées.

La relation du pharmacien avec le patient va au delà de la simple remise d'informations sur le médicament.

Il faut donc un processus de communication pour rendre encore plus efficace le traitement pharmaceutique.

C'est en ce sens, que nous allons développer la notion de consultation pharmaceutique

Le rôle du pharmacien a évolué. Au delà de rendre les médicaments disponibles, de sécuriser les patients quant à l'accessibilité et de transmettre l'information. Les pharmaciens ont la responsabilité d'appliquer la notion de soins pharmaceutiques. C'est-à-dire, réaliser pour tous les patients, les actes professionnels qui sont nécessaires pour atteindre les résultats thérapeutiques optimaux.

Le pharmacien doit comprendre et faire comprendre. (114) Il doit comprendre les besoins du patient, et lui faire comprendre son traitement. Cela dans un but d'améliorer la santé par l'atteinte de résultats thérapeutiques optimaux. Au fil des années, au Québec, cette responsabilité du pharmacien a eu tendance à se concentrer davantage sur les besoins individuels du patient.

Ainsi le patient devient actif dans son traitement, et le professionnel de santé lui facilite alors cette prise en charge en recueillant et fournissant toute l'information nécessaire pour obtenir une meilleure qualité de vie.

L'impact des pharmaciens dans ce rôle est d'assurer le bien-être de leur patient évidemment, mais aussi par ce moyen, de réaliser des économies au système de santé.

Les pharmaciens québécois sont formés aux techniques de communication. À l'université des cours sont consacrés aux techniques de communication. Ces cours ont pour objectif de :

- Développer une vision globale de la communication en pharmacie
- Établir des lignes directrices sur l'information à communiquer aux patients
- Acquérir des techniques pour faciliter l'interaction avec les patients et les médecins.
- Élaborer des démarches structurées d'intervention auprès des patients

b) Les objectifs

Les objectifs de la communication en pharmacie sont multiples :

- Assurer l'usage approprié du médicament
- Comprendre les besoins et objectifs du patient
- Faire comprendre son traitement
- Etablir un partenariat ou un contrat avec le patient pour atteindre des objectifs thérapeutiques bien précis.

Le pharmacien approfondit alors la relation avec son patient. Il s'implique d'avantage dans le suivi en vérifiant que les objectifs thérapeutiques établis sont atteints. Cette approche permet au pharmacien de détecter des PRP, d'améliorer les résultats thérapeutiques et la fidélité au traitement, tout en réduisant éventuellement les coûts associés à un usage irrationnel des médicaments ou un manque de fidélité à un traitement.

Communiquer est un art, cela nécessite d'y être formé et préparé. Il faut en effet savoir faire face aux inquiétudes, aux peurs, aux croyances d'un patient malade, face à la maladie. Il faut faire appel à des habiletés précises qui s'apprennent et se développent.

c) Le cadre légal

La communication en pharmacie, constitue donc une importante part du travail du pharmacien. La Loi sur la pharmacie que nous avons déjà citée à plusieurs reprises dans cette thèse, témoigne de l'importance de la communication dans l'article 17. Il est stipulé que :

«L'exercice de la pharmacie comprend la communication de renseignements sur l'usage prescrit ou à défaut d'ordonnances sur l'usage reconnu de médicaments.»

Un pharmacien peut donc être tenu pour responsable du tort causé à la santé d'un patient qui n'aurait pas été suffisamment renseigné à propos d'un médicament.

La communication en pharmacie est donc primordiale à la promotion de la santé et à la prise en charge du patient, mais c'est également un devoir.

Plusieurs autres législations ont également reconnu l'importance de la communication :

Le règlement p-10, r.1 du code de déontologie fait de la communication un acte non déléguable. Dans le règlement p-10 r.5 a. 3.01.05, il est mentionné que le pharmacien doit chercher à établir une relation de confiance entre lui-même et son patient.

Le pharmacien doit :

- S'abstenir d'exercer sa profession de manière impersonnelle.
- Donner des conseils de manière à respecter l'échelle de valeurs et les convictions personnelles de son patient lorsque celui-ci l'informe.

De plus l'article 3.03.02 stipule qu'en plus des avis et conseils, le pharmacien doit fournir à son patient les explications nécessaires à la compréhension et à l'appréciation des services qu'il lui rend.

D'autres règlements vont dans le même sens. Ainsi dans le règlement sur les conditions et modalités de vente des médicaments au Québec (49), communément appelé dossier des annexes, on reconnaît le pharmacien comme l'intervenant de première ligne au niveau de la consultation pharmaceutique pour les médicaments de vente libre

Enfin, le règlement sur la tenue des pharmacies, exige une aire de confidentialité obligatoire ou le pharmacien peut s'entretenir avec son patient à l'abri des oreilles indiscretes. Ce règlement est en vigueur au Québec depuis 1996, partout où un pharmacien exerce sa profession.

2. Les avantages, les obstacles et les solutions

a) Les avantages

La consultation pharmaceutique s'applique à toutes les situations possibles :

- Une nouvelle ordonnance
- Un renouvellement
- Médicaments en vente libre

La consultation s'initie dès le premier contact avec le patient, et elle se poursuit jusqu'à ce que le pharmacien ait l'assurance que le patient ait bien compris son traitement.

Le patient doit alors être en mesure :

- De prendre ses médicaments de façon appropriée
- D'être capable et désireux d'atteindre des objectifs établis entre lui et le pharmacien
- Reconnaître et éviter certains effets indésirables liés à ses médicaments

La consultation est donc le volet communication des soins pharmaceutiques et consiste à rendre le pharmacien apte à savoir :

- Quoi dire, comment et où le dire
- Comment débiter et comment conclure un entretien interactif avec le patient
- Comment développer ses habiletés de communication pour recueillir le maximum d'informations possible, identifier les problèmes réels ou potentiels reliés au traitement de son patient, s'assurer que ce dernier comprend bien le traitement, et atteindra les résultats thérapeutiques escomptés
- Comment améliorer ses actes professionnels en favorisant une approche globale et tout en demeurant efficace et productif

Malheureusement en France, la remise d'informations au patient par les pharmaciens, s'effectuent généralement de manière passive et unilatérale vers le patient. La raison à cela est le manque de formation à ce niveau.

À Lille, seuls deux cours, au cours desquels on apprendre à présenter les aérosols et les nébuliseurs, sont réalisés. Les débuts sont prometteurs, mais bien trop insuffisant, pour acquérir les réflexes face à de telles situations.

Des formations supplémentaires s'effectuent parfois en officine par les groupements pour promouvoir la communication, mais bien souvent dans un but de réaliser des ventes associées que de promouvoir la prise en charge du patient.

C'est pourquoi dans cette thèse, on présentera de manière sommaire les différents avantages, obstacles et solutions à la consultation pharmaceutique.

Mais aussi des outils pour y accéder.

Les avantages à la consultation pharmaceutique.

Sans aucun doute, ils sont nombreux. Ils touchent aussi bien le patient, que le pharmacien pour diverses raisons.

- Pour le patient :
 - Eviter les erreurs reliées aux médicaments
 - Diminuer les risques de problèmes reliés à la pharmacothérapie
 - Rassurer sur les effets indésirables d'un médicament et sur son innocuité
 - Améliorer les résultats thérapeutiques
 - Permettre une meilleure fidélité au traitement
 - Eviter des visites inutiles chez le médecin ou à l'urgence en cas d'automédication
 - Responsabiliser le patient face à son état et à son traitement

- Pour le pharmacien

- Avantages professionnels

Le pharmacien contribue à diminuer ou à éviter les problèmes potentiels ou les problèmes reliés à la pharmacothérapie. Il permet également d'améliorer le bien-être et la santé des patients

- Avantages personnels

Cela permet d'avoir le sentiment de contribuer à l'amélioration de la santé et du bien-être d'un individu.

- Avantages économiques et commerciaux

Réaliser ce type d'interventions permet une valeur ajoutée non négligeable, car cela permet de fidéliser les patients. Mais aussi de réduire les pertes de revenus provoquées par les ordonnances non exécutées ou non renouvelées, en s'assurant que le patient suivra son traitement de façon appropriée.

b) Les obstacles et les solutions

Les obstacles, évidemment, ils existent. Globalement, il est entendu qu'il existe 4 barrières au développement d'une approche centrée sur le patient :

- ☐ Environnement et organisation du travail
- ☐ Patient
- ☐ Pharmacien
- ☐ Manque de coordination

1. Relié à l'environnement et l'organisation du travail :

Généralement ces difficultés sont reliées au fait que le système favorise d'avantage le nombre d'ordonnance, le volume, plutôt que la relation pharmacien-patient. Les problèmes d'organisation du travail sont nombreux : manque d'espace, manque de personnel, charge de travail élevée et remboursements insuffisants pour des services plus personnalisés.

Heureusement, il existe des solutions à cela. Déjà au Québec, un espace confidentiel doit être aménagé obligatoirement dans chaque pharmacie. Dans quelles circonstances cet espace peut-il être utilisé :

- A l'initiative du pharmacien

Lorsqu'il est nécessaire par exemple de recueillir des renseignements confidentiels sur l'état de santé d'un individu, dans certains cas particuliers, ou lors de l'ouverture d'un dossier patient. Cet espace peut être utilisé lors de la remise d'une nouvelle ordonnance au patient. Lors du renouvellement d'une ordonnance, qui implique un monitoring.

Quand le pharmacien doit enseigner un mode particulier d'administration d'un médicament ou en vérifier le mode d'utilisation.

Lorsque le pharmacien soupçonne un échec ou une atteinte mitigée des buts thérapeutiques d'un traitement pharmacologique.

- A l'initiative du patient

Si le patient désire, par exemple, pour déterminer si les symptômes ou effets secondaires qu'il ressent sont attribuables à sa médication. Pour une consultation relative aux médicaments de vente libre. Pour monitorer l'effet thérapeutique ou les effets indésirables ou l'atteinte des objectifs thérapeutiques. Enfin, lors d'une consultation pharmaceutique suivant la recommandation d'un médecin (112).

Les patients désirent de l'information. Néanmoins, la structure et l'organisation de la pratique ne créent pas un climat propice à la discussion entre le pharmacien et le patient.

Plusieurs mesures peuvent favoriser la consultation pharmaceutique, selon le programme de consultation pharmacien patient PPCP-module 1 (113)

- Demander aux employés de respecter l'entretien entre le patient et le pharmacien en évitant de l'interrompre si possible
- Tenir la consultation dans un lieu privé ou semi privé
- Rendre le pharmacien visible
- Regarder le patient dans les yeux
- Maintenir une distance adéquate entre le patient et le pharmacien (0,5 à 1,25m du patient)

Il est important de comprendre que le patient a le droit de refuser la consultation, c'est son droit. Il faut le respecter. Il faut cependant se rappeler aussi de ne jamais laisser partir un patient sans lui avoir dit que l'information qui devait être transmise était importante pour l'amélioration de sa santé. (113-114)

2. Relié au patient

Dans la documentation professionnelle, plusieurs barrières fonctionnelles sont présentées. On y retrouve les handicaps (vision audition), les différences de culture, les différences homme/femme, les problèmes de langage (plus présent au Québec qu'en France), la disponibilité, les troubles mentaux tels que la sénilité, les problèmes de mémoire, le retard mental.

Les barrières émotionnelles sont plus fréquentes et peuvent revêtir plusieurs formes : poings serrés, éclats de voix, regard gêné. C'est au pharmacien de détecter ces signes non verbaux, d'essayer d'éliminer ces barrières émotionnelles. Le patient sera alors plus apte à se concentrer sur les renseignements importants.

3. Relié au pharmacien

Nombreux sont les obstacles qui peuvent provenir du pharmacien. La distance, l'aptitude non verbale, telle que les habitudes nerveuses, le comportement distant, l'absence de contact visuel, les jambes croisées. Un ton inadéquat (désintéressé, cassant..). Tout cela peut constituer des obstacles à une consultation pharmaceutique.

En 1983, Muldary a présenté un mot clé en français pour mettre en évidence, les techniques non verbales favorisant la communication. 28 ans après, cela est toujours valable :

- Position bienveillante, se pencher vers le patient
- Regard franc
- Ouverture corporelle, ne croiser ni les bras ni les jambes
- Contact visuel (50 à 75% du temps)
- Habitudes nerveuses maîtrisées (toux importune, craquement de doigts, coups de crayons)
- Etat de relaxation

La consultation pharmaceutique, nécessite, non seulement des connaissances pharmacologiques, mais aussi le développement d'habiletés de communication et de techniques d'apprentissage. (114)

4. Le manque de coordination

Par manque de coordination, on entend les problèmes relatifs au manque de continuité des soins.

Des efforts doivent être faits pour améliorer le travail interdisciplinaire. À cet effet l'OPQ a ainsi produit, le sommaire pharmaceutique confidentiel qui peut être transmis aux autres professionnels de santé. Transmettant ainsi les informations relatives à un patient donné

Tableau 13 : Obstacles et solutions possibles à la consultation pharmaceutique: les éléments clés

Obstacles	Actions
Environnement	A court terme: Maximiser l'utilisation de l'aire de confidentialité et éviter les distractions et objets pouvant nuire à la consultation pharmaceutique A long terme: Organiser la pratique
Patients	Abolir les barrières fonctionnelles et émotionnelles
Pharmaciens	Comportement humain Développement et acquisition d'habiletés de communication Attitude non verbale: PROCHE
Coordination	Continuité des soins Equipe multidisciplinaire

Annexe 4 : Organiser la pratique

3. La réalisation

a) Les étapes

La consultation pharmaceutique englobe tout l'aspect de la relation pharmacien-patient. Elle est divisée en 4 étapes :

- Un préambule qui amorce la consultation en établissant une relation de confiance
- La cueillette de données pour établir l'histoire pharmacothérapeutique du patient en le situant dans un contexte global d'intervention
- Les conseils qui regroupent tous les éléments que le patient devrait connaître pour qu'il se sente responsable de son traitement

- La conclusion enfin, qui permet au pharmacien de vérifier si le patient l'a bien compris

Nous allons détailler, les étapes de la consultation pharmaceutique. Evidemment, c'est le format type, c'est-à-dire la consultation qui se réaliserait dans un monde idéal. Il est évident que chacune de ces étapes doit être appuyée par les techniques de communication. Ainsi que par une approche-patient qui permet de recueillir toute l'information (113)

Le préambule :

1. Se présenter et bien s'identifier comme pharmacien
2. Demander à qui le médicament est destiné
3. Expliquer le but de la consultation pharmaceutique, obtenir le consentement du patient
4. Revoir le dossier pharmacologique du patient et si possible avant la consultation. Utiliser l'information contenue dans ce dossier de façon appropriée.
5. Effectuer la consultation pharmaceutique dans l'aire de confidentialité

Histoire pharmacothérapeutique :

6. Allergies
7. Age/poids/taille
8. Surface corporelle
9. Grosses/allaitement s'il y a lieu
10. Autres médicaments prescrits et en vente libre
11. Maladies chroniques
12. Habitudes de vie
13. Evaluer les connaissances que le patient possède sur sa maladie et ses traitements antérieurs
14. Evaluer les peurs ou problèmes relatifs à la maladie et au traitement
15. Vaccins
16. Maladies iatrogéniques

Conseils : quoi dire et quoi entendre?

17. Nom du médicament

18. Pourquoi a-t'il été prescrit ou suggéré?
19. Comment agit-il? Quels sont les effets?
20. Temps nécessaire pour l'obtention de l'effet thérapeutique
21. Méthode optimale de prise du médicament et horaire d'administration adapté aux activités quotidiennes du patient
22. Mode d'utilisation
23. Combien de temps dure le traitement
24. Après combien de temps faut-il s'inquiéter s'il n'y a pas d'amélioration?
25. Que faire si l'état du patient s'aggrave
26. Discuter les effets indésirables significatifs et sur lesquels le patient peut agir
27. Directives en cas d'oubli d'une dose
28. Renseignements au sujet des renouvellements
29. Technique pour le monitoring du traitement (glycémie, tension artérielle)
30. Précautions particulières à prendre
31. Conditions et durée de conservation du produit
32. Manipulation du produit et élimination le cas échéant
33. Mesures non pharmacologiques et préventives pouvant aider à obtenir de meilleurs résultats thérapeutiques
34. Critique des mythes et des préjugés répandus au sujet d'un produit (par exemple les anti-dépresseurs)
35. Directives spéciales pour l'administration et la préparation s'il y a lieu

Conclusion :

36. Vérifier si le patient a compris le traitement
37. Résumer les éléments clés de l'information présentée si nécessaire
38. Fournir au patient l'opportunité de préciser certaines questions ou inquiétudes
39. Aider le patient à planifier un suivi, de même que les prochaines étapes du traitement
40. Offrir sa disponibilité

Source : 114

b) Les facteurs à considérer

Plusieurs facteurs doivent être analysés pour réaliser une consultation pharmaceutique. Cette approche en 40 points, se base sur la revue de la documentation disponible de même que sur l'expérience pratique des pharmaciens.

Néanmoins il est nécessaire de questionner la faisabilité d'une telle approche.
Plusieurs facteurs sont à considérer :

1. Le type de consultation
 - Nouvelles ordonnances
 - Renouvellements d'ordonnances
 - Médicaments en vente libre
2. Type de situations

Situations aiguës :

Les patients ayant besoin d'un ou plusieurs médicaments pour une situation précise et généralement de courte durée. (ex antibiotiques)

Situations chroniques :

Les patients ayant besoin de recevoir de l'information plus spécifique afin d'être en mesure de prendre des décisions éclairées. Notamment concernant le choix, le suivi, la fidélité à leur traitement. On retrouve généralement les patients souffrant de maladies chroniques, comme l'hypertension, l'asthme, le diabète...

Situations complexes :

Patients souffrant de maladies nécessitant des traitements complexes et suivis étroits. Ex : SIDA, Insuffisance cardiaque, Insuffisance rénale, patients cancéreux, antibiothérapie IV à domicile.

Situations particulières :

Les patients susceptibles de présenter des barrières fonctionnelles à la communication. Par exemple les personnes âgées, la clientèle psychiatrique, les analphabètes, les individus avec barrière de langage. Suivi plus étroit également, avec les patientes en cas de grossesse ou d'allaitement.

Situations difficiles :

Le patient se retrouve dans une des catégories précédentes, mais présentent en plus des barrières émotionnelles, pouvant nuire à la consultation pharmaceutique (tristesse, colère, peur) (113-114)

3. Jugement professionnel du pharmacien

Compte tenu des barrières importantes mentionnées ci-dessus et des différents facteurs limitant la consultation pharmaceutique. Il devient essentiel pour le pharmacien de déterminer quelles sont les priorités.

On a donc vu qu'il y avait différentes situations de consultation pharmaceutique. Le renouvellement, les nouvelles ordonnances, la vente libre.

Mais il importe aussi de distinguer différents niveaux dans la consultation pharmaceutique.

Ainsi en France, ou notre échange avec le patient est généralement passif. Il faudrait déjà parvenir à un niveau fondamental. Une fois ce niveau atteint, le pharmacien peut choisir avec certains patients d'approfondir la consultation pharmaceutique.

Les niveaux intermédiaires et enrichis permettent d'atteindre un maximum de performance successivement.

Pour ne pas se perdre en détails dans cette thèse, nous mettrons en annexe, les différents niveaux pour une nouvelle ordonnance, pour un renouvellement et pour les médicaments en vente libre.

Ces documents sont très intéressants et peuvent être un départ pour revisiter la communication au sein de la pharmacie.

Annexe 5 : Les différents niveaux de communication pour une nouvelle ordonnance, un renouvellement, un médicament de vente libre

c) Les techniques de communication et l'approche-patient

Une consultation pharmaceutique réussie sous entend obligatoirement l'utilisation de techniques de communication prouvées et efficaces. Ainsi qu'une approche patient pour établir une relation de confiance, d'obtenir l'information pertinente, de maintenir le contrôle de l'entrevue et enfin de communiquer efficacement les renseignements destinés à responsabiliser le patient face à son traitement pharmaceutique.

Respecter les étapes est essentiel, mais pas seulement, il faut aussi savoir les communiquer efficacement.

Le but de cette thèse n'est pas de former à la communication, mais d'apporter des pistes, des éléments déclencheurs pour susciter l'intérêt, et réfléchir sur sa pratique en pharmacie.

Les techniques de communication qui doivent faire partie intégrante de la consultation pharmaceutique sont les suivantes :

- Savoir comment établir non seulement une relation de confiance avec le patient mais également une relation thérapeutique
- Manifester de l'intérêt envers le patient : empathie, compréhension
- Avoir en tête un plan d'entrevue logique et précis
- Utiliser un langage que le patient peut comprendre
- Donner une information adaptée aux besoins du patient
- Utiliser au besoin des outils pour compléter la consultation pharmaceutique
- Mener et contrôler la consultation pharmaceutique
- Adopter des comportements non verbaux appropriés : contact visuel, ton de la voix, langage corporel, distance
- Utiliser des questions ouvertes et des techniques de communication appropriées

Cette liste n'est évidemment pas exhaustive, mais permet déjà une réflexion sur sa manière de communiquer et de l'adapter. Il est très difficile de changer sa manière de communiquer, quand on pratique le même modèle depuis plusieurs années. C'est en changeant quelques défauts un à un que l'on pourra s'améliorer.

En ce qui concerne l'approche-patient, l'analyse de la communication en pharmacie amène à distinguer 3 types d'échange avec les patients :

- L'échange passif
- L'échange interactif
- L'échange interactif avec responsabilisation

L'échange passif est un transfert d'informations. Malheureusement, même encore au Québec mais dans une moindre mesure, c'est le plus souvent employé. Sans forcément en être conscient. L'information donnée est simple, non individualisée et réalisée en monologue. Elle passe du pharmacien au patient. Ce dernier n'a aucun rôle à jouer si ce n'est de recevoir les renseignements. Sans forcément le vouloir, le pharmacien transmet donc l'information sur le médicament, sans aucune garantie que le patient ait bien reçu et compris cette information.

En plus d'être infantilisant pour le patient et à risque qu'il n'est pas compris l'information, c'est surtout inintéressant pour le pharmacien. Il ne tire aucune satisfaction d'un tel échange, car il a seulement transmis l'information sans s'assurer de la compréhension par le patient.

Dès lors que l'échange **devient interactif**, on assiste à un réel dialogue entre le pharmacien et le patient. Ce dernier reçoit alors l'information nécessaire à son traitement mais en plus, il comprend les effets bénéfiques et sait comment agir s'il éprouve des effets indésirables

Enfin, la pratique de **l'échange interactif avec responsabilisation** est très intéressante. Elle favorise le développement d'un niveau d'écoute supérieur qui permet de déceler et de résoudre certains problèmes reliés au traitement et qui, autrement, seraient passés inaperçus.

Le but d'un tel échange est de développer un partenariat avec le patient afin de le responsabiliser d'avantage. Pour le patient, il en retire qu'il peut communiquer d'avantage avec son pharmacien, de ses problèmes, inquiétudes et il se sent alors plus à l'aise pour aborder et discuter librement de sujets plus délicats.

Ainsi, on peut présenter dans un tableau, un exemple de délivrance d'un médicament, selon 3 types de communication.

TABLEAU 14: Types d'échanges avec le patient

Cas: enfant de 5 ans, otite, pas d'allergie à la pénicilline. Poids: 20kilos

Ordonnance d'amoxicilline 300mg aux 8h pour 10 jours

	Echange passif	Echange interactif	Interactif avec responsabilisation
La pratique	• 6ml aux 8h (7h, 15h et 23h) • Bien agiter • Garder au frigo • Donner toute la quantité pendant 10 jours • Avec ou sans nourriture • Peut donner de la diarrhée ou des vomissements • Monologue sans intervention du patient	• Pharmacien pose des questions pour savoir ce que connaît le patient • Pharmacien complète l'information • Pharmacien ajoute des renseignements au besoin (comment agir si effets secondaires, quand prévoir une amélioration..) • Pharmacien s'assure que le parent a bien compris • Pharmacien établit un horaire en fonction des besoins du patient (école..)	• Comme échange interactif PLUS : • Parent comprend bien mais semble inquiet • Pharmacien va plus loin dans la relation en tentant de comprendre la raison de l'inquiétude • Parent inquiet car enfant avait reçu antibiotique de même couleur et était agité avec • Pharmacien a décelé le problème, rassure le parent, s'engage à effectuer une recherche d'information et lui apporte un suivi.
Information	Correcte, simple, brève, non individualisée	Correcte, individualisée	Correcte, individualisée et responsabilisée

	Echange passif	Echange interactif	Interactif avec responsabilisation
Objectif	Usage approprié du médicament	• Idem + • Augmenter les connaissances que le patient possède sur le médicament	• Identifie les problèmes et gère les problèmes potentiels en plus d'augmenter les connaissances relatives au médicament • Etablir des objectifs thérapeutiques et effectuer des suivis
Pharmacien	• 10^{ème} fois de la journée qu'il répète la même information. • Monotone et peu valorisant	Plus intéressant car l'information est individualisée	• Intéressant, différent et valorisant • Le pharmacien fait équipe avec son patient • Fidélise le patient
Patient	On ne peut garantir qu'il a bien compris l'information	On est certain qu'il a bien compris l'information	Solidifie la relation thérapeutique avec le pharmacien

d) En conclusion, la communication

Au vu des technologies qui progressent de plus en plus rapidement, le pharmacien se trouve dans un nouvel environnement de pratique. Considérant aussi, que les patients ont accès à toutes sortes d'informations maintenant, qui rendent difficile les décisions thérapeutiques et les choix à faire pour améliorer leur santé. Il se présente pour le pharmacien l'opportunité d'orienter d'avantage sa pratique vers les besoins du patient.

Le pharmacien devient alors responsable des résultats thérapeutiques de ses patients. Cela est extrêmement valorisant, mais peut être inquiétant aussi. Si la profession décidait de se mobiliser on pourrait atteindre l'objectif d'une meilleure communication entre patients et pharmaciens.

Pour atteindre de tels progrès, je pense qu'il faudrait d'abord inclure un plus grand nombre de cours de communications dans notre formation. La mise en pratique des techniques de communications est la meilleure solution pour pouvoir faire face à ces situations en pharmacie.

Pour se faire, et favoriser l'atteinte des objectifs, la réalisation s'échelonne sur plusieurs étapes :

- Atteindre le niveau fondamental de la consultation pharmaceutique pour toute nouvelle ordonnance
- Atteindre le niveau fondamental pour les renouvellements et les médicaments de vente libre
- Développer et acquérir des habiletés de communication, de façon graduelle et par étape.
- Définir la priorité des clientèles dans le cadre du volet de continuité des soins.
- Améliorer les communications et méthodes de travail avec les autres professionnels de santé
- Enfin, mesurer l'impact de telles mesures auprès des pharmaciens et des patients

Pour les pharmaciens en activité, j'espère leur avoir donné envie de s'intéresser aux techniques de communication. Il existe de nombreux moyens pour s'y former. La création d'un espace de confidentialité est je pense, un pré-requis essentiel pour avancer en ce sens.

Conclusion

Cette thèse sur la pratique pharmaceutique québécoise, se voulait avant tout, une ouverture vers ce qui se fait ailleurs qu'en France. Mais était aussi l'occasion de proposer quelques changements dans notre profession afin de s'orienter vers une pratique plus clinique.

La principale volonté était surtout de donner l'envie aux pharmaciens hospitaliers et officinaux de les intéresser aux soins pharmaceutiques et à leur application

Plusieurs études l'ont montré, nombreux sont les avantages de la présence d'un pharmacien dans un service hospitalier, comme la diminution de l'apparition d'effets indésirables évitables (107 et 115)

Le modèle Nord-américain de soins pharmaceutiques est une référence et la plupart des articles ayant montré l'impact du pharmacien dans les services cliniques en sont issus.

Transposer directement ce modèle à l'exercice français est bien sûr impossible.

Nous l'avons présenté durant la thèse, les différentes responsabilités qu'a maintenant le pharmacien québécois, il les a obtenues au fil des années. Depuis 20 ans, l'Ordre des pharmaciens du Québec encourage les soins pharmaceutiques. Ils ont su prendre le virage des changements démographiques pour installer le pharmacien sur les services cliniques et l'impliquer dans l'équipe médicale. Par contre une adaptation de ce modèle sur notre pratique actuelle est réalisable.

Récemment, de nombreuses modifications législatives ont été appliquées. Loi HPST, T2A (tarification à l'activité), la certification et le développement des évaluations de pratique professionnelle. Tout autant de contraintes qui peuvent se révéler des atouts pour promouvoir la place du pharmacien au sein des équipes médicales.

Quelles sont les possibilités pour faciliter l'intégration du pharmacien dans les équipes médicales?

Les premiers changements à modifier le seraient au niveau de la formation. Le sondage effectué auprès d'étudiants français et québécois durant cette thèse le montre. Les étudiants français jugent majoritairement leurs études inadaptées à la pratique actuelle de la pharmacie. Plusieurs raisons à cela.

La filière pharmacie en France aboutit à divers métiers. Du biologiste, en passant par le chercheur, ou le chef de produit en industrie, au pharmacien hospitalier et officinal. De tels débouchés entraînent une formation très généraliste qui au final ne donne satisfaction à aucune

des filières. Les industriels peuvent déplorer le manque de matières fondamentales, tel la chimie, la physique. Les officinaux déplorent le manque de pratique dans leur formation.

Nous pourrions envisager une spécialisation dans les filières choisies plus tôt dans le parcours. Ainsi que divers stages dans différents milieux, tôt dans la formation.

Pourquoi ne pas envisager, entre 2 semaines et 1 mois de pratique en officine, puis à l'hôpital puis en industrie pour aider les étudiants à faire des choix de filière. Par la suite, on pourrait proposer des passerelles pour réintégrer une autre filière, avec des cours obligatoires à rattraper.

La 5^{ème} année hospitalo-universitaire, au vu du sondage, déçoit les étudiants quant à leur stage à mi-temps d'un an. Pourquoi ne pas envisager, comme il a été fait pour les industriels, de raccourcir la durée de stages dans les hôpitaux pour favoriser des stages dans leur futur milieu de pratique à savoir, les officines.

Au niveau des enseignants, les départements de pharmacie clinique ne devraient embaucher que des candidats ayant réalisé leur doctorat ou leurs publications dans le domaine des soins pharmaceutiques. (115)

Les activités du pharmacien, notamment à l'hôpital sont très variées, cela découle de connaissances acquises durant le cycle universitaire très larges. Malheureusement, les cours sur l'utilisation pratique des médicaments, à savoir la pharmacothérapie sont encore trop peu nombreux.

Le faible nombre de pharmaciens cliniciens dans nos universités n'aide pas à montrer aux étudiants les possibilités qu'ils pourraient avoir en réalisant des soins pharmaceutiques.

Il devrait être impératif pour les professeurs d'être eux-mêmes confrontés régulièrement à des patients, aux équipes médicales, pour pouvoir transmettre leur savoir. Au Québec, nombreux sont les chargés de cours qui sont pharmaciens officinaux ou hospitaliers en dehors de leurs cours. Nous devrions encourager les pharmaciens d'officine spécialisés dans certains domaines à venir donner des cours.

Au Québec, le Pharm. D. de Montréal (depuis 2007) et de Québec (depuis 2011), offre déjà de nouvelles méthodes d'apprentissage. En 20 ans, les programmes d'apprentissage au Québec ont été réévalués en profondeur par deux fois.

Au Québec, l'évaluation des professeurs dans toutes les universités par les étudiants est systématique. Ainsi chaque année, l'équipe administrative de la faculté demande l'avis aux étudiants sur certains cours et leurs professeurs. Ces notations n'ont pas pour objectif pur et simple de sanctionner. Mais elles permettent d'améliorer la qualité des cours et les échanges avec les enseignants. Ainsi la charge de cours d'un enseignant ne devrait pas être reconduite si

les notes attribuées reçoivent une sévère désapprobation des étudiants et aucune remise en question du professeur sur plusieurs années.

Au niveau scolaire, on devrait confronter plus régulièrement les étudiants à la lecture d'articles scientifiques (majoritairement en anglais) pour apprendre à avoir un regard critique sur les nouveautés pharmaceutiques et les différentes études cliniques. Et ainsi obtenir une information de qualité et indépendante de l'industrie pharmaceutique.

On devrait également confronter les étudiants à la lecture de documents distribués avant le cours pour les préparer, permettre d'acquérir des connaissances et pouvoir les appliquer directement pendant les cours magistraux.

Au Québec, l'année des soins pharmaceutiques, repose sur ces travaux préalables aux cours magistraux et à la lecture d'articles scientifiques, pour former les futurs pharmaciens.

Comme présenté durant cette thèse, nous devrions augmenter le nombre de cours de communication. Ils permettent à la fois d'améliorer les échanges pharmacien-patient, mais aussi les échanges pharmacien-médecin.

Enfin il est certain que plus d'enseignements des soins pharmaceutiques, aideront les pharmaciens à les appliquer dans leur pratique.

Un premier geste en ce sens a été réalisé, avec la mise en place des enseignements coordonnés. Néanmoins, les enseignements coordonnés devraient réserver plus de cours à la synthèse des connaissances abordées durant ces enseignements.

On pourrait envisager plusieurs heures de cours, ou des pharmaciens cliniciens, présenteraient les arbres décisionnels pharmacothérapeutiques, les lignes de traitement et confronteraient les étudiants à des cas pratiques.

On pourrait proposer en fin de formation, ou en formation continue à l'instar de ce qui se fait pour d'autres spécialités, un diplôme universitaire de pharmacie clinique. Il pourrait s'agir d'une formation de 12-16 mois à temps plein, associés à des stages en pharmacie, et des stages à l'étranger, pour former les étudiants ou pharmaciens à la pharmacie clinique. Il existe actuellement des DU de pharmacie clinique (Paris, Grenoble 115-116-117). Ils doivent être encouragés et approfondis. En moyenne, ils sont d'une durée de 100-120h. Ce qui n'est pas suffisant pour appréhender l'ensemble des principales pharmacothérapies.

Les pharmaciens pourraient acquérir ainsi une légitimité supplémentaire et pourraient alors s'impliquer d'avantage dans les équipes médicales.

Enfin, en ce qui concerne l'enseignement, on devrait pérenniser ces échanges universitaires avec l'Amérique du Nord de nos étudiants en pharmacie et même rechercher plus de partenariats pour donner des idées et l'envie aux futurs étudiants d'appliquer les soins pharmaceutiques.

Au niveau professionnel, je pense que les soins pharmaceutiques doivent d'abord s'appliquer à l'hôpital. Nous l'avons vu précédemment, la transition vers les soins pharmaceutiques, nécessite un engagement des pharmaciens, des subventions pour la formation. A court terme, les résultats ne paraîtront pas probants, car des investissements importants doivent être réalisés (comme une augmentation des pharmaciens dans les hôpitaux pour les implanter sur les services cliniques), mais à long terme, la pratique clinique pourrait ainsi s'implanter dans les hôpitaux et engendrer des répercussions sur la pratique officinale.

Dans quelques hôpitaux en France, les pharmaciens hospitaliers commencent à avoir des activités cliniques, ils doivent être encouragés, et suivis. Ce sont eux, qui amèneront l'application des soins pharmaceutiques. Nous ne parlons pas de prendre des responsabilités du médecin. Mais nous proposons d'apporter une complémentarité à l'équipe médicale.

Au niveau officinal, la progression vers les soins pharmaceutiques se réalisera à plus petite échelle.

Les systèmes de dispensation devront probablement être repensés, cela dans un intérêt de santé public, et de dépenses. Ils nécessiteront des investissements que les pharmaciens ne pourront assumer seuls.

A court terme, on ne peut qu'encourager les pharmaciens à appliquer plus régulièrement les opinions pharmaceutiques. Un avertissement à l'équipe médicale aux alentours est nécessaire afin d'en recevoir un accueil positif par la suite. Le pharmacien doit faire ses preuves auprès de l'équipe médicale, pour montrer qu'il peut jouer un rôle et participer à la promotion du bien-être et la prise en charge du patient.

La création d'aire de confidentialité doit être favorisée, afin de commencer à y réaliser des consultations pharmaceutiques. Trop souvent, les aires de confidentialité dans les pharmacies, sont le bureau du pharmacien propriétaire et il n'est pas toujours propice à une consultation.

Les pharmaciens devraient recevoir plus de formation sur la communication, de manière continue. Ainsi ils pourront commencer à réaliser épisodiquement des consultations pharmaceutiques, dans des sujets sur lesquels ils auront reçu une formation adéquate.

Toutes ces propositions nécessitent du temps. Les pharmaciens actuellement en ont peu. Ces activités ne sont pas rémunérées, mais c'est aux pharmaciens de s'investir, de profiter des stages

des étudiants, pour favoriser une telle pratique, la faire reconnaître et pouvoir prétendre éventuellement par la suite à une rémunération

Au niveau gouvernemental, nous en avons parlé à plusieurs reprises, d'importantes décisions devront être prises dans les prochaines années. Fonctionnement du système de santé, évaluation des nouveautés thérapeutiques, organisation du territoire pour l'accessibilité aux soins, rémunération à l'acte des pharmaciens. De grands défis en matière de santé publique attendent nos politiciens.

Tableau 15: Etapes vers les soins pharmaceutiques en France

	Mesures
Enseignement	• Réévaluer la formation et les stages • Choisir plus tôt sa filière • Plus de pharmaciens cliniciens dans l'enseignement • Plus d'enseignants pharmaciens en communautaire ou hospitaliers • Evaluation ponctuelle des professeurs et enseignements • Cours de soins pharmaceutiques • Lecture critique d'articles scientifiques • Cours de communication
Hôpitaux	• Encourager la pratique de la pharmacie clinique • Appliquer la dispensation nominative individuelle des médicaments • Favoriser les échanges et collaborations internationales
Officines	• Réévaluer les systèmes de dispensation • Favoriser les opinions pharmaceutiques • Créer des aires de confidentialité • Se former aux techniques de communication • Proposer un DU de soins pharmaceutiques plus poussé
Gouvernemental	• <u>A court terme</u>: légiférer sur la rémunération des pharmaciens et sur l'évaluation et le remboursement des médicaments • <u>A moyen terme</u>: proposer de nouvelles missions aux pharmaciens • <u>A long terme</u>: envisager la rémunération pour certains services aux pharmaciens

Au Québec, pendant le printemps 2011 l'OPQ a soumis au gouvernement 5 missions supplémentaires qu'ils souhaiteraient mettre en place. (82)

- de prolonger certaines ordonnances qui ne sont plus renouvelables, en fonction de critères précis ;
- d'adapter une ordonnance par exemple en fonction du poids du patient ou de ses allergies, lorsque la situation l'exige ;
- de contribuer à la résolution de certains problèmes de santé simples comme les feux sauvages ou les allergies saisonnières (avec une prise en charge par les assurances) ;
- de demander certains tests de laboratoire pour surveiller notamment, la sécurité de l'utilisation des traitements (ex. fonction rénale) ;
- d'administrer certains médicaments afin de montrer comment le faire aux patients (exemple : pompe en inhalation pour l'asthme) ou pour soutenir les objectifs de santé publique.

Le 14 novembre 2011, le projet de loi 41 autorisant les nouvelles pratiques fut déposé par le ministre de la Santé et des Services sociaux. Le Québec avance à grand pas dans la délégation de responsabilités aux pharmaciens. Reste à la France d'en prendre le chemin

Durant cette thèse, plusieurs idées et mesures auront été proposées. Loin de moi, l'idée d'apporter toutes les solutions à nos problèmes actuels et à notre pratique. Néanmoins, j'espère par ce travail avoir donné l'envie à certains étudiants et pharmaciens, de s'intéresser aux soins pharmaceutiques et d'avoir procuré le désir d'évaluer leur pratique de la pharmacie pour ensuite l'appliquer différemment.

L'ouverture de la profession aux soins pharmaceutiques sera indispensable pour l'épanouissement de notre profession.

ANNEXES

Annexe 1 : Programme pharmacie de l'université de Montréal et Laval à Québec

Université de Montréal

Crédit	Titre
2	Fonctionnement normal du corps humain 1
2	Fonctionnement normal du corps humain 2
4	Fonctionnement normal du corps humain 3
3	Fonctionnement normal du corps humain 4
2	Le pharmacien, professionnel de la santé
2	Le pharmacien et la loi
2	Laboratoire - pratique professionnelle 1
1.5	Services à la communauté 1A
1	Collaboration en sciences de la santé 1
4	LADMER 1 - Médicament en dose unique
3	LADMER 2 - Médicament en doses multiples
2	LADMER 3 - Médicaments en interaction
3	Soins pharm. : Immunologie
2	Le pharmacien et le patient
3	Laboratoire - pratique professionnelle 2
1.5	Services à la communauté 1B
4	Pratique pharmaceutique communautaire 1
4	Soins pharm. : Hématologie, néphrologie
4	Soins pharm. : Infectiologie 1
4	Soins pharm. : Infectiologie 2
3	Le pharmacien et le savoir scientifique
3	Laboratoire - pratique professionnelle 3
1.5	Services à la communauté 2A
1	Collaboration en sciences de la santé 2
4	Soins pharm. : Gastro-entérologie
4	Soins pharm. : Cardiologie 1
4	Soins pharm. : Cardiologie 2
3	Le pharmacien-conseil
3	Laboratoire - pratique professionnelle 4
1.5	Services à la communauté 2B

4	Pratique en établissement de santé 1
1	Collaboration en sciences de la santé 3
4	Soins pharm. : Endocrinologie
4	Soins pharm. : Pneumologie, rhumatologie
4	Soins pharm.:Obs-gyn, urologie, ORLO
4	Le pharmacien et la communauté
2	Laboratoire - pratique professionnelle 5
1	Services à la communauté 3A
3	Soins pharm. : Dermatologie
3	Soins pharm. : Neurologie
3	Soins pharm. : Psychiatrie, toxicomanie
3	Soins pharm. : Oncologie
3	Le pharmacien gestionnaire
1	Laboratoire - pratique professionnelle 6
1	Services à la communauté 3B
1	Atelier thématique
1	Marketing pharmaceutique
1	Problèmes pharmaceutiques 3
3	Problèmes pharmaceutiques 4
3	Histoire sociale de la pharmacie
1	Séminaires 1
2	Problèmes pharmaceutiques 1
1	Séminaires 2
2	Problèmes pharmaceutiques 2
2	Produits vétérinaires
1	Laboratoire de produits stériles
3	Développement du médicament
3	Soins pharmaceutiques ambulatoires
3	Soins pharmaceutiques mère-enfant
3	Prod. de santé naturels : asp. cliniques
3	Pharmacothérapie gériatrique
3	Chronopharmacologie
1	Prod. stériles en pharm. communautaire
3	Le pharmacien humanitaire
3	Soins pharm. urgence et soins critiques
3	Soins pharmaceutiques en pédiatrie
6	Activités d'intégration en pharmacie
8	Pratique pharmaceutique communautaire 2

- 8 Pratique pharmaceutique communautaire 3
- 8 Pratique en établissement de santé 2
- 4 Pratique en établissement de santé 3
- 4 Stage à thématique optionnelle

Université Laval :

Titre	Crédits exigés
Biochimie	3,0
Biologie cellulaire	3,0
Histologie générale	2,0
Introduction à la pharmacie	2,0
Sciences pharmaceutiques I	4,0
Physiopathologie I	3,0
Le pharmacien et la loi	2,0
Immunologie médicale	1,0
Microbiologie médicale	2,0
Pharmacologie et toxicologie I (Principes de base)	2,0
Sciences pharmaceutiques II	4,0
Physiopathologie II	3,0
Médicaments, pharmacie et société	3,0
Pharmacoépidémiologie	3,0
Chimie pharmaceutique I	3,0
Pharmacologie et toxicologie II	3,0
Physiopathologie III	3,0
Pharmacocinétique appliquée	2,0
Physiopathologie IV	3,0
Chimie pharmaceutique II	3,0
Pharmacologie et toxicologie III	3,0
Pharmacie: éthique et bioéthique	2,0
Initiation à la gestion en pharmacie	2,0
Consultation pharmaceutique	2,0
Soins pharmaceutiques I	3,0
Soins pharmaceutiques II	3,0
Soins pharmaceutiques III	3,0

Médicaments en vente libre	3,0
Thérapie parentérale	3,0
Soins pharmaceutiques IV	3,0
Soins pharmaceutiques V	3,0
Soins pharmaceutiques VI	3,0
Préparation à la session clinique	1,0
Le pharmacien et la communication	2,0
Session clinique en pharmacie : stage 1	3,0
Session clinique en pharmacie : stage 2	3,0
Session clinique en pharmacie : stage 3	3,0
Session clinique en pharmacie : stage 4	3,0
Pharmacovigilance / activités de communication d'information	2,0

Annexe 2 : Les 9 types de contrat dorénavant régis par le Règlement 12 d

- Bail pour la pharmacie ainsi que toute entente de transfert des droits au pharmacien propriétaire en vertu de ce bail;
- Contrat d'approvisionnement en médicaments conclu avec un fabricant de médicaments ou un grossiste en médicaments;
- Contrat d'acquisition ou d'entretien d'un équipement utilisé en pharmacie aux fins de préparer un médicament;
- Contrat portant sur la gestion informatique des dossiers patients;
- Contrat de vente d'une pharmacie;
- Contrat de financement d'éléments d'actifs d'une pharmacie conclu avec un fabricant de médicaments, un grossiste en médicaments ou une personne qui lui est liée;
- Toute entente avec une personne qui fournit des services d'hébergement à des personnes âgées, handicapées ou en perte d'autonomie;
- Toute entente (p. ex., bail) conclue avec un prescripteur ou une personne liée à ce dernier;
- Toute entente (p. ex., d'affiliation) conclue avec une entreprise, notamment une chaîne ou une bannière, à l'exception des ententes ponctuelles et non récurrentes de moins de 20 000 \$ pour la mise en application du contrat d'affiliation.

Annexe 3 : Ordonnance collective de cessation tabagique de Montréal

Agence de la santé
et des services sociaux
de Montréal



ORDONNANCE COLLECTIVE		Initier la thérapie de remplacement de la nicotine (TRN)	
Référence à un protocole : Oui ☐ non ☒		Date d'entrée en vigueur : 15 octobre 2009	Date de révision prévue : 15 octobre 2012
Professionnels habilités à exécuter l'ordonnance : Pharmaciens communautaires exerçant dans la région de Montréal (région 06) en collaboration avec les intervenants des centres d'abandon du tabagisme du territoire ou de la ligne l'Arrête.			
Groupe de personnes visées : Toute personne résidant à Montréal qui désire cesser l'usage du tabac à l'aide d'une thérapie de remplacement de la nicotine. Cette personne doit être résidente canadienne et détenir une carte d'assurance maladie valide ou être bénéficiaire du Programme fédéral de santé intérimaire.			
Médecin signataire de l'ordonnance collective : L'ordonnance devra être individualisée au nom de Dr Richard Lessard, directeur de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.			
INTENTION THÉRAPEUTIQUE :		• Cessation de l'usage du tabac • Réduction progressive de l'usage du tabac avant l'arrêt	
CONDITIONS :		Le pharmacien évalue le statut tabagique de la personne et sélectionne la thérapie de remplacement de la nicotine selon les besoins du fumeur en fonction de l'ordonnance collective	
ACTIONS :		Le pharmacien individualisant cette ordonnance collective doit : • sélectionner le médicament de remplacement de la nicotine et la posologie selon les préférences du fumeur, en fonction de l'ordonnance collective • donner au fumeur l'information appropriée au médicament sélectionné • le référer dans un centre d'abandon du tabagisme (CAT) et/ou à la ligne l'Arrête pour un suivi psycho-comportemental • surveiller la thérapie médicamenteuse • transmettre par télécopieur à l'intervenant CAT un rapport mentionnant le traitement choisi si la personne est d'accord En cas de problèmes ou pour toutes autres précisions, joindre le médecin de garde de la Direction de santé publique au 514-528-2400, poste 3523.	

I. CONTRE-INDICATIONS

- Allergie aux diacylons (pour les timbres)
- Maladie cutanée généralisée (pour les timbres)
- Maladie bucco-dentaire sévère (pour les gommes)
- Hypersensibilité au menthol (pour l'inhalateur)
- Moins de 18 ans
- Infarctus du myocarde ou accident vasculaire cérébral au cours des 2 semaines précédentes
- Angine instable ou sévère
- Arythmie sévère
- Grossesse ou allaitement

Mise en garde avec l'inhalateur : Possibilité de bronchospasme si asthme ou MPOC

II. PHARMACOTHÉRAPIE

- Timbres et gommes de nicotine couverts de manière concomitante par le Régime général d'assurance médicaments du Québec (RGAMQ) si les 2 traitements débutent à la même date
- Timbres *Nicoderm* et *Habitrol* couverts par le RGAMQ
- Gommes *Nicorette* et *Thrive* couvertes par le RGAMQ
- Pastilles *Nicorette* et *Thrive* non couvertes par le RGAMQ
- Cartouches de nicotine non couvertes par le RGAMQ

A. Fumeurs de 10 cigarettes et plus par jour

- Options :**
1. Utilisation simultanée de deux médicaments
 2. Utilisation d'un seul médicament
 3. Utilisation consécutive de deux médicaments

1^{re} option : Utilisation simultanée de deux médicaments

Traitement	Dose	Posologie	Quantité maximale par jour	Durée de traitement (semaines)
Timbre de nicotine	21 mg	1 timbre/24 h	1	4 à 6
	14 mg	1 timbre/24 h	1	4
	7 mg	1 timbre/24 h	1	2 à 4
et	et 1 des choix suivants			
gomme ou pastille ou cartouche de nicotine	1 gomme 2 mg	Gomme au besoin	24	12
	1 pastille <i>Thrive</i> 1 mg	Pastille au besoin	20	12
	1 pastille <i>Nicorette</i> 2 mg	Pastille au besoin	20	12
	1 cartouche	Cartouche au besoin	16	12

A. Fumeurs de 10 cigarettes et plus par jour

2^e option : Utilisation d'un seul médicament

Traitement	Dose	Posologie	Quantité maximale par jour	Durée de traitement (sem.)
Timbres de nicotine	21 mg	1 timbre/24 h	1	4 à 6
	14 mg	1 timbre/24 h	1	4
	7 mg	1 timbre/24 h	1	2 à 4
Gommes de nicotine ≥ 25 cig./jour ou 1 ^{re} cig. prise dans les 30 min suivant le réveil	4 mg	1 gomme q 1-2 h ou au besoin	24	12
< 25 cig./jour ou 1 ^{re} cig. prise plus de 30 min après le réveil	2 mg	1 gomme q 1-2 h ou au besoin	24	12
Pastilles de nicotine ≥ 20 cig./jour ou 1 ^{re} cig. prise dans les 30 min suivant le réveil	Thrive 2 mg	1 pastille q 1-2 h ou au besoin	20	12
	Nicorette 4 mg	1 pastille q 1-2 h ou au besoin	20	12
< 20 cig./jour ou 1 ^{re} cig. prise plus de 30 min après le réveil	Thrive 1 mg	1 pastille q 1-2 h ou au besoin	20	12
	Nicorette 2 mg	1 pastille q 1-2 h ou au besoin	20	12
Inhalateur de nicotine	10 mg	1 cartouche au besoin	16	Jusqu'à 6 mois

3^e option : Utilisation consécutive de deux médicaments

Traitement	Dose	Posologie	Quantité maximale par jour	Durée de traitement (sem.)
Timbre de nicotine	21 mg	1 timbre/24 h	1	4
	14 mg	1 timbre/24 h	1	3
	7 mg	1 timbre/24 h	1	2
suivi de	suivi de 1 des choix suivants			
gomme ou pastille ou cartouche de nicotine	Gomme 2 mg	1 gomme au besoin	24	3
	Pastille Thrive 1 mg	1 pastille au besoin	20	3
	Pastille Nicorette 2 mg	1 pastille au besoin	20	3
	Cartouche	1 cartouche au besoin	16	3

B. Fumeurs de moins de 10 cigarettes par jour ⁽¹⁾				
Fumeurs de 5 à 9 cigarettes/jour				
Options : 1. Utilisation d'un seul médicament 2. Utilisation simultanée de deux médicaments				
1 ^{re} option : Utilisation d'un seul médicament				
Traitement	Dose	Posologie	Quantité maximale par jour	Durée de traitement (sem.)
• Timbre de nicotine	14 mg	1 timbre/24 h	1	8
	7 mg	1 timbre/24 h	1	4
• Gomme de nicotine 2 mg	1 gomme	q 1-2 heures ou au besoin	18	12
• Pastille de nicotine				
	Thrive 1 mg	q 1-2 heures ou au besoin	18	12
Nicorette 2 mg	1 pastille	q 1-2 heures ou au besoin	9	12
• Inhalateur de nicotine	1 cartouche	1 cartouche au besoin	9	12
2 ^e option : Utilisation simultanée de deux médicaments				
Traitement	Dose	Posologie	Quantité maximale par jour	Durée de traitement (sem.)
Timbre de nicotine	14 mg	1 timbre/24 h	1	8
	7 mg	1 timbre/24 h	1	4
et	et 1 des choix suivants			
gomme ou pastille ou cartouche de nicotine	Gomme 2 mg	1 gomme au besoin	4	12
	Pastille Thrive 1 mg	1 pastille au besoin	4	12
	Pastille Nicorette 2 mg	1 pastille au besoin	2	12
	Cartouche	1 cartouche au besoin	2	12

(1) Il n'existe pas de preuve de l'efficacité de la thérapie de remplacement de la nicotine chez les fumeurs de moins de 10 cigarettes par jour. Il est donc recommandé d'ajuster la posologie selon le nombre de cigarettes consommées.

B. Fumeurs de moins de 10 cigarettes par jour⁽¹⁾

Fumeurs de 1 à 4 cigarettes/jour

Traitement	Dose	Posologie	Quantité maximale par jour	Durée de traitement (sem.)
Utilisation d'un seul médicament				
• Gomme de nicotine 2 mg	1 gomme	1 gomme au besoin	8	12
• Pastille de nicotine				
Thrive 1 mg	1 pastille	1 pastille au besoin	8	12
Nicorette 2 mg	1 pastille	1 pastille au besoin	4	12
• Inhalateur de nicotine	1 cartouche	1 cartouche au besoin	4	12

C. Réduction de consommation

Gomme de nicotine

- Fumeurs désirant un abandon graduel en préparation à un arrêt complet

Traitement	Posologie	Durée de traitement
Gomme de nicotine 2 mg (si < 25 cigarettes par jour ou première cigarette prise plus de 30 minutes après le réveil) ou Gomme de nicotine 4 mg (si ≥ 25 cigarettes par jour ou première cigarette prise dans les 30 minutes suivant le réveil)	1 gomme au besoin selon l'objectif quant au nombre de cigarettes par jour que le fumeur souhaite éliminer et selon la date à laquelle il veut y arriver. (maximum : 20 gommes/jour)	Six premières semaines
	Réduction de consommation quotidienne de cigarettes de 50 % et réduction progressive jusqu'à ce qu'il se sente prêt à cesser complètement. (maximum : 20 gommes/jour)	Sixième semaine à la fin du quatrième mois
	Arrêt complet 1 gomme q 1-2 heures ou au besoin x 3 mois (maximum : 20 gommes/jour)	Quatrième au sixième mois

III. MODE D'EMPLOI

TIMBRE DE NICOTINE

- Le timbre doit être appliqué au réveil sur une zone sans poil entre le cou et la taille ;
- Les patients qui ont de la difficulté à dormir peuvent enlever le timbre 2 heures avant le coucher et en mettre un nouveau au réveil ;
- En cas d'éruption cutanée au site d'application, s'assurer que le patient change de site d'application à chaque jour. Si l'éruption persiste après 48 heures, consulter un médecin ;
- En cas d'activité physique exigeante, enlever le timbre 15 minutes avant et en replacer un nouveau par la suite.

GOMME DE NICOTINE

- La gomme doit être mastiquée deux ou trois fois, puis placée entre la joue et la gencive pendant une minute afin de favoriser l'absorption de la nicotine au niveau de la muqueuse buccale. Ceci doit être répété pendant 30 minutes. Il faut éviter de boire ou de manger 15 minutes avant et pendant la prise de la gomme afin de ne pas nuire à l'absorption de la nicotine.

PASTILLE DE NICOTINE

- La pastille est placée dans la bouche et sucée lentement jusqu'à ce qu'un goût soit ressenti et ensuite gardée entre la joue et la gencive jusqu'à ce que le goût ait disparu. Il faut alors répéter pour une durée d'environ 30 minutes. Il faut éviter de boire ou de manger 15 minutes avant et pendant la prise de la pastille afin de ne pas nuire à l'absorption de la nicotine.

INHALATEUR DE NICOTINE

- Inhaler durant 20 minutes. Il faut éviter de boire ou de manger 15 minutes avant et pendant la prise de l'inhalateur afin de ne pas nuire à l'absorption de la nicotine ;
- Aviser de la possibilité d'irritation de la bouche et de la gorge, de la toux, de la rhinite.



Richard Lessard, M.D.
Directeur de santé publique

N° permis : 1-72268-5

Date : 7 octobre 2009

Cette ordonnance collective est disponible sur le site Internet de la Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal à www.santepub-mtl.qc.ca.

Formulaire de référence et de suivi pour la région de Montréal

Ordonnance collective pour les thérapies de remplacement de la nicotine (TRN)

Centres d'abandon du tabagisme (CAT)

CSSS de l'Ouest-de-l'île
Tél. : 514 626-2572, poste 4463
Téléc. : 514 626-8813

CSSS de Dorval-Lachine-LaSalle
CLSC de Dorval-Lachine
Tél. : 514 639-0660, poste 80385
Téléc. : 514 634-8145
CLSC de LaSalle
Tél. : 514 364-2572, poste 22240
Téléc. : 514 364-2336

CSSS du Sud-Ouest—Verdun
Tél. : 514 766-0546, poste 4891
Téléc. : 514 766-7443

CSSS Cavendish
Tél. : 514 484-7878, poste 3068
Téléc. : 514 485-6406

CSSS de la Montagne
Téléc. : 514 380-8147
CLSC de Parc-Extension
Tél. : 514 273-9591, poste 6325
CLSC de Côte-des-Neiges
Tél. : 514 731-8531, poste 2850
CLSC Métro
Tél. : 514 934-0354, poste 7399

**CSSS de Bordeaux-Cartierville—
Saint-Laurent**
Tél. : 514 331-2572, poste 4455
Téléc. : 514 334-9451

CSSS d'Achilles et Montréal-Nord
Tél. : 514 384-2000, poste 7324
Téléc. : 514 955-2600

CSSS du Cœur-de-l'île
Tél. : 514 376-2233
Téléc. : 514 722-7106

CSSS Jeanne-Mance
Tél. : 514 521-7663, poste 6557
Téléc. : 514 521-1886

CSSS de Saint-Léonard et Saint-Michel
Tél. : 514 328-3460, poste 1260
Téléc. : 514 328-1310

CSSS Lucille-Teasdale
Tél. : 514 253-9717, poste 15281
Téléc. : 514 253-5340

CSSS de la Pointe-de-l'île
Tél. : 514 642-4050, poste 399
Téléc. : 514 356-0637

**Centre hospitalier de l'Université de
Montréal (CHUM)**
Tél. : 514 890-8000, poste 15983
Téléc. : 514 412-7573

Ligne J'Arrête
1 866 527-7383 Téléc. : 514 255-9856

Médecin signataire : Dr Richard Lessard, n° permis 1-72268-5
directeur de santé publique

Renseignements sur le patient

Nom et prénom : _____
Date de naissance : ____ / ____ / ____ NAM : _____
jj mm aa
Adresse : _____
Tél. principal : _____ Tél. secondaire : _____
Meilleur moment pour rejoindre : ☐ matin ☐ jour ☐ soir
Nom du médecin traitant : _____

Profil tabagique de la personne

Fume depuis : ____ années N° cig. par jour : ____ 1^{re} cig. < 30 min du réveil :
Date prévue d'arrêt : _____ ☐ oui ☐ non

Prise antérieure de TRN

Type : _____ Posologie : _____ Durée : _____
Type : _____ Posologie : _____ Durée : _____

Partie à remplir par le pharmacien

- J'ai initié la thérapie de remplacement de la nicotine suivante :
Type : _____ Posologie : _____ Durée : _____
Type : _____ Posologie : _____ Durée : _____
- Le patient accepte que le pharmacien transmette ses coordonnées pour un suivi :
M.D. ☐ CAT ☐ Ligne J'Arrête ☐

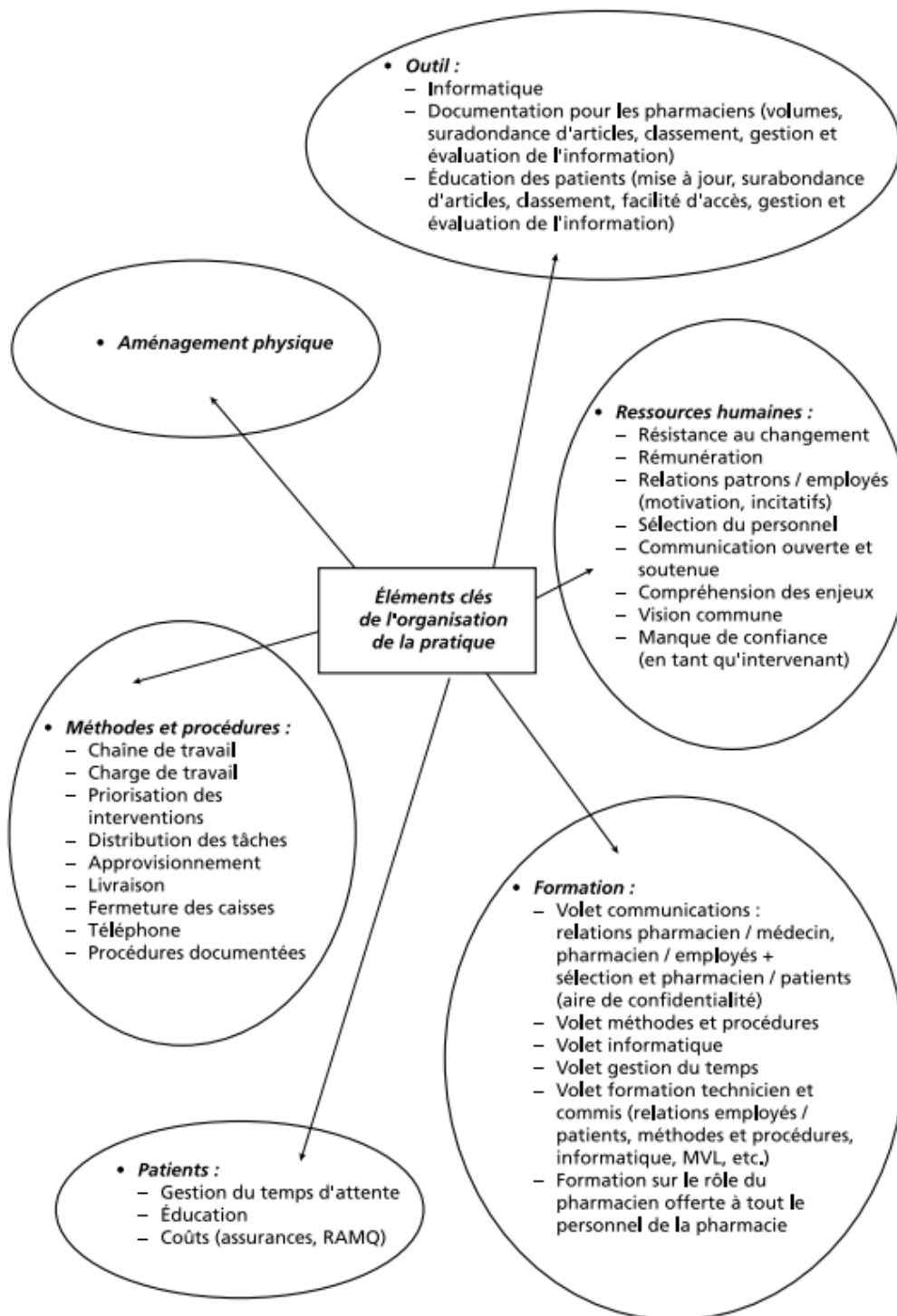
Signature du pharmacien Nom (lettres moulées) N° permis Date
Nom de la pharmacie Téléphone Télécopieur

Partie à remplir par le CAT ou la ligne J'Arrête

- J'ai procédé à une intervention en cessation tabagique auprès de ce patient, et il désire obtenir une thérapie de remplacement de la nicotine.
- Veuillez vous référer à l'ordonnance collective pour les TRN.

Signature de l'intervenant Nom (lettres moulées) Date
Nom du CAT Téléphone Télécopieur

Annexe 4 : Organiser la pratique



Annexe 5 : Les différents niveaux de communication pour une nouvelle ordonnance, un renouvellement, un médicament de vente libre

ÉLÉMENTS REQUIS SELON LE TYPE D'ORDONNANCE

NOUVELLE ORDONNANCE			
Étapes de la consultation pharmaceutique	Niveau fondamental	Niveau intermédiaire	Niveau enrichi
Préambule	- Se présenter et s'identifier. - Demander à qui le médicament est destiné. - Revoir le dossier pharmacologique. - Utiliser l'aire de confidentialité.	Niveau fondamental + :	Niveau intermédiaire + : Expliquer le but et la durée de la consultation.
Nombre d'éléments (Préambule)	4	4	5
Histoire pharmacothérapeutique ou collecte de l'information pertinente.	- Allergies. - Grossesse/allaitement. - Poids (s'il s'agit d'un enfant). - Autres médicaments. Outils : - Dossier pharmacologique.	Niveau fondamental + : - Maladies chroniques. ◊ Poids adulte, si nécessaire. Outils : - Dossier pharmacologique. - Formulaire de l'OPQ, annexe 3.	Niveau intermédiaire + : - Habitudes de vie. - Poids, taille. ◊ Surface corporelle, si nécessaire. - Vaccins. - Maladies iatrogéniques. - Évaluer les connaissances que le patient possède sur sa maladie et son traitement. - Évaluer les peurs ou problèmes relatifs à la maladie et au traitement. Outils : - Dossier pharmacologique. - Formulaire de l'OPQ, annexe 3. - Questionnaire validé plus élaboré. - Questionnaire validé pour vérifier l'observance au traitement.
Nombre d'éléments (Histoire pharmacothérapeutique)	4	5	11

NOUVELLE ORDONNANCE

Étapes de la consultation pharmaceutique

Conseils : quoi dire? Quoi entendre?

Niveau fondamental

- Nom du médicament.
- Indications.
- Méthode optimale de prise et horaire d'administration.
- Mode d'utilisation.
- Effets indésirables principaux, identifiables et évitables.
- Précautions particulières, s'il y a lieu.
- Résultats attendus.

Niveau intermédiaire

Niveau fondamental + :

- Directives en cas d'oubli d'une dose.
- Durée du traitement.
- Que faire si l'état s'aggrave?
- Après combien de temps faut-il s'inquiéter s'il n'y a pas d'amélioration?
- Conditions et durée de conservation.
- Directives spéciales pour l'administration et la préparation.
- Manipulation du produit et élimination.

Outils :

- Feuillelet d'information.

Niveau enrichi

Niveau intermédiaire + : conseils adaptés à la condition particulière du patient :

- Quels sont les effets du médicament?
- Technique de monitoring du traitement.
- Renseignements au sujet des renouvellements.
- Mesures non pharmacologiques et préventives (facteurs de risques tels tabagisme, obésité, etc.).
- Critique des mythes et des préjugés, s'il y a lieu.

Outils :

- Information écrite personnalisée.
- Horaire d'administration adapté au régime de vie du patient.
- Piluliers hebdomadaires.

Nombre d'éléments (Conseils)

7

14

19

Conclusion

- Vérifier si le patient a compris le traitement.

Niveau fondamental + :

Niveau intermédiaire + :

- Résumer les éléments clés de l'information.
- Fournir au patient l'opportunité de préciser certaines questions ou inquiétudes.
- Aider le patient à planifier le suivi et les prochaines étapes.
- Offrir sa disponibilité.

Nombre d'éléments (Conclusion)

1

1

5

ÉLÉMENTS

FONDAMENTAL

INTERMÉDIAIRE

ENRICHİ

16

24

40

RENOUVELLEMENT

Étapes de la consultation pharmaceutique	Niveau fondamental	Niveau intermédiaire	Niveau enrichi
Préambule	- Revoir le dossier pharmacologique. - Utiliser l'aire de confidentialité.	Niveau fondamental + :	Niveau intermédiaire + : Expliquer le but et la durée de la consultation.
Histoire pharmacothérapeutique	Mise à jour.	Niveau fondamental + : Revoir les données annuellement.	Niveau intermédiaire + :
Conseils : quoi dire? Quoi entendre?	- Suivi périodique pour certains types de médicaments et de clientèles visant à vérifier les 7 éléments du niveau fondamental. - Évaluation de l'efficacité. - Évaluation de la toxicité. - Identification et résolution de problèmes reliés au traitement. - Détection de l'inobservance.	Niveau fondamental + : Mesures de monitoring du traitement (prise de TA, glycémie, cholestérol).	Niveau intermédiaire + : - Mesures de monitoring plus complètes comme par exemple identification des problèmes potentiels reliés au traitement et interventions appropriées. - Approche structurée pour résoudre des problèmes d'inobservance. - Mise en place d'un programme de suivi automatique des renouvellements. - Vérification de l'atteinte des objectifs thérapeutiques. - Renforcement des mesures non pharmacologiques et préventives.
Conclusion	Vérifier si le patient a compris le traitement.	Niveau fondamental + :	Niveau intermédiaire + :

MÉDICAMENTS EN VENTE LIBRE

Étapes de la consultation pharmaceutique	Niveau fondamental	Niveau intermédiaire	Niveau enrichi
Préambule	- Se présenter et s'identifier. - Demander à qui le médicament est destiné. - Revoir le dossier, s'il y a lieu. - Utiliser l'aire de confidentialité.	Niveau fondamental + : Essayer de savoir si le patient a déjà consulté un médecin ou un pharmacien à ce sujet.	Niveau intermédiaire + : Expliquer le but et la durée de la consultation.
Histoire pharmacothérapeutique ou collecte de l'information pertinente	- Description des symptômes (méthode informelle). - Allergies. - Poids (s'il s'agit d'un enfant). - Grossesse/allaitement. - Maladies chroniques. - Autres médicaments.	Niveau fondamental + : - Méthode plus structurée pour la description des symptômes. - Chronologie (depuis quand). - Localisation (où). - Qualité : description des symptômes. - Quantité (fréquence, gravité). - Circonstances d'apparition (quand, comment). - Aggravation ou atténuation. - Symptômes associés.	Niveau intermédiaire + : - Habitudes de vie, s'il y a lieu. - Vaccins, s'il y a lieu. - Maladies iatrogéniques, s'il y a lieu.
Conseils : quoi dire? Quoi entendre?	- Nom du médicament. - Indications. - Méthode optimale de prise et horaire d'administration. - Mode d'utilisation. - Effets indésirables principaux, identifiables et évitables. - Précautions particulières, s'il y a lieu. - Résultats attendus. - Transfert à un médecin, s'il y a lieu. - Explication du Code Médicament. - Directives spécifiques si la situation ne s'améliore pas.	Niveau fondamental + : Inscription MVL au dossier.	Niveau intermédiaire + : - Mesures de traitement non pharmacologiques. - Suivi de l'efficacité du traitement. - Documentation de l'intervention. - Remise d'information écrite. - Note écrite au médecin.
Conclusion	Résumer les éléments clés de l'information.	Résumer les éléments clés de l'information.	- Résumer les éléments clés de l'information. - Fournir au patient l'opportunité de préciser certaines questions ou inquiétudes. - Planifier un suivi.

Bibliographie

1. Organisation mondiale de la santé. France <http://www.who.int/country/fra/fr> consulté le 22 octobre 2011
2. Organisation mondiale de la santé. Canada <http://www.who.int/country/can/fr> consulté le 22 octobre 2011
3. PELCHAT Pierre, Longs délais d'attente: l'offensive publicitaire des médecins de famille, Le Soleil, avril 2011
4. Ressources en santé, données en ligne, StatExtra, OECD, disponible à l'adresse: <http://stats.oecd.org/Index.aspx>, consulté le 15 novembre 2011
5. PELCHAT Pierre, Accès à un médecin de famille: de l'espoir en vue, Le Soleil, octobre 2011
6. VADEBONCOEUR Alain, Quel problèmes des urgences, La Presse débats, mai 2011
7. JUILHARD Jean-Marc, Rapport sur la démographie médicale, Annexe au procès-verbal Sénat 3 octobre 2007
8. Statistique Canada, 2011, <http://www.statcan.gc.ca/> consulté le 12 septembre 2011
9. Organisation de Coopération et Développement Economique. Health at a Glance – OECD, Briefing note (Canada), <http://www.oecd.org/dataoecd/46/33/38979719.pdf>, consulté le 23 octobre 2011
10. Gouvernement du Canada, Santé Canada. Dépenses de santé. <http://www.hcsc.gc.ca/francais/soins/depenses.html>, consulté le 23 octobre 2003
11. Institut national de la statistique et des études économiques, 2011, <http://www.insee.fr/fr/> consulté 12 septembre 2011
12. CHOUSSAT Jean Rapport d'ensemble sur la démographie médicale, inspection générale des affaires sociales, janvier 1997, 45p
13. FINANCES QUEBEC, Vers un système de santé plus performant et mieux financé, budget santé gouvernement du Québec 2010/2011. Gouvernement du Québec, 2010, 59p
14. Loi canadienne de 1984 sur la santé, L.R.C., 1985, ch. C-6
15. DAUDIGNY Yves au nom de la commission des affaires sociales, Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2012, rapport n74, 2 novembre 2011
16. GAGNON Marc Andre, Argumentaire économique pour un régime universel d'assurances médicaments, institut de recherche et d'informations socio-économiques, septembre 2010
17. GAGNON Marc Andre, Pour un régime d'assurance médicaments universel, Protegez-vous, janvier 2011
18. Maillard Rémi, Médicaments, les avantages d'un régime public universel, Protegez-vous, Septembre 2010
19. Les coûts, la prime, le régime public, régie de l'assurance maladie du Québec, consulté en novembre 2011
20. Le régime privé, régie de l'assurance maladie du Québec, consulté en novembre 2011
21. Liste de médicaments publiés par la RAMQ, octobre 2011, disponible à l'adresse: http://www.ramq.gouv.qc.ca/fr/professionnels/medicaments/listmed/pdf/originale/liste_medicaments.pdf

22. Médicament d'exception et patient d'exception, informations, RAMQ, mai 2009
23. Certification des comptes du régime général de sécurité sociale - Exercice 2010 - Cour des comptes, juin 2011
24. GRAMMOND Stéphanie, Magasinez votre panier de médicaments pour économiser, La Presse Affaires, 17 février 2008, mis à jour le 15 septembre 2010
25. GRAMMOND Stéphanie, Choisissez votre pharmacien, La Presse Affaires, 15 février 2008, mis à jour le 15 septembre 2010
26. GRAMMOND Stéphanie, Prix des médicaments: comparer des comprimés avec des comprimés, La Presse Affaires, 19 février 2008
27. AFSSAPS, Les ventes de médicaments aux officines et aux hôpitaux en France Chiffres-clés 2009 6^{ème} édition, Octobre 2010
28. L'année 2010 du médicament : évaluation insuffisante, patients trop exposés. Revue Prescrire, 31 (328) : 134-141.
29. Baromètre Prévoyance TNS Sofres étude réalisée auprès d'un échantillon représentatif de la population française âgée de 18 ans et plus, selon la méthode des quotas (1004 personnes interrogées) 28 avril au 2 mai 2009
30. PARIS Valérie, DOCTEUR Elizabeth, Pharmaceutical Pricing and Reimbursement Policies in Canada, OCDE, 15 février 2007
31. Rapport sur les principales tendances pharmaceutiques, Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés, Juin 2011
32. Analyse des dépenses de recherche-développement, Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés, Juin 2011
33. Loi sur la pharmacie L.R.Q., chapitre P-10 section V Exercice de la pharmacie
34. Loi sur la pharmacie L.R.Q., chapitre P-10 section II Ordre des pharmaciens
35. Code civil du Québec, Titre deuxième, chapitre premier article 947 (propriété)
36. Le droit de propriété des pharmacies au Québec, Lignes directrices de l'ordre des pharmaciens sur la propriété de la pharmacie, Ordre des pharmaciens du Québec, juin 1997
37. Lignes directrices (ouverture, acquisition, opération de la pharmacie, disposition de la pharmacie), Lignes directrices de l'ordre des pharmaciens sur la propriété de la pharmacie, Ordre des pharmaciens du Québec, juin 1997
38. ADENOT Isabelle, Les pharmaciens d'officine à l'épreuve du territoire, conséquences pour leur exercice professionnel pour l'ordre des pharmaciens, juillet 2006
39. Admissions à la pratique, diplômés Hors Québec, OPQ, www.opq.org
40. Eléments démographiques, Les pharmaciens: panorama, Ordre national des pharmaciens, 1^{er} janvier 2011,
41. Présent pour vous, ordre des pharmaciens du Québec, rapport annuel 2009-2010, OPQ, juin 2010
42. Description du programme de doctorat en pharmacie, Université de Montréal, disponible à l'adresse: http://www.etudes.umontreal.ca/index_fiche_prog/167511_desc.html consulté le 25 novembre 2011

43. Guide des études 2011-2012, faculté de pharmacie de Lille 2, disponible à l'adresse: <http://pharmacie.univ-lille2.fr/scolarité/les-formations.html>, consulté le 25 novembre 2011
44. BUSSIERES JF., ROY P, LEBEL D et al. Profil de la pratique pharmaceutique de la France et du Québec, perspectives d'échanges, Pharmactuel Vol 35, N1, janvier-février 2002
45. COTES R Universités, programme contingentés, L'ECLIPSE, Décembre 2010
46. La formation des pharmaciens en France, rapport d'évaluation, Comité national d'évaluation des établissements publics à caractère scientifique, culturel et professionnel, juillet 1998
47. *Médicaments: prix et marges*, EcoSanté Leem et Insee, septembre 2010
48. GERMAIN KATIA, le modèle d'affaires de Jean Coutu remis en question, Argent, janvier 2009
49. Règlement sur les conditions et modalités de vente des médicaments, L.R.Q., c. P-10, a. 37.1
50. ROY Johanne, Inscriptions à la baisse en pharmacie hospitalière, Le Journal de Québec, Aout 2011
51. BERTRAND Xavier, Lettre de mise en oeuvre des tarifs forfaitaires de responsabilité, CEPS, décembre 2010
52. GREGOIRE Jean-Pierre, Mémoire à l'appui du projet de règlement sur les conditions et modalités de vente des médicaments au public présenté par OPQ Avril 1995
53. PARENT Marc et al. L'exercice de la pharmacie au Québec, la nécessaire adaptation aux nouvelles réalités du XXIème siècle pour l'OPQ, Janvier 2001
54. DUCHARME et al. Réflexion sur la pénurie de pharmaciens pour l'OPQ, avril 2004
55. ASSELIN C., BERUBE J., BINET, J et al, Manuel d'autoformation à l'intention des pharmaciens et pharmaciennes, la contraception orale d'urgence, en accord avec le règlement sur les activités de formation obligatoire des pharmaciens pour la prescription des médicaments permettant une contraception orale d'urgence, OPQ et MSSS, janvier 2002
56. La dépense de médicaments, chapitre 9 du rapport de la sécurité sociale 2011 de la cour des comptes, septembre 2011
57. Loi n°2007-1786 du 19 décembre 2007 de financement de la sécurité sociale pour 2008, modifiant l'article L5125-11 sur l'ouverture des pharmacies
58. LEBEL Denis, La Maîtrise professionnel en pharmacie est en danger, Pharmactuel Vol 37 N1, Janvier-février 2004
59. Sondages sur les études en pharmacie - Québécois et français- sondage réalisé par l'intermédiaire de Google Documents, les résultats détaillés sont consultables en annexe , réalisé entre octobre et décembre 2011, disponible au lien suivant: <https://docs.google.com/spreadsheets/viewform?formkey=dHRpX1dJYWlIya0hUUlQxRG5JbFZDTFE6MQ>
60. A propos de la faculté-Personnel enseignant, Université de Montréal, disponible à l'adresse : www.pharm.umontreal.ca

61. P-10-r.27, Article 27 de la Loi sur la pharmacie traitant de la propriété
62. Section IV devoirs et obligations envers la profession R.R.Q, 1981, c P-10, r.5 a4.01.01
63. Arrangement en vue de la reconnaissance mutuelle des qualification professionnelles entre l'ordre des pharmaciens du Québec, le ministre de la santé et des sports, et le conseil national de l'ordre des pharmaciens de France le 17 novembre 2009
64. BUSSIERES Jean François et al., Historique de la spécialisation en santé au Québec, 1^{ère} partie, Pharmactuel Vol 37 N1, janvier-février 2004
65. Pharmaciens/Pharmaciennes, textes de la profession, nature du travail, Service Canada, consulté le 2 décembre 2011 à l'adresse:
http://www.servicecanada.gc.ca/fra/qc/emploi_avenir/statistiques/3131.shtml
66. MARANDO N. et al, Histoire de l'APES, il était une fois l'APES, 2010
67. HENNING R.H. et al, Bien prescrire les médicaments pour l'OMS guide pratique, janvier 2011
68. Prescription et ordonnances, collège des médecins du Québec, disponibles à l'adresse:
<http://www.cmq.org/fr/Public/Profil/Commun/FAQ/Ordonnances.aspx#PointTitle23>, consulté le 12 décembre 2011
69. Complément au «guide d'interprétation des nouvelles dispositions de la Loi sur la pharmacie et du Code des professions»: Récents développements en regard des ordonnances collectives, OPQ, janvier 2005
70. Guide d'interprétation des nouvelles dispositions de la Loi sur la pharmacie et du Code des professions, pour l'OPQ, avril 2003
71. Evaluation des médicaments, le processus, conseil du médicament Québec, consulté en septembre 2011
72. Règlement sur les normes relatives aux ordonnances faites par un médecin, L.R.Q., c. M-9, a. 19, 1^{er} al., par. d
73. Règlement sur l'étiquetage des médicaments et des poisons, L.R.Q., c. P-10, 1^e al, par. c
74. Règlement sur la tenue des pharmacies, L.R.Q., c. P-10, a. 10, 1^e al., par. d
75. BEAUMIER J., DUCHARME P., GAGNON J, et al. Guide des soins et services pharmaceutiques dans les ressources intermédiaires et les ressources de type familial, pour l'OPQ, juin 1997
76. Entente relative à l'assurance maladie entre l'AQPP et le MSSS, juillet 2007,
77. AQPP, Etats généraux de la pharmacie, présenté dans le cadre de la commission d'étude des Etats généraux de la pharmacie, Mai 2002
78. KEENE JL. et al. La pharmacie d'officine en France, bilans et perspectives, Livre blanc, janvier 2008
79. DOUMONT D., LIBION F., Quelle est la place de l'éducation pour la santé en pharmacie, octobre 2002.
80. Norme 90.03: L'utilisation du pilulier hebdomadaire, OPQ, décembre 1990
81. Informations, cartes et statistiques sur les populations et les pays du monde, populationdata.net, consulté en Aout 2011
82. Diminuer la pression sur le système de santé, oui c'est possible, OPQ, pourlemieux.ca, consulté en décembre 2011
83. Code médicament- pour un bon usage des médicaments, service aux publics de l'OPQ

84. Les ordonnances faites par un médecin, guide d'exercice du collège des médecins du Québec, mai 2005
85. La transmission des ordonnances par télécopieur, Ordre des pharmaciens du Québec et collège des médecins du Québec, mai 2007
86. Recommandations sur prescriptions médicamenteuses par téléphones paragraphe 5.2, Haute autorité de santé HAS, février 2009
87. Recommandations sur prescriptions médicamenteuses par téléphones paragraphe 5.6, Haute autorité de santé HAS, février 2009
88. Loi modifiant le code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé, 2002, chapitre 33, pour la pharmacie L.R.Q, chapitre P-10
89. Règlement sur les normes relatives aux ordonnances faites par un médecin 137 G.O. II, 902 (disponible sur le site Internet du Collège : www.cmq.org), 2005
90. Indépendance et désintéressement, R.R.Q., 1981, c. P-10, r. 5, a. 3.05.01.
91. Guide de prévention pour la manipulation sécuritaire des médicaments antinéoplasiques et autres médicaments dangereux dans les établissements de santé. Association paritaire pour la santé et la sécurité du travail du secteur affaires sociales (ASSTSAS), Février/Mars 2007
92. CHARTAND L., secrétaire générale OPQ, Prise de position de l'Ordre des pharmaciens du Québec sur les quantités de médicaments délivrés par les pharmaciens, 25 septembre 2003
93. LIEPIN V., Le nouveau système de rémunération pour les pharmaciens, avril 2010
94. Bureau de la statistique du Québec. Les personnes âgées au Québec, Statistiques démographiques, 1986
95. GAUTHIER H., LANGIS G., JEAN S, et al. Vie des générations et personnes âgées : aujourd'hui et demain, Institut de la statistique du Québec, 2001
96. DESMARAIS M, DUCHARME P, LEFEBVRE P. et al., Guide des soins et services pharmaceutiques en centre hospitalier, OPQ, 1994
97. CIPOLLE R., STRAND L., MORLEY P., Pharmaceutical care practice, Mcgraw-Hill Medical, 2^{ème} édition, 394p Avril 2004,
98. CIPOLLE R., STRAND L., MORLEY P., The Clinician guide, Mcgraw-Hill Medical, 193p, p152, 2004 (workup)
99. CHEVALIER R., MAYER C., VILLENEUVE D., Le petit livre des soins pharmaceutiques, un cachet de confiance, 1998
100. Article 53 du Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements (ROAE) et de la Loi des services sociaux et des services de santé (LSSSS).
101. Code de déontologie, section III, devoirs et obligations envers le patient. R.R.Q, 1981, c P-10, r.5, a. 3.01.02 et 3.02.02
102. CIPOLLE R., STRAND L., MORLEY P., The Clinician guide, Mcgraw-Hill Medical, 193p, p176, 2004 (classif prp)
103. HEPLER C.D., et STRAND L.M., Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. Am J Hosp Pharm, 47(3): 533-43. 1990.
104. Fournir des soins pharmaceutiques, guide de pratique de l'OPQ, 2001

105. BRUMMEL A.R., et al, *Medication Therapy Management: 10 Years of Experience in a Large Integrated Health Care System*, Journal of managed care pharmacy vol 16 n°3, avril 2010
106. MALLET L., LECLERC G., DUBOIS M., *Methode SOAP PHM 4871 Enseignement Clinique I. Manuel du clinicien associé*, 2003.
107. LEAPE L.L., CULLEN D.J., CLAPP M.D., BURDICK E., DEMONACO H.J., ERICKSON J.I. et al. Pharmacist participation on physician rounds and adverse drug events in the intensive care unit, JAMA, 282(3):267-70, 21 Juillet 1999
108. Société Française de Pharmacie Clinique. Standardisation et valorisation des activités de pharmacie clinique. 2011, <http://sfpc.adiph.asso.fr/admin/>, consulté le 13 novembre 2011
109. STRAND LM, CIPOLLE RJ, MORLEY PC; Upjohn, assignee pharmaceutical care : an introduction, 1993
110. Entente AQPP-MSSS : annexe II règle 10, 1995
111. Règlement d'application de la loi sur l'assurance maladie, article 60c L.Q., c, A-29, a. 6
112. MATTE J, FAGNAN D : *Document préparé pour le congrès annuel du groupe PJC en 1996 3 juin.*
113. Programme de consultation pharmacien patient PPCP-module 1 : une approche interactive pour s'assurer que le patient a bien compris, pp 1-28 1997
114. *Comprendre et faire comprendre: Guide pratique de la communication pharmacien patient*, direction formation continue et développement professionnel, OPQ, 1998
115. CALOT L., LEVERGE F., *Pharmacie clinique et thérapeutique* 1308p Masson 3eme édition mars 2008
116. CALOP J, *Pharmacie clinique et acte pharmaceutique officinal*, disponible à l'adresse: [http://www2.ujf-grenoble.fr/pharmacie/www/etudiants/pages/formations/form_continues/Pharmacie clinique_2008-2009.pdf](http://www2.ujf-grenoble.fr/pharmacie/www/etudiants/pages/formations/form_continues/Pharmacie_clinique_2008-2009.pdf)
117. BRION F, ALBARET P, BOURDON O., *DU de pharmacie clinique: stratégie thérapeutique, optimisation du traitement et suivi du patient*, disponible à l'adresse: <http://www.scfc.parisdescartes.fr/index.php/descartes/formations/pharmacie/pharmacie-d-officine/du-pharmacie-clinique-strategie-therapeutique-optimisation-du-traitement-suivi-du-patient>

Université de Lille 2
FACULTE DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES ET BIOLOGIQUES DE LILLE
DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE
Année Universitaire 2011/2012

Nom : DEVODDERE
Prénom : Clément

Titre de la thèse : La pratique de la pharmacie clinique au Québec : à propos d'une expérience personnelle

Mots-clés : Pharmacie clinique France Québec Comparaisons Soins pharmaceutiques Communication Systèmes de santé Enseignement Formation Opinions Distribution Médicaments Pharmacothérapie Étude Comparative

Résumé :

Cette thèse a pour objectif de comparer la pratique de la pharmacie entre la France et le Québec. Au Québec, la pharmacie clinique et les soins pharmaceutiques sont bien ancrés dans la pratique des pharmaciens alors qu'en France, le pharmacien reste peu impliqué dans le choix de la pharmacothérapie.

Nous étudierons les différences entre les deux pays, l'évolution de la formation et de la pratique au Québec, les responsabilités du pharmacien afin de comprendre comment le pharmacien a su trouver sa place au sein de l'équipe médicale.

Nous proposerons également plusieurs solutions possibles pour faire évoluer notre pratique tant au niveau gouvernemental, que dans l'enseignement, la pratique officinale ou hospitalière.

Membres du jury :

Président : GRESSIER Bernard, professeur de pharmacologie, Lille

Assesseur : DINE Thierry, professeur de pharmacie clinique, Lille

Membre extérieur: MATIS Annabelle, pharmacienne, pharmacie des Augustins, La Bassée