



HAL
open science

Comment la Pharmacie Clinique est-elle perçue par les pharmaciens d'officine ? : c'est mettre le patient au centre de l'activité, s'intéresser à son environnement, savoir comment il vit. C'est intégrer tout cela, bien au-delà du simple médicament

Marie-Charlotte Rousseau, Jean-Didier Bardet, Béatrice Bellet, Benoît Allenet

► To cite this version:

Marie-Charlotte Rousseau, Jean-Didier Bardet, Béatrice Bellet, Benoît Allenet. Comment la Pharmacie Clinique est-elle perçue par les pharmaciens d'officine ? : c'est mettre le patient au centre de l'activité, s'intéresser à son environnement, savoir comment il vit. C'est intégrer tout cela, bien au-delà du simple médicament. *Le Pharmacien Hospitalier et Clinicien*, 2020, 55 (4), pp.377-390. 10.1016/j.phclin.2020.07.009 . hal-03031085

HAL Id: hal-03031085

<https://hal.science/hal-03031085v1>

Submitted on 12 Dec 2024

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Comment la Pharmacie Clinique est-elle perçue par les pharmaciens d'officine ? : « c'est mettre le patient au centre de l'activité, s'intéresser à son environnement, savoir comment il vit. C'est intégrer tout cela, bien au-delà du simple médicament. »

M.-C. Rousseau¹, J.-D. Bardet^{1,2}, B. Bellet¹, B. Allenet^{1,2}

Reçu le 30 avril 2020

Accepté le 15 juillet 2020

Disponible sur internet le :

1. UFR Pharmacie, Univ. Grenoble Alpes, 38000 Grenoble, France

2. CNRS, Grenoble INP, CHU Grenoble Alpes, TIMC-IMAG, Univ. Grenoble Alpes, Équipe THEMAS, 38000 Grenoble, France

Correspondance :

J.-D. Bardet, UMR 5525 UGA CNRS, Laboratoire TIMC-IMAG\THEMAS, Domaine de la Merci, Pavillon Taillefer, 38706 La Tronche cedex, France.

Jean-Didier.Bardet@univ-grenoble-alpes.fr

Mots clés

Entretiens semi-dirigés

Pharmacie clinique

Pharmacien d'officine

Recherche qualitative

Soins pharmaceutiques

Résumé

La Pharmacie clinique s'inscrit progressivement en officine depuis 2009 par le biais du développement des services pharmaceutiques afin de répondre à un souci d'efficacité des soins, de vieillissement de la population, d'augmentation de la prévalence des pathologies chroniques et de polymédication. Alors que la Société Française de Pharmacie Clinique a récemment revisité la définition de la Pharmacie Clinique, quelles sont les perceptions des pharmaciens d'officine ? Onze entretiens semi-dirigés ont été conduits auprès de pharmaciens d'officine. Les entretiens ont été entièrement enregistrés, puis retranscrits. L'analyse thématique des verbatims a dégagé 3 axes : l'identité professionnelle, la posture de travail et l'évolution de l'organisation de l'officine et des institutions l'impactant. Outre une résistance au changement de la part des officinaux et une étonnante dissociation de la dispensation et de la Pharmacie Clinique, cette dernière est définie par les participants par une posture associée à l'écoute des patients ainsi que par des actes. Les représentations des pharmaciens d'officine, différant des définitions établies par des institutions, nous amènent à penser que celles-ci doivent être réexpliquées selon leur propre perspective.

Keywords

Semi-structured interviews
Clinical Pharmacy
Community Pharmacist
Qualitative research
Pharmaceutical care

Summary

How community pharmacists perceive Clinical Pharmacy?: "Above all, it means placing the patient at the centre of the activity, taking an interest in their environment and their way of living. Beyond dispensing medicines, taking all these aspects into account is at the core of our activity"?

Community pharmacies have gradually implemented Clinical Pharmacy since 2009 through the development of cognitive pharmacy services in order to improve care efficiency, to respond to the needs of an ageing population, to the increase of the prevalence of chronic diseases and to poly medication. While the French Society of Clinical Pharmacy recently revised the definition of Clinical Pharmacy, what are the perceptions of French community pharmacists? Eleven semi-structured interviews were conducted with community pharmacists. These interviews were entirely recorded and transcribed. Thematic analysis of the verbatim identified 3 axes: professional identity, working position and the evolution of the organization of the pharmacy and of the institutions. In addition to resistance to change from the community pharmacists and an astonishing dissociation of dispensation from Clinical Pharmacy, the participants define Clinical Pharmacy by a posture associating active listening and pharmacy services. As the perceptions of the community pharmacists differ from the definitions established by institutions, we need to re-explain what is Clinical Pharmacy from their perspective.

Introduction

La profession pharmaceutique est historiquement ancrée sur la production et la distribution de médicaments. Depuis les années 1980, la Pharmacie clinique amène un bouleversement de l'exercice pharmaceutique hospitalier : le pharmacien quitte la pharmacie à usage intérieur (PUI) pour se rendre dans les services de soins. Depuis 2009, la discipline s'inscrit progressivement en officine avec une approche différente. En effet, par son rôle de distribution de médicaments au détail, l'officinal a depuis toujours un contact direct avec le patient. La mutation se fait ici par les services pharmaceutiques. Ce changement a été initié par l'article 38 de loi HPST « Hôpital, Patients, Santé, Territoires » [1], consolidé par un ensemble de décrets successifs visant à répondre à un souci d'efficacité des soins, de vieillissement de la population, d'augmentation de la prévalence des pathologies chroniques et de polymédication.

La Société Française de Pharmacie Clinique (SFPC) a récemment revisité la définition de la Pharmacie Clinique défendant ainsi une « discipline de santé centrée sur le patient dont l'exercice a pour objectif d'optimiser la prise en charge thérapeutique, à chaque étape du parcours de soins. Pour cela, les actes de Pharmacie clinique contribuent à la sécurisation, à la pertinence et à l'efficacité du recours aux produits de santé. Le pharmacien exerce en collaboration avec les autres professionnels impliqués, le patient et ses aidants » [2]. Au travers de cette définition, la Pharmacie Clinique n'est pas seulement une discipline pharmaceutique mais un mode d'exercice particulier de la pharmacie [3].

La définition de la Pharmacie Clinique n'est pas uniforme au niveau international. Dreischulte et Fernandez-Llimos [4] ont colligé en 2016 les 13 définitions publiées : 3 sont américaines, 9 européennes (dont 8 spécifiques à un état membre) et 1 mixte (américano-néerlandaise). Alors que 8 des 13 définitions sont axées sur le processus de soins, 2 ciblent les résultats pour le patient et 3 sont qualifiées de mixte. À ce titre, la définition française de la SFPC est qualifiée de mixte. Aucune des 13 définitions ne spécifie de contexte d'exercice : premiers recours ou hospitalier. Chaque définition s'appuie sur l'optimisation de la stratégie thérapeutique médicamenteuse. Les concepts d'éducation du patient, de collaboration interprofessionnelle et d'évaluation clinique sont également retrouvés en proportions différentes dans certaines définitions.

En parallèle, on note l'émergence dans les années 1990 d'une autre terminologie appelée « Soins Pharmaceutiques ». Sa définition évolue au cours des années et elle varie en fonction des pays du fait de l'influence des langues et du système de santé avec un développement hétérogène entre les nations [5,6]. Une étude du Pharmaceutical Care Network Europe a imprimé en 2013 le besoin de redéfinir le concept [7]. L'acteur du soin pharmaceutique ne semble pas nécessairement être le pharmacien mais tout praticien compétent. Le patient au sens individuel en est, quant à lui, le destinataire. Les soins pharmaceutiques ont pour objectif d'optimiser la thérapeutique médicamenteuse dans le but d'améliorer la santé. La notion de responsabilité et relation directe avec le patient est mise en avant [8].

Comment la Pharmacie Clinique est-elle perçue par les pharmaciens d'officine ? : « c'est mettre le patient au centre de l'activité, s'intéresser à son environnement, savoir comment il vit. C'est intégrer tout cela, bien au-delà du simple médicament. »

De la même manière, le développement de la Pharmacie Clinique ne s'est pas fait de manière synchrone tout autour du globe, avec des priorisations d'activités différentes à des vitesses inégales [2]. Dans l'Union Européenne, les compétences en santé étant du ressort de chaque état-membre, cette différenciation des activités de Pharmacie Clinique est compréhensible. On constate différentes prestations proposées par les pharmaciens suivant les pays : bilan de médication, éducation du patient, optimisation de la thérapeutique médicamenteuse ou encore soutien à l'adhésion [9]. Selon le Groupement Pharmaceutique de l'Union Européenne, 53 % des pays européens proposent un service pharmaceutique de type bilan de médication [10]. Ce dernier constitue un cas d'école : malgré une homogénéité des besoins en santé de la population et des systèmes de santé entre certains états-membres, son implantation est très diverse tant sur son organisation que sur sa date de mise en place [11]. L'implantation de ce service varie aussi suivant les pays : les nations les plus en avance étant la Suisse, le Royaume-Uni et les Pays Bas [10]. Cette différenciation de développement est aussi vraie au sein-même des états. Le Canada est emblématique sur ce point : les missions d'initiation de prise en charge thérapeutique, de suivi thérapeutique, biologique et de vaccinations ne sont pas homogènes sur le territoire national tant dans le service proposé, ses critères de réalisation ou leur rémunération [12].

En France, ces dix dernières années, la pratique officinale a été structurée pas à pas autour des interventions pharmaceutiques (IP) [13], des entretiens pharmaceutiques [14,15], des bilans de médicaments [16] et, pour certaines équipes officinales, par l'intégration de programmes d'Éducation Thérapeutique [17]. Cependant, leur implantation et leur développement ne se font pas sans quelques obstacles. Le premier obstacle réside dans le temps incompressible nécessaire pour que les mentalités s'acculturent et que les pratiques se mettent en place au quotidien. Le changement demeure également toujours synonyme de craintes et d'appréhensions [18]. Cependant, ces éléments génériques ne peuvent expliquer, à eux seuls, la lenteur de l'adoption de la discipline en officine [2].

Un premier travail a été réalisé visant à appréhender la perception des pharmaciens hospitaliers sur la Pharmacie clinique. Il en ressort des difficultés à définir la discipline, une impression de manque de compétences, d'assurance ainsi qu'une insuffisance de temps, de moyens financiers et humains [19].

La présente recherche a pour objectif principal de mettre en évidence la perception des officinaux français vis-à-vis de la Pharmacie clinique. L'objectif secondaire est d'explicitier les freins emblématiques à l'implantation de la discipline en officine.

Méthodologie

Le design de l'étude est de type qualitatif exploratoire semi-structuré.

Sélection des participants

Nous avons sélectionné les pharmaciens d'officine participants sur la base d'un échantillonnage de convenance. Afin de garantir une diversification des points de vue, les participants ont été sélectionnés sur les critères de : i) la maîtrise de stage ; ii) un mandat syndical ou ordinal ; iii) la faculté d'origine.

L'investigateur en charge des entretiens n'avait jamais rencontré les participants avant les entretiens sauf un, le pharmacien du 4^e entretien, connu dans le cadre d'une activité associative mais avec lequel la thématique n'avait jamais été abordée auparavant.

Après établissement de la liste des participants potentiels, ces derniers ont été contactés nominativement et directement par l'investigateur en charge de la conduite des entretiens. Le premier contact téléphonique ou par email visait donc à présenter l'investigateur et à expliquer aux participants l'enjeu de la recherche et les conditions dans lesquelles allaient se dérouler l'enquête. Après acceptation orale pour participer, un rendez-vous a été fixé avec l'interviewé.

Les participants

Ainsi, 15 pharmaciens d'officine ont été sollicités par téléphone. Onze d'entre-deux ont accepté de participer à l'étude et 11 entretiens ont eu lieu (tableau 1). Quatre refus ont été motivés par un manque de temps des participants ou une implication dans une autre thèse d'exercice.

Les participants étaient composés de 6 hommes et 5 femmes, âgés de 35 à 66 ans. Parmi eux, 10 étaient titulaires d'officine. Concernant la formation initiale, seuls 3 participants l'ont réalisé à l'UFR Pharmacie de Grenoble. On note que 4 participants étaient maîtres de stage et 2 étaient en cours d'agrément.

Collecte de données

Les entretiens se sont déroulés du 9 août 2018 au 15 janvier 2019 et ont duré de 40 minutes à 1 heure et 10 minutes.

Tous les entretiens ont eu lieu à la convenance des participants tant sur la date que sur le lieu. Sept entretiens ont été réalisés par téléphone et 4 en face à face. Tous les entretiens n'ont été réalisés qu'en la présence de l'investigateur et du participant : aucune tierce personne n'était présente. Les entretiens ont été enregistrés en format audio, puis intégralement retranscrits en format Word® et anonymisés.

Les échanges ont débuté par des remerciements pour leur participation, un rappel du cadre de l'entretien et une série de questions préétablies pour mieux cerner leur profil. L'entretien s'est appuyé sur un guide élaboré par un des co-auteurs ayant travaillé sur cette thématique appliquée à la pharmacie hospitalière. Il a été retravaillé pour correspondre à l'exercice actuel de l'officine. Il a été réévalué après chaque entretien et révisé au besoin (figure 1).

Analyse des données

Les entretiens ont été analysés suivant une analyse thématique [20]. Les réponses recueillies au cours des entretiens nous ont

TABLEAU I

Tableau récapitulatif des entretiens.

Summary table of interviews.

	Sexe	Âge	Type d'exercice actuel	Faculté d'origine	Nombre d'employés dans l'officine	Localisation	Groupement	Maître de stage	Mandat électif	Formateur	Lien
1	H	35	Assistant	Lyon (69)	3	Rhône	Non	Non	Non	Non	Connaissance
2	F	61	Titulaire	Grenoble (38)	5	Isère	Non	Non	Non	Non	
3	F	38	Titulaire	Lyon (69)	4	Isère	Non	En cours	Non	Non	
4	H	57	Titulaire	Marseille (13)	7	Isère	Oui	Oui	Non	Non	Connaissance
5	F	50	Titulaire	Grenoble (38)	2	Savoie	Oui	Non	Non	Oui	
6	F	47	Titulaire	Limoges (87)	1	Savoie	Oui	Oui	Non	Non	
7	H	62	Titulaire	Grenoble (38)	5	Isère	Oui	Oui	Oui	Oui	
8	F	37	Titulaire	Besançon (25)	12	Loire	Oui	Non	Non	Non	
9	H	66	Titulaire	Grenoble (38)	2	Isère	Non	Non	Non	Non	
10	H	39	Titulaire	Lyon (69)	21	Rhône	Oui	Non	Non	Non	
11	H	43	Titulaire	Nancy (54)	6	Meurthe-et-Moselle	Oui	Oui	Oui	Non	Connaissance

Pour citer cet article : Rousseau M-C, et al. Comment la Pharmacie Clinique est-elle perçue par les pharmaciens d'officine ? : « C'est mettre le patient au centre de l'activité, s'intéresser à son environnement, savoir comment il vit. C'est intégrer tout cela, bien au-delà du simple médicament. » Le Pharmacien Hospitalier et Clinicien (2020), <https://doi.org/10.1016/j.phclin.2020.07.009>

Comment la Pharmacie Clinique est-elle perçue par les pharmaciens d'officine ? : « c'est mettre le patient au centre de l'activité, s'intéresser à son environnement, savoir comment il vit. C'est intégrer tout cela, bien au-delà du simple médicament. »

Axes du guide d'entretien relatifs à la Pharmacie Clinique

1. Identité professionnelle
2. Définition et connaissances
3. Formation
4. Réglementation
5. Institutions et financement
6. Développements futurs

FIGURE 1

Axes du guide d'entretien- Axes of the maintenance guide

permis de classer les verbatims en catégories, thèmes et sous-thèmes. Dans cette démarche, les thèmes sont définis par les chercheurs au fur et à mesure de la codification. Quatre entretiens ont bénéficié d'un double codage entre MCR et JDB. Ces derniers ont travaillé en parallèle et à l'aveugle. Une discussion s'est établie en équipe pour trouver un consensus en cas de désaccord. Le 11^e entretien n'a pas apporté de donnée supplémentaire à la compréhension du phénomène (saturation des données), ce qui nous a poussés à mettre fin à la collecte de données. Cette recherche s'est voulue transparente avec les participants en leur assurant la transmission des entretiens et l'envoi de la thèse finalisée.

Résultats

L'analyse thématique a dégagé 3 axes : 1. l'identité professionnelle (10 % des verbatims) ; 2. la posture de travail en lien avec la Pharmacie Clinique (28 % des verbatims) ; 3. l'organisation de travail et son évolution (62 % des verbatims).

L'identité professionnelle

L'identité professionnelle d'un pharmacien d'officine est par nature hybride, soignant et/ou distributeur de produits de santé (figure 2).

Le pharmacien d'officine soignant et/ou distributeur

Les participants peuvent qualifier le pharmacien d'officine de soignant par l'acte. Il exerce une activité de soins de par un ensemble de gestes et d'actes quotidiens. Les tâches qui lui sont associées recouvrent un ensemble de gestes comme les premiers soins et la vaccination.

« On a une action sur les petits soins infirmiers quasiment tous les jours. À côté de ça, on accompagne tous les jours les soins à leur bonne mise en place surtout maintenant avec la vaccination » (P1).

Les participants expliquent également sa position de soignant de l'officine par la place centrale qu'il donne à ses patients dans son exercice. Ceci regroupe notamment des actes spécialisés centrés sur le patient tels que les entretiens asthme et anti-coagulants ou les bilans de médication.

Nous constatons aussi l'émergence de services hors-nomenclature de l'Assurance Maladie tels que le portage de médicaments à domicile, le contrôle de l'armoire à pharmacie ou l'accompagnement à la grossesse.

« On a établi un nouveau service depuis peu qui s'appelle 'ma pharmacie à domicile'. C'est un service qu'on fait payer aux patients auxquels on apporte du portage de médicaments, du contrôle de l'armoire à pharmacie (éviter les redondances de DCI, les dates de péremption). » (P11).

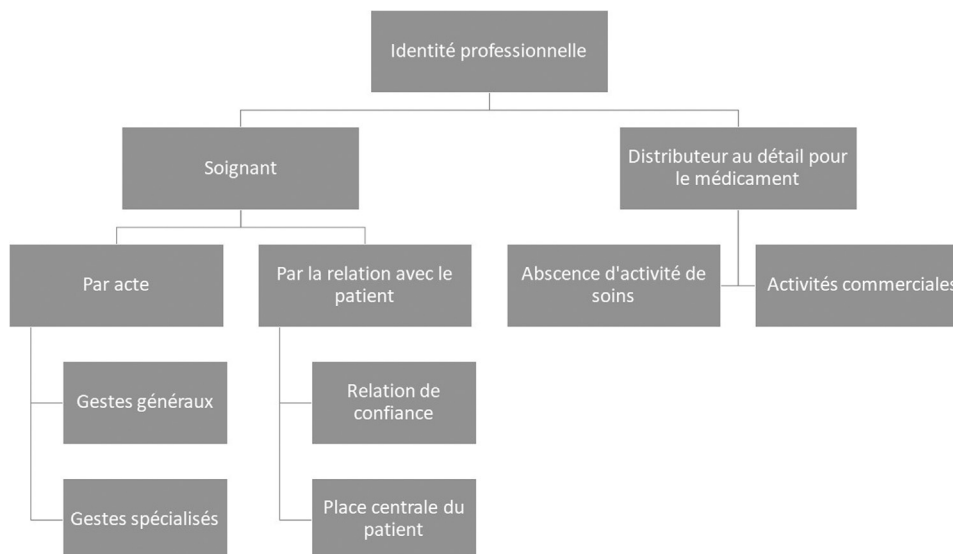


FIGURE 2

Arbre thématique de l'axe d'analyse « Identité professionnelle » -Thematic tree of the analysis axis 'Professional Identity'

La relation privilégiée que le pharmacien entretient avec son patient joue aussi un rôle important dans sa perception de soignant. Pour les participants, le sentiment de confiance se fonde sur l'écoute du pharmacien, sa disponibilité sans rendez-vous, son accessibilité relationnelle, sa fréquence de visites de ses patients.

« Les questions arrivent à la pharmacie. [Le patient] les posera plus au pharmacien car il y a un lien et il n'est pas dans le même rapport. » (P7).

« Chez moi les gens se confient au comptoir. » (P9).

À l'opposé de la posture de soignant, certains participants considèrent le pharmacien comme un distributeur de médicaments au détail l'amenant à minimiser son activité de soins. De fait, une partie des pharmaciens sont dans le refus de l'activité de soins en officine tout particulièrement au moment de la dispensation et se concentrent sur des activités commerciales.

« Il ne faut quand même pas que la fac oublie que notre métier c'est de vendre des boîtes. Et pourtant je pense qu'elle l'oublie. » (P6).

La posture de travail en lien avec la Pharmacie clinique

Les participants ont une perception très hétérogène de la Pharmacie Clinique. Chacun a une analyse de la discipline par rapport à son évolution. Les plus réticents à son développement arguent le fait qu'elle ne répond pas aux attentes des patients : leurs besoins ne sont pas intégralement pris en compte par la

Pharmacie Clinique. Enfin, ils soulignent d'autres domaines plus urgents à investir (figure 3).

La Pharmacie clinique : d'une perception axée sur le médicament à une posture de travail

La Pharmacie clinique est perçue suivant quatre angles de vue progressifs : la thérapeutique médicamenteuse, la relation patient-thérapeutique médicamenteuse, le patient et son environnement et enfin la posture générale de l'officiel. Les participants perçoivent la discipline comme allant du médicament au patient.

Du point de vue des participants, la Pharmacie Clinique est en grande partie une pratique axée sur la thérapeutique médicamenteuse. Pour certains, elle s'appuie sur une vision très pharmacologique axée sur la pharmacodynamie et l'étude de la gestion des interactions médicamenteuses.

« Ouf c'est large... Tout ce qui est étude autour du médicament. Tout ce qui est pharmacocinétique, pharmacodynamie... » (P3).

La Pharmacie Clinique permet aux officinaux de développer une pratique axée sur la relation entre le patient et sa prise en charge médicamenteuse. Cette pratique est toute aussi relative à l'apport d'informations, à l'aide à la compréhension du traitement, à son bon usage et à la gestion des effets indésirables. Le premier besoin identifié de la part des participants est l'explication des traitements qui nécessite alors deux compétences non suffisamment retrouvées en formation initiale : empathie et adaptation du vocabulaire. Enfin, il convient de contextualiser le besoin du patient en fonction de son âge, de

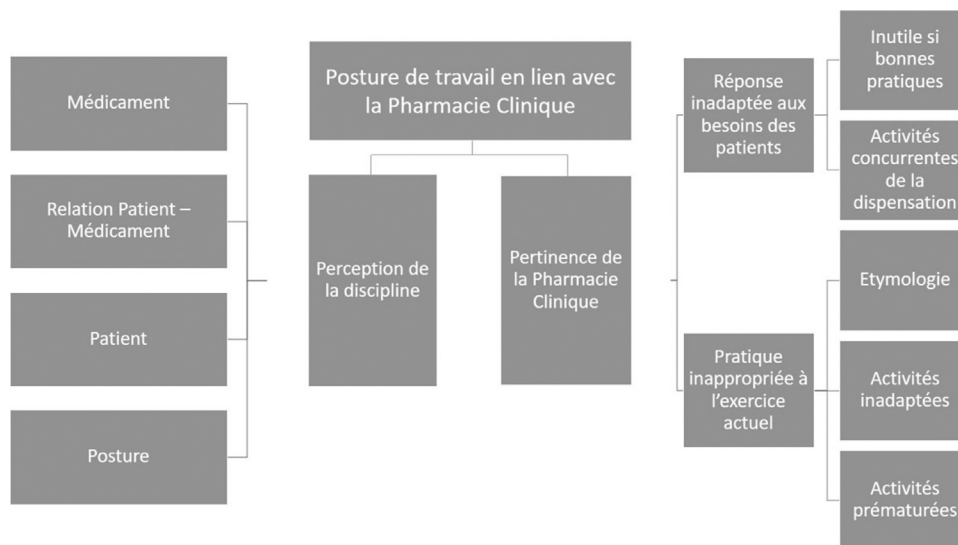


FIGURE 3
Arbre thématique de l'axe d'analyse « Posture de travail en lien avec la Pharmacie Clinique »- Thematic tree of the analysis axis 'Working posture in relation to Clinical Pharmacy'

Comment la Pharmacie Clinique est-elle perçue par les pharmaciens d'officine ? : « c'est mettre le patient au centre de l'activité, s'intéresser à son environnement, savoir comment il vit. C'est intégrer tout cela, bien au-delà du simple médicament. »

l'intérêt qu'il porte à sa prise en charge, de son niveau de compréhension et de sa maîtrise de la langue française.

« C'est plus apprendre le langage de nos patients qui est important » (P2).

Enfin, pour certains participants, la Pharmacie Clinique est perçue comme une discipline centrée sur le patient.

« Pour moi, c'est mettre le patient au centre de l'activité, de s'intéresser à son environnement, de savoir ses pathologies, comment il vit, quel est son état au moment où il vient nous voir, quel est son historique de traitement, de quoi il a besoin, est ce qu'il exprime des symptômes particuliers, quelle est la perception de son traitement, les effets indésirables, est ce qu'il va être gêné par un point de son traitement. » (P4).

Ainsi, il émerge que la Pharmacie Clinique est bien plus qu'un ensemble d'activités : il s'agit d'une posture de travail à acquérir. Elle nécessite une actualisation permanente de ses connaissances ainsi qu'une mise en pratique quotidienne.

« On doit se réévaluer, se former, s'informer, se questionner, se remettre en question. Est-ce qu'on a l'habitude de dire à son patient, « repassez plus tard, il faut que je regarde quelque chose ». C'est un état d'esprit la Pharmacie Clinique. » (P5).

La Pharmacie clinique : non !

Selon certains participants, la Pharmacie Clinique semble totalement déconnectée de l'exercice actuel de l'officine. Cette rupture de la réalité de terrain s'explique notamment par l'étymologie du nom de la discipline.

« Étymologiquement clinique ça veut dire quoi pour vous ? Ça veut dire couché. Donc nous on ne peut pas faire de la clinique car on n'est pas au lit du malade. Elle n'est pas dans le domaine de pharmacien d'officine. » (P7).

Certains officinaux ne trouvent pas pertinent d'incorporer à l'heure actuelle les missions de Pharmacie Clinique au centre de leurs activités compte tenu d'un manque d'intérêt des patients et une évaluation autre des besoins : prévention, dépistage et dispensation protocolisée. Certains participants mettent en évidence que le temps consacré à cette discipline est trop important au vu des autres missions qui leur sont confiées, sans doute plus importantes. Ainsi, les activités de Pharmacie Clinique leur apparaissent inadaptées ou prématurées à l'exercice officinal actuel.

« Pour l'instant, je trouve que c'est précoce. Il faudra qu'on y passe dans une deuxième étape. » (P11).

L'acte de dispensation est aussi invoqué pour écarter les activités de Pharmacie Clinique. Elles sont perçues pour certains comme complémentaires à la dispensation. Ainsi, elles ne répondent pas à un besoin des patients du moment où le pharmacien suit les bonnes pratiques de dispensation.

« C'est très peu parce que ça veut dire que les pharmaciens font bien leur boulot. [Les patients] n'en ont pas besoin. » (P9).

Pour d'autres, elles concurrencent la dispensation qui tendrait à disparaître.

« Non, je pense qu'on veut moderniser un exercice mais on l'oriente dans la mauvaise direction. L'avenir c'est de revenir aux fondamentaux. Le problème c'est que là, on sort des clous. » (P9).

L'organisation de travail et son évolution

Pour que les missions de Pharmacie Clinique soient menées à bien, les patients et l'ensemble des autres professionnels de santé doivent évoluer vers un nouvel état d'esprit. De plus, la discipline suppose une réorganisation conséquente à l'intérieur même de l'officine supportée par les titulaires et les employés. Par conséquent, la discipline demande une réorganisation à l'extérieur et à l'intérieur de l'officine (*figure 4*).

Organisation externe : une insertion territoriale et humaine à revisiter

La Pharmacie clinique est un domaine stratégique car elle peut impacter de façon importante le parcours de soins.

L'interprofessionnalité apparaît centrale dans la perception qu'ont les participants de la Pharmacie Clinique. Elle se traduit tout d'abord par la notion de territoires professionnels. Le suivi du patient s'articulant autour de parcours de soins, certains participants craignent que ces activités n'entraînent de mauvais rapports entre professionnels de santé. En effet, de par la nature même de certaines activités, la Pharmacie Clinique est perçue comme pouvant amplifier la concurrence entre professions de santé, freinant ainsi sa mise en place.

« Vous avez toutes ces nouvelles missions qui sont très très mal exposées et il y a des très mauvais ressentis des autres professions. On ne peut pas s'arquer bouter sur le fait qu'on est les seuls à distribuer les médicaments et faire le boulot des autres. » (P9).

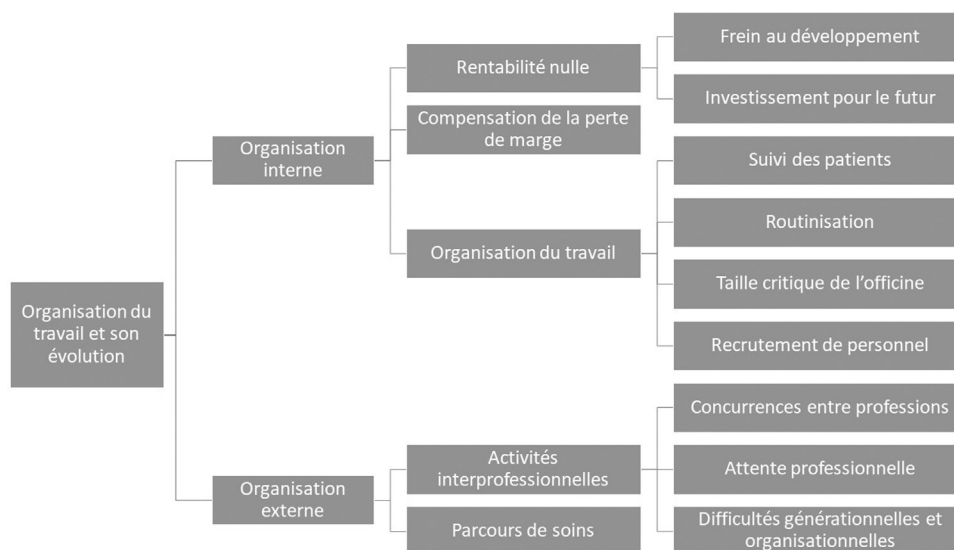


FIGURE 4
Arbre thématique de l'axe d'analyse « Organisation de travail et son évolution »-
Thematic tree of the analysis axis 'Work organisation and its evolution'

À l'inverse, certains participants entrevoient dans ces activités une option de complémentarité qui serait de plus en plus plébiscitée par la profession dans un souci d'améliorer constamment la prise en charge globale du patient.

« Ce que je vois c'est qu'il y a une ouverture vers la collaboration qui est plus importante. Les médecins intègrent donc cette notion de partage de connaissances. Chacun a ses compétences et le cumul de ses connaissances est au bénéfice du patient à condition de partager des connaissances et de créer un parcours où chacun peut intervenir. » (P4).

Cette collaboration n'en est encore qu'à ses débuts. Elle présente quelques difficultés culturelles générationnelles et organisationnelles. Ces missions sont néanmoins perçues comme pouvant encourager la communication interprofessionnelle et ainsi la qualité de la relation.

« J'aurais écrit un bilan de médication, j'aurais été plus écoutée. » (P5).

La pratique de la Pharmacie Clinique est impactée par des acteurs extérieurs à l'officine.

Les pharmaciens interrogés mettent en avant le rôle de la faculté. La perception de l'enseignement se structure autour de la perception des enseignants. Les participants soulignent la difficulté d'augmenter l'effectif des enseignants officinaux au sein des facultés.

« Après moi, je suis officinal, on me demande de donner des cours, je ne sais pas faire hein. Ce n'est pas mon métier ! Après le maître de conf' il y arrivera mieux c'est certain mais il n'est pas officinal. C'est un serpent qui se mord la queue. Il n'y en a pas mais je pense que c'est compliqué qu'il y en ait. » (P8).

Ils soulignent aussi le manque d'articulation entre l'enseignement de la pratique de Pharmacie Clinique et la gestion d'une officine.

« Un autre problème, c'est que les seuls qui sont représentés sont des assistants. » (P7).

Ils mettent également en avant le rôle de l'hôpital. Il est souvent perçu comme un lieu plus propice pour exercer les missions de Pharmacie Clinique. Il fait figure d'exemple sur lequel peut s'appuyer l'officine.

« Il y a quand même quelque chose de très naturel qui se crée. L'hôpital est devenu l'expert dans le domaine et on sent qu'il peut y avoir un transfert de technologies, de process vers les pharmacies d'officine. » (P4).

Les syndicats professionnels sont reconnus comme partie prenante des décisions liées au métier d'officiel en France du simple fait que les textes relatifs aux missions des pharmaciens soient définis en concertation entre les syndicats de pharmaciens et l'Assurance Maladie. Une partie des participants déplore leur manque de performance, de virulence ou d'union. En effet,

Comment la Pharmacie Clinique est-elle perçue par les pharmaciens d'officine ? : « c'est mettre le patient au centre de l'activité, s'intéresser à son environnement, savoir comment il vit. C'est intégrer tout cela, bien au-delà du simple médicament. »

certain participants notent que chaque syndicat représente une typologie de pharmacies et défend des intérêts spécifiques.

« Mais a contrario quand je vois les syndicats qui nous représentent, chacun est un peu pour sa propre chapelle. C'est très difficile aujourd'hui de défendre de la même manière une officine du fin fond de la Corrèze par rapport à une pharmacie de centre-ville ou une pharmacie de centre commercial ou par rapport une pharmacie qui a un Lafayette sur le trottoir d'en face. [...] Ce n'est pas le même métier. » (P10).

De la même manière, l'Assurance Maladie semble avoir un poids certain aux yeux des participants. Elle est perçue comme une autorité dictant la pratique professionnelle : suivre ses directives est obligé pour ne pas perdre les paiements des prestations.

« Nous sommes amenées à faire, par ce que nous impose la Sécu, des bilans de médication. [...] La sécu nous impose des choses. Mon but, c'est d'aller dans le sens de la sécu pour que nous ne perdions pas nos droits et nos avantages au niveau de la Sécurité Sociale. » (P6).

Organisation interne : gérer autrement

L'inclusion des missions de Pharmacie Clinique demande une forte réorganisation de l'officine. En effet, cette évolution de métier se concrétise par un changement de la rémunération ainsi qu'une réorganisation du travail. Ces mutations ne peuvent se faire qu'après une évolution des mentalités du pharmacien, des patients et des autres professionnels de santé.

Un ennemi perçu : le temps

Les missions de Pharmacie clinique sont considérées par les participants comme très chronophages. Selon eux, elles sont nombreuses et se font concurrence entre elles : un choix stratégique doit parfois s'opérer.

« On n'a pas bien eu le temps. On s'est pas mal occupé de la vaccination qui nous a pris pas mal de temps. C'est plus un manque de temps. On peut le trouver le temps mais on n'a pas pris le temps de le faire. » (P1).

Ce caractère chronophage a des conséquences en termes d'équilibre économique. Certains participants considèrent que cette transition n'est pas économiquement pérenne. Le défaut de rentabilité est alors considéré comme un frein important. Pour d'autres à l'inverse, c'est un investissement pour l'avenir. Ce gain représentera dans le futur, une part significative du chiffre d'affaires du pharmacien. Ces missions de Pharmacie clinique ont été introduites pour certains participants en vue de compenser la perte de marge sur les médicaments.

« Je pense que ça a été créé dans le but de compenser la notion de marge sur les médicaments (ce qui n'était pas un mauvais but) et que du point de vue financier, ce n'était pas franchement intéressant vu le temps passé. » (P1).

Une solution : l'organisation

Du point de vue organisationnel, le suivi apparaît plus difficile puisqu'il nécessite une réorganisation du travail afin d'assurer la continuité de service auprès du patient.

« Le suivi n'est pas toujours évident car ce n'est pas la même personne qui va recevoir le patient au bout d'un mois, deux mois, trois mois. Il faut mettre en place des moyens pour que ce soit bien partagé entre les membres de l'équipe » (P4).

Par ailleurs, les notions d'outillage et de routinisation apparaissent. Ces éléments, gages d'automatisme et de gain de temps, semblent être un facteur clé de succès pour la mise en place de ces missions.

« Si on ne fait pas plus de 2 ou 3 entretiens par semaine, c'est très compliqué. Il y a une déperdition qui se fait vite. Là pratiquement toutes les semaines, on arrive à sélectionner une personne. On s'est forgé une méthode. » (P4).

La question de l'organisation est également mise en avant pour certains au regard d'une taille critique de l'officine.

« Je ne pense pas qu'il y a une taille idéale c'est juste une organisation à trouver. » (P8)

Selon les participants, la réorganisation imposée par ces missions doit intégrer le fonctionnement actuel. Ils envisagent même une réorganisation globale si celles-ci sont de plus en plus nombreuses. Plusieurs options ont été avancées. La robotisation semble être une solution d'amélioration de l'organisation et du temps mais dépend du contexte de l'officine. D'autres officinaux proposent de recruter un pharmacien supplémentaire dédié à ces tâches ou un préparateur pour libérer du temps pharmacien. Enfin, certains proposent d'inclure à part entière les préparateurs dans le processus de Pharmacie Clinique.

« Même les préparateurs, je trouverais bien qu'ils soient impliqués. » (P1).

Discussion

Notre travail a cherché à recueillir les perceptions d'officinaux sur la Pharmacie Clinique au sens large. Cette question est particulièrement prégnante dans le contexte du développement des services pharmaceutiques au sein de l'exercice officinal

quotidien. À notre connaissance, il s'agit du premier travail s'intéressant spécifiquement à la façon dont les pharmaciens d'officine français s'approprient le terme et les activités liés à la Pharmacie Clinique.

L'urgence de faire évoluer les mentalités

Le premier constat associé à l'analyse de nos résultats concerne la résistance au changement. L'analyse des entretiens a mis en évidence un ensemble de thèmes qui évoquent une résistance aux changements des pharmaciens d'officine : le manque de pertinence perçue de la discipline, la nécessité de réorganisation interne et externe qu'elle demande, l'expression de propositions jugées alternatives. Comment expliquer cette résistance au changement ? Une première hypothèse tiendrait de la manière dont la Pharmacie Clinique a été proposée aux officinaux français, que ce soit par le séquençage des missions ou l'angle économique.

En premier lieu, la perception de la Pharmacie Clinique s'appuie sur un ensemble de missions. Or, de nombreuses missions ont été établies sans que les précédentes n'aient été réellement intégrées par les officinaux, à la manière d'un millefeuille [21]. Cette rapidité d'exécution ne s'est suivie d'aucun accompagnement des officinaux, d'un point de vue managérial et entrepreneurial [18]. Cela explique leurs difficultés ressenties concernant l'organisation interne à l'officine.

Une partie de la résistance prendrait racine dans la perception des officinaux concernant la faible rentabilité de ces services. La Pharmacie Clinique en officine s'inscrit au centre de réformes portant sur l'efficacité de soins [10]. En effet, depuis 1996, la loi de Financement de la Sécurité Sociale (LFSS), par le biais de l'Objectif national de dépenses de l'Assurance maladie (ONDAM) régule les dépenses de médicaments. Ce montant s'oriente dans le sens d'une diminution du prix du médicament, du développement des génériques et de la rationalisation des prescriptions. Dans ce contexte, la rémunération des pharmaciens d'officine se doit d'être moins dépendante du prix et du volume des médicaments [21,22]. En pratique, l'officinal n'est plus rémunéré par une marge sur le produit mais par une marge associée à des honoraires fixes de dispensation, des actes ainsi que par des Rémunérations sur Objectifs de Santé Publique (ROSP) comportant des activités de Pharmacie Clinique. Ainsi, par association chronologique de mutation du mode de rémunération, les officinaux perçoivent ces missions de Pharmacie Clinique comme une compensation de la rémunération perdue. Or, ces activités ne sont actuellement pas rentables à court terme. Le ratio investissement en ressources humaines (temps de travail et formation)/rémunération est défavorable [23,24]. De fait, ces activités ne doivent pas être proposées à la profession pour pallier les difficultés économiques que connaît le système de santé actuel et par extension, l'officine. De par leur nature centrée sur le patient et sur le lien entre le patient et sa thérapeutique médicamenteuse, notre analyse montre qu'elles

doivent être au contraire promues sur l'intérêt de santé publique et la valorisation du métier au profit d'une posture de « soignant ».

En troisième lieu, la perception que développent les officinaux de la Pharmacie Clinique dépend des institutions la portant. L'Assurance Maladie est vue comme ayant un pouvoir puissant sur la rémunération du pharmacien. L'officinal se sent parfois dans l'obligation d'exécuter ses directives (nombres d'entretiens par an fixé, conditions d'inclusion strictes...) sans forcément en comprendre leur intérêt en matière de santé publique. Les syndicats représentent la deuxième institution à l'initiative des activités de Pharmacie Clinique en officine. Ils se font remarquer par leur manque d'union et de performance. Chaque syndicat étant représentatif d'une typologie de pharmacie, les officinaux ont des difficultés à imaginer qu'ils puissent trouver un consensus sur des questions touchant à l'identité du métier. Enfin, le monde académique est reconnu comme la troisième institution motrice dans la discipline. Cependant, les pharmaciens voient à travers les enseignants, des pharmaciens hospitaliers, sans expérience en gestion d'officine, ce qui les rend doublement illégitimes. Bien que ces institutions ont toutes les trois le point commun de ne pas inspirer la confiance des officinaux, elles participent et incitent. La stratégie qui découle de ces institutions peut être considérée comme une stratégie de management. À l'heure actuelle, elle est perçue comme hybride, associant un style directif à un style participatif. En effet, par définition, le système est basé sur une négociation entre l'Assurance Maladie et les syndicats. Cependant, les conditions de mise en place des services pharmaceutiques apparaissent très rigides et la relation entre les pharmaciens et l'Assurance Maladie est perfectible. En vue d'une implantation durable des activités de Pharmacie Clinique, l'Assurance Maladie pourrait s'orienter vers une stratégie persuasive en faisant évoluer son système d'incitation financière. D'après la théorie des attentes, si le pharmacien ne fait pas le lien entre sa contribution au travail (incompréhension de l'intérêt de la discipline ou de ses conditions de mise en place) et sa rétribution, l'incitation financière ne fonctionne pas [25]. Le pharmacien est même tenté de modifier sa contribution au travail afin d'être sur le même rapport d'équité que ses confrères. Ce modèle d'incitation a été largement éprouvé sur l'incitation à la substitution par des médicaments génériques dans le cadre de la rémunération du ROSP relative au taux d'évolution des objectifs d'année en année. Le pharmacien serait alors tenté de minorer son implication au début de leur mise en place afin d'avoir un taux d'évolution plus important et par conséquent, une rémunération globale plus importante. Un tel modèle incitatif comprenant un « *go slow* » ne s'applique pas aux entretiens pharmaceutiques puisque ces derniers sont payés à l'acte. Néanmoins, certains ressorts entre les deux modalités de rémunération sont partagés. En effet, pour être rémunéré de son entretien, le pharmacien d'officine doit atteindre un objectif : achever un acte

Comment la Pharmacie Clinique est-elle perçue par les pharmaciens d'officine ? : « c'est mettre le patient au centre de l'activité, s'intéresser à son environnement, savoir comment il vit. C'est intégrer tout cela, bien au-delà du simple médicament. »

comprenant 3 à 5 étapes différentes sur une année. Or la première étape est la plus importante en temps de travail puisqu'elle comporte un entretien avec le patient. Ce différé entre la rétribution et la contribution au travail peut résider en une incompréhension de l'intérêt de l'activité et ainsi représenter un danger pour l'implantation de nouvelles activités en pharmacie clinique en officine. Ce comportement est conforté par la théorie de l'équité qui stipule que chaque personne qui perçoit que son ratio contribution/rétribution n'est pas égal à celui de l'individu avec lequel elle se compare, s'attachera à le réduire en modifiant ses contributions, ses rétributions ou en changeant de référentiel [26].

Ce faisant, quid de la motivation au travail pour les activités de pharmacie clinique ? Les modèles nous indiquent qu'elle naît plutôt des facteurs intrinsèques (contenu ou sentiment d'appartenance) que des facteurs extrinsèques (rémunération) [18]. Ainsi l'Assurance Maladie ne semble pas être l'institution la plus pertinente pour inciter les officinaux à entreprendre ses missions de Pharmacie Clinique. Ce serait plutôt le rôle des syndicats et de l'université d'adopter ce style de management persuasif ayant l'avantage d'apporter à la fois de la stabilité au système ainsi qu'un esprit de groupe et d'identité partagée. On peut constater que l'hôpital fait office d'exemplarité dans la discipline. Cette prise de modèle est ambivalente puisqu'elle accentue la perception de son inadéquation à l'exercice officinal. On déplore enfin, à l'heure actuelle, un esprit de corps trop peu présent qui s'illustre par un manque de diffusion des normes, des valeurs et des codes de la Pharmacie Clinique en officine [27]. Des institutions comme la SFPC existent mais ont encore des difficultés à diffuser de l'information auprès des officinaux.

Bousculer la nomenclature

Certains officinaux rejettent la discipline déjà par son nom. En effet, il véhicule par son étymologie, une inadéquation à l'exercice officinal. En effet, le terme « clinique » renverrait au contexte hospitalier. Cependant, nous savons que par définition, la Pharmacie Clinique est adaptée à tous les milieux de soins puisque le terme « clinique » signifie « direct » dans le sens « observation directe du patient » [28]. « Clinique » peut alors être défini comme un adjectif signifiant « se rapportant à » ou « mené dans » ou bien encore « comme dans une clinique ». Il ne doit pas faire référence à un environnement mais décrit plutôt un paramètre [29]. Ainsi, contrairement à la perception de certains participants, le terme est approprié à l'officine du fait que le pharmacien est en prise directe avec le patient par l'interface du comptoir. De même, comme nous l'avons vu dans notre analyse, la Pharmacie Clinique véhicule en tant que telle des valeurs en termes de posture et une pratique centrée sur le patient. Ces résultats – tant sur le contexte d'exercice que les valeurs – sont corroborés par les résultats de l'étude de Dreischulte et al. [4] relative aux perceptions européennes sur la Pharmacie Clinique.

La terminologie associée aux activités de Pharmacie Clinique a déjà été questionnée. Plusieurs expressions sont proposées afin de décrire les missions associées aux services pharmaceutiques : « Pharmacie Clinique », « Soins Pharmaceutiques », « *medication therapy management* ». Ces différences sont notamment justifiées par des différences de perception des principales activités associées à la Pharmacie Clinique [4]. Nous retrouvons aussi cette différenciation dans notre étude. En effet, certains répondants opposent la dispensation à la Pharmacie Clinique, alors que la dispensation représente une étape première du processus de Pharmacie Clinique [2]. La sémantique a déjà été la réponse utilisée pour clarifier et répartir des activités de santé dans le passé, avec la scission des termes « *pharmaceutical care* » et « *medication therapy management* » [30]. En effet, « *medication therapy management* » a été défini comme un service « indépendant, mais qui peut se produire conjointement, de la distribution des médicaments » [31]. Il en est de même pour « *pharmaceutical care* » et « *clinical pharmacy* » avec une segmentation des activités de Pharmacie Clinique en fonction du lieu d'exercice : hôpital vs officine et milieu rural vs métropole. Ces différenciations d'activités questionnent donc le monopole du pharmacien sur la dispensation de services spécifiques à l'optimisation de la stratégie thérapeutique. La gestion du traitement, l'atteinte des objectifs thérapeutiques, la prévention, l'accompagnement des effets indésirables et l'éducation du patient sont des objectifs transversaux et partagés par l'ensemble des professionnels de santé. De même, certains de ces domaines sont directement partagés, notamment avec les infirmiers qu'ils soient de pratiques avancées ou non. Le danger n'est pas tant qu'une autre profession de santé investisse le champ de l'optimisation de la stratégie thérapeutique – puisque qu'il s'agit d'une thématique collaborative par essence – mais que la profession pharmaceutique le désinvestisse. La sémantique liée au « *medication therapy management* » définit ces activités non plus autour du pharmacien mais des produits de santé. S'ajoute à cela l'accueil mitigé réservé par les pharmaciens d'officinaux aux activités proposées par la Pharmacie Clinique. Aussi, il devient légitime de se demander si cela n'entraînera pas de nouvelles répartitions des tâches en santé des pharmaciens vers les infirmiers, par exemple.

Ces constatations nous amènent à nous interroger sur la pertinence du terme « Pharmacie Clinique » pour parler d'activités exercées en officine. Dreischulte et Fernandez-Llimos décrivent la perception des pharmaciens sur l'expression « Soins Pharmaceutiques » [4]. La majorité d'entre eux affirme que la Pharmacie Clinique et les Soins Pharmaceutiques se chevauchent tout en ayant des éléments distincts. Néanmoins, ils sont tous deux associés à un processus en évolution plutôt qu'à un ensemble de services définis [7]. Les soins pharmaceutiques seraient plus perçus comme étant du domaine ambulatoire que la Pharmacie clinique [4]. Il est intéressant de constater que les pharmaciens d'officine se sont appropriés le statut de soignant par le geste et

non uniquement par l'acte de « prendre soins de ». Le Soin Pharmaceutique est alors ce que reçoit le patient et la Pharmacie Clinique – hospitalière ou ambulatoire – est ce que fait le pharmacien.

Accompagner l'acquisition de compétences

De fait, un certain nombre de collègues officinaux postulent qu'ils faisaient et font de la pharmacie clinique depuis longtemps. Comme le propose le modèle de la SFPC, la dispensation est le socle de base de la pratique. Cette pratique nécessite cependant la structuration qui permet la reproductibilité du service et, en aval, son évaluation. C'est l'ambition de la discipline universitaire « Pharmacie Clinique » : développer et valider au plan scientifique la pratique la plus adaptée au terrain. De fait, deux types d'enjeux nous attendent : conforter et affiner nos fondamentaux et ouvrir nos pratiques à la dimension pluriprofessionnelle.

Pour une expertise forte en termes de Pharmacothérapie

L'engagement dans la pratique de Pharmacie Clinique est avant tout l'engagement dans une pratique de la pharmacothérapie appliquée au terrain afin de pouvoir continuer à revendiquer sa place d'expert sur le marché des soins. C'est en premier lieu la formation universitaire initiale qui doit apporter le bagage suffisant pour construire cette expertise, à la fois sur les savoirs de base nécessaires à la pratique (physiologie, pharmacodynamie, chimie thérapeutique, pharmacocinétique, galénique [...]). L'innovation pédagogique qui consiste à intégrer ses matières autour d'un thème clinique homogène (enseignements coordonnés) s'avère à ce titre une vraie réussite. En second lieu, c'est sur les savoir-faire de routine que doivent se concentrer les apprentissages – la méthodologie – (tournant autour de l'accès à la gestion de l'information [9] visant à développer : 1. la dispensation simple, 2. le bilan de médication et, au final, le Plan Pharmaceutique Personnalisé). Au-delà de la faculté, c'est à la formation continue de prendre le relais, tout au long de la vie, pour faire progresser les connaissances et savoir-faires.

Pour une intégration de la démarche de soins collaboratifs

Notre étude nous a révélé qu'une grande partie des pharmaciens interrogés insiste sur l'importance de l'écoute dans les bénéfices apportés par la Pharmacie Clinique. Cette perception est particulièrement importante puisque l'écoute est considérée par les patients comme le deuxième critère déterminant pour le choix de l'officine [32]. Avoir l'ambition d'intégrer les savoirs de Pharmacie Clinique au parcours du patient, c'est se projeter dans les soins pharmaceutiques, aux côtés des autres professionnels de santé. Ceci nous engage à un changement de posture, en profondeur [33,34]. Le caractère interprofessionnel des activités de Pharmacie Clinique a été évoqué par les participants. Des craintes ont été exprimées sur l'envahissement de territoires

professionnels non pharmaceutiques. Nous avons discuté le caractère non monopolistique des soins pharmaceutiques. Travailler en interprofessionnalité, ce n'est pas seulement se coordonner ou coopérer : c'est aussi collaborer. Le processus de collaboration suit des étapes très concrètes, telles que la négociation et le compromis dans la prise de décision ou la planification et l'intervention partagées [35]. Elles sont parties intégrantes du Plan Pharmaceutique Personnalisé. De même, elles exigent que les territoires professionnels soient en partie partagés. Ce « travailler ensemble » doit suivre des règles simples [36] : 1. un objectif commun basé sur l'amélioration de la qualité des soins apportés au patient ; 2. une communication ouverte et pro-active sur les informations recueillies ; 3. l'acceptation d'une asymétrie dans la relation professionnelle.

Limites et biais

Notre étude présente quelques limites. Le manque d'expérience du chercheur principal (MCR) en termes d'étude exploratoire qualitative peut être considéré comme un premier biais. Cela dit, MCR dispose d'un niveau 1 HAS en Éducation Thérapeutique du Patient et, à ce titre, possède des compétences en termes de techniques d'entretien, ce qui minimise ce premier biais, sur l'aspect recueil des données. Sur l'aspect analyse des données, le travail s'est déroulé de manière collaborative entre les différents auteurs.

Nous avons opéré un recrutement par méthode dite « boule de neige » : seules les personnes motivées par la problématique ont accepté de prendre part à l'étude. Enfin, l'interviewer s'est présentée comme étudiante de l'UFR de Pharmacie de Grenoble, connu pour son investissement national en Pharmacie Clinique. Ainsi, inconsciemment, les pharmaciens ont pu donner des réponses satisfaisant l'objet de recherche (biais de désirabilité sociale). Dans une étude exploratoire qualitative, visant à décrire de manière la plus large et fidèle possible, ces 2 biais ont un impact limité au final, dans la mesure où l'on arrive à saturation des données.

Conclusion

Après avoir été fondée aux États-Unis d'Amérique dans les années 1960, la Pharmacie clinique est transposée aux hôpitaux français dès 1985. Elle incite les pharmaciens hospitaliers à concentrer leurs activités non plus seulement autour du produit de santé mais du patient. Depuis 2008, le pharmacien d'officine intègre, lui aussi, des activités de Pharmacie clinique dans son exercice. Par opposition à l'hôpital, le changement ne se fait pas par une évolution de sa relation avec le patient mais par le service pharmaceutique.

Après 10 années, quelle est la perception des pharmaciens officinaux français sur la Pharmacie clinique ?

Nous avons conduit 11 entretiens de recherche semi-directifs auprès de pharmaciens d'officine français entre août 2018 et

Comment la Pharmacie Clinique est-elle perçue par les pharmaciens d'officine ? : « c'est mettre le patient au centre de l'activité, s'intéresser à son environnement, savoir comment il vit. C'est intégrer tout cela, bien au-delà du simple médicament. »

janvier 2019. Les entretiens ont été intégralement retranscrits et ont fait l'objet d'une analyse thématique inductive.

L'analyse thématique a permis de décrire 4 grandes thématiques que sont l'identité professionnelle, la posture du pharmacien, l'évolution de l'organisation de l'officine et les institutions l'impactant.

Les résultats mettent en évidence une résistance au changement de la part des officinaux qui se traduit notamment par des critiques autour du manque de temps ou de la faible rentabilité des services. Ces résistances peuvent s'expliquer par la manière dont a été amenée la Pharmacie clinique par les institutions. En outre, cette réserve s'explique aussi par un manque de confiance des pharmaciens envers les stratégies leur ayant proposé ces missions de Pharmacie clinique tels que la Sécurité Sociale, les syndicats ou bien encore les enseignants. Seul l'hôpital fait figure à l'heure actuelle d'exemple pour l'officine.

La Pharmacie clinique est définie par les participants par une posture associée à l'écoute des patients ainsi que par des actes. Il est étonnant de constater que la dispensation n'est pas associée à la Pharmacie clinique.

Les représentations des pharmaciens d'officine, différant des définitions établies par des institutions, nous amènent à penser que celles-ci doivent être réexpliquées. Le terme de Soins Pharmaceutiques véhiculerait peut-être une image de praticité et d'activités plus adaptées au monde officinal.

Les auteurs déclarent que les travaux décrits n'ont pas impliqué d'expérimentations sur les patients, sujets ou animaux.

Consentement éclairé et confidentialité des données : les auteurs déclarent avoir obtenu le consentement éclairé écrit des patients et/ou des sujets auxquels ils font référence dans cet article et déclarent également que l'article ne contient aucune donnée personnelle pouvant identifier le patient ou le sujet. L'ensemble des auteurs attestent du respect des critères de l'International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE) en ce qui concerne leur contribution à l'article.

Financement : cette étude n'a reçu aucun financement spécifique d'une agence publique, commerciale ou à but non lucratif.

Déclaration de liens d'intérêts : les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

Références

- [1] Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires; 2009.
- [2] Allenet B, Juste M, Mouchoux C, Collomp R, Pourrat X, Varin R, et al. De la dispensation au plan pharmaceutique personnalisé : vers un modèle intégratif de pharmacie clinique. *Pharmacien Hosp Clin* 2019;54:56-63. <http://dx.doi.org/10.1016/j.phclin.2018.12.003>.
- [3] Brion F, Aulagner G. *Pharmacie Clinique à l'officine*. Maloine; 2018.
- [4] Dreischulte T, Fernandez-Llimos F. Current perceptions of the term Clinical Pharmacy and its relationship to Pharmaceutical Care: a survey of members of the European Society of Clinical Pharmacy. *Int J Clin Pharm* 2016;38:1445-56. <http://dx.doi.org/10.1007/s11096-016-0385-3>.
- [5] van Mil JWF, Mcelnay J, Jong-Van Den Berg LW, Tromp FJ. The challenges of defining pharmaceutical care on an international level. *Int J Pharm Pract* 1999;7:202-8. <http://dx.doi.org/10.1111/j.2042-7174.1999.tb00971.x>.
- [6] van Mil JWF, Schulz M. A review of Pharmaceutical Care in Community Pharmacy in Europe. *Health Highlight* 2006;7:155-68.
- [7] Allemann SS, van Mil JWF, Botermann L, Berger K, Griesse N, Hersberger KE. Pharmaceutical Care: the PCNE definition 2013. *Int J Clin Pharm* 2014;36:544-55. <http://dx.doi.org/10.1007/s11096-014-9933-x>.
- [8] American Society of Health-System Pharmacists. *ASHP Statement on Pharmaceutical Care. Medication Therapy and Patient Care. Organization and Delivery of Services-State-ments*; 1993p. 1720-3.
- [9] Perraudin C, Bugnon O, Pelletier-Fleury N. Expanding professional pharmacy services in European community setting: Is it cost-effective? A systematic review for health policy considerations. *Health Pol* 2016;120:1350-62. <http://dx.doi.org/10.1016/j.healthpol.2016.09.013>.
- [10] *Ordre National des Pharmaciens. La Pharmacie Clinique. Cah Ordre Nat Pharm* 2018;13:28.
- [11] Imfeld-Isenegger TL, Soares IB, Makovec UN, Horvat N, Kos M, van Mil F, et al. Community pharmacist-led medication review procedures across Europe: characterization, implementation and remuneration. *Res Soc Administr Pharm* 2019. <http://dx.doi.org/10.1016/j.sapharm.2019.11.002>.
- [12] Canadian Pharmacists Association. *Pharmacists Scope of Practice Canada*. Can Pharma Assoc n.d. <https://www.pharmacists.ca/pharmacy-in-canada/scope-of-practice-canada/> (accessed April 29, 2020).
- [13] Vo TH, Bardet J-D, Charpiat B, Leyrissoux C, Gravoulet J, Allenet B, et al. Validation of a tool for reporting pharmacists' interventions in everyday community pharmacy. *J Clin Pharm Ther* 2018;43:240-8. <http://dx.doi.org/10.1111/jcpt.12642>.
- [14] Arrêté du 24 juin 2016 portant approbation des avenants 8 et 9 à la convention nationale du 4 mai 2012, organisant les rapports entre les pharmaciens titulaires d'officine et l'assurance maladie. n.d.
- [15] Arrêté du 28 novembre 2014 portant approbation des avenants nos 3, 4 et 5 à la convention nationale du 4 mai 2012 organisant les rapports entre les pharmaciens titulaires d'officine et l'assurance maladie n.d.
- [16] *Société Française de Pharmacie Clinique. Préconisations pour la pratique des bilans partagés de médication*; 2017.
- [17] Lehmann A, Janoly-Dumenil A, Baudrant-Boga M, Allenet B. Pharmacien et éducation thérapeutique du patient : quelles pratiques sur le territoire français ? *Pharma Hosp Clin* 2016;51:9-16. <http://dx.doi.org/10.1016/j.phclin.2015.08.004>.
- [18] Marsan C. *Réussir le changement: comment sortir des blocages individuels et collectifs ?*. Bruxelles: De Boeck; 2008.
- [19] Tanty A. *Étude des freins au déploiement de la pharmacie clinique en France - La Pharmacie Clinique Française, une crise identitaire ?*. Thèse de Master. Université Grenoble Alpes; 2018.
- [20] Santiago Delefosse M, Carral M del R. *Les méthodes qualitatives en psychologie et sciences humaines de la santé*. Malakoff: Dunod; 2017.
- [21] Reyes G. *Le métier de pharmacien titulaire d'officine face à l'incertitude du marché de la santé*. *RIMHE* 2013;8:88-104.
- [22] Assurance Maladie. *Honoraires de dispensation, transfert de marge : c'est parti !*; 2020, <https://www.ameli.fr/pharmacien/actualites/honoraires-de-dispensation-transfert-de-marge-cest-parti> (accessed January 19, 2020).

M-C Rousseau, J-D Bardet, B. Bellet, B. Allenet

- [23] Joncourt J. Le bilan de médication à l'officine : étude pilote auprès de 41 pharmacies en vue de leur implantation en routine. Thèse de Pharmacie. Université Grenoble Alpes; 2017.
- [24] Folco J-P. Mécanique et modèles économiques en officine : contribution pour une nouvelle rémunération. Thèse de Pharmacie. Université Grenoble Alpes; 2010.
- [25] Vroom V. Work and Motivation. 1st ed. New York: Wiley; 2008.
- [26] Adams JS. Toward an understanding of inequity. J Abnor Soc Psychol 1963;67:422-36. <http://dx.doi.org/10.1037/h0040968>.
- [27] Calop J. Exercer la pharmacie autrement. Paris: Les Éditions Le Moniteur des pharmacies; 2018.
- [28] American College of Clinical Pharmacy. The definition of clinical pharmacy. Pharmacotherapy 2008;28:816-7. <http://dx.doi.org/10.1592/phco.28.6.816>.
- [29] Rodis J, Pruchnicki MC, Casper KA, Bennett MS, Mehta BH. The importance of terminology in the profession of pharmacy. Am J Pharm Educ 2009;73:74.
- [30] vanMil JWF, Fernandez-Llimos F. What is 'pharmaceutical care' in 2013? Pharm Pract 2013;11:1-2.
- [31] The Lewin Group, Burns A. Medication therapy management services: a critical review. J Am Pharma Assoc 2005;45:580-7. <http://dx.doi.org/10.1331/1544345055001328>.
- [32] Gendre T. Attentes des patients vis-à-vis de la pharmacie d'officine : critères de choix d'une officine et de satisfaction des patients. Thèse de Pharmacie. Université de Lorraine; 2015.
- [33] Allenet B. Pour que l'éducation thérapeutique du patient devienne pour le pharmacien une posture de travail. Ann Pharm Fr 2012;70:53-7. <http://dx.doi.org/10.1016/j.pharma.2011.11.006>.
- [34] Huon J-F, Roux C, Pourrat X, Conort O, Ferrera F, Janoly-Dumenil A, et al. Entretien pharmaceutique : création d'un outil de synthèse des objectifs par la Société Française de Pharmacie Clinique. Pharma Hosp Clin 2019;54:417-23. <http://dx.doi.org/10.1016/j.phclin.2019.09.004>.
- [35] D'Amour D, Ferrada-Videla M, San Martin Rodriguez L, Beaulieu M-D. The conceptual basis for interprofessional collaboration: core concepts and theoretical frameworks. J Interprof Care 2005;19:116-31. <http://dx.doi.org/10.1080/13561820500082529>.
- [36] Bardet J-D, Vo T-H, Bedouch P, Allenet B. Physicians and community pharmacists collaboration in primary care: a review of specific models. Res Social Adm Pharm 2015;11:602-22. <http://dx.doi.org/10.1016/j.sapharm.2014.12.003>.