

ACADÉMIE D'ORLÉANS-TOURS

UNIVERSITÉ DE TOURS

FACULTE DE PHARMACIE « Philippe-Maupas »

Année 2025-2026

N° 56

THÈSE D'EXERCICE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE

Par

Bastien WILMOTTE

Présentée et soutenue publiquement le 2 juillet 2026

Etat des lieux de la collaboration interprofessionnelle engendrée par les nouvelles missions du pharmacien, illustration par le projet OSyS

JURY

Président :

Daniel ANTIER - Professeur en pharmacie clinique à la faculté de Pharmacie de Tours

Membres :

- Gaëlle GLEVAREC - Maître de conférence à la faculté de Pharmacie de Tours
- Françoise GUEGAN - Docteur en Pharmacie, titulaire de la pharmacie du Cosson à Huisseau-Sur-Cosson, présidente de l'URPS Pharmacien Centre-Val de Loire
- Bruno MEYBLUM - Docteur en Pharmacie, adjoint à la pharmacie de la Liberté à Châteaudun
- Luana MINIER - Docteur en Pharmacie, adjointe à la pharmacie Centrale de Joué-Lès-Tours

ANNEE : 2025 - 2026

Directeur : Pr Denys BRAND

Directeur Adjoint : M. Matthieu JUSTE

Assesseurs : M. Gildas PRIE, Mme Amélie FOUCAULT, Mme Emilie ALLARD-VANNIER, M. Bruno GIRAUDEAU, Mme Claire POUPLARD, Mme Audrey OUDIN, Mme GERMON Stéphanie

ENSEIGNANTS

18 PROFESSEURS D'UNIVERSITÉ

ALLARD-VANNIER	Emilie	PHARMACIE GALENIQUE
ALLOUCHI	Hassan	CHIMIE PHYSIQUE
BOUESOCQUE-DELAYE	Leslie	PHARMACOGNOSIE
BRAND	Denys	MICROBIOLOGIE
BRAIBANT	Martine	MICROBIOLOGIE
CHEVALIER	Stéphane	BIOCHIMIE GENERALE & BIOTHERAPIE
CHOURPA	Igor	CHIMIE ANALYTIQUE
CLASTRE	Marc	BIOLOGIE CELLULAIRE & BIOCHIMIE VEGETALE
DENEVAULT	Caroline	CHIMIE THERAPEUTIQUE
DIMIER-POISSON	Isabelle	PARASITOLOGIE & MYCOLOGIE MEDICALES, IMMUNITE ANTI-
DUMAS	Jean-François	BIOCHIMIE GENERALE ET BIOTHERAPIE
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
GIRAUDEAU	Bruno	SANTÉ PUBLIQUE, BIostatistique & ÉPIDÉMIOLOGIE
LANOTTE	Philippe	MICROBIOLOGIE
POUPLARD	Claire	HEMATOLOGIE

2 PROFESSEURS ÉMERITES

BARIN	Francis	MICROBIOLOGIE
THIBAUT	Gilles	IMMUNOLOGIE

31 MAITRES DE CONFÉRENCES

AUBREY	Nicolas	BIOCHIMIE GENERALE & BIOTHERAPIE
BESSON	Pierre	PHYSIOLOGIE
BIRER-WILLIAMS	Caroline	BIOLOGIE CELLULAIRE & BIOCHIMIE VEGETALE
BONNIER (disponibilité)	Franck	CHIMIE ANALYTIQUE
BORDY	Romain	PHARMACOLOGIE & TOXICOLOGIE
BREDELOUX	Pierre	PHARMACOLOGIE
DAVID	Stéphanie	PHARMACIE GALENIQUE
DEBIERRE-GROCKIEGO	Françoise	PARASITOLOGIE & MYCOLOGIE MEDICALES, IMMUNITE ANTI-
DELAYE	Pierre-Olivier	CHIMIE THERAPEUTIQUE
DOUZIECH-EYROLLES	Laurence	AFFAIRE REGLEMENTAIRE ET MANAGEMENT DE LA QUALITE

Mise à jour – octobre 2025

GERMON	Stéphanie	PARASITOLOGIE & MYCOLOGIE MEDICALES, IMMUNITE ANTI-
GLEVAREC	Gaëlle	BIOLOGIE CELLULAIRE & BIOCHIMIE VEGETALE
HERVE-AUBERT	Katel	CHIMIE ANALYTIQUE
JUSTE	Matthieu	PARASITOLOGIE & MYCOLOGIE MEDICALES, IMMUNITE ANTI-
LAJOIE	Laurie	IMMUNOLOGIE
LANNOY	Damien	GALENIQUE
LANOUE	Arnaud	BIOLOGIE CELLULAIRE & BIOCHIMIE VEGETALE
MARC	Jillian	BIOMOLECULES ET BIOTECHNOLOGIES VEGETALES
MAVEL	Sylvie	CHIMIE THERAPEUTIQUE
ODIN	Audrey	BIOLOGIE CELLULAIRE & BIOCHIMIE VEGETALE
POUPET	Cyril	BIOLOGIE CELLULAIRE & BIOCHIMIE VEGETALE
PASQUALIN	Côme	PHARMACOLOGIE
PRIE	Gildas	CHIMIE ORGANIQUE
SAHLI	Ramla	PHARMACOGNOSIE
SIEROCKI	Pierre	CHIMIE ORGANIQUE
SOUCE	Martin	CHIMIE ANALYTIQUE
VERCOUILLIE	Johnny	BIOPHYSIQUE & BIOINFORMATIQUE
VERGER	Alexis	PHARMACIE GALENIQUE
VERGOTE	Jackie	AFFAIRE REGLEMENTAIRE ET MANAGEMENT DE LA QUALITE
VIERRON	Emilie	SANTÉ PUBLIQUE, BIostatistique & ÉPIDÉMIologie
ZHANG	Bei-Li	PHARMACOLOGIE

1 MAST

CAMUS GABRIEL	Mathilde	Filière Officine
---------------	----------	------------------

1 EAST

CHOTTIN	Emilie	Pharmacologie
SENECHAL	Olivier	Pharmacologie

5 MAITRES DE CONFÉRENCES ET PRATICIENS HOSPITALIERS

FOUCAULT-FRUCHARD	Laura	PHARMACIE CLINIQUE
FOUCAULT	Amélie	HEMATOLOGIE
MARLET	Julien	MICROBIOLOGIE
POUPIN	Pierre	SANTÉ PUBLIQUE, BIostatistique & ÉPIDÉMIologie
VEYRAT DUREBEX	Charlotte	BIOCHIMIE CLINIQUE

3 AHU (Assistant Hospitalier Universitaire)

BOULARD	Pierre	IMMUNOLOGIE
DOUEZ	Emmanuel	PHARMACIE GALENIQUE
TULOUP	Vianney	PHARMACIE CLINIQUE

2 ATER

DUSSART	Romain	CHIMIE ANALYTIQUE
PIATELLI	Emma	MICROBIOLOGIE - BACTERIOLOGIE

1 PRAG

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

1 CONTRAT D'ENSEIGNEMENT

THIERNEY	Mégane	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 : 02/07/2026

L'étudiant

Bastien Wilmotte

*Le Doyen de la Faculté
Professeur Denys BRAND*

Remerciements

A Mme Françoise Guegan, merci d'avoir dirigé et relu cette thèse en essayant toujours de vous rendre disponible malgré votre emploi du temps chargé.

A Mme Gaëlle Glevarec, merci d'avoir accepté la co-direction de ma thèse et pour votre bienveillance tout au long de mon parcours étudiant.

A Mr Daniel Antier, merci d'avoir accepté la présidence de mon jury de thèse et pour tous vos enseignements.

A mes Docteurs préférés Bruno et Luana, merci de m'avoir fait le plaisir d'intégrer mon jury de thèse.

A l'URPS pharmacien Centre-Val de Loire, merci pour votre grande aide, et tout particulièrement à Marion Richaume sans qui ce travail n'aurait tout simplement pas été possible.

A Nicolas Fauquet, Solène Hemery et Marine Costedoat, merci de votre confiance et d'avoir pris de votre temps pour répondre à mes questions.

Aux URPS Pharmaciens de Bretagne, de Corse et d'Occitanie, merci pour votre aide dans la transmission de mon questionnaire.

A la pharmacie de Saint-Martin d'Abbat, un grand merci à Elise Richard pour sa confiance et son temps tout au long de mon stage de 6ème année, et merci à Léa, Elodie et Laura pour votre bel accueil.

A la pharmacie de Vitry-Aux-Loges, merci pour votre soutien et votre positivité dans les démarches de cette thèse car j'en avais bien besoin !

A Zouz, Célia, Cham, Justine, et Mattéo, sans vous mes années Pharma n'auraient pas été aussi belles, merci pour tous ces bons moments que je n'oublierais jamais. Merci à nos chefs bien sûr (Jadou, Léa, Hugo, Marjo, Marine et Marthe vous êtes les boss) et ma fillotte (coucou Karimène). A tout le TP6 (les meilleurs) et Officina (les meilleurs aussi) des gros bisous !

A tous les copains officinaux (Chachou, Chantal, Bruno, Luana, Nico, Clémence, et David) merci pour toutes ces années (et ces cueillettes de champignons mémorables).

A papa, maman, Manon, tata, tonton, et mamie, merci d'avoir toujours été là pour moi, je sais que je pourrai toujours compter sur vous ! Je vous aime fort ! Et gros câlins à Titi et Sushi mes peluches anti-stress préférées <3

A Louise, merci de toujours être de bonne humeur (ou presque), de me faire rire, de me rassurer quand je doute et juste d'être là. C'est un vrai bonheur de partager ma vie avec toi, je t'aime fort mon boubou.

Table des matières

Liste des abréviations.....	11
Liste des figures.....	12
Liste des tableaux.....	14
Introduction.....	15
1. Évolution des pratiques professionnelles et de l'image du pharmacien d'officine.....	17
1.1. Le pharmacien, un acteur de santé de première ligne en termes de prévention et d'accès aux soins.....	18
1.1.1. Vaccination.....	18
1.1.1.1. La vaccination en pratique.....	18
1.1.1.2. Retours sur cette nouvelle tâche.....	19
1.1.2. Dépistage du cancer colorectal.....	21
1.1.2.1. Modalités de dispensation.....	21
1.1.2.2. En pratique.....	22
1.1.3. Infection urinaire simple.....	23
1.1.3.1. Une nouvelle réglementation.....	24
1.1.3.2. Des retours mitigés.....	25
1.1.4. Bilan prévention.....	26
1.1.4.1. Le bilan prévention en pratique.....	27
1.1.4.2. Les retours sur cette nouvelle tâche.....	28
1.2. L'accompagnement thérapeutique au cœur des nouvelles missions du pharmacien.....	29
1.2.1. Sécurisation et bon usage du médicament : les entretiens pharmaceutiques.....	29
1.2.1.1. Les entretiens en pratique.....	30
1.2.1.2. Les retours sur ces nouvelles tâches.....	33
1.2.2. Pharmacien correspondant.....	34
1.2.2.1. Le pharmacien correspondant en pratique.....	34
1.2.2.2. Les retours sur cette nouvelle mission.....	36
1.2.3. Téléconsultation en officine.....	37
1.2.3.1. La téléconsultation en pratique.....	37
1.2.3.2. Bilan sur cette nouvelle mission.....	38
1.3. Conclusion.....	39
2. Le pharmacien au cœur de l'interprofessionnalité : vers une approche collaborative des soins....	41
2.1. Une approche collective des soins pour une prise en charge renforcée des patients.....	42
2.1.1. Les Unions Régionales des Professionnels de Santé.....	42
2.1.1.1. Présentation et objectifs.....	42
2.1.1.2. Les missions.....	43
2.1.1.3. La coordination inter-URPS en région.....	44
2.1.1.4. Les URPS Pharmaciens.....	45
2.1.2. Le pharmacien dans les structures d'exercice coordonné.....	46
2.1.2.1. Les différents types de structures.....	46
2.1.2.2. Place et intérêts de ces structures pour le pharmacien d'officine.....	50
2.1.2.3. Limites et difficultés des structures d'exercice coordonné.....	52
2.2. Innovations et supports pour accompagner le pharmacien dans son rôle interprofessionnel.....	53
2.2.1. Optimiser les échanges interprofessionnels avec des supports numériques dédiés.....	53

2.2.1.1. Le dossier pharmaceutique.....	53
2.2.1.2. Le dossier médical partagé.....	56
2.2.1.3. Messagerie sécurisée de santé.....	59
2.2.2. Initiatives locales pour favoriser la continuité des parcours médicamenteux.....	61
2.2.2.1. HospiVille : conciliation médicamenteuse et transition ville-hôpital.....	62
2.2.2.2. Globule : une application territoriale de coordination et suivi patient en ville.....	65
2.3. Conclusion.....	67
3. Etude de cas : le projet OSyS, un catalyseur de collaboration interprofessionnelle.....	69
3.1. Le projet OSyS, une initiative de restructuration du parcours de soins.....	70
3.1.1. Présentation du projet.....	70
3.1.1.1. Définition et cadre institutionnel.....	70
3.1.1.2. Origine et inspirations du projet.....	70
3.1.1.3. Déroulement en pratique.....	71
3.1.1.4. Buts et objectifs.....	71
3.1.2. Résultats de la phase 1.....	72
3.1.2.1. Bilan de l'activité.....	72
3.1.2.2. Satisfaction des patients et fluidification du parcours de soins.....	73
3.1.2.3. Défis rencontrés et facteurs limitants.....	73
3.1.3. Adaptation et extension de l'expérimentation avec la phase 2.....	74
3.1.3.1. Modifications apportés pour la phase 2.....	74
3.1.3.2. Extension géographique du projet.....	75
3.1.3.3. Bilan de l'activité dans les quatre régions expérimentatrices.....	75
3.1.3.4. L'avenir du projet : Évaluation de l'efficience et perspectives de généralisation....	76
3.2. Enquête auprès des pharmaciens participants au projet.....	77
3.2.1. Matériel et méthode.....	78
3.2.1.1. Élaboration du questionnaire.....	78
3.2.1.2. Population cible et modalités de diffusion.....	78
3.2.1.3. Période de recueil et caractéristiques de la participation.....	79
3.2.2. Résultats du questionnaire.....	79
3.2.2.1. Données démographiques.....	80
3.2.2.2. Considération des médecins pour le projet.....	81
3.2.2.3. Collaboration engendrée par le projet.....	87
3.2.2.4. Evolution de l'image du pharmacien d'officine avec OSyS.....	92
3.2.3. Discussion.....	97
3.2.3.1. Discussion des résultats.....	97
3.2.3.2. Discussion de la méthode.....	103
3.3. Enquête auprès des médecins.....	109
3.3.1. Méthodologie et limites de l'étude.....	109
3.3.2. Retours d'expérience et perception du dispositif par les praticiens.....	110
3.3.3. La dynamique interprofessionnelle selon les territoires.....	110
3.3.4. Comparaison avec l'étude menée auprès des pharmaciens.....	111
3.4. Conclusion.....	112
Conclusion générale.....	115
Annexes.....	117
Bibliographie.....	131

Liste des abréviations

- ACI : Accord Conventionnel Interprofessionnel
- ALD : Affection de Longue Durée
- ANS : Agence du Numérique en Santé
- AOD : Anticoagulants Oraux Directs
- ARS : Agence Régionale de Santé
- AVK : Anti-vitamine K
- BPM : Bilan Partagé de Médication
- CdS : Centre de Santé
- CIP : Collaboration Interprofessionnelle
- CNAM : Caisse Nationale d'Assurance Maladie
- CNOP : Conseil National de l'Ordre des Pharmaciens
- CPS : Carte de Professionnel de Santé
- CPTS : Communauté Professionnelle Territoriale de Santé
- DMP : Dossier Médical Partagé
- DP : Dossier Pharmaceutique
- DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
- e-CPS : Carte de Professionnel de Santé électronique
- ESP : Equipe de Soins Primaires
- HPST : Hôpital, Patients, Santé, Territoires
- LAD : Logiciel d'Aide à la Dispensation
- LFSS : Loi de Financement de la Sécurité Sociale
- LGO : Logiciel de Gestion d'Officine
- MSP : Maison de Santé Pluriprofessionnelle
- MSSanté : Messagerie Sécurisée de Santé
- OMS : Organisation Mondiale de la Santé
- ONP : Ordre National des Pharmaciens
- OSyS : Orientation dans le Système de Soins
- PHSQ : Pharma Système Qualité
- PPP : Plan Personnalisé de Prévention
- PUI : Pharmacie à Usage Intérieur
- ROSP : Rémunération sur Objectif de Santé Publique
- SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente
- SEC : Structure d'exercice coordonné
- SISA : Société Interprofessionnelle de Soins Ambulatoires
- TROD : Test Rapide d'Orientation Diagnostique
- TVA : Taxe sur la Valeur Ajoutée
- URPS : Union Régionale des Professionnels de Santé
- ZAC : Zone d'Action Complémentaire
- ZIP : Zone d'Intervention Prioritaire

Liste des figures

Figure 1 : Schéma représentant les forces et la multiplicité des missions du pharmacien d'officine.....	40
Figure 2 : Les 10 étapes du parcours patient dans le projet OCTAVE.....	63
Figure 3 : Schéma représentant tous les acteurs avec lesquels interagit la pharmacie d'officine.....	68
Figure 4 : Dans quelle région exercez-vous ?.....	80
Figure 5 : Proportion de répondants par rapport au nombre de pharmacies concernées dans chaque région.....	81
Figure 6 : Sur une échelle de 0 à 10, à combien estimez-vous l'intérêt porté par les médecins au projet avant le début de l'expérimentation ?.....	82
Figure 7 : Sur une échelle de 0 à 10, à combien estimez-vous l'intérêt porté par les médecins au projet après un an d'expérimentation ?.....	82
Figure 8 : Comparaison des moyennes selon les régions de l'intérêt des médecins d'après les pharmaciens avant et après le début d'OSyS.....	83
Figure 9 : Comment sont les retours que vous avez reçu de la part des médecins concernant ce projet ?.....	84
Figure 10 : Nature des retours médecins sur OSyS reçus par les pharmaciens en Bretagne.....	85
Figure 11 : Nature des retours médecins sur OSyS reçus par les pharmaciens dans les nouvelles régions expérimentatrices.....	85
Figure 12 : Selon vous, pour quelles raisons les médecins auraient des réticences à l'égard du projet OSyS ?.....	86
Figure 13 : La prise en charge d'un patient dans le cadre du dispositif a-t-elle conduit à un échange avec un médecin qui n'aurait pas eu lieu sans OSyS ?.....	88
Figure 14 : Pensez-vous que des projets comme OSyS contribuent à l'amélioration de la relation médecin-pharmacien en termes de collaboration interprofessionnelle ?.....	89
Figure 15 : Réponses des pharmaciens bretons à la question : "Pensez-vous que des projets comme OSyS contribuent à l'amélioration de la relation médecin-pharmacien en termes de collaboration interprofessionnelle ?"	90

Figure 16 : Réponses des pharmaciens d’Occitanie, Centre-Val de Loire et Corse à la question : “Pensez-vous que des projets comme OSyS contribuent à l’amélioration de la relation médecin-pharmacien en termes de collaboration interprofessionnelle ?”	91
Figure 17 : Diriez-vous que la perception du métier de pharmacien de la part des médecins s'est améliorée depuis la mise en place d’OSyS ?.....	93
Figure 18 : Réponses des pharmaciens bretons à la question : “Diriez-vous que la perception du métier de pharmacien de la part des médecins s'est améliorée depuis la mise en place d’OSyS ?”	94
Figure 19 : Réponses des pharmaciens d’Occitanie, Centre-Val de Loire et Corse à la question : “Diriez-vous que la perception du métier de pharmacien de la part des médecins s'est améliorée depuis la mise en place d’OSyS ?”	95
Figure 20 : Trouvez-vous que le projet OSyS contribue à l’amélioration de l’image du pharmacien d’officine auprès des patients ?.....	96
Figure 21 : Diriez-vous que ce projet a amélioré votre satisfaction professionnelle ?.....	97

Liste des tableaux

Tableau 1 : Eléments facilitateurs et obstacles à la prescription par les pharmaciens d'officine.....	26
Tableau 2 : Rémunération totale annuelle des pharmaciens selon le type d'entretien.....	32
Tableau 3 : Récapitulatif de l'organisation des principales structures d'exercice coordonné.....	49

Introduction

Pénurie de soignants, désertification médicale, engorgement des urgences, manque de structures d'accueil, vieillissement de la population... Depuis plusieurs années, la qualité du système de santé français est fragilisée en raison des difficultés croissantes de l'accès aux soins pour la population. Cependant, comme le rappelle l'organisation mondiale de la santé (OMS), « la possession du meilleur état de santé possible constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain ». (1)

C'est donc dans le but d'améliorer l'organisation globale de l'offre de soins qu'a été promulguée la loi HPST (hôpital, patients, santé, territoires) en 2009. Cette dernière regroupe plusieurs axes principaux :

- La modernisation des établissements publics de santé, englobant le fonctionnement, l'organisation, la qualité des soins, la sécurité des patients, la coopération et la performance ;
- L'amélioration de l'accès aux soins sur l'ensemble du territoire ;
- La prévention et la promotion de la santé publique ;
- L'organisation territoriale du système de santé, avec la création des agences régionales de santé (ARS), la mise en œuvre d'une politique régionale de santé et le développement des systèmes d'information. (2)

Suite à cette réforme, tous les professionnels de santé ont vu leur métier évoluer pour répondre à cette problématique. C'est tout le parcours de soins du patient qui est repensé. Ce sont désormais les professionnels de santé qui gravitent autour du patient et non l'inverse.

Parmi eux, les pharmaciens d'officine qui sont au cœur du parcours sont sans doute les plus touchés. En effet, de par leurs compétences et leur facilité d'accès - environ 4 millions de personnes entrent dans une officine chaque jour en France - ils constituent un véritable soutien à l'amélioration de l'offre de soins. Les pharmaciens se sont donc vu attribuer de plus en plus de nouvelles missions, affirmant leur place de professionnel de santé à part entière. (3)

Tout cela implique une collaboration accrue des pharmaciens avec les autres acteurs de santé pour encadrer au mieux le parcours de soins du patient, et donc de nombreux changements dans la pratique du métier que nous aborderons tout au long de ce travail de thèse.

1. Évolution des pratiques professionnelles et de l'image du pharmacien d'officine

La désertification médicale, exacerbée par la baisse du nombre de médecins généralistes dans certaines régions, a conduit les pharmaciens d'officine à assumer des responsabilités autrefois réservées aux médecins. Ces nouvelles attributions permettent de libérer du temps aux médecins pour qu'ils se consacrent à des tâches diagnostiques et thérapeutiques plus complexes, tout en garantissant une prise en charge de proximité pour les patients. Cela concerne par exemple des actes tels que la délivrance de médicaments sous protocole, la réalisation de bilans de médication, d'entretiens pharmaceutiques ou la vaccination.

Ces changements s'inscrivent dans une dynamique impulsée notamment par la loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires (HPST), qui encourage une collaboration optimisée entre les différents professionnels de santé.

La pandémie Covid-19 a également marqué un tournant dans la reconnaissance des pharmaciens d'officine en tant que professionnels de santé essentiels. Leur capacité à s'adapter rapidement et efficacement à une crise sanitaire d'une telle ampleur a souligné l'importance de leur rôle dans le système de santé, et renforcé leur image auprès des patients et des institutions. En attribuant de nouvelles responsabilités aux pharmaciens, comme la participation à la campagne vaccinale, le dépistage, ou encore l'information sanitaire, leur rôle s'est considérablement élargi. Cette revalorisation a permis au grand public de prendre en partie conscience de l'évolution de la profession. (4)

L'élargissement des missions des pharmaciens constitue une véritable avancée, mais pose également des défis organisationnels et relationnels. La mise en place de nouveaux services pharmaceutiques bouscule les habitudes traditionnelles de l'officine. Trouver un équilibre entre le développement des responsabilités et la préservation de la stabilité de l'environnement professionnel devient crucial. Par ailleurs, la relation médecin-pharmacien joue un rôle clé dans ce processus. Une coopération étroite et une communication claire sont nécessaires pour assurer la complémentarité des missions. Ce partenariat, bien que prometteur, doit surmonter certaines résistances et s'appuyer sur un cadre réglementaire défini pour garantir une collaboration harmonieuse.

1.1. Le pharmacien, un acteur de santé de première ligne en termes de prévention et d'accès aux soins

1.1.1. Vaccination

Après le succès de la vaccination par les pharmaciens d'officine lors de la pandémie de COVID-19, le décret n°2023-736 publié le 8 août 2023 élargit grandement les compétences vaccinales de ces derniers. Ils peuvent désormais administrer mais également prescrire tous les vaccins du calendrier vaccinal tel que présenté dans l'annexe 1. (5)

1.1.1.1. La vaccination en pratique

1.1.1.1.1. Quelles sont les conditions requises ?

Pour avoir l'autorisation de prescrire les vaccins, les pharmaciens d'officine doivent au préalable suivre une formation d'une durée de 10h30, et pour l'administration des vaccins, une autre formation de 7h est nécessaire. En plus de cela, il est obligatoire de déclarer l'activité vaccinale auprès du conseil national de l'ordre des pharmaciens (CNOP). (6)

1.1.1.1.2. Quels sont les vaccins concernés ?

Tous les vaccins du calendrier vaccinal peuvent être prescrits et administrés par le pharmacien pour les patients de 11 ans et plus : diphtérie, tétanos, poliomyélite, coqueluche, papillomavirus humains (HPV), pneumocoque, grippe saisonnière, hépatite A et B, VRS, infections invasives à méningocoque, zona et rage (en préexposition).

Les pharmaciens peuvent faire de même avec les vaccins vivants atténués : rougeole, oreillons, rubéole et varicelle. Ils n'ont cependant pas le droit de les prescrire chez les personnes immunodéprimées. La prescription et l'administration de tous ces vaccins ne peut évidemment se faire que lorsque la situation du patient correspond aux recommandations du calendrier vaccinal en vigueur. (6)

1.1.1.1.3. *Comment s'effectue la traçabilité ?*

Pour l'aspect législatif, le pharmacien enregistre le vaccin qu'il a administré dans l'ordonnancier informatique avec sa date d'administration et son numéro de lot.

Les informations transmises au patient sur l'acte de vaccination seront inscrites dans le carnet de santé, le carnet de vaccination ou l'espace santé du patient. Si cela n'est pas possible, le pharmacien délivre une attestation de vaccination et peut - sous réserve de consentement du patient - en informer son médecin traitant par messagerie sécurisée de santé. (7,8)

1.1.1.1.4. *Quelle est la rémunération ?*

La rémunération actuelle en vigueur octroyée par l'article L.162-16-1 du Code de la sécurité sociale est de :

- 7,50 € pour l'administration seule du vaccin (lorsque le vaccin ne nécessite pas de prescription obligatoire, ou que le patient possède déjà une prescription médicale).
- 9,60 € pour la prescription et l'administration du vaccin

La prescription seule du vaccin (sans son administration) est possible mais n'est pas rémunérée par l'Assurance Maladie (et n'est donc pas facturable). Le pharmacien sera rémunéré uniquement s'il réalise aussi l'injection après avoir prescrit le vaccin. (9)

1.1.1.2. Retours sur cette nouvelle tâche

1.1.1.2.1. *Du côté des professionnels de santé*

D'après une enquête réalisée en 2023 dans le travail de thèse *Vaccination par le pharmacien à l'officine : état des lieux en France* (Marie Revet, 2024) sur 73 pharmacies, 90,3 % d'entre elles pratiquaient l'administration des vaccins autorisés et 64,4 % la proposent de manière systématique. Les obstacles rencontrés par les pharmaciens ne proposant pas systématiquement la vaccination étant respectivement : les difficultés organisationnelles internes, l'oubli ou manque de connaissances, et le conflit avec les autres professionnels de santé qui vaccinent. (10)

Du côté des pharmaciens, cette nouvelle mission est donc plutôt bien accueillie même si des éléments comme le manque de temps, de rémunération et de connaissances se font ressentir. On peut néanmoins penser que les pharmacies vont s'organiser pour relever ce défi.

Cependant, un élément important est ressorti lors de ce sondage : le conflit avec les autres professionnels de santé vaccinateurs. En effet, les syndicats infirmiers et médecins constatent un manque à gagner et revendiquent le droit de détenir un stock de vaccins dans leur cabinet. Dans un sondage réalisé en 2023 par un syndicat infirmier, les 1964 infirmiers répondants estiment à 11,8 % le nombre de patients revenant se faire vacciner auprès d'eux après la délivrance de la dose en pharmacie (ce chiffre n'étant qu'une estimation de leur part puisque aucune donnée chiffrée n'est disponible à ce sujet). (11–13)

La prescription par les pharmaciens freine également les médecins qui déclarent craindre que certaines indications vaccinales ne soient pas respectées et qu'il y ait des défauts de traçabilité. Ils soulignent donc l'importance de la formation préalable et de leur sollicitation lorsque cela est nécessaire. (14)

Tout cela n'empêche pas la majorité des professionnels de santé d'accepter cette nouvelle mission à l'image de la FNI (fédération nationale des infirmiers) : « la FNI, qui croit à l'interprofessionnalité, se réjouit de constater que les professionnels de santé libéraux travaillent davantage en harmonie qu'en se tirant dans les pattes. » (15)

1.1.1.2.2. Du côté des patients

Cette évolution permet aux patients de bénéficier d'une prise en charge simplifiée et de proximité, notamment pour des vaccins tels que ceux contre la grippe saisonnière ou la Covid-19. La possibilité de se faire vacciner directement en officine, sans nécessité de consulter préalablement un médecin, est perçue comme un gain de temps et une commodité accrue. Cependant, certaines réserves subsistent, notamment concernant la capacité des pharmaciens à gérer des situations médicales complexes ou des réactions indésirables potentielles. Certains patients expriment également des préoccupations quant à la confidentialité et à la qualité du suivi post-vaccinal en officine. (16)

L'étude *PharmaCoVax* (Piroux et Faure, 2021) menée sur 5733 patients, a évalué la satisfaction des patients ayant reçu une vaccination contre la COVID-19 en pharmacie en France. Les résultats indiquent un taux de satisfaction exceptionnellement élevé, avec une note moyenne de 4,92 sur 5. Ces chiffres témoignent de la confiance accordée aux pharmaciens et de l'appréciation des patients pour la possibilité de se faire vacciner en officine. La proximité, la disponibilité et la compétence des pharmaciens sont autant de facteurs contribuant à cette satisfaction.

Il est également notable que 59 % des personnes vaccinées en pharmacie avaient déjà reçu leur vaccination antigrippale dans la même officine, ce qui souligne la continuité des soins et la fidélité des patients envers leur pharmacien. Cette satisfaction élevée est un signe encourageant concernant l'élargissement des services offerts par les pharmaciens, consolidant leur rôle en tant qu'acteurs clés de la santé publique. (17)

Pour ce qui est de la prescription et de l'administration des autres vaccins du calendrier, il existe encore peu de données sur leurs applications et leurs impacts. Dans le sondage *Vaccination par le pharmacien à l'officine : état des lieux en France* (Marie Revet, 2024) réalisé en 2023 sur 274 patients, 41,3 % des patients déclarent ne pas être au courant de l'extension de la prescription et l'administration à tous les vaccins du calendrier. Il faudra du temps pour évaluer pleinement les effets de cette nouvelle pratique et recueillir l'avis des patients. (16)

1.1.2. Dépistage du cancer colorectal

Le cancer colorectal touche environ 48000 nouvelles personnes en France chaque année, ce qui fait de lui le 3ème cancer le plus fréquent. En plus de cela, il est la 2ème cause de mortalité par cancer, alors que son diagnostic précoce à l'aide du dépistage permettrait de guérir 9 cancers sur 10. Faciliter l'accès au dépistage est donc crucial, c'est pourquoi depuis le 1er avril 2022 les pharmaciens d'officine sont autorisés à remettre le kit de dépistage aux patients. (18–20)

1.1.2.1. Modalités de dispensation

1.1.2.1.1. *Comment s'effectue la délivrance ?*

Pour pouvoir délivrer le kit de dépistage, le pharmacien doit avoir suivi une formation spécifique en présentiel, en visioconférence, ou en e-learning. (21)

Une fois formé, le pharmacien a l'autorisation de remettre un kit de dépistage à toute personne âgée de 50 à 74 ans se présentant à l'officine avec ou sans courrier d'invitation, et cela tous les deux ans. Le pharmacien va d'abord informer le patient sur le dépistage du cancer colorectal et son importance, puis il va vérifier l'éligibilité du patient en utilisant un auto-questionnaire (disponible en annexe 2). Si le patient ne présente pas de facteurs de risques et n'a pas eu d'examens médicaux dissuadant la réalisation du dépistage, alors le pharmacien peut dispenser le kit en informant la personne des limites du test, des suites éventuelles et de la conduite à tenir en cas de résultat positif. (19,22,23)

1.1.2.1.2. Comment s'effectue la traçabilité ?

Lorsqu'il remet le kit de dépistage, le pharmacien s'occupe de remplir la fiche d'identification où figurent les informations du médecin traitant et l'étiquette avec les coordonnées du patient qu'il colle sur le flacon de prélèvement. Puis il informe le médecin traitant de la remise d'un kit de dépistage par messagerie sécurisée (avec l'accord du patient), ou en faisant figurer cela dans l'espace santé du patient. (23)

Les résultats du test sont transmis au médecin figurant sur la fiche d'identification et au centre régional de coordination des dépistages des cancers (CRCDC) par courrier ou messagerie sécurisée. Le patient reçoit également un SMS avec son résultat, et un courrier avec la conduite à tenir s'il est positif. (20,23,24)

1.1.2.1.3. Quelle est la rémunération ?

Depuis le 1er janvier 2024, le pharmacien est rémunéré 3 € au moment de la facturation du test, et si le patient effectue le dépistage à la suite de la remise du kit, il est rémunéré 2 € de plus, soit 5 € au total. Le but étant de motiver les pharmaciens à non seulement délivrer le kit mais aussi à encourager son utilisation. (20)

1.1.2.2. En pratique

Le rôle bénéfique du pharmacien dans la réalisation du test de dépistage du cancer colorectal avait déjà été démontré dans le *projet Deco* suivant l'évolution du taux de réalisation du test en Corse en 2017 pour 17 pharmacies. Celui-ci a atteint 36 % de réalisation lorsqu'il était délivré dans une des pharmacies participant au projet, alors que la moyenne régionale était de 9,75 %, et que la moitié des médecins interrogés était opposée à la diffusion du kit en officine. (25)

Dans l'enquête *Analyse des freins et leviers à la participation au dépistage du cancer colorectal* (Mangituka, 2020) réalisée sur 30 professionnels de santé (médecins généralistes, gynécologues, sage-femmes, infirmiers, pharmaciens et gastro-entérologue) et 44 patients, l'ouverture de la dispensation des kits est considérée comme un levier pour améliorer le taux de dépistage, avec 18 professionnels qui étaient favorables à cette ouverture. Les quelques médecins opposés craignaient la remise de kits à des patients pour lesquels cela n'était pas indiqué, ou encore le manque de connaissances de leur dossier médical. Ils confirment l'importance de la mise en place d'une formation adaptée. (26)

De plus, des médecins ont signalé dans le travail de thèse réalisé par Florian Biron en 2021 sur les freins au dépistage organisé du cancer colorectal interrogeant 15 médecins, des difficultés à accéder aux résultats des tests lorsque les kits sont récupérés en pharmacie, en raison de l'absence d'inscription des coordonnées du médecin traitant sur la fiche d'identification. Ces préoccupations soulignent l'importance d'une communication efficace entre les professionnels de santé. (27)

Du côté des patients, la possibilité de retirer les kits de dépistage en pharmacie est généralement bien accueillie. Cette option offre une plus grande flexibilité et facilite l'accès au dépistage, notamment pour ceux qui peuvent rencontrer des obstacles à consulter leur médecin traitant. Cela se confirme d'ailleurs par les chiffres car en 2024 les pharmaciens de la région Centre-Val de Loire ont distribué 40 900 kits, et 30% des personnes dépistées dans la région l'ont été suite à la délivrance d'un kit remis par un pharmacien. (26,28)

1.1.3. Infection urinaire simple

Depuis le 19 juin 2024, les pharmaciens d'officine sont autorisés à délivrer certains antibiotiques sans ordonnance, après réalisation d'un test rapide d'orientation diagnostique (TROD). Cela concerne les douleurs pharyngées avec un TROD qui détecte les angines à streptocoque du groupe A, mais également un TROD pour rechercher une nitriturie et une leucocyturie en cas d'infection urinaire. (29)

Cette mesure fait suite à l'expérimentation OSyS lancée en Bretagne en 2021 visant à évaluer le rôle du pharmacien dans la prise en charge de pathologies bénignes comme l'angine ou la cystite. Les résultats de l'expérimentation ont mis en évidence la pertinence de cette approche, tant en termes de bon usage des antibiotiques que de désengorgement des cabinets médicaux, et a ainsi permis de justifier et soutenir la généralisation de cette pratique sur l'ensemble du territoire.

Ce nouveau dispositif a pour but de faciliter l'accès aux soins pour des pathologies très fréquentes qui ne nécessitent pas une prise en charge complexe. Le parcours de soins, les modalités, et les avis des professionnels de santé étant similaires pour les infections urinaires et les odynophagies, j'ai donc choisi de développer uniquement la prise en charge des cystites. (30)

1.1.3.1. Une nouvelle réglementation

1.1.3.1.1. *Quelles sont les conditions requises ?*

Une formation de 4 heures est nécessaire au pharmacien pour effectuer la délivrance d'antibiotiques adaptés suite à la réalisation d'une bandelette urinaire. Mais avant de pouvoir réaliser le TROD, le pharmacien doit d'abord rechercher des critères d'exclusion d'urgence évoquant une pyélonéphrite : fièvre ou hypothermie, douleurs lombaires ou au niveau des flancs, vomissements, diarrhées ou des douleurs abdominales. Si un de ces critères est détecté, cela nécessite une consultation médicale d'urgence. (31)

Ensuite le pharmacien va éliminer tous les critères d'exclusions nécessitant une consultation médicale : sexe masculin, patiente de moins de 16 ans ou plus de 65 ans, grossesse, cystites à répétition, anomalies de l'arbre urinaire, antibiothérapie en cours... (32)

Si la patiente n'a aucun de ces critères, le pharmacien va pouvoir procéder à l'examen clinique en vérifiant la pression artérielle, la température, la fréquence cardiaque et la fréquence respiratoire. En cas d'examen clinique normal et avec l'accord de la patiente, une bandelette urinaire peut être effectuée directement dans les sanitaires de l'officine. Si le test est positif, que cela soit pour les nitrites ou les leucocytes, alors le pharmacien peut délivrer de la fosfomycine trométamol ou du pivmecillinam (en cas d'allergie ou contre indication), ainsi que les conseils associés et la conduite à tenir en cas d'aggravation ou non-amélioration. (32)

1.1.3.1.2. *Comment se coordonner avec le médecin traitant ?*

Le pharmacien doit d'une part enregistrer toutes les informations sur le registre de l'officine lors de la facturation, mais aussi déposer le compte rendu dans l'espace santé de la patiente. Si cela n'est pas possible, le pharmacien doit envoyer le compte-rendu au médecin traitant avec l'accord du patient par messagerie sécurisée. (30,33)

1.1.3.1.3. *Quelle rémunération perçoit le pharmacien ?*

L'arrêté du 17 juin 2024 fixe une rémunération qui diffère selon les situations :

- 10 € lorsque la patiente arrive spontanément à l'officine mais qu'aucun antibiotique n'est délivré à la suite du test, ou que la patiente est orientée vers la pharmacie avec une ordonnance conditionnelle pour réaliser le TROD.
- 15 € lorsque la patiente arrive spontanément à l'officine et qu'un antibiotique est délivré à la suite d'un test positif. (33)

1.1.3.2. Des retours mitigés

L'annonce de cette nouvelle mission n'a pas vraiment ravi les syndicats des médecins généralistes qui qualifient cette mesure « d'inutile », de « rustine » et même « d'erreur gouvernementale ». Ils déplorent une allocation budgétaire au mauvais endroit, un contournement du principal problème : la pénurie de médecins généralistes en France. (34–36)

Une revue systématique réalisée par le « British Journal of Clinical Pharmacology » en 2018 regroupant 65 études a décrit les points de vue et expériences des parties prenantes (pharmaciens, médecins, patients) en matière de prescription par les pharmaciens. Cette revue a montré qu'une majorité des acteurs soutenaient les pharmaciens en considérant la prescription comme une évolution logique de la profession.

On y retrouve également les éléments facilitateurs et les différents obstacles qui sont décrits dans le tableau suivant (37) :

Tableau 1 : Eléments facilitateurs et obstacles à la prescription par les pharmaciens d'officine (37)

Faciliteurs	• Amélioration de la satisfaction professionnelle des pharmaciens • Facilité d'accès et rapidité de la prise en charge pour les patients • Qualités personnelles des pharmaciens : facilité de communication, formation, expérience et enthousiasme • Meilleure utilisation des compétences et des connaissances des pharmaciens • Amélioration des résultats pour les patients • Réduction de la charge de travail des médecins
Obstacles	• Compétences des pharmaciens (en matière d'examen clinique et de diagnostic) • Ressources (main d'œuvre, espace, temps, manque d'accès aux dossiers médicaux) • Problèmes concernant le soutien organisationnel et financier • Aspects juridiques (responsabilité de prescription, conflit d'intérêts)

Les principales craintes sont celles des médecins généralistes qui s'inquiètent d'une éventuelle détérioration de la relation médecin-patient, et qui soulignent l'importance d'une amélioration de la communication entre le pharmacien prescripteur et les autres professionnels de santé pour mener à bien cette mission. (38)

1.1.4. Bilan prévention

Le « Bilan Prévention » est une initiative de santé publique visant à renforcer la prévention en France. Il s'agit d'un rendez-vous entre le patient et un professionnel de santé, tel que le pharmacien, pour discuter des habitudes de vie, identifier les facteurs de risque de maladies chroniques (comme le diabète ou les maladies cardiovasculaires), encourager la réalisation de dépistages (cancers, IST) et mettre à jour les vaccinations. (39)

Le dispositif « Mon Bilan Prévention » a été initialement expérimenté dans les Hauts-de-France entre octobre et décembre 2023, ciblant les patients âgés de 45 à 50 ans. Fort de cette phase pilote, le programme a été généralisé à l'ensemble du territoire français en janvier 2024. (40)

1.1.4.1. Le bilan prévention en pratique

1.1.4.1.1. *Qui sont les patients concernés ?*

Les bilans de prévention sont fixés à des âges clés de la vie, c'est à dire entre 18 et 25 ans, 45 et 50 ans, 60 et 65 ans, et 70 et 75 ans. Les patients reçoivent une invitation de l'Assurance Maladie, mais les pharmaciens peuvent également proposer ce bilan aux patients concernés lors de leur visite à l'officine. Aucune formation spécifique n'est requise pour les pharmaciens souhaitant proposer ce service. (39)

1.1.4.1.2. *Quel est le contenu des entretiens ?*

D'une durée de 30 à 45 minutes, le bilan se déroule en trois étapes :

1. **Repérage des risques individuels** : discussion sur les habitudes de vie (alimentation, activité physique, sommeil, tabac, etc.) pour identifier les facteurs de risque.
2. **Priorisation conjointe** : sélection, en accord avec le patient, d'un ou deux sujets de prévention à aborder en priorité.
3. **Élaboration d'un Plan Personnalisé de Prévention (PPP)** : définition d'objectifs prioritaires, des actions concrètes à mettre en place, et des ressources ou intervenants à consulter. (39)

1.1.4.1.3. *Comment se coordonner avec les autres professionnels de santé ?*

Les bilans de prévention peuvent être également réalisés par les médecins, les infirmiers et les sages-femmes. L'adhésion au dispositif se fait sur la base du volontariat. Après l'entretien, le pharmacien transmet le Plan Personnalisé de Prévention (PPP) au médecin traitant du patient. Cette transmission peut se faire via une messagerie sécurisée, le Dossier Médical Partagé (DMP), ou directement par le patient. (39)

1.1.4.1.4. Combien gagne le pharmacien ?

Ces bilans de prévention sont pris en charge à 100 % par l'Assurance Maladie pour tous les assurés, sans frais à avancer. Suite à l'arrêté du 28 mai 2024, chaque bilan de prévention est rémunéré à hauteur de 30 € pour le pharmacien. (39)

1.1.4.2. Les retours sur cette nouvelle tâche

Lors de la phase pilote du dispositif « Mon Bilan Prévention » menée dans les Hauts-de-France entre octobre et décembre 2023, une évaluation détaillée a été réalisée auprès des professionnels de santé des territoires expérimentaux (pharmaciens, médecins, spécialistes, infirmiers et sage-femmes). Parmi les 264 professionnels de santé ayant répondu à l'évaluation, 81 % ont exprimé leur volonté de s'impliquer dans les bilans de prévention, à condition que certaines conditions de mise en place soient revues. Cette forte adhésion témoigne de l'intérêt des professionnels pour la prévention, mais souligne également la nécessité d'ajuster le dispositif pour répondre à leurs attentes et contraintes.

Seulement 9 % des 266 répondants ont estimé que la rémunération perçue était suffisante pour mener à bien les bilans de prévention. Les professionnels ont également souligné le besoin crucial de renforcer les contenus et modalités des programmes de formation et l'importance d'une meilleure coordination entre les différentes professions de santé impliquées dans le dispositif.

Une collaboration renforcée entre médecins, pharmaciens, infirmiers et sages-femmes est essentielle pour assurer une prise en charge globale des patients, maximisant ainsi l'impact des actions de prévention. (41)

Suite à ces retours, plusieurs ajustements ont été apportés avant la généralisation du dispositif en janvier 2024. Parmi les principales évolutions, on note :

- **Une extension des tranches d'âge concernées** : Initialement ciblé sur les 45-50 ans, le dispositif a été élargi pour inclure les patients âgés de 18 à 25 ans, 60 à 65 ans et 70 à 75 ans, conformément aux recommandations du Haut Conseil de la santé publique. (42)

- **Un renforcement de la formation** : Pour répondre aux besoins exprimés par les professionnels, l'École des hautes études en santé publique (EHESP) a développé une formation spécifique intitulée « Mon Bilan Prévention ». Cette formation vise à outiller les médecins, infirmiers, sages-femmes et pharmaciens pour la réalisation des bilans de prévention. Elle aborde des thématiques telles que l'évaluation des habitudes de vie, l'identification des facteurs de risque de maladies chroniques, la réalisation de dépistages et la mise à jour des vaccinations. Les professionnels peuvent accéder à cette formation en ligne pour faciliter l'accès. (43)
- **Une amélioration de la coordination interprofessionnelle** : Pour favoriser une meilleure coordination entre les différentes professions de santé impliquées dans le dispositif, le site « Mon Bilan Prévention » a été créé et propose un annuaire des soignants participants au dispositif, facilitant ainsi l'orientation des patients vers les professionnels disponibles. (44)

1.2. L'accompagnement thérapeutique au cœur des nouvelles missions du pharmacien

1.2.1. **Sécurisation et bon usage du médicament : les entretiens pharmaceutiques**

L'article 38 de loi HPST de 2009 indique que les pharmaciens « peuvent participer à l'éducation thérapeutique et aux actions d'accompagnement de patients définies aux articles L. 1161-1 à L. 1161-5 ». (45) Il précise alors un nouveau rôle des pharmaciens dans l'accompagnement des patients atteints de maladies chroniques et dans la prévention des risques iatrogéniques associés. Les officines peuvent donc s'engager dans le suivi des personnes sous traitements chroniques par anticoagulants oraux (AVK et AOD), des asthmatiques traités par corticoïdes inhalés, et plus récemment des patients sous traitements anticancéreux par voie orale.

Les patients âgés polymédiqués peuvent également en bénéficier dans le cadre des bilans partagés de médication (BPM) qui s'apparentent à des entretiens pharmaceutiques mais avec quelques nuances. (46)

1.2.1.1. Les entretiens en pratique

1.2.1.1.1. *Qui sont les patients concernés ?*

Après avoir suivi une formation adaptée, le pharmacien peut proposer aux patients concernés de rentrer dans ce programme d'accompagnement. Il existe plusieurs types d'entretiens différents avec chacun ses critères d'éligibilité (47) :

- **Patients sous anticoagulants de type anti-vitamine K (AVK)** : Cela concerne les personnes majeures traitées par AVK pour une durée effective ou prévisible supérieure à 6 mois.
- **Patients sous anticoagulants de type anticoagulants oraux directs (AOD)** : Cela concerne les personnes majeures traitées par AOD pour une durée effective ou prévisible supérieure à 6 mois.
- **Patients asthmatiques sous corticoïdes inhalés** : Cela concerne les personnes majeures traitées par corticoïdes inhalés pour une durée effective ou prévisible supérieure à 6 mois.
- **Patients sous anticancéreux oraux** : Cela concerne les personnes majeures en initiation ou en cours de traitement par anticancéreux oraux (chimiothérapies conventionnelles, hormonothérapie, thérapies ciblées).
- **Bilan partagé de médication** : Cela concerne les personnes de plus de 65 ans avec une affection de longue durée (ALD) ou de plus de 75 ans sans ALD, traitées par au moins 5 principes actifs différents pour une durée supérieure à 6 mois.

1.2.1.1.2. *Quel est le contenu des entretiens ?*

1.2.1.1.2.1. Entretiens d'accompagnement de patients sous traitement

Tous les entretiens ont une structure qui se présente de la façon suivante (48) :

- Un **entretien d'évaluation** visant à recueillir les informations générales sur le patient, sa compréhension du traitement, définir le programme d'entretiens thématiques nécessaires au patient et lui expliquer son déroulement et enfin créer son dossier pharmaceutique si cela n'a pas été fait.

- Plusieurs **entretiens thématiques** adaptés ayant pour but d'informer et d'éduquer chaque patient sur sa pathologie et son traitement. Le rythme des séances est de 2 entretiens thématiques chaque année, à l'exception des patients traités par anticancéreux au long cours (tamoxifène, anastrozole, létrozole, exemestane, méthotrexate, hydroxycarbamide, bicalutamide) qui ont 2 entretiens thématiques la première année, puis 2 entretiens d'observance les années suivantes. Un tableau regroupant des exemples de sujets à aborder lors des entretiens thématiques est disponible en annexe 3. (49)

Un bilan de l'accompagnement du patient doit être réalisé au fur et à mesure des entretiens pour évaluer son assimilation sur les différentes thématiques, et ainsi offrir une vision d'ensemble de la progression. (48)

1.2.1.1.2.2. Le cas particulier du bilan partagé de médication

Depuis 2018 les pharmaciens d'officine peuvent réaliser un bilan partagé de médication dans le but de limiter le risque iatrogénique accru des personnes âgées qui sont plus vulnérables aux effets indésirables et interactions médicamenteuses. La réalisation du BPM comporte plusieurs étapes (50,51) :

- L'**entretien de recueil d'informations** qui permet au pharmacien d'expliquer le but de ce bilan, de recueillir les informations générales du patient (traitement, habitudes de vie, état physiologique...) et d'évaluer les connaissances du patient sur son traitement.
- Une **analyse pharmaceutique** pendant laquelle le pharmacien seul va vérifier les posologies, indications, interactions médicamenteuses et éventuelles contre-indications du traitement du patient. A la suite de cela, le pharmacien va envoyer un courrier au médecin traitant en lui indiquant les potentiels changements qu'il faudrait opérer (forme galénique, interactions...) et les éléments importants détectés lors du premier entretien comme la survenue d'effets indésirables ou la rupture de prise d'un médicament.
- Un **entretien conseil** au cours duquel le pharmacien va expliquer au patient ses conclusions et éventuellement les décisions prises avec le médecin après l'analyse pharmaceutique, ainsi que toutes les recommandations sur la bonne prise de son traitement avec un plan de posologie.
- Des **entretiens de suivi d'observance** tous les 6 à 12 mois pour faire le bilan des stratégies mises en place avec le patient et réévaluer son adhésion au traitement.

1.2.1.1.3. Comment se coordonner avec le médecin traitant ?

La bonne réalisation des entretiens pharmaceutiques et BPM passent par une démarche interprofessionnelle et donc des échanges avec les prescripteurs afin de leur expliquer le déroulement et le but de ces entretiens souvent méconnus des médecins. Certains peuvent même déjà pratiquer des entretiens ou bilans, d'où l'intérêt de prévenir le médecin prescripteur de l'inclusion de son patient dans le dispositif. Il est important de préciser qu'aucune modification n'a lieu sans leur accord et que cela a uniquement pour but d'aider le patient.

La communication entre les professionnels de santé peut se faire par courrier, messagerie sécurisée ou téléphone selon les préférences et disponibilités de chacun. Pour le pharmacien, il est important de communiquer l'adhésion du patient au dispositif mais également tout élément nécessitant une attention particulière comme un manque d'observance. Il est primordial que le discours entre le pharmacien et le prescripteur soit en accord pour fédérer le patient. (52)

1.2.1.1.4. Quelle est la rémunération ?

La facturation et la rémunération fixée par l'arrêté du 31 mars 2022 sont découpées en plusieurs facturations qui ont lieu lors des différents entretiens ou étapes : à chaque fois le pharmacien facturera le code acte correspondant au tarif indiqué dans le tableau en annexe 4. La rémunération totale annuelle perçue par le pharmacien selon les différents entretiens est présentée dans le tableau 2.

Tableau 2 : Rémunération totale annuelle des pharmaciens selon le type d'entretien (47)

Type d'entretien	1ère année d'accompagnement	Années suivantes
AVK/AOD/Asthme	50 €	30 €
Anticancéreux oraux au long cours*	60 €	
Autres anticancéreux	80 €	
Bilan partagé de médication	65 €	

*tamoxifène, anastrozole, létrozole, exémestane, méthotrexate, hydroxycarbamide, bicalutamide

1.2.1.2. Les retours sur ces nouvelles tâches

Le sondage réalisé dans l'article *État des lieux de la mise en place en France des entretiens pharmaceutiques en officine* entre novembre 2022 et février 2023 auprès de 94 pharmaciens répartis dans 8 régions différentes, a permis de visualiser que 56 % des pharmaciens répondant au questionnaire pratiquaient les entretiens pharmaceutiques. Pourtant 87 % des pharmaciens y étaient favorables. (53) Les principaux obstacles relevés sont similaires à ceux relevés dans la thèse *Mise en place des entretiens pharmaceutiques à l'officine : quels enjeux, quels besoins et quels obstacles pour les équipes officinales ?* (Moreau, 2024) menée dans la région des Pays de la Loire sur 83 pharmacies : le manque de temps, le manque de personnel, une rémunération trop faible et une difficulté pour recruter les patients. (54)

Dans cette seconde étude, bon nombre de pharmaciens ont également signalé le manque de soutien et d'intérêt de la part des médecins, avec « *des médecins super ouverts, des médecins qui s'en foutent* » d'après un des participants. La plupart du temps, les pharmaciens n'ont aucune réponse, et leurs remarques par rapport à la prise en charge du patient ne sont pas systématiquement prises en compte. (54)

L'opinion des médecins sur les entretiens pharmaceutiques a été étudiée dans un questionnaire transmis aux généralistes en 2019 dans le cadre du travail de thèse *Les nouvelles missions du pharmacien d'officine : état des lieux, perspectives, regards croisés entre professionnels de santé* (Messin, 2020). Parmi les 102 médecins ayant répondu, 40,2 % ne connaissaient pas l'existence de ce dispositif, et seulement 25,5 % savaient si des entretiens avaient lieu dans les officines à proximité de leur cabinet. Pour ce qui est de leur opinion, la majorité (55,9 %) sont favorables à leur réalisation. Les médecins qui y sont défavorables mettent en cause le manque de retours de la part des pharmaciens, le manque de clarté sur le contenu de ces entretiens, et quelques-uns considèrent la formation des pharmaciens insuffisante pour les mener à bien. (55)

La principale information que nous pouvons tirer de ces résultats, est le manque de communication entre les professionnels de santé. En effet, que cela soit pour les pharmaciens ou les médecins, tous s'accordent sur l'intérêt des entretiens et BPM pour le patient, mais regrettent le manque de clarté et d'information sur le sujet. Un travail sur ces lacunes de la part des deux partis permettrait donc d'améliorer grandement la popularité des entretiens pharmaceutiques et donc l'accompagnement des patients. (54,55)

1.2.2. Pharmacien correspondant

Le concept de pharmacien correspondant introduit par le décret n°2021-685 en mai 2021 vise à renforcer la coordination des soins et améliorer la prise en charge des patients atteints de maladies chroniques. En permettant aux pharmaciens d'officine de renouveler des traitements et d'ajuster, si nécessaire, leur posologie, ce dispositif cherche à fluidifier le parcours de soins et à pallier les difficultés d'accès aux médecins, notamment dans les zones sous-dotées en professionnels de santé. (56,57)

1.2.2.1. Le pharmacien correspondant en pratique

1.2.2.1.1. *Quelles sont les conditions requises ?*

Pour exercer en tant que pharmacien correspondant, plusieurs conditions doivent être remplies. Le pharmacien doit être titulaire d'une officine et exercer au sein de la même structure d'exercice coordonné que le médecin traitant du patient, telle qu'une Communauté Professionnelle Territoriale de Santé (CPTS), une Maison de Santé Pluriprofessionnelle (MSP) ou une Équipe de Soins Primaires (ESP). Il est également nécessaire que le projet de santé de cette structure précise les modalités d'information et de collaboration entre les professionnels de santé impliqués.

De plus, l'officine doit disposer d'un espace de confidentialité pour accueillir les patients dans des conditions appropriées. Enfin, le pharmacien doit être désigné par le patient et en informer l'Assurance Maladie. Après accord du patient, le pharmacien titulaire peut être suppléé dans cette fonction par un autre pharmacien de la même officine (un adjoint par exemple). (56,58)

1.2.2.1.2. *Comment s'effectue la coordination avec le médecin traitant ?*

Le pharmacien correspondant, désigné par le patient, est habilité à renouveler périodiquement les traitements chroniques et, si nécessaire, à ajuster leur posologie, à condition que le médecin traitant l'ait spécifié sur l'ordonnance. Seuls les traitements pour lesquels le médecin a explicitement autorisé le renouvellement ou l'ajustement peuvent être modifiés par le pharmacien. La durée totale des renouvellements ne peut excéder 12 mois. (58)

Les entretiens entre le pharmacien et le patient sont planifiés en fonction des besoins individuels, permettant d'évaluer l'observance thérapeutique et de détecter d'éventuels effets indésirables. Le pharmacien consigne chaque intervention sur l'ordonnance et dans le dossier patient, assurant une traçabilité optimale. (59)

1.2.2.1.3. Quelles différences avec la procédure de renouvellement exceptionnel ?

Il est essentiel de distinguer le rôle de pharmacien correspondant de la procédure de renouvellement exceptionnel prévue par l'article R. 5125-33-3 du Code de la santé publique, car ces deux dispositifs répondent à des situations et à des objectifs différents. (60)

Le renouvellement exceptionnel permet au pharmacien de délivrer, pour une durée limitée, des médicaments prescrits sur une ordonnance échue lorsque le patient se trouve dans l'impossibilité d'obtenir un renouvellement de prescription par son médecin. Cette procédure est encadrée par des conditions strictes : elle ne peut s'appliquer qu'aux traitements chroniques (à l'exception des médicaments stupéfiants, hypnotiques ou anxiolytiques), et la dispensation ne peut excéder la posologie prescrite pour une durée maximale de trois mois, avec des délivrances fractionnées ne pouvant excéder un mois chacune. Le pharmacien doit obligatoirement en informer le prescripteur et le mentionner sur l'ordonnance. Cette délivrance constitue une solution ponctuelle et temporaire face à une rupture imprévue dans la continuité des soins. (60)

À l'inverse, le dispositif de pharmacien correspondant s'inscrit dans une démarche structurée et anticipée de coopération interprofessionnelle au sein d'une structure d'exercice coordonné. Le médecin traitant autorise explicitement, directement sur l'ordonnance initiale, le renouvellement périodique et/ou l'ajustement posologique par le pharmacien correspondant désigné par le patient. Cette autorisation peut couvrir une durée allant jusqu'à 12 mois, permettant ainsi une gestion proactive et planifiée du traitement chronique.

Contrairement au renouvellement exceptionnel qui intervient en réaction à une situation de rupture, le pharmacien correspondant agit dans le cadre d'un projet de santé partagé, où les modalités de collaboration entre professionnels sont clairement établies. (56,60)

1.2.2.1.4. Combien perçoit le pharmacien ?

Cette mission est rémunérée annuellement selon le nombre de patients ayant désigné leur pharmacien comme correspondant, et pour lequel au moins une mission a été réalisée au cours de l'année (adaptation posologique ou renouvellement). Cette rémunération est dégressive : 2 € par patient pour les 100 premiers patients, puis 1 € par patient au-delà, avec un plafond annuel de 500 €.

Elle est réservée aux pharmaciens exerçant dans des zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou des difficultés d'accès aux soins, notamment les zones d'intervention prioritaire (ZIP) et les zones d'action complémentaire (ZAC) définies à l'article L. 1434-4 du Code de la santé publique. (56)

1.2.2.2. Les retours sur cette nouvelle mission

La thèse d'Antoine Messin, intitulée *Les nouvelles missions du pharmacien d'officine : état des lieux, perspectives, regards croisés entre professionnels de santé*, met en évidence des divergences d'opinions entre pharmaciens et médecins concernant le renouvellement et l'ajustement des ordonnances. Selon l'enquête menée en 2019 auprès de 106 pharmaciens d'officine et 102 médecins généralistes, 87 % des pharmaciens se déclarent favorables à la possibilité de renouveler une ordonnance pour les patients atteints de maladies chroniques, estimant que cela renforcerait leur rôle dans le suivi thérapeutique. En revanche, seulement 16 % des médecins partagent cet avis, exprimant des réserves quant à la délégation de cette responsabilité.

Concernant l'ajustement des posologies, 81 % des pharmaciens sont favorables à cette mission, considérant qu'elle permettrait d'optimiser les traitements en fonction des besoins individuels des patients. Cependant, 61 % des médecins se montrent réticents, évoquant des préoccupations liées à la sécurité des patients et à la coordination des soins. Ces différences de perception soulignent la nécessité d'une communication renforcée et d'une clarification des rôles entre pharmaciens et médecins pour assurer une prise en charge optimale des patients. (55)

Un autre travail de thèse nommé *Décret du pharmacien correspondant, analyse des possibilités de renouvellement d'ordonnances chroniques par le pharmacien d'officine* (Chahrour, 2022), met en lumière l'impact potentiel de l'élargissement des missions du pharmacien d'officine sur la prise en charge des patients atteints de maladies chroniques. Selon son étude, sur 10 patients suivis, 8 auraient pu bénéficier des nouvelles responsabilités attribuées au pharmacien correspondant, notamment en matière de renouvellement et d'ajustement des traitements.

Cette observation suggère que de nombreux patients pourraient tirer parti d'une implication accrue du pharmacien dans la gestion de leur traitement, renforçant ainsi la continuité des soins et la sécurité thérapeutique. Néanmoins, il est important de noter que cette conclusion est basée sur une analyse théorique et nécessite des études complémentaires pour évaluer l'acceptation réelle de cette évolution (par les patients mais aussi les médecins) et son impact concret sur leur parcours de soins. (61)

1.2.3. Téléconsultation en officine

L'assistance à la téléconsultation en pharmacie est une innovation amenée par l'avenant n°15 de la convention pharmaceutique en décembre 2018 visant à améliorer l'accès aux soins, notamment dans les zones confrontées à une pénurie de professionnels de santé. Elle permet aux patients de consulter un médecin à distance depuis leur officine, offrant ainsi une alternative lorsque les rendez-vous en cabinet sont difficiles à obtenir. (62)

1.2.3.1. La téléconsultation en pratique

1.2.3.1.1. *En quoi cela consiste ?*

Concrètement, la téléconsultation en pharmacie consiste en une consultation médicale à distance, réalisée par vidéotransmission, où le patient, installé dans un espace confidentiel au sein de l'officine, interagit avec un médecin. Le pharmacien met à disposition le matériel nécessaire, tel qu'un ordinateur équipé d'une webcam et d'une connexion sécurisée, et peut assister le patient lors de la consultation en manipulant des dispositifs médicaux connectés pour fournir au médecin des données précises. (63)

Certaines entreprises spécialisées proposent des solutions clés en main pour les officines souhaitant offrir ce service, et fournissent directement des bornes, cabines ou consoles de téléconsultation équipées de dispositifs médicaux connectés : thermomètre, tensiomètre, oxymètre, stéthoscope, otoscope et dermatoscope connectés. (64)

1.2.3.1.2. *Combien verse l'Assurance maladie pour encourager cette mission ?*

Pour encourager l'équipement des officines en dispositifs médicaux connectés nécessaires à la téléconsultation, une participation forfaitaire est versée aux pharmaciens. Cette aide s'élève à 1 225 € la première année, puis à 350 € les années suivantes pour couvrir les frais de maintenance et de mise à jour des équipements. Pour bénéficier de cette participation, le pharmacien titulaire doit effectuer une déclaration en ligne sur le portail Amelipro.

Les pharmaciens perçoivent également une rémunération annuelle basée sur le nombre de téléconsultations réalisées au sein de l'officine. Cette rémunération est plafonnée à 750 € par an et varie en fonction du volume d'actes effectués. (62,63)

1.2.3.2. Bilan sur cette nouvelle mission

Selon une étude menée dans la thèse *La téléconsultation en officine : enquête sur les perspectives de pratiques auprès des pharmaciens et de la population générale* (Ghalawinji et Benhamlaoui, 2021), 89 % des 62 pharmaciens interrogés estiment que la téléconsultation en officine est une solution pertinente pour pallier le manque de médecins dans certaines régions. Aucun pharmacien parmi les 20 pratiquant la téléconsultation ne qualifie l'évolution de leur relation avec les médecins comme altérée suite à la mise en place de ce service. Dans 40 % des cas la relation n'a pas changé, et dans 15 % elle s'est même renforcée avec les médecins de proximité.

La collaboration accrue entre ces deux professionnels de santé, facilitée par la téléconsultation, favorise une approche coordonnée des soins, renforçant ainsi la continuité et la qualité de la prise en charge des patients. Cette dynamique collaborative est perçue positivement par les pharmaciens, qui voient dans cette nouvelle mission une opportunité d'élargir leurs services et de renforcer leur rôle dans le parcours de soins du patient. (65)

Du côté des patients, cette même étude montre que sur 204 patients interrogés, 70 % estiment que ce dispositif facilite l'accès au soin et évaluent en moyenne à 3,4 sur 5 l'utilité d'une borne en pharmacie. (65)

Une étude menée par l'observatoire régional de la santé de Bourgogne Franche-Comté en 2021 sur 98 médecins montre que 76 % des répondants pratiquent la téléconsultation malgré le fait que l'équivalence entre la consultation à distance et la consultation physique ne fasse pas l'unanimité. La majorité des acteurs de santé reconnaissent le potentiel de la téléconsultation pour répondre aux besoins croissants en matière de soins, en particulier dans les zones où l'accès aux médecins est limité, bien que cela ne remplace pas la qualité d'une consultation physique. (66)

1.3. Conclusion

La première partie de cette thèse a mis en lumière l'évolution remarquable des pratiques professionnelles et de l'image du pharmacien d'officine, désormais acteur incontournable de la prévention et de l'accès aux soins, sans toutefois dresser une liste exhaustive des nouvelles missions.

Ces missions, pour la plupart, sont largement bien acceptées par les patients, qui apprécient notamment la facilité d'accès aux soins et la proximité relationnelle offerte par leur pharmacien, ainsi que par les autres professionnels de santé, qui reconnaissent le potentiel de cette approche pour désengorger les cabinets et améliorer la qualité des prises en charge.

Néanmoins, un obstacle majeur demeure : le manque de clarté dans la communication et la coordination entre les multiples acteurs de santé. Pour pérenniser et optimiser ces innovations, il est impératif de progresser dans l'élaboration de protocoles de collaboration structurés et d'améliorer les outils de communication interprofessionnelle, afin de garantir une intégration harmonieuse et sécurisée des nouvelles missions dans le parcours de soins.

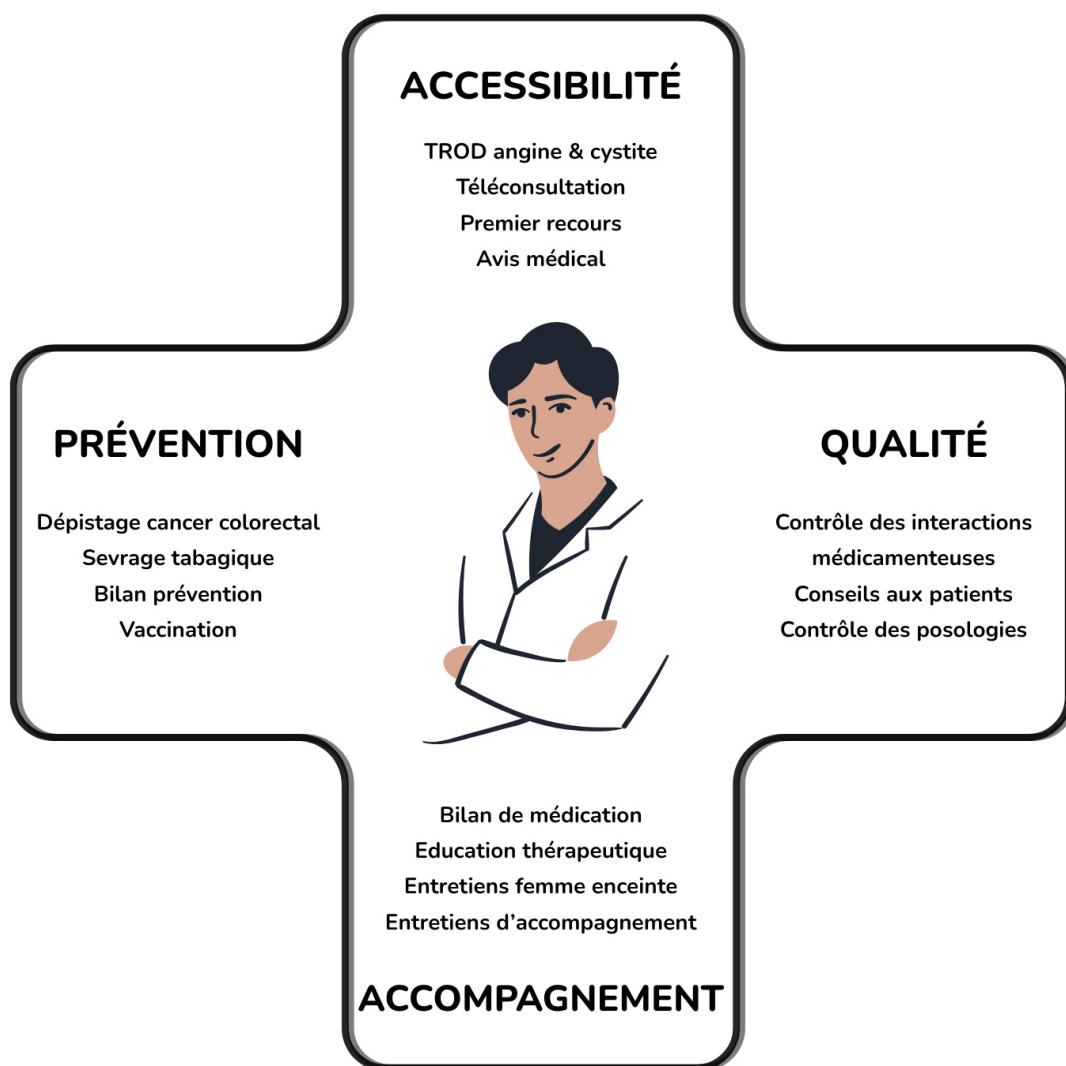


Figure 1 : Schéma représentant les forces et la multiplicité des missions du pharmacien d'officine

2. Le pharmacien au cœur de l'interprofessionnalité : vers une approche collaborative des soins

Le système de santé français, confronté aux défis démographiques, au vieillissement de la population et à l'augmentation des cas de maladies chroniques, doit impérativement adopter des pratiques coordonnées. La collaboration interprofessionnelle (CIP) est reconnue comme une stratégie essentielle pour répondre de façon cohérente aux besoins des patients. L'objectif est d'établir un partenariat de collaboration et de coordination entre les professionnels de différentes disciplines et le patient, considéré comme un acteur à part entière.

Le succès de la CIP dépend de deux facteurs fondamentaux. D'une part, la pratique doit être dynamique et modulable. Selon le Continuum des pratiques de collaboration interprofessionnelle (disponible en annexe 5), l'intensité de la collaboration doit être ajustée à la complexité des besoins du patient. Cette adaptation implique un degré croissant d'interdépendance entre les professionnels, nécessitant une mise en commun des savoirs pour tendre vers l'interdisciplinarité.

D'autre part, une collaboration efficace exige le développement d'un savoir-agir spécifique. Les professionnels doivent maîtriser des compétences clés, notamment la clarification des rôles, la communication interprofessionnelle, le travail d'équipe, et le leadership collaboratif. Ces exigences appellent la création d'un contexte favorable, caractérisé par un environnement propice et doté des ressources (temps, espace, soutien) nécessaires. (67)

C'est pour répondre à cette double nécessité – structurer un contexte favorable et renforcer la coordination des pratiques – que le gouvernement a initié de profondes réformes, notamment avec la loi HPST de 2009. Ce cadre législatif a permis la création de structures d'exercice coordonné, telles que les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé et les Maisons de Santé Pluriprofessionnelles, favorisant ainsi une collaboration accrue entre les différents acteurs de santé.

Le rôle du pharmacien d'officine, désormais central dans la prévention, l'accompagnement thérapeutique et le renouvellement des traitements, s'impose dans ce contexte comme un maillon indispensable du parcours de soins. De plus, l'intégration d'outils numériques vise à fluidifier les échanges et à garantir la traçabilité de l'information, répondant directement aux impératifs de communication sécurisée et de coordination requis par la CIP. (2)

Dans cette partie nous analyserons comment ces évolutions législatives et organisationnelles redéfinissent la coordination interprofessionnelle en France. Nous nous attarderons particulièrement sur le rôle des Unions Régionales des Professionnels de Santé (URPS), l'impact des structures d'exercice coordonné et l'utilisation d'outils et supports de communication innovants, afin de démontrer que, malgré certains défis persistants en matière de clarté et de coordination, cette approche collaborative offre des perspectives prometteuses pour une prise en charge plus efficace et sécurisée des patients.

2.1. Une approche collective des soins pour une prise en charge renforcée des patients

2.1.1. Les Unions Régionales des Professionnels de Santé

2.1.1.1. Présentation et objectifs

Les Unions Régionales des Professionnels de Santé (URPS) sont des associations régies par la loi 1901, créées par la loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires (HPST) du 21 juillet 2009. Elles représentent les professionnels de santé libéraux au niveau régional, chaque profession disposant de sa propre URPS. Les professions concernées comprennent notamment les médecins, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, chirurgiens-dentistes, pharmaciens, sages-femmes, orthophonistes, orthoptistes, pédicures-podologues et biologistes.

La création des URPS répond à la nécessité de structurer la représentation des professionnels de santé libéraux au niveau régional, afin de renforcer leur implication dans l'organisation et la régulation de l'offre de soins. Avant leur instauration, la représentation des professionnels de santé libéraux était fragmentée, ce qui limitait leur capacité à influencer les politiques de santé régionale.

Les URPS ont été conçues pour pallier cette fragmentation en offrant une structure unifiée et reconnue, capable de dialoguer efficacement avec les ARS et les autres acteurs du système de santé. Elles offrent un espace d'échange et de concertation qui permet d'élaborer des stratégies régionales adaptées aux spécificités territoriales et aux besoins de la population. En favorisant une meilleure intégration des différentes disciplines médicales, les URPS contribuent à la mise en œuvre de politiques de santé publique coordonnées et efficaces.

Enfin, l'existence des URPS répond à la nécessité de repenser le parcours de soins dans un contexte de défis démographiques et territoriaux croissants. En centralisant la représentation des divers corps de métiers de la santé, ces structures permettent de réduire les disparités d'accès aux soins et d'améliorer la prise en charge des patients. Par leur rôle de médiateurs et d'organiseurs de projets régionaux, elles favorisent une approche collaborative qui bénéficie à la fois aux professionnels et aux patients, posant ainsi les bases d'un système de soins plus intégré et performant. (68–70)

2.1.1.2. Les missions

Les missions des URPS définies par le Code de la santé publique sont multiples et visent à renforcer la qualité des soins, la coordination entre professionnels et l'adaptation de l'offre de santé aux besoins régionaux.

- **Représentation des professionnels de santé auprès des autorités régionales :**

Depuis leur création, les URPS ont été conçues comme des interlocuteurs privilégiés des Agences Régionales de Santé (ARS). Elles participent activement à l'élaboration et à la mise en œuvre des politiques de santé en région, en veillant à ce que les besoins des professionnels de santé libéraux soient pris en compte. Cette représentation permet d'assurer que les décisions stratégiques reflètent les réalités du terrain et les attentes des praticiens.

- **Contribution à l'organisation de l'offre de soins régionale :**

En identifiant les besoins spécifiques des populations locales, les URPS proposent des solutions adaptées pour améliorer l'accès aux soins. Cette implication se traduit par leur participation à la définition des projets régionaux de santé, à la mise en place de structures de soins coordonnées, et au déploiement et à l'utilisation des systèmes de communication et d'information partagés, visant à optimiser la prise en charge des patients.

- **Promotion de la qualité et de la pertinence des soins :**

En encourageant la formation continue et l'évaluation des pratiques professionnelles, les URPS veillent à ce que les soins dispensés répondent aux normes les plus élevées. Cette démarche garantit que les patients reçoivent des soins sécurisés et de haute qualité.

- **Développement de la prévention et de l'éducation pour la santé :**

Dans le domaine de la prévention et de l'éducation pour la santé, les URPS contribuent à la promotion de la santé publique. Elles organisent des actions de prévention, de dépistage et d'éducation auprès des patients, visant à sensibiliser la population aux comportements favorables à la santé et à prévenir l'apparition de maladies. Ces initiatives sont essentielles pour améliorer la santé globale de la population et réduire les inégalités en matière de santé.

- **Participation à la gestion des crises sanitaires :**

Enfin, en période de crises sanitaires, les URPS jouent un rôle clé en collaborant avec les autorités pour coordonner la réponse des professionnels de santé libéraux. Elles contribuent à la mise en place de plans d'action adaptés, assurant une prise en charge efficace des patients et limitant l'impact des crises sur le système de santé. Cette capacité de réponse rapide et coordonnée est cruciale pour maintenir la continuité des soins et protéger la santé publique. (71,72)

2.1.1.3. La coordination inter-URPS en région

Dans certaines régions, les URPS se sont regroupées au sein de structures fédératives pour renforcer la coordination interprofessionnelle et optimiser leurs actions. Par exemple, en Centre-Val de Loire, la Fédération des URPS rassemble depuis 2012 les neuf URPS de la région, représentant environ 11 000 professionnels de santé libéraux. Cette fédération vise à mutualiser les ressources et les compétences pour mener des projets communs et améliorer la qualité des soins dans la région. (73)

Cependant, il est important de noter que toutes les régions ne disposent pas d'une structure fédérative officielle regroupant les différentes URPS. Dans certaines régions, les URPS collaborent de manière informelle ou ponctuelle sur des projets communs sans qu'une fédération formelle n'existe.

Par exemple, en Bretagne, bien que l'inter-URPS n'ait pas de personnalité juridique, un site internet commun à toutes les URPS met à disposition des professionnels de santé divers outils développés en interprofessionnalité. (74)

Ainsi, le rôle des fédérations ou structures similaires regroupant les URPS varie selon les régions. Lorsqu'elles existent, ces entités facilitent grandement la coordination interprofessionnelle.

2.1.1.4. Les URPS Pharmaciens

Les Unions Régionales des Professionnels de Santé (URPS) Pharmaciens jouent un rôle central dans l'évolution et la valorisation de la profession pharmaceutique au niveau régional. L'une de ces contributions majeures est la promotion active de la profession.

Elles œuvrent pour renforcer la visibilité et la reconnaissance du rôle du pharmacien d'officine en tant que professionnel de santé de premier recours en participant à des projets innovants, tels que l'expérimentation OSyS (Orientation dans le Système de Soins). En Centre-Val de Loire (et dans 3 autres régions expérimentatrices), cette initiative, menée en partenariat avec l'URPS Médecins Libéraux et l'ARS, vise à optimiser le parcours de soins en permettant aux pharmaciens de prendre en charge certaines affections courantes, réduisant ainsi la pression sur les médecins et les services d'urgence. Cela illustre la capacité des URPS Pharmaciens à innover et à renforcer le rôle des pharmaciens dans le système de santé, en réponse aux besoins spécifiques de leur territoire. (75)

Les URPS jouent également un rôle clé dans le développement des nouvelles missions en soutenant les officinaux dans l'élargissement de leurs compétences, notamment en matière de prévention, de dépistage et d'accompagnement des patients atteints de maladies chroniques. Les URPS favorisent aussi la concertation entre les différents acteurs de santé. Elles encouragent la collaboration interprofessionnelle, notamment au sein des Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS), où le pharmacien joue un rôle crucial dans l'identification des besoins de la population et la coordination des parcours de soins. (75–77)

En somme, les URPS Pharmaciens sont un grand soutien à la profession en renforçant le rôle du pharmacien dans le système de santé, en soutenant l'évolution de ses missions et en assurant une représentation efficace auprès des instances décisionnelles régionales.

2.1.2. Le pharmacien dans les structures d'exercice coordonné

L'exercice coordonné en officine est une organisation collaborative où les pharmaciens d'officine travaillent en synergie avec d'autres professionnels de santé pour optimiser la prise en charge des patients. Ce mode d'organisation favorise la coordination des soins, améliore l'accès aux services de santé et renforce le rôle du pharmacien dans le parcours de soins.

Il peut se concrétiser par la participation à des structures telles que les Équipes de Soins Primaires (ESP), les Maisons de Santé Pluriprofessionnelles (MSP), les Centres de Santé (CdS) ou les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS). L'intégration dans l'une de ces structures permet au pharmacien de collaborer étroitement avec d'autres professionnels, de partager des informations via des outils sécurisés et de participer à l'élaboration de protocoles de soins communs, contribuant ainsi à une meilleure coordination et efficacité des soins prodigués aux patients. (78)

2.1.2.1. Les différents types de structures

2.1.2.1.1. *Les Maisons de Santé Pluriprofessionnelles*

Les Maisons de Santé Pluriprofessionnelles (MSP) sont des structures de soins de proximité qui regroupent divers professionnels de santé exerçant de manière coordonnée autour d'un projet de santé commun. Les principaux objectifs des MSP sont les suivants :

- **Améliorer l'accès au soins** → organiser l'accès à des soins non programmés, proposer une large amplitude horaire et une diversité de soins médicaux et paramédicaux, mettre en place des missions de santé publique, évaluer la satisfaction des patients...
- **Favoriser la coordination interprofessionnelle et le travail en équipe** → Élaborer des protocoles pluriprofessionnels de prise en charge et de suivi de patients, coordonner le projet de la MSP, organiser annuellement des réunions de concertation sur certains patients complexes, former de jeunes professionnels de santé...

L'équipe doit être constituée d'au moins deux médecins généralistes et d'un professionnel paramédical (infirmier, pharmacien, orthophoniste...) partageant une même patientèle. Il est nécessaire d'élaborer un projet de santé formalisé et partagé par l'ensemble de l'équipe, attestant de la volonté d'exercer de façon coordonnée avant le début de l'exercice. Ce projet doit être cohérent avec les priorités identifiées par l'ARS et préciser l'organisation de la prise en charge des patients, l'organisation interne des professionnels, ainsi que les actions de santé publique envisagées.

Une fois que celui-ci est défini, il faut structurer juridiquement la MSP sous la forme de Société Interprofessionnelle de Soins Ambulatoires (SISA), et élaborer un modèle économique viable. L'ARS accompagne les porteurs de projet tout au long de ce processus, offrant un soutien dans la structuration de l'organisation et la recherche de financements. (79)

2.1.2.1.2. Les Équipes de Soins Primaires

Une équipe de soins primaires doit comprendre au minimum deux professionnels de santé, dont obligatoirement un médecin généraliste et un autre professionnel de santé non médecin, tel qu'un infirmier, un kinésithérapeute, un pharmacien ou une sage-femme. L'objectif des ESP vise à améliorer la coordination entre les acteurs de santé dans le but de prévenir, améliorer et protéger la santé de la population, tout en réduisant les inégalités sociales et territoriales. Ces objectifs ambitieux sont similaires à ceux des MSP, mais avec des contraintes moindres.

La création d'une ESP repose sur plusieurs conditions et étapes essentielles :

1. **Initiative et constitution de l'équipe** : Tout professionnel de santé impliqué dans les soins de premier recours peut initier la création d'une ESP. Il s'agit de réunir des praticiens partageant une patientèle et une vision commune de la prise en charge coordonnée.
2. **Élaboration du projet de santé** : Les membres définissent ensemble les axes prioritaires, les actions à mener et les modalités de fonctionnement de l'ESP. Ce document formalise les engagements de chacun et sert de référence pour les actions futures.
3. **Validation par l'ARS** : Le projet de santé est soumis à l'ARS pour approbation. Cette étape permet de s'assurer que l'ESP répond aux besoins de santé régionaux et respecte les cadres réglementaires en vigueur.

4. **Mise en œuvre et suivi** : Une fois validée, l'ESP peut débiter ses activités. Un suivi régulier est primordial et doit être réalisé pour évaluer l'atteinte des objectifs fixés et ajuster les actions si nécessaire.

En raison de l'absence de financement direct de l'Assurance Maladie pour leur fonctionnement, les ESP peinent encore à se développer. C'est pourquoi certaines régions ont mis en place des dispositifs de soutien : c'est notamment le cas de la région Centre-Val de Loire, qui, via le projet ESP-CVL – porté notamment par la fédération des URPS et la fédération des maisons et pôles de santé – propose des aides au financement (grâce à l'ARS Centre-Val de Loire) pour accompagner la création et le fonctionnement de ces équipes. (79–82)

2.1.2.1.3. *Les Centres de Santé*

Les Centres de Santé (CdS) sont des structures de soins de proximité qui peuvent être mono ou pluri-professionnelles, regroupant par exemple des médecins généralistes, dentistes, infirmiers, sages-femmes, kinésithérapeutes, et parfois des pharmaciens. Tous les professionnels exerçant dans un CdS sont salariés, ce qui favorise une approche centrée sur les besoins des patients plutôt que sur une logique de volume d'actes, et sont tenus de pratiquer des tarifs conventionnels et le tiers payant.

Les missions principales des CdS incluent la dispensation de soins de premier recours, la prévention, l'éducation à la santé, et la participation à des actions de santé publique, ce qui s'apparente aux objectifs d'une MSP. Pour mettre en place un CdS, il est nécessaire de constituer un dossier complet à soumettre à l'ARS comprenant notamment le projet de santé, le règlement intérieur, les statuts juridiques de la structure, et les plans des locaux.

La présence de pharmaciens au sein des CdS reste exceptionnelle et ne constitue pas la norme actuelle de fonctionnement de ces structures. (79,83,84)

2.1.2.1.4. *Les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé*

Les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) sont des structures d'exercice coordonné à l'échelle d'un territoire, regroupant des professionnels de santé libéraux, mais aussi des acteurs du médico-social, du social, voire des établissements de santé. Elles ont été créées pour répondre à des problématiques globales de santé publique sur un territoire donné, avec une logique de coordination élargie à tous les acteurs impliqués dans le parcours de soins des patients. Les MSP, CdS et ESP peuvent donc faire partie d'une CPTS.

Leur mise en place repose sur une initiative des professionnels de santé, formalisée par un projet de santé territorial, qui définit les axes de travail communs, validé ensuite par l'ARS.

Les CPTS se distinguent des autres structures par leur dimension territoriale plus large, leur ouverture à des structures et professionnels plus variés, et leur capacité à intervenir sur des enjeux collectifs comme la gestion des soins non programmés, la prévention ou l'organisation de la réponse à une crise sanitaire. Elles peuvent recevoir un financement dédié de l'Assurance maladie via un Accord Conventionnel Interprofessionnel (ACI).

Les pharmaciens ont une place croissante au sein des CPTS, en particulier dans les actions de prévention (vaccination, dépistage), l'accompagnement des patients chroniques (entretiens, bilans de médication, éducation thérapeutique), ou la participation à des parcours coordonnés. La CPTS regroupe tous les professionnels de santé volontaires d'un territoire. Chaque officine peut ainsi participer à la coordination, ce qui est un véritable atout pour mutualiser les efforts et répondre aux besoins spécifiques d'un bassin de population. Leur implication reste cependant hétérogène selon les territoires, parfois freinée par un manque de reconnaissance de leur rôle ou une difficulté à se dégager du temps pour s'investir. (79,85)

Tableau 3 : Récapitulatif de l'organisation des principales structures d'exercice coordonné

Structure	Professionnels concernés	Financement	Coordination interprofessionnelle	Pharmacien intégré ?
MSP	Médecins, infirmiers, pharmaciens...	Oui (ACI + aides selon la région)	Forte, formalisée, projet de santé commun	Oui (souvent un seul officinal)
ESP	Libéraux de 1er recours volontaires	Non spécifique (selon la région)	Souple, pas de structure juridique	Oui
CdS	Professionnels salariés uniquement	Oui (forfait pour la structure + subventions)	Forte, souvent pluridisciplinaire	Non (pharmacien libéral non salarié)
CPTS	Tous professionnels volontaires d'un territoire	Oui (ACI spécifique aux CPTS)	Large échelle, rôle de coordination inter-structures	Oui, plusieurs officines peuvent en faire partie

2.1.2.2. Place et intérêts de ces structures pour le pharmacien d'officine

2.1.2.2.1. *Rôle du pharmacien d'officine*

Au vu de la modernisation de son rôle en tant que professionnel de santé, le pharmacien dispose aujourd'hui d'une place de choix dans les structures d'exercice coordonné :

1. **Expert et force de proposition** : Son rôle d'expert couvre l'analyse des traitements (base de la profession), l'assurance qualité, la gestion de matériel médical, la rédaction de protocoles... À ces savoir-faire traditionnels s'ajoutent les nouvelles missions qui étendent encore son champ d'intervention. De plus, le pharmacien est souvent le plus au fait des possibilités d'exercice coordonné et peut être l'impulsion de la création d'un tel projet.
2. **Coordinateur** : Le pharmacien est jugé le plus à même de réaliser la coordination de l'équipe soignante d'une structure de proximité, car il est le professionnel le plus au centre du parcours de soins et surtout le plus proche du patient, recoupant les ordonnances de multiples prescripteurs et pouvant participer activement aux réunions de concertation pluridisciplinaire. Cela favorise une organisation collégiale du suivi patient et améliore la continuité des soins au sein de la structure.
3. **Acteur des missions** : Le pharmacien est le principal acteur possible des missions de la structure, grâce à des plages horaires étendues et à des actes souvent non programmés. Cette souplesse, en plus de la confiance établie entre le pharmacien et son patient, peut permettre la conduite de dépistages, l'initiation d'automesures et d'actions d'optimisation thérapeutique, ou encore la participation à des protocoles de coopération. (86)

2.1.2.2.2. *Valorisation économique pour l'officine*

En plus des bénéfices pharmacologiques pour la patientèle, ces structures présentent également des avantages économiques pour l'officine puisque l'installation de prescripteurs (médecins, IDE...) à proximité, facilitée par une structure d'exercice coordonné, génère une augmentation du passage de la patientèle et donc du chiffre d'affaires de l'officine. Cette attractivité permet d'assurer un avenir plus serein et pérenne à la pharmacie, notamment dans les zones rurales.

L'intérêt économique découlant directement des rémunérations issues de l'ACI est très variable selon la structure considérée. La MSP offre l'avantage le plus marqué avec une rémunération annuelle moyenne de 63 500 € en 2019 pour la structure. L'atout majeur de la MSP est que l'utilisation de ces rémunérations n'a pas à être justifiée, laissant une grande souplesse dans leur affectation. Toutefois, même si les pharmaciens peuvent participer au projet de santé de la MSP, leur intégration comme associés de la SISA reste juridiquement et fiscalement complexe, notamment en raison des règles d'assujettissement à la TVA. En pratique, cela limite encore souvent l'accès direct de l'officine à ces financements, qui bénéficient principalement aux autres professionnels de santé de la structure. (87)

La CPTS bénéficie également de financements ACI conséquents (de 50 000 € à 450 000 € par an selon la taille et les missions). Néanmoins, l'intérêt économique direct est faible pour l'officine, car la CPTS est une association à but non lucratif : les fonds doivent être réinjectés dans les actions de santé du territoire et ne peuvent servir à l'enrichissement individuel des membres. (88)

Quant à l'ESP, elle ne bénéficie pas d'un ACI dédié et ne perçoit donc pas de rémunération structurelle comparable à celle des MSP ou des CPTS. Le financement se limite à la possibilité de dédommager les professionnels pour le temps consacré aux actions coordonnées, selon des modalités variables d'une région à l'autre. L'intérêt économique majeur et le plus concret pour l'officine parmi toutes les structures d'exercice coordonné réside donc principalement dans l'attractivité générée par la structure. (86)

À cela s'ajoutent les rémunérations sur objectifs de santé publique (ROSP) du pharmacien qui peuvent découler directement de la participation à une structure d'exercice coordonné (MSP, CPTS ou ESP). Dans le cadre de la rémunération dite « *Numérique et accès aux soins* », l'indicateur « *participation à un exercice coordonné* » est valorisé à 820 € par an, ce qui constitue une rémunération forfaitaire annuelle versée directement à l'officine pour reconnaître l'engagement dans le travail coordonné avec d'autres professionnels de santé. (89)

Par ailleurs, la participation à ces structures facilite le développement de collaborations interprofessionnelles et l'exercice de missions nouvelles (comme celle de pharmacien correspondant) qui peuvent elles aussi donner lieu à des rémunérations complémentaires.

Ainsi, au-delà des financements structurels attribués aux MSP ou aux CPTS, la ROSP liée à l'exercice coordonné et la mise en œuvre de missions interprofessionnelles constituent un levier économique concret pour les pharmaciens engagés dans ces dynamiques de coordination.

2.1.2.3. Limites et difficultés des structures d'exercice coordonné

2.1.2.3.1. *Contraintes légales et administratives*

Le rôle du pharmacien d'officine dans les structures d'exercice coordonné reste freiné par plusieurs obstacles légaux et administratifs qui limitent la pleine valorisation de sa place stratégique et de son expertise. L'exemple le plus marquant concerne les Maisons de Santé Pluriprofessionnelles (MSP). Comme évoqué précédemment, pour percevoir les financements liés à l'ACI, ces structures doivent adopter la forme juridique d'une SISA (Société Interprofessionnelle de Soins Ambulatoires). Or, le pharmacien ne peut pas y être associé.

De plus, la dépendance vis-à-vis des médecins est forte puisque la constitution d'une MSP exige au minimum deux médecins généralistes, et la rémunération repose en grande partie sur leur patientèle de référence.

À ces contraintes s'ajoute parfois un manque de soutien institutionnel avec un accompagnement limité de la part des ARS lors du processus de création de la structure : les porteurs de projet font face à des délais de réponse particulièrement longs, pouvant aller jusqu'à 18 mois, ce qui peut compromettre la dynamique et parfois la pérennité même de ces initiatives. (86)

2.1.2.3.2. *Freins opérationnels et interprofessionnels*

D'une part, les nouvelles missions spécifiques du pharmacien, telles que le dispositif de pharmacien correspondant ou les dispensations sous protocole, sont actuellement peu mises en œuvre. Ces actions sont jugées trop complexes, lourdes et procédurières, notamment en raison des contraintes logicielles, des protocoles à rédiger et des obligations de communication, ce qui pousse les professionnels à suivre le parcours de soin habituel plutôt que d'utiliser ces missions.

D'autre part, la réticence des médecins généralistes constitue un obstacle interprofessionnel majeur. Les médecins peuvent être opposés à ces mesures par crainte de perdre des consultations "faciles" ou de ne pas assurer un suivi optimal, soulevant un manque de confiance envers le pharmacien et ses compétences dans la prise en charge des patients pour certaines pathologies. De plus, les CPTS de grande taille sont souvent jugées contre-productives par les pharmaciens. Elles sont perçues comme trop vastes, entraînant une lenteur dans la mise en place des actions et donnant parfois le sentiment aux pharmaciens de ne pas participer au cœur du projet.

Malgré quelques freins, l'intérêt pour ces structures est clair : on constate une hausse d'activité et une meilleure prise en charge des patients. Elles sont en bonne voie de développement et renforcent la collaboration interprofessionnelle. Pour pérenniser ces progrès, il est primordial d'améliorer l'environnement technique en développant et adaptant des outils de communication et des logiciels partagés afin de rendre la pratique interprofessionnelle plus fluide et efficace. (86)

2.2. Innovations et supports pour accompagner le pharmacien dans son rôle interprofessionnel

Les innovations numériques et les dispositifs d'interface ville-hôpital offrent de nouveaux moyens concrets pour renforcer la collaboration interprofessionnelle. À la faveur des récentes mesures, notamment issues du Ségur, ces outils facilitent le partage d'informations, la coordination des soins et la continuité des parcours. Cette section décrit ces dispositifs et montre comment ils permettent au pharmacien de renforcer sa collaboration avec les autres professionnels de santé.

2.2.1. Optimiser les échanges interprofessionnels avec des supports numériques dédiés

2.2.1.1. Le dossier pharmaceutique

2.2.1.1.1. *Présentation et cadre réglementaire*

Le Dossier Pharmaceutique (DP) est un dossier informatique gratuit et confidentiel, géré par le Conseil National de l'Ordre des Pharmaciens (CNOP). Ce dossier est alimenté et consulté par le pharmacien et recense l'ensemble des médicaments et vaccins qui ont été délivrés au patient.

Initialement créé par la loi du 30 janvier 2007, le DP est conçu comme un service centré sur le patient. Sa création est devenue automatique depuis le 5 avril 2023, sauf si le patient s'y oppose. Le CNOP a l'obligation d'informer individuellement le patient six semaines avant l'ouverture automatique, détaillant les finalités, le contenu et les modalités de fonctionnement et de clôture du dossier, ainsi que la procédure d'opposition. Concernant la conservation des informations, la durée varie selon la nature du produit : les données sont conservées pendant 5 ans pour les médicaments biologiques, 3 ans pour les autres médicaments, et 23 ans pour les vaccins.

L'évolution du DP est intrinsèquement liée au Ségur du numérique en santé, un programme national qui vise à généraliser le partage fluide et sécurisé des données de santé entre professionnels et avec le patient. Ce déploiement a imposé une mise à jour des Logiciels de Gestion d'Officine (LGO). La Vague 1 du Ségur a notamment rendu les logiciels compatibles avec le Dossier Pharmaceutique et a permis une profondeur d'historique accrue pour le DP, passant à 1 an de consultation directe via le LGO. (90–92)

2.2.1.1.2. Intérêts pour le patient et le pharmacien d'officine

L'intérêt majeur du DP est de sécuriser la dispensation des médicaments. En offrant une vue complète des délivrances, il permet au professionnel de santé de limiter significativement les risques d'interactions médicamenteuses et les traitements redondants, un avantage particulièrement pertinent pour les patients polymédiqués. Le DP joue également un rôle actif dans l'amélioration de la couverture vaccinale. En tant que « maître de ses données », le patient conserve un contrôle total : il peut exercer son droit d'accès au contenu de son DP, auprès d'un professionnel de santé ou du CNOP, y compris via l'application gratuite *Dossier Pharma*. Il peut également, à tout moment, s'opposer à la consultation ou à l'alimentation de son dossier par un professionnel de santé lors de sa prise en charge.

Pour le pharmacien d'officine, le DP est un outil central dans la lutte contre l'iatrogénie. En consultant l'historique des délivrances avec l'accord du patient, le pharmacien est en mesure de conseiller la prise de médicaments et de mettre en garde contre d'éventuelles contre-indications. L'alimentation du DP par le pharmacien est également essentielle pour le déploiement des nouvelles missions pharmaceutiques, telles que le Bilan Partagé de Médication (BPM), car elle garantit le recueil exhaustif des traitements du patient. (90–92)

Au-delà de l'officine, le DP assure aussi la sécurité de la chaîne pharmaceutique et de la santé publique grâce à des services spécialisés :

- **DP-Ruptures** : Ce service permet la déclaration des ruptures d'approvisionnement et fournit des informations cruciales sur la date de retour prévue ou les médicaments alternatifs, permettant au pharmacien d'anticiper les problèmes et d'informer le prescripteur.
- **DP-Alertes** et **DP-Rappels** : Ces services assurent la diffusion quasi immédiate d'alertes sanitaires et d'informations sur les retraits de lots de médicament à la quasi-totalité des pharmacies raccordées.

- **DP-Suivi sanitaire** : Il permet aux autorités sanitaires (comme l'ANSM) d'accéder, de manière anonyme, aux données relatives aux médicaments, offrant ainsi une aide précieuse à la décision stratégique. (90–92)

2.2.1.1.3. *Un levier pour l'exercice interprofessionnel*

Le Dossier Pharmaceutique s'est imposé comme un outil de coordination de référence, essentiel pour la collaboration entre les professionnels de santé et pour le décloisonnement ville-hôpital. Initialement limité aux pharmaciens d'officine, son accès a été élargi de façon stratégique. Depuis 2012, les pharmaciens exerçant en pharmacie à usage intérieur (PUI) peuvent le consulter. Plus récemment, en 2016, l'accès a été étendu à certains médecins hospitaliers, notamment en anesthésie-réanimation, aux urgences, et en médecine gériatrique, ainsi qu'aux biologistes médicaux. (90–92)

Cet élargissement théorique constitue une avancée majeure, car l'accès au DP par les professionnels hospitaliers permet théoriquement d'obtenir instantanément l'historique des traitements délivrés en ville, ce qui se traduit par un gain de temps pour le praticien et une sécurisation de la prise en charge. De plus, le DP est une source d'information fondamentale utilisée dans le cadre de la conciliation médicamenteuse, un processus visant à garantir la continuité et la sécurité des traitements lors des transferts du patient entre la ville et l'hôpital. (90–92)

Toutefois, si le DP représente un levier majeur pour l'exercice interprofessionnel, son usage sur le terrain reste très hétérogène et largement inférieur à celui observé en officine. Alors que le raccordement est quasi total en ville (99,9 %), l'adhésion des établissements de santé peine à se généraliser. En 2018, seules 17 % des pharmacies à usage intérieur (PUI) étaient abonnées au service, et parmi elles, 40 % n'avaient pas consulté le DP une seule fois au cours de l'année. Ce faible taux d'utilisation limite l'impact du DP sur la sécurisation des soins à l'échelle nationale, malgré son potentiel reconnu pour les conciliations médicamenteuses. (93)

Plusieurs obstacles expliquent ce manque d'appropriation en milieu hospitalier. Tout d'abord, contrairement à l'officine où l'alimentation du DP et la détection des interactions sont automatiques via le logiciel de gestion d'officine, le DP n'est pas encore suffisamment intégré aux systèmes d'information hospitaliers. En l'absence d'automatisation, la consultation du DP est perçue comme une tâche administrative supplémentaire chronophage. De plus, l'obligation de double authentification par la présentation simultanée de la carte Vitale du patient et de la carte CPS du praticien se heurte aux pratiques de soins, particulièrement dans les services d'urgence où le patient peut être dans l'incapacité de fournir ses documents.

Enfin, pour les médecins, le DP-Patient présente des lacunes d'informations cliniques : il ne mentionne ni la posologie, ni l'intention thérapeutique, ni le scan de l'ordonnance, données pourtant cruciales pour valider la prise en charge clinique lors d'une admission. (93)

Malgré ces freins techniques et opérationnels, le DP demeure un outil numérique majeur qui, grâce à son taux de déploiement élevé dans les officines et son intégration croissante dans le parcours hospitalier, renforce l'alliance thérapeutique entre les pharmaciens, les médecins et les autres professionnels de santé au bénéfice d'une prise en charge plus sécurisée et coordonnée. Les efforts en cours pour améliorer son interopérabilité avec les systèmes hospitaliers et simplifier son usage quotidien sont essentiels pour exploiter pleinement son potentiel collaboratif. (89–91)

2.2.1.2. Le dossier médical partagé

2.2.1.2.1. *Définition et contenu du DMP*

Le Dossier Médical Partagé (DMP) est un carnet de santé numérique qui a pour vocation de conserver et de sécuriser l'ensemble des informations de santé d'un patient. Depuis janvier 2022, le DMP est intégré au service public *Mon espace santé*, qui est présenté comme sa version améliorée. Mon espace santé est l'interface dédiée au patient pour accéder à ses données de santé. Cependant, le DMP reste le point d'entrée privilégié des professionnels de santé pour alimenter et consulter les dossiers médicaux partagés de leurs patients. Depuis l'été 2022, la quasi-totalité des assurés sociaux disposent d'un profil Mon espace santé, sauf opposition de leur part.

L'ambition, notamment portée par le Ségur du numérique en santé, est de généraliser le partage fluide et sécurisé des données de santé entre professionnels et avec le patient. L'un des résultats encourageant de ce programme est que plus d'un document de santé sur deux arrive dans le carnet de santé numérique du patient.

Le DMP répertorie l'ensemble des informations médicales essentielles pour la coordination et la continuité des soins. On y retrouve l'historique des soins des 24 derniers mois (alimenté automatiquement par l'Assurance Maladie), les traitements médicamenteux, les pathologies et allergies éventuelles, les résultats d'examens, les comptes rendus d'hospitalisation et de consultation, ainsi que les directives anticipées du patient. Cependant, il est important de noter que le DMP n'a pas vocation à se substituer au dossier professionnel de chaque praticien.

Outre le DMP, Mon espace santé inclut également une messagerie sécurisée de santé (MSSanté), un agenda de santé et un catalogue de services numériques référencés. (91,92,94,95)

2.2.1.2.2. Différenciation entre DMP et Dossier Pharmaceutique

La coexistence de ces deux outils s'explique par une dissociation historique actée dès 2007. Initialement conçu pour être le volet médicamenteux du dossier médical partagé, le DP est devenu un outil autonome en raison de sa mise en œuvre plus rapide par le CNOP. Cette situation crée aujourd'hui une certaine redondance, les deux dossiers comportant un volet consacré aux traitements, ce qui peut donner une impression de doublon. (93)

Une enquête réalisée en 2019 dans le cadre d'un travail de thèse interrogeant 294 pharmaciens révèle qu'une large majorité (environ 84 %) considère ces deux supports comme complémentaires. Pour eux, le DP demeure l'outil métier de référence pour la dispensation immédiate, tandis que le DMP offre une vision clinique plus globale. Néanmoins, une partie de la profession (environ 16 %) pointe du doigt un effet de « doublon ». Certains pharmaciens estiment même que, pour une prise en charge optimale, le DMP devrait à terme absorber les fonctionnalités du DP.

Côté médical, le constat est plus mitigé : si les médecins hospitaliers (urgentistes, anesthésistes) plébiscitent l'accès rapide aux traitements via le DP, de nombreux futurs médecins (internes) avouent encore méconnaître l'existence ou le fonctionnement précis du dossier pharmaceutique. (91,96)

Plusieurs pistes d'évolutions ont été explorées, et parfois abandonnées, au fil du temps. À l'origine, le DP devait intégrer une fonctionnalité d'« opinion pharmaceutique », permettant au pharmacien de consigner ses interventions cliniques. Ce projet a été abandonné car il imposait une saisie manuelle jugée trop lourde, alors que le DP repose sur une alimentation automatique lors de la dispensation. De même, l'idée d'une fusion pure et simple des deux bases de données a longtemps été débattue mais n'a jamais été mise en œuvre pour préserver l'indépendance de la gestion ordinale du DP. (93,96)

Aujourd'hui, la situation a évolué vers une convergence technique plutôt qu'une fusion institutionnelle. Le déploiement de « Mon espace santé » en 2022 a repositionné le DMP comme une fonctionnalité centrale, tandis que le DP est devenu un dossier créé automatiquement pour chaque assuré.

Grâce au Ségur du numérique, l'interopérabilité est devenue la norme : la profondeur d'historique du DP consultable a été portée à un an (contre quatre mois auparavant), et un connecteur DP-DMP permet désormais de reporter automatiquement les informations de délivrance du DP vers le DMP. Cette interconnexion vise à garantir l'intelligibilité des données pour tous les acteurs du parcours de soins, tout en conservant au pharmacien son outil de sécurisation métier spécifique. (93,97)

2.2.1.2.3. Intérêt pour le patient et la sécurisation des soins

L'objectif principal du DMP est de disposer de la bonne information au bon moment. L'accès immédiat aux données médicales du patient permet d'éviter les interactions médicamenteuses et de ne pas prescrire ou demander des examens ou des traitements déjà réalisés par d'autres confrères. Ces informations sont cruciales lors d'une hospitalisation, d'une première consultation ou en cas d'urgence, et elles sont particulièrement pertinentes pour faciliter le suivi des patients nécessitant un accompagnement dans la durée, comme les personnes âgées, les femmes enceintes ou celles souffrant de maladies chroniques.

Mon espace santé vise à redonner la main au patient sur sa santé et ses données de santé. Le patient est l'acteur de sa santé et peut stocker ses documents de manière sécurisée. Il a un contrôle total sur l'accès à son dossier. Un principe de transparence est appliqué : tous les accès et toutes les actions (consultation ou ajout de documents) dans le DMP sont tracés et visibles par le patient. L'assuré reçoit même une notification automatique par courriel pour le prévenir d'une activité liée à son profil. Le patient est également en mesure d'ajouter, de supprimer ou de masquer un document de son dossier. (91,92,94,95)

2.2.1.2.4. Un support pour la coordination interprofessionnelle

Le DMP est au service de la coordination des soins et permet de renforcer la collaboration entre tous les professionnels de santé, en partageant les données de soins essentielles dans un même espace. Pour consulter ou alimenter le DMP d'un patient, le professionnel de santé doit obligatoirement être muni de sa Carte de Professionnel de Santé (CPS) ou e-CPS. Seules les données strictement nécessaires à la prise en charge peuvent être consultées, dans la limite des règles d'habilitation et si le patient ne s'y est pas opposé.

L'alimentation du DMP est facilitée et simplifiée grâce au Ségur, qui avec la vague 1 et la mise à jour des LGO permet l'envoi automatique de nouveaux documents de santé, tels que les comptes rendus d'entretien pharmaceutique et les Bilans Partagés de Médication (BPM), dans le carnet de santé numérique du patient dès leur validation.

Le DMP offre un vrai gain de temps aux praticiens en leur fournissant un accès rapide aux antécédents, aux traitements et à l'historique de remboursements. Il est également particulièrement utile pour les professionnels du Service d'Aide Médicale Urgente (SAMU), car il leur donne accès aux renseignements sur les pathologies et traitements en cours, facilitant ainsi la régulation médicale et l'orientation vers l'établissement le mieux adapté. (91,92,94,95)

2.2.1.3. Messagerie sécurisée de santé

2.2.1.3.1. *Définition et cadre d'usage*

La Messagerie Sécurisée de Santé (MSSanté) est un système permettant l'échange de messages qui contiennent des données de santé de manière sécurisée, assurant ainsi le respect de la vie privée du patient. Ce système est régi par l'Agence du Numérique en Santé qui définit les règles de sécurité et d'interopérabilité. L'utilisation d'une boîte aux lettres sécurisée MSSanté est une obligation pour les professionnels des secteurs sanitaire, social et médico-social qui sont habilités par la loi à échanger des données de santé dans leurs usages quotidiens.

Ce dispositif protège la responsabilité professionnelle en garantissant plusieurs éléments cruciaux : l'identité de l'émetteur et du destinataire, l'intégrité du contenu transmis, et la confidentialité des informations, notamment grâce à des fonctions de cryptage et de signatures électroniques.

Le système repose sur une infrastructure comprenant l'Annuaire Santé, qui publie les boîtes aux lettres des professionnels et des structures habilitées, ainsi qu'une « liste blanche » des opérateurs autorisés à échanger des données au sein de cet espace de confiance.

Il existe différents types de boîtes aux lettres adaptées aux besoins des utilisateurs : les boîtes nominatives (personnelles, rattachées à l'identifiant RPPS du professionnel), les boîtes organisationnelles (partagées au sein d'une structure, y compris les officines), et les boîtes applicatives (utilisées directement par le logiciel métier pour l'envoi automatisé de messages). L'objectif est de rendre la messagerie sécurisée adaptée au quotidien des professionnels et intégrée aux logiciels métiers. (91,92,98)

Pour les pharmaciens d'officine, cette intégration se fait principalement via les LGO :

- La Vague 1 du Ségur a permis la possibilité de partager des documents produits par le LGO (comptes rendus d'entretien pharmaceutique, BPM, note de vaccination) par MSSanté à d'autres professionnels de santé.
- La Vague 2 du Ségur prévoit d'approfondir cette intégration en incluant spécifiquement l'intégration des MSSanté directement dans le LGO. (91,92,98)

2.2.1.3.2. La MSSanté au service du patient, du pharmacien et de l'interprofessionnalité

Le patient dispose d'une boîte aux lettres MSSanté directement disponible dans Mon Espace Santé, lui permettant de recevoir des documents de professionnels ou d'établissements, ou même de contacter directement sa pharmacie pour lui envoyer son ordonnance via la messagerie de Mon Espace Santé.

Pour le pharmacien d'officine, la MSSanté permet d'échanger des informations médico-administratives et des documents avec des établissements de santé, facilitant par exemple la préparation d'une entrée ou d'une sortie d'hospitalisation. L'outil assure la sécurité des échanges de manière automatique via les logiciels. La messagerie sécurisée est un outil essentiel pour développer l'interprofessionnalité, car elle facilite et sécurise les échanges entre professionnels pour coordonner les soins et fluidifier le parcours des patients. Dans le cadre des structures d'exercice coordonné, la MSSanté est le format de communication préconisé pour garantir la traçabilité des échanges.

Lors de la réalisation d'un BPM par le pharmacien, l'une des étapes cruciales est la communication des résultats de l'analyse au médecin traitant. Le pharmacien rédige une fiche de synthèse de son analyse (qui peut être intégrée au DMP/Mon Espace Santé) et la transmet au médecin par messagerie sécurisée pour qu'il procède à une réévaluation de la prescription. Il en va de même lorsqu'il est désigné comme pharmacien correspondant : il peut informer directement le médecin traitant des ajustements de posologie ou des renouvellements d'ordonnance effectués. (91,98)

Malgré le caractère essentiel de cet outil, une enquête menée auprès des officinaux lors de la crise COVID-19 en 2020 par l'ordre national des pharmaciens a montré que seulement 21% d'entre eux utilisaient la messagerie sécurisée de santé pour leurs échanges avec les autres professionnels, la majorité des échanges restant informels.

Le déploiement de MSSanté dans tous les secteurs (ville, hôpital, médico-social) et son intégration simplifiée dans les LGO visent donc à accélérer son usage pour améliorer et sécuriser la communication interprofessionnelle. (99)

2.2.2. Initiatives locales pour favoriser la continuité des parcours médicamenteux

Au-delà des outils numériques nationaux déployés à grande échelle (DP, DMP, MSSanté), de nombreuses initiatives locales ont émergé pour répondre aux besoins spécifiques de coordination interprofessionnelle, particulièrement dans le cadre de la continuité des parcours médicamenteux. Ces projets, souvent portés par des acteurs régionaux en collaboration avec les ARS et les URPS, illustrent la capacité d'innovation du terrain et la volonté des professionnels de santé de structurer concrètement leurs pratiques collaboratives.

Face à la multiplicité de ces expérimentations à travers le territoire français, deux initiatives ont été retenues pour illustrer cette dynamique : HospiVille (avec le projet OCTAVE) et l'application Globule. D'une part, ils illustrent concrètement l'intégration du pharmacien d'officine dans la coordination des soins, tant lors de la transition ville-hôpital que dans le suivi territorial des patients. D'autre part, la richesse de leur documentation a permis une analyse approfondie de leur fonctionnement et de leur impact sur les pratiques collaboratives.

2.2.2.1. HospiVille : conciliation médicamenteuse et transition ville-hôpital

2.2.2.1.1. *Une solution numérique pour la sécurisation de la transition ville-hôpital*

HospiVille est une plateforme sécurisée éditée par *MaPUI Labs*, ayant pour mission fondamentale d'assurer la sécurisation et la coordination de la prise en charge médicamenteuse des patients tout au long de leur parcours de soins entre la ville et l'hôpital. L'utilisation d'un tel outil permet de garantir la continuité des soins, en particulier lors des points de transition (admission, sortie, transferts), qui sont les moments où les erreurs médicamenteuses sont le plus susceptibles de se produire.

En effet, la plateforme permet la réalisation et le transfert des bilans médicamenteux, contribuant à prévenir ou corriger les erreurs en favorisant la transmission d'informations complètes et exactes entre tous les professionnels de santé de manière sécurisée.

De plus, HospiVille est interopérable avec les services numériques de base du système de santé (tels que le DMP et la MSSanté), et garantit l'authentification des professionnels par les cartes CPS et e-CPS. La plateforme propose des outils d'aide à la décision, notamment l'enregistrement du plan de prise et de la posologie des médicaments prescrits, et intègre un module d'échange ville/hôpital, facilitant l'articulation entre les différents lieux de soins. L'efficacité de la plateforme vise à améliorer la qualité et l'exhaustivité des informations partagées, élément indispensable pour la bonne réalisation des conciliations médicamenteuses. (100–103)

2.2.2.1.2. *Le projet OCTAVE : un exemple concret d'utilisation d'HospiVille*

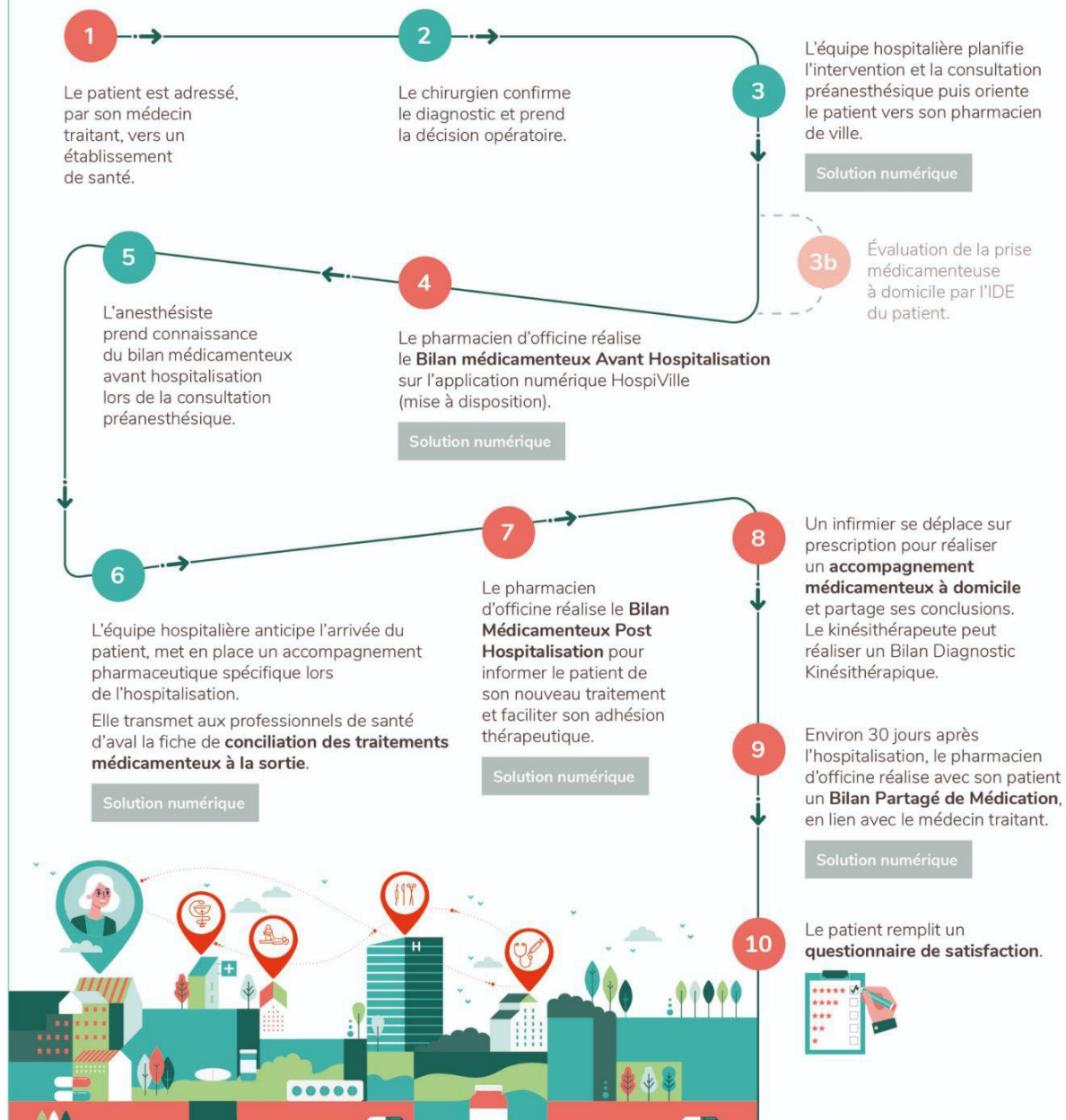
L'expérimentation OCTAVE (Organisation Coordination Traitements Âgé Ville Établissements de santé) est une initiative relevant de l'Article 51 de la LFSS de 2018. Elle vise à expérimenter une organisation et un financement innovant pour prévenir l'iatrogénie médicamenteuse chez le sujet âgé dans le cadre d'une chirurgie programmée.

Le projet est porté par les URPS Pharmaciens de Bretagne et des Pays de la Loire. Il engage quinze établissements de santé de ces régions, incluant des Centres Hospitaliers Universitaires et des cliniques. En octobre 2023, 921 patients avaient déjà bénéficié de cet accompagnement. (104)

Ensemble, sécurisons l'accompagnement médicamenteux du patient senior dans son parcours chirurgical



Jeanne, 70 ans
Polymédiquée.
Ayant une chirurgie
programmée.



Le projet innovant OCTAVE est porté par :



En partenariat avec :



Autorisé par le Ministère des Solidarités et de la Santé



Légende

- Parcours ville
- Parcours hôpital

Date de dernière mise à jour : 16/11/2021

Figure 2 : Les 10 étapes du parcours patient dans le projet OCTAVE (104)

En amont de l'hospitalisation, le pharmacien d'officine réalise un bilan médicamenteux qui est partagé via HospiVille. Les informations sont ensuite consultées par le médecin anesthésiste lors de la consultation pré-anesthésie pour évaluer le risque opératoire et éventuellement préconiser la suspension de certains traitements

L'équipe hospitalière utilise également ces données pour la conciliation d'entrée et la sécurisation du séjour. Lors du retour à domicile du patient, le pharmacien d'officine effectue un bilan médicamenteux post-hospitalisation, puis un bilan partagé de médication (BPM) à J+30 pour clore la séquence de soins en étant certain de la compréhension du patient. La plateforme HospiVille facilite cette coordination en affichant clairement, grâce à des indicateurs visuels (codes couleurs), les modifications, ajouts ou arrêts de traitement réalisés à l'hôpital, ce qui aide le professionnel de ville à expliquer les ajustements au patient. (91,101,105–108)

2.2.2.1.3. Résultats et défis de la coopération

L'évaluation clinique du projet OCTAVE a prouvé la pertinence de son modèle de coordination pour la sécurisation du parcours médicamenteux. Les premiers résultats cliniques sont très positifs, avec au moins une erreur médicamenteuse mise en évidence et corrigée pour 42 % des patients accompagnés. (109)

Concernant les relations interprofessionnelles, l'étude qualitative a révélé que, malgré une volonté commune de sécuriser la prise en charge des patients âgés, le projet OCTAVE n'a pas induit directement une augmentation des échanges entre les médecins généralistes et les pharmaciens d'officine. Ce manque de coopération accrue est attribué au manque d'information et d'investissement de la part des médecins généralistes, dont plusieurs ignoraient l'inclusion de leur patient dans le projet. Ces professionnels percevaient la prise de connaissance du BPM comme un temps de travail administratif supplémentaire qu'ils n'étaient pas enclins à rajouter à leur charge. De plus, les pharmaciens ont rapporté un sentiment persistant de hiérarchisation des professions de la part des médecins généralistes. (109)

Néanmoins, le projet a permis aux pharmaciens d'officine de s'engager activement et de valoriser leurs nouvelles missions, le parcours OCTAVE servant de tremplin pour relancer la pratique du BPM au sein de leurs officines. Il a également facilité les liens avec les équipes hospitalières. L'outil HospiVille, qui combine le DMP et la MSSanté, permet la coordination et la traçabilité des étapes critiques du parcours de manière sécurisée. Le modèle d'organisation OCTAVE, fondé sur l'anticipation et la coordination de la prise en charge médicamenteuse, est un modèle prometteur qui a vocation à être décliné dans d'autres parcours. (101,109)

En effet, l'aide technologique apportée par HospiVille permet le déploiement d'autres expérimentations, telles que le projet PARTAGE GHT 49, qui a utilisé HospiVille pour la transmission sécurisée des informations médicamenteuses entre les officines et les pharmaciens hospitaliers. Un autre exemple est le projet Parcours Passerelle (lancé en août 2023), visant à renforcer la conciliation médicamenteuse en amont et en aval de l'hospitalisation, en coordination avec une CPTS et en utilisant HospiVille comme outil socle. (102)

2.2.2.2. Globule : une application territoriale de coordination et suivi patient en ville

2.2.2.2.1. *Présentation et fonctionnement*

Globule est une application mobile et web conçue comme un outil numérique essentiel de coordination et de suivi autour d'un patient. Elle est reconnue comme la première plateforme de coordination de France par l'usage avec plus de 60.000 utilisateurs pour 700.000 personnes accompagnées au 31 décembre 2024. (110)

L'objectif fondamental de Globule est de faciliter la communication et le partage sécurisé d'informations entre les professionnels de santé de tout secteur (libéral, sanitaire, médico-social et social) intervenant dans le parcours de soins. L'outil est particulièrement adapté aux patients nécessitant une prise en charge coordonnée, notamment ceux en ALD ou présentant des fragilités.

Globule est à la fois un dossier structuré de coordination utilisable par les structures d'exercice coordonné et une plateforme de communication pour les projets de parcours. Ses fonctionnalités clé incluent la communication en temps réel et la gestion d'un plan personnalisé de santé. Le cœur de l'échange repose sur le *Journal*, un véritable cahier de transmissions, où les professionnels peuvent saisir des notes, dicter des messages ou joindre des photos, tout en définissant le niveau de priorité et de confidentialité. L'outil permet également de scanner et partager des documents essentiels (bilans, comptes rendus, prescriptions) en toute sécurité. Globule est un système entièrement sécurisé, référencé Ségur du numérique et homologué DMP, assurant la traçabilité des informations et le respect de la confidentialité des données de santé. (110–113)

2.2.2.2. *Intégration territoriale et interopérabilité pour les parcours complexes*

L'efficacité de Globule repose sur sa capacité à s'intégrer aux écosystèmes régionaux pour assurer la continuité des soins et le décloisonnement des prises en charge. Son déploiement est soutenu par les ARS de plusieurs régions, notamment en Nouvelle-Aquitaine (sous le nom de Paaco-Globule, déployé depuis 2012), en Bretagne (Mobil'eTY by Globule), en Centre-Val de Loire, et en Bourgogne-Franche-Comté (intégré à eTICSS). (111,114–116)

L'exemple breton illustre bien cette articulation puisque Mobil'eTY doit interagir avec Gwalenn, l'outil numérique régional dédié aux dispositifs de coordination pour la gestion des cas complexes. Les notes produites dans le système de gestion Gwalenn peuvent par exemple alimenter le journal de Mobil'eTY. Cette complémentarité garantit que les acteurs de la ville et les structures d'appui travaillent avec les mêmes informations, contribuant à renforcer les liens entre acteurs issus de secteurs différents (médico-social, sanitaire et social). Ce rôle essentiel dans la gestion des situations complexes est confirmé par le Dr Chèvre, médecin coordinateur, qui décrit Globule comme *"l'outil idéal pour se coordonner notamment sur les parcours complexes et sur le terrain"*. (115,117–119)

2.2.2.3. *Intérêts et retours d'expérience*

Globule répond directement aux objectifs de la feuille de route du Numérique en Santé en aidant à *"Dégager du temps pour tous les professionnels de santé et améliorer la prise en charge des personnes grâce au numérique"*. L'adoption rapide de l'outil, comme en Centre-Val de Loire avec déjà 900 professionnels inscrits et plus de 35 000 connexions enregistrées peu après son lancement en avril 2024, témoigne de sa pertinence. (110,115)

Les professionnels apprécient la simplicité et l'efficacité de l'application. L'outil est perçu comme *"rapide comme un SMS"*, mais avec l'avantage primordial d'être sécurisé. Cette facilité d'usage assure un suivi patient plus efficace, consultable *"de n'importe quel lieu et à tout moment"*, ce qui se traduit par un *"réel gain de temps"*. En Bourgogne Franche-Comté, les retours d'expérience soulignent que les échanges via l'application sont *"plus riches en quantité et en qualité"*. En permettant à une *"véritable équipe de soins"* de s'organiser, Globule facilite la collaboration en réseau pour une meilleure prise en charge globale.

En fin de compte, l'application est un vecteur d'information pour l'ensemble du cercle de soins, favorisant une coordination et une collaboration plus fluide entre tous les acteurs. Un exemple de conversation à propos de la prise en charge d'un patient entre plusieurs professionnels de santé utilisant Globule est disponible en annexe 6. (110,115,120)

2.3. Conclusion

Cette deuxième partie confirme que le pharmacien occupe une place centrale dans les dynamiques interprofessionnelles : les URPS et les structures d'exercice coordonné créent un cadre institutionnel propice à la coopération, tandis que les supports numériques (DP, DMP, MSSanté) et les innovations locales (Hospiville, Globule...) offrent des outils concrets pour partager l'information, sécuriser les transitions de soins et mieux organiser le suivi des patients. Les retours d'expérience sont globalement positifs – meilleure continuité des soins, diminution des ruptures médicamenteuses, et reconnaissance renforcée du rôle du pharmacien – dès lors que les outils sont bien intégrés et acceptés par les équipes.

Des obstacles subsistent toutefois : difficultés d'interopérabilité, charge de travail supplémentaire et manque d'incitations financières ou organisationnelles freinent parfois le bon développement de cette dynamique. Il faut donc poursuivre l'accompagnement de ces innovations par de la formation, une intégration technique dans les outils métier (à l'image du Ségur) et des modèles de gouvernance/financement adaptés pour passer des projets pilotes à des pratiques durables.

La dernière partie de cette thèse portera sur le projet OSyS qui offre un terrain d'analyse privilégié sur l'évolution des relations interprofessionnelles en élargissant les missions du pharmacien d'officine. Nous nous appuierons sur les résultats d'un questionnaire adressé aux pharmacies participantes pour mesurer l'évolution concrète de la collaboration interprofessionnelle au travers d'un tel projet.

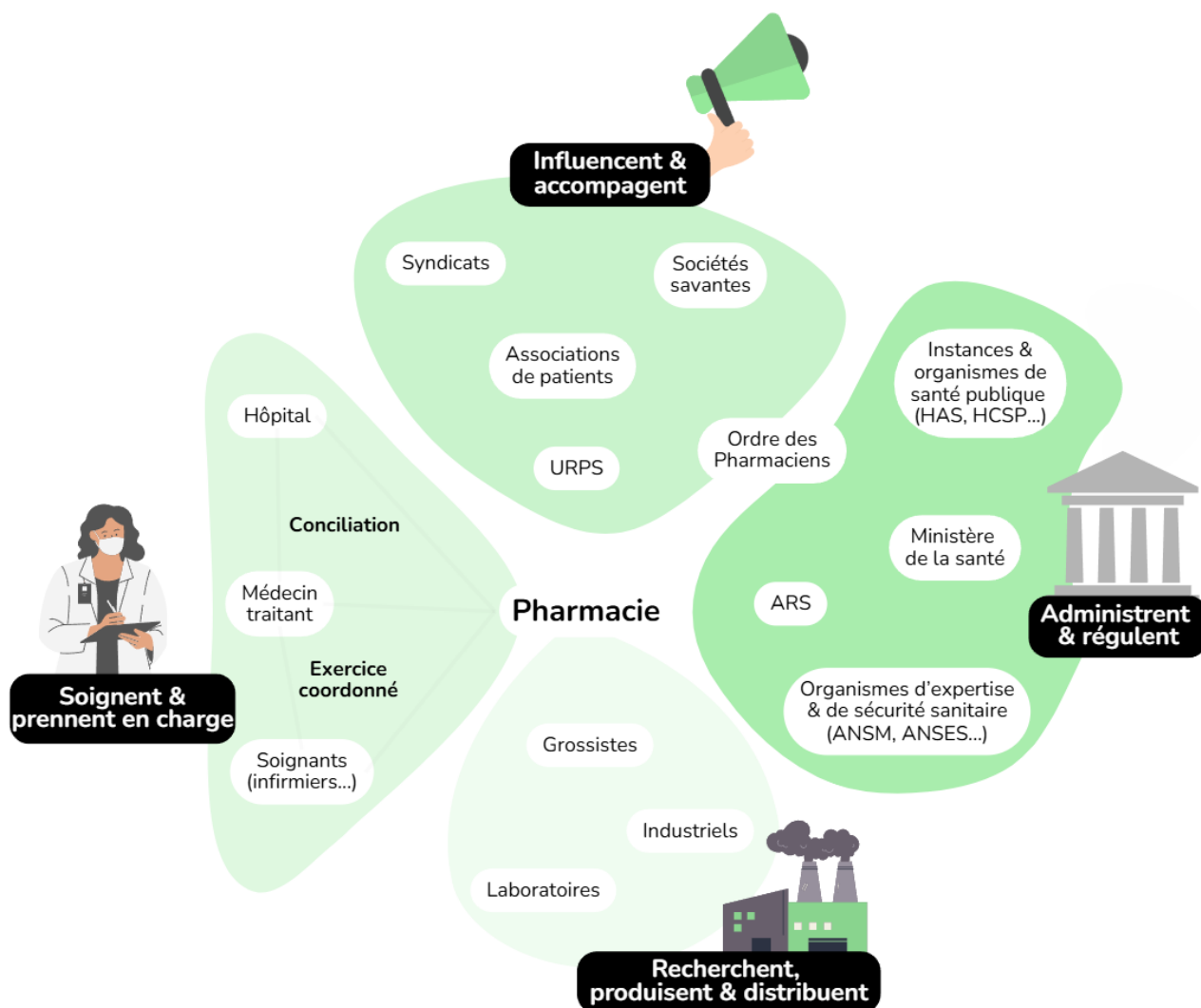


Figure 3 : Schéma représentant tous les acteurs avec lesquels interagit la pharmacie d'officine

3. Etude de cas : le projet OSyS, un catalyseur de collaboration interprofessionnelle

Les deux premières parties de ce travail ont mis en évidence deux éléments clés : d'une part, l'élargissement des missions du pharmacien d'officine, et d'autre part, le développement de structures et d'outils favorisant la collaboration interprofessionnelle. Ces deux dynamiques visent à améliorer l'accès aux soins et la qualité de la prise en charge des patients. Cependant, au-delà des cadres institutionnels et des outils numériques, la réussite de ces initiatives repose avant tout sur leur mise en pratique concrète par les professionnels de santé.

C'est dans cette perspective que le projet OSyS (Orientation dans le Système de Soins) a été retenu comme cas d'étude. Cette expérimentation, initiée en Bretagne puis étendue à d'autres régions, permet au pharmacien d'officine de prendre en charge des soins de premiers recours en s'appuyant sur des protocoles validés. (121)

Le projet OSyS constitue un terrain d'observation privilégié des relations interprofessionnelles entre médecins et pharmaciens. En attribuant au pharmacien des responsabilités traditionnellement médicales, le dispositif interroge directement la collaboration entre ces deux professions : comment s'organise ce partage de compétences ? Quels sont les obstacles et les facilitateurs rencontrés ? Le projet contribue-t-il à renforcer la reconnaissance du pharmacien comme professionnel de santé de premier recours ?

Cette troisième partie s'organise en deux volets. La première section présentera le projet OSyS : son cadre légal, son fonctionnement pratique, et les résultats de ses premières phases d'expérimentation. La seconde section analysera les résultats d'une enquête menée auprès des pharmaciens participants. Cette enquête permettra d'évaluer l'impact concret d'OSyS sur la collaboration médecin-pharmacien et sur l'évolution de l'image du pharmacien d'officine du point de vue des praticiens. L'objectif est double : documenter une expérimentation qui illustre l'évolution de la profession pharmaceutique, et analyser ses effets réels sur les relations interprofessionnelles et la reconnaissance du rôle du pharmacien dans les soins de premier recours.

3.1. Le projet OSyS, une initiative de restructuration du parcours de soins

3.1.1. Présentation du projet

3.1.1.1. Définition et cadre institutionnel

L'expérimentation OSyS a pour objectif central la restructuration du parcours de soins et la dispensation pharmaceutique encadrée, en se concentrant spécifiquement sur la prise en charge des soins de premiers recours (ou soins non programmés) par le pharmacien d'officine.

Cette démarche s'inscrit dans un cadre légal précis : l'Article 51 de la Loi de Financement de la Sécurité Sociale (LFSS) de 2018. Ce dispositif offre la possibilité de déroger aux règles habituelles d'organisation et de financement du système de santé, permettant ainsi de tester des innovations en matière d'organisation des soins. L'expérimentation est portée par l'association PHARMA SYSTÈME QUALITÉ (PHSQ), qui est une association Loi 1901 spécialisée dans l'accompagnement des officines dans des démarches de qualité et de protocoles. (121–123)

3.1.1.2. Origine et inspirations du projet

L'idée du projet OSyS est apparue en réponse à un contexte national critique marqué par un accès aux soins de plus en plus difficile pour la population. La diminution du nombre de médecins généralistes, la complexité à obtenir des rendez-vous et l'engorgement conséquent des services d'urgence par des pathologies bénignes ont mis en évidence la nécessité de réorganiser l'offre de soins.

L'expérimentation trouve son inspiration dans le succès avéré de modèles étrangers d'intégration du pharmacien dans le parcours de soins. Le projet s'appuie spécifiquement sur la réussite du modèle *netCare* en Suisse, une prestation de santé qui a été expérimentée dès 2012 et généralisée dans le pays depuis 2016, démontrant qu'une telle intégration pourrait mener à une réduction significative des coûts de santé publique. Des expériences similaires ont également été menées au Canada, en Angleterre et en Écosse. (121)

PHSQ a proposé le projet OSyS en juin 2018 suite à un appel à candidature de l'ARS Bretagne, et l'autorisation du Comité Technique d'Innovation en Santé a été reçue en février 2021. La conception du protocole a nécessité un travail d'adaptation des algorithmes suisses aux recommandations et pratiques françaises, mené par un groupe d'experts composé de binômes médecins et pharmaciens. (121,122,124)

3.1.1.3. Déroulement en pratique

Le protocole OSyS permet au pharmacien préalablement formé de prendre en charge ou d'orienter un patient qui se présente avec l'une des 13 situations de triage initialement retenues (conjonctivite, plaie simple, lombalgie...). Va alors s'ensuivre plusieurs étapes :

1. **Triage assisté** : le pharmacien s'entretient avec le patient en suivant un questionnaire et en s'appuyant sur les arbres décisionnels validés. L'utilisation d'un outil numérique dédié assure la traçabilité du suivi de l'arbre et l'enregistrement de la décision prise. Un exemple d'arbre décisionnel est disponible en annexe 7.
2. **Orientation** : le triage aboutit à un choix étayé parmi trois possibilités :
 - Prise en charge directe à l'officine
 - Orientation vers un médecin (consultation physique ou téléconsultation)
 - Orientation immédiate vers un service d'urgence si la situation l'exige
3. **Coordination et suivi** : Le pharmacien transmet un compte rendu du triage au médecin traitant (avec l'accord du patient) via une messagerie sécurisée. De plus, le pharmacien effectue un appel de suivi téléphonique auprès du patient dans les 1 à 3 jours pour s'assurer de la bonne évolution de la situation. (121,122)

L'acte de triage complet était rémunéré par un modèle forfaitaire, initialement fixé à 10 euros par situation, avec un bonus qualité maximal de 5 euros, portant le financement total à 15 €. Ce financement couvrait l'entretien, la traçabilité et le suivi téléphonique. (124)

3.1.1.4. Buts et objectifs

Le projet OSyS vise à instaurer une collaboration interdisciplinaire solide entre les médecins généralistes et les pharmaciens d'officine, en particulier dans les zones de désertification médicale.

Il cherche à mobiliser le pharmacien en tant que professionnel de santé de proximité, compétent et accessible, pour garantir une prise en charge rapide et efficace des affections bénignes.

Du point de vue de l'efficience, l'expérimentation cherche à diminuer les recours inappropriés aux urgences pour des situations bénignes. En libérant du temps médical pour les médecins, le projet permettrait à ces derniers de se concentrer sur des cas plus complexes ou urgents. Enfin, il s'agit de légitimer l'intégration du pharmacien dans les nouvelles formes d'exercice coordonné (comme les CPTS ou MSP) en lui offrant un rôle accru dans la prise en charge de premier recours. (121,122,124)

Le projet propose ainsi un nouveau modèle d'organisation qui, tout en garantissant la sécurité du patient grâce à un parcours encadré, facilite l'accès aux soins de premier recours, notamment dans les zones où l'accès à un médecin est compliqué voire insuffisant.

3.1.2. Résultats de la phase 1

3.1.2.1. Bilan de l'activité

L'évaluation à mi-parcours de l'expérimentation initiale du projet OSyS en Bretagne, menée de juillet 2021 à décembre 2022, a permis de valider la faisabilité du dispositif. Durant cette période, l'expérimentation a totalisé environ 1300 triages réalisés, portant sur 13 situations cliniques identifiées.

L'activité réelle s'est révélée hétérogène et inférieure aux prévisions initiales. Sur les 50 pharmacies volontaires au démarrage, seules 37 officines ont effectivement participé aux triages. Le nombre moyen de triages réalisés était de 2,6 triages mensuels par pharmacie, un chiffre jugé moins important que les 12,5 triages prévus, mais supérieur à celui de l'expérience suisse du netCare (1,2 triages mensuels par pharmacie). De plus, cette activité était fortement concentrée, puisque le top 5 des officines a réalisé la moitié des triages effectués, et le top 10 en a totalisé 73%.

Sur les 13 situations cliniques testées, six arbres décisionnels ont fait l'objet d'une utilisation plus significative et ont été perçus comme les plus pertinents par les professionnels et les patients. Parmi celles-ci, la plaie simple a représenté à elle seule plus d'un tiers des triages, suivie par la douleur mictionnelle, la piqûre de tique, la conjonctivite, la douleur pharyngée et la brûlure au 1^{er} degré. (121,122)

3.1.2.2. Satisfaction des patients et fluidification du parcours de soins

L'efficacité du dispositif pour les patients a été le point le plus convaincant de cette première phase. Les résultats ont affiché un niveau de satisfaction des patients exceptionnel : 100% des patients se sont déclarés satisfaits de la prise en charge (1218 réponses au total). De plus, 85% des patients ont déclaré une amélioration de leur état de santé après leur venue. (124)

Le triage par le pharmacien permet de sécuriser et d'optimiser l'orientation des patients. Sans le service OSyS, 56% des patients auraient eu recours à l'automédication, 39% auraient consulté un médecin et 5% seraient allés directement aux urgences. Après l'intervention du pharmacien, l'orientation a été significativement modifiée :

- **Pour les intentions initiales de consultation médicale** : environ 60% des cas ont finalement été gérés directement à l'officine par le pharmacien, validant la capacité du dispositif à libérer du temps médical.
- **Pour les intentions initiales d'aller aux urgences** : seul un quart (26%) des patients a finalement été orienté vers les urgences, tandis que les autres ont été pris en charge soit par le pharmacien (36%), soit réorientés vers une consultation médicale ou téléconsultation (37%). Ces données confirment la capacité d'OSyS à diminuer le recours inapproprié aux urgences et aux médecins. (124)

3.1.2.3. Défis rencontrés et facteurs limitants

Malgré ces résultats prometteurs sur l'efficacité patient, l'expérimentation a fait face à plusieurs freins. Le manque de communication autour du projet a été un enjeu majeur, car une grande majorité des patients (87%) ne connaissait pas le dispositif avant d'arriver à la pharmacie.

L'enquête a également montré que les médecins avaient une méconnaissance quasi complète du dispositif, et même que 66,7% des médecins interrogés n'étaient pas prêts à relayer l'information de l'existence d'OSyS dans leur cabinet médical, ce qui constitue un véritable obstacle à la mise en place d'un parcours coordonné. (124)

Sur le plan organisationnel, le temps passé au triage, bien que mesuré en moyenne à 9 minutes hors temps administratif et de suivi, était perçu comme un fardeau. Notamment le nombre d'éléments administratifs à renseigner dans l'outil informatique qui était jugé par 67% des répondants comme une contrainte lourde. Ces difficultés, combinées au manque de personnel et à la nécessité d'une adaptation significative de l'organisation de l'officine, expliquent en partie le volume de triage moins élevé que ce qui était attendu. (124)

Enfin, sur le plan financier, et en se basant sur la rémunération initiale de 15 € par triage, l'évaluation a conclu que le dispositif représentait un surcoût global de 22% pour l'Assurance Maladie à ce stade intermédiaire. (122)

3.1.3. Adaptation et extension de l'expérimentation avec la phase 2

3.1.3.1. Modifications apportées pour la phase 2

Sur la base des conclusions de l'évaluation à mi-parcours, le nombre initial de 13 situations de triage a été réduit afin de se concentrer sur les six situations cliniques jugées les plus pertinentes et les plus rencontrées. Afin de garantir la prise en charge complète du patient, une dérogation spécifique a également été demandée pour autoriser le pharmacien expérimentateur à réaliser le retrait de la tique, cet acte étant considéré comme médical. (122)

L'adaptation du dispositif a aussi touché le modèle de financement, visant à réévaluer l'efficacité économique du projet. Initialement, l'acte de triage était rémunéré par un forfait de 10 € par situation, auquel pouvait s'ajouter un bonus qualité pouvant atteindre 5 € (soit 15 € maximum). Représentant un surcoût pour l'Assurance Maladie, le forfait a été réévalué et fixé à 12,50 € par triage. (122)

Enfin, l'évaluation de mi-parcours ayant révélé un manque de communication auprès des patients et des médecins, la phase 2 a mis en place un plan de communication fortement renforcé à destination de ces deux cibles. La formation obligatoire a également été élargie pour inclure tous les pharmaciens de l'officine (titulaires et adjoints), garantissant ainsi un meilleur niveau de compétence et maximisant le taux d'inclusion des patients dans le dispositif. (121)

3.1.3.2. Extension géographique du projet

Le succès de la phase pilote en Bretagne a suscité l'intérêt d'autres ARS et URPS. Le projet a été officiellement étendu à partir du 1er janvier 2024 pour une durée de deux ans. L'extension géographique de l'expérimentation OSyS concerne trois nouvelles régions qui sont devenues co-porteuses du projet : la Corse, l'Occitanie et le Centre-Val de Loire. Cela correspond à 101 pharmacies expérimentatrices réparties dans ces trois nouvelles régions (40 en Centre-Val de Loire, 40 en Occitanie, 21 en Corse). (121)

Parallèlement à cette expansion, le projet a également été consolidé et étendu au sein de sa région d'origine, la Bretagne, marquant le passage à la phase 2 sur ce territoire. En Bretagne, l'effectif des officines expérimentatrices a été porté à 74 pharmacies pour la suite de l'expérimentation, en remplacement des 37 officines qui y avaient effectivement participé durant la phase 1. Le nombre total de pharmacies impliquées dans l'expérimentation pour la phase 2 est donc de 175 officines au niveau national.

Le choix des territoires d'implantation, y compris dans les nouvelles régions, a été stratégique, privilégiant les zones en tension ou de désertification médicale (rurales, urbaines en tension, ou zones saisonnières) afin de maximiser l'impact du dispositif sur l'accès aux soins. (122)

3.1.3.3. Bilan de l'activité dans les quatre régions expérimentatrices

Entre juillet 2021 et décembre 2024, l'expérimentation a totalisé 8 775 triages, soit 82 % de l'objectif global prévisionnel fixé initialement. Sur les 175 pharmacies initialement ciblées par le projet, 131 ont effectivement participé en réalisant au moins un triage, ce qui représente un taux de pénétration de 75 %. Les 44 officines restantes, bien qu'initialement mobilisées, n'ont finalement pas inclus de patients, principalement en raison de contraintes de ressources humaines ou de surcharge de travail

L'activité globale présente une forte concentration géographique. La Bretagne concentre à elle seule 80 % de l'activité totale avec 6 983 actes réalisés par 69 pharmacies. Les autres régions se répartissent le volume restant : le Centre-Val de Loire comptabilise 680 actes réalisés par 25 pharmacies, l'Occitanie 634 actes via 20 pharmacies, et la Corse 478 actes via 17 pharmacies. Au sein même des réseaux officinaux, l'activité apparaît également concentrée : 10 % des pharmacies ont réalisé près de la moitié (49,1 %) de l'ensemble des triages.

Concernant la typologie des recours, la pollakiurie arrive en tête avec 37,4 % des cas, suivie de l'odynophagie (25 %), des plaies simples (20,1 %), des piqûres de tiques (10,3 %), des conjonctivites (4 %) et des brûlures (3,2 %).

L'analyse des données démontre une efficacité significative dans la gestion des soins non programmés. Sans le dispositif OSyS, 54,1 % des patients auraient consulté un médecin ou se seraient rendus aux urgences. Grâce à l'intervention du pharmacien, 75,6 % des patients ont pu être pris en charge directement à l'officine. Au global, le dispositif a permis de réduire de 73,4 % le taux de recours inapproprié au système de santé (médecine générale et urgences).

De manière plus spécifique, OSyS évite 94,3 % de passages aux urgences pour les patients qui avaient initialement l'intention de s'y rendre, et 70,7 % de consultations de médecine générale jugées dispensables. Parallèlement, le dispositif renforce la pertinence clinique : dans 29 % des triages, le pharmacien a réorienté vers un médecin des patients qui n'avaient pas l'intention de consulter initialement, garantissant ainsi une prise en charge médicale nécessaire.

L'expérience patient s'avère extrêmement positive avec une note de satisfaction de 4,8/5. Ce succès repose notamment sur la sécurisation du parcours, illustrée par un taux de rappel téléphonique de 76,1 % dans les jours suivant le triage, un acte jugé rassurant et utile par les usagers. (125)

3.1.3.4. L'avenir du projet : Évaluation de l'efficience et perspectives de généralisation

L'analyse finale d'OSyS apporte des résultats probants quant à l'impact financier du dispositif. Au global, OSyS génère un gain financier de 5,3 % pour l'Assurance Maladie sur l'ensemble des triages réalisés. Cette efficience est particulièrement marquée pour les situations déjà intégrées au droit commun : une réduction des dépenses de 21,9 % pour la pollakiurie et de 6,1 % pour l'odynophagie a été observée.

Le passage au droit commun, opéré en juin 2024 pour la cystite et l'angine, a marqué une première étape historique dans la reconnaissance des compétences élargies du pharmacien. Depuis le 1er janvier 2025, ces actes sont sortis du forfait expérimental pour intégrer la codification de droit commun. Pour les quatre situations restantes (plaies simples, piqûres de tiques, conjonctivites et brûlures), l'expérimentation s'est poursuivie jusqu'à fin 2025 afin de consolider les données de sécurité. Le rapport final ne signale aucun événement indésirable majeur sur les 8775 triages réalisés, témoignant de la sécurité du dispositif.

Le cadre législatif a connu une avancée majeure avec l'adoption en première lecture au Sénat, le 14 mai 2025, d'une proposition de loi visant à améliorer l'accès aux soins. Ce texte prévoit que les pharmaciens puissent évaluer et prendre en charge des situations cliniques « simples », dont la liste sera fixée par décret après avis de la Haute Autorité de Santé (HAS).

La généralisation du modèle devra toutefois s'appuyer sur les facteurs clés de succès identifiés durant l'expérimentation. Premièrement, la traçabilité numérique apparaît comme un élément essentiel : le maintien d'un outil dédié est jugé indispensable par les pharmaciens pour sécuriser les pratiques et assurer une homogénéité clinique que le simple conseil au comptoir ne permet pas. Deuxièmement, le rappel téléphonique constitue un atout majeur : bien qu'absent des protocoles actuels de droit commun, le suivi à J+3 est identifié comme un élément déterminant de sécurisation du parcours. Enfin, la formation interprofessionnelle représente un gage d'acceptabilité : la pérennisation du binôme médecin-pharmacien lors des formations demeure essentielle pour garantir une collaboration interprofessionnelle réussie.

Au terme de cette expérimentation, OSyS a démontré qu'il ne s'agit pas seulement d'une initiative locale mais d'un modèle reproductible à l'échelle nationale. Le pharmacien se positionne ainsi comme un acteur du premier recours, permettant de désengorger les cabinets médicaux et les services d'urgences tout en générant des économies pour l'Assurance Maladie. (125)

3.2. Enquête auprès des pharmaciens participants au projet

Les résultats des phases précédentes du projet OSyS ont démontré l'efficacité du dispositif en termes de satisfaction patient et de fluidification du parcours de soins. Cependant, au-delà de ces indicateurs quantitatifs, une dimension essentielle reste à explorer de manière approfondie : l'impact réel du projet sur les pratiques collaboratives entre pharmaciens et médecins au quotidien.

En effet, si l'un des objectifs fondamentaux d'OSyS est d'instaurer une collaboration interdisciplinaire renforcée entre les professionnels de santé, les évaluations précédentes ont révélé des résultats contrastés. L'évaluation de mi-parcours en Bretagne avait notamment mis en évidence une méconnaissance quasi complète du dispositif par les médecins généralistes, et une réticence de leur part à relayer l'information auprès de leurs patients. Ces constats soulèvent des questions cruciales : le projet a-t-il réellement permis d'améliorer la communication entre pharmaciens et médecins ? Les échanges interprofessionnels se sont-ils intensifiés et structurés ? Quels freins persistent dans cette dynamique collaborative ? (124)

Afin d'apporter des éléments de réponse concrets et actualisés, un questionnaire a été élaboré dans le cadre de ce travail de thèse et diffusé auprès des pharmacies participant au projet OSyS dans l'ensemble des régions expérimentatrices (Bretagne, Centre-Val de Loire, Occitanie et Corse). L'objectif est triple : évaluer le ressenti des pharmaciens sur le fonctionnement du dispositif, mesurer l'évolution qualitative de leur relation avec les médecins généralistes depuis leur participation au projet, et identifier les leviers et obstacles à une collaboration interprofessionnelle optimale dans le cadre de la prise en charge des soins de premier recours.

3.2.1. Matériel et méthode

3.2.1.1. Élaboration du questionnaire

Le questionnaire a été élaboré via Google Forms, une plateforme gratuite permettant une diffusion simple et une collecte de données structurée. Il comprenait 11 questions réparties en plusieurs thématiques : données démographiques, évolution de la perception du métier de pharmacien, impact sur la collaboration interprofessionnelle et intérêt porté au projet.

L'utilisation de Google forms est intéressante car cela permet d'obtenir, soit l'ensemble des réponses des participants à une question, soit l'ensemble des réponses d'un participant à toutes les questions du questionnaire, ce qui donne la possibilité de faire un lien entre les réponses de certaines questions (par exemple la comparaison des résultats selon les régions).

Le format du questionnaire a été volontairement conçu pour être court et accessible, afin de maximiser le taux de participation des professionnels ciblés, dont la charge de travail quotidienne est déjà importante. Les questions ont été formulées de manière à recueillir principalement des données quantitatives (échelles d'évaluation, questions fermées) mais également qualitatives (permettant l'expression libre des répondants). Ce questionnaire est disponible en annexe 8.

3.2.1.2. Population cible et modalités de diffusion

L'enquête a été diffusée auprès de l'ensemble des pharmaciens d'officine participant au projet OSyS dans les quatre régions expérimentatrices : la Bretagne, le Centre-Val de Loire, l'Occitanie et la Corse, soit un total de 175 pharmacies impliquées dans l'expérimentation. (121,122)

Pour assurer une diffusion efficace et adaptée à l'organisation territoriale du projet, l'association PHSQ, principal porteur de l'expérimentation, a fourni les coordonnées des porteurs régionaux du projet, notamment les URPS Pharmaciens de chaque région. Ces structures ont ensuite relayé le questionnaire par courriel aux pharmacies participantes de leur territoire respectif.

3.2.1.3. Période de recueil et caractéristiques de la participation

Le recueil des réponses s'est déroulé sur une période de quatre mois, de mai à août 2025. Cette période a été choisie pour permettre aux pharmaciens de répondre en tenant compte d'un recul suffisant sur leur expérience au sein du projet, notamment après les adaptations apportées lors de la phase 2 et l'extension géographique du dispositif.

La participation à cette enquête était entièrement volontaire et anonyme. Aucune donnée permettant l'identification des répondants (nom, adresse de l'officine, etc.) n'a été collectée, garantissant ainsi la confidentialité des réponses et la liberté d'expression des participants. Cette approche visait à encourager des retours sincères et nuancés sur leur expérience du projet OSyS et sur les dynamiques interprofessionnelles observées.

3.2.2. Résultats du questionnaire

Durant la période de l'étude, un total de 34 réponses ont été obtenues. Comme évoqué précédemment, 175 pharmacies participaient initialement au projet, mais toutes ne se sont pas réellement impliquées dans OSyS. Sachant qu'un total de 131 pharmacies a réalisé des triages, on se basera sur ce chiffre pour le nombre de participants, ce qui représente un taux de participation de 26%. Pour un niveau de confiance de 95%, la marge d'erreur du sondage est estimée à $\pm 14,5\%$. Le calcul détaillé de la marge d'erreur est décrit en annexe 9.

Pour simplifier la lecture, on appelle par la suite « n » le nombre de réponses.

3.2.2.1. Données démographiques

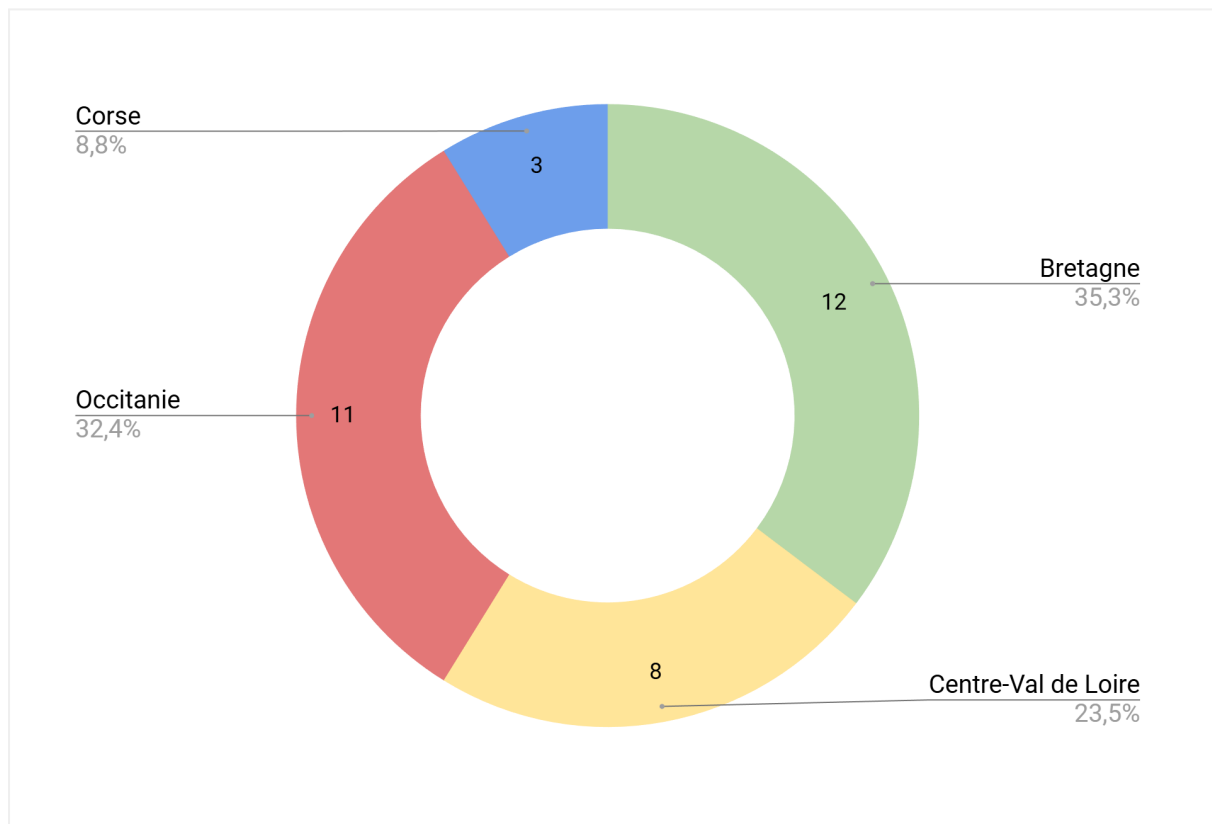


Figure 4 : Dans quelle région exercez-vous ?

La Bretagne est la région qui comporte le plus de répondants ($n = 12$), suivie de près par l'Occitanie ($n = 11$) et le Centre-Val de Loire ($n = 8$). La Corse se détache avec seulement 8,8% des répondants ($n = 3$).

Il faut cependant mettre en perspective ces résultats avec le nombre d'expérimentateurs de chaque région puisque cela va de 17 pharmacies en Corse à 69 en Bretagne.

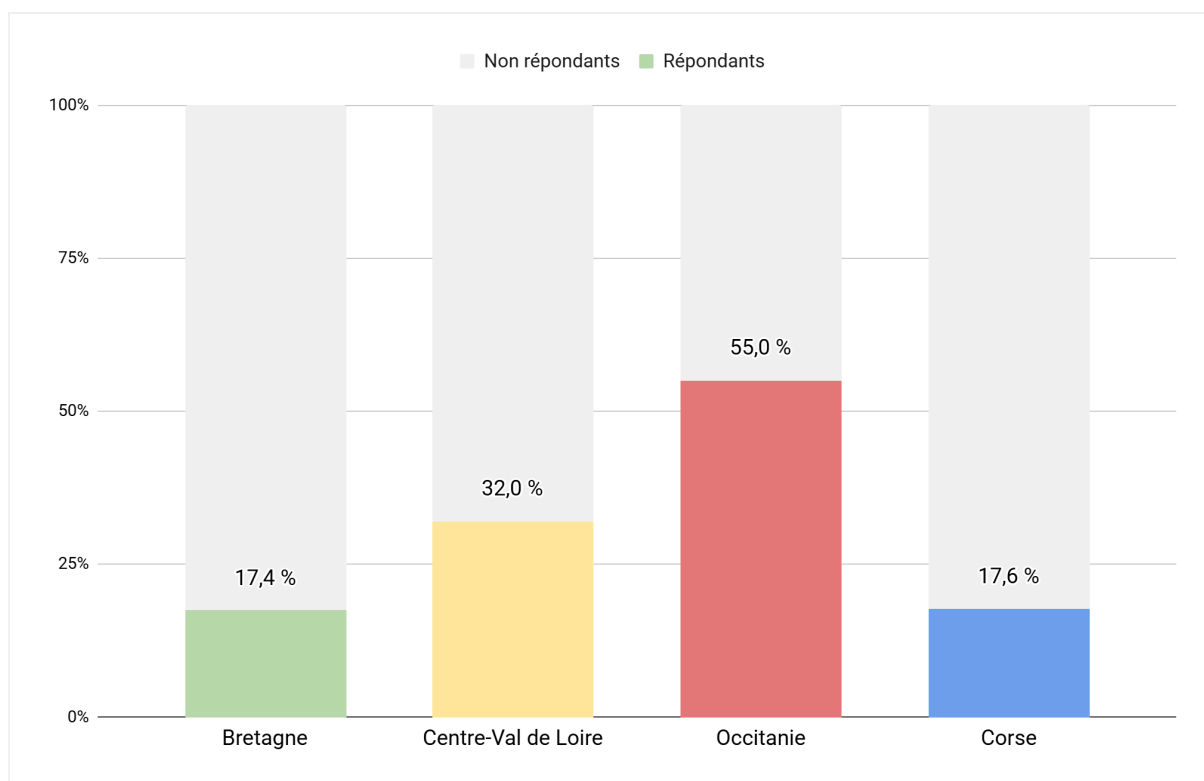


Figure 5 : Proportion de répondants par rapport au nombre de pharmacies concernées dans chaque région

C'est l'Occitanie qui possède le taux de participation le plus élevé avec 55,0% des expérimentateurs OSyS de la région qui ont répondu au sondage, suivi de la région Centre-Val de Loire (32,0%), la Corse (17,6%) et de la Bretagne (17,4%).

3.2.2.2. Considération des médecins pour le projet

3.2.2.2.1. *Intérêt porté par les médecins*

Les pharmaciens ont évalué sur une échelle allant de 0 à 10, l'intérêt que portaient les médecins au projet OSyS avant que celui-ci ne débute (0 représentant un intérêt nul et 10 un très grand intérêt).

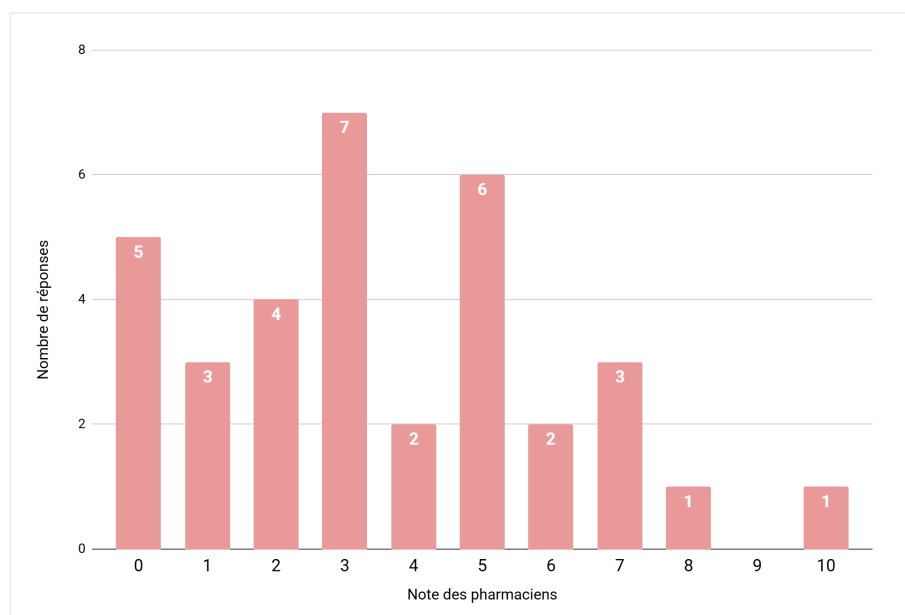


Figure 6 : Sur une échelle de 0 à 10, à combien estimez-vous l'intérêt porté par les médecins au projet avant le début de l'expérimentation ?

La notation moyenne obtenue est de 3,6 avec la moitié des pharmaciens qui évalue l'intérêt des médecins à 3 ou moins (la médiane étant égale à 3).

Sur le même principe, on leur a demandé de répondre à la même question mais après un an d'expérimentation pour connaître l'évolution.

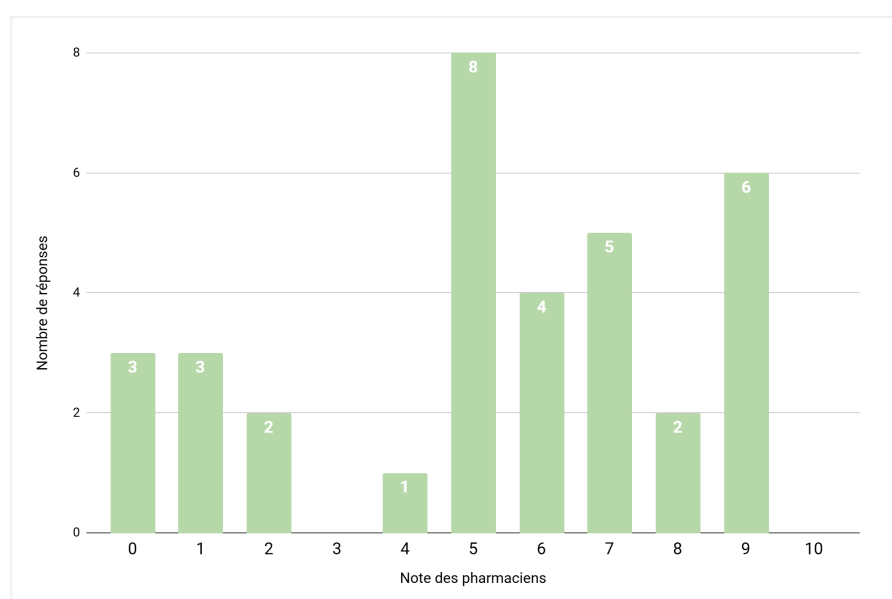


Figure 7 : Sur une échelle de 0 à 10, à combien estimez-vous l'intérêt porté par les médecins au projet après un an d'expérimentation ?

La valeur médiane est de 5,5 ce qui signifie que 50% des répondants ont évalué l'intérêt des médecins à 5,5 ou plus. La moyenne a également augmenté par rapport au début de l'expérimentation puisqu'elle est de 5,3.

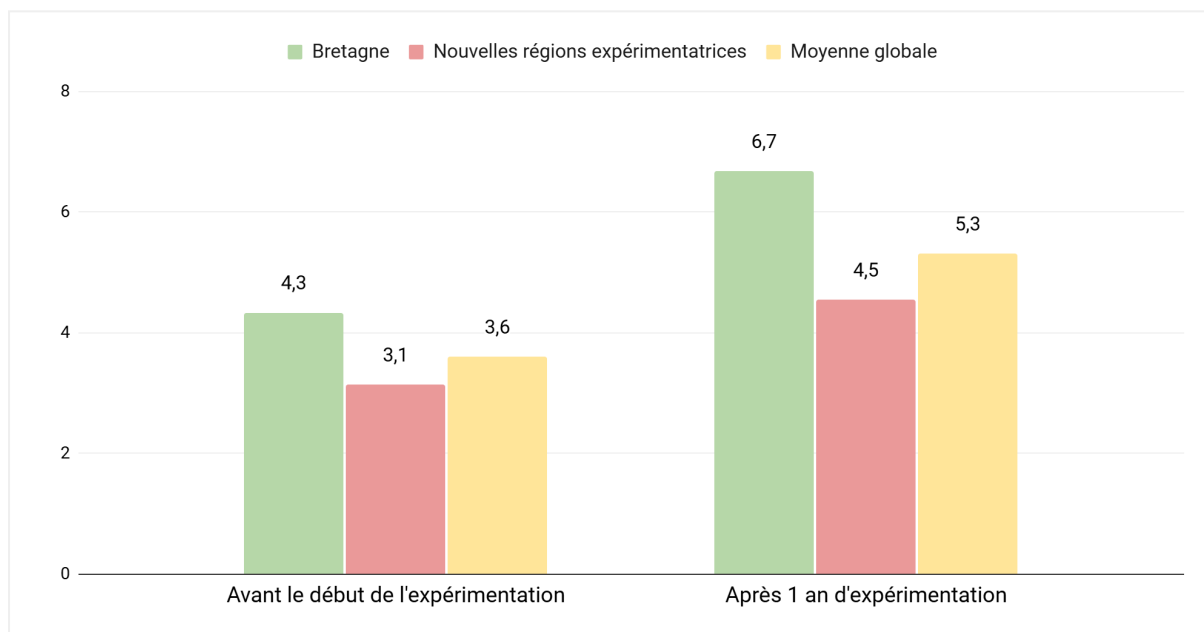


Figure 8 : Comparaison des moyennes selon les régions de l'intérêt des médecins d'après les pharmaciens avant et après le début d'OSyS

On constate que selon les régions les moyennes diffèrent. En effet, les pharmaciens bretons évaluent l'intérêt des médecins avant le début d'OSyS à 4,3 en moyenne, alors que ceux exerçant dans les nouvelles régions expérimentatrices (Centre-Val de Loire, Occitanie et Corse) donnent une moyenne de 3,1.

Après une année d'expérimentation, l'intérêt des médecins est évalué à une moyenne de 6,7 en Bretagne contre 4,5 dans les autres régions. Les notations moyennes des nouvelles régions expérimentatrices sont inférieures à celles de la Bretagne, mais l'évolution de l'intérêt entre le début du projet et une année plus tard se retrouve dans toutes les régions.

3.2.2.2. Retours des médecins sur OSyS

On a demandé aux pharmaciens la nature des retours qu'ils ont eu de la part des médecins sur le projet OSyS tout au long de l'expérimentation.

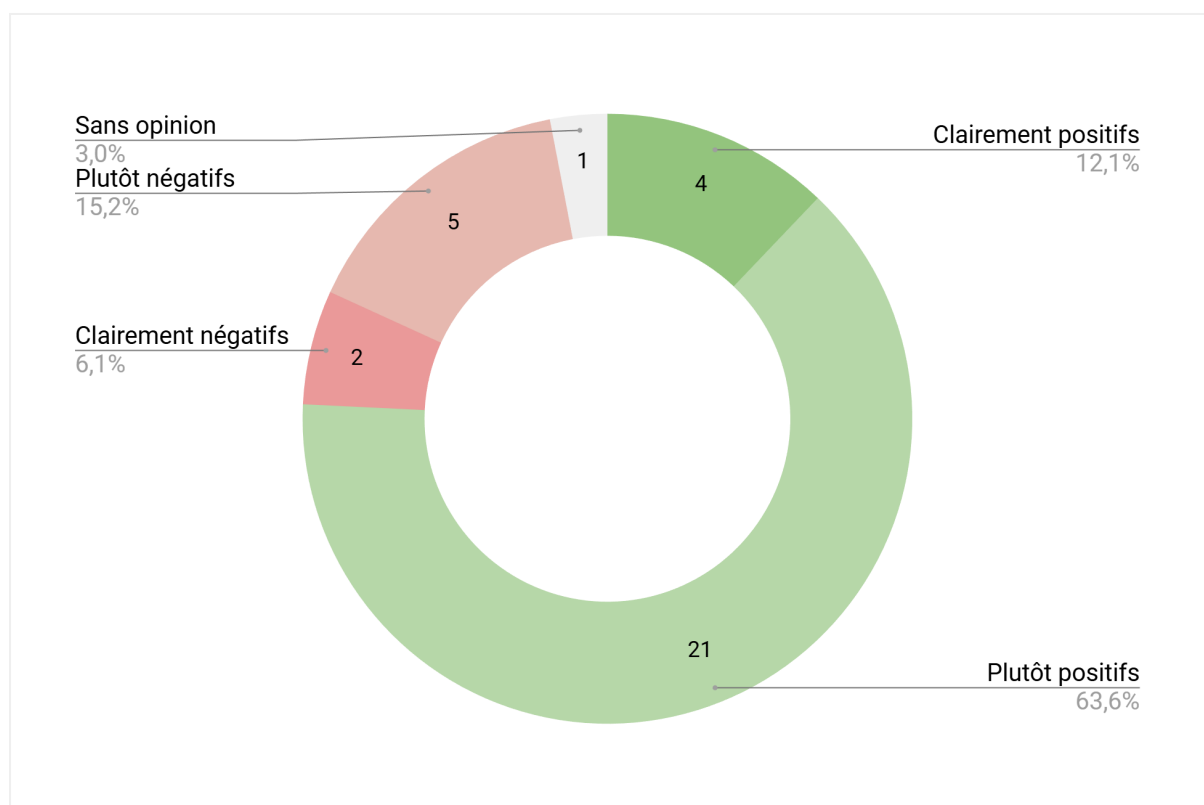


Figure 9 : Comment sont les retours que vous avez reçu de la part des médecins concernant ce projet ?

La majorité des pharmaciens ont eu des retours plutôt positifs de la part des médecins (n = 21), certains qualifient même ces retours de clairement positifs (n = 4). En revanche, quelques pharmaciens mentionnent des retours plutôt négatifs (n = 5), voire même clairement négatifs pour 2 d'entre eux (n = 2). Un répondant n'a pas d'opinion sur le sujet (n = 1).

Les réponses à cette question diffèrent grandement selon la région d'exercice, notamment entre la Bretagne qui expérimente depuis 2021, et les autres régions qui ont rejoint le projet en 2024.

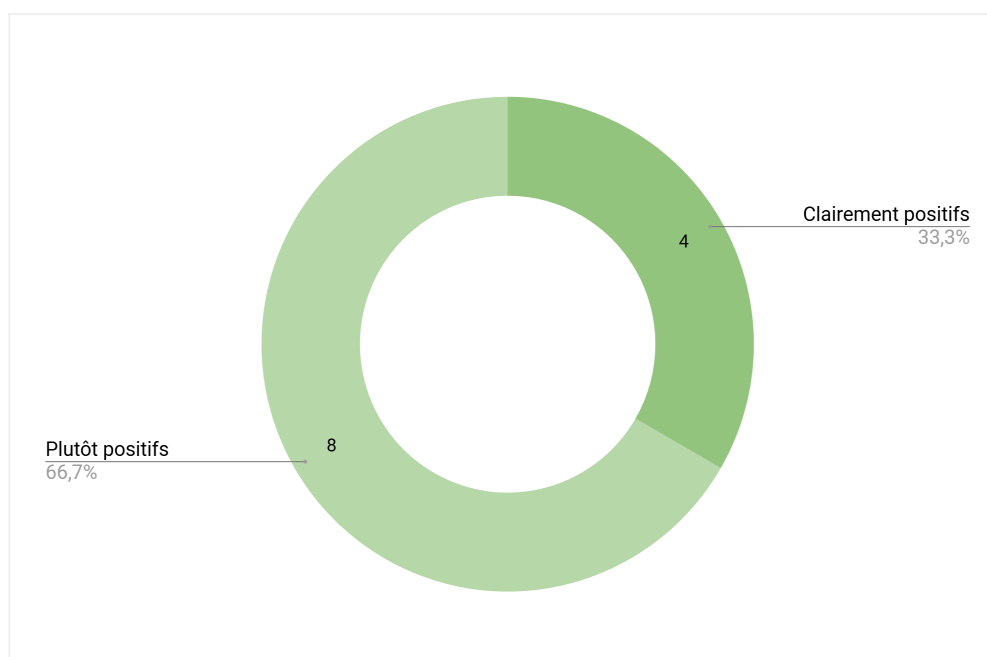


Figure 10 : Nature des retours médecins sur OSyS reçus par les pharmaciens en Bretagne

En Bretagne, tous les pharmaciens ont eu des retours positifs de la part des médecins. Les deux tiers étaient plutôt positifs (n = 8) et les autres clairement positifs (n = 4).

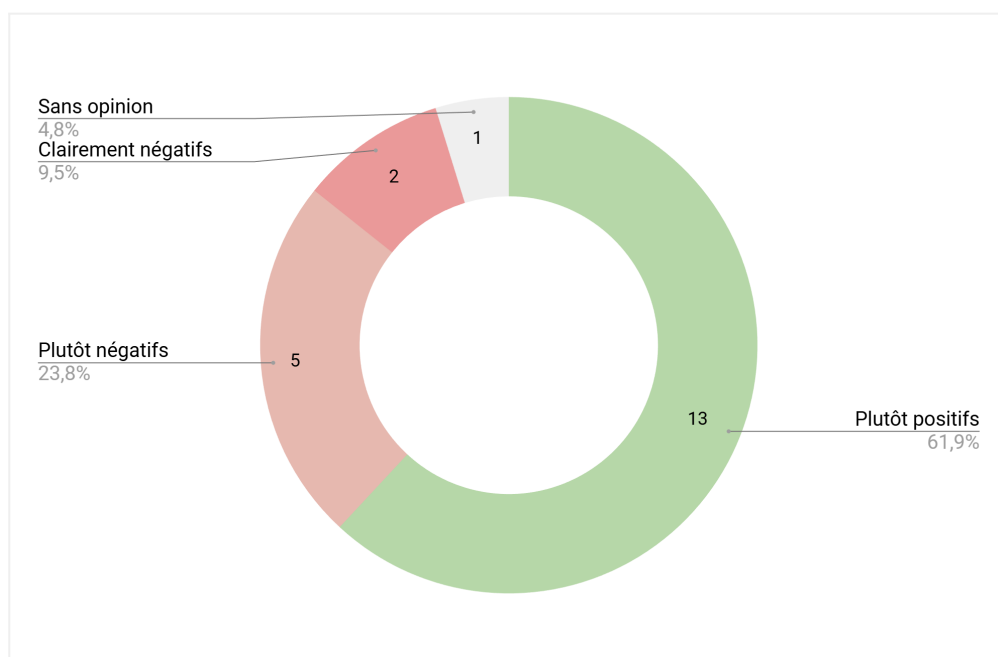


Figure 11 : Nature des retours médecins sur OSyS reçus par les pharmaciens dans les nouvelles régions expérimentatrices

Dans les 3 nouvelles régions expérimentatrices, les retours sont plus mitigés avec 62% évalués comme plutôt positifs (n = 13), 24% qui sont plutôt négatifs (n = 5), et 9% des retours sont clairement négatifs (n = 2).

3.2.2.2.3. *Motifs des réticences des médecins*

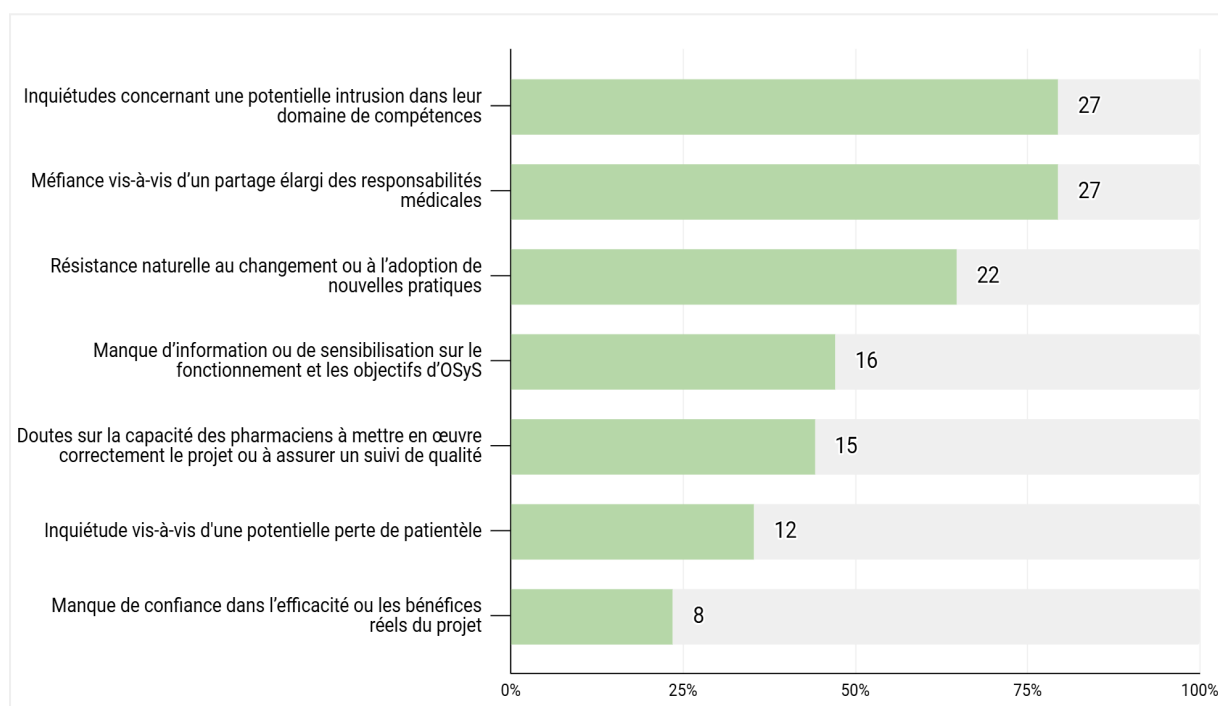


Figure 12 : Selon vous, pour quelles raisons les médecins auraient des réticences à l'égard du projet OSyS ?

Plus de trois quarts des pharmaciens déclarent que les médecins ont des réticences à l'égard du projet OSyS en raison d'une inquiétude concernant une potentielle intrusion dans leur domaine de compétence (n = 27), ou d'une méfiance vis-à-vis d'un partage élargi des responsabilités médicales (n = 27). A noter que la somme des réponses est supérieure au nombre de répondants car ces derniers pouvaient sélectionner plusieurs réponses.

Presque deux tiers des répondants estiment que la résistance naturelle des médecins aux changements ou à l'adoption de nouvelles pratiques explique leurs réserves (n = 22).

Le manque d'information ou de sensibilisation sur le fonctionnement et les objectifs du projet, et les doutes sur la capacité des pharmaciens à mettre en œuvre correctement le projet ou assurer un suivi de qualité, sont cités comme raison par un peu moins de la moitié des pharmaciens (respectivement $n = 16$ et $n = 15$).

Environ un pharmacien sur trois souligne le fait que les médecins sont inquiets sur OSyS en raison d'une potentielle perte de patientèle ($n = 12$). Certains laissent entendre qu'ils n'ont pas confiance dans l'efficacité ou les bénéfices réels du projet ($n = 8$).

Trois pharmaciens ont également ajouté des commentaires :

- Deux d'entre eux portent sur le manque à gagner des médecins avec une peur de perdre les *“actes faciles et courts”* qui, comme le cite l'un des répondant, *“équilibrent leur temps et leur rémunération face aux cas complexes”*.
- Le troisième commentaire évoque une *“crainte pour la Santé Publique”* si le pharmacien passe à côté de cas graves et ne les envoie pas chez le médecin.

3.2.2.3. Collaboration engendrée par le projet

3.2.2.3.1. *Vecteur d'interactions avec les médecins*

L'un des objectifs principaux de ce questionnaire est d'évaluer l'évolution des relations entre les pharmaciens et les médecins lorsque l'on confie davantage de missions au pharmacien. On les a donc interrogés sur la fréquence à laquelle la prise en charge d'un patient dans le cadre d'OSyS a conduit à un échange avec un médecin, qui n'aurait pas eu lieu avant ce projet.

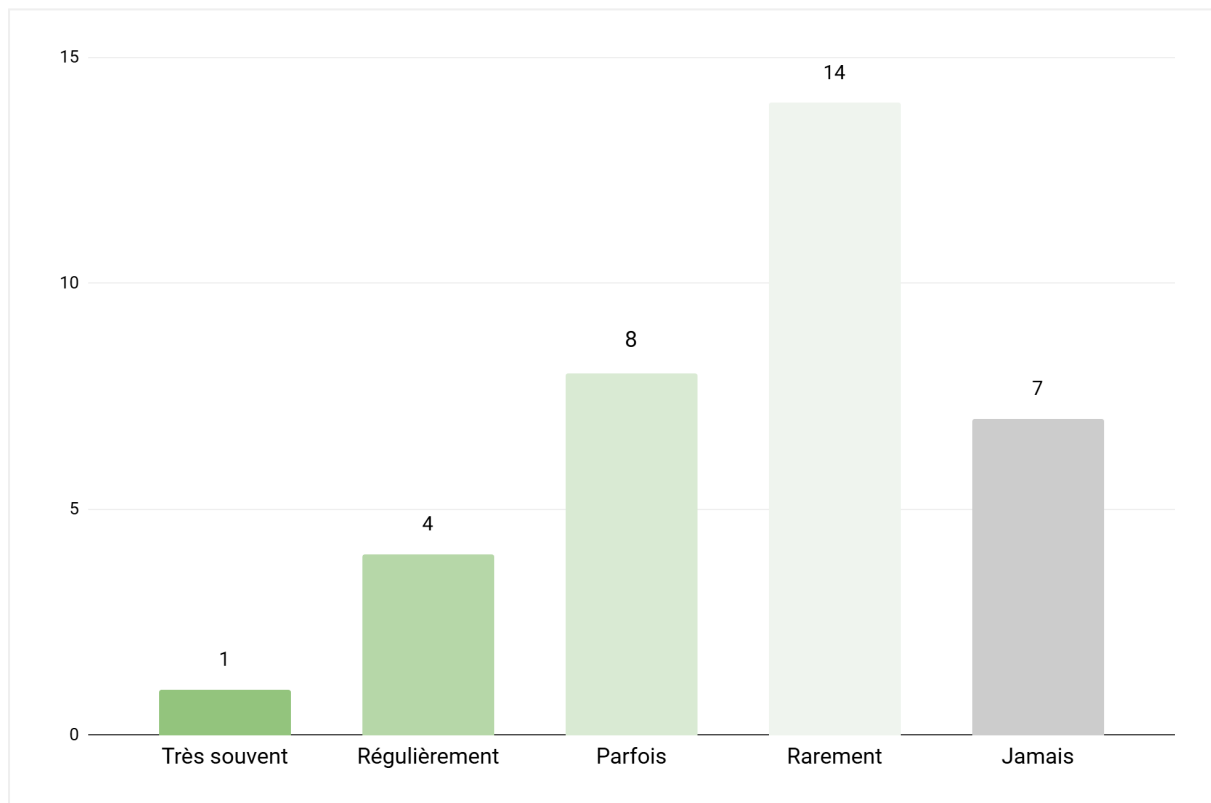


Figure 13 : La prise en charge d'un patient dans le cadre du dispositif a-t-elle conduit à un échange avec un médecin qui n'aurait pas eu lieu sans OSyS ?

On constate que dans 79,4% des cas, le projet OSyS a provoqué un échange avec un médecin qui n'aurait pas eu lieu avant. Ces échanges ont eu lieu une ou deux fois depuis le début du projet pour 41,2% des répondants (n = 14), une fois tous les deux mois pour 23,5% d'entre eux (n = 8), une fois par mois pour 11,8% (n = 4), et plusieurs fois par mois pour un seul répondant (n = 1).

Pour environ un pharmacien sur cinq, OSyS n'a déclenché aucun échange avec un médecin au sujet d'un patient (n = 7).

3.2.2.3.2. Effet sur la collaboration interprofessionnelle

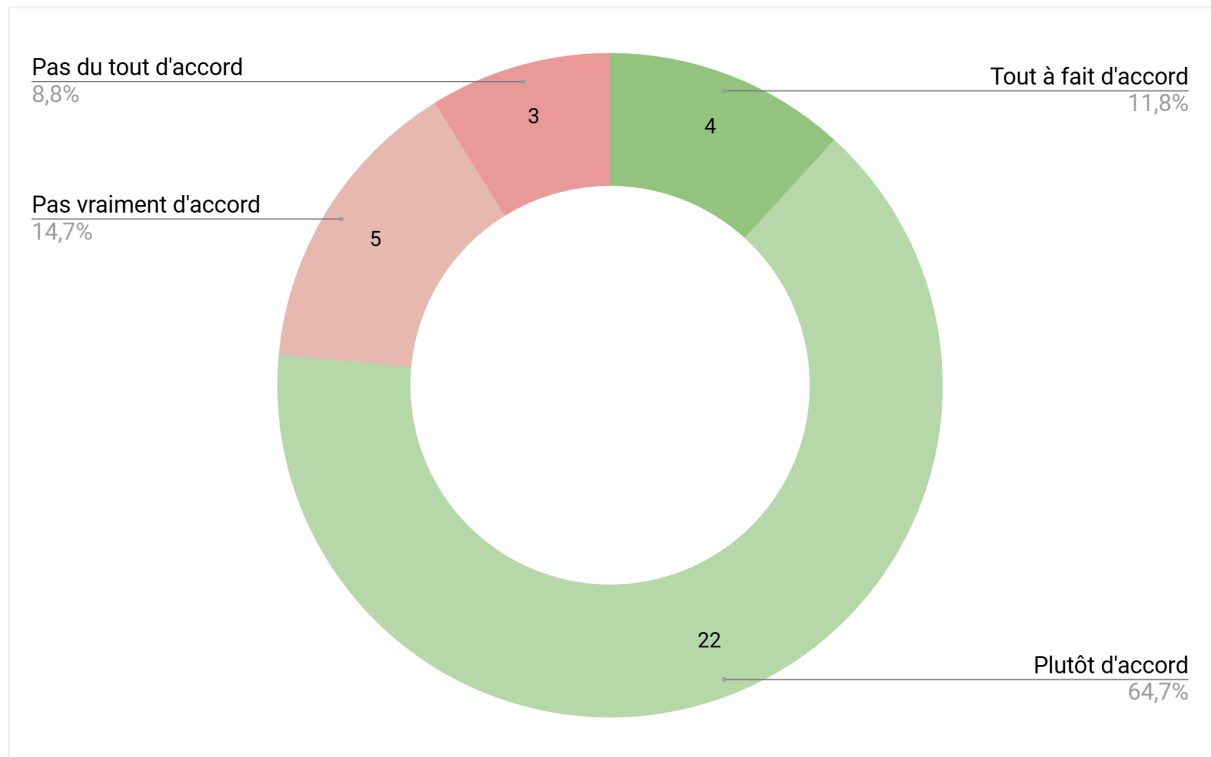


Figure 14 : Pensez-vous que des projets comme OSyS contribuent à l'amélioration de la relation médecin-pharmacien en termes de collaboration interprofessionnelle ?

En interrogeant les pharmaciens sur une potentielle amélioration de la relation médecin-pharmacien provoquée par des projets tels qu'OSyS, on remarque qu'une large majorité d'entre eux (77%) sont plutôt d'accord (n = 22) et certains sont même tout à fait d'accord (n = 4). Les autres répondants sont soit pas vraiment d'accord (n = 5), soit pas du tout d'accord (n = 3).

Les réponses à cette question fluctuent également selon la région d'exercice des répondants comme illustré ci-dessous :

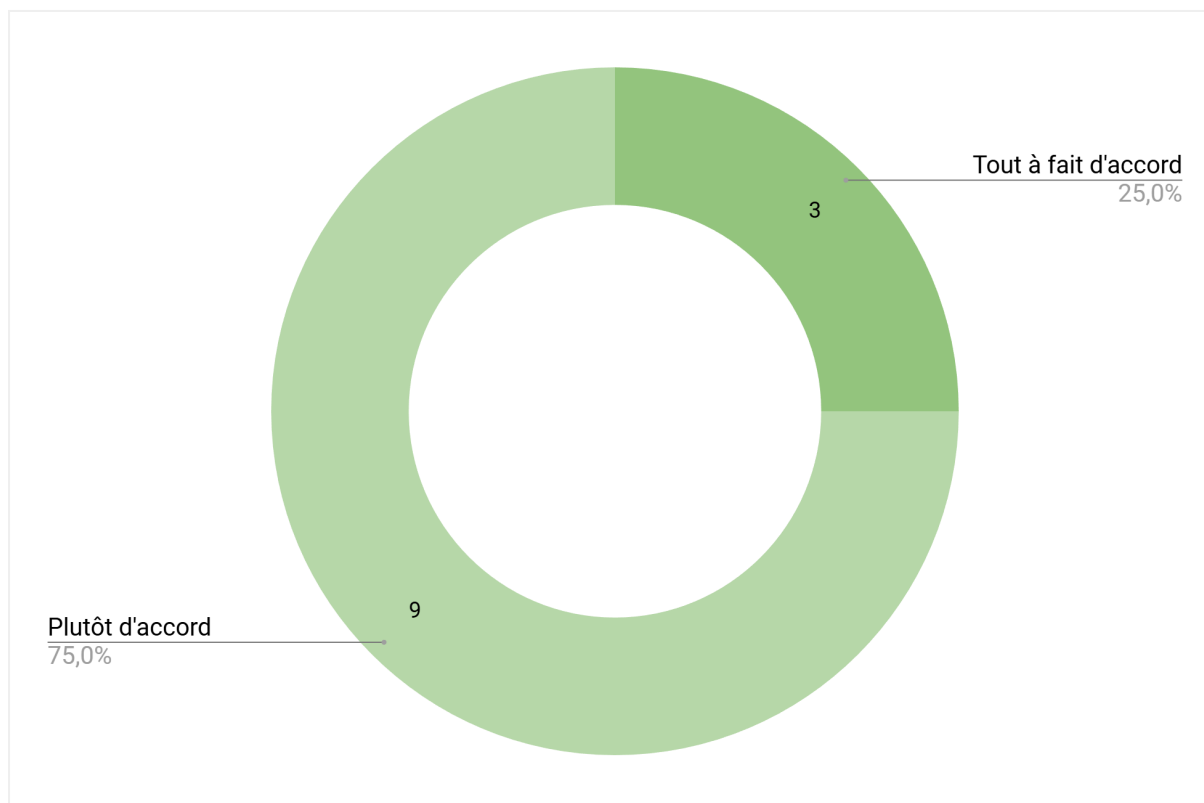


Figure 15 : Réponses des pharmaciens bretons à la question : “Pensez-vous que des projets comme OSyS contribuent à l’amélioration de la relation médecin-pharmacien en termes de collaboration interprofessionnelle ?”

En Bretagne, tous les pharmaciens ayant répondu à l’enquête considèrent que les projets tels qu’OSyS améliorent la relation médecin-pharmacien. Les trois quarts sont plutôt d’accord (n = 9) et les autres sont tout à fait d’accord (n = 3).

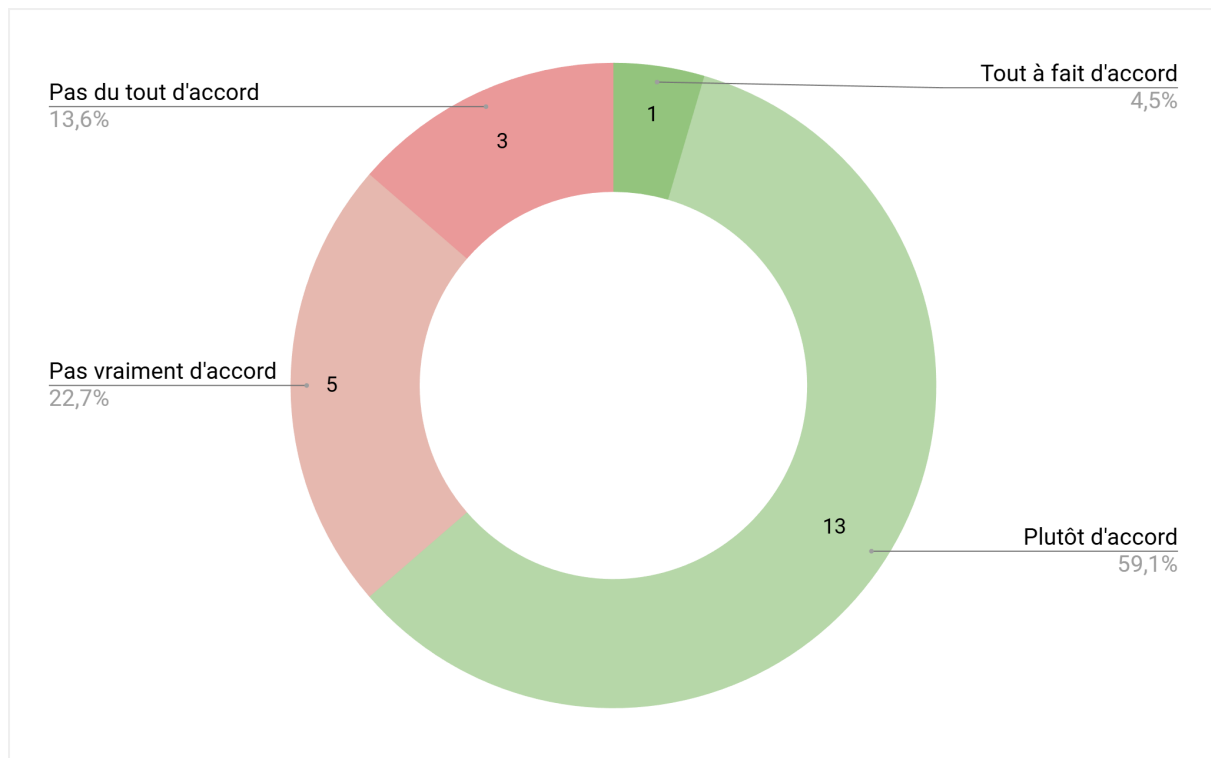


Figure 16 : Réponses des pharmaciens d'Occitanie, Centre-Val de Loire et Corse à la question : "Pensez-vous que des projets comme OSyS contribuent à l'amélioration de la relation médecin-pharmacien en termes de collaboration interprofessionnelle ?"

Dans les nouvelles régions expérimentatrices, les réponses sont plus variées mais une majorité de répondants est plutôt d'accord pour dire que de telles expérimentations sont en faveur du développement de la collaboration interprofessionnelle (n = 13). Un seul pharmacien est tout à fait d'accord (n = 1). 22,7% d'entre eux ne sont pas vraiment d'accord avec cela (n = 5), et 13,6% ne sont pas du tout d'accord (n = 3).

3.2.2.3.3. Réponses libres sur la collaboration interprofessionnelle et le projet OSyS

Les répondants ont pu exprimer ce qu'ils souhaitent sur la collaboration interprofessionnelle et le projet OSyS à travers une question ouverte. Toutes les réponses complètes sont disponibles en annexe 10.

Dans l'ensemble, les réponses expriment une perception plutôt positive du dispositif, perçu par certains comme « *l'avenir* » ou comme une expérimentation « *à poursuivre si d'autres se présentent* ». Plusieurs soulignent des effets concrets sur la pratique quotidienne, avec « *une prise en charge plus fluide des cas simples* » et des bénéfices à la fois pour les patients et pour l'agenda médical.

Cependant, plusieurs pharmaciens évoquent des difficultés persistantes. Certains relèvent que les « *médecins sont peu investis dans l'interprofessionnalité* » et « *ont du mal à déléguer* », tandis que d'autres notent une « *communication directe faible et inchangée* ». Le dispositif est également perçu par quelques-uns comme « *trop chronophage* », malgré son intérêt global.

De façon générale, ces remarques traduisent une volonté de collaborer davantage entre professionnels de santé, tout en soulignant le besoin de renforcer la communication et de clarifier les rôles (au sein d'OSyS mais aussi dans les nouvelles missions) .

3.2.2.4. Evolution de l'image du pharmacien d'officine avec OSyS

En attribuant davantage de responsabilités au pharmacien d'officine, le projet OSyS pourrait modifier l'image de la profession pour le grand public et les autres professionnels de santé.

3.2.2.4.1. *Evolution de la perception par les médecins*

On a demandé aux pharmaciens s'ils trouvent que la perception qu'ont les médecins de leur métier s'est améliorée depuis le début de l'expérimentation.

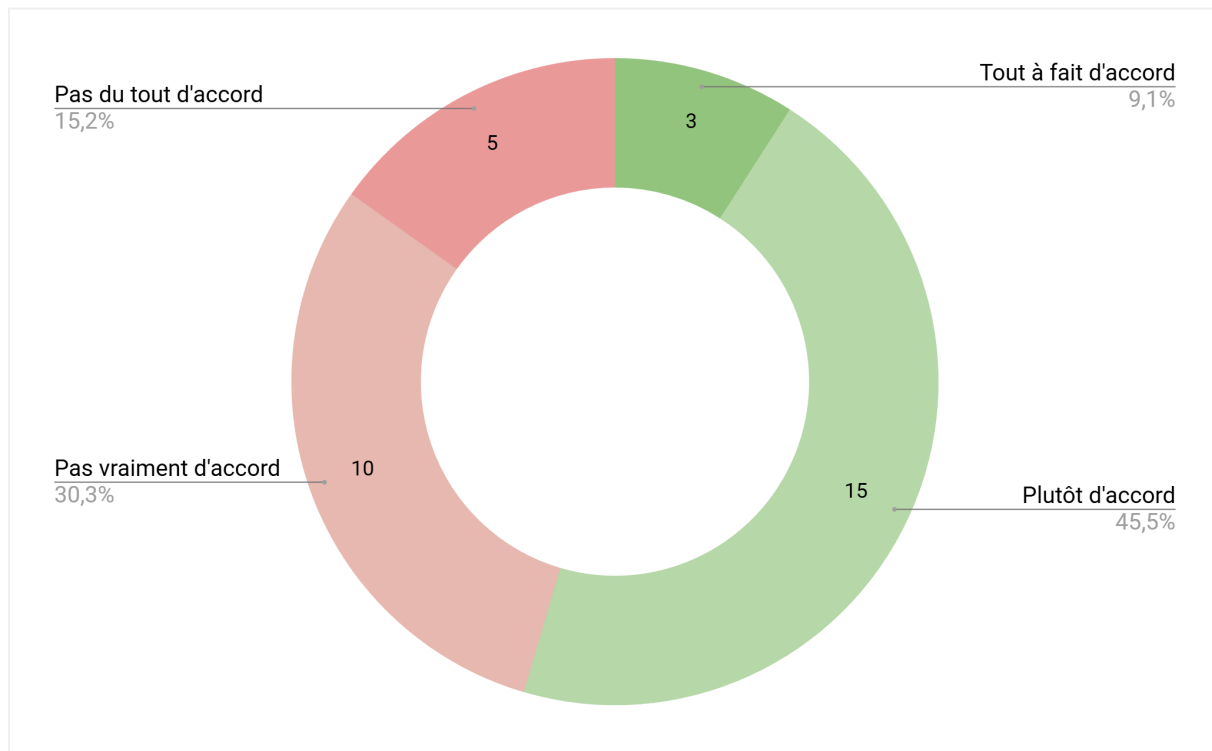


Figure 17 : Diriez-vous que la perception du métier de pharmacien de la part des médecins s'est améliorée depuis la mise en place d'OSyS ?

La majorité des répondants est d'accord avec cela puisque 45,5% d'entre eux sont plutôt d'accord (n = 15) et 9,1% sont tout à fait d'accord (n = 3). En revanche, 30,3% des pharmaciens ne sont pas vraiment d'accord (n = 10) et 15,2% ne sont pas du tout d'accord (n = 5).

Une nouvelle fois, les réponses sont significativement différentes entre la Bretagne et les trois autres régions comme illustré ci-dessous.

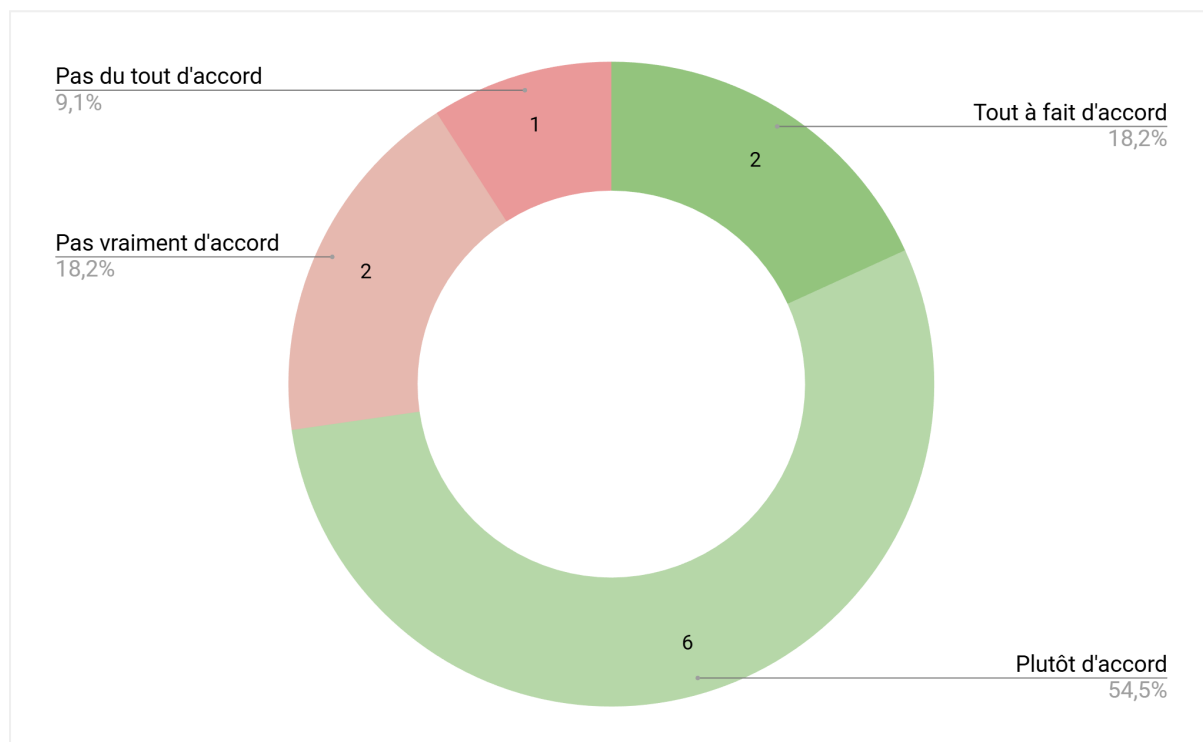


Figure 18 : Réponses des pharmaciens bretons à la question : “Diriez-vous que la perception du métier de pharmacien de la part des médecins s’est améliorée depuis la mise en place d’OSyS ?”

En Bretagne, une large majorité des répondants trouve que la perception du métier de pharmacien par les médecins s’est améliorée grâce à OSyS avec 54,5% qui sont plutôt d’accord (n = 6), et 18,2% qui sont tout à fait d’accord (n = 2).

Seulement 18,2% ne sont pas vraiment d’accord (n = 2) et une seule personne n’est pas du tout d’accord (n = 1).

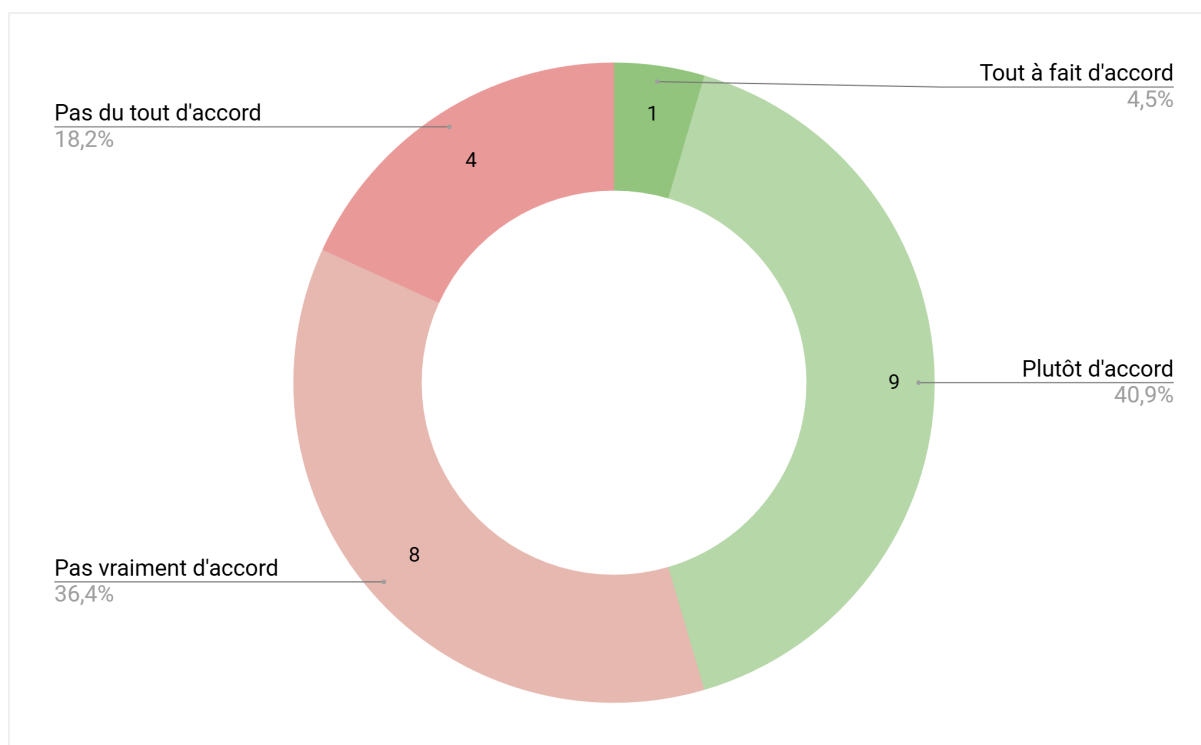


Figure 19 : Réponses des pharmaciens d'Occitanie, Centre-Val de Loire et Corse à la question : "Diriez-vous que la perception du métier de pharmacien de la part des médecins s'est améliorée depuis la mise en place d'OSyS ?"

Dans les nouvelles régions expérimentatrices la tendance est différente puisqu'une majorité de pharmaciens ne trouve pas que la perception de leur métier par les médecins se soit améliorée depuis le début de l'expérimentation.

En effet 36,4% des répondants ne sont pas vraiment d'accord (n = 8) et 18,2% ne sont pas du tout d'accord (n = 4). Bon nombre de pharmaciens sont tout de même plutôt d'accord (n = 9), et un seul est tout à fait d'accord (n = 1).

3.2.2.4.2. Evolution de la perception par les patients

Les pharmaciens ont ensuite été interrogés sur l'impact d'un projet tel qu'OSyS sur l'image de la profession auprès du grand public.

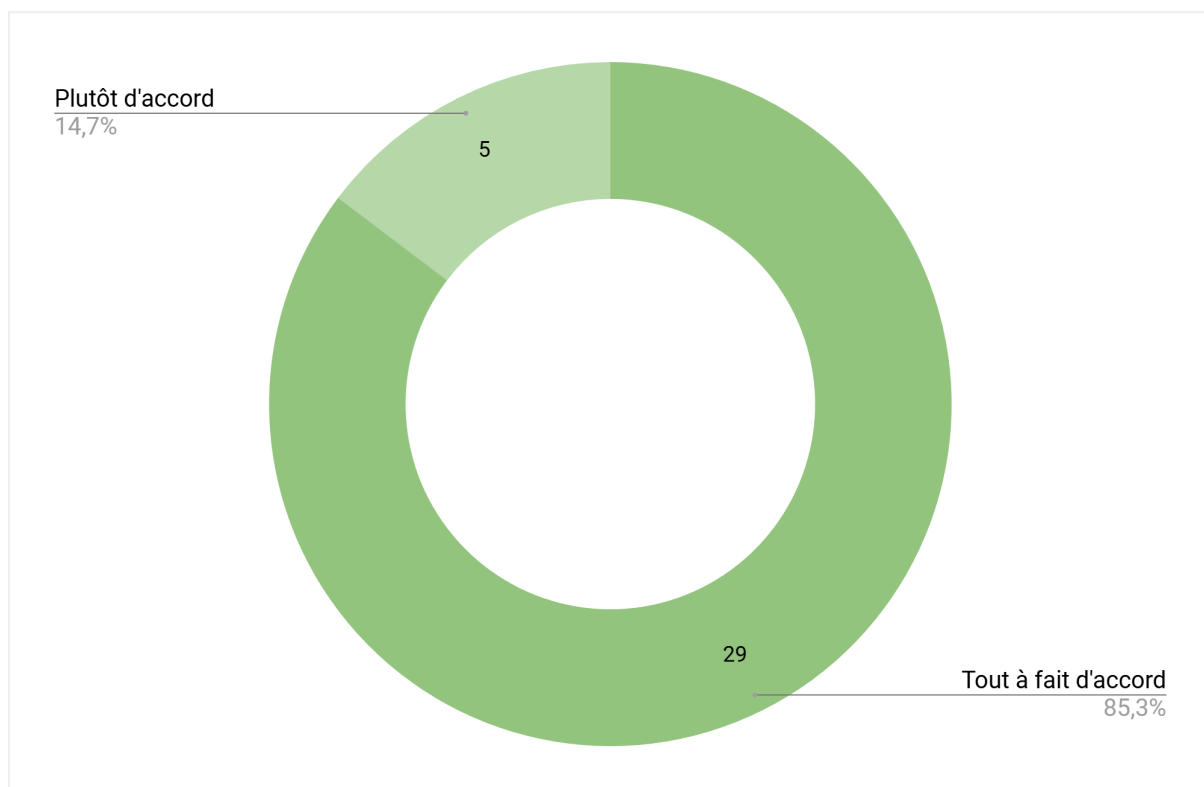


Figure 20 : *Trouvez-vous que le projet OSyS contribue à l'amélioration de l'image du pharmacien d'officine auprès des patients ?*

Les résultats obtenus sont unanimes : tous les répondants pensent qu'une expérimentation comme OSyS améliore l'image du pharmacien auprès des patients. 85,3% des répondants sont même tout à fait d'accord avec cela (n = 29), et les 14,7% restants sont plutôt d'accord (n = 5).

3.2.2.4.3. *Evolution de la satisfaction professionnelle des pharmaciens*

Pour terminer ce questionnaire, on a demandé aux pharmaciens s'ils trouvaient que le projet OSyS a amélioré leur satisfaction professionnelle.

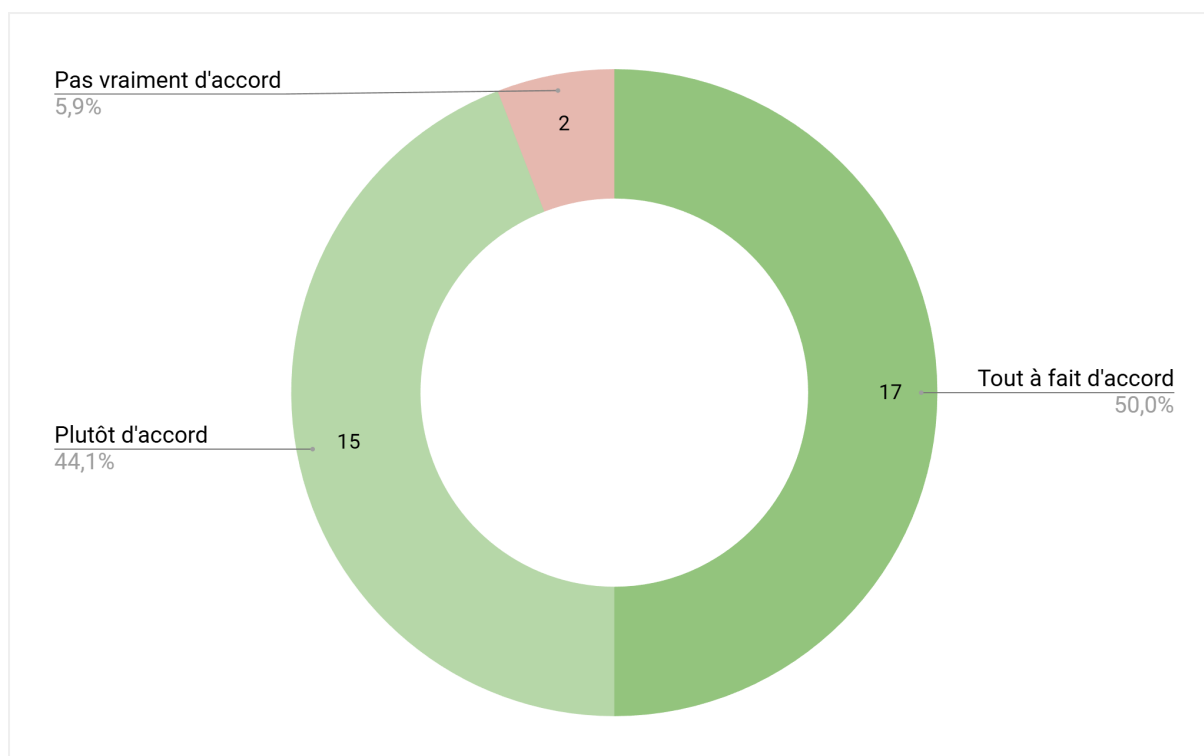


Figure 21 : Diriez-vous que ce projet a amélioré votre satisfaction professionnelle ?

La quasi totalité (94,1%) est d'accord avec cela, dont 50% qui sont tout à fait d'accord (n = 17), et 44,1% qui sont plutôt d'accord (n = 15). Seulement 2 répondants ne sont pas vraiment d'accord (n = 2).

3.2.3. Discussion

3.2.3.1. Discussion des résultats

3.2.3.1.1. *Un taux de participation satisfaisant et représentatif*

Avec 34 réponses sur 131 pharmacies ayant réellement réalisé des triages dans le cadre du projet, le taux de participation de 26% est satisfaisant pour ce type d'enquête. Ce chiffre est à mettre en perspective avec plusieurs éléments. D'une part, bien que 175 pharmacies aient initialement été recensées comme participantes au projet OSyS, toutes ne se sont pas réellement engagées dans la pratique du triage.

En se basant sur les pharmacies effectivement actives (131 officines ayant réalisé au moins un triage), le taux de participation de 26% reflète davantage la réalité de l'implication des professionnels et témoigne d'un engagement notable des pharmaciens interrogés.

D'autre part, la charge de travail importante des pharmaciens et le caractère volontaire de l'enquête contextualise ce résultat. La répartition géographique des répondants est par ailleurs satisfaisante, avec une représentation des quatre régions expérimentatrices, permettant ainsi une analyse comparative entre la Bretagne (région pionnière depuis 2021) et les trois nouvelles régions (entrées en 2024). (121,125)

3.2.3.1.2. *L'évolution progressive de l'intérêt médical*

L'un des résultats les plus marquants concerne l'évolution de l'intérêt porté par les médecins au projet. Globalement, l'intérêt médical progresse, passant d'une note moyenne de 3,6 avant le début de l'expérimentation à 5,3 après un an. Cette progression témoigne d'une amélioration graduelle de l'acceptation du dispositif par les médecins.

Cependant, l'analyse comparative entre régions révèle une disparité notable. En Bretagne, l'intérêt médical est évalué à 6,7 en moyenne après un an, contre seulement 4,5 dans les nouvelles régions expérimentatrices. Cette différence s'explique probablement par l'effet du temps : les médecins bretons ont bénéficié de plusieurs années d'expérimentation (depuis 2021), leur permettant de constater concrètement les bénéfices du dispositif et de développer progressivement une confiance envers le rôle élargi du pharmacien. À l'inverse, dans les régions ayant rejoint le projet en 2024, le recul est encore limité et les réticences initiales n'ont pas encore eu le temps de s'estomper.

Cette tendance se confirme également dans la nature des retours médecins : 100% des pharmaciens bretons rapportent des retours positifs (dont un tiers de "clairement positifs"), tandis que dans les nouvelles régions, un quart des retours sont perçus comme négatifs. Ces observations suggèrent qu'un temps d'adaptation et de familiarisation est nécessaire pour que les bénéfices du projet soient pleinement reconnus par les médecins.

3.2.3.1.3. *Les réticences médicales : entre craintes professionnelles et manque d'information*

L'analyse des motifs de réticences médicales identifiés par les pharmaciens éclaire les obstacles persistants à une collaboration optimale. Deux préoccupations dominent largement avec plus de 79% de citations chacune : l'inquiétude d'une intrusion dans le domaine de compétence médical et la méfiance vis-à-vis d'un partage élargi des responsabilités médicales. Ces résultats font écho aux constats établis dans la première partie de cette thèse, où plusieurs nouvelles missions du pharmacien (comme la prescription d'antibiotiques ou le statut de pharmacien correspondant) ont suscité des réserves similaires de la part du corps médical.

La résistance naturelle au changement, citée par près de deux tiers des répondants, constitue également un frein majeur. Ce phénomène n'est pas spécifique à OSyS : comme évoqué dans la première partie, les entretiens pharmaceutiques et bilans de médication souffrent également d'un manque de soutien médical, avec "des médecins super ouverts, des médecins qui s'en foutent" selon les témoignages recueillis. (54)

Le manque d'information sur le fonctionnement et les objectifs du projet, identifié par près de la moitié des pharmaciens, rejoint directement les conclusions de l'évaluation de mi-parcours en Bretagne qui avait révélé une méconnaissance quasi complète du dispositif par les médecins. Malgré le plan de communication renforcé mis en place pour la phase 2, ce déficit informationnel persiste et constitue un obstacle majeur au déploiement du projet. (124)

Enfin, les commentaires libres apportent une dimension économique à ces réticences : la crainte de perdre des "actes faciles et courts" qui "équilibrent leur temps et leur rémunération face aux cas complexes". Cette préoccupation financière, bien que moins fréquemment citée dans le questionnaire (un tiers des répondants), s'inscrit dans un contexte plus large de tensions économiques au sein du système de santé.

3.2.3.1.4. *OSyS comme vecteur d'interactions interprofessionnelles*

Un résultat particulièrement encourageant concerne l'impact concret d'OSyS sur les échanges entre professionnels : 79,4% des pharmaciens déclarent que la prise en charge d'un patient dans le cadre du dispositif a conduit à un échange avec un médecin qui n'aurait pas eu lieu sans le projet. Ce chiffre démontre qu'OSyS crée effectivement des opportunités de communication interprofessionnelle qui n'existaient pas auparavant dans le parcours de soins traditionnel.

Bien que la fréquence de ces échanges reste variable (41,2% déclarent que cela s'est produit seulement une ou deux fois depuis le début, contre 11,8% mensuellement), le simple fait qu'ils aient lieu constitue une avancée significative.

Comme l'exprime l'un des pharmaciens dans les commentaires libres : "La communication directe avec les médecins est faible et inchangée. Par contre [...] quand nous appelons pour prendre un rdv dans le cadre d'OSyS pour un patient qui présente une exclusion, nous avons un rendez-vous très rapide et jamais de refus. Donc la coopération n'est pas directe mais elle est très efficace."

Ce témoignage illustre parfaitement la nature de la collaboration engendrée par OSyS : bien qu'elle ne se traduise pas nécessairement par une augmentation des échanges spontanés, elle instaure un cadre structuré facilitant la coopération lorsqu'elle est nécessaire.

3.2.3.1.5. La perception d'un impact positif sur la collaboration interprofessionnelle

Interrogés sur la contribution d'OSyS à l'amélioration de la relation médecin-pharmacien, 76,5% des pharmaciens se déclarent en accord (dont 11,8 % "tout à fait d'accord"). Cela témoigne d'une perception globalement positive du potentiel collaboratif du projet.

Toutefois, l'analyse par région révèle une nouvelle fois des divergences significatives. En Bretagne, 100% des répondants estiment qu'OSyS améliore la collaboration interprofessionnelle, confirmant l'effet bénéfique du temps et de l'expérience accumulée. Dans les nouvelles régions, bien qu'une majorité reste favorable (63,6%), plus d'un tiers des pharmaciens (36,3%) ne perçoivent pas (encore) d'amélioration de la relation médecin-pharmacien. Ces résultats suggèrent qu'un projet comme OSyS nécessite une phase de maturation prolongée pour que ses effets sur la collaboration interprofessionnelle soient pleinement ressentis et reconnus par l'ensemble des acteurs.

Cette observation fait écho aux conclusions de la partie 2 de cette thèse, qui soulignait que le succès de la collaboration interprofessionnelle dépend non seulement de la mise en place de structures et d'outils, mais également du temps nécessaire pour développer une culture collaborative et surmonter les résistances initiales.

3.2.3.1.6. *Une valorisation unanime de l'image du pharmacien auprès des patients*

L'unanimité des réponses concernant l'amélioration de l'image du pharmacien auprès des patients (100% d'accord, dont 85,3% "tout à fait d'accord") constitue sans doute le résultat le plus frappant de cette enquête. Cette perception contraste avec les résultats plus nuancés concernant la relation avec les médecins, et témoigne de l'acceptation immédiate du dispositif par les patients.

Ces données confirment les résultats antérieurs du projet, notamment le taux de satisfaction patient exceptionnel de 100% observé lors de la phase 1 en Bretagne. Elles s'inscrivent également dans la continuité des constats établis dans la première partie de cette thèse : les nouvelles missions du pharmacien sont généralement très bien accueillies par les patients, qui apprécient particulièrement la facilité d'accès aux soins et la proximité relationnelle offerte par leur pharmacien. (124)

L'image du pharmacien auprès du grand public bénéficie donc directement d'initiatives comme OSyS, qui rendent visible et concrète l'évolution du métier vers un rôle de professionnel de santé de premier recours à part entière.

3.2.3.1.7. *L'amélioration de la perception médicale : un processus en marche*

Concernant l'amélioration de la perception du métier de pharmacien par les médecins, les résultats sont plus contrastés : 54,6% des pharmaciens estiment que cette perception s'est améliorée, tandis que 45,5% ne partagent pas cet avis. L'écart entre régions est une nouvelle fois marquant : en Bretagne, 72,7% des répondants perçoivent une amélioration, contre seulement 45,5% dans les nouvelles régions.

Cette différence régionale renforce l'hypothèse selon laquelle la reconnaissance du rôle élargi du pharmacien par les médecins est un processus graduel, nécessitant du temps et une exposition prolongée aux bénéfices concrets du dispositif. Les réticences médicales identifiées précédemment (crainte d'intrusion, méfiance vis-à-vis du partage de responsabilités) ne peuvent s'atténuer qu'au fil d'expériences collaboratives réussies et d'une meilleure compréhension mutuelle des compétences de chacun.

Il est également intéressant de noter que, malgré ces réserves, la majorité des pharmaciens rapportent des retours positifs de la part des médecins (73,5%). Ce paradoxe suggère que, bien que les médecins puissent avoir des opinions favorables sur le dispositif en tant que tel, cela ne se traduit pas automatiquement par une évolution de leur perception générale du métier de pharmacien.

3.2.3.1.8. *Une satisfaction professionnelle renforcée*

Enfin, l'impact d'OSyS sur la satisfaction professionnelle des pharmaciens est largement positif, avec 94,1% de réponses favorables (dont 50% "tout à fait d'accord").

Cette satisfaction élevée s'explique probablement par plusieurs facteurs convergents : la reconnaissance accrue du rôle du pharmacien auprès des patients, l'opportunité d'exercer des compétences cliniques plus poussées, et le sentiment de contribuer activement à l'amélioration de l'accès aux soins. Comme l'exprime l'un des répondants : "on prend en charge les cas simples et on oriente les cas qui en ont vraiment besoin, gagnant pour le patient et l'agenda du médecin."

Malgré les difficultés organisationnelles évoquées par certains (le dispositif étant qualifié de "trop chronophage"), la satisfaction globale reste élevée, suggérant que l'enrichissement du contenu du travail compense largement les contraintes liées à la mise en œuvre du projet.

3.2.3.1.9. *Synthèse et perspectives*

Les résultats de cette enquête confirment qu'OSyS constitue effectivement un catalyseur de collaboration interprofessionnelle, bien que son impact varie significativement selon l'ancienneté du projet dans chaque région. L'effet temporel, documenté à travers l'ensemble de cette enquête, apparaît ainsi comme une variable centrale conditionnant le succès de tout projet d'interprofessionnalité.

Les principaux obstacles identifiés – inquiétudes sur le partage des compétences, résistance au changement, déficit d'information – ne sont pas spécifiques à OSyS mais s'inscrivent dans une problématique plus large de redéfinition des rôles professionnels au sein du système de santé.

Comme souligné tout au long de cette thèse, l'élargissement des missions du pharmacien soulève systématiquement des questionnements similaires de la part des médecins, qu'il s'agisse des entretiens pharmaceutiques, du statut de pharmacien correspondant ou de la prescription d'antibiotiques.

La forte satisfaction des patients et des pharmaciens, combinée à l'amélioration progressive de l'acceptation médicale, suggère qu'OSyS représente un modèle prometteur pour l'évolution du système de santé français. Toutefois, la consolidation de cette dynamique collaborative nécessite un accompagnement continu, notamment par le renforcement de la communication interprofessionnelle et la clarification des rôles de chacun – deux axes d'amélioration identifiés de manière récurrente dans l'ensemble de ce travail de thèse.

3.2.3.2. Discussion de la méthode

Après avoir analysé les résultats de cette enquête et leurs implications pour la collaboration interprofessionnelle, il convient d'évaluer la méthodologie employée afin de contextualiser la portée et les limites de ces conclusions. Toute étude observationnelle par questionnaire comporte des biais potentiels et des contraintes qu'il est essentiel d'identifier pour interpréter correctement les données recueillies.

3.2.3.2.1. *Limites de l'étude*

3.2.3.2.1.1. *Un taux de participation satisfaisant mais perfectible*

Le taux de participation de 26% est satisfaisant pour ce type d'enquête en ligne auprès de professionnels de santé sollicités de manière non obligatoire. Cependant, il soulève la question d'un possible biais de sélection. En effet, il est probable que les pharmaciens ayant répondu au questionnaire soient ceux qui sont les plus engagés dans le projet OSyS, ou au contraire ceux qui ont rencontré des difficultés significatives et souhaitent les exprimer. Les pharmaciens ayant abandonné le dispositif ou ceux qui y participent de manière minimale sont probablement sous-représentés, ce qui peut conduire à une surestimation de la satisfaction et de l'impact positif du projet.

De plus, le calcul du taux de participation se base sur les 131 pharmacies ayant effectivement réalisé au moins un triage, et non sur les 175 pharmacies initialement engagées. Cette distinction était nécessaire pour refléter la réalité de l'implication effective dans le projet. Comme observé lors de la phase 1 en Bretagne où seulement 37 officines sur 50 avaient réellement participé, un écart significatif peut exister entre engagement initial et implication effective. Cette approche permet d'obtenir un taux de participation plus représentatif de l'engagement réel des pharmaciens actifs dans le dispositif. (121,125)

3.2.3.2.1.2. Disparités de représentation géographique

La répartition des répondants entre les régions présente des déséquilibres notables en termes de nombre absolu de réponses. Bien que les taux de participation soient variables mais globalement comparables entre les régions (Bretagne 17,4%, Centre-Val de Loire 32,0%, Occitanie 55,0% et Corse 17,6%), le nombre de pharmacies impliquées diffère considérablement d'une région à l'autre. Ainsi, la Corse ne compte que 3 répondants au total, contre un effectif nettement supérieur dans les autres régions. Ce faible nombre de réponses corses limite considérablement la possibilité de tirer des conclusions spécifiques sur l'expérience de cette région et réduit sa représentativité dans l'analyse globale.

Ces disparités en effectifs rendent également délicates les comparaisons inter-régionales détaillées. Bien que la distinction entre la Bretagne et les trois nouvelles régions expérimentatrices soit pertinente et instructive, l'analyse des spécificités propres à chaque nouvelle région (Centre-Val de Loire, Occitanie, Corse) aurait nécessité un nombre de répondants plus important et mieux équilibré entre les territoires.

3.2.3.2.1.3. Un effet d'ancienneté faussé

La différence d'ancienneté du projet entre la Bretagne (expérimentation depuis 2021) et les trois autres régions (entrées en 2024) constitue à la fois une richesse analytique et une limite méthodologique. D'une part, cette différence permet d'observer l'évolution temporelle de la collaboration interprofessionnelle et de l'acceptation médicale. D'autre part, elle complique la comparaison directe des résultats, car les différences observées peuvent être attribuées soit à des spécificités territoriales (organisation du système de santé local, densité médicale, culture professionnelle régionale), soit simplement à l'effet du temps.

Il est donc difficile de déterminer avec certitude si les meilleurs résultats observés en Bretagne sont uniquement dus à la maturation du projet ou s'ils reflètent également des caractéristiques régionales favorables à la collaboration interprofessionnelle. Une étude longitudinale suivant l'évolution des indicateurs dans chaque région sur plusieurs années aurait permis de mieux isoler l'effet temporel.

3.2.3.2.1.4. Format du questionnaire

Le choix d'un questionnaire court, bien que stratégique pour maximiser le taux de participation, limite nécessairement la profondeur des données recueillies. Certaines thématiques, comme la nature précise des échanges interprofessionnels ou les modalités concrètes de coordination mises en place, n'ont pu être explorées qu'en surface. De plus, l'utilisation d'échelles d'évaluation numériques (de 0 à 10) pour mesurer l'intérêt médical repose sur une appréciation subjective des pharmaciens, qui peut être influencée par leur propre ressenti global du projet plutôt que par des interactions objectivement mesurables.

La question ouverte finale, bien qu'ayant permis de recueillir des témoignages riches et nuancés, n'a suscité que 9 réponses complètes sur 34 participants. Cette faible proportion de réponses qualitatives limite l'exploration approfondie des motivations, des freins et des expériences concrètes vécues par les pharmaciens. Des entretiens semi-directifs auraient permis d'approfondir certains aspects évoqués dans les commentaires libres, notamment les mécanismes précis par lesquels OSyS facilite (ou non) la communication avec les médecins.

3.2.3.2.1.5. Absence de confrontation des points de vue

Cette étude repose uniquement sur le point de vue des pharmaciens participants. L'absence de données complémentaires auprès des médecins généralistes, des patients ou des instances régionales constitue une limite notable. Il aurait été particulièrement pertinent de confronter la perception qu'ont les pharmaciens de l'intérêt médical avec l'opinion réelle des médecins concernés. De même, bien que les pharmaciens estiment unanimement qu'OSyS améliore leur image auprès des patients, cette perception n'a pas été vérifiée directement auprès de ces derniers dans le cadre de cette enquête.

Toutefois, il convient de préciser qu'une enquête auprès des médecins généralistes a été réalisée dans le cadre de l'évaluation finale du projet OSyS par les porteurs du projet. C'est d'ailleurs la raison pour laquelle cette dimension n'a pas été explorée dans ce travail, afin d'éviter une redondance et de ne pas solliciter à nouveau les médecins. Malheureusement, cette enquête n'a pas réussi à récolter suffisamment de réponses pour être exploitable statistiquement.

Néanmoins, les quelques retours obtenus seront brièvement évoqués ultérieurement pour enrichir la discussion, bien qu'ils ne permettent pas de conclusions généralisables. (125)

Cette absence de triangulation des sources limite néanmoins la possibilité de valider certaines conclusions et peut conduire à des biais de perception. Par exemple, les pharmaciens peuvent surestimer (ou sous-estimer) les réticences médicales en fonction de quelques interactions marquantes, sans que cela reflète nécessairement l'opinion générale du corps médical.

3.2.3.2.2. *Forces de l'étude*

3.2.3.2.2.1. *Une couverture géographique exhaustive*

Malgré les déséquilibres évoqués précédemment, cette étude présente l'avantage majeur de couvrir l'ensemble des quatre régions expérimentatrices du projet OSyS. Cette exhaustivité géographique permet d'obtenir une vision globale du déploiement national du dispositif et d'identifier des tendances générales au-delà des spécificités territoriales. La distinction entre la Bretagne (région pionnière) et les trois nouvelles régions s'est révélée particulièrement intéressante, mettant en lumière l'importance du facteur temporel dans l'évolution de la collaboration interprofessionnelle.

Cette approche multi-régionale contraste favorablement avec de nombreuses études menées sur un territoire unique, offrant ainsi une perspective plus large sur les dynamiques de déploiement d'une innovation organisationnelle en santé à l'échelle nationale.

3.2.3.2.2.2. *L'anonymat comme garantie de sincérité*

Le choix de garantir un anonymat total aux répondants constitue une force méthodologique essentielle. En l'absence de toute possibilité d'identification (ni nom, ni localisation précise de l'officine), les pharmaciens ont pu s'exprimer librement sur leurs relations avec les médecins, leurs difficultés rencontrées et leur satisfaction professionnelle sans crainte de répercussions ou de jugements. Cette liberté de parole est particulièrement importante lorsqu'il s'agit d'aborder des sujets sensibles comme les réticences médicales ou les tensions interprofessionnelles.

L'obtention de témoignages nuancés, parfois critiques envers le dispositif ou les médecins, témoigne de l'efficacité de cette approche. Les répondants n'ont pas hésité à qualifier certains retours médicaux de "clairement négatifs" ou à mentionner que le projet était "trop chronophage", ce qui suggère une authenticité des réponses qui n'aurait peut-être pas été atteinte dans un contexte d'identification.

3.2.3.2.2.3. Une approche mixte quantitative et qualitative

La combinaison de questions fermées avec échelles d'évaluation et de questions ouvertes permet d'allier la rigueur quantitative à la richesse qualitative. Les données chiffrées offrent une base solide pour identifier des tendances générales et réaliser des comparaisons statistiques entre groupes (notamment entre régions), tandis que les commentaires libres apportent une profondeur d'analyse et permettent de comprendre les mécanismes sous-jacents aux observations quantitatives.

3.2.3.2.2.4. Pertinence du timing de l'enquête

La période de recueil (mai à août 2025) a été judicieusement choisie pour permettre aux pharmaciens des nouvelles régions expérimentatrices de bénéficier d'environ 18 mois de recul sur leur participation au projet (entrée en janvier 2024). Ce délai représente un compromis optimal : suffisamment long pour que les premières impressions laissent place à une expérience consolidée, mais pas trop tardif pour que les souvenirs des débuts restent accessibles.

Pour la Bretagne, avec plus de quatre années d'expérimentation, cette période offre une perspective mature permettant d'évaluer les effets à long terme du dispositif sur la collaboration interprofessionnelle. Cette différence temporelle entre régions, bien qu'elle constitue une limite pour la comparabilité directe, représente également une force en permettant d'observer différentes phases de maturation du projet au sein d'une même enquête.

3.2.3.2.2.5. Comparaison Bretagne/nouvelles régions grâce à Google Forms

L'utilisation de Google Forms permet d'obtenir à la fois une vision globale des réponses à chaque question (utile pour les analyses statistiques générales) et une vision individuelle du parcours complet de chaque répondant (permettant des analyses croisées). Cette double fonctionnalité a facilité les comparaisons régionales et permis d'identifier des profils de répondants en croisant plusieurs variables, notamment en distinguant systématiquement les réponses des pharmaciens bretons de celles des nouvelles régions expérimentatrices.

Cette capacité d'analyse croisée s'est révélée particulièrement fructueuse, faisant de l'opposition entre la Bretagne et les trois autres régions l'un des apports les plus significatifs de cette étude. Cette comparaison a permis de mettre en évidence l'importance du facteur temporel dans l'évolution de la collaboration interprofessionnelle.

3.2.3.2.2.6. Un questionnaire court favorisant la participation

Le choix de concevoir un questionnaire volontairement court (11 questions) représente un compromis pertinent entre exhaustivité et faisabilité. Face à des professionnels de santé dont la charge de travail quotidienne est considérable et qui sont régulièrement sollicités pour diverses enquêtes, la brièveté du questionnaire a probablement contribué à atteindre le taux de participation de 26%. Un questionnaire plus long aurait certes permis d'approfondir certains aspects, mais aurait vraisemblablement découragé une partie des répondants potentiels, réduisant ainsi la représentativité de l'échantillon.

3.2.3.2.2.7. Complémentarité avec les évaluations officielles

Enfin, cette enquête présente l'avantage de compléter les évaluations officielles menées par la DREES et la CNAM, qui se concentrent principalement sur des indicateurs d'activité (nombre de triages, taux d'orientation, satisfaction patient) et d'efficience économique. En se focalisant spécifiquement sur la dimension interprofessionnelle et sur le ressenti des pharmaciens, cette étude explore un aspect essentiel mais moins quantifiable du dispositif : la qualité et l'évolution des relations entre professionnels de santé.

Les données recueillies offrent ainsi une perspective complémentaire aux évaluations quantitatives officielles, contribuant à une compréhension plus globale et nuancée de l'impact d'OSyS sur le système de santé français.

3.2.3.2.3. *Synthèse méthodologique*

Cette enquête présente un ensemble de forces et de limites qu'il convient de mettre en perspective. Le taux de participation de 26 %, bien que satisfaisant pour ce type d'étude, soulève la question d'un possible biais de sélection vers les pharmaciens les plus engagés ou les plus critiques. Les disparités en termes d'effectifs entre régions, notamment le faible nombre de répondants corses, limitent les comparaisons inter-régionales détaillées.

L'absence de triangulation avec le point de vue des médecins et des patients restreint également la portée des conclusions, malgré l'existence d'une enquête médecin menée par les porteurs du projet qui n'a malheureusement pas abouti à des résultats exploitables. (125)

Toutefois, plusieurs éléments méthodologiques renforcent la validité des résultats obtenus. La couverture des quatre régions expérimentatrices offre une vision globale du déploiement du dispositif, et la distinction entre la Bretagne et les nouvelles régions s'est révélée particulièrement instructive pour comprendre l'évolution temporelle de la collaboration interprofessionnelle. L'anonymat total garanti aux répondants a favorisé des témoignages sincères, y compris sur des sujets sensibles comme les réticences médicales.

La période de recueil, choisie après environ 18 mois d'expérimentation pour les nouvelles régions et plus de quatre ans pour la Bretagne, permet d'observer différentes phases de maturation du projet. Enfin, la brièveté du questionnaire (11 questions) a probablement contribué au taux de participation obtenu, tout en permettant une approche mixte combinant données quantitatives et commentaires qualitatifs.

Cette étude vient compléter les évaluations officielles menées par la DREES et la CNAM en se focalisant spécifiquement sur la dimension interprofessionnelle et le ressenti des pharmaciens, deux aspects essentiels mais moins quantifiables du dispositif. Les résultats obtenus peuvent ainsi être considérés comme des indicateurs fiables des tendances générales, même si la prudence reste de mise quant aux conclusions définitives. Les limites identifiées ouvrent par ailleurs des pistes pour de futures recherches, notamment par la conduite d'entretiens qualitatifs approfondis et l'extension de l'enquête aux médecins et aux patients pour une triangulation complète des données.

3.3. Enquête auprès des médecins

Dans le cadre de l'évaluation nationale du projet OSyS, un volet spécifique était consacré au recueil de la perception des médecins généralistes. Contrairement au volet pharmacien qui a permis de recueillir des données exploitables, le volet médical s'est heurté à des difficultés majeures de mobilisation. (125)

3.3.1. Méthodologie et limites de l'étude

L'évaluation finale prévoyait initialement la réalisation de 20 entretiens semi-directifs avec des médecins de terrain participant au projet OSyS. Toutefois, aucun entretien n'a pu être réalisé, aucun praticien n'ayant accepté de donner suite aux sollicitations malgré de multiples relances.

Parallèlement, une enquête en ligne a été diffusée auprès des médecins généralistes des quatre régions expérimentatrices. Celle-ci n'a recueilli que 9 réponses au total, dont seulement 4 émanant de médecins ayant effectivement participé à l'expérimentation. Ce faible échantillon empêche toute généralisation statistique, mais permet néanmoins d'identifier des tendances qualitatives sur la perception médicale du dispositif. À défaut de réponses directes, la parole médicale a également été portée par les URPS Médecins Libéraux lors d'entretiens institutionnels. (125)

3.3.2. Retours d'expérience et perception du dispositif par les praticiens

Les rares médecins ayant répondu à l'enquête expriment des avis contrastés mais globalement constructifs sur le projet OSyS.

Tous les répondants s'accordent pour dire que le parcours OSyS facilite l'accès aux soins de premier recours. Certains estiment qu'il contribue à réduire les passages non pertinents au cabinet médical. Les comptes rendus de triage générés par l'outil informatique dédié sont jugés utiles pour assurer la continuité des soins lorsqu'un patient est réorienté vers le cabinet médical. Cette traçabilité permet au médecin de disposer d'informations sur la démarche déjà effectuée par le patient.

Cependant, plusieurs freins persistent. Le manque de temps pour intégrer ce nouveau circuit dans la pratique quotidienne et le manque d'information sur le fonctionnement exact du dispositif sont cités comme les principaux obstacles. Un praticien a également regretté le manque de transparence sur la rémunération perçue par les pharmaciens pour cet acte. (125)

3.3.3. La dynamique interprofessionnelle selon les territoires

L'analyse des remontées via les URPS révèle une forte disparité selon les territoires et l'ancienneté du projet, confirmant les observations issues de l'enquête menée auprès des pharmaciens.

En Bretagne, région pionnière depuis 2021, la relation interprofessionnelle est jugée la plus fluide. Très peu de remontées négatives ont été signalées malgré le volume important de triages réalisés. Certains cabinets médicaux se sont même approprié le dispositif pour alléger leur charge de travail : les secrétariats médicaux orientent d'emblée des patients vers la pharmacie pour un premier tri lors des pics d'affluence. Cette intégration du dispositif témoigne d'une confiance construite progressivement au fil des années.

À l'inverse, en Occitanie et en Corse, la perception est plus tendue. En Occitanie, une partie des médecins exprime une défiance liée à la crainte que le pharmacien réalise un "diagnostic", perçu comme une intrusion dans leur domaine de compétence. En Corse, le projet a souffert d'un contexte de déconventionnement collectif, entraînant un rejet de principe de l'expérimentation par certains syndicats locaux. (125)

3.3.4. Comparaison avec l'étude menée auprès des pharmaciens

L'analyse croisée des remontées institutionnelles et des données recueillies auprès des pharmaciens illustrées précédemment révèle une cohérence dans l'identification des freins médicaux. Trois motifs de réticences reviennent de manière récurrente.

Le premier concerne la crainte du glissement de compétences. Comme évoqué dans la première partie de cette thèse, la défense du champ de compétences reste un point sensible pour le corps médical. Dans certains territoires, la méfiance s'est focalisée sur l'usage du terme "diagnostic" appliqué à l'activité pharmaceutique, perçu comme une intrusion dans leur domaine réservé. L'enquête menée auprès des pharmaciens confirme ce constat : 79,4% d'entre eux identifient cette inquiétude comme le principal motif de réserve des praticiens.

Le deuxième motif est lié à l'équilibre économique du cabinet médical. Certains praticiens redoutent de perdre la prise en charge des "petits maux" comme les cystites, les angines ou les conjonctivites. Ces actes simples et rapides leur permettent d'équilibrer leur temps de consultation et leur rémunération face à des cas complexes beaucoup plus chronophages.

Le troisième motif concerne le temps nécessaire à la construction de la confiance. Les données montrent que l'adhésion médicale est directement liée à l'ancienneté du projet. En Bretagne, avec quatre ans de recul, les tensions sont quasi inexistantes et le dispositif s'est intégré dans les pratiques. Dans les régions ayant débuté plus récemment, le manque de confiance reste présent : 23,5% des pharmaciens interrogés estiment que les médecins doutent encore de l'efficacité du projet ou de la capacité des pharmaciens à assurer un triage de qualité.

Ces constats confirment que la coopération interprofessionnelle ne peut se décréter mais se construit progressivement. Les résultats observés sur le terrain, notamment la réduction de 73,4% des recours inappropriés lors de la phase 1, constituent un argument concret pour convaincre les médecins réticents. La démonstration de l'efficacité du dispositif et le temps apparaissent ainsi comme les leviers nécessaires pour transformer la défiance initiale en une collaboration acceptée au service du patient. (125)

3.4. Conclusion

Cette troisième partie a permis d'analyser concrètement l'impact du projet OSyS sur la collaboration interprofessionnelle entre pharmaciens et médecins généralistes. À travers la présentation du dispositif, l'enquête menée auprès de 34 pharmaciens participants et l'analyse des retours médicaux issus de l'évaluation nationale, plusieurs constats se dégagent.

Le projet OSyS apparaît effectivement comme un catalyseur de collaboration interprofessionnelle, bien que son impact varie significativement selon l'ancienneté de l'expérimentation sur le territoire. En Bretagne, avec quatre années de recul, le dispositif s'est progressivement intégré dans les pratiques et la confiance médicale s'est construite, comme en témoignent les retours largement positifs et l'appropriation du dispositif par certains cabinets médicaux. À l'inverse, dans les régions ayant débuté plus récemment, les réticences médicales restent marquées, centrées sur la crainte d'une intrusion dans leur champ de compétences, les préoccupations économiques et le manque d'information sur le fonctionnement du projet.

L'enquête menée auprès des pharmaciens révèle une satisfaction professionnelle élevée et une perception unanime de l'amélioration de leur image auprès des patients. Ces résultats confirment les observations de la première partie : les nouvelles missions du pharmacien sont généralement bien accueillies par les patients qui apprécient la facilité d'accès aux soins et la proximité offerte par leur pharmacien. Cependant, la relation avec les médecins reste un point de tension, avec des retours contrastés selon les territoires.

Les difficultés rencontrées pour mobiliser les médecins dans le cadre de l'évaluation nationale – avec seulement 9 réponses à l'enquête en ligne et aucun entretien réalisé – illustrent en soi la complexité de l'adhésion médicale à ce type de projet. Cette faible participation médicale contraste avec l'engagement des pharmaciens et souligne les obstacles persistants à une collaboration pleinement assumée.

Les freins identifiés dans le cadre d'OSyS – crainte du glissement de compétences, remise en cause de l'équilibre économique du cabinet, manque d'information – font écho aux difficultés observées dans la première partie de cette thèse pour d'autres missions officinales comme les entretiens pharmaceutiques ou le statut de pharmacien correspondant. Cette récurrence suggère que les résistances ne sont pas spécifiques à OSyS mais s'inscrivent dans une dynamique plus large de redéfinition des rôles professionnels au sein du système de santé.

Néanmoins, les résultats tangibles du projet – réduction de 73,4% des recours inappropriés, satisfaction patient élevée, fluidification des parcours de soins – démontrent que la coopération interprofessionnelle, lorsqu'elle se construit progressivement par l'expérience partagée, produit des bénéfices concrets pour les patients et les professionnels. Le facteur temps apparaît comme déterminant : la confiance ne se décrète pas mais s'acquiert par la démonstration répétée de l'efficacité du dispositif et la clarification progressive des rôles de chacun.

Pour pérenniser et étendre ce type d'initiative, il est indispensable de renforcer la communication interprofessionnelle, d'améliorer l'information des médecins sur le fonctionnement et les objectifs de ces dispositifs, et de poursuivre l'accompagnement des professionnels dans l'appropriation de ces nouvelles formes de collaboration. (125)

Conclusion générale

Cette thèse avait pour objectif d'établir un état des lieux de la collaboration interprofessionnelle engendrée par les nouvelles missions du pharmacien d'officine, en prenant appui sur le projet OSyS comme illustration concrète de cette dynamique.

Le système de santé français traverse une période de transformation profonde, marquée par la désertification médicale, le vieillissement de la population et l'augmentation des maladies chroniques. Dans ce contexte, le pharmacien d'officine s'est progressivement imposé comme un acteur de première ligne, dont le rôle dépasse désormais largement la simple dispensation du médicament.

La première partie de ce travail a mis en évidence l'élargissement considérable des missions pharmaceutiques : vaccination, dépistage, réalisation de TROD, bilans de prévention, entretiens pharmaceutiques, statut de pharmacien correspondant, aide à la téléconsultation... Ces nouvelles responsabilités témoignent d'une évolution majeure du métier, désormais pleinement ancré dans la prévention et l'accompagnement thérapeutique.

Elles sont globalement bien accueillies par les patients, qui apprécient la facilité d'accès aux soins et la proximité offerte par leur pharmacien, et par les pharmaciens eux-mêmes, qui y trouvent une source de satisfaction professionnelle. Cependant, un obstacle majeur demeure : les réticences des médecins généralistes, liées à la crainte d'une intrusion dans leur champ de compétences et à des préoccupations économiques, freinent encore l'adhésion pleine et entière à ces nouvelles formes de collaboration.

La deuxième partie a montré que des structures et des outils ont été mis en place pour faciliter cette collaboration. Les URPS et les structures d'exercice coordonné créent un cadre institutionnel propice à la coopération, tandis que les outils numériques comme le Dossier Pharmaceutique, le Dossier Médical Partagé, les Messageries Sécurisées de Santé, et innovations locales offrent des moyens concrets pour partager l'information et organiser le suivi des patients.

Les retours d'expérience sont globalement positifs lorsque ces outils sont bien intégrés et acceptés par les équipes. Néanmoins, des obstacles persistent : difficultés d'interopérabilité, charge de travail supplémentaire et manque d'incitations financières limitent encore leur développement.

La troisième partie a apporté un éclairage concret sur ces dynamiques à travers l'étude du projet OSyS, expérimentation dans laquelle le pharmacien d'officine assure le triage et l'orientation des soins non programmés en lien direct avec le médecin traitant.

Ce cas d'étude a confirmé la récurrence des obstacles identifiés précédemment : les réticences médicales, le manque de communication et la lenteur d'appropriation des nouveaux rôles ne sont pas propres à OSyS, mais reflètent des freins communs à l'ensemble des missions pharmaceutiques analysées dans cette thèse. Le projet montre néanmoins que ces obstacles peuvent être surmontés, à condition que les professionnels disposent du temps nécessaire pour s'approprier ces nouvelles formes de collaboration.

Les freins identifiés tout au long de ce travail sont récurrents : manque de communication entre professionnels, méconnaissance des dispositifs et outils faisant le lien avec les officines par les médecins, défense du champ de compétences et préoccupations économiques. Pour pérenniser ces évolutions, plusieurs leviers apparaissent nécessaires : renforcer la communication interprofessionnelle, mieux informer les médecins sur le fonctionnement et les objectifs de ces dispositifs, développer la formation interprofessionnelle et améliorer l'interopérabilité des outils numériques.

L'évolution du métier de pharmacien d'officine s'inscrit dans une transformation plus large du système de santé français vers une approche coordonnée des soins. Les nouvelles missions du pharmacien ne sont pas une fin en soi, mais un moyen de répondre collectivement aux défis actuels d'accès aux soins et de qualité de prise en charge. Cette dynamique, portée par les évolutions législatives successives depuis la loi HPST et accélérée par la crise sanitaire, est en marche. Elle nécessite du temps et de la pédagogie pour dépasser les résistances au changement et construire une complémentarité réelle entre les professionnels, au bénéfice des patients.

Annexes

Annexe 1 : Tableau synthétisant les compétences de chaque professionnel de santé sur les vaccins du calendrier vaccinal (126)

Professionnels	Médecins		Sages-femmes		Pharmaciens y compris exerçant en LBM et PUI				Infirmiers y compris exerçant en LBM et PUI			
Publics concernés	Tout public		Tout public		Moins de 11 ans		11 ans et plus		Moins de 11 ans		11 ans et plus	
Compétences	Prescription	Administration	Prescription	Administration	Prescription*	Administration*	Prescription*	Administration*	Prescription	Administration	Prescription*	Administration
Maladie ou agent infectieux concerné												
Bronchiolite/VRS	Les médecins peuvent prescrire et administrer tous les vaccins.		OUI ^e	OUI ^e	SANS OBJET		OUI ^e	OUI ^e	SANS OBJET		OUI ^e	OUI ^e
Coqueluche			OUI	OUI	NON	NON	OUI	OUI	NON	OUI ^a	OUI	OUI
Covid-19			OUI	OUI	OUI ^d	OUI ^d	OUI	OUI	OUI ^d	OUI ^d	OUI	OUI
Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite			OUI	OUI	NON	NON	OUI	OUI	NON	OUI ^a	OUI	OUI
Fièvre jaune <i>(uniquement dans les centres agréés)</i>			OUI ^b	OUI ^c	NON	NON	OUI ^b	OUI ^c	NON	OUI ^a	OUI ^b	OUI ^c
Grippe saisonnière			OUI	OUI	NON	NON	OUI	OUI	NON	OUI ^a	OUI	OUI
Infections invasives à haemophilus influenza B			OUI	OUI	NON	NON	SANS OBJET		NON	OUI ^a	SANS OBJET	
Hépatite A			OUI	OUI	NON	NON	OUI	OUI	NON	OUI ^a	OUI	OUI
Hépatite B			OUI	OUI	NON	NON	OUI	OUI	NON	OUI ^a	OUI	OUI
Infections invasives à méningocoques			OUI	OUI	NON	NON	OUI	OUI	NON	OUI ^a	OUI	OUI
Infections à papillomavirus humain (HPV)			OUI	OUI	NON	NON	OUI	OUI	NON	OUI ^a	OUI	OUI
Infections invasives à pneumocoques			OUI	OUI	NON	NON	OUI	OUI	NON	OUI ^a	OUI	OUI
Mpox <i>(uniquement dans les centres agréés)</i>			OUI ^f	OUI ^f	SANS OBJET		OUI ^f	OUI ^f	SANS OBJET		OUI ^f	OUI ^f
Rage en préexposition			OUI	OUI	NON	NON	OUI	OUI	NON	OUI ^a	OUI	OUI
Rotavirus			OUI ^b	OUI ^c	NON	NON	SANS OBJET		NON	OUI ^a	SANS OBJET	
Rougeole oreillons et rubéole (ROR)			OUI ^b	OUI ^c	NON	NON	OUI ^b	OUI ^c	NON	OUI ^a	OUI ^b	OUI ^c
Tuberculose (BCG) <i>(en structures collectives)</i>			OUI ^b	OUI ^c	NON	NON	OUI ^b	OUI ^c	NON	OUI ^a	OUI ^b	OUI ^c
Varicelle			OUI ^b	OUI ^c	NON	NON	OUI ^b	OUI ^c	NON	OUI ^a	OUI ^b	OUI ^c
Zona			OUI	OUI	SANS OBJET		OUI	OUI	SANS OBJET		OUI	OUI

Annexe 2 : Auto-questionnaire d'évaluation du niveau de risque de développer un cancer colorectal (22)



AUTO-QUESTIONNAIRE D'ÉVALUATION DU NIVEAU DE RISQUE DE DÉVELOPPER UN CANCER COLORECTAL

Le test de dépistage du cancer colorectal est recommandé aux personnes âgées de 50 à 74 ans sans symptôme, ni antécédent, ni facteur de risque particulier.

Ce questionnaire vise à vous interroger sur vos symptômes, vos antécédents personnels et/ou familiaux ainsi que sur la réalisation d'examens médicaux. L'objectif est que le pharmacien d'officine puisse déterminer si vous êtes concerné par le test de dépistage du cancer colorectal ou non.

En cas de difficulté votre pharmacien est là pour vous aider.

Ce questionnaire ne remplace pas l'avis d'un médecin.

Votre Identification

Nom : Prénom :

Date de naissance (JJ/MM/AAAA) :

Numéro de Sécurité Sociale :

Avez-vous reçu une invitation au dépistage du cancer colorectal : ☐ Oui ☐ Non

Vos symptômes ou résultats biologiques

Veuillez sélectionner au moins une affirmation

Avez-vous eu récemment :

- ☐ Des selles recouvertes ou mêlées de sang rouge clair ou noir
- ☐ De fortes douleurs abdominales inexpliquées (gaz, ballonnement, crampes, etc.)
- ☐ Des troubles du transit inexpliqués (diarrhée, constipation inhabituelle, besoin pressant et continuel d'aller à la selle, fausse envie d'aller à la selle, tension au niveau du rectum, expulsion des selles douloureuse et inefficace)
- ☐ Une perte de poids inexpliquée
- ☐ Une anémie due à une carence en fer
- ☐ J'atteste n'avoir aucun des symptômes cités

Antécédents personnels et/ou familiaux

Veuillez sélectionner au moins une affirmation

- ☐ J'ai ou j'ai eu un cancer colorectal
- ☐ J'ai ou j'ai eu un ou plusieurs adénome(s) avancé(s) (polypes adénomateux)
- ☐ J'ai une maladie de Crohn ou une rectocolite hémorragique (Maladie Inflammatoire et Chronique de l'Intestin - MICI)
- ☐ J'ai une maladie prédisposant au cancer colorectal (polypose adénomateuse familiale, syndrome de Lynch)
- ☐ L'un de mes parents au premier degré (père, mère, frère, sœur, enfant) a eu un cancer colorectal et/ou un adénome avancé (polype adénomateux)
- ☐ Dans ma famille il y a des cas de maladies prédisposant au cancer colorectal (polypose adénomateuse familiale, syndrome de Lynch, etc.)
- ☐ J'atteste n'avoir aucun des antécédents personnels et/ou familiaux cités

Examens médicaux

Veuillez sélectionner au moins une affirmation

- ☐ J'ai eu une coloscopie il y a moins de 5 ans
- ☐ J'ai une coloscopie prévue prochainement
- ☐ J'ai eu un « coloscanner » il y a moins de 2 ans
- ☐ J'ai fait un test de dépistage du cancer colorectal il y a moins de 2 ans
- ☐ J'atteste n'avoir réalisé aucun des examens cités

Merci de remettre ce questionnaire à votre pharmacien

Annexe 3 : Exemples de sujets à aborder lors des entretiens thématiques pour les entretiens pharmaceutiques

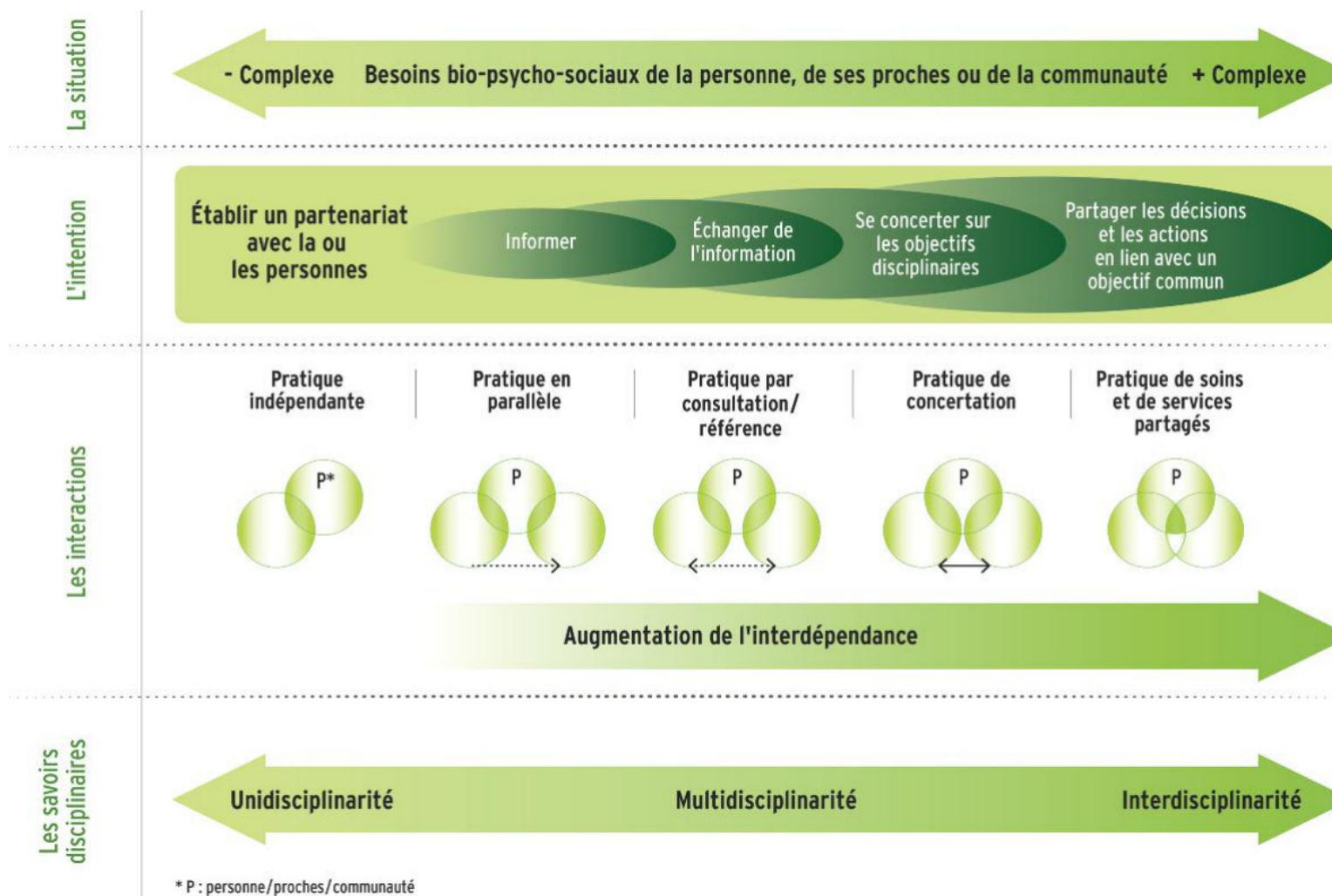
Type d'entretien	Thématiques
Patients sous AVK (127)	• Observance • Surveillance biologique • Effets du traitement • Vie quotidienne et alimentation
Patients sous AOD (128)	• Observance • Surveillance biologique • Effets du traitement • Vie quotidienne et alimentation
Patients asthmatiques sous corticoïdes inhalés (129)	• Principes du traitement • Techniques d'inhalation • Effets du traitement • Observance • Facteurs déclenchant
Patients sous anticancéreux oraux (48)	• Vie quotidienne et gestion des effets indésirables • Observance

**Annexe 4 : Rémunération des pharmaciens pour chaque étape
selon le type d'entretien (47)**

Type d'entretien	1ère année d'accompagnement			Années suivantes		
	1er entretien	2ème entretien	3ème entretien	1er entretien	2ème entretien	
AVK/AOD/ Asthme	15 €	15 €	20 €	10 €	20 €	
Anticancéreux oraux au long cours*	15 €	15 €	30 €	10 €	20 €	
Autres anticancéreux	15 €	15 €	50 €	10 €	20 €	
Bilan partagé de médication	15 € pour l'entretien	15 € pour l'analyse et la transmission au médecin	15 €	20 €	10 € pour l'entretien	20 € pour l'analyse et la transmission au médecin
						X

*tamoxifène, anastrozole, létrozole, exémestane, méthotrexate, hydroxycarbamide, bicalutamide

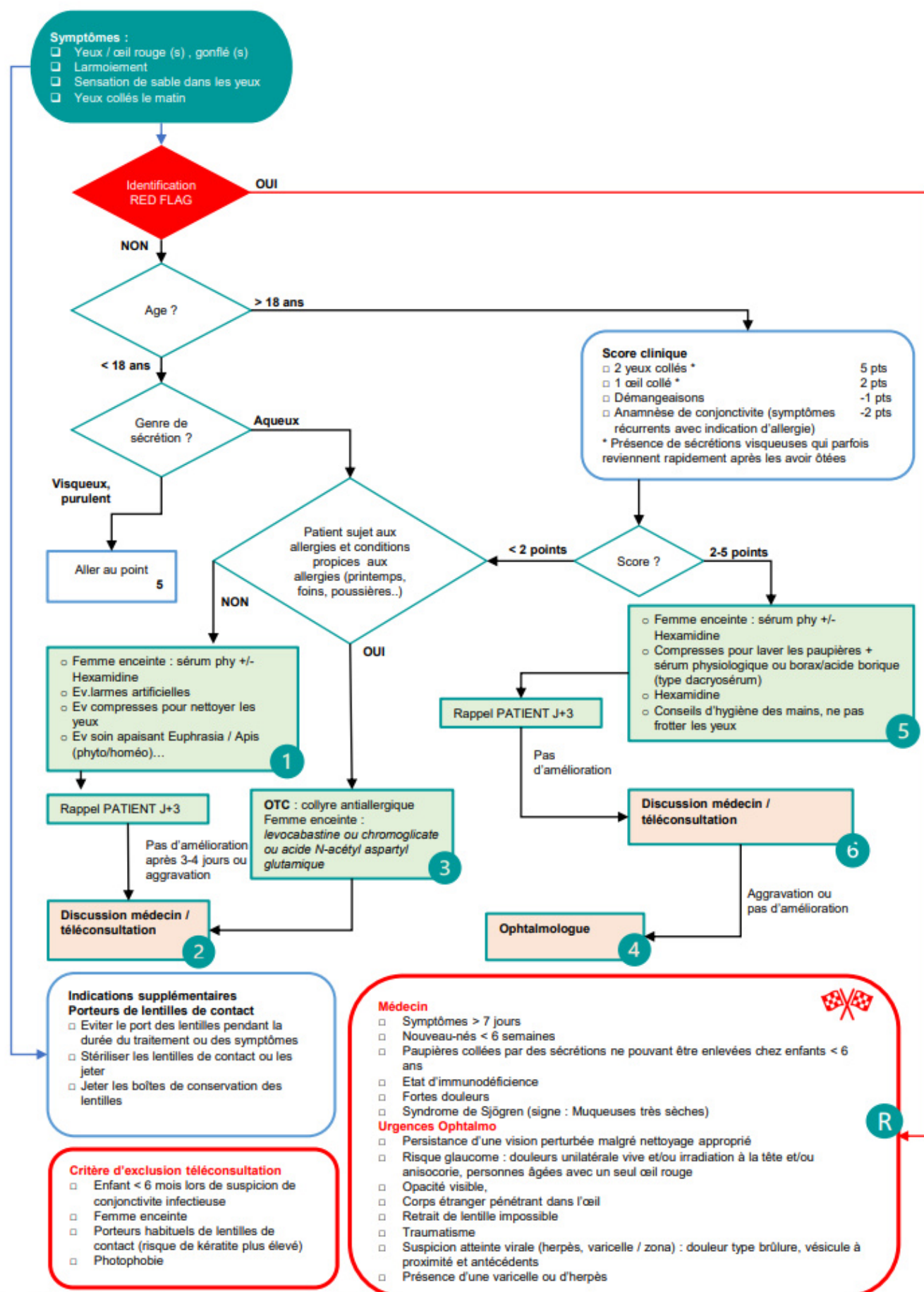
Annexe 5 : Le Continuum des pratiques de collaboration interprofessionnelle en santé et services sociaux (67)



Annexe 6 : Exemple de conversation entre plusieurs professionnels de santé utilisant l'application Globule (130)



Annexe 7 : Arbre décisionnel de la situation conjonctivite dans le cadre du projet OSyS (122)



Annexe 8 : Questionnaire transmis aux pharmaciens participants au projet OSyS

Collaboration professionnelle et projet OSyS

Chère Consœur, cher Confrère,

Dans le cadre de ma thèse d'exercice (faculté de pharmacie de Tours), je mène une étude sur la collaboration interprofessionnelle et l'impact que peuvent avoir des projets tels qu'OSyS sur cette dernière. Ce questionnaire a pour objectif de recueillir vos retours en tant que pharmaciens participants, afin de mieux comprendre vos expériences et perceptions de cette collaboration.

Les résultats obtenus contribueront à enrichir les connaissances sur l'impact du projet OSyS et à suggérer des **pistes d'amélioration** pour une **meilleure intégration du pharmacien dans le travail interprofessionnel**.

Le questionnaire est volontairement rapide à compléter (3 minutes au maximum) ; vos réponses resteront anonymes et seront utilisées exclusivement à des fins de recherche.

Je vous remercie par avance pour votre participation.

Confraternellement,

Bastien WILMOTTE

Dans quelle région exercez vous ?

☐ Bretagne

☐ Centre-Val de Loire

☐ Corse

☐ Occitanie

☐ Autre : _____

Trouvez-vous que le projet OSyS contribue à l'amélioration de l'image du pharmacien d'officine auprès des patients ?

- ☐ Pas du tout d'accord
- ☐ Pas vraiment d'accord
- ☐ Plutôt d'accord
- ☐ Tout à fait d'accord

Sur une échelle de 0 à 10, à combien estimez-vous l'intérêt porté par les médecins au projet avant le début de l'expérimentation ?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Aucun intérêt ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Grand intérêt

Selon vous, pour quelles raisons les médecins auraient des réticences à l'égard du projet OSyS ?

- ☐ Inquiétudes concernant une potentielle intrusion dans leur domaine de compétences
- ☐ Méfiance vis-à-vis d'un partage élargi des responsabilités médicales
- ☐ Résistance naturelle au changement ou à l'adoption de nouvelles pratiques
- ☐ Manque de confiance dans l'efficacité ou les bénéfices réels du projet
- ☐ Manque d'information ou de sensibilisation sur le fonctionnement et les objectifs d'OSyS
- ☐ Inquiétude vis-à-vis d'une potentielle perte de patientèle
- ☐ Doutes sur la capacité des pharmaciens à mettre en œuvre correctement le projet ou à assurer un suivi de qualité
- ☐ Autre : _____

Comment sont les retours que vous avez reçu de la part des médecins concernant ce projet ?

- ☐ Clairement négatifs
- ☐ Plutôt négatifs
- ☐ Plutôt positifs
- ☐ Clairement positifs

Sur une échelle de 0 à 10, à combien estimez-vous l'intérêt porté par les médecins au projet après 1 an d'expérimentation ?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Aucun intérêt ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Grand intérêt

Diriez-vous que la perception du métier de pharmacien de la part des médecins s'est améliorée depuis la mise en place d'OSyS ?

- ☐ Pas du tout d'accord
- ☐ Pas vraiment d'accord
- ☐ Plutôt d'accord
- ☐ Tout à fait d'accord

La prise en charge d'un patient dans le cadre du dispositif a-t-elle conduit à un échange avec un médecin qui n'aurait pas eu lieu sans OSyS ?

- ☐ Jamais
- ☐ Rarement (une ou deux fois depuis le début de l'expérimentation)
- ☐ Parfois (une fois tous les deux mois)
- ☐ Régulièrement (une fois par mois)
- ☐ Très souvent (plusieurs fois par mois)

Pensez-vous que des projets comme OSyS contribuent à l'amélioration de la relation médecin-pharmacien en terme de collaboration interprofessionnelle ?

- ☐ Pas du tout d'accord
- ☐ Pas vraiment d'accord
- ☐ Plutôt d'accord
- ☐ Tout à fait d'accord

Diriez-vous que ce projet a amélioré votre satisfaction professionnelle ?

- ☐ Pas du tout d'accord
- ☐ Pas vraiment d'accord
- ☐ Plutôt d'accord
- ☐ Tout à fait d'accord

Si vous le souhaitez, vous pouvez ajouter quelque chose sur la collaboration interprofessionnelle et le projet OSyS.

Votre réponse

Annexe 9 : Calcul détaillé de la marge d'erreur du sondage

L'étude a été réalisée auprès d'une population totale de 131 pharmaciens. Parmi eux, 34 pharmaciens ont répondu au questionnaire, constituant ainsi l'échantillon analysé.

La marge d'erreur a été calculée avec un niveau de confiance de 95 %, correspondant à une valeur statistique de 1,96. Le calcul a également pris en compte la correction pour population finie, adaptée aux études portant sur une population de taille limitée.

La formule utilisée est la suivante :

$$ME = z \times \sqrt{\frac{p(1-p)}{n} \times \frac{N-n}{N-1}}$$

Avec :

- ME : marge d'erreur
- $z = 1,96$ pour un niveau de confiance de 95 %
- $p = 0,5$ (hypothèse la plus prudente)
- $n = 34$ répondants
- $N = 131$ pharmaciens dans la population totale

Après application de cette formule, la marge d'erreur obtenue est d'environ $\pm 14,5$ %.

Cela signifie que les résultats observés dans l'échantillon peuvent varier d'environ 14,5 points autour des valeurs mesurées, avec un niveau de confiance de 95 %.

Annexe 10 : Réponses libres des pharmaciens interrogés sur la collaboration interprofessionnelle et le projet OSyS

C'est l'avenir
nous travaillions déjà en interpro avant, donc peu d'intérêt pour moi mais en global bien mais trop chronophage
on prend en charge les cas simples et on oriente les cas qui en ont vraiment besoin, gagnant pour le patient et l'agenda du médecin
Médecins peu investis dans l'interprofessionnalité. Ils ont du mal à déléguer que ce soit pour les pharmaciens ou les autres professionnels de santé (IPA).
La communication directe avec les médecins est faible et inchangée. Par contre suite à la mise en place du dispositif et au fait d'avoir pris le temps d'en informer les médecins, quand nous appelons pour prendre un rdv dans le cadre d'OSyS pour un patient qui présente une exclusion, nous avons un rendez-vous très rapide et jamais de refus. Donc la coopération n'est pas directe mais elle est très efficace....
bon projet, mal amené à mon avis, pas de problème d'image, de visibilité ni de sentiment d'infériorité en ce qui me concerne, simplement trop de travail, comme les médecins et tout ce qui peut les soulager est le bienvenu même s'il sont réticents, le reste n'a pas d'importance.
Je suis prête à participer à d' autres expérimentations si elles se présentent.
Selon les médecins il y a ou pas de collaborations , quel que soit le projet. Osys permet de poser des bases de notre rôle dans l'interpro

Bibliographie

1. Constitution of the World Health Organization [Internet]. [cité 3 sept 2024]. Disponible sur: <https://www.who.int/about/governance/constitution>
2. travail M du, solidarités de la santé et des, travail M du, solidarités de la santé et des. Ministère du travail, de la santé et des solidarités [Internet]. [cité 3 sept 2024]. Loi HPST (hôpital, patients, santé, territoires). Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-etablissement-de-sante-medico-social/financement/financement-des-etablissements-de-sante-10795/financement-de-s-etablissements-de-sante-glossaire/article/loi-hpst-hopital-patients-sante-territoires>
3. Les missions du pharmacien d'officine [Internet]. [cité 3 sept 2024]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/sante/medicaments/missions-pharmacien>
4. Cattin M. Les perspectives d'évolution du métier de pharmacien d'officine dans un contexte de désertification médicale. 12 janv 2023;137.
5. CNOP [Internet]. [cité 6 sept 2024]. Vaccination à l'officine : rappel des règles en vigueur. Disponible sur: <https://www.ordre.pharmacien.fr/les-communications/focus-sur/les-actualites/vaccination-a-l-officine-rappel-des-regles-en-vigueur>
6. DGS_Céline.M, DGS_Céline.M. Ministère du travail, de la santé et des solidarités [Internet]. [cité 6 sept 2024]. Questions/réponses à destination des pharmaciens. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/prevention-en-sante/preserver-sa-sante/vaccination/extension-des-competences-vaccinales-des-professionnels-de-sante/article/questions-reponses-a-destination-des-pharmaciens>
7. Traçabilité de la vaccination [Internet]. 2018 [cité 6 sept 2024]. Disponible sur: <https://professionnels.vaccination-info-service.fr/Aspects-pratiques/Acte-vaccinal/Tracabilite-de-la-vaccination>
8. CNOP [Internet]. [cité 6 sept 2024]. Prescription et administration des vaccins à l'officine. Disponible sur: <https://www.ordre.pharmacien.fr/je-suis/pharmacien/pharmacien/mon-exercice-professionnel/les-foires-aux-questions/prescription-et-administration-des-vaccins-a-l-officine>
9. Vaccination par le pharmacien d'officine [Internet]. [cité 6 sept 2024]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/pharmacien/sante-prevention/vaccination/vaccination-par-pharmacien-officine>
10. Revet M. Vaccination par le pharmacien à l'officine : état des lieux en France en 2024. 24 juin 2024;173.

11. CSMF [Internet]. [cité 9 sept 2024]. La Lettre de la Conf' du 04 décembre 2023. Disponible sur: <https://www.csmf.org/lettre/la-lettre-de-la-conf-du-04-decembre-2023/>
12. pharmacies.fr LM des. Le Moniteur des pharmacie.fr [Internet]. [cité 9 sept 2024]. Vaccins : bientôt des stocks en cabinet infirmier ? - 30/11/2023 - Actu - Le Moniteur des pharmacies.fr. Disponible sur: <https://www.lemoniteurdespharmacies.fr/actu/actualites/actus-socio-professionnelles/grippe-bientot-des-stocks-de-vaccins-en-cabinet-infirmier.html>
13. Le Quotidien du Médecin [Internet]. [cité 9 sept 2024]. Des « médecins en colère » pétitionnent contre la vaccination en pharmacie. Disponible sur: <https://www.lequotidiendumedecin.fr/sante-societe/politique-de-sante/des-medecins-en-colere-petitionnent-contre-la-vaccination-en-pharmacie>
14. Vasseur V. France Inter [Internet]. 2023 [cité 9 sept 2024]. Les pharmaciens peuvent dorénavant prescrire et administrer tous les vaccins. Disponible sur: <https://www.radiofrance.fr/franceinter/les-pharmaciens-peuvent-dorenavant-prescrire-et-administrer-tous-les-vaccins-9609016>
15. adminfni. IDEL/pharmacien : la coopération reste de mise. FNI - Fédération Nationale des Infirmiers [Internet]. 16 nov 2023 [cité 7 sept 2024]. Disponible sur: <https://fni.fr/idel-pharmacien-la-cooperation-reste-de-mise/>
16. Revet M. Vaccination par le pharmacien à l'officine: état des lieux en France en 2024.
17. Piraux A, Faure S. Évaluation de la satisfaction des Français à l'égard de la vaccination Covid-19 en officine. Actual Pharm. sept 2022;61(618):41-6. doi:10.1016/j.actpha.2022.07.011 PubMed PMID: 36117877; PubMed Central PMCID: PMC9465936.
18. Lancement du Côlon Tour® 2024 dans les facs de pharmacie ! | Ligue contre le cancer [Internet]. 2024 [cité 11 sept 2024]. Disponible sur: <https://www.ligue-cancer.net/nos-actualites/lancement-du-colon-tour-2024-dans-l-es-facs-de-pharmacie>
19. CNOP [Internet]. [cité 11 sept 2024]. Cancer colorectal : des kits de dépistage bientôt délivrés en officine. Disponible sur: <https://www.ordre.pharmacien.fr/les-communications/focus-sur/les-actualites/cancer-colorectal-des-kits-de-depistage-bientot-delivres-en-officine>
20. Cancer colorectal : remise du kit de dépistage [Internet]. [cité 11 sept 2024]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/pharmacien/sante-prevention/remise-kit-depistage-cancer-coloirectal-officine>
21. Bernard C. Dépistage cancercolorectal - Formation. USPO [Internet]. 31 mai 2022 [cité 17 sept 2024]. Disponible sur: <https://uspo.fr/depistage-cancercolorectal-formation-maj-31-05-2022/>

22. Ameli. Autoquestionnaire d'évaluation du niveau de risque de développer un cancer colorectal [Internet]. [cité 11 sept 2024]. Disponible sur: https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/questionnaire-evaluation_pharmaciens_cancer-colorectal_22_vf.pdf
23. CNAM. circuit-remise-kit-depistage-cancer-colorectal-officine_assurance-maladie [Internet]. [cité 11 sept 2024]. Disponible sur: https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/circuit-remise-kit-depistage-cancer-colorectal-officine_assurance-maladie.pdf
24. CNAM. Memo-pharmaciens-dépistage_Assurance-Maladie [Internet]. [cité 11 sept 2024]. Disponible sur: https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/Memo-pharmaciens-de%CC%81pistage_Assurance-Maladie.pdf
25. Duff FL, Grisoni A, Filippi C, Orabona J. Dépistage du cancer colorectal en officine en Corse : un appui à la prévention en médecine générale. Santé Publique. 25 sept 2019;31(3):387-94. doi:10.3917/spub.193.0387
26. Mangituka FM. Analyse des freins et leviers à la participation au dépistage du cancer colorectal.
27. Biron F. Freins au dépistage organisé du cancer colorectal selon les médecins généralistes du Finistère du groupe interventionnel de l'étude AmDepCCR, avant leur formation à l'entretien motivationnel. 29 sept 2022;40.
28. ARS Centre-Val de Loire / CRCDC. DOSSIER DE PRESSE Dépistage organisé du cancer colorectal [Internet]. [cité 27 févr 2026]. Disponible sur: https://webmailetu-zimbra.univ-tours.fr/service/home/~/?auth=co&loc=fr_FR&id=4343&part=2
29. CNOP [Internet]. [cité 23 sept 2024]. Délivrance sans ordonnance d'antibiotiques suite à un test positif par les pharmaciens d'officine : publication des textes. Disponible sur: <https://www.ordre.pharmacien.fr/les-communications/focus-sur/les-actualites/delivrance-sans-ordonnance-d-antibiotiques-suite-a-un-test-positif-par-les-pharmaciens-d-officine-publication-des-textes>
30. Un doute sur une angine ou une cystite ? Se faire dépister en pharmacie, c'est possible [Internet]. 2024 [cité 18 sept 2024]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/actualites/un-doute-sur-une-angine-ou-une-cystite-se-faire-depister-en-pharmacie-c-est-possible>

31. DGS_Céline.M, DGS_Céline.M. Ministère du travail, de la santé et des solidarités [Internet]. [cité 23 sept 2024]. FAQ - Réalisation des TROD angine / cystite et dispensation des antibiotiques par les pharmaciens d'officine. Disponible sur:
<https://sante.gouv.fr/soins-et-maladies/medicaments/professionnels-de-sante/pr-escription-et-dispensation/article/faq-realisation-des-trod-angine-cystite-et-dispen-sation-des-antibiotiques-par>

32. Ameli. memo_bandelettes_urinaires-pharmacien [Internet]. [cité 18 sept 2024]. Disponible sur:
https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/memo_bandelettes_urinaires-pharmacien.pdf

33. Dépistage des cystites simples à l'officine [Internet]. [cité 18 sept 2024]. Disponible sur:
<https://www.ameli.fr/pharmacien/sante-prevention/depistage-cystite-officine-phar-macie>

34. Ouest-France. Ouest-France.fr [Internet]. 2024 [cité 23 sept 2024]. Les pharmaciens autorisés à délivrer des antibiotiques sans ordonnance en cas d'angine et de cystite. Disponible sur:
<https://www.ouest-france.fr/sante/medicaments/les-pharmaciens-autorises-a-delivrer-des-antibiotiques-sans-ordonnance-en-cas-dangine-et-de-cystite-7b8d4c18-2d74-11ef-b70d-a349109d0370>

35. Guadeloupe la 1ère [Internet]. 2024 [cité 23 sept 2024]. Délivrance de certains antibiotiques par les pharmaciens : « une déclaration de guerre » selon les organisations de médecins généralistes. Disponible sur:
<https://la1ere.francetvinfo.fr/guadeloupe/delivrance-de-certains-antibiotiques-par-les-pharmaciens-une-declaration-de-guerre-selon-les-organisations-de-medecins-g-eneralistes-1499462.html>

36. Le Quotidien du Médecin [Internet]. [cité 24 sept 2024]. « Rustines », « cache-misère » : la délivrance directe d'antibiotiques par les pharmaciens fait tiquer les médecins. Disponible sur:
<https://www.lequotidiendumedecin.fr/liberal-soins-de-ville/exercice/rustines-cache-misere-la-delivrance-directe-dantibiotiques-par-les-pharmaciens-fait-tiquer-les>

37. Jebara T, Cunningham S, MacLure K, Awaisu A, Pallivalapila A, Stewart D. Stakeholders' views and experiences of pharmacist prescribing: a systematic review. Br J Clin Pharmacol. sept 2018;84(9):1883-905. doi:10.1111/bcp.13624 PubMed PMID: 29873098; PubMed Central PMCID: PMC6089831.

38. Essen M. Les infections urinaires à l'officine : état des lieux et perspectives. 21 mars 2023;145.

39. « Mon bilan prévention », un temps d'échange dédié à la prévention en santé [Internet]. 2024 [cité 27 janv 2025]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/pharmacien/actualites/mon-bilan-prevention-un-temps-d-echange-dedie-la-prevention-en-sante>
40. CNOP [Internet]. [cité 27 janv 2025]. Les bilans prévention se généralisent. Disponible sur: <https://www.ordre.pharmacien.fr/les-communications/focus-sur/les-actualites/les-bilans-prevention-se-generalisent>
41. URPS MÉDECINS LIBÉRAUX HDF. Rapport-Phase-pilote-Bilan-Prevention_Inter-URPS-HdF_Janvier2024-site [Internet]. [cité 28 janv 2025]. Disponible sur: https://www.urpsml-hdf.fr/wp-content/uploads/2024/02/Rapport-Phase-pilote-Bilan-Prevention_Inter-URPS-HdF_Janvier2024-site.pdf
42. DICOM_Raphaëlle.B, DICOM_Raphaëlle.B. Ministère du Travail, de la Santé, des Solidarités et des Familles [Internet]. [cité 30 janv 2025]. Lancement d'un programme pilote du dispositif Mon bilan prévention dans les Hauts-de-France. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/actualites/actualites-du-ministere/article/lancement-d-un-programme-pilote-du-dispositif-mon-bilan-prevention-dans-les>
43. Bars-Terraza EL. "Mon bilan prévention" : Une formation essentielle pour les professionnels de santé - AVECSanté Nouvelle-Aquitaine [Internet]. 23 oct 2024 [cité 28 janv 2025]. Disponible sur: <https://avecsantena.fr/mon-bilan-prevention-une-formation-essentielle-pour-les-professionnels-de-sante/>
44. Mon bilan prévention | Santé.fr [Internet]. 2023 [cité 30 janv 2025]. Disponible sur: <https://www.sante.fr/annuaire-mon-bilan-prevention>
45. Article 38 - LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires - Légifrance [Internet]. [cité 28 sept 2024]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article_jo/JORFARTI000020879490
46. Accompagnement pharmaceutique des patients chroniques : principes et démarche [Internet]. [cité 28 sept 2024]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/pharmacien/sante-prevention/accompagnements/accompagnement-pharmaceutique-patients-chroniques/demarche>
47. Synthèse des consignes et aide à la facturation [Internet]. [cité 28 sept 2024]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/cotes-d-armor/pharmacien/sante-prevention/accompagnements/accompagnement-pharmaceutique-patients-chroniques/consignes-aide-facturation>

48. L'accompagnement pharmaceutique des patients sous anticancéreux par voie orale [Internet]. [cité 29 sept 2024]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/cotes-d-armor/pharmacien/sante-prevention/accompagnements/accompagnement-pharmaceutique-patients-chroniques/anticancereux-voie-orale>
49. USPO. 2020-guide-accompagnement-anticancereux-oraux-guide-daide-a-la-realisation-uspo_ [Internet]. [cité 28 sept 2024]. Disponible sur: https://uspo.fr/wp-content/uploads/2020/10/2020-guide-accompagnement-anticancereux-oraux-guide-daide-a-la-realisation-uspo_.pdf
50. CNOP [Internet]. [cité 28 sept 2024]. L'accompagnement du patient - Officine. Disponible sur: <https://www.ordre.pharmacien.fr/je-suis/pharmacien/pharmacien/mon-exercice-professionnel/l-accompagnement-du-patient-officine>
51. Le bilan partagé de médication : l'accompagnement pharmaceutique des patients âgés polymédiqués [Internet]. [cité 1 oct 2024]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/pharmacien/sante-prevention/accompagnements/accompagnement-pharmaceutique-patients-chroniques/bilan-partage-medication>
52. hermiosr. Bilans partagés de médication et entretiens pharmaceutiques, Les conseils de l'USPO pour valoriser nos compétences ! USPO [Internet]. 19 janv 2018 [cité 28 sept 2024]. Disponible sur: <https://uspo.fr/bilans-partages-de-medication-et-entretiens-pharmaceutiques-les-conseils-de-luspo-pour-valoriser-nos-competences/>
53. Barat E, Pouant C, Soubieux A, Arrii M, Bardet JD, Chenailler C, et al. État des lieux de la mise en place en France des entretiens pharmaceutiques en officine : analyse des réponses issues d'un questionnaire. *Thérapies*. 1 juill 2024;79(4):443-51. doi:10.1016/j.therap.2023.11.010
54. Juliette M. MISE EN PLACE DES ENTRETIENS PHARMACEUTIQUES À L'OFFICINE : QUELS ENJEUX, QUELS BESOINS ET QUELS OBSTACLES POUR LES ÉQUIPES OFFICINALES ? 2000.
55. Messin PA. Les nouvelles missions du pharmacien d'officine : état des lieux, perspectives, regards croisés entre professionnels de santé. 30 oct 2020;112. doi:10/document
56. Le pharmacien correspondant [Internet]. [cité 17 févr 2025]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/pharmacien/exercice-professionnel/acces-soins/pharmacie-n-correspondant>
57. CNOP [Internet]. [cité 17 févr 2025]. Pharmacien correspondant : le dispositif entre en application. Disponible sur: <https://www.ordre.pharmacien.fr/les-communications/focus-sur/les-actualites/pharmacien-correspondant-le-dispositif-entre-en-application>

58. Le Pharmacien Correspondant. URPS Pharmaciens - Pays de la Loire [Internet]. [cité 17 févr 2025]. Disponible sur: <https://urpspharmaciens-pdl.com/les-projets/le-pharmacien-correspondant-action-urps-pharmaciens/>
59. Le Quotidien du Pharmacien [Internet]. [cité 20 févr 2025]. Le pharmacien correspondant : huit clés pour comprendre. Disponible sur: <https://www.lequotidiendupharmacien.fr/le-pharmacien-correspondant-huit-cles-pour-comprendre>
60. Délivrance exceptionnelle sur la base d'une ordonnance expirée [Internet]. [cité 29 janv 2026]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/pharmacien/exercice-professionnel/delivrance-produits-sante/regles-delivrance-prise-charge/delivrance-exceptionnelles/dispensation-exceptionnelle-ordonnance-expiree>
61. Chahrour C. Décret du pharmacien correspondant, analyse des possibilités de renouvellement d'ordonnances chroniques par le pharmacien d'officine. 26 sept 2022;145.
62. Déploiement de la téléconsultation dans les pharmacies [Internet]. 2018 [cité 21 févr 2025]. Disponible sur: <https://www.assurance-maladie.ameli.fr/presse/2018-12-06-cp-teleconsultation-pharmacie>
63. La télémedecine : assistance à la téléconsultation en officine [Internet]. [cité 21 févr 2025]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/pharmacien/exercice-professionnel/acces-soins/telemedecine-assistance-teleconsultation-officine>
64. Pharmaciens : comment facturer la téléconsultation en officine ? [Internet]. [cité 23 févr 2025]. Disponible sur: <https://info.medadom.com/blog/facturation-teleconsultation>
65. Ghalawinji F, Benhamlaoui B. La téléconsultation en officine : enquête sur les perspectives de pratiques auprès des pharmaciens et de la population générale. 26 août 2021;107.
66. Petigny A, Morgny C. Pratiques et avis des médecins vis-à-vis de la télémedecine [Internet]. Disponible sur: https://www.orsbfc.org/wp-content/uploads/2023/02/Telemedecine-Enquete-medecins.pdf?utm_source=chatgpt.com
67. RCPI. Continuum des pratiques de collaboration interprofessionnelle en santé et services sociaux [Internet]. [cité 13 oct 2025]. Disponible sur: https://www.chuv.ch/fileadmin/formation/GuideExplicatif_CONTINUUM.pdf
68. L'URPS - Définition [Internet]. [cité 7 mars 2025]. Disponible sur: <https://www.urpspharmaciensgrandest.fr/fr/articles/4>

69. Bienvenue sur le site de l'URPS Centre Val de Loire | URPS Orthophonistes Centre VDL - PRESENTATION [Internet]. [cité 7 mars 2025]. Disponible sur: <https://urps-orthophonistes-centre-vdl.fr/presentation-de-votre-urps/>
70. Les unions régionales des professionnels de santé (URPS) | Cour des comptes [Internet]. 2024 [cité 7 mars 2025]. Disponible sur: <https://www.ccomptes.fr/fr/publications/les-unions-regionales-des-professionnels-de-sante-urps>
71. Décret n° 2010-585 du 2 juin 2010 relatif aux unions régionales de professionnels de santé. 2010-585. 2 juin 2010.
72. Unions régionales des professionnels de santé (URPS) en Nouvelle-Aquitaine [Internet]. 2024 [cité 7 mars 2025]. Disponible sur: <https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/unions-regionales-des-professionnels-de-sante-urps-en-nouvelle-aquitaine>
73. Fédé des URPS Centre Val de Loire [Internet]. [cité 25 mars 2025]. Fédé des URPS Centre Val de Loire – Bienvenue sur le site de la fédération régional des URPS de Centre Val de Loire. Disponible sur: https://fedeurps-centre.org/?utm_source=chatgpt.com
74. Unions Régionales des Professionnels de santé (URPS) [Internet]. 2023 [cité 25 mars 2025]. Disponible sur: <https://www.bretagne.ars.sante.fr/unions-regionales-des-professionnels-de-sante-urps-1>
75. Nos actions. URPS-Pharmaciens [Internet]. [cité 25 mars 2025]. Disponible sur: <https://urpspharmaciens-centrevaldeloire.org/nos-actions/>
76. URPS-Pharmaciens. Les CPTS en 4 questions. URPS-Pharmaciens [Internet]. 31 janv 2019 [cité 25 mars 2025]. Disponible sur: <https://urpspharmaciens-centrevaldeloire.org/les-cpts-en-4-questions/>
77. Métier. URPS Pharmaciens - Auvergne Rhône-Alpes [Internet]. [cité 25 mars 2025]. Disponible sur: <https://www.urps-pharmaciens-aura.fr/metier/>
78. CNOP [Internet]. [cité 25 mars 2025]. L'exercice coordonné – Officine. Disponible sur: https://www.ordre.pharmacien.fr/je-suis/pharmacien/pharmacien/mon-exercice-professionnel/l-exercice-coordonne-officine?utm_source=chatgpt.com
79. Bonnet LC, Autheman MJ. Guide de l'exercice coordonné [Internet]. Disponible sur: <https://www.urps-ml-paca.org/wp-content/uploads/2022/08/Guide-EC-version-C-du-25.01.2021.pdf>

80. ARS Occitanie. esp_cahier_des_charges_ars_occitanie_2022 [Internet]. [cité 26 mars 2025]. Disponible sur: https://www.urpsinfirmiers-occitanie.fr/IMG/pdf/esp_cahier_des_charges_ars_occitanie_2022.pdf?utm_source=chatgpt.com
81. ARS PACA. Elements de cadrage des équipes de soins primaires [Internet]. [cité 26 mars 2025]. Disponible sur: https://www.paca.paps.sante.fr/media/103571/download?inline=&utm_source=chatgpt.com
82. Esp-cvl [Internet]. [cité 15 oct 2025]. Le dispositif ESP-CVL. Disponible sur: <https://www.esp-cvl.org/le-dispositif-esp-cvl>
83. Les missions du pharmacien d'officine [Internet]. [cité 15 avr 2025]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/sante/medicaments/missions-pharmacien>
84. DGOS. Ministère du Travail, de la Santé, des Solidarités et des Familles [Internet]. [cité 15 avr 2025]. Les centres de santé. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/structures-de-soins/article/les-centres-de-sante-211965>
85. Constituer une communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS): mode d'emploi [Internet]. [cité 5 avr 2025]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/exercice-coordonne/exercice-professionnel/organisations-d-exercice-coordonne/constitution-d-une-cpts>
86. Raccosta R. La coopération interprofessionnelle dans les nouvelles structures d'exercice coordonné (MSP, ESP, CPTS): place et intérêt pour le pharmacien d'officine [other] [Internet]. Université de Lorraine; 2021 [cité 10 mai 2025]. p. NNT : 2021LORR2113. Disponible sur: <https://hal.univ-lorraine.fr/hal-04042639>
87. Ameli. 2019-05-14-cp-essor-remuneration-conventionnelle-maisons-sante-pluri-professionnelles [Internet]. [cité 20 oct 2025]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/sites/default/files/2019-05-14-cp-essor-remuneration-conventionnelle-maisons-sante-pluri-professionnelles.pdf>
88. La rémunération forfaitaire des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) [Internet]. [cité 20 oct 2025]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/exercice-coordonne/exercice-professionnel/remunerations-forfaitaires-organisations-exercice-coordonne/remuneration-cpts>
89. Les rémunérations sur objectifs [Internet]. [cité 1 févr 2026]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/pharmacien/exercice-professionnel/remunerations/remunerations-sur-objectifs>
90. Dossier pharmaceutique [Internet]. [cité 1 oct 2025]. Disponible sur: <https://www.service-public.gouv.fr/particuliers/vosdroits/F16033>

91. Cam IL. Le pharmacien d'officine dans la collaboration interprofessionnelle : état des lieux des formes d'exercice coordonné en France et enquêtes auprès des étudiants de Pharmacie et de Médecine générale de Rennes sur leur perception de l'autre profession et de l'interprofessionnalité [other] [Internet]. Université de Rennes 1; 2022 [cité 1 oct 2025]. p. 166. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-05121054>
92. Agence du Numérique en Santé [Internet]. [cité 1 oct 2025]. Le Ségur du numérique en santé pour l'officine. Disponible sur: <https://esante.gouv.fr/segur/officine>
93. Rapport public annuel 2020 - Le dossier pharmaceutique : un outil au service de la santé publique [Internet]. [cité 7 févr 2026]. Disponible sur: <https://www.ccomptes.fr/system/files/2020-02/20200225-03-Tomell-dossier-pharmaceutique.pdf>
94. Agence du Numérique en Santé [Internet]. [cité 1 oct 2025]. Professionnel de santé. Disponible sur: <https://esante.gouv.fr/strategie-nationale/mon-espace-sante/professionnel-de-sante>
95. Le Dossier Médical Partagé (DMP) en pratique [Internet]. [cité 1 oct 2025]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/medecin/sante-prevention/dmp-et-mon-espace-sante/dossier-medical-partage/dmp-en-pratique>
96. Bloquet M. Dossier pharmaceutique et dossier médical partagé : un enjeu de communication pour le pharmacien d'officine au cœur de la prise en charge du patient. 16 mars 2021;149.
97. Mon espace santé: la plateforme patient dont le DMP est devenu une fonctionnalité - MSD Connect, Le site des professionnels de santé. MSD Connect [Internet]. [cité 7 févr 2026]. Disponible sur: <https://www.msconnect.fr/therapeutic-areas/pharmacie-hospitaliere/environnement-hospitalier/data-et-numerique-en-sante/mon-espace-sante-la-plateforme-patient-dont-le-dmp-est-devenu-une-fonctionnalite/>
98. Agence du Numérique en Santé [Internet]. [cité 1 oct 2025]. Messagerie Sécurisée de Santé - MSSanté. Disponible sur: <https://esante.gouv.fr/strategie-nationale/mssante>
99. Résultats du sondage « Retour d'expériences 1ère vague Covid-19 » mené auprès des pharmaciens [Internet]. [cité 3 oct 2025]. Disponible sur: <https://www.ordre.pharmacien.fr/mediatheque/fichiers/les-actualites/resultats-du-sondage-retour-d-experiences-1ere-vague-covid-19>
100. HospiVille Parcours - Première plateforme de parcours de soins médicamenteux [Internet]. 2022 [cité 7 oct 2025]. Disponible sur: <https://www.youtube.com/watch?v=qipa-zljq1o>

101. www.breizhtorm.fr AB. MaPui Labs [Internet]. [cité 7 oct 2025]. Hospiville - MaPUI Labs, partenaire du projet OCTAVE. Disponible sur: <https://www.mapui.fr/projets/hospiville-mapui-labs-partenaire-du-projet-octave/>
102. www.breizhtorm.fr AB. MaPui Labs [Internet]. [cité 7 oct 2025]. Projet Archive. Disponible sur: <https://www.mapui.fr/projets/>
103. www.breizhtorm.fr AB. MaPui Labs [Internet]. [cité 7 oct 2025]. Plateforme web de conciliation et de coordination de parcours. Disponible sur: <https://www.mapui.fr/plateforme-numerique-de-conciliation-medicamenteuse-et-de-coordination-du-parcours-de-soins-ville-hopital-ville/>
104. ARTICLE 51 - OCTAVE (Organisation Coordination Traitements Agé Ville Etablissements). URPS Pharmaciens Bretagne [Internet]. [cité 7 oct 2025]. Disponible sur: <https://urpspharmaciens-bzh.com/project/octave/>
105. Présentation OCTAVE [Internet]. Disponible sur: <https://urpspharmaciens-bzh.com/wp-content/uploads/2023/10/Octave-FlyerA5-Patients.pdf>
106. OCTAVE : utiliser HospiVille dans le parcours OCTAVE [Internet]. 2022 [cité 7 oct 2025]. Disponible sur: <https://www.youtube.com/watch?v=e1kDwRnKdl8>
107. Le parcours OCTAVE : entre ville et hôpital. [Internet]. 2023 [cité 7 oct 2025]. Disponible sur: <https://www.youtube.com/watch?v=F9K3Xnm5nZc>
108. CahierChargesOCTAVE-1.indd [Internet]. [cité 7 oct 2025]. Disponible sur: https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/octave_-_arrete_et_cdc.pdf
109. Plassart J, Hue B, Somme D. Effet du projet OCTAVE sur les relations interprofessionnelles entre médecins généralistes et pharmaciens d'officine : une étude qualitative. Santé Publique. 6 oct 2025;37(3):133-43. doi:10.3917/spub.pr2.0079
110. L'exercice coordonné en santé et social [Internet]. [cité 7 oct 2025]. L'exercice coordonné en santé et social. Disponible sur: <https://www.globule.net>
111. Application de coordination Mobil'e TY by Globule – DACTiv – Plateforme ETP [Internet]. [cité 7 oct 2025]. Disponible sur: <https://appuisante-rennes.fr/application-de-coordination-mobile-ty-by-globule/>
112. Globule, messagerie instantanée de santé | Groupement Régional e-Santé Bretagne. Groupement Régional e-Santé Bretagne [Internet]. [cité 7 oct 2025]. Disponible sur: <https://www.esante-bretagne.fr/blog/service/globule-messagerie-instantanee-sante/>

113. Facilitez la coordination des soins de manière instantanée et sécurisée avec Globule | eSante Centre-Val de Loire [Internet]. 2025 [cité 7 oct 2025]. Disponible sur:
<https://esante-centre.fr/actualites/facilitez-la-coordination-des-soins-de-maniere-instantanee-et-securisee-avec-globule>
114. Globule | eSante Centre-Val de Loire [Internet]. 2025 [cité 7 oct 2025]. Disponible sur: <https://esante-centre.fr/e-parcours/globule>
115. vdugoujon. Globule. eTICSS [Internet]. 16 mars 2023 [cité 7 oct 2025]. Disponible sur: <https://www.projet-eticss.fr/globule/>
116. Paaco-Globule, l'outil numérique régional de coordination des parcours [Internet]. 2025 [cité 7 oct 2025]. Disponible sur: <https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/paaco-globule-loutil-numerique-regional-de-coordination-des-parcours>
117. Gwalenn, coordination des cas complexes | Groupement Régional e-Santé Bretagne. Groupement Régional e-Sante Bretagne [Internet]. [cité 7 oct 2025]. Disponible sur:
<https://www.esante-bretagne.fr/blog/service/gwalenn-coordination-des-cas-complexes/>
118. GCS-e-Sante-Bretagne-Gwalenn [Internet]. [cité 7 oct 2025]. Disponible sur: <https://www.esante-bretagne.fr/wp-content/uploads/2021/08/GCS-e-Sante-Bretagne-Gwalenn.pdf>
119. CDC GWALENN_mars2019 [Internet]. [cité 7 oct 2025]. Disponible sur: https://www.bretagne.ars.sante.fr/system/files/2019-03/CDC%20GWALENN_mars2019.pdf
120. L'exercice coordonné en santé et social [Internet]. [cité 7 oct 2025]. Libéraux. Disponible sur: <https://www.globule.net/liberaux>
121. Cahier des charges Extension OSys Corse Occitanie Centre Val de Loire [Internet]. [cité 13 oct 2025]. Disponible sur: <https://www.corse.ars.sante.fr/index.php/media/114292/download?inline>
122. PHARMA SYSTEME QUALITE. CDC-OSYS_29-mai-2023_extension-mai-2023 [Internet]. [cité 13 oct 2025]. Disponible sur: https://urpspharmaciens-bzh.com/wp-content/uploads/2023/10/CDC-OSYS_29-mai-2023_extension-mai-2023.pdf
123. Osys. PHSQ [Internet]. [cité 13 oct 2025]. Disponible sur: <https://pharmasystemequalite.com/osys/>

124. Kerguéris M. Projet OSyS en Bretagne : nouvelles perspectives pour le pharmacien d'officine dans le premier recours et l'orientation du patient en interprofessionnalité [Internet]. [cité 13 oct 2025]. Disponible sur: <https://ged.univ-rennes1.fr/nuxeo/site/esupversions/9f15b1d7-599f-463b-9dc9-4ab3172cfb9e?inline>
125. Vidal P, Augui S, Costedoat M. Rapport évaluation finale OSyS. 2025.
126. https://vaccination-info-service.fr/var/vis/storage/original/application/download/Tableau%20VIS_GP%20PDF.pdf. Compétences vaccinales des infirmiers, pharmaciens, sages-femmes [Internet]. [cité 27 oct 2025]. Disponible sur: https://vaccination-info-service.fr/var/vis/storage/original/application/download/Tableau%20VIS_GP%20PDF.pdf
127. L'accompagnement pharmaceutique des patients sous AVK [Internet]. [cité 29 sept 2024]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/pharmacien/sante-prevention/accompagnements/accompagnement-pharmaceutique-patients-chroniques/avk>
128. L'accompagnement pharmaceutique des patients sous AOD [Internet]. [cité 29 sept 2024]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/pharmacien/sante-prevention/accompagnements/accompagnement-pharmaceutique-patients-chroniques/aod>
129. L'accompagnement pharmaceutique des patients asthmatiques [Internet]. [cité 29 sept 2024]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/pharmacien/sante-prevention/accompagnements/accompagnement-pharmaceutique-patients-chroniques/asthme>
130. Globule. Plaquette - libéraux - Globule [Internet]. [cité 14 oct 2025]. Disponible sur: <https://static1.squarespace.com/static/56d0df0ef85082ea376bad62/t/6749ecc11078e05077dbc540/1732897992972/Plaquette-A5-libe%CC%81raux.pdf>

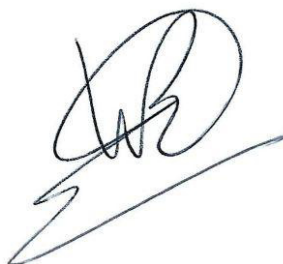
ENGAGEMENT DE NON PLAGIAT

Je, soussigné (e) Bastien Wilmette.....

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 : 21302103

N° Thèse : 56

Nom et Prénom : WILMOTTE Bastien

Sujet : Etat des lieux de la collaboration interprofessionnelle
engendrée par les nouvelles missions du pharmacien,
illustration par le projet OS.y5

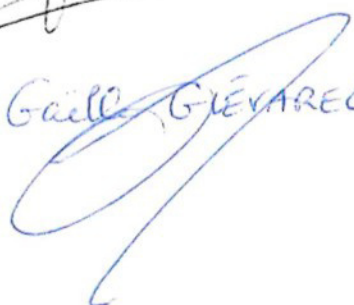
Tours, le : 02/07/2026.

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

François Guégan-Badier



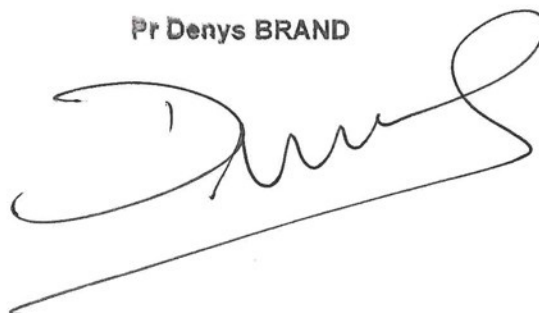
Gaëlle GÉVAREC



Vu et Transmis :
Le Doyen

Le directeur de la Faculté
des Sciences Pharmaceutiques

Pr Denys BRAND



WILMOTTE Bastien

N° 56

Etat des lieux de la collaboration interprofessionnelle engendrée par les nouvelles missions du pharmacien, illustration par le projet OSyS

RÉSUMÉ DE LA THÈSE

Ces dernières années, le métier de pharmacien d'officine a profondément évolué avec l'attribution de nouvelles missions issues des réformes successives du système de santé français. Face à la désertification médicale et aux difficultés d'accès aux soins, le pharmacien s'est progressivement imposé comme un acteur de premier recours. Cette évolution implique une collaboration renforcée entre les différents professionnels de santé, et soulève des questions sur la manière dont cette interprofessionnalité se construit concrètement sur le terrain.

Afin d'évaluer l'impact de ces nouvelles missions sur la collaboration interprofessionnelle, une enquête a été réalisée en 2025 auprès de 34 pharmaciens d'officine participant au projet OSyS, une expérimentation d'orientation des soins non programmés déployée dans quatre régions françaises.

Cette thèse présente en première partie un état des lieux des nouvelles missions pharmaceutiques et de leurs retours par les professionnels de santé et les patients. La deuxième partie analyse les structures et outils favorisant l'exercice coordonné. La troisième partie est consacrée au projet OSyS, aux résultats de l'enquête et à leur discussion au regard des dynamiques interprofessionnelles observées.

Nouvelles missions du pharmacien - Interprofessionnalité - Projet OSyS - Pharmacie d'officine - Premier recours - Relations médecin-pharmacien

JURY

Président :

Daniel ANTIER - Professeur en pharmacie clinique à la faculté de Pharmacie de Tours

Membres :

Gaëlle GLEVAREC - Maître de conférence à la faculté de Pharmacie de Tours

Françoise GUEGAN - Docteur en Pharmacie, titulaire de la pharmacie du Cosson à

Huisseau-Sur-Cosson, présidente de l'URPS Pharmacien Centre-Val de Loire

Bruno MEYBLUM - Docteur en Pharmacie, adjoint à la pharmacie de la Liberté à Châteaudun

Luana MINIER - Docteur en Pharmacie, adjointe à la pharmacie Centrale de Joué-Lès-Tours

DATE ET LIEU DE SOUTENANCE : 2 juillet 2026 - UFR Pharmacie (Tours)