

ACADÉMIE D'ORLÉANS-TOURS
UNIVERSITÉ DE TOURS

FACULTE DE PHARMACIE « Philippe-Maupas »

Année 2018-2019

N° 75

THÈSE D'EXERCICE

Pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE

Par

GLOTIN Fanny, née le 28/06/94 à Villeneuve Saint Georges

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 30 août 2019

La place du pharmacien d'officine au sein des maisons de santé
pluriprofessionnelles

JURY

Président : M. Lanotte Philippe, pharmacien, Professeur universitaire,
Praticien Hospitalier, Faculté de pharmacie de Tours

Membres :

- M. Juste Matthieu, pharmacien, maitre de conférences des universités, faculté de pharmacie de Tours
- M. Prioux Antoine, pharmacien, titulaire de la pharmacie de Bugeat
- Mme Morvan Laetitia, pharmacien, doctorante à l'école doctorale DGEF, université de Bourgogne, Dijon

ANNEE : 2018 - 2019

Directrice : Pr Véronique MAUPOIL

Directeur Adjoint : M. Hervé MARCHAIS

Assesseurs : Pr Daniel ANTIER, M. Matthieu JUSTE, Pr Karine MAHEO, Mme Audrey OUDIN

ENSEIGNANTS

18 PROFESSEURS

ALLOUCHI	Hassan	CHIMIE PHYSIQUE
ANTIER	Daniel	PHARMACIE CLINIQUE
BARIN	Francis	MICROBIOLOGIE-IMMUNOLOGIE-BIOEPIDEMIOLOGIE
BRAND	Denys	MICROBIOLOGIE-IMMUNOLOGIE-BIOEPIDEMIOLOGIE
CHEVALIER	Stéphane	BIOCHIMIE GENERALE & BIOTHERAPIE
CHOURPA	Igor	CHIMIE ANALYTIQUE & HYDROLOGIE
DIMIER-POISSON	Isabelle	IMMUNOLOGIE PARASITAIRE
DOMENECH	Jorge	HEMATOLOGIE
EMOND	Patrick	BIOPHYSIQUE & MATHEMATIQUES
ENGUEHARD-GUEIFFIER	Cécile	PHARMACOGNOSIE
GIRAudeau	Bruno	BIOPHYSIQUE & MATHEMATIQUES
GUEIFFIER	Alain	CHIMIE THERAPEUTIQUE
LANOTTE	Philippe	MICROBIOLOGIE-IMMUNOLOGIE-BIOEPIDEMIOLOGIE
MAHEO	Karine	PHYSIOLOGIE
MAUPOIL-DAVID	Veronique	PHARMACOLOGIE
POUPLARD	Claire	HEMATOLOGIE
THIBAUT	Gilles	MICROBIOLOGIE-IMMUNOLOGIE-BIOEPIDEMIOLOGIE
VIAUD-MASSUARD	Marie-Claude	CHIMIE ORGANIQUE

2 PROFESSEURS EMERITES

AGAFONOV	Viatcheslav	CHIMIE PHYSIQUE
GUILLOTEAU	Denis	BIOPHYSIQUE & MATHEMATIQUES

39 MAITRES DE CONFERENCES

ALLARD-VANNIER	Emilie	PHARMACIE GALENIQUE
ARLICOT	Nicolas	BIOPHYSIQUE & MATHEMATIQUES
AUBREY	Nicolas	BIOCHIMIE GENERALE & BIOTHERAPIE
BAKRI	Françoise	HYGIENE SANTE PUBLIQUE & TOXICOLOGIE
BESSON	Pierre	PHYSIOLOGIE
BONNIER	Franck	CHIMIE ANALYTIQUE & HYDROLOGIE
BOUDESOCQUE-DELAYE	Leslie	PHARMACOGNOSIE
BOUVIN-PLY	Mélanie	MICROBIOLOGIE-IMMUNOLOGIE-BIOEPIDEMIOLOGIE
BRAIBANT	Martine	MICROBIOLOGIE-IMMUNOLOGIE-BIOEPIDEMIOLOGIE
BREDELOUX	Pierre	PHARMACOLOGIE
CLASTRE	Marc	BIOLOGIE CELLULAIRE & BIOCHIMIE VEGETALE
DAVID	Stéphanie	PHARMACIE GALENIQUE
DEBIERRE-GROCKIEGO	Françoise	IMMUNOLOGIE PARASITAIRE

DELAYE	Pierre-Olivier	CHIMIE THERAPEUTIQUE
DENEVAULT	Caroline	CHIMIE THERAPEUTIQUE
DOUZIECH-EYROLLES	Laurence	CHIMIE ANALYTIQUE & HYDROLOGIE
DUMAS	Jean-François	BIOCHIMIE GENERALE ET BIOTHERAPIE
GERMON	Stéphanie	IMMUNOLOGIE PARASITAIRE
GLEVAREC	Gaëlle	BIOLOGIE CELLULAIRE & BIOCHIMIE VEGETALE
HERVE-AUBERT	Katel	CHIMIE ANALYTIQUE & HYDROLOGIE
JUSTE	Matthieu	IMMUNOLOGIE PARASITAIRE
LAJOIE	Laurie	MICROBIOLOGIE-IMMUNOLOGIE-BIOEPIDEMIOLOGIE
LANOUE	Arnaud	BIOLOGIE CELLULAIRE & BIOCHIMIE VEGETALE
MARC	Jillian	BIOMOLECULES ET BIOTECHNOLOGIES VEGETALES
MARCHAIS	Hervé	PHARMACIE GALENIQUE
MAVEL	Sylvie	CHIMIE THERAPEUTIQUE
MUNNIER	Emilie	PHARMACIE GALENIQUE
OMBETTA-GOKA	Jean-Edouard	CHIMIE ORGANIQUE
LOUDIN	Audrey	BIOLOGIE CELLULAIRE & BIOCHIMIE VEGETALE
PASQUALIN	Côme	PHARMACOLOGIE
PRIE	Gildas	CHIMIE ORGANIQUE
RESPAUD	Renaud	CHIMIE ANALYTIQUE & HYDROLOGIE
SOUCE	Martin	CHIMIE ANALYTIQUE & HYDROLOGIE
TAUBER	Clovis	BIOPHYSIQUE & MATHEMATIQUES
VELGE-ROUSSEL	Florence	IMMUNOLOGIE PARASITAIRE
VERCOUILLIE	Johnny	BIOPHYSIQUE & MATHEMATIQUES
VERGOTE	Jackie	QUALITÉ ET GESTION DES RISQUES EN SANTÉ
VIERRON	Emilie	BIOPHYSIQUE & MATHEMATIQUES
ZHANG	Bei-Li	PHARMACOLOGIE

1 DIRECTEUR DE RECHERCHE

CHALON	Sylvie	INSERM
--------	--------	--------

2 CHARGES DE RECHERCHE

MEVELEC	Marie-Noëlle	INRA
MOIRE	Nathalie	INRA

1 PRAG

WALTERS-GALOPIN	Susan	ANGLAIS
-----------------	-------	---------

2 AHU

FOUCAULT-FRUCHARD	Laura	PHARMACIE CLINIQUE
MARLET	Julien	MICROBIOLOGIE-IMMUNOLOGIE-BIOEPIDEMIOLOGIE

3 ATER

ADLER	Sophie	BIOLOGIE CELLULAIRE & BIOCHIMIE VEGETALE
MENGUE ASSOUMOU LOUMA	Luce	BIOLOGIE CELLULAIRE & BIOCHIMIE VEGETALE
CORTES	Mélanie	FORMATIONS BIO3



UNIVERSITÉ FRANÇOIS RABELAIS
TOURS

U.F.R. DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES
“PHILIPPE MAUPAS”

SERMENT DE GALIEN

Je jure, en présence des maîtres de la faculté, des conseillers de l'ordre des pharmaciens et de mes condisciples :

D'honorer ceux qui m'ont instruit dans les préceptes de mon art et de leur témoigner ma reconnaissance en restant fidèle à leur enseignement ;

D'exercer, dans l'intérêt de la santé publique, ma profession avec conscience et de respecter non seulement la législation en vigueur, mais aussi les règles de l'honneur, de la probité et du désintéressement ;

De ne jamais oublier ma responsabilité et mes devoirs envers le malade et sa dignité humaine.

En aucun cas, je ne consentirai à utiliser mes connaissances et mon état pour corrompre les mœurs et favoriser des actes criminels.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

Remerciements

Il est difficile de remercier tout le monde car c'est grâce à beaucoup de personnes que j'ai pu terminer cette thèse.

Je voudrais tout d'abord remercier mon directeur de thèse, monsieur Juste pour toute son aide. Pour le temps qu'il m'a consacré et son aide précieuse pour l'élaboration de cette thèse.

Je remercie également Camille Popo qui m'a accompagnée tout au long de mon cursus, de l'inscription en PACES au choix du sujet de ma thèse.

Je tiens à remercier particulièrement monsieur Lanotte pour avoir accepté d'être le président de Jury de ma thèse.

Je remercie également monsieur Prioux et madame Morvan pour l'honneur qu'ils me font d'être dans mon jury de thèse.

Il m'est impossible d'oublier les trois pharmaciens qui m'ont consacrés leur temps pour les interviews, messieurs Prioux, Lermarquis et Labussierre, merci à vous.

Il est important de préciser que cette thèse est l'aboutissement de 22 ans de parcours scolaire. Je peux donc désormais remercier toutes les personnes ayant participé à ce bon déroulement.

Merci à tous les enseignants de la faculté de pharmacie de Tours pour m'avoir fait grandir durant ces 6 années passées à vos côtés. Merci également au service de la scolarité pour le travail qu'ils fournissent pour le bon déroulement de notre cursus universitaire.

Je remercie désormais toute ma famille pour le soutien qu'ils m'ont apportés depuis ma naissance jusqu'à maintenant, leurs conseils avisés et leur aide si précieuse. A mes deux grands-mères qui ont fait tout leur possible pour m'aider dès qu'elles le pouvaient. A mes parents pour les longues heures de fiches, de récitation, de relecture, de réécriture et bien d'autres choses qu'ils m'ont aidé à faire (ou fait entièrement) me permettant d'être là aujourd'hui, docteur en pharmacie. Merci de m'avoir aidé à grandir. En espérant pouvoir être autant présente par la suite. Viennent ensuite Manon et Agnès pour leur soutien et leurs conseils médicaux qu'elles m'ont apportées tout au long de ma vie.

Je souhaite remercier tout particulièrement Olivier Boudinet pour m'avoir épaulé, conseillé, supporté,  coute , motivé et aimé pendant cette fin de parcours universitaire. Tu m'as appris à avoir confiance en moi et à donner le meilleur de moi-même. J'espère pouvoir t'apporter autant dans toute notre vie future. Merci pour tout.

Mes pensées viennent ensuite à Pauline Daridan (alias popo), qui m'a suivi pendant

tout mon parcours scolaire. Voilà bientôt 15 ans que nous ne partageons pas les mêmes études, les mêmes villes, les mêmes amis mais tu as toujours été présente. Dans les bons comme dans les mauvais moments j'ai pu compter sur ton soutien et ton écoute. Sans le savoir tu as énormément fait pour moi et c'est en grande partie grâce à toi qu'il m'est possible de soutenir cette thèse aujourd'hui.

Je remercie ensuite tous mes amis les tourangeaux pour ces 6 années d'études, de fête, de fou rire, de révision et de partiels passés ensembles. Parmi eux Maxime Foreau (alias tata) pour m'avoir supporté (maintenant je peux le dire) en tant que binôme de TP mais également pour avoir été présent pour m'aider lors des partiels, des rattrapages mais aussi dans les fêtes. Ensuite viennent Margot Duceux (alias gogo) et Thomas Gagnol (alias toto), merci pour avoir été notre binôme de binôme, pour avoir supporté toutes ces disputes qui, j'en suis sûre, vous permettent de vous détendre et de ne pas voir que c'était toto qui faisait tout le travail... Merci également à tous mes copains de promo, de PACES et autres très belles rencontres, Alexis, Cyril Mathieu, Thomas C., Jean, Valton, Manon, Maxime B., Jordan, Clément Louis, Rami, Agnès, Delphine, Camille, Clémence et tous les autres, chacun d'entre vous m'a permis d'arriver là aujourd'hui d'une manière ou d'une autre. Merci également à toute la faluche.

Merci à ma famille de faculté (alias famille couscous), tout particulièrement Marie Gandet et mes filleuls Julien Tricard et Eloïse Haddad qui m'ont beaucoup apportés dans mes études comme dans l'amitié.

Merci aux promotions du dessus pour m'avoir montré la voie, qui je l'espère, était là bonne, merci donc à Vicky, Marie, Camille G., Philippe, Bruno, Pierre L., Pierre P. Pierre F. et tant d'autres.

Merci également à mes petits piou piou (ahah) du dessous sur qui j'ai pu me défouler mais qui m'ont tant apportés, Laura, Cécile, Julien, Olivier, Romain, Chloée, Eloïse, Maxence, Gaya et tous les autres.

Je remercie les bordelais pour m'avoir accueillis chez eux pendant cette année d'écriture de thèse. Je remercie tout particulièrement Maïlys Traore (alias faly), merci pour ta gentillesse, ta motivation, ton soutien, ta joie, ton grand cœur, ton maquillage et pour tout le reste. Merci de toujours être là et de tant donner.

Je remercie les limougeaux pour la fête ainsi qu'Olivier Boudinet pour la demi-coquille de pistache et Damien Conceicao pour la bouteille de champagne qu'ils me doivent pour cette thèse.

Mes derniers remerciements vont à l'ensemble des personnes qui se sont déplacées pour assister à ma soutenance, c'est grâce à toutes ces personnes qui m'entourent que j'arrive à surmonter tous les obstacles de la vie.

Table des matières

Remerciements	5
Table des illustrations	12
Introduction	13
1 La coopération interprofessionnelle	15
1.1 Evolution et législation : chronologie du décloisonnement	15
1.1.1 2007 : Définition d'une Maison de Santé pluriprofessionnelle (MSP) et Expérimentation sur les Nouveaux Modes de Rémunération (ENMR)	15
1.1.2 2008 : Lancement des Expérimentations des Nouveaux Modes de Rémunération (ENMR)	15
1.1.3 2009 : Formalisation de la réorganisation entre professionnels et les modalités de prise en charge du patient	16
1.1.4 2010 : Mise en place de la Première Année Commune aux Etudes de Santé (PACES)	17
1.1.5 2011 : Création des sociétés interprofessionnelles de soins ambulatoires (SISA)	18
1.1.6 2011 : Loi relative au compérage entre professionnels de santé	18
1.1.7 2011 : Intégration des pharmaciens dans les MSP	18
1.1.8 2013 : Les étudiants en pharmacie exercent des fonctions hospitalières en collaboration avec l'équipe médicale	19
1.1.9 2015 : Pérennisation du dispositif des Expérimentations des Nouveaux Modes de Rémunération : règlement arbitral (RA)	19
1.1.10 2016 : Création des Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS), les contrats territoriaux de santé, les Equipes de Soins Primaires (ESP) et les Plates-formes Territoriales d'Appui (PTA).	20
1.1.11 2016 : Partage d'informations traçables et sécurisées entre les professionnels de santé : le Dossier Médical Partagé (DMP)	22
1.1.12 2016 : Consentement préalable du patient au partage d'informations entre des professionnels ne faisant pas partie de la même équipe de soins.....	22
1.1.13 2017 : Accord conventionnel interprofessionnel (ACI) relatif aux structures de santé pluriprofessionnelles	23
1.1.14 2017 : Signature de l'avenant numéro 11 de la convention pharmaceutique	24

1.1.15	2018 : Mise en œuvre du Bilan Partagé de Médication (BPM)	25
1.1.16	2018 : plan « Ma santé 2022 »	25
1.1.17	2019 : Mise en place de la dispensation sous protocole par le pharmacien dans un cadre pluriprofessionnel	26
1.2	Importance de la coopération interprofessionnelle	26
1.2.1	Augmentation du nombre de maladies chroniques et vieillissement de la population.....	27
1.2.2	La coopération interprofessionnelle au sein des MSP	27
1.2.3	Exemple du dispositif expérimental Asalée (Action de santé libérale en équipe) 28	
1.2.4	Désertification médicale dans les zones déficitaires et l'égal accès à la santé pour tous.....	29
1.2.5	La continuité des soins	33
1.2.6	Diversification du mode de rémunération.....	34
1.3	La coopération interprofessionnelle à l'étranger.....	34
1.3.1	Etats-Unis	35
1.3.2	Canada : Québec et Ontario	35
1.3.3	Royaume-Uni.....	36
1.3.4	Suisse	36
1.3.5	Pays-Bas.....	37
2	Les maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP)	38
2.1	Définitions.....	38
2.1.1	Equipes de soins primaires (ESP)	38
2.1.2	Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS).....	38
2.1.3	Maison médicale	38
2.1.4	Centre de santé	38
2.1.5	Pôle de santé	39
2.1.6	Maison de santé ou maison de santé pluriprofessionnelle (MSP).....	39
2.1.7	Pluridisciplinarité et pluriprofessionnalité	39
2.1.8	Projet de santé.....	39

2.1.9	Le projet professionnel.....	39
2.1.10	Soins de premier recours ou soins de santé primaire = « <i>Primary Care</i> »	40
2.1.11	Action de santé publique	40
2.1.12	Action de prévention	40
2.1.13	Education à la santé	40
2.2	Etat des lieux.....	41
2.2.1	Chiffres	41
2.2.2	Cartographie	42
2.2.3	Satisfaction des usagers.....	43
2.2.4	Productivité et dépenses.....	44
2.3	Les atouts des MSP	44
2.3.1	Améliorer les conditions d'exercices des professionnels de santé.....	44
2.3.2	Améliorer la qualité de prise en charge des patients	45
2.3.3	Favoriser la prévention et l'éducation de la santé	46
2.4	L'exercice coordonné	47
2.4.1	Coordination par thème, exemple de réalisation de protocoles pluriprofessionnels de soins de premier recours (PPSPR).....	47
2.4.2	Coordination autour d'un cas précis, exemple du protocole ESPREC..	48
2.4.3	Facteurs facilitants et freins	48
2.4.4	Les outils informatiques pour le partage des informations médicales ...	49
2.5	La création.....	51
2.5.1	Le financement	51
2.5.2	Le coordonnateur de MSP	52
2.5.3	Les ressources complémentaires	52
2.5.4	Les étapes	54
3	La place du pharmacien en maison de santé pluriprofessionnelle	55
3.1	Le pharmacien.....	55
3.1.1	La profession du pharmacien.....	55
3.1.2	Informations au patient	56

3.1.3	La dispensation.....	56
3.1.4	Expertise pharmacologique.....	57
3.1.5	Garant de l'accès aux soins de proximité: acteur privilégié du parcours de soins du patient	57
3.1.6	Révolution numérique	60
3.1.7	Management, gestion et formation.....	60
3.2	Les missions du pharmacien	61
3.2.1	Les missions de coopérations.....	61
3.2.2	Les missions du pharmacien au sein d'une officine	66
3.3	Freins à l'installation	70
3.3.1	Manque de temps	71
3.3.2	Manque d'information aux pharmaciens	71
3.3.3	La rémunération de l'activité	71
3.3.4	Manque de personnel	71
3.3.5	La distance et le transfert.....	72
3.3.6	Frais supplémentaires.....	72
3.3.7	Perte d'autonomie et de liberté	72
3.3.8	Perte du statut libéral	72
3.4	Aspect financier	72
3.4.1	Les principes de la transformation de l'économie officinale	72
3.4.2	La pluriprofessionnalité	73
3.4.3	Les nouveaux honoraires de dispensation.....	73
4	Expériences de pharmaciens exerçants en MSP	74
4.1	Choix de la méthode.....	74
4.1.1	Outil de l'enquête	74
4.1.2	Présentation des personnes et des lieux enquêtés.....	74
4.1.3	La réalisation de l'enquête	75
4.1.4	Les limites de l'enquête	76
4.2	L'analyse de l'enquête.....	76
4.2.1	La maison de santé.....	76

4.2.2	La coopération interprofessionnelle	83
4.2.3	La place du pharmacien dans les MSP.....	89
4.2.4	L'avenir de la pharmacie d'officine.....	103
4.3	Synthèse des entretiens	104
5	Conclusion.....	107
6	Bibliographie.....	109
7	Annexes	114
8	Liste des abréviations, sigles et acronymes utilisés	119
	ENGAGEMENT DE NON PLAGIAT	121
	SIGNATURES DU DIRECTEUR DE THESE ET DU DOYEN.....	121

Table des illustrations

Figure 1 : Les maisons de santé en fonctionnement en France au 1er janvier 2013, selon le type d'espace.

Figure 2 : Les MSP en Nouvelle Aquitaine, juin 2018.

Figure 3 : Densité d'officine pour 100000 habitants.

Figure 4 : Accessibilité des pharmacies à moins de 15 minutes par la route.

Figure 5 : Exemple du fonctionnement de dispensation mis en place par Mr Prioux

Introduction

Le travail coopératif au sein du système de santé français est devenu une réalité qui prend une ampleur croissante.

D'une part pour répondre au besoin difficilement satisfait de l'accès aux soins en milieu rural et d'autre part car il permet une plus grande efficacité dans le parcours de soin des patients tout en offrant aux praticiens des conditions de travail plus modernes.

Le plan « ma santé 2022 » annoncé par le président de la république, Emmanuel Macron et la ministre de la santé et de la solidarité Agnès Buzin, encadre cette évolution en incitant à la mise en place de communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS). Il existe cependant déjà un autre système de coordination de soins avec les maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) qui regroupent au sein d'une société interprofessionnelle de soins ambulatoires (SISA) plusieurs types de professionnels de santé.

La mise en place de ces structures peut prendre différentes formes mais le dénominateur commun de ces organisations reste le partage des informations sur un système informatique connecté.

Ce nouveau fonctionnement s'apparente à celui des hôpitaux, la gestion administrative est simplifiée et chaque professionnel de santé peut se concentrer sur son rôle. Cela permet aussi aux jeunes professionnels de santé de s'installer plus facilement dans des milieux sous dotés.

Il existe aujourd'hui deux modèles de développement des officines : le regroupement de plusieurs petites officines pour en faire une plus importante, et l'apport de nouvelles missions en réponse à d'autres besoins de la population comme les bilans de médication partagés ou la dispensation sous protocole.

Cette thèse a pour objectif d'étudier plus en détails le rôle du pharmacien au sein de la MSP afin d'essayer de vérifier que ce mode d'exercice est le mieux adapté à la mise en œuvre des axes de développement des officines tout en améliorant la prise en charge du patient.

Pour traiter ce sujet nous avons tout d'abord fait une recherche bibliographique afin de définir les différents termes et comprendre comment le système de santé s'est progressivement tourné vers un système de coordination. Nous avons ensuite mené

trois entretiens semis-directifs avec des pharmaciens qui ont déjà choisis ce mode de travail en intégrant une MSP.

Après avoir exposé le fonctionnement pratique de la coopération interprofessionnelle et son évolution en France et à l'étranger. Nous focaliserons notre étude sur le pharmacien et ses missions au travers des expériences de Messieurs Prioux, Lemarquis et Labussière.

Nous espérons en définitive que ce travail permettra de convaincre le plus grand nombre de pharmaciens et d'autres professionnels de santé de s'orienter vers un travail en coordination.

1 La coopération interprofessionnelle

1.1 Evolution et législation : chronologie du décloisonnement

La France s'inscrit dans la tendance internationale d'une pratique plus collective des professionnels de santé en ville. La coopération interprofessionnelle est une activité assez récente des professionnels de santé. Elle répond à plusieurs problèmes qui apparaissent progressivement au sein du système de santé.

1.1.1 2007 : Définition d'une Maison de Santé pluriprofessionnelle (MSP) et Expérimentation sur les Nouveaux Modes de Rémunération (ENMR)

C'est en 2006 que naît le terme de « maison de santé », utilisé par des soignants qui souhaitent développer un travail commun et coordonné entre professionnels de santé pour améliorer la prise en charge des patients.

Grâce au soutien de la Haute Autorité de santé (HAS) ainsi qu'au travers de la loi de financement de la sécurité sociale du 19 décembre 2007 pour 2008(1), une première définition des MSP a été inscrite dans l'article L.6323-3 du code de la santé publique:

« Les maisons de santé assurent des activités de soins sans hébergement et peuvent participer à des actions de santé publique ainsi qu'à des actions de prévention et d'éducation pour la santé et à des actions sociales. Les maisons de santé sont constituées entre des professionnels de santé. Elles peuvent associer des personnels médico-sociaux. »

Par ailleurs c'est dans l'article 44 de cette loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 que fut annoncé la mise en place d'une expérimentation sur des nouveaux modes de rémunération permettant de favoriser le travail coordonné des professionnels de santé en « *complétant le paiement à l'acte ou s'y substituant, sur le fondement d'une évaluation quantitative et qualitative de leur activité réalisée à partir des informations transmises par l'organisme local d'assurance maladie dont ils dépendent.* ».

C'est par ces deux nouveaux aspects, légaux et financiers, que le travail pluriprofessionnel va intéresser de plus en plus de professionnels de santé, car il est désormais possible de travailler ensemble tout en gardant son indépendance.

1.1.2 2008 : Lancement des Expérimentations des Nouveaux Modes de Rémunération (ENMR)

Dans la suite des avancées de 2007, le travail coordonné des professionnels de

santé a continué d'être favorisé par une aide financière de l' tat. C'est ainsi qu'en 2008, 100 maisons de santé ont bénéficié d'une telle aide. Celle-ci était accordée en fonction d'un cahier des charges établi par la direction de la sécurité sociale (DSS), la caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) et la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS) qui définit les éléments à respecter pour y prétendre.

1.1.3 2009 : Formalisation de la réorganisation entre professionnels et les modalités de prise en charge du patient

C'est le 21 juillet 2009 qu'a été voté la loi n 2009-879 portant réforme à l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (Loi HPST)(2). Elle a confié aux pharmaciens d'officine de nouvelles missions qui permettent d'insérer la dispensation dans le parcours de santé du patient, à savoir la réalisation d'entretiens pharmaceutiques, la participation aux programmes d'éducation thérapeutique des patients (ETP), la présence d'un pharmacien référent pour les établissements d'hébergement des personnes âgées dépendantes (EHPAD) ne disposant pas de pharmacie à usage intérieur et la mission du pharmacien correspondant dans le cadre de protocoles de coopération avec des médecins.

Dans l'article 39 de cette loi, l'article L-6323-3 du code de la santé publique va compléter la définition d'une maison de santé :

« Les maisons de santé assurent des activités de soins sans hébergement et peuvent participer à des actions de santé publique ainsi qu'à des actions de prévention et d'éducation pour la santé et à des actions sociales. Les maisons de santé sont constituées entre des professionnels médicaux et des auxiliaires médicaux. Elles peuvent associer des personnels médico-sociaux. Les professionnels médicaux et auxiliaires médicaux exerçant dans une maison de santé élaborent un projet de santé, témoignant d'un exercice coordonné et conforme aux orientations des schémas régionaux mentionnés à l'article L. 1434-2. Tout membre de la maison de santé adhère à ce projet de santé. Celui-ci est transmis pour information à l'agence régionale de santé ».

On constate donc que vont apparaître les notions de projet de santé commun ainsi que leur rapprochement avec les ARS.

C'est donc logiquement que peu après, dans l'article 51 de cette même loi, sont établies les conditions juridiques, économiques et de formations pour la coopération entre professionnels de santé. Les professionnels doivent communiquer leur protocole de coopération au directeur général de l'Agence Régionale de Santé (ARS) qui autorise la mise en œuvre après avis conforme de la Haute Autorité de Santé

(HAS).

Une étude a été menée cinq ans plus tard pour observer les conditions de mise en œuvre en Aquitaine des missions accordées aux pharmaciens d'officine grâce à cette loi, intitulée « Missions de coopération introduites par la loi « hôpital, patients, santé et territoires » : participation des pharmaciens d'officine en Aquitaine » (3) (sortie en 2017).

Si on s'intéresse aux résultats et plus précisément à l'identification des freins à la coopération interprofessionnelles, cette étude établie clairement l'intérêt de la place des pharmaciens dans ce type projet et conclue par :

« Les résultats de cette enquête montrent la capacité d'engagement des pharmaciens dans ces missions et suggèrent qu'une meilleure diffusion de l'information et la reconnaissance par une rémunération faciliteraient leur implication. La mise en place des honoraires pharmaceutiques et l'élargissement de la population cible des entretiens pharmaceutiques contribuent à l'évolution des activités réalisées à l'officine et au renforcement de l'engagement du pharmacien comme acteur du parcours de soins du patient. »

1.1.4 2010 : Mise en place de la Première Année Commune aux Etudes de Santé (PACES)

C'est dans la même lignée d'avancée pour un travail commun et coordonnée des professionnels de santé que les études de santé vont être aussi impactées.

En effet, la rentrée 2010-2011 voit la formation interprofessionnelle des professionnels de santé débiter au sein de la PACES. Celle-ci regroupe quatre professions : médecine, odontologie, pharmacie et maïeutique.

Cette formation regroupée est indispensable pour l'évolution collective du mode de travail des professionnels de santé et pour appréhender l'importance de la prise en charge du patient dans sa globalité. Auparavant, les formations se déroulaient sans relation avec les autres professionnels de santé ce qui creusait un fossé entre elles et un frein pour les pratiques collaboratives.

Une étude concernant cette formation interprofessionnelle a été menée auprès d'étudiants dans « une formation interprofessionnelle pour apprendre à travailler ensemble. La perception des étudiants en santé »(4). Cette étude met en évidence le désir des étudiants à travailler ensemble afin de partager leurs compétences.

1.1.5 2011 : Création des sociétés interprofessionnelles de soins ambulatoires (SISA)

Un socle ayant été établi pour le travail coordonné des professionnels de santé, il n'y avait plus qu'à enrichir le cadre légal et financier pour ces projets coopératifs.

C'est ainsi que les SISA ont été créées par la loi n 2011-940 du 10 août 2011, dite loi Fourcade, modifiant certaines dispositions de la loi HPST (2009)(2) pour permettre aux structures d'exercice coordonnée pluriprofessionnelles de percevoir collectivement des subventions dans un cadre juridique et fiscal sécurisé, visant à rémunérer les activités réalisées en commun par les professionnels de santé y exerçant. Ce nouveau mode juridique encourage l'exercice regroupé pour les professionnels de santé.

Ces sociétés peuvent être constituées entre des personnes physiques exerçant une profession médicale, d'auxiliaire médical ou de pharmacien et ont pour objet :

- La mise en commun de moyens pour faciliter l'exercice de l'activité professionnelle de chacun de ses associés.
- L'exercice en commun, par ses associés d'activités de coordination thérapeutique, d'éducation thérapeutique ou de coopération entre les professionnels de santé.

Le 23 mars 2012 le décret n 2012-407 précise les activités pouvant être exercées en commun dans les SISA et définit les mentions obligatoires devant figurer aux statuts de ces sociétés : l'identité des associés, leur compétence, leurs apports et le capital social de la société.

1.1.6 2011 : Loi relative au compérage entre professionnels de santé

En parallèle de la création des SISA, la loi Fourcade du 10 août 2011 créée l'article L4043-1 du Code de la santé publique(5) afin de fixer les règles de coopération entre les professionnels de santé au sein d'une SISA. Ainsi, du fait de leur appartenance à une même société ils ne peuvent être accusés de compérage.

« Les activités exercées en commun conformément aux statuts de la société ne sont pas soumises à l'interdiction de partage d'honoraires au sens du présent code. Les associés d'une société interprofessionnelle de soins ambulatoires ne sont pas réputés pratiquer le compérage du seul fait de leur appartenance à la société et de l'exercice en commun d'activités conformément aux statuts. »

1.1.7 2011 : Intégration des pharmaciens dans les MSP

Pour finir avec la loi Fourcade de 2011, celle-ci va promettre une grande avancée en

introduisant les pharmaciens dans les MSP par la modification de l'article L.6323-3 du Code de la santé publique, pour aboutir à une nouvelle définition d'une maison de santé pluriprofessionnelle :

« La maison de santé est une personne morale constituée entre les professionnels médicaux, auxiliaires médicaux ou pharmaciens.

Ils assurent des activités de soins sans hébergement de premier recours au sens de l'article L.4111-11 et, le cas échéant, de second recours au sens de l'article L.1411-12 et peuvent participer à des actions de santé publique , de prévention, d'éducation pour la santé et à des actions sociales dans le cadre de projet de santé qu'ils élaborent et dans le respect d'un cahier des charges déterminé par arrêté du ministre chargé de la santé.

Le projet de santé est compatible avec les orientations des schémas régionaux mentionnés à l'article L.1434-2. Il est transmis pour information à l'agence régionale de santé. Ce projet de santé est signé par chacun des professionnels de santé membres de la maison de santé. Il peut également être signé par toute personne dont la participation aux actions envisagées est explicitement prévue par le projet de santé. »

C'est à partir de cette date que les pharmaciens ont eu le droit d'intégrer une MSP.

1.1.8 2013 : Les étudiants en pharmacie exercent des fonctions hospitalières en collaboration avec l'équipe médicale

L'arrêté du 8 avril 2013 relatif au régime des études en vue du premier et du deuxième cycle des études médicales rappelle que les étudiants en pharmacie doivent exercer des fonctions hospitalières en collaboration avec l'équipe médicale au sein de leur parcours étudiant. En continuité avec la PACES cette réforme permet d'obtenir une meilleure connaissance des autres professions médicales.

1.1.9 2015 : Pérennisation du dispositif des Expérimentations des Nouveaux Modes de Rémunération : règlement arbitral (RA)

Le 1^{er} décembre 2014, l'institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES) publie une évaluation des ENMR en France(6). Elle conclue à un impact positif de l'exercice regroupé. Il n'y a pas de réel impact des forfaits ENMR mais il y a une réelle importance de la dimension compensatoire par l'encouragement de ces forfaits.

Par la suite, le 23 février 2015 est publié au journal officiel l'arrêté portant approbation du règlement arbitral applicable aux structures de santé

pluriprofessionnelles de proximité. Celui-ci vise à pérenniser les expérimentations sur le nouveau mode de rémunération. Il régit les relations entre les caisses d'assurance maladie, les agences régionales de santé et les équipes et structures concernées. Il encourage le développement du travail en équipe pour favoriser l'accès aux soins. Il indique les critères à respecter pour déclencher la rémunération socle ou optionnelle dans trois domaines : l'accès aux soins, le travail en équipe pluri-professionnelle et le système d'information.

1.1.10 2016 : Création des Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS), les contrats territoriaux de santé, les Equipes de Soins Primaires (ESP) et les Plates-formes Territoriales d'Appui (PTA).

C'est 5 ans après la loi Fourcade que vont être introduites de nouvelles notions, au travers de la loi n°2016-41 de modernisation de notre système de santé(7) du 26 janvier 2016 comportant plusieurs articles :

- L'article 64 : instauration des équipes de soins primaires (ESP) par ajout à l'article L.1411-11 du code de la santé publique l'article L.1411-11-1 suivant :

« Une équipe de soins primaires est un ensemble de professionnels de santé constitué autour de médecins généralistes de premier recours, choisissant d'assurer leurs activités de soins de premier recours définis à l'article L. 1411-11 sur la base d'un projet de santé qu'ils élaborent. Elle peut prendre la forme d'un centre de santé ou d'une maison de santé. »

L'équipe de soins primaires contribue à la structuration des parcours de santé. Son projet de santé a pour objet, par une meilleure coordination des acteurs, la prévention, l'amélioration et la protection de l'état de santé de la population, ainsi que la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé. »

- L'article 65 : instauration des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) par création de l'article L.1434-12 du code de la santé publique :

« Afin d'assurer une meilleure coordination de leur action et ainsi concourir à la structuration des parcours de santé mentionnés à l'article L. 1411-1 et à la réalisation des objectifs du projet régional de santé mentionné à l'article L. 1434-1, des professionnels de santé peuvent décider de se constituer en communauté professionnelle territoriale de santé. »

La communauté professionnelle territoriale de santé est composée de professionnels de santé regroupés, le cas échéant, sous la forme d'une ou de plusieurs équipes de soins primaires, d'acteurs assurant des soins de premier ou de deuxième recours, définis, respectivement, aux articles L. 1411-11 et L. 1411-12 et d'acteurs médico-

sociaux et sociaux concourant à la réalisation des objectifs du projet régional de santé.

Les membres de la communauté professionnelle territoriale de santé formalisent, à cet effet, un projet de santé, qu'ils transmettent à l'agence régionale de santé.

Le projet de santé précise en particulier le territoire d'action de la communauté professionnelle territoriale de santé.

A défaut d'initiative des professionnels, l'agence régionale de santé prend, en concertation avec les unions régionales des professionnels de santé et les représentants des centres de santé, les initiatives nécessaires à la constitution de communautés professionnelles territoriales de santé. »

Les CPTS s'organisent autour de la population d'un territoire alors que les ESP se structurent autour d'une patientèle.

Cet article instaure également l'article L.1434-13 du code de la santé publique concernant les contrats territoriaux de santé. Ces contrats peuvent être conclus par les ESP, les CPTS et l'agence régionale de santé pour définir l'action assurée par ses signataires, leurs missions et leurs engagements, les moyens qu'ils y consacrent et les modalités de financement, de suivi et d'évaluation.

- L'article 74 : instauration des plates-formes territoriales d'appui (PTA) à la coordination des parcours de santé complexes (nécessité d'intervention de plusieurs professionnels de santé, sociaux ou médico-sociaux). C'est une équipe pluri-professionnelle qui apporte son aide aux professionnels de santé qui font face à une situation complexe dans la prise en charge ou l'accompagnement d'une personne, quel que soit l'âge, la pathologie ou le handicap. Cette plate-forme peut également apporter une aide opérationnelle et logistique aux projets des professionnels de santé pour des pratiques et initiatives professionnelles en matière d'organisation et de sécurité des parcours, d'accès aux soins et de coordination.

Tous ces nouveaux dispositifs sont mis en place au service de la coordination en santé pour une meilleure prise en charge du patient tout au long de son parcours de soins.

- Article 118 : Dernière modification de l'article L.6323-3 du code de la santé publique permettant d'ajouter à la définition d'une maison de santé pluriprofessionnelle un paragraphe concernant les maisons de santé pluriprofessionnelles universitaires :

« Une maison de santé pluriprofessionnelle universitaire est une maison de santé,

ayant signé une convention tripartite avec l'agence régionale de santé dont elle dépend et un établissement public à caractère scientifique, culturel et professionnel comportant une unité de formation et de recherche de médecine, ayant pour objet le développement de la formation et la recherche en soins primaires. Les modalités de fonctionnement, d'organisation et d'évaluation de ces maisons de santé pluriprofessionnelles universitaires sont fixées par arrêté conjoint des ministres chargés de la santé et de l'enseignement supérieur. »

1.1.11 2016 : Partage d'informations traçables et sécurisées entre les professionnels de santé : le Dossier Médical Partagé (DMP)

Comme vu lors des 10 années passées depuis la naissance des MSP, les professionnels de santé n'ont cessé d'exprimer leur volonté d'un travail coordonné et coopératif dans l'intérêt des patients. Il était donc évident pour eux de prendre le virage du numérique et de s'en servir comme outil efficient pour leur pratique professionnelle.

C'est dans cette optique que le décret n°2016-914 du 4 juillet 2016 définit le DMP comme étant « *un dossier médical numérique destiné à favoriser la prévention, la qualité, la continuité et la prise en charge coordonnée des soins des patients* ». Ce dossier regroupera un grand nombre d'informations autour du patient pour favoriser la coordination, la qualité et la continuité des soins entre tous les professionnels de santé, en ville comme à l'hôpital.

1.1.12 2016 : Consentement préalable du patient au partage d'informations entre des professionnels ne faisant pas partie de la même équipe de soins

Comme vu précédemment avec les avancées numériques et l'importance des données informatiques, il a donc fallu encadrer les pratiques afin de sécuriser les données de santé des patients en leur redonnant la main sur celles-ci, c'est pourquoi le décret n°2016-1349 du 10 octobre 2016 précise l'importance du consentement du patient pour le partage d'informations.

Cependant, dans une maison de santé, que cela soit par l'intermédiaire du logiciel partagé et/ou de l'appartenance au même projet de soin, ce consentement n'est pas nécessaire du fait du statut juridique.

1.1.13 2017 : Accord conventionnel interprofessionnel (ACI) relatif aux structures de santé pluriprofessionnelles

Pour en revenir aux évolutions du financement des structures pluriprofessionnelles, l'arrêté du 24 juillet 2017 a formalisé l'Accord Conventionnel Interprofessionnel (ACI) conclu le 20 avril 2017 entre l'union national des caisses d'assurance maladie (UNCAM) et 21 syndicats représentatifs et organisations de professionnels de santé libéraux comprenant l'union régional des professionnels de santé (URPS) pharmacien. Il est publié au journal officiel (JO) le 4 août 2017 et remplace alors le RA de 2015. Cet accord permet de mettre en place un financement pour encourager la coordination entre les professionnels de santé.

Cette aide est fournie aux MSP ou aux centres de santé constitués en SISA. Un contrat tripartite est alors signé par la structure, la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) et l'ARS. Il est nécessaire que la SISA soit constituée d'au moins deux médecins et d'un paramédical, pharmacien, chirurgien-dentiste ou sage-femme.

Le calcul de la rémunération se fait selon un système de point attribués pour les engagements de la structure et est modulé en fonction de l'atteinte des objectifs. Les engagements contractuels s'articulent autour de 3 axes :

- L'accès aux soins
- La qualité du travail en équipe et de la coordination
- L'utilisation d'un système d'information partagé

Pour chacun de ces axes des engagements socles et des engagements optionnels sont définis. Chaque point accordé correspond à une rémunération de 7€. Le financement maximum pour une structure de référence de 4000 patients est de 73 500€.

Le 14 mai 2019 l'assurance maladie a fait un communiqué de presse (annexe n°1) montrant l'augmentation des fonds apportés pour les MSP grâce à l'ACI. Entre le versement réalisé en 2018 pour l'année 2017 et celui réalisé en 2019 pour l'année 2018 il y a eu une hausse de 30% avec 46,7 millions d'euros versés. Cette augmentation s'explique par plusieurs choses. Tout d'abord par une hausse du nombre de patients pris en charge par des MSP : 3,2 millions en 2018 contre 2,4 millions en 2017 et donc une hausse de la rémunération. Elle s'explique également par une augmentation du nombre de professionnel de santé exerçant en MSP : 13 096 en 2018 contre 9 566 en 2017.

Entre 2017 et 2018 il y a eu 172 nouvelles adhésions portant le nombre de MSP adhérentes au 31 décembre 2018 à 735. Le montant moyen de la rémunération versée pour 2018 par MSP est donc de 63 500€

Ces augmentations significatives montrent l'intérêt que portent les professionnels de santé au travail collaboratif ainsi que l'investissement de l'assurance maladie pour

mettre en place un meilleur système de soin.

1.1.14 2017 : Signature de l'avenant numéro 11 de la convention pharmaceutique

En parallèle de l'ACI, la profession de pharmacien va aussi voir son mode de rémunération modifier, y compris hors du cadre des MSP ou SISA. C'est donc le 20 juillet 2017 qu'a été signé l'avenant 11 de la convention pharmaceutique entre l'UNCAM et l'union des syndicats de pharmaciens d'officine (USPO), et pour la première fois l'AM investit en trois ans 280 millions d'euros sur une modification du travail du pharmacien d'officine.

Tout d'abord il y a une modification de la marge dégressive lissée et la création de nouveaux honoraires pour réduire l'impact des baisses de prix et des volumes des médicaments sur la rémunération de l'officine. Cette réforme montre une orientation vers une rémunération forfaitaire et non plus à la boîte des pharmaciens.

Ensuite le pharmacien se voit attribuer de nouvelles missions et une simplification de ces missions actuelles:

- Simplification des entretiens pharmaceutiques (AVK, ACO et asthme) par une diminution de sa durée et la possibilité de choisir un seul thème en fonction de la situation des patients. Le forfait annuel est augmenté à hauteur de 50€ par patient la première année et 30€ les années suivantes.
- Création des bilans de médication pour les patients âgés de 65 ans et plus en ALD et de 75 ans polymédiqués pendant au moins 6 mois. La rémunération est de 60€ pour l'entretien initial, 30€ pour un entretien l'année suivante et 20€ pour un suivi de l'observance. La coordination entre le médecin généraliste et le pharmacien pour la réalisation de ce bilan est un réel atout pour une bonne prise en charge des patients.
- Mise en place d'une rémunération pour la participation du pharmacien à une équipe de soins primaires ou à une CPTS qui est valorisée à hauteur de 280 € en 2018 et 420 € en 2019. Elle est intégrée à la Rémunération sur Objectif de Santé Publique 2018 (ROSP).

Cet avenant permet de concrétiser pour les prochaines années différents sujets :

- La dispensation du kit de dépistage du cancer colorectal
- L'aide au sevrage tabagique par les officines
- L'accompagnement des patients chroniques pour les patients sous chimiothérapie orale
- La dispensation adaptée aux besoins thérapeutiques des patients
- Le lancement de travaux sur la télémédecine

- L'intégration de la dispensation à domicile et de la PDA

Toutes ces missions donnent au pharmacien d'officine un rôle majeur dans le parcours de soin du patient.

Pour finir, cet avenant permet la mise en place d'aides pour la télétransmission et l'informatique. Ces aides auront un réel impact pour le travail pluriprofessionnel par l'incitation à l'ouverture du DMP par le pharmacien. Celui-ci recevra désormais 1€ par DMP ouvert. Il pourra également accéder à toutes les informations médicales et biologiques comme les médecins et les infirmiers permettant une délivrance des médicaments plus personnalisée et sécurisée ainsi qu'un bilan de médication efficace.

1.1.15 2018 : Mise en œuvre du Bilan Partagé de Médication (BPM)

Evoqués 1 an auparavant dans la convention de 2017, c'est le 16 mars 2018 qu'est signé l'avenant n°12 à la convention nationale organisant les rapports entre les pharmaciens titulaires d'officine et l'assurance maladie pour concrétiser l'avenant n°11 en ce qui concerne le BPM. Toutes les modalités pour la mise en pratique des BPM par les pharmaciens sont définies ainsi que leur rémunération par l'AM.

1.1.16 2018 : plan « Ma santé 2022 »

Plus récemment, à savoir le 18 septembre 2018, le Président de la république Emmanuel Macron ainsi que la ministre des Solidarités et de la Santé Agnès Buzyn ont présenté le plan « Ma Santé 2022 » pour répondre au vieillissement de la population, l'augmentation des maladies chroniques et aux modifications des attentes des professionnels de santé. Ce plan vise à une meilleure organisation de notre système de santé et une coopération des professionnels de santé afin de rassembler leurs compétences pour les mettre au service de la santé des patients.

L'un des grands axes de ce plan est d'améliorer l'organisation des soins de proximité. Il est nécessaire que l'organisation des professionnels de santé de ville soit plus collective pour faciliter l'accès aux soins et améliorer leur qualité. L'objectif est que l'exercice isolé devienne une exception d'ici à 2022. Le système de santé doit s'organiser pour garantir l'accès à un médecin traitant, pour organiser une réponse aux urgences qui relèvent des soins de ville, pour proposer plus d'actions de prévention, pour favoriser le maintien à domicile des personnes âgées et pour mieux coopérer entre médecins de toutes spécialités, notamment autour des maladies chroniques. La réalisation de toutes ces missions sera donc confiée aux CPTS autour d'un contrat entre les professionnels de santé et la population de leur territoire.

C'est pour cela que ce plan a pour objectif 1000 CPTS pour 2022 et 2000 structures d'exercice coordonné conventionnées dans les 5 ans. Des financements de l'Etat et de l'assurance maladie seront versés pour les professionnels de santé exerçant collectivement.

La ministre des Solidarités et de la santé a annoncé la suppression du Numerus clausus pour la rentrée 2020-2021. Cette décision devrait permettre un processus d'orientation progressifs encourageant les passerelles et la diversification des profils mais en conservant cet apprentissage pluriprofessionnel. Cela permettra une orientation des étudiants qui tiendra compte des compétences et aptitudes de chacun ainsi que de leur projet professionnel.

D'ici 2019 cette réforme prévoit également la mise en place d'assistants médicaux permettant aux professionnels de santé de se libérer du temps administratif pour se concentrer sur les soins. Cela permettra d'améliorer la qualité de vie des médecins. Nous verrons également l'ouverture du salariat aux auxiliaires médicaux en pratique avancée exerçant en maison de santé et une relance de la dynamique de coopération entre professionnels autour des soins non programmés.

1.1.17 2019 : Mise en place de la dispensation sous protocole par le pharmacien dans un cadre pluriprofessionnel

Le 8 mars 2019 Thomas Mesnier, député médecin urgentiste, a fait adopter par la commission des affaires sociales de l'Assemblée Nationale un amendement pour la dispensation sous protocole(8). Sur le modèle du système netCare en suisse et l'article 41 au Canada cet amendement permet au pharmacien de dispenser certains médicaments à prescription médicale obligatoire, à partir de l'interrogatoire du patient et d'arbres décisionnels préalablement réalisés et validés par la Haute Autorité de Santé (HAS). Ils seront élaborés en concertation avec les médecins, évitant ainsi un quelconque lien d'intérêt financier lors de la dispensation. Dans ce mode de fonctionnement il sera indispensable d'assurer une communication optimale avec le médecin. Ce lien étant nettement facilité dans les MSP. Cette dispensation permet d'assurer la prise en charge des soins de premier recours pour un ensemble de pathologies déterminé. Le pharmacien pourra alors décider de la délivrance d'un médicament sur prescription ou non, de l'orientation vers une consultation médicale ou une téléconsultation ou bien l'orientation vers les urgences. Cela implique d'autant plus le pharmacien dans le parcours de soins des patients.

1.2 Importance de la coopération interprofessionnelle

Le développement des maladies chroniques, le vieillissement de la population et la

désertification médicale sont des éléments forts du contexte démographique et socio-économique actuel. Il y a progressivement une modification des attentes de la population en matière de santé et de soins. La coopération interprofessionnelle et donc les MSP peuvent aider à y répondre.

1.2.1 Augmentation du nombre de maladies chroniques et vieillissement de la population

Le nombre de nouveaux patients atteints de maladies chroniques a fortement augmenté ces dernières années. Il est passé de 8,3 millions en 2008 à 10,4 millions en 2016 selon les chiffres de l'assurance maladie avec une moyenne de 63 ans. Le pourcentage de patient en ALD par rapport au nombre total d'assurés est passé de 14,6% en 2008   16,9% en 2016. Plusieurs raisons peuvent expliquer cette augmentation. Tout d'abord, le passage du « baby boom » au « papy boom » a eu pour conséquence une augmentation mécanique du nombre de personnes ( g es) plus susceptibles de déclarer une affection longue durée auprès de l'assurance maladie. Peut également être mis en cause le déséquilibre alimentaire induisant une hausse de l'obésité et de sédentarité. Ces deux phénomènes entrainant des troubles cardiovasculaires importants.

Suite à la guerre, les années 1950 ont été marquées d'une forte quantité de patients souffrant de maladies aiguës pouvant être soignées. Désormais la population souffre principalement de maladies chroniques. Les soins apportés par les professionnels de santé à ces deux types de demandes sont complètement différents. La prise en charge à l'officine ne peut être identique entre un patient souffrant d'une pathologie aigu e et celui souffrant d'une pathologie chronique.

L'espérance de vie a considérablement augmenté ces dernières années, mais de par l'apparition de nombreuses maladies chroniques l'espérance de vie en bonne santé n'augmente pas de la même manière. Un changement du mode de fonctionnement du système de santé est impératif pour répondre à cette évolution.

1.2.2 La coopération interprofessionnelle au sein des MSP

Les MSP et donc la coopération interprofessionnelle représentent une approche très intéressante pour la qualité de la prise en charge des patients. Selon l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) (9), il faut que le système de soin ai certaines compétences essentielles pour la prise en charge des patients souffrant de maladies chroniques. Parmi elles, la coopération est indispensable « *les soignants doivent développer des capacités de communication leur permettant de collaborer les uns avec les autres. Ils doivent non seulement établir un partenariat avec les patients, mais aussi travailler en coopération étroite avec d'autres dispensateurs de soins et*

avec les communautés afin d'améliorer les résultats obtenus chez les patients chroniques. » Il est également précisé que lorsque « les différents dispensateurs de soins collaborent et travaillent ensemble, l'état des patients atteints de maladies chroniques s'améliorent ».

Une autre des compétences citée par l'OMS est l'importance de décompartmenter pour assurer un continuum des soins. Il faut s'intéresser aux soins depuis la prévention clinique jusqu'aux soins palliatifs : *« la population a besoin de services préventifs pour éviter ou retarder l'apparition des maladies chroniques. Toutes les interactions entre les soins de santé offrent des occasions de prévention, et la plupart des affections chroniques sont évitables ».* Les MSP ont le devoir et la possibilité de participer à un certain nombre d'actions de préventions.

1.2.3 Exemple du dispositif expérimental Asalée (Action de santé libérale en équipe)

Ce dispositif a été créé en 2004 dans le but d'améliorer la prise en charge des maladies chroniques en médecine de ville. Le protocole de coopération est limité à la relation médecin-infirmier. Une étude menée par l'institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES) dans le cadre du programme d'évaluation Daphnee (Doctor and advanced public health nurse experiment evaluation) menée entre 2015 et 2017(10) a donné lieu à divers travaux de recherche :

- Une analyse qualitative sur le déploiement du dispositif et sur les pratiques infirmières, médicales et des patients
- Une analyse exploratoire par enquête déclarative auprès des médecins généralistes et des infirmières pour construire une typologie sur leur coopération
- Des évaluations d'impact du dispositif Asalée sur l'activité des médecins, le suivi et les parcours de soins des patients.

Les recherches menées dans le cadre d'évaluation Daphnee montrent l'importance d'une coopération entre professionnels de santé pour une meilleure prise en charge du patient ainsi qu'une meilleure qualité de vie pour les professionnels de santé : *« De ce partage dans la prise en charge des maladies chroniques, certains disent retirer plus de confort d'exercice, de qualité et de sécurité, allant pour quelques-uns jusqu'à affirmer que cela contribue à les protéger du risque de burn-out »*

Dans l'étude montrant l'implication des pharmaciens en maison de santé(11) nous pouvons relever l'importance du trio médecin-infirmier-pharmacien. Effectivement la totalité des pharmaciens interrogés déclarent échanger régulièrement avec l'infirmier et 98,8% interagissent avec le médecin généraliste. Dans le dispositif Asalée le pharmacien n'est pas cité mais par son rôle central il est obligatoirement impliqué

dans cette coopération.

1.2.4 Désertification médicale dans les zones déficitaires et l'égal accès à la santé pour tous

La désertification médicale est un problème majeur de notre système de santé actuel. Une recherche bibliographique a été réalisée par l'IRDES(12) permettant de recenser des sources d'information (articles, ouvrages, rapports, littérature grise..) sur les mesures mises en œuvre pour lutter contre la désertification médicale dans les pays membres de l'organisation de coopération et de développement économique (OCDE).

1.2.4.1 Définitions et législation

Le terme de désertification médicale apparaît en France à partir des années 2000 dans la littérature scientifique. Il est repris par la presse par la suite pour parler du phénomène de démedicalisation dans certaines banlieues sensibles. Il est ensuite acté dans différents textes. Aujourd'hui c'est un concept qui met en évidence le manque de praticiens dans une zone donnée.

La réflexion sur les zones déficitaires en matière d'offre de soins est lancée pour la première fois dans le rapport Descours (2003) qui les caractérisent comme des cantons avec une densité inférieure à 3 médecins pour 5000 habitants. Une première cartographie est alors réalisée. L'assurance maladie et les ARS ont par la suite, également réalisés des cartographies.

Il apparaît que l'Etat a le devoir de mettre en place des solutions afin que toute personne puisse avoir accès à des soins de qualité. En effet l'article L.1110-1 du code de la santé publique issu de la loi n°2002-303 du 4 mars 2002 concernant l'égal accès à la santé pour tous précise : *« Le droit fondamental à la protection de la santé doit être mis en œuvre par tous moyens disponibles au bénéfice de toute personne. Les professionnels, les établissements et réseaux de santé, les organismes d'assurance maladie ou tous autres organismes participant à la prévention et aux soins, et les autorités sanitaires contribuent, avec les usagers, à développer la prévention, garantir l'égal accès de chaque personne aux soins nécessités par son état de santé et assurer la continuité des soins et la meilleure sécurité sanitaire possible »*.

1.2.4.2 Causes

L'inégalité de la répartition des professionnels de santé en France est le résultat de plusieurs facteurs. Tout d'abord les disparités les plus marquées sont celles entre les

espaces urbains et ruraux. Effectivement les espaces urbains sont plus attractifs pour les professionnels de santé compte-tenu des avantages sociaux, culturels et professionnels. De plus la désertification médicale apparaissant de plus en plus dans les secteurs ruraux, la charge de travail pour les professionnels de santé qui y travaillent est de plus en plus importante avec un nombre de patients augmenté et des horaires très chargés amenant les professionnels de santé à les éviter afin de travailler dans de bonnes conditions.

Un autre point concerne la formation initiale des professionnels de santé. La mise en place en 1971 du numérus clausus vise à réglementer et limiter l'accessibilité aux professions médicales pour les étudiants, présent principalement lors de la première année commune aux études de santé (PACES). Le nombre d'étudiant en médecine étant ainsi diminué, le nombre de médecin diplômé sera de ce fait également à la baisse lors des décennies 80-90.

Nous pouvons également mettre en cause la libre installation des médecins. En effet les seules professions réglementées sur l'installation sont les pharmaciens et les infirmières. Cette mesure permet un maillage territorial des pharmaciens très important. Hors les jeunes médecins peuvent s'installer dans des zones denses sans limitation. C'est pour cela que les médecins qui travaillent en zones rurales ne trouvent pas de remplaçant pour leur départ à la retraite, formant des déserts médicaux.

Désormais les jeunes professionnels de santé cherchent principalement à être salariés ou travailler en équipe afin d'améliorer leur qualité de vie au travail(4).

1.2.4.3 Etat des lieux

Selon le rapport sur l'accès aux soins de Thomas Mesnier, député de Charente de mai 2018(13), 8,6% des patients de plus de 16 ans n'ont pas de médecin traitant en France.

La bonne santé est aussi une question de justice sociale qui doit passer par un égal accès aux soins, mais aussi à l'information, aux bonnes pratiques, à la vaccination, au dépistage... La différence d'espérance de vie entre les Français les plus modestes et les Français les plus aisés est de 13 ans pour les hommes et 8 ans pour les femmes.

Actuellement en France la densité médicale est de 3,3 médecins pour 1000 habitants(12). Selon une étude de l'IRDES, la répartition inégale des médecins généralistes est susceptible d'engendrer une distance à parcourir plus importante pour le recours au soin et par conséquent être responsable d'une limitation de l'accessibilité aux soins. En 2015, les français devaient parcourir en moyenne 5,1km

pour accéder aux soins primaires, contre 4,3 km en 2005.

Les zones sous-médicalisées concernent principalement les communes rurales des grands pôles et les communes isolées, et correspondent également aux territoires où la population est vieillissante.

L'avenir est également inquiétant, les projections démographiques prévoient une baisse significative des médecins actifs à l'horizon 2020 du fait que 45% des médecins ont plus de 55 ans.

1.2.4.4 Des solutions

Les pays de l'OCDE ont cherchés différentes solutions face à ce problème(14), la France en a appliquée certaines.

Tout d'abord augmenter l'offre de soins dans les milieux ruraux. La loi relative au développement des territoires ruraux (LDTR) de 2005 a ainsi permis aux collectivités territoriales de mettre en place des mesures pour attirer des médecins.

En 2007 l'AM met en place des incitations financière pour attirer des médecins dans les zones déficitaires. L'avenant 20 de 2011 à la convention médicale de 2005 a offert la possibilité aux médecins exerçant au moins à deux dans les zones identifiées comme déficitaires d'avoir une majoration de 20% de leurs honoraires.

Le pacte territoire santé de 2012 a également permis de participer à ce repeuplement de médecin en créant 200 postes de médecins salariés dans les zones prioritaires en offre de soins définies dans le SROS-PRS. Ces postes garantissent des revenus minimum pendant deux ans en échange d'une installation dans les zones en voie de démedicalisation.

Des mesures ont dû être prises directement au niveau de la formation des médecins. Cela a commencé dans les années 2000 par une augmentation du numerus clausus, celui-ci a ensuite était régionalisé afin qu'il soit représentatif des besoins en santé dans chaque région. Dans le plan « ma santé 2022 » celui-ci a été supprimé pour la rentrée universitaire 2020-2021, les effets de cette réformes ne seront pas immédiatement perceptibles au niveau de l'offre de soins.

La loi HPST de 2009 a instauré des aides aux étudiants en médecines exerçant dans les zones fragiles avec la création de contrat d'engagement de service public (CESP) permettant aux internes de médecine qui font le choix de prendre une spécialité moins représentée ou d'un exercice dans une zone fragile en offre de soins de percevoir une bourse.

Une autre solution a été explorée pour permettre l'accès à des soins pour tous, elle consiste au recrutement des médecins étrangers. Cela est possible depuis 2005

avec la directive européenne unifiant les études médicales en Europe. Ce phénomène s'est accentué en 2007 avec l'entrée de la Roumanie et de la Bulgarie dans l'Union.

Le recours à de nouvelles technologies comme la télémédecine (accessible désormais en officine) semble être un levier pour résoudre ces problèmes et sera approfondie par la suite.

L'organisation des soins de premiers recours en France se renforce également sur le soutien au regroupement pluriprofessionnel en soins de premiers recours comme les Centre de santé, les pôles et les maisons de santé pluriprofessionnelles. Ces formes d'exercice permettent de répondre aux attentes des jeunes professionnels de santé.

Aujourd'hui, plusieurs recommandations sont proposées par Thomas Mesnier⁽¹³⁾ pour mieux organiser les soins non programmés. Certaines recommandations peuvent également permettre un accès aux soins pour tous. Par exemple :

- Renforcer les financements actuels vers les équipes de professionnels de santé qui s'engagent pour leur territoire.
- Libérer du temps médical en renforçant la coopération entre les professionnels : des consultations et actes réalisés par les pharmaciens par exemple.
- Le partage de l'information, le travail d'équipe, la formation d'étudiants. Toutes ces notions retrouvées dans les MSP.

1.2.4.5 La place des MSP dans l'offre de soins

La création de maison de santé en zones sous dotées est une réponse à la désertification médicale pour plusieurs raisons. Cet impact est mentionné dans plusieurs revues telle que « *L'impact du regroupement pluriprofessionnel sur l'offre de soins* » (15) de 2013, « *Répartition géographique des maisons et pôles de santé en France et impact sur la densité des médecins généralistes libéraux* » (16) de 2013 qui précise : « *le développement de ces structures semble efficace puisqu'on observe une moindre diminution de la densité des médecins généralistes entre 2008 et 2011 dans ces espaces parés à ceux du même type mais sans maison de santé* ». L'article « *L'expérience des maisons de santé pluriprofessionnelles face aux enjeux de coordination territoriale* » (17) de 2016 est également de cet avis car il conclut travail par : « *... Le déploiement de ces structures comme une réponse à la désertification médicale de certaines zones rurales d'un point de vue organisationnel ou comme une volonté des politiques publiques pour remédier à la désertion du métier de médecin généraliste par les jeunes diplômés d'un point de vue stratégique, constitue par ailleurs un enjeu majeur ...* »

Ce mode d'exercice collectif est un réel atout pour maintenir une offre de santé sur les territoires aujourd'hui défavorisés en termes d'offre de soins de premiers recours. Effectivement l'exercice pluriprofessionnel apporte aux professionnels de santé de meilleures conditions de travail et un meilleur équilibre entre vie professionnelle et vie personnelle. Cet exercice serait également plus performant en matière de soin et services offerts (qualité, efficience et équité).

Pour les étudiants en santé il est possible de faire des stages au cours de leur formation au sein d'une MSP. Ces stages montrent aux futurs professionnels de santé tous les avantages de ce type d'exercice pouvant leur donner envie d'en faire partie dans le futur.

1.2.5 La continuité des soins

Nous recherchons pour chaque patient une continuité dans leur parcours de soins, c'est-à-dire une prise en charge globale et fluide des patients et usagers du système de santé. Pour cela il est nécessaire d'organiser correctement les interventions des acteurs de ce parcours au niveau de la prévention, du système de soins (médecins, pharmaciens, hôpitaux...), des services et des établissements médico-sociaux (pour les personnes âgées ou handicapées), des collectivités locales et des organismes de protection sociale.

Elle se définit comme un jugement porté sur la fluidité et la cohérence des soins rendus selon une séquence temporelle au cours de laquelle plusieurs ressources ou services sont impliqués. Ces services sont continus s'ils s'enchaient l'un à l'autre de façon harmonieuse en l'absence de bris (18). Cette continuité doit se faire au niveau des informations accumulées par tous les professionnels de santé relatives aux données cliniques des patients, à leurs traitements et à la relation entre le patient et les professionnels de santé.

Cette organisation permet de répondre au développement des maladies chroniques et aux situations de perte d'autonomie.

De par l'organisation interprofessionnelle des maisons de santé cette continuité des soins est respectée. Tout d'abord les outils informatiques utilisés permettent de partager les informations d'un patient d'un professionnel de santé à un autre professionnel de santé appartenant à la même structure. Le patient peut être pris en charge dans sa globalité dans une MSP. Ensuite les réunions obligatoires des professionnels de santé au sein d'une MSP permettent à tous les professionnels de santé d'être en adéquation entre eux pour toutes les informations fournies aux patients.

De plus lors d'un départ en congés ou à la retraite d'un professionnel de santé, sa

patientèle peut être prise en charge par l'un de ses collègues permettant aux patients d'être suivi tout au long de sa vie ou au cours d'un épisode de maladie ou de risque à proximité de son lieu de vie. Ces MSP ont également l'obligation d'avoir une amplitude horaire très large et de mettre en place des soins non programmés. Ces deux points permettent aux patients d'être pris en charge n'importe quand, permettant de diminuer l'affluence aux urgences hospitalières.

1.2.6 Diversification du mode de rémunération

L'inspection générale des affaires sociales (IGAS) dans son rapport d'août 2018(19) explique que désormais la rémunération des médecins est basée à 87% sur de la rémunération à l'acte, à 9% de paiements forfaitaires et à 4% sur objectif de santé publique (ROSP). Quant aux rémunérations des pharmaciens, avec l'introduction des ROSP et des honoraires de dispensation, ont sensiblement évoluées.

De plus l'article 29 de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2019 prévoit d'amplifier la portée du dispositif d'innovation du système de santé présenté dans l'article 51 de la LFSS pour 2018. Celle-ci envisage une augmentation des rémunérations prévues pour les équipes pluriprofessionnelles et une simplification de leur obtention.

Les honoraires de dispensation, le bilan partagé de médication et les entretiens pharmaceutiques constituent des évolutions majeures pour la pharmacie d'officine ne centrant plus la rémunération sur le médicament. Toutes ces nouveautés se tournent vers une rémunération sur le temps passé et à l'expertise. Il est demandé aux pharmaciens et à tous les professionnels de santé de mettre le patient au centre des soins. Pour cela il est nécessaire d'avoir une connaissance du contexte social et historique du patient. Il est donc plus facile pour chaque professionnel de santé d'avoir une bonne connaissance du patient lorsqu'ils unissent leurs savoir-faire dans le cadre de l'interprofessionnalité. De plus les moyens modernes d'échanges interprofessionnels sur le traitement laissent espérer un avenir prometteur.

1.3 La coopération interprofessionnelle à l'étranger

Plusieurs pays sont précurseurs dans la pratique collaborative en soins de premier recours. La plus part d'entre eux impliquent les pharmaciens dans ce mode d'exercice. La proportion de médecins généralistes travaillant en groupe selon une estimation de l'IRDES en 2007 (20) se répartit ainsi :

- 97% en Suède et Finlande
- 92% au Royaume-Uni
- 90% au Québec

- 60% en Ontario
- 57% aux Pays-Bas
- 39% en France
- 30% en Belgique
- 25 à 30% en Allemagne
- 15 à 20% en Italie

1.3.1 Etats-Unis

Aux états unis dès 1997 le système de soins s'est centré sur les patients avec une gestion collaborative des traitements médicamenteux. Selon certains protocoles déterminés en commun par des équipes pluriprofessionnelles, les pharmaciens peuvent renouveler, modifier, initier et administrer des traitements médicamenteux aux patients. Les pharmaciens ont également la possibilité de prescrire des examens biologiques.

1.3.2 Canada : Québec et Ontario

Au Québec des centres locaux de services communautaires (CLSC) ont été créés dans les années 70 dans le but de prendre en charge l'ensemble des besoins sociaux et de santé de leur population locale, par le biais d'équipes multidisciplinaires favorisant la continuité des soins et la collaboration interprofessionnelle. Aujourd'hui les soins primaires sont assurés principalement par des cabinets médicaux privés ou des médecins privés où les médecins sont rémunérés à l'acte. Dans ces cabinets, 6 médecins généralistes sur 7 exercent en groupes composés de 5 médecins généralistes en moyenne. Certains cabinets comprennent également des infirmières, des spécialistes, des psychologues, des diététiciens et des kinésithérapeutes.

Depuis les années 2000 au Québec et en Ontario se développent de nouveaux contextes d'exercice dont l'objectif est d'améliorer l'accès aux services de première ligne avec des équipes multidisciplinaires de qualité qui intègrent des pharmaciens cliniciens, ce sont les Groupes de médecine de famille (GMF) au Québec et les *Family Health Teams* (FHT) en Ontario.

Au Québec les compétences des pharmaciens sont très larges. Depuis 2013, en relation avec les médecins, ils peuvent modifier des prescriptions, prescrire certains médicaments et faire réaliser des examens biologiques. De nombreux pharmaciens communautaires ont un rôle de prévention dans certains domaines comme les maladies infectieuses, la contraception, le tabagisme etc... Il y a des relations très étroites entre pharmaciens et médecins pour faciliter la prise en charge des pathologies chroniques.

1.3.3 Royaume-Uni

Le regroupement au Royaume-Uni s'est fait progressivement. Dans les années soixante le Royaume-Uni a connu une réelle pénurie de médecin généraliste. C'est alors que plusieurs mesures favorisant la pratique de groupe ont été mises en place : abolition de la liberté géographique d'installation et obligation pour les cabinets d'avoir une liste d'une taille minimale de 1000 patients afin d'inciter les cabinets médicaux à travailler en collaboration avec d'autres médecins ou des infirmières.

C'est dans les années quatre-vingt-dix que le mouvement de regroupement commence réellement avec la création de structures de gestion de budgets pour l'achat de soins ambulatoires et hospitaliers : les Primary Care Trusts (PCT).

Aujourd'hui, d'après l'ONP(21) 13000 pharmacies d'officines sont intégrées au *National Health Service* (NHS). Les pharmaciens analysent les prescriptions, délivrent la contraception d'urgence, vaccinent contre la grippe, ont un rôle dans l'observance thérapeutique, aident au sevrage tabagique et parfois dépistent des pathologies. Les pharmaciens cliniciens ont un rôle primordial dans l'aide des patients souffrant de pathologies chroniques.

1.3.4 Suisse

La collaboration entre médecins et pharmaciens en Suisse a vu le jour en 1997 à l'initiative des pharmaciens Fribourgeois. Ils organisaient des réunions avec 1 ou 2 pharmaciens et 5 à 8 médecins autour de cas particulier. Les pharmaciens pouvaient donner leur avis quant aux prescriptions des médecins en fonction des recommandations.(22)

Aujourd'hui des cercles de qualité médecins-pharmaciens (CQMP) ont été créés dans le but d'améliorer et de sécuriser la prescription médicamenteuse. Depuis leurs créations le prix du médicament a largement diminué et la mortalité a également baissé significativement. La revue *Prescrire* a encouragé cette démarche interdisciplinaire en 2008 et a rencontré une large approbation de la part des acteurs de soins, des autorités sanitaires et des assureurs(23).

Depuis 2012 les pharmaciens d'officine coopèrent avec les médecins dans le cadre du service netCare. Les pharmaciens suivent une formation leur permettant d'orienter les patients pour certaines pathologies selon des arbres décisionnels. Ils peuvent alors prendre en charge la pathologie à l'officine, réaliser une téléconsultation avec un médecin (qui faxe une ordonnance si besoin) ou orienter vers un médecin ou un service d'urgence selon les besoins.

Ces démarches nous montrent l'intérêt majeur de la collaboration médecins-pharmaciens qui est facilitée au sein des MSP.

1.3.5 Pays-Bas

En 2009 aux Pays-Bas, 57% des médecins généralistes exerçaient en cabinet de groupe(24). Les données des patients sont accessibles aux pharmaciens : diagnostics médicaux et examens biologiques. Cela permet aux médecins et aux pharmaciens de travailler étroitement pour une meilleure prise en charge du patient. Cette collaboration a également mis en place des programmes facilitant le maintien à domicile des patients âgés(21).

2 Les maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP)

2.1 Définitions

2.1.1 Equipes de soins primaires (ESP)

Une équipe de soins primaires peut être constituée de tout professionnel de santé de premier recours, dont au moins un médecin généraliste et un professionnel paramédical, regroupés ou non sur un même site. L'équipe se mobilise de manière coordonnée autour d'une thématique commune bénéficiant à leurs patients : prise en charge de personnes vulnérables, soins palliatifs à domicile, réponse aux demandes de soins non programmés aux heures d'ouverture des cabinets. Toute l'équipe doit avoir un projet de santé qui contractualise le système entre les professionnels et l'ARS. Cette coordination de compétences vise la prévention, l'amélioration et la protection de l'état de santé de la leur patientèle ainsi que la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé.

2.1.2 Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS)

Les communautés professionnelles de santé sont constituées de professionnels de santé de l'ambulatoire regroupés autour d'un projet de santé. Ils ont pour objectifs de coordonner les acteurs de santé à l'échelle d'un territoire et être identifiable, améliorer le parcours de santé des usagers et dynamiser et enrichir l'offre de santé. Leur projet s'articule autour de la population présente sur le territoire d'action.

2.1.3 Maison médicale

Une maison médicale regroupe plusieurs professionnels de santé dans les mêmes murs, Dans cette structure il n'est pas nécessaire de mettre en commun les informations médicales, les praticiens exercent isolément.

2.1.4 Centre de santé

D'après le CSP(25) un centre de santé est composé de professionnels de santé (médicaux, auxiliaires médicaux ou pharmaciens) regroupés dans une même structure. Ils sont gérés par des organismes à but non lucratif, des collectivités territoriales, des établissements publics de coopération intercommunale ou des établissements de santé.

2.1.5 Pôle de santé

D'après le CSP(26) un pôle de santé est un regroupement de professionnels de santé ayant différents modes d'exercice, de maisons de santé, de centres de santé, de réseaux de santé ou de divers établissements ou groupement. Sur le territoire défini, le pôle de santé peut développer des activités de soins de premier recours, voire de second recours, des actions de prévention, de promotion de la santé et de sécurité sanitaire.

2.1.6 Maison de santé ou maison de santé pluriprofessionnelle (MSP)

D'après le CSP(27) une maison de santé pluriprofessionnelle est un regroupement de plusieurs professionnelles libéraux médicaux, auxiliaires médicaux ou pharmaciens (minimum de deux médecins et un autre professionnel de santé) autour d'un projet de santé. Ils peuvent exercer dans une même structure (monosite) ou travailler sur différents sites (multisites). L'objectif du projet de santé est d'améliorer le service rendu à la population ainsi que les conditions d'exercice des professionnels de santé.

2.1.7 Pluridisciplinarité et pluriprofessionnalité

La pluridisciplinarité consiste à regrouper des points de vue de diverses spécialités d'un même domaine pour résoudre un problème commun. La pluriprofessionnalité consiste à regrouper les compétences de plusieurs professionnels de professions différentes pour améliorer la résolution des problèmes rencontrés.

2.1.8 Projet de santé

Le projet de santé est un texte qui définit le mode de réponse aux besoins de santé de la population concernée. Il peut contenir l'organisation de la prévention et du dépistage, les modalités de réponse aux demandes de soins programmés et non programmés, les modes de prise en charge des maladies chroniques etc....

2.1.9 Le projet professionnel

Le projet professionnel décrit les modalités de gestion du travail entre les professionnels pour répondre au projet de santé. Il comprend les protocoles pluridisciplinaires, les formations, les modes de coordination etc...

2.1.10 Soins de premier recours ou soins de santé primaire = « *Primary Care* »

Les soins de premiers recours sont définis dans la loi HPST. Ils constituent le premier niveau de contact des individus, de la famille et de la communauté avec le système de soins. Ils ont pour objectifs la prévention, le dépistage et le suivi des patients. Ils permettent la dispensation et l'administration des médicaments, produits et dispositifs médicaux, ainsi que le conseil pharmaceutique. Les acteurs doivent orienter les patients dans le système de soins et le secteur médico-social tout en faisant de l'éducation pour la santé.

2.1.11 Action de santé publique

Une action de santé publique est une liste d'opérations à entreprendre, de caractère collectif, en vue de l'amélioration de la santé d'une population. Elle peut être d'ordre épidémiologique, éducatif ou préventif. La vaccination contre la grippe à l'officine est un exemple d'action de santé publique.

2.1.12 Action de prévention

La prévention consiste à éviter l'apparition, le développement ou l'aggravation de maladies ou d'incapacités. Nous pouvons distinguer plusieurs niveaux de prévention. La prévention primaire qui agit en amont de la maladie donc vise à éviter son apparition (l'exemple de la vaccination faite à l'officine ou les actions sur les facteurs de risque comme les mois sans tabac encouragés à l'officine). La prévention secondaire permet d'agir à un stade précoce de l'évolution de la maladie (le dépistage de l'hyper-tension artérielle au comptoir) et la prévention tertiaire qui agit sur les complications et les risques de récidive (les conseils dispensés au comptoir sur les effets indésirables des médicaments délivrés).

2.1.13 Education à la santé

L' ducation à la santé a été définie par l'OMS comme « Tout ensemble d'activités d'information et d'éducation qui incitent les gens à vouloir être en bonne santé, à savoir comment y parvenir, à faire ce qu'ils peuvent individuellement et collectivement pour conserver la santé, à recourir à une aide en cas de besoin. »

Les pharmaciens étant régulièrement en contact avec la population, ils sont au premier plan pour faire la promotion de la santé (exemple de la proposition

d'enseignement thérapeutique du patient (ETP))

2.2 Etat des lieux

Nous constatons une augmentation importante du mode d'exercice coordonné en France depuis quelques années. Dans ce chapitre nous allons nous intéresser en détail à la situation actuelle qui résulte de ces dernières évolutions.

2.2.1 Chiffres

En 2018 on compte environ 20 000 professionnels de santé (4000 médecins, 8500 auxiliaires médicaux, 850 pharmaciens et 600 chirurgiens-dentistes) qui exercent dans un millier de MSP contre 235 en 2012(19).

En 2013 il y avait 291 maisons de santé en France. En mars 2015 on dénombre 1023 pôles et maisons de santé pluriprofessionnelles mono et multisites en activité ou en projet(28). Selon une étude de la Fédération Française des Maisons et Pôles de Santé (FFMPS) de nombreuses structures sont en formation.

2.2.2 Cartographie

D'après l'IRDES, les maisons de santé sont majoritairement présentes dans les milieux ruraux. Ci-dessous une carte réalisée par l'IRDES en 2014 selon la DGOS représentant la répartition géographique des MSP au 1^{er} janvier 2013 selon le type d'espace(16).

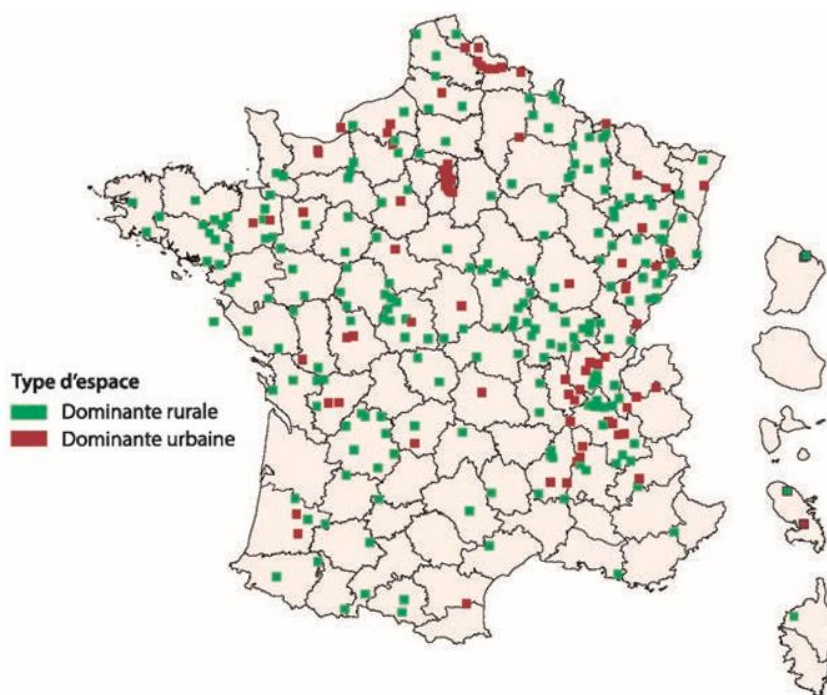


Figure 1 : Les maisons de santé en fonctionnement en France au 1er janvier 2013, selon le type d'espace.

Les maisons de santé sont majoritairement présentes dans les milieux à dominante rurale.

Source : Répartition géographique des maisons et pôles de santé en France et impact sur la densité des médecins généralistes libéraux(16)

En région Nouvelle Aquitaine une cartographie plus récente a été réalisée par la Fédération Nouvelle Aquitaine des Maisons Pluriprofessionnelles de Santé (FNAMPoS) des MSP monosites et multisites en juin 2018.

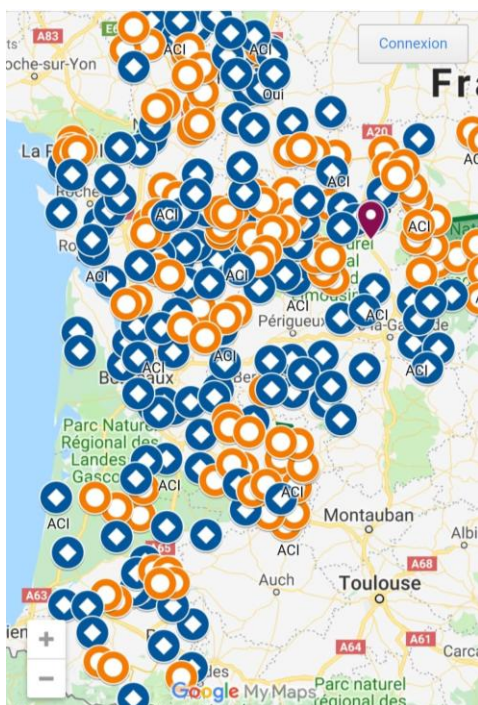


Figure 2 : Les MSP en Nouvelle Aquitaine en juin 2018.

Multiplication des MSP en Nouvelle Aquitaine de manière homogène.

Source : FNAMPoS(29)

2.2.3 Satisfaction des usagers

2.2.3.1 La patientèle

Une étude a été menée par Amandine Rimetz-Pal en 2018 sur le point de vue de patients sur la qualité des soins en MSP, des interviews ont été menées auprès des patients de la maison de santé pluriprofessionnelle d'Ambérieu en Bugey(30). Les usagers décrivent un intérêt au travail en MSP en particulier dans la disponibilité et la continuité des soins. Ils y voient également un intérêt personnel dans la proximité géographique des différents professionnels leur facilitant les recherches et les délais de rendez-vous.

Une autre étude est en train d'être réalisée sur l'impact de l'exercice regroupé pluriprofessionnel en soins primaires sur la satisfaction des usagers sur la période de 2015-2018(31). Ce travail a deux hypothèses :

- L'exercice en groupe pluriprofessionnel des médecins généralistes (versus isolé) influence de manière positive la satisfaction globale des patients quant aux soins de médecine générale délivrés.
- Cet effet n'est pas homogène sur l'ensemble des dimensions de la satisfaction.

Les résultats n'étant pas encore publiés nous ne pouvons affirmer ou infirmer ces hypothèses.

2.2.3.2 Les professionnels de santé

On observe une moindre diminution de la densité des médecins généralistes dans les espaces avec MSP comparativement aux mêmes espaces sans MSP(16). Ceci s'explique par un mode de fonctionnement attractif pour les jeunes médecins qui préfèrent le travail en équipe. La majorité des médecins généralistes de moins de 40 ans déclarent exercer en groupe en raison du meilleur équilibre entre vie professionnelle et vie personnelle.

Une étude réalisée auprès de pharmaciens qui participent à des actions interprofessionnelles(11) montre une grande satisfaction des usagers : « *sur une échelle de 0 à 5, 40,7% accordent une note de 4 et 38,3% la note optimale* ».

Les questionnaires présents à la fin de cette thèse visent à montrer la satisfaction d'un des professionnels de santé : le pharmacien.

2.2.4 Productivité et dépenses

Les exercices collectifs interprofessionnels sont plus performants en matière de soins et services offerts. Ils impliquent des gains d'efficacité consécutifs à des économies faites sur l'augmentation des soins et services proposés ainsi que l'augmentation de la production des soins. Selon une étude faite par l'IRDES sortie en 2015(32) la productivité est globalement supérieure et plus efficace techniquement dans les maisons de santé que dans les autres structures.

Cette étude montre également que la dépense ambulatoire annuelle moyenne des patients est plus faible dans les sites participant aux ENMR. Elle s'explique par une moindre dépense de soins spécialisés et de pharmacie.

Donc pour une productivité supérieure ou équivalente il y a des dépenses moindres pour les patients des structures regroupées pluriprofessionnelle que pour les patients des cabinets isolés.

2.3 Les atouts des MSP

2.3.1 Améliorer les conditions d'exercices des professionnels de santé

Aujourd'hui, les professionnels de santé aspirent à exercer différemment. Exercer en MSP, de façon coordonnée avec d'autres professionnels de santé médicaux

et paramédicaux, permet de répondre à ces aspirations. Les MSP permettent de :

- Travailler en équipe pluri-professionnelle et non plus en exercice individuel et isolé.
- Renforcer les liens entre professionnels de santé libéraux, établissements de santé et médico-sociaux.
- Développer des pratiques médicales innovantes : partage d'expérience, éducation thérapeutique, prévention et dépistages, dossiers médicaux informatisés et partagés, messagerie sécurisée, télésanté...
- Participer à l'élaboration de protocoles de soins coordonnés.
- Conjuguer plus facilement vie personnelle et vie professionnelle.
- Attirer de jeunes professionnels médicaux.
- Partager des données du dossier médical patient entre professionnels de santé.
- Mutualiser des moyens matériels et/ou humains pour se recentrer sur l'exercice professionnel.
- Entraide entre professionnels.
- Former de nouveaux professionnels de santé et avoir une formation continue.

2.3.2 Améliorer la qualité de prise en charge des patients

La qualité de la prise en charge des patients est primordiale et représente le résultat de plusieurs facteurs, les MSP permettent :

- D'apporter une réponse de proximité aux populations.
- D'améliorer la disponibilité des médecins : ils sont facilement joignables par téléphone, la prise de rendez-vous est généralement rapide, les médecins ont plus de temps pour faire des visites à domicile et l'amplitude horaire dédiée aux consultations est grande.
- De renforcer la coordination des prises en charge notamment pour les patients atteints de pathologies chroniques : une prise en charge globale du patient.
- D'aider à la continuité des soins : présence de créneaux pour les urgences, possibilité de voir un autre professionnel, présence sur heures de garde, suivi des patients.
- Une meilleure gestion du temps : l'attente en salle d'attente n'est pas trop importante du fait d'une gestion permanente des rendez-vous par une secrétaire.
- La plus part du temps, la présence d'un parking ou accessibilité en transport en commun.
- Le respect des normes de construction pour la structure : accessibilité pour les personnes à mobilité réduite.
- Une qualité du lieu, plus confortable : hygiène, agencement, équipements

avec présence de sanitaires, musique en salle d'attente, présence d'un coin enfant, décoration.

2.3.3 Favoriser la prévention et l'éducation de la santé

Les MSP permettent l'accompagnement des personnes dans la totalité de leur parcours de soins, le travail pluriprofessionnel facilite cet itinéraire. Le sentiment de force issu de cette coopération permet d'oser porter un regard nouveau sur la cause de la maladie, dès lors agir en amont pour faire de la prévention devient réaliste.

L'écoute plus attentive des patients portée en MSP permet de mieux connaître leur quotidien. Ils parlent de leurs conditions de vie au travail, à la maison, de leurs habitudes de consommation permettant aux professionnels de donner des conseils adaptés.

Le recours à des outils informatiques performants et pluriprofessionnels offre de nouvelles opportunités pour rechercher des facteurs de risque et pour élaborer un plan de prévention personnalisé. Ce plan de prévention sur le dossier du patient peut indiquer les dates des prochains examens de dépistage ou de suivi d'une pathologie ainsi que celles des rappels de vaccination.

Cette envie d'agir sur la cause de la maladie, présente dans les projets de soins des MSP, ouvre la porte vers l'extérieur. Les professionnels vont se rendre là où la prévention ne se fait pas forcément : dans les écoles, les usines, les mairies... Les professionnels de santé vont également se tourner vers d'autres acteurs du territoire pour faire de la prévention. Aller sur le territoire pour construire des actions collectives et citoyennes de prévention devient plus accessible.

La présence de différents professionnels de santé permet d'orienter les patients plus facilement si l'un des professionnels le juge nécessaire. La présence de diététiciennes permet de limiter les maladies dues aux habitudes alimentaires, comme le diabète ou l'obésité. La présence de kinésithérapeute permet d'apporter de l'importance à la pratique de sport pour être en bonne santé et limiter le risque de sédentarité. Les médecins spécialisés dans l'addictologie peuvent prendre en charge précocement les personnes qui présentent des conduites à risque d'addiction.

La collaboration permet la mise en commun d'informations à donner aux patients tout au long de leur parcours de soins, la répétition de ces informations permettent aux patients d'y être plus attentifs. Les professionnels de santé peuvent élaborer ensemble les discours à donner sur la prévention des cancers avec le dépistage précoce, l'importance de la vaccination pour eux et pour leur entourage, le risque de transmission des infections sexuellement transmissibles (IST). Les professionnels de santé peuvent se coordonner pour prévenir et dépister les pathologies démentielles

des personnes âgées ainsi que le risque de chutes, sur la bonne prise en charge des douleurs chroniques etc...

Il est plus simple pour les équipes pluriprofessionnelles de développer des actions locales de santé publique et faciliter les interventions des acteurs locaux de santé publique présents sur le territoire. Il est possible d'organiser des dépistages organisés, des examens paracliniques, des groupes de parole, de la médiatisation, faire des affiches etc...

2.4 L'exercice coordonné

L'exercice coordonné est essentiel pour le bon fonctionnement d'une MSP ainsi que le bon fonctionnement du système de soins. Les professionnels de santé peuvent mieux agir ensemble que chacun d'entre eux séparément. Ils peuvent se regrouper autour d'un thème afin d'améliorer la prise en charge de certaines pathologies, mais ils peuvent également se regrouper autour d'un dossier de patient commun pour trouver la meilleure prise en charge possible.

2.4.1 Coordination par thème, exemple de réalisation de protocoles pluriprofessionnels de soins de premier recours (PPSPR)

Ce travail de coordination permet de mettre d'accord tous les professionnels de santé sur l'attitude à adopter face à des pathologies définies : calendrier vaccinal, normes de tension artérielle et les moyens de préventions donnés par le pharmacien et les autres professionnels de santé. Cela a pour but d'aboutir à une approche partagée des problèmes afin de pouvoir tenir des propos fiables et cohérents aux patients. Ils permettent également d'élaborer des protocoles de soins pluriprofessionnels sur des pathologies chroniques.

L'élaboration d'un protocole PPSPR est complexe car il doit se baser sur la littérature, le travail en équipe et la gestion des risques. Pour cela la HAS a déjà travaillé, des exemples sont disponibles sur le site de la HAS comme la gestion quotidienne des anti-vitamines K (AVK), la prise en charge de l'hypertension artérielle (HTA). Il est possible de s'aider du guide d'aide à l'élaboration d'un PPSPR disponible sur le site de la HAS ou demander de l'aide au centre de ressource de la HAS qui aidera aux recherches bibliographiques dans la littérature internationale. Ils permettent aux professionnels de se coordonner face aux situations les plus fréquemment rencontrées et adapter leurs pratiques au plus près des recommandations en vigueur. Ils formalisent les étapes à effectuer pour une meilleure prise en charge des patients.

2.4.2 Coordination autour d'un cas précis, exemple du protocole ESPREC

Lorsque des patients présentent des cas complexes, dû à des polyopathologies, un contexte psychosocial ou environnemental particulier, les professionnels de santé se regroupent pour échanger pour mieux comprendre le cas et coordonner leurs actions. Pour cela il faut l'accord du patient, alors les professionnels peuvent définir ensemble les modalités de prise en charge optimale du patient.

La FFMPs en collaboration avec la Fédération nationale des centres de santé (FNCS) et l'Union nationale des réseaux de santé (UNR.Santé) ont élaborés un protocole permettant le suivi des patients dont la prise en charge est complexe : le protocole ESPREC (équipe de soins de premier recours en suivi de cas complexe). Il organise le suivi coordonné et renforcé de patients complexes par trois professionnels de santé : médecin généraliste, infirmière et pharmacien. Lors de l'intégration d'un patient répondant à des critères particuliers, les professionnels de santé se réunissent pour discuter, ainsi les objectifs et les interventions prioritaires sont fixés. Il est possible d'intégrer d'autres professionnels dans le suivi comme des diététiciennes, des psychologues, des pédicures-podologues etc... Ensuite un des soignants est désigné comme référent et doit suivre régulièrement le patient et partager l'évolution avec les autres soignants du protocole.

2.4.3 Facteurs facilitants et freins

Au sein des MSP l'exercice coordonné est un atout pour plusieurs raisons. Une étude menée par l'IRDES(33) sur quatre MSP bénéficiant de NMR a mis en évidence des facteurs facilitants à l'exercice coordonné. La proximité cognitive, physique, professionnelle, organisationnelle et culturelle entre les acteurs, l'élaboration d'un projet de santé commun, un leadership partagé, la formalisation des pratiques professionnelles coordonnées et le maintien du paiement à l'acte permettent de travailler plus facilement de manière coordonnée. La coopération médecins-pharmaciens au sein des MSP a été évaluée au sein de l'étude « *Maisons et pôles de santé pluriprofessionnels incluant des pharmaciens* »(34) et en a ressortis plusieurs avantages tels que : une prise en charge globale des patients, l'expertise pharmacologique, la complémentarité, le regard sur les pratiques et prescriptions médicales, les apports de compétences, la facilité d'accès aux médicaments, une meilleure qualité de coopération, une diminution des erreurs médicamenteuses, la création de programme d'ETP, une meilleure connaissance des patients, une meilleure communication, un gain de temps, une connaissance des contraintes de chaque professionnel de santé, une facilitation de l'approvisionnement en matériel médical, une formation commune sur les dispositifs médicaux, l'accueil d'internes de

médecine en officine et une coordination importante autour du patient.

Cependant face à ces avantages les professionnels peuvent rencontrer des freins à la mise en place de ce mode d'exercice. Le niveau de rémunération s'avère encore insuffisant en vue de l'implication nécessaire des professionnels de santé pour l'exercice coordonné, quoique celle-ci soit en évolution. L'étude de l'IRDES expose également la complexification des emplois du temps induite par ce mode de fonctionnement et l'influence des médecins généralistes se trouve déséquilibrée. Les formations des professionnels de santé et des paramédicaux n'est pas suffisamment orientée vers un exercice pluriprofessionnel. L'obligation de l'utilisation d'un système d'information au sein des MSP pour partager les informations concernant les patients n'est pas réellement adaptée à tous les professionnels de santé. Et plus particulièrement la présence d'un pharmacien au sein d'une MSP peut aussi présenter quelques points négatifs spécifiques. Lors de la création de la SISA les officines peuvent avoir plus de difficultés à l'intégrer. De plus, d'un point de vue fiscal, la présence de l'officine peut assujettir la SISA à la TVA. La pharmacie étant un commerce, les soins apportés peuvent être faussés par l'intérêt commercial que cela comporte. Chacune de ces difficultés peut être surmontée en fixant des accords précis entre tous les professionnels de santé lors de la création de la structure.

2.4.4 Les outils informatiques pour le partage des informations médicales

2.4.4.1 Le système d'information partagé (SIP)

Le SIP est un logiciel utilisé par les professionnels de santé lors de leurs consultations ou de leur dispensation permettant de partager les informations concernant le patient.

Le système d'information cible des structures d'exercice coordonné, il se conçoit à minima autour d'un dossier médical et de soins utilisé conjointement par les différents professionnels. Sa mise en œuvre et son développement permettent d'atteindre certains objectifs énoncés dans le projet de santé et dans le projet professionnel :

- Il facilite la coordination des soins en permettant la tenue d'un dossier médical accessible à l'ensemble des professionnels de santé ;
- Il aide à la structuration des informations médicales et améliore leur qualité grâce aux outils qu'il peut proposer en matière d'assistance au diagnostic et à la prescription ;
- Il permet de facturer des soins et suivre la comptabilité ;
- Il permet de relancer des patients dans le cadre d'un dépistage organisé ou

de suivi des vaccinations ;

- Extraire et traiter des données pour connaître la santé de la population suivie, évaluer les besoins de soins et les résultats des soins.

2.4.4.2 Le label ASIP Santé

Depuis la loi Fourcade les logiciels de données médicales et pluriprofessionnels doivent être labélisés. L'agence des systèmes d'information partagés (ASIP) de santé a créé le cahier des charges d'un système d'information en maison, pôle ou centre de santé(35). Pour obtenir ce label il faut être conforme à plusieurs exigences. Il faut être en adéquation fonctionnelle avec les besoins des professionnels pour l'exercice individuel, la coordination pluriprofessionnelle, le pilotage de l'activité et la gestion de la structure. Il faut être conforme à la réglementation en vigueur et permettre la création, consultation et alimentation du dossier médical partagé (DMP). Aujourd'hui deux logiciels labélisés sur seize peuvent être utilisés par les pharmaciens : Chorus et Mon premier chorus par l'éditeur ICT.

L'avenant n°11 à la convention pharmaceutique prévoit une indemnisation de 200€ par an et par officine pour l'équipement en logiciel d'aide à la dispensation labélisé, ce qui représente 15,2 millions d'euros supplémentaires en 2 ans.

2.4.4.3 Le Dossier Médical Partagé (DMP)

En France les patients ont accès aux soins dans des circonstances diverses comme les vacances, les urgences, les déménagements etc... De ce fait ils ont des fragments de dossier médical partout. L'objectif du DMP est de donner la possibilité d'avoir tous les renseignements médicaux d'un patient dans un même dossier pouvant être lu et complété par chaque professionnel de santé. Il permet ainsi une meilleure coordination des soins.

Pour permettre à la majorité de la population d'être en possession d'un DMP l'assurance maladie motive son ouverture par les professionnels de santé. Dans l'avenant n°11 à la convention pharmaceutique il est attribué un euro à la pharmacie pour l'ouverture d'un DMP. Par cet avenant les informations médicales et biologiques présentes dans ce dossier sont accessibles au pharmacien, permettant de sécuriser la dispensation.

2.4.4.4 Le partage des informations

Depuis le 10 août 2011 le partage d'informations est possible(36) entre les professionnels de santé qui travaillent en exercice regroupé et ayant signé un projet de santé commun si le patient l'accepte. Cela permet aux professionnels de santé d'avoir accès à l'information concernant le patient pour délivrer des soins pertinents en toute sécurité.

L'article 32 du PLFSS pour 2019 a pour objectif de renforcer l'usage du numérique et le partage d'information pour améliorer la qualité de la prise en charge des patients. Les logiciels d'aide à la prescription et à la dispensation doivent être certifiés pour être conforme aux réglementations en vigueur, mais cela devient contraire au principe de libre circulation des dispositifs médicaux sur le territoire européen. Il convient donc de rendre plus accessible les logiciels certifiés aux professionnels de santé. De plus dans un but de pertinence et de coordination des soins, il est nécessaire d'améliorer le partage d'information entre l'assurance maladie et le professionnel de santé.

2.5 La création

2.5.1 Le financement

La création d'une MSP est une opération complexe qui nécessite beaucoup de temps. Il existe par ailleurs des organismes qui proposent des aides financières pour la conception du projet immobilier :

- Les subventions européennes : Le Fond Européen Agricole du Développement Rural (FEADER), le Fond Social Européen (FSE)
- Les subventions de l' tat : La Dotation d'équipement des Territoires Ruraux (DETR), le Fond National pour l'Aménagement du Territoire (FNADT), l'agence Nationale de Rénovation Urbaine (ANRU)
- Les subventions de la région : les conseils régionaux, le Fond d'Intervention Régional (FIR)
- Les subventions de conseils généraux

Pour le pharmacien certaines aides à l'installation peuvent être versées par des laboratoires privés, des financements par l'état pour un projet innovant pour le travail en équipe de professionnels de santé. L'avenant n 11 à la convention pharmaceutique prévoit une indemnisation de 280  en 2018 et 420  en 2019 pour la participation du pharmacien à une équipe de soins primaires ou à une CPTS.

2.5.2 Le coordonnateur de MSP

2.5.2.1 Définition du coordonnateur

Un coordonnateur ou coordinateur est une personne exerçant au sein de la structure ou extérieure à la MSP permettant de coordonner toutes les actions et informations de la MSP entre les professionnels de santé. Il est rémunéré par la sécurité sociale selon les NMR.

2.5.2.2 Rôle et missions

Son rôle consiste à faciliter la communication entre les membres de l'équipe de professionnels. Au-delà de ce rôle générique l'ACI définit les attributions de cette fonction :

- Animation de la coordination interprofessionnelle,
- Coordination des parcours et des dossiers patients,
- Suivi de l'utilisation du système d'information et organisation du travail de production des données de santé,
- Relation avec les institutions (organisme d'assurance maladie, ARS,...) ou collectivités.

La FFMPs a établi une fiche de poste qui explique les tâches essentielles à réaliser et les compétences requises pour le poste de coordinateur de MSP(37).

2.5.2.3 Les formations

Afin d'acquérir les compétences indispensables pour avoir ce rôle il est possible de suivre des formations comme par exemple:

- L'école de haute étude en santé publique (EHESP) propose le diplôme d'établissement de coordonnateur de regroupement pluriprofessionnel de soins primaires.
- La HAS propose un programme d'amélioration continue du travail en équipe (PACTE)

2.5.3 Les ressources complémentaires

Plusieurs aides administratives sont proposées pour faciliter l'installation des professionnels de santé en MSP.

2.5.3.1 Les plateformes d'appui aux professionnels de santé (PAPS)

Les PAPS sont des projets collectifs gérés par les ARS. Elles réunissent dans chaque région plusieurs acteurs : les ARS, les caisses d'assurances maladie, les ordres professionnels, les unions régionales des professionnels de santé (URPS) et la fédération régionales des maisons et pôles de santé. Elles proposent informations et des services aux professionnels de santé et permettent de gérer les cas compliqués.

2.5.3.2 Les fédérations de maisons de santé

2.5.3.2.1 La fédération nationale

La fédération française des maisons et pôle de santé (FFMPS) réunit l'ensemble des fédérations régionales et des professionnels de santé impliqués dans ces projets de regroupement interprofessionnel comme les MSP. Ils permettent de représenter ce mode de fonctionnement au niveau du gouvernement afin de développer ces nouveaux modèles d'organisation des soins primaires.

2.5.3.2.2 Les fédérations régionales

Les fédérations régionales sont en place dans toutes les régions. Elles sont plus accessibles que la FFMPS et permettent aux professionnels d'être accompagnés pour trouver les moyens de se regrouper. Elles proposent également des témoignages de professionnels exerçant déjà en maison ou pôle de santé pour renforcer la motivation et apporter des réponses aux questions.

2.5.3.3 Les unions régionales des professionnels de santé (URPS)

Il est possible de se tourner vers l'URPS pharmacien par exemple pour avoir des renseignements sur le métier et son évolution.

2.5.3.4 Les sociétés spécialisées

Des sociétés spécialisées proposent des consultants pour l'étude d'opportunité et créer la dynamique entre les professionnels de santé et les élus. La recherche de financement pour la construction peut également être confiée à une société spécialisée.

2.5.4 Les étapes

La création se fait en suivant plusieurs étapes importantes. En premier lieu il faut réaliser un diagnostic territorial. Selon le volet ambulatoire du schéma régional d'organisation des soins (SROS) le besoin en santé et son organisation sont définis.

Le projet de création débute par la nomination d'un coordonnateur qui pourra être aidé selon la motivation des autres professionnels de santé. Selon Pierre De Haas(38) « *les porteurs de projets sont le plus souvent, par ordre de fréquence, les médecins généralistes, des pharmaciens, des infirmières et des kinésithérapeutes* ». Dans ce projet il faut tenir compte des règles d'installations des professionnels de santé. Pour le moment seul les pharmaciens et les infirmières sont limités légalement pour choisir les lieux d'installation. De plus, pour les pharmaciens il faut compter un financement important pour l'aménagement de l'officine, le stock etc...

Lorsque tous les professionnels de santé sont regroupés il faut mettre en place un projet de santé comprenant le projet professionnel avec des protocoles pluriprofessionnels. Ces projets doivent être conformes aux réglementations de la HAS et doivent être présentés à l'ARS pour validation. Le projet de santé doit répondre à un besoin réel, il doit formaliser et harmoniser les pratiques existantes, il doit répondre à la question « qui fait quoi et quand ? » pour définir les rôles de chaque professionnels de santé, et il doit pouvoir être régulièrement réactualisé à la lumière des retours d'expérience. Cela témoigne de la coordination des professionnels entre eux pour répondre aux besoins de la population. La DGOS a élaboré un cahier des charges reprenant le contenu type du projet de santé.

Pour le montage d'une MSP il faut que l'équipe soit organisée sous forme de société. Cela est nécessaire à la construction et à la vie de la maison de santé. Il existe plusieurs formes de sociétés en fonction des besoins de chacun, mais seule la société interprofessionnelle de soins ambulatoires (SISA) permet à la maison de santé de prétendre aux NMR par l'assurance maladie. L'article 31 du PLFSS pour 2019 prévoit une modification des statuts de la SISA. En effet la mesure étend l'objet des SISA à une nouvelle forme d'exercice et permettra ainsi aux MSP de salarier des auxiliaires médicaux en pratique avancée (AMPA), ce qui permettra d'améliorer la qualité de suivi et de renforcer l'accès aux soins des personnes atteintes de pathologies chroniques.

3 La place du pharmacien en maison de santé pluriprofessionnelle

Le pharmacien a une place primordiale au sein d'une MSP, c'est un professionnel de santé au centre du parcours de soins du patient. Le pharmacien a accès à toutes les tranches de population qu'elle soit malade ou non, il est facilement accessible et son exercice est très diversifié. Le maillage territorial des pharmacies d'officine est la plus équilibré de toutes les professions médicales.

3.1 Le pharmacien

3.1.1 La profession du pharmacien

3.1.1.1 L'acte pharmaceutique

L'acte de dispensation d'une ordonnance correspond à l'analyse pharmaceutique de plusieurs éléments par le pharmacien titulaire, l'adjoint, le remplaçant ou par un préparateur en pharmacie sous le contrôle du pharmacien. Ils doivent vérifier :

- La validité de l'ordonnance,
- Le contrôle de la durée de traitement et du renouvellement éventuel de l'ordonnance,
- La posologie correspondante à l'indication thérapeutique,
- Les conditions réglementaires de prescription et de délivrance des médicaments prescrits,
- Les éventuelles interactions médicamenteuses entre les médicaments prescrits ou les médicaments délivrés antérieurement,
- Donner des informations et des conseils aux patients pour le bon usage des médicaments,
- La bonne observance du traitement et écarter tout mésusage des médicaments.

Si le pharmacien le juge nécessaire, il se doit de refuser la dispensation et d'en informer le prescripteur après l'avoir contacté pour confirmation. Il rédige alors une opinion pharmaceutique permettant d'expliquer les raisons de son refus.

3.1.1.2 L'éthique de la profession

Lors de l'exercice de pharmacien, le professionnel se doit d'exercer dans le respect de la vie et de la personne humaine, quel que soit le patient et avec le même dévouement. Quelles que soient les situations il se doit de faire preuve d'un esprit critique et de liberté de jugement. Comme toutes les professions médicales le pharmacien est dans l'obligation de respecter le secret professionnel et doit porter secours à toute personne en danger.

3.1.2 Informations au patient

Quel que soit la demande du patient, le pharmacien d'officine a un devoir d'information au patient, malgré la présence d'autre client. Ce devoir est présent pour la délivrance de médicament sur ordonnance ou pas et sa responsabilité est engagée dans les deux cas. Le pharmacien se doit d'avoir une connaissance sur tous les domaines médicaux afin de pouvoir répondre aux attentes et orienter les patients vers les soins adaptés.

3.1.3 La dispensation

L'acte de dispensation est défini par l'article R. 4235-48 du code de la santé publique : « *Le pharmacien doit assurer dans son intégralité l'acte de dispensation, associant à sa délivrance l'analyse pharmaceutique de l'ordonnance médicale si elle existe ; la préparation éventuelle des doses à administrer et la mise à disposition des informations et des conseils nécessaires au bon usage des produits de santé. Il a un devoir particulier de conseil lorsqu'il est amené à délivrer un médicament qui ne requiert pas une prescription médicale. Il doit par des conseils appropriés et dans le domaine de ses compétences, apporter un soutien au patient.* ». Le pharmacien, par l'acte de dispensation, va au-delà de la simple délivrance et mobilise ses compétences pour apporter un conseil adapté au patient.

Le pharmacien se doit de respecter les bonnes pratiques de dispensation des médicaments dans les pharmacies d'officine mises en place depuis le 1^{er} février 2017. Elles permettent de contribuer à une efficacité optimale des traitements et à une diminution des risques de iatrogénie médicamenteuse. Il se doit d'effectuer différentes tâches comme :

- Assurer la dispensation et le bon usage du médicament à usage humain et vétérinaire et des dispositifs médicaux.
- Assurer de la bonne compréhension du traitement par le patient
- Réaliser des adaptations galéniques, posologiques et des préparations magistrales et officinales.
- Contribuer aux dispositifs de sécurité sanitaire : pharmacovigilance, matériovigilance, alertes sanitaires, retraits de lots etc...

Le respect de ses bonnes pratiques place le pharmacien dans une logique de démarche qualité afin sécuriser le parcours de soins des patients.

3.1.4 Expertise pharmacologique

De par sa formation le pharmacien est un expert du médicament. Son rôle est d'apporter aux patients les informations nécessaire à la bonne utilisation de celui-ci.

Pour permettre au pharmacien d'établir une bonne analyse de la situation il est primordial qu'il puisse disposer des informations sur la situation clinique du patient. C'est de là que part la pharmacie clinique. Elle se déploie progressivement dans les officines par la mise en place de protocoles de coopération, de bilans de médication ou encore de suivi de pathologies chroniques.

Aujourd'hui de l'analyse de l'ordonnance au plan pharmaceutique personnalisé, en passant par le bilan de médication et la conciliation médicamenteuse, la pharmacie clinique est déjà régulièrement pratiqu e, bien que peu repérable car insuffisamment tracée, évaluée et non rémunérée.

3.1.5 Garant de l'accès aux soins de proximité: acteur privilégié du parcours de soins du patient

Le maillage territorial des pharmacies d'officine est le plus équilibré de toutes les professions médicales. Pour la population c'est donc un accès à la santé de proximité garantie quel que soit le lieu de vie. Au 1^{er} janvier 2018 on recense, pour 100 000 habitants, 32,6 officines en moyenne en France(39). La répartition est homogène entre les régions. On trouve des officines dans des communes de moins de 5000 habitants, ce qui constitue un réseau de proximité sur tout le territoire. Nous pouvons également dire qu'il y a en moyenne 3068 habitants par officine en France.

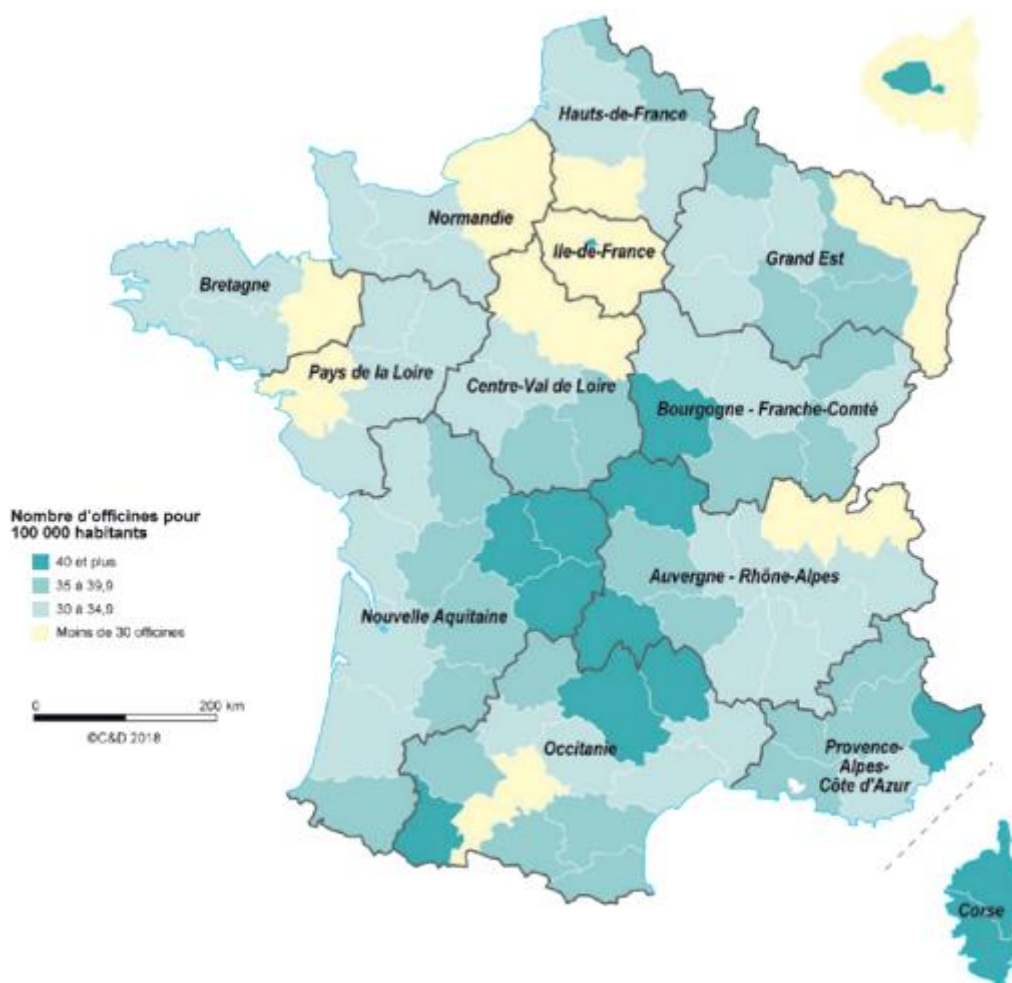


Figure 3 : Densité d'officine pour 100000 habitants.

Répartition homogène des officines sur tout le territoire français.

Source : Ordre des pharmaciens(39)

Grâce à la limitation sur les installations pour les officines, les habitants n'ont pas beaucoup de distance à parcourir pour trouver la pharmacie la plus proche. Cela permet à tout type de personne d'avoir accès à la santé : personnes sans permis de conduire, personnes âgées ne pouvant pas conduire, personnes handicapées ... Sur la carte ci-dessous nous constatons qu'il est rare en France de ne pas avoir d'officine accessible en moins de 15 minutes par la route.

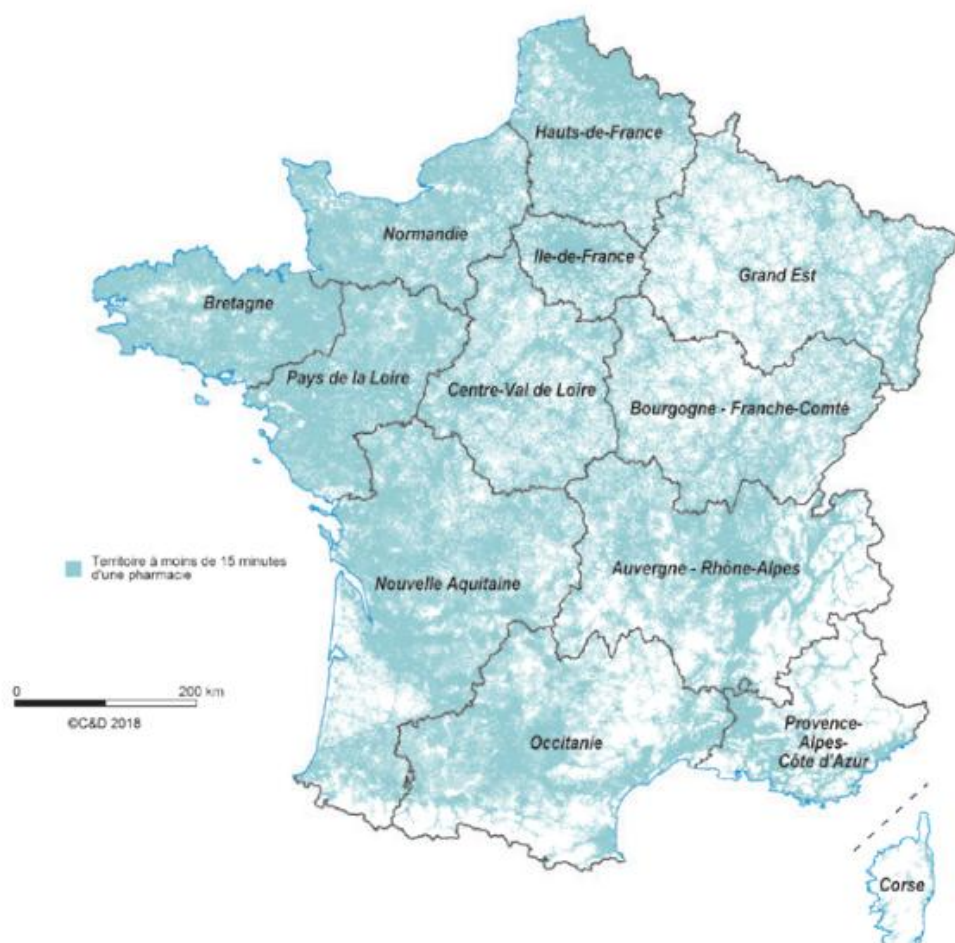


Figure 4 : Accessibilité des pharmacies à moins de 15 minutes par la route.

Les officines offrent un système de santé de proximité en France.

Source : Ordre des pharmaciens(39)

Le pharmacien d'officine est le professionnel de santé le plus accessible. C'est le 1^{er} professionnel de santé en contact avec le patient. Pour les patients souffrants d'une pathologie chronique, c'est le professionnel de santé qui les suit le plus régulièrement (délivrance de l'ordonnance tous les mois, alors que le médecin est vu une fois tous les trois mois pour le renouvellement de l'ordonnance). Lors d'une pathologie aiguë, il n'est pas nécessaire de prendre rendez-vous au près du pharmacien pour avoir les conseils d'un professionnel de santé.

Le pharmacien peut agir auprès des patients malades, mais il peut également agir en préventif par sa relation avec une patientèle non malade. Il a un rôle de guérison, de maintien de l'état de santé et de prévention important. La pharmacie est un lieu de santé où nous retrouvons tous les types de patientèle : enfant, adultes et personnes âgées, personnes souffrantes ou non. Il est donc plus facile d'interagir avec la totalité de la population, permettant le passage de messages important pour l'éducation de

la santé.

De plus le pharmacien est au centre du parcours de soins du patient. Grâce au monopole pharmaceutique, les patients doivent passer par la pharmacie à la suite d'une prescription de médicaments ou de dispositifs médicaux. Il est régulièrement en coopération avec les autres professionnels de santé (médecins, les infirmières, les pédicures-podologues, les diététiciennes...) au sein des réseaux de santé, des établissements pour personnes âgées, dans les séances d'ETP, etc...

En conclusion le pharmacien est un professionnel de santé très accessible géographiquement et intellectuellement pour dispenser et coordonner des soins multiples à une patientèle très diversifiée.

3.1.6 Révolution numérique

Par son activité de commerçant, le pharmacien a dû suivre l'évolution du numérique pour sa profession. En effet cette révolution a été nécessaire, notamment avec le tiers-payant généralisé qui a obligé le pharmacien à se munir d'outils informatiques indispensables à la pratique de son métier et à la transmission d'informations à l'assurance maladie. D'autre part, cette interface numérique est aujourd'hui, avec l'accès aux soins et la coordination interprofessionnelle, une des trois clés indispensables pour rendre efficiente une maison de santé.

3.1.7 Management, gestion et formation

Le pharmacien d'officine a un rôle de manager et gestionnaire de son commerce. Il doit gérer une équipe de professionnels de santé et s'occuper de la gestion financière et administrative de l'officine.

La présence d'une pharmacie au sein d'une MSP permet d'apporter toute une équipe à la MSP et non seulement le pharmacien titulaire. Son équipe est constituée de pharmaciens adjoints, de préparateurs en pharmacie, d'étudiants, de secrétaires...

Le pharmacien peut, lorsque celui-ci est agréé maître de stage, encadrer et former des étudiants en pharmacie. Il participe aussi à l'encadrement d'apprentis préparateurs en pharmacie.

Selon une étude réalisée par Doris Boyau(40) permettant de mettre en évidence les attentes des médecins généralistes sur la place du pharmacien au sein des MSP, il en ressort que 33% des médecins interrogés estiment que le pharmacien est utile pour le management et la gestion de la MSP.

3.2 Les missions du pharmacien

3.2.1 Les missions de coopérations

La loi HPST de 2009 a confié aux pharmaciens d'officine des missions axées sur la coopération interprofessionnelle dans le cadre du parcours de soins du patient. Ces missions ont permis d'augmenter le nombre de pharmaciens qui participent à des actions interprofessionnelles et qui intègrent des structures pluriprofessionnelles. De nombreux travaux démontrent les bénéfices apportés par la participation des pharmaciens d'officine au suivi coordonné du patient, notamment dans le cas de pathologies chroniques.

3.2.1.1 Lancement de la télémédecine en officine

3.2.1.1.1 La télémédecine

La télémédecine est définie par le Code de la santé publique (art. L.6313-1), comme « *une forme de pratique médicale à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication* ». Il existe plusieurs types d'actes distincts : la téléconsultation, la télé-expertise, la télésurveillance médicale et la téléassistance médicale. Elle permet une amélioration de l'organisation et de la prise en charge des soins en apportant le système de soin au plus près de la vie des patients permettant une prise en charge rapide. Elle évite les déplacements inutiles des patients habitants dans des déserts médicaux et permet de désengorger les services d'urgence en apportant une offre de soins de premier recours très accessible. Elle améliore la qualité de vie des patients et participe au développement de la médecine ambulatoire.

De nombreux pays ont été précurseurs de la télémédecine comme la Norvège dès 1978, le Canada depuis les années 1990 et les Etats-Unis depuis 1920.

D'après une étude réalisée par l'Association des laboratoires Japonais en France (LaJaPF) et la société IQVIA en partenariat avec l'université de Lyon sur la base ECB, la télémédecine permet également la réalisation d'économies pour la sécurité sociale. Effectivement cette étude, menée sur 3 pathologies chroniques, montre une réduction de 6% à 21% du coût de la prise en charge par l'assurance maladie. Ces économies se concentrent sur une diminution du coût des consultations, des frais de transport et des arrêts de travail liés aux consultations de suivi.

3.2.1.1.2 Le déploiement de la téléconsultation dans les pharmacies

Afin de permettre l'amélioration de l'accès aux soins et la valorisation de l'exercice coordonné l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (Uncam), la Fédération des Syndicats Pharmaceutiques de France (FSPF) et l'Union des Syndicats de Pharmacien d'Officine (USPO) ont signé le 6 décembre 2018 l'avenant 15 à la convention nationale pharmaceutique expliquant les conditions dans lesquelles les pharmaciens pourront participer à la téléconsultation.

Etant l'un des professionnels de santé présent au plus proche du patient, le pharmacien a un rôle très important dans cet acte pour faciliter le parcours de soin des patients ayant un effet significatif sur leur santé. Les maisons de santé se trouvant en zone sous dotée ont quant à elle, un rôle majeur grâce à la téléconsultation. Les personnes souffrant de maladies chroniques pourront avoir un meilleur suivi permettant de diminuer les risques qu'ils encourent.

Depuis le 15 septembre 2018 la téléconsultation est prise en charge par l'assurance maladie. Grâce à l'avenant 15, les pharmacies feront l'objet d'une rémunération valorisant leur contribution à l'exercice coordonné entre professionnels de santé conformément aux orientations de l'accord cadre interprofessionnel signé en octobre 2018. Les pharmacies percevront une participation forfaitaire de 1225€ la première année puis 350 € pour l'équipement et l'abonnement à une solution technique dédiée pour mettre en œuvre la vidéotransmission. D'autre part sera aussi attribuer à l'officine une participation forfaitaire relative au temps passé par le pharmacien à l'organisation de la téléconsultation qui variera entre 200€ et 400€ en fonction du nombre de téléconsultations réalisées.

Cette nouveauté fera l'objet d'un suivi permettant aux modalités actuellement définies d'évoluer.

3.2.1.2 Participation aux programmes d'ETP

La participation du pharmacien à l'éducation thérapeutique du patient a été mise en place suite à la loi HPST 2009. Le développement de l'éducation thérapeutique contribue, avec la prévention et la promotion de la santé, à l'accompagnement des personnes malades chroniques à plus d'autonomie en santé. Le pharmacien d'officine par sa proximité avec le patient, a un rôle à jouer, que ce soit dans l'amélioration de l'observance ou dans le renforcement de la cohérence des messages délivrés. Certaines études montrent l'importance du pharmacien dans l'ETP pour le patient(41). Le pharmacien peut et doit participer à l'amélioration de l'adhésion thérapeutique du patient, en agissant aussi bien au niveau du médicament (observance, effet indésirables...) qu'au niveau de l'apprentissage des techniques

d'administration et d'auto surveillance (glycémie, INR...) ou encore du soutien psycho-social du patient.

Dans la part de pharmaciens qui participent déjà à des actions interprofessionnelles, 34,1%(3) en 2014 et 35,7% (11) en 2016 des pharmaciens ont participé aux séances d'ETP. Les pharmacies avec un ou deux pharmaciens sont généralement moins impliquées dans les programmes d'ETP que les pharmacies avec trois pharmaciens ou plus.

Cette participation augmente, en 2013 nous pouvions retrouver 22% d'implication des pharmaciens d'officine dans l'ETP(42). Cela peut s'expliquer par la mise en place de formation à l'université et d'une formation continue.

3.2.1.3 Pharmacien correspondant

Depuis la loi HPST 2009 le pharmacien d'officine a la possibilité d'être nommé pharmacien correspondant. Celui-ci établit en accord avec le patient et avec d'autres professionnels de santé (par exemple médecin traitant) un protocole de coopération pour le suivi de patients chroniques dans le cadre de la coopération interprofessionnelle. A ce titre, il peut renouveler périodiquement des traitements chroniques, ajuster au besoin leur posologie et effectuer des bilans de médication destinés à en optimiser les effets. La LFSS a simplifié, dans un cadre expérimental, le dispositif du pharmacien correspondant pour la prise en charge médicamenteuse de pathologies chroniques courantes (renouvellement, ajustement de posologie en accord avec le médecin traitant).

Ce dispositif permet un gain de temps médical en évitant une consultation aux médecins qui ne jugeraient pas utile de revoir leurs patients stabilisés dès lors qu'aucun signe de dégradation de leur état clinique ne se manifeste. Il permet également une prise en charge rapide du patient si celui-ci ressent le besoin d'une modification de son traitement.

Selon une étude réalisée sur des pharmaciens d'officine isérois (43), la mise en place d'un pharmacien correspondant permet la valorisation de leur profession et l'opportunité de changer leur image de commerçant pour une image de professionnel de santé. Ils expliquent également que cela permet une évolution du mode de rémunération.

3.2.1.4 Pharmacien référent

Le pharmacien peut être désigné comme pharmacien référent. Il sera en charge de l'approvisionnement en médicaments d'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). Il devra réaliser les préparations de doses à administrer, l'éducation thérapeutique des personnes âgées, la formation du personnel soignant, participer à la commission de coordination gériatrique, élaborer la liste des médicaments à utiliser préférentiellement, réaliser des réunions avec le médecin coordonnateur. Seul 18,9% des pharmaciens avaient cette fonction en 2014(3).

3.2.1.5 Bilan de médication partagé (BMP)

C'est dans l'avenant n°12 de la convention nationale signée entre l'assurance maladie et les pharmaciens d'officine publié le 16 mars 2018 au journal officiel que le bilan de médication a été mis en œuvre. La pratique pharmaceutique est en perpétuelle expansion cherchant une qualité optimale pouvant conduire à la délivrance des produits de santé et favoriser la pharmacie clinique. Cette nouvelle pratique favorise la prise en charge optimale du patient et garantit la bonne assimilation et la bonne observance par le patient des traitements prescrits. Cela permet également d'avoir une traçabilité de ce qui a été fait. Il définit les critères pour bénéficier d'un BMP :

- Patients de plus de 65 ans en ALD ou les patients de plus de 75 ans ;
- Patients polymédiqués avec plus de 5 principes actifs différents ;
- Patients ayant un traitement pour une durée de plus de 6 mois.

C'est un processus formalisé et axé autour de 4 actions :

- Evaluation de l'observance et de la tolérance du traitement
- Identification des interactions médicamenteuses
- Rappel des conditions de prise et de bon usage des traitements
- Information du médecin traitant : coopération interprofessionnelle.

A l'issue de chaque étape le pharmacien donne et explique au patient ses conclusions et les échange avec son médecin traitant. Il dispense des conseils sur le bon usage des médicaments, sur la prise des traitements afin que le patient ait une meilleure compréhension de son traitement afin qu'il soit le plus efficace possible. Les conclusions de l'analyse sont à intégrer dans le DMP et une fiche de transmission est envoyée au médecin traitant comportant :

- Le score d'observance ;
- Des propositions de modifications de traitement si besoin ;
- Le risque d'inobservance si risque d'effet indésirable ;
- Le besoin d'assistance à la personne si nécessaire.

3.2.1.6 Réunion de concertation pluriprofessionnelle

Au sein des MSP il est indispensable de réaliser des réunions de concertation pluriprofessionnelles. Celles-ci permettent la mise en commun d'informations concernant les patients et le partage de connaissances. 77,4% des pharmaciens ayant des activités interprofessionnelles participent à ces réunions. Dans la plus grande partie des cas (37,7%) elles nécessitent une heure (elles peuvent être de 10 minutes pour 5,7% des cas à plus d'une heure pour 32,1% des cas)(11).

C'est au cours de ces réunions que des protocoles de soins sont mis en place.

3.2.1.7 Conciliation médicamenteuse : relation ville-hôpital

La conciliation médicamenteuse est un processus interactif et pluriprofessionnel, qui garantit la continuité des soins en intégrant aux traitements en cours une nouvelle prescription. Elle permet de garantir la continuité de la prise en charge médicamenteuse et de prévenir ou corriger les erreurs médicamenteuses lors d'une hospitalisation.

Lors de la conciliation d'entrée le pharmacien hospitalier établit un bilan médicamenteux optimisé grâce à plusieurs sources (médecin généralistes et spécialistes, pharmaciens, le patient etc...). Il s'agit d'une liste complète des médicaments pris ou à prendre par le patient avant son hospitalisation : soit prescrit soit en automédication.

A la sortie du patient de l'hôpital, après analyse et validation de la prescription, le pharmacien rédige la conciliation de sortie permettant de garantir la continuité du traitement médicamenteux lors du retour à domicile. Une synthèse des modifications du traitement ainsi que les explications sont envoyées à l'officine et au médecin généraliste. Le pharmacien de l'hôpital réalise un entretien avec le patient et lui remet un plan de prise.

La réalisation de la conciliation médicamenteuse permet de regrouper toutes les informations des professionnels de santé concernant un patient pour en faire une synthèse. Une fois réalisée et analysée cette synthèse est transmise aux professionnels de santé pour placer le patient au centre du parcours de soins.

3.2.1.8 Actions de prévention et de dépistage

Depuis la loi HPST de 2009 le rôle de dépistage et de prévention est attribué au pharmacien. Depuis le 11 juin 2013(44) les pharmaciens ont la possibilité de réaliser différents tests de dépistage en infectiologie (grippe et angine à streptocoques) ainsi que pour le suivi des troubles métaboliques avec la détection de diabète. L'intérêt de ces tests et leur mise en pratique à l'officine ont fait l'objet d'un article en 2014 « *Actualités pharmaceutiques* » (45)

Ces actions de prévention et de dépistage permettraient de réduire considérablement l'incidence des maladies et d'en ralentir l'évolution par la prise en charge précoce. Il est facile d'y parvenir car la pharmacie est un lieu facilement accessible et le pharmacien rapidement disponible pour les personnes souffrantes ou non.

Concernant le dépistage, différents tests existent pour l'HTA, le diabète, l'insuffisance rénale chronique, l'hyperlipidémie, les maladies respiratoires, le surpoids, l'obésité ... Parmi eux des tests rapide à orientation diagnostique (TROD) (VIH, Virus de l'hépatite C...) sont mis à disposition. Mais il est aisé de dispenser des conseils à la pharmacie, en particulier pour le suivi vaccinal et l'incitation aux rappels, les règles hygiéno-diététiques, les cancers liés au tabac et à l'alcool, l'activité physique, l'équilibre nutritionnel, la gestion du stress...

La mise en place de campagnes de prévention et de dépistage est propice au sein d'une officine et encore plus dans l'enceinte d'une MSP.

3.2.2 Les missions du pharmacien au sein d'une officine

En plus des missions de coopération, le pharmacien réalise d'autres actions pour améliorer la prise en charge des patients. Ce qui place le pharmacien comme professionnel de santé indispensable pour une MSP.

3.2.2.1 Entretien pharmaceutique : AVK (antivitamine K), ACO (anticoagulant oraux) et asthme

L'entretien pharmaceutique émane de la convention nationale du 4 avril 2012 qui a été signée entre les pharmaciens titulaires d'officine et l'assurance maladie. Cette convention a permis d'ouvrir le champ à de nouvelles missions pour le pharmacien : Entretiens pharmaceutiques pour les patients sous AVK dans l'avenant n°1, pour les patients asthmatiques dans l'avenant n°4 et pour les patients sous AOD dans l'avenant n°8.

Ces entretiens ont plusieurs intérêts :

- Accompagner les malades chroniques ;
- Prévenir les risques iatrogènes : les AVK sont responsables d'accidents iatrogènes très importants ;
- Favoriser l'observance au traitement.

A la différence des BMP, il n'est pas demandé au pharmacien de faire une analyse thérapeutique mais uniquement de voir avec le patient tout ce qui peut être un frein à une bonne observance. Cela crée une relation de confiance entre le patient et le pharmacien, qui n'est plus uniquement un « vendeur de boîte ».

Pour bénéficier de la totalité de la rémunération prévue dans le cadre de cette mission, il est demandé au pharmacien de réaliser 2 entretiens la première année puis 2 entretiens ou évaluations de l'observance les années suivantes. Cela permet un réel suivi de la qualité des soins des patients par le pharmacien.

En décembre 2014, la CPAM a dressé un bilan de l'accompagnement des patients sous AVK(46) dans le cadre de cette mission. Celui-ci est apparu positif puisque 63% des officines ont réalisés des entretiens pharmaceutiques pour les patients sous AVK. Nous pouvons noter qu'il est difficile pour les petites structures qui n'ont qu'un seul pharmacien de les mettre en place, car les entretiens peuvent être réalisés uniquement par un pharmacien.

3.2.2.2 Réalisation et contrôle des préparations magistrales et officinales

Le pharmacien doit réaliser, à la demande d'un prescripteur ou non, des préparations magistrales ou officinales. Si c'est une préparatrice qui la réalise il doit la contrôler. Il peut également les sous-traiter à une autre pharmacie sous certaines conditions. Tout cela doit respecter les bonnes pratiques de préparations qui permettent d'identifier et maîtriser les risques potentiels à chaque étape de préparation.

Ces préparations permettent de répondre à des besoins spécifiques en individualisant le traitement avec les préparations pédiatriques ou dermatologiques.

3.2.2.3 Préparation de dose à administrer (PDA)

La PDA permet d'améliorer l'observance et de limiter les risques iatrogènes chez les patients âgés ou handicapés. Elle peut se faire par le pharmacien sur la demande du médecin ou celle du patient. Elle permet une meilleure efficacité du traitement par une meilleure observance et une forte efficience par une diminution du gaspillage et des risques iatrogènes. Ce dispositif nécessite du matériel.

En 2016(11), 19% des pharmaciens impliqués dans des actions interprofessionnelles

réalisaient des PDA.

3.2.2.4 Tri de la pharmacie familiale et amélioration de l'habitat et du confort du patient à domicile

Quand le patient en a besoin, le pharmacien peut se rendre au domicile d'un patient afin d'améliorer ses conditions de vie et d'observance. Cela permet de prendre en charge le patient chez lui pour limiter les risques de mésusages des traitements.

3.2.2.5 Accompagnement des patients souffrant de maladies chroniques et sous chimiothérapie orale

Il est important pour les patients souffrant de maladies chroniques ou les patients sous traitement lourd comme les chimiothérapies d'être suivis et aidés. Le pharmacien a un rôle très important de suivi et d'aide psychologique. Plusieurs choses sont mises en place pour y parvenir.

Tout d'abord la promotion de l'activité physique est de plus en plus importante. Elle montre de nombreux bénéfices apportés aux patients(47). Le pharmacien a une place très importante pour faire connaître ces pratiques et accompagner les patients qui en ont besoin(48). Cette pratique est favorisée par la prise en charge pluridisciplinaire et donc les MSP.

Les chimiothérapies prises par voie orale permettent d'améliorer la qualité de vie des patients : administration plus simple que par voie injectable, réduction des trajets vers les centres de soins et meilleure compatibilité avec une vie sociale. Toutefois ce mode de traitement comporte également des risques :

- Banalisation du traitement par le patient et par son entourage
- Schémas de prise pouvant être complexes
- Oublis de prise et la conduite à tenir
- Influence de la nourriture
- Traitements associés
- Sentiment d'isolement du patient
- Patients souvent âgés avec des fonctions cognitives diminuées
- Une manipulation dangereuse
- Une surveillance biologique et chimique importante

Le but de l'accompagnement des pharmaciens à l'officine est de prendre le relais de ce qui est fait à l'hôpital, d'assurer un accompagnement et un suivi des patients afin de réagir rapidement en cas d'effets iatrogènes et à obtenir une meilleure observance, en effet en dessous de 80% d'observance, l'efficacité du médicament

est compromise.

L'accompagnement sera réalisé à travers trois entretiens :

- Le premier serait réalisé pour prendre en charge la partie administrative et la vérification de la compréhension du traitement par le patient.
- Le deuxième s'intéresse à la gestion curative et prédictive des effets secondaires. Il se concentre également sur l'évaluation des problèmes et du ressenti du patient de ces effets secondaires.
- Le troisième porte sur le suivi de ces effets et de l'observance.

La rémunération n'a pas encore été fixée mais sera rapportée fin avril 2019.

Pour aider le patient à adopter la bonne attitude face à son traitement, le pharmacien est indispensable. Il peut proposer des séances d'ETP avec d'autres professionnels de santé pour aider les patients à acquérir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique.

3.2.2.6 Vaccination contre la grippe

Après des résultats positifs des deux années d'expérimentation de la vaccination contre la grippe saisonnière en officine avec 721 544 personnes vaccinées en officine au 29 janvier 2019, d'abord dans deux régions (Nouvelle-Aquitaine et Auvergne-Rhône-Alpes) puis dans 2 autres lors de la campagne 2018-2019 (Hauts-de-France et Occitanie), la LFSS pour 2019 a généralisé la vaccination antigrippale en officine à l'ensemble du territoire pour la campagne 2019-2020. Cette vaccination continuera d'être ciblée sur certaines populations.

La prise en charge sera assurée par l'assurance maladie à hauteur de 6,30 euros HT pour l'acte vaccinal par le pharmacien sur présentation d'un bon de prise en charge sécurité sociale ou une prescription médicale. Cette évolution majeure constitue un levier salubre pour améliorer la couverture vaccinale, tout en valorisant le rôle de professionnel de santé de proximité du pharmacien.

3.2.2.7 Management d'équipe et gestion des stocks

Un pharmacien est tout d'abord un professionnel de santé, métier pour lequel il est formé à l'université. Mais c'est également un chef d'entreprise. De part cette profession il doit savoir manager une équipe. Il gère également l'approvisionnement des stocks afin de répondre aux demandes de médicaments.

3.2.2.8 Participation au système de pharmacovigilance et de matériovigilance

Par sa connaissance du médicament et sa proximité avec la patientèle, le pharmacien peut et doit notifier les effets indésirables causés par la prise de médicaments ou l'utilisation de dispositifs médicaux. Cela permet de faire avancer les connaissances et limiter les risques pour la population.

3.2.2.9 Les services rémunérés

Le 5 octobre 2018 est paru au Journal officiel le décret « services » permettant aux pharmaciens de proposer aux patients des prestations de services déjà réalisées à l'officine (par exemple PDA) ou totalement nouvelles, qui ne relèvent pas de la convention. Ce décret ouvre le champ des conseils et prestations destinés à favoriser le maintien ou l'amélioration de l'état de santé des personnes par :

- Des actions d'accompagnement pharmaceutique et de suivi, dans le but de prévenir la iatrogénie médicamenteuse, garantir le bon usage des médicaments et l'observance par des plans de prise et des PDA.
- Des actions de prévention et de promotion de la santé en participant notamment à des campagnes de sensibilisation.
- Des actions d'évaluation en vie réelle des dispositifs médicaux, des médicaments et de l'innovation thérapeutique en collaboration avec les autorités sanitaires.
- Le dépistage des maladies infectieuses et des maladies non transmissibles.
- La coordination des soins en collaboration avec l'ensemble des professionnels de santé

Il permet de valoriser les compétences du pharmacien et d'ouvrir une voie à la rémunération de services dans le domaine de la prévention, de l'observance et du dépistage.

La rémunération est libre et fixée par le titulaire. Il n'y a pas de prise en charge par l'assurance maladie mais il y a possibilité de contractualiser avec les complémentaires santé ou avec d'autres acheteurs de services privés ou publics.

3.3 Freins à l'installation

Malgré les nombreux avantages de la participation d'un pharmacien dans une MSP, il peut également rencontrer certaines difficultés.

3.3.1 Manque de temps

Les missions réalisées par le pharmacien peuvent prendre du temps. Chacune d'entre elles demande un investissement-temps différent. « *Toutes missions confondues, 37,8% des pharmaciens consacrent une heure ou plus à chaque intervention, 36,4% entre 20 et 45 minutes et 25,8% entre 10 et 15 minutes* »(11). Les plus longues étant les réunions de concertation pluriprofessionnelles et les séances d'ETP. Ce temps n'est pas nécessairement un temps supplémentaire au travail habituel, il permet également de gagner du temps sur d'autres choses. La mise en place d'une secrétaire au sein de la MSP permet de dégager du temps administratif.

3.3.2 Manque d'information aux pharmaciens

Il est plus difficile pour le pharmacien d'avoir accès aux informations médicales par le partage d'un logiciel partagé. Selon l'étude réalisée par Laetitia Morvan(11) seul 32,6% des pharmaciens présents dans une MSP ont accès à un logiciel partagé et 51,2% n'y ont pas accès. Certaines structures cherchent à élaborer un logiciel permettant le partage des informations à l'ensemble des professionnels de santé. Il existe des messageries sécurisées qui permettent de transmettre des informations médicales entre les professionnels de santé concernés (par exemple MSSanté ...).

3.3.3 La rémunération de l'activité

Le système de santé se tourne progressivement vers un système plus coopératif en incitant financièrement les professionnels de santé à participer à certaines missions. Certaines actions sont rémunérées par la CPAM comme les séances d'ETP, les réunions de concertation pluriprofessionnelles et les entretiens pharmaceutiques etc... Mais elles ne représentent que 27,2% des missions(11). Beaucoup d'entre elles font l'objet d'études pour mettre en place de nouvelles rémunérations.

3.3.4 Manque de personnel

Les petites structures qui ont moins de personnel peuvent difficilement réaliser ces missions. La mise en place d'entretien pharmaceutique par exemple se fait à l'arrière de la pharmacie, dans un lieu de confidentialité, par un pharmacien. Hors, il est nécessaire qu'un pharmacien soit également au comptoir pour délivrer et vérifier la délivrance des médicaments. Il est donc plus compliqué pour les petites structures de réaliser ces nouvelles missions.

3.3.5 La distance et le transfert

Il n'est pas indispensable que tous les professionnels de santé soient regroupés au sein d'une seule et même structure pour être considérée comme MSP. Cependant il est indéniable que la distance est un facteur clé. La proximité est un atout majeur pour la communication interprofessionnelle. Pour que la pharmacie puisse profiter des bénéfices de la MSP, il est parfois nécessaire que celle-ci transfère ses locaux à proximité des autres professionnels de santé, qui est une action lourde.

3.3.6 Frais supplémentaires

Aucun frais supplémentaire n'est demandé pour exercer en MSP. Il suffit de payer l'intégration du pharmacien dans la SISA pour en faire partie.

3.3.7 Perte d'autonomie et de liberté

Lorsqu'un professionnel de santé intègre une MSP il reste entièrement indépendant vis-à-vis de ces choix. Aucune obligation d'action n'est imposée aux professionnels de santé. Chacun peut s'impliquer comme il le souhaite dans le système de coopération.

3.3.8 Perte du statut libéral

Certain professionnel de santé pense que de travailler en MSP correspond à une perte du statut libéral de la profession. Ce n'est pas vrai, l'intégration au sein d'une MSP permet de conserver son statut de professionnel libéral.

3.4 Aspect financier

3.4.1 Les principes de la transformation de l'économie officinale

Selon Gérard Beylot(50) la tendance des chiffres d'affaires des officines est à la baisse pour les prochaines années. Il est donc important selon lui de réinventer le modèle économique de l'officine en y intégrant les nouvelles missions rémunérées du pharmacien (loi HPST et convention pharmaceutique). Il insiste sur le fait que la mutation doit s'orienter vers un mode d'exercice de collaboration active entre les professionnels de santé et autour du patient : l'interprofessionnalité. Désormais le pharmacien peut bénéficier du cadre juridique, social et fiscal des SISA.

3.4.2 La pluriprofessionnalité

C'est par l'accord conventionnel interprofessionnel (ACI) et l'accord cadre interprofessionnel (ACIP) que la rémunération des pharmaciens, pour l'exercice coordonné, par l'assurance maladie est définie.

3.4.3 Les nouveaux honoraires de dispensation

En 2019, trois nouveaux honoraires de dispensation sont introduits et progressivement revalorisés :

- 0,51 euros pour l'exécution d'une prescription contenant des médicaments remboursables.
- 0,51 euros pour la délivrance d'une ordonnance concernant des patients de moins de 3 ans ou de plus de 70 ans.
- 2,04 euros pour la dispensation d'une ordonnance contenant un ou plusieurs médicaments spécifiques (40% des références de médicaments remboursables).

Ces trois honoraires sont remboursés à 70% par l'assurance maladie et 30% par le régime complémentaire. Ils confortent les missions de professionnels de santé et des pharmaciens d'officine. Ils permettent de déconnecter la rémunération officinale des prix des médicaments et des volumes délivrés.

4 Expériences de pharmaciens exerçants en MSP

Les objectifs de ces questionnaires sont de montrer les facteurs favorisant et les freins à la participation d'un pharmacien dans un projet de coopération interprofessionnel au sein d'une MSP. Ils permettent également de proposer des modalités d'actions pour aider cette pratique dont le bénéfice sera la qualité et la sécurité de la prise en charge du patient dans une réponse adaptée et pertinente au besoin de santé.

4.1 Choix de la méthode

Il s'agit de s'intéresser aux vécus et aux expériences des pharmaciens qui participent à des projets pluriprofessionnels.

4.1.1 Outil de l'enquête

Un entretien semi-directif a été réalisé avec des pharmaciens qui participent à différents niveaux à un projet pluriprofessionnel. Ce type d'entretien permet d'orienter le dialogue vers un sujet donné tout en laissant l'opportunité à la personne questionnée de s'exprimer plus ou moins sur les domaines de son choix.

4.1.2 Présentation des personnes et des lieux enquêtés

Trois pharmaciens ont été interviewés, chacun sur leur lieu d'exercice.

4.1.2.1 Interview n°1 : Antoine Prioux

Antoine Prioux a été interviewé le 6 février 2019 à Bugeat (19170) au sein de la pharmacie des Loutres. C'est une commune située dans le département de la Corrèze en région Nouvelle-Aquitaine. Elle se trouve au centre du canton du plateau de Millevaches et recensait, en 2016, 816 habitants. La pharmacie compte de 50 à 80 patients par jour pour une patientèle plutôt âgée et précaire.

La maison de santé est sur plusieurs sites étendus sur le territoire et compte 5 médecins généralistes, 4 pharmaciens dont le coordonnateur est Antoine Prioux et 4 infirmières salariées de l'organisme. Les professionnels ont pu conserver leurs locaux.

Il y a un secrétariat externe qui prend les rendez-vous des médecins payé 1€ par appel passé au secrétariat. Mise en place récente d'un secrétariat employé par la SISA pour deux des médecins.

4.1.2.2 Interview n°2 : Philippe Lemarquis

Philippe Lemarquis a été interviewé le 20 février 2019 à Aire-sur-l'Adour (40800) dans les landes. La pharmacie Lemarquis est intégrée au centre de la commune qui comptait 6114 habitants en 2016.

La maison de santé est sur plusieurs sites et compte 11 000 patients ayant déclarés l'un des médecins comme médecin traitant, 350 actes sont réalisés par jour avec une patientèle diversifiée. Toutefois, il s'agit majoritairement de patients retraités atteints de maladie chronique. Quarante-trois professionnels de santé sont signataires de la SISA : des médecins, des pharmaciens, des kinésithérapeutes, des infirmières, des podologues, des sages-femmes, des dentistes, des ambulanciers, des orthophonistes, des orthopédistes et des diététiciennes. Cette MSP compte actuellement trois pharmaciens.

Il n'y a pas de secrétariat commun à tous.

4.1.2.3 Interview n°3 : Christian Labussière

Christian Labussière a été interviewé le 21 février 2019 à Langoiran (33550), une commune de 2171 habitants en 2016, située à 20 minutes de Bordeaux.

La pharmacie Labussière-Héguy est au rez-de-chaussée de la maison de santé qui compte 2 pharmaciens, 6 médecins, 10 infirmières (6 dans les locaux et 4 dans les villages alentours dont une ASALE), 2 kinésithérapeutes, 1 podologue et 2 dentistes.

Il existe un secrétariat commun pour les médecins.

4.1.3 La réalisation de l'enquête

Le premier contact a été établi par courriel ou par téléphone afin d'obtenir un entretien. Dès la date de l'entretien fixée le questionnaire a été envoyé par courriel afin que le pharmacien puisse se préparer.

Les questions préparées auparavant peuvent être abordées dans un ordre variable en fonction du déroulement de l'entretien. La durée est estimée à une heure par entretien avec le pharmacien. Ce temps d'enquête ne prend pas en compte la visite des lieux d'autant plus qu'elle ne fut pas nécessairement réalisée avec le pharmacien interrogé.

4.1.4 Les limites de l'enquête

Ces interviews n'ont pas pu être réalisées avec la totalité des pharmaciens présents au sein d'une MSP ce qui ne nous permet pas de considérer les résultats comme des généralités. Cependant l'ensemble des entretiens a pu montrer comment certains pharmaciens vivent ce nouveau mode de fonctionnement.

4.2 L'analyse de l'enquête

Chaque entretien a été enregistré puis retranscrit. Une analyse qualitative a été effectuée sur le contenu de l'interview afin d'en ressortir les éléments essentiels.

4.2.1 La maison de santé

4.2.1.1 L'histoire de la MSP

Les maisons de santé pluriprofessionnelles visitées ont été installées pour des raisons différentes. Toutefois, pour chacune des MSP la pharmacie a été intégrée dès le début du projet.

Interview n°1 :

L'offre médicale est très faible dans ce département. En 2008, un médecin a menacé de partir suite à la restructuration de la permanence des soins dans la Creuse, menant à des secteurs de gardes trop grands, allant même jusqu'à 2 heures pour aller voir un patient. Finalement un nouveau médecin est venu s'installer dans un petit bâtiment, avec dans l'idée de devenir un cabinet de groupe. C'est donc suite à cette nouvelle installation que ce sont posées les questions suivantes :

- « *Comment va-t-on pouvoir mieux s'organiser pour s'entraider entre médecins ?* »
- « *Comment mieux répartir l'offre de soins à l'échelon d'un territoire qui a des contraintes notamment géographique forte avec une densité de population très faible ?* »
- « *Comment innover dans l'organisation pour être plus attractif au niveau de la nouvelle génération de médecin et faire en sorte que l'offre médicale ne meurt pas avec le départ en retraite des médecins présents ?* »

C'est finalement en 2010 qu'a été réalisés le diagnostic territorial, le projet de santé ainsi que l'appel des fonds pour financer la MSP, dont la construction a pu débuter en 2011. Les médecins ont finalement été informatisés fin 2013 et la SISA créée en 2015, incluant la pharmacie dont Monsieur Prioux est titulaire, avec l'obtention des NMR puis de l'ACI en 2016-2017.

Interview n°2 :

Monsieur Lemarquis est titulaire de sa pharmacie depuis 30 ans et travaille en coordination avec les autres professionnels de santé du territoire depuis le début.

Pour être plus précis, l'idée est partie d'un médecin et de lui-même autour de l'année 2012. Cette année-là, Mr Lemarquis cherche à impliquer son équipe et passe par des associations pour rendre son cahier des charges plus pertinent. Cet engouement va se concrétiser par plusieurs réunions en 2014, pour aboutir à la création d'une association en 2015 afin d'avoir une base juridique et d'apposer officiellement leur présence sur le territoire. Le montage du projet de santé est officieusement appuyé par

l'ARS et c'est donc en 2017 qu'ils reçoivent leurs premières subventions.

Finalement, ils ont eu l'idée de la création de cette maison de santé car c'était le moyen le plus adapté pour travailler en pluridisciplinarité, et il ne s'agissait que d'officialiser ce qu'ils faisaient déjà. Il est évident que l'on ne peut plus travailler de façon isolée, surtout si l'on veut diminuer les problèmes d'accès aux soins comme dans ce département.

Mr Lemarquis tiens aussi à rappeler que le système de soins actuel comporte encore des failles, notamment car il est basé sur un système de pathologies aiguës et non de pathologies chroniques, et qu'en découle une rémunération du pharmacien inadéquate vis à vis de son rôle d'acteur de santé publique.

Interview n° 3 :

Dans le cadre de ce projet, c'est d'abord une maison médicale au sens physique du terme qui a été créée avant que ce soit une MSP au sens de l'ARS.

La genèse du projet date de 2003, cela faisait 10 ans qu'ils étaient titulaires sur Langoiran et il y avait un défaut structurel au niveau de la pharmacie. En effet, il y avait un décalage entre leur vision de l'avenir de la pharmacie et leur local officinal, même si à ce moment peu de gens raisonnaient de cette façon. Il est donc apparu une volonté de trouver un lieu où solliciter et rassembler des professionnels de santé. Il se trouve qu'un médecin voulait changer de cabinet car il se sentait à l'étroit et souhaitait s'associer. Le projet a été porté par les pharmaciens (les médecins n'ayant que peu de temps), projet qui a notamment fait venir un laboratoire d'analyse, pour aboutir à quelque chose de beaucoup plus gros que ce qu'ils avaient initialement. A titre informatif, la maison de santé développe actuellement 1500m² pour de la santé, soit 2 fois 750m² par étage avec 70 places de parking.

Le temps d'obtenir les autorisations administratives, trouver un terrain, avoir le permis de construire puis de construire, le transfert de l'officine a été effectif en octobre 2006, puis ce sont plutôt les médecins qui ont poussé pour faire la maison de santé au sens ARS du terme.

Ils ont donc d'abord créé un système qui fonctionnait dans un local de qualité pour finalement faire entrer cette dynamique dans le cadre d'une SISA, l'objectif étant de garder une profession officinale dans les années à venir.

4.2.1.2 Le projet de santé

Afin de monter une maison de santé pluriprofessionnelle il faut avoir en tête un projet de santé. Afin de répondre au mieux à la demande en soins de la population visée.

Interview n°1 :

Il s'agit là d'un territoire très vaste avec une densité de population très faible. Il n'était donc pas possible de faire une grosse maison de santé sinon cela aurait mené à des inégalités d'accès aux soins. Ils ont donc sollicités les élus, les politiciens pour avoir plusieurs MSP sur les territoires reliés par un système d'informations partagées accessible via internet. Les médecins peuvent ainsi se déplacer entre chaque MSP pour apporter une offre médicale au plus près de la population. Le projet de santé était donc de travailler en multisites, de mettre en place un SIP et de coordonner les actions de manière pluriprofessionnelles autour des maladies chroniques via des protocoles, le partage des dossiers médicaux et des données. C'est à l'époque des ENMR que ce projet a été validé, soit vers 2010-2011.

Ce projet les oblige à travailler en multisites même si ce n'est pas le plus simple. Par exemple, les coordinateurs et les secrétaires médicales travaillant dans le même bureau peuvent échanger plus facilement, d'où l'intérêt de l'exercice groupé, mais il ne faut jamais sacrifier la question de l'égalité d'accès aux soins c'est donc pour cela qu'ils s'imposent un fonctionnement qui n'est pas toujours confortable au quotidien, dans cette optique d'égalité de l'accès aux soins.

Interview n°2 :

Il s'agit d'un projet multisites avec un bâtiment socle dans lequel ils regroupent le secrétariat, la téléphonie et l'informatique. Ils font 3 cabinets médicaux supplémentaires avec internat pour recevoir 2 internes.

L'objectif de la maison de santé se répartit sur ces 3 points : l'accès aux soins, la coordination des soins et l'informatique. Le bâtiment est tout à fait secondaire puisqu'ils peuvent travailler sans. Pour le moment c'est très peu fait en multisites car

c'est très mal annoncé. En effet cela a été pris en charge par les politiques, entraînant des situations où les gens s'en vont car ils leur prennent des loyers. C'est pour éliminer ce problème qu'ils sont partis en multisites. Les gens peuvent rester chez eux et ils n'ont pas de loyer à donner à la communauté de commune ou à la maison de santé. En effet il est compliqué de faire des loyers car une infirmière n'a pas les mêmes revenus qu'un médecin, qui n'a pas les mêmes revenus qu'un kiné etc. La maison de santé c'est le projet de santé et non le local réel. Dans ce projet on part sur l'objectif et non la finalité de la maison de santé, qui n'est pas de faire un bâtiment mais de faire du travail en coordination avec une équipe pluridisciplinaire et de faciliter l'accès aux soins, car aujourd'hui la problématique, c'est la présence de médecin.

A partir du moment où on structure, on organise un système, cela enlève toute la partie administrative aux professionnels. Si on enlève la partie gestion des factures, il n'a plus besoin de comptable. Le but du jeu c'est que lorsqu'un médecin arrive on lui donne un système informatique, on lui donne un téléphone, ça lui coûte 300€ par mois, plus le loyer et c'est fini. Ce qui lui coûtait 10 ne lui coûte plus que 3, il ne s'occupe de rien et il ne fait que de la santé et c'est ainsi qu'on les attire. D'autre part il y a aussi le côté installation qui plaît aux jeunes médecins et la sécurité en travaillant sur la base de protocoles, rappelant le milieu hospitalier. On se doit de considérer que la santé n'est plus l'individualiste.

C'est en novembre 2018 qu'ils obtiennent la reconnaissance MSP. Ils ont été très suivis par l'ARS qui avait prévalidé le projet car il partait des professionnels de santé.

La signature de l'ACI a eu lieu le 26 janvier pour un effet au premier janvier, ce qui représente entre 80 000 et 100 000€ pour financer le secrétariat, la téléphonie pour diminuer le coût aux médecins, des loyers etc.

Interview n° 3 :

Pour ce projet il s'agit là d'apporter des services plus nombreux et de meilleures qualités à la population du territoire.

4.2.1.3 Ce qui est intéressant dans la SISA

Pour rappel une MSP est obligatoirement montée sous la forme d'une société interprofessionnelle de soins ambulatoire (SISA) apportant aux membres de nombreux avantages.

Interview n°1 :

Tout d'abord l'accès au dossier médical : la SISA étant une structure juridique qui reconnaît une équipe, permettant cet accès sauf mention expresse du patient. Il y a une extension de l'information et un partage du secret médical au titre de l'équipe comme le milieu hospitalier. Tout cela est très important pour la coordination.

Un mode de rémunération au titre de son statut de professionnel libéral. Cela permet aux membres de la SISA de percevoir une rémunération dès lors qu'ils s'investissent dans le projet de santé (la rémunération d'un coordonnateur par exemple). Mais il est également possible de le rémunérer pour une prestation en santé pour lesquels il n'y a pas de mode de rémunération en nomenclature (par exemple, un pharmacien d'officine ne peut pas percevoir de rémunération conventionnelle pour de l'éducation thérapeutique, donc il peut se rémunérer parce qu'il est sociétaire de la SISA en percevant des honoraires). Cette rémunération est également possible pour un professionnel ne faisant pas parti de la SISA dans le cadre d'un protocole de prise en charge qui fait intervenir des professions qui ne sont pas reconnus au titre du code de la santé publique, comme les psychologues, mais qui sont néanmoins indispensables quand on veut faire de l'accompagnement du patient.

Interview n°2 :

C'est surtout la question du « qu'est-ce que le pharmacien apporte à la SISA ? »

« Il ne faut pas le faire dans un but lucratif. La SISA apporte la pérennité du métier de pharmacien car si le pharmacien n'y rentre pas et ne participe pas, il est mort. Le pharmacien est le mieux placé, finalement c'est lui qui a le plus d'informations. »

4.2.1.4 Les aides

Afin d'aider le mode de travail en pluriprofessionnalité les MSP peuvent bénéficier de plusieurs aides pour monter le projet mais également par la suite pour aider au fonctionnement.

Interview n°1 :

Il y a les financements de l'Europe et des communes. Ce sont eux aussi qui ont financé, avec le parc naturel régional, la réalisation du diagnostic territorial. Le financement européen a également permis de financer le système d'information. Il y a également un financement public via du fond FIR à l'époque où on était dans les ENMR commençant à 35 000 – 40 000€ / an pour finir à 50 000. Désormais ils comptent près de 60 000€ d'aide avec l'ACI.

Interview n°2 :

Il s'agit de subventions européennes à 60-70%. Ensuite c'est la SISA qui paye un loyer, c'est à dire que ce ne sont pas les professionnels de santé qui le paient mais la SISA par l'ACI.

Interview n° 3 :

Chaque professionnel de santé et propriétaire de son local. *« A l'époque nous tenions beaucoup à ce que chacun soit propriétaire de ses murs. Je trouve que sur le long terme ça évite les problèmes »*. Au niveau des locaux commun c'est une copropriété classique.

Il y a eu uniquement des financements privés, aucune subvention pour le côté matériel de la maison médicale.

4.2.1.5 Les étudiants

Interview n°1 :

Il s'agit plutôt d'internes de 6ème semestre en médecine générale, certains SASPAS (stagiaires en autonomie supervisés), une seule des pharmacies a la capacité d'accueillir des pharmaciens mais il a essayé cette année mais n'a pas pu. Ce sera donc pour l'année prochaine puisque l'idée est d'avoir deux stagiaires en pharmacie. Ils ont le label « maison de santé universitaire » par la présence du professeur Buchon. Il essaye de faire financer un poste de chef de clinique en médecine générale qui soit rattaché à la SISA pour pouvoir accueillir des internes en médecine générale peu importe le semestre dans lequel ils sont, ce qui permettra d'accueillir plein d'internes en médecine mais aussi en pharmacie clinique et potentiellement des externes en stage AHU en été.

Interview n°2 :

Actuellement sont en création des places pour 2 internes en médecine. Mais c'est ouvert à tous les professionnels de santé, 6ème année de pharmacie, internes en médecine...

Interview n° 3 :

Actuellement il y a un étudiant en 6ème année de pharmacie. De leur côté les médecins sont très impliqués par rapport aux jeunes qui viennent, notamment des internes en médecine générale.

4.2.1.6 L'impact de la MSP sur le territoire

La mise en place d'une MSP dans un territoire doit être un réel atout pour l'offre de soins pour plusieurs raisons.

Interview n°1 :

Le fait qu'ils aient pu attirer des médecins est déjà un point positif dans les objectifs qu'ils s'étaient fixés. En effet, au-delà d'apporter de la qualité, cela renouvelle aussi l'offre de soin. Une étude de l'INPES a démontré que les MSP ont un rôle d'amortisseur du mécanisme de désertification médicale, et cela crée des contextes qui sont plus favorables à un réensemencement. La notion de qualité de la MSP est hautement liée à la maturité de celle-ci, à la capacité à produire des données et à utiliser ces données stratégiques pour mettre en place des actions coordonnées très spécifiques ou très personnalisées. D'après Mr Prioux, la MSP améliore la qualité de l'accès aux soins courants parce que n'importe quel médecin peut accueillir n'importe quel type de patient dès lors que le dossier médical fait partie de la structure.

Sur la coordination des soins, il y a une meilleure gestion des AVK avec un lecteur d'INR à la pharmacie, il est possible avec un protocole mis en place en coordination, de sauter la prise d'un médicament ou d'en augmenter la dose et derrière d'informer sur le dossier médical du patient qu'il y a eu une intervention pharmaceutique pour réajustement de la prise en attente de la réévaluation de la posologie de base par le médecin. Il y a aussi des RCP qui permettent de mieux communiquer sur certains cas complexes.

« A la base du projet on a essayé d'intégrer tous les professionnels du parc national et au début on était une quarantaine. Mais certains étaient là par opportunité pour financer leur cabinet. Finalement on est parti large et on a fini avec un noyau dur qui a réellement intégré la SISA ». Maintenant il y a d'autres maisons de santé qui se sont créées à côté et certaines en projet de construction qui s'inspirent de ce qu'ils ont fait. Mr Prioux est facilitateur pour certaines d'entre elles via la FNAMEPOS, ce qui lui permet de leur dire qu'il y aurait une logique territoriale à choisir le même système d'informations partagé qu'eux pour qu'ils aient demain une base de données pour la CPTS. C'est ce qui se passe aujourd'hui sur le pôle de santé du SELS qui serait à lui seul une CPTS. Ils viennent de fusionner leurs bases de données. Maintenant

presque toute la moitié nord de la Corrèze va utiliser le même système d'informations et la même base de données.

Interview n°2 :

« Au moment du montage de l'association nous étions une trentaine, ensuite on est passé à 40. Au moment de la création de la SISA tout le monde a adhéré. A l'heure actuelle nous avons des demandes régulièrement pour y rentrer ». Ils ont fait la SISA à capital variable pour simplifier l'entrée ou la sortie d'autres personnes.

Ils travaillent également avec un système informatique commun.

Interview n° 3 :

Le changement des locaux a permis d'offrir plus de services aux patients.

« C'est toujours plus pratique pour les patients. Par exemple de mamies qui étaient parties de la pharmacie précédente lors du transfert sont revenues en disant « ah c'est vous qui êtes ici parce que là-bas ça devenait trop dangereux de traverser la route, on ne pouvait pas de garer donc on a été obligées de changer de pharmacie. »

4.2.2 La coopération interprofessionnelle

4.2.2.1 Monosite ou multisites ?

Il existe deux modes de fonctionnement des MSP. Tous les professionnels de santé sont regroupés au sein d'un même bâtiment permettant de simplifier la communication entre eux, c'est le monosite. Mais il est également possible que tous les professionnels de santé signataires de la SISA ne soient pas dans un même lieu permettant une meilleure répartition de l'offre de soins, le multisites. Plusieurs points de vue divergent.

Interview n°1 :

« Oui il est plus simple d'exercer dans un même lieu d'exercice car on se croise à la machine à café, on mange ensemble, il y a de la convivialité, quand on a une question à poser on va voir directement la personne concernée. Cependant comme on l'a vu auparavant, on ne doit pas sacrifier l'égalité d'accès aux soins des patients pour le confort de l'exercice professionnel. »

Interview n°2 :

« Dans la pluridisciplinarité, si vous ne travaillez pas en partage d'informations, jamais vous trouverez de confrères. Il faut absolument que l'information circule. A partir du moment où vous prenez le patient en charge, si vous faites de l'accompagnement, il faut être avec d'autres professionnels. »

Comme on va vers les CPTS, si on veut évoluer vers cela c'est le système multisites qui fonctionne le mieux car on ne dépend pas d'un bâtiment donc on ne dépend pas d'un politique. Et comme on n'a pas besoin d'un bâtiment pour faire de la coordination c'est souvent de l'argent gaspillé. D'autre part, dans le multisites, chaque professionnel de santé reste chez lui et n'est pas dépendant ce qui lui permet de rentrer et d'en sortir comme il veut. Ainsi, comme il n'est pas dépendant il ne donne pas de loyer, ce qui coûte le moins cher. »

Interview n° 3 :

« Ici nous sommes en monosite. »

Le gros intérêt de ce type de structure est de par la qualité des médecins qu'on a, c'est qu'ils réussissent à fédérer des jeunes médecins. Cela explique que depuis la création du centre il y a eu 3 départs en retraite remplacés immédiatement. On parle de désertification, nous on a récupéré des médecins supplémentaires. 5 des médecins ont moins de 40 ans et cela est dû à 2 facteurs :

- *Le centre de santé*
- *La façon d'exercer des médecins qu'on a ici à savoir dans le partage et dans l'échange.*

La différence c'est que lorsque l'on travaille en multisites, pour réunir les gens, il faut qu'ils viennent sur un site qui n'est pas le leur. Hors ici, les infirmières peuvent également venir à la pharmacie. Elles viennent parfois juste parler de leur patient en fin de vie tellement c'est difficile. Il y a une vraie synergie humaine. »

4.2.2.2 Le coordonnateur

La présence d'un coordonnateur est indispensable dans une MSP pour permettre un travail regroupé et en ressortir les avantages. Mais plusieurs missions peuvent lui être accordées.

Interview n°1 :

Il y a eu 2 coordinatrices et Mr Prioux est le coordinateur intérimaire.

La facturation se fait à la SISA de 1500€/mois pour son rôle de coordonnateur sous forme d'honoraire : tout le travail pour porter le projet, l'animer, recruter, former, coordonner, faire la promotion du territoire, de la maison de santé avec les politiques, avec les étudiants, avec la FNAMPOS, développer etc.

Ses missions sont multiples :

- Traiter avec tous ceux qui les sollicitent : réseaux de santé en addictologie, organisme d'éducation thérapeutique, ARS, sécu
- Gestion des ACI
- Organiser les réunions mensuelles et l'ordre du jour. Formaliser un compte rendu
- Lien avec le comptable
- Lien avec l'éditeur du système d'information
- Aider à la planification des réunions de concertation pluriprofessionnelle (RCP)
- Lien avec les bailleurs avec résolution des problèmes

On peut différencier une fiche de poste de coordinateur administratif ou coordinateur de projet de santé et elles évoluent.

Mr Prioux est en cours de formation en alternance, 2 jours tous les 3 mois, qui permet d'échanger avec d'autres coordinateurs et de créer une forme d'intelligence collective car c'est un nouveau métier. Il n'y a pas encore beaucoup de formation et on ne sait pas quels sont les contenus pertinents et la pédagogie pertinente pour former ce type de poste. Cette formation est validée par l'école des hautes études en santé publique. Cela va permettre de réellement créer du contenu pour des formations ultérieures.

Un coordonnateur peut être un professionnel de santé qui veut s'investir dans le projet (podologue, kiné, infirmier, orthoptiste...) qui font des temps de coordination, ou des secrétaires médicales. Puisque chaque maison de santé est différente d'une autre, la diversité d'un projet fait que la première qualité est la capacité de s'adapter à un territoire, à un projet, à une équipe professionnelle.

Interview n°2 :

Les coordonnateurs sont un médecin, un pharmacien (Mr Lemarquis) et un infirmier.

Le médecin s'occupe des relations externes à la MSP, l'infirmier s'occupe de la partie protocole et de la partie prévention et promotion de la santé. Et Mr Lemarquis s'occupe de la partie organisation de la MSP et RCP.

Ils ne suivent pas de formation, mais l'infirmier a fait de la coordination en milieu hospitalier.

« La coordination c'est savoir ce que fait l'autre, comprendre ses problèmes, résoudre ses problèmes et faire le lien. Ensuite le tout c'est d'avoir le bon discours. »

Dans ce cas il n'y a pas de rémunération pour les professionnels de santé. Si un professionnel de santé est coordinateur il ne sera pas rémunéré la première année. S'il y a de la rémunération c'est pour un programme particulier. Comme par exemple la mise en place d'un programme d'ETP. Il y a un budget défini pour la coordination. Cette année ils le font gracieusement pour lancer le projet mais ensuite le coordinateur sera rémunéré grâce à l'ACI.

Interview n° 3 :

La coordinatrice est l'une des médecins, et à ce titre elle perçoit une rémunération de la part de la SISA.

Les missions sont l'éducation sanitaire des patients, la mise en place de protocole de soins qui sont communs ou encore la sélection des patients pour les réunions.

4.2.2.3 Le système d'information partagé

Pour travailler ensemble, les professionnels de santé d'une MSP doivent être dotés d'un logiciel leur permettant de partager les informations concernant leurs patients commun.

Interview n°1 :

Mr Prioux a créé, en association avec un informaticien, un logiciel de dispensation de toute pièce. Cela lui permet de ne pas payer tous les ans une licence pour un autre logiciel. Malheureusement le logiciel précédent, n'a pas procuré les données précédentes de la pharmacie pour le nouveau logiciel. Ce qui a compliqué beaucoup de choses comme la gestion des stocks et de réapprovisionnement.

D'autre part la maison de santé utilise ICT pour communiquer entre les

professionnels de santé. Malheureusement ce logiciel n'est que sur un poste à la pharmacie car il ne permet pas la dispensation.

Interview n°2 :

Ils utilisent actisanté. Lorsque qu'un patient rentre dans une MSP, par définition, il accepte le partage d'information, donc les soignants ont des accès, qui sont tout à fait personnels. Il est interdit de donner l'accès à quelqu'un d'autre pour respecter le droit du patient. Ils ont des niveaux de partage différents en fonction des professionnels de santé et celui du pharmacien est quasi identique à celui du médecin. C'est vraiment déterminé en fonction des accès.

Interview n° 3 :

Ils travaillent avec un système de messagerie sécurisée : PAACO globule. Il est présent sur un ordinateur à l'étage sur lequel les titulaires ont accès, notamment pour consulter les dossiers médicaux des patients. Il n'est pas encore installé à la pharmacie car cela risquerait de perturber le système d'exploitation actuel et donc perturber le quotidien. L'installation devrait se faire prochainement par un technicien.

4.2.2.4 Les réunions interprofessionnelles

Il est indispensable que les professionnels de santé se réunissent régulièrement afin d'échanger leur connaissance au sujet des patients commun mais également pour organiser la coordination de la maison de santé.

Interview n°1 :

Il y a des réunions de coopération pluriprofessionnelle mais en toute petite équipe dans les maisons de santé. Il y a des RCP par visio-conférence si besoin. C'est en général une fois par mois, à Perlevade avec une dizaine de personnes. Ils changent de site tous les mois pour être équitable.

Plus précisément, c'est tous les premiers mardi du mois à 20h pour aborder le fonctionnement des MSP et faire un tour de table sur l'actualité du mouvement, sur l'ACI, sur les retours de les FFMPs national ou régionales, les divers sollicitations, les problématiques de gestion, la relation avec les bailleurs etc.

A priori, ils essaient de faire une fois par mois une RCP dans chaque MSP. Se retrouvent 1 pharmacien, 1 ou 2 médecins, 1 ou 2 infirmiers pour discuter des cas des patients. Sur le dossier médical il est possible d'intégrer un patient dans la

prochaine RCP donc il faut à ce moment-là préparer le cas. De manière plus courant, ils y vont avec une liste de patients et discutent chacun leur tour de la difficulté des cas complexes pour lequel il y a une fragilité identifiée afin de mettre en place une mesure corrective. D'après Mr Prioux, il faudrait que ces réunions soient mieux structurées.

D'autre part, une réunion projet de santé est organisée tous les 6 mois pour redéfinir les grandes lignes et ré-aborder certains points particuliers.

Enfin, il y a aussi des réunions spécifiques de réflexion autour des protocoles ainsi que des réunions pour le partage d'expérience autour du système d'information. En effet, tous les médecins n'ont pas la même utilisation du logiciel et là aussi il est considéré que pour être efficace, il faut une harmonisation de la production de données. Cela doit passer par des choses simples : au moins être à jour des patients qui ont déclaré médecin traitant, coder les ALD. Ensuite l'idée c'est qu'en tant que pharmacien, il puisse ajuster les traitements chroniques, certains déterminants de santé etc.

Interview n°2 :

C'est le coordinateur qui s'en occupe. Ils ont mis un système en place avec des vignettes par rapport au logiciel. Lorsque qu'un professionnel de santé se rend compte qu'il y a une perte d'autonomie ou qu'un cas nécessite une réunion, il va le signaler. Ensuite le coordinateur va rechercher ce système et organiser la réunion tous les mois. Dans leur cas, il est prévu que tous les derniers jeudi du mois entre 12h30 et 13h30 ait lieu une réunion de concertation pour les professionnels de santé concernés. Les sujets abordés les patients, comme dans le cas d'une perte d'autonomie, donnant lieu à une redirection vers le médico-sociale ou encore un problème d'observance, avec ici des réflexions pour résoudre le problème.

Ces réunions sont toutes récentes, mais ils ont écrit les procédures qui déterminent comment s'organise une réunion. C'est aussi l'intérêt qu'un pharmacien entre dans une MSP, le but étant de savoir où l'on va et comment.

Interview n° 3 :

Les professionnels de santé qui participent aux réunions interprofessionnelles sont ceux qui ont comme patient l'un de ceux dont il est question dans la réunion.

Les réunions se déroulent dans un local des médecins. A l'époque ils n'avaient pas fait de local dédié au vue du montant de l'investissement.

Tout le monde peut élire un patient pour débattre de son cas, notamment si un

patient n'est pas observant ou dont l'état se détériore. Ces réunions se déroulent tous les jeudis de 13h30 à 14h30.

Il a aussi été réalisé un protocole pour les anticoagulants oraux, avec un rôle d'alerte du pharmacien au comptoir quant aux signes pour anticiper les hémorragies. Pour le moment, ils sont plus orientés sur les soins des infirmiers.

Pour le moment il n'y a pas de mise en commun des discours entre professionnels, ils se concentrent plutôt sur la façon d'aborder les gens. Par exemple, ils ne traitent pas de la même façon quelqu'un qui vient prendre sa chimiothérapie ou quelqu'un qui vient chercher sa boîte de paracétamol. Ils vont avoir tendance à se concentrer sur la prise en charge des pathologies lourdes qui sont de plus en plus fréquentes et qui nécessitent plus d'accompagnement humain et technique. La notion d'accompagnement est donc primordiale et il faut faire preuve de beaucoup d'empathie.

4.2.3 La place du pharmacien dans les MSP

De plus en plus le pharmacien a de nouvelles missions pour la prise en charge et l'accompagnement du patient. En termes de prévention ou bien les actions pouvant améliorer la qualité de vie des patients souffrant de pathologies chroniques. De plus les pharmaciens sont au centre des professions médicales.

4.2.3.1 L'impact du travail pluriprofessionnelle sur la profession de pharmacien

Interview n°1 :

Les pharmaciens font en sorte de s'intéresser aux métiers des autres en espérant que les autres s'intéressent au leur. Cela Permet de mieux comprendre et de mieux se faire comprendre vis-à-vis des besoins de l'équipe. Des exemples :

- Demande effectuée par le pharmacien aux médecins de prescrire en multiple de semaine. Cela permet de limiter la quantité de déchet et d'avoir la même quantité de médicaments à délivrer à chaque délivrance.
- Noter le pharmacien correspondant sur l'ordonnance pour avoir l'ordonnance en temps réelle, c'est quelque chose d'assez simple.
- Proposition faite par le pharmacien de prendre les rendez-vous pour les patients lors de la dernière délivrance d'un traitement chronique. Pour ça il faut que les médecins dédient des plages de rdv pour les consultations programmées.

Cela nécessite une harmonisation des fonctionnements et donc un contrat d'exercice en commun qui doit surtout être discuté entre médecins.

Pour l'instant c'est très limité car : ils n'ont pas encore accès aux dossiers médicaux au comptoir, accès uniquement au bureau mais qui permet lorsqu'un besoin apparaît d'aller dans le bureau pour regarder. Il y a aussi quelques cas complexes, comme le sevrage d'opiacés nécessitant la communication avec les autres, lors d'un changement de dosage d'AVK, quand il faut réimprimer une ordonnance, mettre à jour tous les carnets de vaccination pour les patients de la MSP. Or c'est là où l'interopérabilité entre le logiciel de la pharmacie et le logiciel ICT va prendre tout son sens parce que le problème d'avoir 2 logiciels métier c'est que cela complique les choses.

Demain, quand il y aura de la dispensation à domicile, Mr Prioux aura sur sa tablette la version mobile d'ICT, ce qui fait qu'il pourra charger sa tournée de patient pour avoir accès à leur dossier médical à leur domicile. Cela permet aussi de structurer des déterminants de santé ou remplir un bilan de médication partagé en temps réel.

Parallèlement, il reçoit des alertes sur les ordonnances pour les patients l'ayant déclaré comme pharmacien correspondant (peu pour l'instant).

Cela permet encore une fois de sécuriser le parcours de soin et de tracer ce qu'ils font.

Interview n°2 :

Le fait de travailler en pluriprofessionnalité apporte énormément à tout le monde. Automatiquement ça veut dire que l'on met en commun les compétences, et il est évident que ce sont les compétences de chacun qui permettent de mieux prendre en charge le patient. C'est donc un ensemble de compétences qui communiquent et qui se mettent en place autour du patient.

Interview n° 3 :

« C'est le jour et la nuit, notamment en termes de reconnaissance des médecins du métier du pharmacien ». Cela crée une synergie, une symbiose. Cependant il n'y a pas de compérage puisque les patients ont leur libre choix de pharmacie. Quand ils ont besoin d'un renseignement sur un médicament, les médecins n'hésitent pas à appeler ou inversement quand il y a une rupture d'un médicament par les laboratoires. Autre exemple, s'ils ont besoin d'un vaccin ils peuvent descendre le prendre de suite. Pour tout le monde c'est plus simple et pour le patient aussi. Donc il y a un vrai changement en termes de synergie de travail.

« Pour l'exemple des ruptures de médicaments : mise en place de protocoles pour limiter les appels. On a fait un listing des équivalents et on a appelé les médecins en leur disant que  a manque pour qu'ils donnent leur protocole de modification.  a nous permet sans les déranger d'agir en pouvant dire qu'on agit avec l'aval du médecin. C'est plus facile de mettre cela en place dans des structures où les gens se connaissent. C'est du gain de temps pour tout le monde. »

Il a aussi été constaté une augmentation de la patientèle.

Travailler dans un modèle de coopération simplifie le travail quotidien. La relation est tellement fluide avec les médecins qu'elle est facile avec les patients. Quand ils décèlent des contre-indications la communication est facile et ça se passe toujours bien.

« Il faut y aller pour représenter la profession. »

La difficulté est de trouver des gens motivés pour travailler. Une fois qu'ils sont trouvés il faut que quelqu'un gère le côté administratif.

4.2.3.2 Les missions du pharmacien dans les MSP

Le pharmacien est de plus en plus impliqué dans le parcours de soin du patient grâce à de nouvelles missions.

Interview n 1 :

Les missions :

- Bilan de médication pour bientôt, avec la mise à disposition d'un pharmacien clinicien, l'objectif étant d'en faire beaucoup sur rendez-vous. Il a aussi pour projet de fermer la pharmacie le mercredi après-midi pour ne prendre que sur rendez-vous.
- Entretiens pharmaceutiques, oui, mais l'idée c'est que les médecins les prescrivent, pas d'ETP mais c'est l'objectif de l'année (1 seul pharmacien formé)
- Suivi d'observance fait mais pourrait être optimisé.
- La conciliation se fait un peu avec les conciliations d'oncologie de l'hôpital de Brive
- Préparation de doses à administrer (PDA)
- Peu d'actions de prévention hormis la vaccination. Des actions de prévention ne sont pas encore mises en place mais il y a un projet pour faciliter le dépistage du cancer colorectal.
- Le tri de la pharmacie familiale et l'amélioration de l'habitat et du confort du

patient à domicile se fait beaucoup lors des visites (installation de barres de douche...), possibilité de faire une facturation de service à la sécurité sociale.

- Pharmacien référent en EHPAD mais pas de financement.
- Opinion pharmaceutique : feuille spécifique mais pour l'instant ce sont surtout des petites notes sur les dossiers des patients et l'avis est donné lors des réunions de concertation.
- Vaccination déjà opérationnelles.

Interview n°2 :

Les pharmaciens font depuis longtemps de l'accompagnement, même si ce n'est pas forcément de façon formelle.

Ils ont fait 250 entretiens pour les AVK, mais le repérage se fait surtout au comptoir. Cependant, une fois que le dialogue est effectif avec le patient, il n'est pas très judicieux de s'arrêter pour aller sur Amélie et faire remplir une feuille au patient pour avoir son accord. Lorsque l'on fait un entretien AVK, c'est qu'il y a une problématique cardiaque, donc il ne faut pas parler de l'AVK uniquement, il faut parler de l'ensemble du traitement. Globalement, Mr Lemarquis considère qu'il en a facturé 1 sur 20 de ceux qui ont été fait.

Pour l'ETP c'est très particulier car très rigide. Ils font des séances d'ETP mais pas à la pharmacie, même s'ils ont une posture éducative à l'officine.

Pour la PDA, c'est avec robot pour notre EHPAD afin de garantir le circuit du médicament.

Par ailleurs sont mises en place des actions de prévention pour le diabète, les troubles cardio-vasculaires, la tension, l'obésité. En effet ils font beaucoup de dépistage de diabète, HTA, obésité. Ils sont aussi en train de mettre en place un système de promotion de la santé.

Pour l'amélioration de l'habitat des patients, c'est une entreprise à part qui s'en charge. Cette entreprise de matériel médical a été montée en 1992 par Mr Lemarquis et emploie un ergothérapeute.

En ce qui concerne les ordonnances, ils renouvellent, modifient, adaptent en accord avec les médecins. Tout est suivi et tracé, encore plus facilité avec le système informatique.

Il y a eu 500 vaccinations sur la saison 2018-2019.

Interview n° 3 :

Mr Labussière gère la copropriété dans sa globalité. Les médecins sont déchargés complètement de cette tâche donc quand il y a un problème ils l'appellent, leur permettant ainsi de libérer du temps médical.

Pour le reste, sont fait des bilans de médication, des programmes d'ETP en projet, ainsi que du suivi d'observance au comptoir. Sur un volet prévention, ils ont participé à la journée du diabète mais ce n'est pas une constante. Ils ont référencé les autotests mais les gens ne sont pas habitués.

Par rapport au matériel médical, il y a des sociétés qui proposent de faire un bilan de l'habitat du patient.

La vaccination qui est très bien perçue, même s'ils l'ont plus fait par soutien de la profession mais cela arrange bien les médecins, il n'y a pas eu de conflit.

Le problème de toutes ces actions c'est que ce sont des actions qui prennent du temps mais qui ne sont pas rémunérées. Même si ils y sont très favorables : « *on ne peut pas rajouter des services à donner sans contrepartie financière.* »

4.2.3.3 Les atouts d'un pharmacien pour travailler en MSP

Interview n°2 :

Le pharmacien peut s'impliquer dans la mise en place des MSP car il a du temps par rapport aux autres, du moins il peut se libérer du temps car il a une équipe. Ils ont une structure intellectuelle qui leur permet de savoir manager, de savoir organiser, faire de la qualité. C'est le mieux placé pour mettre en place ces structures et les coordonner.

Les études sont faites pour apprendre la rigueur, c'est pour ça que les pharmaciens sont coté en industries. C'est une profession de santé très mathématique, tous les professionnels de santé ne le sont pas forcément. Il n'y a pas forcément de logique scientifique, on apprend à faire des autocontrôles.

« Par exemple à la pharmacie il y a 5 autocontrôles par la procédure de délivrance d'ordonnance. Il y a d'abord l'historique par rapport à la délivrance, la lecture l'ordonnance donc on sait à qui elle s'adresse pour être sûr que ça soit pour la bonne personne et ensuite l'ordonnance est faite d'une certaine logique. L'ordonnance est lue et ensuite on va chercher les médicaments dans le sens de l'ordonnance donc on reste dans cette logique. Ensuite il faut pouvoir expliquer le sens de l'ordonnance, on va contrôler par rapport à l'ordonnance et ensuite on va ranger par rapport à l'ordonnance. Donc on a regardé 5 fois l'ordonnance. Si vous faites de l'analyse

d'ordonnance, si vous confortez et si vous accompagnez, vous n'avez pas le temps d'aller chercher d'autres produits pour faire de la vente associée.

Les pharmaciens ont toutes les capacités »

Selon Mr Lemarquis le pharmacien doit être l'initiateur des maisons de santé. C'est le mieux placé pour le faire car il est au centre de l'information, il a des compétences, il a un niveau d'étude qui lui permet de manager, de structurer, de savoir arrondir les angles et en plus de ça il peut se dégager du temps. 80% des MSP n'ont pas de pharmacien.

« Le pharmacien peut avoir peur, n'a pas confiance en lui, n'est pas motivé. Cependant une MSP sans pharmacien ce n'est pas une MSP. Il faut avoir tous les professionnels de santé. Il faut penser au patient avant tout mais dans 50% des cas les gens montent une MSP pour l'argent. Il faut que le patient soit au centre du système. »

Interview n° 3 :

Mr Labussière considère que l'on apprend toute la partie pharmacologique et médicale sur les bancs de la faculté. Cependant il y a tout un côté de l'activité où les étudiants ne sont pas formés, notamment sur la notion d'intelligence comportementale et humaine pure. Ce sont des choses que l'on n'apprend pas mais qui se sentent, car un bon pharmacien doit être plus qu'un bon pharmacologue.

Au-delà de ça, il faut savoir gérer une entreprise, anticiper, faire de la ressource humaine, avoir le sens du financier. Globalement, il faut respecter des procédures et avoir un minimum de rigueur.

A Langoiran, ils ont un système de boîte aux lettres permettant de mettre en lumière les dysfonctionnements trouvés au sein de la pharmacie. Ce n'est pas de la délation, mais il y a rédaction de fiches de dysfonctionnement qui seront abordées lors des réunions de la pharmacie. C'est dans ces réunions que seront trouvées des solutions.

4.2.3.4 Le rôle du pharmacien dans le parcours de soins du patient

Le pharmacien est réellement central dans le parcours de soins du patient. C'est l'une des raisons pour laquelle sa présence est si bien perçue dans les MSP.

Interview n°1 :

D'après Mr Prioux, le rôle du pharmacien est fondamental car c'est une sorte de périscope, il fait face à toutes les tranches de risque, avec un point de vue extrêmement large. C'est un très bon moyen de faire rentrer les gens dans le parcours de soins et de faire de la gestion du risque à terme mais pour ça il faut gagner en maturité. Avec la raréfaction de l'offre médicale on peut s'appuyer sur notre maillage territorial, et le fait que demain les pharmaciens puissent travailler en coopératif permet de développer des services. Mr Prioux considère que les pharmaciens vont être un des acteurs les plus stratégiques dans la transformation de la santé, ou du moins pour fournir la capacité au système de santé de se transformer.

Interview n°2 :

D'après Mr Lemarquis, la profession de pharmacien a évolué en plusieurs étapes. Tout d'abord, il a été dans le directif, puis dispensateur au service des laboratoires et finalement aujourd'hui dans l'accompagnement. Selon lui, il a fallu prendre la place et la posture éducative propre à la profession. En plus de cela, il n'y a plus assez de médecin, et ils sont mal répartis. Or c'est aussi là que le pharmacien a son rôle à jouer puisque grâce au maillage territorial, les patients de l'ensemble du territoire sont en proximité avec un professionnel médical qui garde sa porte ouverte et sans rendez-vous.

Cependant, passer de commerçant à réel professionnels de santé est un processus lent mais tout le monde en a besoin, que ce soit les politiques (les pharmaciens sont des professionnels fiables), ou les patients.

Il faut aussi être droit dans sa déontologie du travail : « *Dans mon bureau je fais du commerce et quand je suis en bas je fais de la pharmacie. Et je ne profite pas de mon savoir pour fourguer. Les autres ensuite reconnaissent que vous faites votre métier.* »

Il considère aussi que l'on peut développer les missions du pharmacien en 3 étapes : sécurisation de l'ordonnance en validant l'ordonnance (côté scientifique), appui du discours du médecin et accompagnement du patient (avec une action sur l'effet placebo).

C'est le pharmacien qui voit les patients le plus, et c'est gratuit, ils rentrent dans la pharmacie après chaque acte donc ils les voient tous régulièrement. Ce sont donc eux qui vont récolter le plus d'informations, informations qu'il faut le diffuser.

Pour l'accompagnement, Mr Lemarquis approfondie la notion du dialogue avec les patients, notamment ceux souffrants de maladies chroniques :

« On est dans l'explicatif. Pour savoir comment vous y prendre il faut savoir à quel stade ils sont, s'ils sont en phase de deuil, d'acceptation etc. Pour savoir comment l'accompagner par rapport à cette phase. On accompagne différemment dans l'aiguë que dans le chronique. Dans l'aiguë la personne sait qu'elle va être guérie, donc elle écoute, donc elle est réceptive à l'explicatif. Alors que la personne qui est dans le chronique n'est pas guérie donc il faut l'accompagner. Donc il faut percevoir tout son entourage, cerner entièrement la personne, son côté culturel, social, ensuite travailler avec elle son objectif. Il ne faut pas donner des ordres, il faut travailler avec elle pour la laisser s'exprimer pour qu'elle trouve elle-même les solutions pour qu'elle les mette réellement en place »

Certain pharmaciens sont des commerçants mais ce n'est pas sa vision des choses. Par contre, le pharmacien a une place centrale dans le parcours de soins du patient et a un rôle d'accompagnement. Avant il a un rôle de prévention puisqu'il voit les patients avant qu'ils rentrent dans le système de soins.

Interview n° 3 :

La prise en charge des premiers soins n'est pas forcément due à la MSP mais c'est que c'est plus simple pour les gens de venir à la pharmacie que chez le médecin. Les pharmacies de l'hexagone brassent globalement la population française en une semaine au niveau réseau officinal. C'est l'acteur de soins de proximité la pharmacie et c'est très pratique pour les gens. En plus de ça, avec le déficit de médecin qui s'annonce, le temps d'attente dans les salles d'attente, il y a des gens qui préfèrent venir à la pharmacie en première intention. D'après monsieur Labussière c'est pour cela qu'il faut donner au pharmacien l'arsenal thérapeutique pour pouvoir y répondre et ne pas retirer des produits comme la Prontalgine qui était une très bonne alternative à l'ibuprofène pour les rages de dents que le paracétamol.

« Une des pathologies les plus importantes c'est la douleur, il faut qu'on nous donne les moyens de soigner la douleur des gens quand ils viennent. »

Tout le monde a son importance dans le parcours de soin, cela dépend du type de pathologie. Le médecin aussi est central parce que c'est lui qui prescrit, le pharmacien est central parce qu'il distribue, l'infirmière est centrale parce que c'est elle qui est le plus proche. Cependant le pharmacien a le comptoir qui « sépare ». L'infirmière rentre chez les gens, les touche ... Le pharmacien n'est pas plus important que les autres pour Mr Labussière.

Cependant ce sont les pharmaciens qui voient les patients le plus souvent. Quand on fait une étude de satisfaction le pharmacien est encore au numéro 1. C'est la profession préférée des patients.

4.2.3.5 Les changements apportés dans la pharmacie

Nous pouvons donc dire qu'un pharmacien apporte beaucoup de chose à une MSP en termes de compétences et de savoir, mais parallèlement un pharmacien étant dans une maison de santé pourra plus facilement se développer professionnellement avec de nouvelles missions et donc pratiquer un métier bien plus intéressant. Du fait de leur intégration dans une MSP tous les pharmaciens ont pu apporter beaucoup de changements à leur pharmacie.

Interview n°1 :

Il y a eu la suppression d'un robot de dispensation, qui fonctionnait mal et entraînait beaucoup de manutention. C'est vrai que cela donnait l'illusion de gagner du temps au comptoir, mais cela faisait perdre énormément de temps en backoffice, et il y avait aussi un coup élevé de maintenance. A la place ils ont installé un module de commande prédictif.

Pour être plus précis sur ce module de commande prédictif avec la mise en barquette personnalisée : dès l'arrivée de la commande ils mettent dans des barquettes nominatives. Cette nouveauté utilise 2 personnes 2 heures et demie par semaine et les commandes pour les barquettes sont passées le vendredi et sont reçues le mardi. Ces commandes sont mises en barquettes pour les patients qui vont venir la semaine suivante. Ces commandes se font 12 jours avant et elles sont en barquette 1 semaine avant. Il y a un code couleur en fonction des semaines concernées. Les avantages vont être :

- Diminution de l'immobilisation du stock donc amélioration de la trésorerie. Ils stockent et commandent exactement le besoin de manière prédictive par rapport aux patients fidélisés 10 jours avant qu'ils viennent. Ce qui veut dire que lorsqu'ils viennent, le temps de télétransmettre le dossier, techniquement le paiement de la facture arrivera avant que le groupement facture les boîtes (grâce au délai de paiement de 30-35 jours). Il y a donc peu de stock, quand c'est stocké ce n'est pas pour longtemps et un stock exact par rapport aux besoins des patients. Avoir du stock reste dangereux, car c'est une immobilisation de trésorerie qui permettrait de faire autre chose pour investir par exemple. Ce que font tous les groupements et grossistes aujourd'hui c'est tendre le stock pour éviter de porter la responsabilité de l'immobilisation de trésorerie. Les grossistes demandent une commande minimale de produits à forte rotation pour avoir des meilleures marges, mais finalement l'immobilisation engendrée par cela revient à perdre les bénéfices de la marge. « Exemple d'un produit à 1€, achat de 70 boîtes permettant d'avoir un

euros de remise, ce qui revient à 69€. Si tu as un mois pour vendre le stock, tu vas immobiliser en termes de trésorerie 69€ pour gagner à la fin du mois 1€. Mais tu vas devoir recommander à la fin du mois. »

- Diminution des tâches de manutention dans tout le process pharmaceutique.
- Cela crée aussi un média de communication de manière personnalisée : document concernant un médicament mis dans les barquettes des personnes concernées. Exemple des informations fournies pour le lévothyrox, le valsartan etc...
- Donne un indicateur quand les gens ne viennent pas. Par exemple, si quelqu'un doit venir chercher son traitement à n-semaine et que ça fait 10 jours que sa barquette est toujours là, cela permet de créer une alerte d'un point de vue intellectuel. Cela permet de se demander si le patient avait du stock chez lui ce qui voudrait dire qu'il n'est peut-être pas observant, est-il décédé, est-il hospitalisé etc... Le fait que les patients ne répondent pas à la probabilité statistique de leur traitement incite au questionnement sur leur observance, sur la rupture du parcours pharmaceutique, sur leur fidélité.
- Diminution du temps passé à chercher les boîtes dans les étagères ou les tiroirs.

Le problème reste lors de rupture d'approvisionnement, la rupture de stock peut plus vite arriver. Cette recherche d'amélioration constante de la prise en charge du patient est particulièrement présente chez les pharmaciens présents dans les MSP.



Figure 5 : Exemple du fonctionnement de dispensation mis en place par Mr Prioux
Un nouveau mode de dispensation instauré suite à l'intégration de Mr Prioux dans la MSP

En parallèle, Mr Prioux a mis en place un robot de PDA à son arrivée. Il permet de faire de PDA de manière robotisée mais également à la main grâce à un système bien particulier. Ils font des PDA pour l'établissement d'hébergement pour personnes âgées mais également pour les patients qui le souhaitent pour 10€ par mois.

Il y aussi un système de dispensation de médicament par la poste, c'est-à-dire que pour certains patients chroniques, il est possible de se faire livrer les médicaments par la poste selon plusieurs conditions.

Interview n°2 :

L'idée de Mr Lemarquis était d'enlever la parapharmacie en 2013 mais son équipe lui a soutenu que c'était trop tôt, même si ça ne rapporte rien, à savoir qu'entre le coût du stock, le coût des achats, le coût de la personne qui s'en occupe. La parapharmacie n'est absolument pas rentable. Certaines personnes commencent à le sortir, ils remplacent l'espace de vente par des boxes pour l'accompagnement. Il est clair que l'accompagnement est de meilleure qualité lorsque l'on est à côté.

Au-delà de ça, il n'y a pas de présentoir dans la pharmacie pour rester concentré sur l'ordonnance. Il n'y a pas de comptoir tout droit, que des petites tables pour permettre au pharmacien d'être à côté du patient pour mieux accompagner. Il n'y a pas non plus de back office pour être constamment au service des patients.

Il ne faut pas surcharger les ordonnances inutilement car après le médecin voit le prix moyen de ses ordonnances, et plus il est faible plus le médecin fera confiance au pharmacien. Il faut savoir ce que fait l'autre pour faire confiance.

Mr Lemarquis a aussi libéré du temps à l'équipe pour permettre de faire plus d'accompagnement. Pour cela il a donc mis en place un robot et fait des étiquettes électroniques. A ce titre ils ont gagné environ 2h30 par semaine.

Interview n° 3 :

Tout d'abord concernant le groupement : c'est la seule centrale d'achat pharmaceutique reconnue et avec les statuts de central d'achat pharmaceutique, le statut légal pour pouvoir acheter. Il y a 90 pharmacies et Mr Labussière fait partie du conseil d'administration dont il faisait partie à l'époque, en 1994, des premiers qui l'ont créé. Ils ont un intranet, un pharmacien responsable, un livreur, deux magasiniers et le local vient d'être certifié iso 9001.

Pour les locaux il y a évidemment eu la création de la maison médicale.

4.2.3.6 Les projets

Interview n°1 :

Le projet papillon :

« Partir du principe que si on arrive à construire une base de données de santé très qualitative au niveau du pôle de santé mille soins et bien, puisque ce dont on a besoin pour construire ce type de base données c'est un état d'esprit coopératif notamment dans la production de données et une connexion internet pour accéder à l'outil qui gère le dossier médical et qui nous permet de produire de la donnée. Et bien ça peut être fait demain dans toutes les maisons de santé qui utilisent déjà ce logiciel-là. Et aujourd'hui il y a plus de 400 MSP qui utilisent ce logiciel. Il y a à peu près 2,5 pharmacies par MSP donc ça ferait plus de 1000 pharmacies qui théoriquement pourraient fonctionner tel que je projette de fonctionner. Ça veut dire des coopératives territoriales pharmaceutiques qui produisent de la donnée qui font partis des SISA etc. L'idée c'est de se dire « j'ai peu de puissance statistique sur une base de donnée de petite maison de santé ». Par contre si demain j'arrive à faire remonter des données pseudonomisées au niveau d'un énorme entrepôt de données sur plusieurs centaines de MSP, avec plusieurs milliers de prescripteurs, plusieurs millions de dossiers médicaux, et bien là ça offre une puissance statistique pour développer des algorithmes d'intelligence artificielle qui permettrait, par exemple, de surveiller en temps réel les médicaments, d'évaluer l'impact réel de l'innovation thérapeutique, ou faire du benchmarking sur quelle est le protocole de prise en charge pluriprofessionnel le moins coûteux à qualité de prise en charge équivalente. Les bases de données qu'on est capables de produire sont les bases de données les plus qualitatives tout simplement parce que c'est nous qui sommes au contact des patients et c'est nous qui sommes en capacité de recueillir les déterminants de santé, les états cliniques dans le temps, les données paracliniques, biologiques et imagerie, les données médico-économiques de parcours de soins et des données de consommation de dispensation de médicaments. Ce type de base de données c'est ce que tout le monde souhaite d'un point de vue stratégique car ça a un potentiel énorme.

Donc le projet papillon c'est de créer ce qu'on appelle une société coopérative d'intérêt collectif qui est une forme juridique issue de l'économie sociale et solidaire, qui ferait remonter les données des différentes bases de données des maisons de santé, qui les analyserait pour des tiers publiques ou privés. Il y a un gros projet en pleine réflexion actuelle qui s'appelle le health data hub, c'est le ministère de la santé qui souhaite créer ce hub. Le but c'est d'abréger tout un tas de données issues de différents registres, de différentes cohortes de recherche, des données du système

national des données de santé qui sont toutes les données de consommation de soin rattachés à la sécu. Les données des hôpitaux publiques et puis des données d'association de patients ou d'instituts comme l'institut national sur le cancer qui fait assez autorité. Donc ils veulent créer une base de données à des fins d'intelligence artificielle, de recherche et de pilotage politique du système de santé. L'idée serait donc de se greffer à ce HDH car il est évident que demain les bases de données qu'on structure auraient un intérêt fondamental pour conduire la politique d'un projet de santé à l'échelon territorial mais aussi supra territorial. Pour mieux surveiller les médicaments, là l'ANSM serait intéressée. Pour mieux évaluer le prix, l'impact des médicaments en vie réelle, donc là le comité d'éthique des produits de santé qui fixe le prix des médicaments serait intéressé. Pour faire le benchmarking sur les parcours de soins, donc là la HAS serait intéressée. Aussi par rapport à ce qu'on appelle des études post-inscription à l'ANM où on vérifie que le médicament en vie réelle donne les mêmes résultats que lors des essais cliniques.

Le deuxième versant du modèle économique ce serait de pouvoir répondre à des appels d'offres de tiers privés comme les labos pharmaceutiques ou les mutuelles sur de l'analyse de donnée. Là on vend de l'analyse. Exemple « est ce que ma statine est meilleure que la statine du voisin » « est ce qu'on peut mieux moduler le coût de notre mutuelle santé au vue des initiatives territoriales en terme de prévention ou d'éducation à la santé par exemple. Toutes ces données sont extrêmement stratégiques pour les labos et les mutuelles.

L'idée de la société coopérative d'intérêt collective c'est que déjà la création de valeur de cette société permet de dégager les dividendes de cette entreprise. Tu es obligée de garder 30% de la valeur légal qui ne sort pas de l'entreprise. Ensuite tu dois en réinvestir 42,5 % pour développer cette société coopérative. Et maximum tu peux reverser 42,5% des dividendes aux actionnaires. L'idée pour créer un cercle vertueux c'est d'avoir comme actionnaire des SISA (ESP). Donc plus je code, plus je structure de la donnée de qualité, plus je vais toucher une rémunération liée à cette production de donnée. Et comme autre type de sociétaire, des collectivités territoriales qui travailleraient en étroite relation avec les SISA pour venir apporter une aide financière pour que ces collectivités puissent soutenir des projets associatifs très locaux qui seraient là pour dynamiser la démocratie en santé de proximité. Ca peut être une association qui veut créer des marches pour la santé de la population, ou employer un professionnel de santé.

L'idée c'est de se dire que demain si on veut maintenir en bonne santé un territoire c'est avant tout une préoccupation qui doit être approprié par le tissu associatif local et les citoyens usagers. Parce qu'après tout une population qui s'en fout de son état de santé, dans le système solidaire Français ça n'a aucun sens. Si tout le monde était bien veillant avec son voisin au sein de son écosystème social, qu'on veillait

tous les uns sur les autres pour éviter de tomber malade, dépressifs ou anxieux et bien on payerait moins de CSG parce qu'il y aurait moins de besoin en soins. L'idée c'est de remettre une aide financière dans le tissu associatif pour développer cet état d'esprit solidaire qui a été mis en avant par la résistance. Se dire qu'en tant que patient, plus j'accepte que les professionnels de santé fassent remonter mes données à des fins de bien commun, et moi professionnel de santé et bien plus je structure de la donnée qui me permet de maintenir en bonne santé un territoire et bien plus je suis rémunéré. Donc en fait c'est comment, à partir de micro base de données on peut aller chercher de la puissance statistique et créer de la valeur, du contrepouvoir, en agrègent une multitude de petites bases de données extrêmement qualitatives. « Les petits ruisseaux font les grandes rivières ». A partir de là, faire en sorte que s'il y a de la valeur, qu'elle soit monétaire ou que ça soit de la valeur d'un point de vue éthique, déontologique, et bien qu'elle soit réinvestie à l'échelon du territoire. Plus je vais avoir de monde qui rentre, plus je vais avoir de données, plus je vais avoir les moyens de maintenir en bonne santé mon territoire, plus je vais avoir de moyens de rémunération grâce aux boîtes que je ne vends pas et plus ça va inciter les collectivités territoriales à remettre du débat sur ce qu'est la santé aujourd'hui en France.

Le plus important dans ce mode de fonctionnement c'est la maîtrise des bases de données et du SI partagé. »

Pour mars-avril : Envoie d'ordonnances par le médecin sur le logiciel de la pharmacie. Elles vont passer dans un onglet « ordonnances reçues à vérifier ». C'est un pharmacien qui va valider l'ordonnance. Ensuite elles passeront dans un onglet « A préparer et prétarifier » que les préparateurs ou préparatrices pourront la préparer et les réserver. Lorsque les patients viennent il suffit de prendre la carte vitale, aller prendre le produit et les valider sur l'ordinateur. Lors de ce mode de prescription les médecins pourraient avoir accès aux stocks de la pharmacie et voir si le produit est manquant avec des recommandations de changement.

L'écriture des directives anticipées : de plus en plus de démences et de plus en plus de polymédication. Très important pour la liberté de choix de la personne. C'est des questions qu'il faudrait aborder très tôt.

Interview n°2 :

Mr Lemarquis souhaite léguer la pharmacie à son fils.

Interview n° 3 :

Pas spécialement de projets en vue, peut-être un jour consacrer pour l'éducation thérapeutique en allant dans les écoles etc. Mais pour l'instant trop peu de temps disponible.

4.2.4 L'avenir de la pharmacie d'officine

Tous les pharmaciens interrogés sont dans une optique d'amélioration du système de santé pour l'avenir. Ils ne se contentent pas d'accepter le mode de fonctionnement historique de la pharmacie d'officine.

Interview n°1 :

L'idée c'est de sortir du comptoir, de cadencer la dispensation en zone de confidentialité. Son but est de rester assis à son bureau tout le temps et au fur et à mesure que les gens rentrent, que leur venue ai été anticipée, la préparatrice emmène la ou les boites puis la dispensation se fait. Pour ça il faut libérer du temps. Pour ça il faut libérer la file active donc il y a 2 options :

- Soit mise en place un système de livraison
- Soit facturation des 3 mois en une seule fois.

Mr Prioux considère que 2 modèles vont se détacher :

- Le modèle business
- Le modèle santé : mais qui ne peut que s'épanouir sur un terrain pluriprofessionnel.

Interview n°2 :

« Ceux qui ne feront pas de l'accompagnement seront mort ».

Selon Mr Lemarquis, la profession est en pleine mutation et la rémunération va vers de l'accompagnement : Les bilans de médicaments, les entretiens etc. Aujourd'hui le pharmacien qui n'a pas compris que la prise en charge d'un patient chronique c'est une prise en charge pluridisciplinaire, et s'il n'a pas compris que s'il n'y avait pas de médecin il ne pourra pas travailler, ou que pour travailler il faut de l'informatique, il est dans le faux.

Les pharmaciens qui courent sur les produits à marge sont aussi voués à disparaître. La rémunération va se faire sur l'accompagnement. C'est aux pharmaciens de démontrer qu'ils sont capables de le faire. Ca se fera par des objectifs

d'accompagnement. Si on ajoute les honoraires au ROSP (50 000 /an), c'est la totalité des bénéfices.

Dans 30 ans, il y aura des spécialistes qui feront les ordonnances, et les pharmaciens devront faire de l'accompagnement. Ensuite il y aura une évolution de l'information, c'est à dire qu'à partir du moment où le pharmacien détient l'information alors il est capable de montrer son efficacité.

Interview n  3 :

Mr Labussier  espère que l'avenir ne passera pas par internet pour ne pas casser ce lien humain très important.

Il pense que la profession est de plus en plus reconnue en termes de professionnel de santé et non plus de commerçant par les honoraires de dispensation. Le pharmacien n'est plus seulement rémunéré par une marge commerciale mais la profession est reconnue comme profession médicale. Les pharmaciens sont rémunérés comme les médecins avec les honoraires de consultation ou les infirmières avec une rémunération pour leurs actes.

Cependant ces nouvelles missions demandent de la place et donc un local adapté. On peut se demander ce qu'il adviendra des petites pharmacies qui ne peuvent pas répondre aux normes imposées. Cependant il ne faut pas modifier le maillage territorial de la pharmacie donc il faut trouver des solutions. Beaucoup de villages n'ont plus de médecin mais peuvent accueillir des pharmacies. Selon Mr Labussier  il va donc falloir donner la possibilité aux pharmaciens de substituer cette absence de médecin afin d'assurer une prise en charge médicale des patients vivant en milieu rural.

4.3 Synthèse des entretiens

Tous ces entretiens nous permettent de faire un état des lieux du fonctionnement des MSP du point de vue des pharmaciens.

En ce qui concerne l'historique de la création, nous constatons que dans tous les cas rencontrés, le principe de MSP était déjà sous-jacent. C'est à la suite d'un  v nement particulier ou sous l'impulsion d'un praticien que le projet a pris corps. L'objectif était de donner un cadre administratif ainsi qu'une structure permettant de bénéficier des aides financières et de rendre un territoire plus attractif pour les professionnels de santé.

Dans la plupart des cas, la structure administrative ne vient qu'appuyer un mode de fonctionnement déjà existant. Cependant elle permet de légitimer le fonctionnement en multisites. C'est la formule qui semble la plus généralement répartie, mais sur ce point il n'y a pas de convergence parmi les cas étudiés. En effet, l'organisation en multisites permet d'assurer une bonne couverture territoriale même si cela s'accompagne d'une plus grande complication dans le fonctionnement. Cependant comme cela se trouve impliqué dans les intérêts patrimoniaux de propriétés immobilières, alors les solutions mises en place sont quelque peu divergentes. Cette formule permet d'impliquer plusieurs officines dans une même MSP assurant la conservation du maillage territorial des pharmacies (le plus important des professionnels de santé).

Sur les territoires étudiés, la mise en place de MSP est systématiquement bien perçue par la population et par les représentants politiques. En effet et dans tous les cas, les résultats sur l'efficacité de la structure et l'attractivité pour les professionnels de santé sont démontrés. Cette attractivité concerne les médecins mais aussi les étudiants. Les MSP peuvent apporter leur soutien à la dynamisation des territoires par l'accompagnement des professionnels de santé ainsi qu'à l'amélioration de la pertinence et de l'efficience des soins.

En ce qui concerne la synergie professionnelle mise en place dans les MSP, tout le monde s'accorde sur le fait que le travail pluriprofessionnel permet une meilleure compréhension de chacun des métiers de santé. Cela permet de mieux accompagner le patient dans son parcours de soins. De plus, les échanges entre professionnels de santé permettent une meilleure prise en charge du patient dans sa globalité. C'est aussi l'occasion pour les pharmaciens de conforter les relations avec les autres professionnels de santé afin de mettre en œuvre les nouvelles pratiques coordonnées au service des patients, dans le respect de leur parcours de soins.

Ce sont dans la majeure partie des cas les pharmaciens qui sont les initiateurs et les bâtisseurs du montage du projet. Cela est dû à leur position centrale au sein du tissu des professionnels de santé mais aussi parce que leur métier semble leur permettre de dégager plus facilement le temps nécessaire.

Le pharmacien a par ailleurs une place très importante dans le parcours de soins du patient et donc dans les MSP. Tous les pharmaciens interrogés sont d'accord pour dire que le pharmacien est essentiel pour la bonne santé de la population. Effectivement, il a un rôle de prévention très important car il est en contact avec les personnes avant qu'elles ne rentrent dans le système de soins conventionnel. Lorsque les patients sont pris en charge par des médecins, le pharmacien se doit de l'accompagner jusqu'à son rétablissement pour les pathologies aigu es ou bien tout au long de la prise en charge pour les pathologies chroniques. Le pharmacien est

donc un véritable acteur de soins de proximité. On constate qu'environ 60 millions de personnes rentrent dans une pharmacie française chaque semaine, les pharmaciens peuvent alors guider presque la totalité de la population française vers une bonne prise en charge (préventive ou curative).

D'autres part, les missions du pharmacien sont très variées et permettent de donner de la valeur ajoutée à une MSP. En parallèle, un pharmacien qui travaille dans une MSP aura plus de facilités à mettre en place les nouvelles missions dans un système interprofessionnel. Ils peuvent réaliser des bilans de médication, des entretiens pharmaceutiques, des séances d'éducation thérapeutique du patient (ETP), des vaccinations, des contrôles d'observances etc.

Le travail pluriprofessionnel a un réel impact sur le travail des pharmacies et en influence leur fonctionnement. On retiendra que les pharmaciens sont très satisfaits de ce mode de fonctionnement qui leur permet dans tous les cas de développer les facettes les plus passionnantes du métier ; mais aussi d'être plus impliqués dans les missions des autres professionnels de santé. Le travail en équipes délocalisées impose la mise en place d'outils informatiques modernes. Dès lors, ces outils ouvrent de nouvelles possibilités aux praticiens qui se retrouvent ainsi précurseurs pour de nouvelles techniques de préparation et de dispensation.

En ce qui concerne les perspectives d'avenir de la pharmacie, les pharmaciens rencontrés sont tous dans une démarche d'évolution. Ils ont déjà fait le choix de quitter le modèle traditionnel de l'officine indépendante ; Tout en étant ainsi mieux préparés, ils sont par conséquent beaucoup plus pertinents et sensibles aux évolutions futures de la profession. Ils abordent ces évolutions avec un regard positif et sont prêts à en tirer le meilleur parti en utilisant au mieux leurs compétences médicales et le maillage national des officines.

5 Conclusion

La désertification médicale et l'augmentation du nombre de malade souffrant de pathologies chroniques apportent de nouvelles problématiques de santé publique

Pour y faire face le monde de la santé doit développer de nouvelles stratégies pour garantir une bonne prise en charge des patients.

Ces dernières années nombreuses étapes ont déjà été franchies afin d'améliorer la prise en charge des patients tel que le DMP ou d'autres missions d'ores et déjà mises en place à l'étranger.

Elles passent toutes par la mise en place d'une coopération entre les professionnels de santé.

Parmi les différentes organisations permettant aux professionnels de santé d'unir leur travail, la plus intéressante pour les pharmaciens d'officines est la maison de santé pluriprofessionnelle. Ce système permet d'améliorer les conditions d'exercices des professionnels de santé tout en améliorant la prise en charge des patients, la mise en place de prévention et d'éducation de la santé.

L'utilisation renforcée des outils informatiques permet d'optimiser et de simplifier la coordination interprofessionnelle.

Le pharmacien d'officine tient une place centrale dans ce type d'installation ; de par ses compétences de management ; de par la nature de son travail qui lui permet de consacrer de son temps et enfin de par son expertise généraliste du milieu de la santé.

Le pharmacien qui est déjà un acteur privilégié dans le parcours de soins du patient grâce à sa disponibilité et sa présence sur tout le territoire peut aussi avec les missions supplémentaires qui lui sont confiées apporter des activités nouvelles dans une maison de santé pluriprofessionnelle.

Le cadre législatif de ces groupements dans le secteur de la santé est également en plein changement.

Le projet gouvernemental « Ma Santé 2022 » envisage notamment l'augmentation des rémunérations accordées au travail pluri professionnel.

Les entretiens réalisés permettent de confirmer l'importance de la présence d'un pharmacien au sein d'une MSP ainsi que l'importance pour le pharmacien à s'intéresser aux nouvelles missions lui permettant d'affirmer sa réelle position de professionnel de santé dans le parcours de soins des patients.

Tous les pharmaciens qui ont pris connaissance de cette thèse ont exprimé un avis très favorable sur ce mode d'exercice. Cependant cet échantillon n'est pas représentatif de l'ensemble de la profession pharmaceutique. Un prolongement

intéressant de ce travail consisterait à diffuser plus largement nos conclusions de façon à recueillir de plus nombreux témoignages de pharmaciens installés en groupement, mais aussi de mesurer l'écho que pourraient y faire des pharmaciens titulaire d'officines traditionnelles. Il serait également intéressant de mesurer l'impact économique de la présence d'un pharmacien au sein d'une MSP.

Notons enfin que la mise en place des MSP et des CPTS n'est que la première étape pour arriver à un partage total et simplifié des données médicales entre tous les professionnels de santé de manière sécurisée et adaptée.

L'avenir de la pharmacie d'officine dépendra probablement de la bonne gestion de cette évolution.

6 Bibliographie

1. LOI n° 2007-1786 du 19 décembre 2007 de financement de la sécurité sociale pour 2008 - Article 44. 2007-1786 déc 19, 2007.
2. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires - Article 51 | Legifrance [Internet]. [cité 20 nov 2018]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2009/7/21/SASX0822640L/jo/article_51
3. d'Elbée M, Baumevieille M, Dumartin C. Missions de coopération introduites par la loi « hôpital, patients, santé et territoires » : participation des pharmaciens d'officine en Aquitaine. Rev DÉpidémiologie Santé Publique. 1 juin 2017;65(3):231- 9.
4. Fiquet L, Hugué S, Annezo F, Chapron A, Allory E, Renaut P. Une formation inter professionnelle pour apprendre à travailler ensemble. La perception des étudiants en santé. Pédagogie Médicale. 1 mai 2015;16(2):105- 17.
5. Code de la santé publique - Article L4043-1. Code de la santé publique.
6. Mousquès J. L'évaluation des Expérimentations des nouveaux modes de rémunération (Enmr) en France. 2014;23.
7. LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. 2016-41 janv 26, 2016.
8. Assemblée nationale ~ SYSTÈME DE SANTÉ (no 1681) - Amendement no 1487 [Internet]. [cité 30 mai 2019]. Disponible sur: http://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/amendements/1681/CION-SOC/AS1487?fbclid=IwAR0Z9fIT6oatOB6PXDQfzcx14RcxB04Z3qC0ntvg_fCzAVLq_WxTYo_ncck
9. Pruitt SD. Former les personnels de santé du XXI^e siècle: le défi des maladies chroniques. Genève: Organisation Mondiale de la Santé, Groupe des Maladies Non Transmissibles et Santé Mentale, Dép. Maladies Chroniques et Promotion de la Santé; 2005. 72 p.
10. Fournier C. Action de santé libérale en équipe (Asalée): un espace de transformation des pratiques en soins primaires. :8.
11. Morvan L, Bouziges B, Kohli É. Implication des pharmaciens en maisons de

- santé, résultats d'une enquête. Actual Pharm. 1 févr 2018;57(573):40- 5.
12. Les politiques de lutte contre la désertification médicale. 2018;252.
 13. Mesnier T. Assurer le premier accès aux soins. Organiser les soins non programmés dans les territoires. [Internet]. Paris; 2018 mai [cité 27 mars 2019]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_snp_vf.pdf
 14. Chevillard G. Dynamiques territoriales et offre de soins : l'implantation des maisons de santé en France métropolitaine. :382.
 15. Afrite A, Bourgueil Y, Daniel F, Mousquès J, Couralet P-E, Chevillard G. L'impact du regroupement pluriprofessionnel sur l'offre de soins - Objectifs et méthode de l'évaluation des maisons, pôles et centres de santé dans le cadre de l'expérimentation des nouveaux modes de rémunération. 2013;6.
 16. Chevillard G, Mousquès J, Lucas-Gabrielli V, Bourgueil Y. Répartition géographique des maisons et pôles de santé en France et impact sur la densité des médecins généralistes libéraux. 2013;8.
 17. Bartoli A, Sebai J. Inexpérience des maisons de santé pluriprofessionnelles face aux enjeux de coordination territoriale. Gest 2000. 11 déc 2015;32(6):17- 37.
 18. Reid R, Haggerty J, Kendry R. Dissiper la confusion : Concepts et mesures de la continuité des soins.pdf. 2002.
 19. Fauchier-magnan E, Wallon V. Déploiement des CPTS - IGAS. 2018 août. Report No.: 2018-041R.
 20. Bourgueil Y, Marek A, Mousquès J. Médecine de groupe en soins primaires dans six pays européens, en Ontario et au Québec : quels enseignements pour la France ? 2007;8.
 21. Ordre national des pharmaciens. Coopération interprofessionnelle. Décloisonner pour améliorer: 10 exemples concrets [Internet]. Les cahiers de l'Ordre national des pharmaciens; 2016 [cité 29 sept 2018]. Disponible sur: <http://www.ordre.pharmacien.fr/content/download/303084/1547370/version/11/fil e/Cahier+th%C3%A9matique+10+-+La+coop%C3%A9ration+interprofessionnelle.pdf>
 22. Revue Prescrire, article en une, Les Cercles de qualité médecins-pharmaciens suisses, de 1997 à 2008, juillet 2008 [Internet]. [cité 11 janv 2019]. Disponible sur: <http://www.prescrire.org/aLaUne/dossierCercleQualiteInitiative.php>

23. Bugnon O, Jotterand S, Niquille A. Cercles de qualité médecins- pharmaciens, pour une responsabilité partagée de la liberté de prescription. Rev Médicale Suisse. 2012;6.
24. Bourgueil Y, Marek A, Mousquès J. La pratique collective en soins primaires dans six pays européens, en Ontario et au Québec: état des lieux et perspectives dans le contexte français. Santé Publique. 1 oct 2009;Vol. 21(hs1):27- 38.
25. Code de la santé publique - Article L6323-1. Code de la santé publique.
26. Code de la santé publique - Article L6323-4. Code de la santé publique.
27. Code de la santé publique - Article L6323-3. Code de la santé publique.
28. Etat des lieux des Pôles et Maisons de Santé 2016 [Internet]. [cité 23 janv 2019]. Disponible sur: <https://solutionsmedicales.fr/gerer-un-cabinet/etat-des-lieux-des-poles-et-maisons-de-sante-2016>
29. MSP en Nouvelle Aquitaine [Internet]. FNAMEPOS. [cité 23 janv 2019]. Disponible sur: <https://fnampos.fr/actualites-federation-fnampos/msp-en-nouvelle-aquitaine/>
30. Rimetz-Pal A. Maison de santé pluriprofessionnelle et qualité des soins: quels critères du point de vue des patients? Étude préliminaire par méthode qualitative au sein de la maison de santé pluriprofessionnelle d'Ambérieu en Bugey. :109.
31. Schuers M, Guillaume S. Impact de l'exercice regroupé pluriprofessionnel en soins primaires sur la satisfaction des usagers - PSPC (Patient Satisfaction in Primary Care) (PSPC). 2018;2.
32. Mousquès J. L'exercice regroupé pluriprofessionnel en maisons, pôles et centres de santé génère des gains en matière de productivité et de dépenses.Résultats de l'évaluation des sites participant à l'Expérimentation des nouveaux modes de rémunération (ENMR). 2015;6.
33. Fournier C, Frattini M-O, Naiditch M. Dynamiques professionnelles et formes de travail pluriprofessionnel dans les maisons et pôles de santé. :8.
34. Vernus AL, Catala O, Supper I, Flaujac N, Letrilliart L. Maisons et pôles de santé pluriprofessionnels incluant des pharmaciens: un état des lieux. Ann Pharm Fr. nov 2016;74(6):463- 72.
35. Les solutions labellisées | esante.gouv.fr, le portail de l'ASIP Santé [Internet].

[cité 20 nov 2018]. Disponible sur: <http://esante.gouv.fr/services/labellisation/les-solutions-labellisees>

36. Code de la santé publique - Article L1110-4. Code de la santé publique.
37. Fiche de poste de coordonnateur administratif de MSP.pdf [Internet]. [cité 31 janv 2019]. Disponible sur: <https://fmpmps.fr/app/webroot/js/kcfinder/upload/fichiers/Fiche%20de%20poste%20de%20coordonnateur%20administratif%20de%20MSP.pdf>
38. De Haas P. Monter et faire vivre une maison de santé. Le coudrier. 2015. (Partage d'expériences).
39. Wolf-Thal C. Démographie des pharmaciens. Panorama au 1er janvier 2018. [Internet]. 2018 [cité 27 mars 2019]. Disponible sur: <http://www.ordre.pharmacien.fr/content/download/399974/1888607/version/1/file/brochure-la-demographie-+2018.pdf>
40. Boyau D. La place du pharmacien au sein des maisons et pôles de santé pluri professionnels: les attentes des médecins généralistes.
41. Bedhomme S, Roche B, Ramin M, Tauveron I, Vennat B. Place du pharmacien d'officine dans l'éducation thérapeutique du patient diabétique. Médecine Mal Métaboliques. 1 nov 2012;6(5):435- 40.
42. Lehmann A, Janoly-Dumenil A, Baudrant-Boga M, Allenet B. Pharmacien et éducation thérapeutique du patient : état des lieux des pratiques en France. Pharm Hosp Clin. 1 juin 2014;49(2):e162- 3.
43. Casali M. Étude exploratoire sur les représentations des pharmaciens d'officine de l'Isère concernant le décret du pharmacien correspondant. :186.
44. Arrêté du 11 juin 2013 déterminant la liste des tests, recueils et traitements de signaux biologiques qui ne constituent pas un examen de biologie médicale, les catégories de personnes pouvant les réaliser et les conditions de réalisation de certains de ces tests, recueils et traitements de signaux biologiques.
45. Michiels Y, Cubille B, Pillon F. Les tests de dépistage à l'officine. Actual Pharm. 1 juin 2014;53(537):37- 40.
46. Caisse nationale d'assurance maladie et des travailleurs salariés. Accompagnement pharmaceutique des patients sous traitement par AVK. Premier bilan à un an. [Internet]. 2014 [cité 5 févr 2019]. Disponible sur:

https://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/CP_Bilan_1_an_AVK_141217_01.pdf

47. Paumard C. Les bénéfices de l'activité physique dans les pathologies chroniques. NPG Neurol - Psychiatr - Gériatrie. 1 août 2014;14(82):201- 8.
48. Boulin  , Loubrieu V. Rôle du pharmacien d'officine dans la promotion de l'activité physique. Actual Pharm. fevr 2017;56(563):33- 6.
49. Les revenus des pharmaciens d'officine - Insee Première - 1676 [Internet]. [cité 22 nov 2018]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3277603#titre-bloc-10>
50. Beylot G. L'interprofessionnalité au cœur de la mutation de l'officine. Actual Pharm. janv 2015;54(542):1.
51. ameli.fr - Signature avenant 11 : un accord sur un cadre renouvelé pour les pharmaciens [Internet]. [cité 20 nov 2018]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/espace-presse/communiques-et-dossiers-de-presse/les-derniers-communiques-de-la-caisse-nationale/detail-d-un-communique/3436.php>

7 Annexes

Annexe 1 : communiqué de presse du 14 mai 2019

Annexe 2 : Interview fait aux pharmaciens :

Interview pharmacien MSP

I. Questions dossier ARS (à demander uniquement si dossier non fourni)

1. Combien de professions différentes ont signé le projet de santé ?
2. Quels sont les horaires d'ouverture ?
3. Y-a-il un secrétariat commun aux professionnels de santé de la structure ?

II. La maison de santé

1. Origine du projet

1. Quelle est l'évolution de la création de la MSP ? Qui est (sont) le(s) professionnels à l'origine de la structure ? Quelles ont été les motivations à la création d'une MSP ?
2. Etes-vous associé de la SISA ? Si oui, la SISA est-elle assujettie à la TVA ? Pourquoi et dans quelles mesures ?
3. Selon vous qu'est-ce que la SISA apporte aux pharmaciens ?
4. Y-a-t-il eu des complications lors de la création de la SISA ?

2. Le projet immobilier

1. La structure est-elle en plusieurs sites ? Si oui combien ?
2. Qui sont les propriétaires des murs de la structure ?
Si la réponse est la collectivité, alors préciser :
 - La municipalité a-t-elle soutenu le projet (financièrement, aide administrative ou recherche de locaux...)?
 - Y a-t-il eu des aides pour la création de cette structure, financement public, si oui à quelle hauteur (Aide au démarrage pour l'achat de matériel collectif, subvention immobilières si les locaux appartiennent à la collectivité...) ?
 - Existe-t-il une (des) aide(s) pour le loyer des locataires, pour les locaux vacants ou pour les salles de réunion ?
3. Y a-t-il un hébergement possible pour les professionnels de santé ou étudiants en stage au sein de la MSP ?
4. La MSP accueille-t-elle des étudiants ? Lesquels ? Certains ont-ils émis le souhait de s'installer dans la structure ?
5. Y-a-t-il besoin d'une (plusieurs) assurance(s) spécifique(s) pour ce mode de travail ?

6. Y a-t-il eu des complications lors de la construction de la structure ?

3. L'équipe

1. Quelle est l'évolution de l'intégration des professionnels de santé passée et à venir ?

4. Le projet de santé

1. Quelle est la date d'obtention de la reconnaissance MSP ?
2. Quelle est la date de signature de l'Accord Cadre Interprofessionnel (ACI) ? A quelle hauteur en est la rémunération ?
3. Comment a été réalisé le diagnostic des besoins de santé du territoire (source des données qualitatives et quantitatives, appui d'un cabinet de conseil, aide de la commune...) ?
4. L'élaboration de ce diagnostic vous a-t-il apporté une meilleure connaissance de votre territoire ?
5. Avez-vous rencontré des difficultés à la réaliser ?
6. Quelle est la taille de la patientèle de la structure (celle des médecins) ? Nombre d'actes de la pharmacie ?
7. Quel est le type de patientèle présente au sein de la MSP (précaire, aisée, jeune, âgée, actif...) ?
8. La qualité des soins de la structure a-t-elle été évaluée ? Comment ? Vous sentez-vous outillés pour le faire ? Par qui ? Résultats ?
9. La satisfaction des patients a-t-elle été évaluée ? Résultats ? L'analyse de ces résultats a-t-il permis de mettre en place une ou plusieurs actions d'amélioration continue ?
10. Etes-vous en lien avec d'autres MSP du territoire ?

III. La coopération interprofessionnelle

1. Pensez-vous qu'il est plus simple d'exercer dans un même lieu d'exercice partagé ? Pourquoi ?
2. Quelles sont les relations humaines au sein de la MSP compte tenu de cette coopération interprofessionnelle ?
3. Y a-t-il un coordonnateur ? Si oui quelles missions ? A-t-il suivi une (des) formation(s) ? Perçoit-il une rémunération ?
4. Y a-t-il une répartition des différentes tâches entre les membres de l'équipe ?
5. Existe-t-il un système d'information avec des dossiers patients partagés ? Qui peut y avoir accès ? Est-il labélisé ?
6. Y a-t-il des réunions interprofessionnelles ? Quels sont les professionnels de santé qui y participent ? Quels sujets sont abordés ? Elaboration de protocoles de soins de premier recours (PPSPR) ? Nombre de dossier étudiés ? Fréquence ? Voyez-vous une amélioration de vos pratiques ?

7. Les PPSPR sont-ils utilisés par tous les professionnels de santé ?
8. Qu'est-ce que l'exercice interprofessionnelle vous apporte ? (meilleur connaissance interprofessionnelle, partage d'informations facilités, temps de concertation...) ?
9. Quels freins avez-vous rencontrés pour pratiquer au mieux cette coopération ?
10. la création de la MSP a-t-elle suscité l'intérêt des autres professionnels du territoire en exercice isolé ? Certain participent-t-ils de près ou de loin à des actions du projet de santé ?
11. Est-ce que la MSP participe à la coordination de soin avec les autres acteurs de santé du territoire (EHPAD, hôpitaux, MAIA ou CLIC, HAD, ...) ?

IV. La place du pharmacien dans la MSP

1. Depuis quand faites-vous parti de la MSP ?
2. Quelle est l'équipe de la pharmacie ?
3. Comment avez-vous été intégré dans le projet de la MSP (demande de votre part ou d'autres professionnels) ?
4. La pharmacie a-t-elle été transférée ou entièrement créée ?
5. Par quel(s) moyen(s) êtes-vous informés des évolutions du métier de pharmacien et plus particulièrement des missions liées aux MSP ?
6. Quelle a été l'évolution du conseil au comptoir suite à l'intégration de la pharmacie dans la MSP ? (Quantitatif et qualitatif)
7. Quelle est votre contribution au projet ? (*Bilan partagé de médication, entretien pharmaceutique, séance d'ETP, suivi d'observance, conciliation médicamenteuse, préparation de dose à administrer, action de prévention, action de dépistage, tri de la pharmacie familiale, amélioration de l'habitat et du confort du patient à domicile, pharmacien référent en EHPAD, Opinion pharmaceutique, vaccination*)
8. Combien de temps supplémentaire estimez-vous passer pour cette contribution ?
9. La télémedecine est-elle pratiquée dans la structure ? Des projets ?
10. Quels sont, selon vous, les intérêts/inconvénients de la mise en place de la télémedecine en pharmacie ?
11. Participez-vous à la régulation, orientation ou prise en charge des soins non programmés (demande de prise en charge dans la journée) ? Si oui, vous appuyez-vous sur un protocole ?
12. L'intégration de l'officine au sein de la MSP a-t-elle fait évoluer le métier de pharmacien ? Cela a-t-il conduit à des évolutions dans le management de votre équipe officine (définition d'objectifs de santé publique,...) ?
13. Qui, dans votre équipe, participe au projet de santé : pharmacien titulaire, pharmacien adjoint, préparateur, stagiaires en formation ?

14. Pour quelles missions, effectuées par le pharmacien, existe-t-il une rémunération ? A combien ces indemnités s'élèvent-elles pour votre pharmacie ?
15. Votre capacité à travailler en équipe vous aide-t-elle au sein de la MSP ? Votre capacité de management ? Votre rigueur ? Avez-vous mis ces compétences spécifiques au service du projet de l'équipe MSP ? Si oui, de quelle façon ?
16. La pharmacie a-t-elle la certification ISO 9001 ?
17. Quelles sont selon vous les incitations/avantages à travailler dans un modèle de coopération pour les pharmaciens d'officine ? Les inconvénients ?
18. Quelles difficultés/inconvénients avec-vous rencontrées ? Pensez-vous que certaines d'entre-elles puissent-être levées ? Comment ?
19. Que pensent les autres professionnels de santé de la place du pharmacien au sein de la MSP ?
20. Avez-vous été à l'initiative de certaines réunions de formation pour les professionnels de santé ? (Pansements et plaies chroniques, bon usage des dispositifs médicaux dans le traitement du diabète et asthme...)
21. Quel(s) rôle(s) a, selon-vous, le pharmacien au sein du parcours de soin du patient ? Comment pensez-vous que ce rôle évolue ? Quelles évolutions souhaitez-vous ?
22. Existe-t-il des formations pour aider les pharmaciens à créer ou participer à des projets pluriprofessionnels ?
23. Quel est le coût de l'installation de l'officine au sein de la maison de santé ?
24. Existe-il des charges communes supplémentaires pour travailler au sein de la MSP ?
25. Quel est le chiffre d'affaire de la pharmacie ? A-t-il augmenté depuis l'intégration au sein de la MSP ?
26. Qu'est-ce que l'intégration au sein de la MSP vous a apporté d'un point de vue financier et sur d'autres aspects ?
27. L'exercice en MSP vous a-t-il fait ressentir une perte de liberté quant à vos choix professionnels ?
28. Quel(s) changement(s) avez-vous apporté au sein de la pharmacie lors de votre intégration au sein de la MSP ?

V. Perspective d'avenir

1. Quels sont vos projets au sein de la MSP ?
2. Quelle est l'avenir de la pharmacie d'officine selon vous ?
3. Comment mieux former les étudiants à l'exercice officinal de demain ?

Avez-vous des commentaires sur ce questionnaire ?

8 Liste des abréviations, sigles et acronymes utilisés

ACI : Accord conventionnel interprofessionnel

ARS : Agence régionale de santé

Asalée : Action de santé libérale en équipe

ASIP : Agence des systèmes d'information partagés de santé

CNAMTS : Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés

CPAM : Caisse primaire d'assurance maladie

CPTS : Communauté professionnelle territoriale de santé

DDASS : Direction départementale des affaires sanitaires et sociales

DGOS : Direction générale de l'offre de soins

DMP : Dossier médical partagé

DRASS : Direction régionale des affaires sanitaires et sociales

DREES : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

DSS : Direction de la sécurité sociale

ENMR : Expérimentation sur les nouveaux modes de rémunération

ESP : Equipe de soin primaire

ETP : Enseignement thérapeutique du patient

FFMPS : Fédération française des maisons et pôles de santé

FIR : Fond d'intervention régional

HAS : Haute autorité de santé

HPST (loi) : Hôpital patients santé territoires

IRDES : Institut de recherche et documentation en économie de la santé

JO : Journal officiel

MSP : Maison de santé pluriprofessionnelle

NMR : Nouveaux modes de rémunération

PDA : Préparation de doses à administrer

PTA : Plateforme territoriale d'appui

RA : Règlement arbitral

ROSP : Rémunération sur objectif de santé publique

SISA : Société interprofessionnelle de soins ambulatoires

UNCAM : Union nationale des caisses d'assurance maladie

URPS : Union régional des professionnels de santé

USPO : Union des syndicats de pharmaciens d'officine

GMF : Groupes de médecine de famille

FHT : Family health teams

CLSC : Centres locaux de services communautaires

CQMP : Cercle de qualité médecins-pharmaciens

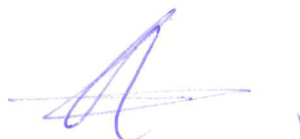
ENGAGEMENT DE NON PLAGIAT

Je, soussignée GLOTIN Fanny

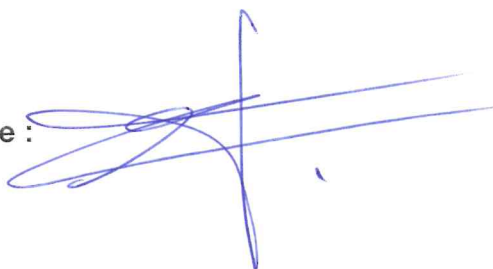
Déclare être pleinement conscient(e) que le plagiat de documents ou d'une partie d'un document publiés constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée. (Décret n°92-657 du 13 juillet 1992)

En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées pour écrire ce mémoire.

Signature :

**SIGNATURES DU DIRECTEUR DE THESE ET DU DOYEN**

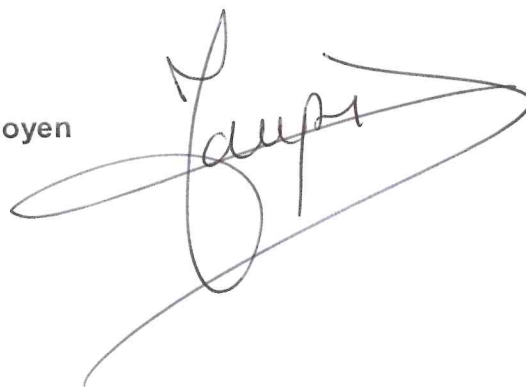
Le(s) Directeur(s) de Thèse :



Tours, le : 08.11.2019

Vu et Transmis :

Le Doyen



Glottin Fanny	N° 75
La place du pharmacien d'officine au sein des maisons de santé pluriprofessionnelles	
<p style="text-align: center;">RÉSUMÉ DE LA THÈSE</p> <p>Le travail coopératif au sein du système de santé français est devenu une réalité qui prend une ampleur croissante.</p> <p>D'une part pour répondre au besoin difficilement satisfait de l'accès aux soins en milieu rural et d'autre part car il permet une plus grande efficacité dans le parcours de soin des patients tout en offrant aux praticiens des conditions de travail plus modernes.</p> <p>Le plan « ma santé 2022 » annoncé par le président de la république, Emmanuel Macron et la ministre de la santé et de la solidarité Agnès Buzin, encadre cette évolution en incitant à la mise en place de communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS). Il existe cependant déjà un autre système de coordination de soins avec les maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) qui regroupent au sein d'une société interprofessionnelle de soins ambulatoires (SISA) plusieurs types de professionnels de santé.</p> <p>Ce nouveau fonctionnement s'apparente à celui des hôpitaux, la gestion administrative est simplifiée et chaque professionnel de santé peut se concentrer sur son rôle. Cela permet aussi aux jeunes professionnels de santé de s'installer plus facilement dans des milieux sous dotés.</p> <p>Cette thèse a pour objectif d'étudier plus en détails le rôle du pharmacien au sein de la MSP afin d'essayer de vérifier que ce mode d'exercice est le mieux adapté à la mise en œuvre des axes de développement des officines tout en améliorant la prise en charge du patient.</p> <p>Pour traiter ce sujet nous avons tout d'abord fait une recherche bibliographique afin de définir les différents termes et comprendre comment le système de santé s'est progressivement tourné vers un système de coordination. Nous avons ensuite mené trois entretiens semis-directifs avec des pharmaciens qui ont déjà choisis ce mode de travail en intégrant une MSP.</p>	
Maison de santé pluriprofessionnelle, pharmacien, interprofessionnelle	
<p style="text-align: center;"><u>JURY</u></p> <p>PRÉSIDENT : P. Lanotte, PU-PH, pharmacien, enseignant chercheur, faculté de pharmacie de Tours</p> <p>MEMBRES :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monsieur Matthieu Juste, Maître de conférence des Universités – pharmacien, faculté de pharmacie de Tours - Madame Laetitia Morvan, pharmacien, doctorante à l'école doctorale DGEP gestion, économie et politique, unité de recherche : LEDU (Laboratoire d'économie de Dijon, Université de Bourgogne). - Monsieur Antoine Prioux, pharmacien, titulaire de la pharmacie des Loutres à Bugeat. 	
Le 30/08/2019 à la faculté de pharmacie Philippe-Maupas	