



Coopération entre médecins généralistes et pharmaciens : une revue systématique des études quantitatives

P. Michot, O. Catala, I. Supper, O. Boulieu, Y. Zerbib, C. Colin, L. Letrilliart

Département de médecine générale, Université de Lyon 1

Introduction

- **Nécessité de réorganiser les soins primaires**

- pour des raisons démographiques (population et professions de santé)
- et économiques (Assurance Maladie et officines)

- **Réflexion sur la coopération entre professionnels de santé (HAS & ONDPS)**

- 2003 : développer les coopérations entre les différentes professions de santé
- 2006 : 5 expérimentations sur le transfert d'actes médicaux aux paramédicaux
- 2008 : recommandations pour la généralisation des nouvelles formes de coopération

▪ La loi HPST (2009)

- extension du principe de coopération aux médecins, aux professions paramédicales et aux pharmaciens
- nouvelles missions pour les pharmaciens d'officine (articles 36 et 38)

▪ Le rapport Rioli (2009)

- liste d'applications concrètes (« rendez-vous santé à l'officine », « entretien pharmaceutique », « pharmacien correspondant »)
- proposition de financement de ces nouvelles missions par les régimes obligatoires et complémentaires

Objectif

Evaluer l'efficacité des coopérations entre médecins généralistes et pharmaciens de ville à partir d'une revue systématique des articles publiés sur ce thème

Méthodes

▪ Revue de la littérature internationale

- Equation : (« family physician* » OU « general practitioner* »)
ET « pharmacist* »
- Bases bibliographiques : Pubmed (154 articles), Cochrane (17 articles) et Pascal (37 articles)

▪ Critères d'inclusion

- français ou anglais
- essais cliniques randomisés avec résultats publiés
- réalisés en soins primaires
- comparant le rôle des acteurs

■ Analyse des articles

- pays et année de publication
- intervention et résultats
- qualité des essais
 - score de Jadad
 - intention de traiter
- modèles de coopération
 - collaboration ou substitution
- limites

Résultats

■ 22 études

- réalisées aux Pays-Bas (5), Royaume-Uni (4), Australie (4), Canada (4), Etats-Unis (3), Nouvelle-Zélande (1) et Finlande (1)

- 20 publiées depuis 2002

■ Concernant principalement

- les problèmes cardio-métaboliques

- HTA (4), hypercholestérolémie (2), traitements anticoagulants (2), diabète de type 2 (1), tabagisme (1)

- ou la prescription médicamenteuse

- problèmes de prescription (6), d'observance (1), de compréhension du traitement (1)

Hypertension artérielle

Pays, Année	Intervention du pharmacien	Résultat principal
Pays-Bas, 2010	Gestion de la surveillance électronique de l'observance	PAS (mmHg) : -12 PAD (mmHg) : -6 NS
Australie, 2010	Gestion de l'HTA	PAS (mmHg) : -10,0 vs -4,6 p<0,001
Royaume- Uni, 2005	Gestion de l'HTA	Patients ayant atteint la PA cible : 80% vs 40% ; p<0,001
Etats-Unis, 2000	Education à l'autocontrôle et surveillance de l'HTA	PA systolique (mmHg) : -17,1 vs -7,0 PA diastolique (mmHg) : -10,5 vs -3,8 p<0,05

Problèmes de prescription médicamenteuse

Pays, Année	Intervention du pharmacien	Résultat principal
Pays-Bas, 2011	Revue des traitements	Problèmes corrigés à 6 mois : 29% vs 5% ; p<0,01
Pays-Bas, 2009	Revue des traitements	Problèmes corrigés à 4 mois : 20,3% vs 4% ; p<0,05
Finlande, 2009	Revue des traitements	Patients avec problèmes de prescription confirmés par le médecin généraliste : 17% vs 8% ; p=0,04
Pays-Bas, 2007	Revue des traitements puis transmission par lettre (G1) ou groupe de travail (G2)	Nb de recommandations / patient : G1=2,0 vs G2=2,2 ; p=0,06 Proportion de médecins jugeant le traitement optimal : G1=14,8% vs G2=24,3% ; p<0,05
Royaume-Uni, 2006	Revue des traitements en maison de retraite	Nb moyen de traitements modifiés : 6,1 vs 2,4 ; p<0,001 Nb de chute / patient / an : 0,8 vs 1,3 ; p<0,001
Canada, 2003	Consultation + revue des traitements, patients ≥ 65 ans	Nb d'unités standards de traitements / patients / jour : 12,4 vs 12,2 ; NS

Hypercholestérolémie

Pays, Année	Intervention du pharmacien	Résultat principal
Canada, 2010	Gestion des traitements	Diminution du LDLc (mmol/L) à 12 mois : -1,1 vs -0,9 ; NS
Australie, 2004	Consultation mensuelle pour éducation et gestion du traitement	Diminution cholestérolémie totale à 6 mois (mmol/L) : -0,7 vs -0,3 ; p<0,005

Gestion des AVK

Pays, Année	Intervention du pharmacien	Résultat principal
Canada, 2008	Gestion du traitement anticoagulant	Nombre de complications hémorragiques à 12 mois : NS
Australie, 2004	Consultation précoce et gestion du traitement	Proportion d'événements hémorragiques à 3 mois : 25% vs 53% ; p=0,009

Autres études

Pays, Année	Intervention du pharmacien	Résultat principal
Etats-Unis, 2010	Gestion des traitements du diabète de type 2	Patients ayant une HbA1c < 7% à 30 jours : 43,3% vs 37,7% ; p=0,1
Etats-Unis, 2010	Conseil au sevrage tabagique	Intention de sevrage à 12 mois : 9,7% vs 52,9% ; p<0,001
Canada, 2009	Pré-consultation de patients ≥ 50 ans « fragiles »	Amélioration d'un score composite de qualité des soins des malades chroniques : +0,1 vs +0,001 ; p<0,001
Royaume-Uni, 2008	Gestion du traitement antalgique de la gonalgie	Amélioration d'un score d'autoévaluation douleur / impotence (WOMAC) : p<0,05
Pays-Bas, 2002	Consultation + remise de vidéo explicative sur un traitement antidépresseur	Score prédictif d'observance (DAI) : 14,2 vs 9,7 ; p=0,03

Modèles de coopération

▪ Collaboration (14 études)

- Revue des traitements
- Consultation en amont du renouvellement des traitements (médicamenteux)
- Intervention d'éducation (à la santé ou thérapeutique)
- Suivi d'une pathologie chronique

▪ Substitution (8 études)

- Conseil au sevrage tabagique
- Remise de documents d'information lors de l'instauration d'un traitement
- Gestion de pathologies chroniques ou de symptôme isolé

▪ Pas de supériorité d'un des deux modèles

Discussion

■ Synthèse des résultats

- 22 études récentes, aucune publiée en France
- bénéfice à l'intervention du pharmacien dans 16 études
 - pour équilibrer l'HTA
 - pour corriger les problèmes de prescription

■ Résultats incertains ou contradictoires

- gestion du diabète de type 2 : délai très court de l'évaluation (30 jours)
- équilibre de l'INR sous AVK : prise en charge précoce (< 8 jours) ou non
- gestion de l'hypercholestérolémie : LDLc minime au moment de l'inclusion pour l'une des deux études

Facteurs conditionnants

▪ Facteurs liés aux pharmaciens

- manque de temps
- manque de locaux adaptés (problème de confidentialité, parfois sous-estimé)
- manque de confiance en leur propre capacité à convaincre les médecins généralistes à coopérer
- prêts à intervenir dans la gestion des maladies chroniques, sans pour autant assumer le rôle de référent
- risque de conflit d'intérêt
- responsabilité juridique

▪ Opinion des médecins généralistes

- reconnaissance de l'expertise pharmacologique, mais réduction à un rôle d'assistant pour la gestion des maladies chroniques
- crainte de concurrence par certains

▪ Effet d'apprentissage

- pour l'esprit d'équipe
- et la reconnaissance du rôle de chacun

Perspectives

- **Amérique du Nord** (Pearson, CMAJ, 2007)
 - **Etats-Unis** : gestion des traitements par les pharmaciens possible dans 40 états
 - **Canada**
 - prescription par les pharmaciens à l'hôpital
 - prescription de contraception d'urgence en ville
- **Europe** (Hugues, Pharm World Sci, 2010)
 - Pays les plus avancés pour la dispensation de soins directs par les pharmaciens
 - Irlande
 - Belgique et Allemagne
 - **Royaume-Uni** : renouvellement des traitements par le pharmacien depuis 2001
 - **Suisse** : cercles de qualité médecins - pharmaciens
- **France** :
 - convention nationale entre les pharmaciens d'officine et l'Assurance Maladie (mai 2012) : rémunération forfaitaire pour surveillance des AVK

Limites

▪ Confrontation aux revues antérieures

- méta-analyse de Santschi (restreinte aux FRCV, essais randomisés ou non, collaboration avec médecins généralistes ou infirmières, non distinction des modèles de coopération)
- méta-analyse de Chisholm-Burns (essais randomisés ou non, sans comparaison avec les médecins généralistes)

▪ Critères de jugement intermédiaires

- critères de procédure (proportion de problèmes de prescription)
- critères subjectifs (souhait de sevrage ou satisfaction du médecin généraliste)
- aucune analyse économique comparative

▪ Possibilité d'un biais de publication

Conclusion

- La revue des traitements et la gestion de certaines maladies cardio-métaboliques par le pharmacien peuvent limiter les problèmes de prescription et améliorer certains critères biologiques
- Nécessité de surmonter certaines contraintes pratiques et éthiques
 - aménagement des locaux
 - formation appropriée des pharmaciens
 - communication régulière avec le médecin traitant
- Pas de supériorité d'un modèle de coopération (collaboration vs substitution)
 - préférence des généralistes et des pharmaciens pour la collaboration dans un premier temps