

Louvain School of Management

Entre perception, besoins et rentabilité dans l'officine : quelle place pour le pharmacien de référence ?

Auteures : Dardenne Jeanne et Dehaye Emilie
Promotrice : Léonard Evelyne
Co-promoteur : Biot Yannick
Année académique 2022-2023
Travail de fin d'études (TFE) en vue d'obtenir le titre de
Master (60) en Sciences de Gestion
Horaire de jour

Remerciements

Nous tenons à remercier toutes les personnes qui nous ont aidées, corrigées et encouragées lors de la réalisation de ce mémoire.

En premier lieu, nous remercions Madame Léonard, notre promotrice, pour sa supervision, sa disponibilité et ses conseils avisés. Nous remercions aussi Monsieur Biot, notre co-promoteur, pour le temps qu'il nous a consacré et pour l'aide précieuse qu'il nous a fournie.

Ensuite, nous aimerions remercier les pharmaciens et les patients qui ont consacré de leur temps pour répondre aux questionnaires ainsi qu'aux interviews.

Enfin, nous souhaitons remercier nos parents pour nous avoir aidé à partager nos questionnaires, pour leur apport de documents pertinents et pour leur relecture attentive.

Liste des abréviations

APB = Association Pharmaceutique Belge

BNB = Banque Nationale de Belgique

BUM = Bon Usage des Médicaments

DCI = Dénomination Commune Internationale

DDD = Defined Daily Doses

DPP = Dossier Pharmaceutique Partagé

ETP = Equivalent Temps Plein

HTVA = Hors Taxe sur la Valeur Ajoutée

INAMI = Institut National de l'Assurance Maladie Invalidité

MUR = Medicines Use Reviews

OPHACO = Office des Pharmacies Coopératives de Belgique

TVAC = Taxe sur la Valeur Ajoutée Comprise

UPHOC = Union Pharmaceutique du Hainaut Occidental et Central

VIDIS = Virtual Integrated Drug Information System

Table des matières

1	Introduction	1
2	Description du rôle de pharmacien de référence	2
2.1	Le pharmacien de référence, qu'est-ce que c'est ?	2
2.2	Comment devenir pharmacien de référence ?	3
2.3	Quelle est la tâche du pharmacien de référence ?	4
2.4	À qui ce service s'adresse-t-il ?	5
2.5	Quelle est la différence avec le BUM revue de médication ?	6
2.6	Évolution du pharmacien de référence à travers les années	7
3	Réflexion théorique sur le pharmacien de référence	8
3.1	Comportement du patient et focus sur la relation pharmacien-patient	8
3.2	Besoins des patients liés à ce service	10
3.3	Évaluation théorique de l'impact de ce service	12
3.4	Structure de rémunération de ce service	14
4	Méthodologie	17
4.1	Description des personnes interrogées	17
4.2	Méthodes de collecte des données	18
4.3	Forces et faiblesses des méthodes utilisées	20
5	Analyse des données	23
5.1	L'image du pharmacien de référence auprès des patients	23
5.2	L'image du pharmacien de référence auprès des pharmaciens	26
5.3	Quelle est la rentabilité apportée à l'officine ?	28
5.3.1	Méthode de calcul	28
5.3.2	Résultats et discussion	30
5.3.3	Limites et biais de la méthode de calcul	31
5.3.4	Projection de la rentabilité	32
6	Recommandations pour rendre ce service plus attractif	33

7	Avis personnel.....	35
8	Conclusion et perspectives	37
9	Bibliographie	38
10	Annexes.....	44
10.1	Annexe n°1 : Modèle de convention du pharmacien de référence	44
10.2	Annexe n°2 : Exemple de schéma de médication.....	45
10.3	Annexe n°3 : Guide d’entretien pour l’enquête auprès des pharmaciens	46
10.4	Annexe n°4 : Guide d’entretien pour l’enquête auprès des patients.....	48
10.5	Annexe n°5 : Interviews des pharmaciens	50
10.6	Annexe n°6 : Détails des résultats bruts et des calculs	59

1 Introduction

En Belgique, environ 500 000 patients poussent chaque jour les portes des officines, et parmi ceux-ci, près d'un patient sur quatre souffre d'une maladie chronique qui nécessite la prise d'au moins un médicament. Cependant, des études ont démontré que la moitié de ces patients ne les prenaient pas de façon optimale. (*Pharmacien de référence: pour un meilleur suivi des patients chroniques*, s. d.; Ronlez, C., 2018).

À l'heure où le rôle du pharmacien d'officine connaît de grands changements dûs à des besoins et des demandes qui évoluent, il est important de valoriser la place qu'il occupe dans la société. Pour ce faire, un des outils mis à disposition des pharmaciens depuis le premier octobre 2017 est la possibilité de devenir pharmacien de référence. Le pharmacien de référence est un nouveau service pharmaceutique qui propose un accompagnement et un suivi personnel du traitement médicamenteux du patient.

Tant pour informer les patients sur leurs maladies que sur les traitements qui leur sont dispensés, le pharmacien d'officine est un professionnel de la santé indispensable à notre société. Une prise en charge adéquate de chaque patient et une bonne utilisation des médicaments sont deux choses essentielles au bien-être des patients. Le pharmacien de référence contribue à ce bien-être en proposant un suivi complet et continu du patient.

En Belgique, près de 300 000 personnes prennent au moins cinq médicaments remboursés de manière chronique, et environ une personne âgée (de plus de 65 ans) sur trois est polymédiquée. À l'heure actuelle, plus de 1,2 million de belges bénéficient de ce service pharmacien de référence. (APB, 2023)

L'objet de ce mémoire est de déterminer la place qu'occupe le pharmacien de référence dans la société actuelle. Pour ce faire, nous nous sommes penchées sur les trois positionnements d'un service :

- le positionnement **voulu** : à quels besoins des patients ce service répond-il ?
- le positionnement **perçu** : quelle est l'image de ce service et donc quelle perception les patients et les pharmaciens en ont ?
- le positionnement **réel** : quelle rentabilité ce service offre-t-il aux officines ?

Nous allons tout d'abord décrire ce qu'est un pharmacien de référence et comment accéder à ce service en tant que pharmacien d'officine. Nous déterminerons quelle est sa tâche

et nous évaluerons l'évolution que ce service a subi depuis son lancement. Ensuite, nous mènerons une réflexion théorique à propos de différents éléments qui impactent l'utilisation du service pharmacien de référence, c'est-à-dire, la relation entre le pharmacien et son patient, les besoins des patients, la satisfaction des patients envers ce service pharmaceutique et la motivation financière des pharmaciens, donc la structure de rémunération du pharmacien de référence. Sur base de ces recherches dans la littérature scientifique, nous passerons alors à une partie empirique. Par le biais de questionnaires et d'interviews, nous définirons l'image que possède le pharmacien de référence auprès des pharmaciens ainsi qu'auprès des patients. Ensuite, nous calculerons la rentabilité qu'il peut apporter à l'officine. Finalement, en tant que pharmaciennes d'officine, nous émettrons des recommandations, qui, d'après nous, pourraient aider cet outil à être davantage attractif. Nous clôturerons ce mémoire par émettre notre avis personnel.

2 Description du rôle de pharmacien de référence

“Mon Pharmacien me connaît, je signe”. (Le pharmacien de référence primé à l'international, s. d.) En Belgique, le pharmacien de référence existe depuis cinq ans. Il a été mis en place le premier octobre 2017 par la ministre fédérale de la santé Maggie De Block. (APB, 2022)

2.1 Le pharmacien de référence, qu'est-ce que c'est ?

Le pharmacien de référence est une aide fournie par le pharmacien d'officine pour accompagner les patients dans le but d'optimiser leur médication. Pour ce faire, le pharmacien met en place un schéma de médication qui reprend tous les médicaments pris par le patient, sous prescription et en vente libre ainsi que tous les compléments alimentaires et dispositifs médicaux délivrés au patient. Ce service lui permet d'avoir un schéma de médication personnel complet, à jour tout le temps et disponible pour tous les autres prestataires de soins.

Actuellement, en Wallonie, le pharmacien d'officine imprime le schéma de médication au patient et c'est lui qui le transmet aux autres prestataires de soins. À l'avenir, grâce au projet Virtual Integrated Drug Information System (VIDIS), il pourra être transmis de manière électronique directement à partir du programme de la pharmacie et se nommera alors le *“schéma de médication partagé”*. (Le schéma de médication : l'aperçu des médicaments que le patient est censé prendre - INAMI, s. d.) C'est déjà le cas en Flandre depuis la fin de l'année

2012, où le partage des données de santé se fait via la plateforme *Vitalink* et permet aux médecins, pharmaciens et patients d'échanger des données médicales tout en respectant la vie privée du patient. (*Projet VIDIS : Partager les données sur les médicaments de façon électronique* - INAMI, s. d.; Roger, Y., 2017)

Devenir pharmacien de référence implique que le nom du pharmacien soit mentionné dans tous les dossiers tels que le formulaire d'admission à l'hôpital. Le pharmacien devient la personne de référence auprès des autres professionnels de la santé concernant le traitement médicamenteux du patient. (AUP et al., 2021)

2.2 Comment devenir pharmacien de référence ?

Tout pharmacien d'officine, titulaire ou adjoint, qui le souhaite peut devenir pharmacien de référence, à condition d'avoir le consentement éclairé du patient concerné. En effet, deux accords doivent être donnés pour mettre en œuvre ce service.

Premièrement, un accord pour le « *suivi des soins pharmaceutiques* » permettra au pharmacien d'avoir un dossier des médicaments que le patient prend afin d'en optimiser l'usage. Deuxièmement, le consentement éclairé du patient concernant le partage électronique de ses données aux différents prestataires de soin (pharmaciens, médecins, mutualités, ...) est nécessaire. En effet, c'est essentiel pour que ces derniers puissent collaborer entre eux et proposer un suivi adapté et efficace. Cette convention doit être signée par le patient personnellement, personne d'autre ne peut le faire à sa place.

Le patient peut donc choisir s'il désire avoir un pharmacien de référence, mais il peut également choisir, selon ses affinités, qui sera son pharmacien de référence. De plus, le patient peut changer de pharmacien de référence à tout moment et il peut également y mettre un terme quand il le souhaite. Le patient doit savoir que ce n'est pas parce qu'il possède un pharmacien de référence qu'il ne peut se rendre dans une autre officine. En effet, tous médicaments délivrés en Belgique s'enregistrent dans le dossier pharmaceutique partagé (DPP), ce qui permet à l'officine ayant le rôle de pharmacien de référence de posséder toutes les informations nécessaires pour s'occuper de lui correctement.

Enfin, si le pharmacien de référence est absent, un autre pharmacien présent dans la pharmacie à ce moment-là peut le remplacer. Le pharmacien de référence doit garantir une

communication entre tous les pharmaciens de l'équipe officinale pour optimiser le suivi des patients. (Chaspierre, A., 2017)

2.3 Quelle est la tâche du pharmacien de référence ?

Le pharmacien de référence doit remplir diverses tâches.

Premièrement, il consulte l'historique du patient à chaque délivrance et enregistre systématiquement tous les médicaments qu'il délivre dans le DPP du patient. Les produits de santé (nutriments, moyens de diagnostic, ...), dispositifs médicaux et prestations pharmaceutiques sont également systématiquement enregistrés dans le dossier pharmaceutique. (INAMI, 2023a)

Deuxièmement, il s'engage à rédiger un schéma de médication qui reprend différentes informations, telles que :

- l'identité du patient et de la pharmacie concernée,
- la date de rédaction,
- le nom des médicaments pris,
- la date de début et éventuellement la date de fin de chaque traitement,
- la posologie et fréquence d'administration,
- les instructions d'emploi,
- des informations complémentaires au traitement si cela est nécessaire (conditions de conservation, l'utilité du médicament, ...).

Ce schéma de médication résume toutes les informations trouvées dans le DPP du patient, mais il est également important de discuter avec lui pour connaître tout ce qu'il prend qui ne s'y trouve pas. Par le biais de ce schéma de médication, le pharmacien de référence s'engage à avoir une vue globale sur tous les médicaments que le patient prend. À chaque fois qu'il lui délivre un médicament, il doit regarder son historique médicamenteux et y ajouter le médicament pris. Cela concerne les médicaments sous prescription, l'automédication, la prise de compléments alimentaires mais aussi les dispositifs médicaux. (INAMI, 2023a)

Troisièmement, le pharmacien de référence doit garder le schéma de médication correct et à jour. Il s'engage aussi à accompagner le patient et à s'adapter à ses besoins. Par exemple, si un patient doit avaler des comprimés et qu'il rencontre des problèmes avec cette voie

d'administration, le pharmacien de référence peut trouver, en collaboration avec le médecin traitant, une solution à cela. En effet, il peut lui proposer une solution buvable à la place de comprimés à avaler.

Enfin, il doit mettre ce schéma de médication à disposition des autres dispensaires de soins qui ont un lien thérapeutique avec le patient et il est la personne de contact pour toute information relative à sa médication. (AUP et al., 2021; *BIENVENUE SUR MY APB*, s. d.; Chaspierre, A., 2017)

À l'avenir, les tâches du pharmacien de référence vont s'élargir. Le schéma de médication qu'il aura rédigé devra être téléchargé sur une plateforme digitale sécurisée. Finalement, si le patient le souhaite, le pharmacien pourra lui proposer un soutien de suivi des soins pharmaceutiques comme la revue de médication par exemple. (AUP et al., 2021)

2.4 À qui ce service s'adresse-t-il ?

Comme dit précédemment, l'outil pharmacien de référence s'adresse à tout patient qui souhaite bénéficier de ce service. Cependant, ce dernier n'est remboursé par l'Institut National de l'Assurance Maladie Invalidité (INAMI) que pour une certaine catégorie de patients dits "patients chroniques" répondant aux conditions suivantes. Il faut :

- que le patient ambulatoire s'adresse à une pharmacie publique (à l'exception des patients en maison de repos ou en maison de repos et de soin qui ne peuvent pas bénéficier de ce service),
- qu'au moins cinq médicaments remboursés ayant des principes actifs différents aient été délivrés pour ce patient, dont au moins un médicament chronique (minimum 160 *defined daily doses* (DDD)), et ce durant les 12 derniers mois, dans une même pharmacie. Les contraceptifs et les préparations magistrales ne sont pas comptabilisés dans les médicaments pris de façon chronique. (AUP et al., 2021; *BIENVENUE SUR MY APB*, s. d.; INAMI, 2023a)

Parmi les patients qui répondent à ces critères, il existe quatre groupes cibles prioritaires (*L'ABC du pharmacien de référence*, s. d.) :

- les patients ayant le statut de "malade chronique" avec un dossier médical global,
- les patients en pré-trajet de soin diabète qui bénéficient d'un suivi par le pharmacien,
- les patients polymédiqués avec minimum cinq médicaments chroniques sur douze mois,

- les patients qui ont un besoin spécifique de suivi (s'ils ont des problèmes d'observance par exemple).

2.5 Quelle est la différence avec le BUM revue de médication ?

Être pharmacien de référence implique de créer un **schéma de médication** pour le patient, mais pas de faire une **revue de sa médication**. Mais quelle différence y a-t-il entre les deux ?

La revue de médication est un nouveau service disponible en officine depuis le premier avril 2023 pour les patients prenant au moins cinq médicaments chroniques et ayant choisi un pharmacien de référence. C'est donc un nouveau service qui s'inscrit dans le prolongement du service pharmacien de référence. En effet, l'arrêté royal du 21 juillet 2009 a défini le concept "Suivi des Soins Pharmaceutiques", un concept centré sur le patient et mettant en œuvre des entretiens d'accompagnement de Bon Usage de Médicaments (BUM). Parmi ceux-ci, on retrouve différents BUM dont le BUM asthme, le BUM diabète de type 2 pré-trajet, le BUM grossesse et le BUM revue de médication. Ces services pharmaceutiques sont rémunérés par des honoraires spécifiques et renforcent également le pharmacien dans son rôle d'acteur de soins. (INAMI, 2023c; UPHOC, s. d.)

Le BUM revue de médication est une prise en charge approfondie des patients polymédiqués. Elle a pour objectif d'optimiser l'usage des médicaments pour le patient en améliorant son observance thérapeutique, en modifiant l'utilisation de certains médicaments, en décelant certains effets indésirables, doublons de traitement, ... (Mondet et al., 2021) Cette analyse structurée du traitement médicamenteux du patient se fait en concertation avec trois intervenants : le patient, son médecin traitant et son pharmacien de référence.

Tout comme le pharmacien de référence, le BUM revue de médication s'adresse également à une certaine catégorie de patients. En effet, il vise les patients âgés de 65 ans ou plus, prenant au minimum cinq médicaments chroniques dont au minimum un médicament à risque (tel qu'un anticoagulant, un antiagrégant, un antidiabétique à risque d'hypoglycémie, une combinaison d'antihypertenseurs, un anti-inflammatoire non-stéroïdien, corticostéroïdes ou méthothrexate). (APB, 2023)

La revue de médication s'articule en cinq grandes étapes. Pour commencer, le pharmacien de référence propose le service au patient. Il met à jour le schéma de médication de

celui-ci et lui propose un premier entretien. Lors de cet entretien, le pharmacien réalise l'anamnèse du patient. Ensuite, le pharmacien va analyser toutes les informations récoltées lors du premier entretien : il va rechercher les éventuelles interactions, doublons, cascades médicamenteuses, etc., dans le but d'identifier les problèmes liés aux médicaments, d'établir un plan d'action et de lui proposer un schéma de médication adapté. Il partage alors ce plan d'action avec le médecin traitant et convient d'un deuxième entretien pour l'expliquer et le mettre en place avec le patient. Une revue de la médication va donc bien plus en profondeur que la réalisation du schéma de médication dans le cadre du pharmacien de référence. (Chaspierre, A. & Lenaerts, C., 2023)

Le service "Revue de médication" est remboursé dans les officines belges depuis le premier avril 2023 et un honoraire de 90 € est prévu pour cette prestation. Ce service est soit à l'initiative du pharmacien, du patient lui-même ou il peut aussi être prescrit par le médecin. Il ne peut être réalisé que par un pharmacien de référence. Il s'agit donc d'un rôle déterminant pour le pharmacien de référence. (*BUM Revue de la médication*, s. d.)

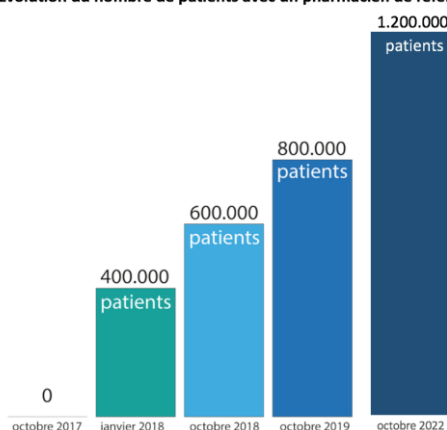
2.6 Évolution du pharmacien de référence à travers les années

Le service pharmacien de référence existe depuis le premier octobre 2017. En janvier 2018, soit quatre mois plus tard, 400 000 patients qui ont choisi un pharmacien de référence ont été comptabilisés. En octobre 2018, 600 000 patients ont adhéré à ce service, soit plus de 5 % de la population belge en 2018. Un an plus tard, c'est 800 000 patients qui avaient un pharmacien de référence en Belgique, cela représentait près de 7 % de la population belge. En 2022, 1,2 million de patients bénéficient de ce service, soit approximativement 10 % de la population belge (annexe n°6). (Statbel, 2022)

Figure n°1 : Évolution du nombre de patients ayant un pharmacien de référence, depuis sa création

(Adapté à partir de e-santéwallonie, 2019)

Évolution du nombre de patients avec un pharmacien de référence



3 Réflexion théorique sur le pharmacien de référence

Le rôle des pharmaciens a évolué au cours de ces deux dernières décennies et est aujourd'hui essentiel pour faire face à la demande croissante de soins de santé. D'une activité plus traditionnelle de dispensation des médicaments, le pharmacien possède aujourd'hui de nouvelles responsabilités en soins pharmaceutiques et dispense de nouveaux services. Cependant, les besoins qu'ont les patients et leur volonté d'accepter ces nouveaux services proposés par le pharmacien influencent l'utilisation de ces derniers. Les services de soins pharmaceutiques impliquent une relation avec le patient qui diffère de la simple dispensation des médicaments, c'est une relation plus intime qui est souhaitée. Dans le cadre de l'outil pharmacien de référence, une relation de confiance entre le pharmacien et son patient est nécessaire. Or, ce n'est pas toujours le cas. Mais, d'une part, qu'est-ce qui peut pousser le patient à accepter le service pharmacien de référence ? Quelles sont les attentes et les besoins des patients ? Et en quoi ce service peut-il subvenir à leurs besoins ? D'autre part, qu'est-ce que ce service apporte réellement à l'officine ?

Pour répondre à ces questions, nous nous sommes penchées sur la littérature scientifique à ce sujet. Nous avons axé nos recherches sur quatre grands axes : la relation entre le pharmacien et son patient, les besoins des patients associés au service pharmacien de référence, l'évaluation théorique de l'impact de ce service et finalement, la structure de rémunération de ce service.

3.1 Comportement du patient et focus sur la relation pharmacien-patient

Premièrement, nous sommes intéressées à la relation pharmacien-patient, qui semble fortement influencer l'utilisation des services proposés par les pharmaciens, pour les patients.

En l'an 2000, une étude mettait déjà la relation pharmacien-patient en évidence pour différencier les types de besoins des patients. En effet, il a d'abord été démontré que la nature de la relation entre un pharmacien et son patient dépendait du type d'officine, de sa taille et de sa localisation. Les patients recrutés dans l'étude qui vont dans une pharmacie "à petite chaîne", disent avoir une relation personnelle avec leur pharmacien, alors que les patients de l'étude allant dans une pharmacie "à chaîne multiple" disent ne pas bénéficier d'une telle relation. En effet, les petites pharmacies sont souvent plus propices aux échanges discrets et confidentiels. Nombreux sont les patients affirmant être gênés par le manque de confidentialité dans certaines

officines. Les autres patients qui attendent derrière eux constituent un frein à la bonne compréhension de leur traitement, car, souvent, ils n'osent pas poser de questions. (Vandesrasier et al., 2016) Or, établir une relation de confiance a un impact sur l'efficacité du traitement et donc sur les résultats thérapeutiques.

L'étude a également montré que les besoins des patients varient en fonction de la nature de la relation pharmacien-patient. Pour les patients qui ont une relation personnelle avec leur pharmacien, la pharmacie est un point de ressources en termes de soins de santé. Au contraire, les patients qui n'ont pas cette relation avec leur pharmacien vont à la pharmacie simplement pour s'approvisionner en médicaments. Beaucoup de patients affirment avoir un rôle passif en entrant dans une officine : ils présentent leur(s) ordonnance(s) et attendent que le pharmacien leur délivre leur(s) médicament(s). Cependant, une autre étude réalisée en 2016 a montré que de nombreux pharmaciens attendaient plus d'interaction avec leurs patients, afin d'obtenir davantage d'informations importantes sur eux et d'optimiser leur prise en charge et le succès thérapeutique. (Vandesrasier et al., 2016) Une étude réalisée en 2021 montre que la confiance mutuelle entre le patient et son pharmacien est parfois détériorée et qu'il est important de développer des stratégies pour la renforcer, voire la restaurer. Le pharmacien de référence pourrait-il y contribuer ? (Esmalipour et al., 2021)

Malgré les divers besoins observés, l'étude a démontré que la majorité des patients voyaient leur pharmacien comme un expert du médicament, mais étaient réticents à l'idée que le pharmacien puisse avoir un rôle plus étendu dans le suivi de la thérapie médicamenteuse. (Abu-Omar et al., 2000)

Une étude réalisée en 2015 apporte un élément nouveau et prouve que la relation pharmacien-patient impacte la fidélisation des patients dans une officine. En effet, ce ne sont pas uniquement les compétences et connaissances techniques liées aux médicaments qui sont importantes pour fidéliser les patients. Les compétences relationnelles des pharmaciens et la qualité des échanges psychosociaux sont des facteurs qui impactent fortement la fidélisation des patients. Les échanges au comptoir sont souvent courts, mais ils offrent l'opportunité d'interagir de manière plus profonde avec le patient et de récolter des informations précieuses pour favoriser le succès thérapeutique de ce dernier. Ces informations sont essentielles pour assurer un bon suivi thérapeutique et améliorer l'adhésion des patients à leur traitement. En effet, pour adhérer à son traitement, le patient doit comprendre la nécessité et l'efficacité de

celui-ci. Un échange riche améliore la relation de confiance entre le pharmacien et le patient et augmente ainsi la satisfaction du patient. (Patrícia Antunes et al., 2015)

Finally, in 2022, a study focused on the link between the pharmacist-patient relationship and the willingness or not to use the services provided by the pharmacist. Different factors that can influence the willingness of patients to use these services have been highlighted, such as sex, education level, health situation, income, ... However, this study shows that the pharmacist-patient relationship has a very high incidence on the willingness to use these services. It would seem in effect that patients accept more easily the new services offered by the pharmacist if they have a good relationship with him. (Adekunle et al., 2022)

To conclude, as said in the article of AlGhurair et al. of 2012, « [...] *bâtir une bonne relation entre les patients et leurs professionnels de la santé est l'essence même de la prestation de soins optimaux* ». (AlGhurair et al., 2012) The relationship between the pharmacist and his patient is therefore important to put forward so that the pharmacist reference service can function correctly. Thus, patients entrust their confidence to pharmacists to manage their health and, in return, pharmacists accept the responsibility of watching over their well-being. (AlGhurair et al., 2012; El-Kholy et al., 2022)

3.2 Besoins des patients liés à ce service

Then, we are interested in the needs of patients who go to a pharmacy. Do patients really need the pharmacist of reference? Or is it not really useful? To answer this, we searched in the literature for the possible needs of patients, provoked notably by medication errors that they commit.

Many studies put forward the link between inappropriate use of medicines and poor health outcomes for patients. We have summarized some of them.

A study published in 2005 cites the most frequently observed risk factors, related to the use of medicines. Among these, one finds non-adherence, therapeutic duplication, confusion between trade names and generics and storage

inadéquat des médicaments périmés. De plus, l'étude démontre qu'avoir différents prescripteurs peut provoquer des confusions chez le patient. Les patients les plus à risque de ces erreurs médicamenteuses sont les personnes âgées, souvent polymédiquées. (Sorensen et al., 2005)

Une autre étude réalisée en Suisse confirme cela. Elle a relevé les problèmes fréquents liés à la polymédication : certains traitements sont pris en double, il y a des erreurs de dosage ou des incertitudes quant aux différentes boîtes de médicaments. De plus, le stockage inapproprié des médicaments périmés peut provoquer des confusions chez les patients. Tous ces comportements sont également associés à de mauvais résultats de santé. (Quintana-Barcena et al., 2022)

En 2015, une revue systématique sur les erreurs médicamenteuses provoquées par l'automédication a été rédigée. À la différence des autres études, elle met non seulement en évidence les erreurs commises par les patients, mais aussi celles commises par les professionnels de la santé. Les erreurs les plus fréquemment recensées et causées par les professionnels de la santé sont les erreurs de préparation, de prescription ou de délivrance. Celles provoquées par les patients eux-mêmes sont : oubli de prise, confusion entre les noms commerciaux et les génériques, dosage erroné, médicaments périmés ou mal conservés, ...

Alors, quelles sont les causes de ces erreurs ? Comment pallier cela ?

Les principaux moteurs de ces erreurs sont l'absence d'information ou des informations qui sont incomplètes, le manque de connaissances des patients en matière de santé, la difficulté pour certains d'entre eux à calculer les posologies (notamment lors du calcul du nombre de millilitres à prendre d'un antibiotique par exemple), et la complexité des dispositifs dispensés (glucomètre, pompe à insuline, inhalateurs, ...). La polymédication et une communication défaillante avec le pharmacien aggravent ces erreurs et sont responsables d'effets secondaires. (Mira et al., 2015)

Pour avoir de meilleurs résultats sur la santé des patients, une étude publiée en 2005 émet une recommandation : une explication plus précise du schéma thérapeutique et une meilleure éducation du patient sur son traitement pourrait éviter certains effets indésirables. (Sorensen et al., 2005) Une autre étude publiée en 2013 met également en évidence l'importance du suivi des pharmaciens pour améliorer l'observance de certains patients (notamment les patients hypertendus concernés par cette étude). (Fikri-Benbrahim et al., 2013)

De plus, il est important que les professionnels de la santé soient mieux informés, qu'ils participent à des formations et qu'ils prennent le temps au comptoir ou dans un environnement privé pour tout clarifier au patient. (Mira et al., 2015)

Toutes les études ne vont cependant pas dans ce sens. En effet, une étude publiée en 2017 a étudié l'impact des interventions professionnelles et organisationnelles sur la réduction des erreurs de médication, au Royaume-Uni et aux États-Unis. Par interventions professionnelles, l'étude sous-entend la distribution de documents éducatifs aux professionnels de la santé, l'utilisation de technologies pour déterminer les patients les plus à risque d'erreurs médicamenteuses et la mise en place de notifications électroniques dès qu'un changement de dosage est réalisé. Et, par interventions organisationnelles, elle suggère une organisation de services de surveillance de la qualité des médicaments délivrés, notamment via la création d'une revue de prescription.

Les résultats de l'étude montrent que, ni les interventions professionnelles, ni les organisationnelles ne permettent de réduire le nombre de patients hospitalisés, admis aux urgences ou décédés. Cependant, il est précisé que d'autres études de plus grandes envergures doivent être réalisées pour confirmer ces résultats. (Khalil et al., 2017)

3.3 Évaluation théorique de l'impact de ce service

La satisfaction est un moyen de mesurer la qualité d'un service utilisé par le patient, mais c'est également un facteur qui influence l'adhésion d'un patient à son traitement. (El-Kholy et al., 2022) La satisfaction est définie comme un degré de sentiment positif ressenti après avoir utilisé un service. En mesurant celle des patients, on évalue l'écart entre leurs attentes par rapport à ce service et l'expérience réelle qu'ils en ont eu. (Ayalew et al., 2017) Cependant, c'est un concept difficile à mesurer et de nombreux facteurs sont impliqués dans le niveau de satisfaction des patients. (El-Kholy et al., 2022)

D'après l'étude de *Kucukarslan et Schommer* de 2002, les patients construiraient leur satisfaction sur base de leur expérience antérieure, sur base des références du marché et des références des idéaux. De plus, le type de service déterminerait ce sur quoi le patient va se baser pour construire sa satisfaction. Un service tangible va être évalué par rapport aux expériences antérieures. Un service immatériel, comme le personnel ou la qualité de la relation pharmacien-patient, va être évalué par rapport à l'idéal du patient. (Kucukarslan & Schommer, 2002)

Mais qu'en est-il de la satisfaction des patients par rapport aux services pharmaceutiques globaux, et plus particulièrement par rapport au service pharmacien de référence ?

Premièrement, d'une manière plus globale, cette étude de 2022 menée en Arabie saoudite, a évalué la satisfaction des patients concernant les soins pharmaceutiques globaux (donc pas uniquement le service pharmacien de référence, mais aussi les conseils donnés au comptoir, la prestation du pharmacien, etc.). En conclusion de cette étude, il en est ressorti des niveaux de satisfaction très variés. Le niveau de satisfaction le plus élevé concernait la disponibilité des pharmaciens pour les patients. Cependant, le niveau le plus bas de satisfaction concernait les informations données au patient liées aux effets indésirables des médicaments. Le pharmacien devrait mieux renseigner le patient quant aux effets secondaires des médicaments et sur les symptômes d'alarme à connaître. (Lucca et al., 2022)

Ensuite, afin d'évaluer l'impact positif ou négatif du service pharmacien de référence, nous nous sommes intéressées à des pays ayant déjà mis en place un service similaire à celui du pharmacien de référence.

En Suisse, les pharmaciens utilisent un outil appelé *ReMeDo*, qui permet de réviser la médication des patients à leur domicile, pour en optimiser l'utilisation. Une étude a été menée pour déterminer l'efficacité de cet outil, et confirme l'utilité du pharmacien dans la prise en charge de ces patients, qui se disent satisfaits de l'outil *ReMeDo*. (Quintana-Barcena et al., 2022)

En Angleterre et aux Pays de Galles, un autre outil, *le Medicines Use Reviews (MUR)*, est mis à disposition des patients. Il a pour but d'optimiser l'utilisation des médicaments, de discuter de l'efficacité des traitements, d'identifier les éventuelles interactions médicamenteuses et d'améliorer les connaissances des patients concernant leur traitement. Le MUR a donc été mis en place pour favoriser les discussions privées et plus détaillées entre le pharmacien et le patient, et se présente sous forme de consultations individuelles afin de répondre à toutes les questions de celui-ci.

Le MUR a été mis en place, et ce pour plusieurs raisons. Tout d'abord, parce que les pharmaciens sont vus comme des experts du médicament qui sont facilement accessibles par la population. En effet, certains patients n'osent pas contacter leur médecin surchargé de travail. De plus, de nombreux patients sont réticents à l'idée de prendre certains médicaments car ils

ont peur des effets secondaires, des effets de dépendance ou ne les prennent pas par manque de preuve d'efficacité. Le pharmacien doit donc prendre du temps pour clarifier tout cela. Enfin, un échec thérapeutique engendre des coûts supplémentaires pour la société, le but est dès lors de minimiser ces coûts en maximisant les chances de succès thérapeutique.

Cependant, le MUR possède des limites quant aux problèmes de collaboration entre les professionnels de la santé (avec le médecin notamment) et quant à la faible sensibilisation du public à cet outil. Néanmoins, les patients qui y participent sont très satisfaits de ce service. (Latif, 2018)

3.4 Structure de rémunération de ce service

Au cours des dernières années, le secteur de la pharmacie a subi diverses mutations, dont certaines ayant des conséquences négatives sur la rentabilité de l'officine. En effet, les parapharmacies se développent de plus en plus, la marge sur certains médicaments diminue, les pharmacies en ligne se déploient, ... Les pharmaciens doivent faire face à tous ces bouleversements et doivent, en plus d'être des professionnels de la santé, faire preuve d'initiatives, d'innovation et être de vrais gestionnaires. (Gregory, 2011)

Le pharmacien de référence est rémunéré par l'INAMI d'un honoraire spécifique indexé d'année en année. Mais cet honoraire, que représente-t-il ? Est-il une réelle plus-value à la rémunération du pharmacien ? Pour comprendre cela, il est intéressant de se pencher sur le système de rémunération du pharmacien et d'observer l'évolution de ce mode de rémunération.

Dans le passé, le pharmacien d'officine préparait les médicaments dans son officine et les dispensait ensuite au patient. Son rôle de préparateur de médicaments avait une grande place dans le métier de pharmacien. Mais, depuis que les industries pharmaceutiques ont développé la fabrication industrielle des médicaments, le pharmacien d'officine est devenu, principalement, un dispensateur de médicaments et son mode de rémunération est actuellement en évolution.

Le modèle économique traditionnel de la pharmacie d'officine repose sur la vente des médicaments et le niveau de rémunération dépend de la quantité de médicaments délivrés aux patients. Cependant, en plus de la simple délivrance de médicaments, le pharmacien d'officine dispense également un grand nombre de conseils et de services aux patients. La mauvaise utilisation des médicaments et les coûts de santé qui y sont associés sont de plus en plus pris en

considération. Il a d'ailleurs été estimé que le coût de la gestion des effets indésirables liés au mauvais usage des médicaments était au moins aussi élevé que le coût des médicaments. (Bernsten et al., 2010)

Il existe trois piliers de la rémunération des pharmaciens dans une officine ouverte au public pour la délivrance de **médicaments remboursables** :

- le premier pilier correspond à la marge économique qui dépend du prix ex-usine du médicament,
- le second comprend l'honoraire de base qui est de 4,41 € hors TVA (HTVA) par conditionnement délivré,
- le troisième pilier est celui qui correspond aux honoraires pour des soins pharmaceutiques spécifiques. C'est dans ce dernier pilier que se trouve la rémunération du pharmacien pour son service en tant que pharmacien de référence. En effet, un honoraire forfaitaire de 33,68 € HTVA par an et par patient avec lequel on a signé une convention est prévu pour ce service. Ces honoraires pour les soins pharmaceutiques spécifiques sont gratuits pour le patient, ils ne font pas partie du prix du médicament et sont entièrement à la charge de l'INAMI. C'est uniquement lors de la délivrance d'une spécialité pharmaceutique remboursable et lorsque les conditions sont remplies que le pharmacien peut toucher l'honoraire spécifique. (INAMI, 2023b)

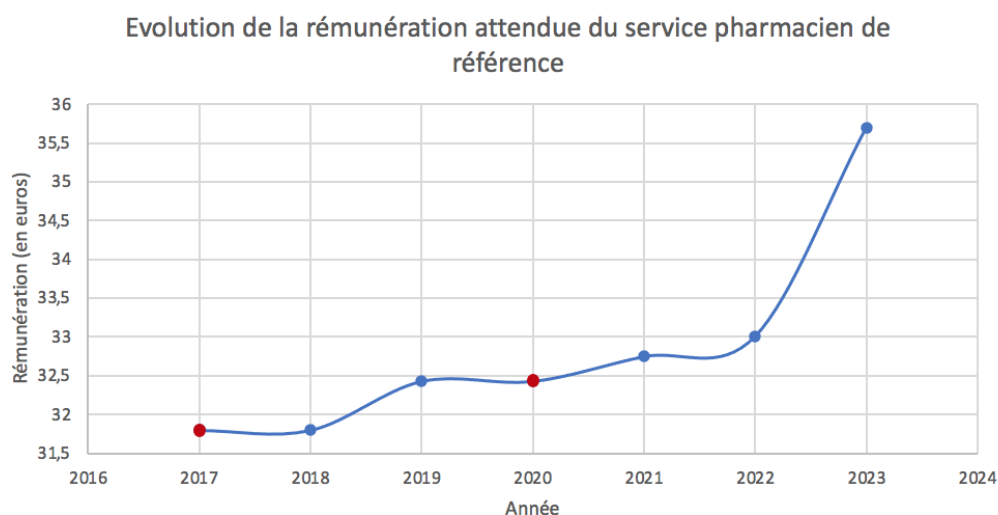
La rémunération du pharmacien d'officine pour la délivrance de **médicaments non remboursables** ou pour la délivrance des **médicaments en vente libre** est différente. La marge de distribution d'un médicament non remboursable se base sur le prix de vente HTVA. (*Médicaments à usage humain*, s. d.) Nous n'entrerons pas en détails dans ce système de rémunération car celui-là ne concerne pas la rémunération du pharmacien de référence.

Tous les mois, le prix de vente de certains médicaments remboursés subit une indexation à la baisse par l'INAMI. En effet, le ticket modérateur, c'est-à-dire le prix payé par le patient, reste le même, mais la part du prix payée par l'INAMI diminue. Le bénéfice du pharmacien diminue donc si le médicament concerné acheté au prix fort est déjà en stock dans l'officine. En effet, le pharmacien l'a acheté plus cher, mais le revend à un prix inférieur à ce qui était prévu à la base. (Masereel, 2020) Selon Charles Ronlez, directeur de l'Union Pharmaceutique du Hainaut Occidental et Central (UPHOC), le montant généré par cette indexation est utilisé afin de mieux pouvoir rémunérer le service pharmacien de référence. (e-santéwallonie, 2019) De plus, en 2019, l'honoraire sur la Dénomination Commune Internationale (DCI) a été

supprimé et son budget aurait été réalloué à la rémunération du pharmacien de référence également. (APB, 2019)

Nous pouvons d'ailleurs observer que l'honoraire du pharmacien de référence a évolué au fur et à mesure des années. Le graphe ci-dessous représente cette évolution. En 2017 et en 2020, la rémunération du pharmacien de référence n'a cependant pas été celle annoncée par l'INAMI. En effet, en réalité, la première rémunération dont ont bénéficié les pharmaciens en 2017 était de 4,74 € et en 2020, ils n'ont bénéficié d'aucune rémunération. La rémunération de 2017 est plus petite que celle annoncée étant donné que le service a démarré en octobre, elle est donc donnée uniquement pour le dernier trimestre de l'année 2017. En 2020, il y a eu une modification du système de rémunération, au lieu de rémunérer les pharmaciens à la fin du service (donc rémunération début de l'année suivante), l'INAMI a décidé de rémunérer les pharmaciens quand ils commencent le service (donc rémunération au début de l'année). L'année 2020 a été cette année de changement, recevant la rémunération pour l'année 2019 mais pas pour l'année 2020. (CERPAN, communication personnelle, 19 mai 2023) Ces deux années sont marquées par un point rouge sur le graphe.

Figure n°2 : Évolution de la rémunération attendue du service pharmacien de référence (Pharmacie n°1, communication personnelle, 2023)



Le service pharmacien de référence est aujourd'hui rémunéré à 35,70 € TVA comprise (TVAC), par patient et par an. Il est la preuve que la rémunération du pharmacien évolue d'une marge liée au nombre de boîtes vendues vers la rémunération d'un acte officinal. La part de rémunération du pharmacien tend à se déconnecter du prix des médicaments, un changement

majeur qui replace le pharmacien en tant que professionnel de la santé, rémunéré en grande partie pour son service pharmaceutique. (KPMG, 2019)

En conclusion, les articles dans la littérature montrent que la relation entre le pharmacien et son patient est déterminante pour l'utilisation des services offerts par le pharmacien, tels que le pharmacien de référence. De nombreuses études ont montré un lien existant entre une mauvaise utilisation des médicaments et des mauvais résultats sur la santé des patients. Le service pharmacien de référence s'inscrit donc dans cette logique d'apporter de meilleurs résultats pour la santé de manière générale. De plus, nous avons trouvé différentes études menées dans d'autres pays que la Belgique, qui, majoritairement, démontrent l'impact positif (ou neutre) de ce service. Finalement, nous avons compris en quoi la rémunération du pharmacien de référence consiste et sur quelle structure elle est construite. La partie empirique de notre travail va s'appuyer sur ces différents éléments.

Par une étude quantitative, nous allons d'abord analyser l'image du pharmacien de référence chez les patients et chez les pharmaciens. Ensuite, une étude qualitative réalisée auprès des pharmaciens nous permettra d'approfondir certains points mis en évidence dans l'étude quantitative et nous a permis de récolter les données comptables de quatre officines pour réaliser notre étude de rentabilité.

4 Méthodologie

4.1 Description des personnes interrogées

- Pharmaciens

Pour réaliser cette étude, nous avons ciblé les pharmaciens d'officine, premiers acteurs concernés par le pharmacien de référence. Nous avons récolté exactement 50 réponses anonymes aux questionnaires partagés. En plus des questionnaires, nous avons décidé d'interroger directement quatre pharmaciens sous forme d'entretiens semi-directifs. Ces derniers ont souhaité garder l'anonymat. La durée moyenne de chaque interview était d'environ 30 minutes. Nous les avons retranscrits en annexe (annexe n°5).

- Patients

Nous avons trouvé judicieux d'interroger les patients concernés, ou pas, par le service du pharmacien de référence : 52 patients ont répondu à notre enquête. Nous avons décidé de rendre cette enquête également totalement anonyme, car d'une part, cela aurait pu rebuter certains patients qui n'aiment pas parler de leur médication, et, d'autre part, hormis leur âge, cela ne nous est d'aucune aide de connaître l'identité des patients.

4.2 Méthodes de collecte des données

Nous avons joint en annexe le contenu du questionnaire destiné aux pharmaciens d'officine (annexe n°3), ainsi que celui destiné aux patients (annexe n°4). Pour déterminer l'échantillon de personnes à interroger, nous avons répondu aux questions suivantes :

- *Que veut-on observer ?*

Notre but est de déterminer au mieux la place qu'occupe le pharmacien de référence auprès des wallons (pharmaciens et patients). Quelle est l'image du pharmacien de référence ? Est-ce un service assez répandu ? Pour cela, nous nous sommes appuyées sur notre réflexion théorique qui a mis en lumière différents volets que nous souhaitons comparer aux résultats de notre étude.

- *Sur qui ?*

Autant pour les interviews que pour les questionnaires, nous avons ciblé les pharmaciens d'officine indépendants en Wallonie, et ce pour plusieurs raisons : nous ciblons les pharmaciens qui travaillent **en officine**, car ce sont les seuls pharmaciens qui puissent être concernés par le pharmacien de référence (les pharmaciens hospitaliers, travaillant en industrie et autres n'y ont pas accès). Ensuite, nous ne nous intéressons qu'aux pharmaciens d'officine **en Wallonie** pour restreindre notre échantillon, pour rester cohérent avec la réalité et parce que c'est leur vision qui nous intéresse particulièrement. En effet, il serait irréalisable de faire une étude sur le pharmacien de référence dans le monde. De plus, nous avons décidé de nous concentrer sur les pharmacies **indépendantes**, car elles sont plus nombreuses donc plus représentatives de la réalité. En effet, la Belgique compte environ 4 600 officines dont à peu près 4 000 pharmacies faisant partie de l'Association Pharmaceutique Belge (APB), qui est la fédération nationale regroupant les pharmaciens indépendants, et 600 officines appartenant à l'Office des Pharmacies Coopératives de Belgique (OPHACO), qui est une association

nationale regroupant les pharmacies coopératives. (C. Ronlez, communication personnelle, 3 mai 2023) De plus, nous souhaitons que notre étude soit utile pour les pharmaciens indépendants que nous soutenons, contrairement aux groupes pharmaceutiques qui ont souvent des politiques marketing qui visent la maximisation du profit, passant ainsi par la maximisation du nombre de pharmaciens de référence réalisés. Nous affirmons cela suite à un témoignage d'un pharmacien travaillant dans une officine appartenant à une grande chaîne, et qui est contraint, par son patron, de réaliser un certain quota de pharmacien de référence chaque mois.

Enfin, les pharmacies que nous avons interviewées sont représentatives de l'ensemble des pharmacies de Wallonie. En effet, le chiffre d'affaires moyen des pharmacies en Wallonie en 2016 était de 1 312 628 €. (Sull, 2016) Grâce au rapport publié par une fiduciaire belge en 2022, nous pouvons voir que la marge brute moyenne pour les officines dont le chiffre d'affaires se situe entre 800 000 € et 2 000 000 € est de 382 695 €. (MBM Pharma, 2022) La marge brute moyenne des quatre officines que nous avons interviewées s'écarte seulement de 10 % de la marge brute moyenne en Wallonie (annexe n°6). Nous estimons donc que les officines que nous avons interviewées se trouvent dans la moyenne et sont représentatives des officines de Wallonie.

Concernant les patients, nous pensions au départ réussir à cibler les personnes plus âgées car elles sont plus susceptibles d'être polymédiquées, et donc plus susceptibles d'être concernées par le pharmacien de référence. En effet, nos aînés constituent le groupe de patients qui consomment le plus de médicaments et représentent dès lors mieux la population de référence. Il n'est cependant pas toujours facile d'aller à leur rencontre, nous en prendrons compte dans les limites de notre étude. Cette dernière comprend des patients âgés de 24 ans à 90 ans.

- *Comment ?*

Pour comprendre le rôle du pharmacien de référence dans la société actuelle en Belgique (en Wallonie plus précisément), ainsi que l'image que les patients et les pharmaciens en ont, nous avons décidé d'utiliser une méthode de recherche quantitative, sous forme de questionnaires qui ciblent pharmaciens et patients wallons. Nous avons également adopté la méthode de recherche qualitative d'entretiens semi-directifs, basée sur les interviews réalisés auprès de quatre pharmaciens d'officine.

4.3 Forces et faiblesses des méthodes utilisées

Ces deux méthodes ont été privilégiées, et ce pour plusieurs raisons.

Méthode quantitative

Tout d’abord, pour répondre à notre question de recherche, nous trouvions primordial d’étudier un échantillon assez conséquent, que nous avons sélectionné au préalable comme expliqué précédemment, afin d’avoir une vue globale de la situation actuelle. Souvent, une méthode quantitative est utilisée lorsque le cadre théorique est déjà bien connu de la littérature, car elle permet de tester des théories ou des hypothèses. Nous nous sommes basées sur des articles scientifiques trouvés dans la littérature pour ensuite comparer leurs résultats aux nôtres. (Giordano & Jolibert, 2016) Cette méthode inclut cependant différents inconvénients, regroupés ci-dessous.

Une première limite recensée est le nombre de personnes ayant répondu à notre enquête. Nous avons partagé notre questionnaire via les réseaux sociaux, par mail, via des plateformes qui regroupent un grand nombre de pharmaciens basés en Wallonie, et nous nous sommes également rendues physiquement dans des officines. Cependant, nous n’avons pas collecté un nombre très important de répondants, que ce soit en termes de pharmaciens ou de patients. Par conséquent, les conclusions que nous allons tirer des résultats obtenus ne reflèteront pas exactement la réalité des choses. En effet, en réalité, les réponses peuvent être très divergentes d’un cas à un autre, et l’échantillon sélectionné n’est pas assez vaste, ni assez représentatif de la population générale. (Van Campenhoudt et al., 2017)

Ensuite, un questionnaire sera directement lu et complété par la personne concernée. Il est donc important que les questions soient claires et précises afin d’optimiser la bonne compréhension de celles-ci. (Van Campenhoudt et al., 2017) Nous avons remarqué que certaines de nos questions pour les pharmaciens n’étaient pas assez explicites notamment ces deux-ci, auxquelles nous avons parfois eu les mêmes réponses : “Combien de patients sont éligibles au service pharmacien de référence dans l’officine dans laquelle vous travaillez ?” et “Pour combien de patients réalisez-vous un schéma de médication ?”. Cela peut provenir d’un manque de compréhension, ou alors ces pharmacies font des schémas de médication pour tous les patients éligibles, ce qui est rare. N’étant pas sûres de l’exactitude de ces réponses, nous avons décidé de les évincer de notre enquête afin d’éliminer ce biais de notre étude. Trois réponses n’ont donc pas été prises en compte.

De plus, nous avons remarqué que certains pharmaciens ne savaient pas comment trouver dans leur programme informatique les informations quant au nombre de patients éligibles, et/ou quant au nombre de schémas de médication réalisés. Nous avons donc également évincé les neufs questionnaires qui étaient incomplets.

Enfin, concernant les patients, il a été difficile pour nous de récolter des réponses venant de personnes âgées. En effet, ces dernières ne sont souvent pas ou peu familières avec les nouvelles technologies telles que les questionnaires en ligne ou les mails. C'est pourquoi, nous nous sommes rendues dans différentes officines pour interroger les patients directement en présentiel. Mais, à nouveau, nous avons rencontré peu de patients concernés par le pharmacien de référence, les patients polymédiqués ne sachant pas toujours se déplacer jusqu'à la pharmacie, nous avons parfois eu affaire à un membre de la famille ou à une aide. De plus, il suffit que le pharmacien de référence ne soit pas dans la politique de la pharmacie concernée pour que nous ayons des patients éligibles, mais qui ne bénéficient pas du service. En effet, nous avons pu observer que la réalisation du schéma de médication pouvait fortement différer d'une pharmacie à une autre. L'échantillon obtenu n'est donc pas vraiment représentatif de la population de référence.

Méthode qualitative

Ensuite, la méthode de recherche qualitative nous est également utile, car le contact personnel avec la personne interrogée permet d'obtenir des réponses plus précises, plus pertinentes et plus riches en contenu sur le sujet que nous abordons. Les interviews nous ont offert cette promiscuité avec les pharmaciens interviewés. (Paillé, P. & Mucchielli, A., 2012) De plus, les entretiens semi-directifs sont intéressants car ils offrent une plus grande souplesse à l'entretien qu'un entretien directif. En effet, l'interviewé aura la possibilité de s'exprimer librement, tout en respectant un guide d'entretien structuré avec des questions établies au préalable. Les questions sont posées dans un ordre adapté à la conversation, mais selon les convictions personnelles du pharmacien d'officine, l'entretien peut prendre une direction différente. (Van Campenhoudt et al., 2017) En plus d'avoir récolté des réponses plus précises et plus riches en informations, les interviews nous ont aussi permis de poser des questions un peu plus indiscrètes, telles que la marge bénéficiaire relative à chaque pharmacie. En effet, nous trouvions que cette information était assez personnelle, c'est pourquoi nous n'avons pas osé la poser lors de la méthode quantitative. Cela nous a été très utile car ça nous a permis de déterminer si le service de pharmacien de référence était rentable, ou pas. Nous avons exploité ces données au point 5.3 "Quelle est la rentabilité apportée à l'officine ?".

Une des limites fréquemment rencontrées en utilisant la méthode qualitative est le manque de données récoltées. Nous minimisons ce biais grâce à la méthode quantitative qui vient compléter nos interviews. Les interviews peuvent cependant prendre différentes directions selon l'aptitude de l'interviewer à bien mener la rencontre et à poser des questions pertinentes. Un biais qui doit être pris en compte est le fait qu'un pharmacien qui sait que nous venons l'interviewer fera en sorte d'être en ordre dans ses schémas de médication pour montrer qu'il est conforme aux réglementations, alors que ce ne serait peut-être pas le cas si nous ne l'avions pas interviewé.

Communs aux deux méthodes

Nous avons également relevé un biais, présent dans les deux méthodes, qui pourrait influencer nos conclusions. En effet, on parle "d'artefacts de la demande" quand la personne interrogée répond aux questions dans le but de satisfaire l'interviewer. *"Le répondant agit en fonction de ce qu'il croit être attendu ou souhaité par la personne qui collecte des données."* (Giordano & Jolibert, 2016) Par exemple, lorsqu'on demande aux pharmaciens à quelle fréquence ils mettent les schémas de médication à jour, rares sont ceux qui vont répondre "jamais", car le pharmacien est tenu de maintenir ces schémas à jour, dès que le patient se présente dans l'officine. En effet, dans les questionnaires partagés, seuls 10 % des pharmaciens ont répondu "jamais" à cette question. Alors, est-ce la réalité des choses, ou la réponse est-elle biaisée ?

De plus, en faisant de l'observation indirecte, nous posons nos questions aux sujets, qui répondront de façon plus ou moins objective. Il faut prendre en compte la fiabilité de ces informations, qui peuvent être déformées ou erronées. (Van Campenhoudt et al., 2017)

Le tableau ci-dessous regroupe les avantages et inconvénients des différentes méthodes de collecte des données (figure n°3). Alors que la méthode qualitative, en face à face, nous permet d'être assez flexible dans nos dialogues et d'avoir un taux de réponse de 100 % (nous voulions interviewer quatre pharmaciens, qui nous ont tous répondu positivement), la méthode quantitative sous forme de questionnaires envoyés par internet nous offre d'autres avantages : rapidité, économie et couverture géographique étendue. Habitant aux extrémités de la Wallonie, nous avons su collecter des réponses de pharmaciens venant d'un peu partout en Wallonie.

Figure n° 3 : Avantages et inconvénients des différentes méthodes de collecte des données (de Moerloose, C., 2023)

Critères	Face à face	Téléphone	Poste	Internet
Représentativité	☹	☹	☹	☹
Flexibilité des questions	☺	☺	☹	☹
Taux de réponse	☺	☹	☹	☹
Rapidité	☹	☹	☹	☺
Économie	☹	☹	☹	☺
Couverture géographique	☹	☹	☹	☺

5 Analyse des données

Nous allons maintenant analyser les données récoltées grâce aux interviews et aux questionnaires partagés. Nous détaillerons tout d’abord les réponses des patients, puis celles des pharmaciens. Les résultats bruts se trouvent en annexe (annexe n°6).

5.1 L’image du pharmacien de référence auprès des patients

Comme nous l’avons précisé précédemment, nous avons récolté les avis de patients allant de 24 ans à 90 ans. Le pharmacien de référence n’étant pas limité à une certaine catégorie d’âge mais plutôt à un nombre de médicaments pris, nous tenons compte de toutes les réponses obtenues dans nos résultats, même si nous sommes conscientes qu’une personne de 24 ans sera moins encline à prendre au moins cinq médicaments qu’une personne plus âgée.

Sur les 52 réponses que nous avons reçues, nous retenons seulement 17 personnes prenant au moins cinq médicaments de manière quotidienne. Nous faisons l’hypothèse que ces patients sont éligibles au service pharmacien de référence. En effet, il s’agit d’une hypothèse car pour être éligible au pharmacien de référence, il faut avoir eu minimum cinq médicaments remboursés dans les 12 derniers mois dont minimum un qui est pris de manière chronique.

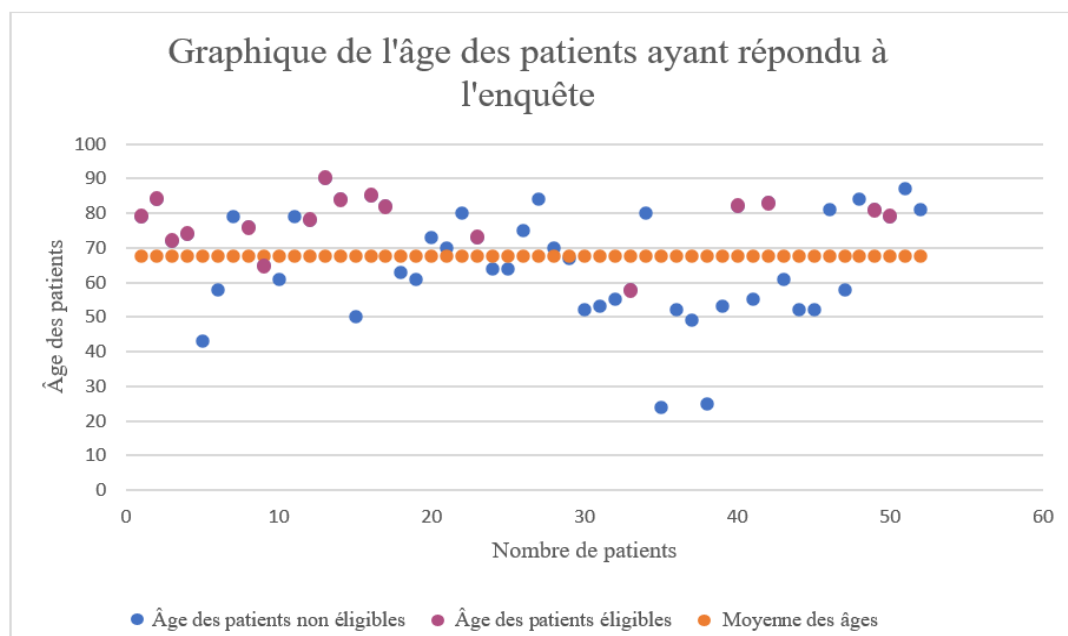
Globalement, nous pouvons conclure de cette enquête que le service pharmacien de référence apparaît de façon sporadique dans les officines. En effet, 58,82 % des patients qui prennent au moins cinq médicaments chroniques ont un pharmacien de référence, et 100 % d’entre eux en sont satisfaits. Nous pouvons donc en déduire que 41,18 % des patients éligibles

n'en bénéficient pas, non pas parce qu'ils ont refusé ce service, mais parce qu'on ne leur a jamais proposé dans leur pharmacie habituelle.

Parmi les patients non-concernés par le pharmacien de référence, seuls 17,14 % en avaient déjà entendu parler dans leur pharmacie ou dans les médias.

Malheureusement, nous n'avons pas récolté assez de témoignages de patients éligibles à ce service. En effet, la plupart des patients que nous avons interrogés ne représentent pas la population de référence, constituée majoritairement par la population plus âgée. Dans notre enquête, les patients éligibles au pharmacien de référence ont entre 58 et 90 ans. Nous n'avons rencontré qu'un patient de 58 ans qui prenait cinq médicaments et un patient de 65 ans prenant huit médicaments, le reste des patients éligibles ayant entre 72 et 90 ans. Or, la moyenne d'âge de tous les patients que nous avons interrogé est de 67 ans (voir figure n°4 ci-dessous). Nous avons rencontré des difficultés à questionner les patients plus âgés, dû notamment à nos canaux de distribution et à nos réseaux de contact.

Figure n°4 : Graphique de l'âge des patients ayant répondu à notre enquête



Nous avons également observé que 94,2 % des patients pensaient prendre correctement leurs médicaments, les 5,8 % restants étant majoritairement des oublis de prise, particulièrement le soir. Pour ces patients-là, l'obtention d'un schéma de médication pourrait éventuellement les aider à avoir une meilleure observance thérapeutique.

78,85 % des patients ont affirmé ne pas avoir besoin que leur pharmacien prenne plus de temps pour clarifier leur traitement, car la majorité des patients nous ont dit que leur pharmacien le faisait déjà très bien. Nous avons différentes hypothèses qui pourraient expliquer ce pourcentage élevé, soit le patient :

- bénéficie du pharmacien de référence et possède toutes les informations qu'il désire,
- ne possède pas de pharmacien de référence, mais le pharmacien réalise déjà en quelque sorte cette tâche dans sa pratique de tous les jours : le patient n'a pas besoin d'explications supplémentaires,
- n'a pas besoin que le pharmacien prenne plus de temps pour clarifier son traitement car le médecin remplit déjà cette tâche. En effet, certains patients nous ont dit qu'ils pensaient que c'était le rôle du médecin de prendre soin de leur traitement et non du pharmacien. Cette hypothèse rejoint la conclusion de l'étude d'*Abu-Omar* réalisée en l'an 2000, citée dans notre partie théorique (Abu-Omar et al., 2000): les patients sont réticents à ce que le pharmacien ait un rôle plus étendu dans la gestion du traitement médicamenteux,
- n'a réellement pas besoin d'un complément d'informations. Comme dit Charles Ronlez: *"les patients qui rentrent dans les conditions n'ont pas tous besoin d'un pharmacien de référence"*. (e-santéwallonie, 2019) Certains patients autonomes et qui connaissent déjà leur traitement ne rencontrent pas ce besoin.

De manière générale, nous pouvons conclure que le pharmacien de référence n'est pas adopté par toutes les pharmacies, mais que les patients qui en bénéficient en sont satisfaits. Au ressort de notre étude, nous n'avons relevé aucun patient qui a refusé le service pharmacien de référence par méfiance ou mécontentement. De plus, les patients qui n'en bénéficient pas disent être satisfaits du service qu'ils disposent actuellement dans leur officine. Ne pas bénéficier du service pharmacien de référence ne semble donc pas être une source d'insatisfaction.

La qualité de la relation entre un pharmacien et son patient est primordiale pour favoriser l'échange et le bon suivi thérapeutique. Les patients interrogés nous ont affirmé avoir une bonne relation avec leur pharmacien habituel et nous ont confirmé que la relation pharmacien-patient impactait leur fidélisation à une officine. En effet, ils préférèrent aller chez leur pharmacien habituel, "parce qu'il les connaît". Cela rejoint donc ce qui a été dit dans la partie théorique.

Finalement, nous avons observé qu'il reste encore des patients éligibles au service pharmacien de référence mais qui n'en bénéficient pas, car la plupart du temps, leur pharmacien ne leur a pas proposé ce service. Ce manque d'engouement viendrait donc de la part des pharmaciens. Nous allons cependant nuancer cela dans le point suivant, grâce aux réponses des pharmaciens qui présentent d'autres obstacles rencontrés dans la réalisation de ce service : les patients refusent pour protéger de leur vie privée, ils pensent savoir gérer seuls leur médication, etc.

5.2 L'image du pharmacien de référence auprès des pharmaciens

L'enquête menée auprès des 50 pharmaciens nous a permis de déterminer l'image que pharmacien de référence possède auprès de ces derniers. Nous avons obtenu 27 réponses de pharmaciens employés et 23 réponses de pharmaciens propriétaires.

Premièrement, il nous semblait important de différencier les réponses d'un pharmacien employé et de son homologue propriétaire, les motivations financières pour la réalisation d'un pharmacien de référence n'étant pas les mêmes. En effet, même si l'aspect financier n'est pas le moteur premier du métier de pharmacien, nous avons eu écho de pharmaciens employés qui aimaient réaliser des schémas de médication pour aider les patients, mais qui regrettaient de n'avoir aucun retour financier sur cela.

Afin de déterminer si le pharmacien de référence était un service fort répandu, ou pas, dans les officines, nous nous sommes intéressées à la différence qu'il y avait entre le nombre de patients éligibles au service pharmacien de référence dans une officine, et le nombre de patients qui en bénéficiaient réellement. Nous avons fait une moyenne du pourcentage du nombre de schémas de médication réalisés, par rapport au nombre de schémas qui pourraient être réalisés si tous les patients éligibles avaient un pharmacien de référence. En retirant les officines ayant un rapport de 100 % et les officines qui n'ont pas su trouver les chiffres dans leur programme informatique, la moyenne obtenue des 38 officines restantes est de 35,20 %. Nous pouvons donc en conclure que le service pharmacien de référence n'est pas un service fort adopté par les pharmacies. Alors, pourquoi n'est-il pas davantage répandu ? Pourquoi les pharmaciens n'utilisent-ils pas ce service rémunéré ?

Nous nous sommes dès lors intéressées aux raisons pour lesquelles les pharmaciens n'adoptent pas davantage ce service. La réponse la plus fréquente obtenue via les questionnaires est le manque de temps au comptoir et certains pharmaciens disent que ce service n'est pas

rentable pour une officine. En effet, 26 % de pharmaciens trouvent que ce service n'est pas rentable pour une officine, alors que 48 % d'entre eux trouvent qu'il l'est. Enfin, 26 % de pharmaciens n'ont pas d'avis sur la question, ou ne savent tout simplement pas si ce service est rentable, ou pas. Cela explique donc pourquoi certains pharmaciens ne proposent plus d'être pharmacien de référence lorsque l'occasion se présente.

Le refus des patients qui ne veulent pas partager leurs données personnelles et qui pensent savoir gérer leurs médicaments seuls, sont aussi des limites à ce service. De plus, certains pharmaciens pensent que faire signer une convention par le patient lui-même constitue un frein, la plupart des patients éligibles ne venant pas eux-mêmes à la pharmacie. Souvent, c'est une aide familiale, ou une personne de l'entourage qui s'occupe de leur médication. 76 % des pharmaciens affirment faire signer la convention à chaque fois, alors que 24 % d'entre eux ne le font pas.

Le temps moyen estimé pour réaliser un pharmacien de référence est de 16 minutes. Nous utiliserons cette information pour déterminer, dans le point 5.3. de ce mémoire, si ce service est rentable, ou pas, pour une officine. Après avoir expliqué le principe au patient et réalisé le schéma de médication, le devoir du pharmacien est de tenir ce schéma de médication à jour. Or, 46 % des pharmaciens le mettent à jour dès que le patient vient à la pharmacie, 20 % d'entre eux le remettent à jour tous les six mois, 24 % tous les ans et 10 % ne le remettent jamais à jour. Nous sommes conscientes que ces chiffres peuvent être biaisés par le principe de « l'artefact de la demande » que nous avons abordé précédemment.

Malgré cela, le pharmacien de référence comporte également des points positifs. Il offre un meilleur suivi des patients, permet de revoir leur médication en profondeur et de déceler des erreurs médicamenteuses encore fréquentes. En effet, 48 % des pharmaciens ont détecté des doublons (les patients confondent la spécialité et le générique, qu'ils peuvent recevoir lorsque la spécialité est manquante par exemple) et 50 % disent avoir détecté des erreurs de posologie. Les erreurs qui sont moins fréquemment observées sont, par ordre décroissant, les interactions médicamenteuses graves, une forme galénique inadaptée et des discordances entre les schémas réalisés à l'hôpital et les originaux. Nous pouvons réaliser un parallèle entre ces réponses obtenues par les pharmaciens et ce que nous avons pu lire dans les études réalisées à ce sujet, comme l'étude de Sorensen et al. réalisée en 2005. (Sorensen et al., 2005)

D'après les pharmaciens interrogés, le système du pharmacien de référence permet également de déceler les abus médicamenteux, mais aussi de mettre en valeur le rôle du

pharmacien, de fidéliser le patient, de lui rendre service via cet échange personnel et de confiance entre le patient et son pharmacien, d'améliorer la compliance, ...

Alors, quelles sont les éventuelles pistes d'amélioration du pharmacien de référence ? L'avis des pharmaciens diverge sur ce point-là. En effet, certains aimeraient que le service soit davantage étendu à tous les patients, notamment aux personnes âgées même si elles ne prennent pas cinq médicaments de façon chronique. D'autres souhaiteraient une communication plus large du service au grand public, notamment par l'intermédiaire des médecins qui pourraient émettre l'idée à leurs patients qui ont des problèmes de compliance par exemple. Certains pharmaciens trouvent que leurs programmes informatiques ne sont pas adaptés à la réalisation des schémas, d'autres aimeraient pouvoir partager le schéma de médication plus facilement, de manière électronique, avec les autres professionnels de la santé (médecins, hôpitaux, ...).

5.3 Quelle est la rentabilité apportée à l'officine ?

5.3.1 Méthode de calcul

Pour mesurer la rentabilité que le pharmacien de référence apporte à l'officine, nous avons décidé de comparer la rémunération annuelle du pharmacien de référence à la marge brute équivalente en termes de temps.

Comme nous l'avons précisé dans la partie méthodologie, grâce aux interviews réalisés, nous avons obtenu les données comptables de quatre pharmacies différentes. Nous sommes parties du montant de "la marge brute sur les spécialités (HTVA et remises déduites)" pour l'année 2022. Ce montant représente la différence entre le prix total des ventes et le prix total des achats pour les biens et services vendus. La marge brute permet de mesurer si l'activité de l'entreprise est susceptible de dégager du bénéfice et donc est un indicateur de rentabilité. Il s'agit d'un indicateur très suivi aujourd'hui car il permet de mesurer l'impact des réformes sur la rémunération du pharmacien. (*Marge brute*, s. d.; *Pharmacie- les enseignements de la marge brute*, s. d.)

Nous avons ensuite voulu transformer cette marge brute par an, en minutes. Pour ce faire, nous avons calculé le nombre d'heures d'ouverture des pharmacies témoins durant l'année 2022, qui compte 253 journées ouvrables et 53 samedis. Selon les horaires d'ouverture de chacune des officines, nous avons dès lors calculé le nombre d'heures d'ouverture par an. Ainsi, nous avons pu déterminer la marge brute par minute de chaque officine.

Cependant, cette marge brute est le travail de toute l'équipe officinale, or le service pharmacien de référence n'est réalisé que par un seul pharmacien. Nous avons dès lors cherché sur la Banque Nationale de Belgique (BNB) le nombre d'équivalents temps plein (ETP) pour chacune des officines témoins. Un ETP est une unité de mesure qui permet de mesurer la masse salariale d'une entreprise. (*Qu'est-ce qu'un Equivalent Temps Plein (ETP) ?*, s. d.) Nous avons alors divisé notre marge brute par minute par cet ETP. Nous obtenons une marge brute par minute par employé.

Grâce aux réponses des pharmaciens à la question n°7 de nos questionnaires en ligne, nous avons pu faire une moyenne du temps en minutes nécessaire pour effectuer le service pharmacien de référence (16 minutes). Nous avons alors multiplié la marge brute par minute par employé de chaque officine par ce temps moyen. Nous obtenons la marge brute réalisée durant le temps nécessaire à la réalisation du service pharmacien de référence. Nous l'avons appelée dans ce mémoire la marge brute équivalente.

Nous comparons dès lors cette marge brute équivalente à l'honoraire perçu pour la réalisation du service pharmacien de référence, soit 33,68 € (HTVA). Si la marge brute équivalente est inférieure à 33,68 €, c'est que le service n'est pas rentable selon nous. Au contraire, s'il est supérieur, c'est que c'est un service rentable pour le pharmacien.

Voici les détails du calcul effectué pour une pharmacie. La même méthode est appliquée aux quatre autres officines, le détail des calculs se trouve en annexe (annexe n°6).

- Marge brute HVTA sur les spécialités de l'année 2022 donnée par le programme informatique de l'officine n°3 : 321 093,97 €.
- Jours d'ouverture de la pharmacie en 2022 :
 - 253 journées complètes (9 heures d'ouverture)
 - 53 samedis (3,5 heures d'ouverture)
- Nombre d'heures d'ouverture de la pharmacie :

$$(9 \times 253) + (3,5 \times 53) = 2\,462,5 \text{ heures}$$
- Nombre de minutes d'ouverture de la pharmacie :

$$2\,462,5 \times 60 = 147\,750 \text{ minutes}$$

- La marge brute par minute est donc :

$$32\,1093,97 / 147\,750 = 2,17 \text{ €/minute}$$
- Équivalent temps plein dans l'officine :

$$3,1 \text{ équivalents temps plein}$$
- La marge brute par minute par employé est donc :

$$2,17/3,1 = 0,70 \text{ €/minute/employé}$$
- Temps moyen pour effectuer un pharmacien de référence :

$$16 \text{ minutes}$$
- Marge brute équivalente :

$$0,70 \times 16 = 11,22 \text{ €}$$

5.3.2 Résultats et discussion

Si nous utilisons les données brutes obtenues grâce à ces calculs, nous pouvons affirmer que, dans les quatre pharmacies témoins, nous obtenons une marge brute équivalente inférieure à 33,68 € (Tableau n°1).

	Marge brute équivalente
Pharmacie n°1	11,12 €
Pharmacie n°2	8,19 €
Pharmacie n°3	11,22 €
Pharmacie n°4	18,12 €

Tableau n°1 : Marge brute équivalente pour les quatre pharmacies témoins

La rémunération du pharmacien de référence est plus grande que la marge brute équivalente au temps de réalisation de ce service. Nous pouvons donc conclure que la réalisation du pharmacien de référence est rentable pour l'officine.

Cependant, les résultats de nos questionnaires montrent que la perception d'un grand nombre de pharmaciens est différente. En effet, sur les 50 pharmaciens qui ont répondu à nos questionnaires, seuls 48 % d'entre eux trouvent le service rentable, et 52 % d'entre eux ne le trouvent pas rentable, ne savent pas ou n'ont pas d'avis sur le sujet. Il faudrait donc que les bénéfices de ce service soient davantage mis en avant. Des campagnes publicitaires pourraient par exemple être une stratégie efficace pour changer la perception des gens.

Ce calcul possède cependant de nombreuses limites, que nous allons détailler dans le point suivant.

5.3.3 Limites et biais de la méthode de calcul

Les limites recensées de la méthode de calcul précédemment utilisée sont celles-ci :

- Nous nous basons sur un temps moyen pour réaliser le pharmacien de référence calculé à partir des réponses de nos questionnaires. Cependant, nous pensons que nombreux sont les pharmaciens qui ont pris en compte seulement le temps de mise en place du service pharmacien de référence lors de la première visite du patient. Si nous comptabilisons le temps passé pour remettre à jour le schéma de médication à chaque venue du patient à la pharmacie, le temps moyen nécessaire pour réaliser le service pharmacien de référence est probablement un peu plus long que 16 minutes par an la première année. Pour les années suivantes, étant donné qu'il n'y a plus que la remise à jour du schéma de médication, cela devrait prendre moins de temps. Pour chacune des quatre pharmacies témoins, nous avons calculé la limite de temps à partir de laquelle le service pharmacien de référence ne devient plus rentable. Nous en avons fait une moyenne et nous avons calculé que pour être rentable, ce service doit prendre au maximum 46 minutes par an. Au-delà de cette limite, il ne devient plus rentable (annexe n°6).
- Nous nous basons sur l'équivalent temps plein trouvé dans le bilan de la BNB. Cependant, les propriétaires des officines ne voient pas leurs salaires repris dans les comptes 62 du bilan et donc dans le bilan social. Ils se retrouvent dans la rubrique "service et biens divers" du bilan, et ne sont donc pas comptabilisés dans les équivalents temps plein mentionnés à la BNB. Pour limiter cette erreur, sachant que chaque propriétaire travaille dans sa propre officine à raison d'un temps plein, nous avons ajouté un ETP à chacune des officines.

- Nous sommes parties de la marge brute sur les spécialités. Cette marge prend en compte tous les achats des spécialités, mais ne prend pas en compte tous les coûts liés à l'utilisation du bâtiment tels que l'électricité, l'eau, le gaz, les coûts de maintenance informatique ou liés au logiciel, etc. Nous nous basons donc peut-être sur une marge brute surévaluée. En retirant tous ces coûts supplémentaires, nous obtenons une marge brute équivalente plus petite et donc cela renforce notre conclusion que le pharmacien de référence est rentable.
- Ce calcul n'est pas totalement correct, car le pharmacien bénéficie de la rémunération du service du pharmacien de référence chaque année. Or, c'est le fait d'expliquer le principe au patient et la réalisation du schéma de médication qui prennent du temps. Après, il ne suffit plus que de mettre ce schéma à jour, cela prend moins de temps, or le pharmacien jouit de la même rémunération chaque année. Cela renforce aussi notre conclusion que le pharmacien de référence est rentable.

5.3.4 Projection de la rentabilité

Dans le tableau ci-dessous, nous avons résumé pour chacune des quatre pharmacies interviewées le nombre de patients avec un DPP activé qui pourraient être concernés par le service pharmacien de référence et le nombre de schémas réellement réalisés (Tableau n°2). Nous avons dès lors calculé la rémunération dont le pharmacien propriétaire pourrait bénéficier, chaque année, si tous les patients éligibles au pharmacien de référence en avaient réellement un (rémunération fictive). Nous avons comparé cette dernière à la rémunération réelle dont bénéficie chaque pharmacie.

Ensuite, nous avons voulu observer, pour chacune des quatre officines, comment le service pharmacien de référence pouvait affecter la marge brute si ce service était fait entièrement, c'est-à-dire, si tous les patients éligibles de l'officine bénéficiaient d'un pharmacien de référence.

Pour ce faire, nous sommes parties de la rémunération fictive à laquelle nous avons soustrait les éléments suivants : la rémunération réelle car elle est déjà prise en compte dans la marge brute actuelle de l'officine et le coût salarial supplémentaire proportionnel au temps supplémentaire nécessaire à la réalisation de tous ces pharmaciens de référence. Nous obtenons alors une marge brute supérieure que nous avons exprimée de manière proportionnelle par rapport à la marge brute actuelle de chaque officine. Le détail des calculs se trouve en annexe (annexe n°6).

Globalement, on peut déduire que le bénéfice retiré par chaque pharmacie pourrait être beaucoup plus élevé si tous les patients éligibles avaient un pharmacien de référence. En moyenne, pour ces quatre officines, cela permettrait d'augmenter leur marge brute de 3 % (annexe n°6).

	Nombre de patients avec le DPP activé qui pourraient être concernés	Nombre de schémas réellement réalisés	Pourcentage relatif (%)	Rémunération fictive TVAC (€)	Rémunération réelle TVAC (€)	Pourcentage de marge brute supérieure (%)
Pharmacie n°1	744	18	2,4	26 560,8	642,6	3,34
Pharmacie n°2	388	32	8,2	13 851,6	1 142,4	2,71
Pharmacie n°3	679	298	43,9	24 240,3	10 638,6	2,97
Pharmacie n°4	381	166	43,6	13 601,7	5 926,2	3,01

Tableau n°2 : Projection de la rentabilité dans les quatre officines concernées

6 Recommandations pour rendre ce service plus attractif

Malgré les différentes campagnes de publicité réalisées par l'APB, les bénéfices du pharmacien de référence ne sont pas encore assez connus de tous. Notre enquête auprès des pharmaciens et des patients confirme cette hypothèse. Pourtant, ce service apporte des avantages tant pour les patients que pour les pharmaciens qui le mettent en place. Certes, cela prend du temps pour le réaliser, mais nous avons prouvé précédemment qu'il s'avérerait rentable pour les officines, alors que bon nombre de pharmaciens pensent le contraire. Alors, comment replacer ce service à sa juste place, et comment le rendre plus attractif de manière générale ?

Il faudrait sensibiliser davantage les patients, mais également les pharmaciens vis-à-vis de ce service. L'APB a réalisé quelques campagnes d'informations sur le pharmacien de référence, telles que *“mon pharmacien me connaît, je signe”* lancée le 4 octobre 2017 lors du lancement de ce service. (*Pharmacien de référence: pour un meilleur suivi des patients chroniques*, s. d.) Sur le site de l'APB, on peut également y trouver des vidéos illustratives qui

mettent en avant le pharmacien de référence. Cependant, nous avons remarqué que le lien vers certaines animations avait expiré, nous n'y avons plus accès. (APB, 2018)

Après avoir réalisé nos interviews, nous nous sommes rendu compte que, pour épandre ce service, il fallait d'abord commencer par convaincre les pharmaciens. En effet, nous avons remarqué que certaines pharmacies ne proposent pas spontanément le service pharmacien de référence à tous les patients candidats qui viennent à la pharmacie. Certains pharmaciens nous ont confié que cela prenait trop de temps pour la faible rentabilité apportée, et qu'ils rencontraient de plus en plus souvent des patients réticents à l'idée de partager leurs données personnelles. La première raison pourrait être contrée en mettant davantage en avant la rentabilité du pharmacien de référence, cela motiverait peut-être plus de pharmaciens à le réaliser. La seconde raison d'un potentiel refus venant des patients pourrait être contrée en améliorant la relation de confiance du patient avec son pharmacien.

Nous pensons qu'il est aussi important d'informer correctement les employés de l'officine sur le rôle du pharmacien de référence. Les pharmaciens doivent être en mesure de proposer ce service aux patients qui pourraient en bénéficier. Le pharmacien titulaire pourrait organiser des réunions pour informer son personnel ou des formations de coaching pour les encourager à remplir ce rôle de la bonne manière, et de façon efficace. La mise en place d'une procédure pourrait entraîner un gain de temps non négligeable. Par le biais de nos interviews, nous avons remarqué que certains pharmaciens employés manquaient d'engouement car financièrement, ils ne gagnaient rien à réaliser le schéma de médication et à le tenir à jour. La rémunération revient au pharmacien propriétaire. C'est donc le rôle de ce dernier de trouver des alternatives pour motiver son personnel.

Nous avons aussi remarqué que certains pharmaciens trouvaient leur soft officinal pas suffisamment adapté à la réalisation de ce service. Une interface plus facile et des améliorations de ce soft pourraient aussi aider les pharmaciens à réaliser ce service plus facilement.

Ensuite, pour augmenter l'adhésion des patients au pharmacien de référence, il pourrait être judicieux d'améliorer l'image marketing de ce service et de le mettre plus en avant. En effet, la perception que les consommateurs ont de cet outil pourrait les influencer dans leur prise de décision, faudrait-il déjà qu'ils connaissent l'existence de ce service. Pour ce faire, l'APB pourrait relancer une campagne qui permettrait de donner un second souffle au pharmacien de référence. C'est d'ailleurs ce qu'a fait l'APB en ce premier avril 2023, en lançant une nouvelle

campagne “la revue de médication”, qui est en lien avec le service pharmacien de référence et qui pourrait relancer ce dernier. Nous l’avons déjà évoquée au point 2.5. de ce mémoire. (APB, 2023) Une nouvelle campagne qui encouragerait la remise des schémas de médication pourrait également être lancée pour pousser les patients à venir remettre à jour leur schéma de médication dans leur pharmacie. Finalement, les médias et réseaux sociaux pourraient également aider à améliorer l’image marketing de ce service.

Enfin, une coopération plus étroite avec le médecin favoriserait la mise en place de ce service. La mise en avant de concertations médico-pharmaceutiques pourraient être un boost pour l’outil pharmacien de référence. De plus, les médecins constituent des personnes de confiance pour les patients, introduire le sujet permettrait de mettre les patients plus à l’aise.

7 Avis personnel

En tant que pharmaciennes d’officine, nous trouvons l’outil de pharmacien de référence très intéressant, pour les patients mais également pour les pharmaciens.

En effet, d’une part, ce service est utile pour suivre les patients de façon assidue, améliorer leur suivi thérapeutique, leur prise en charge et contribuer ainsi à leur bien-être. Il y a un nombre important de patients qui ne prennent pas leurs médicaments de manière adéquate, ce qui constitue une barrière à une bonne prise en charge thérapeutique. C’est donc dans leur intérêt de collaborer avec leur pharmacien de référence. Nous pensons qu’il s’agit d’une réelle valeur ajoutée pour nos patients.

D’autre part, ce service permet de revaloriser le métier de pharmacien, de lui donner une nouvelle dimension et de faire avancer la profession. En effet, le modèle économique des pharmacies d’officine étant en pleine mutation, le service pharmacien de référence permet de replacer le pharmacien en tant que professionnel de la santé.

De plus, alors que tout devient de plus en plus informatisé, ce service permet de garder un lien humain étroit avec les patients. Il permet d’engager une conversation confidentielle avec eux, et de ce fait obtenir davantage d’informations de leur part ce qui nous aide à les guider au mieux dans leur médication. Le fait de faire des schémas de médication, de déceler les interactions médicamenteuses est un travail intellectuel qui permet aussi de développer ou de

rafraîchir les connaissances personnelles des pharmaciens, qui n'ont parfois pas le temps de s'y pencher.

Nous pensons que c'est un service qui pourrait être étendu à plus de patients, notamment à ceux qui prennent moins de cinq médicaments différents, mais qui ont des problèmes de compliance. Il semblerait que certains pharmaciens soient d'accord avec cette idée, car 42 % des pharmaciens ayant répondu à notre questionnaire trouvent que le service devrait être plus étendu, et que les critères pour bénéficier du service sont trop strictes. Les 58 % de pharmaciens restants trouvent que ce service cible correctement les patients qui en ont besoin. Selon eux, la majorité des patients qui en nécessitent réellement rentrent dans les conditions exigées par l'INAMI.

Du côté des patients, nous comprenons cependant que ce service ne fasse pas l'unanimité. Certains patients d'une part ne ressentent pas le besoin d'être suivi et pensent avoir suffisamment d'informations au sujet de leur médication. De plus, cela peut aussi être vu comme une atteinte à la vie personnelle de nos patients, qui ne veulent pas partager leurs données personnelles. Certains patients sont assez méfiants, peuvent penser que nous allons utiliser leurs données à d'autres fins et se voient donc refuser la proposition de pharmacien de référence.

Finalement, la réalisation de ce mémoire nous a apporté une vision élargie du service pharmacien de référence et une réflexion critique par rapport à celui-ci. En tant que pharmaciennes, nous sommes au cœur de l'aspect pratique de ce service mais nous n'avions jamais pris de la hauteur et du recul par rapport à celui-ci. Nous n'avions jamais réfléchi en termes de besoins, de perceptions ou de rentabilité de ce service. Dans notre pratique future, nous pourrions apporter du poids à la réalisation de ce service grâce à tout ce que nous avons appris. D'un point de vue plus global, nous pensons que les services de soins pharmaceutiques peuvent attirer les jeunes pharmaciens à s'investir dans les pharmacies d'officine et à maintenir la profession attractive.

8 Conclusion et perspectives

L'étude que nous avons menée nous permet de conclure que le pharmacien de référence est un outil qui est apprécié de ses adhérents, mais qui n'est pas assez répandu. La réticence de certains patients quant au partage de leurs données personnelles et le manque de temps déploré par les pharmaciens constituent un frein à l'expansion de ce service. Or, le pharmacien de référence pourrait non seulement contribuer à établir une relation de confiance entre un patient et son pharmacien, qui s'avère être le fondement du succès thérapeutique, mais en plus, c'est un service qui est manifestement rentable pour les officines.

Pour pallier cela, une amélioration de l'image marketing de ce service pourrait être souhaitée, et l'APB pourrait y contribuer. De plus, la mise en place d'une procédure concernant la réalisation du schéma de médication pourrait offrir un gain de temps aux pharmaciens.

À l'avenir, la place du pharmacien de référence dans les officines semble vouloir se renforcer avec la mise en place du "BUM : revue de médication" qui est dans le prolongement du service pharmacien de référence, l'arrivée potentielle de nouveaux soins pharmaceutiques et l'avancée du projet VIDIS pour le partage des données de manière sécurisée. De plus, l'augmentation de la population vieillissante et l'expansion des pathologies chroniques dans le futur rendent ce service d'autant plus intéressant.

Cependant, notre étude possède de nombreuses limites dont il faut tenir compte. Des études supplémentaires de plus grande envergure doivent être menées pour déterminer la position réelle qu'occupe le pharmacien de référence dans nos officines.

9 Bibliographie

- Abu-Omar, S. M., Weiss, M. C., & Hassell, K. (2000). Pharmacists and their customers : A personal or anonymous service? *International Journal of Pharmacy Practice*, 8(2), 135-143.
- Adekunle, O. A., Olson, A. W., Schommer, J. C., & Brown, L. M. (2022). Influence of patient-pharmacist relationship on willingness to accept pharmacist-provided services. *Journal of the American Pharmacists Association*, 63(3), 760-768. <https://doi.org/10.1016/j.japh.2022.12.016>
- AlGhurair, S. A., Simpson, S. H., & Guirguis, L. M. (2012). What elements of the patient-pharmacist relationship are associated with patient satisfaction? *Patient preference and adherence*, 6, 663-676. <https://doi.org/10.2147/PPA.S35688>
- APB. (2014). *Schéma de médication*. https://www.uphoc.com/files/uploads/2017/03/polymedication_schema_medication_interactif_apb.pdf
- APB. (2017). *Modèle de convention « Pharmacien de référence »*. https://www.apb.be/SiteCollectionDocuments/MEDICAMENTS%20ET%20SOINS%20PHARMACEUTIQUES/HUISAPOTHEKER-PHN_DE_REFERENCE/Convention%20FR.pdf
- APB. (2019). *Rapport annuel 2019*. <https://www.apb.be/APB%20Documents/FR/All%20partners/2020-001-OGH-APBCOR-Rapport%20annuel%20FRBAT.pdf>
- APB. (2022). *Les pharmaciens unis pour un monde en meilleure santé*. https://www.apb.be/APB_LIBRARY/PUBLIC/CommPresse_APB_23-09-2022_%20journ%c3%a9e%20mondiale%20pharmacien.pdf#search=pharmacien%20de%20r%C3%A9f%C3%A9rence
- APB. (2018, septembre 25). *Capsules vidéo*. <https://www.apb.be/fr/my/Medicaments-et-soins-pharmaceutiques/Pharmacien-de%20R%C3%A9f%C3%A9rence/Pages/capsules-video.aspx>
- APB. (2023, avril 1). *La « Revue de la médication », un nouveau service remboursé en pharmacie*. https://www.apb.be/fr/corp/media-room/Relations-publiques/communiqu%C3%A9-de-presse/Pages/Revue-medication_nouveau-service-rembourse-pharmacie.aspx
- AUP, UPB-AVB, KOVAG, KLAV, KAVA, De Westvlaamse, & BAF. (2021). *Guide de stage*.

- Ayalew, M. B., Taye, K., Asfaw, D., Lemma, B., Dadi, F., Solomon, H., Tazeze, H., & Tsega, B. (2017). Patients'/Clients' Expectation Toward and Satisfaction from Pharmacy Services. *Journal of Research in Pharmacy Practice*, 6(1), 21-26. <https://doi.org/10.4103/2279-042X.200995>
- Bernsten, C., Andersson, K., Garipey, Y., & Simoens, S. (2010). A comparative analysis of remuneration models for pharmaceutical professional services. *Health Policy*, 95(1), 1-9. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2009.11.008>
- BIENVENUE SUR MY APB. (s. d.). Consulté 31 mars 2023, à l'adresse <https://www.apb.be/fr/my/Pages/default.aspx>
- BUM Revue de la médication : Un nouveau service à partir du 1 avril | MTOUCH. (s. d.). Consulté 31 mars 2023, à l'adresse <https://www.mtouch.be/fr/blog/bum-revue-de-la-medication-un-nouveau-service-partir-du-1-avril>
- CERPAN. (2023, mai 19). *Appel téléphonique* [Communication personnelle].
- Chaspierre, A. (2017). *Mon pharmacien me connaît, je signe*. APB. <https://www.apb.be/SiteCollectionDocuments/ALL%20PARTNERS%20ACCESS%20DOC/APB-Flyer%20FR.pdf>
- Chaspierre, A. & Lenaerts, C. (Réalisateur). (2023, mars 14). *SSPF - Revue de la médication : Protocole INAMI*. <https://www.youtube.com/watch?v=m69rQmi2qYs>
- de Moerloose, C. (2023). *Elaboration d'un questionnaire*. https://moodle.uclouvain.be/pluginfile.php/315367/mod_resource/content/2/D4.%20Ch06b-elaboration%20questionnaire.pdf
- El-Kholy, A. A., Abdelaal, K., Alqhtani, H., Abdel-Wahab, B. A., & Abdel-Latif, M. M. M. (2022). Publics' Perceptions of Community Pharmacists and Satisfaction with Pharmacy Services in Al-Madinah City, Saudi Arabia : A Cross Sectional Study. *Medicina*, 58(3), Article 3. <https://doi.org/10.3390/medicina58030432>
- e-santéwallonie. (2019, octobre). *800 000 Belges ont leur « Pharmacien de référence »*. 6.
- Esmalipour, R., Salary, P., & Shojaei, A. (2021). Trust-building in the Pharmacist-patient Relationship : A Qualitative Study. *Iranian Journal of Pharmaceutical Research : IJPR*, 20(3), 20-30. <https://doi.org/10.22037/ijpr.2020.114113.14675>
- Fikri-Benbrahim, N., Faus, M. J., Martínez-Martínez, F., & Sabater-Hernández, D. (2013). Impact of a community pharmacists' hypertension-care service on medication adherence. The AFenPA study. *Research in Social and Administrative Pharmacy*, 9(6), 797-805. <https://doi.org/10.1016/j.sapharm.2012.12.006>

- Giordano, Y., & Jolibert, A. (2016). Pourquoi je préfère la recherche quantitative/Pourquoi je préfère la recherche qualitative. *Revue internationale P.M.E.*, 29(2), 7-17. <https://doi.org/10.7202/1037919ar>
- Gregory, R. (2011). Les évolutions du métier de pharmacien titulaire : Le cas d'officines de centre commercial. *Management & Avenir*, 46. <https://doi.org/10.3917/mav.024.0004>
- INAMI. (2023a, mars 7). *Accompagner les patients chroniques en tant que pharmacien de référence—INAMI*. <https://www.inami.fgov.be/fr/professionnels/sante/pharmaciens/Pages/pharmacien-reference-accompagner-patients-chroniques.aspx>
- INAMI. (2023b, mars 7). *Rémunération des pharmaciens en pharmacie ouverte au public—INAMI*. <https://www.inami.fgov.be/fr/professionnels/sante/pharmaciens/Pages/remuneration-pharmaciens-pharmacie-ouverte-public.aspx>
- INAMI. (2023c, mars 13). *Un nouveau service du pharmacien pour le patient asthmatique chronique : L'entretien d'accompagnement de bon usage des médicaments (BUM)—INAMI*. <https://www.riziv.fgov.be/fr/professionnels/sante/pharmaciens/Pages/entretien-pharmacien-patient-asthmatique-info-pharmacien.aspx>
- Khalil, H., Bell, B., Chambers, H., Sheikh, A., & Avery, A. J. (2017). Professional, structural and organisational interventions in primary care for reducing medication errors. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 10. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003942.pub3>
- KPMG. (2019). *Pharmacie : Moyenne professionnelle 2019*. <https://assets.kpmg.com/content/dam/kpmg/fr/pdf/2019/09/fr-etude-moyennes-professionnelles.pdf>
- Kucukarslan, S., & Schommer, J. C. (2002). Patients' expectations and their satisfaction with pharmacy services. *Journal of the American Pharmaceutical Association (Washington, D.C.: 1996)*, 42(3), 489-495; quiz 495-496. <https://doi.org/10.1331/108658002763316923>
- L'ABC du pharmacien de référence*. (s. d.). Consulté 31 mars 2023, à l'adresse <https://www.apb.be/fr/my/Medicaments-et-soins-pharmaceutiques/Pharmacien-de%20-R%C3%A9f%C3%A9rence/Definitions-et-explications/Pages/L-ABC-du-pharmacien-de-reference.aspx>
- Latif, A. (2018). Community pharmacy Medicines Use Review : Current challenges. *Integrated Pharmacy Research and Practice*, 7, 83-92. <https://doi.org/10.2147/IPRP.S148765>

- Le pharmacien de référence primé à l'international.* (s. d.). Consulté 31 mars 2023, à l'adresse <https://www.apb.be/fr/corp/l-association-pharmaceutique-belge/le-fil-de-l-actualite/Actualites/Pages/Le-pharmacien-de-r%C3%A9f%C3%A9rence-prim%C3%A9-%C3%A0-l'e2%80%99international.aspx>
- Le schéma de médication : L'aperçu des médicaments que le patient est censé prendre—INAMI.* (s. d.). Consulté 13 avril 2023, à l'adresse <https://www.inami.fgov.be/fr/themes/cout-remboursement/par-mutualite/medicament-produits-sante/Pages/schema-medication-apercu-medicaments-patient.aspx>
- Lucca, J. M., Kurdi, S., Albaqshi, B., & Joseph, R. (2022). Patient satisfaction with pharmaceutical care services for chronic diseases and their medication adherence during COVID-19 in Saudi Arabia. *International Journal of Pharmacy Practice*, 30(2), 136-142. <https://doi.org/10.1093/ijpp/riab085>
- Marge brute.* (s. d.). Lefebvre Dalloz Compétences. Consulté 17 mai 2023, à l'adresse <https://formation.lefebvre-dalloz.fr/glossaire/glossaire-comptabilite/marge-brute>
- Masereel, B. (2020). *Cours de Gestion d'Officine*. UNamur.
- MBM Pharma. (2022). *Etude statistique 2022*. https://mbm-groupe.be/wp-content/uploads/2022/10/ETUDE_MBM-REV-2021.pdf
- Médicaments à usage humain.* (s. d.). SPF Economie. Consulté 31 mars 2023, à l'adresse <https://economie.fgov.be/fr/themes/ventes/politique-des-prix/prix-reglementes/medicaments-usage-humain>
- Mira, J. J., Lorenzo, S., Guilabert, M., Navarro, I., & Pérez-Jover, V. (2015). A systematic review of patient medication error on self-administering medication at home. *Expert Opinion on Drug Safety*, 14(6), 815-838. <https://doi.org/10.1517/14740338.2015.1026326>
- Mondet, L., Housieaux, E., Khayat, Y., Brazier, M., Belhout, M., Bloch, F., & Lenglet, A. (2021). Réévaluation des prescriptions médicamenteuses chez le sujet âgé : Bilan partagé de médication en officine et revue de médication en établissement de santé. *Le Pharmacien Hospitalier et Clinicien*, 56(3), 274-281. <https://doi.org/10.1016/j.phclin.2021.03.002>
- Paillé, P. & Mucchielli, A. (2012). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales* (Colin, Éd.; 3ème édition).
- Patrícia Antunes, L., Gomes, J. J., & Cavaco, A. M. (2015). How pharmacist–patient communication determines pharmacy loyalty? Modeling relevant factors. *Research in Social and Administrative Pharmacy*, 11(4), 560-570. <https://doi.org/10.1016/j.sapharm.2014.11.003>

- Pharmacie- les enseignements de la marge brute.* (s. d.). www.fiducial.fr. Consulté 20 mai 2023, à l'adresse <http://www.fiducial.fr>
- Pharmacie n°1. (2023). *Interview pharmacie n°1* [Communication personnelle].
- Pharmacien de référence : Pour un meilleur suivi des patients chroniques.* (s. d.). Consulté 1 mars 2023, à l'adresse https://www.apb.be/fr/corp/media-room/Relations-publiques/communique-de-presse/Pages/Pharmacien-de-reference_nouveau-service-pour-meilleur-suivi-patients-chroniques.aspx
- Projet VIDIS : Partager les données sur les médicaments de façon électronique—INAMI.* (s. d.). Consulté 5 mars 2023, à l'adresse <https://www.inami.fgov.be/fr/themes/esante/Pages/projet-vidis.aspx>
- Qu'est-ce qu'un Equivalent Temps Plein (ETP) ?* (s. d.). Consulté 21 mai 2023, à l'adresse <https://www.thebusinessplanshop.com/fr/aide/glossaire/etp-equivalent-temps-plein>
- Quintana-Barcena, P., Sinner, C., & Berger, J. (2022). Domiciliary medication review (ReMeDo): Development, reliability and acceptability of a tool for community pharmacists. *International Journal of Pharmacy Practice*, 30(2), 129-135. <https://doi.org/10.1093/ijpp/riab078>
- Roger, Y. (2017). *Délibération n°12/046 du 19 juin 2012, modifiée en dernier lieu le 21 février 2017, relative à l'échange de données relatives à la santé via la plateforme vitalink.* https://www.ehealth.fgov.be/ehealthplatform/file/view/d136086e63186eb10ff9b17f233d85d16439bf90?filename=12-046-f023-vitalink-modifiee_le_21_fevrier_2017.pdf
- Ronlez, C. (2018, mars 17). *Place du pharmacien de référence—Collaboration entre médecins et pharmaciens.* https://www.ssmg.be/wp-content/uploads/GJ_textes/2018_Wapi_Ronlez.pdf?t=1542901942
- Ronlez, C. (2023, mai 3). *Appel téléphonique* [Communication personnelle].
- Sorensen, L., Stokes, J. A., Purdie, D. M., Woodward, M., & Roberts, M. S. (2005). Medication management at home: Medication-related risk factors associated with poor health outcomes. *Age and Ageing*, 34(6), 626-632. <https://doi.org/10.1093/ageing/afi202>
- Statbel. (2022, juin 16). *Structure de la population | Statbel.* <https://statbel.fgov.be/fr/themes/population/structure-de-la-population>
- Sull, F. V. (2016, novembre 11). *Le chiffre d'affaires moyen d'une pharmacie en Belgique | Pharmaciens indépendants.* <https://pharmaciensindependants.be/2016/11/11/capharmaciebelgique/>
- UPHOC. (s. d.). *BUM - UPHOC | Union Pharmaceutique du Hainaut Occidental et Central.* Consulté 21 mai 2023, à l'adresse <https://www.uphoc.com/bum/>

- Van Campenhoudt, L., Marquet, J., & Quivy, R. (2017). *Manuel de recherche en sciences sociales* (5e éd. entièrement revue et augmentée). Dunod.
- Vandesrasier, A., Thoër, C., & Lussier, M.-T. (2016). Vers une communication efficace en pharmacie : Une approche par contextualisation de l'interaction pharmacien-patient. *Communiquer. Revue de communication sociale et publique*, 17, Article 17. <https://doi.org/10.4000/communiquer.1933>

10 Annexes

10.1 Annexe n°1 : Modèle de convention du pharmacien de référence

(APB, 2017)

Convention "Pharmacien de Référence"

Je, soussigné(e), (nom, prénom, adresse), ...

déclare par la présente :

☐ nommer comme mon pharmacien de référence, le pharmacien (nom, prénom, n° INAMI), ...

exerçant dans la pharmacie (nom, adresse, numéro de matricule) ;

☐ avoir reçu une information claire ainsi qu'une brochure explicative concernant :

- les démarches de mon pharmacien de référence pour me suivre et me conseiller dans l'usage de mes médicaments,
- mes droits liés à ce service, à savoir :
 - que cette convention doit être le fruit d'un choix personnel et libre,
 - qu'à tout moment, je peux changer de pharmacien de référence,
 - qu'à tout moment je peux mettre un terme à cette convention et à cette prestation de service ;

☐ avoir donné mon consentement pour :

- un *suivi des soins pharmaceutiques*, pour que mon pharmacien puisse, par exemple, me proposer un entretien d'accompagnement pour bien prendre mes médicaments,
- le *partage électronique de mes données de santé* avec les autres prestataires de soins s'occupant de moi (eHealth Consent) ;

☐ que, pour ce service, rien ne me sera facturé et je suis informé que l'honoraire annuel du pharmacien pour ce service est à la charge de l'INAMI.

Pour l'année (année) le montant de cet honoraire est (montant)€.

☐ avoir reçu mon schéma de médication, c'est-à-dire un aperçu complet des médicaments que je prends précisant leurs posologies et leurs moments de prise.

Fait à (localité)

Le (date)

en deux exemplaires, un pour le patient et l'autre pour le pharmacien.

Signature patient:

Signature pharmacien:

Mon pharmacien me connaît, je signe

Choisissez aujourd'hui votre pharmacien de référence !



www.pharmacie.be

10.2 Annexe n°2 : Exemple de schéma de médication

(APB, 2014)



SCHÉMA DE MÉDICATION

Mon pharmacien: Tél: Mon médecin: Tél:

[illegible]

MÉDICAMENTS À PRENDRE À UNE AUTRE FRÉQUENCE (HEBDOMADAIRE, MENSUELLE, ...) OU À USAGE EXTERNE		
Médicaments	Posologie	Remarques *

[illegible]

*Que mentionner dans la rubrique 'Remarques' ?

- Indication éventuelle du médicament
- Médicaments à prendre "à la demande" (p. ex. en cas de douleur)
- Moments de prise spécifiques (p.ex. une demi-heure avant le repas)

- Modalités de prise (p.ex. prendre avec un grand verre d'eau, laisser fondre en bouche, prendre en position debout ou assise, ...)
- Conditions de conservation particulières

10.3 Annexe n°3 : Guide d'entretien pour l'enquête auprès des pharmaciens

Enquête en ligne sous la forme de "google form"

- Introduction au questionnaire :

Bonjour,

Nous sommes deux pharmaciennes diplômées à l'Université de Namur depuis juin et nous nous sommes lancées cette année dans un master complémentaire en Sciences de Gestion à Louvain-La-Neuve.

Nous avons un mémoire à réaliser et nous avons choisi comme sujet "la gestion de l'outil : pharmacien de référence". Par le biais de cette étude, nous aimerions analyser l'image du pharmacien de référence auprès d'un grand nombre de pharmaciens.

Cette enquête est totalement anonyme.

Un grand merci à tous pour votre participation !

Jeanne et Emilie

- Questionnaire :
- ❖ Êtes-vous ... ? (QCM)
 - Pharmacien propriétaire
 - Pharmacien employé
- ❖ Combien de patients sont éligibles au service pharmacien de référence dans l'officine dans laquelle vous travaillez ? (QO)
- ❖ Pour combien de patients réalisez-vous un schéma de médication ? (QO)
- ❖ Faites-vous signer à chaque fois la convention ? (QCM)
 - Oui
 - Non
- ❖ Y a-t-il une méthode mise en place pour la gestion des schémas de médication dans l'officine où vous travaillez ? (QCM)
 - Oui
 - Non

- ❖ Si oui, comment faites-vous ? (Quelle procédure ? Qu'est-ce qui a été mis en place pour vous aider à proposer ce service ?) (QO)
- ❖ Combien de temps estimez-vous prendre au comptoir pour faire un pharmacien de référence ? (QO)
- ❖ À quelle fréquence remettez-vous à jour les schémas de médication ? (QCM)
 - Dès que le patient vient à la pharmacie
 - Une fois tous les six mois
 - Une fois par an
 - Jamais
- ❖ Avez-vous des patients qui reviennent vers vous pour remettre leur schéma de médication à jour ? (QCM)
 - Oui, souvent
 - Oui, parfois
 - Non, jamais
- ❖ Quelles sont les erreurs les plus fréquemment observées lors de la réalisation des schémas ? (QRM)
 - Doublon
 - Interaction médicamenteuse grave
 - Posologie incorrecte
 - Oubli de prise
 - Je n'ai pas encore remarqué d'erreur
 - Autre
- ❖ Quels sont, selon vous, les points positifs du pharmacien de référence ? (QO)
- ❖ Quels sont, selon vous, les points négatifs du pharmacien de référence ? (QO)
- ❖ Trouvez-vous que ce service est rentable pour l'officine dans laquelle vous travaillez ? (QO)
- ❖ Pensez-vous que le service de pharmacien de référence s'adresse aux bonnes personnes ? Ou devrait-il être davantage étendu à tous les patients, ou justement plus restreint ? (QO)
- ❖ Avez-vous déjà rencontré des patients qui refusent la proposition de pharmacien de référence ? (QCM)
 - Oui, souvent
 - Oui, parfois
 - Non, jamais
- ❖ Pour quelles raisons pensez-vous que certains patients refusent ? (QO)

- ❖ Quelles améliorations voudriez-vous apporter à cet outil ? (QO)

10.4 Annexe n°4 : Guide d'entretien pour l'enquête auprès des patients

Enquête en ligne sous la forme de “google form”

- Introduction au questionnaire : cfr le questionnaire précédent.
- Questionnaire :
 - ❖ Quel âge avez-vous ? (QO)
 - ❖ Combien de médicaments prenez-vous quotidiennement ? (QO)
 - ❖ Prenez-vous vos médicaments de façon autonome ou avez-vous une aide (semainier, aide à domicile, infirmière, ...) ? (QO)
 - ❖ Pensez-vous prendre correctement vos médicaments ? (QCM)
 - Oui
 - Non
 - ❖ Aimeriez-vous que votre pharmacien prenne plus de temps pour clarifier votre traitement ? (QCM)
 - Oui
 - Non
 - ❖ Connaissez-vous le service pharmacien de référence ? (QCM)
 - Oui
 - Non
 - ❖ Vous a-t-on déjà proposé d'avoir un pharmacien de référence ? (QCM)
 - Oui, j'ai un pharmacien de référence
 - Oui, mais j'ai refusé ce service
 - Non

Si la réponse à la question est “Oui, j'ai un pharmacien de référence”, le patient avait encore deux questions :

- ❖ Êtes-vous... ? (QCM)
 - Content(e) de ce service
 - Mécontent(e) de ce service
 - Indifférent(e) face à ce service

- ❖ Trouvez-vous ça correct que le pharmacien soit rémunéré pour effectuer ce service ? (QCM)
 - Oui
 - Non

Si la réponse à la question est “Oui, mais j’ai refusé ce service”, le patient avait encore deux questions :

- ❖ Pour quelle(s) raison(s) avez-vous refusé d'avoir un pharmacien de référence ? (QO)
- ❖ Trouvez-vous ça correct que le pharmacien soit rémunéré pour effectuer ce service ? (QCM)
 - Oui
 - Non

10.5 Annexe n°5 : Interviews des pharmaciens

- Pharmacie n°1

1. Êtes-vous... ? [Pharmacien propriétaire](#)
2. Combien de patients sont éligibles au service pharmacien de référence dans l'officine dans laquelle vous travaillez ? [744](#)
3. Pour combien de patients réalisez-vous un schéma de médication ? [18](#)
4. Faites-vous signer la convention à chaque fois ? [Oui, nous sommes obligés. C'est contraignant à faire parce que ça prend du temps d'imprimer le papier, que le patient le lise,...](#)
5. Y a-t-il une méthode mise en place pour la gestion des schémas de médication dans l'officine où vous travaillez ? [Non, nous ne développons pas beaucoup ce service car nous manquons de temps.](#)
6. Si oui, comment faites-vous ? (Quelle procédure ? Qu'est-ce qui a été mis en place pour vous aider à proposer ce service ?) [Nous n'avons pas de méthode mise en place, si ce n'est qu'on garde toutes les conventions signées dans une farde.](#)
7. Combien de temps estimez-vous prendre au comptoir pour faire un pharmacien de référence ? [Pour que ce soit bien fait, il faut minimum 25 minutes selon moi. Maintenant on peut le proposer au comptoir, faire remplir les papiers en 10 minutes et ensuite prendre plus de temps à l'arrière pour réaliser correctement le schéma.](#)
8. À quelle fréquence remettez-vous à jour les schémas de médication ? [Étant donné que nous n'en avons pas beaucoup, nous remettons les schémas de médication à jour à chaque fois que le patient vient à la pharmacie, nous regardons si rien n'a changé.](#)
9. Avez-vous des patients qui reviennent vers vous pour remettre leur schéma de médication à jour ? [De temps en temps oui](#)

10. Quelles sont les erreurs les plus fréquemment observées lors de la réalisation des schémas ? Des doublons ou erreurs de moments de prise surtout.
11. Quels sont, selon vous, les points positifs du pharmacien de référence ? Pour les patients c'est un plus car le pharmacien revérifie son traitement, pour les pharmaciens, ça valorise notre métier et ça met nos connaissances de pharmacien en avant. Cependant, je pense que la nuance entre le pharmacien de référence et le nouveau service de revue de la médication reste encore floue.
12. Quels sont, selon vous, les points négatifs du pharmacien de référence ? Le patient a du mal à accepter de partager ses données. Le manque de temps est aussi un frein quand il y a beaucoup de monde dans la pharmacie.
13. Trouvez-vous que ce service est rentable pour l'officine dans laquelle vous travaillez ? Ça dépend de comment on le fait et si on prend bien le temps de le faire. Je pense que ça nous prend trop de temps pour que ce soit rentable. Mais certaines pharmacies le font rapidement, c'est rentable quand ça ne prend pas trop de temps.
14. Pensez-vous que le service de pharmacien de référence s'adresse aux bonnes personnes ? Ou devrait-il être davantage étendu à tous les patients, ou justement plus restreint ? Je pense que ça devrait être étendu à certaines personnes mais pas à tous les patients, il y aurait des dérives. Il y a certains patients qui ne rentrent pas dans les conditions mais pour qui on a fait un schéma car ils nous l'ont demandé. Pour ces cas particuliers il devrait y avoir une rémunération mais je ne vois pas comment l'INAMI pourrait vérifier qu'il n'y ait pas d'abus...
15. Avez-vous déjà rencontré des patients qui refusent la proposition de pharmacien de référence ? On ne le propose pas souvent donc on a pas eu beaucoup de refus mais oui, je suppose qu'il y a des gens qui refusent.
16. Pour quelles raisons pensez-vous que certains patients refusent ? Soit parce que le pharmacien ne présente pas bien ce service et du coup le patient n'en voit pas l'utilité, soit parce que le partage des données leur fait peur (alors que leur DPP est parfois déjà activé). Les patients ne comprennent pas bien le partage des données, le pharmacien non plus d'ailleurs une meilleure explication du partage des données pourrait nous aider à mieux expliquer au patient comment sont partagées leurs données, comment elles sont

sécurisées et pour qui sont-elles visibles, ça pourrait rassurer le patient et enlever cette barrière.

17. Quelles améliorations voudriez-vous apporter à cet outil ?

Plus de formations peut-être pour aider les pharmaciens à proposer ce service et à le faire correctement, un coaching pour bien le faire.

18. Quelle était votre marge bénéficiaire en 2022 ? 543 511,7 €

19. Savez-vous me dire quelle était la rémunération pour le service pharmacien de référence de 2017 à 2023 ? En 2017, nous avons touché 31,80 € ; en 2018 → 31,80 € ; en 2019 → 32,43 € ; en 2020 → bug informatique, en 2021 → 32,75 € ; en 2022 → 33,01 € ; en 2023 → 35,70 €

- **Pharmacie n°2**

1. Êtes-vous... ? Pharmacien propriétaire

2. Combien de patients sont éligibles au service pharmacien de référence dans l'officine dans laquelle vous travaillez ? 388

3. Pour combien de patients réalisez-vous un schéma de médication ? 32

4. Faites-vous signer la convention à chaque fois ? Oui, nous gardons toutes les conventions dans une farde propre à cet effet.

5. Y a-t-il une méthode mise en place pour la gestion des schémas de médication dans l'officine où vous travaillez ? Non

6. Si oui, comment faites-vous ? (Quelle procédure ? Qu'est-ce qui a été mis en place pour vous aider à proposer ce service ?) Nous aimerions mettre en place un système de CNK « Smed vérifié 2023 » (ou 2022, 2021, etc en fonction de l'année dans laquelle on est) que nous encodons au nom du patient à chaque fois qu'on remet à jour son schéma de médication. Ça nous permettrait d'avoir un suivi de la gestion de nos schémas.

7. Combien de temps estimez-vous prendre au comptoir pour faire un pharmacien de référence ? Je pense que 10 minutes sont nécessaires. La première fois pour faire signer la convention et créer le schéma de médication, ensuite j'estimerai à maximum 5 minutes pour remettre à jour le schéma de médication. C'est une moyenne évidemment, il y a certains patients pour qui ça va aller super vite et d'autres qui vont nous prendre plus de temps.
8. À quelle fréquence remettez-vous à jour les schémas de médication ? Nous essayons de les remettre à jour minimum 1x/an. Ensuite, on est vigilant dès qu'il y a un nouveau médicament.
9. Avez-vous des patients qui reviennent vers vous pour remettre leur schéma de médication à jour ? Oui, parfois.
10. Quelles sont les erreurs les plus fréquemment observées lors de la réalisation des schémas ?
 - doublons
 - changements de médication oubliés (on met les nouveaux médicaments dans le schéma mais on ne retire pas les anciens). On oublie de retirer les médicaments du schéma lorsque le patient arrête (mais on ne le sait pas toujours quand il arrête).
11. Quels sont, selon vous, les points positifs du pharmacien de référence ?
 - Ça nous permet de mettre en évidence des mauvais moments de prise, les erreurs dans la médication des patients.
 - C'est une reconnaissance de quelque chose de ce qu'on fait déjà.
 - C'est positif pour l'image qu'on donne aussi au patient. Le pharmacien est plus vu comme un professionnel de la santé. Ça montre que le pharmacien est le responsable du médicament.
12. Quels sont, selon vous, les points négatifs du pharmacien de référence ?
 - Les conditions sont trop strictes, on devrait pouvoir avoir des exceptions parfois. Par exemple, pour des patients illettrés, de faible classe sociale, etc. peuvent avoir plus de mal à comprendre leur traitement et le pharmacien de référence leur serait bénéfique (nous le faisons déjà pour ces personnes-là, mais nous ne sommes pas rémunérés du

coup). Cependant, en octroyant des exceptions, l'INAMI aurait un problème sur le contrôle. C'est difficile de contrôler les pharmacies sur ce point-là.

- Les softs en officine ne sont pas assez performants dans la gestion des schémas de médication et du pharmacien de référence en général !
- Le manque de temps au comptoir pour le faire correctement aussi.

13. Trouvez-vous que ce service est rentable pour l'officine dans laquelle vous travaillez ?

Oui c'est rentable. Mais c'est très difficile à évaluer... Tout dépend du temps qu'on y passe. On le fait quand on a le temps de le faire, donc si on n'a pas le temps, on ne le fait pas (mais le "BUM : revue de médication" n'est pas rentable selon elle, ça prend trop de temps proportionnellement à la rémunération offerte).

14. Pensez-vous que le service de pharmacien de référence s'adresse aux bonnes personnes

? Ou devrait-il être davantage étendu à tous les patients, ou justement plus restreint ?

En partie il s'adresse aux bonnes personnes, mais comme dit ci-dessus, il devrait y avoir des exceptions pour certains patients !

15. Avez-vous déjà rencontré des patients qui refusent la proposition de pharmacien de référence ? Oui

16. Pour quelles raisons pensez-vous que certains patients refusent ? Parce qu'ils ont peur de la traçabilité ou pas envie que leurs données soient partagées.

17. Quelles améliorations voudriez-vous apporter à cet outil ?

- Avoir un meilleur soft plus adapté à la gestion des schémas de médications
- Je trouve qu'il devrait y avoir un honoraire de remise à jour du schéma, ça pousserait les pharmaciens à remettre les schémas à jour quand le patient revient à la pharmacie.
- La convention de pharmacien de référence ne devrait être reconduite pour l'année suivante que si le pharmacien remet à jour le schéma de médication du patient. Cela permettrait d'éviter que les pharmaciens touchent l'honoraire d'année en année sans remise à niveau du schéma de médication.

- Je pense aussi qu'il pourrait y avoir des campagnes pour les pharmaciens et patients pour les pousser à remettre à jour leurs schémas de médications. Après le mois du tabac, il pourrait y avoir le mois du pharmacien de référence où les gens pensent à venir faire mettre à jour leur schéma de médication à la pharmacie, pourquoi pas ?

18. Quelle était votre marge bénéficiaire en 2022 ? 328 374,34 €

- **Pharmacie n°3**

1. Êtes-vous... ? [Pharmacien propriétaire](#)
2. Combien de patients sont éligibles au service pharmacien de référence dans l'officine dans laquelle vous travaillez ? [679](#)
3. Pour combien de patients réalisez-vous un schéma de médication ? [298](#)
4. Faites-vous signer la convention à chaque fois ? [Oui, c'est obligatoire. Si le patient n'est pas présent \(parfois c'est une aide qui vient chercher ses médicaments, ou quelqu'un de la famille\), on fait une copie du document pour le patient pour que la personne lui fasse signer.](#)
5. Y a-t-il une méthode mise en place pour la gestion des schémas de médication dans l'officine où vous travaillez ? [Non pas vraiment. Le programme nous dit d'abord que le patient est éligible, ou pas, au service pharmacien de référence. Ensuite, s'il est éligible, on le propose au patient en lui expliquant que le schéma de médication est une aide pour lui, que c'est gratuit et que le pharmacien reçoit 30 € pour effectuer ce service. Pour que ça ne prenne pas trop de temps au comptoir, on ne réalise pas le schéma de médication directement devant lui, mais on lui explique qu'on lui donnera la prochaine fois qu'il vient à la pharmacie. Les patients sont souvent contents.](#)
6. Si oui, comment faites-vous ? (Quelle procédure ? Qu'est-ce qui a été mis en place pour vous aider à proposer ce service ?) [Voir question précédente](#)
7. Combien de temps estimez-vous prendre au comptoir pour faire un pharmacien de référence ? [15 minutes environ](#)
8. À quelle fréquence remettez-vous à jour les schémas de médication ? [Normalement, nous devrions le faire à chaque fois que le patient vient à la pharmacie, que ce soit pour les](#)

médicaments avec ou sans ordonnance. Nous l'effectuons souvent uniquement pour les médicaments sous ordonnance, car sinon cela devient difficile à gérer.

9. Avez-vous des patients qui reviennent vers vous pour remettre leur schéma de médication à jour ? Oui, parfois.

10. Quelles sont les erreurs les plus fréquemment observées lors de la réalisation des schémas ? Ce sont souvent des erreurs de posologie. Certains patients prennent des doublons aussi (médicament original et générique). La plupart du temps, aucune erreur n'est recensée.

11. Quels sont, selon vous, les points positifs du pharmacien de référence ? Je pense tout d'abord que c'est une aide intéressante pour le patient, surtout pour les patients polymédiqués. Ça permet de revoir en profondeur le traitement des patients, de répondre à leurs questions s'il y en a. De plus, je trouve que c'est un service qui est rentable pour la pharmacie.

12. Quels sont, selon vous, les points négatifs du pharmacien de référence ? Je ne vois pas de point négatif au pharmacien de référence, je pense que c'est un service que tous les pharmaciens devraient faire, ça fait évoluer le métier, ça nous donne de l'importance.

13. Trouvez-vous que ce service est rentable pour l'officine dans laquelle vous travaillez ? Oui ! Je trouve que c'est un service intéressant pour le pharmacien propriétaire.

14. Pensez-vous que le service de pharmacien de référence s'adresse aux bonnes personnes ? Ou devrait-il être davantage étendu à tous les patients, ou justement plus restreint ? Je trouve qu'il devrait être plus étendu, même si l'INAMI ne saurait rembourser ce service pour tous les patients. Je pense (et j'observe) notamment que des patients qui prennent 3-4 médicaments de façon chronique peuvent aussi se tromper, et un schéma de médication leur serait bénéfique également.

15. Avez-vous déjà rencontré des patients qui refusent la proposition de pharmacien de référence ? Oui ! Certains patients ont refusé lorsqu'on leur a dit que le pharmacien était payé une trentaine d'euros pour faire ce service. D'autres patients n'ont pas envie que tous les médicaments qu'ils prennent soient résumés sur une feuille -> vie privée.

16. Pour quelles raisons pensez-vous que certains patients refusent ? Voir réponse précédente

17. Quelles améliorations voudriez-vous apporter à cet outil ? [Aucune](#)

18. Quelle était votre marge bénéficiaire en 2022 ? [321 093,97 €](#)

- **Pharmacie n°4**

1. Êtes-vous... ? [Pharmacien propriétaire](#)

2. Combien de patients sont éligibles au service pharmacien de référence dans l'officine dans laquelle vous travaillez ? [381](#)

3. Pour combien de patients réalisez-vous un schéma de médication ? [166](#)

4. Faites-vous signer la convention à chaque fois ? [Oui](#)

5. Y a-t-il une méthode mise en place pour la gestion des schémas de médication dans l'officine où vous travaillez ? [Non, on le propose au patient s'il est concerné, on lui explique le principe et on lui fait signer la convention. Le schéma de médication lui est remis quand il revient à la pharmacie.](#)

6. Si oui, comment faites-vous ? (Quelle procédure ? Qu'est-ce qui a été mis en place pour vous aider à proposer ce service ?) /

7. Combien de temps estimez-vous prendre au comptoir pour faire un pharmacien de référence ? [Entre 15 et 20 minutes](#)

8. À quelle fréquence remettez-vous à jour les schémas de médication ? [Une fois par mois environ nous essayons de remettre tous les schémas de médication à jour.](#)

9. Avez-vous des patients qui reviennent vers vous pour remettre leur schéma de médication à jour ? [Oui, ce sont souvent les mêmes patients qui reviennent avec leur schéma de médication imprimé afin qu'on le mette à jour.](#)

10. Quelles sont les erreurs les plus fréquemment observées lors de la réalisation des schémas ? [Il n'y a pas souvent d'erreurs. Parfois, il y a des doublons, ou des erreurs au niveau des moments de prise. Mais c'est rare.](#)

11. Quels sont, selon vous, les points positifs du pharmacien de référence ? [Ça aide les patients qui prennent plusieurs médicaments, surtout les personnes âgées. Ça permet aussi](#)

de fidéliser le patient, il sait que lorsqu'il vient dans sa pharmacie habituelle, on le connaît, on sait ce qu'il prend.

12. Quels sont, selon vous, les points négatifs du pharmacien de référence ? Je n'aime pas le demander aux patients car j'ai l'impression d'entrer dans leur sphère privée. Certains patients me font ressentir que ce n'est pas le rôle du pharmacien de s'occuper de ça, que leur médecin le fait déjà.

13. Trouvez-vous que ce service est rentable pour l'officine dans laquelle vous travaillez ? Oui, je pense que c'est un service rentable, même si je n'ai jamais vraiment fait d'étude pour le déterminer. Mais, je pense que c'est rentable non seulement en termes "monétaire" pour l'officine, mais ça permet aussi de fidéliser le patient comme je l'ai dit précédemment.

14. Pensez-vous que le service de pharmacien de référence s'adresse aux bonnes personnes ? Ou devrait-il être davantage étendu à tous les patients, ou justement plus restreint ? Je trouve qu'il concerne les bonnes personnes, si je veux l'étendre, je le fais de temps en temps pour certains patients réguliers qui ne s'en sortent pas avec leur médication.

15. Avez-vous déjà rencontré des patients qui refusent la proposition de pharmacien de référence ? Oui, mais la plupart des patients acceptent quand même.

16. Pour quelles raisons pensez-vous que certains patients refusent ? Parfois certains patients n'ont pas le temps, ils disent qu'ils savent gérer leurs médicaments eux-mêmes. Puis, il y a aussi les patients dépendants, qui se rendent dans plusieurs pharmacies pour avoir ce qu'ils veulent, et qui ne veulent de ce fait pas dévoiler tout ce qu'ils prennent.

17. Quelles améliorations voudriez-vous apporter à cet outil ? Les médecins pourraient en discuter au préalable avec les patients qui ont des problèmes d'observance.

18. Quelle est votre marge bénéficiaire ? 178 751,04 €

10.6 Annexe n°6 : Détails des résultats bruts et des calculs

Tous les résultats bruts et les calculs réalisés dans le cadre de ce mémoire se trouvent dans un tableau Excel, disponible sur demande.

Français

Le pharmacien de référence est une des nombreuses missions émergentes confiées aux pharmaciens d'officine. Ce service offre aux patients éligibles la possibilité d'avoir un schéma de médication complet, remis à jour par le pharmacien et mis à disposition des autres professionnels de la santé.

Le but de ce mémoire est de déterminer la place de ce service dans les officines belges. Il vise à répondre à certains besoins des patients, or la perception qu'ont les patients et les pharmaciens varie et ne colle pas toujours au positionnement réel de celui-ci.

Ce mémoire décrira ce qu'est un pharmacien de référence, son rôle et abordera ensuite une réflexion théorique quant à ce service. L'étude menée auprès des pharmaciens et des patients sera analysée et discutée, suivie d'une réflexion sur la rentabilité que ce service peut apporter à une officine. Enfin, des recommandations pour rendre le pharmacien de référence plus attractif seront établies. Ce mémoire se clôturera par notre avis personnel.

English

The function of a family pharmacist is among the growing set of responsibilities allocated to community pharmacists. This service consists in offering eligible patients the chance to receive complete medication plan, updated by the pharmacist and accessible to other healthcare providers.

Our aim is to assess the deployment of this service in Belgian pharmacies. It is intended to meet patients' needs, but their and the pharmacists' perception differs and does not necessarily reflect that deployment.

This thesis will start by discussing the family pharmacist and his function, complemented by a theoretical section about this service. Then, the survey about pharmacists and patients will be analysed and discussed, followed by a discussion of the return that this service could bring to a pharmacy. Finally, recommendations will be drawn up to make the job of the family pharmacist more attractive. This thesis will end with our personal opinion.

UNIVERSITÉ CATHOLIQUE DE LOUVAIN
Louvain School of Management

Place des Doyens, 1 bte L2.01.01, 1348 Louvain-la-Neuve
Boulevard Emile Devreux 6, 6000 Charleroi, Belgique
Chaussée de Binche 151, 7000 Mons, Belgique

www.uclouvain.be/lsm