

ACADÉMIE D'ORLÉANS-TOURS UNIVERSITÉ DE TOURS

FACULTE DE PHARMACIE « Philippe-Maupas »

Année 2024-2025

N° 34

THÈSE D'EXERCICE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE

Par

Justine MONNE

Comment les déserts médicaux ont-ils conduit à la revalorisation du rôle du pharmacien par l'ajout de nouvelles missions ?

Focus sur l'intégration de la télémédecine dans cette évolution.

Présentée et soutenue publiquement le 6 juin 2025

JURY

Président : Mme Véronique MAUPOIL-DAVID, Pharmacien, Professeur des Universités, Faculté de Pharmacie, TOURS

Membres :

M. Matthieu JUSTE, Pharmacien, Maître de Conférence des Universités, Faculté de Pharmacie, TOURS

M. Cédric GALLARD, Pharmacien titulaire, Pharmacie des Favignolles, ROMORANTIN-LANTHENAY

Mme Lisa FROISSANT, Déléguée Médicale Hospitalière en Oncologie Thoracique, Johnson & Johnson, PARIS

ANNEE : 2024 - 2025

Directeur : Pr Denys BRAND

Directeur Adjoint : M. Matthieu JUSTE

**Assesseurs : M. Gildas PRIE, Mme Mélanie BOUVIN PLEY, Mme Emilie ALLARD-VANNIER,
M. Bruno GIRAUDAU, Mme Claire POUPLARD, Mme Audrey OUDIN, Mme GERMON
Stéphanie**

ENSEIGNANTS

16 PROFESSEURS D'UNIVERSITÉ

ALLARD-VANNIER	Emilie	PHARMACIE GALENIQUE
ALLOUCHI	Hassan	CHIMIE PHYSIQUE
BOUDESOCQUE-DELAYE	Leslie	PHARMACOGNOSIE
BRAND	Denys	MICROBIOLOGIE
BRAIBANT	Martine	MICROBIOLOGIE
CHEVALIER	Stéphane	BIOCHIMIE GENERALE & BIOTHERAPIE
CHOURPA	Igor	CHIMIE ANALYTIQUE
CLASTRE	Marc	BIOLOGIE CELLULAIRE & BIOCHIMIE VEGETALE
DIMIER-POISSON	Isabelle	PARASITOLOGIE & MYCOLOGIE MEDICALES, IMMUNITE ANTI-
ENGUEHARD-GUEIFFIER	Cécile	CHIMIE THERAPEUTIQUE
MAHEO	Karine	PHYSIOLOGIE
MAUPOIL-DAVID	Veronique	PHARMACOLOGIE
MUNNIER	Émilie	PHARMACIE GALENIQUE
TAUBER	Clovis	BIOPHYSIQUE & BIOINFORMATIQUE
VELGE-ROUSSEL	Florence	IMMUNOLOGIE PARASITAIRE
VIAUD-MASSUARD	Marie-Claude	CHIMIE ORGANIQUE

6 PROFESSEURS D'UNIVERSITÉ ET PRATICIENS HOSPITALIERS

ANTIER	Daniel	PHARMACIE CLINIQUE
ARLICOT	Nicolas	BIOPHYSIQUE & BIOINFORMATIQUE
EMOND	Patrick	BIOPHYSIQUE & BIOINFORMATIQUE
GIRAUDAU	Bruno	SANTÉ PUBLIQUE, BIOSTATISTIQUE & ÉPIDÉMIOLOGIE
LANOTTE	Philippe	MICROBIOLOGIE
POUPLARD	Claire	HEMATOLOGIE

2 PROFESSEURS ÉMERITES

BARIN	Francis	MICROBIOLOGIE
THIBAUT	Gilles	IMMUNOLOGIE

33 MAITRES DE CONFÉRENCES

AUBREY	Nicolas	BIOCHIMIE GENERALE & BIOTHERAPIE
BESSION	Pierre	PHYSIOLOGIE
BIRER-WILLIAMS	Caroline	BIOLOGIE CELLULAIRE & BIOCHIMIE VEGETALE
BONNIER (disponibilité)	Franck	CHIMIE ANALYTIQUE
BORDY	Romain	PHARMACOLOGIE & TOXICOLOGIE
BOUVIN-PLEY	Mélanie	MICROBIOLOGIE
BREDELOUX	Pierre	PHARMACOLOGIE

DAVID
DEBIERRE-GROCKIEGO
DELAYE
DENEVAULT
DOUZIECH-EYROLLES
DUMAS
GERMON
GLEVAREC
HERVE-AUBERT
JUSTE
LAJOIE
LANOUE
MARC
MAVEL
OUDIN
POUPET
PASQUALIN
PRIE
SAHLI
SIEROCKI
SOUCE
VERCOUILLIE
VERGER
VERGOTE
VIERRON
ZHANG

Stéphanie
Françoise
Pierre-Olivier
Caroline
Laurence
Jean-François
Stéphanie
Gaëlle
Katel
Matthieu
Laurie
Arnaud
Jillian
Sylvie
Audrey
Cyril
Côme
Gildas
Ramla
Pierre
Martin
Johnny
Alexis
Jackie
Emilie
Bei-Li

PHARMACIE GALENIQUE
PARASITOLOGIE & MYCOLOGIE MEDICALES, IMMUNITE ANTI-
CHIMIE THERAPEUTIQUE
CHIMIE THERAPEUTIQUE
AFFAIRE REGLEMENTAIRE ET MANAGEMENT DE LA QUALITE
BIOCHIMIE GENERALE ET BIOTHERAPIE
PARASITOLOGIE & MYCOLOGIE MEDICALES, IMMUNITE ANTI-
BIOLOGIE CELLULAIRE & BIOCHIMIE VEGETALE
CHIMIE ANALYTIQUE
PARASITOLOGIE & MYCOLOGIE MEDICALES, IMMUNITE ANTI-
IMMUNOLOGIE
BIOLOGIE CELLULAIRE & BIOCHIMIE VEGETALE
BIOMOLECULES ET BIOTECHNOLOGIES VEGETALES
CHIMIE THERAPEUTIQUE
BIOLOGIE CELLULAIRE & BIOCHIMIE VEGETALE
BIOLOGIE CELLULAIRE & BIOCHIMIE VEGETALE
PHARMACOLOGIE
CHIMIE ORGANIQUE
PHARMACOGNOSIE
CHIMIE ORGANIQUE
CHIMIE ANALYTIQUE
BIOPHYSIQUE & BIOINFORMATIQUE
PHARMACIE GALENIQUE
AFFAIRE REGLEMENTAIRE ET MANAGEMENT DE LA QUALITE
SANTÉ PUBLIQUE, BIostatistique & ÉPIDÉMIOLOGIE
PHARMACOLOGIE

1 MAST

CAMUS GABRIEL

Mathilde

Filière Officine

5 MAITRES DE CONFÉRENCES ET PRATICIENS HOSPITALIERS

FOUCAULT-FRUCHARD
FOUCAULT
MARLET
POUPIN
VEYRAT DUREBEX

Laura
Amélie
Julien
Pierre
Charlotte

PHARMACIE CLINIQUE
HEMATOLOGIE
MICROBIOLOGIE
SANTÉ PUBLIQUE, BIostatistique & ÉPIDÉMIOLOGIE
BIOCHIMIE CLINIQUE

3 AHU (Assistant Hospitalier Universitaire)

BOULARD
DOUEZ
TULOUP

Pierre
Emmanuel
Vianney

IMMUNOLOGIE
PHARMACIE GALENIQUE
PHARMACIE CLINIQUE

1 PRAG

WALTERS-GALOPIN

Susan

ANGLAIS

1 CONTRAT D'ENSEIGNEMENT

GERBIER

Soledad

ANGLAIS

3 CHARGÉS DE RECHERCHE

EPARDAUD
MEVELEC
MOIRE

Mathieu
Marie-Noëlle
Nathalie

INRAE
INRAE
INRAE



SERMENT DE GALIEN

En présence des Maitres de la Faculté, je fais le serment :

***D'**honorer ceux qui m'ont instruit(e) dans les préceptes de mon art et de leur témoigner ma reconnaissance en restant fidèle aux principes qui m'ont été enseignés et d'actualiser mes connaissances ;*

***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 Déontologie, de l'honneur, de la probité et du désintéressement ;*

***De** ne jamais oublier ma responsabilité et mes devoirs envers la personne humaine et sa dignité ;*

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

***De** ne dévoiler à personne les secrets qui m'auraient été confiés ou dont j'aurais eu connaissance dans l'exercice de ma profession ;*

***De** faire preuve de loyauté et de solidarité envers mes collègues pharmaciens ;*

***De** coopérer avec les autres professionnels de santé ;*

***Que** les Hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert(e) d'opprobre et méprisé(e) de mes confrères si j'y manque.*

Date : 6 juin 2024

L'étudiant : Justine Monne

*Le Doyen de la Faculté
Professeur Denys BRAND*

Remerciements

Je souhaite exprimer ma profonde gratitude à toutes les personnes qui m'ont soutenue et aidée tout au long de mon parcours.

Tout d'abord, un immense merci à **Monsieur Matthieu Juste**, qui a accepté de diriger cette thèse et m'a guidée avec patience et bienveillance. Son aide précieuse et ses conseils m'ont permis d'aller au bout de ce travail.

Je remercie également les **membres du jury**, Mme Véronique Maupoil-David, présidente, M. Cédric Gallard et Mme Lisa Froissant, pour le temps qu'ils ont consacré à l'évaluation de ce travail, ainsi que pour leurs remarques enrichissantes et bienveillantes.

Mes remerciements vont aussi à **tous les professeurs de la faculté de pharmacie de Tours**, qui m'ont transmis leur savoir et m'ont donné les bases solides pour exercer ce métier avec passion et sérieux.

Un grand merci à **mes camarades de promotion**, et plus particulièrement à **mes amies de la faculté**, qui m'ont accompagnée pendant ces six années d'études. Grâce à vous, ces années ont été bien plus qu'un simple apprentissage : elles ont été remplies de soutien, de rires et de d'amitiés sincères.

Je tiens aussi à saluer **mes collègues et encadrants rencontrés en stage**, que ce soit en officine ou à l'hôpital. Grâce à vous, j'ai pu mettre en pratique mes connaissances et apprendre énormément sur le métier de pharmacien.

Bien sûr, une pensée spéciale pour **mes amis du Mastère Marketing Management et Digital, de l'ESSEC Business School** qui ont été d'un grand soutien tout au long de cette dernière année. Merci pour tous ces moments de partage qui ont rendu cette période plus agréable et motivante.

Enfin, je souhaite remercier **ma famille**, qui a toujours été là pour moi. Merci à **mes parents**, pour leur amour, leur patience et leur soutien infailible, ainsi qu'à **mes sœurs, Apolline et Camille**, qui m'ont encouragée et cru en moi à chaque instant.

Un merci tout particulier à **Brice**, pour son amour et sa présence réconfortante.

Cette réussite est aussi la vôtre, et je suis heureuse de pouvoir la partager avec vous tous.

Merci du fond du cœur.

Table des matières

ENSEIGNANTS	2
SERMENT DE GALIEN	4
Remerciements.....	5
Liste des abréviations	8
Liste des figures	9
Liste des tableaux.....	10
Introduction.....	11
Partie I : Contexte et conséquences de la désertification médicale	12
1. Origine et caractéristiques des déserts médicaux en France	12
A. Définition des déserts médicaux : critères et impact territorial.....	12
B. Facteurs de la désertification : vieillissement des médecins, manque d'attractivité de certaines régions, concentration en zones urbaines	16
2. Effets des déserts médicaux sur les patients et les professionnels de santé	22
A. Accès limité aux soins et aggravation des pathologies.....	22
B. Augmentation de la demande auprès des pharmaciens en tant que premiers recours.	24
3. Réponses politiques et législatives face à la désertification médicale	26
A. Mesures d'incitation pour attirer des médecins dans les zones sous-dotées.....	26
B. Élargissement des missions des pharmaciens par des lois et règlements (loi HPST et autres)	29
Partie II : Les nouvelles missions du pharmacien et leur impact sur la valorisation de la profession	30
1. Vaccination en officine.....	30
A. Description de la mission : Vaccination contre la grippe, élargissement aux vaccins Covid-19 et autres	30
B. Valorisation du métier : Positionnement du pharmacien en acteur clé de la prévention et de la santé publique.....	31
2. Dépistage et Tests Rapides d'Orientation Diagnostique (TROD)	32
A. Description de la mission : Mise en place de tests rapides pour certaines maladies (grippe, Covid-19, VIH, angine, cystite).....	32
B. Valorisation du métier : Renforcement de l'accessibilité aux soins, augmentation de la confiance des patients envers les pharmaciens pour des consultations de premier recours.	34
3. Suivi des patients chroniques et bilans de médication	35
A. Description de la mission.....	35
B. Valorisation et position tel un rôle central dans le parcours de soins.....	36
4. Dispensation protocolisée et pharmacien correspondant.....	37
A. Description de la mission.....	37
B. Valorisation du métier	44
5. Éducation thérapeutique et accompagnement des patients	45
A. Description de la mission : Entretiens pharmaceutiques, éducation thérapeutique pour maladies chroniques (AVK, asthme)	45

B. Valorisation du métier : Le pharmacien comme éducateur de santé	45
6. Bilans de prévention en pharmacie d'officine	46
A. Description de la mission : une démarche proactive pour la santé publique	46
Accompagnement via entretiens pharmaceutiques.....	50
C. Valorisation du métier : Le pharmacien, un acteur clé de la prévention.....	55
7. Gestion de crises sanitaires et rôle de santé publique	55
A. Description de la mission.....	55
B. Valorisation du métier	56
<i>Partie III : La télémédecine comme outil d'intégration des nouvelles missions en officine 57</i>	
1. Généralités	57
A. Définition, contexte et importance de la téléconsultation	57
B. Rôle dans l'amélioration de l'accessibilité aux soins pour les populations isolées.	61
2. Impact des sociétés et des dispositifs de téléconsultation en officine.....	62
A. Présentation de la téléconsultation - historique et vision.....	62
B. Les dispositifs en pharmacie.....	64
C. Stratégie disruptive - modèle économique innovant	66
3. Impact sur les modes de consommation traditionnels.....	68
A. Accessibilité et commodité	68
B. Amélioration de la qualité des soins.....	69
4. Création de valeur.....	70
A. Valeur pour les patients	70
B. Valeur pour les professionnels de santé.....	71
C. Valeur pour le système de santé	71
5. Défis et perspectives d'avenir pour les start-ups	72
A. Défis à surmonter	72
B. Opportunités futures.....	73
<i>PARTIE IV : Médecins, pharmaciens, patients : paroles d'acteurs et expériences vécues.... 75</i>	
1. Pharmaciens	75
3. Médecin	83
2. Patients	86
Conclusion.....	92
BIBLIOGRAPHIE.....	93

Liste des abréviations

ACRONYMES

- NèrES : Nouvelle ère de Santé
- IRDES : Institut de recherche et de documentation en économie de la santé
- DREES : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques
- PTMG : Contrat de praticien territorial de médecine générale
- MSP : maisons de santé pluridisciplinaires
- CPTS : communautés professionnelles territoriales de santé
- ARS : Agences Régionales de Santé
- IPA : infirmiers en pratique avancée
- HPST : "Hôpital, Patients, Santé et Territoires"
- BPM : bilan partagé de médication
- ALD : Affection Longue Durée
- CSP : Code de Santé Publique
- DP : Dossier Pharmaceutique
- HAS : Haute Autorité de Santé
- SPILF : la Société de Pathologie Infectieuse de Langue Française
- OMS : Organisation mondiale de la Santé
- AINS : anti-inflammatoires non stéroïdiens
- DGS : Direction Générale de la Santé
- ZIP : zones d'intervention prioritaire

Liste des figures

Figure 1. Évolution comparée de l'effectif des médecins en activité régulière et de l'effectif des 65 ans et plus dans la population française (base 100)

Figure 2 : Répartition des médecins en activité régulière selon leur mode d'exercice et la tranche d'âge

Figure 3 : Densité départementales des médecins généralistes en activité au 1^{er} janvier 2024 (pour 100 000 habitants)

Figure 4 : Part des généralistes, libéraux installés et remplaçants, parmi l'ensemble, selon l'âge et l'année d'observation

Figure 5 : Moyenne d'âge (année) de l'ensemble des médecins inscrits au Tableau de l'ordre en 2022

Figure 6 : Pyramide des âges des médecins en activité entre 2010 et 2024

Figure 7 : Tendance des départements métropolitains à perdre ou gagner des médecins généralistes en activité régulière entre 2010 et 2022

Figure 8 : Répartition des médecins en activité selon l'origine du diplôme en 2010, 2023 et 2024

Figure 9 : Prise en charge de l'angine à l'officine

Figure 10 : Logigramme de prise en charge des patientes avec ordonnance de dispensation conditionnelle

Figure 11 : Logigramme de prise en charge des patientes avec demande spontanée

Figure 12 : Fiches officielles « Mon bilan Prévention »

Figure 13 : Fiche entretien accompagnement femme enceinte

Figure 14 : fiche entretien accompagnement «opioïdes» (DMP)

Figure 15 : Quelles sont les startups qui aident à lutter contre les déserts médicaux ?

Figure 16 : Carte représentant l'accessibilité potentielle localisée (APL) aux médecins généralistes de moins de 65 ans – 2018

Figure 17 : La cabine de téléconsultation

Figure 18 : La borne de téléconsultation

Figure 19 : La console de téléconsultation

Figure 20 : Les dispositifs médicaux connectés

Figure 21 : Justification de l'utilisation de la téléconsultation

Liste des tableaux

Tableau I : Répartition régionale des communes sous-denses en 2015

Tableau II : Répartition départementale du nombre de médecins inscrits au Tableau de l'Ordre et part régionale (%) des inscrits au 1^{er} janvier 2021

Tableau III : Répartition des médecins en activité par régions

Introduction

La désertification médicale est aujourd'hui l'un des défis majeurs, sinon le plus pressant, auxquels est confronté le système de santé français. Elle se manifeste par une raréfaction préoccupante des professionnels de santé, en particulier des médecins généralistes, dans de nombreux territoires ruraux, périurbains, mais également dans certaines zones urbaines.

Ce phénomène, en constante aggravation depuis plusieurs années, engendre des inégalités croissantes d'accès aux soins, des retards dans la prise en charge médicale, des renoncements de plus en plus fréquents de la part des patients, ainsi qu'une surcharge importante pour les praticiens encore en activité dans ces zones. Ce déséquilibre territorial met en péril l'un des principes fondamentaux du système de santé français : l'égalité d'accès aux soins pour tous. Face à cette situation préoccupante, une transformation progressive mais profonde de l'organisation des soins de premier recours s'est engagée, avec pour objectif une meilleure répartition des compétences et une valorisation des professionnels de santé de proximité.

Parmi les réponses envisagées à cette crise, l'élargissement des missions des pharmaciens occupe une place centrale et stratégique. En effet, les pharmaciens d'officine, présents dans plus de 91 % du territoire à moins de 10 minutes de chaque domicile, disposent d'un maillage territorial sans équivalent, d'un accès direct sans rendez-vous, et d'une relation de confiance déjà établie avec la population. Longtemps cantonné à un rôle de dispensateur de médicaments, le pharmacien est désormais appelé à jouer un rôle beaucoup plus large et actif au sein du parcours de soins. Il intervient dans des domaines variés tels que la prévention, le dépistage, la vaccination, le suivi des pathologies chroniques, la coordination avec d'autres professionnels de santé, et plus récemment, la mise en place de dispositifs de télémédecine au sein même de l'officine.

Ces évolutions, soutenues par des réformes législatives successives et des expérimentations de terrain, traduisent une volonté politique affirmée de renforcer la place du pharmacien comme acteur de santé publique à part entière, capable de répondre efficacement aux besoins des territoires sous-dotés en médecins.

Cette thèse s'intéresse précisément à l'impact de ces nouvelles missions sur la valorisation de la profession de pharmacien et à leur contribution concrète dans la lutte contre la désertification médicale. À travers une analyse contextualisée de la situation actuelle, ainsi que des témoignages d'acteurs directement impliqués dans ces transformations, ce travail cherche à démontrer que le pharmacien est devenu, bien au-delà de son rôle traditionnel, un professionnel de santé de première ligne. À la croisée des enjeux territoriaux, sociaux et médicaux, il s'impose désormais comme un pilier incontournable d'un système de soins plus accessible, plus réactif et mieux adapté aux réalités du terrain.

Partie I : Contexte et conséquences de la désertification médicale

1. Origine et caractéristiques des déserts médicaux en France

A. Définition des déserts médicaux : critères et impact territorial

La désertification médicale est une réalité préoccupante en France, désignant une situation où des territoires sont confrontés à une pénurie de professionnels de santé, principalement des médecins généralistes et spécialistes. Cette situation conduit à une accessibilité réduite, voire inexistante, aux soins essentiels, créant des inégalités territoriales profondes.

Une zone est considérée comme un désert médical lorsque le nombre de médecins disponibles par habitant est **inférieur à 2,5 consultations annuelles par habitant** pour les médecins généralistes, ce qui équivaut à **un accès inférieur à 30 % de l'offre médicale moyenne nationale**.

Ce seuil a été défini dans le cadre des travaux de la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (**DREES**). Les chiffres sont révélateurs : en 2018, environ **3,8 millions de Français** vivaient dans des zones sous-dotées en médecins généralistes. Ce chiffre a grimpé à **6,7 millions en 2023**, représentant près de **11 % de la population**.^{1,2}

Cette aggravation rapide du phénomène s'explique par des difficultés structurelles majeures dans la répartition des ressources médicales sur le territoire. Les zones rurales et périurbaines sont les plus touchées, où les services médicaux sont éloignés, les délais d'attente particulièrement longs, et l'offre de soins insuffisante pour répondre aux besoins croissants de la population. Le rapport de l'Académie nationale de médecine souligne que **30 % de la population française** vit aujourd'hui dans un désert médical, ce qui représente environ **20 millions de personnes**.³

Les consultations spécialisées, comme celles en ophtalmologie ou en pédiatrie, sont particulièrement touchées, avec des délais d'attente pouvant atteindre plusieurs mois. Les patients, en particulier ceux souffrant de maladies chroniques, se retrouvent souvent contraints de renoncer aux soins ou de parcourir de longues distances pour accéder à des professionnels compétents.

L'impact territorial de la désertification médicale dépasse largement le cadre de la santé publique. Les zones concernées, souvent situées en milieu rural, souffrent également d'un déficit en infrastructures de transport, de services publics et de commerces. Cette situation fragilise davantage le tissu socio-économique local. Les habitants, notamment les personnes âgées, les familles à faibles revenus et les personnes en situation de handicap, sont les premiers à en subir les conséquences. Pour ces populations, l'accès à un médecin de proximité est souvent vital pour assurer un suivi médical régulier. Toutefois, la disparition progressive des professionnels de santé contribue à un **cercle vicieux** : le manque de médecins entraîne une diminution de l'attractivité des territoires, poussant de nombreux habitants à migrer vers des zones mieux dotées, ce qui accentue encore l'isolement démographique et économique.^{1,3}

Les origines de la désertification médicale sont multiples et trouvent leurs racines dans des choix structurels et démographiques anciens. L'une des principales causes est l'instauration du **numerus clausus** en 1972, qui a drastiquement réduit le nombre d'étudiants en médecine pendant plusieurs décennies. Cette politique, mise en place pour contrôler les dépenses de santé, a eu des conséquences dramatiques sur la démographie médicale actuelle. Bien que le numerus clausus ait été assoupli dans les années 2000, puis supprimé en 2019, il faudra encore attendre plusieurs années pour en constater les effets bénéfiques. Le vieillissement de la population médicale constitue un autre facteur majeur. (Figure 1)

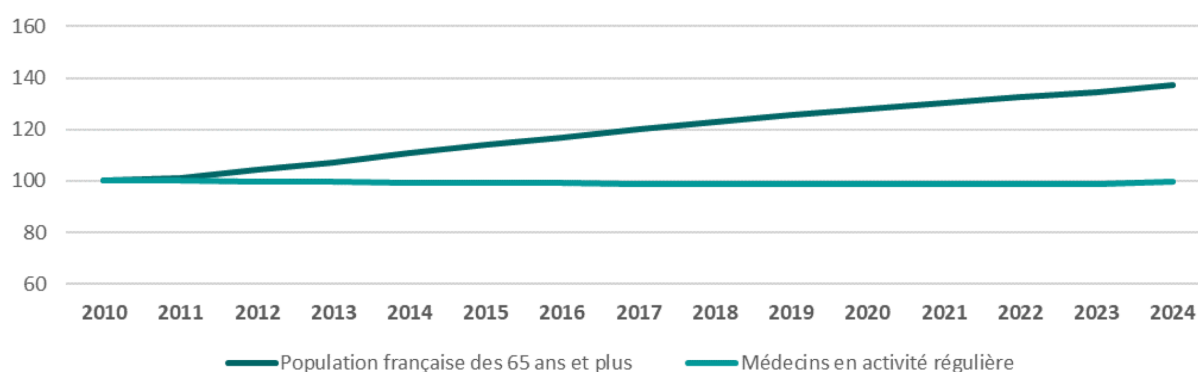


Figure 1. Évolution comparée de l'effectif des médecins en activité régulière et de l'effectif des 65 ans et plus dans la population française (base 100)

Source : ATLAS DE LA DÉMOGRAPHIE MÉDICALE EN FRANCE

Aujourd'hui, **plus de 55 % des médecins** en exercice ont plus de 55 ans, et les départs à la retraite s'accroissent sans être compensés par l'arrivée de jeunes praticiens.^{2,3}

De plus, l'évolution des pratiques professionnelles a contribué à la diminution du temps médical effectif. Les jeunes générations de médecins privilégient un meilleur équilibre entre vie professionnelle et vie personnelle, réduisant ainsi le nombre d'heures travaillées par rapport à leurs aînés.

Le médecin de la « jeune génération » préfère un poste de salarié avec des horaires « normaux » et « prévisibles » comme le montre le graphique suivant (Figure 2).

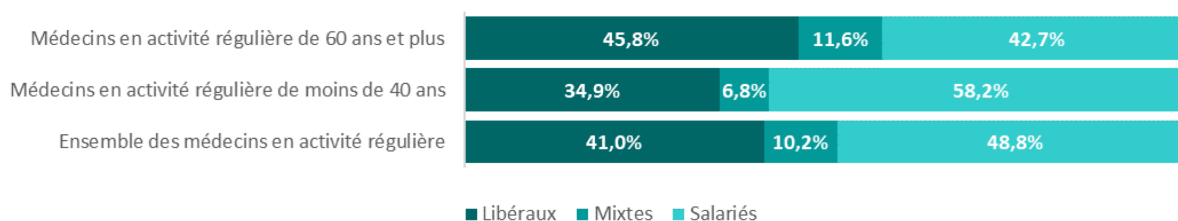


Figure 2 : Répartition des médecins en activité régulière selon leur mode d'exercice et la tranche d'âge

Source : ATLAS DE LA DÉMOGRAPHIE MÉDICALE EN FRANCE

Les zones rurales souffrent d'un manque d'attractivité pour les professionnels de santé. Les conditions de travail y sont souvent difficiles, avec des déplacements nombreux et peu de structures de soutien, comme des assistants médicaux ou des secrétariats. Le rapport de l'Académie nationale de médecine souligne que **les contraintes professionnelles et familiales** sont des freins majeurs à l'installation des médecins dans ces territoires.³

Les conséquences de la désertification médicale sont particulièrement préoccupantes sur le plan sanitaire et social. Comme énoncé précédemment, le manque de médecins conduit à une augmentation des **cas de renoncement aux soins**, en particulier pour les pathologies chroniques qui nécessitent un suivi régulier. Cette situation est aggravée par la surcharge des professionnels de santé encore en activité dans ces zones, qui doivent prendre en charge un nombre croissant de patients. Cette surcharge entraîne une fatigue professionnelle accrue et un risque élevé de burnout, ce qui contribue à la détérioration des conditions de travail des médecins.^{2,4}

Les inégalités territoriales en matière d'accès aux soins se creusent, avec des disparités marquées entre les zones urbaines, souvent bien dotées, et les territoires ruraux ou d'outre-mer. À titre d'exemple, certaines régions comme l'Île-de-France, pourtant densément peuplées, sont devenues des **déserts médicaux** pour l'accès aux généralistes, avec **96 % de la population insuffisamment dotée**. Cette fracture territoriale alimente un sentiment d'abandon chez les populations concernées et renforce les inégalités sociales et sanitaires.³

Tableau I : Répartition régionale des communes sous-denses en 2015

Région	Communes sous-denses au seuil de 2,5 consultations par an et par habitant		
	Population vivant dans une commune dont l'APL est inférieure au seuil	Part de la population régionale vivant dans une commune dont l'APL est inférieure au seuil	Part de la population vivant dans une commune dont l'APL est inférieure au seuil et résidant dans la région
Guadeloupe	76 867	19,1 %	1,5 %
Martinique	94 881	24,6 %	1,8 %
Guyane	70 219	28,8 %	1,3 %
La Réunion	7 226	0,9 %	0,1 %
Île-de-France	1 188 170	9,9 %	22,5 %
Centre-Val-de-Loire	423 304	16,5 %	8,0 %
Bourgogne-Franche-Comté	356 216	12,6 %	6,7 %
Normandie	251 437	7,6 %	4,8 %
Hauts-de-France	203 097	3,4 %	3,8 %
Grand-Est	434 280	7,8 %	8,2 %
Pays-de-la-Loire	283 438	7,7 %	5,4 %
Bretagne	166 862	5,1 %	3,2 %
Nouvelle-Aquitaine	348 532	6,0 %	6,6 %
Occitanie	311 915	5,5 %	5,9 %
Auvergne-Rhône-Alpes	864 754	11,1 %	16,3 %
Provence-Alpes-Côte-d'Azur	161 459	3,3 %	3,1 %
Corse	48 801	15,2 %	0,9 %
Ensemble	5 291 458	8,1 %	-

En 2015 déjà, en région Centre-Val-de-Loire, 423 304 personnes vivaient dans une commune « sous-dense » au seuil de 2,5 consultations par an et par habitant, ce qui représentait 16,5 % de la population de la région. C'est ainsi 8,0 % de la population nationale vivant sous ce seuil qui résidait en région Centre-Val-de-Loire.

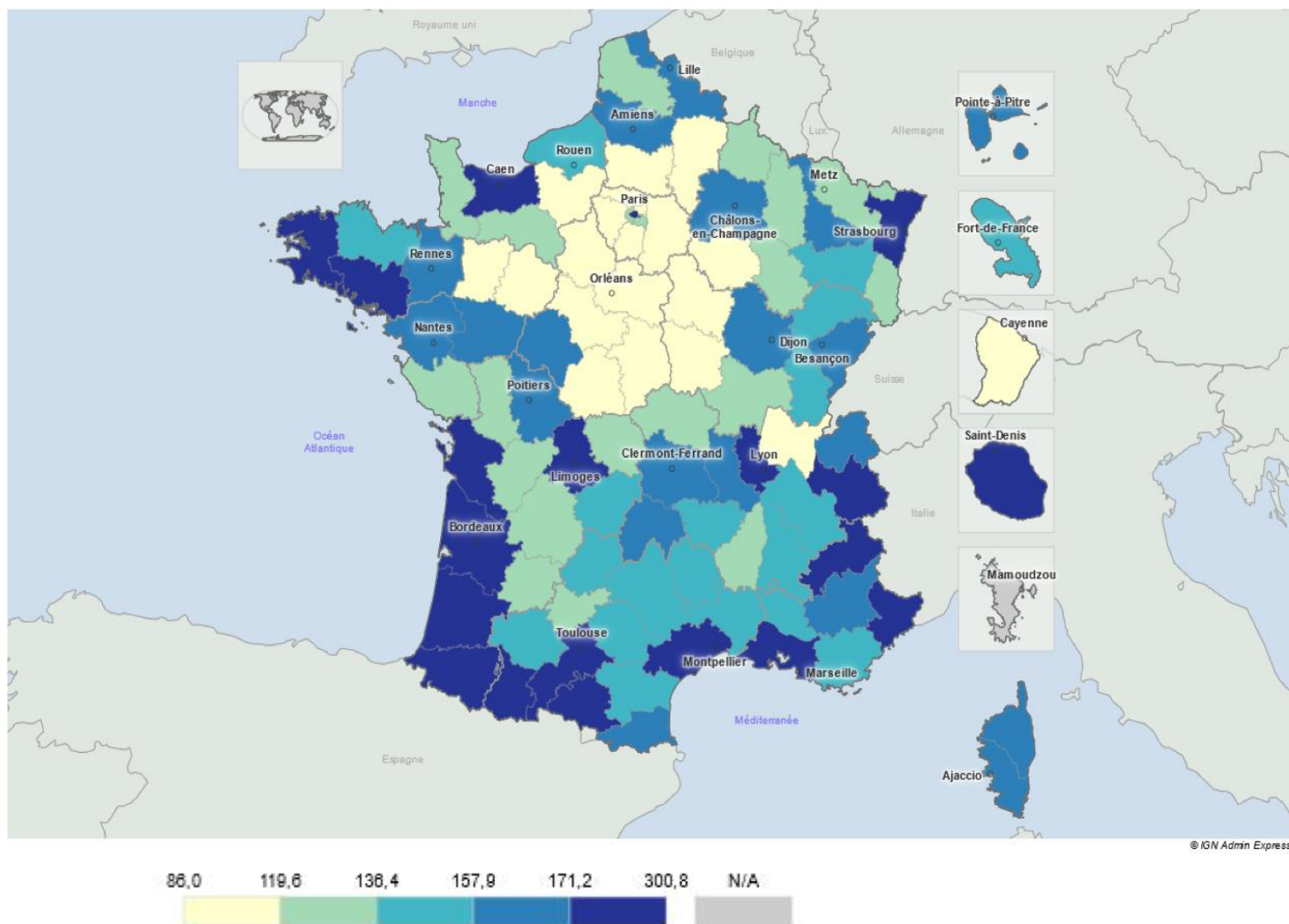


Figure 3 : Densité départementales des médecins généralistes en activité au 1^{er} janvier 2024 (pour 100 000 habitants)

Concernant les généralistes, on observe sur le schéma ci dessus (Figure 3) que les départements situés au centre de la métropole sont les plus défavorisés, tandis que ceux des littoraux, des frontières et ceux accueillant les grandes villes bénéficient d'une meilleure couverture.

La désertification médicale en France résulte donc de facteurs structurels, démographiques et organisationnels complexes, se traduisant par un accès inégal aux soins, un renoncement accru à la santé pour les populations les plus vulnérables, et un affaiblissement du tissu socio-économique des territoires concernés. Cette situation a conduit à une réflexion sur la réorganisation des soins de santé, notamment par la revalorisation du rôle des pharmaciens, à qui de nouvelles missions ont été attribuées pour pallier les insuffisances du système médical

traditionnel. L'intégration de la télémédecine représente également une solution innovante pour améliorer l'accès aux soins dans les zones sous-dotées, en offrant aux patients des alternatives efficaces pour consulter des professionnels de santé à distance.

B. Facteurs de la désertification : vieillissement des médecins, manque d'attractivité de certaines régions, concentration en zones urbaines

La désertification médicale est le résultat d'une combinaison complexe de facteurs démographiques, économiques et organisationnels, qui, en s'imbriquant, creusent les inégalités d'accès aux soins sur le territoire français. Elle ne se limite pas à un manque de médecins, mais résulte de plusieurs phénomènes qui se renforcent les uns les autres.

En premier lieu, comme énoncé précédemment, le **vieillissement de la population médicale** est un problème central. Une part significative des médecins en exercice a atteint ou dépasse désormais l'âge de la retraite. Selon les chiffres récents, près d'un tiers des médecins ont aujourd'hui plus de **60 ans** (Figure 4), et les départs massifs à la retraite attendus dans les prochaines années concernent particulièrement les zones rurales et périurbaines, où les médecins sont souvent les derniers praticiens en poste. Ces départs non remplacés sont le résultat d'une absence d'anticipation démographique au cours des dernières décennies, en grande partie liée au **numerus clausus** comme énoncé précédemment. La disparition progressive des médecins de proximité, souvent ancrés dans leurs territoires depuis plusieurs décennies, constitue une rupture brutale pour les habitants, qui perdent non seulement un professionnel de santé, mais aussi une figure de confiance et un acteur essentiel du tissu social local.³

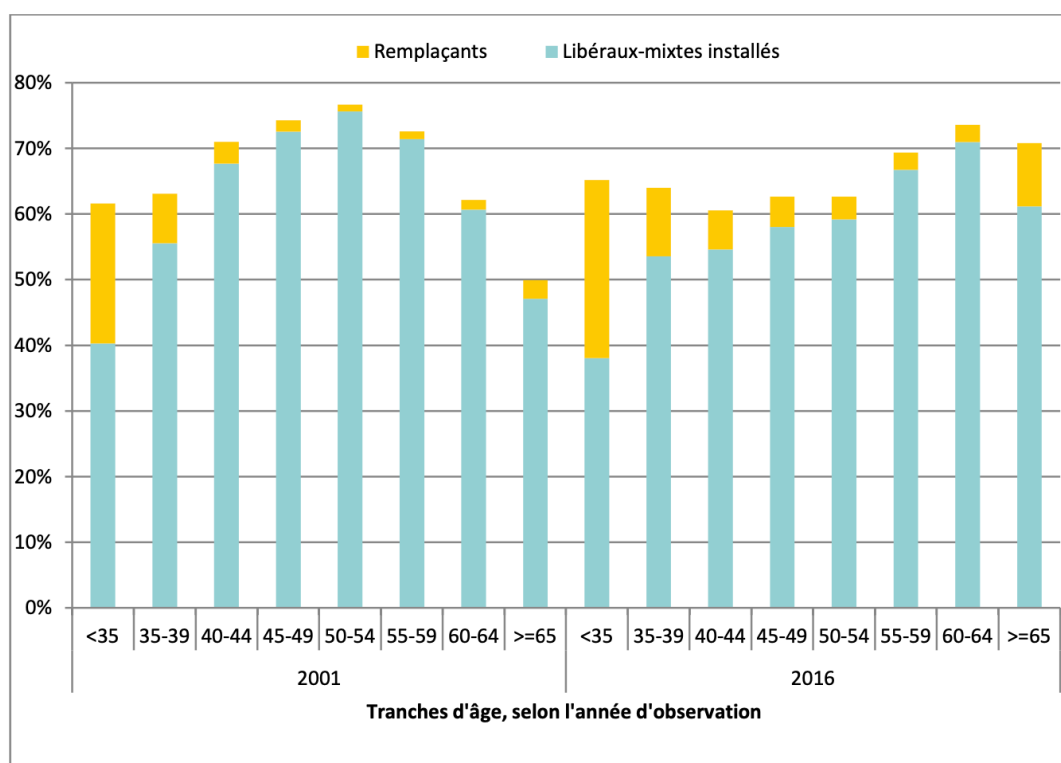
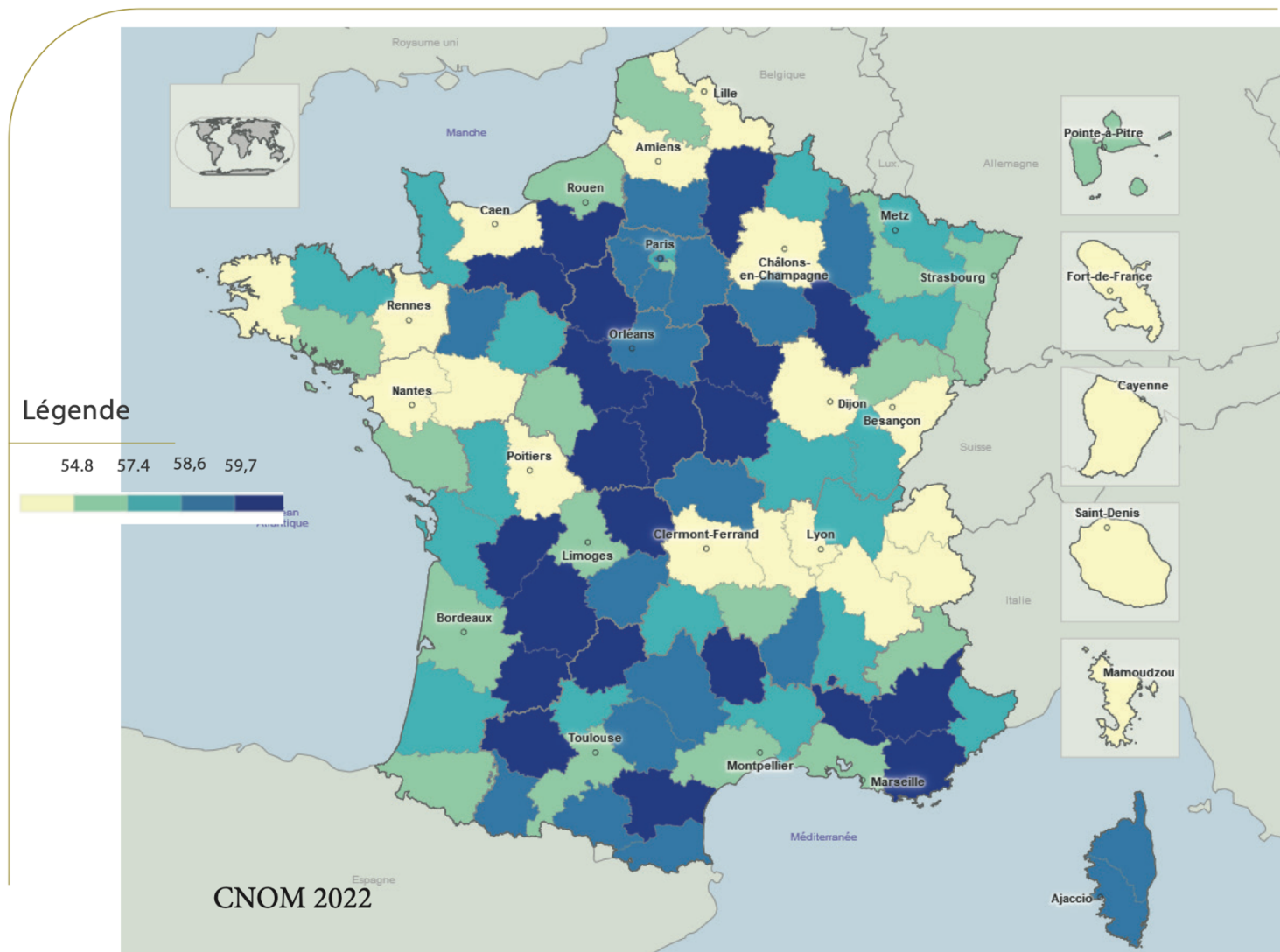


Figure 4 : Part des généralistes, libéraux installés et remplaçants, parmi l'ensemble, selon l'âge et l'année d'observation

Source > DREES, Adeli 2001, RPPS 2016.



22 CNOM - Atlas de la démographie médicale 2022

Figure 5 : Moyenne d'âge (année) de l'ensemble des médecins inscrits au Tableau de l'ordre en 2022

Source : ATLAS DE LA DÉMOGRAPHIE MÉDICALE EN FRANCE

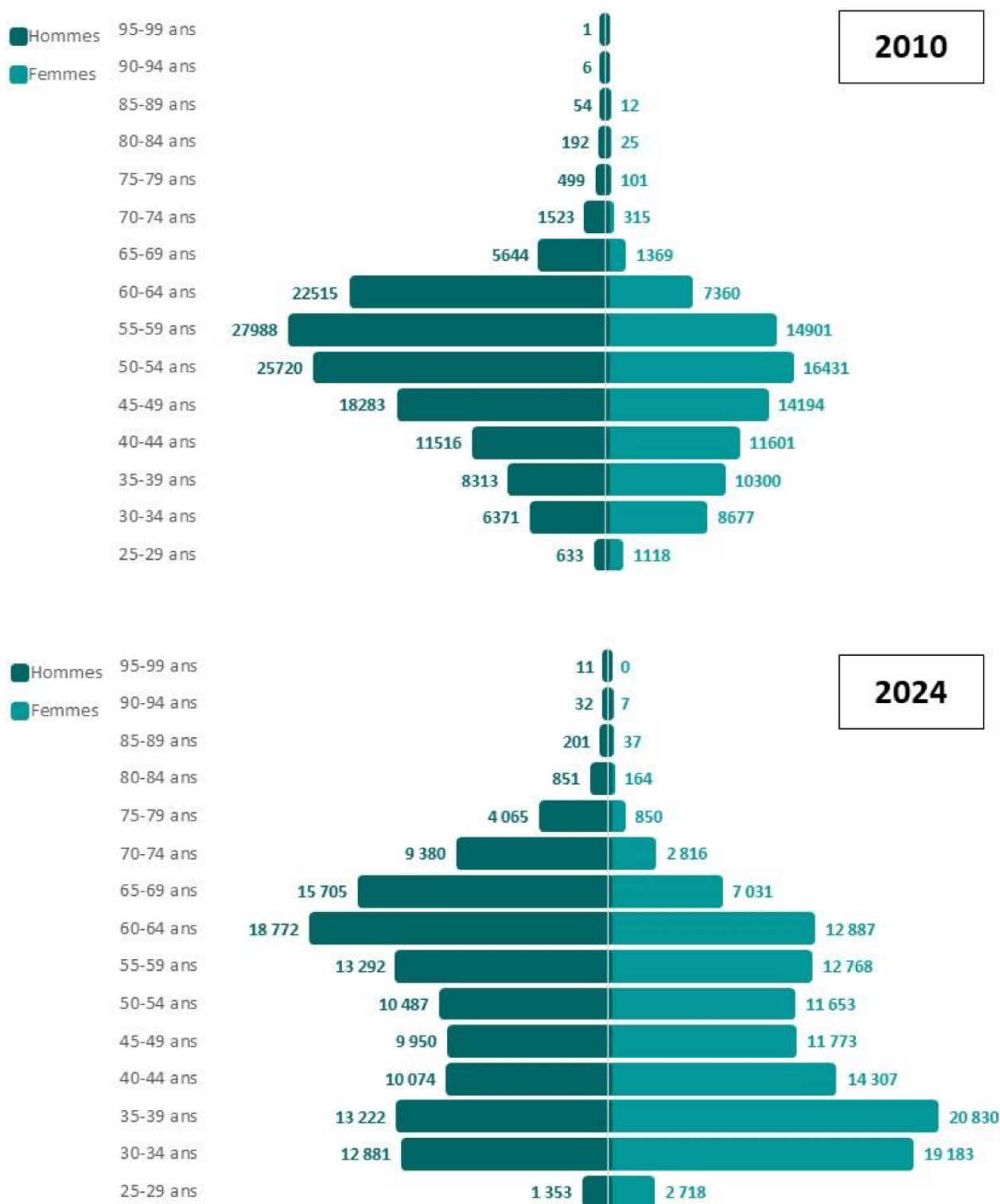


Figure 6 : Pyramide des âges des médecins en activité entre 2010 et 2024

Source : ATLAS DE LA DÉMOGRAPHIE MÉDICALE EN FRANCE

En parallèle, le **manque d'attractivité des régions rurales et périurbaines** freine considérablement l'installation des jeunes médecins. Ces territoires, souvent perçus comme moins dynamiques, souffrent d'un déficit en infrastructures sociales, culturelles et éducatives. Les jeunes praticiens, qui privilégient désormais un équilibre entre vie professionnelle et vie personnelle, sont peu enclins à s'installer dans des zones où l'isolement géographique et professionnel est une réalité quotidienne. Les conditions de travail dans ces régions sont souvent marquées par une charge de travail disproportionnée, liée à la faible densité médicale et à la nécessité de prendre en charge un grand nombre de patients. Ce phénomène est d'autant plus dissuasif qu'il s'accompagne d'un manque de soutien logistique, comme l'absence de secrétariat médical ou d'assistants pour alléger les tâches administratives. Les médecins sont ainsi contraints de cumuler des fonctions médicales et non médicales, ce qui alourdit considérablement leur quotidien.^{2,3}

Tableau II : Répartition départementale du nombre de médecins inscrits au Tableau de l'Ordre et part régionale (%) des inscrits au 1^{er} janvier 2021

Région	Effectifs	Ratio régional/national
Auvergne-Rhône-Alpes	38 081	12,0%
Bourgogne-Franche-Comté	11 514	3,6%
Bretagne	16 121	5,1%
Centre-Val-de-Loire	9 284	2,9%
COM	1 804	0,6%
Corse	1 453	0,5%
DOM	7 369	2,3%
Grand-Est	24 359	7,7%
Hauts-de-France	24 216	7,6%
Ile-de-France	65 311	20,6%
Liste spéciale	925	0,3%
Normandie	13 231	4,2%
Nouvelle-Aquitaine	29 255	9,2%
Occitanie	29 599	9,3%
Pays-de-la-Loire	15 590	4,9%
Provence-Alpes-Côte d'Azur	29 442	9,3%
Total général	317 554	100%

La situation en 2024, qui est similaire à 2021 est présentée sur le tableau ci-dessous.

Tableau III : Répartition des médecins en activité par régions

Région	Effectifs	Proportion
Auvergne-Rhône-Alpes	28 795	12,1%
Bourgogne-Franche-Comté	8 562	3,6%
Bretagne	11 988	5,1%
Centre-Val-de-Loire	6 699	2,8%
COM	1 653	0,7%
Corse	1 162	0,5%

DOM	6 868	2,9%
Grand-Est	18 188	7,7%
Hauts-de-France	18 330	7,7%
Ile-de-France	47 486	20,0%
Normandie	10 048	4,2%
Nouvelle-Aquitaine	21 724	0,2 %
Occitanie	21 748	9,2%
Pays-de-la-Loire	11 818	5,0%
Provence-Alpes-Côte d'Azur	21 554	9,1%
Liste spéciale (étranger)	677	0,3%

Source : ATLAS DE LA DÉMOGRAPHIE MÉDICALE EN France – Janvier 2024

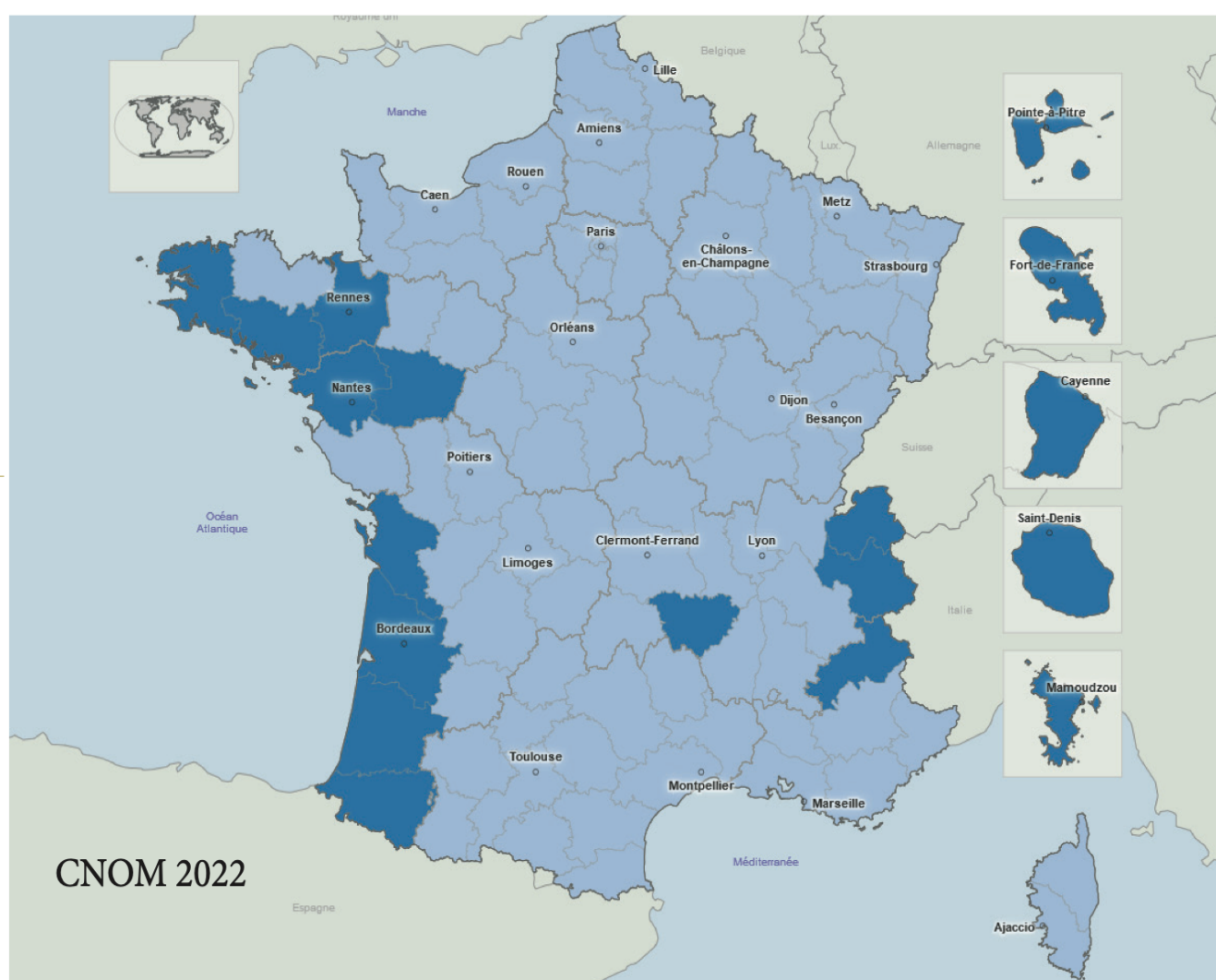


Figure 7 : Tendence des départements métropolitains à perdre ou gagner des médecins généralistes en activité régulière entre 2010 et 2022

Source : ATLAS DE LA DÉMOGRAPHIE MÉDICALE EN FRANCE

Les dispositifs d'incitation financière, comme les aides à l'installation, les exonérations fiscales ou encore les primes spécifiques, bien qu'utiles, ne parviennent pas à compenser les désavantages perçus de ces territoires. En effet, les jeunes médecins recherchent avant tout des conditions d'exercice attractives, avec des perspectives de travail en équipe et des infrastructures modernes. Or, les régions rurales, souvent dépourvues de maisons de santé pluridisciplinaires ou de structures hospitalières de proximité, ne répondent pas à ces attentes. Par ailleurs, la question de l'isolement professionnel est un frein majeur : l'absence de spécialistes à proximité et le manque de collaboration interprofessionnelle rendent l'exercice isolé plus lourd et plus complexe pour les généralistes, qui doivent gérer des cas variés et parfois très complexes sans pouvoir s'appuyer sur un réseau médical local.³

La **concentration des médecins en zones urbaines** aggrave ces déséquilibres territoriaux. Les grandes villes, dotées d'équipements médicaux de pointe, de structures hospitalières modernes et d'une offre de soins diversifiée, attirent massivement les jeunes praticiens. Cette polarisation des ressources médicales laisse les territoires périphériques dans une situation de dépendance et d'abandon. Les centres urbains offrent également des conditions de travail plus attractives, avec la possibilité de travailler en équipe au sein de maisons de santé, de cliniques ou d'hôpitaux, et d'accéder à des opportunités de formation continue et de spécialisation. Les jeunes médecins, souvent issus des grandes villes ou des centres universitaires, sont ainsi naturellement enclins à s'installer dans ces environnements dynamiques, qui répondent à leurs aspirations professionnelles et personnelles.³

Cette concentration en zones urbaines s'explique également par l'évolution des pratiques médicales. Les jeunes générations de médecins privilégient aujourd'hui des modes d'exercice collaboratifs, en opposition à la pratique isolée qui caractérise souvent les zones rurales. Le travail en équipe, qui permet de partager les responsabilités et de bénéficier d'un soutien professionnel, est devenu un critère déterminant pour les jeunes praticiens. Or, cette organisation du travail est plus facilement réalisable dans les zones urbaines, où la densité de professionnels de santé est plus élevée et où les structures de coordination sont déjà en place.^{2,3}

Pour tenter de répondre à ces défis, plusieurs solutions ont été mises en œuvre. La création de **maisons de santé pluridisciplinaires**, qui regroupent généralistes, spécialistes, infirmiers et autres professionnels de santé, vise à offrir un environnement de travail collaboratif et moderne dans les zones sous-dotées. Ces structures permettent de réduire l'isolement professionnel des médecins, d'améliorer la qualité des soins grâce à une prise en charge coordonnée des patients et de rendre les conditions d'exercice plus attractives pour les jeunes diplômés. Le développement de la **télémédecine** constitue également une réponse innovante pour pallier l'absence de médecins dans certaines régions. En facilitant les consultations à distance, la télémédecine permet aux patients d'accéder à des avis spécialisés sans avoir à se déplacer sur de longues distances. Toutefois, malgré ces avancées, la télémédecine ne peut pas se substituer entièrement à la présence physique d'un médecin, notamment pour les actes nécessitant un examen clinique approfondi.^{3,6}

Enfin, la nécessité de **revaloriser le rôle des professionnels de santé de proximité**, comme les pharmaciens, apparaît comme une solution complémentaire pour pallier les manques dans les zones désertifiées. Les pharmaciens, déjà largement implantés sur le territoire national, sont en mesure d'assurer des missions de prévention, de suivi et de conseil auprès des patients. En collaboration avec la télémédecine et les autres professionnels de santé, ils peuvent contribuer à améliorer l'accessibilité aux soins dans les territoires les plus fragilisés.

En conclusion, la désertification médicale résulte de facteurs structurels et démographiques profondément ancrés dans le système de santé français. Le vieillissement des médecins, le manque d'attractivité des régions rurales et périurbaines, et la concentration des praticiens dans les zones urbaines ont contribué à creuser des inégalités territoriales majeures. Malgré les initiatives mises en place pour inverser cette tendance, les disparités persistent, nécessitant une réorganisation profonde des services de santé pour garantir un accès équitable aux soins pour l'ensemble de la population.

2. Effets des déserts médicaux sur les patients et les professionnels de santé

A. Accès limité aux soins et aggravation des pathologies.

1. Une accessibilité géographique et temporelle gravement compromise

Dans les déserts médicaux, la première barrière rencontrée par les patients est **l'éloignement géographique**. Environ **6 % des Français** vivent à plus de 30 minutes d'un médecin généraliste, une proportion qui atteint **10 %** dans certaines régions rurales comme le Massif central ou certaines zones périurbaines éloignées des grandes agglomérations. Pour des consultations spécialisées, comme celles en pédiatrie ou en ophtalmologie, les distances à parcourir peuvent dépasser **50 kilomètres**, ce qui constitue un obstacle insurmontable pour de nombreux habitants, notamment les personnes âgées ou celles à mobilité réduite.^{8,2}

Cette contrainte géographique est exacerbée par des **délais d'attente extrêmement longs**. Dans certaines zones, il faut attendre jusqu'à **6 mois** pour obtenir un rendez-vous en ophtalmologie ou en cardiologie. Ces délais sont particulièrement critiques pour des pathologies nécessitant une prise en charge rapide, comme les cancers ou les maladies cardiaques. Par exemple, un patient présentant des symptômes de douleur thoracique dans une zone sous-dense pourrait attendre plusieurs semaines avant de consulter un cardiologue, augmentant considérablement le risque de complications graves ou d'arrêt cardiaque.²

Situation réelle au comptoir : Mi-novembre, la campagne de vaccination de la grippe et du COVID bat son plein dans les officines. Justine, pharmacienne, je reçois Mme X qui souhaite se faire vacciner contre les 2 virus de façon concomitante se présente à mon comptoir. La pharmacie où j'exerce se trouve dans le Loir-et-Cher, à Romorantin-Lanthenay. Pendant l'enregistrement de ses vaccinations, je lui pose quelques questions préalables dont la suivante « Madame, présentez-vous aujourd'hui un cancer du sein ou avez-vous subi un curage ganglionnaire dans votre vie ? ». Question à laquelle Mme X répond positivement, elle a été atteinte d'un cancer du sein il y a quelques années. Impossible donc de procéder aux 2 vaccinations en même temps. Pendant la vaccination, dans une salle isolée de la pharmacie, elle me confie avoir dû attendre 6 mois entre sa découverte d'une « boule au bord du sein » et sa prise en charge pour un cancer. 4 mois pour avoir une mammographie, qui a été réalisée à 40 kilomètres de Romorantin-Lanthenay, puis 1 mois pour pouvoir voir un spécialiste qui met en place un traitement seulement le mois suivant. En y réfléchissant rapidement, ceci représente 6 mois d'errance diagnostic. Ce qui peut être fatale pour une pathologie foudroyante.

Autre situation frappante : celle femmes enceintes dans les déserts médicaux. En l'absence de gynécologues à proximité, elles doivent parcourir des dizaines de kilomètres pour leurs

consultations prénatales. Certaines, confrontées à ces contraintes, renoncent à un suivi régulier, ce qui augmente le risque de complications pour elles et leurs bébés.

Les inégalités d'accès sont également amplifiées par le manque de transport public dans ces zones. Pour les personnes âgées vivant seules ou les familles à faibles revenus, l'impossibilité de se déplacer constitue une barrière supplémentaire. À titre d'illustration, un habitant d'un village isolé en Normandie, sans permis de conduire ni véhicule, pourrait devoir compter sur des voisins ou des services d'assistance pour se rendre à une consultation, ce qui complique encore davantage l'accès aux soins.^{2,5}

2. Renoncement aux soins et aggravation des pathologies

Face à ces obstacles, un nombre croissant de patients renoncent aux soins. Selon les données de l'Institut de recherche et de documentation en économie de la santé (*IRDES*), environ **1,6 million de Français** déclarent avoir renoncé à des soins médicaux au cours de l'année, souvent pour des raisons financières ou logistiques. Cette situation est particulièrement préoccupante dans les zones rurales, où les revenus moyens sont souvent plus faibles et les solutions alternatives limitées.²

Le renoncement aux soins a des conséquences directes sur l'aggravation des pathologies. Les maladies chroniques, telles que le diabète, l'hypertension ou l'asthme, nécessitent un suivi médical régulier pour éviter des complications graves. Dans les déserts médicaux, l'absence de suivi conduit fréquemment à des hospitalisations d'urgence ou à des décès prématurés. Par exemple, un patient diabétique qui ne peut pas consulter un médecin pour ajuster son traitement risque de développer des complications sévères, telles que des amputations ou une insuffisance rénale.^{2,5}

Les troubles de santé mentale sont fortement impactés. Dans les déserts médicaux, l'accès à des psychiatres ou à des psychologues est presque impossible. Les patients souffrant de dépression, d'anxiété ou de troubles psychotiques se retrouvent sans prise en charge adéquate, ce qui aggrave leur état et peut conduire à des situations dramatiques, comme des tentatives de suicide. En France, les régions rurales présentent des taux de suicide significativement plus élevés que les zones urbaines, un phénomène directement lié à l'absence de professionnels de santé mentale.⁵ Certaines régions à dominante rurale, comme la Bretagne, présentent des taux de suicide nettement supérieurs à la moyenne nationale. Entre 2015 et 2017, la Bretagne enregistrait un taux de 21,6 suicides pour 100 000 habitants, soit environ 54 % de plus que la moyenne nationale de 14 pour 100 000 habitants.⁹

Ces chiffres suggèrent une corrélation entre la ruralité et des taux de suicide plus élevés, possiblement liée à une moindre accessibilité aux services de santé mentale dans ces zones.

3. Les répercussions sur les professionnels de santé : surcharge et isolement

Les médecins et autres professionnels de santé exerçant dans les déserts médicaux subissent une **charge de travail disproportionnée**. En moyenne, un médecin généraliste dans ces zones prend en charge plus de **2 000 patients**, contre environ **800 à 1 000 patients** dans les zones urbaines bien dotées. Cette surcharge de travail entraîne une fatigue professionnelle importante et un risque élevé de burnout. Selon l'Académie nationale de médecine, environ **45 % des médecins** exerçant dans ces zones déclarent être en situation de burnout.²

L'isolement professionnel est un autre défi majeur. Les médecins travaillant seuls dans des villages isolés manquent souvent de soutien logistique et de collaboration interprofessionnelle. L'absence d'assistants médicaux ou de secrétaires les oblige à gérer des tâches administratives chronophages, réduisant le temps consacré aux soins. Cette situation décourage de nombreux jeunes praticiens de s'installer dans ces zones, alimentant un cercle vicieux de désertification.³

Un exemple marquant est celui d'un médecin généraliste exerçant dans une commune rurale de l'Allier, qui doit répondre à des urgences à toute heure, en plus de ses consultations quotidiennes. Ce rythme de travail épuisant pousse de nombreux praticiens à quitter ces zones ou à réduire leur activité.²

Selon une étude de la DREES, les médecins généralistes libéraux déclarent travailler en moyenne 54 heures par semaine.

B. Augmentation de la demande auprès des pharmaciens en tant que premiers recours.

L'augmentation de la demande auprès des pharmaciens en tant que premiers recours est une conséquence directe de la désertification médicale en France. Ce phénomène s'explique par plusieurs facteurs et a des implications importantes pour le système de santé.

La notion de premier recours définit une offre de soins de proximité, accessible au plus grand nombre. Le pharmacien est un acteur du premier recours en tant que dispensateur de médicaments.¹⁰

La loi "Hôpital, patients, santé et territoires" de 2009 a décrit, dans son article 38, le rôle des pharmaciens précisant qu'ils « contribuent aux soins de premiers recours définis à l'article L1411-11 ». ¹⁰

Face à la pénurie de médecins dans certaines régions, les pharmaciens sont de plus en plus sollicités comme professionnels de santé de première intention. Leur accessibilité et leur disponibilité en font des acteurs clés dans la prise en charge des soins non programmés.¹¹

Les 20 224 officines réparties sur le territoire français offrent une proximité et une disponibilité inégales, positionnant les pharmaciens comme une porte d'entrée essentielle pour certains soins. ¹¹

Cette situation est en partie due à la régulation stricte de l'installation des pharmacies :

- **Critères démographiques** : L'ouverture d'une nouvelle officine est soumise à des seuils de population. Une pharmacie peut être créée dans une commune lorsque celle-ci atteint au moins 2 500 habitants. Au-delà, une officine supplémentaire est autorisée par tranche de 4 500 habitants supplémentaires. Par exemple, une deuxième pharmacie peut s'installer dans une commune de 7 000 habitants.

- **Transferts et regroupements** : Les pharmaciens peuvent transférer ou regrouper leurs officines sous certaines conditions, notamment pour maintenir une offre pharmaceutique dans des zones où la population évolue. Ces opérations nécessitent l'autorisation du directeur général de l'Agence Régionale de Santé (ARS) après avis du Conseil régional de l'Ordre des pharmaciens.

La loi Santé du 24 juillet 2019 a officialisé l'élargissement des missions des pharmaciens, reconnaissant leur rôle croissant dans le système de santé.¹¹ Cette évolution législative reflète la nécessité d'adapter l'organisation du système de soins à la réalité des territoires, notamment en activant des leviers susceptibles de libérer du temps médical.¹²

L'association NèreS (Nouvelle ère de Santé) rapporte que les pharmacies françaises reçoivent en moyenne 26 visites par seconde pour des produits de santé de premier recours.¹³ Cette fréquentation élevée témoigne de la confiance accordée aux pharmaciens et de leur rôle crucial dans la gestion des problèmes de santé quotidiens.

Selon les estimations de l'association NèreS, ce positionnement du pharmacien pourrait éviter jusqu'à 91 millions de consultations médicales chaque année.¹³

Cette réduction potentielle des consultations représenterait non seulement un allègement de la charge pesant sur les médecins généralistes, mais aussi une économie substantielle pour le système de santé, estimée à 338 millions d'euros.¹³

La vision qui émerge est celle d'un parcours de soins débutant chez le pharmacien pour les pathologies bénignes du quotidien, avant une éventuelle consultation chez un médecin généraliste.¹³

Cette approche pourrait constituer une solution intéressante dans le contexte des déserts médicaux et des délais parfois très longs pour obtenir un rendez-vous médical.¹³

Malgré ces évolutions positives, des défis persistent. Il est crucial de maintenir un équilibre entre l'extension des compétences des pharmaciens et la préservation de la sécurité des soins.¹²

De plus, une meilleure coordination entre les différents acteurs du système de santé, notamment entre pharmaciens et médecins, sera nécessaire pour optimiser cette nouvelle organisation des soins.

La pandémie de la COVID19 a permis de mettre en évidence l'importance du pharmacien comme clinicien et comme soignant à l'échelle planétaire.¹⁴

L'augmentation de la demande auprès des pharmaciens en tant que premiers recours apparaît comme une réponse pragmatique à la désertification médicale. Elle offre une solution immédiate pour améliorer l'accès aux soins, tout en soulageant la pression sur les médecins généralistes dans les zones sous-dotées. Cependant, cette évolution doit s'accompagner d'une réflexion approfondie sur l'organisation globale du système de santé et sur la formation continue des pharmaciens pour répondre à ces nouvelles responsabilités.

3. Réponses politiques et législatives face à la désertification médicale

A. Mesures d'incitation pour attirer des médecins dans les zones sous-dotées

La désertification médicale constituant une problématique majeure en France, il est nécessaire d'avoir des réponses politiques et législatives adaptées. Ces mesures incluent des incitations financières, des réformes de la formation médicale, des infrastructures modernisées pour améliorer l'attractivité des zones sous-dotées.

1. Incitations financières et fiscales

Les mesures financières visent à réduire les contraintes économiques associées à l'installation des médecins dans les zones en déficit de soins.

Le **Pacte Territoire-Santé** et la **convention médicale de 2016** ont introduit plusieurs contrats incitatifs :

- Le **contrat de praticien territorial de médecine générale (PTMG)** : ce dispositif garantit une rémunération fixe pour les médecins installés en zones sous-dotées, avec une rémunération pouvant atteindre 6 900 € bruts mensuels.⁵
- Les **primes d'installation et aides locales** : ces primes, souvent financées par les ARS ou les collectivités territoriales, sont sécurisées dans le temps pour garantir la stabilité économique des jeunes médecins.³
- Les **exonérations fiscales et allègements de charges sociales** : les médecins bénéficient de défiscalisations sur 20 % de leurs honoraires ou d'une exonération totale pendant les premières années d'installation.³

Pour les praticiens en fin de carrière, le **cumul emploi-retraite** a été développé.

Ce dernier, instauré en 2003, permet aux médecins retraités de poursuivre ou reprendre une activité tout en percevant leur pension. Il répond de manière pragmatique aux pénuries médicales dans les zones considérées comme désert médical, en maintenant l'offre de soins là où les jeunes praticiens manquent.⁶

Ce système offre plusieurs avantages :

- **La flexibilité d'exercice** : Les médecins peuvent travailler à temps partiel tout en bénéficiant d'une couverture sociale.
- **Les incitations financières** : Grâce à une cotisation proportionnelle au revenu et des exonérations pour les revenus inférieurs à 12 500 euros par an, ce dispositif est financièrement attractif⁶
- **Le maintien des soins** : Il évite une rupture brutale de l'accès aux soins dans les territoires en tension, notamment en milieu rural

2. Développement des infrastructures et conditions de travail

L'amélioration des infrastructures médicales est au cœur de la lutte contre la désertification. Les **maisons de santé pluridisciplinaires (MSP)** et les **communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS)** permettent de regrouper plusieurs professionnels pour favoriser le travail collaboratif et rompre l'isolement.³

Ces structures sont dotées d'**assistants médicaux** pour réduire la charge administrative des médecins, optimisant leur temps de consultation.²

En outre, elles sont souvent accompagnées d'équipements modernes et d'aides logistiques (logement, crèches, emploi pour les conjoints).⁸

3. Réformes de la formation et stages dans les zones sous-dotées

L'intégration d'une **quatrième année d'internat en médecine générale**, spécifiquement consacrée aux stages dans les zones sous-dotées, est une réponse directe au besoin de familiariser les jeunes médecins avec ces territoires.³

Le **service médical citoyen**, proposé par l'Académie nationale de médecine, recommande une année d'engagement contractuel dans les zones en tension. Ce dispositif offrirait une première expérience de terrain tout en bénéficiant d'un encadrement structuré.³

De plus, des campagnes visent à diversifier le recrutement des étudiants, en attirant des profils issus des territoires ruraux grâce à des aides spécifiques dès le lycée.³

4. Recrutement de médecins étrangers et flexibilité d'exercice

Pour pallier la pénurie immédiate, les démarches ont été simplifiées pour attirer des **médecins étrangers**. Ceux-ci peuvent désormais exercer plus facilement en France sous certaines conditions, apportant ainsi une réponse rapide aux besoins locaux.⁸

La législation française a introduit des **dérogations spécifiques** pour faciliter l'installation de médecins étrangers. Par exemple, une loi récente modifie l'article L. 4111-1 du Code de la santé publique, permettant l'installation temporaire ou permanente de praticiens issus de pays ne remplissant pas auparavant les critères d'accès à l'exercice en France.⁸

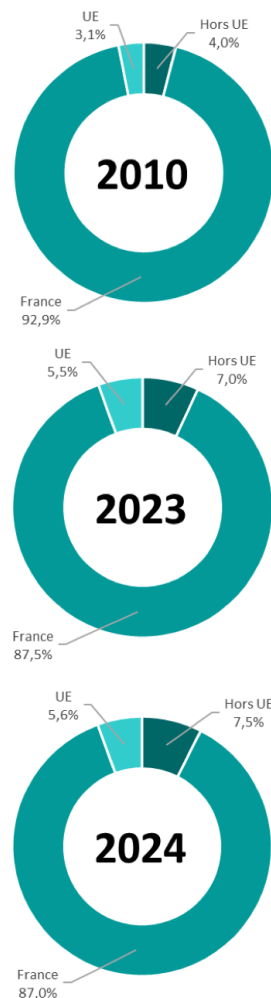


Figure 8 : Répartition des médecins en activité selon l'origine du diplôme en 2010, 2023 et 2024

Au 1^{er} janvier 2024 30 961 médecins en activité ont obtenu leur diplôme à l'étranger, soit une variation positive de +101,7% par rapport à 2010 où le nombre de ces médecins en activité à diplômes étrangers s'élevait à 15 349. ⁷

Ce dispositif s'adresse en priorité aux zones identifiées comme sous tension par les **Agences Régionales de Santé (ARS)**, où l'offre de soins est particulièrement insuffisante. ⁸

De plus, le modèle de **pratique multisite** encourage les médecins à répartir leur activité sur plusieurs localités, offrant ainsi une couverture médicale plus large tout en garantissant leur flexibilité. ³

5. Délégation de tâches et implication des autres professionnels de santé

La délégation de tâches aux **infirmiers en pratique avancée (IPA)** et aux **pharmaciens** s'inscrit dans une logique d'optimisation des ressources humaines. Ces professionnels prennent en charge certains actes médicaux et assurent un suivi des maladies chroniques. ²

Cette stratégie est renforcée par la mise en place d'**assistants médicaux**, qui libèrent du temps pour les médecins en gérant les tâches administratives et l'accueil des patients.²

B. Élargissement des missions des pharmaciens par des lois et règlements (loi HPST et autres)

L'élargissement des missions des pharmaciens d'officine en France s'inscrit dans une dynamique législative et réglementaire visant à adapter leur rôle face aux besoins croissants des territoires marqués par la désertification médicale.

Cette évolution a été initiée par la loi "**Hôpital, Patients, Santé et Territoires**" (HPST), promulguée le **21 juillet 2009**, qui a redéfini les fonctions des pharmaciens en les intégrant pleinement dans le système de **soins de premier recours**. Cette loi a reconnu leur contribution à la **prévention**, au **dépistage**, au **diagnostic**, ainsi qu'à l'**éducation thérapeutique** et au **suivi des traitements** ; comme énoncé précédemment.¹⁰

Elle a également instauré la notion de **pharmacien correspondant**, autorisant ces professionnels à renouveler et ajuster certaines prescriptions dans un cadre coordonné avec les médecins.¹⁰

En complément, les **conventions nationales pharmaceutiques**, signées avec l'Assurance Maladie, ont progressivement consolidé ces prérogatives. Depuis 2012, les pharmaciens peuvent mener des **entretiens pharmaceutiques**, notamment pour les patients sous traitements complexes tels que les anticoagulants ou anti-asthmatiques. En 2018, ils ont été habilités à réaliser des **bilans partagés de médication** pour améliorer l'observance et la sécurité des traitements chez les patients polymédiqués.¹⁵

La crise sanitaire liée à la **COVID-19** a encore accéléré cette transformation en donnant aux pharmaciens de nouvelles prérogatives. Ils ont été habilités à effectuer des **tests antigéniques**, à dispenser des **vaccinations**, et à jouer un rôle central dans la gestion de l'urgence sanitaire.¹⁴

Ces mesures temporaires ont été pérennisées par des réformes ultérieures, renforçant leur position au sein du parcours de soins et soulignant leur rôle indispensable en matière de santé publique.¹⁴

Ces nouvelles missions ont été renforcées en 2022 avec l'introduction de dispositifs encadrant la **vaccination en officine**, la **télémédecine** et la gestion des soins non programmés.¹⁶

La **loi de financement de la Sécurité sociale** a, elle aussi, accompagné ces changements en développant des mesures favorisant les téléconsultations en pharmacie. Les pharmaciens peuvent désormais assister les patients lors de consultations à distance, facilitant ainsi l'accès aux soins dans des zones en manque de professionnels de santé.¹⁵

Par ailleurs, leur rôle dans les **soins de premier recours** a été précisé dans le **Code de la santé publique**, leur confiant des responsabilités accrues en matière de **conseil pharmaceutique**, d'**actes de prévention** et d'**orientation vers d'autres professionnels de santé en cas d'urgence**.^{10 ; 16}

L'évolution législative et réglementaire encadrant la profession pharmaceutique illustre une volonté politique de moderniser le système de santé et de pallier les difficultés d'accès aux soins dans les zones sous-dotées. La loi HPST et les conventions successives ont transformé les pharmaciens en véritables **acteurs de proximité**, capables d'assurer des missions variées allant de la prévention à la prise en charge des patients chroniques. Ces adaptations structurelles, accélérées par des crises sanitaires récentes, témoignent de la place stratégique accordée aux pharmaciens pour répondre aux défis posés par la désertification médicale.^{10 ; 15 ; 16}

Partie II : Les nouvelles missions du pharmacien et leur impact sur la valorisation de la profession

1. Vaccination en officine

A. Description de la mission : Vaccination contre la grippe, élargissement aux vaccins Covid-19 et autres

La vaccination en officine s'inscrit dans une évolution majeure du rôle du pharmacien, amorcée par des expérimentations dans 4 régions pilotes (Auvergne-Rhône /Alpes Nouvelle-Aquitaine / Occitanie / Hauts-de-France) sur la vaccination contre la **grippe saisonnière** en 2017 et 2018.¹⁷

Suite à leur succès (augmentation de la couverture vaccinale de 1.2 point), cette mission a été généralisée en **2019**, permettant aux pharmaciens d'officine d'administrer ce vaccin à l'échelle nationale, notamment aux adultes éligibles.¹⁷

Avec la crise sanitaire liée à la **Covid-19**, les compétences des pharmaciens ont été étendues. Dès **mars 2021**, ils ont été autorisés à **prescrire et administrer les vaccins contre le Covid-19** afin d'accélérer la campagne de vaccination et de pallier les manques d'accès aux soins dans certaines zones.¹⁷

Cette évolution s'est accompagnée de la formation obligatoire des pharmaciens et préparateurs en pharmacie, garantissant une **sécurisation des pratiques vaccinales**.¹⁷

Le 21 **avril 2022**, un **arrêté ministériel** (conformément au 9 de l'article *L5125-1-1 A* du Code de la santé publique) a encore élargi la liste des vaccins (non vivants atténués) que les pharmaciens peuvent administrer. Désormais, ils sont autorisés à vacciner contre **15 maladies** (ci-dessous), simplifiant ainsi le parcours vaccinal pour des millions de Français :¹⁷

- La diphtérie
- Le tétanos
- La poliomyélite
- La coqueluche
- L'hépatite A
- L'hépatite B
- Le méningocoque des sérogroupes A, B, C, W et Y
- Le pneumocoque

- La grippe saisonnière
- La rougeole
- Les oreillons
- La rubéole
- Le papillomavirus humains (HPV)
- La fièvre jaune (dans les pharmacies habilitées à la vaccination internationale)
- La varicelle

Ce décret prévoit aussi que les pharmaciens peuvent administrer des vaccins à des **enfants et adolescents de moins de 16 ans**, renforçant leur rôle dans la **prévention infantile**.¹⁷

En plus de ce décret datant de 2021, le *décret n° 2023-736* du 8 août 2023 marque lui aussi une avancée significative dans l'élargissement des compétences des pharmaciens d'officine. Désormais, ces professionnels sont autorisés à **prescrire et administrer l'ensemble** des vaccins inscrits dans le calendrier vaccinal recommandé, simplifiant ainsi l'accès à la vaccination pour un large public, y compris les adultes et les enfants dès **11 ans**. Cette mesure, encadrée par une formation obligatoire, vise à renforcer la prévention et à améliorer la couverture vaccinale.

Cette généralisation des missions vaccinales a permis de répondre à des besoins immédiats en santé publique, notamment dans les **zones sous-dotées médicalement**. Elle a aussi contribué à désengorger les cabinets médicaux et les centres de vaccination pendant la pandémie, illustrant la **réactivité et l'adaptabilité** des officines.¹⁸

B. Valorisation du métier : Positionnement du pharmacien en acteur clé de la prévention et de la santé publique

La vaccination en officine a marqué un tournant dans la perception du pharmacien, désormais vu comme un acteur central de la **prévention et de la santé publique**. Cette évolution s'inscrit dans une stratégie globale de modernisation du système de santé français, où la pharmacie joue un rôle clé dans la lutte contre les **déserts médicaux** et les **inégalités d'accès aux soins**.¹⁸

La **proximité géographique** des officines, présentes sur tout le territoire permet une couverture vaccinale étendue. En effet, 91 % de la population française vit à moins de 10 minutes d'une pharmacie, facilitant ainsi l'accès aux soins et réduisant les délais d'attente. Cette implantation stratégique a permis de vacciner massivement la population contre la Covid-19 et de lutter efficacement contre les épidémies saisonnières comme la grippe.¹⁹

Outre la vaccination, les pharmaciens jouent également un rôle éducatif et de **sensibilisation** auprès des patients. Ils informent sur les bénéfices et les risques liés aux vaccins, combattent la **désinformation** et contribuent à renforcer la **confiance du public**.¹⁷

Cette fonction a été particulièrement mise en avant lors de la pandémie, où les doutes et réticences envers les vaccins nécessitaient une **communication claire et rassurante**.¹⁷

Le rôle des pharmaciens dans la prévention s'étend aussi à la **gestion des crises sanitaires**. Ils assurent non seulement la vaccination, mais participent activement à des campagnes de dépistage et d'éducation sanitaire, contribuant ainsi à un **parcours de soins coordonnés**.¹⁹

Concernant la rémunération du pharmacien :

- Vaccin nécessitant une prescription obligatoire et pour un patient disposant d'une prescription médicale : Code acte : RVA - 7,50 € TTC

- Vaccin nécessitant une prescription obligatoire et pour un patient ne disposant pas d'une prescription médicale : Code acte : RVA - 9,60 € TTC

Le tarif de l'honoraire de vaccination est majoré d'un coefficient 1,05 pour les départements et collectivités d'Outre-mer.

2. Dépistage et Tests Rapides d'Orientation Diagnostique (TROD)

A. Description de la mission : Mise en place de tests rapides pour certaines maladies (grippe, Covid-19, VIH, angine, cystite)

L'introduction des **Tests Rapides d'Orientation Diagnostique (TROD)** dans les pharmacies d'officine marque une transformation majeure du rôle des pharmaciens dans la détection précoce des maladies infectieuses et chroniques. Initialement limités à certains tests spécifiques, comme ceux pour les angines bactériennes, leur utilisation a été élargie à des pathologies plus variées, telles que la **grippe**, la **Covid-19**, et les **infections par le VIH**.¹⁹

Le cadre législatif encadrant ces nouvelles missions repose principalement sur l'**arrêté du 1er août 2016**, qui a autorisé les pharmaciens à réaliser des **tests rapides pour le streptocoque A** afin d'identifier les angines bactériennes et limiter la prescription inutile d'antibiotiques.¹⁹

Depuis le **18 juin 2024**, les pharmaciens d'officine peuvent prescrire et délivrer des antibiotiques aux patients après la réalisation d'un test rapide d'orientation diagnostique (TROD) angine et cystite dont le résultat est positif, sans consultation préalable par le médecin.

Un patient âgé de plus de 10 ans se présente spontanément à l'officine avec des symptômes évocateurs d'angine (mal de gorge provoqué ou augmenté par la déglutition)

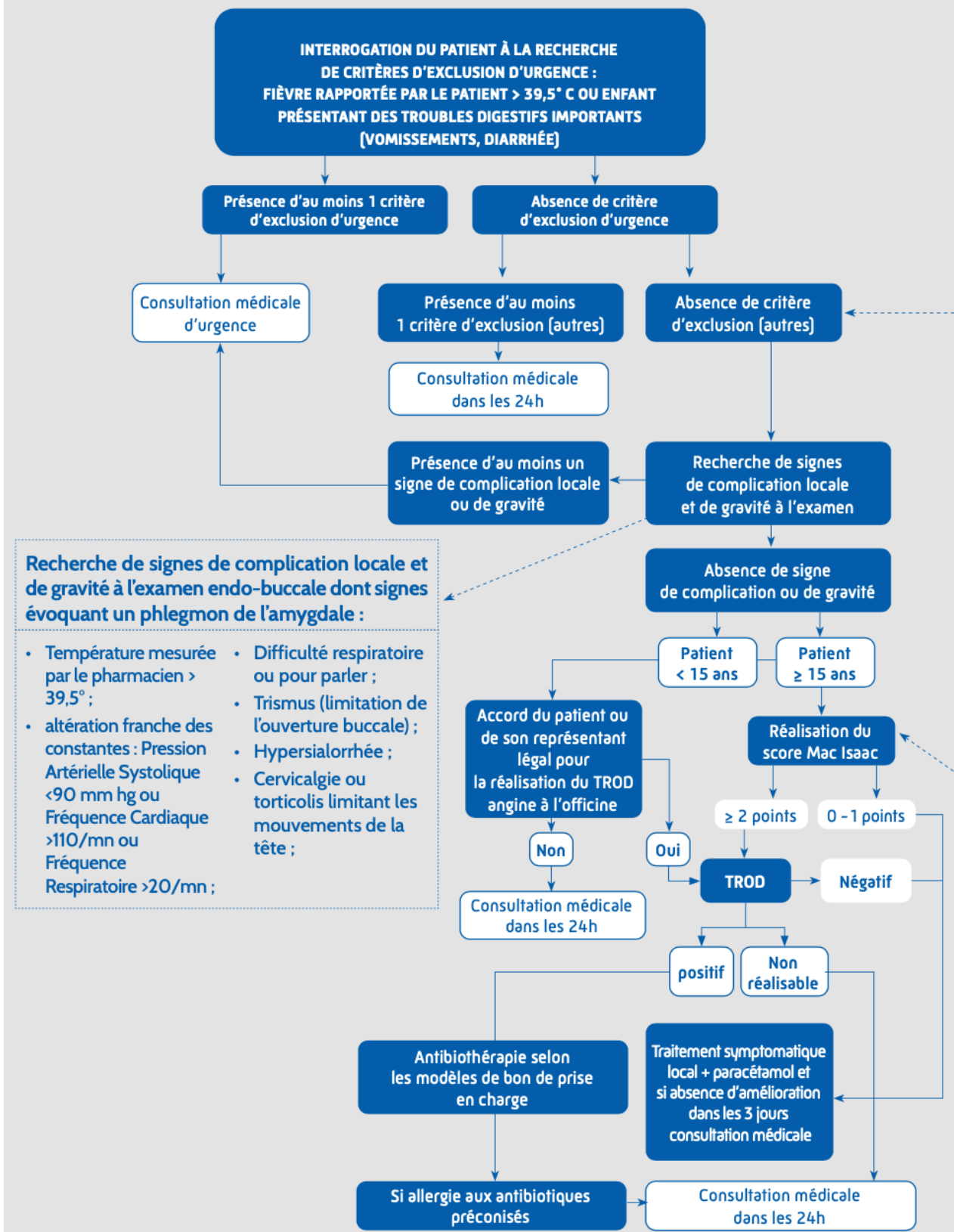


Figure 9 : Prise en charge de l'angine à l'officine

Avec l'apparition de la pandémie de **Covid-19**, les TROD sont devenus des outils essentiels pour **dépister rapidement et massivement** la population. Dès **2020**, les pharmaciens ont été autorisés à effectuer des **tests antigéniques** en officine, jouant un rôle central dans la lutte contre la propagation du virus.¹⁹

Ce déploiement rapide s'est accompagné d'une formation obligatoire pour garantir la fiabilité des résultats et assurer la gestion des cas positifs.

Les TROD se sont également étendus aux dépistages du **VIH** et des **hépatites B et C**. Leur utilisation vise à **favoriser le diagnostic précoce** et à réduire les retards dans la prise en charge de ces infections chroniques, qui nécessitent un suivi médical spécifique.¹⁹

Actuellement, les pharmaciens en France ne sont pas autorisés à réaliser les TROD pour le dépistage du VIH et des hépatites B et C en officine. Ces tests sont principalement effectués dans des Centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic (CeGIDD) et par certaines associations habilitées. Les pharmaciens peuvent proposer des autotests VIH à leurs patients, mais la réalisation de TROD pour ces infections au sein des pharmacies n'est pas encore permise.

Outre les pathologies infectieuses, les TROD sont désormais utilisés pour évaluer certains **paramètres biologiques**, tels que la **glycémie** ou le **cholestérol**, contribuant ainsi au suivi des patients atteints de maladies chroniques et à la **prévention cardiovasculaire**.¹⁹

L'objectif principal de cette mission est de **désengorger les structures médicales** tout en offrant un **accès simplifié et immédiat** à des outils de diagnostic rapide. Ce modèle répond particulièrement aux besoins des **zones rurales** et des **déserts médicaux**, où les pharmaciens deviennent les premiers interlocuteurs pour les soins primaires et préventifs.¹⁹

B. Valorisation du métier : Renforcement de l'accessibilité aux soins, augmentation de la confiance des patients envers les pharmaciens pour des consultations de premier recours.

Les TROD, associés à d'autres missions comme la vaccination ou le dépistage, permettent aux pharmaciens de passer d'un rôle centré sur la dispensation de médicaments à une véritable prise en charge active des patients. En réalisant des actes qui étaient auparavant réservés aux médecins, les pharmaciens deviennent des acteurs essentiels de la détection précoce des maladies et de l'orientation diagnostique.

Ce repositionnement confère au pharmacien un rôle pivot dans le parcours de soins, notamment dans les zones sous-dotées en médecins, où il est souvent le seul professionnel de santé accessible rapidement. Cette capacité à agir en première ligne valorise l'image du pharmacien auprès des patients et des autres professionnels de santé.

La mise en œuvre de nouvelles missions comme les TROD a nécessité une formation continue pour garantir la qualité des actes réalisés. Ces formations spécialisées, obligatoires et encadrées, témoignent de la professionnalisation accrue du métier.

Cette montée en compétences est perçue positivement par les patients, qui reconnaissent l'expertise renforcée des pharmaciens. En parallèle, la reconnaissance législative et

réglementaire de ces nouvelles missions renforce le statut du pharmacien comme un professionnel de santé de premier recours.

Les évolutions législatives récentes, comme l'autorisation de prescrire certains antibiotiques après un TROD positif ou de réaliser des actes de prévention, marquent une reconnaissance officielle des compétences des pharmaciens. Cette validation par les pouvoirs publics assoit leur crédibilité et leur importance dans le système de santé.

En désengorgeant les cabinets médicaux et les urgences, les pharmaciens apportent une solution aux problèmes structurels du système de santé, tels que la pénurie de médecins ou l'engorgement des établissements de soins. Cette contribution pratique et mesurable valorise leur rôle non seulement auprès des patients, mais aussi des décideurs de santé.

3. Suivi des patients chroniques et bilans de médication

A. Description de la mission

Le **bilan partagé de médication** (BPM) constitue un programme de suivi pharmaceutique personnalisé, introduit dans le cadre des évolutions législatives de la loi HPST (Hôpital, Patients, Santé et Territoires) du 21 juillet 2009. Il s'adresse principalement aux patients âgés polymédiqués, soit :

- Les patients de 65 ans et plus atteints d'au moins une affection longue durée (ALD)
- Les patients de 75 ans et plus traités de façon chronique par au moins cinq principes actifs différents sur une durée de six mois consécutifs

Ce bilan repose sur un processus structuré comportant plusieurs étapes :

1. **Évaluation initiale des traitements** : Le pharmacien recueille des informations sur les médicaments prescrits, les traitements automédiqués et les habitudes de vie du patient. Cette étape permet d'identifier les potentielles interactions médicamenteuses et les risques d'iatrogénie.
2. **Analyse approfondie** : L'analyse des traitements, réalisée avec l'appui des données du Dossier Pharmaceutique et des ordonnances, vise à repérer les redondances, inadaptations ou inadéquations thérapeutiques personnalisées avec le patient : ce moment clé est l'occasion d'améliorer la compréhension du patient vis-à-vis de ses traitements, de renforcer son adhésion thérapeutique et de répondre à ses interrogations sur les effets secondaires et la gestion des prises médicamenteuses.²⁰
3. **Rapport entre professionnels** : Le pharmacien partage un rapport détaillé avec le médecin traitant, contenant des recommandations et propositions pour optimiser les traitements. Cette collaboration est un levier central pour améliorer la prise en charge globale des patients.²⁰

Expérimenté en région Pays de la Loire, ce dispositif a démontré son efficacité et a été généralisé à l'ensemble du territoire français à partir de 2018 grâce à des ajustements législatifs et l'introduction d'honoraires spécifiques liés à cette mission.^{18 ; 20}

B. Valorisation et position tel un rôle central dans le parcours de soins

Le BPM représente un changement significatif dans la pratique des pharmaciens d'officine, qui deviennent des partenaires à long terme des patients et des acteurs clés du parcours de soins. Leur intervention contribue à décroiser les relations entre ville et hôpital, et à renforcer la coopération entre professionnels de santé.²⁰

Par exemple, la coordination entre professionnel de santé permet d'ajuster ou modifier les traitements donc de limiter les risques liés à la polymédication et d'assurer une prise en charge globale et cohérente.

En étant bien menés, cela a un impact direct sur la santé publique.

Les objectifs du BPM incluent :

- Prévention de la iatrogénie médicamenteuse : Les patients âgés polymédiqués représentent une population à haut risque.
 - Environ 3,9 millions de personnes sont exposées à des effets secondaires graves ou à des interactions médicamenteuses en France²⁰
- Amélioration de l'observance thérapeutique : les entretiens étant personnalisés, les pharmaciens identifient les patients non observants, ajustent les modalités de prise et accompagnent les patients dans leur parcours de santé.
 - Une meilleure observance réduit les hospitalisations évitables et les coûts associés²⁰
 - En France, près de **120 000 hospitalisations par an** sont attribuables à une mauvaise observance des traitements chez les patients âgés polymédiqués, engendrant un coût estimé à **2 milliards d'euros** par an pour le système de santé

Cette nouvelle mission du pharmacien est reconnue institutionnellement et possède une rémunération particulière.

Les avenants 11 et 12 à la convention pharmaceutique nationale ont introduit des honoraires spécifiques :

- 60 € la première année pour chaque patient suivi.
- 20 € à 30 € les années suivantes, en fonction de la complexité des suivis et des modifications de traitement réalisées.²⁰

Ces honoraires valorisent les actes techniques et éducatif tout en renforçant leur rôle comme professionnels de santé de proximité.

En mettant l'accent sur l'éducation thérapeutique, la prévention et la coordination des soins, le BPM améliore la perception du pharmacien par les patients et les professionnels de santé. Le pharmacien n'est plus seulement perçu comme un dispensateur de médicaments, mais comme un acteur de santé publique au rôle indispensable, en particulier dans un contexte de désertification médicale.¹⁸

Cependant, depuis leur mise en place en mars 2018, les bilans partagés de médication ont été réalisés en nombre inférieur aux prévisions initiales.

En 2018, seulement 15 000 bilans avaient été effectués, alors que l'accord conventionnel en prévoyait 400 000.
Fin 2019, près de deux ans après leur lancement, seulement 10 % des officines avaient réalisé des BPM.

Et plus récemment, en 2023, des études ont mis en évidence que des freins subsistent quant à la mise en place des BPM en officine, notamment en raison de la crise sanitaire et d'un manque de temps perçu par les pharmaciens ainsi qu'un mauvais ou une absence de retour de la part des médecins.

Ces données indiquent que, malgré leur potentiel bénéfique, les BPM sont encore peu déployés en France.

4. Dispensation protocolisée et pharmacien correspondant

A. Description de la mission

La dispensation protocolisée repose sur un cadre légal et réglementaire établi, introduit par l'article L.5125-1-1 A du Code de la santé publique (CSP), modifié par la loi n°2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé.

Ce dispositif permet aux pharmaciens de **délivrer certains médicaments sans prescription médicale** dans un cadre défini par des protocoles nationaux ou régionaux, validés par la Haute Autorité de Santé (HAS).

L'objectif principal est d'améliorer l'accès aux soins, en particulier dans les zones sous-dotées en médecins généralistes.

Les deux principales missions du pharmacien sont les suivantes :

1) Dispensation de médicaments sans ordonnance médicale

Les protocoles définissent précisément les situations cliniques pour lesquelles le pharmacien peut intervenir.

Par exemple :

Le **traitement des cystites simples** chez la femme, avec des médicaments tels que la fosfomycine-trométamol, conformément au protocole validé par la HAS en mai 2022.

Contexte :

La cystite simple est une infection urinaire basse fréquente chez les femmes, représentant **80% des infections urinaires** selon les données de la **Société de Pathologie Infectieuse de Langue Française (SPILF)**.

Elle se manifeste par des brûlures mictionnelles, des envies fréquentes d'uriner, et une gêne abdominale, sans fièvre ni signe de gravité. Ces infections sont souvent causées par *Escherichia coli* (70-90% des cas).

Protocole validé par la HAS :

Depuis fin 2023, le pharmacien pouvait réaliser un TROD cystite pour confirmer la délivrance des antibiotiques dans le cadre d'une ordonnance conditionnelle de dispensation de cystite aigue simple.

Le décret paru au Journal Officiel, le 18 juin 2024 ouvre officiellement aux pharmaciens d'officine la délivrance sans ordonnance médicale de certains antibiotiques, après réalisation d'un TROD.

Ce protocole s'inscrit dans la stratégie de délégation des actes afin de faciliter l'accès aux soins dans les zones sous-dotées en médecins.

Personne orientée vers la pharmacie par un médecin ou une sage-femme pour la réalisation du test urinaire d'orientation diagnostique de recherche a minima de nitriturie et leucocyturie dans le cadre d'une ordonnance de dispensation conditionnelle

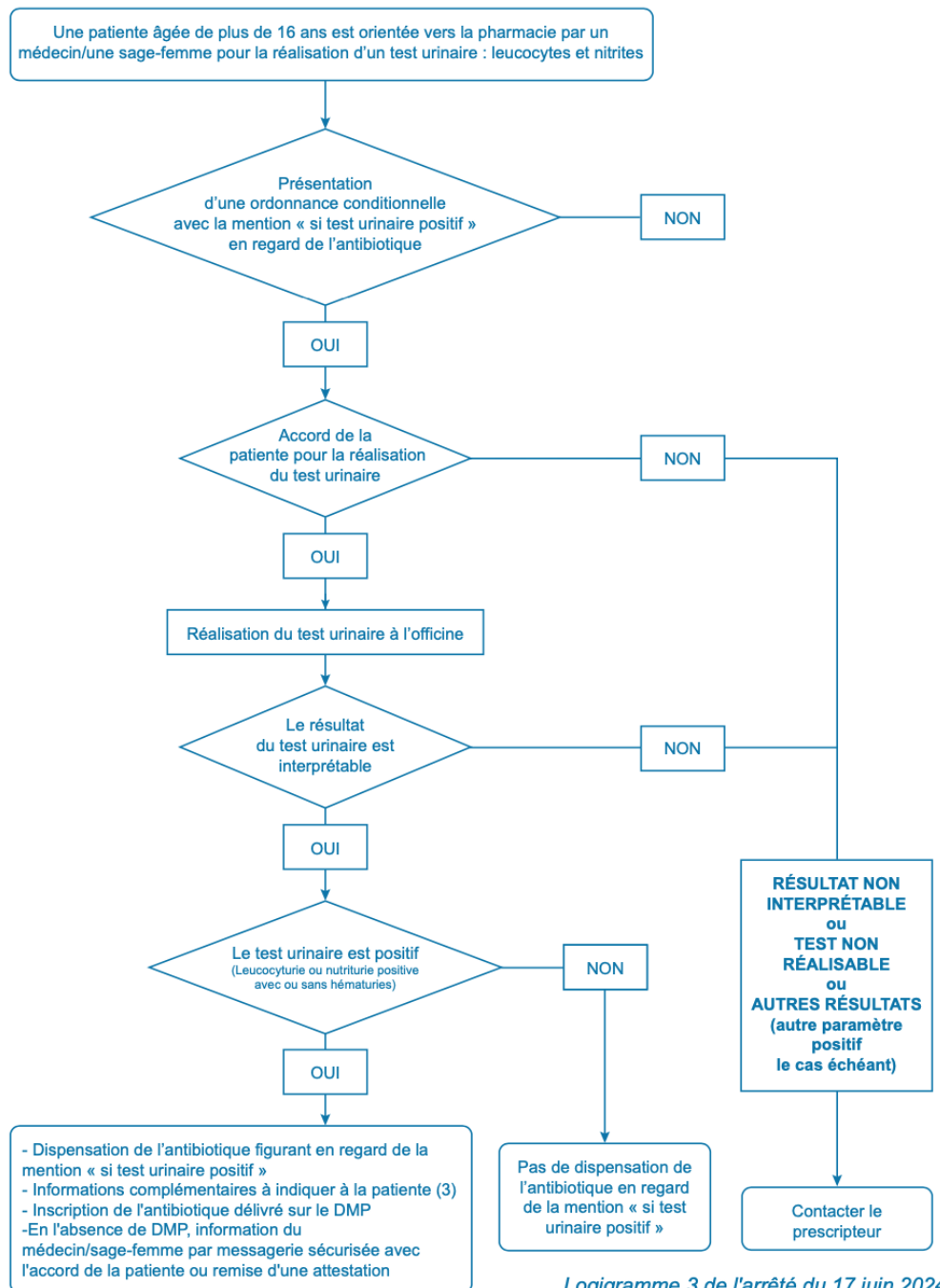
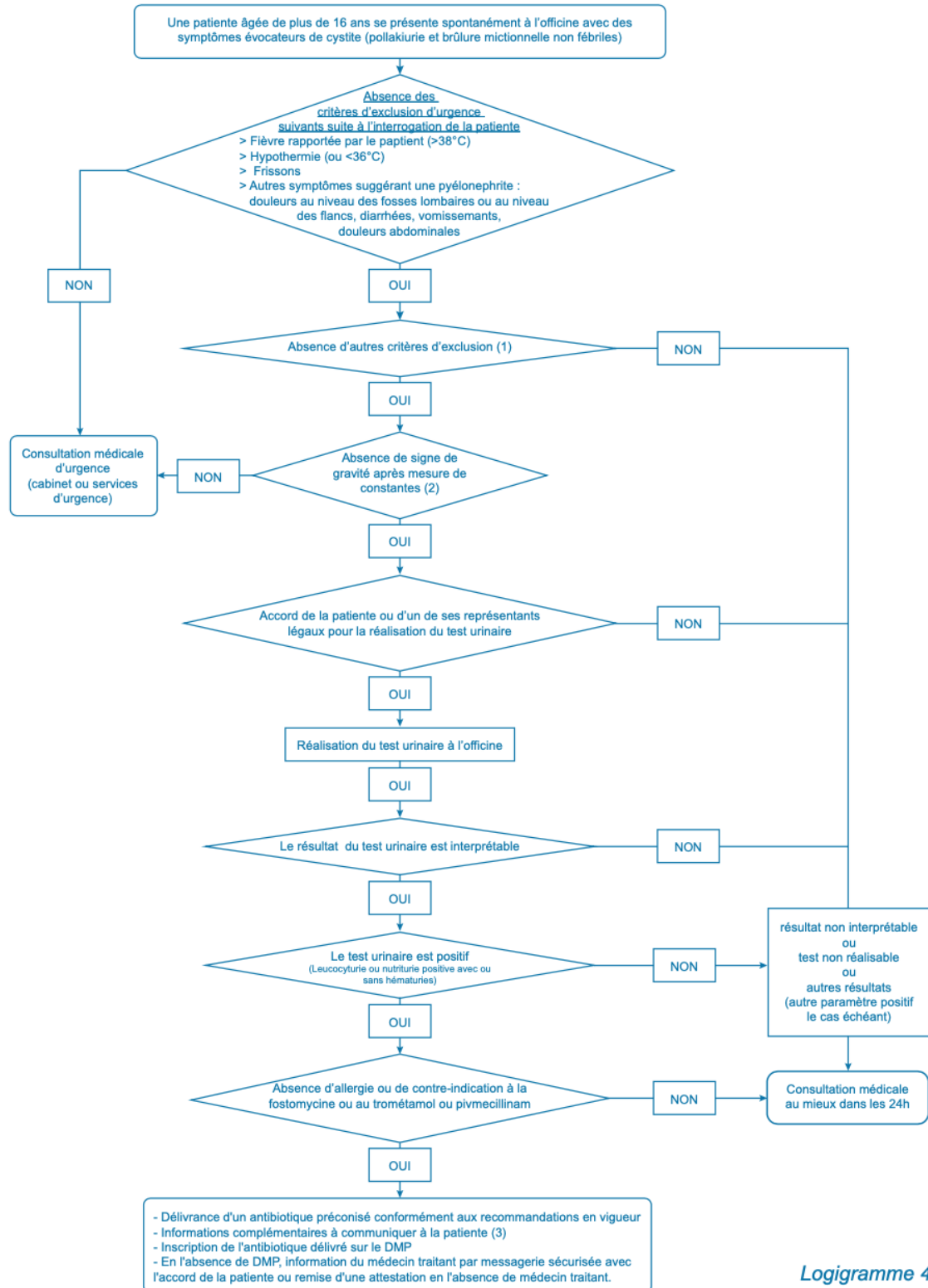


Figure 10 : Logigramme de prise en charge des patientes avec ordonnance de dispensation conditionnelle

**Patiente âgée de 16 à 65 ans se présentant spontanément à l'officine
avec des symptômes évocateurs de cystite**



Logigramme 4
de l'arrêté du 17 juin 2024

Date : _____

Nom et Prénom : _____

Âge : _____

Nom du médecin traitant : _____

N° de sécurité sociale : _____

Critères d'exclusion nécessitant une consultation médicale d'urgence :

- ☐ Fièvre rapportée par la patiente (> 38 °C)
- ☐ Hypothermie (ou < 36 °C)
- ☐ Frissons
- ☐ Autres symptômes suggérant une pyélonéphrite : douleurs au niveau des fosses lombaires ou au niveau des flancs/vomissements/diarrhées/douleurs abdominales

(1) Autres critères d'exclusion nécessitant une consultation médicale dans les 24h :

- | | |
|--|--|
| ☐ Sexe masculin | ☐ Immunodépression ou risque d'immunodépression dus à une pathologie (VIH) ou à un médicament (corticothérapie au long cours, chimiothérapie, immunosuppresseurs) |
| ☐ Age < 16 ans ou > 65 ans | ☐ Port d'un cathéter veineux implanté |
| ☐ Recueil insuffisant des informations médicales : non-maîtrise de la langue française, réponses inadaptées | ☐ Insuffisance rénale sévère rapportée par la patiente ou débit de filtration glomérulaire (DFG) < 30mL/min/1,73m ² selon CKD-EPI |
| ☐ Grossesse avérée ou non exclue | ☐ Antibiothérapie en cours pour une autre pathologie |
| ☐ Signes d'appel gynécologique : leucorrhées, prurit vulvaire ou vaginal | ☐ Prise de fluoroquinolones dans les 3 mois précédents (risque de sélection de germes résistants) |
| ☐ Cystites à répétition : > ou = 3 épisodes dans les 12 derniers mois | ☐ Doute du pharmacien |
| ☐ Episode de cystite non complètement résolue dans les 15 derniers jours | |
| ☐ Anomalie fonctionnelle ou organique de l'arbre urinaire (uropathie, résidu vésical, reflux, lithiase, tumeur, geste chirurgical récent, endoscopique ou sondage...) | |

Questions à poser dans le cadre de la vérification de l'éligibilité :

- | | |
|--|--|
| ☐ Quelles maladies ou interventions chirurgicales avez-vous ou avez-vous eues ? | ☐ Des traitements médicamenteux vous sont-ils prescrits actuellement ? Si oui, lesquels ? |
| ☐ Avez-vous des allergies (notamment aux pénicillines) ou des intolérances médicamenteuses ? Si oui, lesquelles ? | ☐ Un événement marquant de santé vous a-t-il affecté depuis un an ? |
| | ☐ Souhaitez-vous me signaler un autre point concernant votre santé ? |

(2) Recherche de signes de gravité :

- ☐ Température mesurée par le pharmacien > 38 °C ou < 36 °C
- ☐ Altération franche des constantes mesurées par le pharmacien : Pression Artérielle Systolique < 90 mm Hg ou Fréquence Cardiaque > 110/mn ou fréquence Respiratoire > 20/mn

Accord du patient (ou du représentant légal) pour la réalisation du TROD : ☐ Oui ☐ Non

Réalisation d'un TROD cystite : ☐ Oui ☐ Non

(si la réponse est oui, se reporter à la fiche de traçabilité de réalisation du TROD)

Figure 11 : Logigramme de prise en charge des patientes avec demande spontanée

Critères d'inclusion :

- Femme adulte (âgée de 16 à 65 ans).
- Absence de fièvre, de douleurs lombaires, ou de signes de gravité.
- Cystite récidivante (pas plus de 4 épisodes par an).
- Pas de grossesse en cours.
- Absence d'immunosuppression ou de pathologies associées (diabète déséquilibré, etc.).

Médicament recommandé :

- **Fosfomycine-trométamol** (3 g en dose unique), un antibiotique bactériostatique à large spectre, prescrit en première intention pour sa simplicité d'administration et son efficacité prouvée.
- L'utilisation repose sur les **recommandations de la SPILF** (la Société de Pathologie Infectieuse de Langue Française) **et de l'OMS**, soulignant que cette molécule préserve l'écosystème intestinal et minimise les résistances bactériennes.

Rôle du pharmacien :

1. **Évaluation initiale :**
 - Recueil des symptômes grâce à une fiche standardisée.
 - Vérification de l'absence de critères d'exclusion.
2. **Dispensation du traitement :**
 - Conseil sur l'administration (une prise unique de fosfomycine-trométamol).
 - Information sur les éventuels effets secondaires (diarrhées, douleurs abdominales légères).
3. **Suivi et orientation :**
 - Orientation vers un médecin si les symptômes persistent au-delà de 48 heures ou s'aggravent.

La prise en charge de la cystite à l'officine est rémunérée 10 € TTC ou 15 € TTC selon les situations via la facturation du code PEE. (idem pour l'angine avec le code « TRD »)

Le code PEE peut être facturé avec 2 montants possibles selon le circuit de prise en charge de la patiente :

- 10 € TTC (10,50 € TTC dans les départements et régions d'outre-mer (Drom)) :
 - Quand la patiente se présente spontanément à l'officine si le pharmacien ne délivre pas d'antibiotique à la suite du test réalisé en officine ;
 - Ou quand la patiente est orientée vers une pharmacie par un médecin (ou une sage-femme) avec une ordonnance conditionnelle d'antibiotiques.
- 15 € TTC (15,70 € TTC dans les Drom) lorsque la patiente se présente spontanément à l'officine et que le pharmacien délivre sans ordonnance un antibiotique à la suite du test réalisé en officine.

Ces tarifs couvrent notamment le coût d'acquisition du test et la réalisation du test par le pharmacien.

Résultats et bénéfices :

Selon une étude pilote réalisée par la HAS et l'Ordre des pharmaciens, **95% des patientes** traitées par ce protocole ont vu leurs symptômes disparaître en 48 heures. Une réduction des délais de prise en charge a été observé (passage de 3 jours à moins de 24 heures en moyenne), ainsi qu'une baisse des consultations inutiles en médecine générale, représentant une économie estimée à **20 millions d'euros par an** pour le système de santé.

2) Renouvellement des traitements chroniques

Contexte et cadre légal

Le décret n° 2024-1070, publié au Journal Officiel le 28 novembre 2024, élargit les missions des pharmaciens en leur permettant de renouveler, à titre exceptionnel, les traitements chroniques après l'expiration de l'ordonnance initiale. Ce texte s'inscrit dans une volonté d'améliorer l'accès aux soins et de garantir la continuité des traitements pour les patients atteints de pathologies chroniques stabilisées.

Principales dispositions du décret

1. **Renouvellement exceptionnel** : Les pharmaciens peuvent délivrer les médicaments et dispositifs médicaux nécessaires à la poursuite d'un traitement chronique, dans la limite de trois mois, par délivrances successives d'un mois. ²¹
2. **Conditions d'application** :
 - Ordonnance initiale valide :
 - Le traitement doit avoir été prescrit pour une durée initiale d'au moins trois mois.
 - Les médicaments concernés doivent être essentiels pour la prise en charge d'une affection de longue durée (ALD) ou d'une pathologie chronique
 - Stabilisation du patient :
 - Le traitement doit être bien toléré, sans effets secondaires graves ni complications signalées par le patient.
 - Coordination avec le médecin :
 - Le pharmacien doit informer le médecin traitant des renouvellements effectués par le biais du **Dossier Pharmaceutique** ou d'autres moyens de communication sécurisés.
3. **Exclusions** :
 - Les médicaments à prescription limitée, tels que les stupéfiants, hypnotiques, anxiolytiques, ainsi que les traitements à marge thérapeutique étroite (anticoagulants type coumadine ou sintrom, anticancéreux), ne sont pas éligibles.

Modalités pratiques

- **Durée maximale** : Le pharmacien peut effectuer des renouvellements pour un mois supplémentaire, jusqu'à trois fois consécutives, soit un total de trois mois.
- **Exemples de traitements concernés** :
 - Antihypertenseurs (ex. : irbésartan, amlodipine).
 - Hypoglycémifiants oraux (ex. : metformine).

- Inhalateurs pour l'asthme ou la BPCO (ex. : salbutamol, budésonide).

Impact et bénéfices

1. **Amélioration de la continuité des soins** : Ce décret permet de limiter les interruptions de traitement dues à des difficultés d'accès aux médecins, garantissant ainsi une prise en charge continue.
 - Selon l'Ordre des pharmaciens, environ **20% des renouvellements** réalisés grâce à cette mesure concernent des zones sous-dotées en professionnels de santé.
2. **Réduction des consultations inutiles** : Cette mesure permet de libérer plus de **5 millions de consultations annuelles** pour les généralistes, d'après une analyse menée par la DREES
3. **Satisfaction des patients** : Une enquête de la HAS indique que **85% des patients** considèrent cette mesure comme une avancée significative, facilitant leur parcours de soin et leur accès aux traitements nécessaires.

B. Valorisation du métier

La dispensation protocolisée transforme en profondeur la profession de pharmacien et renforce son rôle dans le système de santé.

Avec 8 960 protocoles appliqués en 2022, selon une enquête de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), les pharmaciens jouent un rôle actif dans la prise en charge des patients. Par ailleurs, la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2023 a mis en place un financement spécifique pour encourager l'élargissement de ces missions.

Les zones sous-dotées, identifiées par l'Assurance Maladie comme des zones d'intervention prioritaire (ZIP), regroupent environ 6,3 millions de Français. Dans ces territoires, la dispensation protocolisée permet :

- Une réduction des délais de prise en charge (passant de 10 jours pour un rendez-vous médical à une prise en charge immédiate au sein des pharmacies participantes).
- Une économie pour le système de santé, estimée à 320 millions d'euros par an (DREES, 2023), grâce à la réduction des consultations inutiles.

Selon une enquête menée par l'Ordre des pharmaciens en 2023, **94%** des patients ayant bénéficié d'une dispensation protocolisée se déclarent satisfaits du service, citant la rapidité et la proximité comme principaux avantages.

De plus, **80%** des médecins interrogés estiment que cette pratique améliore la coordination des soins.

L'arrêté du 18 novembre 2021 impose une formation spécifique pour les pharmaciens souhaitant exercer dans ce cadre. À ce jour, environ 45% des officines sont formées à au moins un protocole. Un défi majeur reste l'harmonisation des pratiques à l'échelle nationale, car des disparités subsistent entre les régions.

5. Éducation thérapeutique et accompagnement des patients

A. Description de la mission : Entretiens pharmaceutiques, éducation thérapeutique pour maladies chroniques (AVK, asthme)

L'éducation thérapeutique du patient (ETP) se positionne comme une mission clé dans l'évolution du rôle du pharmacien d'officine. Elle vise à renforcer les connaissances et compétences des patients atteints de maladies chroniques, telles que le diabète et l'hypertension, afin de favoriser leur autonomie et l'adhésion au traitement. Ces entretiens pharmaceutiques, organisés dans un cadre individuel ou collectif, permettent d'instaurer un dialogue centré sur les besoins spécifiques de chaque patient. L'objectif est non seulement de transmettre des informations sur la gestion des traitements et des habitudes de vie, mais également d'accompagner le patient dans la compréhension et l'acceptation de sa maladie.^{22 ; 18}

Selon l'Ordre national des pharmaciens, la loi prévoit 3 modalités opérationnelles :

- Les programmes d'ETP, soumis à une déclaration auprès des ARS et au respect d'un cahier des charges national.
- Les actions d'accompagnement ont pour objet d'apporter une assistance et un soutien aux malades, ou à leur entourage, dans la prise en charge de la maladie.
- Les programmes d'apprentissage, soumis à une autorisation délivrée par l'ANSM et qui ont pour objet l'appropriation de gestes techniques par le patient permettant l'utilisation d'un médicament le nécessitant.

Les entretiens pharmaceutiques représentent un levier essentiel pour l'amélioration de l'observance thérapeutique. Selon les données issues de l'enquête réalisée dans le Grand Est, ces entretiens mobilisent les équipes officinales en moyenne huit à douze minutes par patient, notamment pour des pathologies chroniques. Ils permettent également de détecter les incompréhensions ou difficultés liées à l'utilisation des médicaments, tout en assurant une coordination efficace avec d'autres professionnels de santé lorsque nécessaire.^{16 ; 23}

B. Valorisation du métier : Le pharmacien comme éducateur de santé

La mission d'éducation thérapeutique confère une nouvelle dimension au métier de pharmacien, le positionnant comme un éducateur de santé au sein du système de soins. En adoptant une posture éducative, le pharmacien s'implique activement dans l'accompagnement du patient, tout en respectant son vécu, ses connaissances et ses perceptions. Cette approche renforce la

relation de confiance entre le professionnel et son patient, tout en stimulant son engagement dans un processus de soins collaboratif. ^{22 ;23}

Le rôle éducatif du pharmacien s'inscrit dans une démarche pluridisciplinaire, répondant aux défis posés par la désertification médicale et le vieillissement de la population. Ce repositionnement est soutenu par des formations dédiées, telles que celles requises pour l'application des techniques d'entretien non directif ou d'intervention brève. Ces outils permettent une personnalisation accrue des soins et renforcent l'impact des actions éducatives dans la gestion des pathologies chroniques. ¹⁸

En outre, les retours des études et publications mettent en lumière l'efficacité accrue des protocoles d'ETP dans l'amélioration des comportements de santé. Les résultats montrent une réduction significative des hospitalisations évitables et des complications liées à une mauvaise observance, témoignant du rôle crucial du pharmacien dans le parcours de soins des patients chroniques. ^{16 ;19}

Selon une étude réalisée en 2022 par l'entreprise IMS Health en partenariat avec le Cercle de réflexion de l'industrie pharmaceutique (CRIP), la mauvaise observance thérapeutique concerne près de 30 % des patients atteints de maladies chroniques en France. Cette non-observance entraîne des coûts supplémentaires estimés à 9,3 milliards d'euros par an pour le système de santé français, incluant les dépenses liées aux hospitalisations évitables, aux consultations médicales supplémentaires et aux examens répétés.

6. Bilans de prévention en pharmacie d'officine

A. Description de la mission : une démarche proactive pour la santé publique

Les bilans de prévention en pharmacie d'officine constituent une innovation majeure dans le domaine de la santé publique. Introduits par la réforme du système de santé français et intégrés dans les nouvelles missions des pharmaciens, ils ont pour objectif **d'identifier les facteurs de risque individuels** des patients et de proposer des **recommandations personnalisées** en matière de prévention selon la HAS.

Ces bilans concernent principalement les adultes à partir de 18 ans et sont ciblés selon l'âge et les antécédents médicaux. En effet, un patient de 40 ans ne présentera pas les mêmes besoins préventifs qu'un patient de 65 ans polymédiqué. Selon le Ministère de la Santé, le but est de dépister précocement certaines pathologies (maladies cardiovasculaires, diabète, cancers, ostéoporose, etc.), de sensibiliser à l'importance de la vaccination et de promouvoir des habitudes de vie saines.

Étape 1 : le repérage des risques individuels et la décision partagée des priorités à traiter

Cette séquence permet l'identification de facteurs de risque du patient, via les fiches « Auto-questionnaires »

Étape 2 : l'intervention brève ou l'entretien motivationnel

Étape 3 : la rédaction partagée du Plan personnalisé de prévention, via les fiches « Plans personnalisés de prévention »

Le bilan se déroule sous la forme d'un entretien personnalisé avec le pharmacien, d'une durée d'environ 30 minutes, au cours duquel plusieurs points sont abordés :

- **L'état de santé général** du patient (antécédents familiaux et médicaux, traitements en cours).
- **L'hygiène de vie** (alimentation, activité physique, consommation de tabac et d'alcool).
- **L'évaluation des risques spécifiques** selon l'âge et le sexe (hypertension, diabète, ostéoporose, cancer du sein ou du côlon, etc.).
- La **mise à jour du statut vaccinal** et les recommandations adaptées
- La prévention des **accidents médicamenteux** et l'optimisation des traitements en cas de polymédication.

A l'issue de cet entretien, le pharmacien peut orienter le patient vers un médecin généraliste ou un spécialiste si des risques sont identifiés, ou proposer des actions concrètes pour améliorer sa santé (sevrage tabagique, rééquilibrage alimentaire, réduction de la consommation d'alcool, activité physique adaptée, etc.).

Depuis le 1^{er} janvier 2024, les bilans de prévention sont pris en charge à 100 % par l'Assurance Maladie, sans frais à avancer pour le patient. La rémunération pour chaque bilan est fixée à 30 € TTC en métropole et 31,50 € TTC dans les départements et régions d'outre-mer (DROM). Il ne peut être facturé qu'une seule fois par personne et par tranche d'âge avec le **code acte « RDP »**.

Vous trouverez ci-dessous pour exemple : le [Plan personnalisé de prévention pour les 18-25 ans](#) :



MINISTÈRE
DU TRAVAIL
DE LA SANTÉ
ET DES SOLIDARITÉS
*Liberté
Égalité
Fraternité*

.....

Mon Bilan Prévention

18-25 ans

Plan Personnalisé de Prévention

Rédaction partagée (par la personne et le professionnel de santé), à l'issue de l'intervention brève.

Mes priorités en santé ¹	Freins rencontrés	Conseils, modalités pratiques ²	Ressources et intervenants

Modalités de suivi

Changer d'habitude n'est pas facile. Échanger avec une ou plusieurs personnes de confiance sur vos objectifs est un facteur de succès important pour maintenir votre motivation.

☐ Je m'oppose à ce que ce document soit communiqué à mon médecin traitant.



¹ Les priorités du PPP sont définies avec l'appui du professionnel de santé. Elles doivent être réalistes et en nombre limité.

² Exemples d'actions précises : appeler un numéro de ligne d'écoute, expliquer ce qu'est une Consultation Jeunes Consommateurs et comment s'y rendre...

→ Plus de ressources sur





Fiche d'aide au repérage des risques entre 18 et 25 ans

À compléter par le professionnel de santé

Situation personnelle

Date du rendez-vous :

Nom et prénom :

Âge : ans

Genre : ☐ Homme ☐ Femme ☐ Ne souhaite pas répondre

Activité actuelle :

Antécédents médicaux/d'hospitalisation : ☐ Oui ☐ Non

Si oui, lesquels

☐ Situation de handicap : ☐ inscrit à la MDPH

Pression artérielle :/.....mmHg

Taille :m Poids :kg

Médecin traitant : ☐ Oui ☐ Non

Si pas de médecin traitant, signaler, avec l'accord du patient, la situation à la CPAM

Antécédents familiaux : ☐ Oui ☐ Non

Si oui, lesquels

Environnement social et familial

Nombre d'enfant(s) :

Le patient est dans une situation de :

☐ Étudiant ☐ En emploi ☐ En recherche d'emploi ☐ Rôle d'aidant ☐ Vit chez ses parents ☐ Vit seul(e)

État de santé actuel

Si le patient suit un traitement

Lesquels :

☐ Médicament ou association contre-indiquée

☐ Polymédication

Contraception :

☐ Hormonal ☐ Par stérilet ☐ Par méthode barrière

☐ Par méthode naturelle

☐ Autre :

Si douleurs intenses au bas ventre lors de la période de règle :

☐ Pas d'explorations complémentaires réalisées

☐ Des explorations complémentaires ont déjà été réalisées

Si variation de poids :

☐ Gain ☐ Perte : de kg en mois

Activité physique et sédentarité

☐ Activité physique insuffisante ☐ Sédentarité

☐ Temps d'écran important

☐ Autre :

Santé sexuelle

☐ Exposition aux IST, troubles sexuels

☐ Contraception inadaptée, infertilité

☐ Autre :

Santé mentale

Résultat au test Score PHQ4 :

Résultat au test Échelle HAD :

☐ Idées suicidaires

☐ Antécédents de troubles anxio-dépressifs

☐ Antécédent de passage à l'acte

☐ Sommeil insuffisant et/ou de mauvaise qualité

☐ Autres (TCA, Stress post-traumatique, etc.)

Si suspicion de troubles du comportement alimentaire, demander :

☐ Vous arrive-t-il de vous faire vomir ?

☐ Vous inquiétez-vous d'avoir perdu le contrôle de ce que vous mangez ?

☐ Pensez-vous que vous êtes gros(se) alors que d'autres vous trouvent trop mince ?

☐ Diriez-vous que la nourriture domine votre vie ?

Le patient dispose-t-il ?

D'un suivi ophtalmologique : ☐ Oui ☐ Non

D'un suivi dentaire : ☐ Oui ☐ Non

D'un suivi gynécologique : ☐ Oui ☐ Non



Alimentation

- Alimentation trop : ☐ Grasse ☐ Sucrée ☐ Salée
☐ Consommation de fruits et légumes insuffisante
☐ Autre :

Violences physiques, sexuelles ou psychiques

- ☐ Harcèlement, discrimination
☐ Violences en cours ou passées
☐ Autre :

Pratiques addictives et usages à risque

- ☐ Tabac, vapotage :
 Résultat test de Fagerstrom simplifié (HAS) :
☐ Alcool ☐ Binge drinking
 Résultat questionnaire FACE ou AUDIT (HAS) :
☐ Cannabis
 Résultat questionnaire CAST :
☐ Autre drogues :
☐ Protoxyde d'azote/gaz hilarant
☐ Jeux d'argent :
☐ Médicament :

Parcours de santé, vaccinations et dépistages

- ☐ Vaccinations et rappels de vaccination recommandés à réaliser :
☐ Vaccin(s) réalisé(s) lors du bilan :
☐ Prescription remise si vaccin(s) non réalisé(s) lors du Bilan Prévention. Lesquels :
☐ Dépistage VIH/IST à effectuer
☐ Prescription remise pour le dépistage VIH/IST lors du Bilan Prévention
☐ Indication à la mise en place d'une PrEP VIH

Explorations complémentaires souhaitables :

- ☐ Dépistage du cancer du col de l'utérus
☐ Dépistage du cancer du sein chez un patient à risque élevé/très élevé
☐ Dépistage du cancer colorectal chez un patient à risque élevé/très élevé
☐ Suivi du diabète
☐ Recherche diagnostique d'endométriose
☐ Recherche de trouble du comportement alimentaire
☐ Bilan biologique, précisez :
☐ Autres :

Santé et environnement

- ☐ Habitat non aéré, moisissures, acariens
☐ Exposition à des polluants/produits chimiques dans un cadre professionnel
☐ Exposition au bruit
☐ Autre :

Pour les personnes domiciliées aux Antilles françaises :

- ☐ Informations transmises sur le risque lié à l'exposition au chlordécone et sur les mesures de prévention

Commentaires du professionnel de santé

.....

DÉCISION PARTAGÉE

Thématique(s) priorisée(s) pour l'intervention brève (1 ou 2)

1

2

Figure 12 : Fiches officielles « Mon bilan Prévention »

Lors de la réalisation d'un bilan de prévention, certains actes complémentaires peuvent être facturés en sus, à condition qu'ils soient identifiés comme nécessaires durant le bilan. Par exemple, la remise d'un kit de dépistage du cancer colorectal est rémunérée 3 € TTC.

Accompagnement via entretiens pharmaceutiques

1) Entretien femmes enceintes

En règle générale, l'utilisation de médicaments doit être évitée pendant la grossesse. Néanmoins, certaines conditions aiguës ou chroniques peuvent justifier un traitement médicamenteux. Dans ces situations, il est essentiel de sensibiliser la femme enceinte aux risques potentiels pour le fœtus.

La convention pharmaceutique, signée le 9 mars 2022, permet désormais la mise en place d'entretiens spécifiques pour les femmes enceintes, afin de les informer et de valoriser la prise en charge médicamenteuse.

Contrairement aux accompagnements pharmaceutiques, l'entretien avec la femme enceinte n'est pas une séquence annuelle d'entretiens mais un entretien unique.

Lors de cet entretien, le pharmacien :

- évoque les risques liés à la prise de médicaments notamment grâce aux [supports réalisés par l'ANSM](#) ;
- vérifie que la patiente ne prend pas de traitements en automédication susceptibles d'être dangereux pour le fœtus et alerte sur le risque de l'automédication pendant cette période ;
- remet à la patiente [le flyer réalisé par l'ANSM à destination des femmes enceintes](#) (disponible aussi sur le site du CESPARM) ;
- envoie un courriel à l'adresse mail de l'espace numérique en santé de la patiente des informations ([télécharger le modèle de courriel](#)) et notamment :
 - le lien vers le dossier « [Grossesse en bonne santé](#) » du site [ameli.fr](#) espace assuré ;
 - [le guide](#) réalisé par l'Assurance Maladie (1), qui rappelle les différentes étapes de la grossesse, les rendez-vous médicaux...

Le paiement du pharmacien pour la réalisation de l'entretien se fait directement au comptoir avec la carte Vitale du patient en facturant le code acte EFE d'une valeur de 5 € TTC. Ce tarif est majoré d'un coefficient de 1,05 dans les départements et collectivités d'outre-mer.

Le taux de prise en charge de ce code par l'Assurance Maladie est de 70 % ou de 100 % si l'assurée est couverte par l'assurance maternité.

Identité Nationale de Santé

Matricule INS: [REDACTED] (NIR)

Nom de naissance: [REDACTED]

Prénom(s) de naissance: [REDACTED]

1er prénom: [REDACTED]

Date de naissance: [REDACTED] Sexe: F Lieu de naissance (code INSEE): [REDACTED]

Adresse de messagerie MSSanté: [REDACTED]



INS non signée

GALLARD PHARMACIE DES FAVIGNOLLES - GALLARD

Cedric - 86 avenue de Villefranche - 41200 ROMORANTIN

le 03/05/2025

Entretien Femme enceinte

5 min

1 Questionnaire femme enceinte

1 La patiente prend-elle des traitements prescrits ou en automédication (une vigilance particulière doit être portée aux anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS), y compris l'aspirine)

☐ Oui ☐ Non

Si elle n'a pas arrêté seule un traitement prescrit, l'informer en cas de risque pour le fœtus ou elle-même et évoquer de manière générale les risques liés à la prise de médicaments, en détaillant les recommandations de l'ANSM.

Télécharger le document de l'ANSM

2 La patiente a-t-elle conscience des risques liés à la consommation ou à l'utilisation d'autres substances (alcool, compléments alimentaires, phytothérapie et aromathérapies ...)

☐ Oui ☐ Non

A la validation de cet entretien, un mail sécurisé sera envoyé sur l'espace numérique de santé de votre patiente ("Mon espace santé"). Ce mail contient :

- le lien vers la page 'femme enceinte' du site ameli.fr
- le guide "Ma maternité" réalisé par l'assurance maladie
- le document "Médicaments et grossesse, les bons réflexes" de l'ANSM

3 Petite synthèse de l'entretien

Les informations recueillies par le biais de ce formulaire lors de vos entretiens pharmaceutiques sont enregistrées dans un fichier informatisé par votre pharmacie pour la réalisation des accompagnements pharmaceutiques. La base légale du traitement de vos données personnelles est votre consentement. Les données collectées seront communiquées aux seuls destinataires suivants : le pharmacien titulaire de l'officine, le pharmacien d'officine ayant réalisé les entretiens avec vous, et éventuellement vos professionnels de santé, avec votre accord et l'Assurance Maladie si vous avez accepté que vos données soient téléversées dans votre dossier médical partagé (DMP). Les données sont conservées tant que vous maintenez votre consentement. Vous pouvez accéder aux données vous concernant, les rectifier, demander leur effacement ou exercer votre droit à la limitation du traitement de vos données. Vous pouvez retirer à tout moment votre consentement au traitement de vos données. Vous pouvez également vous opposer au traitement de vos données dans ce dispositif, vous pouvez contacter votre pharmacie. Si vous estimez, après l'avoir contacté, que vos droits « Informatique et Libertés » ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation à la CNIL.

Figure 13 : fiche entretien accompagnement femme enceinte

2) Entretien opioïdes

Les traitements antalgiques opioïdes utilisés sur le long terme peuvent souvent mener à une dépendance physique. Un sevrage brutal ou trop rapide peut provoquer des symptômes de sevrage. La dépendance aux opioïdes représente un problème de santé publique majeur, tant en France qu'à l'échelle mondiale.

L'avenant 1 à la convention nationale des pharmaciens, signé le 10 juin 2024, autorise la mise en place d'entretiens spécifiques pour le suivi des patients sous traitement opioïdes de palier II. L'objectif de ces entretiens est de prévenir la dépendance aux opioïdes en apportant un soutien aux patients dans la gestion de leur traitement.

Les patients concernés par cet entretien sont ceux âgés de plus de 18 ans et prenant un analgésique de palier II, comme le tramadol, la poudre d'opium, la codéine ou la dihydrocodéine, lors de leur deuxième délivrance.

L'objectif de cet entretien est d'évaluer le niveau de dépendance du patient. Il est donc important que celui-ci ne soit pas réalisé lors de la première délivrance, mais seulement à partir de la deuxième.

Le paiement du pharmacien pour la réalisation de l'entretien se fait directement au comptoir avec la carte Vitale (ou l'application carte Vitale) du patient en facturant le code acte « EPA » d'une valeur de 5 € TTC.

Ce tarif est majoré d'un coefficient de 1,05 dans les départements et collectivités d'Outre-mer.

Le taux de prise en charge de ce code par l'Assurance Maladie est de 70 %.

FICHE ENTRETIEN ACCOMPAGNEMENT «OPIOÏDES» (DMP)

Informations patients :

Nom :

Prénom :

Age :

Coordonnées :

Médecin prescripteur :

Molécule prescrite et dosage :

Posologie et durée de traitement :

Indication :

Pharmacien :

Depuis le 15 avril 2020 : La durée maximale de prescription des spécialités à base de tramadol par voie orale est limitée à 12 semaines. Au-delà de 3 mois, la poursuite d'un traitement par une spécialité à base de tramadol (voie orale) nécessite une nouvelle ordonnance.

A partir du 1^{er} mars 2025 ces restrictions s'appliquent aussi aux spécialités à base de codéine ou de dihydrocodéine. De plus les spécialités à base de tramadol, codéine ou de dihydrocodéine devront être prescrites sur des ordonnances sécurisées.

Il est nécessaire d'être vigilant lors de la prescription et de la délivrance des spécialités à base de tramadol :

- Le tramadol est un antalgique opioïde indiqué uniquement dans le traitement des douleurs modérées à intenses ou sévères.
- Il doit être prescrit pendant la durée la plus courte possible.
- Pour une douleur aiguë ou post-opératoire, la nécessité de poursuivre le traitement doit être réévaluée rapidement.

- Il n'est pas recommandé dans le traitement de la migraine.
- Le risque de convulsions est majoré en cas de dépassement de la dose maximale recommandée.
- Pour éviter un syndrome de sevrage, la posologie doit être diminuée progressivement avant l'arrêt du traitement.
- Il doit être délivré dans les plus petits conditionnements possibles, adaptés à la prescription.

Règles de bon usage

Il est important lors de la délivrance des opioïdes :

- D'insister sur l'importance du respect de la prescription (doses, voie d'administration, horaires de prise et durée de traitement) => ne pas augmenter les doses ou la fréquence des prises ni continuer le médicament opioïde au-delà de la durée prescrite sans avis médical
- De rappeler au patient de prendre la dose minimale efficace
- D'informer sur les effets indésirables les plus fréquents, les signes d'alerte précoces en cas de surdose, ainsi que sur le risque de dépression respiratoire.
- D'informer sur le risque de surdose en opioïdes
- D'informer sur la nécessité d'être vigilant sur l'impact et les risques des opioïdes sur la vie quotidienne, notamment sur la conduite (voiture, deux-roues, etc.) ou l'utilisation de machines dangereuses ;
- D'informer sur la démarche d'arrêt du traitement, la surveillance de l'apparition éventuelle des signes de sevrage lors de l'arrêt du traitement
- De demander au patient et à son entourage de ne pas stocker de médicament opioïde, en rapportant les médicaments non utilisés en pharmacie
- D'insister auprès du patient sur le fait de ne pas donner son traitement opioïde à une autre personne, même si les symptômes semblent identiques (risque possiblement mortel)
- D'évaluer ou identifier l'existence d'un besoin impérieux de consommer lors des renouvellements

Attention aux associations contenant du paracétamol

Une attention particulière devra être portée sur le risque de surdosage et notamment en intégrant les médicaments obtenus sans prescription. La dose totale quotidienne maximale de paracétamol ne doit pas excéder:

- 80 mg/kg/jour chez l'enfant de moins de 37 kg,
- 3 g par jour chez l'enfant de 38 kg à 50 kg,
- 4 g par jour chez l'adulte et l'enfant de plus de 50 kg.

Il est recommandé avant chaque renouvellement d'évaluer les risques de mésusage grâce notamment au questionnaire POMI - Prescription Opioid Misuse Index

1	Avez-vous déjà pris ce/ces médicament(s) anti-douleur en quantité PLUS importante, c'est-à-dire une quantité plus élevée que celle qui vous a été prescrite ?	OUI	NON
2	Avez-vous déjà pris ce/ces médicament(s) anti-douleur plus SOUVENT que prescrit(s) sur votre ordonnance, c'est-à-dire de réduire le délai entre deux prises?	OUI	NON
3	Avez-vous déjà eu besoin de faire renouveler votre ordonnance de ce/ces médicament(s) anti-douleur plus tôt que prévu ?	OUI	NON
4	Un médecin vous a-t-il déjà dit que vous preniez trop de ce/ces médicament(s) anti-douleur?	OUI	NON
5	Avez-vous déjà eu la sensation de planer ou ressenti un effet stimulant après avoir pris ce/ces médicament(s) anti-douleur?	OUI	NON

Les items sélectionnés dans cette échelle ont fait l'objet d'une validation en langue anglaise. Ils illustrent les principaux signes cliniques suggérant l'existence d'un mésusage des opioïdes de prescription (MOP) : un score de 2 ou plus suggère un risque actuel de mésusage.

Source : Delage N, Cantagrel N, Delorme J, Pereira B, Dualé C, Bertin C, *et al* Transcultural validation of a French-European version of the Prescription Opioid Misuse Index Scale (POMI-5F). Can J Anesth 2022. <http://dx.doi.org/10.1007/s12630-022-02210-7>

En cas de score > ou = 2 il convient d'alerter le médecin prescripteur et le médecin traitant via MSS.

Conclusions de l'entretien : -----

Alertes : -----

Actions mises en place ou contacts donnés au patient : -----

Figure 14 : fiche entretien accompagnement «opioïdes» (DMP)

C. Valorisation du métier : Le pharmacien, un acteur clé de la prévention

L'intégration des bilans de prévention dans les missions du pharmacien renforce son rôle dans la promotion de la santé publique. Longtemps cantonné à la dispensation des médicaments, le pharmacien d'officine devient un acteur incontournable de la prévention en santé, capable de détecter les facteurs de risque avant l'apparition des pathologies.

Les avantages de cette mission sont multiples :

- **Un accès facilité à la prévention** : La proximité des officines permet aux patients d'accéder plus facilement à un premier niveau de prévention sans rendez-vous médical.
- **Une détection précoce des maladies** : En identifiant les facteurs de risque à un stade précoce, le pharmacien contribue à la réduction des complications et à l'amélioration du pronostic des maladies chroniques.
- **Une amélioration du parcours de soins** : En informant les patients et en les orientant vers des professionnels de santé lorsque nécessaire, les bilans de prévention participent à une meilleure coordination des soins.
- **Une valorisation des compétences des pharmaciens** : La réalisation de ces bilans nécessite une formation supplémentaire des pharmaciens, renforçant leur expertise en santé publique.

Selon une étude de l'Assurance Maladie en 2023, les patients ayant bénéficié d'un bilan de prévention en officine ont été **30 % plus enclins à consulter un médecin pour un suivi préventif** et **20 % plus nombreux à mettre à jour leur vaccination**. De plus, la mise en place de ces bilans aurait permis d'éviter **plus de 15 000 hospitalisations annuelles** liées à des complications de maladies non dépistées (Ministère de la Santé, 2024).

7. Gestion de crises sanitaires et rôle de santé publique

A. Description de la mission

La gestion des crises sanitaires en France, telles que la pandémie de Covid-19, a illustré le rôle essentiel des pharmaciens d'officine dans le système de santé. Leur proximité géographique avec la population (98 % des Français vivant à moins de 15 minutes d'une pharmacie ²⁴) et leur expertise les ont placés en première ligne face à des situations d'urgence. Les missions des pharmaciens dans ce contexte se déclinent en plusieurs volets :

1. **Distribution des équipements de protection individuelle (EPI)** : Dès les premiers mois de la pandémie, les officines ont contribué à réduire la pénurie en approvisionnant les citoyens en masques chirurgicaux et en gels hydroalcooliques. Cette réactivité a permis de sécuriser l'usage de ces dispositifs par les professionnels de santé et la population générale.¹⁸
2. **Dépistage du Covid-19** : L'introduction des tests rapides d'orientation diagnostique (TROD) a rendu le dépistage accessible et rapide. Les données révèlent que les

pharmacies ont réalisé plus de 10 millions de TROD en 2021, renforçant leur rôle dans la surveillance épidémiologique.^{19 ;25}

3. **Vaccination** : Depuis 2019, les compétences des pharmaciens en matière de vaccination se sont considérablement élargies. Pendant la campagne vaccinale contre le Covid-19, ils ont administré environ 20 % des doses injectées à la population adulte. Par ailleurs, leur implication dans la vaccination antigrippale s'est accrue, avec près de 3 millions de vaccins administrés en 2020.^{17 ;23}
4. **Communication et éducation sanitaire** : En réponse aux craintes du public concernant les vaccins et la pandémie, les pharmaciens ont assuré une communication pédagogique et empathique. Ils ont également joué un rôle clé dans la lutte contre la désinformation en s'appuyant sur leur expertise scientifique.^{17 ;25}

Outre la pandémie de Covid-19, les officines ont également répondu à d'autres crises sanitaires telles que les épidémies de grippe saisonnière. Lors de ces épisodes, elles ont proposé des solutions de prévention (vaccination, conseils) et des traitements adaptés, contribuant à alléger la pression sur le système hospitalier.^{17 ;23}

Par exemple, la campagne vaccinale de grippe met en lumière une stratégie commerciale et une gestion précise des stocks par les pharmaciens d'officine. Un an à l'avance, le stock de vaccin doit être commandé pour l'hiver prochain. Il faut donc estimer correctement pour ne pas perdre de l'argent et avoir des vaccins excédentaires ou au cas contraire ne pas commander assez et laissez les patients sans couverture vaccinale. Cette année, le gouvernement a décidé de prolonger la campagne vaccinale ce qui implique de devoir recommander des vaccins, ce qui n'est pas évident étant donné la non-disponibilité chez les grossistes puisque les stocks sont fixés l'année précédente.

B. Valorisation du métier

Le rôle des pharmaciens pendant ces crises a consolidé leur position au sein de la chaîne des soins et révélé leur contribution à la santé publique.

1. **Proximité et accessibilité** : Les pharmacies, maillées sur tout le territoire, ont assuré une continuité des soins, notamment dans les zones sous-dotées en médecins. Leur capacité à intervenir rapidement a permis de minimiser les impacts des crises sur les populations vulnérables.^{18,24}
2. **Renforcement des compétences professionnelles** : La crise sanitaire a conduit à des évolutions réglementaires majeures, comme l'élargissement des vaccins autorisés en

officine. Ces changements renforcent leur rôle de praticien de proximité compétent et polyvalent.^{17 ;23}

3. **Éducation sanitaire** : Les officines sont devenues des lieux centraux pour la sensibilisation aux gestes barrières, la promotion des vaccins, et l'accompagnement thérapeutique des patients atteints de pathologies chroniques ou infectieuses.²⁵
4. **Reconnaissance sociale et institutionnelle** : Les sondages montrent une augmentation de la confiance des citoyens envers leur pharmacien. Cette reconnaissance a également poussé les autorités sanitaires à intégrer davantage les officinaux dans les stratégies de santé publique.
 - Selon une étude réalisée en mars 2019 par Harris Interactive, 91 % des Français déclaraient avoir confiance en leur pharmacien. Ce chiffre est passé à 97 % en avril 2020, d'après une enquête de l'Ifop pour le groupement PHR. Cette hausse de 6 points reflète le rôle accru des pharmaciens, notamment pendant la crise sanitaire, et leur intégration renforcée dans les stratégies de santé publique.

Partie III : La télémédecine comme outil d'intégration des nouvelles missions en officine

1. Généralités

A. Définition, contexte et importance de la téléconsultation

La télémédecine, bien que souvent perçue comme une innovation récente, est le fruit d'une évolution qui s'étend sur plus d'un siècle.

Dès le début du XXe siècle, des expériences comme la transmission d'un tracé électrocardiographique par Willem Einthoven en 1905 ou encore les premières consultations médicales par radio dans les navires transatlantiques ont marqué les prémices de cette pratique.^{26,27}

Avec l'avènement des technologies numériques, notamment l'Internet à haut débit et les dispositifs connectés, la télémédecine s'est transformée en un véritable outil clinique. En France, sa reconnaissance légale a été inscrite dans la loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires (HPST) en 2009, définissant cinq actes principaux : la téléconsultation, la téléexpertise, la télésurveillance, la téléassistance et la régulation médicale.^{26, 27}

La téléconsultation est une composante essentielle de la télémédecine, définie comme un « acte médical réalisé à distance, où un patient entre en relation avec un professionnel de santé par le

biais de solutions entièrement numériques ». Ce processus inclut l'utilisation de plateformes dédiées ainsi que parfois, des dispositifs médicaux connectés.

Il existe un modèle de déploiement que l'on nomme « simple ». Dans ce modèle *Business to Consumer* (BtoC), le patient est autonome. Il réalise une téléconsultation avec un professionnel de santé, dans le lieu de son choix, n'ayant besoin d'aucune assistance. Il existe une offre débordante de plateformes de téléconsultation BtoC telles que celles présentes dans le document ci-dessous. (Figure 15)

LUTTER CONTRE LES DÉSERTS MEDICAUX EN FRANCE - 2024

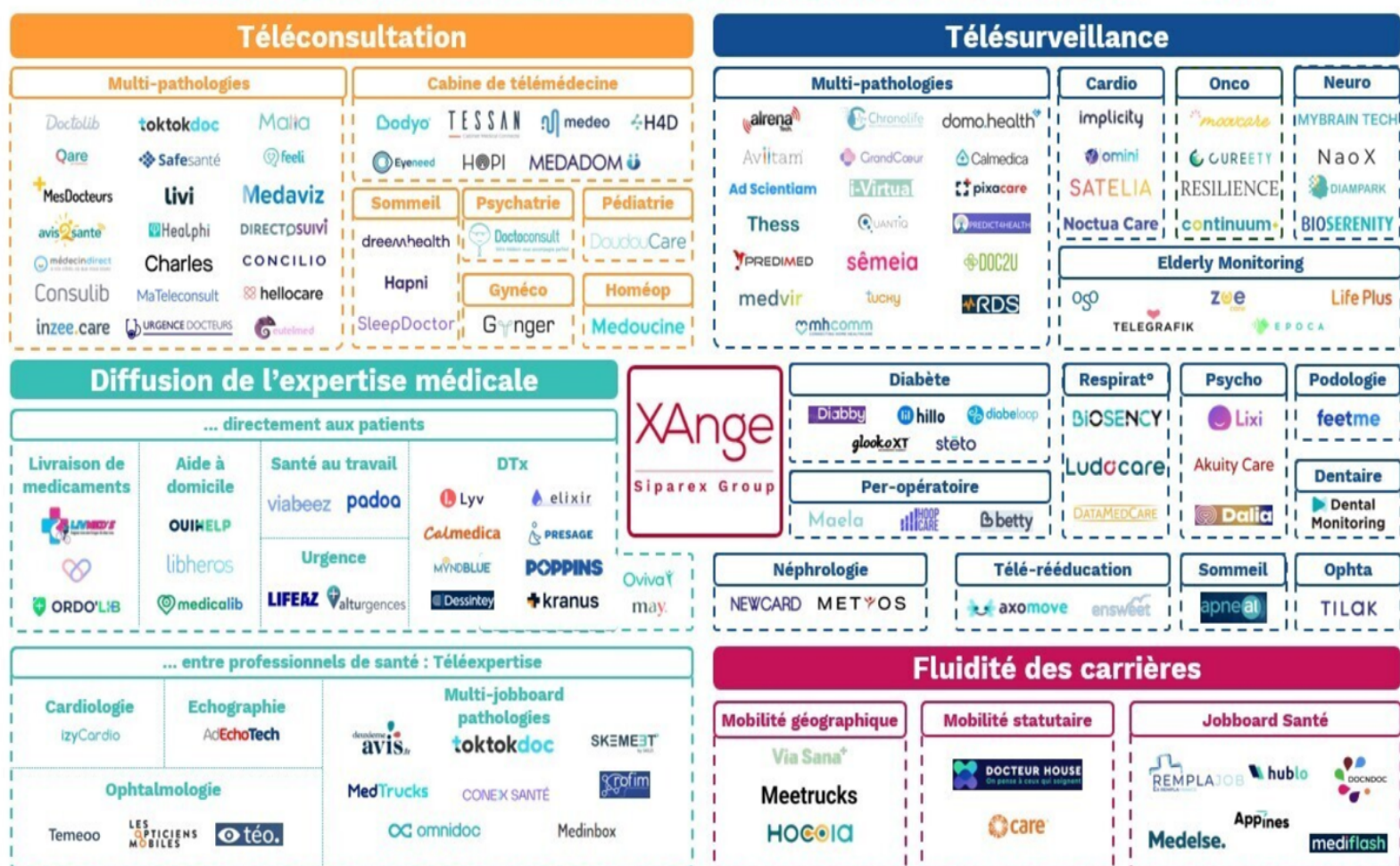


Figure 15 : Quelles sont les startups qui aident à lutter contre les déserts médicaux ? ²⁸

Un autre modèle se développe, sous le terme de téléconsultation « assistée ». Dans celui-ci, la téléconsultation se manifeste par l'accueil du patient par un professionnel de santé, que l'on nomme dans certains cas un « télé-assistant ». Il est dans la majorité des cas un membre de l'équipe officinale (préparateur ou pharmacien). Ce modèle médecin / télé-assistant / patient est considéré comme *Business to Business to Consumer* (BtoBtoC), il a lieu dans un lieu dédié (pharmacie, opticien...).

Un nouveau modèle s'ouvre dans les collectivités territoriales, communes et départements. Ce dernier s'appuie sur l'indicateur d'accessibilité potentielle localisé (APL) qui permet de recenser les lieux d'accueil prioritaires. « L'APL est un indicateur local, disponible au niveau de chaque commune, qui tient compte de l'offre et de la demande issue des communes environnantes ». Calculé à l'échelle communale, l'APL met en évidence des disparités d'offre de soins qu'un indicateur usuel de densité, calculé à partir de mailles beaucoup plus larges (bassins de vie, départements...), aura tendance à masquer. L'APL tient également compte du niveau d'activité des professionnels en exercice ainsi que de la structure par âge de la population de chaque commune qui influence les besoins de soins. »²⁹ (figure 16)

1 Accessibilité potentielle localisée (APL) aux médecins généralistes de moins de 65 ans (consultations par an par habitant) 2018

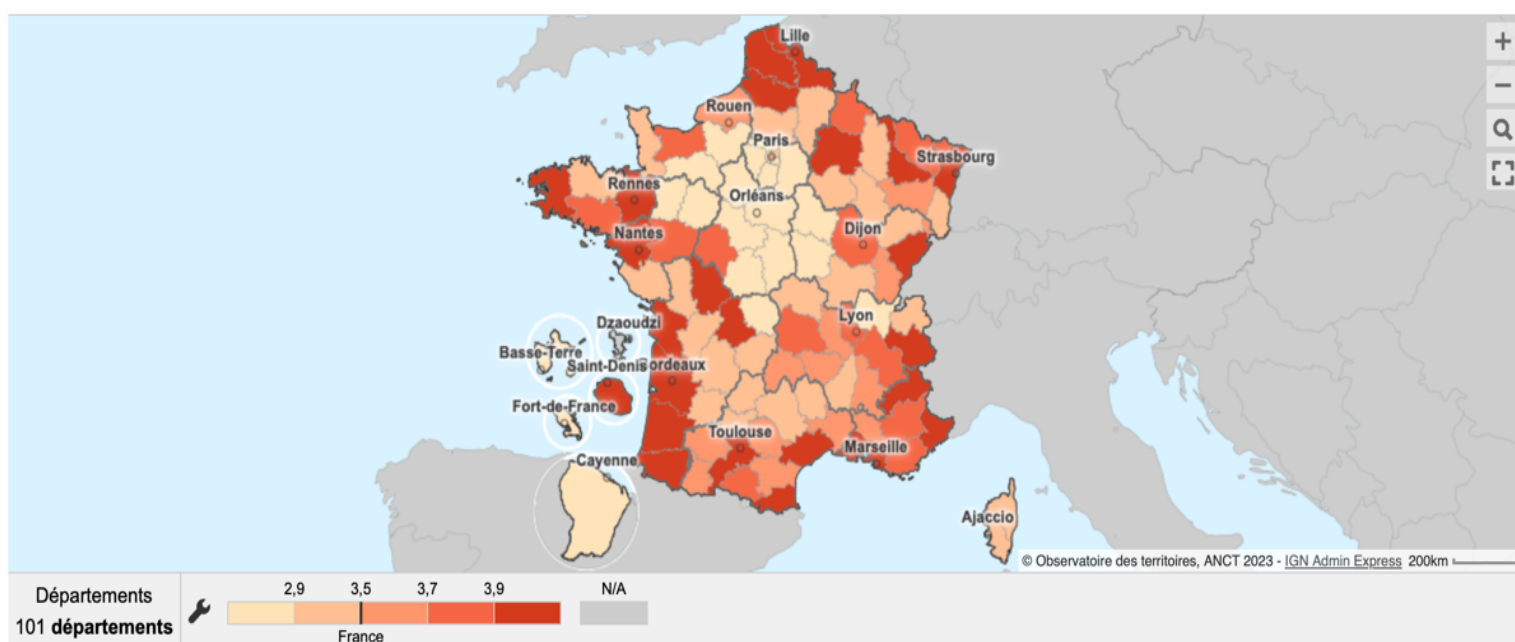


Figure 16 : Carte représentant l'accessibilité potentielle localisée (APL) aux médecins généralistes de moins de 65 ans – 2018²⁹

La téléconsultation en pharmacie d'officine se distingue par son accessibilité et son intégration dans le parcours de soins du patient. Contrairement à la consultation médicale traditionnelle, qui nécessite la présence physique du patient dans le cabinet médical, la téléconsultation offre une alternative pratique et rapide, particulièrement dans les zones où l'accès aux soins est limité en raison de la désertification médicale. Cette forme de consultation contribue ainsi à pallier les difficultés d'accès aux soins en milieu rural et dans les zones sous-dotées en professionnels de santé.³⁰

La téléconsultation s'inscrit dans un cadre réglementaire spécifique en France, défini par la loi de financement de la Sécurité sociale (LFSS) de 2018, qui a permis le remboursement des actes de téléconsultation par l'Assurance Maladie, sous certaines conditions.

La téléconsultation est prise en charge comme une consultation classique : 70 % remboursé par l'Assurance Maladie et 30 % remboursé par la complémentaire (100 % par l'Assurance Maladie pour les soins concernant des affections longue durée). Cette mesure a largement contribué à

son essor, en la rendant plus accessible et en favorisant son adoption tant par les patients que par les professionnels de santé.³¹

Contexte et importance de la téléconsultation

L'expansion de la téléconsultation répond à de nombreux enjeux, comme des enjeux politiques, de santé publique mais aussi individuels pour les patients.

Elle constitue d'abord en une réponse aux défis posés par la désertification médicale, phénomène qui touche, avec des disparités territoriales toute la France.

« En France, la région la plus touchée est l'Île de France, où 14,6% de la population régionale vit dans une zone sous-dense en offre médicale. »³²

La téléconsultation offre ainsi une solution à ce problème en permettant aux patients de consulter un médecin à distance, directement depuis chez lui via son ordinateur personnel ou dans une pharmacie équipée.³¹

La crise sanitaire liée à la pandémie de COVID-19 a aussi accéléré l'adoption de la téléconsultation, révélant son potentiel non seulement pour assurer la continuité des soins en période de confinement, mais aussi pour répondre aux besoins croissants de consultations médicales sans contact physique. En 2020, durant les phases critiques de la pandémie, le nombre de téléconsultations remboursées par l'Assurance Maladie a considérablement augmenté, atteignant 18,4 millions d'actes³², 5,4% de l'activité des médecins libéraux a été réalisée en téléconsultation, alors qu'avant la crise la téléconsultation ne représentait que 0,1% du total. Cette explosion des actes de téléconsultation témoigne de l'importance de cette modalité de soins dans le maintien de l'accès aux soins tout en limitant les risques de transmission du virus.

L'importance de la téléconsultation se manifeste également dans sa capacité à s'intégrer dans un parcours de soins coordonné, essentiel pour la gestion des pathologies chroniques tout comme l'urgence des pathologies aiguës. Dans ce cadre, la pharmacie d'officine joue un rôle crucial en tant que lieu de proximité et de confiance, où le patient peut bénéficier d'une consultation médicale à distance tout en étant accompagné par un professionnel de santé qualifié, le pharmacien.

Ce modèle étant hybride, il renforce la collaboration entre les différents acteurs de santé, en garantissant une prise en charge globale et continue pour le patient.³²

Il est toutefois essentiel de noter que la téléconsultation, malgré ses nombreux avantages, doit être utilisée de manière encadrée pour éviter certaines complications, telles que le **nomadisme médical** ou la **fragmentation des soins**. Le nomadisme médical (tendance des patients à consulter plusieurs professionnels de santé sans coordination ni suivi centralisé), peut entraîner des surconsommations de soins et des incohérences. Par conséquent, il est crucial de garantir que la téléconsultation s'intègre de manière harmonieuse dans le parcours de soins, en complémentarité avec les consultations en présentiel.^{31 ;32}

L'intégration de la téléconsultation en pharmacie représente également une innovation majeure dans le domaine des soins de ville, modifiant en profondeur les dynamiques traditionnelles de la relation patient-soignant. Les unités de temps, de lieu et d'action sont redéfinies : le temps d'attente pour accéder à une consultation est considérablement réduit (hors période de pics), les consultations peuvent être réalisées presque immédiatement après la demande, et le lieu de la consultation, traditionnellement associé au cabinet médical, est transféré à l'officine, où le pharmacien joue un rôle central en tant que facilitateur de soins.³²

B. Rôle dans l'amélioration de l'accessibilité aux soins pour les populations isolées.

La télémédecine, grâce à ses diverses applications, joue un rôle crucial dans l'amélioration de l'accessibilité aux soins pour les populations isolées. Ce modèle repose sur l'utilisation des technologies de l'information et de la communication pour connecter les patients avec des professionnels de santé, indépendamment des contraintes géographiques. En officine, cela se traduit par plusieurs dispositifs concrets.

La téléconsultation en officine : un accès immédiat aux soins

Grâce aux cabines ou bornes de téléconsultation installées dans les pharmacies, les patients peuvent consulter un médecin en temps réel, avec l'assistance technique du pharmacien. Cela permet de répondre rapidement aux besoins de santé, qu'il s'agisse de diagnostics courants ou de renouvellements d'ordonnances, sans nécessiter de déplacements coûteux ou chronophages.^{33 ; 34}

Par exemple, des entreprises ont conçu des cabines équipées d'outils connectés (tensiomètres, stéthoscopes numériques, otoscopes) pour faciliter la prise en charge médicale à distance. Ces dispositifs sont particulièrement efficaces dans les régions éloignées où les consultations médicales peuvent nécessiter plusieurs semaines d'attente.

La télésurveillance pour le suivi des maladies chroniques

Pour les patients atteints de maladies chroniques, la télésurveillance offre une alternative précieuse au suivi médical régulier. En utilisant des objets connectés, les données physiologiques des patients (telles que la tension artérielle ou la glycémie) peuvent être collectées et transmises au médecin traitant via une plateforme sécurisée comme « Mon Espace Santé ». Ce suivi à distance permet une intervention rapide en cas d'anomalie, réduisant ainsi les complications et les hospitalisations inutiles.^{27 ; 35}

Le rôle clé du pharmacien dans les zones isolées

Les pharmaciens d'officine jouent un rôle pivot dans l'implémentation de la télémédecine en tant qu'interlocuteurs de proximité pour les patients. Dans les déserts médicaux, les pharmacies sont souvent les seuls établissements de santé accessibles. Le pharmacien y assure plusieurs fonctions essentielles :

- **Accompagnement technique** : aider les patients à utiliser les dispositifs connectés nécessaires à une téléconsultation ou une télésurveillance.

- **Éducation thérapeutique** : sensibiliser les patients sur l'importance du suivi régulier de leur santé.
- **Coordination des soins** : communiquer les données collectées aux autres professionnels de santé impliqués dans le parcours de soins du patient ^{34 ;35}

2. Impact des sociétés et des dispositifs de téléconsultation en officine

A. Présentation de la téléconsultation - historique et vision

Évolution et Croissance

Durant les années 2018 à 2020 : les sociétés de téléconsultation (STC) ont commencé par déployer leurs premières cabines et bornes de téléconsultation augmentée. Ces dispositifs, installés exclusivement dans les pharmacies au départ puis par la suite en mairies et centres de santé, permettent alors aux patients de consulter des médecins à distance, réduisant non seulement les délais d'attente mais également les déplacements nécessaires pour obtenir des soins médicaux.

Les dispositifs de téléconsultation sont équipés de divers dispositifs médicaux connectés, tels que des stéthoscopes, otoscopes, tensiomètres, oxymètre...(CF partie B.4) permettant aux médecins de réaliser des diagnostics précis et juste puisque c'est eux-mêmes qui les pilotent à distance. Cette période a été marquée par une adoption croissante de ces technologies par les pharmaciens installant les dispositifs, les médecins travaillant en tant que salarié et les patients assistant aux consultations, preuve de leur efficacité et leur utilité dans divers contextes cliniques.

Comme énoncé précédemment, la période de la COVID-19 a considérablement accéléré l'adoption des solutions de téléconsultation notamment chez les pharmaciens car leurs établissements restaient ouverts, en tant que commerce de première nécessité, mais également chez les médecins et les patients. Les mesures de distanciation sociale et les confinements ont rendu les consultations en présentiel difficiles, rendant la téléconsultation essentielle pour limiter les risques de transmission du virus tout en maintenant l'accès aux soins.

Parallèlement, les investissements technologiques ont fleuri, améliorant l'accessibilité, la sécurité et la facilité d'utilisation des plateformes de téléconsultation. Les patients, de plus en plus à l'aise avec les technologies numériques, ont montré une volonté accrue de recourir à ces services pour des raisons de commodité et de sécurité. Les professionnels de santé ont également dû s'adapter rapidement, recevant des formations pour gérer efficacement les consultations à distance. La téléconsultation a permis de maintenir une continuité des soins cruciale, surtout pour les patients chroniques, tout en réduisant les pressions sur les infrastructures hospitalières. Les avantages pratiques et économiques, tels que la réduction des temps de déplacement et une meilleure gestion des horaires, ont aussi joué un rôle clé dans cette adoption rapide. La pandémie a accéléré l'innovation et l'adoption des services de santé à distance, changeant de façon durable les pratiques de soins.

En réponse aux retours positifs et à la demande croissante, les sociétés de téléconsultation ont, en 2021 diversifié leurs services en intégrant des dispositifs médicaux connectés supplémentaires et en améliorant la qualité des services de diagnostic. Un travail a également

commencé sur des logiciels évolutifs pour soutenir les dispositifs matériels, assurant ainsi une amélioration continue de la qualité des soins offerts.

En 2023, environ 5 000 cabines de téléconsultation installées sur le territoire français étaient dénombrées. Environ un million de téléconsultations étaient remboursées chaque mois, représentant 2 à 3 % des consultations remboursées.

En comparaison, en **2018** l'Assurance Maladie a recensé environ **3 000 téléconsultations remboursées** sur l'ensemble de l'année. Et en, 2020 : une augmentation significative a été observée avec 13,5 millions de téléconsultations remboursées, en grande partie due à la crise sanitaire de la COVID-19. En 2023, le nombre de téléconsultations remboursées en France était d'environ 11,6 millions.

Mission

Les STC s'engagent à rendre les soins de santé accessibles à tous, partout, à moins de 15 minutes de chaque français. L'objectif est de réduire les disparités en matière de santé et de garantir que chaque individu, indépendamment de sa localisation, puisse accéder à des soins de qualité.

Améliorer la qualité des soins médicaux est au cœur de la mission de ces sociétés. Grâce à des diagnostics précis et à une consultation rapide, elles visent à offrir des soins de santé comparables, à ceux disponibles dans un cabinet médical traditionnel.

Valeurs

Innovation et excellence : les STC s'efforcent toujours d'améliorer leurs services et leurs technologies pour offrir des soins de la plus haute qualité. L'innovation est au cœur des activités, et cherchent constamment à repousser les limites de ce qui est possible dans le domaine de la télémédecine. A titre d'exemple, récemment, l'équipe produit de chez Tesson, une des STC, a développé une mallette de téléconsultation, à destination des infirmiers libéraux. Ces derniers, de part leurs activités au domicile des patients peuvent ainsi faciliter l'accès à un médecin en particulier pour ceux ne pouvant se déplacer facilement. (CF partie B.4)

Éthique et confiance : Ces entreprises opèrent avec transparence et respect des normes éthiques (RGPD, HAS) strictes pour gagner la confiance des patients et des professionnels de santé. La sécurité et la confidentialité des données des patients sont des priorités absolues, et les STC s'engagent à maintenir les plus hauts standards de déontologie médicale.

Accessibilité et inclusion :

Les STC s'engagent à ce que les soins médicaux soient disponibles pour tous, sans distinctions de lieu ni de condition sociale.

Voici en exemple, les *chiffres clés Tesson en 2024*

(Je présente les chiffres de l'entreprise Tesson, car c'est au cours de mon stage de six mois en tant que Business Developer que j'ai eu l'opportunité de travailler directement sur ces données.)

- Le **temps moyen d'attente** pour une consultation était de **8 minutes**.
 - Tessan travaille en permanence pour réduire les délais d'attente pour les téléconsultations, offrant une réponse rapide aux besoins de santé des patients
- L'**évaluation** du service par les clients / patients s'élevait à **4,9/5**.
 - Les patients ont exprimé une très grande satisfaction quant à la qualité des services de téléconsultation.
- Le **nombre de téléconsultation** réalisées en 2023 est de près de **300 000**.
 - L'entreprise enregistre un nombre croissant de téléconsultation, miroir de l'acceptation et de l'efficacité des solutions proposées.
- Le **nombre de dispositifs de téléconsultation déployés** était de **1 100**.
 - Tessan a installé un millier de dispositifs de téléconsultation à travers le territoire, élargissant ainsi l'accès aux soins de santé.
- Le **nombre de patients soignés** était de plus de **650 000**.
 - Un grand nombre de patients a été touché, démontrant l'impact significatif des services de téléconsultation.
- Le **taux d'autonomie** des patients lors de leur téléconsultation était de **94%**.
 - Une grande majorité des patients se sont montrés autonomes lors de l'utilisation des dispositifs de téléconsultation, indiquant la simplicité et l'efficacité de ces outils.^{36 ; 37}

B. Les dispositifs en pharmacie

1. La cabine de téléconsultation

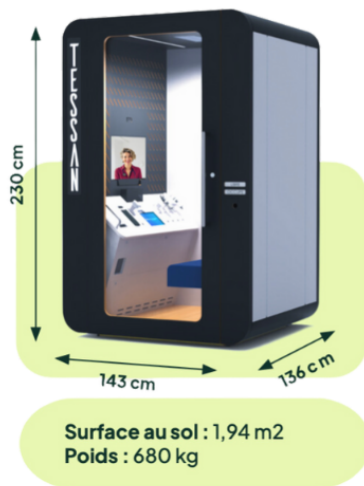


Figure 17 : La cabine de téléconsultation

La cabine de téléconsultation, est en elle-même un espace de confidentialité.

Elle peut se placer directement dans l'espace de vente et être mise en évidence par un chemin fléché mis à disposition par le marketing.

2. La borne de téléconsultation



Figure 18 : La borne de téléconsultation

La borne de téléconsultation doit être placée dans un espace de confidentialité au sein d'une pièce dans la pharmacie fermée et isolée en termes de bruit.

3. La console de téléconsultation



Figure 19 : La console de téléconsultation

La console de téléconsultation doit comme la borne, être placée dans un espace de confidentialité au sein d'une pièce dans la pharmacie fermée et isolée en termes de bruit. Son avantage réside dans le fait qu'elle soit petite en termes de volume et légère. Elle se place généralement sur un bureau et peut être déplacée facilement si besoin. Elle a été conçue pour des petites pharmacies avec une surface limitée mais également pour un déploiement aux DROM - COM.

4. La mallette de téléconsultation

La mallette de téléconsultation est à destination des infirmiers libéraux. Facile à transporter, elle permet aux patients bloqués à domicile de bénéficier d'une consultation avec un médecin rapidement avec à proximité un professionnel de santé de confiance.



Figure 20 : La mallette de téléconsultation

5. Les dispositifs médicaux connectés

Jusqu'à 6 dispositifs médicaux pilotés par le médecin pour un examen de qualité



* La balance n'est pas un dispositif médical, uniquement disponible dans la cabine.

Figure 21 : Les dispositifs médicaux connectés

L'ensemble des dispositifs médicaux connectés permettent aux médecins d'obtenir les constantes nécessaires du patient en direct ; pour poser au mieux le diagnostic.

C. Stratégie disruptive - modèle économique innovant

Les nouveaux entrants dans les secteurs économiques, en particulier ceux adoptant des stratégies disruptives, ont la capacité de transformer radicalement les modes de consommation traditionnels et de créer de la valeur grâce à la transformation digitale.

Transformation des modes de consommation traditionnels

Accès et Disponibilité des Soins

La transformation digitale permet aux nouveaux entrants comme Tesson ou Medadom de réinventer l'accès aux soins. Traditionnellement, l'accès aux soins nécessitait des déplacements physiques et des délais d'attente considérables. Une enquête de la DREES, de

2024 révèle que le délai d'attente moyen pour consulter un médecin généraliste est de 10 jours, contre 4 jours en 2014. En intégrant des cabines de téléconsultation dans les pharmacies, c'est une solution quasi immédiate et accessible, particulièrement bénéfique dans les zones rurales ou sous-desservies en personnel médical. Selon une enquête nationale, 72% des utilisateurs considèrent que la téléconsultation facilite l'accès aux soins, et 63% la trouvent moins contraignante que les consultations traditionnelles.^{38 ; 39}

En 2022, la demande d'accès aux soins par téléconsultation a augmenté de 8 points par rapport à l'année précédente.³⁹

Réduction des déplacements et temps d'attente

Les dispositifs de téléconsultation permettent aux patients de consulter des médecins sans avoir à se déplacer loin de chez eux, réduisant ainsi les coûts et le temps associés aux déplacements. En moyenne, une téléconsultation dure 10,5 minutes soit 41% de moins qu'une consultation physique traditionnelle (18minutes en moyenne)⁴¹. Cette efficacité libère du temps pour les professionnels de santé, leur permettant de voir plus de patients en une journée. On estime que 75% des téléconsultations remplacent une consultation présenteielle, contribuant ainsi à une meilleure gestion du temps et des ressources médicales.³⁹

Adoption et acceptation par les utilisateurs

L'adoption rapide des technologies de téléconsultation par les patients et les médecins démontre une acceptation croissante de ces nouvelles pratiques. En 2023, 32% de la population avait déjà réalisé une téléconsultation, et 53% de ceux n'ayant jamais téléconsulté envisageaient de le faire³⁹. Parmi les utilisateurs, 83% ont recours à la téléconsultation pour eux-mêmes, tandis que 28% l'utilisent pour leurs enfants.³⁹

Selon une étude de Qare, 42% des Français ont eu recours à la téléconsultation en 2024.

Cette tendance montre que la transformation digitale est en train de modifier profondément les habitudes de consommation des soins de santé.

Création de valeur via la transformation digitale

Économie de temps et de coûts

La digitalisation des services de santé, génère des économies significatives tant pour les patients que pour les professionnels de santé. En réduisant les déplacements et le temps d'attente, les patients peuvent recevoir des soins plus rapidement et à moindre coût, les STC emploient des médecins exclusivement enregistrés en secteur 1, c'est-à-dire sans dépassement d'honoraires.

En termes de coûts, la téléconsultation permet également de réduire les prescriptions de médicaments et les examens complémentaires, avec 59,8% des téléconsultations nécessitant moins de médicaments ou de tests complémentaires par rapport aux consultations présenteielles.³⁹

Amélioration de la qualité des soins

Les dispositifs médicaux connectés à disposition via les dispositifs de téléconsultation permettent de réaliser des examens médicaux de base en temps réel, avec des données directement transmises aux médecins. Cela améliore la précision des diagnostics et la qualité des soins prodigués puisque c'est le médecin lui-même qui pilote à distance ces dispositifs. Selon les résultats de l'enquête LET, 74% des patients ont trouvé que leur prise en charge en téléconsultation était aussi bonne, voire meilleure, qu'en consultation physique.³⁹

Accessibilité et équité

La transformation digitale rend les soins de santé plus accessibles à une population plus large, y compris dans les zones médicalement sous-desservies. Plus d'un quart des utilisateurs de téléconsultation vivent dans des déserts médicaux, et ces patients sont « 2,5 fois plus nombreux à ne pas avoir de médecin traitant par rapport à la population générale ».⁴¹

La téléconsultation est particulièrement adoptée par une population plus jeune et féminine, avec 64,3% des utilisateurs étant des femmes et une moyenne d'âge des patients de 30 ans, contre 48 ans en population générale.⁴¹

Les nouveaux entrants, en adoptant des stratégies disruptives basées sur la transformation digitale peuvent transformer les modes de consommation traditionnels et créer une valeur significative.

3. Impact sur les modes de consommation traditionnels

A. Accessibilité et commodité

25,3 millions de Français ont un accès limité aux soins médicaux, et plus de 23% des Français n'accèdent pas à un médecin généraliste à moins de 30 minutes de transports.⁴¹

Selon une étude de l'UFC Que Choisir, près de 47% des pédiatres, 64% des ophtalmologues et 67% des gynécologues pratiquent des dépassements d'honoraires, ajoutant un frein financier.⁴¹

Les dispositifs permettent de réduire ces inégalités en fournissant un accès rapide et pratique aux soins. Les temps d'attente pour les téléconsultations sont significativement réduits. Chez certains, les délais sont très courts, puisqu'une des sociétés promet un médecin généraliste en moins de 15 minutes. Pour cette dernière, le temps moyen d'attente constaté en 2024 était de 8 minutes³⁷.

La majorité des téléconsultations (91%) sont réalisées par ordinateur ou smartphone, et seulement 6% via des cabines ou bornes⁴¹ alors que la satisfaction des patients via des dispositifs est très élevée, avec une note moyenne de 4,9 sur 5.³⁷

Les avantages de la téléconsultation incluent également une plus grande commodité pour les patients. Selon un sondage patient post-téléconsultation, Dont les résultats sont visibles ci-dessous (Figure 16) : 36% des patients utilisent la téléconsultation car c'est plus pratique, 33% car le motif de consultation est adapté, et 32% car c'est plus rapide.⁴¹

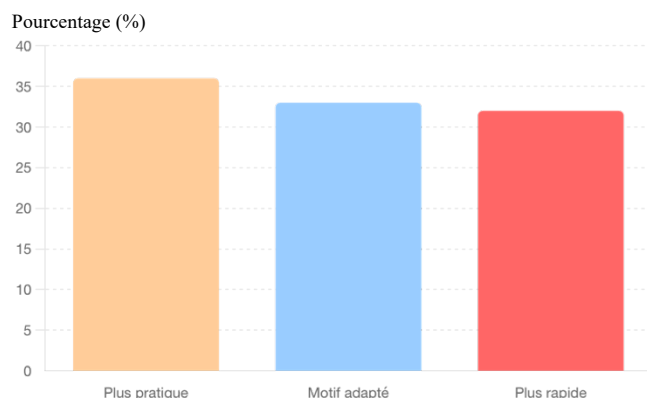


Figure 21 : Justification de l'utilisation de la téléconsultation

Les cabines, les bornes et les consoles, principalement installées dans des pharmacies, facilitant l'accès aux soins : en permettant d'avoir un professionnel de santé à proximité si besoin et la délivrance de l'ordonnance sur place.

B. Amélioration de la qualité des soins

Les dispositifs médicaux connectés tels que les stéthoscopes, otoscopes et oxymètres, permettent aux médecins de réaliser des diagnostics précis et en temps réel à distance. Environ 89,2% des médecins estiment que ces dispositifs ont réduit le risque d'erreur pendant les consultations.³⁸ Cette précision accrue permet une prise en charge médicale rapide et efficace, réduisant ainsi les risques associés aux erreurs de diagnostic.

La satisfaction des patients est élevée, avec 88% des patients déclarant être satisfaits de leur expérience de téléconsultation et 74% pensant que leur prise en charge était aussi bonne, voire meilleure qu'en consultation physique.³⁹

De plus, comme évoqué précédemment, 59,8% des téléconsultations nécessitent moins de prescriptions de médicaments ou de tests complémentaires par rapport aux consultations en personne, ce qui indique une approche plus ciblée et économique des soins.⁴¹

La réduction de prescriptions superflues, permet une meilleure gestion des ressources médicales et une diminution pour les patients et pour le système de santé, des coûts.

Raisons de l'utilisation de la téléconsultation

Les pharmaciens et l'équipe de l'officine en apportant un soutien technique et professionnel jouent un rôle crucial dans le succès des téléconsultations. Ils assistent les patients avant, pendant et après la consultation pour s'assurer d'une communication fluide et efficace entre le patient et le médecin.³⁴

Cette collaboration renforce la confiance des patients dans le système de santé et améliore la qualité globale des soins.

Les acteurs de téléconsultation ont joué un rôle important dans la transformation des modes de recours aux soins de santé en France. En rendant les soins plus accessibles et pratiques, tout en

améliorant la qualité et l'efficacité des services prodigués, ils ont créé une valeur significative pour les patients et les professionnels de santé.

4. Création de valeur

A. Valeur pour les patients

La téléconsultation redéfinit l'accès aux soins médicaux en mettant en avant une proposition de valeur centrée sur l'expérience utilisateur, caractérisée par une accessibilité et une réactivité exceptionnelles.

L'optimisation du temps améliore non seulement la satisfaction globale des patients, mais renforce également l'engagement des utilisateurs et leur fidélisation grâce à la fréquence accrue d'utilisation des services.³⁷

Les cabines de téléconsultation augmentée, équipées de dispositifs médicaux connectés, facilitent des diagnostics à distance précis et efficaces, mimant l'expérience d'une consultation en face-à-face. Cette technologie est indispensable pour les patients dans les zones isolées, où la téléconsultation compense la pénurie de ressources médicales, améliorant ainsi l'accès à des soins de qualité et renforçant l'autonomie des patients dans la gestion de leur santé.⁴⁰

Cas de comptoir réel : un samedi après-midi une jeune femme, madame X, 28 ans se présente au comptoir à l'officine de la pharmacie Y ; avec des symptômes évocateurs d'une infection virale : fièvre, fatigue, courbatures, toux et/ou maux de gorge. Elle exprime son inquiétude quant à une possible grippe.

Problème : Aucun médecin n'est disponible immédiatement pour une consultation en présentiel.

Prise en charge officinale : Recueil des symptômes ; vérification antécédents médicaux et des signes de gravité nécessitant une prise en charge urgente (dyspnée sévère, convulsion...)

Orientation vers une téléconsultation : inscription, attente d'environ 25 minutes avant la mise en relation avec un médecin.

Ordonnance : Demande de réalisation TROD angine / Grippe / COVID-19

Si angine bactérienne : Amoxicilline 1000 mg x 2/jour pendant 6 jours

Si grippe confirmée : Oseltamivir (Tamiflu®) 75 mg x2/jour pendant 5 jours - Paracétamol 500 mg à 1 g toutes les 6 heures si douleur/fièvre (max 4g/jour)

Si COVID positif : Paracétamol 500 mg à 1 g toutes les 6 heures si douleur/fièvre (max 4g/jour) - Repos et hydratation abondante - Lavage nasal au sérum physiologique en cas de congestion nasale

En l'absence de médecin disponible, le recours à la téléconsultation permet une prise en charge rapide avec une orientation diagnostique et thérapeutique adaptée. Les tests en pharmacie permettent de confirmer l'infection et d'adapter la délivrance du traitement si nécessaire.

B. Valeur pour les professionnels de santé

1. Côté prescripteurs

Les STC déploient une plateforme de télémédecine qui allège considérablement le fardeau administratif (déclaration à l'ordre, fiche de paie...) des professionnels de santé, estimé à jusqu'à 20% de leur temps de travail.³⁸

En intégrant des outils qui valorisent le temps médical et améliorent la qualité de travail, les entreprises créent un environnement de travail attrayant pour les professionnels, favorisant ainsi des relations durables et renforçant leur engagement.

L'adoption de la téléconsultation augmentée par 80,8% des médecins illustre leur préférence pour une pratique enrichie qui associe l'efficacité de la télémédecine à la rigueur diagnostique des consultations classiques.³⁸

Le métier de médecin généraliste reste aujourd'hui une profession à part, ancrée dans les croyances communes encore comme un devoir de présence en cabinet. Aujourd'hui les médecins comme un certain nombre de professionnels souhaitent travailler en télé-travail et aménager leur temps comme ils le souhaitent selon leurs contraintes. La téléconsultation le permet. Les médecins peuvent téléconsulter d'où ils le souhaitent, en respectant un espace de confidentialité.

Pour finir sur ce volet médecin, la téléconsultation permet une création de valeur financière. Proposant des contrats salariés, en complément de leur activité libérale, les médecins peuvent compter sur une rémunération supplémentaire selon leurs disponibilités.

2. Côté pharmacien

Mettre en place un dispositif de téléconsultation permet au pharmacien d'officine de fidéliser sa clientèle, tout en valorisant sa place dans le parcours de soin. Niveau business, opter pour de la télémédecine en pharmacie permet de rentabiliser l'agencement de l'officine en maximisant les zones chaudes et froides mais également une gestion et une récupération des ordonnances.⁴²

En partie IV se trouve une interview, de Mr Gallard Cédric, pharmacien titulaire d'une pharmacie d'officine située dans un désert médical, à Romorantin-Lanthenay dans le Loir-et-Cher (41). Il a récemment mis en place un dispositif de téléconsultation dans sa pharmacie et nous fait un retour sur cette solution.

C. Valeur pour le système de santé

Les acteurs de téléconsultation jouent un rôle crucial dans l'amélioration du système de santé en intégrant des solutions de télémédecine qui ciblent directement les déficits de soins. En facilitant l'accès aux soins dans les zones sous-desservies et pendant les pics de demande (période

estivale et hivernale), ils contribuent à désengorger les services d'urgence et à réduire les consultations inutiles, diminuant ainsi les coûts pour les systèmes de santé et les assureurs.⁴⁰

Ces modèles agissent également comme un catalyseur d'innovation dans les services de santé, encourageant l'adoption de technologies numériques dans un cadre sécurisé et réglementé. Cette stratégie de marché, centrée sur la santé préventive et la gestion efficace des maladies chroniques, réoriente les ressources vers des soins plus ciblés et personnalisés, permettant non seulement répondre aux besoins actuels mais aussi d'anticiper les défis futurs de la santé, consolidant sa position de pionnier innovant dans l'écosystème de la santé numérique.

5. Défis et perspectives d'avenir pour les start-ups

A. Défis à surmonter

Les start-ups de téléconsultation doivent faire face à plusieurs défis significatifs pour réussir à s'intégrer durablement.

1. *L'illectronisme et l'inclusion numérique.*

En France, environ 16 millions de personnes, soit 31,5 % des adultes, sont éloignées du numérique. 11,5 millions se sentent incompetents avec les outils numériques et 4,5 millions n'ont pas accès à Internet.

En pratique, l'autonomie des patients est impactée par ce manque de compétences numériques, ce qui implique l'équipe officinale pour accompagner de nombreux patients.

Piste d'amélioration :

- Développer des interfaces utilisateur intuitives et facile d'utilisation, en fournissant des supports pédagogiques adaptés permettrait aux entreprises de surmonter cet obstacle.
- Initier des programmes de sensibilisation et de formation pour les populations les plus vulnérables afin de les familiariser avec les solutions numériques.³⁴

2. *Formation des professionnels de santé*

Formation aux outils

La téléconsultation nécessite une adaptation des pratiques médicales traditionnelles. Les professionnels de santé doivent être formés à la sémiologie télé médicale, c'est-à-dire à l'interprétation des signes cliniques *via* des dispositifs numériques. Ils doivent apprendre à utiliser les dispositifs médicaux connectés à distance et savoir les piloter. Les start-ups peuvent offrir des formations continues et des webinaires pour aider les médecins à maîtriser ces nouveaux outils et à intégrer efficacement la téléconsultation dans leur pratique quotidienne.²⁸

Généralement, la formation a lieu en deux temps, le premier consiste au visionnage de quelques vidéos en autonomie puis le second est une simulation d'une téléconsultation avec un CSM pendant laquelle le médecin prend en main les outils.

Une difficulté rencontrée également lors du **recrutement** puis la gestion des contrats des médecins est le manque de connaissance du statut salariat. La majorité des médecins exerce en tant que libéral, c'est-à-dire en autonomie, en lien direct avec l'URSSAF (Union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales). Le pôle médical des sociétés de téléconsultation passe énormément de temps à expliquer aux médecins ce statut administratif qui obligent les médecins à respecter des horaires de vacations, à prévenir de leurs absences, à poser des congés. Cette partie exclusivement administrative devrait faire partie de la formation continue des médecins aujourd'hui.

3. La réglementation et la protection des données

Ce sont des défis quotidiens. Les start-ups e santé font face à un cadre réglementaire strict. Elles doivent obtenir des certificats de conformité aux référentiels d'interopérabilité et de sécurité, et respecter les réglementations sur la protection des données de santé personnelles des patients. Cela inclut la mise en place de systèmes de sécurité robustes pour protéger les données sensibles et assurer la confidentialité des consultations. De plus, les start-ups doivent constituer des comités médicaux pour assurer la formation continue des médecins et garantir la qualité des soins^{38 ; 40}

Récemment, par exemple Tessan, Medadom et d'autres entreprises ont obtenu l'agrément de « société de téléconsultation » (STC). Ce passage en STC implique un certain nombre de changement réglementaire dont le fait de devoir modifier les contrats médecins pour les faire passer du centre de santé actuel à la STC.

L'un des défis et motivation omniprésente d'une société de téléconsultation est d'assurer un **accès égal** aux patients. L'implémentation de solutions de téléconsultation est plus difficile dans les zones rurales et les déserts médicaux en raison de l'accès limité à Internet haut débit.

En France, seulement 80% de la population dispose d'une connexion Internet approprié pour des consultations en ligne.

Les sociétés de télémédecine, doivent collaborer avec les fournisseurs de réseaux Internet pour améliorer la connectivité pour fournir un accès fiable.³⁹

B. Opportunités futures
Malgré ces défis, les perspectives pour les start-ups de téléconsultation sont prometteuses.

La télémédecine et la téléconsultation notamment permettent de réduire les déplacements et ainsi l'impact environnemental.

Une étude de l'Institut Paris Région prévoit une réduction de 300 000 à 500 000 déplacements quotidiens en Ile de France, si une part importante des consultations passe en téléconsultation.

Cela se traduit par une réduction des émissions de CO2 et une diminution de l'encombrement routier, contribuant à la protection de l'environnement.³⁹

Elle permet également, **un accès accru aux soins spécialisés**. Grâce à la téléconsultation, les patients peuvent accéder plus rapidement aux soins spécialisés (dermatologie, gériatrie). La télé-expertise permet à un médecin généraliste de consulter à distance un spécialiste, et rédiger une lettre d'adressage, réduisant ainsi les délais d'attente pour les patients. Cela est particulièrement bénéfique pour les pathologies nécessitant une intervention rapide ou un suivi spécialisé. Les start-ups peuvent capitaliser sur cette opportunité en développant des réseaux de spécialistes disponibles pour des consultations à distance.³⁹

De façon générale, la téléconsultation offre une solution aux **déserts médicaux** ; où l'accès aux soins est limité. C'est une alternative pour les patients résidents ces zones, ce qui leur permet de consulter sans avoir à parcourir de longue distance. 25,1% des patients utilisant la téléconsultation habitent dans des zones considérées comme « déserts médicaux », ce chiffre est nettement plus élevé que la moyenne nationale égale à 17,3%.

Les start-ups peuvent renforcer leur présence dans ces régions en collaborant avec les collectivités locales pour installer des dispositifs de téléconsultation dans des lieux accessibles, comme les mairies ou les pharmacies.⁴⁰

La téléconsultation permet une **meilleure utilisation du temps médical** des praticiens. Elle offre des créneaux pour des consultations rapides, même pour des soins non programmés, réduisant ainsi la pression sur les services d'urgence. En moyenne, une téléconsultation dure environ 10,5 minutes, soit 41 % de moins qu'une consultation en physique. Cette efficacité permet aux médecins de voir plus de patients en moins de temps, améliorant ainsi l'accès aux soins et réduisant les délais d'attente. Les start-ups de téléconsultation sont bien placées pour innover et adapter rapidement leurs technologies aux besoins changeants du secteur de la santé.^{40 ; 39}

Dans une logique d'optimisation du temps médical, il serait pertinent de proposer une téléconsultation en continu pour une même famille. Actuellement, chaque patient doit se connecter individuellement et attendre son tour, ce qui entraîne une perte de temps considérable. Prenons l'exemple de deux frères mineurs présentant des symptômes identiques : leur mère doit effectuer deux connexions distinctes, patienter deux fois et expliquer le contexte médical à deux médecins différents.

Si le praticien pouvait passer d'un patient à l'autre sous un même numéro de sécurité sociale, la prise en charge serait plus fluide, limitant les répétitions et maximisant le temps médical disponible.

Parmi les innovations significatives, on retrouve l'utilisation des dispositifs médicaux connectés, des logiciels évolutifs et des solutions intégrées pour la gestion des dossiers médicaux et leurs facturations.

Ces innovations peuvent améliorer l'efficacité des consultations, réduire le risque d'erreurs médicales et offrir une expérience plus fluide et plus sécurisée pour les patients.^{40 ; 39}

Par exemple, certaines sociétés de téléconsultation utilisent Nabla, un logiciel qui génère les comptes rendus médicaux des médecins et les intègre au logiciel en un instant, grâce à l'IA.

Malgré les défis considérables, les opportunités offertes par la téléconsultation sont vastes et promettent une amélioration significative de l'accès aux soins, une optimisation des ressources médicales et un impact positif sur l'environnement. Les start-ups doivent naviguer ces défis avec innovation et rigueur pour capitaliser sur ces perspectives.

PARTIE IV : Médecins, pharmaciens, patients : paroles d'acteurs et expériences vécues

Dans cette section, pharmaciens, médecins et patients — les trois acteurs directement touchés par la désertification médicale partagent leur expérience. L'objectif est de mettre en lumière les conséquences réelles de ce phénomène sur leur quotidien, de mieux comprendre les enjeux auxquels chacun est confronté, et d'ouvrir des pistes de réflexion pour des solutions adaptées.

1. Pharmaciens

Témoignage n°1

Introduction

1. Accueil et présentation :

- Pouvez-vous vous présenter en quelques mots ? Quel est votre parcours professionnel et depuis combien de temps gérez-vous ces pharmacies mutualistes ?

Frédéric Pasquier, 44 ans, pharmacien. Je suis depuis février 2021, le directeur activités pharmacie VYV3 en Centre Val de Loire. Concrètement je gère le management professionnel des pharmacies, les projets de restructuration, je m'occupe de la gestion financière et RH des pharmacies mutualistes Tours Centre, Tours Nord et Joué les Tours.

J'ai été pendant 11 ans pharmacien praticien Hospitalier, au Centre Hospitalier Château du Loir dans le département 72 ainsi que formateur de santé en Région Centre Val de Loire, Pays de la Loire et Ile de France.

Personnellement, j'adore voyager et faire du sport : la course à pied (de 10 à 21 km), le Basketball, le ski par exemple.

- Quelles sont les particularités des pharmacies mutualistes par rapport aux pharmacies classiques ?

Dans les pharmacies mutualistes, il n'y a pas de pharmacien titulaire, tout le monde est salarié, il n'y a pas de participation aux gardes. Pour le reste dorénavant tout est identique.

- L'objectif de cet entretien est d'explorer comment les déserts médicaux ont transformé votre rôle en tant que pharmacien et comment la télémédecine s'intègre dans votre pratique.

2. Contexte :

- Quelle est votre perception des déserts médicaux en France ?

C'est catastrophique en termes de Santé Publique. J'ai travaillé 10 ans en Sarthe dans une zone plus ou moins considérée comme un désert médical. On voyait des gens à l'hôpital commencer à revenir avec des pathologies quasiment disparues, faute de soins de premiers recours.

- Comment qualifieriez-vous la situation de Tours Centre, Tours Nord et Joué-lès-Tours en termes d'accès aux soins ? Constatez-vous une pénurie de médecins dans ces zones ?

En Touraine, je pense qu'il y a un bon accès aux soins car nous sommes proche d'une grande ville. Mais je constate pourtant des difficultés pour les patients à avoir des rendez-vous rapidement et parfois même tout simplement à trouver un médecin...

- Constatez-vous une différence entre ces 3 zones très proches ?

En termes de recours médical, étonnamment le centre-ville est globalement moins bien doté que la périphérie.

I. Le rôle traditionnel du pharmacien et ses évolutions

1. Avant les nouvelles missions :

- Quel était le rôle historique du pharmacien dans le parcours de soins, selon vous ?

Historiquement, le pharmacien était clairement un vendeur de boîtes et commerçant principalement.

- Quelles étaient les limites de votre mission avant les récentes évolutions du secteur ?

Avant l'ajout des nouvelles missions, il y avait peu de prérogatives, peu de « droits » attribués en termes de santé publique, un gros verrouillage médical sur les compétences.

2. L'élargissement des missions :

- Quels facteurs ont contribué à la revalorisation du rôle du pharmacien ?

Premièrement la COVID a chamboulé beaucoup de chose pour nous les pharmaciens, mais également les exemples des pays anglosaxons, et l'argent.... Probablement une volonté d'économies potentielles de la sécurité sociale et des mutuelles.

- Quelles nouvelles missions avez-vous intégrées dans vos pharmacies (vaccination, dépistage, accompagnement thérapeutique, etc.) ?

Nous avons intégré toutes les nouvelles missions au sein des 3 pharmacies.

II. Enjeux et défis de la transformation du rôle du pharmacien

1. Bénéfices constatés :

- Quels sont les principaux bénéfices pour vos patients et pour vous en tant que professionnel de santé ?

Pour nos patients, un recours de proximité facilité,

Pour nous, une meilleure reconnaissance du statut de professionnel de santé, avec une plus grande « intimité » avec les patients.

- Pensez-vous que ces nouvelles missions contribuent à améliorer l'accès aux soins dans vos zones d'intervention ?

Oui, évidemment.

2. Défis rencontrés :

- Quelles difficultés avez-vous rencontrées dans la mise en œuvre de ces nouvelles missions ? (Financières, organisationnelles, réglementaires)

Nos difficultés ont été organisationnelles principalement car systématiquement il faut se former et envoyer toutes les personnes concernées, puis il faut trouver des créneaux et du temps pour faire toutes ces nouvelles missions.

- Les pharmaciens et leurs équipes sont-ils suffisamment formés pour ces nouvelles responsabilités ?

Oui mais trop peu valorisés !!

3. Perspectives d'avenir :

- Quelles pourraient être les prochaines étapes pour renforcer le rôle des pharmaciens, notamment dans les zones en difficulté ?

Potentiellement il y en a beaucoup mais la question n'est pas là actuellement. Elle est plutôt dans le fait de pouvoir réaliser ces missions de plus en plus importantes mais qui ne représentent que 2% du chiffre d'affaires des pharmacies en moyenne alors que la vente de produits représente encore les 98% restant...

- Voyez-vous d'autres innovations, qu'elles soient technologiques ou organisationnelles, qui pourraient améliorer votre pratique et l'accès aux soins des patients ?

L'intelligence Artificielle avec l'appui du pharmacien pro pour réaliser des diagnostics en pharmacie. Des pharmacies qui deviendraient des plateformes de santé (Hub Santé) où on pourrait aussi trouver d'autres corps de métier. C'est déjà ce que nous avons mis en place à Tours Centre avec la présence le mardi d'HMS (Harmonie Médical Services) dans nos locaux.

III. Focus sur la télémedecine et son intégration en pharmacie

1. Mise en place de la télémedecine :

- Avez-vous intégré la télémedecine dans vos pharmacies mutualistes ?

Non

Conclusion

1. Retour d'expérience :

- Avec le recul, quel est votre bilan sur l'impact de ces évolutions sur votre métier et votre quotidien ?

Je trouve cela très positif.

Cela apporte de la satisfaction personnelle mais également satisfaction des salariés et des patients. Mais l'aspect économique est trop important actuellement pour les pharmacies françaises pour continuer à mettre notre diplôme en jeu alors qu'il n'y a pas une juste valorisation de ces missions.

Témoignage n°2

Introduction

1. Accueil et présentation :

- Pouvez-vous vous présenter en quelques mots ? Quel est votre parcours professionnel et depuis combien de temps gérez-vous votre pharmacie ?

Cédric Gallard, 46 ans, pharmacien titulaire à Romorantin-Lanthenay. Je dirige la Pharmacie des Favignolles depuis une 15^{aine} d'année après avoir travaillé en Tournaine.

L'officine compte une dizaine d'employé comptant pharmaciens, préparateurs (trices) et des étudiants en pharmacie.

Je suis également maitre de stage et membre de jury de thèse dès que l'occasion se présente pour moi.

- L'objectif de cet entretien est d'explorer comment les déserts médicaux ont transformé votre rôle en tant que pharmacien et comment la télémedecine s'intègre dans votre pratique.

3. Contexte :

- Quelle est votre perception des déserts médicaux en France ?

En France, je pense que cela devient très compliqué. On observe une difficulté d'accès aux soins ce qui entraîne un retard de prise en charge et donc un retard de diagnostic. Depuis peu, on a d'ailleurs décelé une baisse de l'espérance de vie notamment dans le département 36 si je ne me trompe pas.

Je pense que cela est aussi due à une féminisation de la profession médicale qui privilégie la vie de famille. Je pense qu'il faut aujourd'hui 2 médecins junior pour un sénior.

- Comment qualifieriez-vous la situation dans votre zone d'exercice en termes d'accès aux soins ? Constatez-vous une pénurie de médecins dans ces zones ?

Nous sommes véritablement dans le désert. A Romorantin, on compte seulement 5 médecins pour 18 000 habitants. Les rares installations ne couvrent absolument pas les départs en retraite. La population médicale a été divisée par deux en moins de 10 ans.

I. Le rôle traditionnel du pharmacien et ses évolutions

3. Avant les nouvelles missions :

- Quel était le rôle historique du pharmacien dans le parcours de soins, selon vous ?

Le pharmacien était réduit à donner des boîtes associées à un petit conseil.

- Quelles étaient les limites de votre mission avant les récentes évolutions du secteur ?

Avant l'évolution du métier, nous étions limités à la délivrance et à la ré-orientation lorsque la situation sortait de nos champs de compétence. Nous étions pour tout, dépendant des médecins.

4. L'élargissement des missions :

- Quels facteurs ont contribué à la revalorisation du rôle du pharmacien ?

La situation médicale catastrophique dans certaines régions comme la nôtre a changé beaucoup de choses.

Mais je pense que c'est économique principalement. Pour pouvoir sauver le modèle économique officinal en stabilisant la marge et baissant le prix des médicaments, il a été négocié avec les pouvoirs publics de mettre en place des honoraires mais également l'ajout de nouvelles missions rémunérées pour compenser ce manque économique.

- Quelles nouvelles missions avez-vous intégrées dans vos pharmacies (vaccination, dépistage, accompagnement thérapeutique, etc.) ?

Nous avons intégré toutes les nouvelles missions au sein de ma pharmacie. Les TROD angine / cystite / COVID, la prescription et administration des vaccins, les entretiens pharmaceutiques, et la téléconsultation.

II. Enjeux et défis de la transformation du rôle du pharmacien

4. Bénéfices constatés :

- Quels sont les principaux bénéfices pour vos patients et pour vous en tant que professionnel de santé ?

Nous sommes complètement déconnectés aujourd'hui de cette image de vendeur de boîtes aux yeux des patients.

Étant les seules à être aussi facilement accessibles, sans rendez-vous du fait du maillage officinal nous sommes le premier recours et le dernier maillon de la chaîne.

- Pensez-vous que ces nouvelles missions contribuent à améliorer l'accès aux soins dans vos zones d'intervention ?

Oui, complètement. Ce qui est d'ailleurs très mal vu du côté médecin.

5. Défis rencontrés :

- Quelles difficultés avez-vous rencontrées dans la mise en œuvre de ces nouvelles missions ? (Financières, organisationnelles, réglementaires)

Il a été très facile de mettre en place les « petites » missions qui sont peu chronophages, en termes d'organisation et d'accessibilité pour l'ensemble de l'équipe que ce soit préparateurs et pharmaciens (par exemple les entretiens pharmaceutiques opioïdes ou femmes enceintes).

A contrario je trouve que beaucoup de missions sont encore réservées aux pharmaciens exclusivement. Ce qui peut poser problème en termes de coût, et d'organisation.

Concernant les missions comme les bilans de médicaments, nous avons essayé de les mettre en place avec un ancien pharmacien et cela a été très compliqué. Très chronophage, trop peu valorisé, mais également très mal perçu par les médecins qui expriment une impression de jugement envers leur travail.

- Les pharmaciens et leurs équipes sont-ils suffisamment formés pour ces nouvelles responsabilités ?

Oui mais il faut être nombreux pour pouvoir avoir le temps de se former.

6. Perspectives d'avenir :

- Quelles pourraient être les prochaines étapes pour renforcer le rôle des pharmaciens, notamment dans les zones en difficulté ?

Il faudrait mettre en place le rôle de pharmacien « correspondant ». Le médecin traitant du patient peut annoter sur l'ordonnance "Suivi de l'observance et ajustement des traitements par

le pharmacien correspondant" ce qui permet au pharmacien de renouveler voire ajuster le traitement si possible.

III. Focus sur la télémédecine et son intégration en pharmacie

2. Mise en place de la télémédecine :

- Avez-vous intégré la télémédecine dans votre pharmacie ?

Oui depuis bientôt un an. Nous avons mis en place une borne de téléconsultation Médadom.

- Si oui, quelles étapes ont été nécessaires (formation, équipement, adaptation des locaux, etc.) ?

La mise en place est d'une simplicité absolue. Après signature du contrat, nous recevons en quelques semaines la borne de téléconsultation. Il suffit de la brancher sur une prise de réseau et suivre une formation en ligne via la plateforme.

3. Impact sur la patientèle :

- Comment vos patients perçoivent-ils cette nouvelle offre ?

Les patients sont ravis. Nous apportons une solution quasi-immédiate à un patient qui n'en voit aucune.

- Avez-vous observé une augmentation de la fréquentation de vos pharmacies grâce à la télémédecine ?

Non. Mais c'est un outil de fidélisation. Nous sommes moins exposés à la fuite des patients vers la concurrence.

- Quelles peuvent être selon vous les limites de la téléconsultation en pharmacie ?

Premièrement le coût, même avec les aides de l'État (ROSP) il faut assumer chaque mois le loyer du dispositif. Ensuite le temps, c'est très chronophage. On constate que peu de patients autonomes vis-à-vis de la borne.

Il y a également un problème de place, même si le dispositif n'est pas encombrant il faut le disposer dans un endroit confidentiel ce qui n'est pas forcément évident en plus du local orthopédique et de vaccination.

Cela entraîne quand même une sorte d'inégalité entre les pharmacies entraînant une sur-concurrence.

En termes de prise en charge médicale, il y a une absence complète de suivi.

Selon moi, il y a 2 patients types qui s'orientent vers la téléconsultation. Le patient qui souhaite avoir un avis médical puisque son médecin traitant n'est pas disponible et celui qui est en errance médicale complète et qui souhaite un renouvellement ou une prise en charge complète.

Cette prise en charge par téléconsultation est pour moi, limitée et expéditive. Les outils ne sont pas assez utilisés et les ordonnances sont quelques fois peu complètes.

Conclusion

2. Retour d'expérience :

- Avec le recul, quel est votre bilan sur l'impact de ces évolutions sur votre métier et votre quotidien ?

Ces nouvelles missions ont complètement chamboulé notre quotidien en tant que pharmacien. Nous devenons véritable acteur de soin et non plus seulement le dernier maillon de la chaîne.

Nous voyons vraiment un impact dans la satisfaction patient qui est immense. Ce que je regrette c'est la vision encore trop peu réaliste et réductrice de la part des médecins qui continuent de penser que nous ne sommes pas légitimes à réaliser ce genre de mission.

3. Médecin

Témoignage n°3

Introduction

1. Présentation et cadre de l'interview :

- Pouvez-vous vous présenter en quelques mots ? Quel est votre parcours professionnel et depuis combien de temps êtes-vous médecin généraliste ?

Docteur Clotilde Loison, né en 1967 et exerçant depuis plus de 30 ans. Médecin généraliste à Soing en Sologne dans le département 41 ; j'exerce en milieu rural. Avant d'avoir mon cabinet, j'ai réalisé quelques années en remplacement, une époque où nous étions trop nombreux.

2. Contexte personnel :

- Pensez-vous que votre zone d'exercice est considérée comme désert médical ?

Je ne pense pas, j'en suis sûre !

- En quoi cette problématique affecte-t-elle votre pratique quotidienne et celle de vos collègues ?

J'ai engagé une assistance médicale à temps plein. Elle réalise la pré-consultation, c'est-à-dire l'installation des patients, la prise de constantes ainsi que toute la partie administrative.

Je m'occupe simplement du diagnostic et de la prescription.

Aussi, aujourd'hui je rédige des ordonnances beaucoup plus longues, pour un an lorsque cela est autorisé.

I. Impact des déserts médicaux sur le système de santé

1. Diagnostic de la situation :

- Comment décririez-vous les principales conséquences des déserts médicaux sur les patients et les professionnels de santé ?

Ce qui est étonnant c'est que nous ne nous parlons plus entre médecins. Nous étions bien plus liés auparavant car en concurrence. Aujourd'hui nous voyons peu de monde en formation présente par exemple.

Concernant les patients, ils sont angoissés et beaucoup moins autonomes qu'avant bizarrement.

2. Réactions et adaptations :

- En tant que médecin, quelles stratégies mettez-vous en place pour répondre à la demande croissante des patients dans ces zones ?

Je réalise une sélection par secteur, c'est-à-dire que je prends en consultation exclusivement les patients des alentours (me concernant les villes de Soing en Sologne, Courmemin et Chemery)

Aussi, je suis beaucoup plus directive envers mes patients pour réduire le temps des consultations lorsque je sens que ce n'est pas indispensable.

- Que pensez-vous des initiatives visant à mobiliser d'autres professionnels de santé, comme les pharmaciens, pour pallier le manque de médecins ?

J'avoue que je suis pour déléguer un certain nombre d'acte aux infirmières qui sont au cœur du soin mais j'ai plus de mal à déléguer au pharmacien.

II. Perception de la revalorisation du rôle du pharmacien

1. Élargissement des missions des pharmaciens :

- Selon vous, pourquoi le rôle du pharmacien a-t-il été élargi (vaccination, dépistage, accompagnement thérapeutique, etc.) ?

Surement pour compenser l'indisponibilité des médecins dans certaines régions.

- Que pensez-vous de ces nouvelles missions dans le contexte des déserts médicaux ?

Très honnêtement, je pense que ce n'est pas l'idéal. Le pharmacien ne peut pas être juge et conseil. Évidemment, cela dépanne et les patients sont satisfaits mais je pense que beaucoup de missions sont à réaliser par le médecin.

2. Relation médecin-pharmacien :

- Avez-vous constaté une évolution dans votre collaboration avec les pharmaciens ?

Personnellement, je ne suis pas en bon terme avec les pharmacies qui m'entourent. Je suis biaisée. Mais il est vrai, qu'un médecin qui s'entend très bien avec son pharmacien peut déléguer beaucoup de chose et faciliter la prise en charge médicale. Notamment au niveau administratif où les pharmaciens nous contactent beaucoup trop aujourd'hui.

III. Intégration de la télémédecine dans l'évolution du rôle des pharmaciens

1. Perception générale de la télémédecine :

- Quel est votre avis sur l'intégration de la télémédecine dans les soins de santé, notamment dans les zones sous-dotées ?

Je suis contre la télémédecine. Je trouve ça presque dangereux tout comme SOS médecin.

Le patient n'est plus du tout autonome et consomme des professionnels de santé pour tout et rien.

- Selon vous, la télémédecine en pharmacie est-elle une réponse adaptée aux besoins des patients dans les déserts médicaux ?

Elle est de meilleure qualité que seulement en visio sur un ordinateur mais seulement bénéfique si présence et accompagnement par un membre de l'équipe officinale.

2. Impact sur la relation médecin-patient :

- La télémédecine déployée en pharmacie modifie-t-elle votre relation avec vos patients ? Si oui, comment ?

Oui. Une étude en cours de réalisation par l'assurance maladie, qui prouve que les téléconsultations mènent presque systématiquement à une seconde consultation. Nous arrivons donc en seconde ligne après un autre médecin généraliste qui n'a absolument pas examiné le patient.

IV. Enjeux, défis et perspectives

1. Perspectives pour le système de santé :

- Pensez-vous que les pharmaciens pourraient jouer un rôle encore plus important dans le futur pour combler les manques dans les déserts médicaux ? Si oui, sous quelles conditions ?

Une des choses qui pourrait être délégué aux pharmaciens est la prescription des certificats enfants malades. Ce type de consultation est inutile et chronophage.

- Quels ajustements ou collaborations pourraient être nécessaires pour optimiser la prise en charge des patients dans le système de santé ?

Il faudrait que les médecins généralistes limitent leur nombre de consultation en diminuant la consultation « facile » de renouvellement systématique tous les 3 mois.

Augmenter le forfait médecin traitant serait également un ajustement nécessaire. Les médecins traitants pourraient être davantage incités à offrir un suivi plus complet et personnalisé à leurs patients, ce qui pourrait améliorer la qualité des soins.

Il faut démocratiser la consultation « soins chroniques ». C'est une consultation spécifique pour les patients atteints de maladies chroniques, qui nécessite un suivi. Ces consultations sont organisées dans le cadre des CPTS afin de permettre une prise en charge par certains médecins volontaires offrant des créneaux chaque jour pour ce type de consultation (étant patient connu ou non).

2. Patients

Témoignage n°4

1. Contexte personnel :

- Pouvez-vous nous parler un peu de vous ? âge, lieu de résidence, type de zone - rurale, semi-rurale, urbaine, etc..

Je m'appelle Jacques Charron, je suis né le 19 juillet 1952, j'ai 72 ans. J'ai toujours vécu en région Centre, à Orléans d'abord puis depuis une vingtaine d'année à Romorantin. J'ai travaillé dans l'organisation de réception et j'ai été directeur d'une discothèque pendant 7 ans. Suite à des problèmes de santé, j'ai travaillé dans la banque. J'ai beaucoup travaillé, entre 12 et 14h par jour, c'est peut-être cela qui m'a causé des ennuis après.

Ma femme, née en 1957 a subi une opération ratée il y a 30ans. Elle est sous morphine depuis. Nous parlerons d'elle également pendant l'entretien.

- Ressentez-vous une difficulté particulière à accéder à des soins médicaux dans votre région : temps d'attente, distance, manque de professionnels ?

En région centre, nous avons un gros problème de médecin généraliste.

Comme dis précédemment, ma femme à la suite d'une opération doit prendre de la morphine quotidiennement. Depuis le mois de décembre, notre médecin généraliste est à la retraite. Déjà, 1 an avant son départ, elle prenait des honoraires à chaque consultation pouvant aller jusqu'à 50€.

La morphine, c'est un stupéfiant. Il nous faut 1 ordonnance tous les 28 jours pour assurer la continuité de traitement. Heureusement, docteur X nous faisait des ordonnances d'avance pour 3 mois sans consultation. Mais lorsqu'elle est partie, pas de remplaçant. Et là, la galère commence... Je fais le siège du cabinet du maire tous les jours pendant plus d'une semaine sans aucune solution trouvée. Après cela, un médecin généraliste veut bien nous rédiger les ordonnances. Sans consulter ma femme, mais en prenant des participations financières pour les rédactions ! Puis au bout de 3 mois, il décide de la prendre en tant que patiente, ouf !

Pour ma part, j'ai déclaré il y a 27 ans après une coloscopie un cancer colorectal. La prise en charge a été formidable. Une coloscopie 15 jours après les premiers symptômes puis une opération 3 semaines à la suite.

Puis 15 années après, nous découvrons que je souffre de Sclérose en Plaque à la suite d'un problème de vue. En 1 mois, je suis prise en charge par un neurologue. Mais pour mon traitement de fond mon médecin généraliste m'adresse à un neurologue à Vendôme. Pour lequel il y a un délai de 2 mois. Alors je préfère attendre et être soigné au mieux.

I. Votre expérience avec le pharmacien

1. Perception du rôle traditionnel du pharmacien :

- Selon vous, quel était auparavant le rôle principal du pharmacien dans votre parcours de soins ?

Avant, j'allais chez le pharmacien pour récupérer mon traitement uniquement.

- Avez-vous l'habitude de vous rendre régulièrement en pharmacie, et pour quelles raisons (achat de médicaments, conseils, etc.) ?

Aujourd'hui, j'y vais toujours pour récupérer mes traitements et ceux de mon épouse. Mais j'y trouve aussi des oreilles attentives. Une véritable aide, pour contacter les médecins, pour commander les traitements malgré les ruptures.

2. Évolution du rôle du pharmacien :

- Avez-vous remarqué que votre pharmacien propose des services qui n'existaient pas avant (vaccination, dépistage, accompagnement personnalisé) ?

Oui.

- Si oui, avez-vous déjà eu recours à ces services ? Pouvez-vous nous raconter votre expérience ?

J'ai eu accès aux tests COVID pendant la pandémie et évidemment la vaccination.

A chaque nouvelle mission, j'ai été très bien accueilli et on m'a toujours bien expliqué le déroulement.

II. Focus sur la télémedecine en pharmacie

1. Découverte de la télémedecine :

- Étiez-vous au courant que certaines pharmacies proposent désormais des consultations de télémedecine ?

Oui, Mr Gallard votre titulaire m'a déjà proposé plusieurs fois.

- Avez-vous déjà utilisé ce service dans une pharmacie ? Si oui, pour quelles raisons et comment cela s'est-il passé ?

Non. J'avoue que je préfère vraiment le contact humain, voir un médecin via une machine je n'y arrive pas. En plus il n'y a pas de suivi. Et pour nous, c'est ce qui importe. Il y a une véritable perte de communication.

Autre raison, personnellement je suis suivi par des spécialistes je n'ai pas de souci pour mes ordonnances. Pour ma femme, les médecins en téléconsultation ne peuvent pas prescrire les stupéfiants, principale nécessité pour elle.

III. Enjeux et perception globale

1. Votre opinion sur les nouvelles missions des pharmaciens :

- Pensez-vous que l'élargissement des missions des pharmaciens est une bonne chose pour les patients, en particulier dans les déserts médicaux ? Pourquoi ?

Je trouve ça génial. On peut presque tout faire directement à la pharmacie. C'est très pratique.

2. Avantages et limites :

- Quels sont, selon vous, les avantages d'avoir un pharmacien plus impliqué dans les soins ?

Il nous connaît mieux. Il connaît nos problématiques puisqu'il est complètement impliqué dans la situation. Pour nous c'est l'idéal.

Témoignage n°5

Introduction

1. Contexte personnel :

- Pouvez-vous nous parler un peu de vous ? âge, lieu de résidence, type de zone - rurale, semi-rurale, urbaine, etc..

Bonjour, je m'appelle Sabrina Sarton, j'ai 45 ans. Je suis célibataire et n'ai pas d'enfants. Je suis née à Romorantin-Lanthenay, j'y vis aujourd'hui après avoir passée 2 ans au Pays Basque.

Niveau professionnel, je suis monitrice / éducatrice auprès de personnes atteintes de troubles autistiques.

- Ressentez-vous une difficulté particulière à accéder à des soins médicaux dans votre région : temps d'attente, distance, manque de professionnels ?

Tout à fait, depuis mon retour dans la région, je ne trouve pas de médecin généraliste. Et pour les spécialistes, il faut prendre la route pour au minimum 40km.

I. Votre expérience avec le pharmacien

3. Perception du rôle traditionnel du pharmacien :

- Selon vous, quel était auparavant le rôle principal du pharmacien dans votre parcours de soins ?

Quand j'étais jeune, pour moi le pharmacien était un distributeur de médicaments principalement en suivant des ordonnances, en donnant quelques conseils médicamenteux. Il y avait également quelques gammes de cosmétologie.

- Avez-vous l'habitude de vous rendre régulièrement en pharmacie, et pour quelles raisons (achat de médicaments, conseils, etc.) ?

Oui, je me rends régulièrement en pharmacie que ce soit pour mes médicaments sur ordonnances mais aussi pour beaucoup de parapharmacie. Je suis une adepte des compléments alimentaires.

4. Évolution du rôle du pharmacien :

- Avez-vous remarqué que votre pharmacien propose des services qui n'existaient pas avant (vaccination, dépistage, accompagnement personnalisé) ?

Oui depuis le Covid via les tests antigéniques, les vaccins et la borne de téléconsultation.

- Si oui, avez-vous déjà eu recours à ces services ? Pouvez-vous nous raconter votre expérience ?

J'ai eu recours à une grande partie des services proposés par mon pharmacien. Que ce soient les vaccins, les tests de dépistages covid mais aussi la téléconsultation. Je suis ravie de tous ce à quoi j'ai eu recours. Expérience satisfaisante pour tout.

II. Focus sur la télémedecine en pharmacie

2. Découverte de la télémedecine :

- Étiez-vous au courant que certaines pharmacies proposent désormais des consultations de télémedecine ?

Oui.

- Avez-vous déjà utilisé ce service dans une pharmacie ? Si oui, pour quelles raisons et comment cela s'est-il passé ?

J'utilise la téléconsultation exclusivement en pharmacie. Depuis mon retour à Romorantin, je ne trouve pas de médecin généraliste. Mon ancien généraliste est parti à la retraite et les nouveaux arrivants n'accueillent pas de nouveaux patients. Très honnêtement j'ai abandonné l'idée de trouver un médecin pour un suivi.

J'alterne mes rendez-vous entre SOS médecin ou la téléconsultation.

3. Confiance et satisfaction :

- Vous sentez-vous à l'aise et en confiance en réalisant une consultation via télémedecine, accompagné par votre pharmacien ?

Au début, j'ai eu un peu de mal... Surtout pour comprendre l'utilisation des accessoires. Je ne pourrai pas dire que j'apprécie autant qu'un médecin en présentiel mais j'ai confiance quant au diagnostic posé.

Acceptation 3 ou 6 mois

- Que pensez-vous de cette alternative par rapport à une consultation classique chez un médecin ?

Cela ne remplacera pas une consultation classique mais c'est essentiel. Cela comble le manque de place chez les médecins généraliste et chez SOS médecin. Je l'utilise et le privilège pour le renouvellement d'ordonnance.

En fonction de l'ordonnance précédente, j'utilise la téléconsultation 1 fois par mois voire 1 fois tous les 3 à 6 mois. Je trouve ça très pratique, hormis l'incertitude du temps d'attente.

Je suis ravie du fait de pouvoir récupérer mes ordonnances et me les faire délivrer au même endroit. C'est un gain de temps immense.

Mon seul point négatif (déformation professionnelle) repose sur le fait que ce système est accessible seulement pour des gens valides. Par exemple, les personnes en situation de handicap qui ne peuvent pas verbaliser sont complètement bloquées.

III. Enjeux et perception globale

3. Votre opinion sur les nouvelles missions des pharmaciens :

- Pensez-vous que l'élargissement des missions des pharmaciens est une bonne chose pour les patients, en particulier dans les déserts médicaux ? Pourquoi ?

C'est une chose absolument indispensable et merveilleuse pour nous les patients. Sans le pharmacien nous sommes véritablement perdus. Il comble énormément de choses quant au non-accès des médecins.

Tout simplement, sans le pharmacien, pour moi plus de borne de téléconsultation, plus de renouvellement d'ordonnance, je n'ai plus mon traitement. Dans le même sens, n'ayant pas de médecin, je ne peux pas mettre à jour mes vaccins sans le pharmacien.

4. Avantages et limites :

- Quels sont, selon vous, les avantages d'avoir un pharmacien plus impliqué dans les soins ?

Pour commencer une fidélisation de la patientèle en augmentant drastiquement le niveau de confiance patient – pharmacien.

Je participe les yeux fermés à toutes les nouvelles missions proposées.

- Voyez-vous des inconvénients ou des limites à cette évolution (par exemple, la question de leur formation ou du temps disponible) ?

Peut-être le temps d'attente, la queue à l'officine. La pharmacie est victime de son succès. / Ajout personnel

Un autre point gênant est le manque de confidentialité. Dans le même sens, puisque l'on sollicite de plus en plus le pharmacien, l'officine est toujours remplie et en tant que patient on manque un peu d'intimité.

Cependant et je pense que ce n'est pas le cas dans toutes les pharmacies, les pharmaciens et les préparateurs prennent toujours le temps de nous écouter, on se sent véritablement apaisé.

5. Vos attentes pour l'avenir :

- Quels autres services aimeriez-vous voir proposés en pharmacie ?

Ayant une confiance à 100%, je pense que l'idéal serait que le pharmacien puisse prescrire. Au moins dans le cadre des renouvellements d'ordonnance.

Autre chose qui m'aiderait beaucoup serait une vitrine par pathologie en libre-service pour pouvoir libérer du temps à l'équipe. Par exemple, « vous avez de l'hypo-thyroïdie, voici ce que vous pouvez prendre pour vous aider » avec toute la parapharmacie associée.

- À votre avis, que pourrait-on améliorer dans le système actuel pour mieux répondre aux besoins des patients comme vous, dans les zones sous-dotées en médecins ?

La création d'un cabinet médical complet par la mairie avec des généralistes et des spécialistes dans la même enceinte.

Je suis pour l'obligation d'installation des médecins d'une durée de 1 à 3 ans dans des zones considérées comme déserts médicaux en laissant le choix du département.

L'idéal serait d'avoir un médecin pour chaque commune afin d'empêcher ce que j'appelle les « médecins à la sauvette »

Autre chose, pour moi il faut interdire ou limiter le cumul emploi retraite. C'est pervers et toxique pour les patients. Il n'y a de nombreuses erreurs liées à cela.

Conclusion

1. Synthèse et retour d'expérience :

- Si vous deviez résumer votre ressenti, diriez-vous que ces évolutions (nouvelles missions et télémédecine) ont eu un impact positif, neutre ou négatif sur votre accès aux soins ?

L'évolution des missions du pharmacien a eu un impact extrêmement positif. Cela sauve la vie de nombreux patients dans le réel sens du terme.

La pharmacie pallie le rôle des médecins absents.

Conclusion

Face à la crise croissante de la désertification médicale, cette thèse a mis en lumière le rôle central et en pleine évolution du pharmacien d'officine dans le système de santé français. Par sa présence territoriale dense, son accessibilité sans rendez-vous et sa relation de proximité avec les patients, le pharmacien s'impose comme un acteur de premier recours, en particulier dans les territoires sous-dotés en médecins.

L'essor de la télémédecine et la mise en place de dispositifs de téléconsultation en officine constituent des leviers puissants pour améliorer l'accès aux soins, tout en répondant aux enjeux de modernisation du système de santé. Ces innovations renforcent non seulement la continuité des soins, mais valorisent également la profession pharmaceutique en élargissant son champ de compétences.

Les témoignages d'acteurs de terrain – pharmaciens, médecins, patients – confirment une transformation tangible du parcours de soins, où la pharmacie devient un véritable lieu de santé, complémentaire des structures médicales traditionnelles. Cependant, des défis persistent, notamment en termes de reconnaissance interprofessionnelle et de rémunération des actes.

En conclusion, cette thèse démontre que l'officine, soutenue par les outils de la e-santé, n'est plus seulement un lieu de délivrance de médicaments, mais un pivot incontournable d'une santé de proximité, plus humaine, réactive et adaptée aux réalités contemporaines. La poursuite de cette dynamique nécessite un engagement fort des pouvoirs publics, une collaboration interdisciplinaire renforcée, et une adaptation continue aux besoins des populations.

À ce titre, le modèle de régulation démographique appliqué aux pharmaciens d'officine, fondé sur une implantation encadrée en fonction de critères de densité de population, pourrait inspirer une réforme plus ambitieuse concernant les médecins. Plutôt que de contraindre les jeunes médecins à s'installer dans des zones sous-dotées, une alternative équilibrée consisterait à interdire l'installation dans les zones déjà sur-dotées, afin de favoriser une répartition plus équitable et cohérente sur l'ensemble du territoire. Ce type de mesure, fondé sur un objectif d'aménagement sanitaire du territoire, permettrait de répondre plus efficacement aux déséquilibres persistants.

À l'heure où le système de santé français est confronté à des enjeux majeurs – vieillissement de la population, explosion des pathologies chroniques, désertification médicale et évolution des attentes citoyennes – le pharmacien apparaît plus que jamais comme un acteur clé d'un modèle de soins renouvelé.

BIBLIOGRAPHIE

1. Dalmat Y-M. Déserts médicaux : le pharmacien pour remplacer le médecin ? Option Bio. 2021 sept;(639-640):4
2. Dalmat Y-M. Déserts médicaux : pas d'amélioration en vue avant 2030. Option Bio. 2024 janv-fév;(681-682):5.
3. Queneau P, Ourabah R; au nom du groupe de travail de l'Académie nationale de médecine. Rapport 23-11. Les zones sous-denses, dites « déserts médicaux », en France. États des lieux et propositions concrètes. Bull Acad Natl Med. 2023;207(6):860-871. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0001407923001826>
4. Loi santé du 24 juillet: un nouveau vocabulaire santé
5. Vergier N, Chaput H, en collaboration avec Lefebvre-Hoang I. Déserts médicaux : comment les définir ? comment les mesurer ? DREES. Études et résultats. 2017 mai;(N°17):1-52. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-08/dd17.pdf>
6. Dalmat Y-M. Statut emploi-retraite pour les médecins : une solution aux déserts médicaux ? Option Bio. 2019 oct;(605-606):4-5
7. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Atlas de la démographie médicale en France. Paris: CNOM; Janvier 2022 / Janvier 2023 / Janvier 2024
8. Dalmat Y-M. Installation de médecins dans les déserts médicaux. Option Bio. 2020 sept;(621-622):6.
9. Statista. Taux de suicide en France par région en 2016 <https://fr.statista.com/statistiques/807452/suicide-taux-france-par-region/>
10. Mrozovski J-M. Les pharmaciens et le premier recours. Actual Pharm. 2021 janv;(602):54-55.
11. Cyclamed. Le pharmacien, un acteur de proximité dans la prise en charge des soins non programmés. 2023 <https://www.cyclamed.org/le-pharmacien-un-acteur-de-proximite-dans-la-prise-en-charge-des-soins-non-programmes/>
12. Sénat. Déserts médicaux : l'État doit enfin prendre des mesures courageuses ! Rapport d'information n° 282 (2019-2020) Paris: Sénat; 2020 févr https://www.senat.fr/rap/r19-282/r19-282_mono.html
13. Santé sur le Net. Le pharmacien, professionnel de santé de premier recours [Internet]. 2023 <https://www.sante-sur-le-net.com/le-pharmacien-professionnel-de-sante-de-premier-recours/>
14. Monnier A, Jacolin C, Martel-Côté N, Côté-Sergerie C, Bussières J-F. On a besoin d'un pharmacien plus que jamais... en êtes-vous convaincus ? Pharm Clin. 2023 déc;58(84):370-371
15. Bréon L. L'officine, un lieu de santé au plus proche des patients. Actual Pharm. 2022 juin;(617):24-26.
16. Wilcke C, Parenty L, Zamolo H, Sarkozy F. Les pharmaciens d'officine sont aussi des acteurs du 1er recours. Résultats de l'enquête demandes de soins non programmés dans les officines du Grand Est. Ann Pharm Fr. 2023;81(4):380-388.
17. Apaire-Marchais V. Vaccination à l'officine : une nouvelle mission pour l'équipe officinale. Actual Pharm. 2022 3e trim;Supplément préparateur n 618:7
18. Cattin M. Les perspectives d'évolution du métier de pharmacien d'officine dans un contexte de désertification médicale [thèse]. Grenoble: Université Grenoble Alpes; 2024 https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04412572/file/2024GRAL7002_cattin_margot_dif.pdf

19. Peyramaure S. Les nouvelles missions du pharmacien d'officine : quelles opportunités pour l'industrie pharmaceutique ? [mémoire]. Cergy: ESSEC Business School; 2015.
20. Lassalle C, Bordet R, Denis G, et al. Un nouveau dispositif d'accompagnement du patient en officine : le bilan partagé de médication. *Ann Pharm Fr.* 2019;77(5):349-356. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0003450918301901>
21. Vidal. Délivrance des médicaments après expiration de l'ordonnance : la durée passe de 1 à 3 mois [Internet]. 2023 avr <https://www.vidal.fr/actualites/31079-delivrance-des-medicaments-apres-expiration-de-l-ordonnance-la-duree-passe-de-1-a-3-mois.html>
22. Mrozovski J-M. Accompagner les patients à l'officine. *Actual Pharm.* 2017 mars;(564):25-28.
23. Mrozovski J-M. Valoriser le rôle de dispensateur du pharmacien d'officine. *Actual Pharm.* 2020 avr-mai;(595-596)
24. Bouchaud L, Bluze E, Dussart C, Massoubre B, Boulliat C. Le rôle du pharmacien en officine et en pharmacie hospitalière dans la prévention en santé publique en France. *Ann Pharm Fr.* 2022;80(6):769-777
25. Morvan L. Pharmacien d'officine, un métier de communication. *Actual Pharm.* 2017 janv;(562):18-21.
26. Cousin T. Déploiement de la télémédecine en France, des opportunités pour l'officine. *Actual Pharm.* 2021 juin;(607):20-25
27. Ourabah R, Cardinaud N, Carbonnel F, Babinet O. Téléconsultation, télé-expertise, télésurveillance médicale : l'apport de « Mon espace santé ». *Bull Acad Natl Med.* 2022;206(7):763-774 <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S000140792200111X>
28. Tedeschi S, Garnier L. Quelles sont les startups qui aident à lutter contre les déserts médicaux ? XAnge; 2024 juin <https://www.xange.vc/media/2024-06-les-startups-qui-aident-a-lutter-contre-les-deserts-medicaux/>
29. Observatoire des territoires. Accessibilité potentielle localisée (APL) aux médecins généralistes de moins de 65 ans . 2023 <https://www.observatoire-des-territoires.gouv.fr/accessibilite-potentielle-localisee-apl-aux-medecins-generalistes-de-moins-de-65-ans>
30. Le Hir S. La téléconsultation médicale au secours des territoires normands : quels retours d'usage ? [mémoire de master]. Rouen: Université de Rouen Normandie; 2023 <https://hal.science/hal-04106142/document>
31. Boygue T. Téléconsultation à l'officine : état des lieux, analyse des perspectives par le biais d'une enquête de terrain, réflexion sur la mise en place en Limousin [thèse d'exercice]. Limoges: Université de Limoges; 2021 <https://cdn.unilim.fr/files/theses-exercice/P20213333.pdf>
32. Babinet O, Isnard Bagnis C. Les déserts médicaux en question(s). Rennes: Hygée Éditions; 2021. 142 p. (Débats Santé Social)
33. Déploiement de la télémédecine en France, des opportunités pour l'officine
34. Brouard A. La téléconsultation en pharmacie d'officine : vers une nouvelle dynamique de la confiance ? *Rev Fr Ethique Appliquee.* 2023;14:179-188.
35. Télésoin en pharmacie et protection des données des patients
36. Présentation_Corporate_TESSAN_2024.pdf
37. Livre blanc médecin généraliste Tessan 2024
38. Ohannessian R, Salmon J. Enquête nationale sur la téléconsultation auprès de la population générale et des médecins. Paris: Laboratoire d'Études en Télémédecine (LET); 2024

39. Piermé JP, éditeur. *Guide de la télémedecine : Le rôle de la télémedecine dans l'organisation des soins*. Paris : Les Entreprises de Télémedecine (LET) ; 2024 juil 18
40. Les Entreprises de Télémedecine (LET). Dossier de presse : étude LET 3 – Première étude inter-entreprises sur la téléconsultation [Internet]. Paris : LET ; 2022 juin <https://lesentel.org/wp-content/uploads/2022/06/Dossier-de-presse-etude-LET-3.pdf>
41. MACSF. Accès aux soins : des inégalités géographiques et financières [Internet]. Paris : MACSF ; 2024 déc
42. Dalmat YM. Zones blanches médicales, l'autre nom des déserts médicaux. *Option/Bio*. 2023;34(663-664):4.

ENGAGEMENT DE NON PLAGIAT

Je, soussigné (e) MONNE Justine

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

N° Étudiant : 21701886

N° Thèse : 34

Nom et Prénom : MONNE Justine

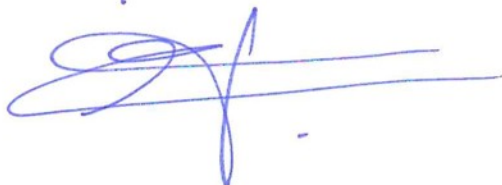
Sujet : Comment les déserts médicaux ont-ils conduit à la revalorisation du rôle du pharmacien par l'ajout de nouvelles missions ?

Focus sur l'intégration de la télémedecine dans cette évolution.

Tours, le : 11 Juin 2025

Le(s) Directeur(s) de Thèse : Nom(s) et signature(s)

M. JOSSE



Vu et Transmis :

Le Doyen

Le directeur de la Faculté
des Sciences Pharmaceutiques

Pr Denys BRAND



MONNE JUSTINE N° 34

TITRE DE LA THÈSE

Comment les déserts médicaux ont-ils conduit à la revalorisation du rôle du pharmacien par l'ajout de nouvelles missions ? Focus sur l'intégration de la télémédecine dans cette évolution.

RÉSUMÉ DE LA THÈSE

Face à la problématique croissante de la désertification médicale en France, marquée par une inégale répartition des professionnels de santé sur le territoire, cette thèse explore le rôle stratégique des pharmaciens d'officine dans l'amélioration de l'accès aux soins. L'étude débute par une analyse approfondie des origines et des conséquences de ce phénomène, notamment le vieillissement des médecins, le manque d'attractivité des zones rurales et périurbaines, et la concentration des praticiens en milieu urbain. Cette situation a conduit à une aggravation des inégalités territoriales en matière de santé, compromettant le suivi des patients et favorisant le renoncement aux soins.

Dans ce contexte, la profession officinale a connu une évolution significative, soutenue par diverses réformes législatives telles que la loi HPST. Ces changements ont conduit à l'élargissement des missions du pharmacien, le positionnant comme un acteur clé de la santé publique. La thèse met en lumière ces nouvelles prérogatives, notamment la vaccination en officine, les tests rapides d'orientation diagnostique (TROD), la dispensation protocolisée de certains traitements, l'éducation thérapeutique du patient (ETP), ainsi que les bilans de prévention.

L'intégration de la télémédecine constitue également un levier essentiel pour renforcer ces missions. En facilitant la téléconsultation au sein des officines, elle permet de pallier le manque de médecins dans les zones sous-dotées, tout en créant de la valeur pour les patients, les professionnels de santé et le système de santé dans son ensemble.

Enfin, une enquête qualitative auprès de différents acteurs (pharmaciens, médecins, patients) apporte un éclairage sur les expériences vécues et les perceptions liées à ces évolutions. Ces témoignages soulignent l'importance de la coopération interprofessionnelle et la nécessité de renforcer la formation et la coordination entre les acteurs de santé pour optimiser le parcours de soins.

Ainsi, cette thèse démontre que la valorisation du rôle des pharmaciens, en synergie avec la télémédecine, constitue une réponse pertinente et efficace face aux défis posés par la désertification médicale, contribuant à garantir une meilleure accessibilité aux soins pour l'ensemble de la population.

MOTS-CLÉS SIGNIFICATIFS DE SON CONTENU, ATTRIBUÉS PAR LE CANDIDAT EN LIAISON AVEC LA BIBLIOTHÈQUE UNIVERSITAIRE ET LES MEMBRES DU JURY

Désertification médicale, pharmacien d'officine, nouvelles missions, télémédecine, accès aux soins, prévention, parcours de soins, coopération interprofessionnelle.

JURY

PRÉSIDENT : Mme Véronique MAUPOIL-DAVID, Pharmacien, Professeur des Universités, Faculté de Pharmacie, TOURS

MEMBRES :

M. Matthieu JUSTE, Pharmacien, Maître de Conférence des Universités, Faculté de Pharmacie, TOURS

M. Cédric GALLARD, Pharmacien titulaire, Pharmacie des Favignolles, ROMORANTIN-LANTHENAY

Mme Lisa FROISSANT, Déléguée Médicale Hospitalière en Oncologie Thoracique, Johnson & Johnson, PARIS

DATE ET LIEU DE SOUTENANCE : 6 juin 2025 - Université de Tours, Faculté de pharmacie