

Optimiser la  
collaboration entre les  
médecins généralistes  
et les pharmaciens :  
Étude qualitative auprès de  
pharmaciens d'officine dans le  
Brabant Wallon

**Charlotte Fayt**

Master complémentaire en médecine  
générale, UCLouvain

Année académique 2022-2023

Promotrice : Dr. Lise-Laure Fouarge

---

## **REMERCIEMENTS**

A ma collègue et promotrice Dr Lise-Laure Fouarge pour m'avoir aidée à me lancer et pour ses précieux conseils lors de ses relectures,

A Benoit Derasse, pour m'avoir aiguillée dans ma réflexion sur ce sujet,

Aux pharmaciens ayant accepté de participer à ces entretiens,

A ma maman pour son soutien inconditionnel durant toutes ces années,

A mes collègues et amis pour leurs encouragements.

## Table des matières

<b>ABSTRACT</b> .....	<b>5</b>
<b>ABRÉVIATIONS</b> .....	<b>5</b>
<b>I. INTRODUCTION</b> .....	<b>6</b>
<b>II. ÉTAT DES LIEUX DES MISSIONS DU PHARMACIEN</b> .....	<b>7</b>
<b>2.1. LE BON USAGE DES MÉDICAMENTS</b> .....	<b>8</b>
<b>2.2. LES CONCERTATIONS MÉDICOPHARMACEUTIQUES</b> .....	<b>8</b>
<b>2.3. QUESTIONNEMENT CONCERNANT CES MISSIONS</b> .....	<b>8</b>
<b>III. MÉTHODOLOGIE</b> .....	<b>9</b>
<b>3.1. RECHERCHE BIBLIOGRAPHIQUE</b> .....	<b>9</b>
<b>3.2. RECRUTEMENT ET DÉROULEMENT DES ENTRETIENS</b> .....	<b>10</b>
<b>3.3. ANALYSE</b> .....	<b>10</b>
<b>IV. RÉSULTATS</b> .....	<b>10</b>
<b>4.1. ÉTAT DES LIEUX DE LA COMMUNICATION MÉDECIN GÉNÉRALISTE-PHARMACIEN</b> .....	<b>11</b>
4.1.1. RAISONS ET FRÉQUENCES DE COMMUNICATION .....	<b>11</b>
4.1.2. MOYENS DE COMMUNICATION .....	<b>13</b>
4.1.3. FREINS ET DIFFICULTÉS À LA COMMUNICATION.....	<b>15</b>
<b>4.2. BON USAGE DES MÉDICAMENTS (BUM)</b> .....	<b>18</b>
4.2.1. UTILISATION ET AVIS DES PHARMACIENS .....	<b>18</b>
4.2.2. IMPACT POUR LES PATIENTS DE CES BUM ET INFORMATIONS DONNÉES AU COMPTOIR CONCERNANT L'ASTHME .....	<b>19</b>
4.2.3. FREINS ET DIFFICULTÉS LIÉS À CES BUM.....	<b>20</b>
<b>4.3. CONCERTATIONS MÉDICO-PHARMACEUTIQUES (CMP)</b> .....	<b>22</b>
4.3.1. EXPÉRIENCE ET AVIS DES PHARMACIENS.....	<b>23</b>
4.3.2. FREINS.....	<b>23</b>
<b>4.4. PISTES D'AMÉLIORATION</b> .....	<b>24</b>

4.4.1. CONCERNANT LA COLLABORATION EN GÉNÉRAL .....	24
4.4.2. CONCERNANT LES BUM .....	27
4.4.3. CONCERNANT LES CMP .....	28
4.4.4. CE QUI EST DÉJÀ EN TRAIN D'ÊTRE MIS EN PLACE .....	29
<b><u>V. DISCUSSION .....</u></b>	<b><u>30</u></b>
<b>5.1. OPTIMISER LA COMMUNICATION ET LA COLLABORATION .....</b>	<b>31</b>
5.1.1. UNE AMÉLIORATION DU CANAL DE COMMUNICATION .....	31
5.1.2. UN RESPECT ET UNE PRISE EN CONSIDÉRATION MUTUELS .....	32
5.1.3. MIEUX CONNAITRE LES COMPÉTENCES SPÉCIFIQUES À CHAQUE MÉTIER .....	32
5.1.4. UN PLUS GRAND PARTAGE DES INFORMATIONS .....	33
5.1.5. NE PAS HÉSITER À CONTACTER L'AUTRE PROFESSIONNEL .....	33
<b>5.2. MIEUX EXPLOITER LES RESSOURCES MISES EN PLACE PAR L'INAMI.....</b>	<b>34</b>
5.2.1. LES BUM : AVIS GÉNÉRAUX .....	34
5.2.2. LES BUM : FREINS À L'UTILISATION .....	35
5.2.3. LES CMP .....	37
<b>5.3. DONNER AU PHARMACIEN UNE PLUS GRANDE PLACE DANS L'ÉQUIPE DE SOINS .....</b>	<b>37</b>
5.3.1. REVUE DE LA MÉDICATION .....	38
5.3.2. LE BUM BENZODIAZÉPINES.....	38
<b>5.4. BIAIS.....</b>	<b>39</b>
<b>5.5. PERSPECTIVES .....</b>	<b>40</b>
<b><u>VI. CONCLUSION .....</u></b>	<b><u>40</u></b>
<b><u>VII. BIBLIOGRAPHIE.....</u></b>	<b><u>42</u></b>
<b><u>ANNEXES .....</u></b>	<b><u>45</u></b>
<b>ANNEXE N°1 : AVIS DU COMITÉ D'ÉTHIQUE .....</b>	<b>45</b>
<b>ANNEXE N°2 : GUIDE D'ENTRETIEN .....</b>	<b>46</b>
<b>ANNEXE N°3 : DOCUMENTS D'INFORMATIONS ET DE CONSENTEMENT POUR LE PARTICIPANT .....</b>	<b>47</b>

## Abstract

**Introduction :** Dans le contexte de soins de santé actuel, il devient urgent d'améliorer la collaboration entre les médecins généralistes et les pharmaciens. En effet, la polymédication, de plus en plus fréquente, est régulièrement responsable de "drug related problems". Et ce risque d'erreurs de prescription est de plus en plus présent, et cela est dû au vieillissement croissant de la population qui fait que les traitements chroniques des patients se complexifient.

**Méthodologie :** Cette étude consiste en une analyse qualitative via des entretiens semi-dirigés auprès de 8 pharmaciens d'officine dans le Brabant Wallon. Ceux-ci ont été réalisés grâce à un guide d'entretien préalablement rédigé, et les réponses des pharmaciens ont ensuite été confrontées aux données trouvées dans la littérature.

**Résultats :** Cette analyse qualitative a permis de démontrer qu'il y a encore beaucoup de points à améliorer dans cette collaboration multidisciplinaire dans la région de Tubize, Braine-le-Château, Rebecq et Ittre. Le point principal est d'optimiser la communication, et ce via le choix de bons canaux de communication, un plus grand partage des informations, le fait de ne pas hésiter à entrer en contact si besoin, d'avoir un respect et une prise en considération mutuels, mais également une meilleure connaissance des compétences spécifiques à chaque métier.

De plus, en Belgique, des entretiens personnalisés du patient par les pharmaciens sont progressivement mis en place et gagneraient à être bien exploités. Il faut pour cela pallier la méconnaissance (des médecins, des patients, mais également des pharmaciens) et les difficultés administratives. Mais de nouveau, il faut surtout améliorer la communication.

**Conclusion :** Le risque d'erreurs liées aux médicaments étant un gros problème de santé publique, améliorer la collaboration entre les médecins généralistes et les pharmaciens est un objectif indispensable. Pour cela, une amélioration de la communication semble primordiale.

**Mots clés :** Médecin généraliste ; Pharmacien ; Collaboration ; Communication

## Abréviations

BUM : Bon usage des médicaments

CMP : Concertations médico-pharmaceutiques

RGPD : Règlement général sur la protection des données

## I. Introduction

Dans le contexte de soins de santé actuel, il devient urgent d'améliorer la collaboration entre les médecins généralistes et les pharmaciens, ainsi que de considérer ceux-ci comme étant parties prenantes de l'équipe de soins du patient (1, 2, 3) et non comme de « simples » délivreurs et préparateurs de médicaments.

En effet, la polymédication, de plus en plus fréquente, est régulièrement responsable de “drug related problems”. Ceux-ci ont été définis en 1995 par l'American Society of Health-System Pharmacists comme « *un événement ou une circonstance qui interfère réellement ou potentiellement avec le résultat optimal d'un traitement médicamenteux pour un patient spécifique* » (3, 4). Ils sont souvent responsables d'effets secondaires et d'hospitalisations ou consultations qui auraient pu être évités, ainsi que d'une morbidité et une mortalité augmentées (3, 4, 5). Selon un rapport à la Policy Research Unit in Economic Evaluation of Health and Care Interventions en Angleterre en 2018, les réactions liées aux médicaments causaient à ce moment-là environ 627 décès par an (3). Le National Health Service England, quant à lui, a estimé en 2014 que 5 à 8% des hospitalisations non-planifiées sont liées à des problèmes découlant des traitements médicamenteux (6).

Malheureusement, ce risque d'erreurs de prescription est de plus en plus présent. En effet, le vieillissement croissant de la population fait que les patients polyopathologiques augmentent (1, 2, 3, 5, 6, 7), et les traitements chroniques des patients se complexifient donc. D'après l'Organisation Mondiale de la Santé, la proportion des 60 ans et plus dans la population mondiale va presque doubler entre 2015 et 2050, passant de 12 à 22% (8). D'ailleurs, le nombre de personnes âgées de 60 ans et plus a, en 2020, dépassé celui des enfants de moins de cinq ans (8).

Concernant la collaboration médecin généraliste-pharmacien, il est désormais assez clair dans la littérature qu'une amélioration de celle-ci peut être bénéfique pour le patient (1, 4, 6, 7), via la réduction des problèmes liés aux médicaments, l'amélioration de la gestion de certaines maladies chroniques, une meilleure compréhension et donc adhésion des patients aux traitements, et encore une réduction de la charge de travail des médecins généralistes (2, 3). Cela a pu être particulièrement prouvé pour l'hypertension, la dyslipidémie, le diabète (2, 7, 9) ainsi que l'asthme (2, 7). Mais cela nécessite une meilleure communication et collaboration entre les pharmaciens et les médecins généralistes.

Le sujet de ce TFE s'est imposé à moi petit à petit. J'avais déjà, durant mes années d'étude, été passer une journée en pharmacie afin de voir comment les choses se déroulaient de leur côté. Et plus tard, j'ai assisté à un cours au choix de prescription en collaboration avec des pharmaciens. J'ai trouvé cela très intéressant, et celui-ci m'a permis de me rendre compte de ce que les pharmaciens peuvent nous apporter en terme d'aide au traitement, ainsi que des façons de réfléchir et de voir les choses propres à chacune des professions.

Ensuite, lors du début de mon assistantat, j'avais parfois un peu peur de prescrire de nouveaux médicaments dans des traitements chroniques déjà complexes. Et lorsque je le faisais, il m'arrivait de me dire que j'espérais que le pharmacien était également attentif à ma prescription et qu'il m'appellerait s'il y avait un problème.

De plus, j'ai eu la chance que le mari de ma maitre de stage soit pharmacien, et la communication avec lui étant plus aisée, il m'a plusieurs fois donné des informations médicamenteuses dont je n'étais pas au courant.

De là, je me suis, au fil du temps, questionnée sur notre collaboration avec les pharmaciens. J'ai donc voulu en savoir plus sur la collaboration actuelle entre ces deux professions dans notre région, ainsi que sur l'usage des ressources existant en Belgique : bon usage des médicaments (BUM) et concertations médico-pharmaceutiques (CMP).

Le but de ce TFE est donc de connaître le point de vue des pharmaciens concernant la communication entre les médecins généralistes et les pharmaciens, ainsi que la place donnée aux ressources mises en place par l'INAMI, et comment optimiser cela, dans le but d'améliorer la collaboration. Cette question a été investiguée en faisant un état des lieux de la communication et de l'exploitation des BUM et CMP dans notre région (Braine-le-Château, Tubize, Rebecq et Ittre), via une étude qualitative et un comparatif avec les données retrouvées dans la littérature.

## II. État des lieux des missions du pharmacien

En Belgique, les rôles principaux du pharmacien sont de conseiller le patient, de lui délivrer des médicaments et de lui expliquer les informations importantes les concernant, ainsi que de vérifier qu'il n'y ait pas de problème lié aux médicaments (10). De mon point de vue, le pharmacien est un peu le dernier garde-fou avant que le patient ne prenne ses médicaments : il peut vérifier que

le patient a bien tout compris, mais également s'assurer que le médecin n'a pas commis une erreur qui pourrait être nocive pour le patient.

Au-delà de ces rôles déjà très importants, l'INAMI en Belgique a voulu valoriser les compétences des pharmaciens via les « bon usage des médicaments » (11, 12), et les concertations médico-pharmaceutiques (13). Mais de quoi s'agit-il ?

## 2.1. Le bon usage des médicaments

Les BUM sont des programmes rémunérés par l'INAMI, qui permettent au pharmacien d'accompagner les patients dans leur traitement contre l'asthme (11) et/ou le diabète (12). Depuis très récemment (1<sup>er</sup> février 2023), il en existe également un concernant la déprescription des benzodiazépines (14), mais il ne sera que peu évoqué dans ce TFE puisque tout juste mis en place.

Cet accompagnement se fait via des entretiens personnalisés avec le patient (ou en groupe pour le diabète). Pour ce dernier, le médecin doit préalablement l'avoir prescrit, ce qui n'est pas le cas pour l'asthme : cela peut aussi être à l'initiative du pharmacien ou du patient lui-même.

Le but de ces entretiens est d'améliorer le bon usage des traitements ainsi que leur observance et donc leur efficacité.

## 2.2. Les concertations médicopharmaceutiques

Les CMP (13) sont des réunions locales auxquelles participent des médecins et des pharmaciens. Le but est d'ouvrir un dialogue entre les deux professions sur un sujet particulier afin de discuter des recommandations, des difficultés rencontrées, et, in fine, des solutions ou débuts de pistes qui peuvent être trouvées et mises en place. L'objectif principal est de stimuler la collaboration multidisciplinaire entre médecins et pharmaciens afin d'optimiser la prise en charge des patients.

## 2.3. Questionnement concernant ces missions

Dès lors, puisque je n'avais jusque-là participé qu'à une seule CMP, et n'ayant donc pas encore le recul nécessaire, n'ayant jamais reçu de rapport de pharmacien concernant un BUM, ni entendu de patient m'en parler non plus, je me suis demandé si ces ressources étaient utilisées. Mais surtout, quel impact elles ont sur la prise en charge médicamenteuse des patients. Et enfin, comment améliorer cela ?

### III. Méthodologie

Dans ce TFE, ma question de recherche est de savoir, selon les pharmaciens, comment se passe la communication entre les pharmaciens et les médecins généralistes et comment sont exploitées les ressources mises en place par l'INAMI dans notre région, ainsi que comment les optimiser. J'ai donc décidé de faire une recherche bibliographique à ce sujet ainsi qu'une analyse qualitative. Pour cela, j'ai réalisé des entretiens semi-dirigés – grâce à un guide d'entretien préalablement rédigé (15 ; voir annexe n°2) – auprès de pharmaciens, et ai ensuite confronté leurs réponses avec les données trouvées dans la littérature. Cette étude qualitative m'a permis de récolter un maximum d'informations et d'idées, le vécu et les opinions étant propres à chacun et tous autant enrichissants.

#### 3.1. Recherche bibliographique

J'ai débuté ma recherche bibliographique à partir de mars 2022, dans le but de me renseigner globalement sur la collaboration entre les médecins généralistes et les pharmaciens. J'ai rapidement constaté que celle-ci s'améliorait dans de nombreux pays du monde, et que les freins et facilitateurs de cette collaboration avaient déjà été bien étudiés. Mais en lisant les articles trouvés, j'ai eu l'impression que les compétences des pharmaciens autres que « simplement » délivrer des médicaments ne sont pas assez connues ni exploitées par les généralistes.

La recherche dans Pubmed a été menée grâce aux termes MeSH suivants : « *general practitioners* » ; « *pharmacists* » ; « *community pharmacists* » ; « *communication* » ; « *interprofessional relations* » ; « *cooperative behavior* ». En limitant les résultats aux 5 dernières années (2017), j'ai obtenu 37 résultats. J'ai exclu les articles concernant un modèle de fonctionnement spécifique à un pays particulier, concernant les revues de médication uniquement, un traitement ou une maladie en particulier, et également les situations en maison de repos. Après lecture des articles entiers, j'en ai gardé 9.

Dans le moteur de recherche Embase, j'ai utilisé les mots clés « *general practitioner* » ; « *pharmacist* » ; « *interpersonal communication* » ; « *interprofessional collaboration* » ; « *cooperation* » ; « *competence* ». De nouveau, j'ai inclus les articles à partir de 2017, et ai cette fois obtenu 193 résultats. Seulement 12 ont été retenus après lecture du titre et l'abstract, et 6 après lecture complète de l'article (dont 5 qui avaient déjà été trouvés via Pubmed), selon les mêmes critères d'exclusion que pour Pubmed.

J'ai également consulté et retenu des sites officiels tels que ceux de l'Organisation Mondiale de la Santé et de l'Association Pharmaceutique Belge. Et pour finir, j'ai trouvé quelques articles via les références bibliographiques de certains articles obtenus grâce à mes équations de recherche. Lorsqu'un titre me semblait très pertinent, et les critères d'exclusion décrits ci-dessus respectés, je lisais l'abstract et ensuite l'article complet, et je le conservais s'il pouvait m'apporter quelque chose de nouveau.

### 3.2. Recrutement et déroulement des entretiens

Afin de recruter des pharmaciens, j'ai dans un premier temps envoyé un mail aux 15 pharmacies reprises dans le rôle de garde de la région (Tubize, Braine-le-Château, Rebecq et Ittre). Ce mail comprenait les informations concernant l'objectif et le déroulement de ces entretiens. J'ai eu une réponse assez rapide de 4 pharmaciens acceptant de me rencontrer. Je n'ai pas eu de retour des autres. J'ai donc recontacté par téléphone quelques pharmacies, dans un ordre aléatoire, et les 4 premiers pharmaciens que j'ai eu au téléphone ont également tout de suite accepté. Ces entretiens ont été enregistrés et ensuite entièrement retranscrits, dans le respect de l'anonymat des données. Avec ces 8 entretiens, j'ai obtenu une saturation des données et ai donc mis fin au recrutement.

Ceux-ci se sont déroulés dans les différentes pharmacies, à l'écart des patients ou collègues, dans le calme. Les rendez-vous ont été fixés selon les disponibilité et préférence des pharmaciens. Avant de commencer, des formulaires d'informations et de consentement ont été remis au pharmacien et signés. Le premier entretien a eu lieu le 30 janvier 2023, et le dernier le 8 mars 2023.

### 3.3. Analyse

Pour réaliser cette analyse qualitative, j'ai tout d'abord retranscrit tous les entretiens. Puis, j'ai fait une analyse horizontale, ce qui correspond à l'étape du codage selon l'article de Balard F, Kivits J, Schrecker C et Volery I (16). Cela m'a permis de sortir les expressions et les idées intéressantes de chaque entretien, et de les reformuler, afin d'obtenir ce que l'on appelle des « nœuds de sens » ou « étiquettes » (16). J'ai ensuite réalisé ce travail pour chaque entretien et, petit à petit, des thèmes plus larges en sont ressortis, rassemblant plusieurs idées. Cela a ainsi pu mener à une synthèse de mes résultats.

## IV. Résultats

Parmi les 8 pharmaciens ayant participé à ces entretiens, 4 sont des hommes et 4 sont des femmes. L'entretien le plus court a duré 29 minutes, et le plus long 1h15 minutes. J'ai eu un problème d'enregistrement pour l'entretien numéro 4 et la fin de l'entretien est donc manquant.

Tableau 1 : profil des pharmaciens interrogés

	Sexe	Années de pratique en officine
Pharmacien 1 (P1)	F	12
Pharmacien 2 (P2)	M	27
Pharmacien 3 (P3)	F	25
Pharmacien 4 (P4)	F	26
Pharmacien 5 (P5)	M	7
Pharmacien 6 (P6)	M	15
Pharmacien 7 (P7)	M	17
Pharmacien 8 (P8)	F	15

Dans la préparation de mon guide d'entretien (voir annexe n°2), j'avais séparé mes questions en 3 parties différentes : la communication médecin-pharmacien dans sa globalité, les BUM et les CMP. Lors de mes résultats, j'ai gardé ces 3 parties, mais j'y ai ajouté une dernière : les pistes d'amélioration proposées. Pour que cela soit plus explicite, je vais utiliser des extraits de mes retranscriptions d'entretiens – appelés verbatims (16) – afin d'illustrer les résultats obtenus.

#### 4.1. État des lieux de la communication médecin généraliste-pharmacien

Les résultats obtenus m'ont permis de diviser cet état des lieux en plusieurs parties : la fréquence ainsi que les raisons de communiquer, les canaux utilisés et la facilité (ou difficulté) qui y est liée, et enfin les freins à une bonne collaboration.

##### 4.1.1. Raisons et fréquences de communication

Les pharmaciens sont tous d'accord pour dire qu'ils contactent plus souvent les médecins généralistes que l'inverse. Parmi les huit raisons de leurs appels, tous les pharmaciens parlent de problèmes d'ordonnances et de posologie, ainsi que d'interactions. Les problèmes de posologie consistent souvent en des différences entre ce que le patient a retenu et ce qui est écrit (ou justement pas écrit) sur l'ordonnance électronique. Il peut également s'agir de traitements doublons dûs à plusieurs prescripteurs, ou d'erreur de posologie de la part du médecin. Les appels pour des interactions sont en tout cas la plupart du temps vraiment appréciés par les médecins, surtout lorsque le pharmacien propose une autre solution.

**P6** : « Parfois on doit appeler parce que les gens nous disent « Ah ben il m'a parlé de ça, et ça, et ça et finalement je comprends rien ». Puis, parfois il y a la barrière de la langue aussi, ou parfois bon l'état intellectuel qui est un peu plus... »

**P5** : « On appelle quand il y a des incompatibilités aussi, bien sûr. Donc là, on essaie de voir avec le médecin pour trouver le mieux, lui faire bien sûr une proposition directement, et s'il est d'accord, on le remplace et on sert directement le patient, il a ce qu'il faut pour continuer. (...) »

Les problèmes de rupture de stock sont également évoqués par 7 répondants sur les 8. Même s'ils essaient généralement de se débrouiller de leur côté, il arrive parfois qu'ils ne puissent pas trouver de solution.

**P2** : « (...) ou un problème de rupture de stock pour lequel on ne trouve pas de solution. Évidemment on essaie toujours de se débrouiller de notre côté, soit avec des confrères, soit avec des génériques qu'on substitue, des choses comme ça. »

Viennent ensuite la demande d'autorisation pour dépannage avec 4 pharmaciens sur 8, ainsi que les problèmes ou suspicions d'abus (3 sur 8). Les dépannages de médications chroniques ne leur posent pas souvent de problèmes, mais ils appellent surtout pour des médications plus « sensibles », comme par exemple du Dafalgan Codéine, ou des médicaments agissant sur le système nerveux central.

**P8** : « Et donc les traitements chroniques, diabète, statines, antidépresseurs, je vais donner. Par contre, les benzodiazépines, les somnifères, déjà je vais regarder le traitement. Et en fonction du patient, si je le connais bien, qu'effectivement, je sais qu'il est bien suivi, je vais avancer une plaquette ou quelques comprimés le temps de 2-3 jours, pour pas déranger le Docteur. Et si c'est une avance qui ne me paraît vraiment pas légitime, mais que le patient insiste, ça j'ai déjà eu, un Algotra, ça ça me dérange fortement. (...) Je vais faire au cas par cas. Et si vraiment besoin, j'appelle le médecin. »

Les deux dernières raisons sont beaucoup moins fréquentes et ne sont chacune évoquée que par un seul participant : besoin de soins médicaux pour un patient ayant difficilement accès à un médecin, et présence d'un problème lié à une médication en vente libre.

**P2** : « Euh ou un souci médical pour un patient qui a vraiment des problèmes et qui n'a pas accès à un médecin facilement, et qu'on se rend compte que c'est quand même important, ça ça peut arriver aussi »

**P7** : « (...) fin oui si j'ai quelqu'un sous IPP par exemple et qu'il vient me demander de l'ibuprofène tous les x temps, là effectivement je vais prendre le soin de prendre mon téléphone et de contacter le Docteur... »

Une pharmacienne m'explique que la raison de ses appels diffère parfois en fonction de quel médecin elle doit appeler.

**P8** : « *Au début, t'es très motivé quand tu sors de l'université. Mais après, quand tu t'es pris quelques refus, tu décides d'appeler que certaines où tu sais que tu seras moins euh mieux accueillie quoi.* »

Dans l'ensemble, ils essaient de se débrouiller seul pour beaucoup de choses, ils n'appelleront pas s'il y a un problème de posologie qu'ils savent régler eux-mêmes, un dépannage de traitement chronique pour lequel le patient a une bonne excuse, s'ils peuvent donner un générique lors de rupture de stock, ou encore s'il existe une interaction de faible intensité ou temporaire. Ils prennent parfois eux-mêmes les décisions s'ils sont sûrs d'eux.

**P4** : « *Par exemple du Biclar et que la personne elle prend une simvastatine, on leur dit d'arrêter de prendre la simvastatine le temps de l'antibiotique, et de reprendre ensuite. Ça oui, parce que là, c'est une interaction mais euh qui peut être évitée pendant 5 jours. (...)* »

Venant des généralistes, les communications sont beaucoup moins fréquentes. Les pharmaciens évoquent 3 raisons. La première, pour 5 d'entre eux, est de vérifier les dernières délivrances dans le cas par exemple d'un nouveau patient qui ne connaît pas son traitement, ou pour des médicaments plus « sensibles ».

**P6** : « *Après, les médecins qui appellent, parfois c'est « Tiens voilà, j'ai ici un de vos patients, il me dit qu'il prend tel traitement, est-ce que c'est vrai, depuis quand est-ce qu'il l'a pris ? » surtout pour des trucs un peu sensibles, de la méthadone, des benzodiazépines,...* »

Les deux autres sont évoquées par la moitié des pharmaciens : organiser une délivrance régulée, et enfin demander l'aide ou l'avis du pharmacien. Cela peut concerner un traitement (disponibilité, alternative possible, posologie correcte), une préparation magistrale ou une problématique particulière pour laquelle le médecin n'a pas d'idée.

**P8** : « *Les médecins qui appellent les pharmaciens essentiellement c'est pour voir la disponibilité des produits. Euh ce qui me dérange pas du tout au contraire, moi j'aime bien, parce que du coup ben au moins on trouve tout de suite la solution, plutôt que d'être confronté au problème, fin voilà.* »

**P6** : « *Parfois dans des cas assez spécifiques aussi : « Tiens, Monsieur a fait des tentatives de suicide, on va essayer de faire une médication à la semaine ou tous les deux jours » aussi, et alors là c'est le médecin qui prend contact avec nous, pour qu'il y ait justement une relation.* »

#### 4.1.2. Moyens de communication

Le téléphone est le moyen de communication le plus souvent utilisé, par tous. Cela permet une réponse directe, rapide, et c'est plus facile pour expliquer un problème. Les mails sont moins

utilisés, ou alors plutôt pour des régularisations d'ordonnances. Pour 3 répondants, s'il n'y a pas un besoin de réponse très rapide, c'est tout de même préférable par rapport au téléphone, surtout pour les médecins qui sont difficilement joignables, car cela permet d'éviter de déranger le médecin ainsi qu'un meilleur suivi puisque l'on en garde une trace écrite.

**P8** : « (...) le mail c'est mieux. Parce que du coup on a moins l'impression de vous envahir, puis on a une trace que ça a été envoyé, et puis plus de suivi. (...) Parce que le problème du téléphone c'est que vous en avez un, qui passe pas forcément l'info à l'autre, tandis que le mail, il y a une trace écrite, on les laisse en non lu. »

Une autre façon de communiquer des informations est utilisée par certains médecins d'après 3 pharmaciens : via des notes sur les ordonnances. Ils le font par exemple pour demander de vérifier une posologie, de donner des informations au patient, pour expliquer un changement de traitement ou encore pour proposer une alternative s'ils savent que le médicament prescrit est probablement en rupture de stock.

**P1** : « Ou s'il y a des médecins qui ont des doutes, avec les ordonnances électroniques, je trouve qu'ils le notent assez facilement. Quand euh... Ils mettent « Veuillez expliquer au patient » ou euh parfois, fin je trouve que c'est indiqué que le médecin n'était pas sûr de ce qu'il mettait (...) »

Dans l'ensemble, 7 participants sur les 8 trouvent qu'il existe une bonne collaboration entre eux et les médecins généralistes de la région, et qu'il est assez facile de les joindre. Un seul trouve que cela s'est amélioré depuis la Covid puisqu'il n'y a plus eu le choix que de mieux collaborer lorsque les consultations étaient restreintes. Et 3 trouvent que les mentalités changent petit à petit avec les plus jeunes médecins qui semblent plus ouverts, plus compréhensifs de l'apport du pharmacien, peut-être grâce à des travaux à l'université. Le fait de se connaître les uns et les autres facilite également la communication. A l'inverse, l'égo des médecins entrave parfois la collaboration.

Mais parmi ces 7 répondants, 4 précisent tout de même que tout cela dépend de nombreuses choses (et cela est partagé par la dernière pharmacienne) : certains trouvent par exemple que les secrétariats facilitent les choses, d'autres trouvent qu'au contraire cela rend le contact moins direct. Les créneaux horaires précis, le fait que le médecin soit fort occupé ou non, et la région sont d'autres éléments qui peuvent faire en sorte que joindre les médecins soit moins évident.

**P5** : « Mais c'est vrai que de ce côté-ci en tout cas, j'arrive facilement à avoir les médecins au téléphone, jusque-là (rire). A Bruxelles j'avais un peu plus de mal qu'ici. » - « Mais bon, qu'est-ce qu'on peut faire si le médecin nous

*dit « Je veux absolument celui-là » sans raison. Parfois même ils refusent de nous expliquer pourquoi (...) Après, il y a bien sûr une question d'égo, donc une des personnes je sais bien que c'est surtout ça. »*

Des 8 pharmaciens interviewés, une seule déclare avoir une mauvaise collaboration avec les médecins du coin, les points négatifs étant les suivants : ils sont difficiles à joindre, souvent peu réceptifs aux remarques, n'ont pas envie d'être dérangés, et manquent de remise en question.

**P8** : *« Il n'y a pas beaucoup de collaboration (...). Ils sont pas réceptifs, très peu réceptifs... On les dérange. De quoi on se mêle ? Fin moi je trouve. » - « Les dermatos par exemple, je ne veux plus appeler. Les préparations en fait maintenant, ça ne sert à rien. J'ai essayé de leur expliquer, ils ne veulent rien entendre. »*

#### **4.1.3. Freins et difficultés à la communication**

De nombreux freins à la communication et collaboration sont ressortis du discours des participants. Celui qui est revenu le plus souvent (5 sur 8) a déjà été évoqué : le manque de remise en question et les habitudes des médecins plus âgés. L'une d'entre eux m'explique même qu'elle a déjà perdu des patients à force de refuser de réaliser des préparations magistrales et que le médecin refuse de changer ses prescriptions. Le second, évoqué par la moitié d'entre eux, est le fait de ne pas vouloir déranger le médecin. Cela fait lien avec le premier frein cité, certains pharmaciens ayant été trop souvent mal reçus, sont beaucoup plus réticents. Ils sont 3 à dire que cela serait vraiment intéressant de savoir quel médecin aimerait être appelé pour quoi, et par quel biais.

**P3** : *« Donc voilà. Donc je pense que ce qu'on pourrait améliorer, par région, c'est de savoir comment, quand il faut prendre contact avec vous, au mieux. Parce que nous on est très gênés de vous déranger. »*

Les trois difficultés suivantes sont chacune évoquées par 3 pharmaciens : le manque de temps, le problème de posologies qui s'encodent mal ou automatiquement dans les ordonnances électroniques, et le manque d'informations concernant les changements de traitements. Lorsqu'un nouveau médicament est prescrit en remplacement d'un autre, c'est parfois très facile pour le pharmacien de le comprendre, mais parfois difficile de savoir s'il s'agit d'un ajout ou d'un changement, et l'info est souvent donnée au patient qui malheureusement ne retient pas toujours, n'écoute pas ou n'ose pas dire qu'il n'a pas compris.

**P5** : *« (...) Là, ça peut être rajouté. Ou modifié, remplacé oui. (...) Parce que généralement le médecin, le médecin généraliste en tout cas, il a expliqué. Mais les gens n'écoutent pas ou ne retiennent pas. (...) Mais j'ai fini par comprendre quelque chose aussi, c'est pas qu'ils n'écoutent pas toujours, parfois ils ne comprennent même pas mais ils n'osent pas le demander au médecin. Ils viennent nous demander à nous après. »*

Plusieurs autres difficultés dans cette collaboration entre les pharmaciens et les médecins généralistes ont été évoquées par 4 des répondants, mais celles-ci n'ont été évoquée qu'une fois chacune parmi tous les entretiens. Un pharmacien se rend compte qu'il accepte parfois des dépannages d'ordonnances pour des patients, et que cela pourrait générer de la frustration chez le médecin. Il explique cela en disant que les patients savent parfois quoi dire ou comment tourner le problème, et que refuser serait perdre leur relation de confiance. Il propose que le médecin appelle quand c'est le cas, afin de pouvoir expliquer le contexte. Dans le même ordre d'idée, un autre est parfois lui-même frustré par certains médecins qui refusent systématiquement la moindre avance aux patients, même lorsqu'il s'agit de médicaments chroniques du style antidiabétiques, alors que la continuité du traitement est quelque chose d'important.

**P2 :** « Ben je pense qu'il y a une chose pour laquelle parfois les médecins ne devraient pas hésiter, c'est les dettes d'ordonnance. (...) je pense qu'à la longue ça doit un peu énerver les médecins que les patients arrivent en disant « Ah je dois ça, ça et ça à la pharmacie ». Et parfois, on est manipulés nous-mêmes par les patients et donc un coup de téléphone au pharmacien en disant « Ben tiens, pourquoi est-ce qu'on a donné ça ? » permet de resituer un peu que les gens essaient aussi de naviguer. (...) »

**P5 :** « C'est ce qu'on a appris nous, d'abord la continuité du traitement, on ne va pas stopper comme ça brusquement un traitement donc on essaie de dépanner le plus possible. »

Deux autres sources de frustration sont évoquées, l'une étant lorsqu'un médecin conseille à ses patients de changer de pharmacien car celui-ci respecte les limites légales (par exemple dose maximale dans une préparation magistrale ou document légal requis pour faire une importation de l'étranger). Pour l'autre, il s'agit de situations où le médecin veut prescrire un médicament qui est indisponible, et qu'il se débrouille seul pour trouver une solution. Deux participants disent que cela leur complique parfois les choses alors qu'ils auraient pu en discuter ensemble et trouver une idée plus simple.

**P7 :** « (...) par exemple un produit manquant, ben une classe, on parle de bêtabloquants par exemple, ben si on sait qu'il y a des ruptures qui sont annoncées, tout ça, ben ce serait chouette que le médecin prenne la peine de nous appeler, de discuter, voir si on pourrait peut-être changer de molécule ou quoi... »

D'autres situations pouvant poser problèmes sont le fait que les pharmaciens sont censés appeler le médecin généraliste dès qu'ils font une substitution pour un générique, mais en cette période de rupture de stock, ils ne le font que rarement. Certains médecins n'en sont pas toujours contents, mais les pharmaciens ne se voient pas appeler tous les généralistes dès que c'est le cas, cela leur prendrait trop de temps à tous. Une seconde situation est lorsqu'ils se rendent compte qu'il y a de l'abus ou des interactions entre des prescriptions venant de différents prescripteurs. Il

faudrait le signaler, mais cela pose un problème de confidentialité. En pratique, la pharmacienne le fait malgré tout, en gardant l'intérêt du patient en tête.

**P7** : « (...) quand on a un manquant et qu'on n'a pas de possibilité de substitution (...) En général, quand c'est un générique, vu la panoplie de manquants qu'il y a en ce moment, on passe spontanément en évitant l'appel au médecin. Je sais bien que normalement on devrait, on devrait téléphoner à chaque fois, mais on sait bien que les généralistes sont occupés, donc nous on n'a pas forcément le temps non plus avec les files d'attentes, donc en général ça se passe comme ça. »

**P1** : « Après, ça reste le problème de la confidentialité. Théoriquement, on ne peut pas, appeler. Fin, si le médecin traitant prescrit quelque chose, je ne peux pas appeler le psychiatre et dire « Vous savez, le médecin traitant a prescrit ça ». Théoriquement on ne peut pas. Alors que c'est super important. »

De plus, une pharmacienne pensait que nous avions accès au Dossier Pharmaceutique Partagé (DPP, qui leur permet de voir quel médicament a été délivré, même en-dehors de leur pharmacie). Elle comprend donc mieux certaines situations, et trouve que c'est un problème que nous n'y ayons pas accès. Elle n'est pas la seule à évoquer cela, ils sont 4 au total à le penser, dont 1 autre qui n'a appris cette information que récemment également.

Enfin, les relations de confiance avec le patient sont très importantes, autant pour les pharmaciens que pour les médecins, elles sont la base pour une relation de soins de qualité. Il y a malheureusement parfois des situations dans lesquelles elle peut être dégradée, que ce soit volontaire ou non. Ces situations sont souvent liées à des problèmes de prescriptions et à la façon dont les professionnels y réagissent. 6 participants se rejoignent assez bien : ils évitent de contredire le médecin devant le patient, appellent le médecin à l'écart du comptoir pour que le patient ne puisse pas entendre la conversation, et ne donnent généralement pas d'informations contraires à ce qu'a dit le généraliste sans l'avoir eu au préalable au téléphone et avoir expliqué au patient.

Malheureusement, certaines circonstances font parfois que ce n'est plus possible d'aller dans le même sens. Lorsque le médecin refuse de se remettre en question, 2 pharmaciens expliquent qu'il leur arrive alors d'expliquer au patient le problème et ce qu'ils en pensent. Également s'il ne réussit pas à joindre le médecin et qu'il s'agit d'un problème urgent (par exemple un problème d'antibiotique sous-dosé), il conseille alors ce qu'il pense le mieux. A l'inverse, c'est parfois le médecin qui n'y prête pas attention et appelle devant le patient.

**P3** : « Et qu'est-ce qu'on fait, c'est compliqué parce que d'abord, on met votre prescription un peu en doute, ça veut dire que vis-à-vis du patient c'est très compliqué donc des fois je dis ben, j'arrive pas à joindre le médecin, donc je dis ben essayez de le joindre mais pour moi c'est sous-dosé, il faut doser plus. »

**P5** : « (...) Mais bon, qu'il m'appelle une fois, avec le patient dans le cabinet, pour me reprocher une délivrance que j'ai fait le week-end (...) surtout devant le patient. Et le patient qui vient ici, qui est revenu après, on en a reparlé justement avec le patient après, mais là c'était tellement pas correct. (...) »

## 4.2. Bon usage des médicaments (BUM)

### 4.2.1. Utilisation et avis des pharmaciens

L'avis global des répondants sur les BUM est assez positif, un pharmacien pense d'ailleurs que l'on va de plus en plus vers des entretiens de ce type en pharmacie. Un pharmacien par contre ne les trouve pas intéressants. Il pense qu'il y a d'autres informations importantes de base à donner au comptoir (par exemple réexpliquer qu'on ne peut pas prendre et du Dafalgan et du paracétamol).

**P6** : « (...) on l'a bien vu avec les BUM et tous ces trucs-là, c'est un peu un coup dans l'eau quoi... (...) Fin je sais pas, le BUM euh, je crois que depuis que c'est sorti, ouais je crois que j'en ai fait zéro. »

Concernant le BUM asthme, tous sauf un sont d'accord pour dire qu'en théorie, c'est une idée très utile et intéressante. D'ailleurs les informations principales sont toujours données au comptoir, par tous, même lorsqu'il n'y a pas de comptabilisation d'un BUM. Donc lors de l'initiation d'un dispositif d'inhalation, que ce soit pour de l'asthme ou de la BPCO, en chronique ou en aigu, le pharmacien fait une démonstration, donne des explications par le biais de fiches de la SSPF, de notices simplifiées, de vidéos... Parfois, les signes de non-contrôle de l'asthme sont réexpliqués, ainsi que l'importance du traitement de fond ou encore les effets secondaires possibles des médications. Souvent, cela est fait même si le patient dit qu'il connaît, et même si le médecin a déjà tout expliqué.

De plus, lors des traitements chroniques, 4 répondants sur 8 expliquent qu'ils vérifient de temps en temps comment le patient suit son traitement, demandent comment ça va. Ils ont chacun leur méthode, mais essaient en tout cas que le patient ne se sente pas infantilisé et surveillé.

**P5** : « (...) ce que je fais souvent, s'il y a un changement, ou même si c'est le même, je lui dis « Ah donc vous vous rappelez que... » - « Oui oui, je fais ci, je fais ça » - « Ok ». Comme ça je suis sûr qu'il fait bien, j'essaie de les pousser à me dire, m'expliquer, me rappeler comment ils font. (...) Et je me dis, même si de toute façon c'est pas ce qu'il fait, il va se rappeler (...) »

En pratique, les BUM asthme ne sont pas beaucoup comptabilisés, ou en tout cas pas souvent réalisés correctement, en respectant toutes les étapes et exigences. Le premier entretien est en fait souvent réalisé au comptoir comme je viens de l'expliquer. Les informations importantes sont

données, et pour les pharmaciens, peu importe la manière. L'important est que ce soit fait, que le patient ait compris et retenu. Le deuxième entretien par contre n'est en pratique que très rarement réalisé, souvent par réticence de la part du patient qui n'est pas preneur et pense ne pas avoir encore besoin de ça, mais également par manque de temps et d'infrastructure dans la pharmacie. Nous reviendrons sur ces freins plus en détails par la suite.

Une autre information qui ressort est le fait que ce soit presque toujours initié par le pharmacien (4 répondants l'évoquent, mais les autres le sous-entendent également). Pourtant, le BUM peut également être prescrit par le médecin, et ils sont 5 à penser que cela pourrait peut-être être plus efficace et mieux accepté par le patient si c'était le cas.

**P4** : « (...) parfois ils mettent euh « Bien réexpliquer au patient comment utiliser le système » sur la prescription électronique quoi pour euh... « Faire BUM ». Ils le notent, ça c'est déjà arrivé qu'on ait ces infos et donc là on sait qu'il faut bien bien euh... insister (...) »

Le BUM diabète par contre, se fait beaucoup plus discret. Aucun des participants n'a encore fait de BUM diabète. Deux raisons principales ressortent : ils n'ont jamais reçu de prescription des généralistes d'une part, et d'autre part ils n'ont pas reçu suffisamment d'informations, ne s'y connaissent pas assez. Ils ne savent d'ailleurs pas vraiment en quoi cela consiste. Nous y reviendrons également plus tard.

Malgré cela, 5 d'entre eux pensent que cela pourrait être intéressant. D'après eux, il y a une éducation thérapeutique à faire auprès des patients : leur rappeler l'importance de leur traitement, comment le prendre, montrer et donner des informations concernant l'insuline... Ils seraient ouverts à se renseigner et se lancer s'ils recevaient demain une prescription.

**P3** : « Ah moi je pense une meilleure compliance (...) la première partie c'est expliquer la pathologie. Expliquer les traitements, expliquer les effets secondaires. Et donc je pense que s'ils ont une meilleure compréhension de leur traitement, ils sont plus compliants. Et aussi une meilleure compréhension des effets secondaires qu'ils peuvent avoir, ils sont plus compliants parce qu'ils savent. (...) Alors, je pense qu'il faut proposer. (...) Je trouve qu'à l'heure actuelle, il y a beaucoup de patients qui seraient intéressés. »

#### 4.2.2. Impact pour les patients de ces BUM et informations données au comptoir concernant l'asthme

Tous les pharmaciens interrogés sont d'accord pour dire que lorsqu'ils se rendent compte que l'asthme du patient est mal contrôlé, via la fréquence à laquelle il vient rechercher son

traitement d'urgence, ils lui redonnent les explications concernant l'asthme et le traitement et/ou lui conseillent de revoir son médecin. Mais ce n'est pas toujours évident de savoir si le patient a bien compris et va le faire.

Malgré cela, 3 des répondants trouvent qu'il y a souvent une amélioration au niveau du contrôle de l'asthme une fois qu'ils ont redonné les informations au patient. Soit ceux-ci sont plus assidus, soit font mieux leur traitement. En tout cas, ils viennent par la suite moins souvent chercher leur dispositif de crise. Les autres pharmaciens ne savent pas si c'est le cas ou non.

**P4** : « (...) et qu'ils sont plus assidus pour leur traitement de fond en général. (...) Une fois, une dame n'était pas bien contrôlée et quand on lui a remontré comment l'utiliser, on s'est rendu compte qu'en fait elle utilisait très très mal son système d'inhalation quand on lui a demandé de le faire, elle l'utilisait très mal. »

Pour autant, ils ne font un rapport de ces résultats au médecin que très rarement, ils sont 7 à le dire clairement, mais le 8<sup>ème</sup> n'en parle pas du tout (on peut donc supposer qu'il ne le fait pas non plus). Les informations et le conseil de revoir le médecin sont donnés au patient, et 3 des répondants trouvent qu'il en va ensuite de la responsabilité du patient pour sa santé. Les autres raisons avancées sont que le médecin n'a pas forcément envie d'être dérangé pour ça, c'est l'avis de 3 d'entre eux, et 2 autres pensent que c'est le spécialiste qui s'occupe du traitement de l'asthme et non le généraliste. Il y en a 3 qui ne jugent utile d'appeler le médecin que si ça ne va pas du tout et que les nouvelles explications n'ont rien changé, ce qui est très rare.

**P2** : « J'explique aux gens l'intérêt, l'importance, et ce qu'ils font mal etc. Je réfère en disant qu'il faut aller voir un pneumologue et retourner voir le généraliste. Après, je considère que les gens doivent être responsables de leur santé »

Mais ils sont tout de même 3 à se dire que cela pourrait être utile de contacter le médecin, parce que s'ils sont deux à redonner la même information et à retaper sur le clou auprès du patient, cela peut avoir plus de poids, même si certains patients malheureusement ne seront probablement pas très réceptifs malgré tout.

**P3** : « Oui, je lui dis « Revoyez le médecin ». Mais ces gens-là, ils sont pas très enclins parce que, ils ont tellement besoin de leur truc... Et ça c'est compliqué. C'est vrai qu'on pourrait vous dire qu'on a transmis ça, on pourrait vous le dire effectivement pour que vous appuyez aussi de votre côté (...) »

#### 4.2.3. Freins et difficultés liés à ces BUM

Certains freins concernent le concept des BUM dans l'ensemble, tandis que d'autres sont plus spécifiques dans le cadre de l'asthme ou du diabète. Concernant les BUM dans leur globalité,

celui qui ressort le plus des entretiens (de 3 entretiens sur 8) est que le pharmacien n'est pas toujours convaincu de leur efficacité, parce qu'il donne déjà beaucoup d'informations en dehors des BUM. Deux autres difficultés ont été évoquées respectivement par 2 et par 3 participants : d'une part le manque d'infrastructures nécessaires pour avoir des entretiens privés, et d'autre part le manque de temps et le fait qu'il y a eu d'autres priorités ces derniers temps (crise de la Covid, ruptures de stock...).

**P8** : « *Je pense que les infos que je donne, trop d'infos tue l'info. Donc je pense que c'est déjà pas mal, surtout qu'en général le médecin a déjà donné l'info en général, comment le faire,...* Donc oui, je pense vraiment que trop d'infos tue l'info. En théorie, ça me semble bien sur le papier, mais je pense qu'en pratique c'est too much. »

Si l'on se concentre plus particulièrement sur l'asthme, le frein le plus important d'après 7 répondant sur 8 est la réticence du patient. En effet d'après eux, souvent le patient n'a pas le temps, ne s'attend pas à ça lorsqu'il va à la pharmacie, n'est pas réceptif car il veut simplement savoir quand et comment utiliser leur dispositif. De plus, les patients sont encore plus réticents pour le 2<sup>ème</sup> entretiens, et les pharmaciens ne sont pas certains que cela soit bien perçu, ils se demandent si les patients ne le prennent pas un peu comme un examen.

**P1** : « *En fait déjà le patient il ne s'attend pas à ce que le pharmacien lui dise « Revenez, on va se voir en rendez-vous ». C'est pas du tout dans la tête des gens une possibilité qui existe. Et là, ben ils reviennent de chez le médecin, ils doivent aller chercher les enfants à l'école et tout, ils passent et là « Ben je veux mon puff. Ah oui vous inquiétez pas je sais, j'appuie et c'est bon ». Oui mais... Et en fait le problème c'est de les faire revenir pour pouvoir se poser et leur expliquer, c'est compliqué. »*

Un deuxième frein évoqué par 3 participants est que les conditions pour que l'entretien puisse compter comme un BUM sont trop restrictives, il y a trop d'exigences (« analyse des attentes et expériences du patient », signature du patient, second entretien, rapport au médecin...). D'après l'une d'entre eux, si tout est respecté, cela est beaucoup trop chronophage. De plus, le BUM devrait normalement être clôturé par un rapport au médecin généraliste, mais en pratique ce n'est presque jamais fait : le rapport n'est pas automatique, et les médecins ne sont pas toujours réceptifs à ces résultats.

**P1** : « *On essaie de leur dire « Mais reparlez-en avec le médecin, voyez avec le médecin, si vous ne prenez pas votre traitement c'est qu'il y a quelque chose qui vous embête » et... Mais du coup on ne va pas forcément appeler le médecin derrière. Après, c'est vrai que si on était deux à... A parler au patient... Mais même chose, est-ce que le médecin a envie que le pharmacien l'appelle 4x par jour pour des patients qui... C'est toujours ça le problème, c'est qu'on ne sait pas toujours comment on va être reçus derrière par le médecin. Parfois ça se passe super bien, et parfois*

*il y a des gens qui vont nous dire « Oui mais vous savez, j'ai autre chose à faire... ». Et du coup c'est vrai que parfois on se dit ben si j'ai fait autant de démarches pour qu'il n'y ait pas de résultat après... »*

Comme on l'a déjà mentionné, une autre des difficultés pour le pharmacien est le fait que ce ne soit presque jamais prescrit par les médecins. Les patients ne savent donc pas que cela existe, sont étonnés lorsque le pharmacien le propose, et n'en voient peut-être pas l'utilité.

**P8** : « (...) On peut appuyer s'il y a une demande du médecin par exemple, mais je pense que c'est le médecin qui doit l'introduire avec le patient alors. « Vous pensez que, vous aimeriez avoir un suivi ? » alors oui. Mais nous, l'amenez comme ça, c'est mal vu. (...) »

Et enfin, un autre pharmacien rapporte qu'il trouve que les patients sont suffisamment bien suivis car il y a un bon pneumologue dans la région.

Pour finir, pour le BUM diabète, les participants ont l'air assez d'accord sur le fait qu'il existe 3 grands freins. Le premier, évoqué par 6 d'entre eux (mais également sous-entendus par les 2 derniers puisqu'ils n'en ont jamais fait), est qu'ils n'ont jamais reçu de prescription, or ils ne peuvent pas initier ce BUM d'eux-mêmes. Le second est le manque d'informations, et ils sont 6 à le dire. Ils ont reçu énormément d'informations, suivi des formations... lorsque le BUM asthme est sorti, mais pas grand-chose n'a été réalisé pour le diabète. Ils ne s'y connaissent donc pas suffisamment, n'ont pas de kits de démonstration pour les insulines, et cela leur demanderait beaucoup de temps pour se remettre à jour, ce qui ne vaudrait peut-être pas la peine pour ensuite faire un BUM 1x/an.

**P4** : « Parce qu'on en a peut-être moins parlé à l'époque. L'asthme, on en a vraiment parlé beaucoup quand il est sorti. Le diabète beaucoup moins, et comme il n'a jamais été prescrit, ben... On y pense plus, et on ne le fait pas puisqu'il n'est pas prescrit et que c'est loin dans notre tête. »

Enfin, le dernier frein mis en évidence par 5 des répondants est que les patients diabétiques sont généralement très bien suivis par le diabétologue, l'infirmière en diabétologie, l'éducateur, le médecin généraliste, via les trajets de soins...

### 4.3. Concertations médico-pharmaceutiques (CMP)

A partir d'ici, les résultats sont donnés pour un total de 7 pharmaciens et non plus 8, puisque, comme déjà mentionné, il y a malheureusement eu un problème d'enregistrement pour la P4.

#### 4.3.1. Expérience et avis des pharmaciens

Sur les 7 pharmaciens interrogés, 4 ont déjà participé à une CMP au moins. Aucun d'entre eux ne trouve qu'il y a eu des résultats ou des améliorations liés au sujet des CMP. 2 d'entre eux ne savent même plus quel en était le sujet.

Le plus grand intérêt qu'ils y trouvent, et cela est partagé par 2 autres répondants bien que n'y ayant jamais participé, est de se rencontrer médecins-pharmaciens, afin de mieux se connaître et d'être plus à l'aise lorsqu'il faut se contacter. Mais cela permet également d'y apprendre certaines choses sur le fonctionnement des cabinets et des pharmacies, ainsi que de voir ce qui peut être mis en place. Un des participant trouve que c'est aussi important d'en faire pendant les études, parce que cela permet de faire prendre conscience aux médecins de toutes les compétences des pharmaciens.

**P7** : « *En soit, je pense que c'est intéressant oui. En termes de, ne fut-ce que de créer des liens entre prestataires de soins, oui c'est quelque chose qui... Qui est intéressant oui. (...)* »

**P5** : « *Une sorte de travail dirigé comme ça avec un peu de tout, médecins, infirmiers, pharmaciens, il y avait un peu de tout, ça c'était vraiment intéressant. (...) Et c'est bien parce que chaque métier voit l'autre et on se rend compte, on le voit différemment, il y a clairement des médecins qui nous ont dit à ce moment-là « On pensait vraiment que vous étiez juste des vendeurs de bonbons » (rire). Des qui sont tous jeunes, qui sortent des études, mais qui ont déjà cette idée-là. Et là ils sont étonnés, ils se disent « Ah oui, d'accord » (rire). »*

Une autre souligne le fait que les deux professions ont chacune un point de vue sur un problème, cela peut donc être intéressant d'en discuter ensemble, et un autre trouve également que cela peut permettre d'exposer certains problèmes du quotidien.

**P8** : « *Ah si, c'est bien ! Parce que vous vous avez un point de vue totalement différent du nôtre en fait. Donc vous vous avez un point de vue focus patient, diagnostic, et nous on a un point de vue médicaments, côté pratique du médicament. Donc si, je trouve ça vachement bien. Parce que parfois nous on tombe des nues, et vous aussi. Et puis nous on est plus sur le terrain, donc nous on voit bien les problèmes, fin vous les voyez d'une certaine façon, mais nous on les voit d'une autre façon, donc si, moi je trouve ça chouette. Moi je suis pour. »*

#### 4.3.2. Freins

Le frein principal à la participation à ces CMP mentionné par 3 des répondants est le manque de temps : les horaires sont déjà chargés, il y a parfois des formations, et ils ont une vie après le boulot. Un d'entre eux ajoute qu'en plus il habite loin, et que c'est aussi un peu par fainéantise.

**P7** : « (...) C'est vrai qu'avec les gardes, les formations donc officielles de la SSPF qui sont en dehors des heures de travail... (...) on a envie de passer du temps en famille aussi donc voilà... (...) »

Une pharmacienne soulève quant à elle un frein à l'obtention de résultats : lors de la CMP, il n'y avait pas de médecins présents qui exercent à proximité de sa pharmacie. Ils n'étaient donc pas au courant de ce qui s'était dit et de ce qui avait été proposé, rien n'avait donc pu être mis en pratique.

**P1** : « par rapport aux médecins qui étaient là et aux autres pharmacies qui étaient là, je n'avais pas de médecin qui travaillait juste à côté de ma pharmacie. (...) Du coup, je me suis retrouvée avec, oui des médecins dont je vois régulièrement des ordonnances, mais c'est pas les médecins qui sont vraiment juste ici dans les centres à côté ou les indépendants ou... C'était compliqué parce qu'on se disait ah oui on va se mettre une pharmacie avec un médecin et on va essayer de cibler un ou deux patients et on va essayer de refaire euh... Du coup, moi je ne savais pas avec quel médecin me mettre, puisque je n'avais pas forcément beaucoup de patients en commun avec eux. »

#### 4.4. Pistes d'amélioration

De nouveau, ces résultats sont divisés en plusieurs parties : les suggestions concernant la collaboration et communication globales, ensuite celles concernant les BUM, celles concernant les CMP, et pour finir celles qui sont en réalité déjà en train d'être mises en place. Parmi toutes les pistes d'amélioration proposées, certaines peuvent être mises en place par les médecins généralistes dans leur pratique. Pour d'autres, cela n'est pas vraiment de notre ressort, mais plutôt des politiques et de notre système de soins de santé.

##### 4.4.1. Concernant la collaboration en général

Le thème d'amélioration principal est la communication, à 4 niveaux en particulier, chacun évoqué par 3 pharmaciens. Le premier est le fait de mieux communiquer lorsqu'il y a des changements de traitement car les patients ne retiennent ou ne comprennent pas toujours tout bien, et ce qui est logique pour les médecins lors de la prescription, ne l'est pas forcément pour le pharmacien qui n'a pas toutes les informations.

Le second mis en avant par les participants serait simplement de faire une liste des médecins généralistes de la région avec les adresses mails et éventuellement les numéros de téléphone. Cette idée est proposée afin de pouvoir se joindre plus facilement évidemment, surtout en garde, mais également pour pouvoir faire passer des messages plus généraux au besoin. Une des trois pharmaciennes qui en parle va même un peu plus loin et propose de recenser quel médecin accepte qu'on l'appelle pour quoi, et par quel biais de préférence.

**P3** : « (...) Et donc euh on ne sait pas comment communiquer avec vous, et donc ça c'est ce que j'ai vu majoritairement dans les réunions que j'ai fait (...) On devrait avoir une liste de tel médecin préfère qu'on appelle, tel médecin préfère qu'on envoie un mail, tel médecin préfère qu'on laisse un message au secrétariat, ... »

**P7** : « Quelque chose qui serait peut-être pas mal, (...) peut-être pouvoir s'échanger le mail de tous les cabinets et de tous les pharmaciens, et de pouvoir prévenir pour euh un patient qui abuse par exemple ou euh « Attention, tel sirop est manquant jusque » et hop, on enverrait ça, comme ça ça pourrait peut-être faciliter aussi certaines communications en termes de... (...) Ce serait peut-être bien de faire un échange, un groupe euh avec les mails où il suffirait de faire juste un suivi et hop on enverrait l'information à tout le monde. »

Ensuite, il s'agirait d'ajouter un moyen de communication via les programmes et les prescriptions électroniques. Dans le but de pouvoir se faire l'un à l'autre un feedback lors de la prescription et la délivrance de traitements. Telles que les choses sont actuellement, cela pourrait déjà être intéressant de mettre des propositions d'alternative si besoin, des explications ou précisions en « note » dans les prescriptions. Mais l'idéal pour eux serait de mettre en place dans les systèmes informatiques un moyen d'envoyer, si besoin évidemment, facilement un message au pharmacien lorsque le médecin prescrit, et inversement au médecin lorsque le pharmacien délivre. Cela dans le but de pouvoir se transmettre plus de remarques qui, pour l'instant, ne sont pas transmises puisque pas le temps et pas l'envie de déranger juste pour cela.

**P5** : « (...) l'avantage avec les ordonnances électroniques, il y a des messages que vous laissez dans l'ordonnance et que le patient ne voit pas donc, ça ça aide bien. De plus en plus je vois le changement, en note à la fin il y a un petit message le plus souvent. (...) Malheureusement, avec les softs officinaux, on ne peut pas encore communiquer, (...) quand ça viendra ce sera plus facile, comme ça vous aussi vous saurez exactement quel patient, quelle prescription et quoi, ça ira plus vite dans les deux sens. »

Enfin le dernier niveau serait que les médecins puissent avoir accès aux prescriptions des autres médecins, donc en fait avoir accès au DPP.

Ensuite, comme déjà évoqué, trois répondants soulignent le fait que le médecin ne doit pas hésiter à appeler le pharmacien lorsqu'un produit est indisponible et qu'il ne sait donc pas quoi mettre à la place. Cela simplifie parfois les choses d'en discuter directement ensemble plutôt que se débrouiller chacun de son côté. Un d'entre eux trouve d'ailleurs que cela serait intéressant de pouvoir de leur côté signaler une indisponibilité et que cela soit relié au programme des médecins ou éventuellement même au CBIP (car il y a souvent des discordances entre ce qui y est noté et la réalité, le site pharmastatut est déjà plus à jour mais très peu utilisé par les médecins).

Un autre participant propose de pouvoir communiquer s'il y a par exemple une insuffisance rénale, même débutante, afin de ne pas défaire le travail du médecin en donnant des médicaments néphrotoxiques en vente libre (par exemple des AINS), ainsi que pouvoir vérifier les posologies. Dans le même ordre d'idée, un autre pharmacien évoque l'idée de pouvoir communiquer la pathologie dans les grandes lignes, l'indication du traitement, afin de pouvoir mieux aider le patient lorsqu'il est perdu, sans pour autant devoir appeler le médecin.

**P1** : « *Et nous, parfois, ce qui nous manquerait bien, c'est que nous on ne sait jamais la pathologie du patient, jamais. Et euh dans certains-cas on se dit, bon après c'est de nouveau secret médical etc, mais si on avait juste parfois allez le grand nom de la pathologie, pas les détails, mais de se dire euh, patient insuffisant rénal, patient ceci... Ca pourrait être pas mal parce qu'il y a parfois des traitements (...) Si on avait parfois la petite indication... Quand il y a des traitements pour plusieurs choses, on sait pas trop quand il y a un Diazepam qui est prescrit, est-ce que c'est juste 2-3 jours pour décontractant musculaire, est-ce que c'est pour plus longtemps, est-ce que...* »

Une autre idée évoquée par un pharmacien est d'instaurer une journée, par exemple durant les études, où les étudiants en médecine vont voir comment cela se passe en pharmacie, et inversement. Car finalement ce sont les deux professionnels de la santé les plus proches pour le patient. Et se rendre compte de comment cela fonctionne chez l'un et l'autre peut aider à mieux comprendre certaines situations et ainsi savoir mieux comment les appréhender.

**P7** : « *Ce qui serait peut-être chouette aussi, mais ça ce serait au niveau du cursus, des universités, d'imposer au niveau du cursus médecins et pharmaciens, que les pharmaciens aillent au moins faire une journée dans un cabinet pour voir comment ça se passe... Et inversement (...) Mais c'est vrai que je trouve qu'en pharmacie c'est une bonne chose, parce que finalement c'est le prestataire le plus proche puisque ben vous envoyez des patients avec des médications et nous ben on peut avoir des questions, ou des suggestions aussi... Ou alors des remontées, par rapport à des plaintes liées aux médicaments...* »

Un autre participant trouve qu'il faut vraiment améliorer les choses par rapport aux problématiques d'abus médicamenteux. Il pense que les pharmaciens devraient appeler beaucoup plus vite lorsqu'il y a une suspicion ou lorsqu'ils trouvent que cela ne va plus, et essayer de garder un esprit critique à chaque délivrance, afin d'éviter de monter dans des dépendances à hautes doses. En effet, une fois le patient dépendant à de très hautes doses, c'est compliqué pour le pharmacien de ne plus délivrer du tout, car un sevrage brutal est très risqué et en même temps c'est sa responsabilité également qui est engagée s'il y a le moindre problème. Il se retrouve donc parfois coincé et ce genre de dépendance n'est que trop rarement bien pris en charge avec un seul prescripteur, une seule pharmacie, des doses bien établies... Selon lui, cela devrait être plus souvent mis en place dès que l'on se retrouve dans de grosses doses.

Enfin, une dernière répondante trouve que les généralistes ne devraient pas hésiter à demander aux pharmaciens de faire des schémas de médication, surtout pour les patients à domicile.

#### 4.4.2. Concernant les BUM

Concernant le BUM diabète, qui n'est jamais mis en pratique, un seul pharmacien propose une idée : avoir des rappels informatiques par le logiciel du médecin traitant. Il explique que sur son programme en officine, il reçoit une alerte lorsque le patient entre dans les critères pour un BUM asthme, et que cela l'a beaucoup aidé à y penser et donc à en faire plus.

**P7** : « *Le diabète ben... Le problème c'est lui-même, il est pas connu donc euh... Et c'est aussi tout simple hein, il y'a pas de pop-up qui apparaît au niveau des programmes donc euh, donc voilà. Et ça, ça a vraiment tout changé, parce qu'on est passé de zéro entretien officiel à, je sais pas combien on en a fait, mais on en a fait plusieurs dizaines donc euh... Rien que le fait d'avoir changé le programme, ça a joué quoi. Donc euh, je sais pas, peut-être, je sais pas ce qui est faisable au niveau des softs de médecins. Peut-être que si dans le soft il pouvait apparaître un petit pop-up ou quoi, peut-être que ce serait prescrit un petit peu plus.* »

Le BUM asthme par contre, génère un peu plus d'idées. Trois pharmaciens proposent que le médecin le prescrive plus souvent, ou demande de temps en temps au pharmacien de bien réexpliquer au patient le système lors de la délivrance. Ils pensent que si cela vient du médecin, et surtout si celui-ci appuie sur l'importance d'aller faire le second entretien également, les patients seront peut-être plus enclins à le faire en entier.

Une pharmacienne propose, si le médecin est d'accord, d'envoyer un petit message via Whatsapp ou par sms avec les conclusions du ou des entretien(s), au lieu d'envoyer le rapport établi via le site de l'APB ou d'appeler. D'après elle, cela prend sinon trop de temps, ou dérange le médecin à un mauvais moment, et ce n'est donc en pratique jamais fait. Un simple message permettrait de malgré tout transmettre l'information sans être trop envahissant. Un autre pharmacien la rejoint sur le fait qu'il faut trouver un moyen de communication moins dérangeant que le téléphone pour ce genre de choses – peut-être via le système informatique comme déjà évoqué plus haut ?

**P3** : « *Vous me diriez « Transmettez-moi ça par Whatsapp ou par sms » (...) Plus que d'appeler, ça c'est compliqué parce qu'on ne tombe pas au bon moment, et vous ne tombez pas chez moi au bon moment.* »

Une autre trouve que le BUM devrait être simplifié, et surtout qu'il ne faudrait plus demander de signature au patient. C'est effectivement pour elle un gros frein, car elle se dit que les patients peuvent parfois trouver ça bizarre et se dire qu'on essaie de les arnaquer.

**P8** : « (...) Parce qu'il faut la signature du patient en fait, il faut l'accord consenti et éclairé du patient. Mais déjà quand tu signales au patient « Donc vous êtes bien d'accord, vous signer le papier comme quoi je fais bien le BUM ? », (...) il va croire que, à l'heure d'aujourd'hui où on se méfie, où il y a plein d'arnaques, c'est bizarre. »

Elle trouve aussi qu'il faudrait conscientiser les généralistes à ces BUM et leur rappeler que si le pharmacien appelle dans ce cadre, ce n'est pas pour le déranger, mais simplement pour que le patient soit mieux pris en charge.

Une dernière participante propose que lors des visites à domicile (pour les patients plus âgés en tout cas), le médecin traitant regarde les dispositifs, afin de voir s'ils sont réellement utilisés, et comment. En effet, puisque le second entretien n'est jamais (ou presque) réalisé, les pharmaciens n'arrivent pas à cette étape de constater comment le patient fait son puff.

Pour terminer, un pharmacien pense qu'il y aurait des bénéfices à instaurer un BUM « hypertension ». Il m'explique que les patients sont souvent demandeurs que le pharmacien prenne leur tension, et qu'il pourrait y avoir une réelle aide à apporter à ce niveau-là.

**P7** : « (...) ça arrive régulièrement que les patients disent « Ah je crois que ma tension est un petit peu haute, j'ai pas de tensiomètre, est-ce que vous pouvez prendre ma tension ? ». Je sais bien que normalement, on n'est pas habilités à le faire, mais on le fait pour faire plaisir. (...) Si c'est pas bon ben « Allez voir votre médecin », et voilà. Et le fait qu'on mesure cette tension, ben on pourrait peut-être l'encoder dans le soft officinal, ou émettre une alerte, et ça pourrait... Fin ça pourrait être un BUM... (...) Voilà, c'est pas quelque chose qui prend énormément de temps, et c'est quelque chose qu'on fait déjà aussi. »

#### 4.4.3. Concernant les CMP

La seule piste d'amélioration proposée, par 2 des 7 pharmaciens interrogés, serait que les concertations se fassent en plus petits comités, avec des pharmaciens et des médecins généralistes qui travaillent assez proches les uns des autres. Car en effet, tous les cabinets et pharmacies ne fonctionnent pas de la même manière. Selon eux, cela pourrait être intéressant de décider de fonctionner d'une telle manière pour tel problème, et ensuite d'adapter évidemment, mais de s'accorder sur une façon de faire.

**P1** : « Ben c'est vrai que si une concertation avait vraiment lieu avec, j'invente, les 3-4 pharmacies du coin, avec les 10 médecins du coin, et qu'on se mettait tous sur la même longueur d'ondes en disant ok, on fonctionnerait comme ça, on ferait comme ça... Bon on imaginerait le truc parfait et puis on l'adapterait (...) »

#### 4.4.4. Ce qui est déjà en train d'être mis en place

Deux pharmaciens me parlent de deux projets qui sont tout juste en train d'être mis en place et qui vont impliquer une plus grande collaboration entre les pharmaciens et les médecins généralistes : le projet polymédication et le BUM benzodiazépines.

Le projet polymédication est un projet pilote de l'Association Pharmaceutique Belge (APB) m'expliquent les deux répondants. Il consiste tout simplement en des entretiens avec les patients afin de réaliser des revues de médication. Suite à cette revue de traitement, ce que fait le pharmacien qui m'en parle est d'appeler le médecin s'il y a quelque chose de grave (ce qui est rare) ou s'il y a plusieurs prescripteurs et que cela pose problème. Ce qu'il se passe le plus souvent, c'est que le pharmacien réfère le patient au médecin et essaie de lui expliquer, de le conseiller. D'après lui, soit les patients prennent en compte les remarques, car ils ne se rendaient pas compte du problème, soit ne le font pas mais expliquent alors pourquoi. Mais parfois aussi malheureusement, certains patients le prennent pour un « magasinier » et n'ont alors pas suffisamment confiance en ce qu'il leur dit. Dans tous les cas, le pharmacien trouve qu'une fois l'information donnée, il y a aussi la responsabilité du patient pour sa propre santé qui doit entrer en compte et lui faire contacter le médecin. Les deux pharmaciens qui me parlent de ce projet trouvent cela vraiment intéressant et pensent que cela vaudrait la peine de prendre le temps de le faire correctement.

**P3** : « Moi je crois que c'est surtout vérifier la compliance des gens, ça permet parfois de rassembler des médicaments parce que parfois pour les gens c'est « j'en ai trop », se rendre compte qu'on a moins vacciné contre la grippe,... (...) je ne pense pas qu'on va faire des grosses révolutions de traitement hein, je pense pas, mais voilà. »

**P2** : « Oui, en général je réfère au médecin. Typiquement l'exemple de l'IPP, ou bien quand ils sont sous 40mg, normalement dans les protocoles on est censés repasser à 20 etc. J'essaie de conscientiser sur le fait qu'ils ne se rendent pas toujours compte qu'il y a des risques à long terme. (...) Mais c'est plutôt au patient qu'on va donner l'info, sauf si c'est important. (...) Oui mais ça honnêtement, on a quand même un bon système de soins de santé, il n'y a pas beaucoup de changements. Ce qui arrive parfois, c'est des problèmes de communication, quand les gens font plusieurs médecins,... (...) Et alors ce qui n'a pas amélioré les choses c'est que comme il y a beaucoup de génériques, ben parfois on se retrouve avec des marques Lipitor/atorvastatine et finalement on se rend compte qu'ils prennent les deux, et donc ça, ça arrive quand même. Et donc là, je pense qu'il y a vraiment un intérêt à revoir l'ensemble des médicaments. »

Le second projet dont ils me parlent vient en fait tout juste d'être mis en place lors de ces entretiens. Il s'agit du BUM benzodiazépines, qui consiste en un suivi rapproché du patient par le

médecin et le pharmacien afin de diminuer très progressivement les doses de benzodiazépines prescrites. Les deux sont assez enthousiastes car il y a vraiment du travail à faire quand à la déprescription de ces benzodiazépines. Un des deux se rend compte qu'il restera pour le patient évidemment le frein de l'habitude et de la dépendance, mais qu'il y aura déjà le frein financier en moins, puisque ce BUM permettra que l'honoraire de préparation magistrale soit pris en charge. Il pense que cela permettrait d'insister plus facilement sur les risques de problèmes de chute, de mémoire... que cela peut engendrer, mais également de pénurie : rien ne dit aux patients que maintenant qu'ils sont dépendants, ils pourront y avoir accès toute leur vie. Cependant, il nuance un peu en expliquant que comme pour le BUM asthme, et pour les recommandations en général, il y a des patients qui écoutent les conseils, et malheureusement d'autres qui veulent leur boîte et ne rien savoir d'autre.

**P2 :** « (...) je pense que c'est une très bonne idée, même si on n'a pas attendu que ça existe pour donner, pour taper sur le clou mais... (...) on sait bien hein que c'est un gros problème en Belgique, en France. » - « donc de dire au patient voilà, d'abord conscientiser pourquoi il faudrait arrêter, de deux, il y a des choses qui sont mises en place maintenant qui ne coutent pas plus cher que le coût actuel, même moins puisqu'après on utilise des doses qui décroissent, et les préparations sont prises en charge, donc c'est vraiment tout bénéf euh... Voilà. Insister là-dessus. (...) Après euh, de nouveau, il y aura ceux qui veulent leur boîte et qui ne veulent rien entendre, puis il y a ceux qui voilà qui écouteront les conseils qu'on pourra leur donner. »

## V. Discussion

D'après les pharmaciens interrogés, la communication avec les médecins généralistes dans la région de Tubize, Braine-le-Château, Ittre et Rebecq est plutôt cordiale. Mais lorsque l'on analyse un peu mieux leurs réponses, la collaboration pourrait être améliorée. En effet, les interactions entre les deux professions ne sont, en grande partie, limitées presque qu'au strict nécessaire – et cela ressort également de plusieurs études (6, 7) – : les pharmaciens sont parfois réticents à appeler les généralistes, et souvent suite à de mauvaises expériences. Ils le font donc plutôt lorsque c'est indispensable ou pour de la logistique. Et inversement, les médecins n'appellent que très peu les pharmaciens, et plutôt également pour des problèmes de logistique. Pourtant, ces derniers sont les spécialistes en termes de médicaments et c'est donc dommage, car il y a pas mal de situations dans lesquelles un contact entre les deux professionnels serait utile si l'on veut optimiser la prise en charge médicamenteuse des patients.

En Belgique, de plus en plus de suivis personnalisés du patient par le pharmacien peuvent être proposés. La place de celui-ci dans l'équipe de soins devient donc de plus en plus importante,

et une bonne collaboration avec les médecins généralistes devient encore plus indispensable qu'auparavant. Les freins à une bonne collaboration ressortant de cette étude sont en grande partie similaires à ce qui est retrouvé dans la littérature : le manque de communication, le manque de temps, les expériences négatives, le sentiment parfois de hiérarchie entre les deux professions, et le manque de connaissances des uns et des autres ainsi que de leurs compétences (1, 2, 17).

La communication est évidemment présente à tous les niveaux dans la collaboration, mais il me semble important de commencer par faire un point sur la collaboration et la communication globalement, avant de me concentrer plus spécifiquement sur les BUM et les CMP ainsi que sur les autres ressources en train d'être mises en place.

## 5.1. Optimiser la communication et la collaboration

Il paraît assez clair qu'il est indispensable d'améliorer la communication, entre autres via de meilleurs canaux. Une plus grande ouverture d'esprit entre les deux professions, un partage d'informations plus avancé, et une meilleure compréhension de comment fonctionnent les choses dans les deux métiers sont également des éléments importants. De plus, il ne faut pas hésiter à se contacter plus souvent, parce que cela peut parfois éviter des frustrations, mais également des incompréhensions pouvant mener à des erreurs. Car c'est au final le patient qui en pâtit.

### 5.1.1. Une amélioration du canal de communication

D'après les pharmaciens participants, il semble clair qu'un canal de communication simple et rapide doit être trouvé et prédéfini (mail, téléphone, ou autre). C'est également ce qui ressortait de deux études (7, 17). Mais il est également nécessaire de se mettre d'accord sur les raisons de communiquer (17). Comme le suggérait une pharmacienne interrogée : qui accepte d'être dérangé, comment, et pourquoi.

Il est évident d'après ces entretiens que le moyen de communication le plus souvent utilisé est le téléphone, car plus rapide, surtout lorsque c'est urgent, ce qui est généralement le cas dans la littérature également (17). Mais il n'est pas pour autant préféré par tous. Les mails et les informations via les notes dans les prescriptions électroniques sont aussi mis en avant. Ce qui est apparemment surtout compliqué est de ne pas avoir une façon de communiquer prédéfinie et claire pour tous. C'est pour cela qu'une idée évoquée à plusieurs reprises dans cette étude serait d'établir une liste avec les adresses mails et/ou les numéros de téléphone des pharmaciens et des généralistes de la région, afin de savoir qui appeler, comment et à la limite, dans quel cas. Une autre piste serait

de mettre en place un canal de communication via les programmes informatiques et/ou les prescriptions.

Effectivement cela serait plus direct, tout aussi rapide que le téléphone, moins envahissant et respectant les normes imposées par le GRPD (ce qui n'est pas le cas des mails par exemple). Cela permettrait de faire des remarques qui ne soient pas indispensables ni urgentes, tout en ne dérangeant pas obligatoirement l'autre professionnel de la santé. Une meilleure communication permettrait également de générer le moins possible de doutes concernant par exemple les changements de prescription. Car ce sont les doutes qui amènent souvent à des incompréhensions pour le patient et le pharmacien, et donc parfois à des erreurs.

### 5.1.2. Un respect et une prise en considération mutuels

Le principal frein évoqué dans les entretiens menés était le manque de remise en question et les habitudes des médecins plus âgés. C'est une notion qui rejoint un peu le problème de hiérarchie entre les deux professions ainsi que le manque de connaissances des compétences des pharmaciens mentionnés dans la littérature. On retrouve malgré tout une tendance chez les jeunes à être plus ouverts à la collaboration avec les pharmaciens, et à y accorder plus d'importance, probablement via l'université d'après un participant. On y reviendra un peu plus loin.

C'est malheureusement un point qui pose pas mal de difficultés aux pharmaciens, et qui participe à leur découragement. En effet, ne pas être bien reçus par les médecins lorsqu'ils veulent exprimer leur opinion, et que celle-ci ne soit pas prise en compte les décourage de réaliser à nouveau cette démarche. Comme l'explique une pharmacienne, elle n'appelle pas tous les médecins pour les mêmes raisons, étant plus réticente pour certains et ne limitant donc ses contacts qu'au strict nécessaire. Pourtant, leur but n'est pas de dénigrer le travail ou les compétences du médecin, mais simplement de faire une proposition plus appropriée, dans l'intérêt du patient.

### 5.1.3. Mieux connaître les compétences spécifiques à chaque métier

De plus, des frustrations peuvent parfois émerger de cette mauvaise collaboration entre les deux professions. En effet, le fait de ne pas savoir réellement comment cela se passe de l'autre côté (dans le cabinet médical pour les pharmaciens, ou dans la pharmacie pour les médecins généralistes) peut à certains moments mener à des incompréhensions et donc des réactions inadéquates. C'est quelque chose qui est assez décrit dans la littérature également : le fait de travailler de manière rapprochée, voire même au sein du même cabinet, de se connaître et de connaître les compétences et le travail de l'autre peut énormément améliorer la collaboration (2, 7, 17).

D'ailleurs, un pharmacien proposait d'organiser une journée obligatoire durant les études afin de comprendre le mode de fonctionnement de l'autre profession. C'est en effet une excellente idée puisque c'est le moment idéal pour démarrer une bonne collaboration entre les deux métiers, faire prendre conscience de l'importance de celle-ci, de ce que cela peut apporter, autant pour eux que pour le patient (2, 7, 17). On le voit d'ailleurs en Belgique, depuis quelques années, il commence à y avoir des ateliers en commun entre différents professionnels de la santé durant les études, et la collaboration chez les jeunes se développe un peu plus facilement que chez les plus âgés.

Cela peut également être amélioré par des réunions locales, qui existent en Belgique sous la forme des CMP. J'y reviendrai un peu plus loin.

#### **5.1.4. Un plus grand partage des informations**

Une chose qui pourrait également aider à diminuer les incompréhensions entre les professionnels de la santé serait que la législation permette aux médecins d'avoir accès au DPP des patients. Cela permettrait de diminuer les situations peu claires, par exemple lorsqu'il y a plusieurs prescripteurs qui ne sont pas au courant, ou qui ne communiquent pas et finissent par prescrire en doublon ou en contradiction l'un avec l'autre. Mais également dans les situations où un patient abuse de médicaments, le généraliste pourrait alors également s'en rendre compte et mettre des choses en place (par exemple plan de délivrance régulée en accord avec le pharmacien).

Autre piste : communiquer l'indication du traitement ou la pathologie lors des prescriptions. C'est vrai que pour les pharmaciens, lorsque le patient est perdu et ne se souvient de rien ou presque de ce que son médecin lui a expliqué, c'est alors difficile de le conseiller au mieux, sans savoir exactement pourquoi le médicament a été prescrit. Mais c'est un sujet assez débattu. Informer le pharmacien de la présence d'une insuffisance rénale, même débutante, pourrait peut-être être un début. Grâce à cela, le pharmacien pourrait vérifier les posologies par exemple, contrôler les médicaments prescrits qui sont néphrotoxiques, mais également éviter de délivrer des traitements qui sont contre-indiqués, bien qu'en vente libre (par exemple ibuprofen 400mg).

#### **5.1.5. Ne pas hésiter à contacter l'autre professionnel**

Un autre grand problème de cette collaboration est que le médecin fait souvent confiance au patient pour bien retenir les informations et explications qu'il lui a données, ou encore que le pharmacien renvoie ce même patient vers le généraliste s'il trouve qu'il y a un problème dans le traitement, sans avoir de contact direct avec le médecin. Ils comptent tous deux sur le fait que le patient doit également être responsable de sa santé. Mais malheureusement, comme le dit très bien

un pharmacien, les patients ne retiennent pas toujours tout, ne comprennent pas toujours bien et n'osent pas forcément le dire. Comme on l'a vu dans cette étude, les anciennes expériences négatives jouent à nouveau un grand rôle, puisque les pharmaciens n'osent finalement plus vraiment contacter le médecin pour faire des recommandations, et cela se retrouve également dans la littérature (6). Il faut pourtant bien réaliser que les patients ne se rendent pas toujours compte de l'importance et/ou de l'urgence des informations qu'on leur transmet, cela peut donc mener à des problèmes liés à leurs traitements qui auraient facilement pu être évités (7).

Enfin, une dernière suggestion pour limiter les frustrations du côté des pharmaciens est que les médecins ne doivent pas hésiter à les appeler s'ils ont besoin d'aide (et inversement évidemment). Surtout s'il s'agit de l'indisponibilité d'un médicament, car cela évite au généraliste de cogiter tout seul dans son coin afin de trouver une solution, puis au pharmacien d'également avoir des difficultés à obtenir ce que le médecin a prescrit, alors que cela aurait été beaucoup plus simple d'en discuter directement ensemble. Les pharmaciens sont, rappelons-le, les spécialistes des médicaments, et surtout ils savent ce qui est disponible ou non, et ce qu'il est facile de se procurer. Ils sont donc les mieux placés pour trouver une solution facile et rapide.

## 5.2. Mieux exploiter les ressources mises en place par l'INAMI

Je vais ici parler des BUM et des CMP : quel est l'avis des pharmaciens à ce sujet, leur expérience, les résultats qui en découlent, et les freins qui y sont liés. On retrouve 3 thèmes principaux pour les difficultés liées aux BUM : la méconnaissance (des médecins, des patients, mais également des pharmaciens), les difficultés administratives pour les réaliser et le manque de collaboration suite à ces entretiens.

### 5.2.1. Les BUM : Avis généraux

Les BUM ont été mis en place assez récemment, l'asthme était le premier et a été lancé en 2017 (11). Les avis concernant ces BUM sont assez positifs et comme le dit très bien un des pharmaciens ainsi que comme on l'a déjà souligné plus haut, le rôle du pharmacien va probablement de plus en plus s'étendre vers ce genre d'entretiens. Les avis plus négatifs pour ce service sont principalement liés au manque d'infrastructure et au manque de temps. En effet, les pharmaciens ont déjà beaucoup à faire avec l'accueil des patients au comptoir, la délivrance des médicaments accompagnée de conseils, les préparations magistrales, les commandes... On pourrait peut-être imaginer que ces rôles soient de plus en plus délégués aux assistants en pharmacie, afin que les pharmaciens puissent se concentrer sur le suivi plus personnalisé du patient et l'aide à la prise en charge médicamenteuse et au suivi de pathologies chroniques.

Il existe actuellement un BUM asthme et un BUM diabète, et ceci est en accord avec les preuves établies qu'une amélioration de la collaboration médecin généraliste-pharmacien peut être bénéfique particulièrement au niveau du diabète, de l'asthme, de l'hypertension et de la dyslipidémie (2, 7, 9). Un pharmacien proposait justement l'idée d'un BUM « hypertension », ce qui semblerait une bonne idée au vu de ces données. En effet, les pharmaciens étant en première ligne, ils pourraient sensibiliser les patients à l'importance de surveiller sa tension artérielle de temps à autre. Il existe effectivement énormément de patients qui consultent le médecin généraliste uniquement lorsqu'ils sont malades, et leur tension n'est pas toujours prise à ce moment-là, ou ne reflète pas forcément leurs valeurs habituelles. Cela pourrait donc être un point d'approche qui n'est jusqu'à présent pas exploité, ainsi qu'un moyen d'aider les patients à suivre cela correctement, et à optimiser leurs traitements.

## 5.2.2. Les BUM : freins à l'utilisation

### 5.2.2.1. La méconnaissance

Il y a clairement un manque d'implication des médecins généralistes dans ces BUM, ce qui limite énormément leur utilisation. En effet, le BUM diabète n'est jamais prescrit, et donc jamais utilisé. Et le BUM asthme est également très peu souvent réalisé sur l'initiative du médecin. La question se pose donc de savoir si les médecins ne trouvent pas cela intéressant, ou s'ils ne sont simplement pas suffisamment informés. Étant donné que les pharmaciens n'ont reçu que très peu d'informations concernant le BUM diabète, on peut à priori plutôt partir sur l'hypothèse que les généralistes n'en ont pas reçu non plus. Il semble donc important d'agir à ce niveau-là, afin que les médecins en parlent également aux patients, mais éventuellement pour le BUM diabète, de ne pas demander une prescription obligatoirement afin que le pharmacien puisse le proposer lui-même.

Il serait également intéressant que la population soit mieux informée sur l'existence de ces BUM pour que les patients puissent prendre l'initiative de le demander s'ils sont intéressés. En effet, le frein le plus important de la réalisation du BUM asthme est d'après cette étude la réticence des patients. Mais il est probable que s'ils sont mieux informés là-dessus, et si le médecin traitant en parle et peut-être même le prescrit, ils sauront déjà mieux à quoi s'attendre, et y seront certainement plus ouverts.

### 5.2.2.2. Les difficultés administratives

Le BUM asthme (et diabète, mais nous n'en parlons pas autant puisque personne ne l'utilise) est en théorie une bonne idée. Mais la mise en pratique n'est pas évidente. Principalement car il est trop exigeant en terme de critères à remplir et d'étapes à suivre. Pourtant les informations

les plus importantes sont tout de même données au patient, bien plus souvent que lors de la facturation d'un BUM, et ce déjà avant la mise en place de ce système. En effet, lors de la première prescription d'un dispositif d'inhalation, le pharmacien remontre et reformule tous les renseignements utiles, même si ceux-ci ont déjà été donnés par le médecin. Il le fait d'ailleurs généralement à nouveau s'il se rend compte que le patient n'est pas bien stabilisé par le traitement, puisque cela découle souvent d'une non-prise ou d'une mauvaise prise du traitement. Il serait peut-être intéressant de se pencher sur les chiffres d'utilisation du BUM, mais certains pharmaciens me rapportent que des BUM sont parfois facturés sans pour autant avoir respecté tout le protocole. Ces chiffres seraient donc malheureusement probablement faussés. Mais finalement, qu'elles soient données sous une forme ou une autre, les informations que le patient doit comprendre et retenir sont les mêmes.

Ce qui peut être apporté par le BUM spécifiquement est le fait d'avoir un entretien plus personnalisé et privé, si les infrastructures le permettent. Il y a également le second entretien qui est très intéressant puisqu'il permet de voir si le patient est mieux stabilisé depuis qu'il a de nouveau reçu les explications, ainsi que vérifier qu'il a bien retenu et compris la bonne manière d'utiliser son dispositif. C'est quelque chose qui n'est que trop rarement contrôlé en-dehors de ces BUM puisque le patient ne vient pas souvent avec son dispositif au cabinet, et que les médecins généralistes ne pensent pas à demander. Suite à ces entretiens, j'y ai été plus attentive lors de mes visites à domicile, et je me suis effectivement rendue compte qu'à force de le faire tous les jours, les patients pensent le faire correctement, mais qu'en réalité ce n'est pas forcément le cas.

### *5.2.2.3. Un manque de collaboration*

Le principe des BUM visait évidemment à fournir un accompagnement personnalisé au patient, mais également à améliorer la collaboration entre les médecins généralistes et les pharmaciens sur des sujets en particulier. Nous venons d'établir que le premier objectif est partiellement rempli, même si le avant/après mise en place de système n'est finalement pas très différent et que cela reste améliorable. Qu'en est-il de ce second objectif ? En fait, cela n'a pas vraiment changé non plus, et cela reste superposable au reste de la collaboration plus générale entre les deux professions.

En effet, lorsque le pharmacien tire comme conclusion, par exemple, que le patient n'est pas bien contrôlé au niveau de son asthme, il redonne les explications au patient et/ou le renvoie vers son médecin traitant. La règle générale semble de nouveau être de ne pas déranger le médecin si on sait se débrouiller seul, et de limiter les appels à ce qui est absolument nécessaire. Les raisons

principales à cela sont également les mêmes : les pharmaciens pensent que ce n'est pas une information intéressante pour le médecin, qu'ils vont donc être mal reçus lorsqu'ils vont appeler. Et également que cela est une perte de temps pour tous les deux puisque le patient doit également être responsable de sa santé et peut donc gérer les explications transmises.

Il pourrait pourtant y avoir une plus-value à ce que le médecin retape également sur le clou lorsqu'il voit le patient : une information donnée à plusieurs reprises et par des personnes différentes a souvent plus de poids que si elle est donnée une seule fois. De nouveau, un moyen de communication facile et prédéfini pourrait peut-être améliorer cela : le pharmacien enverrait son rapport via ce canal, et le médecin pourrait le traiter (ou non) quand il le souhaite, plutôt que d'être dérangé par un appel en pleine consultation.

### 5.2.3. Les CMP

Les CMP sont, comme déjà expliqué, organisées autour d'un sujet particulier. Mais selon les pharmaciens interrogés, ce n'est finalement pas ça le plus important dans ces réunions, puisqu'il n'y a apparemment pas vraiment de chose mise en place ni d'information retenue par la suite. En réalité, pour eux, l'apport principal de ces concertations multidisciplinaires est de se rencontrer. Cela permet de mettre des visages sur des noms, de mieux savoir comment se contacter, et de mieux comprendre comment fonctionnent les autres professionnels aux alentours. Et donc de communiquer de manière plus efficace et ainsi mieux collaborer. C'est quelque chose dont on a déjà parlé plus haut : se connaître, connaître le mode de fonctionnement et les compétences des autres, ça aide (2, 7, 17). Mais il faut pour cela prendre le temps d'y participer, et c'est ce qui freine parfois les pharmaciens.

### 5.3. Donner au pharmacien une plus grande place dans l'équipe de soins

Deux nouvelles ressources viennent tout juste d'être mises en place en Belgique : la revue de médication et le BUM benzodiazépines. Ce sont de nouveau des accompagnements spécialisés du patient par le pharmacien qui peuvent, d'après moi, vraiment apporter une amélioration dans la prise en charge médicamenteuse des patients. Comme on l'a déjà dit, cela nécessite évidemment de bonnes communication et collaboration entre les deux professionnels de la santé impliqués. Ils étaient deux pharmaciens à m'en parler, et nous discutons donc ici de leurs avis à ce sujet. Il n'y a évidemment encore aucun recul sur le BUM benzodiazépines, mais par contre un d'entre eux a déjà un peu d'expérience avec la revue de médication, ayant participé au projet pilote.

### 5.3.1. Revue de la médication

Cette revue de médication (18) a pour but d'optimiser le traitement et s'adresse évidemment aux patients polymédiqués, c'est-à-dire qui prennent de façon chronique au moins 5 médicaments remboursés. Comme le BUM asthme, cela peut être réalisé sur demande du patient, du médecin, ou sur proposition du pharmacien. Un premier entretien est réalisé, au terme duquel l'expert des médicaments analyse ce schéma de médication : y a-t-il des interactions, des sous-prescriptions, des cascades médicamenteuses,... ? En théorie, il en tire ensuite des conclusions et élabore des propositions de changement, qu'il transmet au médecin et avec qui il en discute. Une fois les décisions prises (ou non), il revoit le patient pour un second entretien afin de les partager et les lui expliquer.

D'après la littérature, la revue de médication a déjà fait ses preuves et a, à plusieurs reprises, été recommandée afin d'identifier les problèmes liés aux médicaments (6, 17). En effet, il est nécessaire de se pencher de temps en temps sur le traitement chronique de nos patients dans le but de réévaluer l'utilité et l'efficacité d'un médicament, mais également pour vérifier, par exemple, que certains n'interagissent pas l'un avec l'autre ou qu'un traitement n'a pas été prescrit en réponse à des effets secondaires d'un autre. Mais faire cette revue de médication par le généraliste uniquement prendrait beaucoup plus de temps et de difficultés que si cela est fait conjointement avec le pharmacien qui est, rappelons-le, le spécialiste en terme de médication. Cela va de soi, une bonne communication est toutefois indispensable afin d'aboutir à quelque chose, et c'est peut-être là la partie la plus difficile (17). Dans cette étude, le pharmacien ayant participé au projet pilote le confirme d'ailleurs : il a plutôt tendance à expliquer ses conclusions et conseils au patient et à le référer vers son médecin traitant, plutôt qu'à appeler celui-ci directement. On retrouve à nouveau la même notion que plus haut : il n'appelle que si c'est indispensable. Il faudra donc probablement insister, auprès des deux parties, sur l'importance de cette communication entre les deux professionnels de la santé.

### 5.3.2. Le BUM benzodiazépines

L'idée de ce BUM (14) est de soutenir et d'encadrer les patients afin d'arriver à un sevrage progressif de leurs benzodiazépines, via des préparations magistrales préparées gratuitement par le pharmacien. C'est en fait tout un programme qui est établi entre le médecin, le pharmacien et le patient, avec un engagement de ce dernier à le respecter via la signature d'un « contrat ». En plus des préparations magistrales, le pharmacien est disponible pour réaliser des entretiens d'initiation et de suivi tout au long du parcours afin d'accompagner au mieux le patient. Ce système s'adresse

à tous les patients consommant depuis au moins 3 mois une benzodiazépine dans le cadre d'une insomnie, à maximum 3 fois la dose habituelle.

Les deux pharmaciens qui en parlent sont plutôt enthousiastes car il y a effectivement beaucoup de travail à réaliser à ce niveau-là. Énormément de patients consomment des somnifères de ce type, parfois sans même se rendre compte des effets secondaires, de la dépendance et de la tolérance que cela provoque. D'autres en sont déjà plus conscients mais ne savent plus comment faire autrement, rien n'ayant fonctionné avant cela pour les faire dormir. Il est donc parfois difficile de les motiver et de les aider à poursuivre leurs efforts. Un pharmacien soulève également un point très intéressant, sur lequel on n'insiste pas assez souvent, c'est le risque qu'il y ait un jour une pénurie et que les patients doivent s'en passer assez rapidement.

#### 5.4. Biais

Cette étude a été réalisée de manière consciencieuse mais présente néanmoins quelques biais. Le premier concerne la méthode d'inclusion des pharmaciens pour les entretiens. En effet, ceux qui ont directement répondu sont probablement des personnes plus intéressées par ce sujet que les autres. Cela est peut-être moins vrai pour les 4 pharmacies que j'ai dû rappeler afin d'avoir une réponse. L'ensemble des pharmaciens de la région n'ont donc peut-être pas un avis aussi positif sur l'avenir de la collaboration entre les médecins et les pharmaciens et ne voient peut-être pas cette évolution du rôle du pharmacien d'un aussi bon œil que l'échantillon de cette enquête.

Le second biais concerne le déroulement des entretiens. Lors de l'analyse de ceux-ci, je me suis rendue compte que j'avais parfois un peu perdu en objectivité, c'est-à-dire qu'au fil des entrevues, j'orientais un peu plus mes questions que lors des tous premiers, afin de plus approfondir un sujet ou un autre. Je ne pense pas avoir influencé leurs avis et leurs réponses, mais plutôt le fait qu'ils évoquent certaines choses ou non. J'ai cependant toujours suivi mon guide d'entretien, ce qui m'a permis malgré tout de garder un même canevas pour tous les entretiens.

Ensuite, un autre biais de cette étude est le fait qu'ayant interrogé des pharmaciens de la région où je travaille, certains d'entre eux connaissaient assez bien le cabinet médical et mes collègues. J'espère toutefois que leurs réponses sont restées objectives, l'anonymisation des données ayant été bien expliquée.

Enfin, comme déjà mentionné, un des entretiens n'a pas été enregistré jusqu'au bout et une partie des données est donc perdue. Peut-être que celles-ci auraient apporté de nouveaux éléments.

## 5.5. Perspectives

Pour aller plus loin, il serait intéressant de demander aux médecins généralistes de cette même région ce qu'ils pensent de la collaboration avec les pharmaciens, et éventuellement de les confronter aux réponses, difficultés et propositions de ces derniers. Cela afin de voir quels autres problèmes et pistes de solution peuvent être évoqués, pour, in fine, améliorer cette collaboration.

Une autre idée serait ensuite de s'intéresser aux résultats pour les patients de cette meilleure collaboration, ainsi que comment faire en sorte qu'il y ait encore plus de répercussions. Car c'est bien d'améliorer la collaboration, mais le but final idéalement serait que cela amène de meilleures prises en charge médicale et médicamenteuse pour les patients.

## VI. Conclusion

Améliorer la collaboration entre les médecins généralistes et les pharmaciens est un objectif indispensable afin d'améliorer la prise en charge médicamenteuse des patients. Comme vu plus haut, le risque d'erreurs liées aux médicaments est un gros problème de santé publique et ne va probablement faire qu'augmenter avec le vieillissement de la population et la polypathologie qui y est liée.

Cette analyse qualitative a permis de démontrer qu'il y a encore pas mal de points à améliorer concernant cette collaboration multidisciplinaire dans la région de Tubize, Braine-le-Château, Rebecq et Ittre. Le point principal serait d'optimiser la communication, qui sous-tend la collaboration à tous les niveaux. Le choix de bons canaux de communication est donc important, ainsi que le fait de ne pas hésiter à entrer en contact si besoin, et d'avoir un respect et une prise en considération mutuels. Une meilleure connaissance des compétences spécifiques à chaque métier et un plus grand partage des informations sont également d'autres côtés importants.

De plus, en Belgique, des entretiens personnalisés du patient par les pharmaciens sont progressivement mis en place et gagneraient à être bien exploités. Il faut pour cela pallier la méconnaissance (des médecins, des patients, mais également des pharmaciens) et les difficultés administratives, mais surtout, comme on vient de le dire, améliorer la communication. Sans bonne communication, il n'y a pas de bonne collaboration et donc pas autant de résultats positifs pour les patients que ce qui pourrait être espéré.

Personnellement, ce travail m'a permis tout d'abord de rencontrer des pharmaciens travaillant dans ma région, ce qui facilitera donc ma collaboration avec eux. Ensuite, j'ai pu me rendre compte de toutes les difficultés qui y sont liées, ainsi que des incompréhensions qui peuvent exister de leur côté et dont on ne se rend pas forcément compte. Je vais donc pouvoir personnellement améliorer certains aspects de ma communication avec les pharmacies. Enfin, cela m'a d'autant plus conscientisée à l'importance de la collaboration avec les autres professionnels de la santé également (infirmiers, kinésithérapeutes, psychologues...).

## VII. Bibliographie

1. Bollen A, Harrison R, Aslani P, van Haastregt JCM. Factors influencing interprofessional collaboration between community pharmacists and general practitioners-A systematic review. *Health Soc Care Community*. 2019;27(4):189–212.
2. Albassam A, Almohammed H, Alhujaili M, Koshy S, Awad A. Perspectives of primary care physicians and pharmacists on interprofessional collaboration in Kuwait: A quantitative study. *PLoS One*. 2020 Jul 20;15(7):0236114. doi: 10.1371/journal.pone.0236114.
3. Syafhan NF, Al Azzam S, Williams SD et al. General practitioner practice-based pharmacist input to medicines optimisation in the UK: pragmatic, multicenter, randomised, controlled trial. *J of Pharm Policy and Pract*. 2021, 14(4). doi: 10.1186/s40545-020-00279-3.
4. Hazen ACM, Zwart DLM, Poldervaart JM, de Gier JJ, de Wit NJ, de Bont AA, Bouvy ML. Non-dispensing pharmacists' actions and solutions of drug therapy problems among elderly polypharmacy patients in primary care. *Family Practice*. 2019;36(5):544–551.
5. Stuhec M, Gorenc K, Zelko E. Evaluation of a collaborative care approach between general practitioners and clinical pharmacists in primary care community settings in elderly patients on polypharmacy in Slovenia: a cohort retrospective study reveals positive evidence for implementation. *BMC Health Serv Res*. 2019;19(1):118. doi: 10.1186/s12913-019-3942-3.
6. Bradley F, Ashcroft DM, Crossley N. Negotiating inter-professional interaction: playing the general practitioner- pharmacist game. *Sociol Health Illn*. 2018;40:426–444. doi:10.1111/1467-9566.12656.
7. Löffler C, Koudmani C, Böhmer F, et al. Perceptions of interprofessional collaboration of general practitioners and community pharmacists: A qualitative study. *BMC Health Serv. Res*. 2017;17:224. doi: 10.1186/s12913-017-2157-8.
8. Organisation Mondiale de la Santé. Vieillesse et santé [page web]. 2022. Disponible sur : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>. (consulté en mai 2022)

9. Dähne A, Costa D, Krass I, Ritter CA. General practitioner–pharmacist collaboration in Germany: an explanatory model. *Int J Clin Pharm*. 2019;41,939–949.
10. Association Pharmaceutique Belge. Le pharmacien – Rôle et tâches principales – Soins pharmaceutiques [page web]. Disponible sur : <https://www.apb.be/fr/corp/Le-pharmacien/role-et-taches-principales/Soin-pharmaceutiques/Pages/default.aspx>. (consulté en mars 2023)
11. Institut national d'assurance maladie-invalidité. Un nouveau service du pharmacien pour le patient asthmatique chronique : l'entretien d'accompagnement de bon usage des médicaments (BUM) [page web]. Disponible sur : <https://www.inami.fgov.be/fr/professionnels/sante/pharmaciens/Pages/entretien-pharmacien-patient-asthmatique-info-pharmacien.aspx>. (consulté en novembre 2022)
12. Institut national d'assurance maladie-invalidité. A partir du 1<sup>er</sup> mai 2018 : Suivi d'un patient avec un diabète de type 2 (Pré-trajet) – Education à l'observance thérapeutique. [page web]. Disponible sur : <https://www.inami.fgov.be/fr/professionnels/sante/pharmaciens/Pages/diabete-type2-pre-trajet-education-observance-therapeutique.aspx>. (consulté en novembre 2022)
13. Institut national d'assurance maladie-invalidité. Concertation médico-pharmaceutique. [page web]. Disponible sur : [https://www.inami.fgov.be/fr/themes/qualite-soins/medicaments/concertation-medico-pharmaceutique/Pages/default.aspx#Projets\\_locaux](https://www.inami.fgov.be/fr/themes/qualite-soins/medicaments/concertation-medico-pharmaceutique/Pages/default.aspx#Projets_locaux). (consulté en novembre 2022)
14. Association Pharmaceutique Belge. Communiqué de presse : Le sevrage progressif de somnifères désormais remboursé [page web]. 2023. Disponible sur : [https://www.apb.be/fr/corp/media-room/Relations-publiques/communiquede-presse/Pages/Sevrage-progressif-somniferes-desormais-rembourse\\_01022023.aspx](https://www.apb.be/fr/corp/media-room/Relations-publiques/communiquede-presse/Pages/Sevrage-progressif-somniferes-desormais-rembourse_01022023.aspx). (consulté en mars 2023)
15. Sifer-Rivière L. Les recherches qualitatives en santé. France: Editions Armand Colin. 2016:86-101.

16. Balard F, Kivits J, Schrecker C, Volery I. Les recherches qualitatives en santé. France: Editions Armand Colin. 2016:167-185.
17. Weissenborn M, Haefeli WE, Peters-Klimm F, Seidling HM. Interprofessional communication between community pharmacists and general practitioners: a qualitative study. *Int J Clin Pharm.* 2017 Jun;39(3):495-506. doi: 10.1007/s11096-017-0450-6.
18. Association Pharmaceutique Belge. Communiqué de presse : La « revue de la médication », u nouveau service remboursé en pharmacie [page web]. 2023. Disponible sur : [https://www.apb.be/fr/corp/media-room/Relations-publiques/communique-de-presse/Pages/Revue-medication\\_nouveau-service-rembourse-pharmacie.aspx](https://www.apb.be/fr/corp/media-room/Relations-publiques/communique-de-presse/Pages/Revue-medication_nouveau-service-rembourse-pharmacie.aspx). (consulté en avril 2023)

## Annexes

### Annexe n°1 : Avis du comité d'éthique

Réponse **GEIMG** TFE médecine générale 3

Bonjour,

Toutes mes excuses pour ma réponse tardive.

Effectivement, il s'agit de notre réponse que vous pouvez transmettre au **GEIMG**.

Bien à vous,


-----  
Alison Lenoir  
Secrétaire CEHF  
Promenade de l'Alma 51 bte B1.43.03  
1200 Bruxelles  
Tél. : 02/764.55.14 **Lu, Ma 10h-13h et 14h-16h Me, Je 10h-13h**

-----

Merci beaucoup !    Merci pour votre retour.    Merci pour votre réponse rapide.

← Répondre    → Transférer

---

 Charlotte Fayt ☺ ← ↶ ↷ ...  
À : Commission Ethique Lun 09-01-23 11:02

Bonjour,


Merci beaucoup pour votre réponse rapide. Pouvez-vous encore simplement me confirmer que ce mail-ci vaut bien comme preuve malgré l'avis contraire du **GEIMG** ?

Merci d'avance.

Bien à vous,  
Charlotte Fayt

-----

---

 Commission Ethique ☺ ← ↶ ↷ ...  
À : Charlotte Fayt Jeu 05-01-23 13:07

Bonjour,

Je vous confirme qu'il s'agit bien de pratiques professionnelles, une soumission à un Comité d'éthique n'est donc pas obligatoire.  
Toutefois, celui-ci est parfois requis dans le cadre d'une publication future. Il faut donc en parler avec votre promoteur.

Concernant, le **GEIMG**, vous pouvez leur transmettre cet email pour information.

N'hésitez pas à revenir vers moi si vous avez besoin de plus d'informations,

Bien à vous,

-----  
Alison Lenoir  
Secrétaire CEHF  
Promenade de l'Alma 51 bte B1.43.03  
1200 Bruxelles  
Tél. : 02/764.55.14 **Lu, Ma 10h-13h et 14h-16h Me, Je 10h-13h**

## Annexe n°2 : Guide d'entretien

- **Thème 1** : Etat des lieux de la communication pharmacien-méd généraliste

### Questions :

- Pouvez-vous me parler de la collaboration et communication que vous avez avec les médecins généralistes ? Comment communiquez-vous, pour quels genres de situations, comment cela se passe généralement,... ?
- Comment qualifieriez-vous celles-ci ? Y aurait-il des choses que vous aimeriez améliorer ou en êtes-vous satisfait ?
- Que pensez-vous que cela pourrait apporter de plus pour la prise en charge des patients (notamment au niveau de la gestion des traitements) ?

### Sous-questions :

- En quoi consistent les contacts que vous avez et comment sont-ils initiés ?
  - Si plus souvent initiés par les médecins généralistes : pensez-vous que vous devriez les contacter plus souvent ? Si oui, pour quels types de situations et pourquoi ne le faites-vous pas ?
  - Si plus souvent initiés par les pharmaciens : pensez-vous que les médecins généralistes devraient vous contacter plus souvent ? Si oui, pour quels types de situations ?
  - Ces contacts sont-ils fréquents ?
  - Faites-vous parfois passer certaines informations par le patient au lieu de les communiquer directement au médecin généraliste ? Si oui, dans quels types de situations et pourquoi ?
- **Thème 2** : Bon usage des médicaments (asthme et diabète)
    - > Explications de ce en quoi cela consiste si ne connaissent pas

### Questions :

- Pouvez-vous me parler de votre expérience là-dessus ?
- Qu'est-ce que cela apporte pour la gestion du traitement des patients ?

### Sous-questions :

- En avez-vous déjà eu l'expérience ? Est-ce souvent utilisé chez vous ?
- Si oui : - comment avez-vous communiqué les résultats au médecin, et est-ce toujours pris en compte ?

- quels résultats ou changements avez-vous remarqué ensuite, au niveau du traitement du patient ? Était-ce ce que vous en attendiez ? Comment améliorer cela ?
- pourquoi ne pas y faire appel plus souvent ?
- Si non ou si très peu utilisé, pourquoi et comment améliorer cela ? Que pensez-vous que cela pourrait apporter en terme de gestion du traitement des patients ?
- **Thème 3** : Concertations médicamenteuses pour la promotion de la qualité
  - > Explications de ce en quoi cela consiste si ne connaissent pas

#### Questions :

- Connaissez-vous ces concertations ?
- Si oui, par quel biais ?
- Si non, qu'en pensez-vous ?
- Si vous y avez déjà participé, qu'est-ce que cela a pu apporter ensuite comme mise en pratique et amélioration pour le traitement des patients ? Est-ce ce que vous en attendiez ? Que pensez-vous que cela pourrait apporter d'autre ? Comment améliorer cela ?
- Si vous y avez déjà participé et que cela n'a rien amené comme changement, qu'est-ce que cela aurait pu apporter, qu'en espériez-vous ? Comment améliorer cela ?
- Si vous n'y avez jamais participé, pourquoi et comment améliorer cela ? Que pensez-vous que cela pourrait apporter pour la gestion des traitements des patients ?
- Avez-vous d'autres idées de ce qui pourrait être utile (comme collaboration pharmacien/médecin généraliste) mais n'existe pas ou qui existe mais pas suffisamment exploité ?
- Si oui, qu'en attendriez-vous si cela était mis en pratique ? Pourquoi pensez-vous que cela n'est pas vraiment exploité ?

### **Annexe n°3 : Documents d'informations et de consentement pour le participant**

#### Identifier et développer les compétences des pharmaciens pouvant aider les médecins généralistes dans la gestion des médicaments

Quelles aides et compétences (connues ou moins connues) pouvant être apportées par les pharmaciens peuvent être mieux développées afin d'aider les médecins généralistes dans la gestion des médicaments ?

## **Information au participant**

Vous êtes invité(e) à participer à une étude de recherche. Avant d'accepter d'y participer, il est important de lire ce formulaire qui en décrit les objectifs et les modalités pratiques. Vous pouvez à tout moment poser des questions en rapport avec cette étude.

Le promoteur de cette étude est le Dr Fouarge Lise-Laure, médecin généraliste. Cette étude est réalisée dans le cadre de mon Travail de Fin d'Etudes (en 3<sup>ème</sup> année d'assistantat de médecine générale).

Il s'agit d'une enquête qui vise à identifier et mieux développer les compétences des pharmaciens qui peuvent aider les médecins généralistes dans la gestion des médicaments.

Il vous sera demandé de répondre à un entretien semi-dirigé, basé sur un guide préalablement établi, d'environ 45-60 minutes. Cela se déroulera en face à face ou par téléphone (selon vos préférences). Cet entretien sera enregistré afin de permettre une meilleure récolte et analyse des données. Cet enregistrement sera conservé jusqu'au 27 avril 2023, puis sera supprimé.

Votre participation est non rémunérée.

Les données recueillies seront confidentielles et votre anonymat est garanti. Vous ne serez identifié(e) ni par votre nom ni par aucune autre élément permettant de vous reconnaître.

Votre participation, si vous l'acceptez, se fait sur base volontaire et nécessite votre consentement éclairé. Une fois celui-ci signé, vous gardez le droit de vous rétracter à tout moment, sans en préciser la raison, simplement en informant l'investigateur principal (Dr Charlotte Fayt), et ce sans subir de conséquences négatives.

Si vous le désirez, les conclusions de l'étude peuvent vous être envoyées.

Responsable de l'étude : Dr FAYT Charlotte

Email : charlotte\_fayt@hotmail.com

### **Formulaire de consentement éclairé**

Je déclare avoir été informé de l'étude, de son but et de sa durée, et j'accepte de mon plein gré d'y participer.

J'ai eu l'occasion et le temps de poser des questions concernant cette étude et j'y ai obtenu une réponse satisfaisante.

J'ai compris que ma participation à cette étude se fait sur base volontaire et que je suis totalement libre de mettre fin à ma participation en informant l'investigateur principal.

J'ai compris que mes données seront collectées de façon sécurisée et anonymisées.

J'ai reçu une copie de l'information au participant et du consentement éclairé.

Nom, Prénom, Date et Signature du participant

Je déclare avoir fourni toutes les informations nécessaires concernant la nature, le but et la durée de cette étude au/à la participant(e) mentionné(e) ci-dessus.

Nom, Prénom, Date et Signature de l'investigateur